

The effectiveness of Compassion-Focused Therapy on silencing the self and emotional intimacy in divorce seeking women

Vida Azari

PhD. Student Of Counseling, Department of Counseling,
Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Kobra Kazemian Moghadam*

Assistant Professor, Department of Psychology,
Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran (Corresponding author)

Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand

Invited Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University,
Ahvaz, Iran./ Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of
Ahvaz, Ahvaz, Iran

Abstract: Divorce is a risk factor for many forms of dysfunction and psychological pathology in families. Silencing Self and the inability to establish emotional intimacy between couples can lead to problems and the demand for divorce. The present study was conducted to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy on silencing the self-repression and emotional intimacy in divorce seeking women. It was a quasi-experimental study with a pretest, posttest, and control group design. The statistical population of the study included all seeking divorce women in Behbahan in 2020. The samples of this study consisted of 30 divorce seeking women (15 experimental and 15 control groups) who were selected through available sampling and according to inclusion criteria. The experimental group received eight ninety-minute sessions during two months while the control group didn't receive this intervention during conducting the study. The questionnaires in the study included The Silencing the Self Scale (STSS) and the Personal Assessment of Intimacy in Relationships (PAIR). The results showed that compassion-focused therapy has been effective in Silencing the self and emotional intimacy. According to the findings of the present study, compassion-focused therapy can be suggested as an efficient method to increase emotional intimacy and decrease Silencing the self in divorce seeking women.

Keywords: Compassion-Focused Therapy, divorce, emotional Intimacy, self-repression

* نویسنده مسوول: خوزستان، دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول، دانشکده علوم انسانی. پست الکترونیکی: k.kazemian@yahoo.com

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودسرکوبگری و صمیمیت هیجانی زنان متقاضی طلاق

ویدا آذری

دانشجوی دکترای مشاوره، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

کبری کاظمیان مقدم

استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران

مهناز مهربابی‌زاده هنرمند

استاد مدعو، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران و استاد، گروه

روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

چکیده: طلاق، عاملی خطرناک در بسیاری از اشکال ناکارآمدی و آسیب‌شناسی روانی در خانواده‌ها است. خود-سرکوبگری و ناتوانی در برقراری صمیمیت هیجانی زوجها می‌تواند زمینه‌ساز بروز مشکلات و تقاضا برای طلاق شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت (CFT) بر خودسرکوبگری و صمیمیت هیجانی زنان متقاضی طلاق انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان متقاضی طلاق شهر بهبهان در سال ۱۳۹۸ بودند. حجم نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) بود که با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب شدند. گروه آزمایش مداخله آموزشی را طی دو ماه و نیم در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت در روابط (PAIR) و مقیاس خودسرکوبگری (STSS) استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر خودسرکوبگری و صمیمیت هیجانی تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت باعث افزایش صمیمیت هیجانی و کاهش خودسرکوبگری شد. منطبق با یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان درمان مبتنی بر شفقت را به‌عنوان یک روش کارآمد جهت افزایش صمیمیت هیجانی و کاهش خودسرکوبگری زنان متقاضی طلاق پیشنهاد داد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر شفقت، صمیمیت هیجانی، خودسرکوبگری، طلاق

زناشویی شود. خودسرکوبگری به عنوان امتناع از بیان نیازها، احساسات و عقاید، با هدف ایجاد و حفظ تعادل^۸ در رابطه و جلوگیری از طرد شدن^۹ تعریف می‌شود (نگی، هامون، ریگ-فر و کارپر، ۲۰۱۰) و دارای چهار جنبه زیربنایی خود ادراکی بیرونی^{۱۰}، توجه به عنوان از خود گذشتگی^{۱۱}، خاموشی خود^{۱۲} و خود تقسیم شده^{۱۳} است (جک و آلی، ۲۰۱۰). جک و دیل (۱۹۹۱) نظریه خودسرکوبگری را بر اساس مفهومی که زنان خود را بر اساس مشارکت در روابط نزدیک و واقعی با دیگران مهم می‌دانند، پایه‌گذاری کرده است. این نظریه بیان می‌کند که حالات منفی روان‌شناختی نظیر افسردگی در زنان ارتباط نزدیکی با تجارب آن‌ها در روابط رمانتیک دارد؛ به خصوص اگر زنان با نقش‌های زنانه متناسب با فرهنگ پرورش یافته باشند. روان‌شناسان بر این باور هستند که خودسرکوبگری در دو سطح بالا و پایین در افراد گوناگون ایجاد می‌شود. افراد دارای خودسرکوبگری زیاد بر عکس افراد با خودسرکوبگری کم، انسان‌های از خود گذشته و فداکاری هستند که ناراحتی‌ها و مشکلاتشان را نزد خود نگه می‌دارند. این قبیل افراد برای گسترش و حفظ روابطشان تلاش زیادی می‌کنند. ناراحتی‌های آن‌ها اغلب به شکل خشم ابراز نشده^{۱۴} است. این افراد برای به دست آوردن تأیید دیگران و حفظ روابطشان، احساسات واقعی خود را پنهان نگه می‌دارند (فلت، بسر، هویت و دیویس^{۱۵}، ۲۰۰۷؛ نقل از زمانی زارچی، صمدی کاشان و قاسم زاده، ۱۳۹۷). پیتیکاینن (۲۰۱۸) در مطالعه خود با هدف بررسی نقش خودسرکوبگری در تعارضات زناشویی، دریافت که سکوت^{۱۶} و سرکوب خود می‌تواند به عنوان عاملی مشکل‌ساز در روابط زناشویی نقش ایفا کند. نتایج مطالعه وایفن، فوت و تامپسون (۲۰۰۷) حاکی از این بود که خودسرکوبگری نقش میانجی در رابطه بین تعارضات زناشویی و علائم افسردگی در زوجین ایفا می‌کند. خودسرکوبگری به تدریج عزت‌نفس^{۱۷} فرد

