

دانشور پزشکی

اثر تعاملی «شفقت به خود» و نشخوار فکری بیماران افسرده در «درمان مبتنی بر شفقت»

نویسندگان: فاطمه نوربالا^۱، احمد برجعلی^۲، احمدعلی نوربالا^۳

۱- کارشناس ارشد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۲- استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۳- استاد بخش روان‌تنی بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

E-mail: noorbala@tums.ac.ir

* نویسنده مسئول: احمدعلی نوربالا

چکیده

مقدمه و هدف: تاریخ روان‌شناسی، سرشار از مفاهیمی است که در پی ارتقا و بهبود روش‌های درمانی و سلامت روان هستند. مدل درمانی مبتنی بر شفقت، برخاسته از مفهوم شفقت به خود در روان‌شناسی نوین است. هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری بیماران افسرده با توجه به میزان اولیه خصیصه شفقت به خود در این بیماران است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع تحقیق‌های آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل معادل است. ۱۹ بیمار افسرده زن به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از کلینیک روان‌پزشکی انتخاب شدند و در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. گروه آزمایش در دوازده جلسه گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت شرکت کردند. همه آزمودنی‌ها به پرسش‌نامه‌های افسردگی بک، اضطراب، نشخوار فکری و شفقت به خود در سه مرحله پیش از شروع مداخله، جلسه پایانی و دو ماه بعد (جلسه پیگیری) پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از آزمون‌های تحلیل واریانس دوطرفه و تی گروه‌های مستقل در قالب نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد.

نتایج: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اضطراب و افسردگی گروه آزمایش در مطالعه پیگیری کاهش معناداری یافت ($p < 0/05$). از دیگر نتایج این مطالعه، بیانگر اثر تعاملی معنادار مداخله و خصیصه شفقت به خود، روی میزان نشخوار فکری افراد است.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این مطالعه درمان مبتنی بر شفقت، درمان مؤثری روی افسردگی و اضطراب بیماران افسرده است؛ همچنین افرادی که از ابتدا خصیصه شفقت به خود آنها بالاتر بوده، سود بیشتری از این مداخله کسب کرده، نشخوار فکری آنها کاهش یافته است. درحالی‌که شفقت به خود پایین به افزایش نشخوار فکری افراد در طی این مداخله منجر شده است.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر شفقت، شفقت به خود، افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیستم - شماره ۱۰۴
اردیبهشت ۱۳۹۲

دریافت: ۱۳۹۲/۲/۱۱
آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۲/۳/۲۵
پذیرش: ۱۳۹۲/۳/۳۰

مقدمه

امروزه مهم‌ترین و شایع‌ترین اختلال روانی در سطح جهان، افسردگی است. بنابر بیانیه‌های سازمان جهانی بهداشت، افسردگی بالاترین بار بیماری در زنان کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه را داراست و در صدر ده علت اول ناتوان‌کنندگی در جهان محسوب می‌شود (۱)؛ در ایران شیوع این اختلال ۲/۹۸ درصد برآورد شده است که این میزان در زنان ۲/۷۵ بیشتر از مردان است (۲)؛ البته میزان شیوع افسردگی در شهر تهران بالاتر از این نرخ محاسبه شده است و معادل ۴/۴ درصد (زنان= ۵/۷ درصد، مردان= ۳/۱ درصد) گزارش شده است (۳).

طی دو دهه گذشته، نشخوار فکری به عنوان سازه‌ای مهم در فهم چگونگی ایجاد و تداوم خلق افسرده مورد توجه برخی محققان قرار گرفته است. تحقیق‌ها نشان داده‌اند این نوع تفکر در برخی اختلال‌های هیجانی نظیر افسردگی، وسواس و اضطراب فراگیر مشاهده می‌شود (۴). نشخوار فکری، دسته‌ای از افکار آگاهانه‌اند که حول محوری مشخص و معمولی می‌چرخند و بدون تقاضاهای محیطی فوری وابسته به آنها تکرار می‌شوند؛ این افکار، تکرار شونده‌اند؛ بر علل و نتایج علائم تمرکز دارند؛ مانع حل مسئله می‌شوند و به افزایش افکار منفی می‌انجامند (۵). این چرخه معیوب نشخوار، علاوه بر خلق افسرده، محرک و موجد علائم اضطراب نیز هست و در واقع، نشخوار فکری نه تنها حالت همبود با افسردگی محسوب می‌شود (۶)، بلکه سبب می‌شود علائم آغازین افسردگی شدیدتر شده، به سمت دوره‌های افسردگی اساسی حرکت کنند یا دوره‌های افسردگی اخیر طولانی‌تر شوند (۷).

