

The effectiveness of compassion-focused psychotherapy on depression and anxiety of divorced women

Shiralinia, *Kh., Cheldavi, R., Amanelahi, A

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و اضطراب زنان مطلقه

خدیدجه شیرالینی^۱، رحیم چلداوی^۲، عباس امان‌الهی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۴/۰۴

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۲/۲۲

چکیده

Abstract

Introduction: Divorce is considered as one of the leading factors for mental disorder in persons' life. Mental disorders are more frequent in divorced persons than married people. The aim of this study was to determine the effectiveness of compassion-focused psychotherapy on decreasing depression and anxiety in divorced women.

Method: The method of the study was non-congruent multiple baselines experimental single case design. Four divorced women were selected using convenience sampling method. Participants participated in the several baseline steps, 8 intervention compassion-focused therapy sessions and 2 follow-ups. The instruments used were Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory. Data were analyzed using Visual Drawing method, Permanent Change Index, and Percentage Improvement Formula.

Results: The results showed that compassion-focused therapy significantly reduced depression and anxiety symptoms of divorced women. A follow-up of two or four weeks also indicated the sustainability of the therapeutic changes.

Conclusion: According to the findings of this research, compassion-focused therapy could significantly affect depression and anxiety in divorced women. Consequently this treatment is recommended as a useful intervention and a new method for reducing depression and anxiety to psychotherapists and family therapists.

Keywords: Compassion focused therapy, Depression, Anxiety, Divorced women.

مقدمه: طلاق یکی از عوامل ایجادکننده اختلال روانی در زندگی است. افراد مطلقه بیشتر از افراد متأهل دچار اختلالات روانی می‌شوند. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان مطلقه بود.

روش: روش پژوهش، طرح تجربی تک‌موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان بود. بدین‌منظور با توجه به ملاک‌های ورود و خروج چهار نفر از زنان مطلقه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. آزمودنی‌ها طی چند نوبت خط پایه، ۸ جلسه درمان متمرکز بر شفقت و ۲ نوبت پیگیری شرکت کردند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه اضطراب بک بودند. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش افسردگی و اضطراب اثر معناداری داشت. پیگیری دو و چهار هفته‌ای نیز حاکی از پایداری تغییرات درمانی بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان مطلقه اثر معناداری داشت. بنابراین، این درمان می‌تواند به‌عنوان روشی جدید در کاهش افسردگی و اضطراب برای روان‌درمانگران و خانواده‌درمانگران مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، افسردگی،

اضطراب، زنان مطلقه.

مقدمه

زنان از جمله افراد جامعه هستند که توجه به سلامت روانی آن‌ها از اهمیت بالایی برخوردار است. یکی از مشکلات مهمی که توانسته بر سلامت روان زنان تأثیر منفی بگذارد و آمار آن در سال‌های اخیر در حال افزایش است، مسئله طلاق^۱ است. طلاق مهمترین عامل از هم گسیختگی ساختار بنیادی‌ترین بخش جامعه، یعنی خانواده است (۱). طلاق در لغت به معنی رهاشدن از عقد نکاح و فسخ کردن عقد نکاح بوده و پدیده‌ای است قراردادی که به زن و مرد امکان می‌دهد تا تحت شرایطی پیوند زناشویی خود را گسیخته و از یکدیگر جدا گردند. طبق آمار سازمان ثبت احوال کشور در سال ۱۳۹۴، نسبت ازدواج به طلاق ۴/۲ می‌باشد. به عبارتی در مقابل هر ۴/۲ ازدواج ثبت شده، یک طلاق به ثبت رسیده است. در نه ماهه سال ۱۳۹۵، این نسبت به ۳/۹ رسیده است (۲). طلاق از استرس‌زا ترین فقدان‌هاست و موجب آشفتگی‌های هیجانی و مشکلات رفتاری در افراد می‌شود. اگرچه پیامدهای منفی طلاق هر دو زوج را گرفتار می‌سازد اما طبق پژوهش‌ها آسیب‌پذیری زنان بعد از طلاق، بیشتر از مردان است (۳). عمده‌ترین آشفتگی هیجانی طلاق، بروز اختلالات روانی مانند افسردگی^۲ و اضطراب^۳ است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که زنان مطلقه نسبت به زنان غیرمطلقه علائم افسردگی بیشتری را گزارش می‌کنند و حوادث اضطراب‌زای بیشتری را در زندگی تجربه می‌کنند (۴). بر اساس نتایج پژوهش‌ها زنان مطلقه حتی چند سال بعد از طلاق نیز تمایل زیادی به افسردگی شدن دارند (۵).

مطالعات نشان داده که زنان در مقابل فشار روانی، هیجان‌های منفی بیشتری نسبت به مردان تجربه کرده و میزان آشفتگی روانی، افسردگی و اضطراب در زنان دو برابر مردان است (۳). همچنین پژوهشگران دریافته‌اند زنانی که مطلقه‌اند افزایش پریشانی، افسردگی، تنهایی، خشم، پشیمانی و درماندگی را تجربه کرده‌اند (۶). تحقیقات اخیر نشان داده است که کمبود قدرت اجتماعی زنان و تفاوت‌های جنسی در پاسخ‌های بیولوژیکی به استرس دهنده‌ها می‌تواند در افسردگی پیشرونده زنان بیش از مردان نقش داشته باشد (۷).

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین طبقات روانی هستند. از هر چهار نفر یکی واجد ملاک‌های تشخیصی حداقل یک اختلال اضطرابی است و میزان شیوع دوازده ماهه این اختلال‌ها ۱۷/۷ درصد است. زنان با شیوع مادام‌العمر ۳۰/۵ درصد در مقایسه با مردان با شیوع ۱۹/۲ درصد، بیشتر ممکن است دچار یک اختلال اضطرابی شوند (۸). اضطراب به‌عنوان شایع‌ترین مشکل روانی در زنان مطلقه به‌شمار می‌رود که محور مطالعه بسیاری قرار گرفته است. زنان مطلقه در طول چالش‌های شروع دوباره زندگی، از لحاظ اقتصادی، هیجانی و اجتماعی، دچار اضطراب و عدم قطعیت می‌شوند. به همین دلیل این افراد نسبت به افسردگی و درماندگی آسیب‌پذیرترند (۹). از آنجایی که اضطراب هم عامل افسردگی و هم یکی از پیامدهای آن است، در این گونه مواقع فرد در یک دور باطل گرفتار می‌شود (۱۰).