مقدمه

خانواده^۱ پناهگاه امنیت و خوشبختی تصور می‌شود و زمانی می‌تواند کارکرد خود را به درستی انجام دهد که دچار آشفتگی و نابسامانی نباشد (شریتیان و طوافی، ۱۳۹۴). نقش خانواده به عنوان کوچک‌ترین واحد اجتماعی با کارکردهای مختلف آن می‌تواند هم در جنبه مثبت آن یعنی ایجاد کانون آرامش و هم در جنبه منفی‌اش یعنی ایجاد آسیب اجتماعی^۲ بسیار مهم و تأثیرگذار باشد. از جمله وجوه منفی پدید آمده از درون این نهاد اجتماعی بروز آسیبی با عنوان طلاق^۳ است (نجفی، بی‌طرف، محمدی‌فر و زارعی مته‌کلایی، ۱۳۹۴) که برخی اوقات عاملی خطرناک برای بسیاری از اشکال ناکارآمدی و آسیب‌شناسی روانی^۴ در خانواده‌ها است (سپهوند، ۱۳۹۴). توجه به طلاق نه تنها از دیدگاه فرد، به منزله انسان و فرزندان، مهم است، بلکه از دیدگاه جامعه، فرهنگ، اقتصاد و حتی جمعیت قابل اعتناست. متأسفانه از نظر نسبت طلاق به ازدواج، ایران یکی از هفت کشور اول دنیا است (خیرالهی، جعفری، قمری و باباخانی، ۱۳۹۸). نرخ طلاق در چند دهه اخیر افزایش پیدا کرده است و تقریباً به صورت گسترده در جهان رو به افزایش فزاینده است (سبارا و کوئن، ۲۰۱۷). و شیوع بالای متقاضی طلاق در زوجین ایرانی (عباسی، علیزاده، امیدوار شلمانی، حسینی، خطیبی و همکاران، ۱۳۹۷) سیر صعود طلاق را نشان می‌دهد. در شش ماهه نخست سال ۱۳۹۷ نسبت ازدواج به طلاق ۳/۹۶ یعنی هر ساعت ۲۰ مورد طلاق در کشور ثبت شده است (شاهمرادی، صادقی، گودرزی و همکاران، ۱۳۹۸). سیر صعودی آمار طلاق، انگیزه محققان برای یافتن عوامل مؤثر و راهکارهای مناسب جهت مقابله با این فروپاشی رابطه را افزایش داده است. پژوهش‌های گوناگون عوامل مختلفی را در بروز تعارض^۵ و گرایش به سمت طلاق دخیل می‌دانند، که می‌توان به خودسرکوبگری^۶ و صمیمیت هیجانی^۷ اشاره کرد. خودسرکوبگری از جمله عواملی است که می‌تواند زمینه‌ساز بروز مشکلات و شدت گرفتن تعارضات

8. balancing Ability
9. exclusion
10. external self-perceived
11. self-devotion
12. self-silencing
13. divided self
14. anger not expression
15. Flatt, G. L., Besser, A., Hewitt, P. L., & Davis, R. A.
16. silence
17. self-esteem

1. family
2. social injuries
3. divorce
4. psychopathology
5. conflict
6. Silencing the self
7. emotional intimacy

را کاهش می‌دهد و خودمختاری^۱ و صمیمیت^۲ در روابط زوجی را به گونه‌ای منفی دستخوش تغییرات می‌کند. همچنین، خودسرکوبگری آسیب‌پذیری فرد را در مقابل مشکلات مرتبط با سلامت روان افزایش می‌دهد (جک و آلی، ۲۰۱۰). علاوه بر این، افراد با خودسرکوبگری بالا در روابط نیازهای خود را سرکوب می‌کنند و از این طریق نیز عاطفه و دوستی کمتری را در رابطه زناشویی خود تجربه می‌کنند. در نهایت پژوهش‌ها نشان می‌دهد خودسرکوبگری می‌تواند به واسطه تأکید بر انفعال^۳ و سلطه‌پذیری^۴ فرد در روابط، تاب‌آوری^۵ وی را کاهش داده و در نتیجه کارایی فرد را در مقابله با مشکلات موجود در زندگی مشترک تحت تاثیر قرار دهد (دال، استوارت، مارتل و کاپلان، ۲۰۱۴؛ ترجمه نوایی‌نژاد، سعادت و رستمی، ۱۳۹۶). این عوامل، همه و همه می‌توانند در نقش عواملی برای گرایش فرد به رهایی از مشکلات و در نتیجه پایان دادن به زندگی مشترک و اقدام برای طلاق ظاهر شوند.

همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهد که در جامعه معاصر، زوج‌ها مشکلات شدید و فراگیری را در هنگام برقراری و حفظ روابط صمیمانه و سازگاری با یکدیگر تجربه می‌کنند. صمیمیت یکی از عواملی است که می‌تواند بر افزایش سازگاری زناشویی^۶ تأثیرگذار باشد. صمیمیت شامل احساس نزدیکی، دغدغه متقابل برای سعادت‌مند ساختن دیگری، داشتن احساس اعتماد و امنیت، صداقت و باز بودن و حمایت متقابل از یکدیگر است (ویکس، جرالده، فیفه و استفان، ۲۰۰۹؛ به نقل از صائمی، بشارت، اصغرنژاد فرید، ۱۳۹۷). صمیمیت مفهومی پویا در ارتباطات انسانی و به ویژه در روابط زوجی می‌باشد که به معنای باز بودن و عدم بازداری در روابط و نزدیکی دو یا چند فرد در ابعاد گوناگون عاطفی^۷، منطقی^۸ و عملکردی^۹ می‌باشد که در بستر روابط ایجاد می‌شود و پویایی آن از این لحاظ می‌باشد که صمیمیت برآیندی است از تمامی و کلیت یک رابطه که در صورت وجود شکاف یا نقص در هر یک از ابعاد بین فردی، از این مسئله تأثیر پذیرفته و متقابلاً بر

