

Effectiveness of Self Compassion Group Training on Self Criticism and Cognitive Behavioral Avoidance in Depressed Adolescents

Karimi, *E., Mohammadi, N., Rahimi, Ch.

Abstract

Introduction: The present study aimed to investigate the effectiveness of self compassion group training on self-criticism and cognitive-behavioral avoidance in adolescents with depression diagnosis.

Method: The present study was a randomized controlled experimental design. The statistical population consisted of all adolescents with depressive symptoms who were educated in the region 4 of Shiraz, in the academic year 2019 at the 10th to 12th grade. Among these 30 students were selected through a purposive sampling procedure and then were randomly divided into two experimental and control groups. The Levels of Self-Critical scale, Cognitive-Behavioral Avoidance Scale and Beck Depression Inventory were performed. The experimental group received Compassionate Mind Training for eight 90-minutes sessions. Data were analyzed by multivariable analyze of covariance (MANCOVA) and using SPSS-20.

Results: Results indicated significant differences between two groups in self-criticism and cognitive-behavioral avoidance scores in the post-test ($P \leq 0/001$). The experimental group showed a significant decrease in self-criticism and also in cognitive-behavioral avoidance scores.

Conclusion: These findings suggested that group compassionate mind training as an important intervention in reducing self-criticism and cognitive-behavioral avoidance among adolescents.

Keywords: self-sympathy, self-blame, cognitive - behavioral avoidance, adolescents, mood disorder.

اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر شفقت خود بر خود انتقادگری و اجتناب شناختی رفتاری در نوجوانان

افسرده

الناز کریمی^۱، نوراله محمدی^۲، چنگیز رحیمی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۷/۲۷

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر شفقت خود بر خود انتقادگری و اجتناب شناختی رفتاری در نوجوانان تا تشخیص افسرده بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع روش آزمایشی کنترل شده تصادفی بود. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان مبتلا به نشانه‌های افسردگی آموزش و پرورش ناحیه ۴ شیراز که در سال ۹۷-۹۸ در مقطع تحصیلی دهم تا دوازدهم در حال تحصیل بودند، از بین این افراد ۳۰ نفر به صورت پس از غربالگری بصورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. پرسشنامه سطوح خود انتقادگری، پرسشنامه اجتناب شناختی - رفتاری و پرسشنامه افسردگی بک اجرا شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش گروهی شفقت درمانی قرار گرفتند. داده‌ها به کمک روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمرات خود انتقادگری و اجتناب شناختی - رفتاری در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌داری داشت. گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری را در نمرات خود انتقادگری و اجتناب شناختی - رفتاری نشان دادند.

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها حاکی از آن است که آموزش گروهی مبتنی بر شفقت خود عامل تأثیرگذار مهمی بر کاهش مؤلفه‌های افسردگی شامل خود انتقادگری و اجتناب شناختی - رفتاری در نوجوانان است.

واژه‌های کلیدی: شفقت به خود، خود انتقادگری، اجتناب شناختی - رفتاری، نوجوان، اختلال خلقی.

مقدمه

افسردگی نوجوانان در سنین ۱۴ تا ۱۸ سال یک بیماری بسیار شایع است چرا که نوجوانی دورانی پر از حساسیت و استرس است. نوجوانی را دوران آشفتگی نیز نامیده‌اند. افسردگی از مسائل بسیار شایع در همه جوامع است و دلایل بسیاری می‌تواند در بروز آن مؤثر باشد (۱). افسردگی حالت پیچیده‌ای است که در آن ارزشیابی‌های شناختی، پاسخ‌های فیزیولوژیکی و عاطفی درگیر است. این اختلال وضعیت بسیار تضعیف‌کننده‌ای به حساب می‌آید آن چنان که بر حوزه‌های چندگانه کارکردهای روانی اجتماعی شامل روابط بین فردی، شغلی، کارکرد تحصیلی و بهزیستی روانشناختی اثر می‌گذارد. سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که افسردگی تا سال ۲۰۲۰ پس از بیماری‌های قلبی - عروقی دومین بیماری از نظر شیوع می‌باشد و اصلی‌ترین دلیل ناتوانی در جوانان و نوجوانان می‌باشد (۲). از جمله عوامل آسیب‌زا در افسردگی را می‌توان خود انتقادگری و اجتناب شناختی رفتاری، نام برد.

یکی از مدل‌هایی که به تازگی در تبیین اختلالات افسردگی مدنظر پژوهشگران قرار گرفته، مدل آسیب‌پذیری شخصیتی بلت می‌باشد. این مدل بیان می‌کند که سه ویژگی شخصیتی وابستگی، خود انتقادگری و ناکارآمدی فرد را برای ابتلای افسردگی آسیب‌پذیر می‌کند. در بین این متغیرها، خود انتقادگری بیش از سایر متغیرها نقش پیش‌بینی‌کنندگی در خصوص شدت افسردگی داشته است (۲). خودانتقادگری^۱ شامل الگویی از عادات خود سرزنش‌گر، احساس منحرف شدن از استانداردهای خود یا دیگران و تمرکز شدید بر پیشرفت است. هم‌چنین خود انتقادگری را می‌توان به عنوان گرایش فرد برای داشتن انتظارات بالا از خود و زیر سؤال بردن عملکرد خویش تعیین کرد. فرد عملکرد خود را ناقص می‌داند و معیارهای سطح بالا برای خود تعیین می‌کند در نهایت موجب دوری کردن از شبکه‌های اجتماعی می‌گردد (۳). خود انتقادگری اشکال مختلفی دارد از جمله، احساس عدم شایستگی که با ناامیدی و احساس حقارت رابطه دارد. شکل دیگرش، به نفرت از خود مربوط می‌شود مثلاً بخشی از بدن خود. این دو شکل کاملاً از هم متفاوت هستند (۴). افراد با خود انتقادگری بالا درگیر بررسی خود به

