

مقاله اصلی

مقایسه‌ی اثربخشی درمان روان‌پویشی فشرده‌ی کوتاه مدت با درمان خود-شفقت‌ورزی بر خود-انتقادگری دانشجویان تحصیلات تکمیلی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۱۰

خلاصه

مقدمه: هرچند واضح است که خود-انتقادگری را می‌توان با روان‌درمانی کاهش داد اما این مسئله مجهول مانده است که آیا بین اثربخشی مداخلات مختلف، تفاوتی وجود دارد یا خیر. پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی اثربخشی دو روش درمانی روان‌پویشی فشرده‌ی کوتاه‌مدت و خود-شفقت‌ورزی بر خود-انتقادگری انجام شد.

روش کار: این پژوهش با روش نیمه‌تجربی با گروه کنترل و گروه شبه درمان و همچنین با اندازه‌گیری پیگیرانه اجرا شد. از بین دانشجویان تحصیلات تکمیلی رشته روان‌شناسی دانشگاه‌های شهر قم در مقطع تحصیلات تکمیلی در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ به شیوه‌ی گزینش ملاکی، ۶۰ نفر که نمرات بالاتری در پرسشنامه خود-انتقادگری داشتند، برای مداخله، به‌طور تصادفی در چهار گروه روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت، خود-شفقت‌ورزی، شبه درمان و کنترل گماشته شدند. برای اندازه‌گیری از مقیاس فرم‌های خود-انتقادگری و خود-اطمینان‌دهی گیلبرت (FSCRS) استفاده شد و داده‌ها به‌وسیله نرم‌افزار SPSS 22، با آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بن‌فرونی مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد در بین چهار گروه مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$)؛ اما بین درمان‌های روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت و خود-شفقت‌ورزی تفاوت معناداری یافت نشد ($P > 0/05$; $MD = -2/17$)؛ با این حال هر دو نسبت به گروه‌های شبه درمان و کنترل، برتری معناداری داشتند ($P < 0/05$). همچنین بعد از گذشت ۳ ماه، درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت نسبت به خود-شفقت‌ورزی، برتری معناداری در کاهش خود-انتقادگری دارد ($P < 0/05$; $MD = -5/96$).

نتیجه‌گیری: هر دو درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت و خود-شفقت‌ورزی در کاهش خود-انتقادگری اثربخشی قابل ملاحظه‌ای دارند اما استفاده از روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت در بلندمدت تأثیر بهتری می‌تواند داشته باشد.

کلمات کلیدی: خود-انتقادگری، خود-شفقت‌ورزی، روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت

محمد رضا حاج رضایی^۱

محمد ابراهیم حکم‌آبادی^{۲*}

^۱ کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران
^۲ گروه روان‌شناسی، واحد گناباد، دانشگاه آزاد اسلامی، گناباد، ایران (نویسنده مسئول)

Email: ebi.hokmabady@gmail.com

مقدمه

در دو دهه اخیر، پژوهش‌ها در مشاوره و روان‌شناسی تجربی، گرایش فزاینده‌ای را به فرایندهای ارتباط با خود و تأثیر آن بر سلامت روان نشان داده است. در مواجهه با دشواری‌های زندگی، داشتن نگرشی خود-باورانه، خود-مشوق و خود-مشفقانه، در افزایش بازتوانی و سلامت روان، مؤثر است (۱). شواهد بسیاری نشان داده است خود-انتقادگری که انگ زدن به خود و قضاوت بی‌رحمانه نسبت به خود (۲) همراه با هیجانات منفی مثل خشم و اهانت نسبت به خود را شامل می‌شود (۳)، با آسیب‌پذیری نسبت به امراض روانی گوناگون، ارتباط دارد (زوراف و همکاران، ۲۰۰۵). نتایج پژوهش دینگر و همکاران (۴) نشان داد که افسردگی با خود-انتقادگری ارتباط دارد. پژوهش‌های فاکس و همکاران (۵) و پرکینز و همکاران (۶) رابطه‌ی معناداری را بین رفتارهای خودزنی و خود-انتقادگری نشان دادند. شواهد حاکی از آن است که خود-انتقادگری تنها مختص افسردگی نیست بلکه به عنوان یک عامل خطر ساز فراتشخیصی در نظر گرفته می‌شود. برای نمونه، خود-انتقادگری در اضطراب اجتماعی، استرس پس از ضربه (۷)، در اختلالات خوردن (۸، ۹)، در اختلال شخصیت مرزی (۱۰، ۱۱)، در اختلال دوقطبی (۱۲) و در خودکشی (۱۳) نیز دیده می‌شود.

