

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال شانزدهم شماره ۶۱ بهار ۱۴۰۰

اثربخشی درمان التقاطی تنظیم هیجان پویشی تجربه ای (EDER) و شفقت خود بهوشیارانه (MSC) در افراد مبتلا به افسردگی درون فکنی شده

الهام موسویان^۱، چنگیز رحیمی^{۲*}، نوراله محمدی^۳، عبدالعزیز افلاک سیر^۴

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز

۲- عضو هیئت علمی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز

۳- عضو هیئت علمی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز

۴- عضو هیئت علمی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۵/۰۱

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۲/۱۵

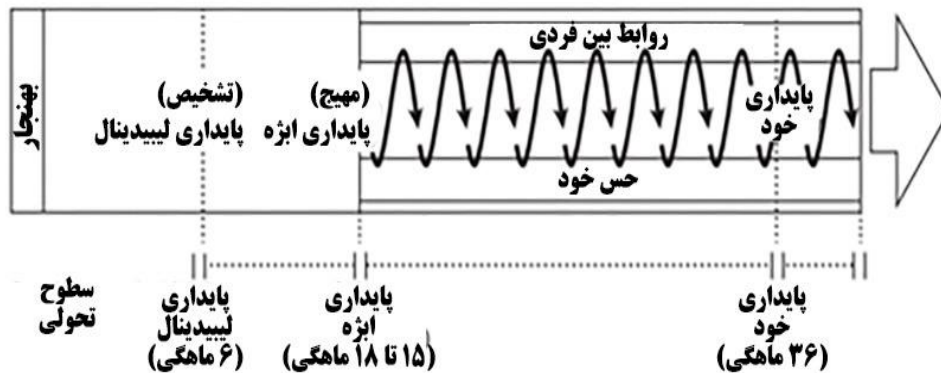
چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان التقاطی تنظیم هیجان پویشی تجربه ای و شفقت خود بهوشیارانه بر کاهش شرم نهادینه، افزایش شفقت خود و کاهش شدت افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی درون فکنی شده بود. این پژوهش در چهارچوب یک طرح تک موردی و با طرح پیش آزمون-پس آزمون با پیگیری ۴۵ روزه انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه افرادی بود در سال ۹۸ تشخیص اختلال افسردگی را در مرکز مشاوره و کلینیک روان درمانی دانشگاه شیراز دریافت کرده و در پرسشنامه اختلال افسردگی بک ۲ نمره بالاتر از ۲۰ گرفتند و در نهایت با توجه ملاک های رد و شمول، ۳ نفر بعنوان نمونه با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. مقیاس شرم درونی شده و مقیاس شفقت خود و افسردگی بک برای هر فرد در محله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، اجرا شد و در نهایت هر یک از افراد به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای تحت درمان التقاطی قرار گرفت. داده ها به روش نموداری و تعیین اندازه اثر مورد تحلیل قرار گرفتند. اندازه اثر تغییرات حاصل از مداخلات درمانی در تمامی متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون بزرگ (بیشتر از ۰/۵) بوده است. بر اساس یافته ها درمان التقاطی تنظیم هیجان پویشی تجربه ای و شفقت خود بهوشیارانه می تواند به عنوان یک روش مداخله ای نوین در کاهش شدت افسردگی درون فکنی شده بکار رود.

واژه‌های کلیدی: افسردگی درون فکنی شده؛ شفقت خود بهوشیارانه؛ تنظیم هیجان پویشی تجربه ای

مقدمه

بلت^۱ (۲۰۰۸) استدلال کرده است که ارتباط^۲ و تعریفی که از خود^۳ داریم، دو بعد روان‌شناختی اساسی می‌باشند که یک ماتریس نظری یکپارچه را برای درک فرایندهای رشدی شخصیت، مفاهیم آسیب‌شناسی روانی و مکانیسم‌های درمانی در اختیار می‌گذارد. بر طبق گفته بلت (۲۰۰۸)، شخصیت با کارکرد مناسب، از انسجام (یا تعادل) میان رشد وابستگی بین فردی و تعریفی که از خود داریم به وجود می‌آید، همانگونه که در شکل ۱ مشاهده می‌گردد سطوح بالغ‌تر وابستگی موجب تسهیل حس مثبت و پایدار نسبت به خود، هویت و استقلال می‌شود و این به نوبه خود امکان ایجاد روابط بین فردی یکپارچه و متمایز را می‌دهد. از این روی اثر دوسویه بین مسیرهای تحولی خود و وابستگی به طور متقابل موجب تقویت رشد مسیر دیگر می‌شود. این دیدگاه توسط پژوهش‌های دل‌بستگی و رویکردهای بین فردی معاصر که نشان می‌دهند اختلالات شخصیتی را می‌توان به طور مشابه در فضای دو بعدی تعریف شده توسط اضطراب دل‌بستگی (که منعکس‌کننده مسائل مربوط به وابستگی است) و اجتناب دل‌بستگی (که منعکس‌کننده مسائل مربوط به هویت و استقلال است) سازمان‌دهی کرد مورد حمایت واقع شده است (لویتن^۴ و بلت، ۲۰۱۱).



شکل ۱- مدل دیالکتیک رشد شخصیت بلت. از بلت (۱۹۹۰).

در همین راستا تیم تحقیقاتی بلت، دافلیتی و کویینلان^۵ (۱۹۷۶) دو کانون اصلی افسردگی را شناسایی کرد: عدم خشنودی از روابط بین فردی (برای مثال از دست‌دادن چیزی، یا مورد غفلت قرار گرفتن) و اختلال در تصور مؤثر و مثبت از خود (برای مثال احساس شکست یا گناه). در همین راستا به تجربه‌های افسرده‌کننده‌ای که به دنبال از دست‌دادن چیزی ایجاد می‌شوند، افسردگی آنالکتیک^۶ یا اتکایی گفته می‌شود و به تجربیات افسرده‌کننده ناشی از احساس شکست، گناه و سایر عوامل مختل‌کننده ارزش خود، افسردگی درون‌فکننده^۷ یا خود-انتقادگر گفته می‌شود (لویتن، مایز، بلت، تارگت و فوناگی^۸، ۲۰۱۵). از این رو، افسردگی اتکایی با احساس تنهایی، مطرود شدن، و مورد غفلت واقع شدن مرتبط است، و افسردگی درون‌فکننده با موضوعات ارزش خود و احساس ناکامی و گناه مرتبط است. باید یادآور شد که اختلال در هر یک از مسیرهای تحولی ممکن است به نشانه‌ها و علائم مشابهی منجر شود، اما به درمان‌های متفاوتی نیاز خواهد بود، و این علائم به طور متفاوتی به مداخله‌های درمانی مشابه جواب می‌دهند (بلت و لویتن، ۲۰۰۹).

¹ Blatt

² relatedness

³ self-definition

⁴ Luyten

⁵ D'afflitti and Quinlan

⁶ anaclitic

⁷ introjective

⁸ Mayes, Target, & Fonagy

از طرف دیگر کوین^۱ (۱۹۸۶) اشاره کرده است که دیدگاه‌های روان پویشی افسردگی را می‌توان به دو مدل انرژیک^۲ (لیبدو، سائق‌ها، تثبیت و افسردگی) و مدل اطلاعات^۳ (آگاهی ایگو از وابستگی میان آرزوها و پتانسیل برای کسب) تقسیم کرد. اولی در مقالات فروید و آبراهام^۴ (آبراهام و فروید، ۱۹۶۵)، دومی توسط بیبرینگ^۵ (۱۹۵۳) توصیف می‌شود و توسط راپاپورت^۶ (۱۹۶۷) مورد بحث قرار می‌گیرد (موریسون^۷، ۲۰۱۴). در دیدگاه ابژه-لیبدو، فروید، نفرت و خشونت کلامی نسبت به یک ابژه-اعم از درونی یا بیرونی شده- به‌عنوان منبع افسردگی دیده می‌شد. آبراهام (۱۹۱۱) تأکید داشت که نفرت نسبت به ابژه به سمت بیرون فرافکنی می‌شود به‌طوری که ابژه منبع خشمی می‌شود که به سمت خود سوق می‌یابد. سپس این نفرت از خود توجیه می‌شود تا بدی و کهتری خود را منعکس کند. فروید (۱۹۱۷) اضافه کرد که خشونت نسبت به ابژه معنادار توسط فقدان آن ابژه (از طریق مرگ، جدایی یا مانند آن) فراخوانده می‌شود. چنین فقدان تولید خشم می‌کند؛ سپس ابژه از طریق درونی‌سازی به ایگو بازگردانده می‌شود و خشونت به سمت خود بر می‌گردد و به افسردگی می‌انجامد. بدین ترتیب، فروید در نظریه‌اش درباره مالیخولیا بر نقش فقدان ابژه و درونی‌سازی^۸ در شکل‌گیری افسردگی تأکید داشته است.