شیوه‌ای بیرحمانه و خشن می‌شوند و استانداردهای بالایی برای خود در نظر می‌گیرند (۲). خود انتقادگری برعکس شفقت خود می‌باشد و با یک سیستم نورولوژیکی مجزایی هم فعال می‌شود و به معنای سرزنش کردن خود می‌باشد. بنابراین مهم است که بدانیم چگونه ترس از شفقت و ترس از خوشحالی به خود انتقادگری و آسیب‌روانی تبدیل می‌گردد. وقتی افراد خود انتقادگری بالایی دارند، مشکل است که آنها را متعهد به رفتارهای مثبت کرد که این خود در افسردگی نقش دارد. خود انتقادگری یک پردازش درونی است که توانایی‌ها را برای پذیرش و کشف احساسات کم می‌کند چرا که فرد از آنها خجالت می‌کشد و در مورد آن احساس امنیت و راحتی ندارد (۵). پژوهش‌های زیادی در رابطه با اثربخشی شفقت خود بر خود انتقادگری انجام گرفته است از جمله؛ فاطمه نوربالا و همکاران (۶) در پژوهشی نشان دادند که CMT به طور معنی‌داری موجب کاهش علائم افسردگی، اضطراب و خود انتقادگری شده است. هوآیو ژانگ، واتسون سینگلتون و پولارد (۷) در پژوهشی نشان دادند که شفقت خود با افزایش کیفیت زندگی مردم موجب کاهش خود انتقادگری و افسردگی می‌گردد.

علاوه بر خود انتقادگری متغیر دیگری که بررسی می‌شود اجتناب^۲ می‌باشد. اجتناب دارای دو بعد شناختی و رفتاری می‌باشد. اجتناب رفتاری به رهایی از یک عمل، شخص و یا یک شی اشاره دارد، که پریشانی را کاهش می‌دهد. اجتناب مانع پاسخ‌های مؤثر افراد به محرک‌های هیجانی و جایگزینی راهبردهای مدیریت هیجان می‌شود و به همین دلیل راهبرد کارآمدی نیست (۸). تعدادی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اجتناب نقش مهم و پررنگی در تمایز بین اجتناب اجتماعی از غیراجتماعی و اجتناب رفتاری از غیر رفتاری دارد (۹). بعد بعدی شناختی می‌باشد. اجتناب شناختی به معنای استراتژی‌های مختلف از جمله حواس پرتی، نگرانی، توقف فکر و هر راه‌حلی است که فرد را از مواجهه با افکار منفی و مشکلات ناخواسته دور کند. اجتناب بیشتر با اختلالات اضطرابی مرتبط می‌باشد چرا که اجتناب بیشتر از محرک‌های آزارنده موجب اضطراب بیشتر می‌گردد اما اخیراً پژوهش‌ها نشان داده‌اند که با افسردگی هم ارتباط دارد چراکه اجتناب منجر به کناره‌گیری و تنهایی می‌گردد.

1. self criticism

2. avoidance

اثربخشی آن در فرهنگ ایران مورد بررسی قرار گیرد. فرضیه‌های پژوهش از این قرار بود: ۱. آموزش گروهی مبتنی بر شفقت خود بر خود انتقادگری (دوسطح مقایسه‌ای و درونی شده) بیماران افسرده اثر مثبت دارد. ۲. آموزش گروهی مبتنی بر شفقت خود بر اجتناب (دوسطح شناختی و رفتاری) بیماران افسرده اثر مثبت دارد. با این همه، این پژوهش در پی این است که میزان اثربخشی آموزش شفقت خود را بر خود انتقادگری و اجتناب شناختی رفتاری را در نوجوانان با نشانه‌های افسردگی بررسی کند.

روش

طرح پژوهش: این پژوهش بر اساس یک روش آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. دیاگرام پژوهش حاضر در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱) جدول طرح پژوهش

پس‌آزمون	مداخله	پیش‌آزمون	گروه‌ها
T2	X (CMT)	T1	R آزمایش
T2	-	T1	R کنترل

در این پژوهش آموزش ذهن مشفق به عنوان متغیر مستقل، متغیرهای خود انتقادگری و اجتناب شناختی - رفتاری به عنوان متغیرهای وابسته می‌باشد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری، نوجوانان مبتلا به نشانه‌های افسردگی که در آموزش و پرورش ناحیه ۴ شیراز که در سال ۹۷-۹۸ در مقطع تحصیلی پایه دهم تا دوازدهم در حال تحصیل بودند، انتخاب شدند که ۴۰ نفر دختر (۲۰ نفر برای هر کدام از گروه‌های آزمایشی و کنترل) با روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند، بدین صورت که مجوزهای لازم از آموزش و پرورش ناحیه ۴ شیراز گرفته شد سپس برای ورود و خروج آزمودنی‌ها به گروه ملاک‌هایی در نظر گرفته شد، معیارهای ورود به گروه عبارت بودند از: محدوده سنی ۱۷-۱۳ سال، داشتن نشانه‌های افسردگی و عدم وجود اختلال‌های روانی دیگر. این ملاک بر اساس پرسشنامه افسردگی بک اجرا شد. آن نفراتی که نمره‌ی بالای ۷۰ را برای ورود به جلسات کسب می‌کردند همزمان انتخاب شدند تا به اندازه‌ی ۴۰ نفر آزمودنی جمع گردد. به مداری مراجعه شد که شیفت مدرسه‌ی آنها یکسان بود (جهت هماهنگی راحت‌تر جلسات درمانی). سپس با گرفتن پرسشنامه افسردگی بک هر نوجوانی که نمره‌اش از نمره