چندین مورد از تحقیقات مدعی هستند که کاهش دادن خود-انتقادگری در طول درمان، نتایج درمان را به گونه‌ای مثبت تحت تأثیر قرار می‌دهد. در یک پژوهش معلوم شد که کاهش خود-انتقادگری در طول یک دوره درمانی شناختی-رفتاری برای اضطراب اجتماعی، به طور معناداری با پاسخ مثبت به درمان در ارتباط بوده است (۱۴). پژوهشی دیگر نشان داد که کاهش خود-انتقادگری در طول درمان روان‌پویشی سرعت کاهش رنج نشانه‌ای آنها در ارتباط است (۱۵).

حال مسئله این است که چطور می‌توان خود-انتقادگری را کاهش داد؟ در چهل سال گذشته، بخش قابل توجهی از پژوهش‌های اجرا شده، شواهدی برای اثبات اثربخشی روان‌درمانی فراهم کرده است (۱۶). پژوهش‌های روان‌درمانی در عصر حاضر، قویاً بر شناسایی سازوکارهای تغییر نهفته در پس اثربخشی درمان، متمرکز شده است. این تحقیقات در سه دسته‌بندی کلی قرار می‌گیرند: عوامل مشترک (مثل اتحاد درمانی)، عوامل اختصاصی (مثل فنون درمانی) و متغیرهای مربوط به فرد بیمار (۱۶). هنوز مشخص نیست که روان‌درمانی از طریق کدامیک از عوامل نامبرده، اثربخشی دارد (۱۷). پژوهشگران به طور فزاینده‌ای در حال متحول کردن درمان‌ها بر اساس متغیرهای مربوط به فرد بیمار هستند. آنها به طور ویژه‌ای بر سازه‌های فراتشخیصی و فرآیندهای شناختی (مانند نشخوار فکری، توجه انتخابی، حساسیت به طرد و غیره) تمرکز کرده‌اند (۱۸) که خود-انتقادگری نیز یکی از این سازه‌های فراتشخیصی است که یافتن مداخله مناسب برای آن، همواره مورد توجه پژوهشگران بوده است.

هرچند واضح است که خود-انتقادگری را می‌توان با روان‌درمانی کاهش داد (۱۹)، این مسئله، مجهول می‌ماند که آیا بین اثربخشی مداخلات مختلف، تفاوتی وجود دارد یا خیر (۲۰). بلت (۲۱) درمان روان‌پویشی را برای افراد خود-انتقادگر مناسب می‌داند. شهر (۲) درمانی یکپارچه‌نگر متشکل از سه عنصر را برای خود-انتقادگری پیشنهاد می‌کند: (۱) تحلیل جنبه‌های مختلف خود: "خود" هر فرد، جنبه‌های گوناگونی دارد که مثلاً در درمان روان‌پویشی، «اید، ایگو و سوپرایگو» نام دارند. (۲) فعال‌سازی رفتاری: تغذیه سیستم روانی-زیستی پاداش، از طریق تجارب مثبت که این فعالیت در درمان خود-شفقت‌ورزی مشاهده می‌شود. (۳) نقش درمانگر: به گونه‌ای که رشد مراجع را ضمن فرآیندهای انتقال-انتقال متقابل تسهیل کند و از طریق

خود-شفقت‌ورزی، روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت، شبه درمان و کنترل گماشته شدند. پس‌آزمون در دو مرحله: مرحله اول بلافاصله بعد از اتمام مداخلات و مرحله دوم بعد از گذشت سه ماه به عنوان اندازه‌گیری پیگیرانه اجرا شد.

مقیاس فرم‌های خود-انتقادگری و خود-اطمینان‌دهی گیلبرت (۲۰۰۴) به منظور سنجش خود-انتقادگری و خود-اطمینان‌دهی طراحی و تدوین شده است و در ایران توسط (۲۴) اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۲۲ سوال و دو مولفه خود-انتقادگری و خود-اطمینان‌دهی است و بر اساس طیف پنج گزینه ای لیکرت با گویه‌هایی مانند «به راحتی از خودم ناامید می‌شوم» به سنجش خود-انتقادگری و خود-اطمینان‌دهی می‌پردازد (۲۵). روایی سازه این پرسشنامه را در مقایسه با مقیاس سطوح خود-انتقادگری (۲۶) به این صورت محاسبه کردند: همبستگی خرده مقیاس‌های خود-نابندگی، تنفر از خود و خود-اطمینان‌دهی با مقیاس سطوح خود-انتقادگری، به ترتیب: ۰/۷۷، ۰/۵۷ و ۰/۴۵. در پژوهش سعادتی شامیر و همکاران (۲۴) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. برای محاسبه روایی همزمان از اجرای همزمان آن با پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شررو پرسشنامه شادکامی آکسفورد استفاده شد. میزان همبستگی بین خود-انتقادگری با خود-اطمینان‌دهی ($r = -0/221$)، خودکارآمدی ($r = -0/396$) و شادکامی ($r = -0/367$) است. همچنین خود-اطمینان‌دهی با خودکارآمدی ($r = 0/269$)، شادکامی ($r = 0/359$) رابطه مثبت و معناداری داشت. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش سعادتی شامیر و همکاران (۲۴) برای خود-انتقادگری ۰/۶۹ و برای خود-اطمینان‌دهی ۰/۷۷ برآورد شد. در یک نمونه پرتغالی (۲۷) پایایی آزمون-بازآزمون را برای خود-نابندگی، تنفر از خود و خود-اطمینان‌دهی، با ضریب

