

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نظم‌جویی شناختی هیجان، مهارت‌های ذهن آگاهی و آمادگی برای تجربه شرم و گناه افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط

ندا قاسمی^۱، میترا گودرزی^۲، فیروزه غضنفری^۳

تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۰/۲۵

تاریخ وصول: ۹۷/۰۷/۰۶

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نظم‌جویی شناختی هیجان، مهارت‌های ذهن آگاهی و آمادگی برای تجربه شرم و گناه افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط بود. طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط شهر اصفهان بودند. حجم نمونه شامل ۲۴ نفر از افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزار پژوهش مقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲)، مقیاس پنج‌عاملی ذهن آگاهی و مقیاس عاطفه خودآگاه-۳ (تانگنی، ۱۹۸۹) بودند. گروه آزمایش تحت مداخله درمان متمرکز بر شفقت ۸ جلسه‌ای به شیوه جلسات هفتگی یک‌ساعته قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که بین راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، مهارت‌های ذهن آگاهی و آمادگی برای تجربه شرم و گناه گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون نمرات کم‌تری در تجربه شرم و گناه و نمرات بیش‌تری در مهارت‌های ذهن آگاهی کسب کردند. همچنین آموزش شفقت به خود باعث بهبود تنظیم شناختی هیجان افراد گروه آزمایش شد. بر اساس یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به عنوان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران (نویسنده مسئول)

گزینه درمانی مناسبی جهت بهبود مهارت‌های ذهن آگاهی، تنظیم شناختی هیجان و آمادگی برای تجربه شرم و گناه افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط به کار رود.

واژگان کلیدی: اختلال اضطراب افسردگی مختلط، درمان مبتنی بر شفقت، ذهن آگاهی، شرم، گناه، نظم‌جویی شناختی هیجان.

مقدمه

داده‌های بدست آمده از بررسی‌های جامعه، مراقبت‌های درمانی و جمعیت‌های بیماران روانشناختی نشان داده‌اند که گروهی از افراد مبتلا به نشانه‌های مخلوط اضطراب-افسرده وجود دارند که نشانه‌های آنها برای تشخیص یکی از اختلال‌ها به تنهایی کافی نبوده و زیر حد آستانه تشخیصی می‌باشند (هارنوف، ۲۰۰۷). ضمیمه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی چاپ چهارم (DSM-IV)، اختلال اضطراب افسردگی مختلط را به عنوان نشانگانی بالینی تعریف می‌کند که توسط حضور مساوی از هر دو علائم افسردگی و اضطراب مشخص می‌شود که هیچ یک از آنها در آستانه تشخیصی برای یک اختلال مشخص نمی‌باشند و در جدیدترین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی 5-DSM آن را در ذیل اختلال افسردگی نامشخص توضیح داده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). سیستم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، نسخه دهم (ICD-10) نیز برای توصیفات بالینی و دستورالعمل‌های تشخیصی، یک گروه تشخیصی از اختلال اضطراب افسردگی مختلط را برای بیماران که بصورت همزمان علائم اضطراب و افسردگی را نشان می‌دهند، معرفی کرده است که معیارهای تعریف کننده برای یک اختلال روانشناختی خاص را ندارد. نتایج پیگیری طولانی مدت دوازده ساله تایرر، سیورایت، سیمونس و جانسون^۳ (۲۰۰۱) نشان داد که بیماران مبتلا به اضطراب افسردگی مختلط بطور معنی‌داری پیامدهای بدتری نسبت به مبتلایان به اضطراب یا افسردگی نشان دادند و این افراد در عملکرد اجتماعی و پیشرفت بالینی در مقایسه با افسردگی یا اضطراب، نتایج بسیار متفاوت و بطور معنادار ضعیف‌تری نشان دادند.

1. Hranov
2. American Psychiatric Association
3. Tyrer, Seivewright, Simmonds, Johnson

یکی از متغیرهایی که اخیراً و به طور فزاینده‌ای در رابطه با سیر سبب‌شناسی و درمان اضطراب و افسردگی مورد مطالعه قرار گرفته است، تنظیم شناختی هیجان^۱ می‌باشد. راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان پاسخ‌های شناختی به وقایع فراخواننده هیجان هستند که به صورت هشیار یا ناهشیار سعی در تعدیل شدت و یا نوع تجربه هیجانی یا خود واقعه دارند (گارنفسکی، وان در کومر، کرایج، تردس، لگرستی و همکاران^۲، ۲۰۰۲). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان عبارتند از: سرزنش خود^۳ (خود را مسئول و مقصر دانستن در تجربیات تلخ)، سرزنش دیگران^۴ (نحوه‌ی تفکر مبتنی بر اینکه دیگران مسئول و مقصر اتفاق بدی که رخ داد هستند)، پذیرش^۵ (دلالت دارد بر پذیرش رویداد و تجربه تلخ و کناره‌گیری از آنچه روی داده است)، نشخوار ذهنی^۶ (تفکر مداوم به احساسات و تفکرات همراه با اتفاق ناخوشایند بدون اقدام به اصلاح محیط بلا واسطه‌ی مؤثر)، توجه مثبت مجدد^۷ (فکر کردن درباره‌ی وقایع مثبت به جای وقایع منفی)، توجه مجدد به برنامه ریزی^۸ (تفکر درباره‌ی برنامه‌هایی که برای مداخله در اتفاقات طرح ریزی می‌شود، یا تفکر روی طرحی که موقعیت‌ها را تغییر می‌دهد)، باز ارزیابی مثبت^۹ (معنای مثبت بخشیدن به وقایع و اتفاقات دوران رشد و فکر کردن به اینکه این اتفاقات می‌توانند فرد را قوی‌تر کنند و یا جستجوی جنبه‌های مثبت یک اتفاق)، اتخاذ دیدگاه^{۱۰} (اتخاذ این دیدگاه یا نحوه‌ی تفکر که وقتی یک سری از عوامل با هم همراه شوند و یا نقش یک سری عوامل دیگر اگر ضعیف شود اتفاقی خواهد افتاد) و فاجعه آمیزپنداری^{۱۱} (فکر کردن به این که اتفاق رخ داده چقدر وحشتناک بوده و این اتفاق بدترین چیزی است که در زندگی هر کسی رخ می‌دهد) (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از امین آبادی، دهقانی و خداپناهی، ۱۳۹۰).