تاریخ روان‌شناسی، سرشار از مفاهیمی است که در راستای افزایش سلامت روان، بهبود روش‌های پردازش هیجانی و فکری و ارتقای سیستم‌های روان‌درمانی مطرح شده‌اند؛ همگام با گسترش پژوهش‌ها در این زمینه، سازه‌ای جدید با عنوان «شفقت به خود»^۱ در روان‌شناسی

شناسی مطرح شد. نف^۲ (۲۰۰۳) شفقت به خود را به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای، شامل این موارد تعریف می‌کند: مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود (درک خود به جای قضاوت یا انتقاد و نوعی مهرورزی و حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود)، اشتراک‌های انسانی در مقابل انزوا (اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند و اشتباه می‌کنند) و بهوشیاری^۳ در مقابل همسان‌سازی افراطی (آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال که باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه، نه نادیده گرفته شوند و نه به طور مکرر، ذهن را اشغال کنند)؛ امروزه ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که نسبت به خود شفقت دارد (۸ و ۹). مطالعات زیادی نشان داده‌اند که شفقت به خود بالاتر، با اضطراب و افسردگی پایین‌تر مرتبط است (۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۲)؛ همچنین پژوهش‌هایی دیگر نشان داده‌اند که شفقت به خود بالاتر با اختلال‌های روانی کمتر، بهزیستی روانی بیشتر و تاب‌آوری بالاتر در مقابل استرس همبسته است (۱۳، ۱۴ و ۱۵).

بر اساس این یافته‌ها و در راستای تحقیق‌هایی که در حوزه شفقت به خود انجام گرفت، گیلبرت^۴ (۲۰۰۵) به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد و در نهایت، نظریه «درمان مبتنی بر شفقت»^۵ را مطرح کرد. سیر تاریخی شکل‌گیری این مدل درمانی در عدم بهبود هیجان‌های منفی در درمان‌های شناختی-رفتاری ریشه دارد (۱۶).

اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش-نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (۱۳). تاکنون چند مطالعه بالینی اثربخشی این مدل درمانی را بر کاهش علائم اضطراب، افسردگی و

² Neff, K. D.

³ Mindfulness

⁴ Gilbert, P.

⁵ Compassion Focused Therapy (CFT)

¹ Self-Compassion

متوسط و شدید) و ۴) جنسیت زن. معیارهای خروج نیز عبارت‌اند از: ۱) ابتلا به بیماری جسمی یا روانی دیگر و ۲) داشتن نشانه‌های سایکوتیک. پیش از اجرای طرح، اهداف و شیوه اجرای پژوهش برای شرکت‌کنندگان تشریح و رضایت‌نامه از آنها اخذ شد.

در این مطالعه برای سنجش شدت علائم افسردگی و اضطراب افراد از پرسش‌نامه افسردگی بک^۱ و مقیاس اضطراب استفاده شد. از خرده‌مقیاس نشخوار فکری در پرسش‌نامه نشخوار فکری-تأمل^۲ برای ارزیابی میزان نشخوار فکری شرکت‌کنندگان استفاده شد. میزان شفقت به خود آزمودنی‌ها نیز با مقیاس شفقت به خود^۳ اندازه‌گیری شد.

مقیاس افسردگی بک (۱۹۹۶)، دارای ۲۱ ماده است که به اندازه‌گیری نشانه‌های افسردگی فرد در طول دو هفته گذشته می‌پردازد؛ نمره کل این مقیاس از ۰ تا ۶۳ می‌تواند تغییر کند و نمرات بالاتر، نشان‌دهنده سطوح شدیدتر افسردگی هستند. نقاط برش تعیین‌شده برای این مقیاس عبارت‌اند از: ۰ تا ۱۳ (غمگینی)، ۱۴ تا ۱۹ (افسردگی خفیف)، ۲۰ تا ۲۸ (افسردگی متوسط) و ۲۹ تا ۶۳ (افسردگی شدید). همسانی درونی این ابزار بر-حسب ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و ضریب پایایی با آزمای‌های آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش شده (۱۹) و ضریب کل اعتبار این پرسش‌نامه در نمونه ایرانی برابر ۰/۹۱ به‌دست آمده است (۲۰).