بیان بی‌پرده درباره احساسات خویش و تنظیم آنها، نقش الگو داشته باشد. در حالی که فعالسازی رفتاری عموماً به‌عنوان فنی برای درمان‌های شناختی-رفتاری شناخته می‌شود، بعد سوم از نظریات روان‌پوشی گرفته شده است. در یک بازنگری سیستماتیک بر روی مداخلات خود-شفقت‌ورزی، محققان به این نتیجه رسیدند که این درمان بر روی بیمارانی که خود-انتقادگری بالایی دارند، نتیجه بسیارخوبی دارد (۲۲) این درمان با تقویت خود-اطمینان‌دهی به عنوان مانعی در برابر خود-انتقادگری عمل می‌کند (۲۳).

تا به اینجا دریافتیم که صاحب‌نظران دو رویکرد درمانی روان‌پوشی و خود-شفقت‌ورزی را برای هدف قرار دادن خود-انتقادگری پیشنهاد کرده‌اند؛ اما حال سوالی مطرح می‌شود و آن این است که آیا در مداخله درمانی برای کاهش خود-انتقادگری، بین اثربخشی دو روش روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت و خود-شفقت‌ورزی تفاوتی دیده می‌شود؟

روش کار

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی چهار گروهی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون، گروه شبه درمان و گروه کنترل است. متغیرهای مستقل در این پژوهش درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه مدت و درمان خود-شفقت‌ورزی و متغیر وابسته خود-انتقادگری در نظر گرفته شدند. از بین دانشجویان رشته روان‌شناسی در مقطع تحصیلات تکمیلی در شهر قم و در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹، ۲۱۲ نفر برای شرکت در این پژوهش اعلام رضایت کردند. با توجه به اینکه حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های مداخله‌ای ۱۵ نفر است (دلاور، ۱۳۸۵) به شیوه گزینش ملاکی ۶۰ نفر که نمرات بالاتری در پرسشنامه خود-انتقادگری (پیش‌آزمون) داشتند برای مداخله، به‌طور تصادفی در چهار گروه ۱۵ نفره

همبستگی پیرسون به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۸ و ۰/۶۵ به دست آوردند.

گروه اول به تناسب کانون پاتولوژیک مشکل آزمودنی، بین ۸ تا ۲۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، تحت مداخله روان‌بویشی فشرده کوتاه‌مدت قرار گرفتند. گروه دوم ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای خود-شفقت‌ورزی دریافت کردند و گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. و گروه شبه درمان در جلسات انفرادی به شرح وقایعی که در آنها خود-انتقادگری و هیجاناتی منفی درباره خود داشتند پرداختند. این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسندگان با شناسه اخلاق IRI AU.QOMREC.1400.002 است. قبل از اجرای پژوهش یک جلسه توجیهی برگزار شد. از دو گروه مداخله، فرم رضایت آگاهانه اخذ شد. همچنین به تمامی

افراد نمونه اطمینان داده شد که اسمی از آن‌ها در هیچ قسمت از پژوهش ذکر نخواهد شد و تنها از نتایج داده‌ها استفاده می‌شود. به منظور ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت‌کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت‌کننده کد متناسب اختصاص داده شد. بعد از اتمام مداخلات، مجدداً نتایج پرسشنامه خود-انتقادگری و خود-اطمینان‌دهی گیلبرت از آزمودنی‌های هر چهار گروه اخذ شد. سه ماه بعد از پس‌آزمون اول، پس‌آزمون دیگری برای مشاهده پیگیرانه از دو گروه مداخله گرفته شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد. شرح مداخلات به قرار زیر است:

جدول ۱. جلسات خود-شفقت‌ورزی برگرفته از ولفورد و گیلبرت (۲۰۱۳) و نف و گریمر (۲۰۱۸)

جلسه	هدف	محتوای جلسات	تکلیف
۱	آشنایی با اصول درمان مبتنی بر شفقت	آشنایی اولیه، برقراری ارتباط، آشنایی با مفهوم کلی شفقت و همدلی با خود	تمرین تنفس آرام‌بخش ریتمیک
۲	آشنایی بارفتار و افکار خود-سرزنشگر	آموزش خودانتقادی و انواع آن، ترغیب آزمودنی‌ها به بررسی شخصیت خود به‌عنوان خود-سرزنشگر یا شفقت‌گر، بیان علل خودانتقادی و پیامدهای آن، ارائه راهکارهایی برای کاهش خودانتقادی	پاسخ به سؤالات تمرین «چگونه نسبت به خود واکنش نشان می‌دهید؟»
۳	پذیرش اشتباهات بخشیدن خود	آموزش پذیرش اشتباهات بدون قضاوت، بیان دلایل اشتباه کردن، بیان معایب و پیامدهای عدم بخشش، ارائه راهکارهایی برای بخشش خود در زمان خطا	تهیه دفترچه و ثبت اشتباهات روزانه
۴	درک توانایی شرایط دشوار	آموزش به‌بیشاری و مهارت‌های آن همراه با تمرین واریس بدنی و تنفس. آموزش چگونگی تحمل مشکلات و چیره شدن بر آن‌ها، آموزش پذیرش شکست، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند.	یادداشت‌های روزانه درباره شفقت به حال خود

