

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و طرح‌واره‌درمانی بر خودانتقادگری در افراد مبتلا به ترومای دوران کودکی

Comparing the effectiveness of compassion-focused therapy and schema therapy on self-criticism in individuals with childhood trauma

Ghoncheh Amanabadi

Department of Counseling, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Dr. Alireza Abbasi*

Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.

alireza.abbasi2267@iaui.ac.ir

Dr. Bahman Akbari

Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.

غنچه امان‌آبادی

گروه مشاوره، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

دکتر علیرضا عباسی (نویسنده مسئول)

گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

دکتر بهمن اکبری

گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

Abstract

This research aimed to compare the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) and schema therapy on self-criticism in people with childhood trauma. The present research method was the type of quasi-experimental study with a pre-test, post-test design and a control group with a two-month follow-up period. The population of this research included female students with childhood trauma in Rasht in the year 2025; among them, 58 students were selected by purposive sampling and randomly assigned to two experimental groups and a control group (each group 22 people). Due to the loss of participants, 18 remained in the CFT group, 19 in the schema therapy group, and 21 in the control group. The research questionnaire was the levels of self-criticism scale (LOSC) (Thompson & Zurov, 2004). Repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test were used to analyze the data. The results showed that the pre-test scores of self-criticism in both interventions had a significant difference with the post-test and follow-up scores ($P < 0.05$). Also, the results indicated that there was a significant difference between the two treatments over time ($P < 0.05$), which shows the greater effectiveness of compassion-focused therapy than schema therapy on self-criticism in people with childhood trauma. Therefore, it can be concluded that both treatments are effective as a stable intervention on self-criticism in people with childhood trauma; But CFT is more effective.

Keywords: Compassion-Focused Therapy, Schema Therapy, Self-Criticism, Childhood Trauma.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و طرح‌واره‌درمانی بر خودانتقادگری افراد مبتلا به ترومای دوران کودکی انجام شد. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه این پژوهش شامل دانشجویان زن دارای ترومای کودکی در شهر رشت، در سال ۱۴۰۴ بود که از بین آن‌ها، ۵۸ دانشجو به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۲۲ نفر) تخصیص یافتند که به علت ریزش شرکت کنندگان، ۱۸ نفر در گروه درمان متمرکز بر شفقت، ۱۹ نفر در گروه طرح‌واره‌درمانی و ۲۱ نفر در گروه کنترل باقی ماندند. ابزار این پژوهش شامل پرسشنامه خودانتقادی (تامسون و زوروف، ۲۰۰۴) (LOSC) بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که نمرات پیش‌آزمون خودانتقادگری با نمرات پس‌آزمون و پیگیری در هر دو مداخله، تفاوت معناداری داشت ($P < 0.05$). همچنین نتایج دلالت بر این داشت که بین دو درمان در طول زمان تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0.05$)؛ که نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر درمان متمرکز بر شفقت نسبت به طرح‌واره‌درمانی بر کاهش خودانتقادگری افراد مبتلا به ترومای دوران کودکی بود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت هر دو درمان به عنوان یک مداخله پایدار بر کاهش خودانتقادگری در افراد مبتلا به ترومای دوران کودکی مؤثر می‌باشد؛ اما درمان متمرکز بر شفقت مؤثرتر است.

واژه‌های کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، طرح‌واره‌درمانی، خودانتقادگری، ترومای کودکی.

مقدمه

ترومای دوران کودکی^۱ یکی از تجربی است که به سیستم‌های عصبی بیولوژیکی آسیب می‌زند و بر سلامت روان انسان تأثیرات منفی زیاد و طولانی‌مدت می‌گذارد (چویی^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). ترومای دوران کودکی هر رفتاری تعریف می‌شود که موجب آزار جسمی، جنسی، روانی، ذهنی و عاطفی کودک می‌شود و به روند رشد طبیعی و سلامت او آسیب می‌زند (کاساکووا^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی منجر به مشکلات عظیمی در درک هویت خود می‌شود. این مشکلات شامل آگاهی محدود از تجربه درونی خود (مثلاً احساسات، تمایلات، نیازها و ارزش‌ها) و تجربه‌ای است که به فرد اجازه می‌دهد درک خود را به عنوان شخصی جدا از دیگران ایجاد کند. به‌طور خاص، این مشکل منجر به سردرگمی و تکه تکه شدن هویت، و همچنین سرزنش خود برای بدرفتاری کودک توسط دیگران و در نهایت درک فراگیر از خود به عنوان یک شخص بی ارزش، ناتوان و قربانی می‌شود (کیم^۴ و همکاران، ۲۰۲۳). کودکانی که دچار آسیب‌های روانی شدید شده‌اند، جهان را به‌عنوان یک مکان ترسناک و خطرناک می‌بینند؛ لذا از پیامدهای ترومای دوران کودکی بروز اختلالات شخصیت و خودکشی در بزرگسالی است (ابراهیمی و همکاران، ۱۴۰۲؛ آنجلاکس^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین پیامدهای متعدد دیگر ترومای کودکی شامل اضطراب/افسردگی، کناره‌گیری، علائم جسمانی، رفتار مشکل‌دار همچون رفتار قانون‌شکن و پرخاشگرانه، عدم بلوغ اجتماعی، مشکلات فکری و توجه (چویی و همکاران، ۲۰۲۳)، اختلالات سوءمصرف الکل و نیکوتین (کاساکووا و همکاران، ۲۰۲۲)، استرس روانی اجتماعی، تعارضات بین فردی و همچنین مبتلا شدن به بیماری‌های مزمن در بزرگسالی می‌باشد (نسلون^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). یکی از متغیرهای مهمی که از پیامدهای مرتبط با ترومای دوران کودکی می‌باشد، خودانتقادگری^۷ است (رستمی و همکاران، ۲۰۲۳). خودانتقادگری به مجموعه رفتارهایی اطلاق می‌شود که در آن فرد عیوب خود را بسیار محسوس می‌بیند و دائماً خود را سرزنش می‌کند (لاسری و گویرتر-میدان^۸، ۲۰۲۲). خودانتقادی به دو صورت دیده می‌شود. خودانتقادی مقایسه‌ای که از نگاه منفی به خود در نتیجه مقایسه با دیگران حاصل می‌گردد؛ و خودانتقادی درونی‌شده که به استانداردهای داخلی فرد وابسته است که سخت‌گیرانه و غیرمنعطف بوده و رسیدن به آن‌ها بسیار دشوار و یا حتی غیرممکن به نظر می‌رسد (تامپسون و زوروف^۹، ۲۰۰۴). انتقاد از خود ویژگی‌های شخصیتی، فیزیکی، رفتاری، افکار و احساسات درونی را هدف قرار می‌دهد. زمانی که فرد نتواند در موقعیت‌هایی که انرژی ذهنی زیادی در آن سرمایه‌گذاری کرده است، چه در رابطه، چه در مدرسه و چه در زندگی روزمره، به موفقیت لازم دست یابد، انگشت اتهام را به سوی خود نشانه می‌رود یا خودش شروع به صدمه زدن به سازمان ذهنی خود می‌کند. این روند بسیار دردناک است و آسیب عمیقی به روان وارد می‌کند (رستمی و همکاران، ۲۰۲۳). افرادی که تجربه ترومای دوران کودکی از جمله آزار جنسی، توهین مکرر، انتقاد مداوم و یا بی‌توجهی داشته‌اند، ممکن است در طول زمان این رفتارها را درونی کنند؛ و چون خودانتقادگری فرد بسیار زیاد است، خود را در بزرگسالی بسیار محدود می‌کند و عملاً فلج شده و نمی‌تواند پیشرفت کند (رستمی و همکاران، ۲۰۲۳). در همین راستا، مطالعه دالی و ویلویی^{۱۰} (۲۰۱۹) نشان داد که تجارب آسیب‌زا در دوران کودکی، به‌ویژه غفلت یا انتقاد والدین، فراوانی بسیار بالایی از انتقاد از خود را در بزرگسالی پیش‌بینی می‌کند. به‌طور مشابه، در مطالعه نیسمت^{۱۱} و همکاران (۲۰۱۹) نتایج نشان داد که سوءاستفاده و بی‌اعتباری دوران کودکی به‌طور قابل توجهی با کاهش احساس شفقت به خود و همچنین با افزایش احساس شرم و انتقاد از خود مرتبط است. شفقت به خود در پیشینه مطالعات در نقطه‌مقابل خودانتقادی قرار گرفته و لذا درمان متمرکز بر شفقت^{۱۲} از جمله درمان‌هایی است که در سال‌های اخیر جهت کاهش خودانتقادی با استقبال خوبی مواجه گردیده است (امیرپور و همکاران، ۱۴۰۳؛ تابش مفرد و منصوریه، ۱۴۰۲). اگرچه شفقت را می‌توان به شکل‌های مختلفی تعریف کرد، مدل‌های متمرکز بر تکامل و سنت‌های بودایی باستانی، شفقت را به‌عنوان یک انگیزه اجتماعی می‌دانند که به‌عنوان "حساسیت به رنج در خود و دیگران، با تعهد به تلاش برای کاهش و پیشگیری از آن"

1 Childhood trauma

2 Choi

3 Kasakova

4 Kim

5 Angelakis

6 Nelson

7 Self-criticism

8 Lassri & Gewirtz-Meydan

9 Thompson & Zuroff

10 Daly & Willoughby

11 Nalmsmith

12 Compassion-focused Therapy (CFT)

تعریف کرده‌اند (گیلبرت^۱، ۲۰۱۴). شفقت به خود تمایل به آرام کردن خود با مهربانی و درک غیرقضاوتی در مواقع سختی و رنج است و سطوح بیشتر شفقت به خود با ارتقاء سلامت روان مرتبط است (گیلبرت، ۲۰۰۶). شفقت توسط مکانیسم‌های فیزیولوژیکی تکامل‌یافته (مانند عصب واگ میلین‌دار، اکسی‌توسین) و مکانیسم‌های روان‌شناختی (مانند هوش اجتماعی و شایستگی‌ها) پشتیبانی می‌شود که انگیزه‌ها و رفتار مراقبتی را پایه‌ریزی می‌کنند. شفقت از ترکیب انگیزه مراقبت ذاتی پستانداران و شایستگی‌های شناختی پیچیده انسانی که در طول دو میلیون سال گذشته تکامل یافته است پدیدار می‌شود (گیلبرت، ۲۰۰۹). در همین راستا، ویدال و سولدویلا^۲ (۲۰۲۳) در یک متاآنالیز، و پل^۳ و همکاران (۲۰۲۳) در یک مطالعه پژوهشی اصیل تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر خودانتقادگری را نشان دادند. در ایران پژوهش امیرپور و همکاران (۱۴۰۳) نشان داد درمان متمرکز بر شفقت باعث کاهش معنا دار خودانتقادی شده است. همچنین مطالعه تابش مفرد و منصوریه (۱۴۰۲) نیز نشان داد درمان متمرکز بر شفقت منجر به کاهش خودانتقادگری و بهبود شرایط عاطفی و روانی نوجوانان دانش‌آموز می‌شود.

یکی دیگر از درمان‌هایی که می‌تواند بر کاهش خودانتقادی در افرادی که تجربه ترومای دوران کودکی داشته‌اند موثر باشد، طرح‌واره‌درمانی^۴ می‌باشد (حلاجی ثانی و همکاران، ۱۴۰۴؛ علمی و همکاران، ۱۴۰۳). طرح‌واره‌درمانی که توسط جفری یانگ^۵ به وجود آمد، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی رفتاری کلاسیک بنا شده است و اصول مبانی و مکتب‌های شناختی رفتاری، دلبستگی گشتالت، روابط شیء، سازه‌گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است (یانگ و همکاران، ۱۴۰۳). طرح‌واره‌ها به عنوان بازنمایی‌های دقیق از محیط کودکی و نوجوانی مطرح می‌شوند که اغلب بستر وقوع اختلالاتی نظیر وابستگی بین‌فردی، اضطراب، افسردگی، سوءمصرف مواد، مشکلات روان‌تنی و غیره را فراهم می‌کنند. به این ترتیب، فرض مرکزی این رویکرد این است که تجربه رویدادهای آسیب‌زا در دوران کودکی می‌تواند منجر به شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار شود و وجود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند زمینه‌ساز بروز اختلالات رفتاری و مشکلات هیجانی در افراد گردد (قلی‌زاده الکامی، ۱۴۰۱). در همین راستا، حلاجی ثانی و همکاران (۱۴۰۴) اثربخشی طرح‌واره‌درمانی را بر خودانتقادی در نوجوانان نشان دادند. نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش قلی‌زاده الکامی (۱۴۰۱) نشان داد طرح‌واره‌درمانی می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مؤثر جهت کاهش خودانتقادگری زنان مورد استفاده قرار گیرد. نتایج مطالعه پنجه‌پور و طباطبائی‌نژاد (۱۴۰۱) نیز نشان داد که طرح‌واره‌درمانی احتمالاً می‌تواند با بهبود خودانتقادگری در کاهش میزان افکار خودکشی مؤثر باشد. همچنین اگرچه مطالعه علمی و همکاران (۱۴۰۳) از محدود مطالعات مشابه با پژوهش حاضر بود که اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و شفقت‌درمانی را بر خود انتقادی گزارش کردند، اما بر گروه بیماران جسمی صورت گرفت که محتوای خودانتقادگری در این گروه هدف با افراد دارای مشکلات روان‌شناختی به‌ویژه دارای ترومای کودکی می‌تواند کاملاً متفاوت بوده و لذا در تعمیم نتایج درمانی نیز اشکال ایجاد شود، لذا نیاز به پژوهش در گروه هدف حاضر مشاهده می‌گردد. در مجموع با در نظر گرفتن این‌که ترومای دوران کودکی می‌تواند به‌عنوان یک آسیب در بروز بسیاری از اختلالات مطرح باشد، لازم است این مسئله از زوایای مختلفی هم‌چون حوزه‌های سلامت، بهداشت روانی، آسیب‌شناسی و درمان مورد بررسی قرار گیرد. از طرفی با توجه به مرور پیشینه پژوهش و وجود خلأ پژوهشی در این زمینه و با در نظر داشتن اینکه متغیر خودانتقادگری در رابطه با ترومای دوران کودکی نقش تعیین‌کننده‌ای داشته و هم بر سلامت روان و هم جسم و کار افراد تأثیر می‌گذارد؛ برای پیشگیری و درمان این آسیب، باید در سطح نهادی برای بهبود این متغیرها تلاش کرد (ثلاثی و همکاران، ۱۴۰۲). دلیل مقایسه‌ی دو درمان متمرکز بر شفقت و طرح‌واره‌درمانی آن است که با توجه به فقر پیشینه‌های پژوهشی در زمینه درمان‌های کارآمد در کمک به افراد مبتلا به ترومای دوران کودکی، پژوهش‌های بیشتری در این زمینه مورد نیاز است و از آنجایی که یافتن درمان‌های کارآمدتر با انجام پژوهش‌های مقایسه‌ای اثربخشی درمان‌ها حاصل می‌شود، در این تحقیق سعی بر آن بود تا مداخله روان‌شناختی مؤثرتر در شناسایی شود که برای این منظور با مرور پیشینه پژوهشی داخلی و خارجی مشخص شد از بین مداخلات درمانی موجود، درمان متمرکز بر شفقت و طرح‌واره‌درمانی از جمله درمان‌های مناسب اثرگذار بر متغیر خودانتقادگری بوده؛ اما مکانیسم‌های اثرگذاری دو مداخله متفاوت هستند. درمان متمرکز بر شفقت با مکانیسم خودشفقتی و مدارا که بر خودانتقادی اثر می‌گذارد و طرح‌واره‌درمانی با مکانیسم اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار ممکن است اثربخش باشد. از نقاط قوت درمان متمرکز بر شفقت این است که در درجه اول خودانتقادی، شرم و ایجاد یک خودشفقتی را هدف قرار می‌دهد که می‌تواند ارزیابی تهدید را

1 Gilbert

2 Vidal & Soldevilla

3 Pol

4 Schema therapy

5 Jeffrey young

تغییر شکل دهد و افکار خودمحورانه‌تر و تحمل‌پذیرتری را ترویج دهد. این روش ممکن است به طور مستقیم‌تر نشخوار فکری و سرزنش خود را کاهش دهد. به عبارتی دیگر برخی از افراد ممکن است در درجه اول با خودانتقادی و انگ دست و پنجه نرم کنند، که درمان متمرکز بر شفقت را به طور بالقوه برای تغییر شکل گفتگوهای درونی مؤثرتر می‌کند (پورنصراله و همکاران، ۱۴۰۴). از سویی، از نقاط ضعف این درمان این است که به اندازه طرح‌واره درمانی، به‌طور ریشه‌ای و زیربنایی مشکلات شخص را واکاوی نمی‌کند؛ به‌ویژه این که در افراد دارای ترومای کودکی، این مسئله می‌تواند حائز اهمیت باشد. لذا اگرچه ممکن است در کوتاه مدت و تا سطوحی از شدت ترومای شخص بکاهد، اما ممکن است در پیگیری بلندمدت اثرات آن کاهش یابد. از سویی لیان و همکاران (۲۰۲۴) طی تحقیقات گسترده‌ای در حوزه طرح‌واره‌درمانی پیشنهاد کردند که دو زیربنای نظری بسیار مهم و حیاتی در طرح‌واره درمانی یعنی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای هنگام کار با افراد مبتلا به تروما بسیار مرتبط و قابل توجه هستند، زیرا بینش و درک عمیق‌تری نسبت به تجربیات آسیب‌زا ارائه می‌دهند. یکی از نقاط ضعف مهم استفاده از طرح‌واره‌درمانی در پژوهش‌ها این است که طرح‌واره‌درمانی یک درمان جامع و پیچیده می‌باشد، و به مسائل زیربنایی بیشتری در افراد می‌پردازد. همچنین شدت طرح‌واره‌های ناسازگار در افراد متفاوت است. به عنوان مثال ممکن است برخی افراد نمره طرح‌واره تنبیه یا نقص و شرم بالاتری داشته باشد و در برخی افراد طرح‌واره معیارهای سخت‌گیرانه، محرومیت هیجانی و موارد دیگری نمرات بالاتری باشند؛ لذا اگرچه از نقاط قوت طرح‌واره‌درمانی این است که در استفاده درمانی فردی در کلینیک‌های خصوصی، طرح‌واره‌درمانی در درازمدت و جلسات بیشتر، ممکن است تأثیرات عمیق‌تر و ریشه‌ای داشته باشد، اما ممکن است در جلسات گروهی، بدون در نظر گرفتن موارد فردی ذکرشده، کارایی کمتری نسبت به درمان متمرکز بر شفقت از خود نشان دهد. از سویی، این مشکل در طرح‌واره‌درمانی وجود دارد که برخی در جلسات ابتدایی در مواجهه با طرح‌واره‌ها ممکن است مقاومت کنند، زیرا ادامه کار مستلزم آمادگی به تغییر در فرد و تاب‌آوری بالا، علی‌رغم مواجهه‌های دردناک دارد. از سویی ممکن است افرادی که دارای سواد کمتر، سن بالاتر یا عدم آمادگی باشند، نتوانند تکالیف را به خوبی انجام داده، مفاهیم آن را به خوبی درک کنند، یا نیاز به جلسات طولانی داشته باشند. مقایسه دو مداخله می‌تواند روشن کند که کدام درمان بهبود بیشتری در پروفایل‌های خاص و تحت چه عوامل زمینه‌ای ارائه می‌دهد و به تصمیم‌گیری برای کلینیک‌ها از نظر مقرون به صرفه بودن و امکان‌سنجی اجرا کمک می‌کند. قابل ذکر است مقایسه این دو درمان به جز در مداخلات محدودی چون پژوهش علمی و همکاران (۱۴۰۳) صورت نگرفته؛ و بالاخص تأثیر مقایسه این مداخلات بر خودانتقادی افراد مبتلا به ترومای دوران کودکی تاکنون بررسی نگردیده است. بنابراین، با توجه به آن‌چه گفته شد، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و طرح‌واره‌درمانی بر خودانتقادی افراد مبتلا به ترومای دوران کودکی انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانشجویان زن دارای تجربه ترومای کودکی در شهر رشت، در سال ۱۴۰۴ بود. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۵ برای این گروه هدف، برابر ۲۰ نفر برای هر گروه برآورد شد که از بین افراد دارای ملاک‌های ورود به پژوهش با احتساب ریزش، ۶۶ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند از دو دانشگاه گیلان و آزاد شهر رشت انتخاب؛ و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۲۲ نفر) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. در نهایت در گروه درمان متمرکز بر شفقت ۱۸ نفر، در گروه طرح‌واره‌درمانی ۱۹ نفر و در گروه کنترل ۲۱ نفر باقی ماندند. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه، جنسیت زن، دارا بودن تروماهای دوران کودکی (نمره بالاتر از ۶۰، طبق نقطه برش پرسشنامه ترومای کودکی)، محدوده سن بین ۲۰-۳۵ سال بود. همچنین معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم تکمیل و مخدوش بودن پرسشنامه‌ها، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف در طی جلسات آموزش، شرکت در جلسات روان‌درمانی هم‌زمان یا در بازه زمانی ۳ ماه پیش از مطالعه بود. روش اجرا بدین صورت بود که پس از دریافت مجوزهای لازم از پژوهش دانشگاه، با مراجعه حضوری به دانشگاه گیلان و دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، توضیحات مقدماتی در خصوص هدف پژوهش و جلب مشارکت شرکت‌کنندگان ارائه شد. پس از اطمینان‌بخشی به شرکت‌کنندگان مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات و اینکه پرسشنامه‌ها بی‌نام بوده و تأثیری در پرونده تحصیلی آنها ندارد، برای داوطلبان، هدف انجام پژوهش توضیح داده و پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و ترومای دوران کودکی تکمیل گردید. از ۷۵ نفری که اعلام آمادگی نمودند، براساس معیارهای ورود و پس از تایید فرم رضایت از شرکت در پژوهش، ۶۶ نفر انتخاب و طی گمارش تصادفی، به سه گروه ۲۲ نفره تقسیم شدند. از هر سه گروه

پیش‌آزمون با پرسشنامه خودانتقادگری گرفته شد. سپس برای گروه آزمایش اول، به مدت ۸ جلسه (هفته‌ای یک بار) درمان متمرکز بر شفقت و برای گروه آزمایش دوم، ۸ جلسه (هفته‌ای یک بار) طرح‌واره‌درمانی انجام شد. گروه کنترل در همان زمان مداخله‌ای دریافت نکرد. بلافاصله بعد از آن، از هر ۳ گروه پس‌آزمون گرفته شد. همچنین پس از دو ماه جهت ارزیابی پیگیری، مجدداً از شرکت‌کنندگان خواسته شد پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل نمایند. قابل ذکر است به علت ریزش شرکت‌کنندگان، در نهایت در گروه درمان متمرکز بر شفقت ۱۸ نفر، در گروه طرح‌واره‌درمانی ۱۹ نفر و در گروه کنترل ۲۱ نفر باقی ماندند. قابل ذکر است اصول اخلاقی پژوهش از جمله علاقمندی شرکت‌کنندگان و تکمیل فرم رضایت آگاهانه، آگاهی شرکت‌کنندگان از هدف پژوهش، آگاهی شرکت‌کنندگان از مزایا و معایب پژوهش، پیشگیری از هرگونه آسیب جسمی، روانی یا اجتماعی بالقوه به شرکت‌کنندگان، محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان و رعایت حریم خصوصی، ناشناس بودن شرکت‌کنندگان، نظارت روان‌شناس بالینی، اجازه خروج از پژوهش بدون جریمه برای شرکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش، قرار دادن نتایج در اختیار شرکت‌کنندگان (در صورت تمایل)، تحلیل و تفسیر دقیق داده‌های پژوهش همان‌طور که از شرکت‌کنندگان کسب شد و عدم مبالغه در نتیجه‌گیری‌ها، در مطالعه حاضر رعایت گردید. همچنین جهت رعایت اخلاق در پژوهش، پس از پایان پژوهش، برای گروه کنترل درمان متمرکز بر شفقت ارائه گردید. در نهایت برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی مورد استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تحلیل قرار گرفتند.

ابزار سنجش

مقیاس سطوح خودانتقادی (LOSC): این مقیاس را تامسون و زوروف^۱ (۲۰۰۴) ارائه نمودند. این مقیاس ۲۲ گویه دارد و دو مؤلفه خودانتقادگری مقایسه‌ای (۱۲ گویه) و خودانتقادگری درونی (۱۰ گویه) را مورد سنجش قرار می‌دهد. سنجش مقیاس بر روی یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای، از به‌شدت مخالفم (نمره صفر) تا به شدت موافقم (نمره ۶) اندازه‌گیری می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده سطح بالاتر خودانتقادی در فرد است. نمره برش برای این مقیاس ۶۰ در نظر گرفته شده است. روایی و پایایی مقیاس سطوح خودانتقادی را تامسون و زوروف (۲۰۰۴) بر روی نمونه‌ای شامل ۱۴۴ دانشجو ارزیابی کرده‌اند. به این منظور تحلیل عوامل مقیاس گویه‌ای دو عامل خودانتقادی مقایسه‌ای و خودانتقادی درونی را نشان داد. آلفای کرونباخ مقیاس سطوح خودانتقادی به ترتیب برای خرده مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای ۰/۸۴ و خودانتقادی درونی ۰/۸۸ به دست آمده است. همچنین روایی ملاکی همگرا در مقایسه نمرات خرده‌مقیاس‌های این آزمون از طریق همبستگی پیرسون با مقیاس با خرده‌مقیاس روان‌نژندی پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۵۴؛ و با خرده‌مقیاس ارزشمندی همان پرسشنامه ۰/۶۶- و ۰/۵۲- گزارش شده است (تامپسون و زوروف، ۲۰۰۴). در ایران، روایی و پایایی مقیاس سطوح خودانتقادی در پژوهش موسوی و قربانی (۱۳۸۵) ارزیابی گردید. پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خودانتقادی درونی ۰/۸۷ و مقایسه‌ای ۰/۵۵ گزارش شد. همچنین روایی همگرا از طریق همبستگی پیرسون رابطه بین مؤلفه‌های مقیاس خودانتقادی با ۱۴ خرده‌مقیاس پرسشنامه مشکلات شخصی و بین‌فردی بین ۰/۲۵ تا ۰/۷۸ اعلام گردیده است. پایایی به روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر، برای خرده مقیاس خودانتقادی درونی ۰/۸۴ و مقایسه‌ای ۰/۷۱ به دست آمد.

درمان متمرکز بر شفقت: مداخله مورد استفاده براساس درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت (۲۰۰۹) صورت گرفت. جلسات به‌صورت گروهی و به‌مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک‌بار) اجرا گردید. مختصری از محتوای جلسات در جدول ۱ نشان داده شده است:

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی اولیه، برقراری ارتباط، توضیحاتی درباره ترومای دوران کودکی و پیامدهای آن. توضیح مختصر درباره درمان شفقت.
جلسه دوم	آشنایی با افکار و رفتار خودانتقادگر، پیامدها و انواع آن، بیان علل خودانتقادگری، ارائه راهکارهایی برای کاهش آن، ترغیب آزمودنی‌ها به بررسی شخصیت خود و همچنین، تمرین تنفس آرام بخش ریتمیک.
جلسه سوم	آشنایی با خصوصیات شفقت از جمله: آموزش چگونگی تحمل شرایط دشوار، غیرقضوتی بودن، پذیرش شکست و... آموزش چگونگی تحمل مشکلات و چیره‌شدن بر آنها، آموزش پذیرش شکست و مسائل تغییرناپذیر زندگی.

1 Levels of Self-Criticism Scale (LOSC)

2 Thompson & zurov

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و طرح‌واره‌درمانی بر خودانتقادگری در افراد مبتلا به ترومای دوران کودکی
Comparing the effectiveness of compassion-focused therapy and schema therapy on self-criticism in individuals with ...

جلسه چهارم	آشنایی با ذهن‌آگاهی، اشاره به فواید آن، آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی با تمرین مراقبه نشسته.
جلسه پنجم	آشنایی با پذیرش شکست بدون قضاوت کردن و بخشیدن خود، بررسی علل نبخشیدن خود یا دیگران، اشاره به باورهای اشتباه درباره بخشش، ارائه راهکارهایی برای بخشیدن خود یا دیگران.
جلسه ششم	معرفی قدرت تصویرسازی برای انسان‌ها و ارتباط آن با سه سیستم تنظیم هیجان، آموزش و اجرای تصویرسازی ایجاد مکانی امن.
جلسه هفتم	اشاره به مفهوم ترس از شفقت، توضیح معنای رفتار مشفقانه، تولید ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه.
جلسه هشتم	آموزش نوشتن نامه مشفقانه به خود و اجرای آن در کلاس، جمع‌بندی و ارائه خلاصه‌هایی از جلسات قبل.

طرح‌واره‌درمانی: این مداخله در مطالعه حاضر، تعداد ۸ جلسه طرح‌واره درمانی یانگ^۱ و همکاران (۱۴۰۳) است که به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروهی برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش دوم اجرا شد. خلاصه جلسات درمان در جدول ۲ ارائه شده است:

جدول ۲. خلاصه جلسات طرح‌واره‌درمانی	
جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	ارتباط، آشنایی و همدلی، معارفه، اهمیت تروما و نقش آن در شاخص‌های سلامت و بالینی، بیان طرح کلی جلسات
جلسه دوم	آموزش نیازهای مرکزی و ریشه تحولی طرح‌واره‌ها، پنج نیاز دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، هویت و کفایت، آزادی در بیان نیازها و هیجانات سالم، خودانگیختگی و تفریح، محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویش‌داری.
جلسه سوم	آموزش پنج طرح‌واره، بر مبنای پنج نیاز اصلی و طرح‌واره‌های ایجاد شده، بیان پنج حوزه طرح‌واره و هیجده طرح‌واره ناسازگار
جلسه چهارم	تاثیرگذار بر شاخص‌های سلامت و بالینی، توضیح طرح‌واره‌های دو حوزه بریدگی و طرد و خودگردانی.
جلسه پنجم	ادامه آموزش حوزه‌های طرح‌واره‌ها و ویژگی آن‌ها، طرح‌واره‌های سه حوزه عملکرد مختل، دیگر جهت‌مندی و همچنین گوش به زنگی بیش از حد و بازداری افراطی.
جلسه ششم	آموزش طرح‌واره‌های شرطی و غیر شرطی، و توصیف طرح‌واره‌های شرطی و غیر شرطی، شناسایی طرح‌واره غالب در شرکت‌کننده. نوشتن نامه و گفت و گوی خیالی با والدین
جلسه هفتم	آموزش چگونگی تداوم یافتن طرح‌واره‌ها، آموزش شیوه عملکرد طرح‌واره‌ها و هر کار (درونی و رفتاری) حفظ‌کننده وضعیت فعلی طرح‌واره، آموزش انواع پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد در جریان روابط با دیگران، بیان یازده پاسخ مقابله‌ای ناکارآمد که در جریان فعال شدن طرح‌واره‌ها به نمایش می‌گذارند.
جلسه هشتم	آموزش به منظور تعدیل طرح‌واره، اعتباریابی یک طرح‌واره ناکارآمد، ارزیابی مزایا معایب سبک مقابله‌ای، برقراری گفت و گو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره به منظور روشن شدن خواسته طرح‌واره، تدوین کارت آموزشی
جلسه نهم	جمع‌بندی نهایی، تاکید بر تمرین دستاوردها و تشخیص افراد نیازمند به مداخله انفرادی، اجرای پس‌آزمون

یافته ها

در مطالعه حاضر ۵۸ دانشجوی دختر در سه گروه، درمان متمرکز بر شفقت (۱۸)، طرح‌واره‌درمانی (۱۹) و گروه کنترل (۲۱ نفر) مورد بررسی قرار گرفتند. تعداد اولیه شرکت‌کنندگان، ۶۶ نفر (هر گروه ۲۲ نفر) بود که در پایان پژوهش به ۵۸ نفر رسید. علت ریزش شرکت‌کنندگان غیبت بیش از دو جلسه به دلایلی چون بیماری، فاصله زیاد منزل تا مرکز پژوهش (ساکن در شهرهای حومه)، امتحانات، فوت نزدیکان، جابجایی منزل و درگیری‌های شغلی و اقتصادی بود. میانگین و انحراف معیار سنی گروه درمان متمرکز بر شفقت، ۲۸/۸۸۸ (۴/۴۸۳) سال؛ طرح‌واره‌درمانی، ۲۹/۲۶۳ (۴/۹۴۲) سال و گروه کنترل ۲۸/۵۲۳ (۴/۴۵۶) سال بود. مقایسه میانگین‌های سه گروه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس نشان داد که بین میانگین سن در سه گروه، تفاوت معناداری وجود نداشت ($F=0/127$, $p=0/881$). علاوه بر این، بین گروه‌ها از لحاظ شدت ترومای کودکی ($X^2=0/960$, $p=0/41$)، جنسیت ($X^2=0/536$, $p=0/770$)، وضعیت تأهل ($X^2=0/931$, $p=0/854$)، و وضعیت تحصیلات ($X^2=0/240$, $p=0/692$)، تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ که بیانگر آن است هر سه گروه در این

متغیرها همگن هستند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، در جدول ۳ ارائه گردیده است. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارائه گردیده است.

جدول ۳: اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون				پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین		انحراف معیار		میانگین		انحراف معیار	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودانتقادگری درونی شده	شفقت‌درمانی	۴۷.۱۷	۴.۷۴	۲۹.۳۹	۴.۶۲	۲۹.۴۴	۳.۲۳	۲۹.۴۴	۳.۲۳
	طرح‌واره‌درمانی	۴۷.۷۹	۳.۴۹	۳۴.۳۷	۳.۴۵	۳۴.۹۵	۲.۸۸	۳۴.۹۵	۲.۸۸
	کنترل	۴۷.۴۳	۴.۳۳	۴۷.۳۸	۳.۵۸	۴۷.۵۲	۳.۱۶	۴۷.۵۲	۳.۱۶
خودانتقادگری مقایسه‌ای	شفقت‌درمانی	۵۸.۷۲	۷.۳۹	۳۷.۷۸	۶.۳۸	۳۷.۳۹	۵.۵۱	۳۷.۳۹	۵.۵۱
	طرح‌واره‌درمانی	۵۸.۷۲	۵.۵۲	۴۱.۶۱	۵.۱۸	۴۰.۹۴	۴.۷۳	۴۰.۹۴	۴.۷۳
	کنترل	۵۹.۱۹	۶.۰۵	۵۸.۸۶	۴.۷۱	۵۸.۳۳	۴.۰۵	۵۸.۳۳	۴.۰۵
خودانتقادگری کل	شفقت‌درمانی	۱۰۵.۸۹	۱۰.۶۴	۶۷.۱۷	۱۰.۴۳	۶۶.۸۳	۸.۴۷	۶۶.۸۳	۸.۴۷
	طرح‌واره‌درمانی	۱۰۶.۶۷	۸.۱۸	۷۵.۹۴	۸.۰۹	۷۵.۹۴	۷.۰۸	۷۵.۹۴	۷.۰۸
	کنترل	۱۰۶.۶۲	۹.۵۱	۱۰۶.۲۴	۷.۵۹	۱۰۵.۸۶	۶.۴۷	۱۰۵.۸۶	۶.۴۷

مطابق با نتایج جدول ۳، میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری متغیر خودانتقادگری و مؤلفه‌های آن، خودانتقادگری درونی شده و خودانتقادگری مقایسه‌ای، در شرکت‌کنندگان گروه‌های شفقت‌درمانی و طرح‌واره‌درمانی در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش داشت؛ اما در گروه کنترل، بین میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده نشد. به منظور بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که سطح معنی‌داری به دست آمده برای متغیر خودانتقادگری درونی شده ($P = ۰/۱۱$) و $P = ۰/۹۷۰$ ؛ و برای خودانتقادگری مقایسه‌ای ($P = ۰/۴۳$ و $P = ۰/۹۸۰$)؛ بود که بزرگتر از $۰/۰۵$ و بیانگر عدم معناداری و نتیجتاً نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش بود ($p > ۰/۰۵$). به منظور بررسی مفروضه برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که با توجه به نمره معناداری ($P = ۰/۵۵$ و $P = ۰/۶۰$) برای خودانتقادگری درونی شده، و ($P = ۰/۳۲$ و $P = ۰/۱۵$) برای خودانتقادگری مقایسه‌ای که بزرگتر از $۰/۰۵$ می‌باشد، پیش‌فرض همگنی واریانس خطا در مورد متغیرهای پژوهش برقرار بود ($p > ۰/۰۵$). آزمون ام. باکس نیز با نمره $P = ۰/۲۴۷$ و $F = ۱/۲۴۲$ معنی‌دار نیست. در نتیجه یکسانی ماتریس کواریانس برقرار است. همچنین پیش‌فرض آزمون ماوچلی یا همگونی ماتریس واریانس برای متغیر خودانتقادگری و مؤلفه‌های آن، برقرار بود ($p > ۰/۰۵$). بنابراین با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های مذکور، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۴ ارائه گردیده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا
خودانتقادگری درونی شده	اثرهای درون گروهی (اثر زمان)	۴۰۷۶.۲۴۰	۲	۲۰۳۸.۱۲۰	۲۴۹.۵۸۵	$< ۰/۰۰۱$	۰.۸۱۹
	اثرهای بین گروهی (اثر گروه)	۴۵۶۹.۶۸۷	۲	۲۲۸۴.۸۴۴	۸۶.۷۳۷	$< ۰/۰۰۱$	۰.۷۵۹
	خطا	۱۴۴۸.۸۱۹	۵۵	۲۶.۳۴۲			
	اثر تعاملی زمان در گروه	۲۲۵۱.۶۱۰	۴	۵۶۲.۹۰۳	۶۸.۹۳۲	$< ۰/۰۰۱$	۰.۷۱۵

۰.۸۲۸	<۰/۰۰۱	۲۶۰.۷۲۵	۳۲۲۷.۳۴۶	۲	۶۴۵۴.۶۹۱	اثرهای درون گروهی (اثر زمان)	
۰.۶۵۱	<۰/۰۰۱	۵۰.۳۳۶	۳۴۰۹.۳۰۰	۲	۶۸۱۸.۶۰۰	اثرهای بین گروهی (اثر گروه)	خودانتقادگری
			۶۷.۷۳۱	۵۴	۳۶۵۷.۴۴۷	خطا	مقایسه‌ای
۰.۷۰۴	<۰/۰۰۱	۶۴.۰۸۵	۷۹۳.۲۶۴	۴	۳۱۷۳.۰۵۶	اثر تعاملی زمان در گروه	
۰.۸۴۸	<۰/۰۰۱	۳۰۲.۱۲۶	۱۰۳۴۴.۵۴۰	۲	۲۰۶۸۹.۰۸۰	اثرهای درون گروهی (اثر زمان)	
۰.۷۴۴	<۰/۰۰۱	۷۸.۵۹۲	۲۶۹۰.۹۲۵	۴	۱۰۷۶۳.۷۰۱	اثرهای بین گروهی (اثر گروه)	نمره کل
			۱۵۱.۸۱۸	۵۴	۸۱۹۸.۱۶۹	خطا	
۰.۷۳۲	<۰/۰۰۱	۷۳.۷۵۷	۱۱۱۹۷.۶۲۳	۲	۲۲۳۹۵.۲۴۶	اثر تعاملی زمان در گروه	

براساس جدول ۴، نتایج اثر زمان در نمرات خودانتقادگری و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری معنادار بود ($P < ۰/۰۰۱$). نتایج به‌دست‌آمده اثر گروه نیز نشان داد که تفاوت میان گروه‌های درمان و کنترل از نظر میانگین نمرات خودانتقادگری و مؤلفه‌های آن در کل مراحل مطالعه معنادار بود ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین اثر تعاملی زمان در گروه در متغیرهای خودانتقادگری و مؤلفه‌های آن معنادار بود ($P < ۰/۰۰۱$). وقتی در تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، اثر تعاملی زمان در گروه معنادار می‌شود، به این معنی است که روند تغییرهای متغیر وابسته در طول زمان بین گروه‌های مختلف، متفاوت است. به عبارت دیگر، اثر زمان بر متغیر وابسته به عضویت در گروه (مثلاً گروه آزمایش و کنترل) بستگی دارد و این دو متغیر به‌صورت هم‌زمان بر متغیر وابسته تأثیر می‌گذارند که برای بررسی بیشتر آن به مقایسه‌های زوجی پرداخته‌ایم. جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زمان‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی زمان‌ها

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
خودانتقادگری درونی شده	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۰.۴۱۵	۰.۶۴۱	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱۰.۱۵۶	۰.۶۲۵	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰.۲۵۹	۰.۲۱۶	۰.۲۳۵
خودانتقادگری مقایسه‌ای	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۲.۷۹۶	۰.۸۰۳	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱۳.۳۲۳	۰.۷۹۳	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰.۵۲۶	۰.۱۸۹	۰.۰۷
خودانتقادگری کل	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	*۲۳.۲۷۵	۱.۳۳۳	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	*۲۳.۵۱۳	۱.۳۲۳	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰.۲۳۸	۰.۳۰۹	۱.۰۰۰

نتایج جدول ۵ تفاوت میانگین بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون؛ و بین پیش‌آزمون و پیگیری برای متغیر خودانتقادگری و مؤلفه‌های آن را گزارش می‌دهد که نشان‌دهنده تفاوت معنادار نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش است ($P < ۰/۰۰۱$). بنابراین می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت و طرح‌واره‌درمانی بر خودانتقادگری افراد مبتلا به ترومای دوران کودکی مؤثر می‌باشند. همچنین، تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود، که حاکی از پایداری و ثبات اثرات مداخله در طول زمان است. جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه گروه‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها

متغیر	گروه مبنا	گروه مقایسه‌شده	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
خودانتقادگری درونی شده	شفقت‌درمانی	طرح‌واره‌درمانی	-۳.۷۰۲	۰.۹۷۵	۰/۲۳۱
	شفقت‌درمانی	کنترل	-۱۲.۱۱۱	۰.۹۵۲	<۰/۰۰۱
	طرح‌واره‌درمانی	کنترل	-۸.۴۰۹	۰.۹۳۸	<۰/۰۰۱

۰/۱۲۶	۱.۵۸۴	۲.۴۶۳-	طرح‌واره‌درمانی	شفقت‌درمانی	خودانتقادی‌گری مقایسه‌ای
<۰/۰۰۱	۱.۵۲۶	۱۴.۱۶۴-	کنترل	شفقت‌درمانی	
<۰/۰۰۱	۱.۵۲۶	۱۱.۷۰۱-	کنترل	طرح‌واره‌درمانی	
۰/۳۴۰	۲.۳۷۱	*۶.۲۲۲-	طرح‌واره‌درمانی	شفقت‌درمانی	خودانتقادی‌گری کل
<۰/۰۰۱	۲.۲۸۵	*۲۶.۲۷۵-	کنترل	شفقت‌درمانی	
<۰/۰۰۱	۲.۲۸۵	*۲۰.۰۵۳-	کنترل	طرح‌واره‌درمانی	

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد تفاوت میانگین متغیر خودانتقادی‌گری و مؤلفه‌های آن بر اثر هر دو مداخله درمان متمرکز بر شفقت و طرح‌واره‌درمانی معنی‌دار است ($P < 0/001$)؛ اما در گروه کنترل این اختلاف معنی‌دار نیست. همچنین اختلاف تأثیر درمان متمرکز بر شفقت نسبت به طرح‌واره‌درمانی در متغیر خودانتقادی‌گری و مؤلفه‌های آن معنی‌دار است ($P < 0/001$). به عبارت دیگر هر دو درمان منتهی به کاهش خودانتقادی‌گری و مؤلفه‌های آن در شده‌اند، اما تأثیر روش درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش خودانتقادی‌گری و مؤلفه‌های آن در افراد مبتلا به ترومای دوران کودکی بیشتر از طرح‌واره‌درمانی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و طرح‌واره‌درمانی بر خودانتقادی‌گری افراد مبتلا به ترومای دوران کودکی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد هر دو روش درمان متمرکز بر شفقت و طرح‌واره‌درمانی منتهی به کاهش خودانتقادی‌گری شدند و این در گروه کنترل قابل مشاهده نبود؛ اما تأثیر روش درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش خودانتقادی‌گری نسبت به طرح‌واره‌درمانی در افراد مبتلا به ترومای دوران کودکی بیشتر بوده است. یافته اول، یعنی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و طرح‌واره‌درمانی بر خودانتقادی‌گری با نتایج مطالعات ویدال و سولدویلا^۱ (۲۰۲۳)، پل^۲ و همکاران (۲۰۲۳)، امیرپور و همکاران (۱۴۰۳)، علمی و همکاران (۱۴۰۳)، تابش مفرد و منصوریه (۱۴۰۲) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت شفقت به خود، موضعی مهربانانه و انسانی نسبت به خود را پرورش می‌دهد و با خودانتقادی فراگیر که ریشه در تروماهای اولیه دارد، مقابله می‌کند. این روش سه مؤلفه را در هم می‌آمیزد: مهربانی با خود، انسانیت مشترک و ذهن‌آگاهی (گیلبرت و پروتکتر^۳، ۲۰۰۶). چارچوب‌بندی شفقت‌آمیز، باورهای مطلق‌گرایانه را با زمینه‌سازی تجربیات به عنوان مبارزات مشترک انسانی و حالت‌های گذرا و قابل رسیدگی، تعدیل می‌کند و موجب بازسازی شناختی باورهای مرتبط با تروما می‌گردد. الگوسازی و درونی‌سازی یک صدای درونی دلسوز، تجربیات رابطه‌ای ایمن را شبیه‌سازی می‌کند و با شرم و بی‌ارزشی درونی‌شده ناشی از ترومای دوران کودکی مقابله می‌کند (پل و همکاران، ۲۰۲۳). از سویی آگاهی‌های هیپرانه با تمرینات ذهن‌آگاهی از خودانتقادی بدون اجتناب فوری، استراتژی‌های تنظیم را ارتقا می‌دهد و نشخوار فکری و خودانتقادی را پس از وقوع رویدادها کاهش می‌دهد (علمی و همکاران، ۱۴۰۳). مداخلات متمرکز بر شفقت (مثلاً تصویرسازی دلسوزانه، ریتم آرامش‌بخش) واکنش‌پذیری عاطفی به خاطرات و نشانه‌های تروما را کاهش می‌دهند؛ تمرین‌های هدایت‌شده، پاسخ‌های دلسوزانه خودکار ایجاد می‌کنند و خودآموزی غیرتنبیهی و مقابله سالم‌تر را در هنگام بروز پریشانی تقویت می‌کنند و لذا با پردازش احساسات و واکنش‌پذیری به نشانه‌های تروما، فراوانی و شدت خودانتقادی را کاهش می‌دهند (ویدال و سولدویلا، ۲۰۲۳). از سویی شفقت به خود افزایش یافته، فعال‌سازی عصبی مرتبط با تهدید (مثلاً واکنش‌پذیری آمیگدال) را کاهش می‌دهد و تنظیم پیش‌پیشانی را تقویت می‌کند، تحمل پریشانی مرتبط با تروما را بهبود می‌بخشد و خودگویی‌های خشن خودکار را کاهش می‌دهد. تمرین مکرر، مسیرهای عصبی و شناختی مرتبط با شفقت به خود را تقویت می‌کند و منجر به کاهش پایدار در انتقاد از خود و بهبود پیامدهای مرتبط با تروما می‌شود (امیرپور و همکاران، ۱۴۰۳). به‌طور خلاصه، درمان شفقت به خود در خودانتقادی افراد دارای ترومای دوران کودکی از طریق پرورش یک موضع حمایتی درونی، بهبود تنظیم احساسات و پردازش نشانه‌های تروما، تغییر چارچوب باورهای مربوط به تروما و تقویت خودگویی سازگاران از طریق تمرین تجربی و الگوهای ارتباطی ایمن کمک می‌کند.

1 Vidal & Soldevilla

2 Pol

3 Gilbert & Procter

یافته دیگر مطالعه حاضر نشان داد طرح‌واره‌درمانی بر خودانتقادگری افراد مبتلا به ترومای دوران کودکی مؤثر است. این نتیجه با نتایج مطالعات حلاجی ثانی و همکاران (۱۴۰۴)، علمی و همکاران (۱۴۰۳)، قلی‌زاده الکامی (۱۴۰۱)، و پنجه‌پور و طباطبائی‌نژاد (۱۴۰۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت خودانتقادی از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه - الگوهای عمیقاً ریشه‌دار در مورد خود مثل نقص، دوست‌داشتنی نبودن، شکست، طرح‌واره تنبیه یا معیارهای سختگیرانه ناشی می‌شود. تمرین‌های این درمان، طرح‌واره‌ها و محرک‌های فعال‌کننده آنها را هدف قرار می‌دهد و به افراد کمک می‌کند تا تشخیص دهند چه زمانی در حالت‌های خودانتقادی (تنبیهی) در مقابل حالت‌های سالم‌تر و دلسوزانه هستند. تغییر به حالت دلسوزانه، خودگویی‌های منفی خودکار را کاهش می‌دهد (پنجه‌پور و طباطبائی‌نژاد، ۱۴۰۱). بازسازی شناختی طرح‌واره‌های ناسازگار فقط افکار را به‌طور سطحی به چالش نمی‌کشد. باورهای اصلی را با شواهدی در مورد تجربیات دوران کودکی دوباره چارچوب‌بندی می‌کند و منجر به خودبینی متعادل‌تر و قضاوت‌های تند خودکار کمتر می‌شود. تکنیک‌هایی مانند بازنویسی تصویرسازی ذهنی و تمرین‌های تجربی، خاطرات دردناک را دوباره چارچوب‌بندی می‌کنند و ارزش محرک آنها و شدت خودانتقادی را در موقعیت‌های آینده کاهش داده و موجب پردازش و ارزیابی مجدد عاطفی می‌شوند (علمی و همکاران، ۱۴۰۳). همچنین پرورش خوددلسوزی و عاطفه تسکین‌دهنده، برانگیختگی خودکار را که باعث خودگویی‌های تنبیهی می‌شود، کاهش می‌دهد و تنظیم عاطفی سالم‌تر را ممکن می‌سازد. چالش‌های رفتاری ایمن، خودنگری‌های افراطی، مثلاً "من بی‌ارزش هستم" را رد می‌کنند و به تدریج اتکا به خودانتقادی را به عنوان یک استراتژی مقابله کاهش می‌دهند (حلاجی ثانی و همکاران، ۱۴۰۴؛ پنجه‌پور و طباطبائی‌نژاد، ۱۴۰۱). در تبیینی دیگر، می‌توان گفت که افراد دارای ترومای کودکی به ماهیت خشن و تخریب‌گرانه انتقادات، به‌ویژه سرزنش‌های نسبت به خود، آگاهی پیدا می‌کنند. آنان درمی‌یابند که بین انتقاد از خود و عملکرد تفاوت قائل شوند و با در نظر گرفتن خودانتقادی به‌عنوان یک صدای درونی متمایز از کل شخصیت، اقداماتی برای کاهش یا حذف آن انجام دهند (ثلاثی و همکاران، ۱۴۰۲). به‌طور کلی مواجهه مکرر با تجربیات اصلاحی و کاهش اجتناب می‌تواند مسیرهای عصبی مربوط به نظارت بر خطا و خودارزیابی را عادی کند و منجر به خودتفسیری‌های انعطاف‌پذیرتر شود. یک موضع درمانگر معتبر و بدون قضاوت، به تنظیم مجدد صدای درونی از تنبیهی به حمایتی کمک می‌کند و الگوهای خودارزیابی تطبیقی را تقویت می‌کند (قلی‌زاده الکامی، ۱۴۰۱). به‌طور خلاصه، طرح‌واره درمانی از طریق شناسایی و تغییر باورهای خودمحور و سرسخت و پرورش خوددلسوزی، پردازش مجدد خاطرات دردناک برای کاهش حساسیت به محرک‌ها، و تقویت خودارزیابی سازگارانه و متعادل از طریق کار تجربی و رفتاری، خودانتقادی را کاهش می‌دهد.

درنهایت یافته‌های پژوهش نشان داد که بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و طرح‌واره‌درمانی بر خودانتقادگری افراد مبتلا به ترومای دوران کودکی تفاوت معنادار وجود دارد و درمان متمرکز بر شفقت نسبت به طرح‌واره‌درمانی از اثربخشی بیشتری برخوردار است. این یافته به‌طور مستقیم با نتایج مطالعات علمی و همکاران (۱۴۰۳)، و به‌طور مجزا با نتایج مطالعات ویدال و سولدویلا (۲۰۲۳)، پل و همکاران (۲۰۲۳)، امیرپور و همکاران (۱۴۰۳)، تابش مفرد و منصوریه (۱۴۰۲) همسو است. در تبیین اثربخشی بیشتر درمان متمرکز بر شفقت نسبت به طرح‌واره‌درمانی بر خودانتقادگری افراد مبتلا به ترومای دوران کودکی می‌توان گفت شفقت درمانی ممکن است به این دلیل اثربخش‌تر باشد که تمرکز مستقیم بر پرورش احساس شفقت نسبت به خود و کاهش داوری‌های شدید نسبت به خود دارد و هدف اصلی آن افزایش احساس حمایت، فهم و احترام نسبت به خود و دیگران است؛ لذا تمرینات شفقت با کاهش فعال‌سازی سامانه تهاجمی - انتقادی و تقویت سامانه شفقت و امنیت عاطفی، به‌ویژه در حضور تجربیات تروما که با احساس شرم، گناه و ناامنی ارتباط دارد، می‌تواند به کاهش خودانتقادی و سرزنشگری کمک کند زیرا با ایجاد ارتباط همدلانه و محترمانه با خود و دیگران، افراد قادر خواهند بود تا احساس قدرتمندی نسبت به خودشان داشته باشند و از خود سختگیری کمتری نشان دهند (علمی و همکاران، ۱۴۰۳). اگرچه طرح‌واره‌درمانی نیز برای خودانتقادی مفید است، اما به‌طور ویژه برای تغییر الگوهای عمیق طرح‌واره‌ای، الگوهای تفکر منفی و الگوهای رفتاری در جلسات طولانی است (حلاجی ثانی و همکاران، ۱۴۰۴). شفقت درمانی با متمرکزسازی بر خودشفقتی و مداخله‌های ذهنی-جسمی برای کاهش سطح داوری منفی به کار می‌رود و می‌تواند به سرعت احساس آرامش و امنیت را افزایش دهد، اما طرح‌واره درمانی به تغییر الگوهای عمیق شخصیت (طرح‌واره‌ها) می‌پردازد و ممکن است در برخی موارد با بازخوردهای متناقض و نیاز به تمرینات طولانی‌تر همراه باشد؛ لذا ممکن است در کوتاه‌مدت اثر کمتری بر خودانتقادی مستقیم نسبت به تمرینات شفقت داشت باشد (یگانه‌راد و همکاران، ۲۰۲۰). به‌نظر پژوهشگران این مطالعه نیز، دلیل کلیدی تفاوت اثربخشی این است که شفقت درمانی به سرعت می‌تواند با تمرینات کوتاه‌مدت و مقصد محور برای کاهش داوری‌های منفی نسبت به خود و ایجاد حس امنیت عاطفی عمل کند. در هشت جلسه، ممکن است مجموعه‌ای از تمرین‌های شفقتی ساده‌تر و قابل اجرا در خانه وجود داشته باشد که به سرعت اثر می‌کند؛ اما طرح‌واره درمانی در هشت جلسه، بسته به

شدت و طول مدت سابقه تروما، ممکن است نیاز به پیگیری در جلسات اضافی یا مکمل داشته باشد. شدت ترومای پیچیده و سطح تحریف‌های شناختی نیز تأکید بر این دارد که طرحواره درمانی به تغییر ساختارهای عمیق‌تری نیاز دارد که ممکن است در هشت جلسه به اندازه شفقت‌درمانی اثربخش نباشد.

در مجموع نتایج حاکی از آن بود که درمان متمرکز بر شفقت و طرحواره‌درمانی باعث کاهش خودانتقادی در زنان مبتلا به ترومای دوران کودکی شده است. علاوه بر این، اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت نسبت به طرحواره‌درمانی در شرکت‌کنندگان این پژوهش بیشتر بوده است. یافته‌های این پژوهش می‌تواند اطلاعات مفیدی برای مشاوران و روان‌درمانگران در این گروه هدف فراهم کند. در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تأیید کند و زمینه‌ساز پژوهش‌های بعدی گردد. در سطح عملی نیز می‌توان از این دو شیوه درمانی که هم از لحاظ زمانی و هم از نظر اقتصادی مقرون به صرفه هستند، در مراکز آموزشی و درمانی استفاده نمود.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود. از جمله این‌که نمونه‌گیری هدفمند بود که غیرتصادفی می‌باشد و تعمیم دقیق را با مشکل مواجه می‌نماید. محدودیت بعدی این است که جامعه مورداستفاده، زنان دانشجوی با تحصیلات آکادمیک بودند که ممکن است قابلیت تعمیم به مردان یا اقشار با تحصیلات پایین‌تر را نداشته باشد. محدودیت بعدی مربوط به ابزار گردآوری داده‌ها با پرسشنامه بود که یک ابزار خودگزارشی است. دوره پیگیری کوتاه‌مدت دو ماهه نیز ماندگاری اثر درمان‌ها را تضمین نمی‌کند. همچنین عدم بررسی سایر عوامل جمعیت‌شناختی مهم همچون وضعیت اقتصادی، فرهنگی، بیماری‌های جسمانی همراه، سابقه خانوادگی اختلالات شخصیت و ... از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی، روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد. استفاده از مصاحبه بالینی و تشخیصی نیز برای ارزیابی دقیق‌تر توصیه می‌گردد. در صورت داشتن زمان، دوره پیگیری طولانی‌تر جهت ماندگاری اثر درمان‌ها پیشنهاد می‌گردد. همچنین، ارزیابی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی تأثیرگذار می‌تواند نتایج ارزنده‌ای را به همراه داشته باشد.

منابع

- ابراهیمی، گ؛ غضنفری، ا؛ و مشهدی‌زاده، ش؛ و رحیمی، س. (۱۴۰۲). رابطه ترومای دوران کودکی با افکار خودکشی با توجه به نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *نشریه روان‌پرستاری*، ۱۱(۱)، ۹۴-۱۰۵. <https://doi.org/10.22034/IJPN.11.1.94>
- امیرپور، ب؛ عسگری‌پور، ز؛ و احمدی‌فر، م. (۱۴۰۳). کاربست درمان متمرکز بر شفقت در کاهش خودانتقادی و احساس گناه والدینی مادران دارای فرزند با نشانگان فنیل کتونوری: یک مطالعه نیمه تجربی. *مجله تحقیقات سلامت در جامعه*، ۱۰ (۲)، ۶۰-۷۳. [20.1001.1.24236772.1403.10.2.6.5](https://doi.org/10.22034/IJPN.11.1.94)
- پنجه‌پور، ش؛ و طباطبائی‌نژاد، ف. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی و خودانتقادی در زنان دارای افکار خودکشی: یک مطالعه نیمه‌تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۱(۱۲)، ۱۲۶۷-۱۲۸۲. <https://doi.org/10.52547/jrums.21.12.1267>
- پورنصراله، ف؛ اکبری، ب؛ و کیمرئی، آ. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان مبتلا به چاقی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۴ (۱۲)، ۱۴۸-۱۳۷. <https://frooyesh.ir/article-1-6620-fa.html>
- تابش مفرد، ن؛ و منصوریه، ن. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم هیجان، خود انتقادی و خشم دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دوم، *فصلنامه علوم روانشناختی*، ۲۲(۱۳۰)، ۲۰۴۱-۲۰۵۸. <https://doi.org/10.52547/JPS.22.130.2041>
- ثلاثی، ب؛ رمضانی، م آ؛ و جهان، ف. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودسرزنش‌گری و شرم در معتادین تحت درمان نگهدارنده با متادون. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲(۱۲۱)، ۱۵۳-۱۷۰. <https://doi.org/10.52547/JPS.22.121.153>
- حلاجی ثانی، م؛ خواجوند خوشلی، ا؛ و اسدی، ج. (۱۴۰۴). اثربخشی طرحواره درمانی بر سوگیری شناختی و خودانتقادی در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، *رویش روان‌شناسی*، ۱۴ (۴)، ۲۴۰-۲۳۱. <https://frooyesh.ir/article-1-6132-fa.html>
- علمی، ز؛ سوداگر، ش؛ حسین زاده تقوایی، م؛ صلاحیان، ا؛ و حسینی شکوه، س. ج. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و شفقت درمانی بر خود انتقادی و استیگما در مبتلایان به ویروس نقص ایمنی انسان. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۴۷(۴)، ۱۲۷۵-۱۲۸۸. <https://doi.org/10.22038/mjms.2024.79876.4603>
- قلی‌زاده، د. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر خودانتقادی و خودتنظیمی هیجانی زنان افسرده. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۷(۶۷)، ۲۱۹-۲۲۷. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2022.15304>
- موسوی، ا؛ و قربانی، ن. (۱۳۸۵). خودشناسی، خود انتقادی و سلامت روان. *مطالعات روان‌شناختی*، ۲(۳)، ۷۵-۹۱. <https://doi.org/10.22051/psy.2006.1688>

- یانگ، جی؛ کلوسکو، جی؛ ویشار، ام. (۲۰۰۳). طرح‌واره درمانی (راهنمای عملی برای پزشکان)، جلد اول. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۴۰۳). چاپ شانزدهم. تهران: انتشارات ارجمند.
<https://www.arjmandpub.com/Book/522>
- Angelakis, I., Austin, J. L., & Gooding, P. (2020). Association of childhood maltreatment with suicide behaviors among young people: a systematic review and meta-analysis. *JAMA network open*, 3(8), 1-24.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12563>
- Choi, S. S., Yang, S. B., Lim, M. H., Lim, J. Y., Kim, K. M., Lee, Y., ... & Chang, H. Y. (2023). Psychological aftereffects experienced by sexually abused children: psychopathological characteristics revealed by the K-CBCL. *Medicine*, 102(38), 34-69. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000034699>
- Daly, O., & Willoughby, T. (2019). A longitudinal study investigating bidirectionality among nonsuicidal self-injury, self-criticism, and parental criticism. *Psychiatry research*, 271(2), 678-683. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.056>
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Kascakova, N., Petrikova, M., Furstova, J., Hasto, J., Geckova, A. M., & Tavel, P. (2022). Associations of childhood trauma with long-term diseases and alcohol and nicotine use disorders in Czech and Slovak representative samples. *BMC public health*, 22(1), 17-69. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14160-2>
- Kim, S. G., Weissman, D. G., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2023). Child abuse and automatic emotion regulation in children and adolescents. *Development and psychopathology*, 35(1), 157-167. <https://doi.org/10.1017/S0954579421000663>
- Lassri, D., & Gewirtz-Meydan, A. (2022). Self-compassion moderates the mediating effect of self-criticism in the link between childhood maltreatment and psychopathology. *Journal of interpersonal violence*, 37(24), 23-34. <https://doi.org/10.1177/08862605211062994>
- Lian, A. E. Z., Chooi, W. T., & Bono, S. A. (2024). The development and the effectiveness of schema therapy on Malaysian female young adults who experienced continuous trauma and post-traumatic stress disorder. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 20(1), 22-38. <https://doi.org/10.1032/ejtd.27852>
- Naismith, I., Zarate Guerrero, S., & Feigenbaum, J. (2019). Abuse, invalidation, and lack of early warmth show distinct relationships with self-criticism, self-compassion, and fear of self-compassion in personality disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(3), 350-361. <https://doi.org/10.1002/cpp.2357>
- Nelson, C. A., Scott, R. D., Bhutta, Z. A., Harris, N. B., Danese, A., & Samara, M. (2020). Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *BMJ (Clinical research ed.)*, 371, 30-48. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3048>
- Pol, S. M., de Jong, A., Trompetter, H., Bohlmeijer, E. T., & Chakhssi, F. (2024). Effectiveness of compassion-focused therapy for self-criticism in patients with personality disorders: A multiple baseline case series study. *Personality and mental health*, 18(1), 69-79. <https://doi.org/10.1002/pmh.1597>
- Rostami, M., Sabbagh, K., & Shirkhani, M. (2023). Investigating the Mediating role of Emotion Regulation Difficulty in the Relationship between Traumatic Childhood Experiences and Self-Criticism in Adulthood. *International Journal of Behavioral Sciences*, 17(1), 16-23. https://www.behavsci.ir/article_172400.html
- Thompson, R. & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 419-430. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00106-5)
- Vidal, J., & Soldevilla, J. M. (2023). Effect of compassion-focused therapy on self-criticism and self-soothing: A meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 70-81. <https://doi.org/10.1111/bjc.12394>
- Yeganeh Rad, N., Toozandehjani, H. and Bagherzadeh Golmakani, Z. (2020). Comparing the effectiveness of schema therapy and compassion-focused therapy on forgiveness and ambiguity tolerance in divorce-seeking women. *Fundamentals of Mental Health*, 22(6), 357-367. <https://doi.org/10.22038/jfmh.2020.17656>