در مقابل، بیبرینگ (۱۹۵۳) افسردگی را از نظر تحولی منعکس‌کننده احساس اولیه و محوری درماندگی^۹ می‌دید که علاوه بر آنکه موجب بازداری (تخلیه) ایگو و کاهش عزت نفس می‌شود، بالغ آسیب‌پذیر را مستعد افسردگی می‌سازد. این نوع درماندگی درحقیقت ممکن است پاسخی به فقدان ابژه باشد اما بیبرینگ به جای تأکید بر خشونت معطوف شده به ترک ابژه درونی شده، ضربات حاصل بر عزت نفس را مورد تأکید قرار داد که به احساسات «ضعیف بودن، کهتری یا شکست می‌انجامد». بنابراین در راستای مدل‌سازی بلت، مقالات روان‌پویشی نیز دو مدل شایع افسردگی را پیشنهاد می‌کنند: آنهایی که شامل خشم نسبت به افرادی است که به سمت خود برگردانده شده (مدل انرژیک= افسردگی اتکایی)، و آنهایی که بر مشکلات اعتماد به نفس بیمارانی که نمی‌توانند مطابق انتظاراتشان زندگی کنند (مدل اطلاعات= افسردگی درون‌فکنی شده)، متمرکز هستند. بنابراین تقریباً همه روان‌تحلیلگران در توصیف بیماران افسرده خود، آسیب‌پذیری نارسیستیک^{۱۰} را به‌عنوان عامل اصلی مستعدکننده این سندرم در نظر گرفته‌اند، حتی در آن مواردی که افسردگی به روشنی منعکس‌کننده فقدان ابژه یا عشق آن است، یا خشونت که علیه ابژه درونی شده سوق یافته است، معنای درون‌روانی این خصومت این است که خود بی‌ارزش و کهتر است (بوش، رودن و شاپیرو^{۱۱}، ۲۰۱۶).

در نهایت رودن^{۱۲} و همکاران (۲۰۰۳)، سعی کردند این عوامل را یکپارچه کنند و در یک فرمول‌بندی مرکزی افسردگی گنجانده و به صورت دو مدل مجزا اما با یک مبنای مشترک توضیح دهند. در این فرمول‌بندی، در راستای نظریات روان‌پویشی آسیب‌پذیری نارسیستیک اساس افسردگی است.

در مدل اول این آسیب‌پذیری نارسیستیک منجر به حساسیت نسبت به ناامیدی و طرد شدن شده، و خشم ایجاد می‌کند. این خشم در نهایت معطوف به خود شده و موجب احساس گناه و بی‌ارزش بودن می‌شود. خشم معطوف به خود به اعتماد به نفس فرد آسیب می‌زند، که خود باعث آسیب بیشتر به خودشیفتگی می‌شود، و به این ترتیب چرخه‌ای آسیب‌زای افسردگی اتکایی شکل

1. Coyne

2. eneric

3. information

4. Abraham

5. Bibring

6. Rapaport

7. Morisson

8. internalization

9. helplessness

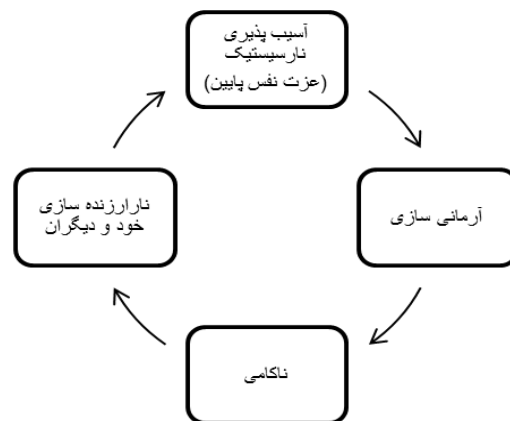
10. narcissistic vulnerability

11. Busch, Rudden and Shapiro

12. Rudden

می‌گیرد. در همین راستا اجتماع‌طلبی افراد وابسته عبارت است از: نوعی سازمان‌دهی خود که بیش از حد بر دیگران به عنوان منبع ارزش و عزت نفس تأکید دارد و به خودمختاری بی‌توجهی می‌کند. لذا، برای کسب عزت نفس به طور تقریباً کامل به دیگران متکی هستند؛ لذا، اغلب استراتژی‌های «خودخاموشی» را اتخاذ می‌کنند و نیازشان به خودمختاری و به رسمیت شناخته‌شدن را خاموش می‌کنند، زیرا می‌ترسند افراد ترک‌شان کنند و تنها شوند. بسیاری از این افراد تمایلات ناگهانی به مراقبت از دیگران دارند؛ یعنی همانطوری از دیگران مراقبت می‌کنند که دوست دارند از آنها مراقبت شود. افرادی که وابستگی زیادی دارند معمولاً باعث می‌شوند دیگران آن‌ها را پس بزنند و ترک کنند، زیرا نیازشان به عشق و مراقبت افراطی است. لذا، به شدت حواس‌شان به نشانه‌های پس‌زده‌شدن و ترک‌شدن است و در نتیجه، پیوسته راجع به خود شک دارند و جلوی رشد احساس خودمختاری، سلامت و فاعلیت‌شان گرفته می‌شود. همان‌گونه که مشاهده می‌گردد این مدل افسردگی با علائم افسردگی اتکایی بلت (بلت، ۲۰۰۴).

مدل دوم افسردگی مبتنی بر تلاش فرد برای مواجهه با اعتماد به نفس پایین، از طریق آرمان‌گرایی و نارزنده‌سازی است. همان‌گونه که در شکل ۲ مشاهده می‌گردد وضعیت افسرده‌کننده موجب آرمان‌گرایی جبرانی نسبت به خود یا دیگران می‌شود و احتمال ناامیدی نهایی عامل افسردگی را افزایش می‌دهد. ایگو آرمانی دارای استانداردهای غیرواقع‌بینانه، ناامیدی و بی‌ارزش‌سازی خود در مواجهه با عدم تحقق استانداردها را افزایش می‌دهد. این ناامیدی موجب خشم نسبت به خود می‌شود. از سوی دیگر، افراد ممکن است برای حفظ اعتماد به نفس خود، دیگران را بی‌ارزش کنند، اما خشونت در این حالت، موجب مجازات (توسط) سوپرایگو می‌شود. علاوه بر این، رفتار پرخاشگرایانه منجر به بیگانه‌سازی دیگران می‌شود، و احساس رهاشدگی و طرد را افزایش می‌دهد. افراد کمال‌گرای خودانتقادگر گرایش به آن دارند که، به واسطه استانداردهای بالا و نگرش‌های انتقادی‌شان، نارضایتی و انتقاد دیگران را به خود جلب کنند. لذا، دیگران معمولاً ترس افراد وابسته از پس‌زده‌شدن و رهاشدن را تقویت می‌کنند، همچنین ترس افراد خودانتقاد را از این‌که دیگران از آن‌ها انتقاد کنند نیز بیشتر می‌کنند و به چرخه‌های معیوب در روابط بین شخصی می‌انجامد. در نتیجه، افراد خودانتقاد به شدت به تجربه شکست حساس هستند و معمولاً به شدت دچار شک به خود می‌شوند و در عمق وجودشان به این باور می‌رسند که کاملاً بی‌ارزش هستند. بدیهی است که این احساسات و خیالات به شدت جلوی رشد احساسات مثبت آن‌ها نسبت به خودشان را می‌گیرد. این یافته‌ها با مدل‌های عمده‌ای که برای افسردگی وجود دارند و این اختلال را به افزایش حساسیت استرسی و تولید فعالانه استرس مرتبط می‌دانند سازگار هستند (هییم، نوپورت، متزکو، میلر و نمروف^۱، ۲۰۰۸). همان‌گونه که مشاهده می‌گردد این مدل افسردگی با علائم افسردگی درون‌فکنی شده بلت مطابقت دارد.



شکل (۲) چرخه معیوب افسردگی: عزت نفس پایین و آرمانی سازی و نارزنده سازی (رودن، ۲۰۰۳)

¹ Heim, Newport, Mletzko, Miller & Nemeroff

از آنجایی که جوهر آسیب پذیری نارسیستیک عبارت است از آرزوی یگانه بودن یا آرزوی خاص بودن در نظر افراد نزدیک، اگر در دوران کودکی این آرزو به طور بنیادی ارضا شده باشد، ما با حس رضایت، پروردگی، و کامل بودن بزرگ می شویم. برعکس، در غیاب این پاسخ، خود به صورت آشفته یا درهم گسیخته احساس شده که به شدت حس کمبود و چندپارگی دارد. این مورد آخر حسی نسبت به خود است که فرد را نسبت به ضعف نارسیستیک و نسبت به شرم حساس می سازد. به این ترتیب، شرم حس منفی ناشی از آسیب پذیری نارسیستیک است؛ اگر نوزاد به دنبال پاسخ خاصی از طرف مادرش باشد، پاسخی که به دلایلی توقع دارد دریافت کند و مادر نتواند مطابق آن توقع واکنش نشان دهد، احتمالاً نوزاد حس بد بودن یا بی لیاقتی می کند. تکرار این نوع طردشدن ها احتمالاً منجر به ایجاد خودانگاره ای نایمن و نامنسجم می شود که به آسانی نسبت به شرم حساسیت پیدا کرده و به آسانی شرم را تجربه می کند (دیرینگ و تانگانی^۱، ۲۰۱۱).

البته در اینجا باید شرم نهادینه^۲ را از صورت سالم شرم که اصول اخلاقی و ارزش های گروه را تقویت می کند، تفکیک کرد. شرم سالم در دوران کودکی، به آهستگی و در کنار فهم انتظارات دیگران، توانایی سنجش رفتارهایمان در قبال این انتظارات و تسلط لازم برای خویشتن داری در برابر تکانه های جامعه ستیزانه به وجود می آید. شرم سالم به تقویت خودآگاه کمک می کند، توانایی های همدلانه ما را ژرفا می بخشد و به ما اجازه می دهد که روابط حمایتی دوسویه داشته باشیم. در مقابل، شرم نهادینه در نخستین ماه های کودکی رشد می کند، به عنوان بازتابی از این که قدر و منزلت خود را به عنوان فرد و به عنوان عضوی از خانواده چگونه می بینیم. نتیجه شرم نهادینه این است که نفس اساساً ناقص، بی ارزش و دوست نداشتنی احساس می شود. در حالی که راهبری شدن با شرم سالم شخصیت مثبت می سازد، شرم نهادینه به نقطه مقابل اعتماد به نفس منتهی می شود. اگر شرم سالم ابراز آگاهانه ای از شرمندگی برای کاری باشد که انجام داده ایم، شرم نهادینه احساس عمیق شرمندگی به خاطر کسی یا چیزی است که هستیم. با شرم نهادینه، بخش عمده این احساس، حس از دست رفتگی آبرو است بدون آن که فرصت استیفای آن وجود داشته باشد (کوزولینو^۳، ۲۰۱۵). در این پژوهش هر جا از شرم سخن به میان می آید منظور شرم نهادینه است.

از منظر رویکرد های روان پویشی و بالاخص بر اساس نظرات فروید، بیشتر کارکردهای روان شناختی ما بر اساس تعاملاتی پویا میان ایگو، سوپرایگو و اید انجام میشود و تجربه شرم ناشی از سوپر ایگو مرضی در ساختار روان است. کودک ویژگی های متمایز ورودی های حسی را که از مراقبتگر دریافت میکند طوری درونی سازی میکند که گفتگویی درونی با این ویژگیها شکل بگیرد که همان سوپرایگو از منظر رویکردهای روان پویشی است. در فضای مجازی درونی کودک، بین خود و فرد درونی شده دیگر (یعنی مراقبتگر) تفاوت وجود دارد. به دلیل ارائه تقویت از طرف مراقبتگر (مراقبتگران) قابلیت های کسب شده کودک اجرا و تحت هدایت بازخوردی، اصلاح می شود. در نتیجه خود کارآمدی افزایش می یابد و به تدریج، کنترل های بیرونی رفتار (از طریق مدل سازی با مراقبتگر) به کنترل درونی تبدیل می شود. البته در طول زندگی فرد افراد مهم دیگری نیز وجود دارند. افرادی از قبیل اعضای خانواده، معلمان، همسالان، ستارگان سینما، شخصیت های کارتون و حیوانات خانگی. تمام این افراد و شخصیت ها، به عنوان مدل عمل میکنند و ممکن است فضای مجازی درونی ما، با تعاملات و گفتگوهای فراوانی با این افراد مهم اشغال شود. اگر فضای ذهنی، مملو از گفتگوهای فراوان با افراد درونی سازی شده همدل و سازنده باشد میتواند به عنوان پادزهری در برابر یادگیری تقلیدی از مدل های پرخاشگر، عمل کند. اغلب، چنین بیمارانی، توسط یکی از مراقبتگرانشان بطور آشکار و به شدت مورد آزاد و سوء استفاده جسمی و یا روانی قرار گرفته اند در حالی که مراقبتگر (مراقبتگران) دیگر به شکلی منفعلانه شاهد این آزارها بوده اند. سوپر ایگوی این بیماران به وسیله چندین مراقبتگر پرخاشگر اولیه شکل گرفته است و در واقع آنها ایگوی بیمار را مورد هجوم قرار

¹ Dearing and Tangany

² core shame

³ Cozolino

داده اند. این افراد کسانی بوده اند که کودک به آنها وابسته بوده است. و البته، همیشه آن مراقبتگر منفعل، درمانده، نادیده انگار است که شرایطی را فراهم می‌سازد تا مراقبتگر پرخاشگر دیگر بتواند رفتار ظالمانه و دردآورش را مدتها ادامه دهد. بطور ویژه، این مراقبتگران پرخاشگر درونی سازه شده را که فضای مجازی ذهنی بیمار را اشغال می‌کنند سوپر ایگو می‌نامیم. از منظر بحث نوروپسایکولوژی، آینه ای میتوان گفت: سیستم نوروپسایکولوژی آینه ای در این بیماران، در واقع زندان نوروپسایکولوژی آینه ای است (نورسکی و تن هاود لاجیه^۱، ۲۰۱۲).

در همین راستا بیماران با افسردگی درون فکنی شده با دفاع آرمانی‌سازی خود و دیگران در تلاش اجتناب از تجربه شرم ناشی از سوپرایگو مرضی هستند، اما از آنجایی که همه افراد دارای نقص و کمبودهایی می‌باشند و این ماهیت نوع بشر است بنابراین به زودی این افراد چه در تجربه خود و چه در تجربه با دیگران دچار ناکامی گشته و از آنجایی که تاب هیچ ناکامی ندارند به ناززنده‌سازی خود و دیگران می‌پردازند که متعاقب این فرایند آسیب‌پذیری نارسیستیک بدتر شده و در نتیجه علائم افسردگی بیشتر می‌شود. بنابراین تمرکز درمان در این گروه از بیماران افسرده باید اولویت با تعدیل شرم و خنثی‌سازی دفاع آرمانی‌سازی و ناززنده‌سازی باشد.

بنابراین در راستای مطالب مطرح شده از منظر رویکرد های روان‌پوشی در جهت تعدیل شرم نهادینه باید سوپرایگو مشفق با سوپر ایگو مرضی جایگزین گردد. درمان تنظیم هیجان‌پوشی تجربه‌ای^۲ (EDER) مبتنی بر درمان روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت^۳ ISTDP است (فردریکسون، مسینا و گرگ کوچی^۴، ۲۰۱۸). درمان ISTDP نخستین بار در دهه ۱۹۷۰ و توسط حبیب دوانلو ارائه (دوانلو، ۲۰۰۰) و پس از آن، توسط دیگران بسط داده شد (کافلین^۵، ۱۹۹۶؛ فردریکسون، ۲۰۱۳؛ نورسکی و تن هو دلاییز^۶، ۲۰۱۲). این دیدگاه، براساس مفهوم تعارض فروید (۱۹۲۳) است، و در راستای مجزا سازی سوپرایگو مرضی از ساختار روانی و تجربه احساسات اصیل (بدون تجربه اضطراب زیاد و مکانیزم های دفاعی) نسبت سوپرایگو تکنیک های مفیدی ارائه می‌کند.

از طرف دیگر شفقت، که تمرکز بر پذیرش و تفاهم و پیوندجویی است، می‌تواند پادزهری نیرومند برای تجارب بیگانه‌کننده شرم باشد. واقعیت این است که درمان شفقت‌محور برای افرادی ایجاد شده که شرم حاد و خودانتقادی شدیدی دارند. افراد خودمنتقد ممکن است درگیر مداخلات شناختی شوند، و معمولاً می‌گویند که، «من منطق قضیه را درک می‌کنم؛ قابل فهم است، ولی هیچ فرقی حس نمی‌کنم.» از دیدگاه درمان شفقت‌محور یکی از دلایل این موضوع این است که دستگاه تسکین که به اندورفین و اوکسیتوسین ربط دارد و باعث احساس اطمینان و آرامش می‌شود به راحتی در دسترس بیمار قرار ندارد. سؤال این است که، آیا می‌توانیم به مردم یاد بدهیم یک نوع خاص از رابطه خود-با-خود را تمرین و تولید کنند که بر پایه خودشفقت بوده و هدفش تحریک دستگاه تسکین باشد؟ (دیرینگ و تانگنی، ۲۰۱۱). در همین راستا در کنار درمان تنظیم هیجان‌پوشی تجربه‌ای^۷، درمان شفقت خود بهوشیارانه کریستین نف و کریستوفر گرم (گرم و نف^۸، ۲۰۱۹) به کار گرفته خواهد شد. شفقت خود بهوشیارانه (MSC)^۹ اولین برنامه آموزشی است که توسط نف و گرم (۲۰۱۸) به طور ویژه برای بهبود شفقت خود طراحی شد. MSC می‌خواهد مهارت‌های لازم برای شفقت خود را در زندگی روزانه به طور مستقیم آموزش دهد (نف و گرم، ۲۰۱۸).

با وجود تکنیک های غنی درمان شفقت خود بهوشیارانه، در این درمان خص به منشا سوپرایگو مرضی و تجربه احساسات نسبت به این ساختار روانی پرداخته نمی‌شود و از طرف دیگر در درمان تنظیم هیجان‌پوشی تجربه‌ای نیز با وجود تکنیک های غنی در راستای مجزا سازی سوپرایگو مرضی از ساختار روانی و تجربه احساسات اصیل نسبت به آن، تکنیک هایی در جهت شکل دهی

¹ Neborsky, ten Have-de Labije

² Experiential-Dynamic Emotion Regulation

³ Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy

⁴ Frederickson, Messina & Grecucci

⁵ Coughlin

⁶ Germer and Neff

⁷ Mindful Self-Compassionate

سوپرایگو مشفق ارائه نمی گردد، بنابراین تلفیق تکنیک های این دو نوع درمان خاص در راستای تعدیل سوپرایگو مرضی و متعاقباً کاهش شرم نهادینه مفید خواهد بود (نبروسکی، ۲۰۱۲). با وجودی که بلت و همکاران سال هاست به لحاظ نظری این دو گروه از بیماران افسرده را تفکیک کرده اند اما در هیچ مطالعه ای به شکل جدی به عوامل زمینه ساز افسردگی در بیماران با افسردگی درون فکنی شده و دفاع های این گروه از بیماران در جهت اجتناب از عامل زمینه ساز شرم نهادینه و متعاقباً طراحی درمان متناسب با آن ها پرداخته نشده است، و از آنجاییکه افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانی است (کامیمورا، نوریان، آساسنیک و روا، ۲۰۱۰) که شیوع رو به رشد آن به یک نگرانی جهانی تبدیل شده و تخمین زده می شود که در سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری رایج در دنیا تبدیل شود (کیمبرل، مه یر، دی بیر، گالیور و موریسست، ۲۰۱۴) طراحی و آموزش درمان های اثربخش و متناسب با هر گروه از بیماران افسرده حائز اهمیت بوده و ضروری به نظر می رسد. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان التقاطی بر کاهش شرم نهادینه، افزایش شفقت خود و کاهش شدت افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی درون فکنی شده بوده است.

روش پژوهش

طرح پژوهش تک آزمودنی^۳ AB به همراه پیگیری ۴۵ روزه است. طرح تحقیق به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و گروه کنترل) و شامل مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری بوده است. درمان روان شناختی (درمان شفقت خود بهوشیارانه و تنظیم هیجان پویشی تجربه ای) متغیر مستقل و علائم افسردگی درون فکنی شده، شرم نهادینه، و شفقت خود به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شد. جامعه آماری مورد پژوهش شامل کلیه افرادی است که در سال ۹۸ تشخیص اختلال افسردگی را در مرکز مشاوره و کلینیک روان درمانی دانشگاه شیراز دریافت کردند. بیمارانی که با تشخیص افسردگی توسط روان شناس بالینی در مرکز مشاوره و روان درمانی دانشگاه شیراز تشکیل پرونده داده اند به محقق ارجاع داده شده و سپس محقق با استفاده از پرسشنامه اختلال افسردگی بک ۲ و با توجه به نمره افراد، از کسانی که نمره بالاتر از ۲۰ در افسردگی گرفتند یک مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال های روانی بر اساس DSM^۴ (SCID-5-CV) انجام شد. و در نهایت افراد گروه نمونه با در نظر گرفتن ملاک های رد و شمول با روش نمونه گیری هدفمند توسط محقق انتخاب شدند. براساس تمایل و رضایت به شرکت در پژوهش و مصاحبه تشخیصی ساختار یافته، از بین بیماران مراجعه کننده، ۳ نفر بعنوان نمونه انتخاب شدند.

ملاک های شمول شامل موارد زیر بودند: تکمیل فرم رضایت آگاهانه، دریافت نمره حداقل ۲۰ (افسردگی متوسط) در نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک، دریافت تشخیص فعلی اختلال افسردگی اساسی یا وجود اختلال افسردگی اساسی در ۱۲ ماه گذشته بر اساس مصاحبه تشخیصی ساختار یافته برای اختلالات روانی (SCID-5-CV). ملاک های رد نیز عبارتند از: عدم وجود سایر اختلالات روانی که در DSM5 گزارش شده است، عدم وجود معلولیت قابل توجه جسمی، ناتوانی ذهنی و عدم مصرف دارو در ضمن درمان.

¹. Kamimura, Nourian, Assasnik and Roa

². Kmbrel, Meyer, Debeer, Gulliver and Morissette

³. single subject design

⁴ Structural Clinical Interview for DSM-5

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)

در طی ۳۵ سال اخیر پرسشنامه بک (BDI-II) پذیرفته‌ترین ابزار شناسایی افسردگی در بیماران بوده که تشخیص بالینی را دریافت کرده بودند. پرسشنامه افسردگی بک-۲ نسخه جدیدتر پرسش‌نامه افسردگی بک است که برای سنجش شدن افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا طراحی شده است و علایم را در دو هفته اخیر می‌سنجد. چون BDI-I تنها ملاک از ۹ ملاک افسردگی را پوشش می‌داد، در سال ۱۹۹۶ برای هماهنگی بیشتر با DSM-IV مورد بازنگری قرار گرفت و پرسشنامه افسردگی بک-۲ (BDI-II) ساخته شد (فتا، و همکاران، ۱۳۸۴). روایی همگرایی پرسشنامه افسردگی بک-۲ با مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون ۲ (HRSD) $r = 0.71$ به دست آمده است. همچنین پایایی آزمون باز آزمون این پرسشنامه پس از یک هفته 0.93 گزارش شده است (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶). ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در نمونه ایرانی نیز بر روی ۹۴ نفر مورد مطالعه قرار گرفته است. براین اساس آلفای کرونباخ این پرسشنامه 0.91 ، پایایی به روش آزمون باز آزمون 0.94 و پایایی به روش دو نیمه‌سازی 0.89 به دست آمده است (فتا، بیرشک، عاطف وحید و دابسون، ۱۳۸۴). این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که هر ماده از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های روانی DSM-5 (SCID-5-CV)

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای (SCID-5) DSM-5 مصاحبه‌ای نیمه‌ساختار یافته برای تشخیص‌های اصلی DSM-5 است. این ابزار توسط بالینگر یا کارشناس سلامت روان آموزش‌دیده که با معیارهای تشخیصی طبقه‌بندی اختلال‌ها در DSM-5 آشناست، اجرا می‌گردد. SCID به سه نسخه تقسیم‌بندی شده است: نسخه بالینی SCID-5-CV که در آن سازه‌سازی به منظور استفاده بالینگران صورت گرفته است، نسخه تحقیقاتی SCID-5-RV که شامل تعدادی از امکانات بوده که به منظور استفاده از آن در مطالعات تحقیقاتی تعبیه شده‌اند و نسخه کارآزمایی‌های بالینی SCID-5-CT که دارای قابلیت تغییر برای مطابقت با معیارهای تشخیصی ورودی و خروجی در کارآزمایی‌های بالینی است. در این پژوهش از نسخه بالینی استفاده شد. این نسخه، اختلال‌هایی که در کلینیک‌ها شایع‌تر هستند را پوشش می‌دهد و نسبت به نسخه پژوهشی کوتاه‌تر است و با یک مصاحبه باز درباره بیماری فعلی و دوره‌های قبلی بیماری آغاز می‌گردد. در این نسخه هر کدام از ماده‌ها به سه صورت؟ (اطلاعات ناکافی درباره نشانه)، - (عدم وجود نشانه) و + (وجود نشانه) علامت‌گذاری می‌گردند و شش حوزه اختلالات (دوره‌های خلقی، نشانگان روان‌پریشی، اختلال‌های روان‌پریشی، اختلال‌های خلقی، اختلال‌های مصرف مواد و اضطراب) را پوشش می‌دهد. شریفی و همکاران (۱۳۸۳) توافق تشخیصی متوسط تا خوب (ضریب کاپای بالای 0.60) برای تشخیص‌های کلی و خاص به دست آورده‌اند. آن‌ها همچنین کاپای کل تشخیص‌های فعلی را 0.52 و کاپای کل تشخیص‌های طول عمر را 0.55 برآورد کرده‌اند. SCID نیز برای سنجش اختلالات شخصیت (محور دو) به کار می‌رود و تمامی اختلالات را مربوطه پوشش می‌دهد. در این ابزار نشانه‌ها با چهار علامت؟ (اطلاعات ناکافی درباره نشانه)، ۱ (عدم وجود نشانه)، ۲ (پایین‌تر از حد آستانه)، ۳ (در حد آستانه) علامت‌گذاری می‌شوند. شاخص توافق کاپا برای تشخیص‌های مقوله‌ای از 0.48 تا 0.98 و برای تشخیص‌های درون طبقه‌ای از 0.90 تا 0.98 برآورد گردیده است. همچنین ضریب همسانی درونی آن از 0.71 تا 0.94 گزارش گردیده است (فرست، ویلیامز، کرگ و اسپیتزر^۱، ۱۳۹۶).

مصاحبه تشخیصی افسردگی درون فکنی شده و اتکایی

برای بررسی تغییر در شکل‌بندی ویژگی‌های شخصیتی اتکایی-درون فکنی، به ارزیابی ابعاد شخصیتی نیاز داریم و طبقه‌بندی‌های

¹ First, Williams, Karg & Spitzer

سنخی به کار نمی‌آیند (مانند راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی). رویکرد تطبیق با نمونه اولیه^۱، با روشی که متخصصان بالینی برای ارزیابی بیمارانشان به کار می‌گیرند، همخوانی بیشتری دارد. این روش مستلزم بررسی میزان انطباق اظهارات بیمار در درمانگاه با توضیحات یک پاراگرافی اختلالات روانی، از طریق مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای است، به گونه‌ای که نمره ۱ کمترین تطابق با نمونه و ۵ بیشترین تطابق با نمونه را نشان می‌دهد (دیفیف^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). در بررسی حاضر برای سنجش ابعاد شخصیت‌اتکایی - درون‌فکن و بر اساس مواد بالینی یا داده‌های مصاحبه‌ای هم‌تا با توصیفات نمونه مورد تأیید بِلت ابزاری توسط وربارت و لواندر (۲۰۰۶) طراحی شد. روش تطابق نمونه به استدلال بالینی^۳ نزدیک است و به تمایل طبیعی اندیشه انسان به سخن‌بندی و دسته‌بندی شباهت دارد (وستن و همکاران، ۲۰۱۰). بیماران قبل از درمان، در پایان درمان و در زمان پیگیری، بر اساس فرمول‌بندی‌های بِلت (۲۰۰۸) و با استفاده از داده‌های مصاحبه‌ای هم‌تا با توصیفات نمونه پاراگرافی دو نوع شکل‌بندی شخصیت، در دو طبقه اتکایی غالب و درون‌فکن غالب قرار داده شدند (وربارت، آلدن و دیتریچ، ۲۰۱۷). بنابراین موردها به دو گروه «از اول متکی» یا «از اول درون‌فکنی» تقسیم‌بندی شدند؛ این تقسیم‌بندی بر اساس بیشترین امتیاز یکی از این دو بعد شخصیتی پیش از درمان، صورت گرفت. کاهش امتیاز بعد شخصیتی غالب پس از درمان به همراه افزایش امتیاز بعد دیگر به‌عنوان شاخص یکپارچگی کامل‌تر حس تعلق و خودشناسی - به عبارتی توازن بهبودیافته‌ای در نظر گرفته شد.

مقیاس شرم نهادینه^۴ (ISS)

مقیاس شرم درونی شده کوک (۱۹۹۳) شامل ۳۰ ماده و دو خرده مقیاس کمرویی و عزت نفس است. پاسخ به هر ماده این مقیاس به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز = ۰ تا اکثراً همیشه = ۴) است نمره‌های بالا در این مقیاس نشان‌دهنده بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی و نمره پایین بیان‌کننده اعتماد به نفس بالا است. کوک (۱۹۹۳) ضریب پایایی آلفای کرونباخ نمره کل را ۰/۹۰ و خرده مقیاس‌های کمرویی و عزت نفس مقیاس شرم درونی شده را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. رجبی و عباسی (۱۳۹۰) در پژوهش خود ضرایب پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس را در کل نمونه ۰/۹۰ و در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ نمره کل در پژوهش حاضر ۰/۹۱ به دست آمد.

مقیاس شفقت خود (SCS)

این ابزار یک مقیاس خودگزارشی ۲۶ سوالی است که توسط نف در سال ۲۰۰۳ ساخته شد. آزمون ۶ خرده مقیاس مهربانی به خود، قضاوت خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهوشیاری و همانند سازی افراطی را در بر می‌گیرد. آزمودنی‌ها به سولات این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای پاسخ دادند. نمره کلی شفقت خود نیز با محاسبه میانگین نمرات ۶ مقیاس به دست می‌آید. ثبات درونی این پرسشنامه در تحقیقات گذشته ۰/۹۲ و پایایی بازآزمون آن ۰/۹۳ گزارش شد (نف، ۲۰۰۳). در مطالعه خسروی، صادقی و یابنده (۱۳۹۲) روایی مقیاس کل با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر برابر ۰/۸۲ بود.

1. prototype matching

2. Defife

3. clinical reasoning

4. the Internalized Shame Scale.

روش اجرای پژوهش و تحلیل داده‌ها

ابتدا پرسشنامه‌های افسردگی بک ۲ به بیمارانی که با مراجعه به مرکز مشاوره دانشگاه شیراز با تشخیص افسردگی توسط روانشناس بالینی تشکیل پرونده داده اند، داده شد. محقق با توجه به نمره افراد از کسانی که نمره بالایی (بالای ۲۰) در این پرسشنامه بگیرند یک مصاحبه بالینی ساختاریافته انجام داد و با در نظر گرفتن ملاک‌های رد و شمول افراد نمونه انتخاب شد. سپس بیماران قبل از درمان، بر اساس فرمول‌بندی‌های بک (۲۰۰۸) و با استفاده از داده‌های مصاحبه‌ای هم‌تا با توصیفات نمونه پاراگرافی دو نوع شکل‌بندی شخصیت، در دو طبقه اتکایی غالب و درون‌فکن غالب قرار داده شدند و سپس افراد درون‌فکن غالب در راستای اهداف پژوهش انتخاب شدند. سپس مقیاس شرم درونی شده و مقیاس شفقت خود را پس از متوازن‌سازی تقابلی به صورت تصادفی برای هر فرد، اجرا شد. در پایان درمان نیز مجدداً افراد بر مبنای داده‌های مصاحبه‌ای هم‌تا به لحاظ ویژگی‌های درون‌فکنی شده ارزیابی شده و دوباره پرسشنامه افسردگی بک-۲، مقیاس شرم درونی شده و مقیاس شفقت خود را تکمیل کردند. در راستای انجام درمان التقاطی تنظیم هیجان پویایی تجربه‌ای و شفقت خود بهوشیارانه، محقق دارای سوابق آموزشی و درمانی تنظیم هیجان پویایی تجربه‌ای (EDER) و درمان شفقت خود بهوشیارانه (MSC) است. این برنامه به صورت هفتگی در مرکز مشاوره دانشگاه شیراز در یک اتاق ۳*۴ در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای برگزار شد، و ۴۵ روز بعد از پایان درمان نیز شرکت‌کنندگان مجدداً پرسشنامه‌های پژوهش را در راستای ارزیابی دوره پیگیری تکمیل کردند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی، روش تحلیل دیداری^۱ نمودار و اندازه اثر^۲ استفاده شد. در تحلیل دیداری با نمودارهای ترسیم شده برای دو گروه در هر متغیر روند تغییر قابل تحلیل است. در پژوهش حاضر برای محاسبه اندازه اثر از اندازه اثر کوهن (۱۹۹۸) استفاده شد. طبق اندازه اثر کوهن مقادیر کمتر از صفر نشان دهنده اثر منفی، صفر تا ۰/۴ اندازه اثر کم، ۰/۵ تا ۰/۸ اندازه اثر متوسط و ۰/۹ یا بالاتر اندازه اثر بزرگ است (صادقیان، بیگدلی و زارعی، ۱۳۹۶).

یافته‌ها

جدول (۱) آمار توصیفی نمرات مربوط به متغیرهای پژوهش

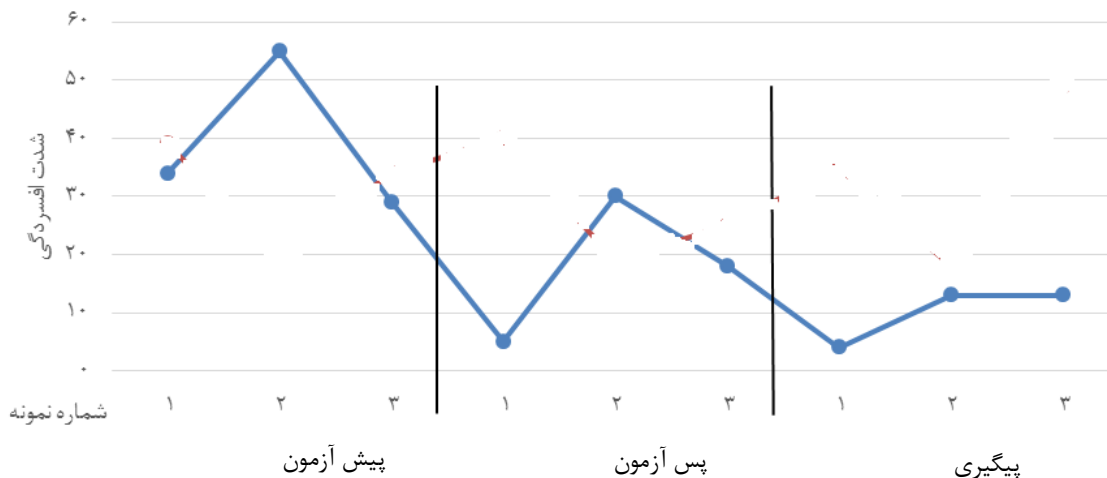
نام متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار
شدت افسردگی	۳۹/۳۳	۱۳/۷۹	۱۷/۶۶	۱۲/۵۰	۱۰	۵/۱۹
شرم	۶۹/۶۶	۹/۰۷	۴۹	۱۷/۰۵	۴۷/۳۳	۱۰/۵۰
شفقت خود	۴۹/۶۶	۱۳/۳۱	۸۷/۳۳	۲۴/۵۴	۹۳	۱۱/۲۶
مهربانی با خود	۸/۶۶	۴/۰۴	۱۸	۴/۳۵	۱۸/۳۳	۱/۵۲
قضایات خود	۷/۶۶	۲/۵۱	۱۲/۳۳	۳/۷۸	۱۳	۲/۶۴

^۱ visual inspection^۲ effect size

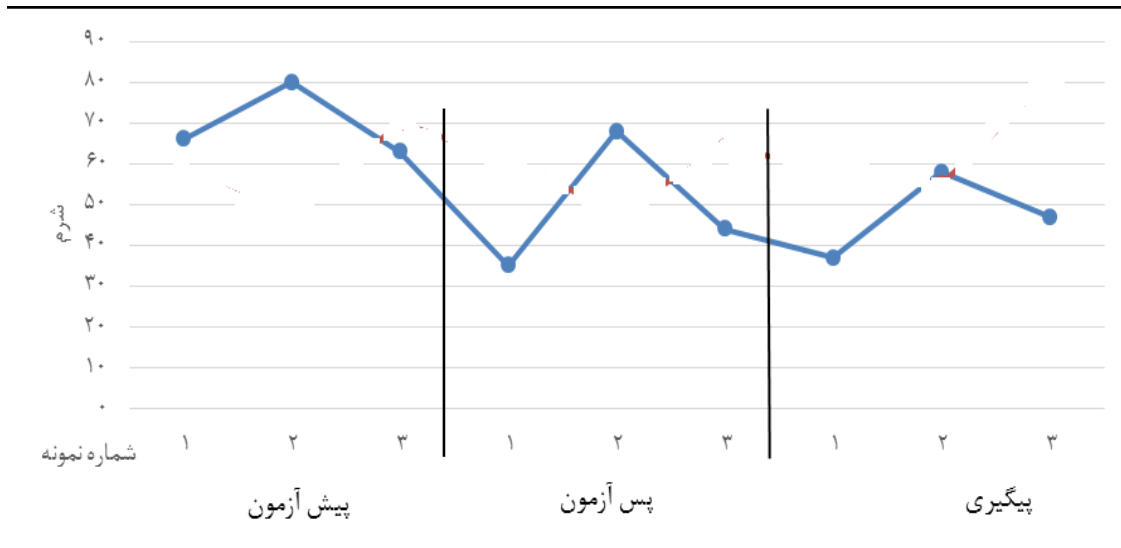
هماندسازی	۹	۲	۱۳/۳۳	۴/۷۲	۱۳/۳۳	۰/۵۷
انزوا	۷	۲/۶۴	۱۳/۳۳	۳/۰۵	۱۳/۶۶	۲/۰۸
بهوشیاری	۹/۶۶	۲/۳۰	۱۶/۳۳	۴/۷۲	۱۸/۳۳	۲/۳۰
اشتراکات انسانی	۷/۶۶	۱/۱۵	۱۴	۴/۳۵	۱۶/۳۳	۲/۳۰

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد میانگین شدت افسردگی و شرم هر سه آزمودنی در مراحل درمان و پیگیری در مقایسه با خط پایه کاهش یافته و از طرف دیگر نمرات شفقت خود و مؤلفه های آن در مراحل درمان و پیگیری افزایش پیدا کرده است.

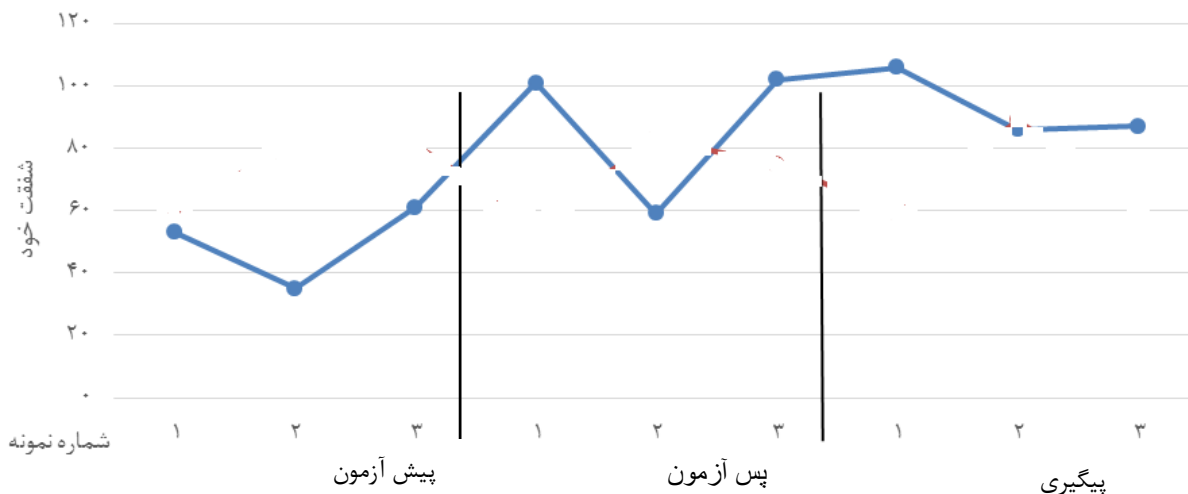
در راستای تحلیل دیداری متغیرهای پژوهش در نمودارهای ۱، ۲ و ۳ نمرات متغیرهای افسردگی، شرم و شفقت خود و در ۳ مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داده شده است.



نمودار (۱) مقایسه متغیر شدت افسردگی در شرکت کنندگان



نمودار (۲) مقایسه متغیر شرم در شرکت کنندگان



نمودار (۳) مقایسه متغیر شفقت خود در شرکت کنندگان

همانگونه که نمودار ۱ و ۲ نشان می‌دهند، میانگین شدت افسردگی و شرم در هر سه آزمودنی نسبت به مرحله خط پایه کاهش یافته است، در حالیکه با توجه به شکل ۳ نمرات شفقت خود در این گروه از بیماران نسبت به مرحله خط پایه افزایش یافته است.

بحث اندازه اثر بیشتر با مطالعات جاکوب کوهن شناخته می‌شود. اندازه اثر بر جهت و شدت تفاوت میان دو گروه یا رابطه بین دو متغیر دلالت دارد. اندازه اثر می‌تواند تفاوت میانگین‌های مشاهده شده یا همبستگی متغیرها را مورد بررسی قرار دهد. جهت آگاهی از میزان اثربخشی درمان التقاطی در گروه بیمار از اندازه اثر کوهن و رابطه زیر استفاده شده است.

$$d = \frac{|\bar{X}_1 - \bar{X}_2|}{S_{Average}}$$

که در این رابطه \bar{X}_1 میانگین متغیر مورد نظر در گروه بیمار، \bar{X}_2 میانگین متغیر مورد نظر در گروه کنترل و $S_{Average}$ میانگین انحراف معیارهای این متغیر در دو گروه بیمار و کنترل است. چنانچه اندازه اثر بین ۰ تا ۰/۲ باشد اثر کم، اگر بین ۰/۲ تا ۰/۵ باشد اثر متوسط و اگر بزرگتر از ۰/۵ باشد اثر زیاد است. اندازه اثر تغییرات حاصل در متغیرهای پژوهش (شدت افسردگی، شرم، شفقت خود و مؤلفه های آن) در مرحله پس آزمون و پیگیری در هر دو گروه آزمایش و کنترل ارزیابی گردید (جدول ۳).

جدول (۲) محاسبه اندازه اثر کوهن

نام متغیر	میانگین پس آزمون - قدر مطلق میانگین پیش آزمون	آزمون و پیگیری میانگین انحراف معیارهای پیش	اندازه اثر کوهن پس آزمون	میانگین پیش آزمون - قدر مطلق میانگین پیش آزمون	آزمون و پیگیری میانگین انحراف معیارهای پیش	اندازه اثر کوهن پیگیری
شدت افسردگی	۲۱/۶۶	۱۳/۱۵	۱/۶۴	۲۹/۳۳	۹/۴۹	۳/۰۸
شرم	۲۰/۶۶	۱۳/۰۶	۱/۵۸	۲۲/۳۳	۹/۷۸	۲/۲۸
شفقت خود	۳۷/۶۶	۱۸/۹۳	۱/۹۹	۴۳/۳۳	۱۲/۲۹	۳/۵۲
مهربانی با خود	۹/۳۳	۴/۲	۲/۲۲	۹/۶۶	۲/۷۸	۳/۴۷
قضاوت خود	۴/۶۶	۳/۱۵	۱/۴۸	۵/۳۳	۲/۵۸	۲/۰۶
هماندسازی	۴/۳۳۳	۳/۳۶	۱/۲۸	۴/۳۳	۱/۲۸	۳/۳۶
انزوا	۶/۳۳۳	۲/۸۵	۲/۲۲	۶/۶۶	۲/۳۶	۲/۸۲
بهوشیاری	۶/۶۶۷	۳/۵۱	۱/۸۹	۸/۶۶	۲/۳۰	۳/۷۵
اشتراکات انسانی	۶/۳۳۳	۲/۷۵	۲/۲۹	۸/۶۶	۱/۷۳	۵/۰۰

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می گردد اندازه اثر تغییرات حاصل از مداخلات درمانی در تمامی متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون بزرگ (بیشتر از ۰/۵) بوده است.. بنابراین یافته های حاکی از آن است که مداخلات درمانی تاثیرگذار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر درمان التقاطی شفقت خود بهوشیارانه و تنظیم هیجان پویایی تجربه ای در بیماران مبتلا به افسردگی درون فکنی شده انجام شد. نتایج حاکی از آن بود که درمان التقاطی بر کاهش شدت افسردگی، شرم درونی شده و افزایش شفقت خود در مرحله پس آزمون و پیگیری اثر داشته است.

تحقیقات تجربی نشان می‌دهند که افسردگی درون فکنی شده (کمال‌گرایی) نشانگر روشی تدافعی برای جبران احساس شرم درونی و حقارتی است که والدین انتقال داده‌اند؛ به ویژه انتقادات والدین و کنترل روانی‌ای که آن‌ها اعمال کرده‌اند (سونس، وانستینکیسته^۱ و لویتن، ۲۰۱۰)، به گونه ای که تلاش برای جبران این احساسات می‌تواند به جبران بیش از حد بیانجامد و تمرکز فرد به طرزی بیش از اندازه بر موضوع دستاورد صرف شود. این وضع اغلب به خستگی بیش از حد روانی و یا فیزیکی (افسردگی) می‌انجامد و نیز، به اصطلاح، خود «جعلی» که قوی، خودمختاری و خوداتکا قلمداد می‌شود، در حالی که در واقعیت شکننده و آسیب‌پذیر است. درمان‌جویان دچار شرم نهادینه، غالب آن‌ها والدینی سخت‌گیر و عیب‌جو دارند یا احساس می‌کنند که کمتر از خواهران و برادران‌شان محبوب بوده‌اند. احتمال بیشتری دارد که تجربه بدرفتاری، نادیده‌شدن یا ترک‌شدن از یکی از والدین یا هر دوی آن‌ها داشته باشند یا پدر و مادرانی داشته باشند که به‌خاطر حمایت عاطفی و عملی به آن‌ها تکیه کرده باشند. بسیاری از کودکانی که والدینی بی‌صلاحیت دارند، از سنین ابتدایی نقش سرپرست عاطفی پدر و مادر را بازی می‌کردند. به‌رغم شایستگی این کودکان و طرز رفتار بزرگسالانه‌شان، ذهن‌های خردسال‌شان عدم شایستگی والدین خود را عدم ارزشمندی خود تعبیر می‌کرد؛ با این اعتقاد که «اگر من سزاوار عشق بودم، پدر و مادرم آن‌چه نیاز داشتم را به من می‌دادند.» در نهاد شرم نهادینه اطمینانی است درونی به ضعف فردی که با ترس از این‌که، این مطلب بر همه معلوم شود، ترکیب شده است. حتی اگر فرد دارای شرم نهادینه هیچ کار اشتباهی انجام نداده باشد، باز احساسی قوی وجود دارد مبنی بر این‌که هیچ کاری برای جبران آن کار نکرده نمی‌توان انجام داد، چون «جرم» دوست‌داشته‌شدن از سوی والدین به ندرت مربوط به خودآگاهی‌شان می‌شود. از دلایل اصلی این‌که چرا روان‌درمانی جواب می‌دهد همین است که ما می‌توانیم پرده از شرم نهادینه برداریم، برایش اسم انتخاب کنیم و برای مهارش تدابیری مطرح کنیم، اعتماد به نفس و شرم نهادینه ابتدایی چنان در عنفوان درون ما نوشته شده‌اند که در ژرفا به آن‌ها علم داریم، اما به‌ندرت به آن‌ها فکر می‌کنیم و به‌روشنی از آن‌ها حرف می‌زنیم. همین‌که کودکان به تدریج وارد گروه‌های بیش از پیش پیچیده هم‌سالان می‌شوند، شرم نهادینه شروع به شکل‌دهی دنیای اجتماعی‌شان می‌کند (کوزولینو، ۲۰۱۵).

بنابراین یافته‌های این پژوهش حاضر همخوان با مطالعات پیشین است که نشان می‌دهد وجود نگرش توأم با شفقت در افراد به آن‌ها کمک می‌کند به جای نادیده‌انگاشتن نواقص خود، آن‌ها را به وضوح مشاهده کنند و بپذیرند (پاولی و مک فرسون^۲، ۲۰۱۰) زیرا مفهوم شفقت خود به عنوان یکی از اشکال سازش‌یافته پذیرش خود معرفی می‌گردد. در واقع شفقت خود شامل سه مؤلفه اساسی است که باید به‌هنگام رنجوری به اجرا درآیند یا در نظر گرفته شوند: مهربانی با خود، اشتراکات انسانی و بهوشیاری.

در مهربانی با خود به‌هنگام پی‌بردن به نقائص شخصی‌مان، به جای آنکه به شدت از خود انتقاد کنیم باید حامی و مشوق خود باشیم و بکوشیم از خودمان در برابر آسیب‌ها حفاظت کنیم. به جای اینکه خود را بابت ضعیف بودنمان زیر باد انتقاد و فشار بگیریم، باید به خودمان حس گرمی و پذیرش بی‌قید و شرط بدهیم. به همین ترتیب، وقتی شرایط بیرونی زندگی چالش‌برانگیز و تحمل‌ناپذیر می‌شوند، فعلاً خود را آرام کنیم و تسلی بخشیم. اشتراکات انسانی یکی دیگر از ارکان شفقت خود، ایده پیوند با دیگر انسان‌هاست. در شفقت خود، به یاد می‌آوریم که همه انسان‌ها نقص دارند و باید پیشرفت کنند، هر کسی شکست می‌خورد، اشتباه می‌کند و مصائب زندگی را می‌چشد. شفقت خود این واقعیت‌گریزناپذیر را کاملاً به رسمیت می‌شناسد که زندگی برای همه و بی‌هیچ استثنائی با رنج همراه است. گرچه این واقعیت بدیهی می‌نماید، به‌راحتی فراموش می‌شود و ما به‌سادگی در دام این باور

^۱. Soenes & Vansteenkist

^۲. Mcpherson

غلط می‌افتیم که «قرار است» همه چیز خوب پیش برود و اگر این طور نشود، لابد مشکلی وجود دارد. البته که به احتمال بسیار زیاد، در واقع به ناگزیر، ما به طور مرتب اشتباه خواهیم کرد و با دشواری‌هایی مواجه خواهیم بود. این وضع کاملاً عادی و طبیعی است. اگر به یاد آوریم که رنج، بخشی از تجربه مشترک بشری است، هر لحظه از رنج تبدیل به لحظه ارتباط با تمامی بشریت می‌شود. رنجی که من در روزگار پریشان حالی می‌برم همانی است که شما در مصائب با آن مواجه می‌شویم. شرایط متفاوت هستند، درجات رنج با هم فرق دارند، اما اساس تجربه رنج انسان‌ها یکسان است و در نهایت بهوشیاری عبارت است از آگاهی از تجربه لحظه به لحظه مان به شکلی واضح و متعادل. بهوشیار بودن یعنی اینکه در برابر واقعیت اکنون گشوده باشیم و بی هیچ مقاومت یا انکاری به تمامی افکار، عواطف و احساساتمان اجازه ورود به بخش خودآگاه را بدهیم. این سه مؤلفه اصلی شفقت خود را می‌توان با عناوین شفقت (مهربانی با خود) و حضور (بهوشیاری) متصل (اشتراکات انسانی) نیز توصیف کرد. زمانی که شفقت و حضور متصل را در ذهن داشته باشیم، رابطه مان با خودمان، دیگران و با جهان متحول می‌شود (نف و گرم، ۲۰۱۸). بنابراین با کمک مؤلفه های شفقت خود می‌توان به افراد با افسردگی درون فکنی شده کمک کرد نواقص انسانی خود را که تجربه مشترک انسانی همه ماست با بهوشیاری ببیند و بپذیرد و برای فرار از درد ناشی از نقص و ناتوانی بشری احساس شرم درونی نکند.

همانگونه که بیشتر مطرح گردید از منظر روان پویشی شرم ناشی از سوپرایگو مرضی است. و از آنجاییکه هرچه سوپر ایگوی مرضی قدرتمند تر و منش مرضی شدیدتر باشد نشان دهنده ی این است که ایگوی بیشتر با سوپر ایگوی مرضی اش همانند سازی کرده است. این افراد فاقد هویت فردی و آگاهی از خود هستند و هیچ تمایزی میان خود و افراد درونی شده (پرخاشگران اولیه) در آنها مشاهده نمی‌شود (نورسکی و تن هاود لاجیه، ۲۰۱۲). می‌توان گفت در طول زندگی بیمار، فرایند درونی سازی منجر به از دست رفتن کامل هویت فردی و خود آگاهی شده است که بطور پیشرونده ای با جنبه های روانی پرخاشگر درونی شده جایگزین شده اند و نگاه به خود و جهان اطراف را به او تحمیل می‌کنند، درمان شفقت خود بهوشیارانه در راستای مجزا سازی سوپر ایگو از ایگو (هویت خود فرد) تکنیک خاصی ارائه نمی‌دهد در حالیکه پرداختن به منشاء سوپرایگو و تجربه احساسات متعاقب آن در کاهش آمیختگی بین سوپر ایگو و ایگو تاثیر شگرفی دارد در همین راستا نیز درمان تنظیم هیجان پویشی تجربه ای که مبتنی بر درمان ISTDP است استفاده گردید که در کاهش احساس شرم درونی و متعاقباً شدت افسردگی تاثیر به سزایی داشت. در نتیجه درمان التقاطی شفقت خود بهوشیارانه و تنظیم هیجان پویشی تجربه ای در پوشش دادن به تمامی علائم این گروه از بیماران افسرده ثمربخش و مفید است و می‌تواند به عنوان یک روش مداخله ای نوین در کاهش شدت افسردگی درون فکنی شده به کار رود.

با وجودی که بت و همکاران (۱۹۷۶) سالهاست به لحاظ نظری دو گروه از بیماران افسرده اتکایی و درون فکنی شده را تفکیک کرده‌اند و تحقیقات تجربی نیز حاکی از آنند که دو گروه از بیماران افسرده اتکایی و درون فکنی شده به شکل‌های متفاوتی از درمان پاسخ می‌دهند و الگوهای تغییر متمایزی دارند (بت و شاهار، ۲۰۰۴)، در هیچ مطالعه‌ای به شکل جدی به عوامل زمینه‌ساز در بیماران با افسردگی درون فکنی شده و متعاقباً دفاع‌های متفاوت این گروه از بیماران در جهت اجتناب از عامل زمینه‌ساز شرم نهادینه و طراحی درمان متناسب با آنها پرداخته نشده است. در همین راستا در این پژوهش سعی گردید ابتدا با بررسی عوامل زمینه ساز این اختلال و طراحی درمان التقاطی متناسب با این گروه از بیماران در جهت درمان عامل سبب ساز زمینه ای گام برداشته شود که در نهایت تحلیل آماری نیز حاکی از اثربخش بودن این درمان بود. با توجه به شیوع بالای افسردگی طراحی درمان متناسب با هر گروه از بیماران افسرده و آموزش آن به جامعه روانشناسی ضروری به نظر می‌رسد، امید است این پژوهش در این مسیر مثمر ثمر واقع شده باشد.