1. Cognitive emotion regulation
2. Garnefski, Van-Der-Kommer, Kraaij, Teerds, Legerstee et al
3. self-blame
4. other blame
5. acceptance
6. rumination
7. positive refocusing
8. refocus on planning
9. positive reappraisal
10. putting in to perspective
11. catastrophizing

موارد مرتبط با بی‌نظمی هیجانی یا اختلال در تنظیم هیجانی، در تئوری‌ها و تحقیقات اخیر مد نظر قرار گرفته است که فرض می‌شود نقش مهم و قابل توجهی در افسردگی و اضطراب و دیگر اختلالات روانشناختی مرتبط داشته باشد (اشنایدر، ارج، لندی و هانکین^۱، ۲۰۱۶؛ دی اوانزاتو، جورمن، سیمر و گاتلیب^۲، ۲۰۱۳؛ بایلسما، موریس و روتنبرگ^۳، ۲۰۰۸؛ لیورانته، باون، بارلو و روئمر^۴، ۲۰۰۸؛ گلداین و گروس^۵، ۲۰۱۰). مارتین و داهلین^۶ (۲۰۰۵) به این نتیجه رسیدند که بین استرس، اضطراب و افسردگی با راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان (نشخوارفکری، مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران) و راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان (پذیرش، باز ارزیابی مثبت، توجه مثبت به خود) به ترتیب ارتباط مثبت و منفی معنادار وجود دارد. بنابراین در برنامه‌های درمانی باید توجه خاصی به راهبردهای شناختی به ویژه راهبردهای ناسازگارانه از قبیل ملامت خود، نشخوارگری، پذیرش و فاجعه سازی صورت گیرد.

از سویی ممکن است انسان‌ها در زندگی روزمره با تجربه‌ی احساس شکست، نقص و بی‌کفایتی مواجه شوند، که به دنبال این تجارب و ارزیابی که افراد از خودشان دارند، ممکن است هیجاناتی مانند شرم و گناه در آن‌ها برانگیخته شود (سعیدی، قربانی، سرافراز، شریفیان، ۱۳۹۲). شرم و گناه هیجان‌های خود آگاه^۷ هستند که به وسیله‌ی تأمل به خود و خودارزیابی منفی برانگیخته می‌شوند. گناه مربوط به ارزیابی رفتار فرد است، درحالی که شرم مربوط به ارزیابی خود فرد می‌شود (اسپریت، شاکویک، وان ووگت، استامز^۸، ۲۰۱۶). احساس شرم یک احساس دردناک است که باعث می‌شود فرد تمایل به فرار، عقب نشینی و انزوا داشته باشد. اگر چه که احساس گناه نیز یک احساس منفی است اما، مربوط به علیت داخلی است و فرد در نظر می‌گیرد که وضعیت بیرونی باعث این شرایط شده است (هی کومبرگ و دیرینگ^۹، ۲۰۱۳). احساس شرم و گناه دو هیجان دردناک،

1. Schneider, Arch, Landy, Hankin
2. D Avanzato, Joormann, Siemer, Gotlib
3. Bylsma, Morris, Rottenberg
4. Liverant, Brown, Barlow, Roemer
5. Goldin & Gross
6. Martin & Dahlin
7. self-conscious emotions
8. Spruit, Schalkwijk, Van Vugt, Stams
9. Hequembourg, Dearing

غیرقابل اجتناب و بعضاً مخرب هستند که نحوه‌ی مواجهه و تنظیم این دو هیجان در سازگاری و سلامت روانی افراد نقش مهمی خواهد داشت. این هیجان‌های خودآگاه در واقع هیجان‌های خود تنظیم‌گر هستند و از طریق ارائه بازخوردهایی به خود در مورد افکار، نیت‌ها و رفتار در هدایت رفتار، انگیزه‌مند کردن فرد برای توجه به استانداردهای اخلاقی، اجتماعی و پاسخ‌دهی مناسب نقش مهمی دارند (سعیدی و همکاران، ۱۳۹۲). اما، اگر این احساسات به درستی تنظیم نشود ارزش انطباقی خود را از دست داده و شخص از لحاظ روانی دچار تزلزل می‌شود (موریس و مسترز^۱، ۲۰۱۴). شواهد پژوهشی ارتباط بین آمادگی برای شرم و تمام نشانه‌های روان شناختی شامل افسردگی، اضطراب، علائم اختلال خوردن، نشانه‌های بالینی ضد اجتماعی و ارزش خود پایین را نشان داده‌اند (تانگنی و دیرینگ^۲، ۲۰۰۲؛ به نقل از سعیدی و همکاران، ۱۳۹۲).

یکی دیگر از متغیرهایی که رابطه‌ای منفی با افسردگی و اضطراب دارد، ذهن‌آگاهی است (وانگ، ماک و چیونگ، لینگ، لوی و همکاران^۳، ۲۰۱۱؛ هافمن، ساویر، ویت و اوو^۴، ۲۰۱۰؛ دسروسیرز، کلمانسکی و نولن هکسما^۵، ۲۰۱۳؛ علیزاده، حاجی یوسفی، فرورشی، ذوقی، ۱۳۹۴؛ بادان فیروز، مکوند حسینی، محمدی فر، ۱۳۹۶). ذهن‌آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه که در لحظه‌ی کنونی اتفاق می‌افتد تعریف شده است (والش، بالانت، اسمولیرا، فردریکسن و مادسن^۶، ۲۰۰۹). در پژوهش‌های روان درمانی، ذهن‌آگاهی به عنوان یک حالت ارتقا دهنده‌ی تفکر خودآگاهی برای بهبود بهزیستی و مؤلفه‌های سلامت روان در نظر گرفته می‌شود (بیرامی، موحدی و علیزاده، ۱۳۹۴؛ پسندیده و ابوالمعالی، ۱۳۹۵). وضعیت‌های ذهنی مثبت از جمله نگرش‌هایی که فرد نسبت به موارد مختلف دارد، از سازه‌های قوی مرتبط با مداخله‌های بر اساس ذهن‌آگاهی می‌باشند (پاسدار، حسینی، نوری، ۱۳۹۶).

-
1. Muris, Meesters
 2. Dearing
 3. Wong, Mak, Cheung, Ling, Lui et al
 4. Hofmann, Sawyer, Witt, Oh
 5. Desrosiers, Klemanski, NolenHoeksema
 6. Walsh, Balian, Smolira & Madsen

خود شفقتی^۱ یک وضعیت ذهنی مثبت و از سازه‌های نظری است که نشان داده می‌تواند نتایج مداخله بر اساس ذهن آگاهی را میانجی‌گری نماید. شفقت به خود یک شکل سالم خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی می‌باشد (گیلبرت^۲، ۲۰۰۹). نف^۳ (۲۰۰۳) شفقت با خود را این گونه تعریف می‌کند «گشوده بودن و همراه شدن با رنج‌های خود، تجربه حس مراقبت و مهربانی نسبت به خود، اتخاذ نگرش غیرداورانه و همراه با درک و فهم نسبت به بی‌کفایتی‌ها و شکست‌های خود و تشخیص اینکه تجربه فرد بخشی از تجربه بشری است. بر این اساس سه مؤلفه مهربانی با خود در مقابل قضاوت در مورد خود، احساس مشترکات انسانی در مقابل انزوا و هوشیاری در مقابل فزون همانندسازی برای شفقت با خود در نظر گرفته می‌شود. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که شفقت نسبت به خود با خودانتقادگری، افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، سرکوب افکار و کمال‌گرایی نوروپیک رابطه منفی و با رضایت از زندگی و روابط اجتماعی رابطه مثبت دارد (گیلبرت و پروکتر^۴، ۲۰۰۶؛ نف و پومیر^۵، ۲۰۱۳).

در دهه اخیر پژوهش درباره اثرات مفید پرورش شفقت به طرز فوق العاده‌ای پیشرفت کرده و پرورش درونی شفقت به نقطه نظر تمرکز و هدف درمانی مهمی تبدیل شده است، به طوری که خودشفقتی به عنوان شیوه‌ای جهت کاهش اختلالات روانی امروزه مورد توجه محققان بسیاری قرار گرفته است. از نظر مداخلات درمانی، درمان متمرکز بر شفقت درمانی چندوجهی است که بر اساس پیشرفت‌های مهم و قابل توجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی رفتاری، رفتاردرمانی دیپالکتیکی، درمان هیجان‌مدار و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و بسیاری از رویکردهای دیگر و با هدف کاهش مؤلفه‌هایی چون شرم، خودانتقادی، و شفقت با خود گسترش یافته است (گاس و آلن^۶، ۲۰۱۴). هر مداخله که در درمان متمرکز بر شفقت از آن استفاده می‌شود در حال و هوای تأیید، حمایت و مهربانی

-
1. Self- compassion
 2. Gilbert
 3. Neff
 4. Procter
 5. Pommier
 6. Goss, Allan

ایجاد می‌شود. لحن هیجانی و انگیزشی، جهت‌گیری بنیادین، نیت و حال و هوای مداخله اصل کار است (گیلبرت، ۱۳۹۵).

گیلبرت و پروکتر (۲۰۰۶) در یک رویکرد درمان گروهی نشان دادند که آموزش خودشفقت ورزی برای افراد دارای خودانتقادی^۱ و شرم^۲ بالا مؤثر است و نتایج کاهش معناداری را در افسردگی، اضطراب، خودانتقادی، شرم، خود کم‌بینی^۳ و رفتارهای سلطه‌پذیر^۴ نشان داد (سعیدی و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین در پژوهش‌هایی تأثیر مداخله مبتنی بر شفقت خود بر تنظیم هیجانی (دشت بزرگی، ۱۳۹۴؛ دمنوف^۵، ۲۰۱۳؛ دامسون^۶، ۲۰۱۵)، کاهش تجربه شرم و گناه (سعیدی و همکاران، ۱۳۹۲) و کاهش مشکلات هیجانی نشان داده شده است (گیلبرت، ۲۰۱۴). گرچه درمان مبتنی بر شفقت به عنوان یکی از درمان‌های جدید حوزه اختلالات هیجانی اثربخشی خود را در درمان اختلال‌های افسردگی و اضطرابی نیز به اثبات رسانده، اما در مورد اثربخشی این درمان در اختلال اضطراب و افسردگی مختلط تحقیقات کمی انجام شده است. با توجه به این موارد پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نظم‌جویی شناختی هیجان، مهارت‌های ذهن آگاهی و تجربه شرم و گناه افراد مبتلا اختلال اضطراب افسردگی مختلط انجام شد.

روش

طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط شهر اصفهان بودند. حجم نمونه ۳۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر در نظر گرفته شدند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به گروه‌ها عبارت بودند از: داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب افسردگی مختلط بر اساس مصاحبه تشخیصی و مقیاس اضطراب و

-
1. self-criticism
 2. shame
 3. inferiority complex
 4. submissive behavior
 5. Damson
 6. Deminof

افسردگی بک، نداشتن اختلال‌های جسمانی و روانی شدید و عدم دریافت هر گونه مداخله دارویی و روانی دیگر حین انجام پژوهش. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: نقض هر کدام از ملاک‌های ورود به پژوهش، شرکت نکردن در دو یا بیشتر از دو جلسه از جلسات درمان و نقض در تکمیل پرسش‌نامه‌ها. پس از انتخاب و گمارش آزمودنی‌ها و قبل از اجرای جلسات درمان آزمودنی‌های هر دو گروه از طریق پرسشنامه‌های، راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲)، مقیاس عاطفه خود آگاه-۳ (تانگنی، ۱۹۸۹) و مقیاس مهارت‌های ذهن آگاهی کنتاکی مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش تحت مداخله ۸ جلسه‌ای درمان مبتنی بر شفقت با اقتباس از گیلبرت (۲۰۰۹) بر اساس جلسات هفتگی ۱ ساعته قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات درمان آزمودنی‌های هر دو گروه مجدداً با ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از SPSS ویراست ۲۲ و روش آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. خلاصه اهداف و محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت در زیر آمده است.

جدول ۱. محتوای جلسات و اهداف برنامه درمان مبتنی بر شفقت با اقتباس از (گیلبرت، ۲۰۰۹)

جلسه اول: آشنایی افراد گروه با یکدیگر، بیان قوانین گروه، توضیح در مورد متغیرهای پژوهش و آشنایی مقدماتی با درمان مبتنی بر شفقت.

جلسه دوم: توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق درمان مبتنی بر شفقت بر مشکلات فائق آمد.

جلسه سوم: آموزش دلسوری و همدردی، که شامل آموزش در جهت شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت کمک و توجه به سلامتی است. تفکر در باره شفقت نسبت به دیگران، توجه و تمرکز بر شفقت، تفکر شفقت‌آمیز، رفتار شفقت‌آمیز، تصویرسازی شفقت‌آمیز

جلسه چهارم: آموزش بخشایش، آموزش درباره پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات در جهت سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات. افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، آموزش پذیرش مسائل در جهت پذیرش تغییرات پیش رو و سپس توانایی تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.

جلسه پنجم: آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی شامل آموزش افراد در جهت ایجاد احساسات ارزشمند در خود تا بتوانند برخورد مناسب و کارآمدی با محیط داشته باشند. تمرین هوشیاری، ذهن آگاهی، بررسی باورهایی که هیجان‌ات غیر مفید را به همراه خود دارند، مزایا و معایب آن.

جلسه ششم: آموزش مسئولیت‌پذیری که مؤلفه اساسی آموزش خودشفقتی است که بر اساس آن آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند تفکر خودانتقادی داشته باشند تا بتوانند دیدگاه‌ها و احساسات جدیدی که کارآمدتر هستند را در خود ایجاد کنند. انجام تمرین رنگ شفقت، صدا و تصویر شفقت، و نامه‌نگاری بر اساس شفقت.

جلسه هفتم: نامه نگاری شفقت ورز، تمرین خشم و شفقت، تمرین ترس از شفقت، آمادگی برای خاتمه گروه.

جلسه هشتم: مرور، جمع‌بندی، خاتمه کار گروه، و انجام پس‌آزمون.

پرسش‌نامه سبک‌های تنظیم شناختی هیجان فرم کوتاه (CERQ- short form): این پرسش‌نامه را گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۲) ساخته‌اند و ۱۸ سؤال دارد. پاسخ‌گویی به هریک از آیتم‌های آن به صورت مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (۱=تقریباً هرگز الی ۵=تقریباً همیشه) می‌باشد. ساختار این پرسش‌نامه چندبعدی بوده و به منظور شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی بعد از تجربه‌ای ناگوار به کار می‌رود. CERQ دارای ۹ زیر مقیاس است. پنج زیر مقیاس این پرسش‌نامه سبک‌های تنظیم هیجان شناختی سازگار و چهار زیر مقیاس دیگر سبک‌های تنظیم هیجان شناختی ناسازگار هستند. این پرسش‌نامه در گروه‌های بهنجار و بالینی از سن ۱۲ سال به بالا قابل اجرا است. سازندگان این پرسش‌نامه اعتبار آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۷ و کل پرسش‌نامه ۰/۹۳ محاسبه کرده‌اند. حسنی (۱۳۹۰) نشان داد که نسخه فارسی فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان، از اعتبار و روایی مناسبی برخوردار است. ضرایب آلفای کرونباخ (با دامنه‌ی ۰/۶۸ تا ۰/۸۲) نشان داد که ۹ خرده مقیاس فرم کوتاه پرسش‌نامه دارای اعتبار مطلوبی هستند.

پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی: این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش دهی با ۳۹ جمله است که پنج عامل ذهن آگاهی شامل، مشاهده (ماده‌های ۱، ۶، ۱۱، ۱۵، ۲۰، ۲۶، ۳۱، ۳۶)، توصیف (ماده‌های ۲، ۷، ۱۲، ۱۶، ۲۲، ۲۷، ۳۲، ۳۷)، عمل با آگاهی (ماده‌های ۵، ۸، ۱۳، ۲۳، ۲۸، ۳۴، ۳۸)، پذیرش بدون قضاوت در مورد تجارب درونی (ماده‌های ۳، ۱۰، ۱۴، ۱۷، ۲۵، ۳۰، ۳۵، ۳۹) و عدم واکنش به تجارب درونی (ماده‌های ۴، ۹، ۱۹، ۲۱، ۲۴، ۲۹، ۳۳) را می‌سنجد. تمنایی فر، اصغرنژاد، میرزایی، سلیمانی (۱۳۹۴) در پژوهشی دامنه ضرایب اعتبار بازآزمایی مقیاس‌های پنج عاملی ذهن آگاهی را بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ گزارش کردند.

مقیاس عاطفه خود آگاه-۳ (تانگنی، ۱۹۸۹): این پرسشنامه که توسط تانگنی، واگنر و گرامز در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است، از ۱۶ سناریو تشکیل شده و شامل زیر مقیاس‌های آمادگی برای شرم (۱۶ ماده)، آمادگی برای گناه (۱۶ ماده) است. هر زیر مقیاس نحوه‌ی متفاوت پاسخ‌دهی فرد را به یک مسأله‌ی اخلاقی که در سناریو مطرح

شده است، نشان می‌دهد. مطالعات حاکی از روایی مناسب این مقیاس است. فرگوس، والن تینر، مک گرس و جنکیوس^۱ (۲۰۱۰) آلفای کرونباخ خرده مقیاس احساس گناه را در پرسش‌نامه‌ی عاطفه‌ی خودآگاه ۰/۷۶ کردند. در پژوهش عبدالهی، جزینی، امان الهی، اصلانی (۱۳۹۶) آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۸ محاسبه شد.

یافته‌ها

لازم به ذکر است که در پایان جلسات درمان، ۳ نفر از اعضای گروه آزمایش به دلیل غیبت در جلسات و نقص در تکمیل پرسش‌نامه‌ها از پژوهش کنار گذاشته شدند. به دلیل همسان کردن گروه‌ها همین تعداد نمونه نیز از گروه کنترل کنار گذاشته شد و تحلیل نهایی داده‌های پژوهش با ۲۴ نفر انجام شد (هر گروه ۱۲ نفر). دامنه سنی شرکت کنندگان در پژوهش از ۱۹ تا ۴۵ سال و میانگین سنی گروه آزمایش ۳۳/۹۱ و میانگین سنی گروه کنترل ۳۳/۷۵ بود. جدول ۲ یافته‌های توصیفی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان را برحسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی نشان می‌دهد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان برحسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله	پیش آزمون		پس آزمون	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
ملاطت خویشتن	آزمایش	۸	۱/۹۰	۴/۰۸	۱/۲۴
	کنترل	۸	۱/۹۳	۷/۹۱	۱/۵۶
پذیرش	آزمایش	۶/۳۳	۲/۰۵	۷/۹۱	۱/۰۸
	کنترل	۶/۸۳	۲/۲۰	۷/۰۸	۱/۶۲
نشخوارگری	آزمایش	۸/۰۸	۱/۴۴	۴/۰۸	۱/۰۸
	کنترل	۷/۹۱	۱/۳۷	۷/۵۰	۱/۴۴
تمرکز مجدد مثبت	آزمایش	۳/۸۳	۱/۱۱	۵/۵۰	۱/۵۰
	کنترل	۴/۵۰	۲/۳۱	۳/۱۶	۰/۵۷
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	آزمایش	۶/۵۸	۱/۰۸	۸/۴۱	۰/۹۰
	کنترل	۵	۱/۸۵	۶/۷۵	۲
ارزیابی مجدد مثبت	آزمایش	۷	۱/۷۰	۸/۷۵	۱/۰۵

۱/۴۴	۶/۵۰	۱/۱۹	۶/۸۳	کنترل	دیدگاه‌گیری
۱/۷۷	۳/۶۶	۱/۱۶	۶/۴۱	آزمایش	
۰/۸۳	۳/۸۳	۱/۶۷	۴/۰۸	کنترل	فاجعه‌سازی
۰/۹۹	۴/۰۸	۱/۸۳	۸/۰۸	آزمایش	
۱/۶۹	۷/۸۳	۱/۶۷	۸/۹۱	کنترل	ملاطمت‌دیگران
۱/۱۱	۳/۱۶	۲/۷۰	۵/۷۵	آزمایش	
۱/۵۰	۵/۹۱	۱/۹۶	۶/۶۶	کنترل	

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل با تغییراتی در مرحله پس‌آزمون همراه است. جدول ۳ یافته‌های توصیفی مؤلفه‌های هیجان‌ات خودآگاه (آمادگی برای تجربه شرم و گناه) را برحسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی نشان می‌دهد.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی تجربه شرم و گناه آزمودنی‌های پژوهش برحسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی

متغیر	مرحله ارزیابی	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تجربه شرم	آزمایش	۵۰/۲۵	۴/۱۱	۴۲/۰۸	۷/۰۲
	کنترل	۴۹/۵۸	۷/۱۷	۵۰/۳۳	۷/۳۱
تجربه گناه	آزمایش	۴۷/۶۶	۷/۶۶	۳۸/۶۶	۷/۵۲
	کنترل	۴۸/۲۵	۵/۴۹	۴۸	۷/۴۵

با توجه به نتایج جدول ۳ نیز تغییراتی در میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون مشاهده می‌شود. جدول ۴ شاخص‌های توصیفی مربوط به مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۴. یافته‌های توصیفی آزمودنی‌های پژوهش در مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی برحسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی

مؤلفه	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
مشاهده	آزمایش	۱۶/۵۸	۴/۶۹	۲۰/۹۱	۳/۰۲
	کنترل	۲۰	۳/۵۶	۲۰/۲۵	۳/۹۵
توصیف	آزمایش	۱۳/۸۳	۴/۱۷	۱۸/۰۸	۲/۹۳
	کنترل	۱۵/۳۸	۲/۲۰	۱۵/۷۵	۴/۳۷

۴/۵۷	۲۱/۳۳	۴/۳۵	۱۸/۲۵	آزمایش	عمل همراه با آگاهی
۴/۷۲	۱۸/۸۳	۴/۳۷	۱۸/۷۵	کنترل	
۲/۴۴	۲۱/۱۶	۳/۵۶	۱۶	آزمایش	عدم قضاوت
۳/۶۰	۱۴/۵۰	۴/۰۱	۱۴/۱۶	کنترل	
۲/۳۹	۲۰/۹۱	۳/۰۷	۱۷/۲۵	آزمایش	عدم واکنش
۲/۲۶	۱۸/۶۶	۲/۳۱	۱۸/۴۱	کنترل	

با توجه به نتایج جدول ۴ میانگین نمرات مؤلفه‌های ذهن آگاهی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون تغییراتی داشته است. جهت بررسی این تفاوت‌ها و ارزیابی دقیق‌تر نتایج درمانی از روش آماری تحلیل کواریانس استفاده شد. استفاده از آزمون تحلیل کواریانس مستلزم رعایت مجموعه‌ای از پیش فرض‌ها می‌باشد. همان گونه که اشاره گردید گمارش آزمودنی‌ها به گروه‌های پژوهش به صورت تصادفی انجام شده است. همچنین با توجه به استفاده از ابزارهای استاندارد جهت ارزیابی متغیرهای وابسته، پیش فرض فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری متغیرهای وابسته رعایت شده است. از سوی دیگر حجم دو گروه آزمایش و کنترل در این پژوهش مساوی با ۱۲ نفر بوده است که حجمی مساوی را نشان می‌دهد. جهت حصول اطمینان از توزیع نرمال داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلکز جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها و آزمون لوین جهت تساوی واریانس نمرات استفاده شد و پیش فرض‌های استفاده از تحلیل کواریانس بررسی و تأیید گردید. جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری را در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر راهبردهای نظم‌جویی شناختی آزمودنی‌ها نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

مؤلفه	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معنادار ی	اندازه اثر	توان آماری
ملامت خویش	۶/۷۲۵	۱	۶/۷۲۵	۹/۹۹۹	۰/۰۰۷	۰/۴۳۵	۰/۸۳۲
پذیرش	۷/۰۳۳	۱	۷/۰۳۳	۵/۳۱۴	۰/۰۳۸	۰/۲۹۰	۰/۵۶۹
نشخوار فکری	۲۴/۶۱۴	۱	۲۴/۶۱۴	۲۰/۷۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۱۵	۰/۹۸۷
تمرکز مجدد مثبت	۸/۸۷۳	۱	۸/۸۷۳	۶/۴۲۰	۰/۰۲۵	۰/۳۳۱	۰/۶۴۹
تمرکز بر برنامه ریزی	۲/۱۷۶	۱	۲/۱۷۶	۱/۷۳۷	۰/۲۱۰	۰/۱۱۸	۰/۲۳۱
ارزیابی مجدد مثبت	۱/۶۷۶	۱	۱/۶۷۶	۲/۴۰۲	۰/۱۴۵	۰/۱۵۶	۰/۳۰۱
دیدگاه‌گیری	۱/۹۳۹	۱	۱/۹۳۹	۲/۱۴۷	۰/۱۶۷	۰/۱۴۲	۰/۲۷
فاجعه‌سازی	۲/۶۹۰	۱	۲/۶۹۰	۵/۲۷۳	۰/۰۳۹	۰/۲۸۹	۰/۵۶

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در رابطه با مؤلفه‌های ملاطمت خویشتن، پذیرش، نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت، فاجعه‌سازی و ملاطمت دیگران تفاوت معنی‌داری بین میانگین‌های تعدیل‌شده در گروه آزمایش و کنترل وجود دارد ($p < 0/05$). مجذور اتا یا اندازه اثر نشانگر آن است که عضویت گروهی ۴۳ درصد از تغییرات مربوط به ملاطمت خویشتن، ۲۹ درصد از تغییرات مربوط به پذیرش، ۶۵ درصد از تغییرات مربوط به نشخوارگری، ۳۳ درصد از تغییرات مربوط به تمرکز مجدد مثبت، ۲۸ درصد از تغییرات مربوط به فاجعه‌سازی و ۷۳ درصد از تغییرات مربوط به ملاطمت دیگران را در مرحله پس‌آزمون تبیین می‌کند. در رابطه با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تمرکز بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری تفاوت معنی‌داری بین نمرات پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل مشاهده نمی‌شود. جدول ۶ نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری را در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجانات خودآگاه آزمودنی‌ها نشان می‌دهد.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری جهت مقایسه گروه‌های پژوهش در نمرات پس‌آزمون شرم و گناه (هیجانات خودآگاه)

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری	منبع تغییرات
شرم	۲۷۸/۹۵۰	۱	۲۷۸/۹۵۰	۱۲/۴۶۵	۰/۰۰۲	۰/۳۸۴	۰/۹۱	عضویت
گناه	۵۰۷/۷۲۹	۱	۵۰۷/۷۲۹	۴۰/۴۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶۶۹	۱	گروهی

بر اساس نتایج جدول ۶ بین میانگین نمرات آمادگی شرم و گناه در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. میزان اندازه اثر نشان می‌دهد که به ترتیب ۳۸ و ۶۶ درصد از تغییرات مربوط به تجربه شرم و گناه در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش ناشی از عضویت گروهی می‌باشد. به عبارتی ارائه مداخله مبتنی بر شفقت باعث کاهش ۳۸ درصدی تجربه شرم و ۶۶ درصدی تجربه گناه در آزمودنی‌های پژوهش شده است ($p < 0/05$). جدول ۷ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری را در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر ذهن‌آگاهی بر مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی آزمودنی‌های پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۷. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر مؤلفه‌های ذهن آگاهی آزمودنی‌های پژوهش

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
مشاهده	۱۷/۹۵۳	۱	۱۷/۹۵۳	۲/۴۷۱	۰/۱۳۴	۰/۱۲۷	۰/۳۱۷
توصیف	۷۲/۶۶۱	۱	۷۲/۶۶۱	۲۴/۳۶۲	۰/۰۰۰	۰/۵۸۹	۰/۹۹
عمل همراه با آگاهی	۷۴/۶۴۹	۱	۷۴/۶۴۹	۸/۳۱۴	۰/۰۱۰	۰/۳۲۸	۰/۷۷۶
عدم قضاوت	۹۴/۶۰۱	۱	۹۴/۶۰۱	۳۵/۷۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۷۷	۱
عدم واکنش	۲۸/۰۸۵	۱	۲۸/۰۸۵	۱۳/۶۵۴	۰/۰۰۲	۰/۴۴۵	۰/۹۳۶

بر اساس نتایج جدول ۷ تفاوت معنی‌داری بین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل در خرده مقیاس‌های توصیف، عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش وجود دارد. میزان اندازه اثر نشان می‌دهد که به ترتیب ۵۸، ۳۲، ۶۷ و ۴۵ درصد از تغییرات نمرات مؤلفه‌های توصیف، عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش در نتیجه عضویت گروهی می‌باشد، به عبارت دیگر مداخله آموزشی درمان مبتنی بر شفقت باعث افزایش ۲۵، ۳۲، ۶۷ و ۴۵ نمرات مؤلفه‌های مذکور در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش شده است ($p < /۰۵$). در رابطه با مؤلفه مشاهده نتایج نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل مشاهده نمی‌شود ($p < /۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نظم‌جویی شناختی هیجان، مهارت‌های ذهن آگاهی و تجربه شرم و گناه افراد مبتلا اختلال اضطراب افسردگی مختلط انجام شد. نتایج نشان داد که مداخله مبتنی بر شفقت باعث تعدیل راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در گروه آزمایش شده است. گرچه تاکنون کمتر پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط پرداخته است، اما این نتایج به طور غیرمستقیم با نتایج پژوهش‌های دشت

بزرگی (۱۳۹۶)، دانسون (۲۰۱۵)، دیمینوف (۲۰۱۳) که به بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجان پرداخته‌اند، همخوان و همسو می‌باشد.

در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت خود سبب شده است آزمودنی‌ها با غلبه بر مشکلات و شناسایی شایستگی‌های فردی در رویارویی با موقعیت‌ها، با تمرکز مثبت و برنامه‌ریزی منظم و ارزیابی شرایط، فرایندهای ذهنی، انگیزشی و پذیرش خود، به خود اجازه دهند تا احساساتشان مناسب ابراز شده و سطح سلامت و انسجام هیجانی خود را حفظ نمایند. انسجام و تنظیم و مدیریت سازگاران هیجان نیز باعث می‌گردد افراد احساسات منفی و مثبت را تعدیل کنند و موقعیت را بهتر درک کنند و یاد بگیرند چگونه هیجان‌های خود را مدیریت کنند و این سازمان‌دهی ظرفیت روانی، ذهنی و رضایت از ندگی افراد را ارتقا می‌دهد. می‌توان گفت که در همین راستا نف (۲۰۰۳) بیان می‌کند که هشیاری، قرار دادن افکار و احساسات در حالت تعادل و پرهیز از همانندسازی و تخلیه افراطی، خودتنظیمی در ابعاد مختلف را موجب می‌شود. آموزش شفقت خود در این افراد سبب رشد هوشمندانه و توانایی به تعویق انداختن احساسات ناخوشایند، توانایی درگیر شدن یا گریز از یک هیجان منفی به صورت مناسب، توانایی کنترل عاقلانه هیجان‌ها شده و با تعدیل هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های خوشایند سبب تعدیل تنظیم هیجان‌های این افراد شده است. تلاش برای آگاهی از هیجان‌ها و توسعه چشم انداز شخصی از هیجان‌ها خودآگاهی و ذهن آگاهی را افزایش می‌دهد و سبب می‌شود که افراد خودآگاهی بیش‌تری را به دست آورند و بر خود کنترل مناسب‌تری داشته باشند و افکار خودسرزنش‌گری و احساسات ناخوشایند کم‌تری داشته باشند. بنابراین آموزش شفقت خود در افراد می‌تواند موجب انسجام هیجانی، تطبیق رفتارهای سازشی جدید و ارزیابی هیجان‌های مثبت و منفی شود و در کل نظم‌جویی هیجانی را بهبود بخشد (دشت بزرگی، ۱۳۹۶).

همچنین می‌توان به این نکته اشاره کرد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز با افزایش میزان شفقت به خود آزمودنی‌ها، موجب تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیش‌تر و حمایت از خود می‌شود، قابلیت پذیرش ناراحتی‌ها را بالا می‌برد و آشفتگی‌های عاطفی را کاهش می‌دهد (گیلبرت، ۲۰۰۶). در واقع این درمان می‌تواند با آموزش خود

نظم‌دهی هیجان^۱، کنترل عواطف و نشخوارگری به افراد کمک کند تا توانایی تنظیم رفتار نامناسب خود را بیاموزند و سلامت روانی خود را بهبود بخشند (بروان و پرسی^۲، ۲۰۱۰). افرادی که شفقت خود بالایی دارند تمایل بیش‌تری برای پذیرش نقش و مسوولیت خود در حوادث منفی دارند، می‌توانند اتفاقات منفی را با آنچه که هستند در ارتباط ببینند، اما همین حوادث منفی را کم‌تر نشخوار می‌کنند و در نتیجه در مواجهه با اشتباهات‌شان کم‌تر هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند. افرادی که شفقت خود بالاتری دارند، در تجربه وقایع ناخوشایند با در نظر گرفتن این که انسان ممکن است خطا کند و همه انسان‌ها مرتکب اشتباه و تصمیم اشتباه می‌شوند، احساسات منفی کم‌تری را تجربه می‌کنند (مؤلفه اشتراکات انسانی) و در نتیجه کم‌تر از راهبردهای ناسازگارانه سرزنش خود و سرزنش دیگران استفاده می‌کنند. به طور خلاصه می‌توان گفت که شفقت به خود یک سازه مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت‌های ناراحت‌کننده است، لذا برای تنظیم هیجان می‌توان از این رویکرد نوین استفاده کرد.

بخشی دیگر از نتایج پژوهش نشان داد که آموزش شفقت به خود باعث کاهش معنی‌دار آمادگی شرم و گناه شده است. این مطالعه با پژوهش‌هایی که تأثیر درمان مبتنی بر شفقت را بر مؤلفه‌های شرم و گناه نشان داده‌اند، همخوان و همسو می‌باشد؛ که از آن میان می‌توان به پژوهش‌های سعیدی و همکاران (۱۳۹۲) اشاره کرد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر شفقت، به افراد یاد داده می‌شود که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس مهرورزی داشته باشند. سپس نگرش مهرورزانه‌ای به خود داشته باشند. می‌توان گفت که آزمودنی‌ها در نتیجه ارائه مداخله به این نتیجه رسیده‌اند که اشتباه یک تجربه مشترک انسانی است و قضاوت سخت‌گیرانه در مورد آن بی‌فایده است، بلکه بهتر است آن را هشیارانه به عنوان تجربه‌ای از زندگی‌شان بپذیرند و نسبت به احساس ناخوشایندی که تجربه کرده‌اند بر خود شفقت روا دارند. در واقع شفقت خود، همانند یک ضربه گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند. افرادی که شفقت خود بالایی دارند از آنجا که با سخت‌گیری کم‌تر، خودشان را مورد قضاوت قرار می‌دهند،

-
1. emotional self-regulation
 2. Brown, Percy

وقایع منفی زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خود ارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیش‌تر بر پایه عملکرد واقعی‌شان است (سعیدی و همکاران، ۱۳۹۲).

همچنین تفاوت ایجاد شده در نمرات شرم شرکت‌کنندگان می‌تواند به دلیل تمرکز بر رفتاری باشد که در القای شفقت خود اتفاق افتاده است. در این‌جا، شرکت‌کنندگان علاوه بر آن‌که در معرض القای مؤلفه‌های شفقت خود قرار گرفتند، به صورت ضمنی در معرض این باور بودند که حادثه توصیف شده صرفاً یک تجربه و رفتار بوده است و تمرکزشان از ارزیابی منفی معطوف بر خود که اغلب در احساس شرم اتفاق می‌افتد، برداشته و متمرکز بر تجربه یاد شده، گردید. شاید به همین دلیل القای شفقت خود در احساس گناه که خود به دلیل ارزیابی منفی رفتار ایجاد می‌شود، تغییراتی معنادار ایجاد کرد. در نتیجه آموزش مهارت‌های شفقت به خود افراد با توجه به پذیرش این که اشتباه جزیی‌گریز ناپذیر از زندگی انسانی است، اشتباه خود را می‌پذیرند و تجربه احساسات ناخوشایند برانگیخته شده را هشیارانه، با کنجکاوی و بدون سوگیری در نظر می‌گیرند، و احساس گناه خود را تجربه می‌کنند و این برخورد مشفقانه با احساس گناه در تخفیف این هیجان مؤثر خواهد بود.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که آموزش شفقت به خود باعث افزایش معنی‌دار مؤلفه‌های ذهن آگاهی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط شده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که ذهن آگاهی، هشیاری غیرقضاوتی و غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه‌ای است که در یک لحظه‌ی خاص در محدوده‌ی توجه یک فرد قرار دارد و علاوه بر آن، این مفهوم اعتراف به تجربه یاد شده و پذیرش آن را نیز شامل می‌شود و تأثیر شفقت به خود بر مؤلفه‌های ذهن آگاهی به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آن‌که به رویدادها به طور غیر ارادی و بی تأمل پاسخ دهد با تفکر و تأمل پاسخ دهد و آن‌ها را در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره (زیدان، گوردون، مرچنت و گلکاسیان^۱، ۲۰۱۰) توانا‌تر سازد. می‌توان گفت که افزایش شفقت به خود با کاهش نشانه‌های منفی روان‌شناختی و عاطفه‌ی منفی و در نتیجه افزایش عاطفه مثبت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی و هیجانی همراه است. همچنین می‌توان به این نکته اشاره کرد که بخشی از تکنیک‌ها و دستورالعمل‌های مربوط به درمان

1. Zeidan, Johnson, Diamond, David, Goolkasian

مبتنی بر شفقت بر اساس مؤلفه‌ها و تمرین‌های ذهن‌آگاهی طراحی شده است. در تبیین این یافته‌ها همچنین می‌توان به این نکته اشاره کرد که تمرینات ذهن‌آگاهی به جهت کمک به مراجعین به منظور افزایش آگاهی و تغییر دادن موقعیت‌های چالش‌انگیز از جمله حالت‌ها و موقعیت‌های هیجانی منفی بدون واکنش به طور خودکار و عادت وار، طراحی شده است. در ذهن‌آگاهی افراد تجربیات را به عنوان عناصر مجزا از خود و به عنوان یک حالت گذرا و به عنوان موضوعی برای تغییر می‌پذیرند و لذا به جای کاوش موضوع و یا اجتناب شناختی یا رفتاری از تجربه آن، که هر دو دردآور خواهد بود، این تجربیات را مانند سایر تجربیات که خنثی بوده و یا دارای بار هیجانی نمی‌باشند، پذیرفته و نهایتاً درونی می‌کنند، فرایندی که باعث افزایش میزان ذهن‌آگاهی افراد می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش این بود که نمونه پژوهش صرفاً افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان بوده و در تعمیم نتایج باید جوانب احتیاط را رعایت نمود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش نبود دوره پیگیری بود که بواسطه محدودیت‌های زمانی امکان پیگیری بلندمدت وجود نداشت. در همین راستا و در راستای نتایج پژوهش حاضر به درمانگران و متخصصان حوزه اختلالات اضطرابی و افسردگی پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی ضمن مرتفع ساختن محدودیت‌های ذکر شده، پژوهش با تعداد نمونه بیشتر و در سایر نقاط کشور و سایر دامنه‌های سنی تکرار شود. همچنین به متخصصان این حوزه پیشنهاد می‌شود که در کار با افراد دارای اختلال اضطراب افسردگی مختلط درمان مبتنی بر شفقت را به عنوان الگویی جهت تعدیل تنظیم شناختی هیجان، کاهش تجربه شرم و گناه و افزایش مهارت‌های ذهن-آگاهی به کار گیرند.

منابع

- امین آبادی، زهرا؛ خداپناهی، محمدکریم؛ دهقانی، محسن (۱۳۹۰). نقش میانجی تنظیم هیجان شناختی در ادراک نوجوانان از ابعاد سبک‌های فرزندپروری و موفقیت تحصیلی آنها، *مجله علوم رفتاری*، ۵ (۲)، ۱۱۷-۱۰۹.