یکی از راهکارهایی که به‌نظر می‌رسد برای کاهش پیامدهای منفی طلاق مؤثر واقع شود، استفاده از رویکردهای درمانی دارای پشتوانه پژوهشی است. یکی از این رویکردها که در سال‌های اخیر مورد توجه درمانگران قرار گرفته است، رویکرد درمان متمرکز بر شفقت^۴ است که توسط گیلبرت مطرح شد. در ابتدا نف (۱۱) شفقت به خود را به‌عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل ذهن آگاهی^۵، مهربانی با خود^۶ و حس اشتراک با انسانیت^۷ تعریف کرده است. ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود شفقت می‌ورزد. از این رو گیلبرت به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد و در نهایت «درمان متمرکز بر شفقت» را مطرح ساخت (۱۲). درمان متمرکز بر شفقت برای کار با افرادی شکل گرفت که مشکلات مزمن و پیچیده سلامت روان همراه با شرم و خودانتقادگری داشتند و اغلب پیشینه زندگی دشواری را تجربه کرده بودند (۱۳). گیلبرت بر اساس روان‌شناسی رشد، علم عصب‌شناسی عاطفی و نظریه تکاملی شکل جامعی از

1- divorce

2- depression

3- anxiety

4- Compassion Focused Therapy (CFT)

5- mindfulness

6- self-kindness

7- sense of common humanity

رفتاردرمانی تجربی را تحت عنوان درمان متمرکز بر شفقت ابداع نموده است. این درمان مبتنی بر روانشناسی تکاملی است، که بر اهمیت درک مغزها و احساسات ما در زمینه چگونگی شکل‌گیری فرایندهای تکاملی بیش از میلیون‌ها سال تأکید می‌کند (۱۳). درمان متمرکز 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 (۱۴). درمان متمرکز بر شفقت به دنبال تسهیل تغییر از طریق توسعه "ذهن مشفق" است (۱۴). اصل تعریف شفقت ریشه در آیین‌های خردورزانه کهن دارد، اما تعریف استاندارد وجود دارد که در درمان متمرکز بر شفقت از آن استفاده می‌شود. این تعریف عبارت است از: «حساسیت نسبت به حضور رنج در خود و دیگران و تلاش متعهدانه برای التیام بخشیدن یا پیشگیری از آن». این تعریف به دو بُعد اصلی شفقت اشاره می‌کند: بُعد اشتیاق^۲ که به گشودگی نسبت به رنج و درگیر شدن به آن اشاره دارد و بُعد التیام‌بخشی^۳ که به پرورش خردمندی و مهارت‌هایی اشاره دارد که جهت کاهش یا پیشگیری از رنج و دلایل آن ضروری می‌باشد (۱۳). درمان متمرکز بر شفقت مراجعان را به تمرکز بر روی، درک و احساس شفقت به خود در طول فرایندهای تفکر منفی، با تمرکز قوی بر پرورش شفقت در خود تشویق می‌کند (۱۵). همچنین در درمان متمرکز بر شفقت افراد می‌آموزند 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 شفقت داشته باشند (۱۴). این درمان جریان شفقت را در سه جهت به رسمیت می‌شناسد: شفقتی که ما می‌توانیم نسبت به دیگری یا دیگران احساس کنیم، شفقتی که ما می‌توانیم از دیگران به خودمان احساس کنیم و شفقتی که ما می‌توانیم به سمت خودمان هدایت کنیم (۱۳). در تمرین‌های شفقت به خود بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود که نقش مهمی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی دارند (۱۳، ۱۶). درمان متمرکز بر شفقت به‌عنوان یک مدل چند بُعدی، از انواع مهارت‌های آموزشی مرتبط با توجه، استدلال، تمرین

تصویرسازی و مداخلات رفتاری استفاده می‌کند (۱۴). در ده سال اخیر مطالعات مربوط به بررسی مزایای شفقت افزایش زیادی داشته است. پژوهشگران در یک مطالعه موردی با شش فرد دارای اضطراب اجتماعی نشان دادند، درمان متمرکز بر شفقت یک رویکرد امیدوارکننده است که باعث کاهش اضطراب اجتماعی، شرم، خودانتقادی و انزوای سه نفر از افراد شرکت‌کننده شده است (۱۷). شاهر و همکاران در پژوهشی که بر روی بیماران مبتلا به خودانتقادی شدید انجام دادند، دریافتند که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند خودانتقادی و افسردگی بیماران را کاهش و هیجانات مثبت و شفقت آن‌ها را افزایش دهد. علاوه بر این مشخص شد که این نتایج بعد از یک دوره پیگیری سه ماهه نیز تداوم دارد (۱۸). همچنین محققان 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 نماید (۱۹). با وجود این که درمان متمرکز بر شفقت به‌طور گسترده‌ای توصیف شده، در مطالعات تجربی کمی به‌کار گرفته شده و منتشر شده است (۲۰، ۲۱). نتایج حاصل از این مطالعات امیدوارکننده است اما نیاز به تکرار و گسترش این نتایج به جمعیت‌های دیگر وجود دارد. همچنین سازه شفقت در ادبیات پژوهشی داخل کشور نوپا است و ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر در مورد این سازه احساس می‌شود. بر این اساس، پژوهش حاضر در پی پاسخ‌گویی به این سؤال است که "آیا درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان مطلقه مؤثر است؟"

روش

طرح پژوهش: در پژوهش حاضر از طرح آزمایشی تک موردی^۴ از نوع خط پایه چندگانه^۵ ناهمزمان استفاده شده است. در این گونه طرح‌ها شرایط آزمایشی به‌دقت کنترل می‌شود و متغیر مستقل نیز به‌طور منظم در مورد آزمودنی اعمال می‌شود. از این رو طرح‌های آزمایشی تک آزمودنی از نظر کنترل شرایط ناخواسته مناسب‌ترند.

1- compassionate mind

2- engagement

3- alleviation

4- single case design

5- multiple-baseline design

می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آن یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی، هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. کاپوانی و موسوی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را در جمعیت ایرانی مورد بررسی قرار داده‌اند. آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲، روایی آن را ۰/۷۲ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی یک ماهه را ۰/۸۳ به‌دست آورده‌اند (۲۳).

روند اجرای پژوهش: آزمودنی‌ها در این پژوهش از بین زنان مطلقاً مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره که دارای ملاک‌های ورود و واجد شرایط پژوهش حاضر بودند، انتخاب شدند. پس از آن همه شرکت‌کنندگان به‌طور همزمان به مرحله خط پایه وارد شدند. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه افراد به‌طور تصادفی از نظر ترتیب ورود یک به یک با فاصله یک جلسه وارد طرح درمان شدند. بدین نحو که، نفر اول پس از دو جلسه سنجش در مرحله خط پایه یعنی از هفته سوم وارد جلسه اول درمان شد و پس از آن نفر دوم بعد از سه جلسه سنجش در مرحله خط پایه، در جلسه دوم نفر اول وارد جلسه اول درمان خود شد. نفر سوم پس از چهار جلسه سنجش در مرحله خط پایه، در جلسه دوم مراجع دوم و جلسه سوم مراجع اول وارد مرحله درمان شد. نفر چهارم نیز پس از پنج جلسه سنجش در مرحله خط پایه، در جلسه چهارم نفر اول، جلسه سوم نفر دوم و جلسه دوم نفر سوم وارد مرحله درمان شد. همچنین در ضمن اجرای درمان، کلیه پرسشنامه‌ها در جلسات ۲، ۴، ۶ و ۷ بلافاصله پس از اتمام درمان یعنی جلسه هشتم توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید. پس از پایان درمان در فواصل زمانی دو هفته‌ای، دو بار مرحله پیگیری انجام شد. اهداف، محتوا، مداخلات و تکالیف به‌کار برده شده در جلسات این پژوهش بر اساس کتاب‌های «درمان متمرکز بر شفقت» (۲۴) و «درمان متمرکز بر شفقت برای درمانگران آکت» (۲۵) در ۸ جلسه هفتاد دقیقه‌ای انجام گرفت. خلاصه جلسات درمانی به شرح زیر است:

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش شامل زنان مطلقاً مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر اهواز بودند. از بین این افراد تعداد چهار نفر واجد شرایط و متقاضی شرکت در پژوهش انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به شیوه در دسترس می‌باشد. آزمودنی‌ها در این پژوهش از بین زنان مطلقاً مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره که دارای ملاک‌های ورود و واجد شرایط پژوهش حاضر بودند، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارتند از: ۱- حداقل شش ماه از طلاق آنان گذشته باشد؛ ۲- داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل؛ ۳- دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال؛ ۴. تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی. ملاک‌های خروج نیز عبارتند از: ۱- استفاده از داروهای روان‌پزشکی در دو ماه قبل از اولین جلسه؛ ۲- استفاده از خدمات مشاوره‌ای و روان‌شناختی در دو ماه قبل از اولین جلسه؛ ۳- سابقه سوء مصرف مواد؛ ۴- درگیری در یک رابطه عاطفی جدید. قبل از ارائه درمان نیز از تمامی آزمودنی‌ها رضایت کتبی جهت شرکت در فرایند درمان اخذ شد.

ابزار

۱- پرسشنامه افسردگی بک (BDI-13)^۱: پرسشنامه افسردگی بک (۲۲) برای تسهیل اجرای سریع در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی تدوین شده است. این پرسشنامه شامل ۱۳ ماده خودگزارشی است که نشانه‌های خاص افسردگی را بیان می‌کند. هر گزاره این پرسشنامه شامل یک مقیاس چهار گویه‌ای است که دامنه آن از صفر تا ۳ مرتب شده است و حداکثر و حداقل نمره آن بین صفر تا ۳۹ است. لایت فوت و الیور (۲۲) ضریب آلفای کرونباخ فرم کوتاه بک را ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی را به فاصله دو هفته ۰/۹۰ گزارش کردند. رجیب ضرایب آلفای کرونباخ و تنصیف را برای کل پرسشنامه بک فرم کوتاه (BDI-13) به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۲ گزارش کرد (۲۲).

۲- پرسشنامه اضطراب بک (BAI)^۲: پرسشنامه اضطراب بک توسط آرون بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ ساخته شد و توسط کاپوانی و موسوی (۲۳) در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای خودگزارشی است که آزمودنی در هر یک از چهار گزینه که نشان‌دهنده شدت اضطراب است را انتخاب

1- Beck Depression Inventory-13

2- Beck Anxiety Inventory

جدول (۱) خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسه	عنوان جلسه	محتوا
اول	مفهوم‌سازی موردی	برقراری رابطه درمانی با مراجع، مفهوم‌سازی موردی مبتنی بر شفقت؛ تعریف شفقت؛ معرفی و آشنایی با درمان متمرکز بر شفقت
دوم	معرفی سیستم‌های تنظیم هیجان	ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل. معرفی سه سیستم تنظیم هیجان و چگونگی تاثیر آن بر فرد، توضیح تفاوت بین ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق. تکلیف: بررسی این موضوع که در موقعیت‌های رنج‌آور کدام سیستم هیجانی فعال‌تر است؟
سوم	آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل. آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه؛ آموزش تمرین تنفس آرام‌بخش و نحوه اجرای آن؛ معرفی مهارت‌های توجه آگاهی، خوردن توجه آگاهانه (به عنوان مثل: تمرین خوردن کشمش). تکلیف: انجام تمرین تنفس آرام‌بخش در موقعیت‌های خارج از جلسه، خوردن توجه آگاهانه در خانه
چهارم	آشنایی با خصوصیت‌های شفقت و شناخت فرد مشفق	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل. توضیح خصوصیت‌های شش‌گانه شفقت (مؤلفه‌های بعد اشتیاق) شامل: حساسیت، مراقبت از بهزیستی، همدلی، همدردی، غیرقضاوتی بودن، تحمل آشفتگی. تعریف فرد مشفق و ویژگی‌های آن (خردمندی، قدرت، مهربانی، غیرقضاوتی، مسئولیت‌پذیری)، توضیح این موضوع که مراجع برای این که به فرد مشفقی تبدیل شود باید مهارت‌هایی را یاد بگیرد. تکلیف: مراجع نمونه‌هایی از مؤلفه‌های بعد اشتیاق در زندگی‌اش را برای جلسه بعد بنویسد. مراجع ویژگی‌های فرد مشفق را در خود بررسی کند.
پنجم	استدلال مشفقانه و توجه مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل. استفاده از ریتم تنفسی آرام‌بخش، آموزش نحوه تصویر سازی خود مشفق، تمرین تصور بهترین حالت خود، اجرای تکنیک صندلی مشفق (یا تکنیک سه صندلی). تکلیف: مراجع چند تانیه نشخوارفکری کند و بعد تمرین خودمشفق شدن را انجام دهند و به تفاوت این دو وضعیت دقت کنند؛ مراجع با استفاده از تمرین صندلی مشفقانه به مقابله با خودانتقادگری بپردازد.
ششم	تصویرسازی مشفقانه و تجربه حسی مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل. انجام ریتم تنفسی آرام‌بخش، معرفی قدرت تصویر سازی برای انسانها و ارتباط آن با سه سیستم تنظیم هیجان، تصویر سازی ایجاد مکانی امن، رنگ آمیزی مشفقانه. تکلیف: استفاده از تصویر سازی‌های مشفقانه هنگام مواجهه با رنج
هفتم	احساس مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل. انجام ریتم تنفسی آرام‌بخش قبل از تمرین. تمرین شفقت‌ورزی به خود، تکنیک ایجاد یک تصویر مشفق ایده‌آل و کامل برای خود، اشاره‌ای مختصر به مفهوم ترس از شفقت. تکلیف: مراجع تمرین‌های یادگرفته را در خارج از جلسه و در محیط واقعی با دیگران به کار برد.
هشتم	رفتار مشفقانه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل. توضیح معنی واقعی رفتار مشفقانه، تولید ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه، آموزش نوشتن نامه مشفقانه به خود، جمع‌بندی و ارائه خلاصه‌ای از جلسات گذشته. تکلیف: مراجع هر روز اقدامی مهربانانه برای خود یا فرد دیگری انجام دهد؛ مراجع ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه تولید و تمرین کند؛ نامه‌ای مشفقانه برای خود در خانه بنویسد.

نتیجه به دست آمده بزرگ‌تر از $z=1/96$ باشد، می‌توان با ۹۵ درصد اطمینان تغییر یا بهبودی به دست آمده را به اثر مداخله نسبت داد. فرمول درصد بهبودی یکی از روش‌های سنجش میزان پیشرفت آزمودنی‌ها در کاهش مشکلات آماجی است. در فرمول درصد بهبودی، نمره فرد در آزمون اول را از نمره فرد در آزمون مجدد کم کرده و حاصل آن را

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش‌های ترسیم دیداری (تحلیل نمودار گرافیکی)، شاخص تغییر پایا^۱ و فرمول درصد بهبودی استفاده شده است. جکوبسون، فولتی و رونسترف (۲۶) برای اعتماد بیشتر به داده‌های کارآزمایی بالینی و همچنین سنجش بهتر کارایی، روش شاخص تغییر پایا را مطرح کردند. برای محاسبه شاخص تغییر پایا باید انحراف معیار و پایایی بازآزمایی پرسشنامه‌ها در دسترس باشد. سپس نمره آزمون از نمره آزمون مجدد^۲ تفریق شده و حاصل آن بر خطای استاندارد تفاوت‌ها تقسیم می‌شود. اگر

1- reliable change index (RCI)

2- Test-Retest

پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری نشان می‌دهد. همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش بین ۲۳ تا ۴۵ سال بوده که دو نفر از آن‌ها دارای فرزند هستند. تحصیلات سه نفر از آنان لیسانس و یک نفر دیپلم می‌باشد. همچنین مدت زمان زندگی مشترک این شرکت‌کنندگان بین ۴ ماه تا ۲۱ سال و مدت زمانی که از طلاق آنها گذشته از ۷ ماه تا ۴ سال بوده است.

بر نمرهٔ آزمون اول تقسیم می‌نمائیم. به اعتقاد بلانچارد (۲۷) بر طبق این فرمول، ۵۰٪ کاهش در علائم به‌عنوان موفقیت در درمان، نمرات بین ۲۵٪ تا ۵۰٪ به‌عنوان بهبودی اندک، و کاهش نمرات علائم تا حد زیر ۲۵٪ به‌عنوان شکست درمانی تلقی می‌شود.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۲ ارائه شده است. جدول ۳ و ۴ نیز نمره‌های چهار آزمودنی را در

جدول ۲) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

آزمودنی	سن	تحصیلات	مدت زمان زندگی مشترک	چه مدت از طلاق گذشته	سابقه روان‌درمانی	وضعیت شغلی	تعداد فرزندان
اول	۲۳	دیپلم	۲ سال	۷ ماه	یک جلسه	خانه‌دار	—
دوم	۳۱	لیسانس	۴ ماه	۹ ماه	یک جلسه	خانه‌دار	—
سوم	۴۵	لیسانس	۲۱ سال	۱۳ ماه	یک جلسه	شاغل	۳
چهارم	۴۱	لیسانس	۹ سال	۴ سال	سه جلسه	شاغل	۲

جدول ۳) روند تغییر مراحل درمان متمرکز بر شفقت در پرسشنامه افسردگی

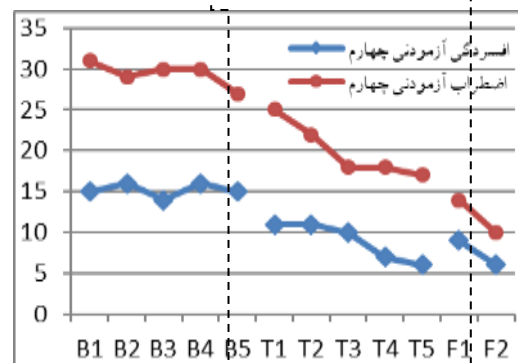
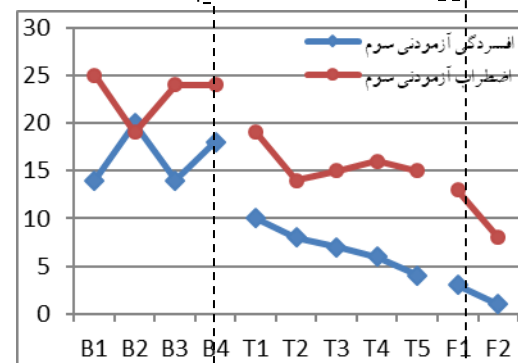
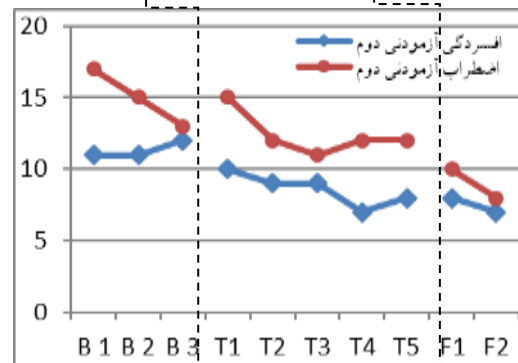
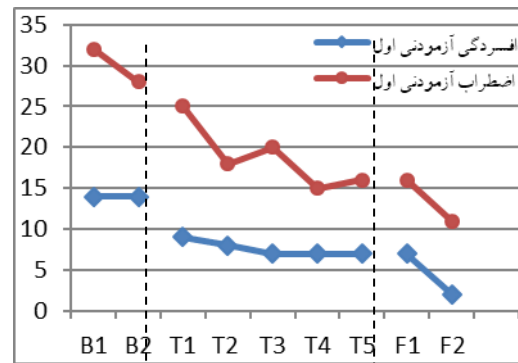
آزمودنی	میانگین مرحله خط پایه	جلسه دوم	جلسه چهارم	جلسه ششم	جلسه هفتم	جلسه هشتم	میانگین مرحله درمان	شاخص تغییر پایا (درمان)	درصد بهبودی پس از درمان	میانگین مرحله پیگیری	شاخص تغییر پایا (پیگیری)	درصد بهبودی پس از پیگیری	درصد بهبودی کلی پس از پیگیری
۶۱،۸	اول	۹	۸	۷	۷	۷	۷،۶	۲،۱۶	۴۵،۷	۳،۵۵	۳،۵	۷۵	۶۱،۸
	دوم	۱۰	۹	۹	۷	۸	۸،۶	۰،۹۱	۲۳،۹	۱،۲۸	۷،۵	۳۳،۶	۶۱،۸
	سوم	۱۰	۸	۷	۶	۴	۷،۸	۲،۹۴	۵۲،۷	۴،۹۱	۲	۸۷،۹	۶۱،۸
	چهارم	۱۱	۱۱	۱۱	۷	۶	۹	۲،۱۰	۴۰	۲،۶۱	۷،۵	۵۰،۶	۶۱،۸

جدول ۴) روند تغییر مراحل درمان متمرکز بر شفقت در پرسشنامه اضطراب

آزمودنی	میانگین مرحله خط پایه	جلسه دوم	جلسه چهارم	جلسه ششم	جلسه هفتم	جلسه هشتم	میانگین مرحله درمان	شاخص تغییر پایا (درمان)	درصد بهبودی پس از درمان	میانگین مرحله پیگیری	شاخص تغییر پایا (پیگیری)	درصد بهبودی پس از پیگیری	درصد بهبودی کلی پس از پیگیری
۵۱،۷	اول	۲۵	۱۸	۲۰	۱۵	۱۶	۱۸،۸	۱،۹۲	۳۷،۳	۲،۸۳	۱۳،۵	۵۵	۵۱،۷
	دوم	۱۵	۱۲	۱۱	۱۲	۱۲	۱۲،۴	۰،۴۴	۱۷،۳	۱،۰۳	۹	۴۰	۵۱،۷
	سوم	۲۳	۱۹	۱۵	۱۶	۱۵	۱۵،۸	۱،۲۳	۳۱،۳	۲،۱۵	۱۰،۵	۵۴،۳	۵۱،۷
	چهارم	۲۹،۴	۲۵	۲۲	۱۸	۱۷	۲۰	۱،۶۱	۳۲	۲،۹۹	۱۲	۵۷،۴	۵۱،۷

نمودار ۱ نشان می‌دهد میانگین و سطح نمره‌های افسردگی هر چهار آزمودنی در مرحله مداخله و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش یافته است. همچنین با توجه به جدول ۳ مقادیر شاخص تغییر پایا به‌دست آمده برای آزمودنی‌های اول، دوم، سوم و چهارم در مرحله بعد از درمان، به ترتیب ۲،۱۶، ۰،۹۱، ۲،۹۴، و ۲،۱۰ و در مرحله پیگیری به ترتیب ۳،۵۵، ۱،۲۸، ۴،۹۱ و ۲،۶۱ به دست آمد که با توجه به مقدار $Z (Z = 1,96)$ ، همه این مقادیر بجز مقادیر به‌دست آمده شده برای آزمودنی دوم، در سطح آماری $P < 0,05$ معنادار هستند. علاوه بر این، درصد بهبودی پس از درمان این چهار آزمودنی به ترتیب ۴۵،۷، ۲۳،۹، ۵۲،۷ و ۴۰ (با درصد بهبودی کلی ۴۰،۵۷) و در مرحله پیگیری به ترتیب ۷۵، ۳۳،۶، ۸۷،۸ و ۵۰،۶ (با درصد بهبودی کلی ۶۱،۸) می‌باشد که بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد (۲۷) میزان اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی زنان مطلقه در مرحله درمان در طبقه بهبودی اندک و در مرحله پیگیری در طبقه درمان موفق قرار می‌گیرد. بنابراین با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش افسردگی زنان مطلقه مؤثر است.