کلیت رابطه تأثیر می‌گذارد (هاتفیلد، بنسمن، و راپسون، ۲۰۱۲). نتایج پژوهش یوسفی و کریم‌نژاد (۱۳۹۷) نشان داد آموزش همسرمداری مبتنی بر شفقت بر بهبود روابط خانوادگی، بخشش و صمیمیت به‌طور معنادار مؤثر بوده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که برخورداری از صمیمیت در میان زوج‌های متأهل، از عوامل مهم ایجاد ازدواج پایدار است و اجتناب از روابط صمیمانه، از عواملی است که موجب شکست در زندگی خانوادگی می‌شود (زنگنه مطلق، بنی‌جمالی، احدی و حاتمی، ۱۳۹۶). از این رو افزایش صمیمیت و لذت در تعاملات زوجین باعث رضایت بیشتر از روابط زناشویی و ارتقای سلامت روان زوجین می‌شود. صمیمیت با شناخت خود همراه است؛ این بدین معنی است فردی که میزان صمیمیت بالایی دارد، قادر است خود را به شیوه‌ی مطلوب‌تری در روابط عرضه کند و نیازهای خود را به شکل مؤثرتری به همسر خود ابراز کند (زنگنه مطلق و همکاران، ۱۳۹۶). نگرش صمیمانه پایین در زندگی زوجین موجبات تعاملات نامناسب و مختل شدن روابط رضایت‌بخش و در نتیجه بالا رفتن احتمال طلاق زوجین می‌گردد (الدن و تیلور، ۲۰۱۳). پژوهش سوسا، مک دونالد و روشی (۲۰۱۲) حاکی از ارتباط صمیمیت زوجین با بهبود روابط و رضایتمندی زناشویی^{۱۰} و خرسندی در محیط خانواده دارد. همچنین خانزاده (۱۳۹۰) نشان داد روابط بین شخصی زوجین پیوند عمیقی با ابعاد روانشناختی^{۱۱}، عاطفی و جسمانی^{۱۲} بهزیستی^{۱۳} دارد.

10. marital satisfaction
11. psychiatric
12. physical
13. well-being
14. psychiatric disorder
15. Compassion Focused Therapy

1. autonomy
2. intimacy
3. passivity
4. dominance
5. resilience
6. marital adjustment
7. emotional
8. logical
9. performance

در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (گیلبرت، ۲۰۰۹). نخستین اصل درمان مبتنی بر شفقت از سیستم‌های عمومی تنظیم احساسات شامل سیستم تهدید و حفاظت از خود^۱، سیستم هیجان‌ات^۲ و سیستم حمایت اجتماعی^۳ برخاسته است. هدف از درمان مبتنی بر شفقت ایجاد تعادل بین این سه سیستم است (براهلر، گاملی، هارپر، والاک، نوری و همکاران، ۲۰۱۳). شفقت خود در سه موقعیت مواجهه با حوادث منفی واقعی، به یاد آوردن حوادث منفی گذشته و تصور حوادث منفی خیالی با سطوح پایین‌تر عزت‌نفس و عواطف منفی در ارتباط است و منجر به تسهیل توانایی افراد در مقابله با عواطف منفی می‌شود (سعادت، رستمی و دربانی، ۱۳۹۵).

افرادی که شفقت خود بالایی دارند تمایل بیشتری برای پذیرش نقش^۴ و مسئولیت خود^۵ در حوادث منفی دارند، می‌توانند اتفاقات منفی طلاق را با آنچه هستند در ارتباط ببینند، اما همین حوادث منفی را کمتر نشخوار می‌کنند و در نتیجه در مواجهه با اشتباهاتشان کمتر هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند (دال و همکاران، ۲۰۱۴)؛ ترجمه نوایی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۶). بر اساس نتایج پژوهش‌ها، درمان مبتنی بر خودشفقتی^۶ می‌تواند به طور معنی‌داری سطح امید^۷، عزت‌نفس، سلامت روانی^۸ و عواطف مثبت^۹ را در افراد بهبود بخشیده و در مقابل، هیجان‌ات منفی آنان را کاهش دهد (بلات و ایزنلوهرماول، ۲۰۱۷)؛ وانگ، چن، پونگ، تانگ و جین، ۲۰۱۷)؛ سویسا و ویلکامپ، ۲۰۱۵). با توجه به اهمیت نقش سلامت خانواده و شفقت خود در بهبود روابط زناشویی، با آموزش درمان‌های متمرکز بر شفقت خود، می‌توان باعث افزایش سلامت روان و خود شفقت‌ورزی شد و از این طریق موجب دوام ازدواج‌ها گردید (خلعتبری، همتی و محمدی، ۱۳۹۷). وجود نگرش مشفقانه^{۱۰} در افراد، به آنها کمک می‌کند

میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و بواسطه این احساس بر ترس از طرد^{۱۱} و عدم سازگاری^{۱۲} با شرایط موجود غلبه نمایند (نف و بریتواس، ۲۰۱۲). بنابراین، افرادی که شفقت خود بالاتری دارند در تجربه وقایع ناخوشایند (مثل طلاق)، با در نظر گرفتن اینکه انسان ممکن است خطا کند و همه انسان‌ها مرتکب اشتباه و تصمیم اشتباه می‌شوند، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند. پژوهش کشاورز محمدی و خلعتبری (۱۳۹۷) نشان داد که درمان خودشفقت‌ورزی بر تحمل پریشانی^{۱۳}، تنظیم هیجان مثبت^{۱۴}، تنظیم هیجان منفی^{۱۵} و حساسیت اضطرابی^{۱۶} زنان مطلقه مؤثر بوده است. در پژوهشی دیگر دشت بزرگی، عسگری و عسگری (۱۳۹۶) نشان دادند آموزش شفقت خود باعث افزایش نگرش‌های صمیمانه و کاهش میل به طلاق زنان در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. گنزالس‌هرناندز، رومرو، کامپس و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی به اثربخشی شفقت مبتنی بر شناخت^{۱۷} بر خودشفقت‌ورزی، نوع دوستی^{۱۸}، عمل کردن با ذهن آگاهی^{۱۹} در بیماران مبتلا به سرطان پرداختند. نتایج این پژوهش‌گران نشان‌دهنده اثرمند بودن آموزش خودشفقت‌ورزی بر این شاخص‌ها بوده است. در پژوهش دیگری الاین و هالینز (۲۰۱۶) نشان دادند مداخله مبتنی بر شفقت بر روی دانشجویان، منجر به افزایش امید، حرمت خود^{۲۰}، سلامت روانی و عواطف مثبت بیشتری در مقایسه با هم‌تایان خود، بعد از پیگیری دو ماهه شده است. سویسا و ویلکام (۲۰۱۵) در پژوهشی نشان داده‌اند که به‌کارگیری خودشفقت‌ورزی می‌تواند از میزان افسردگی، اضطراب و استرس افراد بکاهد. پژوهش کهرتری، حشمتی و پورشریفی (۱۳۹۷) نشان داد که سرکوب عاطفی باعث کاهش شفقت به خود می‌شود؛ به نظر می‌رسد سرکوب‌کردن احساسات و ریختن آن‌ها در خود و تجربه نکردن آن‌ها با تنبیه و سرزنش خود و به تبع آن با شفقت به خود کم رابطه دارد که این فرایند باعث کاهش خلق

11. fear of rejection
12. incompatibility
13. tolerance of distress
14. positive emotion regulation
15. negative emotion regulation
16. anxiety sensitivity
17. cognition-based compassion
18. altruism
19. mindfulness
20. self-esteem

1. threat and self-protection system
2. emotion system
3. social support system
4. role acceptance
5. self-responsibility
6. Self-Compassion Focused Therapy
7. hope
8. mental health
9. positive emotions
10. compassionate attitude

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه پژوهش حاضر شامل تمامی زنان متقاضی طلاق شهر بهبهان در نیمه اول سال ۱۳۹۸ بود. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر متقاضی طلاق بود که ابتدا به صورت داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه، گروه آزمایش (۱۵ نفر)، و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. به منظور انتخاب نمونه، از روش در دسترس و داوطلبانه استفاده شد و شیوه آن به این صورت بود که از مرکز غربالگری پرونده‌های طلاق سازمان بهزیستی بصورت داوطلبانه و بشرط تمایل افراد، دعوت به حضور در پژوهش شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن ازدواج: حداقل ۲ سال، میزان تحصیلات: حداقل دیپلم، عدم وجود اختلال روانی با توجه به مصاحبه بالینی، توانائی حضور در جلسات درمانی به صورت هفته‌ای یکبار، به مدت حداقل ۱۰ هفته و توانائی پاسخگویی به پرسشنامه‌ها. و ملاک خروج از پژوهش شامل: طلاق قانونی زوجین، داشتن اختلال روانی، عدم حضور مرتب در جلسات بود. میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب ۲۹/۵ و ۴/۶ و در گروه کنترل به ترتیب ۲۹/۱ و ۳/۱۰ بود. برای انجام پژوهش پس از هماهنگی با مسئولان بهزیستی شهر بهبهان، بیان اهداف، اهمیت و ضرورت پژوهش و اخذ مجوزهای لازم از مسئولان، همچنین برای افراد جامعه پژوهش علاوه بر بیان هدف و اهمیت پژوهش، درباره رعایت نکات اخلاقی اطمینان خاطر داده شد و آنان رضایت‌نامه شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش را امضا کردند. ابتدا مقیاس‌های صمیمیت هیجانی و خود سرکوبگری به عنوان پیش‌آزمون، توسط تمامی متقاضیان طلاق دارای ملاک ورود به پژوهش پاسخ داده شد. ۳۰ نفر بصورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. سپس گروه آزمایش، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش مبتنی بر شفقت‌درمانی دریافت کردند و طی این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات مداخله، مقیاس‌های صمیمیت هیجانی و خود سرکوبگری به‌عنوان پس‌آزمون، توسط شرکت‌کنندگان

و افزایش افسردگی می‌شود. پژوهش مورین، کولیچی، استون، و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که مداخله خودشفقت‌ورزی می‌تواند انعطاف‌پذیری روانشناختی^۱ افراد را نیز افزایش دهد. همچنین بهاروند، کاظمیان‌مقدم و هارون رشیدی (۱۳۹۹) دریافتند درمان مبتنی بر شفقت باعث افزایش توانایی تحمل ابهام^۲ و کاهش اضطراب مرگ^۳ سالمندان می‌شود. شفقت با خود به طور معناداری با داشتن شفقت نسبت به دیگران نیز همراه است (نف و پامیر، ۲۰۱۳). همچنین یافته‌های پژوهشی یارنل و نف (۲۰۱۳) نشان داد که افراد دارای خودشفقت‌ورزی بالاتر، در زمینه حل تعارضات درون و میان-فردی دارای سازش بیشتری هستند و آشفتگی عاطفی و روانشناختی کمتری را گزارش می‌کنند. در پژوهشی دیگر شجاعی، سهرابی، عزیزی و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند شرکت زوجین در جلسه‌های درمان مبتنی بر شفقت باعث افزایش صمیمیت زناشویی^۴ و تنظیم هیجان^۵ زوجین شده است؛ با توجه به برآیندها، به‌کارگیری درمان مبتنی بر شفقت صمیمیت و تنظیم هیجان زوجین را بهبود بخشید و این می‌تواند اقدامی ارزنده در راستای کاهش مشکلات زناشویی و طلاق به شمار آید.