۵	قدردانی	از آموزش خود-ارزشمندی و مزایای آن. بیان معایب خود-ارزشمندی پایین، آموزش روش های تقویت حس خود-ارزشمندی	تمرین قدردانی از خود و ذکر ده مورد از ویژگی های مثبت خود
۶	ایجاد احساسات خوشایند	آموزش ایجاد تصاویر دلسوزانه و آرامسازی از طریق تصویرپردازی ذهنی. آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقت ورزی و به کارگیری این روشها در زندگی روزمره	تمرین تصویرپردازی ذهنی
۷	آشنایی با رفتار شفقت آمیز	آموزش مفاهیم شفقت ورزی مانند خرد، توجه، تفکر منطقی، گرمی، حمایت و مهربانی، آموزش صفات خودشفقتی مانند انگیزه، حساسیت، همدری و مهربانی	تمرین نوشتن عبارات محبت آمیز به خود
۸	شناسایی احساسات متناقض	آموزش گفتگوی درونی بین سه خود تعریف شده (گفتگوی بین خود سرزنشگر، خود سرزنش شونده و خود دلسوز یا مشفق). در این تمرین هر فرد بین ابعاد مختلف وجود خود مکالمه هایی ترتیب می دهد و با هر سه بخش سرزنشگر، سرزنش شونده و شفقت گر خود ارتباط برقرار کند.	تمرین صندلی خالی گشتالت
۹	درک و پذیرش خود	آموزش نوشتن نامه دلسوزانه به خود، دانش جویان به خاطر اشتباهی که مرتکب شده اند از طرف یک شخصیت دلسوز برای خود نامه می نویسند و به کمبودها و ضعف هایی اشاره می کنند که درباره خود احساس می کنند.	تمرین نوشتن نامه دلسوزانه
۱۰	مرور مباحث	دریافت بازخورد از اعضای گروه درباره اصول آموزش داده شده، مرور و جمع بندی مطالب گذشته	مرور تمرینات گذشته

جلسه ۲. مداخله روان‌پوشی فشرده کوتاه مدت برگرفته از (فردریکسون، ۲۰۲۰؛ عباس، ۲۰۱۵؛ فردریکسون، ۲۰۱۳)

جلسه	هدف	محتوای جلسات
اول	ارزیابی اولیه و ایجاد پیمان درمانی	درمان آزمایشی: استفاده از فنون فشار و رویارویی برای شناسایی میزان تحمل احساسات مرکب و سیستم مقاومت بیمار و همچنین مفهوم‌سازی مشکل برای بیمار
دوم به بعد	بازسازی دفاع‌ها و رخنه به ناهشیار تحکیم	فراخواندن احساسات منجر به خود-انتقادگری بیمار، تنظیم سطح اضطراب وی و جایگزین کردن دفاع‌های ناسازگار بیمار با دفاع‌های سالم‌تر: به‌طور کلی در این روش، مداخله بر اساس نوع ساختار شخصیت فرد (شامل: با مقاومت کم، تا حدودی مقاوم، شدیداً مقاوم، شدیداً مقاوم همراه با دفاع واپسرانی، شکننده و شدیداً شکننده) در مقابل واکنش فرد (احساس، اضطراب یا دفاع) نسبت به واقعه‌ای در زمان حال، در جلسه درمان (انتقال) و در گذشته، به منظور تجربه هیجانی اصلاحی ترومای دلبستگی اجرا می‌شود. به بیان جزئی‌تر درمورد افراد شکننده که از دفاع‌های بدوی استفاده می‌کنند و سطح اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند، از بازسازی دفاع‌ها، تنظیم اضطراب و ظرفیت‌سازی تحمل احساسات استفاده می‌شود، اما در مورد افراد مقاوم، از فشار بیشتر برای تجربه احساسات، چالش با دفاع‌ها و رویارویی با مقاومت استفاده می‌شود.
نهایی	تحکیم	تجربه احساسات مربوط به اتمام رابطه با درمانگر و پیوند جدید با ابژه‌های اصلی (مراقبان اولیه) تجربه احساسات مربوط به اتمام رابطه با درمانگر و پیوند جدید با ابژه‌های اصلی (مراقبان اولیه)

نتایج

سال گزارش شدند. ۲۶/۶ درصد از آزمودنی‌ها مجرد و ۷۳/۳ درصد آنها نیز متاهل بودند. ۸۰ درصد از شرکت کنندگان دارای مقطع تحصیلی کارشناسی ارشد و ۲۰ درصد نیز مقطع دکتری بودند.