اجتناب در یک چرخه‌ی ناپه‌نچار و فاسد دخالت دارد، که در آینده همراه با شرایط آزارنده فراخوانده می‌شود که با تقویت منفی نگهداشته می‌شود (۹). از جمله پژوهش‌های صورت گرفته در رابطه با اثربخشی درمان شفقت خود بر اجتناب؛ باکر (۱۰) در پایان‌نامه‌ی خود به این نتیجه رسید که، شفقت خود موجب کاهش علائم افسردگی از جمله نشخوار فکری و اجتناب شناختی - رفتاری شد. افراد افسرده با تعیین معیارهای بالا برای خود، پس از نرسیدن به آن معیارها خود انتقادگری می‌کنند و در نهایت با اجتناب شناختی - رفتاری موجب ادامه‌ی حالت افسردگی خود می‌گردند. افسردگی اختلالی است که بر تفکر، احساسات، رفتار و سلامت جسمی تأثیر می‌گذارد. افسردگی پاسخ طبیعی آدمی به فشارهای زندگی است و تنها زمانی ناپه‌نچار تلقی می‌شود که یا با واقعه‌ای که رخ داده متناسب نباشد و یا فراتر از حدی که برای اکثر مردم نقطه‌ی آغاز بهبود است ادامه می‌یابد.

یکی از درمان‌های نسل جدید که امروزه مورد توجه قرار گرفته، آموزش متمرکز بر شفقت^۱ می‌باشد. پژوهش‌های متعددی اثربخش بودن آن را نمایان ساخته است. شفقت خود از ۶ عنصر اصلی تشکیل شده است که سه بخش آن نشان‌دهنده‌ی بعد مثبت آن می‌باشد شامل: مهربانی با خود، تجارب رایج بشریت و ذهن‌آگاهی می‌باشد. سه بخش دیگر که نشان‌دهنده‌ی بعد منفی و نقطه مقابل سه بخش اول می‌باشد شامل: قضاوت خود، تجزیه و تمایز بیش از حد می‌باشد (۱۱). این درمان عقیده دارد که افسردگی با عقاید منفی، اجتناب و خود انتقادگری همراه است که همین می‌تواند موجب ادامه یافتن افسردگی گردد در مقابل شفقت خود یک راه‌حل سازگارانه‌تر به فرد می‌دهد تا به جای خود انتقادگری، نسبت به خود مهربان‌تر باشد و به جای اجتناب، با مسائل مقابله کند. شیوع افسردگی در نوجوانان ۱۰ تا ۲۰ درصد می‌باشد و سن شروع آن درحال کاهش است همچنین؛ سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که تا سال ۲۰۲۰ پس از بیماری‌های قلبی - عروقی دومین بیماری از نظر شیوع می‌باشد و اصلی‌ترین دلیل ناتوانی در جوانان و نوجوانان می‌باشد. در ایران این درمان کمتر مورد بررسی قرار گرفته به خصوص روی نوجوانان؛ بنابراین ضرورت داشت در این پژوهش مورد مطالعه قرار گیرد و

1. self-compassion training

غیراجتماعی، اجتناب رفتاری اجتماعی و اجتناب رفتاری غیر اجتماعی. سپس برای هر عامل آلفای کرونباخ گرفته شد که نتیجه آن از این قرار بود: اجتناب رفتاری غیر اجتماعی ۰/۷۸، شناختی غیراجتماعی ۰/۷۹ و رفتاری اجتماعی ۰/۷۲. ۳. پرسشنامه افسردگی بک کودکان و نوجوانان^۳ (CDS-A): این پرسشنامه توسط بک در سال ۱۹۷۶ ساخته شد. دارای ۲۵ گویه می‌باشد و برای غربال‌گری افسردگی در کودکان و نوجوانان می‌باشد. این پرسشنامه در یک طیف چهار گزینه‌ای از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. سؤالات معکوس این پرسشنامه ۲۸ و ۱۶ می‌باشد. بنابراین نمره فرد بین ۲۵ تا ۱۲۵ می‌باشد. ویژگی این پرسشنامه این است که هم برای جمعیت‌های بالینی و هم غیربالینی معتبر می‌باشد. این پرسشنامه در ایران توسط پژوهش‌های بسیاری مورد استفاده قرار گرفته است. در پژوهش رستگاری مقدم-تاجی (۱۳۷۷)، این ابزار را روی ۱۴۱ دانش‌آموز ۱۱ تا ۱۵ ساله قاعده شده و ۱۷۹ دانش‌آموز قاعده نشده در این رده سنی با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای از مدارس نواحی ششگانه شهر مشهد اجرا کرد. در حالی که میانگین افسردگی در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشته است. آلفای کرونباخ آن برای کل پرسشنامه بالاتر از ۰/۷۰ گزارش شد (۱۵).

خلاصه‌ی جلسات آموزش شفقت خود (۴) در جدول ۲ زیر بیان گردیده است.

روند اجرای پژوهش: پس از جمع‌آوری داده‌ها برای تجزیه و تحلیل از نرم‌افزار SPSS-21 و از شاخص‌های آمار توصیفی آزمون‌های میانه، میانگین و انحراف معیار و شاخص‌های آمار استنباطی آزمون تحلیل کوواریانس برای هر یک از فرضیه‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج آزمون لون: قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون برای متغیر خود انتقادگری با $F=0/47$ ، $P=0/50$ و خرده مقیاس‌های آن یعنی خود انتقادگری مقایسه‌ای $F=0/12$ ، $P=0/74$ و خود انتقادگری درونی $F=0/16$ ، $P=0/69$ همچنین برای

برش تا حدودی فراتر رفته بود به عنوان نمونه انتخاب گشتند. این نمونه‌ها به طور تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند و آموزش گروهی شفقت خود را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و دوبار در هفته بر روی گروه آزمایش انجام گرفت.