- بادان فیروز، علی؛ مکوند حسینی، شاهرخ؛ محمدی فر، محمدعلی (۱۳۹۶). رابطه تنظیم هیجانی با نشانگان افسردگی و اضطراب در دانشجویان؛ نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی، *مجله روان‌شناسی و روانپزشکی شناخت*، ۴ (۲): ۱۲-۲۳.
- بیرامی، منصور؛ موحدی، یزدان؛ عزیزاده گوردال، جابر (۱۳۹۴). اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر شناخت در کاهش اضطراب اجتماعی و نگرش‌های ناکارآمد نوجوانان، *شناخت اجتماعی*، ۴ (۱): ۴۱-۵۳.
- پاسدار، کتابون؛ حسنی، جعفر، نوری، ربابه (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودشفقتی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط، *مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور*، ۵ (۲): ۹-۲۲.
- پسندیده، راحله؛ ابوالمعالی، خدیجه (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش بهزیستی، *اندیشه و رفتار*، ۱۱ (۴۱): ۷-۱۸.
- تمنایی فر، شیما؛ اصغرزاد، علی اصغر؛ میرزایی، مصلح؛ سلیمانی، مهدی (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه پنج‌عاملی ذهن آگاهی، *روان‌شناسی تحولی*، ۱۲ (۴۷): ۳۲۱-۳۳۰.
- حسینی، جعفر (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان، *تحقیقات علوم رفتاری*، ۹ (۴): ۲۲۹-۲۴۰.
- دشت بزرگی، زهرا (۱۳۹۶). تأثیر مداخله مبتنی بر شفقت خود بر احساس تنهایی و تنظیم هیجانی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی، ۱۸ (۲): ۷۲-۷۹.
- سعیدی، ضحی؛ قربانی، نیما؛ سرافراز، مهدی رضا؛ شریفیان، محمدحسین (۱۳۹۲). اثر القای شفقت خود و حرمت خود بر میزان تجربه شرم و گناه، *روان‌شناسی معاصر*، ۸ (۱): ۹۱-۱۰۲.
- عبداللهی، نیره؛ جزینی، شادی؛ امان‌اللهی، عباس؛ اصلانی، خالد (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین بدکارکردی جنسی و عواطف خودآگاه، *اندیشه و رفتار*؛ ۱۱ (۴۳): ۳۷-۴۸.
- عزیزاده، اصغر؛ حاجی یوسفی، الناز؛ فرورشی، محمود؛ ذوقی، مسعود (۱۳۹۴). پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی، نشخوار فکری و ذهن آگاهی در دانشجویان، *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۲ (۱): ۱۵-۲۹.

گیلبرت، پائول (۲۰۱۰). *درمان متمرکز بر شفقت*، ترجمه مهرانوش اثباتی و علی فیضی (۱۳۹۵)، تهران، انتشارات ابن سینا.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*. Washington DC London, and England: Author.
- Brown, I., & Percy, M. (2010). *A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities*. London: Powl. H. Brookes.
- Bylsma, L. M., Morris, B. H., & Rottenberg, J. (2008). A meta-analysis of emotional reactivity in major depressive disorder. *Clinical psychology review, 28*(4), 676-691
- D Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2013). Emotion Regulation in Depression and Anxiety: Examining Diagnostic Specificity and Stability of Strategy Use. *Cognitive Therapy Research, 37*, 968-980.
- Damson, R. (2015). The effect of self-compassion on the resilience and emotion regulation of marital woman. *Journal of Personality assessment, 63* (2), 262 - 274.
- Deminof, L. (2013). The efficacy of self-compassion on the adversity quotient, Emotion Regulation of marital woman. *Journal Anxiety Disorder, 2010; 11*(5), 279-315.
- Desrosiers A, Klemanski DH, NolenHoeksema S. (2013). Mapping mindfulness facets onto dimensions of anxiety and depression. *Behav Ther; 44*: 373-84.
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., & Jencius, S. (2010). Shame-and guilt-proneness: Relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample. *Journal of anxiety disorders, 24*(8), 811-815.
- First, M. B., France, A., & Pincus, H. A. (2004). *DSM-IV-TR guidebook*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Garnefski, N., Van-Der-Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., Tein, E. O. (2002). The Relationshipbetween Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Problems: Comparison between a Clinical and a Non-Clinical Sample. *Eur J Pers. (16)*: 403-420.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment, 15*(3), 199-208.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 53*, 6-41.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*, 335-973
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion, 10*, 83- 91.

- Goss, K., & Allan, S. (2014). The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E). *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 62-77.
- Hequembourg, A. L., & Dearing, R. L. (2013). Exploring shame, guilt, and risky substance use among sexual minority men and women. *Journal of homosexuality*, 60(4), 615-638.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169.
- Hranov LG. (2007). Comorbid anxiety and depression: illumination of a controversy. *Int J Psychiatry Clin Pract*; 11(3):171-89.
- Liverant, G. I., Brown, T. A., Barlow, D. H., & Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behaviour research and therapy*, 46(11), 1201-1209.
- Martin, R., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 39, 1249° 1260.
- Muris, P., & Meesters, C. (2014). Small or big in the eyes of the other: on the developmental psychopathology of self-conscious emotions as shame, guilt, and pride. *Clinical child and family psychology review*, 17(1), 19-40.
- Neff, K. D., Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing mediators. *Self and Identity*, 12, 160-176.
- Neff, K.D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-252.
- Schneider, R. L., Arch, J. J., Landy, L. N., & Hankin, B. L. (2016). The Longitudinal Effect of Emotion Regulation Strategies on Anxiety Levels in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45, 1-14.
- Spruit, A., Schalkwijk, F., Van Vugt, E., & Stams, G. J. (2016). The relation between self-conscious emotions and delinquency: a meta-analysis. *Aggression and violent behavior*, 28, 12-20.
- Tyrer P, Seivewright H, Simmonds S, Johnson T. (2001). Prospective studies of cothymia (Mixed Anxiety- Depression): How do they inform clinical practice?. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 251(2):53-6.
- Wong, S. Y., Mak, W. W., Cheung, E. Y., Ling, C. Y., Lui, W. W., Tang, W. K., ... & Ma, H. S. (2011). A randomized, controlled clinical trial: the effect of mindfulness-based cognitive therapy on generalized anxiety disorder among Chinese community patients: protocol for a randomized trial. *BMC psychiatry*, 11(1), 187.
- Walsh, J. J., Balint, M. G., SJ, D. R. S., Fredericksen, L. K., & Madsen, S. (2009). Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Personality and Individual differences*, 46(2), 94-99.

- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. (2012). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cogn.* (19): 597-605.