۴۰ درصد شرکت‌کننده‌ها در پژوهش حاضر مرد و ۶۰ درصد آنها زن بودند. ۸/۳ درصد آنها زیر ۲۵ سال، ۲۶/۶ درصد آنها بین ۲۵ تا ۳۰، ۳۰ درصد آنها بین ۳۰ تا ۳۵ سال، ۲۳/۳ درصد بین ۳۵ تا ۴۰ و ۱۱/۶ درصد آنها نیز بالاتر از ۴۰

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

گروه	پیش آزمون	پس آزمون
روانپوشی فشرده کوتاه مدت	انحراف معیار ۳/۹۶	میانگین ۳۳/۴۰
خود-شفقت‌ورزی	انحراف معیار ۴/۱۲	میانگین ۳۱/۸۰
شبه درمان	انحراف معیار ۴/۲۰	میانگین ۳۲/۵۳
کنترل	انحراف معیار ۴/۵۷	میانگین ۳۱/۷۳
		انحراف معیار ۴/۰۶
		میانگین ۱۶/۹۳
		انحراف معیار ۵/۳۲
		میانگین ۱۷/۶۰
		انحراف معیار ۴/۰۹
		میانگین ۲۹/۲۰
		انحراف معیار ۵/۲۲
		میانگین ۳۲

میانگین نمرات پس‌آزمون خود-انتقادگری در سه گروه روانپوشی فشرده کوتاه مدت، خود-شفقت‌ورزی و شبه درمان نسبت به پیش‌آزمون آن کمتر شده است. برای اجرای آزمون تحلیل کوواریانس، ابتدا مفروضات آن بررسی گردید که شامل نرمال بودن داده‌ها بود که با توجه به میزان کجی و کشیدگی (بین ۱ و -۱) و نتایج آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک (p > ۰/۰۵) داده‌ها نرمال گزارش شدند. همسانی واریانس‌ها نیز با توجه به نتیجه آزمون لوین (F = ۰/۹۳؛ p = ۰/۴۳) برقرار گزارش شد. همگنی شیب رگرسیون برقرار است (p > ۰/۰۵).

میانگین نمرات پس‌آزمون خود-انتقادگری در سه گروه روانپوشی فشرده کوتاه مدت، خود-شفقت‌ورزی و شبه درمان نسبت به پیش‌آزمون آن کمتر شده است. برای اجرای آزمون تحلیل کوواریانس، ابتدا مفروضات آن بررسی گردید که شامل نرمال بودن داده‌ها بود که با توجه به میزان کجی و کشیدگی (بین ۱ و -۱) و نتایج آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک (p > ۰/۰۵) داده‌ها نرمال گزارش شدند. همسانی واریانس‌ها نیز با توجه به نتیجه آزمون لوین (F = ۰/۹۳؛ p = ۰/۴۳) برقرار گزارش شد. همگنی شیب رگرسیون برقرار است (p > ۰/۰۵).

جدول ۳. تحلیل کوواریانس

اندازه اثر	سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	گروه درمانی
۰/۸۹	۰/۰۰	۱۵۰/۱۱	۹۸۵/۰۲	۳	۲۹۵۵/۰۷	گروه درمانی
۰/۷۱	۰/۰۰	۱۳۴/۷۲	۸۸۴/۰۲	۱	۸۸۴/۰۲	پیش‌آزمون
			۶/۵۶	۵۵	۳۶۰/۹۰	خطا

جدول ۴. آزمون بن فرونی برای پس‌آزمون‌ها

متغیر وابسته	گروه درمانی (I)	گروه درمانی (J)	اختلاف میانگین (I - J)	خطای استاندارد	معناداری
پس‌آزمون انتقادگری	خود- روان پویشی	خود-شفقت‌ورزی	-۲/۱۷	۰/۹۴	۰/۱۵۲
	کنترل	کنترل	-۱۶/۶۴	۰/۹۵	۰/۰۰
	شبه درمان	شبه درمان	-۱۳/۰۸	۰/۹۴	۰/۰۰
	خود-شفقت‌ورزی	خود-شفقت‌ورزی	۲/۱۷	۰/۹۴	۰/۱۵۲
	کنترل	کنترل	-۱۴/۴۶	۰/۹۴	۰/۰۰
	شبه درمان	شبه درمان	-۱۰/۹۱	۰/۹۴	۰/۰۰
	کنترل	روان پویشی	۱۶/۶۳	۰/۹۵	۰/۰۰
	خود-شفقت‌ورزی	خود-شفقت‌ورزی	۱۴/۴۶	۰/۹۴	۰/۰۰
	شبه درمان	شبه درمان	۳/۵۵	۰/۹۴	۰/۰۲
	شبه درمان	روان پویشی	۱۳/۰۸	۰/۹۴	۰/۰۰
	خود-شفقت‌ورزی	خود-شفقت‌ورزی	۱۰/۹۱	۰/۹۴	۰/۰۰
	کنترل	کنترل	-۳/۵۵	۰/۹۴	۰/۰۲