ابزار

۱. مقیاس سطوح خود انتقادگری^۱: توسط تامپسون و زوروف در سال ۲۰۰۴ ساخته شد که ۲۲ سؤال دارد و سؤال‌های: ۶-۸-۱۱-۱۲-۱۶-۲۰-۲۱ معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس دو سطح خود انتقادگری درونی شده و خود انتقادگری مقایسه‌ای را می‌سنجد که سؤال‌های درونی شده: ۱-۳-۵-۷-۹-۱۱-۱۳-۱۵-۱۷-۱۹ و سؤال‌های مقایسه‌ای: ۲-۴-۶-۸-۱۰-۱۲-۱۴-۱۶-۱۸-۲۰-۲۱ می‌باشد. این مقیاس در طیف لیکرت و به صورت ۰ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شود. روایی و پایایی این مقیاس را زوروف و تامپسون روی ۱۴۴ دانشجو ارزیابی کرده‌اند. بین خرده مقیاس‌ها و خرده مقیاس روان‌نژندی پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت (۱۲). نسخه‌ی فارسی آن توسط قربانی در سال ۱۳۸۵ ایجاد شد با روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خود انتقادگری درونی ۰/۸۷ به دست آمد. همچنین بین مؤلفه‌های مقیاس خود انتقادگری با خرده مقیاس‌های مشکلات بین شخصی، مثبت و معنی دار بود. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای خود انتقادگری درونی ۰/۸۹ و برای کل مقیاس ۰/۸۸ بود (۱۳).

۲. مقیاس اجتناب شناختی / رفتاری^۲: توسط اتنبریت و دایسون در سال ۲۰۰۴ ارائه گردید. نمونه اصلی این مقیاس ۳۱ گویه دارد که روی لیکرت ۱ تا ۵ پاسخ داده می‌شود. همچنین دارای ۴ عامل اجتناب شناختی اجتماعی، اجتناب شناختی غیر اجتماعی، اجتناب رفتاری اجتماعی و اجتناب رفتاری غیر اجتماعی می‌باشد (۱۴). این پرسشنامه در این پژوهش در نمونه‌ی فارسی اعتباریابی شد. ابتدا به دلیل مسائل فرهنگی یکی از سؤالات حذف شد و به ۳۰ سؤال کاهش یافت سپس به وسیله تحلیل عاملی سه عامل از آن استخراج شد که نتیجه آن از این قرار بود: اجتناب شناختی

3. Beck Depression Inventory for Children and Adolescents

1. Level of Self-Critical
2. Cognitive Behavioral Avoidance Scale

متغیر وابسته و گروه (کنترل، آزمایشی) به عنوان متغیر مستقل و نمرات خود انتقادگری به دست آمده در پیش‌آزمون، به عنوان متغیر کووریت استفاده می‌شود. همچنین با توجه به نمره F در اثر پیلایی که برابر با ۵۸/۲۵ به دست آمد که در سطح (p < ۰/۰۰۱) معنادار می‌باشد می‌توان نتیجه‌گیری کرد که تفاوت ترکیب خطی زیر مقیاس‌های خود انتقادگری در مرحله پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون معنادار است.

متغیر اجتناب شناختی - رفتاری با (P= ۰/۲۶, F= ۰/۶۱) و خرده مقیاس‌هایش شامل رفتاری اجتماعی (F= ۰/۲۳, P= ۰/۶۴)، رفتاری غیر اجتماعی (F= ۰/۲۷, P= ۰/۶۱) و شناختی غیر اجتماعی (F= ۱/۵۵, P= ۰/۲۲) و عدم معنی داری آنها، شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده است. برای بررسی فرضیه اول از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. در این آزمون، طیر مقیاس‌های خود انتقادگری در پس‌آزمون به عنوان

جدول ۲) ساختار جلسات آموزش مبتنی بر شفقت خود

جلسه	هدف	راهبرد و تکنیک
اول	آشنایی با اصول کلی آموزش ذهن مشفق	برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی آموزش ذهن مشفق، بررسی میزان خود انتقادگری و اجتناب شناختی رفتاری، مفهوم‌سازی آموزش ذهن مشفق.
دوم	شناخت مؤلفه‌های شفقت به خود	آموزش نحوه شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، بررسی هرگونه مؤلفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا.
سوم	آموزش و پرورش شفقت به خود در اعضا	مروری بر مطالب جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی با خود، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.
چهارم	خودشناسی و شناسایی عوامل خود انتقادگری	مرور مطالب جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» یا «غیر شفقت»، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن مشفق» (ارزش خود - شفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود.
پنجم	اصلاح و گسترش شفقت	مرور مطالب جلسه قبل، آشنایی و کاربرد «تمرین‌های پرورش ذهن مشفق» آموزش پذیرش مسائل بدون قضاوت، پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف.
ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	مرور مطالب جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی و شفقت عملی) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای خانواده و دوستان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی.
هفتم	فنون ابراز شفقت	مرور مطالب جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش «ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت
هشتم	ارزیابی و کاربرد	آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره.

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش قبل و بعد از درمان

متغیرهای پژوهش	قبل از درمان		بعد از درمان	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
مقیاس‌های	۴۱/۴۷	۱۰/۱۲	۲۹/۷۳	۵/۸۶
درونی	۴۴/۵۳	۹/۹۱	۲۹/۱۳	۶/۷۷
خود انتقادگری کل	۸۶	۱۶/۹۳	۵۸/۸۷	۱۱/۴۵
رفتاری اجتماعی	۲۳/۶۰	۶/۶۲	۱۶/۸۰	۴/۵۲
رفتاری غیراجتماعی	۱۲/۲۹	۳/۰۷	۸/۲۹	۱/۹۳
شناختی غیراجتماعی	۲۰/۰۷	۴/۰۰۹	۱۳/۷۹	۳/۳۵
اجتناب کل	۹۱/۲۱	۱۹/۲۱	۶۷/۰۹	۱۵/۹۹

جدول ۴) نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری

زیر مقیاس خود انتقادگری	منبع تغییرات	df	میانگین مجذورات	F	مجذورات	P
درونی	گروه	۱	۲۳۹۸/۵۵۰	۱۰۲/۹۵۷	۰/۷۸	۰/۰۰۰۱
مقایسه‌ای	گروه	۱	۱۰۳۳/۵۳۲	۸۷/۰۷۸	۰/۷۸	۰/۰۰۰۱

شناختی - رفتاری با زیر مقیاس‌های آن در پس‌آزمون به عنوان متغیر وابسته و گروه (کنترل، آزمایشی) به عنوان متغیر مستقل و نمرات اجتناب شناختی - رفتاری به دست آمده در پیش‌آزمون، متغیر کووریت استفاده می‌شود. همچنین با توجه به مقدار F در اثر پیلاهی که برابر با ۳۳/۰۵۵ به دست آمد و سطح معناداری آن ($p < ۰/۰۰۱$) ترکیب خطی اجتناب شناختی - رفتاری بین دو گروه تفاوت معنادار دارد.

طبق جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی میانگین مؤلفه‌های خود انتقادگری در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد بین گروه‌های آزمایش و گواه در مؤلفه‌های خود انتقادگری مقایسه‌ای ($F = ۸۷/۰۷۸, P < ۰/۰۰۱$) و خود انتقادگری درونی ($F = ۱۰۲/۹۵۷, P < ۰/۰۰۱$) در مرحله پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون تفاوت وجود دارد. به عبارت دیگر گروه آزمایش پس از دریافت مداخله نمرات پایین‌تری در مؤلفه‌های خود انتقادگری به دست آوردند.

برای بررسی فرضیه دوم از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. در این آزمون، اجتناب

جدول ۵) نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری

زیر مقیاس‌های اجتناب	منبع تغییرات	df	میانگین مجذورات	F	مجذورات	P
رفتاری اجتماعی	گروه	۱	۲۷۵/۷۵۳	۴۰/۱۴۴	۰/۶۶	۰/۰۰۰۱
رفتاری غیراجتماعی	گروه	۱	۱۷۰/۸۳۴	۶۵/۵۳۷	۰/۷۶	۰/۰۰۰۱
شناختی غیراجتماعی	گروه	۱	۵۷۲/۷۶۱	۹۶/۷۱۹	۰/۸۲	۰/۰۰۰۱

خودانتقادی را پیش‌بینی کننده افسردگی می‌داند (۲)، (۱۷)، همچنین شفقت خود را راهی برای درمان مشکلات مزمن از طریق افزایش مهربانی و گرم بودن با خود می‌داند (۱۸)، و با برخی از مطالعات که کاهش خودانتقادی را در خوب بودن بسیار مؤثر می‌بیند و درمان شفقت خود را راهی برای تعدیل خودانتقادی و در نتیجه خوب بودن می‌داند (۱۹)، و در نهایت با پژوهش‌هایی که شفقت خود و مهم بودن برای دیگران را واسطه‌ای بین خودانتقادی و افسردگی می‌داند (۲۰) و (۲۱) همسو می‌باشد. در واقع پرورش ذهن شفقت‌ورز، همانند یک ضربه‌گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند. افرادی که خودشفقتی بالایی دارند از آنجا که با سخت‌گیری کمتر، خودشان را مورد قضاوت قرار می‌دهند، وقایع منفی زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی‌شان است؛ چرا که قضاوت خود در این افراد نه به سمت یک خود انتقادگری اغراق‌آمیز و نه به سمت یک تورم خود دفاعی می‌رود (۲۲؛ ۲۳).

علاوه بر آن، می‌توان به ویژگی‌های افراد خودانتقادگر استناد کرد؛ افراد خودانتقادگر به دلیل آرمان‌های درونی و

طبق جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی میانگین مؤلفه‌های اجتناب در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد بین گروه‌های آزمایش و گواه در مؤلفه‌های رفتاری اجتماعی ($F = ۴۰/۱۴۴, P < ۰/۰۰۱$)، رفتاری غیراجتماعی ($F = ۱۷۰/۸۳۴, P < ۰/۰۰۱$) و اجتناب شناختی غیراجتماعی ($F = ۹۶/۷۱۹, P < ۰/۰۰۱$) در مرحله پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون تفاوت وجود دارد. به عبارت دیگر گروه آزمایش پس از دریافت مداخله نمرات پایین‌تری در مؤلفه‌های اجتناب به دست آوردند.

بحث

نتایج در خصوص خود انتقادگری درونی شده و مقایسه‌ای نشان داد این درمان بر کاهش خودانتقادگری نوجوانان افسرده اثر مثبتی دارد. همچنین با توجه به نتایج، درمان ۷۸ درصد اثربخشی داشته است که با توجه به دیگر پژوهش‌های انجام شده این اثربخشی بسیار خوب است. میزان اثربخشی به دست آمده و یافته‌های این پژوهش با مطالعاتی که اثربخشی درمان شفقت خود را در کاهش خودانتقادی اختلال افسردگی نشان داده‌اند (۱۶)، (۷)، (۱۳) و

مشفق و ذهن آگاهی تأکید می‌شود و نقش بسزایی در آرامش فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی دارد (۲۲). در تبیین این یافته، نتایج پژوهش برنان، امرلینگ و ولتون مشخص شد که به واسطه درمان آموزش ذهن مشفق، افراد از ماهیت خشن، نفرت انگیز و تخریب‌گرایانه‌ی انتقادات و به ویژه خود انتقادگری‌هایی که نسبت به خویش داشته‌اند، آگاه می‌شوند. آنها همچنین به این درک دست می‌یابند که لازم است بین خود و انتقاداتی که نسبت به عملکرد خود ابراز می‌نمایند، تمایز قائل شوند و در نهایت به کمک همین تمایز است که توانمند می‌شوند تا خود انتقادگری را به عنوان یک ندای درونی متمایز از «کلیت شخصیت خود» درک و نسبت به کاهش و حذف آن اقدام کنند (۲۸).

از طرفی دیگر تبیین دیگر این یافته‌ی پژوهشی بر اساس نقش درمانی آموزش ذهن مشفق در افزایش جرأت‌مندی و باز طراحی معیارهای فردی توجیه‌پذیر است. در این زمینه ایرونز و لاد معتقدند که به کمک درمان آموزش ذهن مشفق فرد نسبت به گذشته جرأت‌مندتر شده و می‌تواند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود؛ معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی را باز طراحی کند که مستلزم سختی و آزار نباشد؛ بنابراین، کاهش خود انتقادگری او دور از انتظار نیست (۲۵، ۲۹). صرف نظر از این تبیین‌ها، دیدگاه گیلبرت مبنی بر اینکه آموزش ذهن مشفق از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی، به کاهش مشکلات روانشناختی مراجعان می‌انجامد، به عنوان تبیین کلی مدنظر قرار می‌گیرد (۲۳).

یافته‌ها نشان داد که این روش درمانی توانسته میزان اجتناب شناختی - رفتاری را به طور موثری کاهش دهد. طبق نتایج درمان ۷۵ درصد اثربخشی داشته است که با توجه به دیگر پژوهش‌های صورت گرفته این اثربخشی بسیار خوب و مناسب است که این نتیجه با تحقیقاتی که درمان شفقت خود را عامل مؤثری در کاهش اجتناب شناختی - رفتاری می‌داند (۱۰)، (۳۰) و (۳۱) همخوان است. شفقت خود به افراد کمک می‌کند تا با سختی‌های ناخوشایند زندگی مواجهه شوند، البته باید این نکته مدنظر قرار بگیرد که شفقت خود هیجانانگیز منفی را به شکل آزردهنده‌ای پس

بیرونی بالایی که دارند؛ تلاش‌های خود را ناچیز و ناقص می‌شمارند و بنابراین چرخه معیوب شکست - انتظار برای آنها اتفاق می‌افتد که در نتیجه‌ی آن ناامیدی و سرزنش خود پدیدار می‌گردد (۲۴). همچنین افراد معمولاً برای حفظ احساسات مثبت درباره خود دچار تصویری اشتباه به نفع خود می‌شوند و این تصورات اشتباه، ناخودآگاه با قضاوت منفی دیگران و سطوحی از فریب خود همراه می‌شود؛ که نه تنها به توانایی ما در دیدن دقیق خود و دیگران کمک نمی‌کند، بلکه در تحمل مواجه شدن با شواهد انکارناپذیر، نقاط ضعف ما به خود ما یاری نمی‌رساند؛ در نتیجه به خود انتقادگری و سرزنش منجر می‌شود؛ از این رو آگاهی فرد نسبت به این فرآیند با توجه به آموزش‌های متمرکز بر شفقت به تعدیل افکار و احساسات منفی نسبت به خود منجر شده و فرد را در مقابل نشخوارهای منفی، خود انتقادگری و سرزنش مصون نگه می‌دارد (۲۵).

افزون بر آن، خودآزمایی افراد خودشفقت‌گر مستقیماً وابسته به نتیجه رفتارشان نیست، بلکه چه روند زندگی خوب پیش رود چه بد، این افراد نسبت به خود پذیرش و نگرشی شفقت‌آمیز دارند. این در حالی است که بالا بودن حرمت خود نیازمند نبود شکست، اشتباه و طرد در مسیر زندگی است و این امکان‌پذیر نیست، زیرا این تجربه‌ها، جزء جدانشدنی از زندگی انسانی هستند (۲۶).

در این مداخله، شرکت‌کنندگان علاوه بر آنکه در معرض القای مؤلفه‌های شفقت به خود و دیگران 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 خود انتقادگری آنها اتفاق می‌افتد، برداشته و بر تجربه یاد شده، متمرکز شد. در تبیین این یافته می‌توان به رویکرد دیدریچ، گرانت، هافمن، هیلر و برکینگ اشاره کرد؛ بر اساس این رویکرد، آموزش ذهن مشفق همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجانانگیز منفی فرد را کاهش می‌دهد و هیجانانگیز مثبت را جایگزین آن می‌کند. بنابراین، به نظر می‌رسد که به واسطه این خودتنظیمی هیجانی، شرم و خود انتقادگری فرد کاهش می‌یابد (۲۷). در تبیین دیگر می‌توان به ماهیت و محتوای تمرین‌های ذهن مشفق استناد کرد، زیرا در تمرین‌های مشفقانه بر آرام‌سازی، ذهن آرام و

هیجانان مثبت در روند درمان می‌دهد (۳۵). یکی دیگر از کارکردهای شفقت این است که؛ به فرد کمک می‌کند تا به جای راهبردهای ناکارآمد مثل اجتناب کردن، فرار از مشکلات، یا همچنین به جای سعی در کنترل کردن آنها؛ مشکلات را تحمل کند و بدون قضاوت کردن آنها را بپذیرد (۴).

به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که درمان شفقت خود موجب بالا رفتن شفقت در افراد می‌گردد که به دنبال آن هر چه افراد نسبت به خود و دیگران شفقت بیشتری داشته باشند، به احتمال بیشتری نسبت به نقص‌ها و کاستی‌های خود با مهربانی، پذیرش و درک برخورد می‌کنند، مشکلات و دشواری‌های زندگی را به عنوان بخشی از تجربه مشترک میان همه انسان‌ها در نظر می‌گیرند و آنها را آگاهانه و با ملامت می‌پذیرند و درک می‌کنند در نتیجه کمتر دچار هیجان‌های منفی و پیامدهای ناشی از آنها که همان اختلالاتی همانند افسردگی می‌باشد، خواهند شد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر به‌کارگیری نمونه‌گیری هدفمند جهت انتخاب گروه نمونه بود، بنابراین لازم است تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌ها بررسی پژوهش حاضر در یک شهر بوده است و ممکن است تفاوت‌های فرهنگی و جغرافیایی نقش مؤثری داشته باشند بنابراین پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات آینده بررسی را در سایر شهرها و مناطق دیگر مورد آزمون قرار دهند. مطالعات طولانی مدت‌تر و با پیگیری‌های بلندمدت و چند مرحله‌ای، به نظر نتایج کامل تری را در زمینه‌ی میزان پایداری تغییرات در طول زمان در اختیار قرار خواهند داد. با توجه به حمایت‌های پژوهشی از این مدل درمانی و تمرکز بیشتر بر پردازش هیجانان در آموزش ذهن مشفق در قیاس با درمان‌های شناختی دیگر، پیشنهاد می‌شود از این درمان در سایر اختلالات خلقی و اضطرابی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود به دلیل ویژگی‌های ضربه‌گیر شفقت به خود و ارتباط آن با تاب‌آوری و بهزیستی روانی، در حوزه‌های پیشگیری مانند آموزش به گروه‌های در معرض خطر نیز آموزش ذهن مشفق، آموزش داده شود.

تشکر و قدردانی: پژوهش حاضر حاصل کار پژوهشی پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول از دانشگاه شیراز می‌باشد. از تمامی افراد و مسئولینی که نویسندگان را در انجام

نمی‌زند، بلکه احساسات مثبت را جایگزین احساسات منفی می‌کند، گرچه این اتفاق با پذیرش احساسات منفی امکان‌پذیر است.

می‌توان با استناد کردن به پژوهش‌ها و کارکرد اجتناب نیز به اثربخشی این درمان پی برد. در پژوهش‌ها نمایان شده است که، اجتناب شناختی - رفتاری موجب شروع و تداوم افسردگی می‌گردد. چرا که اجتناب کردن چه از نظر شناختی و چه از نظر رفتاری مانع مواجهه با مشکل می‌شود و در نهایت منجر به طولانی شدن مشکل و مزمن شدن آن می‌گردد. مثلاً در پژوهش احدی، میکاییلی و عبدالمحمدی (۳۲) به این نتیجه رسیدند که اجتناب رفتاری و کاهش روابط اجتماعی موجب افزایش تجربه افسردگی می‌گردد که در واقع بیان شده بین فقدان حمایت اجتماعی و نشانه‌های افسردگی همبستگی بالایی وجود دارد. دیگر شواهد تجربی نشان داده است که استراتژی‌های اجتناب شناختی از جمله بازداری شناختی، در افراد افسرده در پاسخ به خاطرات مزاحم و ناخوانده‌ی مربوط به خود است که موجب کنترل این افکار در کوتاه مدت می‌شود و در دراز مدت موجب تقویت این افکار و مزمن شدن افسردگی می‌گردد (۳۳).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که شفقت خود رابطه منفی با نشانه‌های افسردگی از جمله اجتناب دارد. بدین صورت که، شفقت موجب می‌شود افراد بهتر بتوانند به شرایط منفی بنگرند و پس از تجارب منفی مقاوم‌تر باشند. کرینگر و همکاران، اثر درمان شفقت خود را بر روی اجتناب شناختی - رفتاری بررسی کرده است. این پژوهش به این نتیجه رسید که بیماران افسرده، شفقت خود بسیار کمتری نسبت به کسانی که اصلاً افسرده نبودند داشتند. همچنین اجتناب شناختی - رفتاری به طور محسوسی با افسردگی در ارتباط است چرا که کمبود شفقت خود به وسیله اجتناب فراوان موجب گسترش افسردگی می‌گردد (۹). شفقت خود پتانسیلی را ایجاد می‌کند تا فرد بتواند با افکار و هیجانان منفی خود به وسیله‌ی مهربانی، ملامت و صبر مقابله کند. شفقت خود راهبردهای سازگارانه‌ای را برای مدیریت کردن افکار و هیجانان منفی ایجاد می‌کند؛ همچنین شواهد نشان می‌دهد که بین افراد با سابقه‌ی افسردگی، شفقت خود می‌تواند به آنها کمک کند تا به الگوهای اجتناب‌گرایانه غالب گردد (۳۴). در کل درمان شفقت خود اهمیت زیادی به

depression and self-criticism in female students. 2016. 43-50. [Persian].

14..Ottenbert N, Dobson K. Avoidance and depression: the construction of the cognitive-behavioral avoidance scale. JBRT 2004.

15. Rastegarimoghadam A. Investigating the relationship between first menstruation and anxiety and depression in girls students in the age of 11-15 in Mashhad public secondary schools in the year of 76-77 [dissertation]. Master thesis. Mashhad; Mashhad Ferdousi university. 1998. [Persian].

16.Borjali A. Effectiveness of mindfulness on reduction of parent-child conflicts in adolescents. JBS 2013; 7(1). [Persian].

17. Falconer C, Ravira A, King J, Gilbert P, Antly A, Fearon P and etal. Embodying self compassion within virtual reality and its effects on patients with depression. BJP 2016.

18. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self criticism: over view and pilot study of a group therapy approach. JCPP 2006; 354-79.

19. Zimmermann M. Effects of self help compassion training on well-being masters thesis. 2017.

20. Fathallahzadeh N, Majlesi Z, Mazaheri Z, Rostami M, Navabinejad SH. The effectiveness of compassion-focused therapy on internalized shame and self-criticism in emotional abused women. JPS 2017; 13(2). [Persian].

21.Joeng JR, Turner SH. mediator between self-criticism and depression: fear of compassion, self-compassion, and importance to other. JPAP 2015.

22. Ghorbani, N. Watson, p.j. Chen, Z & Norballe. F. Self-compassion in iranianmuslims: relationship with investigative self-knowledge, mental health and religious orientation. IJPR 2013; 22(2): 106-18.

23. Gilbert, P. The origins and nature of compassion focused therapy. BJCP 2014; 53(1): 6-41.

24. kopala-sibley, DC, Zurroff DC, Russell JJ, Moskowitz DS. Understanding heterogeneity in social anxiety disorder: dependency and self-criticism moderate fear responses to interpersonal cues. BJCP 2014; 53(2); 141-56.

25. Irons, C. Lad, S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. ACP 2017; 3(1).

26. Neff K D, Kirkpatrick K, Rude S S. Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning. JRP 2007; 41: 139-54.

27. Diedrich, A. Grant, M. Hofmann, S. Hiller, W. Berking, M. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. JBRT 2014; 58; 43-51.

28. Bernnan, M.A. Emmerling, M.E. Whelton, J.W. Emotion-focused group therapy: addressing self-criticism in the treatment of eating disorder. CPR 2014; 1-9.

پژوهش حاضر یاری رساندند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

1. Azimi R, Khalatbari J, Masibi SH, Amiri A. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on culture on reduction of clinical syndrome of depression in adolescent girl. First international conference on culture, psychopathology and education. 2016. [Persian].

2. Jafargholizanjani Sara. ((The role of self-related variables(self-compassion, self-respect, self-criticism and self-efficacy) in predicting symptom of depression in students)). Master thesis, Tehran; Al-zahra University. 2017. [Persian].

3. Bahadori J. comparison of academic motivation and academic performance among successful and un successful high school students. Second national conference on psychology and counseling. 2017. [Persian].

4. Gilbert P. Training our mind in, with and for compassion-An introduction to cincepts and compassion focused exercises. 2010.

5. Gilbert P, Mcevan K, Gobbons L, Chotai S, Duarte J and Matos M.. Fears of compassion and happieness in relation and alexithymia, mind fullness and selfcriticism. PAP. 2011.

6. Norballe F. The effectiveness of compassionate mind training on anxiety and self-criticism in depressed patients [dissertation]. Clinical psychology. Allamehtabatabaei university Tehran. 2013. [Persian].

7. Zhang H, Watson singleton N, Pollard S. Self criticism and depressive symptoms mediating role of self compassion. JDD 2017.

8. Ghadampour E, Radmehr P, Yosefvand L. The effectiveness of mindfulness-based cognitive-behavioral avoidance and rumination in patients with social anxiety and depression comorbid disorder. JHK 2017; 22(2). [Persian].

9. Krieger T, Altenstein D, Baetting I, Doering N, Grosse M. Self compassion in depression: Associations with depressive symptoms rumination and avoidance in depressed outpatients. JBT 2013; 44: 501-13.

10. Bakker M. Self compassion: an adaptive way to reduce recurrent depression symptoms through emotion regulation. Master thesis. University of british Columbia. 2005.

11. Shiralinia KH, Chaldavi R, Amanallahi A. The effectiveness of compassion-focused therapy on the depression and anxiety of divorced women. JCP 2018; 10(1). [persian].

12. Thompson R, Zurrof D. The levels of self criticism scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. JPID 2004; 419-30.

13. Shariati M, Hamid N, Hashemi S, Bashldeh A. The effectiveness of kindness-based therapy on

29. Neff K D, McGheeN P. Selfcompassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *SI* 2010; 9: 225 - 40.
30. Diedrich A, Burger J, Krichner M, Berking M. Adaptive emotion regulation mediates the relationship between self compassion and depression in individuals with unipolardepression. *JPBS* 2016.
31. Ahmadpour R, Torkan H. Investigating the relationship between cognitive-behavioral avoidance and its dimensions with rumination of student with depressed mood. 7th international conference on psychology and social sciences. 2016. [Persian].
32. Ahadi B, Mikaeeli N, Abdolmohamadi A. The role of behavioral avoidance in predicting of depression symptoms in people with the predominant symptoms of social panic. *JCP* 2009; 1(3). [Persian].
33. Williams, A.D. Moulds, M.L. Cognitive avoidance of intrusive memories: recall vantage perspective and associations with depression. *JBRT* 2007; 45(6); 1141-53.
34. Psychogiou L, Legge K, Parry E, Mann J, Nath S, Ford T, Kuyken W. Self-compassion and parenting in mothers and fathers with depression. Springer. 2016; 896-908.
35. Rezaei I, Yarmohamadian A, Farhadi H. The effectiveness of self-compassionate education in mothers on the quality of sleeps of preschool children with signs of depression. *JCP* 2016; 9(4). [Persian].