رویش روان شناسی، سال۱۰، شماره۱۱، شماره پیاپی ۶۸، بهمن ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(11), 2022

مروری بر خودانتقادی و خودشفقت‌ورزی در سلامت روان

A Review of Self-Criticism and Self-Compassion in mental health

نیلوفر فارسی جانی (نویسنده مسئول)
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
سمانه ابراهیم نژاد مقدم
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
الناز ملحی
کاندیدای دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

Niloufar Farsijani*
M.A in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, The University of Tehran, Tehran, Iran.
niloufarsi@yahoo.com
Smaneh Ebrahimnejad Moghadam
M.A in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, The University of Tehran, Tehran, Iran.
Elnaz Melhi
PhD candidate in psychology, faculty of psychology and and Educational Sciences, The University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran.

چکیده

خودانتقادی به‌عنوان هسته اصلی آسیب‌شناسی بسیاری از اختلالات روانی و یکی از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان معرفی شده است. مطالعات متعددی بر اهمیت خودانتقادی به‌عنوان سازه‌ای فراتشخیصی صحه گذاشته‌اند. درگذشته خودانتقادی با شرم و کمال‌گرایی یکسان در نظر گرفته می‌شد، اما خودانتقادی در مقایسه با کمال‌گرایی تعریف محدودتری دارد. همچنین، خودانتقادی با شرم درونی نیز مرتبط است. یکی از عوامل مرتبط برای بهبود خودانتقادی خودشفقت‌ورزی است که به‌عنوان پادزهر اصلی خودانتقادی منجر به کاهش آثار منفی آن بر سلامت روان می‌شود. این پژوهش به شکل توصیفی تحلیلی با هدف تبیین آسیب‌های خودانتقادی بر سلامت روان و راهبردهای مبتنی بر شفقت در بهبود خودانتقادی انجام شده است. امید است با توجه بیشتر به مفهوم خودشفقت‌ورزی زمینه پژوهش‌های بیشتر در حوزه درمان خودانتقادی فراهم آید.

کلیدواژه‌ها: *خودانتقادی، خودشفقت‌ورزی، درمان متمرکز بر شفقت*

Abstract

Self-criticism has been introduced as the core pathology of many mental disorders and one of the maladaptive emotion regulation strategies. Numerous studies have confirmed the significance of self-criticism as a meta-diagnostic construct. In the past, self-criticism was equated with shame and perfectionism, but self-criticism has a more limited definition than perfectionism. Self-criticism is also associated with inner shame .One of the related factors for improving self-criticism is self-compassion which as the main antidote to self-criticism, reduces the negative effects of self-criticism on mental health. This descriptive-analytical study was conducted to explain the damage of self- criticism on mental health and also compassion-based strategies in improving self-criticism. It is hoped that with more attention to the concept of self-compassion, more research will be provided for the treatment of self-criticism.

Keywords*: Self-criticism ،Self-compassion Compassion focused therapy*

نوع مقاله : تحلیلی **دریافت : فروردین ۱۴۰۰** **پذیرش: خرداد ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی: بهمن ۱۴۰۰**

مقدمه

سلامت از نظر سازمان جهانی بهداشت[1]، به‌صورت حالتی از بهزیستی کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی، نه‌فقط فقدان بیماری یا ناتوانی، تعریف شده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۷). سلامت روانی، به‌وضوح، یک بخش جدایی‌ناپذیر و مهم از این تعریف به‌حساب می‌آید که عوامل متعددی ازجمله ویژگی‌های شخصیتی آن را تحت تأثیر قرار می‌دهند (بوهانه، مگوییر و ریچاردسون[2]، ۲۰۱۷؛ لمرس، وسترهوف،

1 World Health Organization
2 Bohane, Maguire, & Richardson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.2.2]

کواکس و بوهلمیجر[1]، ۲۰۱۲). ازجمله این ویژگی‌ها، می‌توان به خودانتقادی[2] اشاره کرد. اما یکی از چالش‌های اساسی در مطالعه مفهوم خودانتقادی، عدم وجود توصیفی جامع و طبیعت غیرمتجانس این سازه است. بحث و مطالعه در زمینه پدیده خودانتقادی به فلاسفه یونان برمی‌گردد (چنگ[3]، ۲۰۰۸)، اگرچه پژوهش‌های تجربی در زمینه این مفهوم و رابطه آن با آسیب‌شناسی روانی و روان‌درمانی از دهه هفتاد میلادی آغاز گشته است (کانن و لویت[4]، ۲۰۱۳). خودانتقادی شامل درون‌نگری سخت‌گیرانه و مداوم، ارزیابی به‌شدت انتقادگرانه از رفتار، ناتوانی در حس رضایت از موفقیت‌های فردی، نگرانی مداوم درباره اشتباه و خطا و واکنش‌های منفی درباره شکست می‌شود، که خود را به‌صورت خودتنبیهی و خصومت در برابر خود نشان می‌دهد (بلت و لیتن[5]، ۲۰۰۹؛ لو، شونبرگ و دینگر[6]، ۲۰۲۰). خودانتقادی همچنین به‌صورت یک برداشت بسیار منفی نسبت به خود تعریف شده است (جرمین و هولی[7]، ۲۰۱۲). این مفهوم اغلب به‌عنوان یک راهبرد ناسازگارانه تنظیم هیجان محسوب می‌شود (گراس[8]، ۱۹۹۸) و افراد با درجات بالای آسیب‌شناسی روانی، در مواجهه با هیجان‌های منفی به میزان بیشتری از خودانتقادگری استفاده می‌کنند (آلدئو و نولن-هوکسما[9]، ۲۰۱۲).

یکی از عوامل مهم برای بهبود خودانتقادی خودشفقت‌ورزی[10] است که به‌عنوان پادزهر اصلی خودانتقادی منجر به کاهش آثار منفی آن بر سلامت روان می‌شود. نف[11] (۲۰۰۸) خودشفقت‌ورزی را به‌عنوان سازه‌ای متشکل از سه مؤلفه مهربانی با خود در برابر قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در برابر انزوا و بهوشیاری در برابر همانندسازی افراطی تعریف کرده است. خودشفقت‌ورزی را برخلاف خودانتقادگری می‌توان به‌عنوان یکی از راهبردهای تنظیم هیجان در نظر گرفت که در آن هیجان‌های ناخوشایند نادیده گرفته نشده و سرکوب نمی‌شوند، بلکه احساسات به‌صورت مشفقانه موردپذیرش قرار می‌گیرند (مؤمنی، شهیدی، موتابی و حیدری، ۱۳۹۲). بدین‌گونه احساسات منفی به مثبت تغییر پیدا می‌کند و منجر به ایجاد راهبردهای مقابله مؤثر و جدید در فرد می‌شود (نف، ۲۰۰۸). افرادی که از خودشفقت‌ورزی استفاده می‌کنند رنج کمتری را تجربه می‌کنند و نسبت به خود دیدگاه حمایت‌گرایانه‌ای دارند. این امر منجر به کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش رضایت از زندگی می‌شود (آلیک وسیدیکیدز[12]، ۲۰۰۹).

در ادامه مقاله حاضر سعی خواهد شد تا تاریخچه مطالعه نقش خودانتقادی در بروز و ظهور رفتارهای نابهنجار و نیز ابعاد متفاوت تأثیر این سازه بر آسیب‌شناسی روانی بررسی شود. همچنین، از آنجایی‌که نقش خودشفقت‌ورزی به‌عنوان یکی از راهبردهای درمان خودانتقادی در پژوهش‌های مختلف موردبررسی قرار نگرفته است، مقاله حاضر به‌مرور تاریخچه مطالعاتی این سازه، روش‌های درمانی مبتنی بر شفقت و تأثیر آن بر خودانتقادی نیز پرداخته است.

مدل‌های نظری خودانتقادی

در رابطه با خودانتقادی سه مدل نظری معرفی شده است: ۱) مدل دوقطبی رشد شخصیت و آسیب‌شناسی[13]، ۲) مدل محوری خودانتقادی[14] و ۳) مدل شناختی خودانتقادی[15].

مدل دوقطبی رشد شخصیت و آسیب‌شناسی: بلت[16] از برجسته‌ترین نظریه‌پردازان در حوزه خودانتقادی بود که به بررسی بازنمایی ذهنی شناختی- هیجانی یا طرحواره‌های خود و دیگران پرداخت که در رابطه اولیه والد-کودک ایجاد شده و در طول زندگی پیچیدگی بیشتری می‌یابند (بلت، ۱۹۷۴؛ بلت و لرنر[17]، ۱۹۸۳). در نظریه رشد شناختی او که اساسی روان‌پویشی داشت، پیشنهاد شد که رشد

1 Lamers, Westerhof, Kovács, & Bohlmeijer
2 self-criticism
3 Chang
4 Kannan & Levitt
5 Blatt & Luyten
6 Löw, Schauenburg, & Dinger
7 Germain & Hooley
8 Gross
9 Aldao, & Nolen-Hoeksema.
10 self-compassion
11 Neff
12 Alicke & Sedikides
13 two Polarity Model of Personality & Psychopathology
14 The axis of self criticism Model
15 cognitive model of self criticism
16 Blatt
17 Blatt, & Lerner

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.2.2]

شخصیت در طول زندگی یک فرد، به دنبال یک تعامل دوسویه بین دو دسته از بازنمایی‌های ذهنی شناختی-هیجانی پدید می‌آید: مرتبط بودن[1] و خودتوصیفی[2]. مرتبط بودن به معنای داشتن ارتباطات بین‌فردی رضایت‌بخش، دوطرفه، صمیمانه و بالغانه است و خودتوصیفی به رشد حسی مثبت از خود منسجم و واقع‌گرا اشاره دارد (بلت، ۱۹۷۴؛ بلت و لیتن، ۲۰۰۹). مرتبط بودن شامل ظرفیت فرد برای ایجاد روابط عمیق با دیگران است و به رشد حس اعتماد، همکاری و دوستی با دیگران اشاره دارد. خودتوصیفی به رشد هویت فردی از طریق توصیف خود در تمایز با دیگران اشاره دارد. اهداف تحولی در این بعد شامل استقلال از دیگران و جهت‌گیری اهداف برای رسیدن به موفقیت و دستاوردهای فردی است. تأکید اصلی سازمان شخصیت در افراد مختلف به نفع یکی از این دو بعد است. به این معنی که اگر گرایش به سمت خودتوصیفی باشد فرد دارای سازمان شخصیت درون‌گراست و اگر جهت‌گیری به سمت مرتبط بودن باشد، سازمان شخصیت متکی به دیگران پدید می‌آید (بلت، ۲۰۰۸). گرایش فرد به سمت یکی از این دو بعد می‌تواند زمینه‌ساز آسیب‌پذیری او در برابر نشانه‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی باشد. خودانتقادی به‌عنوان یک زیر-عامل[3] در بعد خودتوصیفی نیز شناخته می‌شود. بلت خودانتقادی را به‌عنوان یک تأکید بیش‌ازحد روی بعد خودتوصیفی تبیین کرد و آن را به‌صورت آسیب‌پذیری شخصیت تعریف نمود که توسط اشتغال فکری مداوم با موفقیت و خودارزشی مفهوم‌پردازی می‌شود. انحرافات تحولی در این بعد که شامل حس شکست، بی‌ارزشی، انتقادگری و گناه است، موجب آسیب‌پذیری بیشتر برای اختلالات روانی می‌شود. خودانتقادی بیش‌ازحد، عموماً منجر به اختلالات افسردگی می‌شود (بیوتل، ویلتینک، هافنر، رینر، بلیچنر و بلت[4]، ۲۰۰۴). از نقطه‌نظر هیجانی، افراد با درجات بالای خودانتقادی حساسیت بسیار زیادی نسبت به احساس شکست، گناه، کهتری و شرم دارند (ولتن و گرینبرگ[5]، ۲۰۰۵). ازنظر ثبات زمانی، مدل وضعیت-خصلت[6] معرفی شده است که فرض می‌کند وجود (محتوا و ساختار) بازنمایی‌های خودانتقادگرانه نسبتاً ثابت است، اگرچه دسترسی به این بازنمایی‌ها می‌تواند با توجه به حالات خلقی فرد، زمینه اجتماعی او و عوامل زیست‌شناختی نوسان داشته باشد (بلت و بهرندز[7]، ۱۹۸۷؛ زوروف، بلت، سنیسلو، باندی و پیلکونیس[8]، ۱۹۹۹).

مدل محوری خودانتقادی شاهار[9]: مدل محوری خودانتقادی نیز اساس روان‌پویشی و روان‌تحلیلی دارد. بر اساس این مدل، بنیان خودانتقادی به این دو مورد برمی‌گردد: الف) انتقادگری والدین از طریق هیجانات ابرازشده انتقادگرانه نسبت به کودک و ب) تلاش‌های شکست‌خورده کودک (و بعدها نوجوان و بزرگسال) برای ساختن خود واقعی[10] از طریق اصیل بودن و خودشناسی. کمبود اصالت و خودشناسی از یک‌طرف و هیجانات ابرازی انتقادگرانه دیگران (والدین، همسالان، معمان) از طرف دیگر، منجر به خودانتقادی بیشتر می‌شود (لسری و شاهار[11]، ۲۰۱۲)، که فرد را در مواجهه با وقایع استرس‌زای زندگی، مستعد عدم سازگاری و رشد آسیب‌شناسانه می‌کند (شاهار، ۲۰۱۵). بنابراین رشد آسیب‌شناسانه در جهت منش خودانتقادی، به‌شدت به بدرفتاری دوران کودکی وابسته است (گلسمن، ویریچ، هولی، دلیبرتو و نوک[12]، ۲۰۰۷). همچنین، این نوع از خودانتقادی که درنتیجه بدرفتاری دوران کودکی ایجاد می‌شود بر روی تعاملات اجتماعی تأثیرگذار بوده و باعث ایجاد رضایت کمتر در روابط عاطفی و کاهش کیفیت زندگی می‌شود (لسری، لیتن، فوناگی و شاهار[13]، ۲۰۱۸). ازآنجایی‌که پیامدهای خودانتقادی بسیار شدید و مخرب هستند، لازم است که از ابتدا از ایجاد و رشد این آسیب پیشگیری شود.

مدل شناختی خودانتقادی: چارچوب نظری دیگر در مطالعات سازه خودانتقادی، در حیطه روان‌درمانی شناختی است (بک، راش، شاو و امری[14]، ۱۹۷۹). مفهوم‌پردازی بک از سه‌گانه شناختی افسردگی، سه نوع از افکار خودآیند منفی را در افسردگی مشخص می‌کند:

1 relatedness
2 self-definition
3 sub-factor
4 Beutel, Wiltink, Hafner, Reiner, Bleichner, & Blatt
5 Whelton, & Greenberg
6 state-trait
7 Blatt, & Behrends
8 Zuroff, Blatt, Sanislow, Bondi, & Pilkonis
9 Shahar
10 true self
11 Lassri, & Shahar
12 Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto, & Nock
13 Lassri, Luyten, Fonagy, & Shahar
14 Beck, Rush, Shaw, & Emery

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.2.2]

عقاید منفی درباره ۱) جهان، ۲) آینده، ۳) خود[1]؛ که آخرین مورد (درباره خود) نماینده افکار و عقاید خودانتقادگرانه است. چنین افکار منفی متمرکز بر خود درنتیجه طرح‌واره بنیادین فرد در موقعیت‌های خاص فعال می‌شود (بک و آلفرد[2]، ۲۰۰۹). در درمان شناختی، خودانتقادی به‌عنوان یک متغیر پایدار شخصیتی شناخته می‌شود. علاوه بر این، این سازه بعدها به‌صورت پدیده‌های شناختی ناپایدار مثل افکار خودآیند و عقاید ناکارآمد متمایز می‌شود که می‌تواند به‌عنوان یک مرتبه شناختی میانجی و باثبات‌تر، بین طرح‌واره و افکار خودآیند عمل کند (لو و همکاران، ۲۰۲۰).

نتایج تجربی به‌دست‌آمده از مطالعات طولی آینده‌نگر، از یک مدل دوجانبه حمایت می‌کنند. بر اساس این مدل، اگرچه خودانتقادی یک عامل آسیب‌پذیری برای رشد آسیب‌شناسانه محسوب می‌شود، اما این سازه خود نیز تحت تأثیر نشانه‌های افسردگی قرار می‌گیرد (زوروف، ایگرجا و مونگرین[3]، ۱۹۹۰). چنین نتایجی بیان‌کننده عقیده‌ای است که خودانتقادی را دور باطلی می‌داند که از طریق تعاملات با دیگران، خود را تقویت می‌کند؛ درواقع این افراد به‌این‌علت که خودانتقادی را به‌عنوان یک ناتوانی درونی می‌کنند، قادر نیستند که تأیید از جانب دیگران را بپذیرند (شاهار، ۲۰۱۵). این منش با کاهش پیشرفت و پیگیری هدف مرتبط است (پاورز، میلیاوسکایا و کوستنر[4]، ۲۰۱۲). مطابق با مدل محوری خودانتقادی، افراد با اصالت و خودشناسی بالا، اهدافشان را در جهت دستیابی به شادکامی پایه‌گذاری می‌کنند درحالی‌که خودانتقادی از ایجاد چنین امکانات سازگارانه‌ای جلوگیری می‌کند.

خودانتقادی و مفاهیم مرتبط

کمال‌گرایی

هم‌پوشانی قابل‌توجهی بین خودانتقادی و سازه کمال‌گرایی[5] وجود دارد که به‌عنوان مجموعه‌ای از عقاید ناکارآمد و یا به‌صورت یک عامل شخصیتی شناختی مفهوم‌پردازی می‌شود (ویسمن و بک[6]، ۱۹۷۸). درگذشته این دو مفهوم به‌صورت مترادف به‌جای یکدیگر استفاده می‌شدند، درحالی‌که پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد، خودانتقادی در مقایسه با مفهوم کلی کمال‌گرایی تعریف محدودتری دارد. این یافته، برگرفته از مطالعات انجام‌گرفته توسط دانکلی و همکاران است که کمال‌گرایی را به‌صورت پدیده‌ای چندبعدی در نظر گرفتند (دانکلی، بلنکشتاین، مشب و گریلو[7]، ۲۰۰۶؛ هویت، فلت، بسر، شری و مک جی[8]، ۲۰۰۳). آن‌ها در اندازه‌گیری‌های مختلف خودانتقادی و کمال‌گرایی، دو بعد مرتبه بالاتر[9] از کمال‌گرایی را معرفی نمودند: استانداردهای شخصی[10] و کمال‌گرایی خودانتقادگرانه[11] (دانکلی، زوروف و بلنکشتاین[12]، ۲۰۰۶). استانداردهای شخصی شامل وضع استانداردهای بالا و تلاش فرد برای دستیابی به آن‌هاست که به بعد نرمال و سازگارانه کمال‌گرایی اشاره دارد و مرتبط با موفقیت و دستاوردهای شخصی بیشتر است. کمال‌گرایی خودانتقادگرانه به‌عنوان جنبه ناسازگارانه و آسیب‌شناسانه کمال‌گرایی محسوب می‌شود. استانداردهای شخصی در مقایسه با کمال‌گرایی خودانتقادگرانه، ارتباط اندکی با آسیب‌شناسی روانی دارد، درحالی‌که کمال‌گرایی خودانتقادگرانه رابطه‌ای قوی و پایدار با نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی دارد (استوبر و اتو[13]، ۲۰۰۶). بنابراین، وضع کردن استانداردهای بالا باعث نتایج منفی و مخرب نمی‌شود بلکه جنبه خودانتقادگری کمال‌گرایی است که ناسازگارانه و مخرب محسوب می‌شود. دانکلی و همکاران (۲۰۰۶) در کنار پژوهشگران دیگر به این نتیجه رسیدند که کمال‌گرایی خودانتقادگرانه درواقع همان خودانتقادی است و ابزارهای اندازه‌گیری آن‌ها می‌تواند به‌جای یکدیگر استفاده شود (شاهار، ۲۰۱۵).

1 self
2 Beck, & Alford
3 Zuroff, Igreja, & Mongrain
4 Powers, Milyavskaya, & Koestner
5 perfectionism
6 Weissman & Beck
7 Dunkley, Blankstein, Masheb, & Grilo
8 Hewitt, Flett, Besser, Sherry, & McGee
9 two higher-order dimensions
10 personal standards
11 self-critical perfectionism
12 Dunkley, Zuroff, & Blankstein
13 Stoeber & Otto

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.2.2]

شرم

مفهوم مرتبط دیگر با خودانتقادی شرم است. در میان مدل‌های مختلفی که به مفهوم‌پردازی سازه شرم پرداخته‌اند، مفهوم‌پردازی گیلبرت[1] (۲۰۱۶) تحت تأثیر پژوهشگران پیشین قرارگرفته است که بر اهمیت تجربه "خود" در ذهن "دیگری" تمرکز دارد. بر اساس این مدل، تجربیات شرم‌آور درواقع با عدم توانایی خلق تصاویر دلخواه در ذهن دیگران و درنتیجه تجربه طرد مرتبط هستند. کودکان و بزرگسالان افسرده اغلب بر توانایی‌شان در پذیرفته شدن از جانب دیگران تمرکز می‌کنند (گیلبرت، ۱۹۹۸). ازنظر گیلبرت دو نوع شرم وجود دارد؛ شرم بیرونی[2] و شرم درونی[3]. شرم بیرونی با فرآیندهای شناختی و جهت‌گیری توجه بیرونی مرتبط است –آنچه در ذهن دیگران درباره "خود[4]" جریان دارد. شرم درونی با فرآیندهای شناختی و جهت‌گیری توجه درونی ارتباط دارد –هیجان‌ها، ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری خود فرد (گیلبرت، ۲۰۰۳، ۲۰۰۷). خودانتقادی با شرم درونی در ارتباط است. به‌بیان‌دیگر می‌توان گفت که شرم درونی و خودانتقادی فرآیندهایی هستند که به شدت در یکدیگر درآمیخته‌اند و ازاین‌رو خودانتقادی به‌صورت یک فرآیند شرم درونی در نظر گرفته می‌شود. افراد عموماً از جنبه‌های مختلف خود را با دیگران مقایسه می‌کنند و اگر این مقایسه برایشان ناخوشایند باشد دچار حس طردشدگی و کنار گذاشته شدن می‌شوند. این احتمال وجود دارد که این احساس ناامیدی در حیطه‌های اجتماعی اساس و پایه شرم و خودانتقادی باشد (آیرونز و گیلبرت[5]، ۲۰۰۵).

خودانتقادی و آسیب‌شناسی روانی

خودانتقادی با بسیاری از نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی رابطه مثبت دارد (ورنر و همکاران، ۲۰۱۹). در هر دو رویکرد شناختی و تحلیلی، خودانتقادی در ابتدا به‌عنوان عامل آسیب‌پذیری[6] برای افسردگی محسوب می‌شد (بک، ۱۹۸۳؛ بلت، ۱۹۷۴). یافته‌های پژوهشی، رابطه بین خودانتقادی و نشانه‌های افسردگی را تأیید کردند (به‌عنوان‌مثال، بلت، ۱۹۹۸؛ زوروف، سنتور و مانگرین[7]، ۲۰۰۵). همچنین خودانتقادی با برگشت‌پذیری و عود دوره‌های افسردگی مرتبط است (مانگرین و لیتر[8]، ۲۰۰۶). گیلبرت، بلدوین، آیرنز، بکس و پالمر[9] (۲۰۰۶) نیز نشان دادند که خودانتقادی درصورتی زمینه‌ساز افسردگی می‌شود که دفاع‌های کافی (برای مثال، خوداطمینان‌بخشی) علیه آن وجود نداشته باشد. علاوه براین رابطه بین خودانتقادی و نشانه‌های افسردگی و افکار خودکشی در مطالعات طولی تأیید شده است (دانکلی، سنیسلو، گریلو و مک‌گلشان[10]، ۲۰۰۶).

خودانتقادی نه‌تنها باعث ایجاد نشانه‌های افسردگی می‌شود بلکه می‌توان آن را به‌صورت یک عامل خطر فراتشخیصی[11] در نظر گرفت. خودانتقادی علاوه بر ایجاد اختلالات درونی‌سازی[12] مانند افسردگی، می‌تواند موجب پدید آمدن اختلالات بیرونی‌سازی[13] شود (لیدبیتر، کوپرمینک، بلت و هرتزاگ[14]، ۱۹۹۹). نوجوانان خودانتقادگر، مشکلات بیرونی‌سازی از قبیل قانون‌شکنی و رفتارهای خشونت‌آمیز دارند که آشکارا برای اطرافیان قابل‌مشاهده است (ون‌دن‌کرخو، برنینگ، ون‌استین‌کیست، لیتن و سوانز[15]، ۲۰۱۹). میزان خودانتقادی در اضطراب اجتماعی[16] (کاکس، فلیت و آستین[17]، ۲۰۰۴)، اختلال استرس پس از حادثه[18] (کاکس، مک‌فرسون، انس و مک‌ویلیامز[19]، ۲۰۰۴)، اختلالات

1 Gilbert
2 external shame
3 internal shame
4 self
5 Irons & Gilbert.
6 vulnerability factor
7 Zuroff, Santor, & Mongrain
8 Mongrain & Leather
9 Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus, & Palmer
10 Dunkley, Sanislow, Grilo, & McGlashan
11 transdiagnostic risk factor
12 internalizing disorders
13 externalizing disorders
14 Leadbeater, Kuperminc, Blatt & Hertzog
15 Vandenkerckhove, Brenning, Vansteenkiste, Luyten, & Soenens
16 social anxiety
17 Cox, Fleet, & Stein
18 post-traumatic stress disorder
19 Cox, MacPherson, Enns, & McWilliams

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.2.2]

خوردن (دانکلی و گریلو[1]، ۲۰۰۷؛ زولکویتز و کول[2]، ۲۰۱۹)، اختلال شخصیت مرزی[3] (کوپالا-سیبلی، زوروف، راسل، موسکویتس و پاریس[4]، ۲۰۱۲)، اختلال دوقطبی (فرانسیس-رانیر، الوی و آبرامسون[5]، ۲۰۰۶) و خودکشی (فازا و پیج[6]، ۲۰۰۹) بالا است. همچنین مطالعات طولی خودانتقادی را ملاک پیش‌آگهی برای تشدید نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی در آینده معرفی می‌کند. به‌عنوان‌مثال پرکینز و همکاران در یک مطالعه طولی نشان دادند که بیماران دارای اختلالات خوردن که درجات بالای خودانتقادی دارند در آینده با احتمال بیشتری دچار خودجرحی می‌شوند (پرکینز، ارتیز و اسمیت[7]، ۲۰۲۰). پژوهش‌های روان‌درمانی نشان می‌دهند که بیماران با درجات بالای خودانتقادی، در مقایسه با سایر بیماران پیشرفت کمتری در کاهش شدت نشانه‌های بیماری دارند (بالماش، هارکنس، استوارت و بگبی[8]، ۲۰۰۹؛ مارشال، زوروف، مک براید و بگبی[9]، ۲۰۰۸). همچنین، خودانتقادی با کاهش استفاده از راهبردهای سازگارانه (جیمز، ورپلنکن و ریمز[10]، ۲۰۱۵؛ رادولف، فلت و هویت[11]، ۲۰۰۷) و افزایش تعاملات اجتماعی منفی (مکینون، کهایز، لئونارد، فریزر و استوارت[12]، ۲۰۱۷) همراه است. این شواهد نشان می‌دهد که خودانتقادی می‌تواند با دامنه وسیعی از اختلالات و مشکلات سلامت روان و مداخلات درمانی مناسب برای آن‌ها در ارتباط باشد.

خودانتقادی در برابر خودشفقت‌ورزی

مدل خودانتقادی گیلبرت، رشد و فرآیند ایجاد خودانتقادی را از دیدگاه شناختی- تکاملی توصیف می‌کند. این مدل با درمان متمرکز بر شفقت که روش درمانی ویژه خودانتقادی است، ارتباط گسترده‌ای دارد (گیلبرت، ۲۰۱۰). در حقیقت یکی از موضوعات مهم در درمان مبتنی بر شفقت تمرکز بر کارکردهای تکامل‌یافته‌ای است که انواع خاصی از احساسات و سبک‌های روابط اجتماعی را پایه‌ریزی می‌کند (گیلبرت، ۲۰۰۵، ۲۰۰۷، ۲۰۰۹). تحول خودانتقادی در این مدل نیز بر اساس تجربیات بین‌فردی (رابطه دیگران با خود) پایه‌گذاری می‌شود. در این مدل سه سیستم تنظیم هیجان معرفی شده است:

سیستم تهدید و محافظت

تجربیات تهدیدکننده منجر به فعال شدن خاطرات و تجربیات آسیب‌زننده دوران کودکی می‌شوند و این موضوع به دلیل فعال شدن سیستم تهدید است. این سیستم منشأ بسیاری از جنبه‌های آسیب‌شناسی روانی است (گیلبرت، ۲۰۰۹). در درمان مبتنی بر شفقت، متخصصان برای درمانجو توضیح می‌دهند که چگونه وقایع اولیه زندگی ممکن است سیستم محافظت در مقابل تهدیدات فرد را حساس کرده و منجر به توسعه استراتژی‌های ایمنی شود که می‌توانند به‌طور خودکار و به شکل پاسخ‌های شرطی و شاید متناقض عمل کنند (گیلبرت، ۲۰۰۹). در درمان مبتنی بر شفقت، هنگامی‌که افراد از انتقاد، محکوم کردن و سرزنش خود در مورد علائم، افکار یا احساسات خود دست بردارند، آزادانه‌تر به سمت مسئولیت‌پذیری حرکت می‌کنند (گیلبرت، ۲۰۰۹). به‌عبارت‌دیگر سیستم تنظیم هیجان مرتبط با خودانتقادی، سیستم محافظت در مقابل تهدید است و بیشتر حول محور هیجاناتی مانند خشم، اضطراب، و نفرت سازمان‌دهی می‌شود (گیلبرت، ۲۰۱۴).

سیستم تحریک و هیجان

عملکرد سیستم تحریک و هیجان در انسان این‌گونه است که با ایجاد احساسات مثبت منجر به ایجاد انگیزه شده و فرد را برای جستجوی محرک‌ها راهنمایی می‌کند. این سیستم امیال است که ما را به سمت اهداف مهم زندگی راهنمایی می‌کند (دپو و مورون_ استراپینسکس[13]، ۲۰۰۵). احساسات مرتبط با این سیستم با برانگیختگی و احساس انرژی مرتبط هستند (گیلبرت، ۲۰۰۹).

1 Dunkley & Grilo
2 Zelkowitz & Cole
3 borderline personality disorder
4 Kopala-Sibley, Zuroff, Russell, Moskowitz & Paris
5 Francis-Raniere, Alloy, & Abramson
6 Fazaa & Page
7 Perkins, Ortiz, & Smith
8 Bulmash, Harkness, Stewart, & Bagby
9 Marshall, Zuroff, McBride, & Bagby
10 James, Verplanken, & Rimes
11 Rudolph, Flett, & Hewitt
12 Mackinnon, Kehayes, Leonard, Fraser, & Stewart
13 Depue & Morrone-Strupinsky

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.2.2]

سیستم خرسندی، آرامش و امنیت اجتماعی، مراقبت

با تکامل رفتار دلبستگی، سیستم خرسندی به میزان قابل‌توجهی رشد می‌کند (دپو و مورون-استراپینسکی، ۲۰۰۵). رفتار مراقبتی والدین تأثیر آرام‌بخشی بر کارکرد فیزیولوژی مغز دارد. بنابراین درمان متمرکز بر شفقت با یافته‌ها و مفاهیم حاصل از تحقیقات دلبستگی ادغام شده است (بالبی[1]، ۱۹۶۹؛ گیلبرت، ۲۰۰۵؛ میکولینسر و شاور[2]، ۲۰۰۷). در حقیقت رفتار مراقبتی منجر به تحریک سیستم آرامش و ایمنی و درنتیجه تسکین فشار بیش‌ازحد و احساس تنش در فرد می‌شود. این امر همچنین به وابستگی اجتماعی مرتبط است. در حقیقت این سیستم به‌عنوان یک سیستم امنیت اجتماعی مرتبط با عاطفه و مهربانی عمل می‌کند، که خاصیت تسکین‌دهنده‌ای دارد (گیلبرت، ۲۰۰۵، ۲۰۰۷، ۲۰۰۹). درمان متمرکز بر شفقت در جهت تسهیل توسعه سیستم آرامش و امنیت اجتماعی عمل می‌کند. شفقت به خود سیستم تهدید را غیرفعال و سیستم خودآرام‌بخشی را فعال می‌کند (گیلبرت و آیرونز[3]، ۲۰۰۹). تمرین شفقت با خود می‌تواند هورمون کورتیزول را که در سیستم تهدید فعال می‌شود، کاهش دهد. علاوه بر این با تنظیم ضربان قلب منجر به آرام‌سازی می‌شود (راکلیف، گیلبرت، مک ایوان، لیت من و گراور[4]، ۲۰۰۹).

درمان متمرکز بر شفقت

نتایج به‌دست‌آمده از انجمن ملی درمان سلامت روان نشان می‌دهد که بیماران خودانتقادگر با احتمال کمتری به درمان پاسخ می‌دهند (بلت، زوروف، هالی و آربچ، ۲۰۱۰). در زمینه مداخلات مربوط به خودانتقادی تاکنون بیشترین پژوهش‌ها در حوزه درمان متمرکز بر شفقت انجام گرفته است، اما شواهد فراتحلیلی مبتنی بر اثربخشی این نوع درمان همچنان نادر است (کیربی[5]، ۲۰۱۷). لیویس و یوتلی[6] (۲۰۱۵) در یک پژوهش مروری سیستماتیک بر روی درمان متمرکز بر شفقت نشان دادند که این درمان بر روی بیماران خودانتقاگر تأثیرات درمانی قابل توجهی دارد. علت اقبال گسترده به مداخلات مبتنی بر شفقت در سال‌های گذشته عدم کارایی لازم سایر درمان‌ها در زمینه خودانتقادی بوده است (کارزدین[7]، ۲۰۱۵). مداخلات مبتنی بر شفقت در دسته درمان‌های روانشناسی مثبت‌گرا قرار می‌گیرند (سین و لیوبومیرسکی[8]، ۲۰۰۹). اهمیت درمان متمرکز بر شفقت در بهبود خودانتقادی را می‌توان در چهار مورد خلاصه نمود: ۱- شفقت با خود در افرادی که دارای سطوح بالایی از شرم و خودانتقادی هستند بسیار دشوار است. ۲- مشکلات شرمساری و انتقاد از خود اغلب ریشه در سابقه سوءاستفاده، بی‌توجهی و یا کمبود محبت دارد (گیلبرت و اندروز[9]، ۱۹۹۸). افرادی که سابقه این نوع از تجربه‌های اولیه را دارند، می‌توانند نسبت به تهدید، طرد شدن یا انتقاد از دنیای خارج، بسیار حساس شوند و به‌سرعت به خود حمله کنند، آن‌ها دنیای خارج و درونی خود را به شکل خصمانه‌ای تجربه می‌کنند. ۳- مشخص شده است که برای بررسی شرم و انتقاد از خود، باید تمرکز درمان را بر خاطرات تجارب اولیه قرار داد (بروین[10]، ۲۰۰۰؛ گیلبرت، ۲۰۰۵). این کار می‌تواند با مداخلات درمانی انجام‌شده برای تروما همپوشانی داشته باشد (لی[11]، ۲۰۰۵). ۴- اغلب افراد خودانتقادگر تکالیف مربوط به درمان‌های شناختی و رفتاری را به‌خوبی انجام می‌دهند و در ایجاد و جایگزینی عقاید و باورهای منفی خود مهارت پیدا می‌کنند، اما باز هم در درمان ضعیف عمل می‌کنند (رکتوور، بگبی، سگال، جاف و لویت[12]، ۲۰۰۰). آن‌ها احتمالاً می‌گویند، "من منطق تفکر جایگزین خود را درک می‌کنم"؛ اما درواقع این موضوع به آن‌ها کمک نمی‌کند که احساس بهتری داشته باشند. باوجوداینکه این افراد می‌دانند مقصر نیستند اما همچنان احساس تقصیر می‌کنند. ویژگی مشترک اکثر افراد خودانتقادگر مربوط به تجاربی است که در آن ایجاد احساس آرامش، امنیت یا گرمی در روابط با خود و دیگران برای آنان بسیار دشوار است (گیلبرت، ۲۰۰۹). علاوه براین، یکی از موانع اصلی درمان در این افراد اعتماد است. نیاز شدید برای دریافت تأیید از جانب درمانگر مانعی در برابر خودافشایی و صادق بودن آن‌ها در درمان است (کانان و لویت، ۲۰۱۳).

1 Bowlby
2 Mikulincer & Shaver
3 Gilbert & Irons.
4 Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman & Glover
5 Kirby
6 Leaviss & Uttley
7 Kazdin
8 Sin & Lyubomirsky
9 Gilbert & Andrews
10 Brewin
11 Lee
12 Rector, Bagby, Segal, Joffe, & Levitt

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.2.2]

طبق یافته‌های گیلبرت (۲۰۱۴) روش درمان متمرکز بر شفقت متشکل از چندین مرحله است: ۱) پرورش و ساخت عقاید مهربانانه و مهارت‌هایی که باعث تجربه خود شفقتی می‌شود. ۲) ایجاد حس مهربانانه به خود از طریق تمرینات و تکنیک‌های تصویرسازی، تنفس و تن صدا. ۳) استفاده از خود مهربان برای رودررویی و حل مشکلاتی مانند خودانتقادی، شرم و نشانه‌های افسردگی. برای ایجاد تغییر در درمان متمرکز بر شفقت ضروری است که پرورش خوداطمینان‌بخشی در مراحل اول و دوم منعکس شود (گیلبرت، ۲۰۱۴). به دلیل اینکه ایجاد تصاویر خود اطمینان‌بخش بر خودانتقادی اثر منفی دارد، یادگیری توانایی خود اطمینان‌بخشی و خودآرامی از طریق خلق تصاویر مهربانانه هدف اصلی درمان متمرکز بر شفقت است (گیلبرت و پراکتر[1]، ۲۰۰۶؛ گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۶).

همان‌طور که اشاره شد سیستم تنظیم هیجانی مؤثر در فرآیند بهبود، رفتار مراقب‌کننده و حمایتی است و زمانی‌که این سیستم فعال می‌شود توجه، رفتار، افکار و فیزیولوژی به طرق مختلف شروع به فعالیت می‌کنند. بنابراین یکی از اهداف درمان این است که افراد از سیستم متمرکز بر تهدید، به سمت سیستم متمرکز بر مراقبت هدایت شوند. البته این هدف به‌آسانی به دست نخواهد آمد. چراکه این تغییرات، ترس‌ها و مقاومت‌های زیادی را ایجاد می‌کنند. در درمان متمرکز بر شفقت تلاش می‌شود که این تغییرات در سیستم تنظیم هیجانی اتفاق بیافتد و افراد راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان را بیاموزند. در این درمان به‌جای اینکه شنیدن صداهای انتقادگر درونی حذف شوند، سعی می‌شود که تغییراتی در سیستم تهدید که تولیدکننده این صداها هستند، ایجاد شود. در درمان مبتنی بر شفقت به افراد کمک می‌شود تا ظرفیت خود را در برابر صداهای منتقد درونی افزایش دهند (هریت- میتلند، مک کتی، لانگدن و گیلبرت[2]، ۲۰۱۹). به‌این‌ترتیب افراد می‌آموزند که رابطه خود را با خودارزیابی‌هایشان تغییر دهند (گیلبرت، ۲۰۰۹). به‌عبارت‌دیگر درمان متمرکز بر شفقت خودانتقادی و خوداطمینان‌بخشی را متعلق به دو سیستم تنظیم هیجانی متفاوت می‌داند که مستقیماً سیستم تهدید خودانتقادی را هدف قرار نمی‌دهد بلکه هدف این است که از طریق تقویت خوداطمینان‌بخشی، فرد را نسبت به خودانتقادی مقاوم سازد (ورنر و همکاران، ۲۰۱۹).

درمان متمرکز بر شفقت مبتنی بر تمریناتی است که در آن فرد مانند بازیگری می‌پذیرد که نقش فردی مشفق را بازی کند و حس، حالات صورت، حالت‌های بدن، تن صدا و روش‌های تفکر مشفقانه را تمرین کند (گیلبرت، ۲۰۰۹). اساس این درمان بر آموزش روانی[3] و سپس تمرینات تنفس[4]، وضعیت بدن[5] و تن صدا[6] قرار دارد. در این درمان افراد تصورات مشفقانه را درباره خود تمرین می‌کنند و ایجاد و خلق این طرح‌های مشفقانه منبع تغییر و رشد می‌شود (هریت-میتلند و همکاران، ۲۰۱۹). توجه مشفقانه به معنای متمرکز کردن توجه توأم با حمایت است. در این تمرینات به فرد آموزش داده می‌شود که توجه فرد به‌سوی تجارب دوست‌داشتنی منعطف شود. به‌عنوان‌مثال، ممکن است درمان‌جو تشویق شود که برای تمجید از هر موضوع خوشایند و دلپذیری وقت صرف کند. در خودانتقادی سیستم تهدید بر ویژگی‌های منفی متمرکز شده است، بنابراین افراد می‌توانند از طریق تمرکز مجدد بر موضوعات خوشایند از سلطه سیستم تهدید رها شوند. به‌طورکلی در درمان متمرکز بر شفقت درمانجو از طریق رابطه درمانی، توجه، تفکر، رفتار و تصور مشفقانه را تمرین می‌کند (گیلبرت، ۲۰۰۹).

سایر درمان‌های مؤثر بر خودانتقادی

درمان روانکاوی: صداهای خودانتقادگرانه[7] و روایت‌های محاوره‌ای[8]

تعداد زیادی از روش‌های درمانی خودانتقادی از درمان روانکاوی توسعه‌یافته است. یکی از این روش‌های درمانی "درمان صدا[9]" است که توسط رابرت فایراستون معرفی گردید (فایراستون[10]، ۱۹۹۸). از دیدگاه فایراستون تغییر در افکار خودانتقادگرانه هنگامی اتفاق می‌افتد که فرآیندهای نشخوار افکار منفی درونی به‌صورت صداهای آزاد و سرکوب نشده رها شود. در این روش درمانی افراد می‌آموزند که افکار

1 Gilbert & Procter
2 Heriot-Maitland, McCarthy-Jones, Longde, & Gilbert
3 psychoeducation
4 breathing practice
5. body posture
6 voice tone
7 critical voices
8 dialogical narratives
9 voice therapy
10 Firestone

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.2.2]

خودانتقادگرانه خود را به‌صورت دوم‌شخص به کلام تبدیل کنند، انگار که شخص دیگری در حال مکالمه با آن‌ها است. بر اساس این روش تغییر به دوم‌شخص باعث می‌شود که محتویات هیجانی افکار خودانتقادگرانه به‌صورت هشیارانه تجربه شود. به‌این‌ترتیب باورهای بنیادین افراد نیز از دیدگاه‌های خودانتقادگرانه درونی‌سازی‌شده جدا می‌شوند. این فرآیند به فرد اجازه می‌دهد که به ریشه خودانتقادی که به تجربیات و وقایع ناگوار دردناک دوران کودکی برمی‌گردد، دسترسی پیدا کند (کانان و لویت، ۲۰۱۳).

درمان شناختی

روش‌های درمانی شناختی که در درمان خودانتقادی استفاده می‌شود، توسط بازسازی شناختی[1] و ارزیابی مجدد[2] به‌منظور تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار عمل می‌نماید. در بازسازی شناختی، از طریق تشخیص و آزمودن طرح‌واره‌های ناسازگار فرد، شناخت‌های او بازسازی می‌شوند. هنگامی‌که افکار خودانتقادگرانه فرد مشخص شود، افراد تشویق می‌شوند که به این افکار خودآسیب‌رسان پاسخ دهند و با آن‌ها به چالش بپردازند. تکنیک ارزیابی مجدد بیشتر برای افرادی استفاده می‌شود که تمایل دارند در مقابل پیامدهای منفی خارج از کنترل، خود را مسئول و مقصر بدانند. در اینجا هدف این است تا به افراد کمک شود که مقدار مناسبی از مسئولیت را به خودشان نسبت دهند و نقش عوامل خارجی را نیز در مشکلات خود در نظر بگیرند (بک، ۱۹۷۹).

درمان متمرکز بر هیجان[3]

بر طبق این دیدگاه هیجان‌ها کارکردی سازگارانه داشته و برای تنظیم رفتار و برقراری دلبستگی کاربرد دارند، اما درصورتی‌که از روش‌های ناسازگارانه تنظیم هیجان برای مواجهه با حوادث آسیب‌زای گذشته استفاده شود ممکن هیجان‌ها دارای کارکردی ناسازگارانه شوند (الیوت، گرینبرگ و لاتیر[4]، ۲۰۰۴). در روش درمانی متمرکز بر هیجان برای خودانتقادی از "دیالوگ دو صندلی[5]" استفاده می‌شود. در این روش با کمک درمانگر دیالوگی بین جنبه انتقادگر خود و جنبه موردانتقاد قرارگرفته خود ایجاد می‌شود (گرینبرگ، رایس و الیوت[6]،۱۹۹۳). درمانگر تلاش می‌کند که فرد انتقادهای ویژه و خاصی را که به خود نسبت می‌دهد، کلامی کند و سپس درمانجو می‌تواند به عمق سخت‌گیری و خشونتی که به خود اعمال می‌کند آگاه شود. در مرحله دوم درمانگر، درمانجو را تشویق می‌کند که احساسات دشوار خود را به‌تفصیل شرح دهد. در انتهای درمان بین جنبه خودانتقادگر و خود فرد یکپارچگی ایجاد می‌شود و درمانجو شفقت با خود را تجربه می‌کند و صدای منتقد سرزنشگر به عبارت ملایم‌تر تبدیل خواهد شد. در اینجا هدف درمان حذف و از بین بردن خودانتقادی نیست بلکه هدف کمک به فرد است، تا تصمیمی بگیرد که برایش مفیدتر و مؤثرتر است. پژوهش‌ها از اثرگذاری این روش درمانی حمایت کرده‌اند و نشان می‌دهند که روش دیالوگ دو صندلی علاوه بر کاهش خودانتقادی، خودشفقتی و توانایی خوداطمینان‌بخشی را در شرایط استرس‌زا افزایش می‌دهد (شاهار، کارلین، انگل، هگد، اشزپنول و آرکویتز[7]، ۲۰۱۲).

بحث و نتیجه‌گیری

خودانتقادی به‌عنوان سازه‌ای فراتشخیصی و یکی از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان منجر به آسیب به ارتباط درمانی و کاهش اثرات درمانی شده و می‌تواند پاسخ‌های درمانی ضعیف در روان‌درمانی را پیش‌بینی کند. بنابراین برای بهبود خودانتقادی راهبردهای درمانی ویژه‌ای نیاز است. افراد خودانتقادگر قادر نیستند که تحسین و تمجید دیگران و حتی درمانگر خود را دریافت کنند و از آن لذت ببرند، در مقابل آن‌ها دستاوردهای درمانی خود را کوچک و ناچیز تلقی می‌کنند. به دلیل مقاومت افراد خودانتقادگر نسبت به درمان‌های مرسوم توجه بیشتر به خودانتقادی ضروری به نظر می‌رسد.

بر این اساس درمان متمرکز بر شفقت به‌عنوان یکی از مؤثرترین مداخلات در حوزه خودانتقادی معرفی شده است. درمان متمرکز بر شفقت، در اصل برای افرادی با سطوح بالای خودانتقادی به وجود آمده که دارای سیستم تهدید فعال و سیستم خرسندی و تسلی‌بخشی منفعل هستند. نکته قابل‌توجه در مداخلات مبتنی بر شفقت ایجاد تغییرات بارز در سیستم‌های فیزیولوژیکی بدن است. تبیین افکار، تصاویر

1 cognitive restructuring
2 reattribution
3 emotion-focused therapy
4 Elliott, Greenberg, & Lietaer
5 two-chair dialogue
6 Greenberg, Rice, & Elliott
7 Shahar, Carlin, Engle, Hegde, Szepsenwol, & Arkowitz

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.2.2]

و خاطرات درونی درمان‌جو در درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند دستگاه‌های فیزیولوژیکی مختلفی را تحریک نماید. تمرکز بر تصاویر و خاطرات درونی به این دلیل است که افراد خودانتقادگر اغلب دارای مراقبانی سختگیر بوده که صمیمیت لازم را از آن‌ها دریافت نکرده‌اند، لذا سیستم تسلی‌بخش در افراد خودانتقادگر از کارایی لازم برخوردار نبوده و سیستم تهدید در این افراد فعال است. درمان متمرکز بر شفقت به افراد کمک می‌کند تا ظرفیت خود را در برابر صداهای منتقد درونی افزایش دهند. دریافت درک و مهربانی از سایر افراد منجر به ایجاد احساس امنیت و آرامش می‌شود. این امر به این خاطر است که این سیگنال‌ها سیستم‌های تنظیم هیجان را در مغز تحریک می‌کنند. بنابراین در درمان متمرکز بر شفقت درمان‌جویان با ایجاد چنین افکار، تصورات و توجه مشفقانه‌ای می‌توانند سیستم خرسندی، آرامش و امنیت را در خود فعال کنند. درمان مبتنی بر شفقت تنها مربوط به مقابله با پردازش مبتنی بر تهدید یا ایجاد دفاع‌های مختلف، مانند یادگیری ابراز وجود به‌جای مطیع بودن نیست. این درمان در تلاش است تا پردازش تأثیر مثبت را تحریک نماید. افرادی که از خود انتقاد می‌کنند از لذت بردن و یا انجام کارهای خوب برای خودشان ترس دارند و تجربه احساسات مثبت برایشان منجر به ایجاد تهدید می‌شود، زیرا این احساسات ناآشنا هستند و فرد در برابر آن‌ها احساس بی‌دفاع بودن می‌کند. کمک به افراد برای تمرکز بیشتر بر فرآیند و نه خود تکلیف نیز مهم است، چراکه افراد خودانتقادگر علاوه بر نادیده گرفتن دستاوردهای مثبت خود وابسته به نتیجه بوده و اغلب ارزیابی‌هایی منفی از عملکرد خود دارند. مداخلات مبتنی بر شفقت تمرکز درمان را تغییر داده و تنها افکار یا تعارضات ناخودآگاه را بااهمیت نمی‌دانند، بلکه سیستم وابستگی و مراقبت که بر واکنش‌های زیستی بدن تأثیر دارد در این درمان حائز اهمیت است.

مطابق با بررسی‌های انجام‌شده اغلب مطالعات پیشین به‌صورت مبهم به نحوه بررسی عملکرد خودشفقت‌ورزی بر کاهش خودانتقادی پرداخته‌اند. در این پژوهش انواع مداخلات در جهت بهبود خودانتقادی مطرح و مداخلات مبتنی بر شفقت به‌طور خاص موردبررسی قرار گرفت. همچنین در اکثر پژوهش‌های پیشین بین خودانتقادی و شرم و کمال‌گرایی تمایزی در نظر گرفته نشده است. پژوهش حاضر علاوه بر تبیین مدل‌های نظری خودانتقادی به تفکیک به بررسی کمال‌گرایی و شرم و خودانتقادی پرداخت. در این پژوهش سعی گردید با بررسی دقیق‌تر مفهوم خودانتقادی و خودشفقت‌ورزی گامی در جهت آشنایی بیشتر متخصصان حوزه سلامت روان با این مفاهیم برداشته‌شده و زمینه‌ای در جهت بررسی بیشتر درمان متمرکز بر شفقت در حوزه خودانتقادی در پژوهش‌های آتی فراهم گردد.

منابع

مؤمنی، ف.، شهیدی، ش.، موتابی، ف.، و حیدری، م. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس خود شفقت ورزی. *روانشناسی معاصر*، (۲) ۸. ۴۰- ۲۷.

Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(7-8), 493-501.

Alicke, M. D., & Sedikides, C. (2009). Self-enhancement and self-protection: What they are and what they do. *European Review of Social Psychology*, *20*(1), 1-48.

Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: old controversies and new approaches*. New York: Raven Press.

Beck, A. T *(*1979*). Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depression.* New York: Guilford press.

Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: Pensylvania Press.

Beutel, M. E., Wiltink, J., Hafner, C., Reiner, I., Bleichner, F., & Blatt, S. (2004). Abhängigkeit und Selbstkritik als psychologische Dimensionen der Depression-Validierung der deutschsprachigen Version des Depressive Experience Questionnaire (DEQ). *Psychiatrie and Psychotherapy*, 52(1), 1–14.

Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, *29*(1), 107-157.

Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association.

Blatt, S. J., & Behrends, R. S. (1987). Internalization, separation-individuation, and the nature of therapeutic action. *International Journal of Psycho-Analysis*, *68*, 279-297.

Blatt, S. J., & Lerner, H. (1983). The psychological assessment of object representation. J*ournal of Personality Assessment*, *47*(1), 7-28.

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., Zuroff, D. C., Hawley, L. L., & Auerbach, J. S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research*, *20*(1), 37-54.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.2.2]

Bohane, L., Maguire, N., & Richardson, T. (2017). Resilients, overcontrollers and undercontrollers: A systematic review of the utility of a personality typology method in understanding adult mental health problems. *Clinical Psychology Review*, 57, 75-92.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. New York: Hogarth Press.

Brewin, C. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth.* London: Yale University Press.

Bulmash, E., Harkness, K. L., Stewart, J. G., & Bagby, R. M. (2009). Personality, stressful life events, and treatment response in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(6), 1067.

Chang, E. C. (2008). *Introduction to self-criticism and self-enhancement: Views from ancient Greece to the modern world*. Washington, DC: American Psychological Association.

Cox, B. J., Fleet, C., & Stein, M. B. (2004). Self-criticism and social phobia in the US national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders*, *82*(2), 227-234.

Cox, B. J., MacPherson, P. S., Enns, M. W., & McWilliams, L. A. (2004). Neuroticism and self-criticism associated with posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *Behaviour Research and Therapy*, *42*(1), 105-114.

Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: Implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioral and Brain Sciences*, *28*(3), 313-349.

Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2006). Personal standards and evaluative concerns dimensions of "clinical" perfectionism... *BehaviourRresearch and Therapy*, *44*(1), 63-84.

Dunkley, D. M., & Grilo, C. M. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(1), 139-149.

Dunkley, D. M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., & McGlashan, T. H. (2006). Perfectionism and depressive symptoms 3 years later: Negative social interactions, avoidant coping, and perceived social support as mediators. *Comprehensive Psychiatry*, *47*(2), 106-115.

Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2006). Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment. *Personality and Individual Differences*, *40*(4), 665-676.

Elliott, R. K., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (2004). *Research on experiential psychotherapies*. New York: Wiley Press.

Fazaa, N., & Page, S. (2009). Personality style and impulsivity as determinants of suicidal subgroups. *Archives of Suicide Research*, *13*(1), 31-45.

Firestone, R. W. (1988). *Voice therapy*: *A psychotherapeutic approach* to *self destructive behavior*. New York: Human Sciences Press.

Francis-Raniere, E. L., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2006). Depressive personality styles and bipolar spectrum disorders: Prospective tests of the event congruency hypothesis. *Bipolar Disorders*, *8*(4), 382-399.

Germain, S. A. S., & Hooley, J. M. (2012). Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Research*, *197*(1-2), 78-84.

Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge Press.

Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles, and the differences in shame and guilt. *Social Research: An International Quarterly*, *70*(4), 1205-1230.

Gilbert P, Irons C (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy.* London: Rutledge Press.

Gilbert, P. (2016). *Human nature and suffering*. London: Routledge Press.

Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy and counselling for depression*. London: Sage publication.

Gilbert, P (2009). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges*. London: Constable Press.

Gilbert, P, Irons, C (2005*). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In Compassion: Conceptualisations,research and Use in psychotherapy.* New York: Routledge Press.

Gilbert, P. (2007*). The evolution of shame as a marker for relationship security: A biopsychosocial approach*. New York: Guilford Press.

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, *15*(3), 199-208.

Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy*. London: Routledge Press.

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical* Psychology, 53(1), 6-41.

Gilbert, P. (2016). *Depression: The evolution of powerlessness*. London: Routledge Press.

Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge Press.

Gilbert, P., & Irons, C. (2009). Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. *Adolescent Eemotional Development and the Eemergence of Depressive Disorders*, *1*, 195-214.

Gilbert, P., & Andrews, B. (1998). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture*. New York: Oxford University Press.

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: An International Journal of Theory & Practice*, *13*(6), 353.

Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *20*(2), 183-200. -379.

Gilbert, P. (1998). *What is shame*? *Some core issues and controversies*. New York: Oxford university Press.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.2.2]

Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(10), 2483-2490.
Greenberg, L., Rice, L., & Elliott, R. (1993). *The moment by moment process*: *Facilitating emotional change*. New York: Guilford Press.
Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, *2*(3), 271-299.
Hewitt, P. L., Flett, G. L., Besser, A., Sherry, S. B., & McGee, B. (2003). Perfectionism Is Multidimensional. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(10), 1221-1236.
Heriot-Maitland, C., McCarthy-Jones, S., Longden, E., & Gilbert, P. (2019). Compassion focused approaches to working with distressing voices. *Frontiers in Psychology*, *10*, 152.
Irons, C., & Gilbert, P. (2005). Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression symptoms: The role of the attachment and social rank systems. *Journal of Adolescence*, *28*(3), 325-341.
James, K., Verplanken, B., & Rimes, K. A. (2015). Self-criticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. *Personality and Individual Differences*, *79*, 123-128.
Kannan, D., & Levitt, H. M. (2013). A review of client self-criticism in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, *23*(2), 166.
Kazdin, A. E. (2015). Treatment as usual and routine care in research and clinical practice. *Clinical Psychology Review*, *42*, 168-178.
Kirby, J. N. (2017). Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *90*(3), 432-455.
Kopala-Sibley, D. C., Zuroff, D. C., Russell, J. J., Moskowitz, D. S., & Paris, J. (2012). Understanding heterogeneity in borderline personality disorder: Differences in affective reactivity explained by the traits of dependency and self-criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, *121*(3), 680.
Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Kovács, V., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Differential relationships in the association of the Big Five personality traits with positive mental health and psychopathology. *Journal of Research in Personality*, 46(5), 517–524.
Lassri, D., & Shahar, G. (2012). Self-criticism mediates the link between childhood emotional maltreatment and young adults' romantic relationships. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *31*(3), 289-311.
Lassri, D., Luyten, P., Fonagy, P., & Shahar, G. (2018). Undetected scars? Self-criticism, attachment, and romantic relationships among otherwise well-functioning childhood sexual abuse survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *10*(1), 121.
Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Blatt, S. J., & Hertzog, C. (1999). A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*, *35*(5), 1268.
Lee, d. (2005). *the perfect nurturer*: *a model to develop a compassionate mind within the context of cognitive therapy*. London: Routledge Press.
Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, *45*(5), 927-945.
Löw, C. A., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2020). Self-criticism and psychotherapy outcome: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 75, 1018084.
Mackinnon, S. P., Kehayes, I. L. L., Leonard, K. E., Fraser, R., & Stewart, S. H. (2017). Perfectionistic concerns, social negativity, and subjective well-being: A test of the social disconnection model. *Journal of Personality*, *85*(3), 326-340.
Marshall, M. B., Zuroff, D. C., McBride, C., & Bagby, R. M. (2008). Self-criticism predicts differential response to treatment for major depression. *Journal of Clinical Psychology*, *64*(3), 231-244.
Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007) *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York: Guilford Press.
Mongrain, M., & Leather, F. (2006). Immature dependence and self-criticism predict the recurrence of major depression. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(6), 705-713.
Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, *2*(3), 223-250.
Perkins, N. M., Ortiz, S. N., & Smith, A. R. (2020). Self-criticism longitudinally predicts nonsuicidal self-injury in eating disorders. *Eating Disorders*, *28*(2), 157-170.
Powers, T. A., Milyavskaya, M., & Koestner, R. (2012). Mediating the effects of self-criticism and self-oriented perfectionism on goal pursuit. *Personality and Individual Ddifferences*, *52*(7), 765-770.
Rector, N. A., Bagby, R. M., Segal, Z. V., Joffe, R. T., & Levitt, A. (2000). Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, *24*(5), 571-584.
Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., & Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical Neuropsychiatry*: *Journal of Treatment Evaluation*, 5(3), 32–139.
Rudolph, S. G., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2007). Perfectionism and deficits in cognitive emotion regulation. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *25*(4), 343-357.
Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepsenwol, O., & Arkowitz, H. (2012). A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *19*(6), 496-507.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.2.2]

Shahar, G. (2015). *Erosion: The psychopathology of self-criticism*. New York: Oxford University Press.

Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, *65*(5), 467-487.

Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, *10*(4), 295-319.

Vandenkerckhove, B., Brenning, K., Vansteenkiste, M., Luyten, P., & Soenens, B. (2019). The explanatory role of basic psychological need experiences in the relation between dependency, self-criticism and psychopathology in adolescence. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *41*(4), 574-588..

Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Canada.

Werner, A. M., Tibubos, A. N., Rohrmann, S., & Reiss, N. (2019). The clinical trait self-criticism and its relation to psychopathology: A systematic review–Update. *Journal of Affective Disorders*, *246*, 530-547.

Whelton, W. J., & Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1583-1595.

World Health Organization. (2017). Policy options on mental health: a WHO-Gulbenkian Mental Health Platform collaboration.. Report, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

Zelkowitz, R. L., & Cole, D. A. (2019). Self-criticism as a transdiagnostic process in nonsuicidal self-injury and disordered eating: systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *49*(1), 310-327.

Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sanislow III, C. A., Bondi, C. M., & Pilkonis, P. A. (1999). Vulnerability to depression: Reexamining state dependence and relative stability. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*(1), 76.

Zuroff, D. C., Igreja, I., & Mongrain, M. (1990). Dysfunctional attitudes, dependency, and self-criticism as predictors of depressive mood states: A 12-month longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*, *14*(3), 315-326.

Zuroff, D. C., Santor, D., & Mongrain, M. (2005). *Dependency, self-criticism, and maladjustment*. London: Routledge.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.2.2]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.2.2]