جدول ۵. آزمون بن‌فرونی پیگیرانه

متغیر وابسته	گروه درمانی (I)	گروه درمانی (J)	اختلاف میانگین (I-J)	خطای استاندارد	معناداری
خود-انتقادگری	روان‌پوشی	خود-شفقت‌ورزی	-۵/۹۶	۱/۰۶	۰/۰۰
		کنترل	-۱۹/۰۹	۱/۰۷	۰/۰۰
		شبه درمان	-۱۵/۳۰	۱/۰۶	۰/۰۰
	خود-شفقت‌ورزی	روان‌پوشی	۵/۹۶	۱/۰۷	۰/۰۰
		کنترل	-۱۳/۱۳	۱/۰۶	۰/۰۰
		شبه درمان	-۹/۳۴	۱/۰۶	۰/۰۰

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پیگیرانه نشان داد که بعد از گذشت ۳ ماه در بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F = ۱۳۳/۴۳$ ؛ $P = ۰/۰۰$). آزمون بن‌فرونی پیگیرانه نشان داد درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت نسبت به خود-شفقت‌ورزی، برتری معناداری در کاهش خود-انتقادگری دارد ($MD = -۵/۹۶$ ؛ $P = ۰/۰۰$) و هر دو گروه درمانی هنوز نسبت به گروه‌های دیگر تفاوت معناداری داشتند ($p < ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، با هدف مقایسه اثربخشی دو روش روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت و خود-شفقت‌ورزی بر خود-انتقادگری دانشجویان تحصیلات تکمیلی رشته روان‌شناسی در شهر قم اجرا شد. در پس‌آزمون اول، بین درمان‌های روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت و خود-شفقت‌ورزی تفاوت معناداری وجود نداشت اما هر دو نسبت به گروه‌های دارونما و کنترل، برتری معناداری داشتند. سه ماه پس از اجرای متغیر مستقل، یک پس‌آزمون دیگر برای پیگیری ماندگاری اثر درمان گرفته شد و مشاهده شد که گروه درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت نسبت به درمان خود-شفقت‌ورزی برتری معناداری دارند. همچنین هر دو گروه مداخله کماکان نسبت به دو گروه دیگر برتری قابل ملاحظه‌ای داشتند. از این مشاهده، استنباط می‌شود که هم درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت و هم درمان خود-

شفقت‌ورزی برای کاهش خود-انتقادگری درمان‌های مؤثری هستند با این تفاوت که درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت در درازمدت نسبت به درمان خود-شفقت‌ورزی برتری دارد. این نتایج با نتایج تحقیقات زراستون و همکاران (۲۸)، دریس و همکاران (۲۹) و آیرونز و لد (۳۰) همگرایی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که هر دو رویکرد تمرکز خاصی بر روی خود-انتقادگری دارند. درمان خود-شفقت‌ورزی به‌طور اختصاصی برای افراد خود-سرزنشگر و خود-انتقادگر تدوین شده است. این درمان با پرورش احساسات پیوندجویانه و شفقت، به‌طور اختصاصی تجربه شرم و حمله به خود را آماج قرار می‌دهد (۳۱). درمان روان‌پوشی نیز تمرکز زیادی روی مکانیزم‌های دفاعی حمله به خود و همانندسازی با والد سرزنشگر دارد و به بیمار کمک می‌کند تا با تجربه عمیق احساسات پیش‌آیند این دفاع‌ها و حل و فصل خاطرات مربوط به آنها نگرش اصیلی نسبت به خود داشته باشد. برای توجیه برتری درمان روان‌پوشی در اندازه‌گیری پیگیرانه، می‌توان به هدف و ماهیت مداخله‌ای متفاوت درمان‌های روان‌پوشی و رفتاری اشاره کرد. در درمان‌های رفتاری، هدف آن است که رفتارهای درونی (افکار) و بیرونی مشکل‌ساز فرد تغییر کند. در رفتاردرمانی‌های موج سوم تلاش بر این است تا با استفاده از به‌شماره‌ی، فرد این تغییرات رفتاری را به صورت یک سبک زندگی با دوام درآورد (نف و گریمر، ۲۰۱۸).

افزون بر این‌ها پیشنهاد می‌شود برای مقایسه دو رویکرد درمانی از اندازه‌گیری‌های پیگیرانه مکرر در بازه زمانی طولانی استفاده شود.