با توجه به مطالب عنوان شده و با توجه به اهمیت موضوع طلاق و آسیب‌های متأثر از آن به خصوص در زنان، نیاز به بررسی و تحقیقات بیشتر در زمینه اثربخشی مداخلات روان‌درمانی از جمله درمان مبتنی بر شفقت برای کاهش تأثیرات سوء و مخرب آن دیده می‌شود. لذا با در نظر گرفتن خسارت‌های ناشی از طلاق، لزوم بررسی مطالعاتی، جهت بالا بردن سطح آگاهی و کارکردی خانواده‌ها و تسهیل روند مشاوره به متقاضیان طلاق، به منظور پیشگیری از آن، بیش از پیش احساس می‌شود. با توجه به کمبود بررسی اثربخشی رویکردهای نسبتاً نوین، بنابراین پژوهش حاضر در پی پاسخ‌گویی به این پرسش بود که آیا درمان مبتنی بر شفقت بر خودسرکوبگری و صمیمیت هیجانی زنان متقاضی طلاق اثربخش است؟

روش

1. psychological flexibility
2. tolerance of ambiguity
3. death anxiety
4. marital intimacy
5. excitement regulation

تکمیل شد. همچنین همه موارد مرتبط با شرکت کننده به صورت محرمانه در نظر گرفته شد. پروتکل درمانی: محتوای جلسات درمانی از بسته درمانی گیلبرت (۲۰۰۹) اقتباس شده، که برای ۸ جلسه طراحی شده است. در جدول ۱ محتوای جلسات به تفکیک ارائه شد.

جدول ۱

جلسات آموزشی؛ محتوای کلی آن

جلسه	محتوا
اول	جلسه توضیحی، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، تعداد و مدت جلسات، بیان انتظارات از جلسات، اقدام برای شناخت یکدیگر، صحبت درباره‌ی صمیمیت با همکاری اعضای گروه، بررسی مشکلات اعضاء و اجرای پیش‌آزمون.
دوم	بررسی افکار و احساسات مثبت و منفی اعضای گروه در مورد هیجانات و خودسرکوبگری و عوارض ناشی از آن، تمرین واریس بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی متمرکز بر شفقت، آموزش همدلی، توضیح در مورد شفقت و ارائه‌ی تکلیف خانگی.
جلسه سوم	آشنایی با خصوصیات افراد مشفق، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند در مقابل احساسات خود تخریب گرایانه و ارائه‌ی تکلیف خانگی.
چهارم	مرور تکلیف خانگی، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد با شفقت یا بی‌شفقت با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران)، آموزش بخشایش و ارائه‌ی تکلیف خانگی.
پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت و آموزش بردباری) و ارائه‌ی تکلیف خانگی.
ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر همراه با شفقت، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته)، به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره برای دوستان، آشنایان و ارائه‌ی تکلیف خانگی.
هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های همراه با شفقت برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت.
هشتم	جمع بندی، مرور مطالب جلسات قبل، پرسش و پاسخ برای رفع سؤالات، ارائه‌ی راه کارهایی جهت حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، اجرای پس‌آزمون.

ابزار سنجش

۰/۷۵ بود. شیرالی‌نیا (۱۳۹۱) نیز پایایی مقیاس صمیمیت عاطفی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۳ به دست آورد. همچنین شافر و السون (۱۹۸۱) ضریب همبستگی پرسشنامه را با پرسشنامه‌های سازگاری زناشویی^۴ و بافت خانوادگی موس^۵ محاسبه کردند که ضرایب همبستگی به دست آمده نشان دهنده روایی مطلوب پرسشنامه بود. شیرالی‌نیا (۱۳۹۱) نیز به منظور سنجش روایی^۶ پرسشنامه، ضریب همبستگی آن را با مقیاس صمیمیت واکر و تامپسون^۷ محاسبه کرد که همه ضرایب معنادار بودند. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمده است.

پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت (PAIR).
پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت^۱ شافر و السون (۱۹۸۱) یک ابزار ۳۶ گویه‌ای است و صمیمیت را در شش بعد عاطفی، اجتماعی، جنسی، عقلانی، تفریحی و عرفی در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هیچوقت) تا ۵ (همیشه) اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش حاضر از زیر مقیاس صمیمیت عاطفی این پرسشنامه استفاده شد. نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده صمیمیت بیشتر است. شافر و السون (۱۹۸۱) پایایی^۲ زیرمقیاس‌های پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ^۳ بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ برآورد کردند که برای زیرمقیاس صمیمیت عاطفی

4. marital adjustment questionnaires
5. Moos' Family Environment Scale (MFES)
6. validity
7. Intimacy Scale of Thompson & Walker

1. personal Assessment of Intimacy in Relationships (PAIR)
2. reliability
3. Cronbach's alpha

پژوهش در تمامی متغیرهای مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت‌های چشم‌گیری با یکدیگر نداشته‌اند؛ میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها، تقریباً به هم نزدیک بوده است اما در مرحله پس‌آزمون، میانگین و انحراف استاندارد، گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش تغییرات محسوسی داشته است. با توجه به طرح پژوهشی حاضر از آزمون تحلیل کوواریانس برای تجزیه نتایج اصلی استفاده شد. ابتدا برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین^۳ استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد صمیمیت هیجانی $[F_{(1,28)} = 1.35 = p = 0.416 < 0.05]$ و خودسرکوبگری $[F_{(1,28)} = 0.693 = p = 0.416 < 0.05]$ ، به لحاظ آماری معنی‌دار نبود، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. همچنین مفروضه مهم تحلیل کوواریانس یعنی همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار نبودن میزان F در سطح 0.05 در متغیرهای صمیمیت هیجانی $[F_{(1,28)} = 1.367 p = 0.367 < 0.05]$ و خودسرکوبگری $[F_{(1,28)} = 1.13 p = 0.191 < 0.05]$ بود. جهت بررسی پیش‌فرض توزیع نرمال متغیرهای وابسته از آزمون کالموگروف اسمیرنوف^۴ استفاده شد. مطابق نتایج این آزمون توزیع نرمال در متغیرها وجود دارد چرا که Z به دست آمده در سطح 0.05 معنی‌دار نیست.

مقیاس خودسرکوبگری (STSS)، به منظور اندازه‌گیری خودسرکوبگری^۱، از مقیاس جک و دیل (۱۹۹۱) استفاده شده است. این مقیاس ۳۱ گویه‌ای، به صورت خودگزارشی تنظیم شده است. سطح سنجش این مقیاس طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای با دامنه‌ی بسیار موافق (۵) تا بسیار مخالف (۱) می‌باشد. جک و دیل (۱۹۹۱) پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ 0.81 برآورد کردند. زمانی زارچی، صمدی کاشان و قاسم‌زاده (۱۳۹۷) نیز پایایی مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ 0.63 به دست آوردند در پژوهش ذبیحی دان (۱۳۸۹)، به منظور تعیین روایی از روش تحلیل عاملی استفاده شده است. نتایج تحلیل عاملی به روش عوامل اصلی با چرخش واریماکس^۲، وجود یک عامل در گویه‌ها را تأیید کرد. سادات حسینی و درویشی (۱۳۹۴)، نیز روایی سازه این پرسشنامه را از طریق تحلیل عاملی به روش عوامل اصلی با چرخش مایل بررسی کردند و نتایج تأییدکننده روایی عاملی این ابزار بود. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ 0.83 بدست آمده است.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای صمیمیت هیجانی و خود-سرکوبگری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است. مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که دو گروه

جدول ۲

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برحسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی

متغیر	مرحله	درمان مبتنی بر شفقت		کنترل	
		SD	M	SD	M
خودسرکوبگری	پیش‌آزمون	۹/۶۰	۷۸/۳۳	۹/۱۹	۷۷/۵۱
	پس‌آزمون	۸/۸۶	۴۷/۴۹	۸/۲۳	۷۶/۱۲
صمیمیت هیجانی	پیش‌آزمون	۳/۸۷	۶/۹۳	۳/۱۳	۷/۶۰
	پس‌آزمون	۴/۶۴	۲۱/۶۱	۳/۹۱	۷/۹۳

از متغیرهای خودسرکوبگری و صمیمیت هیجانی تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی

3. Leven Homogeneity of Variance
4. Kolmogorov-Smirnov test

1. Silencing the Self Scale (STSS)
2. varimax rotation

جدول ۳

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) پس از آزمون متغیرهای پژوهش

نام آزمون	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	سطح معناداری	اتا
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۶۴	۳۶/۹۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۶۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۵۱۱	۳۶/۹۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۶۱
آزمون اثر هتلینگ	۷/۲۹۱	۳۶/۹۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۶۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۷/۲۹۱	۳۶/۹۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۶۱

جدول ۴ نشان می‌دهد بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ صمیمیت هیجانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر شفقت با توجه به میانگین نمره گروه آزمایش نسبت به میانگین نمره صمیمیت هیجانی گروه کنترل، موجب افزایش معنادار صمیمیت هیجانی در گروه آزمایش شده است ($p < 0/001$).

همان طور که در جدول ۴ نشان داده شده است بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ خودسرکوبگری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر شفقت با توجه به میانگین نمره خودسرکوبگری گروه آزمایش نسبت به میانگین نمره گروه کنترل، موجب کاهش خودسرکوبگری در گروه آزمایش شده است ($p < 0/001$). همچنین نتایج

جدول ۴

نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) نمرات متغیرهای پژوهش دو گروه

متغیرهای وابسته	SS	DF	MS	F	سطح معناداری	اندازه تاثیر
خودسرکوبگری	۱۲۷/۹۰	۱	۱۲۷/۹۰	۳۵/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲۱
صمیمیت هیجانی	۲۷۴/۱۴	۱	۲۷۴/۱۴	۵۶/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱۳

افکار خودمهرورزی^۱ و هم چنین برطرف سازی موانع شفقت ورزی، فرد را در برابر حالات منفی محافظت می‌کند و حالات هیجانی مثبت را تقویت و افزایش می‌دهد. با افزایش شفقت انگیزه فرد نیز بالا می‌رود و این خود منجر به پذیرش افکار منفی و دستکاری آن‌ها می‌شود (یارنل و نف، ۲۰۱۳). درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز با افزایش میزان شفقت به خود آزمودنی‌ها، موجب تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود می‌شود، قابلیت پذیرش ناراحتی‌ها را بالا می‌برد و آشفتگی‌های عاطفی را کاهش می‌دهد (نف و پامیر، ۲۰۱۳). همچنین براساس نظر گیلبرت (۲۰۰۹) درمان مبتنی بر شفقت با ارائه راهکارهای مهربانی گرفتن از دیگران و مهربانی کردن به دیگران باعث افزایش انعطاف‌پذیری عاطفی^۲ در فرد می‌شود، چرا که منجر به فعال کردن سیستم مراقبت^۳ و خنثی کردن سیستم تهدید^۴ می‌شود. از طرف دیگر، پژوهش‌ها نشان داده است که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند

بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودسرکوبگری و صمیمیت هیجانی زنان متقاضی طلاق بود. یافته‌های پژوهش نشان داد بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ خودسرکوبگری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. گرچه تاکنون کمتر پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودسرکوبگری پرداخته است، اما این نتایج به طور غیرمستقیم با نتایج پژوهش‌های بلاث و ایزنلوه‌رماول (۲۰۱۷)، وانگ و همکاران (۲۰۱۷)، سویسا و ویلکامپ (۲۰۱۵) و کهتری و همکاران (۱۳۹۷) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که شفقت به خود بالایی دارند در عین حالی که با خود مهربان هستند، در برابر مشکلات‌شان مسئولیت‌پذیرتر هستند و وقایع پیش آمده را راحت‌تر می‌پذیرند. درمان مبتنی بر شفقت، با تقویت و ایجاد شفقت در فرد از طریق ارائه تکنیک‌های شفقت‌ورزی، شناسایی

1. self-kindness thought
2. emotional flexibility
3. care system
4. threat system

قضایات‌هایشان نه به سمت خود دفاعی و نه به سمت خودانتقادی و سرزنش خود پیش می‌رود (نوری و شهابی، ۱۳۹۶).

مهمترین محدودیت‌های این مطالعه شامل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، استفاده از ابزارهای خودگزارشی، و محدود شدن جامعه پژوهش به زنان متقاضی طلاق شهر بهبهان بود. بنابراین، توصیه می‌گردد که در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری با خطای کمتر مثل نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. پیشنهاد‌های دیگر استفاده از مصاحبه برای جمع‌آوری داده‌ها به جای پرسشنامه و یا در کنار پرسشنامه و پیگیری اثربخشی نتایج در بلندمدت می‌باشد. پیشنهاد می‌شود این مطالعه بر روی زنان متقاضی طلاق سایر فرهنگ‌های کشور ما انجام و نتایج آن با نتایج این مطالعه مورد مقایسه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی این مداخله با سایر مداخلات روان‌شناختی مقایسه شود. نتایج پژوهش حاضر علاوه بر کاربردی بودن برای زنان متقاضی طلاق، فواید بسیاری برای مشاوران خانواده در مرحله‌ی قبل از ازدواج، زناشویی و طلاق دارد؛ درمانگران خانواده نباید اهمیت توجه به عوامل مؤثری از قبیل خود - سرکوبگری و صمیمیت هیجانی و درمان مبتنی بر شفقت را جهت مقابله با این فروپاشی رابطه از نظر دور بدارند؛ بلکه باید از این مدل برای کمک به زوجین دارای تعارض و متقاضی طلاق، بهره‌گرفته و از این طریق اثربخشی درمان خود را افزایش دهند. همچنین نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند در دفاتر مشاوره، به خصوص دفاتر کاهش طلاق زیر نظر سازمان بهزیستی و سازمان نظام روانشناسی و مشاوره، دوره‌های آموزشی پیش از ازدواج و هر نهادی که در راستای کمک به زوجها و خانواده‌ها تلاش می‌کنند مورد استفاده قرار گرفته و مفید فایده باشد.

انعطاف‌پذیری روانشناختی^۱ افراد را نیز افزایش دهد (مورین و همکاران، ۲۰۱۵).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ صمیمیت هیجانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های شجاعی و همکاران (۱۳۹۸)، وانگ و همکاران (۲۰۱۷) و یوسفی و کریم‌نژاد (۱۳۹۷) می‌باشد و یافته‌های پژوهشی آن‌ها را مورد تأیید قرار می‌دهد. در تبیین این یافته می‌توان گفت شفقت درمانی، افکار، هیجانات و رفتارهای مثبت جدیدی را می‌سازد و گسترش می‌دهد که با افکار و هیجانات منفی درگیر با افسردگی، اضطراب و خودانتقادی^۲ در تضاد است. رفتار مشفقانه^۳ که یکی از مهارت‌های درمان مبتنی بر شفقت است و به معنای انجام هر کاری است که برای شکوفا شدن به آن نیاز داریم از این نوع است. از طرف دیگر می‌توان به ماهیت و محتوای تمرینات درمان مبتنی بر شفقت استناد نمود. در این تمرینات بر تن‌آرامی^۴، ذهن آرام و مشفق^۵ و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود، که می‌تواند نقش به‌سزایی در آرامش فرد و افزایش صمیمیت هیجانی داشته باشد. درمان مبتنی بر شفقت مراجعان را به تمرکز بر روی درک و احساس شفقت به خود در طول فرایندهای تفکر منفی، با تمرکز قوی بر پرورش شفقت در خود تشویق می‌کند همچنین در درمان مبتنی بر شفقت افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند؛ بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (نف و بریتواس، ۲۰۱۲). افزایش شفقت در مقابل اثرات وقایع منفی مانند یک ضربه‌گیر عمل می‌کند. افرادی که شفقت به خود بالایی دارند، خود را کمتر مورد قضاوت قرار می‌دهند، بر خود کمتر سخت می‌گیرند و با مشکلات و اثرات منفی در زندگی راحت‌تر کنار می‌آیند. عکس‌العمل‌ها و واکنش‌هایشان در برابر مشکلات‌شان بیشتر بر مبنای عملکرد واقعیت است، چون

1. psychological flexibility
2. self-critical
3. compassionate behavior
4. relaxation
5. calm and compassionate mind

