Journal of Research in Psychological Health

May 2023, Volume 17, Issue 2

Investigating the Effectiveness of Experiential-Dynamic Emotion Regulation (EDER) and Mindfull Self-Compassionate (MSC) Eclectic Therapy with Focusing on Core Shame on Introjective and Anaclitic Depression

Elham Moosavian*[1], Changiz Rahimi[2], Nooroallah Mohammadi[3]

1. PhD, Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Shiraz, Iran
Elham_Moosavian@yahoo.com

2. PhD, Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Shiraz, Iran

3. PhD, Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Shiraz, Iran

Citation: Moosavian E, Rahimi CH, Mohammadi N. Investigating the Effectiveness of Experiential-Dynamic Emotion Regulation (EDER) and Mindfull Self-Compassionate (MSC) Eclectic Therapy with Focusing on Core Shame on Introjective and Anaclitic Depression**.** **P**sychological **H**ealth. 2023; 17 (2):16-30 [Persian].

Key words
Depression, Mindful Self-Compassion, Experiential Dynamic Emotion Regulation

Abstract

This study investigates the Effectiveness of Experiential-Dynamic Emotion Regulation and Mindful Self-Compassionate Eclectic Therapy on reducing core shame, increasing self-compassion and assertiveness, and reducing depression severity in patients with introjective and anaclitic depression compared to the control group. This was a single-subject study with a pretest-posttest design and a control group with a 45-day follow-up. The statistical population consisted of all individuals diagnosed with depression in 2019 at Counseling and Psychotherapy Clinic of Shiraz University. Nine individuals were selected as a sample group with a purposive sampling method given the inclusion and exclusion criteria. Internalized Shame Scale (ISS), Self-Compassion Scale (SCS), assertion inventory, and Beck`s Depression Inventory (BDI-2) were used for each individual in the pretest-posttest phase. Finally, the experimental groups received integrative therapy for eight sessions of 45 minutes. The effect size changes in treatment interventions were larger than 0.5 in the experimental groups regarding all study variables in the post-test and follow-up phase compared to the pre-test phase and were small in the control group (less than 0.2). According to the findings, Experiential-Dynamic Emotion Regulation and Mindful Self-Compassionate Eclectic Therapy can be applied as a novel intervention to reduce the severity of depression.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

بررسی اثربخشی درمان التقاطی تنظیم هیجان پویشی-تجربی و شفقت خود بهوشیارانه با تمرکز بر شرم نهادینه بر افسردگی درون‌فکنی شده و اتکایی

الهام موسویان*[1]، چنگیز رحیمی[2]، نوراله محمدی[3]

۱. دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران Elham_Moosavian@yahoo.com

۲. عضو هیئت علمی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۳. عضو هیئت علمی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

تاریخ دریافت
۱۴۰۲/۱/۰۶

تاریخ پذیرش نهایی
۱۴۰۲/۳/۲

واژگان کلیدی
افسردگی، تنظیم هیجان پویشی تجربه‌ای، شفقت خود بهوشیارانه

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان التقاطی تنظیم هیجان پویشی تجربی و شفقت خود بهوشیارانه بر کاهش شرم نهادینه، افزایش شفقت خود، افزایش قاطعیت و کاهش شدت افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی درون فکنی شده و اتکایی در مقایسه با گروه کنترل بوده است. این پژوهش در چهارچوب یک طرح تک موردی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل و با پیگیری ۴۵ روزه انجام شده است. جامعه آماری شامل کلیه افرادی است که تشخیص اختلال افسردگی را در سال ۱۳۹۹ در مرکز مشاوره و کلینیک روان‌درمانی دانشگاه شیراز دریافت کرده و با توجه ملاک‌های رد و شمول ۹ نفر به عنوان گروه نمونه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. مقیاس شرم درونی شده و مقیاس شفقت خود، پرسشنامه ابراز وجود و پرسشنامه افسردگی بک برای هر فرد در محله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، اجرا شد و در نهایت گروه‌های آزمایش به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای تحت درمان التقاطی قرار گرفت. یافته‌های پژوهش حاکی از معنی‌داری بالینی تاثیر درمان التقاطی بر شدت افسردگی، شرم نهادینه، قاطعیت و شفقت خود در دو گروه بیماران افسرده درون‌فکنی‌شده و اتکایی در مقایسه با گروه کنترل بود. بر اساس یافته‌ها درمان التقاطی می‌تواند به عنوان یک روش مداخله ای نوین در کاهش شدت افسردگی درون فکنی شده و اتکایی به کار رود.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مقدمه

بلت در مجموعه‌ای از آثار پژوهشی دو مسیر درهم تنیدهٔ رشد بهنجار را توضیح می‌دهد: مسیر اتکایی[1](یا همان ایجاد احساس تعلق، که منظور از آن برقراری روابط روزبه‌روز قوام یافته‌تر، همدلانه‌تر و متقابل‌تر با دیگران است) و مسیر درون‌فکنی شده[2](خودشناسی که منظور از آن وجود خودانگاره‌ای است که به صورت روزافزون مستحکم، یکپارچه و واقع‌بینانه می‌شود). اختلالات روانی نتیجه تأکید بیش از حد به یکی از این دو مورد و نادیده گرفتن دیگری است (لویتن و همکاران، ۲۰۱۳). افرادی که ویژگی شخصیتی اتکایی بر آن‌ها مسلط است، معمولاً در روابط صمیمی‌شان دچار مشکل می‌شوند؛ درحالی‌که غلبهٔ ویژگی درون‌فکنی ممکن است به خود اتکایی بیش‌ازحد و کمال گرایی بیانجامد(وربارت و همکاران،۲۰۱۴؛ لویتن و همکاران،۲۰۱۵).از طرف دیگر عدم رضایت از طبقه‌بندی‌های تشخیصی مبتنی بر علائم افسردگی، باعث شد محققان مبتنی بر این مدل نظری انواع مختلف افسردگی را بر اساس عوامل تحولی بنیادین مؤثر در افسردگی، تقسیم کنند. تیم تحقیقاتی بلت، دافلیتی و کوبینلان (۱۹۷۶) دو کانون اصلی افسردگی را شناسایی کرد: ۱. عدم خشنودی از روابط بین فردی (برای مثال از دست‌دادن چیزی، یا مورد غفلت قرار گرفتن) ۲. اختلال در تصور مؤثر و مثبت از خود (برای مثال احساس شکست یا گناه). شواهد بالینی و تجربی بسیاری نشان می‌دهد که افسردگی حول این دو موضوع می‌چرخد، یعنی حول مسائل بین فردی مانند احساس رهاشدن و تنهایی، یا حول اختلال در تصور از خود در موقعیت‌هایی مانند شکست فردی و عدم کفایت شدن. بنابراین این دو حوزه (رهاشدگی و شکست) دو کانون اصلی دسته‌بندی افسردگی را تمایز می‌دهند: ۱. به تجربه‌های افسرده‌کننده‌ای که به دنبال از دست‌دادن چیزی ایجاد می‌شوند، افسردگی آناکلیتیک (بلت،۲۰۰۴) یا اتکایی (بلت و همکاران ، ۱۹۸۲) گفته می شود ۲. به تجربیات افسرده‌کنندهٔ (بلت و همکاران،۱۹۸۲)، ناشی از احساس شکست، گناه و سایر عوامل مختل‌کنندهٔ ارزش خود، افسردگی درون‌فکنده یا خود-انتقادگر (بلت،۱۹۷۴) گفته می شود (لویتن و همکاران،۲۰۱۵).