تشکر و قدردانی

سپاس فراوان از دانشجویان عزیز و دست‌اندرکاران دانشگاه‌های قم، آزاد اسلامی واحد قم و شهاب دانش قم که در این راه با ما همراهی کردند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

این در حالی است که در درمان‌های روان‌پویایی، تأکید بر تغییر پویش‌های درون‌روانی است که رفتارهای کژکار ناشی از آن هستند. امروزه تمایل درمانگران به استفاده از فنون هیجانی و ایجاد تغییرات شخصیتی، فزونی یافته است (۲۰) و صاحب‌نظران رویکرد روان‌پویشی معتقدند که فنون هیجانی نسبت به فنون شناختی، تغییرات پایاتری را در پی دارند. حالت به‌شیاری‌ای که از تغییر شخصیتی حاصل می‌شود، پایدارتر از به‌شیاری‌ای است که با تمرین و تکرار حاصل می‌شود؛ چرا که مشکل فرد از ریشه حل نمی‌شود و وقتی فرد دوباره یک محرک استرس‌زا را تجربه کند حالت به‌شیاری از بین می‌رود و او غرق در احساسات منفی همیشگی و ریشه‌دار خود می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موضوع اشاره کرد که پژوهش حاضر در جمعیت غیر بالینی اجرا شده است و افراد حاضر، از قبل برچسب هیچ اختلالی را دریافت نکرده‌اند، در جلسات درمان برای بعضی افراد، اختلالاتی شناسایی شد و بعضی ملاک‌های هیچ اختلالی را به‌طور کامل برآورده نمی‌کردند. شباهت‌های شخصیتی بین افراد نمونه مورد مطالعه که دانشجویان تحصیلات تکمیلی رشته روان‌شناسی در یک شهر هستند و با دیگر اقشار جامعه، تفاوت‌هایی دارند و نیز دارای سواد روان‌شناختی هستند نیز محدودیت دیگر این پژوهش است. همچنین در این پژوهش از پیگیری بلندمدتی استفاده نشده است و سه ماه زمان نسبتاً کوتاهی است. می‌توان گفت که هم درمان خود-شفقت‌ورزی و هم روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت، برای کاهش خود-انتقادگری، درمان‌های مناسبی هستند. بهتر است درمانگرانی که از درمان خود-شفقت‌ورزی استفاده می‌کنند، مدتی بعد از اتمام دوره درمان، جلسات تقویتی برگزار کنند. شایسته است درمانگران، جلسات درمان را عمق ببخشند و از رویکردهایی که سازه‌ها و پویش‌های درون‌روانی را هدف تغییر قرار می‌دهند استفاده کنند تا شاهد تغییرات بادوام‌تری باشند. بررسی درمان مناسب برای خود-انتقادگری در بین جمعیت بالینی می‌تواند نتایج بسیار ارزشمندی را در اختیار پژوهشگران قرار دهد.

References

1. Trompetter HR, De Kleine E, Bohlmeijer ET. Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive therapy and research*. 2017 Jun;41:459-68.
2. Shahar G. *Erosion: The psychopathology of self-criticism*: Oxford University Press, USA; 2015.
3. Whelton WJ, Greenberg LS. Emotion in self-criticism. *Personality and individual differences*. 2005;38(7):1583-95.
4. Dinger U, Barrett MS, Zimmermann J, Schauenburg H, Wright AG, Renner F, et al. Interpersonal problems, dependency, and self-criticism in major depressive disorder. *Journal of clinical psychology*. 2015;71(1):93-104.
5. Fox KR, Ribeiro JD, Kleiman EM, Hooley JM, Nock MK, Franklin JC. Affect toward the self and self-injury stimuli as potential risk factors for nonsuicidal self-injury. *Psychiatry research*. 2018;260:279-85.
6. Zuroff DC, Santor D, Mongrain M. Dependency, self-criticism, and maladjustment. Relatedness, self-definition and mental representation Essays in honour of Sidney J Blatt. 2005:75-90.
7. Cox BJ, MacPherson PS, Enns MW, McWilliams LA. Neuroticism and self-criticism associated with posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *Behaviour research and therapy*. 2004;42(1):105-14.
8. Zelkowitz RL, Cole DA. Longitudinal relations of self-criticism with disordered eating behaviors and nonsuicidal self-injury. *International journal of eating disorders*. 2020;53(7):1097-107.
9. Dunkley DM, Grilo CM. Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour research and therapy*. 2007;45(1):139-49.
10. Kopala-Sibley DC, Zuroff DC, Russell JJ, Moskowitz D, Paris J. Understanding heterogeneity in borderline personality disorder: differences in affective reactivity explained by the traits of dependency and self-criticism. *Journal of Abnormal Psychology*. 2012;121(3):680.
11. Meares R, Gerull F, Stevenson J, Korner A. Is self disturbance the core of borderline personality disorder? An outcome study of borderline personality factors. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2011;45(3):214-22.
12. Francis-Ranieri EL, Alloy LB, Abramson LY. Depressive personality styles and bipolar spectrum disorders: Prospective tests of the event congruency hypothesis. *Bipolar Disorders*. 2006;8(4):382-99.
13. Fazaa N, Page S. Personality style and impulsivity as determinants of suicidal subgroups. *Archives of Suicide Research*. 2009;13(1):31-4.
14. Cox BJ, Walker JR, Enns MW, Karpinski DC. Self-criticism in generalized social phobia and response to cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*. 2002;33(4):479-91.
15. Lowyck B, Luyten P, Vermote R, Verhaest Y, Vansteelandt K. Self-critical perfectionism, dependency, and symptomatic distress in patients with personality disorder during hospitalization-based psychodynamic treatment: A parallel process growth modeling approach. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2017 Jul;8(3):268.
16. Lambert MJ. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*: John Wiley & Sons; 2013.
17. Cuijpers P, Reijnders M, Huibers MJ. The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual review of clinical psychology*. 2019 May 7;15:207-31.
18. Gao S, Assink M, Cipriani A, Lin K. Associations between rejection sensitivity and mental health outcomes: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2017;57:59-74.