لازم به ذکر است که با توجه به محدودیت‌های همچون نمونه‌گیری هدفمند، حجم نمونه و استفاده از ابزار خودسنجی، تعمیم‌پذیری و استنباط از نتایج با محدودیت روبرو خواهد شد. پیشنهاد می‌گردد به منظور افزایش میزان تعمیم‌پذیری نتایج، پژوهش‌های مشابه در نمونه‌های دیگر و با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متفاوت اجرا شود.

منابع

- خسروی، صدالله، صادقی، مجید؛ و یابنده، محمد رضا (۱۳۹۲). کفایت روان‌سنجی مقیاس شفقت خود، **روش‌ها و مدل‌های روانشناختی**، ۳(۱۳): ۴۷-۵۹. رجبی، غلامرضا و عباسی، قدرت اله. (۱۳۹۰). بررسی رابطه خودانتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست با شرم درونی در دانشجویان، دو فصلنامه **پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره**، ۱(۲)، ۱-۱۲.
- شریفی، ونداد؛ اسعدی، سید محمد؛ محمدی، محمد رضا؛ امینی، همایون؛ کلویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانب، رزیتا؛ حکیم شوشتری، میترا؛ صدیق، ارشیا؛ و جلالی رودسری، محسن. (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای **DSM5، تازه‌های علوم شناختی**، ۶(۱)، ۱۰-۲۲.
- صادقیان، اعظم؛ بیگدلی، ایمان الله و علیزاده زارعی، مهدی. (۱۳۹۶). اثربخشی تمرینات یکپارچگی حسی حرکتی بر بهبود علائم کودکان اختلال طیف اتیسم. **مجله مطالعات ناتوانی**، ۷: ۸-۱.
- فتا، لادن، بیرشک، بهروز، عاطف وحید، کاظم، و دابسون، استفان (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری / طرح‌واره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. **اندیشه و رفتار**، ۳(۱)، ۳۱۲-۳۲۶.
- فرست، مایکل بی، ؛ ویلیامز، جانت بی. و؛ کارگ، رونداس و اسپیتزر، رابرت ال. (۱۳۹۶). **مصاحبه ساختاریافته بالینی برای ارزیابی اختلال‌های DSM5**. ترجمه پروانه محمد خانی و محمد ابراهیم زاده موسوی. تهران، انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- Abraham, H. C., Abraham, K., & Freud, E. L. (1965). *A psycho-analytic dialogue: The letters of Sigmund Freud and Karl Abraham, 1907-1926*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Abraham, K. (1911). *Notes on the psychoanalytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions*. In: *selected papers on psychoanalysis*. London: Hogarth press, 1972. Pp. 137-156.
- Bibring, E. (1953). *The mechanics of depression, in Affective Disorders: Psychoanalytic Contributions to Their Study*. Edited by Greenacre P. New York, International Universities Press.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Blatt, S. J., & Luyten, P. (2009). A structural–developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology*, 21(3), 793-814.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal psychology*, 85(4), 383.
- Blatt, S. J., & Shahar, G. (2004). Psychoanalysis—With whom, for what, and how? Comparisons with psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52(2), 393-447.
- Boone, L., Soenens, B., & Luyten, P. (2014). When or why does perfectionism translate into eating disorder pathology? A longitudinal examination of the moderating and mediating role of body dissatisfaction. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(2), 412.
- Busch, F. N., Rudden, M., & Shapiro, T. (2016). *Psychodynamic Treatment of Depression*. American Psychiatric Pub.
- Cook, D. R. (1993). *The internalized shame scale manual*. Menomonie, WI: Channel Press.
- Coughlin della Selva, P. (1996). *Intensive short-term dynamic psychotherapy. Theory and practice*. New York: John Wiley & Sons.
- Coyne, J. C. (1986). *Toward an interactional description of depression*. In: *Essential Papers on Depression*, ed. J.C. Coyne. New York: New York University Press.
- Cozolino, L. (2015). *Why therapy works*. New York: Norton and Company.
- Davanloo, H. (2000). *Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy, Selected paper of Habib davanloo*. England: John Wily and Son.
- Dearing, R. L., & Tangney, J. P. E. (2011). *Shame in the therapy hour*. American Psychological Association.
- DeFife, J. A., Peart, J., Bradley, B., Ressler, K., Drill, R., & Westen, D. (2013). Validity of prototype diagnosis for

- mood and anxiety disorders. *JAMA Psychiatry*, 70(2), 140-148.
- Frederickson, J. (2013). *Co-creating change: Effective dynamic therapy techniques*. Kansas City: leaves press.
- Frederickson, J. J., Messina, I., & Grecucci, A. (2018). Dysregulated anxiety and dysregulating defenses: Toward an emotion regulation informed dynamic psychotherapy. *Frontiers in psychology*, 9.
- Freud, S. (1917). *Mourning and melancholia*. Standard edition, 14, 243-258.
- Germer, C., & Neff, K. (2019). *Teaching the mindful self-compassion program: A guide for professionals*. Guilford Publications.
- Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 693-710.
- Kamimura, A., Nourian, M. M., Assasnik, N., & Franchek-Roa, K. (2016). Depression and intimate partner violence among college students in Iran. *Asian Journal of Psychiatry*, 23, 51-55.
- Kimbrel, N. A., Meyer, E. C., DeBeer, B. B., Gulliver, S. B., & Morissette, S. B. (2016). A 12-Month prospective study of the effects of PTSD-depression comorbidity on suicidal behavior in Iraq/Afghanistan-era veterans. *Psychiatry Research*, 243, 97-99.
- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2011). Psychodynamic approaches to depression: whither shall we go? *Psychiatry*, 74(1), 1-3.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Blatt, S. J., Target, M., & Fonagy, P. (2015). Theoretical and empirical foundations of contemporary psychodynamic approaches. *Handbook of Contemporary Psychodynamic Approaches to Psychopathology*, 3-26.
- Morrison, A. P. (2014). *Shame: The underside of narcissism*. United Kingdom: Routledge.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K; Germer, Ch. (2018). *The mindful self-compassion workbook* New York: the goilford press.
- Neborsky, R. J., & ten Have-de Labije, J. (2012). *Mastering intensive short-term dynamic psychotherapy: roadmap to the unconscious*. London: Karnac Books.
- Pauley, G., & McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 129-143.
- Rapaport, D. (1967), *should Edward Bibring's theory of depression be restored? In: The Collected Papers of David Rapaport*, ed. M. Gill. New York: Basic Books.
- Pauley, G., & McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 129-143.
- Rudden, M., Busch, F. N., Milrod, B., Singer, M., Aronson, A., Roiphe, J., & Shapiro, T. (2003). Panic disorder and depression: A psychodynamic exploration of comorbidity. *The International Journal of Psychoanalysis*, 84(4), 997-1015.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., & Luyten, P. (2010). Toward a domain-specific approach to the study of parental psychological control: Distinguishing between dependency-oriented and achievement-oriented psychological control. *Journal of Personality*, 78(1), 217-256.
- Swanson, J. W., Holzer III, C. E., Ganju, V. K., & Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Psychiatric Services*, 41(7), 761-770.
- Werbart, A., & Levander, S. (2006). Two sets of private theories in analysands and their analysts: Utopian versus attainable cures. *Psychoanalytic Psychology*, 23(1), 108.
- Werbart, A., Aldèn, S., & Diedrichs, A. (2017). Changes in the anaclitic-introjective personality configurations following psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 28, 397-410.
- Westen, D., DeFife, J. A., Bradley, B., & Hilsenroth, M. J. (2010). Prototype personality diagnosis in clinical practice: A viable alternative for DSM-5 and ICD-11. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 482.

Effectiveness of Experiential-Dynamic Emotion Regulation (EDER) and Mindful Self-Compassionate (MSC) Eclectic Therapy in people with Introjective Depression

Moosavian, E¹., Rahimi, Ch^{2*}., Mohammadi, N³., & Aflak Seir, A⁴ .,

¹. Ph.D student, Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Shiraz

*². Ph.D, Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Shiraz

Email: crahimi2016@hotmail.com (Corresponding Author)

³. Ph.D, Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Shiraz

⁴. Ph.D, Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Shiraz

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of experiential-dynamic emotion regulation and mindful self-compassionate Eclectic Therapy in reducing core shame, increasing self-compassion and reducing depression severity in patients with introjective depression. This was a single subject study with pretest-posttest design with a 45-day follow-up. The study participants included individuals diagnosed with depression in 2019 at Shiraz University Counseling and Psychotherapy Clinic. The individuals scored above 20 in Beck's Depression Inventory II and finally, 3 individuals were selected as sample group with purposive sampling method given the inclusion and exclusion criteria. Internalized Shame Scale (ISS), Self-Compassion Scale (SCS) and BDI-2 were used for each individual in the pretest-posttest phase, and finally integrative therapy for 8 sessions of 45 minutes was administered. Data were analyzed using charting and effect size method. The effect size changes in treatment interventions were larger than 0.5. Hence, Experiential-Dynamic Emotion Regulation and Mindful Self-Compassionate Eclectic Therapy can be used as a novel intervention to reduce the severity of introjective depression.

Key words: Introjective depression; Mindful self-compassion; Experiential dynamic emotion regulation