مقیاس اضطراب کاستلو و کومری (۱۹۶۷) دارای نه ماده است که اضطراب را می‌سنجد. افراد در این پرسش‌نامه در یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ (عمدتاً نادرست) تا ۵ (عمدتاً درست) به پرسش‌ها پاسخ می‌دهند. مطالعات پیشین در نمونه ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۷۳ گزارش کرده، روایی و اعتبار آن را تأیید کرده‌اند (۲۱).

پرسش‌نامه نشخوار فکری-تأمل (۱۹۹۹) ترینل و کمپبل، دارای دو خرده‌مقیاس است که در این پژوهش،

خودانتقادی تأیید کرده‌اند. در یک مطالعه روی افرادی با شرم، خودانتقادی و سرزنش خود بالا، این درمان، مؤثر، واقع شده است (۱۷)؛ همچنین در مطالعه‌ای دیگر، این مدل درمانی برای افرادی با مشکلات روان‌شناختی مزمن مؤثر بوده، علائم افسردگی، اضطراب، خودانتقادی، شرم و رفتارهای سرزنش‌آمیز و تخریب‌گر آنها را کاهش داده است (۱۸).

از آنجا که شفقت به خود و فراتر از آن، درمان مبتنی-بر شفقت، سازه‌ای نوپا در روان‌شناسی است، ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر برای بررسی کارایی این مدل به‌خصوص در بافت فرهنگ شرقی که ماهیتی متفاوت از فرهنگ غرب دارد، احساس می‌شود. پژوهش حاضر به مطالعه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت، روی علائم اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری گروهی از بیماران افسرده ایرانی می‌پردازد. این مطالعه از این حیث که به بررسی این مدل درمانی بر نشخوار فکری به‌عنوان عامل تداوم‌بخش افسردگی و اضطراب می‌پردازد، نوین است و علاوه بر این قصد دارد اثربخشی این روش را برای اولین بار در نمونه ایرانی مورد بررسی قرار دهد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع تحقیق‌های آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل معادل است. جامعه آماری این مطالعه، متشکل از بیماران افسرده مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌پزشکی است؛ از این میان، ۲۲ بیمار افسرده زن به شیوه نمونه‌گیری هدفمند در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی به‌صورت مساوی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در حین پژوهش، ۲ نفر از گروه آزمایش و ۱ نفر از گروه کنترل به دلیل عدم توانایی برای شرکت در طرح، از مطالعه خارج شدند و بدین ترتیب، حجم گروه آزمایش به ۹ نفر و گروه کنترل به ۱۰ نفر کاهش یافت. معیارهای ورود به گروه عبارت-بودند از: ۱) محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال؛ ۲) ابتلا به افسردگی براساس تشخیص روان‌پزشک؛ ۳) اخذ نمره بالاتر از ۲۰ در تست افسردگی بک (یعنی افسردگی

¹ Beck Depression Inventory-II

² Rumination-Reflection Questionnaire

³ Self-Compassion Scale

و ... برای ارتقای شفقت به خود افراد آموزش داده شد؛ در جلسات پایانی، افراد تشویق شدند عواملی را که موجب ترس و دافعه آنها نسبت به مؤلفه شفقت به خود می شوند، بشناسند و با آنها به مقابله بپردازند؛ در جلسه آخر و دو ماه بعد از اتمام جلسات (جلسه پیگیری) تست افسردگی و اضطراب به طور مجدد اجرا شدند؛ گروه کنترل نیز هیچ مداخله روان درمانی دریافت نکردند و تنها به تمامی پرسش نامه هایی که گروه آزمایش پیش و پس از اجرا پاسخ داده بودند، پاسخ دادند.

تجزیه و تحلیل داده های این مطالعه با استفاده از آزمون هایی مانند خی دو، تحلیل واریانس یک طرفه، تحلیل واریانس دوطرفه و تی گروه های مستقل در نرم افزار SPSS 18 انجام گرفت.

نتایج

در این مطالعه، ۱۹ بیمار افسرده زن با میانگین سنی ۲۸/۱۵ شرکت کردند. براساس نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و خی دو، از نظر سن، تحصیلات و وضعیت تأهل میان آزمودنی های گروه کنترل و آزمایش تفاوتی وجود ندارد. در جدول شماره ۱، اطلاعات دموگرافیک آزمودنی ها به همراه نتایج آزمون خی دو میان دو گروه آزمایش و کنترل قابل مشاهده است.

جدول ۱. فراوانی وضعیت تأهل و سطح تحصیلات در گروه آزمایش و کنترل و نتایج آزمون خی دو

P-value	درجه آزادی	خی دو	تعداد		متغیرها	
			گروه کنترل	گروه آزمایش	متاهل	متاهل
/۲۶° ۰	۱	۱/۲۶	۷	۴	متاهل	وضعیت
			۳	۵	مجرد	تاهل
/۵۱° ۰	۲	۱/۳۵	۱	۰	دیپلم	سطح تحصیلات
			۸	۷	لیسانس	
			۱	۲	فوق لیسانس	

* غیرمعنادار ($P > 0.05$). تفاوت وضعیت تأهل و سطح تحصیلات میان دو گروه معنادار نیست.

افراد تنها به دوازده پرسش زیرمقیاس نشخوار فکری در یک طیف لیکرت از ۱ (بسیار مخالف) تا ۵ (بسیار موافق) نمره می دهند. در مطالعه ای ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در نمونه ایرانی و آمریکایی ۰/۹۰ به دست آمده و همسانی درونی آن بالا گزارش شده است (۲۲).

مقیاس شفقت به خود (۲۰۰۳) که اولین بار توسط نف طراحی و نمره گذاری شده است، شامل ۲۶ ماده است و پاسخ های آن در یک دامنه ۵ درجه ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می گیرند؛ این مقیاس سه مؤلفه دو قطبی را در قالب شش زیرمقیاس مهربانی با خود، قضاوت خود (معکوس)، بهوشیاری، همانندسازی فزاینده (معکوس)، اشتراک های انسانی و انزوا (معکوس) اندازه گیری می کند. مطالعاتی متعدد، اعتبار همگرا (۱۰)، اعتبار افتراقی، همسانی درونی و پایایی آزمون - بازآزمون این مقیاس را مناسب نشان داده اند (۸)؛ همچنین ضریب آلفای کرونباخ نسخه اولیه این ابزار ۰/۹۲ گزارش شده (۸) و آلفای کرونباخ آن در مطالعه ای در ایران نیز ۰/۸۴ به دست آمده است (۱۲).

ابتدا تمامی شرکت کنندگان در مصاحبه با روان پزشکی براساس معیارهای DSM-IV، تشخیص افسردگی دریافت و طبق تجویز روان پزشکی و با توجه به شدت بیماری، کپسول فلوکستین (۲۰ تا ۴۰ میلی گرم) مصرف کردند؛ سپس با کسب نمره بالاتر از ۲۰ در تست افسردگی، در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش طی شش هفته در دوازده جلسه ۲ ساعته گروه درمانی شرکت کردند؛ در جلسه اول، اعضای گروه به پرسش نامه های شفقت به خود، افسردگی و اضطراب پاسخ دادند و پس از آن هر جلسه بر مبنای راهنمای گیلبرت در درمان مبتنی بر شفقت (۲۳) اجرا شد؛ در جلسات اول، منطق درمان مبتنی بر شفقت و مفاهیم شفقت و شفقت به خود معرفی شد؛ در ادامه از افراد خواسته شد تا سعی کنند نحوه تفکر و رفتار خود را نسبت به خودشان بشناسند؛ در خلال این جلسات، برخی روش ها مانند تصویرپردازی شفقت گونه، تنفس تسکین بخش، بهوشیاری، همدلی، نوشتن نامه شفقت ورز

همان‌طور که از نمودار مشخص است، افرادی که از ابتدا شفقت به خود بالاتری داشته‌اند، اثر بیشتری از مداخله گرفته‌اند و نشخوار فکری آنان پایین‌آمده، اما افرادی که این حالت را نداشته‌اند، تأثیر معکوس از مداخله گرفته‌اند و نشخوار فکری آنان، سیر صعودی گرفته‌است.

همچنین با استفاده از آزمون تی گروه‌های مستقل، میزان تغییر هریک از متغیرهای اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری در مراحل پس‌آزمون و مطالعه پیگیری به‌صورت جداگانه اندازه‌گیری شد. طبق نتایج این آزمون در جدول شماره ۳، میزان افسردگی و اضطراب گروه آزمایشی در مطالعه پیگیری به‌صورت معناداری نسبت به گروه کنترل کاهش یافته‌است.

جدول ۳. نتایج آزمون تی در پس‌آزمون و مطالعه

پیگیری

متغیر	t-value	درجه آزادی	p-value	تفاوت میانگین‌ها
افسردگی ۱	۱/۲۳	۱۲	۰/۱۲	۰/۱۶
افسردگی ۲	۱/۸۴	۱۴	۰/۰۴	۰/۲۹
اضطراب ۱	۰/۹۹	۱۲	۰/۱۷	۰/۲۲
اضطراب ۲	۱/۸۸	۱۴	۰/۰۴	۰/۵۱
نشخوار فکری ۱	۰/۳۵	۱۱	۰/۳۶	۰/۱۲
نشخوار فکری ۲	۰/۷	۱۰	۰/۲۵	۰/۲۸

۱. نمره پیش‌آزمون - پس‌آزمون / ۲. نمره پیش‌آزمون - پیگیری

بحث

همان‌طور که نتایج پژوهش حاضر نشان داد، متوسط نمره افسردگی افراد گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل، پس از شرکت در جلسات درمان مبتنی بر شفقت کاهش یافته‌است و این میزان در مطالعه پیگیری معنادار است؛ همچنین متوسط نمره اضطراب گروه آزمایشی نیز در مطالعه پیگیری کاهش معنادار را نشان می‌دهد.

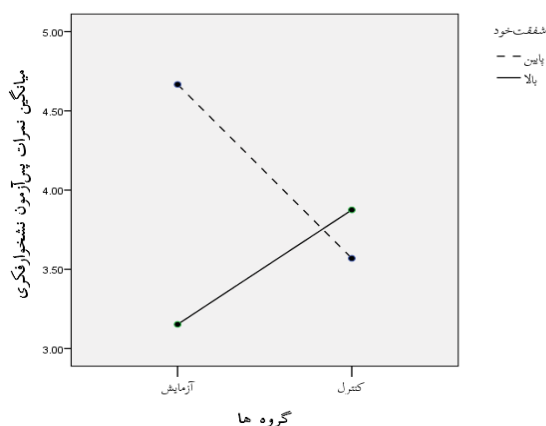
نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعاتی که گیلبرت و پروکتر (۲۰۰۶) و گیلبرت و آبرونز (۲۰۰۷) در زمینه درمان مبتنی بر شفقت انجام دادند، هم‌راستا است (۱۷) و

در بررسی‌های آماری انجام‌گرفته روی داده‌های تحقیق، میان مداخله (درمان مبتنی بر شفقت) و نمره پیش‌آزمون شفقت به خود (خصیصه^۱ شفقت به خود) اثر، تعاملی مشاهده شد؛ در ادامه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس دوطرفه مشخص شد، این تأثیر تعاملی فقط در خصوص نشخوار فکری معنادار است و دیگر متغیرها (افسردگی و اضطراب) از این تعامل اثر-نپذیرفته‌اند؛ بدین معنی که تأثیر مداخله بر نشخوار فکری با نمره شفقت به خود افراد در پیش‌آزمون تعامل-دارد (جدول ۲).

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس دوطرفه به‌منظور سنجش اثر تعاملی مداخله و شفقت به خود با نشخوار فکری

منبع واریانس	میانگین مجزورات	درجه آزادی	F	P-value
شفقت به خود	۱/۵۹	۱	۳/۰۴	۰/۱۰
مداخله	۰/۱۵	۱	۰/۲۹	۰/۶
مداخله * شفقت به خود	۳/۶۱	۱	۶/۸۹	۰/۰۱۹
خطا	۷/۸۷	۱۵		
کل	۲۶۹/۳۵	۱۹		

نمودار ۱. چگونگی اثر تعاملی شفقت به خود با مداخله را بر میانگین نمرات پس‌آزمون نشخوار فکری به‌صورت تصویری نشان می‌دهد.



نمودار ۱. اثر تعاملی شفقت به خود با مداخله آزمایشی بر نمرات نشخوار فکری

¹ Trait

بالا تری داشته‌اند، اثر بیشتری از مداخله گرفته‌اند و نشخوار فکری آنان پایین آمده، اما افرادی که این حالت را نداشته‌اند تأثیر معکوس از مداخله گرفته، نشخوار فکری آنان، سیر صعودی گرفته‌است.

مطالعات متعدد نف و همکاران نشان داده افرادی که واجد درجاتی بالاتر از شفقت به خود هستند، گرایش کمتر به فرونشانی یا نشخوارکردن افکار دارند (۸، ۹ و ۱۰)؛ نتایج این مطالعات به‌گونه‌ای همخوان با یافته‌های پژوهش حاضر است، زیرا در این مطالعه نیز مطابق با پژوهش‌های پیشین، کسانی که شفقت به خود بالایی داشته‌اند، با پرورش بیشتر این خصیصه کاهش نشخوار فکری را تجربه کرده‌اند. اما درخصوص وجود «اثر تعاملی میان درمان مبتنی بر شفقت و شفقت به خود بر نشخوار فکری» در پیشینه پژوهش، یافته‌ای موجود نیست؛ علاوه بر این در مطالعه سیموس^۱ (۲۰۰۹) نیز، نشخوار باعث تأخیر بهبود افسردگی طی درمان شناختی-رفتاری شده‌است (۴)؛ رانس^۲ (۲۰۱۰) نیز ادعا می‌کند که اگر نشخوار بالا باشد و درمان مبتنی بر شفقت نتواند آن را تغییر دهد، در نتیجه، نشخوار فکری به‌طور معکوس بدتر و بیشتر هم خواهد شد (۲۵). از آنجاکه شفقت به خود دارای همبستگی منفی با نشخوار فکری است، می‌توان این ادعا را همخوان با نتایج پژوهش حاضر مطرح کرد؛ افرادی که شفقت به خود پایین همراه با نشخوار فکری بالا دارند، اگر درمان مبتنی بر شفقت نتواند شفقت به خود آنها را افزایش دهد، نشخوار فکری آنها افزایش می‌یابد.

در تبیین این اثر تعاملی، باید توجه داشت که نشخوار، نوعی سبک مقابله با خلق افسرده محسوب می‌شود که تا رفع ناهمخوانی میان حالت فعلی و آرمانی ادامه می‌یابد و می‌تواند به‌عنوان پاسخی به آگاهی از تفاوت میان حالت فعلی و آرمانی شخص محسوب شود (۲۶)؛ بنابراین، به احتمال، افرادی که طی جلسات این درمان احساس می‌کنند نمی‌توانند شفقت به خود را در خودشان بالا ببرند، احساس می‌کنند، بیشتری با حالت آرمانی

(۱۸)؛ همچنین مطالعات پژوهشی متعدد نف و همکاران نیز همخوان با پژوهش حاضر، ارتباط میان میزان شفقت به خود و کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی را تأیید کرده و نشان داده‌اند که شفقت به خود بالاتر، پیش-بینی‌کننده اضطراب و افسردگی پایین‌تر است (۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۲).

با توجه به نتایج این مطالعه و مطالعات پیشین، می‌توان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران افسرده را بار دیگر تأیید کرد. در بسیاری از افرادی که با اختلال‌های روان-شناختی درگیرند، سیستم تهدید و محافظت از خود به نوعی پرکاری شدید، دچار است که نتیجه آن، سطوح بالای استرس و نگرانی در این افراد خواهد بود؛ از طرف-دیگر، سیستم رضایت و تسکین نیز در این افراد، سطح رشدیافتگی پایین‌تری دارد، زیرا آنها هرگز فرصت تحول این سیستم را نداشته‌اند. درمان مبتنی بر شفقت برای این افراد، مانند فیزیوتراپی ذهن عمل می‌کند، یعنی با تحریک سیستم تسکین‌بخشی، زمینه تحول آن را فراهم می‌کند و با تحول این سیستم، تاب‌آوری در برابر اضطراب و افسردگی را بالایی برد (۱۶).

مؤلفه‌ای دیگر که در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری نقشی مهم ایفا می‌کند، بهوشیاری است. سازه شفقت به خود از بسیاری جهات می‌تواند نوعی راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور باشد؛ چراکه به آگاهی بهوشیارانه از هیجان‌های خود، عدم اجتناب از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده و نزدیکی همراه با مهربانی، فهم و احساس اشتراک‌های انسانی به آنها، نیازمند است؛ در واقع، افراد در این مدل ابتدا با استفاده از بهوشیاری، تجربه هیجانی خودشان را می‌شناسند و سپس نگرشی مشفقانه نسبت به احساسات منفی خود پیدامی‌کنند (۲۴).

از دیگر نتایج این پژوهش، عدم کاهش معنادار نشخوار فکری افراد و تعامل معنادار تأثیر مداخله بر نشخوار فکری با نمره شفقت به خود افراد در پیش‌آزمون است. یعنی افرادی که از ابتدا شفقت به خود

¹ Simos, G.

² Rice, F.

محدودیت‌ها

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به جنسیت نمونه اشاره کرد که همگی زن هستند. برخی تحقیق‌ها نشان داده‌اند شفقت به خود در زنان، پایین‌تر (۸) و تغییر این سازه در این جنس با سختی بیشتری همراه است؛ بنابراین ضرورت دارد، پژوهش‌های بعدی، روی هر دو جنس، صورت گیرد؛ همچنین نمونه مورد بررسی، دارای درجات متوسط و شدید افسردگی بودند که این موضوع به ریزش برخی از شرکت‌کنندگان در ابتدای شروع گروه انجامید؛ همچنین تمامی افراد نمونه حاضر در حال مصرف هم‌زمان داروی ضد افسردگی با جلسات گروه درمانی بوده‌اند.

در همین راستا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، سه گروه افراد (مصرف دارو، درمان مبتنی بر شفقت، بدون مداخله) آزمایش شوند تا اثربخشی هر یک به تفکیک مشخص شود؛ همچنین انجام مطالعات طولانی‌مدت‌تر و با پیگیری‌های بلندمدت و چند-مرحله‌ای، نتایجی کامل‌تر را در زمینه میزان پایداری تغییرهای ناشی از این مدل درمانی در طول زمان در اختیار محققان قرار خواهد داد.

سپاسگزاری

ضرورت دارد از دکتر مهدی رضا سرافراز برای تحلیل آماری و تمامی همکاران و بیمارانی که در این پروژه با ما همکاری داشته‌اند، صمیمانه سپاسگزاری کنیم.

منابع

1. WHO. World Health Organization Website [homepage on the internet]. [cited 2012 Dec 16]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/index.html>
2. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretamad HR, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005; 1: 16.
3. Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi A. Prevalence of psychiatric disorders in Tehran city. *Hakim* 1998; 2: 212-223. (Persian)
4. Simos G. Cognitive behavioral therapy, depressive rumination and metacognition. In: Sin G, editor. *Cognitive behavior therapy: A guide for practicing clinician*. New York: Routledge publication; 2009: p. 18-33.
5. Abela JRZ, Hankin BL. Cognitive vulnerability to depression in children and adolescents: A developmental psychopathology perspective. In: Abela JRZ, Hankin BL editors. *Handbook of*

فاصله دارند و روند نشخوار فکری آنها افزایش می‌یابد و شاید موضوع جدید فکر نشخواری این است که «چرا نمی‌توانم شفقت به خود را در خود پرورش دهم؟» یا «چرا من نمی‌توانم نسبت به خود این‌گونه رفتار کنم؟» علاوه بر این، گیلبرت بیان می‌کند که تجربه افسردگی و اضطراب به توانایی افراد در شفقت به خود ضربه می‌زند (۱۶)؛ در واقع برای بعضی افراد، آسیب مهم اختلال‌های روانی مانند اضطراب و افسردگی، این است که نمی‌توانند به راحتی افراد دیگر در حالت‌های شفقت‌ورزی، درگیر شوند و این فرایند برایشان سخت است؛ در این حالت نه تنها هر نوع شفقت‌ورزی به خود غیرممکن می‌شود، بلکه ویژگی‌های متضاد با شفقت به خود نیز در آنها تشدید می‌شود (۲۷)؛ در مجموع، این نشان می‌دهند که درک و ارتباط با مفهوم شفقت به خود برای بسیاری افراد، سخت‌تر از بقیه است؛ بر اساس این نتایج می‌توان ادعا کرد که درمان مبتنی بر شفقت، بیشترین تأثیر را بر افرادی دارد که یا دارای درجاتی مناسب از شفقت به خود باشند یا دارای اضطراب، افسردگی و نشخوار بالایی نباشند، چراکه هر یک از این گروه عوامل در تضاد با هم هستند و اثربخشی درمان را تقلیل می‌دهند؛ همچنین از آنجا که تجارب نخستین زندگی و کیفیت سیستم دلبستگی فرد، عاملی مهم در شکل‌گیری خصیصه شفقت به خود است، این خصیصه در ساختارهای عمیق شخصیتی ریشه دارد (۱۳) و پرورش و ارتقای آن به جلسات درمان انفرادی و طولانی‌مدت‌تری به نسبت درمان گروهی، نیازمند است.

- depression in children and adolescents. New York: Guilford press; 2007: p. 35-75.
6. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2009.
 7. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. *Pers Psychol Sci* 2008; 3: 400-424.
 8. Neff KD. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity* 2003; 2: 85-102.
 9. Neff KD. The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Hum Dev* 2009; 52: 211-214.
 10. Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick K. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *J Res Pers* 2007; 41: 139-154.
 11. Neff KD, Pisitsungkagarn K, Hsieh Y. Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *J Cross Cult Psychol* 2008; 39: 267-285.
 12. Ghorbani N, Watson PJ, Chen Z, Norballa F. Self-compassion in Iranian Muslims: relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation. *Int J Psychol Relig* 2012; 22: 106-118.
 13. Gilbert P. *Compassion: Conceptualization, Research and use in Psychotherapy*. New York: Routledge Publication; 2005.
 14. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clin Psychol Rev* 2012; 32: 545-552.
 15. Feldman C, Kuyken W. Compassion in the landscape of suffering. *Contem Buddh* 2011; 12: 143-155.
 16. Gilbert, P. Introducing Compassion Focused-Therapy. *Adv psychiatr treat* 2009; 15: 199-208.
 17. Gilbert P, Irons C. Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In: Gilbert P, ed. *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge Publication; 2005. p. 263-325.
 18. Gilbert P, Procter S. compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clin Psychol Psychother* 2006; 13: 353-79.
 19. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatient. *J Pers Assess* 1996; 67: 588-97.
 20. Dobson KS, Mohammadkhani P. Psychometric characteristics of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. *J Rehabil* 2007; 29: 82-89. (Persian)
 21. Ghorbani N, Watson PJ, Weathington B. Mindfulness in Iran and the United States: Cross-cultural structural complexity and parallel relationship with psychological adjustments. *Curr Psychol* 2009; 28: 211-224.
 22. Ghorbani N, Watson PJ, Hargis MB. Integrative self-knowledge: Correlations and incremental validity of a cross-cultural measure developed in Iran and the United States. *J Psychol* 2008; 142: 395-412.
 23. Gilbert P. Outline and Session by session Record of Compassion Focused Therapy: Module in the Context of a Local DBT Program. 2009. /www.compassionatemind.co.uk./
 24. Bennett-Goleman T. *Emotional alchemy: How the mind can heal the heart*. New York: Three Rivers Press; 2001.
 25. Rice F, van den Bree M, Thapar A. A population-based study of anxiety as a precursor for depression in childhood and adolescence. *BMC Psychiatry* 2004; 4: 43.
 26. Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cog Theo Res*. 2003; 27: 261-273.
 27. Pauley G, McPherson S. The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychol Psychother* 2010; 83: 129-143.

Daneshvar

Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
Twentieth Year,
No.104
April- May, 2013*

Received: 2013/5/1

Last revised: 2013/6/15

Accepted: 2013/6/20

The interaction effect between “Self-Compassion” and “Rumination” of depressed patients in “Compassion Focused Therapy”

Fatemeh Noorbala ¹, Ahmad Borjali ², Ahmad Ali Noorbala ^{3*}

1. MA in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabatabaiee University, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabatabaiee University, Tehran, Iran.

3. Professor of Psychiatry, Psychosomatic Ward, Imam Khomeini Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

E-mail: noorbala@tums.ac.ir

Abstract

Background and Objective: The history of psychology is full of concepts evolved to upgrade and improve therapies and mental health. The Compassionate Focused Therapy (CFT) model is rooted in the concept of self-compassion in modern psychology. The purpose of this research was to study the effectiveness of CFT on depression, anxiety, and rumination of depressed patients according to their self-compassion trait.

Materials and Methods: This study was designed as an experimental pretest-posttest with an equivalent control group. Nineteen depressed patients with available sampling were selected from a psychiatric clinic and randomly divided into two groups. The experimental group participated in 12 sessions of Compassion Focused Group therapy (CFT). All participants were assessed by Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Anxiety Scale (AS), Rumination Scale and Self-Compassion Scale (SCS) at the beginning, final session and two months after the intervention (follow-up study). Data were analyzed by ANOVA and independent samples t-test with SPSS 18.

Results: According to data analysis, depression and anxiety of the experimental group significantly decreased in the follow-up study ($p < 0.05$). In addition, the interaction between intervention and self-compassion was significant on the rumination.

Conclusion: This study showed that CFT could be an effective therapy for depression and anxiety of depressed patients. In addition, people who had higher levels of self-compassion benefited more from our intervention and their rumination decreased. On the other hand, people who had lower level of self-compassion experienced increased rumination.

Key words: Compassion Focused Therapy, Self-Compassion, Depression, Anxiety, Rumination.