19. Lloyd S, Schmidt U, Khondoker M, Tchanturia K. Can psychological interventions reduce perfectionism? A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2015;43(6):705-31.
20. Loew CA, Schauenburg H, Dinger U. Self-criticism and psychotherapy outcome: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2020;75:101808.
21. Blatt SJ. Relatedness and self-definition in personality development: American Psychological Association; 2008.
22. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*. 2015;45(5):927-45.
23. Petrocchi N, Dentale F, Gilbert P. Self-reassurance, not self-esteem, serves as a buffer between self-criticism and depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2019;92(3):394-406.
24. Saadati Shamir A, Mazboohi S, Marzi S. Validation of Self-Criticism-Self-reassuring Scale among Teachers. *Quarterly Journal of Educational Measurement*. 2018;9(34):133-47. (Persian).
25. Gilbert P, Irons C. A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*. 2004;12(4):507-16.
26. Thompson R, Zuroff DC. The Levels of Self-Criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and individual differences*. 2004;36(2):419-30.
27. Castilho P, Pinto-Gouveia J, Duarte J. Exploring self-criticism: Confirmatory factor analysis of the FSCRS in clinical and nonclinical samples. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2015;22(2):153-64.
28. Zarastvand A, Tizdast T, Khalatbari J, Abolghasemi S. The effectiveness of self-compassion focused therapy on marital self-regulation, marital burnout, and self-criticism in infertile women. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2020;17(4):594-605.
29. Driessen E, Cuijpers P, de Maat SC, Abbass AA, de Jonghe F, Dekker JJ. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2010;30(1):25-36.
30. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*. 2017;3(1):1743.
31. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*. 2009;15(3):199-208.

*Original Article***Comparing the effectiveness of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) with Compassion-Focused Therapy (CFT) on Self-criticizing of postgraduate students**

Received: 12/05/2022 - Accepted: 30/05/2024

Mohammad Reza Hajrezaei¹
Mohammad Ebrahim Hokmabady^{2*}¹ Master's degree, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medical Sciences, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.² Department of Psychology, Gonabad Branch, Islamic Azad University, Gonabad, Iran. (Corresponding Author)

Email: ebi.hokmabady@gmail.com

Abstract**Introduction:** Although this is obvious that we can decrease self-criticizing by psychotherapy, the question is “is there any significant difference between the effectiveness of different interventions? The aim of this study was to compare effectiveness of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) and Compassion-Focused Therapy on self-criticizing.**Methods:** The method was quasi-experimental, performed with control group and placebo group and also with follow-up measurement. From Qom post-graduate students of psychology in the academic year 2020-21, 60 students who had higher scores at The Gilbert's Forms of Self-Criticizing and Self-Reassuring Scale (FSCRS), were randomly assigned for the intervention in four groups of 15: Compassion-Focused Therapy, Intensive Short-term Dynamic psychotherapy, placebo, and control. The FSCRS was used to measure the data and the data were statistically analyzed using SPSS 22 software by covariance test and Bonferroni post hoc test.**Results:** The results of covariance test showed that there is a significant difference between groups ($F = 150.11$; $p < 0.05$). Bonferroni post hoc test showed that there was no significant difference between intensive short-term dynamic psychotherapy and Compassion-Focused Therapy in Self-Criticizing scores ($MD = -2.17$; $p > 0.05$), although both were significantly less than placebo and control groups ($p < 0.05$). After 3 months, a follow-up showed that ISTDP is significantly better than Compassion-Focused Therapy in reducing self-criticism ($MD = -5.96$; $p < 0.05$).**Conclusion:** Both ISTDP and CFT are significantly effective for reducing self-criticizing but implementing ISTDP can be more effective in the long-term.**Keywords:** Self-criticizing, Compassion-Focused Therapy, Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy