



The Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Negative Automatic Thoughts and Dysfunctional Attitudes of Patients with Major Depression Disorder (Case Study)

Farzaneh Alijani  Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Esfahan, Iran

Zohreh Ranjbar Kohan  Assistant Professor and Faculty Member, Amin Fooladshahr University, Esfahan, Iran

Accepted: 20/08/2022

Abstract

Major depressive disorder is one of the most common mental disorders that imposes considerable emotional, social and economic burden on the individual and society. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of compassion-focused therapy on negative spontaneous thoughts and dysfunctional attitudes of patients with major depression. The method of the present study is a single case experimental design of multiple baseline types. The statistical population of this study consisted of all patients with major depressive disorder who referred to Hedayat Amin Lantern Counseling Center 1998-99 who had an active record. From this statistical population according to the inclusion and exclusion criteria of the study, four patients with major depression with Available sampling methods were selected and participated in 3 baseline sessions, 8 sessions of compassion-focused treatment and 3 follow-up sessions. The research instruments are the Holon and Kendall (1980) Negative Spontaneous Thoughts Questionnaire and the dysfunctional attitudes of Wiseman and Beck (1979). Data are analyzed using visual analysis, trend stability change and overlap percentage (PND). According to the statistical results obtained for both variables of negative self-thoughts and dysfunctional attitudes, reduction of mean and mean scores in the intervention stage compared to baseline, 100% PND between treatment position and baseline for all 4

Received: 23/11/2021

ISSN: 2322/3189

eISSN: 2476-6410

* Corresponding Author: zohreh_300@yahoo.com


How to Cite: Alijani, F., Ranjbar Kohan, Z. (2022). The Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Negative Automatic Thoughts and Dysfunctional Attitudes of Patients with Major Depression Disorder (Case Study), *Journal of Clinical Psychology Studies*, 12(47), 1-36.

subjects and reduction of PND between The position of intervention and follow-up indicated that CFT was effective on negative spontaneous thoughts and dysfunctional attitudes of patients with major depression, but these results significantly reduced the effect of treatment in the intervention phase compared to the baseline and reduced the effect of treatment in the follow-up phase compared to the phase. Demonstrated intervention.


Keywords: Compassion Focused Therapy, Major Depression, Negative Automatic Thought, Dysfunctional Attitudes.

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افکار خود آیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلابه افسردگی اساسی (یک مطالعه موردی)

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، اصفهان، ایران.

فرزانه علیجانی 

استادیار و عضو هیئت‌علمی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه امین فولادشهر، اصفهان، ایران.

زهرة رنجبر  *

چکیده

اختلال افسردگی اساسی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که بار قابل‌ملاحظه‌ای هیجانی، اجتماعی و اقتصادی فراوانی را به فرد و جامعه تحمیل می‌کند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افکار خود آیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلابه افسردگی اساسی است. روش پژوهش حاضر طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش متشکل بود از کلیه بیماران مبتلابه اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره فانوس هدایت امین شهر اصفهان در سال ۹۹-۹۸ که دارای پرونده فعال بودند که از این جامعه آماری با توجه به ملاک‌های ورود و خروج پژوهش، چهار نفر از بیماران مبتلابه افسردگی اساسی با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در ۳ نوبت خط پایه، ۸ جلسه درمان متمرکز بر شفقت و ۳ نوبت پیگیری شرکت کردند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه افکار خود آیند منفی هولون و کندال (۱۹۸۰) و نگرش‌های ناکارآمد وایزمن و بک (۱۹۷۹) می‌باشد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل دیداری، تعیین تغییر ثبات روند و درصد همپوشی (PND) مورد تحلیل قرار می‌گیرند. با توجه به نتایج آماری به‌دست آمده در مورد هر دو متغیر افکار خود آیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد، کاهش میانه و میانگین نمرات در مرحله مداخله نسبت به خط PND=100% بین موقعیت درمان و خط پایه برای هر ۴ آزمودنی و کاهش میزان PND=100% بین

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد است.

* نویسنده مسئول: zohreh_300@yahoo.com

موقعیت مداخله و پیگیری، بیانگر آن بود که CFT بر افکار خود آیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلابه افسردگی اساسی مؤثر بوده است اما این نتایج تأثیر قابل ملاحظه درمان در مرحله مداخله نسبت به خط پایه و کاهش تأثیر درمان در مرحله پیگیری نسبت به مرحله مداخله را نشان داده است.

کلیدواژه‌ها: درمان متمرکز بر شفقت، افکار خود آیند منفی، نگرش‌های ناکارآمد، افسردگی اساسی.

مقدمه

اختلال‌های روان‌شناختی حدود ۲۰ درصد از ناتوانی‌ها و مرگ‌های زودرس را به خود اختصاص می‌دهند (کسلر^۱، ۲۰۰۹) و از بین اختلالات روان‌شناختی اختلال‌های افسردگی به‌طور کلی با شیوع ۱۷ تا ۲۲ درصد از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی محسوب می‌شوند (کسلر و همکاران، ۲۰۰۹). اختلال افسردگی به آسیب‌های فردی و خانوادگی، تخریب شغلی و ارتباطات بین فردی و به‌طور کلی نداشتن تمرکز بر زندگی طبیعی منجر می‌شود. در مجموع در زمینه پیامدهای افسردگی، بنا به تأکید سازمان بهداشت جهانی، افسردگی دومین عامل اصلی ناتوانی و اختلال در عملکرد فرد در میان تمام مشکلات مربوط به سلامت فردی است که می‌تواند منجر به اختلالات روان‌شناختی هم‌آیند شود و خطر خودکشی را افزایش دهد (کاپلان و سادوک^۲، ۲۰۱۵، ترجمه گنجی، ۱۳۹۴). اختلال افسردگی اساسی که افسردگی یک‌قطبی نیز نامیده می‌شود، شدیدترین نوع افسردگی است که بدون سابقه‌ای از دوره‌های مانیا، مختلط یا هیپومانیا رخ می‌دهد. به‌منظور تشخیص افسردگی اساسی باید حداقل پنج مورد از علائم زیر در یک دوره دو هفته‌ای هم‌زمان وجود داشته باشد و نشان‌دهنده به هم خوردن کارکرد قبلی فرد باشد (حداقل یکی از علائم: کاهش خلق افسرده یا از دست رفتن علاقه وجود داشته باشد)، تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب و فعالیت، فقدان انرژی، احساس گناه، مشکل در تفکر و تصمیم‌گیری و افکار عودکننده مرگ یا خودکشی در یک دوره دو هفته‌ای هم‌زمان وجود دارد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

طبق نظریه‌های شناختی در مورد افسردگی افرادی که الگوهای شناختی سازش نیافته دارند، نسبت به ابتلا به افسردگی بسیار آسیب‌پذیر هستند، زیرا آن‌ها اطلاعات را درباره خود و تجاربشان به‌صورت منفی پردازش می‌کنند (کالو، لو و همکاران^۳، ۲۰۱۲). افکار خود آیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد از ویژگی‌های شناختی مرتبط با افسردگی و از

1. S.Kessler
2. H.Kaplan & B.j. Cadoc. k
4. Kalo&Loo

الگوهای شناختی سازش نیافته‌اند که پژوهش‌ها نیز بر نقش این شناخت‌ها و عوامل منفی در آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی تأکید دارند (لو و همکاران، ۲۰۱۲).

افکار خود آیند منفی شناخت‌هایی هستند که به‌عنوان نتیجه طرح‌واره‌های شناختی یا باورهای بنیادین، به‌طور خودکار در موقعیت خاصی فعال می‌شوند و پاسخ‌های هیجانی و رفتاری افراد را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهند (بک^۱، ۱۹۶۷). به‌طوری‌که یک واکنش دردناک، کشنده و تنش‌زایی را موجب می‌شوند. ویژگی بارز افکار خودآیند منفی این است که به‌سرعت از ذهن عبور می‌کنند و قابلیت چالش یا کنترل آن‌ها در همان لحظه وجود ندارد (بک، ۲۰۱۱).

در پژوهش زهرا ولی تبار و فریده حسین ثابت (۱۳۹۵) نتایج نشان‌دهنده نقش افکار خود آیند منفی در آمادگی ابتلا به افسردگی بود. نگرش‌های ناکارآمد مجموعه‌ای از شناخت‌هایی هستند که انعطاف‌ناپذیر، افراطی، ناکارآمد و مقاوم در برابر تغییر هستند و نظام شناختی فرد را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهند به‌طوری‌که افراد مبتلا ارزیابی درست و واقع‌بینانه‌ای از خود، آینده و دنیای پیرامون خود ندارند (لئو^۲، ۲۰۰۴، بیرامی و همکاران، ۱۳۹۴). به‌دیگر سخن نگرش‌های ناکارآمد طرح‌واره‌های ناسازگاری هستند که مناسبات بین فردی افراد را محدود کرده و موجب آشفتگی روان‌شناختی در افراد می‌شوند (معین‌الغریابی و همکاران، ۱۳۹۲). در پژوهشی که موسی رضایی و خالدی (۲۰۱۵) انجام دادند، نتایج نشان‌دهنده نقش نگرش‌های ناکارآمد در بروز افسردگی بود.

به دلیل گسترش و شیوع افسردگی و متناسب با سبب‌شناسی این اختلال، تاکنون شیوه‌های درمانی گوناگونی جهت درمان و کنترل این اختلال به کار گرفته شده است. در راستای مداخلات روان‌شناختی یکی از این‌روان‌درمانی‌ها، روان‌درمانی مبتنی بر شفقت است که در کنار سایر رویکردهای درمانی جدید در حوزه روان‌شناسی موج سوم و به دنبال عدم بهبود هیجان‌های منفی در درمان‌های شناختی-رفتاری و باهدف کاهش درد،

1. A.Beac

2. Y.Liu

رنج، نگرانی و افسردگی ایجاد شده است (لویزوتلی^۱، ۲۰۱۵).

نف^۲ (۲۰۰۳) شفقت به خود را به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل این موارد تعریف می‌کند: مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود، اشتراک‌های انسانی در مقابل انزوا، به هوشیاری در مقابل همسان‌سازی افراطی. امروزه ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که نسبت به خود شفقت دارد. گیلبرت به استفاده از این سازه در جلسات درمان اقدام کرد و بر اساس روان‌شناسی رشد، علم عصب‌شناسی عاطفی و نظریه تکامل شکل جامعی از رفتاردرمانی تجربی را تحت عنوان درمان متمرکز بر شفقت ابداع نمود. این درمان مبتنی بر روان‌شناسی تکاملی است که بر اهمیت درک مغزها و احساسات ما در زمینه چگونگی شکل‌گیری فرآیندهای تکاملی بیش از میلیون‌ها سال تأکید می‌کند (گیلبرت^۳، ۲۰۱۴). نخستین اصول این درمان از سیستم‌های عمومی تنظیم احساسات شامل سیستم تهدید و حفاظت از خود، سیستم هیجان‌ات و سیستم حمایت اجتماعی برخاسته است. جلسات درمان نیز از ارتباط بین این سیستم‌ها و افکار و رفتار انسان تشکیل شده است (بریهلر و همکاران^۴، ۲۰۱۳).

طبق نظریه‌های تکاملی افسردگی ممکن است به عملکرد تنظیم‌نشده این سیستم‌های تنظیم هیجان مربوط باشد (گیلبرت و آبرونز^۵، ۲۰۰۴، به نقل از برون^۶، ۲۰۱۵)؛ به عبارت دیگر شفقت با سبک مقابله و تنظیم هیجان‌ات مرتبط است (دیدریچ، گرانت و هافمن^۷، ۲۰۱۴). نتایج پژوهش‌های لاپیتسکی^۸ (۲۰۱۹) نیز نشان می‌دهد که بین شفقت به خود و فرآیندهای تنظیم هیجان ارتباط معناداری وجود دارد.

نگرش‌های ناکارآمد و افکار خود آیند منفی نشأت گرفته از آنها از طریق تأثیر بر

-
1. S.Louise & L.Eutely
 2. K.DNeff
 3. P.Gilbert
 4. C.Breahler&et al
 5. C.Irons
 6. D.H Brown
 7. A.Didrich, M.Grant & S.Hafman
 8. L.Lapinsky

فرآیندهای تنظیم هیجان (حسینی و همکاران، ۱۳۹۵) باعث به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد در برابر تجارب هیجانی می‌شوند که با وضعیت خلق منفی و هیجانات ناخوشایند مانند شرم و گناه همراه است. شفقت به خود می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور مفید در نظر گرفته شود که همانند یک سبک تنظیم هیجان مثبت عمل می‌کند، هیجانات منفی فرد را کاهش می‌دهد و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌کند؛ بنابراین دیگر از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌شود، بلکه با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی به آن‌ها نزدیک می‌شویم. همچنین شفقت به خود به فعال‌سازی نظام تسکین خود کمک می‌کند و بنابراین به کاهش اجتناب از هیجانات منفی در افراد منجر می‌شود (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۵).

تحقیقات کریچر^۱، دیدریچ و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که افزایش شفقت به خود با افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی همراه است. همچنین نتایج پژوهش تری^۲ (۲۰۱۱) حاکی از آن بود که شفقت احتمال توانایی افراد را از طریق تنظیم احساسات و نیز ارائه پاسخ مناسب به چالش‌ها و موانع اجتناب‌ناپذیر را بالا می‌برد.

در ده سال اخیر مطالعات مربوط به بررسی مزایای شفقت افزایش زیادی داشته است و پژوهش‌های گوناگون اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت را در کاهش علائم شناختی منفی (البردسون^۳ و دیل شاکلفورد^۴ و همکاران، ۲۰۱۵ و گنزالس^۵ و همکاران، ۲۰۱۸) بهبود اختلالات خوردن (گیلبرت، ۲۰۱۴) کاهش استرس و افزایش احساس آرامش و تسکین (هریت متلند^۶، ۲۰۱۱) بررسی و نتایج سودمندی حاصل شده است. شاهاروهمکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی دریافتند که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند خود انتقادی و افسردگی بیماران را کاهش و هیجانات مثبت و شفقت آن‌ها را افزایش دهد، علاوه بر این

1. T.Kruger

2. L.M Terry

3. E.Alberdston

4. K. Shakleford

5. E.Genzalez

6. C.Heriotmatland

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افکار خود آیند منفی و...؛ علیجانی و رنجبر | ۹

مشخص شد که این نتایج بعد از یک دوره پیگیری سه ماهه نیز تداوم دارد. همچنین دیدریچ، هافمن و گرانت^۱ (۲۰۱۴) در پژوهشی که بر روی بیماران افسرده انجام دادند، دریافتند که تمرین‌های متمرکز بر شفقت همانند تنظیم هیجانی مثبت می‌تواند به کاهش افسردگی بیماران کمک کند. نتایج پژوهش ریز^۲ (۲۰۱۰) نیز نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش افکار خود آیند منفی و نگرانی بیماران افسرده مؤثر می‌باشد.

شفقت به خود مؤلفه شناختی نیرومندی دارد و از نگرش‌های فرد به خود و دیگران تأثیر می‌پذیرد. از این رو با در نظر گرفتن این نظر شناختی که افسردگی با افکار منفی و شناخت‌های مربوط به فقدان و نگرش‌های منفی و ناکارآمدی به خود و آینده همراه است (بک و همکاران، ۱۹۷۶) می‌توان گفت که شفقت پایین به خود، با خود انتقادی، خود سرزنشگری و نگرش منفی نسبت به خود همراه می‌شود و احساسات و هیجانات ناخوشایندی چون شرم و گناه را در فرد پدید می‌آورد؛ بنابراین توجه و کاربرد گسترده‌تر درمان متمرکز بر شفقت که سعی دارد شکاف بین هیجان و شناخت را پوشش دهد و باهدف کاهش مؤلفه‌هایی چون شرم، خود انتقادی و افزایش شفقت به خود و دیگران شکل گرفته است و بر خود شفقت ورزی به‌عنوان یک عامل محافظت‌کننده تأکید دارد ضرورت می‌یابد.

با وجود اینکه درمان متمرکز بر شفقت به‌طور گسترده‌ای توصیف شده اما در مطالعات تجربی کمی به کار گرفته شده و منتشر شده است (گیلبرت و پروکتر^۳، ۲۰۰۶)؛ بنابراین نیاز به تکرار و گسترش این نتایج به جمعیت‌های دیگر وجود دارد. همچنین سازه شفقت در ادبیات پژوهشی داخل کشور سازه‌ای نوپاست و ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر در مورد این سازه احساس می‌شود. گرچه درمان مبتنی بر شفقت به‌عنوان یکی از درمان‌های جدید حوزه اختلالات هیجانی اثربخشی خود را در درمان اختلال‌های افسردگی و اضطرابی به اثبات رسانده است، اما باید گفت که تأثیرپذیری این متغیرها در کنار یکدیگر با استفاده از

1. A. Didrich, S. Hafmam & M. Grant

2. F. Reas

3. S. Procter

درمان متمرکز بر شفقت در پژوهش‌های دیگر بررسی نشده است. براین اساس پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان متمرکز بر شفقت بر افکار خود آیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلابه افسردگی اساسی مؤثر است؟

روش

در این پژوهش از طرح A-B با پیگیری استفاده شده است. طرح A-B شامل دو موقعیت آزمایشی است. موقعیت A (خط پایه) و موقعیت B (مداخله) است. در این طرح وقتی در ادامه خط روند ثابت خط پایه، با شروع مداخله تغییری ناگهانی و فوری در متغیر وابسته ایجاد می‌شود، نمایش تجربی متقاعدکننده‌ای از تغییر رفتار در طول زمان ارائه می‌دهد. در این پژوهش متغیر مستقل درمان متمرکز بر شفقت و متغیرهای وابسته افکار خود آیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلابه افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره امین اصفهان بودند که در فاصله مرداد تا شهریورماه سال ۱۳۹۹ به این مرکز مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت هدفمند می‌باشد. بدین صورت که از بین این افراد به شیوه هدفمند ۴ بیمار که دارای ملاک‌های ورود و واجد شرایط پژوهش حاضر بودند به‌عنوان آزمودنی انتخاب شدند. به‌منظور رعایت موازین اخلاقی، شرایط پژوهش و روند اجرا برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. همچنین فرم رضایت آگاهانه از اعضای نمونه پژوهش برای شرکت در جلسات اخذ شد و بر جنبه محرمانه بودن اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها و نیز مباحث مطرح‌شده در جلسات تأکید شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند از:

۱- تشخیص MDD بر اساس نظر روانشناس بالینی و تأیید آن با مصاحبه بالینی ساختاریافته SCID-IV ۲- دامنه سنی بین ۵۰-۲۰ سال ۳- تحصیلات حداقل دیپلم ۴- ثابت ماندن دوز دارویی برای ۸ هفته ۵- سابقه یک دوره یا بیشتر افسردگی از قبل. ملاک‌های خروج عبارتند از: ۱- داشتن ایده پردازی خودکشی یا اقدام به خودکشی در شش ماه گذشته ۲- سوء مصرف مواد ۳- دارا بودن اختلالات هم‌زمان مانند اختلال شخصیت و اختلال طبعی و سایر اختلال‌های روان‌پزشکی. این پژوهش با شناسه اخلاق IR-

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افکار خود آیند منفی و...؛ علیجانی و رنجبر | ۱۱

IAU.NAJAFABAD.REC.1399 در سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی به ثبت رسیده است.

ویژگی‌های هر ۴ آزمودنی به شرح زیر است:

مراجع اول: خانمی ۳۲ ساله متأهل و دارای یک فرزند پسر ساکن اصفهان که با احساس غمگینی، عدم لذت از زندگی، احساس پوچی و بی‌معنایی و بی‌حوصلگی و به دنبال وخیم‌تر شدن حالش به مرکز مشاوره مراجعه کرده بود. طبق گزارش مراجع احساس غمگینی وی از ۴ سال پیش شروع شد که همسرش دچار مشکلات مالی شدید شده و علی‌رغم تلاش‌های زیاد اوضاع مالی‌شان روزبه‌روز بدتر شده بود. مراجع خودش را مسئول مشکلات پیش‌آمده می‌دانست و مدام خود را سرزنش می‌کرد به اعتقاد او دیگر امیدی به آینده نیست و شرایط هیچ‌گاه بهتر نخواهد شد.

مراجع دوم: خانمی ۳۹ ساله متأهل، ساکن اصفهان، دارای تحصیلات دیپلم. طبق گزارش مراجع مشکلاتش از حدود ۷ سال پیش و زمانی که متوجه نابارورش شده بود آغاز شد. در طول این سال‌ها به دنبال عدم موفقیت در اقدامات درمانی و صرف هزینه‌های زیاد افسردگی‌اش تشدید شده است. بیمار با ارجاع روان‌پزشک به مرکز مشاوره مراجعه کرده بود. عدم امید به زندگی، گریه‌های شدید و احساس سرخوردگی و حقارت زیاد در بیمار مشهود بود. افکار خودکشی در بیمار زیاد است ولی سابقه اقدام به خودکشی در او وجود ندارد.

مراجع سوم: خانمی ۴۷ ساله، خانه‌دار، متأهل و ساکن منزل پدرش در اصفهان. دارای دو فرزند دختر. به گزارش بیمار از دو سال پیش و از زمانی که دخترش به سن ازدواج رسیده بود و به دلیل مشکلات مالی زیاد و شرایط شغلی همسرش قادر به تأمین جهیزیه و فراهم کردن شرایط ازدواج برای دخترش نبوده اولین دوره افسردگی را تجربه کرده است. بیمار به شدت خود را سرزنش می‌کند و خود را مسئول شرایط پیش‌آمده برای دخترش می‌داند. شرایط او زمانی تشدید شده است که مادرش به دلیل کهولت سن قادر به مراقبت از خود نیست و مراجع برای مراقبت از مادرش به ناچار شغل خود را نیز رها کرده است.

مراجع چهارم: خانمی ۴۱ ساله، متأهل، دارای یک فرزند پسر، متولد شهرستان مبارکه ولی ساکن اصفهان. به گزارش مراجع اولین دوره افسردگی‌اش از ۴ سال پیش و به دنبال بستری شدن پسرش در بیمارستان اعصاب و روان شروع شده است، همسر او به دلیل مشکلات ذهنی سابقه چند بار بستری شدن در بیمارستان اعصاب و روان را دارد.

ابزارهای پژوهش

مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-I): SCID-I یک ابزار استاندارد شده جامع برای ارزیابی اختلالات اصلی روان‌پزشکی بر اساس معیارهای DSM-IV است که برای مقاصد بالینی و پژوهشی به کار می‌رود. شریفی و همکاران این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی بر روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های کلی و خاص متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد بود (شریفی و همکاران، ۱۳۸۴). نتایج پژوهش امینی و همکاران که باهدف بررسی روایی این ابزار انجام گرفت نشان داد که این پرسشنامه ابزاری معتبر برای مقاصد بالینی و به‌ویژه پژوهشی و حتی آموزشی است. همچنین لبستال و همکاران معتقدند این ابزار جامع استاندارد که بر اساس معیارهای تشخیصی DDM-IV توسط فرست و همکاران طراحی شده است دارای روایی و اعتبار بالایی است. آن‌ها مقادیر کاپای اختلالات محور یک را ۶۱٪ تا ۸۳٪ و با میانگین کاپای ۷۱٪ متغیر گزارش کردند (لبستال^۱ و همکاران، ۲۰۱۱).

پرسشنامه افکار خودآیند منفی: این پرسشنامه ۳۰ سؤالی توسط هولون و کندال در سال ۱۹۸۰ تدوین شده است که در آن نمونه‌هایی از افکار خودآیند بیماران افسرده ارائه گردیده است. آزمودنی‌ها برحسب میزان اعتقاد و باور خود به افکار و فراوانی بروز آن طی یک هفته گذشته گزینه‌های ۱ تا ۵ را انتخاب می‌کنند. این پرسشنامه چهار جنبه از افکار

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افکار خود آیند منفی و...؛ علیجانی و رنجبر | ۱۳

خود آیند منفی یعنی سازگاری شخصی و تمایل به تغییر، خود پنداره منفی و انتظارات منفی، اعتماد به نفس پایین و ناامیدی را می‌سنجد. پایایی درونی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰.۹۷٪ و اعتبار باز آزمایی در فاصله دو هفته ۰.۸۷٪ برای باورها و ۰.۸۵٪ برای فراوانی بروز باورها گزارش شده است (کاظمی و همکاران، ۱۳۹۱).

پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد (DAS-26): این پرسشنامه بر اساس نظریه شناختی بک در مورد افسردگی و اضطراب ساخته شده است و باورها و نگرش‌هایی را اندازه‌گیری می‌کند که شامل ملاک‌های به شدت غیر منعطف جهت ارزیابی عملکرد شخصی و ارزشمندی خویش است. مقیاس نگرش ناکارآمد مهم‌ترین آزمون سبک‌شناختی در پژوهش‌های مراکز گوناگون ایالات متحده آمریکا در زمینه درمان شناختی است. این پرسشنامه شامل ۴۰ گویه و پنج زیر مقیاس آسیب‌پذیری، نیاز به تأیید شدن، کمال‌گرایی، نیاز به خشود کردن دیگران و نیاز به تأثیر بر دیگران است (بک، ۲۰۰۶). نمره‌گذاری این مقیاس به شیوه لیکرتی هفت‌درجه‌ای از (کاملاً موافقم = ۷ تا کاملاً مخالفم = ۱) انجام می‌شود. مطابق تحقیقات مختلف، نمرات به دست آمده برای افراد سالم از ۱۱۹ تا ۱۲۸ گزارش شده است. نمرات بالاتر آسیب‌پذیری در برابر افسردگی و داشتن تحریفات شناختی را نشان می‌دهد. تحقیقات در زمینه روایی و پایایی مقیاس در جمعیت عادی و بالینی نشان داد که آلفای کرونباخ ۰.۸۵٪ و روایی سازه آن از طریق همبستگی آن با آزمون افسردگی بک ۰.۷۱٪ و با پرسشنامه افکار خود آیند منفی ۰.۴۷٪ است (صالح زاده و نجفی، ۱۳۹۰). همچنین آلفای کرونباخ این ابزار برابر ۰.۹۲٪، همبستگی با فرم اصلی ۰.۹۷٪ و روایی آن از طریق پیش‌بینی سلامت با نمرات GHQ-28 توسط ابراهیمی و همکاران ۰.۵۶٪ به دست آمد (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۱). همسانی درونی این مقیاس در ایران ۰.۸۲٪ و اعتبار آن با روش دونیمه کردن ۰.۶۹٪ گزارش شده است (بافقی، ۱۳۹۲).

پرسشنامه افسردگی بک-۲ (BDI-II): این پرسشنامه یک پرسشنامه ۲۱ آیتمی خود گزارشی برای سنجش علائم و شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا است. هر آیتم نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد (صفر نشانه سلامت روان فرد) و (۳ نشانه حاد و

عمیق بودن افسردگی) است. به‌طور کلی ضرایب همسانی درونی هر یک از آیتم‌ها و سایر مشخصه‌های آماری پرسشنامه و ضریب آلفای کرونباخ نشان می‌دهد که BDI-II در جمعیت ایرانی از اعتبار مناسبی برخوردار است. در ایران آلفای کرونباخ ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دونیمه ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ گزارش شده است. (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۷). همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه با روش همسانی درونی ۰/۸۶ تعیین شده است (رجبی و کسمایی، ۱۳۹۱).

روش اجرا و تحلیل داده‌ها: به‌منظور اجرای پژوهش از بین بیماران با تشخیص افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره امین اصفهان که در فاصله بین اوایل مرداد تا اواخر شهریورماه سال ۱۳۹۹ به این مرکز مراجعه کرده بودند و بر اساس تشخیص روانشناس بالینی و یا ارجاع روان‌پزشک تشخیص MDD گرفته بودند، ۶ بیمار بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب و به پژوهشگر ارجاع داده شدند. از بین ۶ بیمار ارجاع داده‌شده، ۴ بیمار به‌صورت هدفمند و پس از انجام مصاحبه بالینی و بررسی ملاک‌های ورود، به‌عنوان آزمودنی انتخاب و پس از اخذ رضایت از آن‌ها وارد پژوهش شدند. لازم به ذکر است که ۲ نفر از شرکت‌کنندگان به دلیل عدم تمایل برای شرکت در پژوهش، از برنامه پژوهش حذف شدند. از لحاظ نظری حداقل دو خط پایه برای مقایسه نتایج مداخله درمانی لازم است اما به نظر بارلو و هرسن^۱ (۱۹۷۳) برای حفظ تأثیرات کنترلی این تکنیک حداقل سه مورد خط پایه لازم است. بر این اساس برای تأمین اعتبار بیرونی پژوهش سه مورد خط پایه انتخاب شد. پیش از انجام مداخله هر ۴ آزمودنی به مدت سه جلسه و هفته‌ای یک‌بار، موردسنجش قرار گرفتند و پرسشنامه‌های افکار خود آیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد توسط آن‌ها تکمیل شد. پس از ۳ جلسه خط پایه شرکت‌کنندگان وارد مرحله مداخله شدند. در مرحله مداخله بیماران تحت ۸ جلسه درمان متمرکز بر شفقت به‌صورت انفرادی قرار گرفتند. درمان در قالب جلسات ۶۰ دقیقه‌ای و یک روز در هفته اجرا شد. لازم به ذکر است که در ضمن اجرای درمان در جلسات ۲، ۴، ۶، ۸ پرسشنامه‌های افکار خود آیند

1. D.H Barlow & M.Hersen

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افکار خود آیند منفی و...؛ علیجانی و رنجبر | ۱۵

منفی و نگرش‌های ناکارآمد توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید. پس از پایان درمان در فواصل زمانی دوهفته‌ای، سه بار مرحله پیگیری انجام شد و پرسشنامه‌های فوق در جلسات پیگیری تکمیل گردید. اهداف، محتوا، مداخلات و تکالیف به کاربرده شده در جلسات این پژوهش بر اساس کتاب‌های «درمان متمرکز بر شفقت»، «درمان متمرکز بر شفقت برای درمانگران اکت» و «CFT به زبان ساده» در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای انجام گرفت. خلاصه جلسات درمانی به شرح زیر است:

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر شفقت، برگرفته از پروتکل درمان گیلبرت (۲۰۱۰)

جلسه	موضوع	محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی با مراجع و مفهوم‌سازی موردی مبتنی بر شفقت	برقراری رابطه درمانی با مراجع، مفهوم‌سازی موردی مبتنی بر شفقت، توضیح در خصوص شفقت و عناصر آن، آشنایی با درمان متمرکز بر شفقت
دوم	توضیح و تبیین مغز تکامل یافته (مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه)	ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه، تمارض بین تقصیر تو نیست و مسئولیت‌پذیری و آموزش تمرین تنفس ذهن آگاهانه. تکلیف: انجام تمرین تنفس ذهن آگاهانه
سوم	مفهوم‌سازی سیستم‌های تنظیم هیجان، تبیین افسردگی بر اساس مدل سه حلقه‌ای	ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، معرفی سه سیستم تنظیم هیجان و چگونگی تأثیر آن بر فرد، توضیح تفاوت ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق، تبیین افسردگی بر اساس مدل سه حلقه‌ای، آموزش تمرین تنفس آرام‌بخش تکلیف: انجام تمرین تنفس آرام‌بخش، بررسی این که در موقعیت‌های رنج‌آور کدام سیستم هیجانی فعال‌تر است؟
چهارم	معرفی ویژگی‌ها و مهارت‌های شفقت و شناخت فرد مشفق	ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل و بررسی تکلیف، تعریف فرد مشفق و ویژگی‌های آن، توضیح خصوصیات شش‌گانه شفقت، توضیح اینکه مراجع برای اینکه به فرد مشفقی تبدیل شود باید مهارت‌های مشفقانه را بیاموزد. تکلیف: مراجع ویژگی‌های فرد مشفق را در خود بررسی کند
پنجم	استدلال مشفقانه و توجه مشفقانه	تمرین خودهای چندگانه، استفاده از استعاره ناخدای کشتی، تمرین تصویرسازی خودمشفق، تکنیک دو صندلی، تمرین شفقت ورزی به دیگران تکلیف: مراجع با استفاده از تمرین صندلی مشفق به مقابله با خود

جلسه	موضوع	محتوا
		انتقادگری پردازد. مراجع چند ثابته نشخوار فکری کند و بعد تمرین خود مشتق را انجام دهد.
ششم	تصویرپردازی مشفقانه و تجربه حسی مشفقانه	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، تمرین تنفس آرام‌بخش، معرفی قدرت تصویرسازی و ارتباط آن با سه سیستم تنظیم هیجان، توضیح نقشه مغز و تقصیر تو نیست، آموزش تصویرسازی ایجاد مکانی امن و رنگ‌آمیزی مشفقانه تکلیف: استفاده از تصویرسازی مشفقانه هنگام مواجهه با رنج
هفتم	احساس مشفقانه و رفتار مشفقانه	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، تمرین شفقت ورزی به خود، ایجاد یک تصویر مشفق ایدئال برای خود، اشاره به مفهوم ترس از شفقت، تمرین استعاره روز عالی، توضیح معنی رفتار مشفقانه و موانع آن، آموزش نوشتن نامه مشفقانه تکلیف: مراجع هر روز اقدامی مهربانانه برای خود یا دیگری انجام دهد، نامه‌های مشفقانه برای خود بنویسد.
هشتم	جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل جمع‌بندی و ارائه خلاصه‌ای از جلسات گذشته

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا داده‌های خام به صورت نمودار رسم شد (برای هر آزمودنی داده‌های مربوط به سه موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری به ترتیب بر روی یک نمودار رسم گردید). سپس محفظه ثبات و روند برای نمودار داده‌های هر چهار آزمودنی در موقعیت خط پایه و مداخله رسم شد و بعد با استفاده از شاخص روند و ثبات، میزان ثبات و جهت روند داده‌ها مشخص و در نهایت با استفاده از روش تحلیل درون موقعیتی و بین موقعیتی به تحلیل اثربخشی متغیر مستقل بر وابسته پرداخته شد.

یافته‌ها

برای تحلیل دیداری نموداری داده‌ها پس از رسم نمودار داده‌های خام برای هر آزمودنی، در مرحله اول با استفاده از میانه داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه داده‌ها موازی با محور x کشیده شده و یک محفظه ثبات روی خط میانه قرار گرفت. محفظه ثبات یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم می‌شود. فاصله و دامنه بین دو خط، میزان برون افتادگی یا تغییرپذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با

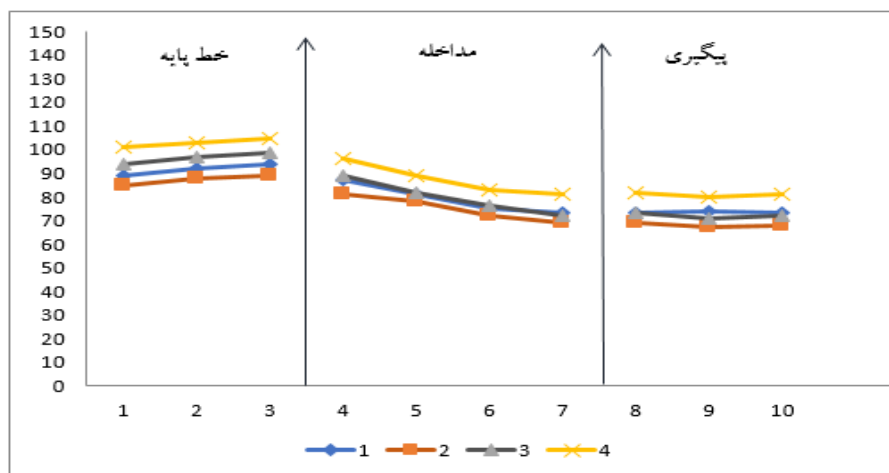
اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افکار خود آیند منفی و...؛ علیجانی و رنجبر | ۱۷

استفاده از معیار ۸۰-۲۰ درصدی اگر ۸۰ درصد نقاط داده‌ها زیر یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه محفظه ثبات قرار گیرد، گفته می‌شود داده‌ها ثبات دارد. پس از آن برای بررسی روند داده‌ها از روش دونیم کردن استفاده شده و محفظه ثبات خط روند بر اساس معیار ۸۰-۲۰ رسم شده است. پس از رسم خط میانه و خط روند و محفظه ثبات آن‌ها، شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانه و میانگین و شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی مانند تغییر سطح، روند و PND محاسبه می‌شود. PND نشان‌دهنده درصد غیر هم‌پوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی خط پایه و مداخله است. هرچه PND بین دو موقعیت مجاور بالاتر باشد با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست (فراهانی و همکاران ۱۳۹۰).

یافته‌های فرضیه اول

برای بررسی این سؤال که آیا درمان متمرکز بر شفقت بر افکار خود آیند منفی آزمودنی‌ها مؤثر بوده است، نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر متغیر افکار خود آیند منفی، طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در ادامه ارائه شده است:

نمودار ۱. نمرات خام آزمودنی‌ها در سه موقعیت خط پایه، مداخله و درمان



مقایسه خط پایه و مداخله (B به A) مداخله و پیگیری (C به B)								
مراجعه اول دوم سوم چهارم اول دوم سوم چهارم								
تغییر در سطح								
تغییر سطح نسبی	۸۴ به ۹۳	۷۹/۵ به ۸۸/۵	۸۵/۵ به ۹۸	۹۲/۵ به ۱۰۴	۷۳/۵ به ۷۴	۶۸ به ۷۰/۵	۷۲ به ۷۴	۸۱ به ۸۲
تغییر سطح مطلق	۸۷ به ۹۴	۸۱ به ۸۹	۸۹ به ۹۹	۹۶ به ۱۰۵	۷۳ به ۷۳	۶۹ به ۶۹	۷۳ به ۷۳	۸۱ به ۸۲
تغییر میانه	۷۸ به ۹۲	۷۵ به ۸۸	۷۹ به ۹۷	۸۶ به ۱۰۳	۷۳ به ۷۸	۶۸ به ۷۵	۷۲ به ۹۷	۸۱ به ۸۶
تغییر میانگین	۷۹ به ۹۱/۶	۷۵ به ۸۷/۳	۷۹/۷ به ۹۶/۶	۸۷/۲۵ به ۱۰۳	۷۳/۳ به ۷۹	۶۸ به ۷۵	۷۲ به ۷۹/۷	۸۱ به ۸۷/۲۵
همبستگی داده‌ها								
PND	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۰	%۶۶/۶۶	%۳۳/۳۳	%۳۳/۳۳
POD	%۰	%۰	%۰	%۰	%۱۰۰	%۳۳/۳۳	%۶۶/۶۶	%۶۶/۶۶

در مورد تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر افکار خود آیند منفی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، بررسی داده‌های آزمودنی اول نشان می‌دهد که در موقعیت خط پایه، داده‌ها روند صعودی باثبات داشته که در موقعیت مداخله این روند به روند نزولی باثبات (در جهت هدف مداخله) تغییر یافته است. تغییر سطح نسبی در موقعیت خط پایه نشان‌دهنده صعود و در موقعیت مداخله و پیگیری نشان از نزول و بهبود است. میانه و میانگین به ترتیب در موقعیت مداخله (۷۸-۷۹) نسبت به خط پایه (۹۲-۹۱/۶) کاهش یافته است. همچنین PND طبق جدول ۲ بین موقعیت درمان و خط پایه %۱۰۰ و بین موقعیت پیگیری و مداخله %۰ بوده است که نشان‌دهنده تأثیر قابل ملاحظه درمان در مرحله مداخله نسبت به خط پایه و کاهش تأثیر درمان در مرحله پیگیری نسبت به مرحله مداخله است.

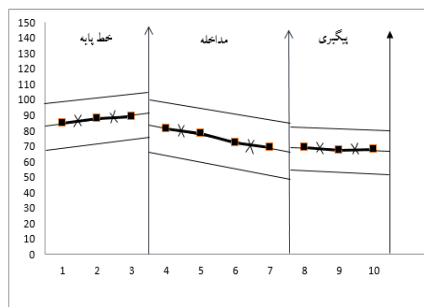
داده‌های آزمودنی دوم در موقعیت خط پایه دارای روندی صعودی و باثبات می‌باشد که با آغاز مداخله به روند نزولی (در جهت هدف مداخله) تغییر یافته است. میانه و میانگین به ترتیب در موقعیت مداخله (۷۵-۷۵) نسبت به خط پایه (۸۸-۸۷/۳). همچنین PND طبق جدول ۲ بین موقعیت درمان و خط پایه %۱۰۰ و بین موقعیت پیگیری و مداخله %۶۶/۶۶ بوده است که نشان‌دهنده تأثیر قابل ملاحظه درمان در مرحله مداخله نسبت به خط پایه و کاهش تأثیر درمان در مرحله پیگیری نسبت به مرحله مداخله است.

بررسی داده‌های آزمودنی سوم نیز نشان می‌دهد که در موقعیت خط پایه، داده‌ها روند صعودی باثبات داشته که در موقعیت مداخله این روند به یک‌روند نزولی (در جهت هدف مداخله) تغییر یافته است. میانه و میانگین به ترتیب در موقعیت مداخله (۷۹-۷۹/۷) نسبت به خط پایه (۹۷-۹۶/۶) کاهش یافته است. همچنین PND طبق جدول ۲ بین موقعیت درمان و خط پایه ۱۰۰٪ و بین موقعیت پیگیری و مداخله ۳۳/۳۳٪ بوده است که نشان‌دهنده تأثیر قابل‌ملاحظه درمان در مرحله مداخله نسبت به خط پایه و کاهش تأثیر درمان در مرحله پیگیری نسبت به مرحله مداخله است.

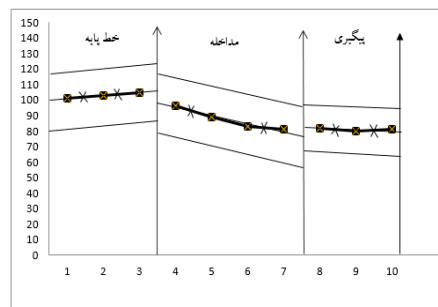
بررسی داده‌های آزمودنی چهارم نیز نشان می‌دهد که در موقعیت خط پایه، داده‌ها روند صعودی باثبات داشته که در موقعیت مداخله این روند به یک‌روند نزولی (در جهت هدف مداخله) تغییر یافته است. میانه و میانگین به ترتیب در موقعیت مداخله (۸۶-۸۷/۲۵) نسبت به خط پایه (۱۰۳-۱۰۳) کاهش یافته است. همچنین PND طبق جدول ۲ بین موقعیت درمان و خط پایه ۱۰۰٪ و بین موقعیت پیگیری و مداخله ۳۳/۳۳٪ بوده است که نشان‌دهنده تأثیر قابل‌ملاحظه درمان در مرحله مداخله نسبت به خط پایه و کاهش تأثیر درمان در مرحله پیگیری نسبت به مرحله مداخله است.

بدین ترتیب نتایج حاصل بیانگر آن است که درمان متمرکز بر شفقت بر افکار خود آیند منفی بیماران مبتلابه افسردگی اساسی مؤثر بوده است اما این نتایج تأثیر قابل‌ملاحظه درمان در مرحله مداخله نسبت به خط پایه و کاهش تأثیر درمان در مرحله پیگیری نسبت به مرحله مداخله را نشان می‌دهند.

نمودار ۳. خط روند و محفظه ثبات آزمودنی ۲

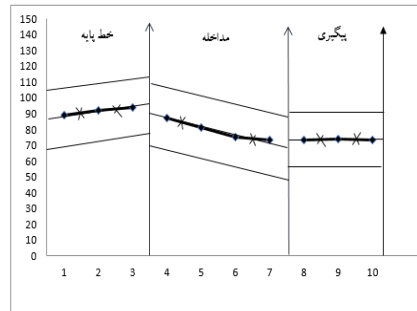
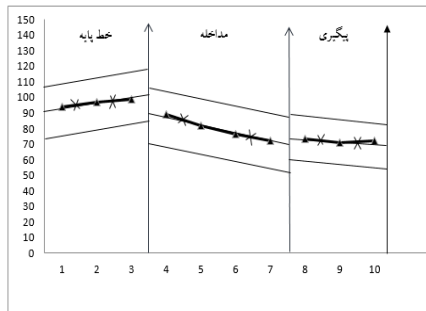


نمودار ۲. خط روند و محفظه ثبات آزمودنی ۳



اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افکار خود آیند منفی و...؛ علیجانی و رنجبر | ۲۱

نمودار ۴. خط روند و محفظه ثبات آزمودنی ۳ نمودار ۵. خط روند و محفظه ثبات آزمودنی ۴



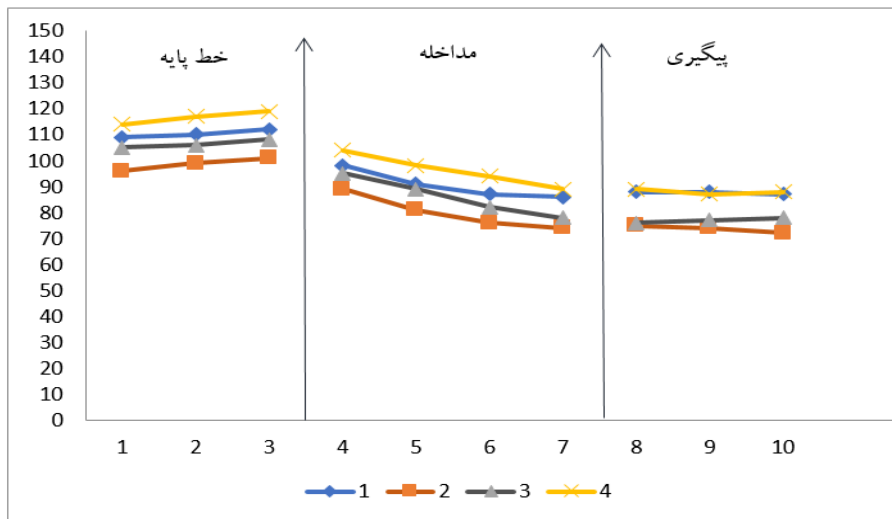
با توجه به نمودارهای فوق در مورد هر چهار آزمودنی ۱۰۰٪ داده‌ها در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری در محفظه ثبات قرار دارند؛ بنابراین بر اساس قانون ۸۰-۲۰ درصدی روند تغییر داده‌ها باثبات است؛ یعنی آهنگ تغییر داده‌ها نیز با یک تغییر ثابت در حال اتفاق افتادن است.

یافته‌های فرضیه دوم

برای بررسی این سؤال که آیا درمان متمرکز بر شفقت بر نگرش‌های ناکارآمد آزمودنی‌ها مؤثر بوده است، نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر متغیر نگرش‌های ناکارآمد، طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در ادامه ارائه شده است:

نمودار ۶. نمرات خام اندازه‌گیری‌ها مکرر متغیر نگرش‌های ناکارآمد در سه موقعیت خط پایه،

مداخله و درمان



جدول ۳. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی مراجعین در پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد

توالی موقعیت خط پایه مداخله								
طول موقعیت ۴۳								
مراجعین اول دوم سوم چهارم اول دوم سوم چهارم								
سطح								
۹۶	۸۵/۵	۷۸/۵	۸۹	۱۱۷	۱۰۶	۹۹	۱۱۰	میانه
۹۶/۲۵	۸۶	۸۰	۹۰/۵	۱۱۶/۶	۱۰۶/۳	۹۸/۶	۱۱۰/۳	میانگین
۱۰۴-۸۹	۹۵-۷۸	-۷۴ ۸۹	۸۶-۹۸	-۱۱۴ ۱۱۹	-۱۰۵ ۱۰۸	-۹۶ ۱۰۱	-۱۰۹ ۱۱۲	دامنه تغییرات
بائبات	بائبات	بائبات	بائبات	بائبات	بائبات	بائبات	بائبات	دامنه تغییرات محفظه ثبات
تغییر سطح								
۱۰۱-۹۱/۵	۹۲-۸۰	-۷۵ ۸۵	-۸۶/۵ ۹۴/۵	-۱۱۸/۵ ۱۱۵	-۱۰۷/۵ ۱۰۵	-۱۰۵ ۹۷	-۱۱۱ ۱۰۹/۵	تغییر سطح نسبی
۱۰۴-۸۹	۹۵-۷۸	-۷۴ ۸۹	۹۸-۸۶	-۱۱۹ ۱۱۴	-۱۰۸ ۱۰۵	-۱۰۱ ۹۶	-۱۱۲ ۱۰۹	تغییر سطح مطلق

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افکار خود آیند منفی و...؛ علیجانی و رنجبر | ۲۳

توالی موقعیت خط پایه مداخله								
طول موقعیت ۴۳								
مراجعه اول دوم سوم چهارم اول دوم سوم چهارم								
روند								
جهت	صعودی	صعودی	صعودی	صعودی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی
ثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات
مسیرهای چندگانه	خیر	خیر	خیر	خیر	خیر	خیر	خیر	خیر

جدول ۴. متغیرهای تحلیل دیداری برون موقعیتی مراجعین در پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد (DAS-26)

مقایسه موقعیت‌ها خط پایه و مداخله (B به A) مداخله و پیگیری (B به C)								
مراجعه اول دوم سوم چهارم اول دوم سوم چهارم								
تغییرات روند								
تغییر جهت	نزولی به صعودی	نزولی به صعودی	نزولی به صعودی	نزولی به صعودی	نزولی به صعودی	نزولی به صعودی	نزولی به صعودی	نزولی به صعودی
اثر وابسته به هدف	منفی	منفی	منفی	منفی	منفی	منفی	منفی	منفی
تغییر ثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات
تغییر در سطح								
تغییر نسبی	۸۵ به ۱۰۰	۹۲ به ۱۰۷	۱۰۱ به ۱۰۸	۸۸ به ۸۶/۵	۷۴/۵ به ۷۵	۷۶/۵ به ۸۰	۸۸ به ۹۱/۵	۹۴/۵ به ۱۱۱
تغییر مطلق	۸۹ به ۱۰۱	۹۵ به ۱۰۸	۱۰۴ به ۱۰۸	۸۸ به ۸۶	۷۴/۷۴ به ۷۵	۷۶ به ۷۸	۸۹ به ۸۹	۹۸ به ۱۱۲
تغییر میانه	۷۸/۵ به ۹۹	۸۵/۵ به ۱۰۶	۹۶ به ۱۱۷	۸۹ به ۸۸	۷۴ به ۷۸/۵	۷۷ به ۸۵/۵	۸۸ به ۹۶	۸۹ به ۱۱۰
تغییر میانگین	۸۰ به ۹۸/۶	۸۶ به ۱۰۶/۳	۸۷/۶ به ۱۱۶/۶	۸۷/۶ به ۹۰/۵	۷۳/۶ به ۸۰	۷۷ به ۸۶	۸۸ به ۹۶/۲۵	۹۰/۵ به ۱۱۰/۳
همپوشانی داده‌ها								
PND	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۰	%۳۳/۳۳	%۶۶/۶۶	%۶۶/۶۶	%۶۶/۶۶
POD	%۰	%۰	%۰	%۱۰۰	%۶۶/۶۶	%۳۳/۳۳	%۳۳/۳۳	%۳۳/۳۳

در مورد تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، بررسی داده‌های آزمودنی اول نشان می‌دهد که در موقعیت خط پایه، داده‌ها روند صعودی باثبات داشته که در موقعیت مداخله این روند به روند نزولی (در جهت هدف مداخله) تغییر یافته است. تغییر سطح نسبی در موقعیت خط پایه نشان‌دهنده صعود و در موقعیت مداخله و پیگیری نیز نشان از نزول و بهبود است. میانه و میانگین به ترتیب در موقعیت مداخله (۸۹-۹۰/۵) نسبت به خط پایه (۱۱۰-۱۱۰/۳) کاهش یافته است. همچنین PND طبق جدول ۴ بین موقعیت درمان و خط پایه ۱۰۰٪ و بین موقعیت پیگیری و مداخله ۰٪ بوده است که نشان‌دهنده تأثیر قابل ملاحظه درمان در مرحله مداخله نسبت به خط پایه و کاهش تأثیر درمان در مرحله پیگیری نسبت به مرحله مداخله است.

داده‌های آزمودنی دوم در موقعیت خط پایه دارای روندی صعودی و باثبات می‌باشد که با آغاز مداخله به روند نزولی (در جهت هدف مداخله) تغییر یافته است. میانه و میانگین به ترتیب در موقعیت مداخله (۷۸/۵-۸۰) نسبت به خط پایه (۹۹-۹۸/۶) کاهش یافته است. همچنین PND طبق جدول ۴ بین موقعیت درمان و خط پایه ۱۰۰٪ و بین موقعیت پیگیری و مداخله ۳۳/۳۳٪ بوده است که نشان‌دهنده تأثیر قابل ملاحظه درمان در مرحله مداخله نسبت به خط پایه و کاهش تأثیر درمان در مرحله پیگیری نسبت به مرحله مداخله است.

بررسی داده‌های آزمودنی سوم نیز نشان می‌دهد که در موقعیت خط پایه، داده‌ها روند صعودی باثبات داشته که در موقعیت مداخله این روند به یک‌روند نزولی (در جهت هدف مداخله) تغییر یافته است. میانه و میانگین به ترتیب در موقعیت مداخله (۸۶-۸۵/۵) نسبت به خط پایه (۱۰۶-۱۰۶/۳) کاهش یافته است. همچنین PND طبق جدول ۴ بین موقعیت درمان و خط پایه ۱۰۰٪ و بین موقعیت پیگیری و مداخله ۶۶/۶۶٪ بوده است که نشان‌دهنده تأثیر قابل ملاحظه درمان در مرحله مداخله نسبت به خط پایه و کاهش تأثیر درمان در مرحله پیگیری نسبت به مرحله مداخله است.

همچنین بررسی داده‌های آزمودنی چهارم نیز نشان می‌دهد که در موقعیت خط پایه، داده‌ها روند صعودی باثبات داشته که در موقعیت مداخله این روند به یک‌روند نزولی (در جهت هدف مداخله) تغییر یافته است. میانه و میانگین به ترتیب در موقعیت مداخله (۹۶-۹۶/۲۵) نسبت به خط پایه (۱۱۷-۱۱۶/۶) کاهش یافته است. همچنین PND طبق

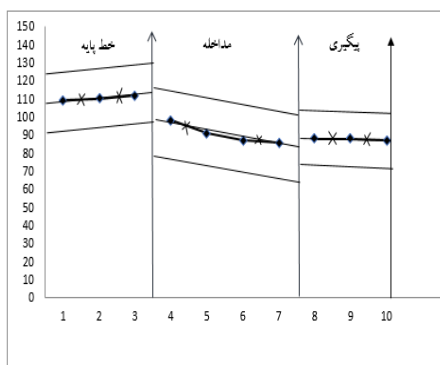
اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افکار خود آیند منفی و...؛ علیجانی و رنجبر | ۲۵

جدول ۴ بین موقعیت درمان و خط پایه ۱۰۰٪ و بین موقعیت پیگیری و مداخله ۶۶/۶۶٪ بوده است که نشان‌دهنده

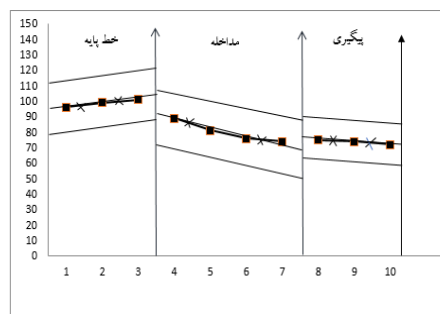
تأثیر قابل‌ملاحظه درمان در مرحله مداخله نسبت به خط پایه و کاهش تأثیر درمان در مرحله پیگیری نسبت به مرحله مداخله است.

بدین ترتیب نتایج حاصل بیانگر آن است که درمان متمرکز بر شفقت بر نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مؤثر بوده است اما این نتایج تأثیر قابل‌ملاحظه درمان در مرحله مداخله نسبت به خط پایه و کاهش تأثیر درمان در مرحله پیگیری نسبت به مرحله مداخله را نشان می‌دهند.

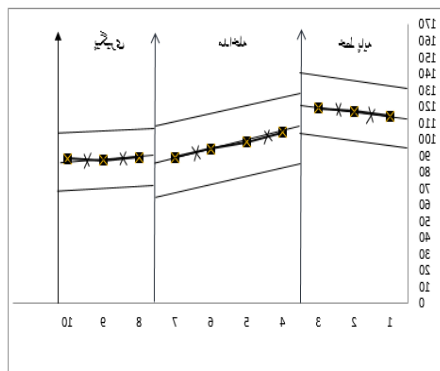
نمودار ۸. خط روند و محفظه ثبات آزمودنی ۲



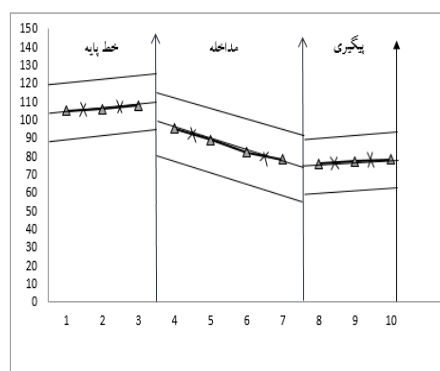
نمودار ۷. خط روند و محفظه ثبات آزمودنی ۱



نمودار ۱۰. خط روند و محفظه ثبات آزمودنی ۴



نمودار ۹. خط روند و محفظه ثبات آزمودنی ۳



با توجه به نمودارهای فوق و بر اساس قانون ۸۰-۲۰ درصدی، ۱۰۰٪ داده‌های هر ۴ آزمودنی در سه موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری در محفظه ثبات قرار دارند بنابراین

آهنگ تغییر داده‌ها باثبات است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افکار خود آیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلابه افسردگی اساسی بوده است. با توجه به یافته‌های این مطالعه هر چهار آزمودنی پس از دریافت مداخله، کاهش قابل توجهی در میزان افکار خود آیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد نشان داده‌اند.

در فرضیه اول پژوهش پیش‌بینی شده بود درمان CFT موجب کاهش افکار خود آیند منفی بیماران مبتلابه افسردگی اساسی می‌شود. کاهش میانه و میانگین نمرات در مرحله مداخله نسبت به خط پایه، PND ۱۰۰٪ بین موقعیت درمان و خط پایه برای هر ۴ آزمودنی و کاهش میزان PND بین موقعیت مداخله و پیگیری، بیانگر آن بود که CFT بر افکار خود آیند منفی بیماران مبتلابه افسردگی اساسی مؤثر بوده است اما این نتایج تأثیر قابل ملاحظه درمان در مرحله مداخله نسبت به خط پایه و کاهش تأثیر درمان در مرحله پیگیری نسبت به مرحله مداخله را نشان داده است. نتیجه پژوهش ریز (۲۰۱۰) که نشان‌دهنده تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش نگرانی و کاهش افکار خود آیند منفی بیماران می‌باشد با نتیجه پژوهش حاضر همسو و هم‌جهت می‌باشد.

در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش افکار خود آیند منفی بیماران افسرده باید گفت: زمانی که افراد افسرده می‌شوند به شیوه‌های مختلف به خلق خود پاسخ می‌دهند، آن‌ها ممکن است از فکر کردن به احساسات خود اجتناب کنند، سریعاً برای تغییر محیط و خلقشان وارد عمل شوند و بیش برآورد خطر کنند (نالن هاك وسها، ۱۹۹۱). توضیح مفاهیم پایه‌ای درمان CFT (نحوه کارکرد و تعامل مغزهای سه‌گانه و سه سیستم تنظیم هیجان) برای مراجع، او را به این آگاهی می‌رساند که خلق منفی، هیجانات و تحلیل‌های منفی همراه با آنکه می‌تواند ناشی از افکار خود آیند منفی باشد، نتیجه عملکرد مغز قدیم، مغز جدید و چرخه معیوب بین آن‌هاست که موجب واکنش و تغییر در کارکرد هورمون‌ها و سیستم‌های مغزی (بیش‌فعالی سیستم دفاع و سیستم انگیزش) می‌شود؛ بنابراین

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افکار خود آیند منفی و...؛ علیجانی و رنجبر | ۲۷

مراجع با آگاهی از چرخه‌ای که بین مغز قدیم و مغز جدید در جریان است و آگاهی از وجود مغز سوم، و استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهانه، دیگر خود را مقصر تمام هیجانات منفی و رنج‌ها نمی‌داند، بلکه سعی می‌کند با آگاهی از موضوعات پایه‌ای درمان به رنج خود بیشتر توجه کند و این می‌تواند باعث کاهش افکار و عواطف منفی شود.

در تبیینی دیگر می‌توان گفت افکار خود آیند منفی به صورت اتوماتیک و در موقعیت‌های مختلف فعال می‌شوند. این افکار که نشأت گرفته از طرح‌واره‌های شناختی ناکارآمد می‌باشند، در برخورد با تجربه‌های زندگی تأثیر گذاشته و باعث ایجاد واکنش‌های بی‌تناسب می‌شود (بک، ۱۹۷۹)؛ و به گونه‌ای فریبکارانه به نظر می‌رسند که فرد گمان می‌کند وضع به همان بدی است که به نظر می‌رسد به نحوی که فرد همه چیز را منفی می‌بیند، احساس حقارت می‌کند و خود را مسئول تمام اتفاقات و رخداد‌های منفی زندگی می‌داند (هاوتون و همکاران، ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۷۶) که نتیجه آن احساس شرم، گناه و خود سرزنشگری و خود انتقادگری می‌باشد. در درمان مبتنی بر شفقت با توضیح مؤلفه اشتراکات انسانی به فرد کمک می‌شود میان خود و دیگران پیوند احساس کند؛ بنابراین با در نظر گرفتن این که انسان ممکن است خطا کند و همه انسان‌ها مرتکب اشتباه می‌شوند احساسات منفی کمتری تجربه می‌کند.

عامل دیگری که توجه‌کننده اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افکار خود آیند منفی بیماران MDD می‌باشد، این است که درمان متمرکز بر شفقت از تمرین خود‌های چندگانه و تمرین دو صندلی جهت آشنایی با خود‌های هیجانی مختلف مانند خود‌عصبانی، خود‌مضطرب، خود‌انتقادگر و برقراری ارتباط مشفقانه بین جنبه‌های مختلف خود استفاده می‌شود و ضمن آن که زمینه پرورش ذهن مهربان و تعامل با سایر تجربیات خود را فراهم می‌کند رابطه تعلق آمیز فرد را با خودشان برمی‌انگیزاند (تیرچ و همکاران، ۲۰۱۴)؛ ترجمه دانشمندی و همکاران، ۱۳۹۵)؛ بنابراین مراجع به کشمکش درونی بین جنبه‌های مختلف خود پی می‌برد و به اهمیت پرورش خود مهربان دست می‌یابد که اگر کنترل امور را در موقعیت‌های مختلف در دست بگیرد، در هنگام هجوم افکار خود آیند منفی به جای

خودانتقادگری، سرزنش و احساس شرم و گناه، با شفقت به خود پاسخ می‌دهد و خردمندان، شجاعانه و مهربانانه واکنش نشان می‌دهد.

در فرضیه دوم پژوهش پیش‌بینی شده بود که درمان متمرکز بر شفقت موجب کاهش نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلابه افسردگی اساسی می‌شود. نتایج حاصل از تحلیل دیداری نموداری داده‌ها از جمله کاهش میانگین و میانه نمرات در مرحله مداخله نسبت به خط پایه و PND ۱۰۰٪ بین این دو موقعیت و کاهش PND بین موقعیت مداخله و پیگیری نشان‌دهنده تأثیر قابل‌ملاحظه درمان در مرحله مداخله نسبت به پیگیری و کاهش تأثیر درمان در مرحله پیگیری نسبت به مداخله است.

این یافته با پژوهش زارعی (۱۳۹۳) که نشان‌دهنده تأثیر مثبت درمان متمرکز بر شفقت (در نتیجه تغییر سبک‌های شناختی بیماران) بر کاهش افسردگی و کنترل قند خون مبتلایان به دیابت نوع ۲ می‌باشد، همچنین با نتایج حاصل از پژوهش برقی ایرانی و همکاران (۱۳۹۵) مبنی بر اثربخشی درمان CFT بر کاهش عواطف منفی و تعدیل روان‌سازهای ناکارآمد، همسو و می‌باشد. همچنین نتایج این پژوهش، با نتیجه پژوهش شریفی باستانی و آسیابانی (۱۳۹۷) که نشان‌دهنده اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نگرش به زندگی بیمار مبتلابه اختلال افسردگی اساسی بود همسو و هم‌جهت است.

به نظر می‌رسد تغییرات در سطح نگرش‌های ناکارآمد افراد در مرحله مداخله احتمالاً به دلیل این بخش از آموزش مداخله متمرکز بر شفقت ایجاد شده است که در درمان CFT از تکنیک‌های آموزش فرایند تنظیم سه سیستم هیجان اصلی، تربیت و مدیریت ذهن با استفاده از تکنیک‌های توجه آگاهی و حساسیت نسبت به رنج، در بستری از زمان حال و تأثیر این سیستم هیجان‌ات بر فیزیولوژی مغز و تغییر در کارکرد هورمون‌ها (دست‌کاری سیستم هیجان‌ات مغزی) استفاده شده است (تیرچ، ۲۰۱۴). در افراد مبتلابه MDD سیستم تهدید و سیستم انگیزش به‌نوعی پرکاری شدید دچار است. از طرف دیگر سیستم رضایت و تسکین نیز در این افراد سطح رشد یافتگی پایین‌تری دارد. درمان CFT مانند فیزیوتراپی ذهن عمل می‌کند، یعنی با تحریک سیستم تسکین بخشی زمینه تحول آن را فراهم می‌کند

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افکار خود آیند منفی و...؛ علیجانی و رنجبر | ۲۹

(تیرچ، ۲۰۱۴)؛ بنابراین آموزش این مفاهیم و آگاهی مراجع از آن‌ها و استفاده از مهارت‌هایی که بتوانند به فعال‌سازی سیستم تسکین بینجامد، باعث تعدیل سیستم‌های تنظیم هیجان و کاهش نگرش‌های ناکارآمد می‌شود.

ازجمله مؤلفه‌های درمان CFT که به تنظیم هیجان بیماران و کاهش نگرش‌های ناکارآمد کمک زیادی می‌کند، مهارت تصویرسازی مشفقانه است. این مهارت به دلیل قدرت فعال‌سازی هیجان‌ات و حس‌های بدنی مختلف یکی از قدرتمندترین ابزارهای پرورش ذهن مهربان محسوب می‌شود. مهارت تصویرسازی و تحریک سیستم‌های مغزی و جسمی که به واسطه آن صورت می‌گیرد، می‌تواند زمینه تحریک سیستم امنیت و آرامش‌بخش را فراهم سازد (تیرچ و همکاران، ۲۰۱۴)؛ ترجمه دانشمندی و همکاران (۱۳۹۵). درواقع می‌توان گفت مهارت تصویرسازی مشفقانه از طریق تأثیر بر سیستم‌های تنظیم هیجان و تأثیر این سیستم هیجان‌ات بر فیزیولوژی مغز و در نتیجه تغییر در کارکرد هورمون‌ها، باعث افزایش ترشح هورمون اکسی توسین و در نتیجه احساس امنیت و آرامش می‌شود؛ به عبارت دیگر تصویرسازی شفقت‌آمیز، سیستم‌های مغزی را به گونه‌ای تنظیم می‌کند که در تحمل رنج و مقابله با رنج ما را یاری رساند.

مؤلفه دیگری که در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد نقش مهمی ایفا می‌کند سازه به هوشیاری است. شفقت به خود از بسیاری جهات می‌تواند نوعی راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور باشد، چراکه به آگاهی به هوشیارانه از هیجان‌های خود، عدم اجتناب از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده و نزدیکی همراه با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی به آن‌ها نیازمند است. درواقع افراد در این مدل با استفاده از به هوشیاری، تجربه هیجانی خود را می‌شناسند و سپس نگرشی مشفقانه نسبت به خود پیدا می‌کند (بنجت، ۲۰۰۱). به منظور کمک به مراجع برای درک بیشتر این مؤلفه، تکنیک‌های ذهن آگاهی مانند تمرین تنفس ذهن آگاهانه و نحوه انجام آن به بیمار آموزش داده می‌شود. در تمرین ذهن آگاهی مراجع به این درک می‌رسد که ذهن آگاهی به معنای داشتن نگرش غیر قضاوت‌گرانه و پذیرنده نسبت به خود می‌باشد. به نحوی که می‌تواند

افکار و احساسات خود را بدون اینکه نیاز به تغییر یا کنار گذاشتن داشته باشد بپذیرد، به عبارت دیگر بیمار به این نتیجه می‌رسد که باید از تجربه احساسات دردناک خود اجتناب نکند.

با وجود تبیین‌های انجام‌شده و نتایج آماری به دست آمده باید محدودیت‌های این پژوهش را نیز در نظر داشت. اگرچه مطالعات تک آزمودنی به دلیل مشاهده کیفی نتایج عمیق‌تری به دست می‌دهند و یافته‌های واقعی حاصل از چنین پژوهش‌هایی در سایه آزمون‌های آماری محو نمی‌شوند (بارلو و هرسن، ۱۹۷۹) اما به دلیل تعداد محدود نمونه این نوع پژوهش از اعتبار بیرونی اندکی برخوردار است. لازم به ذکر است در پژوهش حاضر اعمال محدودیت‌های کرونایی که باعث ایجاد محدودیت در مراجعه به بخش اعصاب و روان بیمارستان‌ها و عدم امکان آموزش گروهی به مراجعین شده بود، همچنین عدم رغبت شرکت‌کنندگان برای دریافت درمان آنلاین و دشواری حضور بیماران در جلسات سنجش و پیگیری مانع از آن شد که تعداد جلسات سنجش و پیگیری افزایش یابد. لذا جهت رفع چنین محدودیت‌هایی پیشنهاد می‌شود که اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در قالب طرح‌های آزمایشی با افزایش تعداد جلسات سنجش و پیگیری و نیز افزایش تعداد شرکت‌کنندگان به منظور تعمیم بیشتر نتایج انجام شود. همچنین با توجه به غنای فرهنگ ایرانی اسلامی، در خصوص مفاهیمی نظیر محبت و مهرورزی، تبیین و طراحی برنامه‌های درمان مبتنی بر شفقت بر اساس رویکردهای بومی و مقایسه آن با مفهوم‌سازی غربی از شفقت، از پیشنهاد‌های پژوهشی این مطالعه است. همچنین باید گفت انجام مطالعات طولانی‌مدت تر و با پیگیری‌های بلندمدت چندمرحله‌ای، نتایج کامل‌تری را در زمینه میزان پایداری تغییرهای ناشی از این مدل درمانی، در طول زمان در اختیار محققان قرار خواهد داد.

از نتایج پژوهش حاضر می‌توان در کلینیک‌های مشاوره، سازمان بهزیستی و سایر مؤسسات مربوطه، جهت افزایش آگاهی افراد از روش‌های درمانی نوین و مؤثر مانند درمان متمرکز بر شفقت استفاده نمود.

تشکر و قدردانی

از همکاری صمیمانه مسئولین محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، مرکز مشاوره فانوس هدایت امین استان اصفهان، روانشناس بالینی مرکز و بلاخص سرکار خانم دکتر رنجبر و تمام عزیزانی که این جانب را در انجام این پژوهش یاری کردند کمال تشکر و قدردانی رادارم.

ORCID
Jamshid
Jamshid



<https://orcid.org/0000-0003-3996-4045>
<https://orcid.org/>

منابع

- ابراهیمی، ولی‌الله، موسوی، سید غفور. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلابه اختلالات خلقی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱۰ (۵)، ۳۷-۴۸
- بیرامی، منصور، موحدی، یزدان، علیزاده، جابر. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر شناخت در کاهش اضطراب اجتماعی و نگرش‌های ناکارآمد نوجوانان. *مجله شناخت اجتماعی*، ۴ (۱)، ۴۱-۵۳
- برقی ایرانی، زیبا. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر تعدیل روان‌سازهای ناسازگار و کاهش عواطف منفی دانش‌آموزان مبتلابه اختلال ریاضی. *مجله روان‌شناسی معاصر*، ۱۱ (۱)، ۱۱۷-۱۰۳
- حسینی، فریده، امیدوار، یاسر، عباسی، نرجس. (۱۳۹۵). نقش کارکردهای اجرایی و افکار خودآیند منفی در تبیین دشواری در تنظیم هیجان نوجوان. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۷ (۱)، ۸۳-۱۱۱
- دابسون، کیت استفان، محمدخانی، پروانه، مساح چولایی، امید. (۱۳۸۶). مختصات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. *فصلنامه علمی پژوهشی توان‌بخشی*، ۸ (۲۹)، ۸۶-۸۰
- رجبی، غلامرضا، کسمایی، سونا. (۱۳۹۱). کفایت شاخص‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۳ (۱۰)، ۱۵۷-۱۳۹
- زارعی، فاطمه. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در درمان افسردگی و کنترل قند خون بیماران مبتلابه دیابت نوع II. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه کردستان، دانشکده علوم انسانی.*
- شریفی، باستان، آسیابانی، فرنگیس. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نگرش به زندگی بیمار مبتلابه اختلال افسردگی اساسی. *کنگره ملی گزارش‌های موردی بالینی، کرج، تاریخ آخرین بازنگری ۱۴۰۰/۱۱/۴ 840043 civilica com/doc*
- صالحی زاده، مریم، نجفی، محمدرضا، ابراهیمی، امرالله. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلابه صرع. *فصلنامه مطالعات دانشگاه علوم*

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افکار خود آینه منفی و...؛ علیجانی و رنجبر | ۳۳

پزشکی صدوقی یزد، ۱۹(۳)، ۸۷-۳۷۷

قاسمی بافقی، وجیهه. (۱۳۹۲). اینترنت و افسردگی دختران نوجوان و رابطه آن با عزت نفس و نگرش‌های ناکارآمد در میان آن‌ها. نخستین کنگره ملی فضای مجازی و آسیب‌های

نویدید، تهران، تاریخ آخرین بازنگری ۱۴۰۰/۱۱/۴ civilian.com/doc/268607

کاظمی، آمنه سادات، بنی جمالی، شکوه السادات، احدی، حسن، فرخی، نورعلی. (۱۳۹۱).

بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی-رفتاری در کاهش علائم اختلال پس از ضربه ثانویه و مشکلات روان‌شناختی هم‌زمان جانبازان مبتلا به PTSD مزمن ناشی از

جنگ تحمیلی. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۲۲ (۲)، ۱۲۲-۱۲۹

معین الغریابی، فاطمه، نوفرستی، اعظم، کرملو، سمیرا، گنجی، نیما. (۱۳۹۶). مقایسه سبک‌های اسنادی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد در افراد افسرده و عادی.

فصلنامه علمی - پژوهشی، ۶(۱۱)، ۷۲-۶۳.

موسی رضایی، امیر، خالدی، فیروز، خبازی فرد، محمدرضا، مؤمنی قلعه قاسمی، طاهره،

کشاورز، محبوبه،، خدایی، مهناز. (۱۳۹۵). نگرش‌های ناکارآمد و رابطه آن‌ها با استرس

اضطراب و افسردگی در بیماران افسرده و عادی. مجله تحقیقات نظام سلامت، ۱ (۱۱)،

۶۸-۷۶

ولی تبار، زهرا، حسین ثابت، فریده، حسینی، محمد. (۱۳۹۳). اثر آموزش مدیریت حافظه هیجانی

بر شدت واکنش به خاطرات ناخوانده در افسردگی. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی،

۴(۱۶)، ۵۲-۴۲

هاوتون، کیت. (۱۳۸۰). راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی. حبیب‌الله قاسم‌زاده. چاپ

ششم، انتشارات ارجمند، تهران

References

- Amini, H. Sharing, V., Asadi. (2008). The validity of Person version of structured clinical Interview of Axis I disorder in DSM-IV. *Payesh*, 7 (1), 49-57
- Dill-Shackleford, K.E. (2015). Self-Compassion and body dissatisfaction in women. *Mindfulness*, 6 (3), 444-454. & Albertson, England, E.R., Neff, K.D
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotion disorders*. NEW YORK: intention university press.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical*

- aspects*. NEW York Harper and Row
- . Beck, A.T. (2006). *How an anomalous findings led to a new system of psychotherapy*. 12 (10), 139-410.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Depressgenic assumption. Cognitive therapy of depression*: NEW YORK:Guilford, 244-71.
- Braehler, C., Harper, L. f & Gilbert, p. (2013). compassion focused group therapy for recovery after psychosis. In C. steel (Ed). *CBT for schizophrasia: Evidence-based interventions and future directions*. 53 (12), p.p.235-226.
- Brito, G. (2015). secular compassion Training: *An Empirical Review journal of Transpersonal research*, 6(2):61-71.
- Braehler, C., Gulmley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, p. (2015). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis Results of a feasibility randomized controlled trial. *British journal of clinical psychology*, 52(02), 199-244.
- Barlow, D.H., & Hersen, M. (1979). *single case experimental design strategies for studying behavior change*. New York: pergamon press
- Bromer, E.j. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *intervention s for cultivating compassion*. 2 th ed, *New york guil hard publication*, 62 (3), 6-132.
- Didrich, A., Grant, M., Hofmann, S., Hiller, W., & Baking, M. (2014). self compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 10 (58), 43-51.
- Didrich, A., Burger, J., Kirchner, M., & Bering, M. (2017). Adultive emotion regulation meditates the relationship between self-compassion and depression in individuals with unipolar depression. *Psychology and psychotherapy*, 90 (2), 247-263
- Gilbert, p. (2010). Compassion focused Therapy: *special Issue International Journal of cognitive Therapy*, 3 (2), 97-201.
- Gilbert, p., & procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self - criticism *psychology and psychotherapy*, 1 (3), 335-973.
- Gilbert, p. (2014). The origins and nature of compassion focused Therapy. *British journal of clinical psychology*, 53(1), 6-41.
- Gilbert, p., Irons, C. (2005). *Focused therapies and compassionate mind training for shame and self attacking* in Gilbert p (Ed). *Compassion conceptualisation research and use in psychotherapy*. London, England: pp:263-325.
- Gross, K., & Allen, S. (2014). The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders. *British Journal of clinical psychology*, 53 (1), 62-77.

- Ganzalez-Hernandez, England., Romero, Robert., Composer, Dec., Burchard, D., Diego-Pedro, R., Banos, Robert., & Cebolla, A. (2018). *Cognitive-Based Compassion Training (CBCT) in Breast Cancer Survivors: Integrative Canco therapies*, 1534735418772095.
- Heriot -Matland, C., Vidal, j., Ball, S., & Irons, C. (2011). A compassionate focused therapy group approach for acute inpatients. *Fesibility initial pilot outcom data and recommendations*, 53 (1), 78-94.
- Hollon, S.D & Kendall, P. (1980). *Development of an automatic thought questionnaire*.
- Kaplan, H.I., sadock, B.J., Cadock, V.A., Ruiz, p., putaki, C., & Sussaman, N. (2015). *sipnosis de psiquiatria: Ciencias de Ta conducta, psiquaitria clinical*.
- Kruger, T., Hermann, Houston., Zimmerman, J., Holtforth, G.M. (2015). Association of compassion and global self-esteem with positive and negative affect and stress reactivity in daily life. *Personality and Individual Differences*, 87, 288-292.
- Kessler, s.l., sech, S.T., Tong, E.M., smosk, M. (2016) Effects of bried mind ful acceptance induction on implicit dysfunctional attitudes and concordance between implicit and explicit dys functional attribudes. *Behavior Research and Therapy*, 3(2), 1-10.
- Kessler, R.C.F., Bromer, E.j. (2012). *The epidemiology of depression across cultures*.
- Kessler, R.C., Aguilar -Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, j., hstan, T.B., & wang, P.S. (2009). the global burden of mental disorders: an update from the Who word Mental
- Lobbetal, J., Leugans, M., & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the structured clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and Axis II Disorders (SCID-II). *Clin psychol psychother*, 18 (1), 75-9.
- Liu, y. (2004). The role of perceived social support and dysfunctional attitudes in predicting Taiwahese odoles cents depressive tendency Adolescent, 37: 823-34.
- Leaviss, J., Utley, L. (2015). Psychotherapeutics benefits of compassion focused therapy. *An early systematic review*, 45 (5), 927-45.
- Annual Review of public health, 34(1), 119-138. Lapinski, L. (2019). Self-compassion as
- Leaviss, J., uttely, L. (2015). psychotherapeutics benefits of compassion focused therapy. *an early systematic reiew. psychol med*, 45(5), 927-45.
- Neff, K.D., & Germer, C.K. (2013). Apilot study and randomized trial of the mindful self-compassion program. *Jurnal of clinical psychology*, 69 (1), 28-44.- Neff, K.D. (2003). The developmental and validation of a

scale to measure self-compassion.

- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *personality and Individual Differences*, 4, 757-760.
- Shahar, B., Szepsenwol, O., Zilcha-Mano, S., Haim, N., Zamir, O., Levi-Yeshuvi, & Levit-Binnun, N.A. (2015). Wait list randomized controlled trial of loving-kindness meditation program for criticism. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22 (4), 346-56.
- Terry, L.M., Leary, R.M. (2011). Self-compassion, self-regulation and health. *Journal of self and Identity*, 10 (3), 352-362.
- Tirch, D.D. (2014). Mindfulness as a context for the cultivation of compassion International. *Journal of cognitive Therapy*, 3, 113-123.
- Weissman, A.N & Beck, A.T. *Development and validation of the dysfunctional attitudes scale: A preliminary investigation*. First Annual Meeting of the Association for the Advanced Behaviour Therapy. Chicago: 1978.

استناد به این مقاله: علیجانی، فرزانه، رنجبر، زهره. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افکار خود آیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به افسردگی اساسی (یک مطالعه موردی)، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۲(۴۷)، ۱-۳۶.

DOI: 10.22054/jcps.2022.64972.2674



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.