مدل پردازش هیجانی پاسکول-لئون و گرینبرگ (۲۰۱۷) حاکی از آن است که شفقت خود و ابراز خشم قاطعانه مؤلفه‌های واحدی قلمداد می‌گردند که هر دو در راستای تعدیل شرم نهادینه[3]می‌باشند، بنابراین در واقع در درمان دو نوع افسردگی از مسیرهای متفاوت شفقت خود و ابراز سازگارانه خشم، آسیب پذیری نارسیستیک که عامل مرکزی و مشترک هر دو افسردگی است اصلاح می‌شود. بنابراین همان‌گونه که مشاهده می‌گردد با وجود علائم مشابه در دو نوع افسردگی به درمان‌های مستقل با تأکیدهای متفاوتی روبرو هستیم به گونه‌ای در بیماران افسرده اتکایی می‌بایست عاملیت و استقلال پرورش یابد و در بیماران با افسردگی درون‌فکنی شده می‌بایست شفقت‌خود و پذیرش خود مورد تأکید واقع شود. در همین راستا، شرم باید به واسطه تکنیک های درمان شفقت خود بهوشیارانه (گرمر و همکاران، ۲۰۱۹) تعدیل گردد، اما این نوع درمان خاص به منظور تجربه و ابراز سازگارانه هیجان ها بدون توسل به دفاع و اضطراب تکنیک و تاکید خاصی ارائه نمی کند به همین منظور در این راستا از تکنیک های درمان پویشی تجربه ای (فردریکسون و همکاران، ۲۰۱۸) استفاده خواهد شد، درمانی که با وجود ارائه مبانی نظری غنی و تکنیک های خاص در راستای تجربه و ابراز صحیح هیجان ها تکنیک خاصی در جهت تعدیل و درمان هیجان شرم آنگونه که در درمان شفقت خود بهوشیارانه به آن پرداخته شده است ارائه نمی کند.

[1] anaclitic
[2] introjective
[3] Core shame

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

درمان‌های موجود بدون در نظر گرفتن دو نوع کاملاً متفاوت افسردگی تنها بر علائم مشابه تأکید داشته و در جهت کاهش علائم مشابه در تمام بیماران افسرده می‌باشند، در حالی‌که همان‌گونه که مطرح گردیدتمامی بیماران افسرده فرمول‌بندی یکسانی نداشته و در نتیجه به یک نوع مشابه درمان پاسخ نخواهند داد. با وجودی که بلت و همکاران سال‌هاست به لحاظ نظری این دو گروه از بیماران افسرده را تفکیک کرده‌اند اما در هیچ مطالعه‌ای به شکل جدی به عوامل زمینه‌ساز مشترک در دو گروه از بیماران و دفاع‌های متفاوت هر گروه در جهت اجتناب از عامل زمینه‌ساز و متعاقباً طراحی درمان متناسب با هر گروه از بیماران پرداخته نشده است. بررسی‌های تجربی وجود الگوهای متمایزی از تغییر در بیماران مبتلا به اختلالات اتکایی و درون‌فکنی را اثبات کرده است (ورموت و همکاران، ۲۰۱۱). با این وجود، مطالعات کمی به مطالعهٔ میزان تغییر سازهٔ شخصیتی اتکایی-درون‌فکن در طول درمان پرداخته‌اند. هدف اصلی بررسی حاضر، مطالعهٔ چنین تغییراتی است: پس از درمان التقاطی، ساختار ذهنی ناآشکار ابعاد شخصیتی اتکایی و درون‌فکنی چگونه تغییر خواهند کرد؟ آیا این تغییر با تغییرات در نتایجی که افراد برای درمان خود در نظر گرفته‌اند، همراه خواهند بود؟ بنابراین مساله پژوهش حاضر این است که با طراحی مدل درمانی التقاطی با تأکید بر اولویّت‌های درمانی هر گروه از بیماران به بررسی این موضوع پرداخته شد که آیا هر یک از انواع افسردگی اتکایی و درون‌فکنی‌شده با روش‌های درمانی متفاوت بهبود می‌یابند یا خیر.

جامعه آماری، مشارکت‌کنندگان و روش انتخاب آن‌ها

جامعهٔ آماری مورد پژوهش شامل کلیهٔ افرادی است که تشخیص اختلال افسردگی را در مرکز مشاوره و کلینیک روان‌درمانی دانشگاه شیراز دریافت خواهند کرد. .سپس محقق با استفاده از پرسشنامه اختلال افسردگی بک و با توجه به نمرهٔ افراد، از کسانی که نمرهٔ ۲۰ به بالا در افسردگی خواهند گرفت ،یک مصاحبهٔ بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های روانی بر اساس DSM5 (SCID-5-CV[1]) خواهد گرفت و در نهایت افراد گروه نمونه با در نظر گرفتن ملاک‌های رد و شمول توسط محقق انتخاب خواهند شد. براساس تمایل و رضایت به شرکت در پژوهش و مصاحبه تشخیصی ساختاریافته، از بین بیماران مراجعه‌کننده ۹ نفر (در هر گروه ۳ نفر) انتخاب خواهند شد.

ملاک‌های شمول شامل موارد زیر بودند: تکمیل فرم رضایت آگاهانه، دریافت نمره حداقل ۲۰ (افسردگی متوسط) در نسخهٔ دوم پرسشنامه افسردگی بک، دریافت تشخیص فعلی اختلال افسردگی اساسی یا وجود اختلال افسردگی اساسی در ۱۲ ماه گذشته بر اساس مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای اختلالات روانی (SCID-5-CV). ملاک‌های رد نیز عبارتند از: عدم وجود سایر اختلالات روانی که در DSM5 گزارش شده است، عدم وجود معلولیت قابل توجه جسمی، ناتوانی ذهنی و عدم مصرف دارو در ضمن درمان.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)

پرسش‌نامه افسردگی بک ۲ نسخه جدیدتر پرسش‌نامه افسردگی بک ۱ است که برای سنجش شدن افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا طراحی شده است و علایم را در دو هفته اخیر می‌سنجد.. ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در نمونه ایرانی نیز بر روی ۹۴ نفر مورد مطالعه قرار گرفته است. براین اساس آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۱، پایایی به روش آزمون باز آزمون ۰/۹۴ و پایایی به روش دو نیمه‌سازی ۰/۸۹ به دست آمده است (فتا، بیرشک، عاطف وحید و دابسون، ۱۳۸۴).

[1] Structural Clinical Interview for DSM-5

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های روانی DSM-5 (SCID-5-CV)

شریفی و همکاران (به نقل از حسنی و همکاران،۱۳۹۴) توافق تشخیصی متوسط تا خوب (ضریب کاپای بالای ۰/۶۰) برای تشخیص‌های کلی و خاص به دست آورده‌اند. آن‌ها همچنین کاپای کل تشخیص‌های فعلی را ۰/۵۲ و کاپای کل تشخیص‌های طول عمر را ۰/۵۵ برآورد کرده‌اند.SCID نیز برای سنجش اختلالات شخصیت (محور دو) به کار می‌رود و تمامی اختلالات را مربوطه پوشش می‌دهد. در این ابزار نشانه‌ها با چهار علامت؟ (اطلاعات ناکافی درباره نشانه)، ۱ (عدم وجود نشانه)، ۲ (پایین‌تر از حد آستانه)، ۳ (در حد آستانه) علامت‌گذاری می‌شوند. شاخص توافق کاپا برای تشخیص‌های مقوله‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۹۸ و برای تشخیص‌های درون طبقه‌ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۸ برآورد گردیده است .همچنین ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۱ تا ۰/۹۴ گزارش گردیده است (معافی و همکاران،۱۳۷۶).

پرسشنامه قاطعیت گمبریل و ریچی

گمبریل و ریچی (۱۹۷۵) ابزاری برای سنجش قاطعیت ساخته اند که شامل ۴۰ ماده است. اعتبار عاملی ماده های مختلف آزمون بین ۳۹/ تا ۷۰/ گزارش شده است. همچنین همبستگی نمره های آزمون با نتایج ارزیابی افرادی که ایفای نقش این افراد را مشاهده کرده بودند، ۴۶/• بود (بهرامی، ۱۳۷۵). تحلیل عوامل توسط گمبریل و ریچی (۱۹۷۵) نشان داد که این مقیاس دارای روایی بالایی است و توانایی تمایزگذاری بین افراد قاطع بالا و پایین را دارد. ضریب اعتبار این آزمون به روش آلفای کرونباخ و دونیمه کردن مورد بررسی قرار گرفته است و به ترتیب ۷/ و ۸۳/ توسط گمبریل و ریچی (۱۹۷۵) گزراش شده است. در ایران، اعتبار پرسشنامه در پژوهش حجازی (۱۳۸۲) با استفاده از آلفای کرونباخ ۸۸/ گزارش شده است. همچنین معنوی پور، وطن خواه و رحیم پور (۱۳۹۳) اعتبار و روایی این پرسشنامه را در جامعه ایرانی مورد ارزیابی قرار دادند، آلفای کرونباخ ۸۴/ نشان از اعتبار قابل قبول پرسشنامه در این پژوهش بود.

مصاحبه تشخیصی افسردگی درون‌فکنی شده و اتکایی

این روش مستلزم بررسی میزان انطباق اظهارات بیمار با توضیحات یک پاراگرافی اختلالات روانی، از طریق مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای است، به گونه‌ای که نمره ۱ کمترین تطابق با نمونه و ۵ بیشترین تطابق با نمونه را نشان می‌دهد (دِفیف و همکاران، ۲۰۱۳). روش تطابق نمونه به استدلال بالینی[1]نزدیک است و به تمایل طبیعی اندیشهٔ انسان به سنخ‌بندی و دسته‌بندی شباهت دارد (وستن و همکاران، ۲۰۰۶؛ وستن و همکاران، ۲۰۱۰). بیماران قبل از درمان، در پایان درمان و در زمان پیگیری، بر اساس فرمول‌بندی‌های بلت (۲۰۰۸) و با استفاده از داده‌های مصاحبه‌ای همتا با توصیفات نمونهٔ پاراگرافی دو نوع شکل‌بندی شخصیت، در دو طبقهٔ اتکایی غالب و درون‌فکن غالب قرار داده می‌شوند (وربارت،۲۰۱۵). بنابراین موردها به دو گروه «از اول متکی» یا «از اول درون‌فکنی» تقسیم‌بندی می‌شوند؛ این تقسیم‌بندی بر اساس بیشترین امتیاز یکی از این دو بعد شخصیتی پیش از درمان، صورت خواهد گرفت. (وربارت و همکاران ،۲۰۱۴).

مقیاس شرم نهادینه[2](ISS)

مقیاس شرم درونی شده کوک (۱۹۹۳) شامل ۳۰ ماده و دو خرده مقیاس کمرویی و عزت نفس است. کوک (۱۹۹۳) ضریب پایایی آلفای کرونباخ نمره کل را ۰/۹۰ و خرده مقیاس‌های کمرویی و عزّت نفس مقیاس شرم درونی شده را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. رجبی و عباسی (۱۳۹۰) در پژوهش خود ضرایب پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس را در کل نمونه ۰/۹۰ و در مردان ۰/۸۹ و در زنان

[1]. clinical reasoning
[2]. the Internalized Shame Scale.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ نمره کل در پژوهش حاضر ۰/۹۱ به دست آمد.

مقیاس شفقت خود(SCS)

این ابزار یک مقیاس خودگزارشی ۲۶ سوالی است که توسط نف در سال ۲۰۰۳ ساخته شد.این پرسشنامه در تحقیقات گذشته ۹۲/ و پایایی بازآزمون آن ۹۳/ گزارش شد (نف،۲۰۰۳). در مطالعه ی خسروی و همکاران (۱۳۹۲) روایی مقیاس کل با روش آلفای کرونباخ ۸۶/ به دست آمد. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر برابر ۸۲/ بود.

یافته‌ها

به منظور بررسی اثربخشی مداخله از محاسبه اندازه اثر کوهن و معنی‌داری بالینی استفاده شد. ضمنا تحلیل با استفاده از نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS25 در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شده است.

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک برای سه گروه آزمایش ۱ (افسرده درون فکنی شده)، گروه آزمایش ۲ (افسرده اتکایی) و گروه کنترل گزارش گردیده است، در ادامه نیز در جدول ۳ اندازه اثر متغیرهای پژوهش به تفکیک نشان داده شده است.

جدول ۱- آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

نام متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شدت افسردگی	آزمایش ۱	۳۹/۳۳۳	۱۳/۷۹۶	۱۷/۶۶۷	۱۲/۵۰۳	۱۰	۵/۱۹۶
	آزمایش ۲	۳۶/۶۶۷	۱۴/۰۴۸	۱۴/۶۶۷	۶/۱۱	۲۲/۶۶۷	۸/۳۲۷
	کنترل	۳۱	۹/۸۴۹	۲۸	۱۰/۸۱۷	۳۴	۱۵/۵۲۴
قاطعیت	آزمایش ۱	۱۱۰	۳۳/۴۵۱	۱۳۴/۶۶۷	۴۶/۶۰۸	۱۴۹	۴۵/۱۳۳
	آزمایش ۲	۱۴۲/۶۶۷	۱۶/۹۲۱	۱۵۵/۶۶۷	۴/۱۶۳	۱۵۵/۶۶۷	۴/۱۶۳
	کنترل	۱۱۶/۳۳۳	۲۹/۵۰۱	۱۳۱/۶۶۷	۱۷/۱۵۶	۱۱۹/۳۳۳	۳۳/۵۴۶
شفقت خود	آزمایش ۱	۵۴/۳۳۳	۶/۱۱	۸۷/۳۳۳	۲۴/۵۴۲	۹۳	۱۱/۲۶۹
	آزمایش ۲	۴۸	۱۲/۱۲۴	۹۰/۶۶۷	۹/۰۷۴	۸۰/۳۳۳	۱۲/۰۱۴
	کنترل	۶۹/۶۶۷	۱۰/۲۶۳	۷۰/۶۶۷	۱۳/۶۵	۷۰/۳۳۳	۱۶/۲۸۹
قضاوت خود	آزمایش ۱	۱۰/۳۳۳	۲/۵۱۷	۱۲/۳۳۳	۳/۷۸۶	۱۳	۲/۶۴۶
	آزمایش ۲	۷	۱/۷۳۲	۱۱	۱	۱۱/۳۳۳	۰/۵۷۷
	کنترل	۱۱	۱	۱۱/۶۶۷	۰/۵۷۷	۱۰/۶۶۷	۵/۱۳۲
مهربانی با خود	آزمایش ۱	۸/۶۶۷	۴/۰۴۱	۱۸	۴/۳۵۹	۱۸/۳۳۳	۱/۵۲۸
	آزمایش ۲	۹	۴/۵۸۳	۱۸	۳/۴۶۴	۱۶/۳۳۳	۳/۲۱۵

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

	کنترل	۱۱/۶۶۷	۴/۵۰۹	۱۲/۶۶۷	۳/۵۱۲	۱۴	۵/۵۶۸
بهوشیاری	آزمایش ۱	۱۱	۰	۱۶/۳۳۳	۴/۷۲۶	۱۸/۳۳۳	۲/۳۰۹
	آزمایش ۲	۹	۳	۱۷/۶۶۷	۳/۷۸۶	۱۵/۳۳۳	۰/۵۷۷
	کنترل	۱۳	۲/۶۴۶	۱۳/۳۳۳	۴/۰۴۱	۱۲/۳۳۳	۳/۲۱۵
همانندسازی	آزمایش ۱	۹	۲	۱۳/۳۳۳	۴/۷۲۶	۱۳/۳۳۳	۰/۵۷۷
	آزمایش ۲	۸/۶۶۷	۲/۵۱۷	۱۴/۶۶۷	۱/۵۲۸	۱۲/۳۳۳	۳/۰۵۵
	کنترل	۱۰/۳۳۳	۲/۰۸۲	۱۰/۶۶۷	۲/۳۰۹	۱۱/۳۳۳	۴/۱۶۳
اشتراکات انسانی	آزمایش ۱	۸/۳۳۳	۱/۱۵۵	۱۴	۴/۳۵۹	۱۶/۳۳۳	۲/۳۰۹
	آزمایش ۲	۷/۳۳۳	۲/۰۸۲	۱۵/۶۶۷	۰/۵۷۷	۱۳/۳۳۳	۳/۷۸۶
	کنترل	۱۰	۰	۱۰	۲	۷/۶۶۷	۱/۵۲۸
انزوا	آزمایش ۱	۷	۲/۶۴۶	۱۳/۳۳۳	۳/۰۵۵	۱۳/۶۶۷	۲/۰۸۲
	آزمایش ۲	۷	۲/۶۴۶	۱۳/۶۶۷	۱/۵۲۸	۱۱/۶۶۷	۲/۵۱۷
	کنترل	۱۳/۶۶۷	۲/۳۰۹	۱۲/۳۳۳	۳/۲۱۵	۱۴/۳۳۳	۳/۷۸۶
شرم	آزمایش ۱	۸۸/۳۳۳	۹/۵۰۴	۴۳/۳۳۳	۲۸/۱۸۴	۳۸/۳۳۳	۱۷/۴۷۴
	آزمایش ۲	۸۳/۶۶۷	۱۸/۴۴۸	۴۲/۳۳۳	۹/۲۹۲	۵۳/۳۳۳	۱۶/۵۰۳
	کنترل	۷۳/۶۶۷	۱۳/۵۷۷	۷۴/۶۶۷	۱۹/۷۳۲	۷۸/۶۶۷	۱۸/۶۱

***گروه آزمایش ۱: افسرده درن فکنی شده، گروه آزمایش ۲: افسرده اتکایی**

جدول ۲- محاسبه اندازه اثر کوهن متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

نام متغیر	گروه	قدر مطلق میانگین پیش‌آزمون - میانگین پس‌آزمون	میانگین انحراف معیارهای پیش‌آزمون و پس‌آزمون	اندازه اثر کوهن پیش‌آزمون - پس‌آزمون	قدر مطلق میانگین پیش‌آزمون - میانگین پیگیری	میانگین انحراف معیارهای پیش‌آزمون و پیگیری	اندازه اثر کوهن پیش‌آزمون – پیگیری
شدت افسردگی	آزمایش ۱	۲۱/۶۶۷	۱۳/۱۵	۱/۶۴۸	۲۹/۳۳۳	۹/۴۹۶	۳/۰۸۹
	آزمایش ۲	۲۲	۱۰/۰۷۹	۲/۱۸۳	۱۴	۱۱/۱۸۷	۱/۲۵۱
	کنترل	۳	۱۰/۳۳۳	۰/۲۹	۳	۱۲/۶۸۷	۰/۲۳۶
قاطعیت	آزمایش ۱	۲۴/۶۶۷	۴۰/۰۳	۰/۶۱۶	۳۹	۳۹/۲۹۲	۰/۹۹۳
	آزمایش ۲	۱۳	۱۰/۵۴۲	۱/۲۳۳	۱۳	۱۰/۵۴۲	۱/۲۳۳
	کنترل	۱۵/۳۳۳	۲۳/۳۲۹	۰/۶۵۷	۳	۳۱/۵۲۴	۰/۰۹۵

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

شفقت‌خود	آزمایش ۱	۳۳	۱۵/۳۲۶	۲/۱۵۳	۳۸/۶۶۷	۸/۶۹	۴/۴۵
	آزمایش ۲	۴۲/۶۶۷	۱۰/۵۹۹	۴/۰۲۶	۳۲/۳۳۳	۱۲/۰۶۹	۲/۶۷۹
	کنترل	۱	۱۱/۹۵۷	۰/۰۸۴	۰/۶۶۷	۱۳/۲۷۶	۰/۰۵
قضاوت خود	آزمایش ۱	۲	۳/۱۵۱	۰/۶۳۵	۲/۶۶۷	۲/۵۸۱	۱/۰۳۳
	آزمایش ۲	۴	۱/۳۶۶	۲/۹۲۸	۴/۳۳۳	۱/۱۵۵	۳/۷۵۳
	کنترل	۰/۶۶۷	۰/۷۸۹	۰/۸۴۵	۰/۳۳۳	۳/۰۶۶	۰/۱۰۹
مهربانی با خود	آزمایش ۱	۹/۳۳۳	۴/۲	۲/۲۲۲	۹/۶۶۷	۲/۷۸۴	۳/۴۷۲
	آزمایش ۲	۹	۴/۰۲۳	۲/۲۳۷	۷/۳۳۳	۳/۸۹۹	۱/۸۸۱
	کنترل	۱	۴/۰۱۱	۰/۲۴۹	۲/۳۳۳	۵/۰۳۹	۰/۴۶۳
بهوشیاری	آزمایش ۱	۵/۳۳۳	۲/۳۶۳	۲/۲۵۷	۷/۳۳۳	۱/۱۵۵	۶/۳۵۱
	آزمایش ۲	۸/۶۶۷	۳/۳۹۳	۲/۵۵۴	۶/۳۳۳	۱/۷۸۹	۳/۵۴۱
	کنترل	۰/۳۳۳	۳/۳۴۴	۰/۱	۰/۶۶۷	۲/۹۳	۰/۲۲۸
همانندسازی	آزمایش ۱	۴/۳۳۳	۳/۳۶۳	۱/۲۸۹	۴/۳۳۳	۱/۲۸۹	۳/۳۶۳
	آزمایش ۲	۶	۲/۰۲۲	۲/۹۶۷	۳/۶۶۷	۲/۷۸۶	۱/۳۱۶
	کنترل	۰/۳۳۳	۲/۱۹۶	۰/۱۵۲	۱	۳/۱۲۲	۰/۳۲
اشتراکات انسانی	آزمایش ۱	۵/۶۶۷	۲/۷۵۷	۲/۰۵۶	۸	۱/۷۳۲	۴/۶۱۹
	آزمایش ۲	۸/۳۳۳	۱/۳۳	۶/۲۶۸	۶	۲/۹۳۴	۲/۰۴۵
	کنترل	۰	۱	۰	۲/۳۳۳	۰/۷۶۴	۳/۰۵۵
انزوا	آزمایش ۱	۶/۳۳۳	۲/۸۵	۲/۲۲۲	۶/۶۶۷	۲/۳۶۴	۲/۸۲
	آزمایش ۲	۶/۶۶۷	۲/۰۸۷	۳/۱۹۵	۴/۶۶۷	۲/۵۸۱	۱/۸۰۸
	کنترل	۱/۳۳۳	۲/۷۶۲	۰/۴۸۳	۰/۶۶۷	۳/۰۴۸	۰/۲۱۹
شرم نهادینه	آزمایش ۱	۴۵	۱۸/۸۴۴	۲/۳۸۸	۵۰	۱۳/۴۸۹	۳/۷۰۷
	آزمایش ۲	۴۱/۳۳۳	۱۳/۸۷	۲/۹۸	۳۰/۳۳۳	۱۷/۴۷۵	۱/۷۳۶
	کنترل	۱	۱۶/۶۵۴	۰/۰۶	۵	۱۶/۰۹۳	۰/۳۱۱

*گروه آزمایش ۱: افسرده درن فکنی شده، گروه ازمایش ۲: افسرده اتکایی

جدول۳- شاخص تغییر پایدار و سطح معنی‌داری بالینی – شدت افسردگی

گروه	پیش آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	تفاوت بین پیش	دستیابی به سطح	تفاوت بین پیش	دستیابی به سطح

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

					آزمون و پس‌آزمون	معنی‌داری بالینی	آزمون و پیگیری	معنی‌داری بالینی
درون فکنی ۱	۳۴	۵	۴	۲۹	بله	۳۰	بله
درون فکنی ۲	۵۵	۳۰	۱۳	۲۵	بله	۴۲	بله
درون فکنی ۳	۲۹	۱۸	۱۳	۱۱	بله	۱۶	بله
اتکایی ۱	۲۲	۸	۳۲	۱۴	بله	-۱۰	خیر
اتکایی ۲	۳۸	۱۶	۱۶	۲۲	بله	۲۲	بله
اتکایی ۳	۵۰	۲۰	۲۰	۳۰	بله	۳۰	بله
کنترل ۱	۳۹	۴۰	۳۵	-۱	خیر	۴	خیر
کنترل ۲	۲۰	۱۹	۱۸	۱	خیر	۲	خیر
کنترل ۳	۳۴	۲۵	۴۹	۹	بله	-۱۵	خیر
میانگین	۳۵/۶۶	۲۰/۱۱	۲۲/۲۲				
انحراف معیار	۱۱/۶۰	۱۰/۶۹	۱۳/۸۷				
SEM	۳/۴۸	۳/۲۰	۴/۱۶				

جدول ٤- شاخص تغییر پایدار و سطح معنی‌داری بالینی – قاطعیت

گروه	پیش آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	تفاوت بین پیش آزمون و پس‌آزمون	دستیابی به سطح معنی‌داری بالینی	تفاوت بین پیش آزمون و پیگیری	دستیابی به سطح معنی‌داری بالینی
اتکایی ۱	۱۴۷	۱۶۱	۱۶۴	۱۴	بله	۱۷	بله
اتکایی ۲	۱۴۰	۱۵۷	۱۵۸	۱۷	بله	۱۸	بله
اتکایی ۳	۱۲۴	۱۵۹	۱۵۹	۳۵	بله	۳۵	بله
کنترل ۱	۱۴۶	۱۵۰	۱۵۸	۴	خیر	۱۲	خیر
کنترل ۲	۱۱۶	۱۱۶	۱۰۲	۰	خیر	-۱۴	خیر
کنترل ۳	۸۷	۱۲۹	۹۸	۴۲	بله	۱۱	خیر
میانگین	۱۲۳	۱۴۵/۳۳	۱۹۳/۸۳				
انحراف معیار	۲۸/۱۷	۲۷/۳۷	۳۲/۷۹				
SEM	۹/۷۶	۹/۴۸	۱۱/۳۶				

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

جدول ۵- شاخص تغییر پایدار و سطح معنی‌داری بالینی – شرم

گروه	پیش آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	تفاوت بین پیش آزمون و پس‌آزمون	دستیابی به سطح معنی‌داری بالینی	تفاوت بین پیش آزمون و پیگیری	دستیابی به سطح معنی‌داری بالینی
درون فکنی ۱	۸۸	۲۱	۱۹	۶۷	بله	۶۹	بله
درون فکنی ۲	۹۸	۷۵	۵۳	۲۳	بله	۴۵	بله
درون فکنی ۳	۷۹	۳۴	۴۳	۴۵	بله	۳۶	بله
اتکایی ۱	۷۹	۳۶	۷۰	۴۳	بله	۹	بله
اتکایی ۲	۱۰۴	۵۳	۵۳	۵۱	بله	۵۱	بله
اتکایی ۳	۶۸	۳۸	۳۷	30	بله	۳۱	بله
کنترل ۱	۷۲	۸۴	۸۱	-۱۲	خیر	-۹	خیر
کنترل ۲	۶۱	۵۲	۵۹	۹	بله	۲	خیر
کنترل ۳	۸۸	۸۸	۹۶	۰	خیر	-۸	خیر
میانگین	۸۱/۸۸	۵۳/۴۴	۵۶/۷۷				
انحراف معیار	۱۳/۹۹	۲۳/۸۹	۲۳/۲۹				
SEM	۴/۴۲	۷/۵۵	۳۶/۷				

جدول ٦- شاخص تغییر پایدار و سطح معنی‌داری بالینی – شفقت خود

گروه	پیش آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	تفاوت بین پیش آزمون و پس‌آزمون	دستیابی به سطح معنی‌داری بالینی	تفاوت بین پیش آزمون و پیگیری	دستیابی به سطح معنی‌داری بالینی
درون فکنی ۱	۵۳	۱۰۱	۱۰۶	۴۸	بله	۵۳	بله
درون فکنی ۲	۴۹	۵۹	۸۶	۱۰	بله	۳۷	بله
درون فکنی ۳	۶۱	۱۰۲	۸۷	۴۱	بله	۲۶	بله
اتکایی ۱	۵۵	۹۹	۶۸	۴۴	بله	۱۳	بله
اتکایی ۲	۳۴	۸۱	۸۱	۴۷	بله	۴۷	بله
اتکایی ۳	۵۵	۹۲	۹۲	۳۷	بله	۳۷	بله
کنترل ۱	۶۱	۵۶	۵۹	-۵	خیر	-۲	خیر
کنترل ۲	۸۱	۸۳	۸۹	۲	خیر	۸	خیر

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

کنترل ۳	۶۷	۷۳	۶۳	۶	خیر	۴-	خیر
میانگین	۵۷/۳۳	۸۲/۸۸	۸۱/۲۲				
انحراف معیار	۱۲/۸۶	۱۷/۴۳	۱۵/۱۹				
SEM	۴/۸۱	۶/۵۲	۵/۶۸				

نتیجه

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر درمان التقاطی شفقت‌خود بهوشیارانه و تنظیم هیجان پویشی تجربه‌ای در بیماران مبتلا به افسردگی درون‌فکنی‌شده و اتکایی در مقایسه با گروه کنترل انجام شد. نتایج حاکی از آن بود که در تایید فرضیه‌های پژوهش درمان التقاطی بر کاهش شدت افسردگی، شرم درونی‌شده و افزایش شفقت‌خود در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در بیماران با افسردگی درون‌فکنی‌شده در مقایسه با گروه کنترل اثر داشته است، و از طرف دیگر در راستای فرضیه‌های پژوهش درمان التقاطی بر کاهش شدت افسردگی، شرم درونی‌شده و افزایش قاطعیت در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در بیماران با افسردگی اتکایی در مقایسه با گروه کنترل اثربخش بوده است.

نتایج پژوهش حاضر در مورد بیماران با افسردگی‌درون-فکنی‌شده در راستای پژوهش‌های پیشین است. نتایج حاکی از آن است که درمان شفقت محور (گیلبرت و همکاران ، ۲۰۰۴؛ گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۶؛ براهلر و همکاران، ۲۰۱۳ و ماتوس و همکاران،۲۰۱۷) و مدل درمانی تنظیم هیجان پویشی تجربه‌ای که مبتنی است بر درمان ISTDP (آجیل چی و همکاران، ۲۰۱۶؛ دیرسن و همکاران، ۲۰۱۵ ،اجیل چی و همکاران ، ۲۰۲۰) بر کاهش شدت افسردگی درون-فکنی‌شده تاثیر معنی‌دار بالینی دارد، از طرف دیگر درمان شفقت محور بر کاهش شرم نهادینه و افزایش شفقت خود در این گروه از بیماران اثربخش است (گیلبرت و همکاران،۲۰۱۴، کاندیا، ۲۰۱۸) .

در راستای تبیین داده‌های بالا، تحقیقات تجربی نشان می‌دهند که افسردگی درون‌فکنی‌شده (کمال‌گرایی) روشی تدافعی برای جبران احساس شرم درونی و حقارتی است که والدین به فرد انتقال داده‌اند، به گونه‌ای که تلاش برای جبران این احساسات می‌تواند به جبران بیش از حد بیانجامد و تمرکز فرد بیش از اندازه بر موضوع دستاورد صرف شود.این اغلب به خستگی بیش از حد روانی و یا جسمانی (افسردگی) می‌انجامد و منجر به شکل‌گیری خود «کاذب» قوی، خودمختار و خوداتکا می‌شود، در حالی که در واقعیت شکننده و آسیب‌پذیر است.خنثی‌سازی همانندسازی بیمار با سوپرایگو که از بخش‌های ضروری و مهم درمان روانپویشی است با هدف کمک به بیمار در جداسازی بخش‌های ایگو و سوپرایگو از هم انجام می‌شود. مواجهه و روشن‌سازی دفاع‌های همساز[2]بیمار موجب می‌شوند ایگو فعالانه به مشاهده بنشیند. در بیشتر موارد، درمانگر کار را با استفاده از تکنیک قوی‌تری، مانند به چالش کشیدن، ادامه می‌دهد تا بیمار را تحریک کند که دفاع‌هایش را کنار بگذارد (نبورسکی و همکاران، ۲۰۱۲). از طرف دیگر در راستای پژوهش‌های پیشین (ماتوس و همکاران،۲۰۱۷) با کمک درمان‌های شفقت محور و مبتنی بر نظریه‌های یادگیری مشاهده‌ای می‌توان بعد از تجربه احساسات متعارض نسبت به سوپرایگو خشن مبتنی بر مدل درمانی تنظیم هیجان پویشی تجربه‌ای، سوپر ایگو مشفق را درون بیمار درونی ساخت. درمان‌های پویشی در جایگزینی سوپر ایگو مشفقانه

[1] Intensive Shot-term Psychodynamic Psychotherapy

[2] syntonic

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

تکنیک درمانی خاصی ارائه نمی‌کنند و در همین راستا می‌توان از درمان‌های شفقت محور استفاده کنند و بپذیرند (پاولی و همکاران، ۲۰۱۰). بهوشیاری.در نتیجه درمان التقاطی شفقت‌خود بهوشیارانه و تنظیم هیجان پویشی تجربه‌ای در پوشش دادن به تمامی علائم بیمار اعم از پذیرش نواقص خود، مجزا سازی ایگو از سوپرایگو خشن و جایگزینی سوپرایگو مشفقانه در درون بیمار در این گروه از بیماران افسرده ثمربخش و مفید است و می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای نوین در کاهش شدت افسردگی درون‌فکنی‌شده به کار رود.

همچنین نتایج پژوهش حاضر در بیماران با افسردگی اتکایی در راستای پژوهش‌های پیشین است (آجیل چی و همکاران، ۲۰۱۶؛ دیرسن و همکاران، ۲۰۱۵، اجیل چی و همکاران، ۲۰۲۰) که حاکی از اثربخشی مدل درمانی تنظیم هیجان پویشی تجربه‌ای برافزایش قاطعیت و متعاقبا کاهش شدت افسردگی در افراد مبتلا به افسردگی اتکایی در مقایسه با گروه کنترل است، از طرف دیگر یافته‌های پژوهش حاضر در راستای پژوهش‌های پیشین حاکی از اثر بخشی درمان شفقت محور بر کاهش شدت افسردگی و شرم نهادینه (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۴؛ گیلبرت و همکاران ، ۲۰۰۶؛ براهلر و همکاران، ۲۰۱۳ و ماتوس و همکاران ،۲۰۱۷، گیلبرت و همکاران ،۲۰۱۴، کاندیا و همکاران، ۲۰۱۸؛ سدیقی مورنانی و همکاران، ۲۰۱۹)، همهٔ درمان‌های روان‌پویشی به بیماران کمک می‌کنند دفاع‌هایی خود را، که موجب ایجاد مشکلات‌شان شده‌اند، کنار بگذارند و بعد با احساسات موجود در پسِ آن‌ها مواجه شوند. از این طریق بیماران، به جای این‌که اجازه دهند دفاع‌های ناهوشیار به رفتاری ناهنجار منجر شوند، به‌صورت هوشیار، احساسات خودرا به رفتارسازگارانه متصل می‌کنند (فردریکسون،۲۰۱۳).

نتایج پژوهش حاضر نیز حاکی از آن بود که با افزایش قاطعیت در این گروه از بیماران شدت افسردگی کاهش می‌یابد. از طرف دیگر با افزایش قاطعیت در این گروه از بیماران شفقت خود نیز افزایش پیدا کرد و متعاقبا شدت شرم نهادینه کاهش یافت. زیرا همان‌گونه که پیشتر مطرح گردید مطابق مدل درمانی پاسکول-لئون و گرینبرگ (۲۰۱۷) خشم قاطعانه و شفقت‌خود یک مؤلفه در نظر گرفته می‌شوند.

با وجودیکه بلت و همکاران (۱۹۷۶) سالهاست به لحاظ نظری دو گروه از بیماران افسرده اتکایی و درون‌فکنی‌شده را تفکیک کرده‌اند و تحقیقات تجربی نیز حاکی از آنند که دو گروه از بیماران افسرده اتکایی و درون‌فکنی شده به شکل‌های متفاوتی از درمان پاسخ می‌دهند و الگوهای تغییر متمایزی دارند (بلت و همکاران، ۲۰۱۰)، در هیچ مطالعه‌ای به شکل جدی به عوامل زمینه‌ساز در بیماران با افسردگی درون‌فکنی‌شده و اتکایی و متعاقبا دفاع‌های متفاوت مورد استفاده در هرگروه از بیماران در جهت اجتناب از عامل زمینه‌ساز شرم نهادینه و طراحی درمان متناسب با آن‌ها پرداخته نشده است. درهمین راستا در این پژوهش سعی گردید ابتدا با بررسی عوامل زمینه ساز این اختلال و طراحی درمان التقاطی متناسب با هر گروه از بیماران در جهت درمان عوامل سبب ساز زمینه‌ای گام مثتمرتری برداشته شود. باتوجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود روان درمانگران به ارزیابی و تمایز دو نوع افسردگی اتکایی و درون فکنی شده در جهت انتخاب درمان متناسب در هر گروه از بیماران به عنوان یکی از مهم‌ترین جنبه‌های موفقیت درمان افسردگی توجه خاص داشته باشند.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

References :

1. Ajilchi, B., Kisely, S., Nejati, V., & Frederickson, J. (2020). Effects of intensive short-term dynamic psychotherapy on social cognition in major depression. *Journal of Mental Health*, *29*(1), 40-44. https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1466035
2. Ajilchi, B., Nejati, V., Town, J. M., Wilson, R., & Abbass, A. (2016). Effects of intensive short-term dynamic psychotherapy on depressive symptoms and executive functioning in major depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *204*(7), 500-505. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000518
3. Bahrami, Fatemeh (1996). Comparison of courage teaching methods to low courage high school girl students with individual and group counseling methods in Isfahan city. Master's thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University. [Persian].
4. Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, *29*(1), 107-157. https://doi.org/10.1080/00797308.1974.11822616
5. Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10749-000
6. Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
7. Blatt, S. J., & Shahar, G. (2004). Psychoanalysis—With whom, for what, and how? Comparisons with psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *52*(2), 393-447.
8. Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, *85*(4), 383. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.85.4.383
9. Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *50*(1), 113. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.50.1.113
10. Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Hawley, L. L., & Auerbach, J. S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research*, *20*(1), 37-54.
11. Brahler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, *52*(2), 199–214. https://doi.org/10.1111/bjc.12009
12. Busch, F. N. (2009). Anger and depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, *15*(4), 271-278.
13. Cândea, D. M., & Szentágotai-Tătar, A. (2018). The impact of self-compassion on shame-proneness in social anxiety. *Mindfulness*, *9*(6), 1816-1824.
14. Cook, D. R. (1993). *The internalized shame scale manual*. Menomonie, WI: Channel Press.
15. Cozolino, L. (2015). *Why therapy works*. New York: Norton and Company
16. DeFife, J. A., Peart, J., Bradley, B., Ressler, K., Drill, R., & Westen, D. (2013). Validity of prototype diagnosis for mood and anxiety disorders. *JAMA Psychiatry*, *70*(2), 140-148. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.270
17. Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J., Van, H. L., Jansma, E. P., & Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical Psychology Review*, *42*, 1-15. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.004
18. Fata, L., Birashk, B., Atefvahid, M. K., &

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

Dabson, K. S. (2005). Meaning Assignment Structures/Schema, Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Frameworks. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, *11*(3), 312-326. [Persian].

19. Frederickson, J. (2013). *Co-creating change: Effective dynamic therapy techniques*. Kansas City: leaves press.
20. Frederickson, J. J., Messina, I., & Grecucci, A. (2018). Dysregulated anxiety and dysregulating defenses: Toward an emotion regulation informed dynamic psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, *9*, 2054. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02054
21. Gambrill, E. D., & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, *6*(4), 550-561. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(75)80013-X
22. Germer, C., & Neff, K. (2019). *Teaching the mindful self-compassion program: A guide for professionals*. Guilford Publications.
23. Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *20*(2), 183-200. https://doi.org/10.1891/jcop.20.2.183
24. Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, *43*(1), 31-50. https://doi.org/10.1348/014466504772812959
25. Gilbert, P., McEwan, K., Catarino, F., Baiao, R., & Palmeira, L. (2014). Fears of happiness and compassion in relationship with depression, alexithymia, and attachment security in a depressed sample. *British Journal of Clinical Psychology*, *53*(2), 228–244. https://doi.org/10.1111/bjc.12037
26. Hatami Varzaneh A, fathi E, Khanipour H, Habibi N. (2020). Predicting Helping Attitude based on Attachment styles, Empathy, and Self-compassion among Volunteer and non-Volunteer Groups in Public Participation during COVID-19 Outbreak. *Journal of Research in Psychological Health*, 14 (1), 87-101. http://rph.khu.ac.ir/article-1-3755-fa.html. [Persian].
27. Hijazi, Masoud (2003). Courage, self-esteem and academic achievement in gifted and normal students, Master's thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran. [Persian].
28. Khosravi, S., Sadeghi, M., & Yabande, M. (2013). The psychometric adequacy of self-compassion scale. *Journal of Psychological Models and Methods*, *3*(13), 47-59. [Persian].
29. Luyten, P., & Blatt, S. J. (2013). Interpersonal relatedness and self-definition in normal and disrupted personality development: Retrospect and prospect. *American Psychologist*, *68*(3), 172.
30. Luyten, P., Mayes, L. C., Blatt, S. J., Target, M., & Fonagy, P. (2015). Theoretical and empirical foundations of contemporary psychodynamic approaches. In: *Handbook of Contemporary Psychodyamic Approaches to Psychopathology* (pp. 3-26).
31. Manavipour, D., Vatankhah, H., & Rahimpour, N. (2015). The Study of Psychometric Properties of Strictness Questionnaire and Its Relationship with Life Satisfaction. *Journal of Modern Psychological Researches*, *9*(33), 241-258. [Persian].
32. Matos, M., Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). The origins of fears of compassion: Shame and lack of safeness memories, fears of compassion and psychopathology. *The Journal of Psychology*, *151*(8), 804–819. https://doi.org/10.1080/00223980.2017.1393380
33. Morrison, A. P. (1989). *Shame: The underside of narcissism*. Routledge.
34. Neborsky, R. J. & Peluso, E. (2009). Understanding and overcoming projective identification. Part II: The man with the ghost in the basement and the nursery. *Ad Hoc Bulletin of Short Term Dynamic Psychotherapy Theory and Practice*, *13(3)*: 8–33.
35. Neborsky, R. J., & ten Have-de Labije, J. (2012). *Mastering intensive short-term dynamic psychotherapy: roadmap to the unconscious*. Karnac Books.
36. Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, *2*(3), 223-250. https://doi.org/10.1080/15298860309027
37. Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why" the only way

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

out is through.". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(6), 875.-887. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.75.6.875

38. Pauley, G., & McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *83*(2), 129-143.
39. Rajabi, G., & Abasi, G. (2012). An investigation of relationship between self-criticism, social interaction anxiety, and fear of failure with internalized shame in students. *Research in Clinical Psychology and Counseling (Studies in Education & Psychology)*, *1*(2), 171-182. [Persian].
40. Rudden, M., Busch, F. N., Milrod, B., Singer, M., Aronson, A., Roiphe, J., & Shapiro, T. (2003). Panic disorder and depression: A psychodynamic exploration of comorbidity. *The International Journal of Psychoanalysis*, *84*(4), 997-1015. https://doi.org/10.1516/VCKY-5EWM-7PT4-LRWJ
41. Saeedi Z, Ghorbani N, Sarafraz M R, Sharifian M H. (2012). The Relationship between Self-Compassion, Self-esteem and Self-Conscious Emotions Regulation. *Journal of Research in Psychological Health*, 6 (3), 1-9 . http://rph.khu.ac.ir/article-1-1529-fa.html. [Persian].
42. Sedighimornani, N., Rimes, K. A., & Verplanken, B. (2019). Exploring the relationships between mindfulness, self-compassion, and shame. *Sage Open*, *9*(3), 21-35.
43. Vermote, R., Lowyck, B., Luyten, P., Verhaest, Y., Vertommen, H., Vandeneede, B., ... & Peuskens, J. (2011). Patterns of inner change and their relation with patient characteristics and outcome in a psychoanalytic hospitalization-based treatment for personality disordered patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *18*(4), 303-313.
44. Werbart, A., & Forsström, D. (2014). Changes in anaclitic–introjective personality dimensions, outcomes and psychoanalytic technique: a multi-case study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, *28*(4), 397-410. https://doi.org/10.1080/02668734.2014.964295
45. Werbart, A., & Levander, S. (2015). Fostering change in personality configurations: Anaclitic and introjective patients in psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, *33*(2),217. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pap0000022
46. Westen, D., DeFife, J. A., Bradley, B., & Hilsenroth, M. J. (2010). Prototype personality diagnosis in clinical practice: A viable alternative for DSM–5 and ICD–11. *Professional Psychology: Research and Practice*, *41*(6), 482. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0021555
47. Westen, D., Shedler, J., & Bradley, R. (2006). A prototype approach to personality disorder diagnosis. *American Journal of psychiatry*, *163*(5), 846-856.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]