در نمودار ۱ مشاهده می‌شود میانگین و سطح نمره‌های اضطراب آزمودنی‌ها اول، سوم و چهارم در مرحله مداخله و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش یافته است. همچنین در جدول ۴ ملاحظه می‌شود مقادیر شاخص تغییر پایا به‌دست آمده برای این سه آزمودنی (اول، سوم و چهارم) در مرحله بعد از درمان، به ترتیب ۱،۹۲، ۱،۲۳، و ۱،۶۱ و در مرحله پیگیری به ترتیب ۲،۸۳، ۲،۱۵ و ۲،۹۹ به‌دست آمد؛ بنابراین در سطح آماری $P < 0,05$ معنادار هستند. آزمودنی‌های اول، سوم و چهارم به ترتیب دارای درصد بهبودی پس از درمان ۳۷،۳، ۳۱،۳ و ۳۲ و در مرحله پیگیری دارای درصد بهبودی ۵۵، ۵۴،۳ و ۵۷،۴ می‌باشند که بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد (۲۷) میزان اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب این سه آزمودنی در مرحله درمان در طبقه بهبودی اندک و در مرحله پیگیری در طبقه درمان موفق قرار می‌گیرد. همچنین نمودار ۱ نشان می‌دهد اگر چه میانگین و سطح نمره‌های اضطراب آزمودنی دوم در مرحله مداخله و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش



نمودار ۱) روند تغییر نمره‌های افسردگی و اضطراب در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری (به ترتیب برای آزمودنی‌های اول تا چهارم)

تمرینات درمان متمرکز بر شفقت است. تفکر مشفقانه، رفتار مشفقانه و تصویرسازی مشفقانه با ذهن‌آگاهی تولید شده و انجام می‌پذیرند. ذهن‌آگاهی به افراد می‌آموزد تا چطور به دنیاهای درونی و بیرونی خود با کنجکاوی، مهربانی و عدم قضاوت توجه کنند (۳۱). همچنین ذهن‌آگاهی می‌تواند به ما کمک کند تا از ذهنیت‌های نشخوارگر خود و آسیبی که به بار می‌آورند آگاه شده، این چرخه‌های نشخوارفکری و افکار خودانتقادی را بهتر درک کرده و آن را در هم بشکنیم. بخش عمده‌ای از هیجان‌های منفی که افراد تجربه می‌کنند ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن ایجاد می‌شود (۳۲)؛ می‌توان گفت مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی با کاهش نشخوارگری افراد، منجر به کاهش هیجان‌های منفی (افسردگی و اضطراب) در آن‌ها می‌شود. در واقع شفقت همانند یک ضربه‌گیر در مقابل پیامدهای منفی طلاق عمل می‌کند.

همچنین در درمان متمرکز بر شفقت از طریق تحریک سیستم امنیت (پیوستگی)، ادراک خطر و تهدیدات در افراد کاهش و در عوض، رفتارهای مراقبتی، همدلانه و مشفقانه با دیگران افزایش می‌یابد (۱۲). درمان متمرکز بر شفقت پیشنهاد می‌دهد که تلاش برای تحریک سیستم امنیت و رضایت با استفاده از تمرکز مجدد، تصویرسازی ذهنی و توجه مشفقانه مفید خواهد بود. سیستم امنیت (پیوستگی) ما را قادر می‌سازد که آرامش، سکون و آسودگی را برای خود فراهم کنیم و به ما کمک می‌کند تا تعادل خود را دوباره به دست آوریم. همچنین بر اساس رویکرد سبک تنظیم هیجانی (۱۹)، درمان متمرکز بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل نموده و هیجان‌ات منفی فرد را کاهش و هیجان‌ات مثبت را جایگزین آن می‌نماید؛ لذا به نظر می‌رسد که به واسطه این خودتنظیمی هیجانی، افسردگی فرد کاهش یابد.

نکته مهم دیگر این‌که بسیاری از آن‌چه در ذهن و مغز ما می‌گذرد، توسط ما طراحی نشده و بنابراین «تقصیر ما نیست». فهم این نکته در درمان متمرکز بر شفقت مهم است. روشن کردن این جنبه در اوقاتی که افراد افسرده‌اند یا احساس می‌کنند که کنترل ذهن خود را از دست داده‌اند، نقشی کلیدی در از بین بردن احساس بی‌ارزشی، بی‌فایده‌گی و خوب نبودن دارد. مغز سرکشی که در طول میلیون‌ها سال

یافته است اما با مشاهده جدول ۴، مقدار شاخص تغییر پایا به‌دست آمده برای این آزمودنی (دوم) در مرحله بعد از درمان، ۰.۴۴ و در مرحله پیگیری ۱،۰۳ به‌دست آمده است که به دلیل پایین بودن این مقادیر، از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ می‌توان معنادار نبودن این یافته را به لحاظ آماری برای این آزمودنی ملاحظه کرد. درصد بهبودی آزمودنی دوم در مرحله پس از درمان ۱۷،۳ و در مرحله پیگیری ۴۰ است. درصد بهبودی کلی این چهار آزمودنی در مرحله پس از درمان ۲۹،۵ و در مرحله پیگیری ۵۱،۷ می‌باشد که بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد (۲۷) میزان اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب زنان مطلقه در مرحله درمان در طبقه بهبودی اندک و در مرحله پیگیری در طبقه درمان موفق قرار می‌گیرد. بنابراین با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش اضطراب زنان مطلقه مؤثر است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و اضطراب زنان مطلقه انجام گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت موجب کاهش افسردگی زنان مطلقه در مرحله مداخله نسبت به مرحله خط پایه می‌شود و این کاهش تا چهار هفته پس از درمان یعنی در مرحله پیگیری نیز همچنان ادامه می‌یابد. این یافته از پژوهش حاضر با یافته‌های شاهار و همکاران (۱۸) و دیدریخ و همکاران (۱۹) همخوان و هماهنگ است. نتایج این پژوهش‌ها نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند افسردگی بیماران را کاهش و هیجان‌ات مثبت و شفقت آن‌ها را افزایش دهد. در تبیین این یافته می‌توان گفت نشانگان افسردگی با سطوح بالای شرم و خود انتقادگری (۲۸) و سطوح پایین‌تر شفقت با خود ارتباط (۲۹) دارند. درمان متمرکز بر شفقت برای کمک به افرادی که سطوح بالایی از شرم و خودانتقادگری را تجربه می‌کنند طراحی شده است (۳۰). خودانتقادگری شامل اشتغال فرد با افکار محکوم‌سازی است. چون افراد افسرده با شدت بالایی از خودانتقادی و نشخوار فکری مواجه هستند، بنابراین انتظار می‌رود این درمان برای افراد افسرده و زنان مطلقه که دارای افکار خودانتقادی و افسردگی هستند سودمند باشد. علاوه بر این ذهن‌آگاهی مؤلفه مهمی است که از عناصر عمده در

تکمیل خلق شده، تمایلات ژنتیکی‌مان، حسّی که از خود داریم، و خاطرات هیجانی گوناگونی که در شرایط اجتماعی زندگی خود به دست آوردیم، هیچ‌کدام انتخاب ما نبوده است (۱۲). زمانی که صرف کمک به افراد می‌کنیم تا مسئله «تقصیر ما نیست» را درک کنند، واقعاً مفید است و به افراد کمک می‌کند تا شیوه‌ای بسیار عینی و مشفقانه‌تر در مقابل مشکلات خود اتخاذ کنند.

علاوه بر این نتیجه دیگر پژوهش حاضر نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت باعث کاهش اضطراب زنان مطلقه در مرحله مداخله نسبت به مرحله خط پایه می‌شود و این کاهش تا چهار هفته پس از درمان یعنی در مرحله پیگیری همچنان ادامه می‌یابد. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های بوئرسم، هاکانسون، سالومونسون و جانسون (۱۷) و مک ایوان و گیلبرت (۲۳) می‌باشد. نتایج این پژوهش‌ها نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت، اضطراب افراد شرکت‌کننده در پژوهش را کاهش داده است. در افراد مضطرب از بین سه سیستم تنظیم هیجان، سیستم متمرکز بر تهدید آن‌ها همیشه فعال است. این سیستم باعث هیجان‌هایی نظیر اضطراب، خشم یا بی‌زاری می‌شود. در واقع مغز ما برای پردازش تهدید، در مقایسه با چیزهای لذت‌بخش، اهمیت و اولویت قائل است (۳۴). هدف درمان متمرکز بر شفقت فعال نمودن سیستم متمرکز بر امنیت است تا مراجع را به رضایت، آرامش و بهزیستی برساند. تمرکز بر هیجان‌های مثبت باعث می‌شود که هیجان‌های منفی به حداقل ممکن برسند چرا که ما ظرفیت محدودی برای توجه به انواع هیجان‌ها داریم (۳۵). بر این اساس شفقت به‌عنوان یک هیجان مثبت، می‌تواند باعث ساختن و گسترش دادن شود. به عبارت دیگر شفقت، افکار، هیجان‌ها و رفتارهای مثبت جدیدی را می‌سازد و گسترش می‌دهد که با افکار و هیجان‌های منفی درگیر با افسردگی، اضطراب و خودانتقادی در تضاد است. رفتار مشفقانه که یکی از مهارت‌های درمان متمرکز بر شفقت است و به معنای انجام هر کاری است که برای شکوفا شدن به آن نیاز داریم می‌باشد از این نوع است. از سویی دیگر می‌توان به ماهیت و محتوای تمرینات درمان متمرکز بر شفقت استناد نمود. در این تمرینات بر تن‌آرامی، ذهن آرام و مشفق و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود، که می‌تواند نقش بسزایی در آرامش فرد و کاهش اضطراب داشته باشد. نتایج

تحقیقات گویای آن است که آن دسته از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی که از سطح بالاتری از ذهن‌آگاهی برخوردار هستند در مقایسه با بیمارانی که سطح ذهن‌آگاهی آن‌ها پایین می‌باشد، در دوره پیگیری به میزان کمتری علائم اضطراب را نشان می‌دهند (۳۶). همچنین نیف (۲۹) معتقد است مؤلفه ذهن‌آگاهی به فرد کمک می‌کند که از شکل‌گیری افکار واری و معطوف به ارزیابی خود پیشگیری کند و از آن‌جا که بخش عمده‌ای از اضطراب‌هایی که افراد تجربه می‌کنند ناشی از افکار ذکر شده است که به دنبال تجارب منفی - مانند طلاق - در ذهن ایجاد می‌شود می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت با کاهش افکار واری خود و خودارزیابی‌های منفی، باعث کاهش اضطراب می‌شود. درمان متمرکز بر شفقت معتقد است بخش عمده‌ای از رنج انسانی حاصل تعامل بین پاسخ‌های انگیزشی و هیجانی بنیادین که قبل از تولد شکل گرفته است (کارکردهای متعلق به مغز قدیم) و توانایی‌های شناختی مغز جدید می‌باشد. بر این اساس افسردگی، اضطراب، نگرانی و وحشت‌زدگی به خاطر توانایی انسان در فکر کردن به شیوه‌ای فراشناختی است (۲۴). طبق یافته‌های پژوهش حاضر، درمان متمرکز بر شفقت برای زنان مطلقه قابلیت کاربرد داشته و می‌تواند به‌عنوان یک مداخله روان‌شناختی سودمند در کاهش افسردگی و اضطراب آنان مورد استفاده قرار گیرد. از محدودیت‌های این پژوهش روش نمونه‌گیری در دسترس، کوچک بودن حجم نمونه و اجرای مکرر ابزارهای پژوهشی بود. پیشنهاد می‌شود پژوهش مورد نظر با استفاده از طرح‌های آزمایشی و با نمونه‌ای با حجم بزرگتر انجام شود. پیشنهاد دیگر آن‌که با توجه به اثربخش بودن درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و اضطراب زنان مطلقه، مشاوران خانواده و زوج‌درمانگران از روش‌ها و تمرین‌های این درمان برای زنان مطلقه استفاده نمایند. همچنین در پژوهش‌های آتی این روش با روش‌های دیگر درمانی مقایسه شود.

تشکر و قدردانی

در پایان از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش و کارکنان کلینیک طلوع دوباره شهر اهواز تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2015 Jun 1; 45(2): 89-98.

18- Shahar B, Szepsenwol O, Zilcha-Mano S, Haim N, Zamir O, Levi-Yeshuvi S, Levit-Binnun N. A wait-list randomized controlled trial of loving-kindness meditation programme for self-criticism. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2015 Jul 1; 22(4): 346-56.

19- Diedrich A, Grant M, Hofmann SG, Hiller W, Berking M. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour research and therapy*. 2014 Jul 31; 58: 43-51.

20- Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2006 Nov 1; 13(6): 353-79.

21- Gale C, Gilbert P, Read N, Goss K. An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2014 Jan 1; 21(1): 1-2.

22- Rajabi Gh. Psychometric properties of short form females of BDI-13 Depression Inventory. *J of Evolutionary Psychology: Iranian Psychologists*. 2004; 4: 298-91.

23- Kaviani H, Mousavi A. Psychometric properties of Beck Anxiety Inventory in Iranian Sexual Age. *J of Faculty of Medicine*. 2008; 66(2): 140-22.

24- Gilbert P. Compassion focused therapy. Esbati M, Feizi A, translator, Tehran: Ebne- sina Pres. 2010.

25- Tirsch D, Sandorff B, Silberstein L. The ACT practitioners guide to the science of compassion. Daneshmandi S, Izadi R, Abedi MR, translator, Tehran: Kavoshar Press. 2014.

26- Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1991 Feb; 59(1): 12.

27- Hamidpour H. The Importance of Methodology in Cognitive Behavioral Research. *Reflection of Knowledge*. 2008; 3: 56-49.

28- Kannan D, Levitt HM. A review of client self-criticism in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2013 Jun; 23(2): 166.

29- Neff KD. The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human development*. 2009; 52(4): 211-4.

30- Gilbert P, Irons C. Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. 2005 Jul 5; 263-325.

31- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*. 2006 Jan 31; 44(1): 1-25.

منابع

- 1- Sotoudeh H. Social pathology, Tehran: Avaye Noor Press. 2010; 202.
- 2- [Updated 2017] Available from: [http:// www.sabteahval.ir](http://www.sabteahval.ir).
- 3- Gähler M. "To Divorce Is to Die a Bit...": A Longitudinal Study of Marital Disruption and Psychological Distress Among Swedish Women and Men. *The Family Journal*. 2006 Oct; 14(4): 372-82.
- 4- Kadir NB, Bifulco A. Vulnerability, life events and depression amongst Moslem Malaysian women: comparing those married and those divorced or separated. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2011 Sep 1; 46(9): 853-62.
- 5- Anderson DK, Saunders DG, Yoshihama M, Bybee DI, Sullivan CM. Long-term trends in depression among women separated from abusive partners. *Violence against women*. 2003 Jul; 9(7): 807-38.
- 6- Abedinia N, Bolhari J, Ramezanzadeh F, Naghizadeh MM. Comparison of predisposing and effective factors on divorce application between men and women. *Journal of Family and Reproductive Health*. 2012; 6(2): 65-72.
- 7- Steiner LM, Suarez EC, Sells JN, Wykes SD. Effect of age, initiator status, and infidelity on women's divorce adjustment. *Journal of Divorce & Remarriage*. 2011; 52(1): 33-47.
- 8- Saduk B, Saduk V. Summary of psychiatry. Rezaee F, translator. Tehran: Arjmand Press. 2007.
- 9- Webb AP, Ellison CG, McFarland MJ, Lee JW, Morton K, Walters J. Divorce, religious coping, and depressive symptoms in a conservative protestant religious group. *Family Relations*. 2010 Dec 1; 59(5): 544-57.
- 10- Whiffen V. Depression in women. Shafei Moghaddam J, translator, Tehran: Roshd Press. 2006; 55.
- 11- Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*. 2003 Apr 1; 2(2): 85-101.
- 12- Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*. 2009 May 1; 15(3): 199-208.
- 13- Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014 Mar 1; 53(1): 6-41.
- 14- Irons C, Lad S. Using Compassion Focused Therapy to Work with Shame and Self-Criticism in Complex Trauma. *Australian Clinical Psychologist*. 2017 May 21; 3(1).
- 15- Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*. 2015 Apr; 45(5): 927-45.
- 16- Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*. 2013 Jan 1; 69(1): 28-44.
- 17- Boersma K, Håkanson A, Salomonsson E, Johansson I. Compassion focused therapy to

- 32- Besharat MA, Ali Bakhshi, Z, Movahedi Nasab, AA. Mediation effect of anger rumination on the relationship between dimensions of anger and anger control with physical ill-health. *Contemporary Psychology*. 2011; 5(2): 3-14.
- 33- McEwan K, Gilbert P. A pilot feasibility study exploring the practising of compassionate imagery exercises in a nonclinical population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2016 Jun 1; 89(2): 239-43.
- 34- Baumeister RF, Bratslavsky E, Finkenauer C, Vohs KD. Bad is stronger than good. *Review of general psychology*. 2001 Dec; 5(4): 323.
- 35- Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist*. 2010; 56, 218-226.
- 36- Burton M, Schmertz SK, Price M, Masuda A, Anderson PL. The relation between mindfulness and fear of negative evaluation over the course of cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder. *Journal of clinical psychology*. 2013 Mar 1; 69(3): 22-8.

