

اثر درمان متمرکز بر شفقت بر ناسازگاری اولیه و خودتمایز یافتگی زنان افسرده

ساسان باوی^{۱*} افسون طلایری^۲

۱. استادیار گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲. دانشجوی دکترای مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

نویسنده مسئول: ساسان باوی

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر طرحواره های ناسازگار اولیه و خودتمایز یافتگی زنان تحت درمان دارویی مبتلا به افسردگی بود. پژوهش، از نوع آزمایشی میدانی و طرح پژوهش، پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمامی بیماران زن مبتلا به اختلال افسردگی است که از بین کلینیک مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر اهواز، چهار مرکز به طور تصادفی انتخاب گردید و ۴۰ نفر به صورت تصادفی در گروه آزمایشی (۲۰ نفر) و گروه گواه (۲۰ نفر) به صورت تصادفی ساده گمارده شدند. ابزارهای پژوهش شامل سیاهه افسردگی بک (۲۰۰۰)، پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ (۱۹۹۸) و پرسشنامه تمایز یافتگی اسکورون و فریدلندر (۲۰۰۳) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکووا) و تحلیل کوواریانس یک متغیره (آنکووا) بررسی شدند. نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر تمامی متغیرهای وابسته به طور معنی داری موثر بوده است. پیشنهاد می شود روان درمانگران از درمان متمرکز بر شفقت در جلسات مربوط به افراد افسرده استفاده نمایند ($P < 0.05$).

واژگان کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، طرحواره های ناسازگار اولیه، خودتمایز یافتگی، افسردگی.

مقدمه

اختلال افسردگی^۱، یکی از شایع ترین اختلالات روانشناختی است (ابوئی مهریزی و همکاران، ۱۴۰۰). بیماران مبتلا به افسردگی، تقریباً ۲۷ برابر بیشتر از افراد سالم با بدکارکردی در محیط کار و مسئولیت های محوله مواجه می شوند (احمدزاده سامانی و همکاران، ۱۴۰۰). افسردگی موضوع با اهمیتی در بررسی سلامت مردم ایران است که بر اساس مطالعه ملی بیماری ها و آسیب ها در ایران، افسردگی، سومین مشکل سلامتی کشور است. شیوع افسردگی در جمعیت های مختلف ایرانی، از ۵/۶۹ تا ۷۳ درصد متغیر است. بعلاوه، گسترش افسردگی و اثرات آن در افراد جامعه خصوصاً زنان، پژوهشگران و روانشناسان بسیاری را به تلاش برای ابداع و ارائه ی روش های مؤثرتر درمان ها در این زمینه واداشته است (نصیرهرندی و همکاران، ۱۴۰۱). نتیجه این تلاش ها ارائه و اجرای مداخلات مختلف و بررسی اثربخشی آنها در درمان افراد افسرده بوده است. این مطالعات اثربخشی رویکردهای درمانی مختلف، از جمله رویکردهای رفتاری، شناختی، شناختی-رفتاری، طرحواره درمانی هیجانی، درمان های حمایتی، درمان های شفقت ورزی و درمان های روان شناختی بین فردی مورد بررسی قرار داده اند (عابدی شرق و همکاران، ۱۳۹۵). یکی از این مداخله های روان شناختی جدید که می تواند به بهبود بیماری های روان شناختی کمک کند درمان متمرکز بر شفقت است. درمان متمرکز بر شفقت به افراد می آموزد که احساسات دردناک خود را کنار نزنند و از آن اجتناب نکنند بلکه آن را بپذیرند. از اختلالات مهم همراه با افسردگی، می توان به طرحواره های ناسازگار اشاره نمود. طرحواره ها عناصر نظام-مندی از واکنش ها و تجربه های گذشته هستند که پیکره نسبتاً منسجم و پایداری از دانش را شکل می دهند و می-توانند ادراک ها و ارزیابی های بعدی را هدایت کنند. هنگامی که فرد سیستمی از انتظارات را کسب می کند، با دقت بیشتری به عناصر مشابه در موقعیت های زندگی پاسخ می دهد (اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۸).

از دیگر ابعاد مهم می توان به عدم خودتمایزیافتگی اشاره کرد. این مفهوم برای اولین توسط بوئن عنوان شد و به نظر بوئن^۲ (۱۹۸۷)، خودتمایزیافتگی به معنای رسیدن به حدی از استقلال عاطفی است که فرد بتواند در موقعیت های عاطفی و هیجانی، بدون غرق شدن در جو عاطفی آن موقعیت ها، به صورت عقلانی و خود مختار تصمیم گیری کند (نقل از یوسفی و همکاران، ۱۳۹۵). در بررسی تمایز یافتگی دو سطح را می توان متصور شد، یکی فرآیندی که در درون رخ می دهد که شامل مؤلفه های جایگاه من و واکنش پذیری عاطفی است و دومی در روابط بین فردی رخ می

1- depression disorder

2- Boan

دهد که شامل مؤلفه های هم آمیختگی با دیگران و گریز عاطفی است. گیبسون^۱ (۱۹۹۳) معتقد است مفهوم تمایز یافتگی در دیدگاه بوئن، پلی است برای فهم وضعیت هم وابستگی (صمدی، ۱۳۹۴). در تمایز یافتگی تعادل ظریف بین استقلال و وابستگی تغییر می کند و این متغیر توانایی در گیر شدن و خودتنظیمی احساسی در ارتباط با روابط مهم خود با دیگران را در بر دارد که برای صمیمیت بالا در روابط زناشویی ضروری است (آباد و هارون رشیدی، ۱۴۰۱). در این راستا، آباد و هارون رشیدی (۱۴۰۱) مطالعه ای با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نشخوار فکری و اضطراب وجودی سالمندان، انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر شفقت موجب کاهش اضطراب وجودی و نشخوار فکری می شود. همچنین، نصیر هرنندی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی به مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت از زندگی زناشویی و طرحواره های ناسازگار زنان متأهل دانشجوی دانشگاه آزاد اهواز پرداختند. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بر میزان رضایت زناشویی زنان متأهل و همچنین بر ۴ حوزه از ۵ حوزه طرحواره های ناسازگار اولیه و درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت زناشویی و بر هر ۵ حوزه طرحواره های ناسازگار اولیه مؤثر است. همچنین نتایج حاکی از آن بود که بین طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت از لحاظ اثربخشی بر رضایت زناشویی و طرحواره های ناسازگار اولیه تفاوت معنی داری وجود ندارد. بعلاوه، جلاپار و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهشی به مقایسه اثربخشی شفقت درمانی متمرکز و شناختی رفتار درمانی بر طرحواره های هیجانی و تاب آوری در بیماران مبتلا به دیابت پرداختند. نتایج نشان داد که هر دو مداخله بر طرحواره های هیجانی و تاب آوری بیماران دیابت مؤثر بوده است. همچنین، اثربخشی درمان شفقت ورزی بیشتر از شناختی رفتار درمانی بدست آمده است.

وضعیت موجود در جامعه درمانی ایران حاکی از آن است که استفاده از درمان های نوظهور مانند شفقت ورزی در سطح مطلوبی قرار ندارد و پژوهش های صورت گرفته در این زمینه به طور بهینه جوابگوی نیازهای عرصه درمان های غیر دارویی اختلالات روانی نیست. به نظر می رسد با توجه به گسترش روزافزون اختلالات روانی از جمله افسردگی که در زنان شیوع بیشتری دارد که این امر باعث کاهش بازدهی عملکرد شغلی، خانوادگی و شخصی زنان می شود؛ توجه به این دسته از درمان ها لازم و ضروری است. برای رسیدن به جامعه مطلوب در این خصوص، باید این چنین درمان هایی را به صورت تخصصی و زیر نظر متخصص امر و در زمان های مداوم و پیوسته صورت پذیرد تا برآیند آن رسیدن به درمان کافی و وافی اختلالات روانی که نتیجه نهایی آن می تواند در فضای خانواده، جامعه، تحصیل و شغل افراد

1 - Gebson

2 - Jalayer et al

نقش بسزایی ایفاد نماید. برای نیل به این هدف، پژوهشگر در صدد رسیدن به پاسخ این سوال است که آیا درمان متمرکز بر شفقت بر طرحواره های ناسازگار اولیه و خودتمایزیافتگی زنان تحت درمان دارویی مبتلا به افسردگی موثر است؟

نتایج پژوهش می تواند مبنای نظری و عملی مناسبی برای کاهش مشکلات زناشویی، بهبود الگوهای ارتباطی، آموزش های قبل و بعد ازدواج به منظور پیشگیری از تعارضات زناشویی در موسسات مختلف آموزشی و درمانی از قبیل مشاوره در دانشگاه ها، بهزیستی، کلینیک ها و شورای حل اختلاف خانواده و غیره قرار گیرد.

روش ها

پژوهش حاضر، به دلیل انتخاب تصادفی شرکت کنندگان، یک مطالعه آزمایشی میدانی است. و طرح پژوهش از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران زن مبتلا به اختلال افسردگی است که به مراکز خصوصی مشاوره و خدمات روانشناختی شهر اهواز که در بازه زمانی اسفند ماه ۱۴۰۲ تا اردیبهشت ماه ۱۴۰۳ مراجعه کرده اند. ۷۰ نفر از بیماران واجد شرایط (بیمارانی که نمره افسردگی آنان براساس سیاهه افسردگی بک بین ۲۰ تا ۲۸ بود و در مرحله دارو درمانی قرار داشتند) بودند که ۱۰ نفر از آنان تمایلی به شرکت نداشتند. در نهایت، ۴۰ نفر زنان مبتلا به اختلال افسردگی به عنوان نمونه در نظر گرفته شده اند که ۲۰ نفر در گروه آزمایشی اول و ۲۰ نفر در گروه گواه به صورت تصادفی ساده گمارده شدند. معیارهای ورود و خروج پژوهش حاضر شامل عبارتند از:

معیارهای ورود به پژوهش: ۱- جنسیت زن ۲- مدت ازدواج حداکثر ۵ سال؛ ۳- تحصیلات حداقل دیپلم ۴- داوطلب بودن برای شرکت در پژوهش ۵- نداشتن بیماری جسمی و روانی جدی ۶- عدم شرکت در جلسات روان درمانی دیگر حداقل یک ماه قبل از پژوهش ۷- کسب نمره بین ۲۰ تا ۲۸ در سیاهه افسردگی بک ۸- سن ۲۰ تا ۴۰ سال ۹- داشتن حداکثر ۲ سال سابقه اختلال افسردگی ۱۰- تحت درمان دارویی افسردگی

معیارهای خروج از پژوهش: ۱- وجود اختلالات روانی همزمان، اختلالات طیف سایکوز، دو قطبی و سوء مصرف مواد ۲- غیبت بیش از دو جلسه ۳- شرکت در جلسات روان درمانی دیگر ۴- نبودن تحت درمان دارویی ۵- عدم تمایل به ادامه درمان

ابزارهای پژوهش

سیاهه افسردگی بک II (فرم بلند): این سیاهه از ۲۱ گویه تشکیل شده که برای اولین بار توسط بک^۱ (۱۹۶۱) ساخته شد. سیاهه افسردگی بک ویرایش دوم شکل بازنگری شده سیاهه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی توسط بک و همکاران (۲۰۰۰) تدوین شده است و به اندازه گیری نشانه‌های افسردگی که فرد در طی ۲ هفته گذشته تجربه کرده است می‌پردازد. هر گویه بر اساس یک درجه بندی ۴ نمره‌ای به شیوه‌ی لیکرتی نمره گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۰-۶۳ است. نمره بالا نشان دهنده افسردگی بالا است. نتایج فزاینده در مورد این سیاهه، حاکی از آن است که ضریب همسانی درونی بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ است بک و همکاران (۲۰۰۰). در پژوهش حاضر، از طریق آلفای کرونباخ ضریب پایایی کل آزمون ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ: پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه توسط یانگ (۱۹۹۸) ساخته شده است. این پرسشنامه یک ابزار ۷۵ ماده ای برای سنجش ۱۵ طرحواره ناکارآمد اولیه است. طریقه نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت شش گزینه‌ای است که گزینه های آن از کاملاً غلط=۱ تا کاملاً درست=۶ است. نمره ۷۵ نشان دهنده کمترین میزان طرحواره های ناسازگار اولیه و نمره ۴۵۰ بازگو کننده بیشترین میزان طرحواره های ناسازگار اولیه است. پایایی این پرسشنامه برای کل آزمون ۰/۹۶ و برای تمام خرده مقیاس ها بالاتر از ۰/۸۰ می باشد. حمید پور (۲۰۱۱) پایایی آن را به وسیله آلفای کرونباخ برای همه مقیاس ها در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ و ثبات درونی این پرسشنامه را ۰/۹۴ گزارش کرده است، که نشان دهنده پایایی و ثبات درونی بالای این مقیاس است. در پژوهش حاضر، از طریق آلفای کرونباخ ضریب پایایی کل آزمون ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه تمایز یافتگی اسکورون و فریدلندر: این پرسشنامه توسط اسکورون و فریدلندر (۲۰۰۳) ساخته شد. و در ایران توسط یونسی (۱۳۸۵) بر روی نمونه عادی هنجار یابی شده است. پرسشنامه دارای ۴۶ ماده است که برای سنجش تمایز یافتگی افراد به کار می‌رود. تمرکز این ابزار بر ارتباط های مهم زندگی و روابط جاری افراد با خانواده اصلی است. این پرسشنامه دارای ۴ خرده مقیاس واکنش پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی و هم آمیختگی با دیگران است. این پرسشنامه با مقیاس لیکرت در یک طیف ۶ گزینه ای درجه بندی شده است. نمره کمتر در این پرسشنامه نشان دهنده سطوح پایین تر تمایز یافتگی است. پایایی پرسشنامه و خرده آزمونه‌های آن در نمونه ایرانی در پژوهش نجف لویی (۱۳۸۵) به ترتیب برای کل و ابعاد آن ۰/۷۲، واکنش هیجانی ۰/۸۱، جدایی هیجانی ۰/۷۶،

آمیختگی با دیگران ۰/۷۹ و موقعیت من ۰/۶۴. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی آزمون از طریق آلفای کرونباخ به ترتیب برای کل آزمون و خرده مقیاس های آن ۰/۸۹، ۰/۸۱، ۰/۷۸، ۰/۷۳ و ۰/۸۰ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش

۱. افرادی که در گروه های آزمایشی هستند، در حدود ۱ ماه و نیم در دوره های آموزشی شرکت کردند، در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای و در هر هفته دو جلسه در نظر گرفته می شود. همچنین، برای گروه گواه مداخله ای صورت نگرفت. اما، برای جلوگیری از تهدید روابی درونی آزمون، پس از پایان پژوهش، مداخله برای آن ها اجرا شد.

۲. بعد از اتمام دوره آموزش، هر دو گروه آزمایشی و گواه توسط پرسشنامه هایی که جهت سنجش متغیرهای وابسته (طرحواره های ناسازگار اولیه و خود تمایزیافتگی) به عنوان پس آزمون، مجدد مورد سنجش قرار گرفتند.

جلسات این پژوهش بر اساس کتاب درمان متمرکز بر شفقت که مبتنی بر بسته درمانی متمرکز بر شفقت بر اساس مفاهیم گیلبرت (۲۰۱۰) است طراحی شده، که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای انجام گرفت.

برای تحلیل داده ها در این پژوهش، از روش های آمار توصیفی و آمار اتسباطی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. و سطح معنی داری در این پژوهش، $\alpha = 0/05$ در نظر گرفته می شود.

یافته ها

یافته های توصیفی

جدول ۱. آمار توصیفی متغیرهای وابسته گروه های سه گانه در مراحل دوگانه اندازه گیری

متغیر		مرحله اندازه گیری	
		گروه آزمایش	گروه گواه
		میانگین	انحراف معیار
طرحواره های	پیش آزمون	۲۸۷/۰۹	۷/۲۳
ناسازگار اولیه	پس آزمون	۱۰۰/۲۷	۴/۱۵
خودتمایزیافتگی	پیش آزمون	۷۳/۶۸	۶/۷۹
	پس آزمون	۱۶۹/۷۳	۲/۴۹

نگاهی گذرا به اطلاعات جدول ۱ نشان می دهد که با تمهیدات به عمل آمده بعد از اعمال مداخلات درمانی- آموزشی در زنان گروه آزمایشی میانگین خودتمایزیافتگی آنان به مقدار قابل توجهی افزایش و میانگین طرحواره های ناسازگار اولیه کاهش یافته است؛ این در حالی است که این تغییرات در گروه گواه دیده نمی شود. هر چند این نتیجه-

۲- درمان متمرکز بر شفقت بر طرحواره های ناسازگار اولیه بیماران زن تحت درمان دارویی مبتلا به اختلال افسردگی تاثیر دارد.

۳- درمان متمرکز بر شفقت بر خودتمایزیافتگی بیماران زن تحت درمان دارویی مبتلا به اختلال افسردگی تاثیر دارد. قبل از آزمون فرضیه پژوهش به مقایسه کلی گروهها در متغیرهای پژوهش می پردازیم.

جدول ۳: نتایج آزمونهای چندمتغیره روی میانگین پس آزمون متغیرهای پژوهش گروههای آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	P	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلابی	۱/۴۵	۸	۷۲	۲۱/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۱/۰۷	۸	۷۰	۳۲/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
آزمون اثر هتلینگ	۳/۲۸	۸	۶۸	۲۶/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۵/۲۳	۴	۳۶	۳۸/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱

همانطوری که در جدول ۳ مشخص است، با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمونها، بیانگر آن هستند که بین گروههای دوگانه آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (طرحواره های ناسازگار اولیه و خودتمایزیافتگی) تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). بدین معنی که با کنترل پیش آزمون، بین پس آزمون گروهها تفاوت وجود دارد که نشان از اثربخشی مداخلهها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته دارد. بنابراین، فرضیه اول پژوهش تایید می گردد. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ طرحواره های ناسازگار اولیه و خودتمایزیافتگی بین دو گروه تفاوت وجود دارد، با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره تفاوت بین گروهها در متغیرهای وابسته مشخص گردید.

جدول ۴: تحلیل کوواریانس یک متغیره روی پس آزمون متغیرهای پژوهش در گروههای آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

متغیر	مجموع	Df	میانگین مجذورات	F	P	Eta (اندازه اثر)	توان آماری
طرحواره های ناسازگار اولیه	۷۶۳/۸۲	۲	۳۸۱/۹۱	۲۴/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱
خودتمایزیافتگی	۷۴۳/۵۲	۲	۳۷۱/۷۶	۳۰/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱

همان طوری که در جدول ۴ مشخص است، با کنترل پیش آزمون بین گروههای درمان متمرکز بر شفقت و گواه از لحاظ تمامی متغیرهای پژوهش (طرحواره های ناسازگار اولیه و خودتمایزیافتگی) تفاوت معنی داری وجود دارد

($P < 0.05$). بنابراین، فرضیه ۲ و ۳ تایید می گردد. به عبارت دیگر، درمان متمرکز بر شفقت بر طرحواره های ناسازگار اولیه و خودتمایز یافتگی زنان افسرده موثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری از یافته های پژوهش

یافته های به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده های پژوهشی مربوط به فرضیه اول نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت در تمامی متغیرهای وابسته (طرحواره های ناسازگار اولیه و خودتمایز یافتگی) موثر است. بر این اساس، این یافته به طور کلی با بخشی از نتایج پژوهش نصیرهرندی و همکاران (۱۴۰۱)؛ آباد و هارون رشیدی (۱۴۰۱)؛ احمدزاده سامانی و همکاران (۱۴۰۰)؛ سررشته داران پور و نامداریپور (۱۴۰۰)؛ جلایر و همکاران (۲۰۲۲)؛ داوودی منش و منیرپور (۲۰۲۲) همخوانی و هماهنگی دارند.

در تبیین این یافته می توان گفت که، خود شفقت ورزی به معنای تجربه پذیری و تأثیرپذیر بودن از رنج دیگران است به گونه ای که فرد مشکلات و رنج های خود را قابل تحمل تر می کند. در تبیین این نتایج باید عنوان کرد اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند. در این صورت ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می دهد در مواجهه با بُعد درونی نیز آرام شود. شفقت به خود، مستلزم پذیرش فعال و صبورانه احساسات سخت است. از طرفی دیگر، بخشی از آموزش شفقت به خود بر ذهن آگاهی تمرکز دارد. آموزش شفقت باعث تقویت نگرش های صمیمانه می شود و بین افراد احساس به هم پیوستگی به وجود می آورد و مسبب جذابیت، رفتار شایسته، مناسب و اعتماد بین آن ها می شود و هرچه شفقت خود بیشتر باشد، صمیمیت در روابط بین فردی بیشتر می شود، زمینه خشنودی و رضایت، هیجانات مثبت در رضایت از زندگی اجتماعی می شود. بنابراین، این روش درمانی می تواند افزایش دهنده خودتمایز یافتگی و کاهش طرحواره های ناسازگار اولیه در گروه مداخله شود.

۲- درمان متمرکز بر شفقت بر طرحواره های ناسازگار اولیه بیماران زن تحت درمان دارویی مبتلا به اختلال افسردگی تأثیر دارد. این یافته نشان می دهد که درمان متمرکز بر شفقت بر طرحواره های ناسازگار اولیه تأثیر معنی داری وجود دارد. این یافته، فرضیه ۲ پژوهش را تأیید می کند. بر این اساس، نتایج به دست آمده از آزمون این فرضیه با بخشی از نتایج پژوهش های نصیرهرندی و همکاران (۱۴۰۱)؛ احمدزاده سامانی و همکاران (۱۴۰۰)؛ جلایر و همکاران (۲۰۲۲) و کوپرز و همکاران^۱ (۲۰۲۰) همخوانی دارد.

1 - Koppers et al

در تبیین این یافته می توان گفت، در درمان متمرکز بر شفقت، تمرکز، بر مدل تنظیم عواطف یا هیجانات است. مداخلات نیز در راستای ایجاد الگوهای خاص تنظیم هیجان که زیربنای فرآیند تغییر هستند، به کار برده می شوند. درمان متمرکز بر شفقت، به عنوان یک روش چند بُعدی از انواع مهارت های آموزشی مرتبط با توجه، استدلال، تمرین تصویرسازی و مداخلات رفتاری استفاده می کند. این روش، مراجعان را به درک و احساس شفقت نسبت به خود، در طول فرآیندهای تفکر منفی بوسیله تمرکز قوی بر پرورش شفقت در خود تشویق می کند.

۳- درمان متمرکز بر شفقت بر خودتمایزیافتگی بیماران زن تحت درمان دارویی مبتلا به اختلال افسردگی تاثیر دارد. این یافته نشان می دهد که درمان متمرکز بر شفقت بر خودتمایزیافتگی تاثیر معنی داری وجود دارد. این یافته فرضیه ی ۳ پژوهش را تأیید می کند. بر این اساس، نتایج به دست آمده از آزمون این فرضیه با بخشی از نتایج پژوهش های ابوتی مهریزی و همکاران (۱۴۰۰) و فرشچیان یزدی و همکاران^۱ (۲۰۲۱) همخوانی دارد.

در تبیین این فرضیه می توان گفت که یکی از عواملی که در بحث خودتمایزیافتگی در درمان مبتنی بر شفقت مطرح می شود وجود نگرش مشفقانه است. وجود نگرش مشفقانه در افراد، به آن ها کمک می کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از طرد و صمیمیت غلبه نمایند. در تبیین اثرگذاری درمان مبتنی بر شفقت بر خودتمایزیافتگی باید عنوان کرد که در این درمان افراد می آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن ها را سرکوب نکنند؛ و افراد در مرحله ی اول تجربه خود را بشناسد و نسبت به آن احساس مهرورزی داشته باشند، سپس نگرش مشفقانه به خود داشته باشند. در این درمان تاکید بر تجربه ناخوشایند از آنهاست. فنون مختلف این مدل درمانی برای درونی سازی شفقت به خود شامل تصویر سازی، نوشتن نامه ی شفقت گونه به خود و یادگیری دانش روانشناختی شفقت به خود است. آخرین تبیین درباره تاثیر معنی دار طرحواره درمانی هیجانی بر افزایش خودتمایزیافتگی را می توان به مزایای درمان گروهی نسبت داد. درمان های گروهی باعث می شوند که افراد متوجه شوند دیگران هم مانند آنان همان مشکل دارند و برخی از افراد نیز با آن ها شبیه هستند که این امر باعث کاهش مقاومت در برابر پذیرش اختلال و همدلی بیشتر با همدیگر می شود. همچنین، درمان گروهی باعث می شود افراد مورد حمایت دیگران قرار گیرند و با الگوگیری مناسب به حل چالش ها بپردازند که این عوامل در نهایت می توانند باعث افزایش خودتمایزیافتگی شوند. به نظر می رسد دلیل اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در میزان خودتمایزیافتگی این است که در درمان متمرکز بر شفقت تاکید بیشتری به مهربانی با خود و توجه ویژه به خود داشتن

1 - Farshchiyan Yazdi et al

است. یعنی اینکه فرد به جای آنکه مسایل و اختلافات بین فردی را گسترش دهد و به آنها دامن بزند، با آنها کنار می‌آید و از آن‌ها می‌گذرد، گذشت، بخشش و ایجاد رابطه بین فردی مناسب، باعث آرام بخشی بیشتر فرد می‌شود و این امر باعث ارتقا سلامت روان فرد می‌شود.

با توجه به اثربخش بودن درمان متمرکز بر شفقت بر طحوااره های ناسازگار اولیه و خودتمایز یافتگی زنان دارای اختلال افسردگی پیشنهاد می‌شود از این روش در مراکز روان درمانی و کلینیک‌های مشاوره برای افراد مبتلا به این اختلال استفاده شود. یافته‌ها فقط قابل به تعمیم به بیماران زن است که ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بودند و به افرادی که از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و ملاک‌های شمول، متفاوت از آزمودنی‌های این پژوهش‌اند، قابلیت تعمیم ندارد. برای تحقیقات آتی توصیه می‌شود که این اختلال در جمعیت‌های مختلف با حجم نمونه‌های بالاتری آزموده شود تا تعمیم پذیری نتایج افزایش یابد.

ملاحظات اخلاقی

تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش رضایت کامل جهت شرکت در این پژوهش را داشتند و از تمامی اهداف و روند تحقیق آگاهی کامل داشتند. اصول رازداری برای تمامی شرکت کنندگان رعایت شده است. از تمامی روابطی که ممکن است رابطه درمانی را خدشه دار کند اجتناب شده است.

حمایت مالی تضاد منافع: هیچکدام از نویسندگان این مطالعه تضاد منافی گزارش نکردند.

تشکر و قدردانی: با تشکر از تمامی عزیزانی که در طول انجام این پروژه مرا یاری کرده اند کمال تشکر و قدردانی را ابراز می‌کنم.

منابع

- ابوئی مهریزی، وجیهه؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا و خلعتبری، جواد، ۱۴۰۰، مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر تمایز یافتگی از خود دختران نوجوان، نشریه پرستاری کودکان، ۷ (۳)، ۱۴-۲۵.
- احمدزاده سامانی، سودابه؛ دهقانی، اکرم؛ کلانتری، مهرداد و رضایی دهنوی، صدیقه، ۱۴۰۰، اثربخشی طرحواره درمانی بر اجتناب شناختی دانش آموزان دختر دارای طرحواره های ناسازگار اولیه، نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی، ۱۲ (۲)، ۶۵-۵۶.
- اسماعیلی، محمداسماعیل؛ شیرینی پور، امید؛ زمانی، نرگس و صاحبی، علی، ۱۳۹۸، پیش بینی گرایش به خودکشی دانشجویان براساس معنویت و ارضای نیازهای اساسی و طرحواره های ناسازگار اولیه، نشریه اسلام و سلامت، ۴ (۱)، ۱۹-۱۳.
- آباد، یاسمن و هارون رشیدی، همایون، ۱۴۰۱، اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نشخوار فکری و اضطراب وجودی سالمندان، روان‌شناسی پیری، ۸ (۱)، ۱-۱۰.

سررشته داران پور زهرا و نامداریور، فهیمه، ۱۴۰۰، اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار فکری زنان دارای تعارضات زناشویی شهر اصفهان. *رویش روان شناسی*، ۱۰ (۱۰)، ۲۴۰-۲۳۱.

صمدی، مهران، ۱۳۹۴، رابطه تمایز یافتگی خود، سبک های دلبستگی و هوش هیجانی با رضایت زناشویی همسران سازگار و ناسازگار. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه محقق اردبیلی.

عابدی شرق، نجمه؛ آهوان، مسعود؛ دوستیان، یونس؛ اعظمی، یوسف و حسینی، سپیده، ۱۳۹۵، اثربخشی درمان طرحواره درمانی هیجانی بر نشانه های بالینی و طرحواره هیجانی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی، فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۷ (۲۶): ۱۴۹-۱۶۳.

گیلبرت، پائول، ۲۰۱۰، *درمان متمرکز بر شفقت*، ترجمه مهرنوش اثباتی و علی فیضی. تهران: ابن سینا

نجف لویی، فاطمه، ۱۳۸۵، نقش تمایز خود در روابط زناشویی، فصلنامه اندیشه های نوین تربیتی، ۳ (۲)، ۲۷-۳۷.

نصیرهرند، منصوره؛ مکوندی، بهنام؛ پاشا، رضا و باوی، ساسان، ۱۴۰۱، مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت از زندگی زناشویی و طرحواره های ناسازگار زنان متأهل دانشجوی دانشگاه آزاد اهواز، *مجله دستاوردهای روانشناختی*، ۳۰ (۳)، ۱۸-۳۳.

یانگ، جفری، ۲۰۰۹، شناخت درمانی اختلالات شخصیت (رویکرد طرحواره-محور)، ترجمه ی علی صاحبی و حسن حمیدپور (۱۳۸۹)، حسن. چاپ دوم، تهران: انتشارات ارجمند.

یوسفی، ناصر؛ امانی، احمد و حسینی، صالح، ۱۳۹۵، بررسی رابطه بین عملکرد خانواده و اضطراب امتحان، با نقش واسطه ای تمایز یافتگی در دانش آموزان، *مجله ی روان شناسی مدرسه*، ۴ (۱۵)، ۵۲-۷۴.

یونسی، فرهاد، ۱۳۸۵، *هنجاریابی آزمون خودمتمایزسازی در ایران*، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.

Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (2000). *Manual of the Beck inventory-II*. SanAntonio TX: psycho corporation.

Bowen, M. (1987). *Theory and practice in psychotherapy*. In P.J. Guerin (Ed.), *Family therapy: Theory and practice* (pp. 42-90). New York: Gardner Press.

Davoodi Manesh, N., Monirpour, N. (2022). The Effectiveness of Group Schema Therapy on Reducing Rumination Due to Depression. *Journal of Positive School Psychology*, 6(2), 3380-3387.

Farshchian Yazdi, M. , Bagherzadeh Golmakani, Z. , & Mansouri, A. (2021). Comparison of the Effectiveness of Emotionally Focused Therapy and Self-Compassion Skills Training on Differentiation of Self and Sexual Intimacy of Women Affected by Marital Infidelity. *Razavi International Journal of Medicine*, 9 (3), 34-43.

Hamidpour, H. (2011). The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. *Journal of Iranian Psychiatry and Clinical Psychology*, 4, 420-43.

Jalayer, F., Hatami, M., Hashemi Razini, H., & Liyaghat, R. (2022). Comparing the Effectiveness of Compassion focused therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Emotional Schemas and Resilience in Patients with Diabetes. *Razavi International Journal of Medicine*; 10(3): 1212.

Koppers, D., Van, H., Peen, J., Alberts, J., & Dekker, J. (2020). The influence of depressive symptoms on the effectiveness of a short-term group form of Schema Cognitive Behavioural Therapy for personality disorders: a naturalistic study. *BMC Psychiatry*, 20 (271), 1-11.

The effect of compassion-focused therapy on primary maladjustment and self-differentiation of depressed women

Dr. Sasan Bavi ¹, Afsoon Talayry ²

1. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
2. PhD student in counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

abstract

The aim of the present study was to determine the effectiveness of compassion-focused therapy on primary maladaptive schemas and self-differentiation in women undergoing medication for depression. The research was of the field experimental type and the research design was pre-test-post-test with control group. The statistical population of this research includes all female patients suffering from depression disorder, four centers were randomly selected from among all counseling centers and psychological services in Ahvaz city, and 40 people were randomly selected in the experimental group (20 people) and the control group (20 people) were randomly assigned. The research tools included the Beck Depression Inventory (2000), Young's Early Incongruent Schemas Questionnaire (1998), and Scouron and Friedlander's Differentiation Questionnaire (2003). The data were analyzed using multivariate covariance analysis (MANCOVA) and univariate covariance analysis (ANCOVA). The results showed that the treatment focused on compassion was significantly effective on all dependent variables. It is suggested

that psychotherapists use compassion-focused therapy in sessions related to depressed people ($P<0.05$).
Key words: compassion-focused therapy, early maladaptive schemas, self-differentiation, depression.