منابع

- بهاروند، ب.، کاظمیان مقدم، ک.، و هارون رشیدی، ه. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر توانایی تحمل ابهام و اضطراب مرگ سالمندان، *روانشناسی پیری*، ۶، ۲۶-۱۳.
- خانزاده، ب. (۱۳۹۰). *تأثیر آموزش شفقت بر اضطراب وجودی، خودگسستی و صمیمیت در افراد متأهل دارای اختلاف مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران.
- خلعتبری، ج.، همتی، و.، و محمدی، ح. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه کارآزمایی آموزشی تصادفی شده. *بیماری‌های پستان/ایران*، ۱۱، ۲۰-۸.
- خیرالهی، م.، جعفری، ا.، قمری، م.، و باباخانی، و. (۱۳۹۸). طراحی مدل پیش‌بینی انعطاف‌پذیری شناختی بر اساس تحلیل روند تغییرات چرخه زندگی در زوجین متقاضی طلاق. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۰، ۱۸۰-۱۵۷.
- دال، ج.، استوارت، ج.، مارتل، ک.، و کاپلان، ج. (۲۰۱۴). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در روابط: کمک به مراجعین مشتاق صمیمیت و حفظ تعهدات سالم*. ترجمه شکوه نوابی نژاد، نادره سعادت و مهدی رستمی (۱۳۹۶). تهران: جنگل.
- دشت بزرگی، ز.، عسگری، م.، و عسگری، پ. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش شفقت خود بر میل به طلاق و نگرش‌های صمیمانه زنان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره خانواده. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۸، ۴۵-۳۸.
- ذبیحی‌دان، س. (۱۳۸۹). *رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و احساس تنهایی با واسطه‌گری خودنقدی و خودخاموشی*. پایان نامه تحصیلی کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.
- زمانی زارچی، م.، صمدی‌کاشان، س.، و قاسم‌زاده، س. (۱۳۹۷). مقایسه طرحواره‌های هیجانی و خودسرکوبگری در زنان متقاضی طلاق و غیرمتقاضی طلاق. *پژوهش‌های انتظامی اجتماعی زنان و خانواده*، ۶، ۱۵۴-۱۴۷.
- زنگنه مطلق، ف.، بنی‌جمالی، ش.، احدی، ح.، و حاتمی، ح. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی هیجان‌مدار بر بهبود صمیمیت و کاهش نارسایی هیجانی زوجین. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۱، ۵۶-۴۷.
- سادات‌حسینی، ف.، و درویشی، ک. (۱۳۹۴). نقش ویژگی‌های شخصیتی و ابعاد فرزندپروری خانواده در خودخاموشی و خودنقدی نوجوانان. *زنان و خانواده*، ۳۲، ۹۸-۷۳.
- سپهوند، ت. (۱۳۹۴). بررسی اثر بخشی برنامه توانمندسازی زناشویی، بر کاهش مشکلات زناشویی و تکانشگری ناکارآمد زوجین در معرض جدایی و طلاق. *پژوهش‌های انتظامی-اجتماعی زنان و خانواده*، ۴، ۸۱-۶۴.
- سعادت، ن.، رستمی، م.، و دربانی، س. ع. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در تقویت عزت نفس و سازگاری پس از طلاق زنان مطلقه. *دوفصلنامه روانشناسی خانواده*، ۳، ۵۸-۴۵.
- شاهمرادی، ح.، صادقی، م.، گودرزی، ک. و روزبهبانی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی رویکردهای تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن و راهبردی-راه حل محور بر کاهش میل به طلاق. *دوفصلنامه روانشناسی خانواده*، ۲، ۸۶-۷۱.
- شجاعی، ف.، سهرابی، ا.، عزیز، آ.، محمدی رایگانی، م.، و نصیری، غ. (۱۳۹۸). تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر صمیمیت زناشویی و تنظیم هیجان زوجین. *رویش روانشناسی*، ۸، ۲۰-۱۱.
- شربتیان، م.، و طوافی، پ. (۱۳۹۴). تحلیل جامعه شناختی ارزیابی ذهنی جوانان از شاخص‌های سلامت اجتماعی (مطالعه موردی جوانان شهرستان قاین خراسان جنوبی). *جامعه‌شناسی مطالعات جوانان*، ۶، ۳۲-۹.
- شیرالی‌نیا، خ. (۱۳۹۱). *اثربخشی زوج‌درمانی شناختی رفتاری پیشرفته و زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر کاهش افسردگی، تنظیم هیجانی و صمیمیت ارتباطی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز*. پایان نامه دکتری تخصصی مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- صائمی، ح.، بشارت، م.، و اصغرنژاد فرید، ع. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی زوج درمانی گاتمن و زوج درمانی هیجان محور بر صمیمیت زناشویی زوجین. *روانشناسی خانواده*، ۲، ۵۲-۳۹.
- عباسی، م.، علیزاده، م.، امیدوار شلمانی، ص.، حسینی، س. م.، خطیبی، آ.، و صفاکیش، م. (۱۳۹۷). *طلاق در ایران*. سازمان ثبت احوال کشور: تهران.
- کشاورز محمدی، ر.، و خلعتبری، ج. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان خودشفقت‌ورزی بر تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و حساسیت اضطرابی زنان مطلقه. *آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده*، ۴، ۳۲-۱۷.
- کهرتری، ل.، حشمتی، ر.، و پورشریفی، ح. (۱۳۹۷). بررسی روابط ساختاری افسردگی بر مبنای اجتناب تجربه‌ای و

- سرکوبگری عاطفی: نقش میانجی شفقت بر خود. *روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۴، ۲۹۷-۲۸۴.
- نجفی، م.، بی طرف، م.، محمدی فر؛ م. ع.، و زارعی مته کلایی، ا. (۱۳۹۴). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بینش شناختی در زنان متقاضی طلاق و عادی. *زن و جامعه*، ۶، ۴۱-۵۸.
- نوری، ح.، و شهابی، ب. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش شفقت با خود بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلا به
- اتیسم. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۸، ۱۱۸-۱۲۶.
- یوسفی، ز.، و کریم‌نژاد، ر. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش همسرمداری مبتنی بر شفقت بر بهبود روابط خانوادگی، تعارضات زناشویی، بخشش و صمیمیت زوجین ناشنوا و کم‌شنوای شهر اصفهان. *مطالعات زن و خانواده*، ۶، ۲۲۳-۱۹۹.

References

- Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2013). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24, 857-882.
- Bluth, K., Eisenlohr-Moul, T. A. (2017). Response to a mindfulness self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, Self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57, 108-118.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Clinical Psychology*, 52, 199-214.
- Elaine, B.C.J., & Hollins, M. (2016). Exploration of a training program for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 5-13.
- Gilbert, P. (2009). Introducing Compassion Focused-Therapy. *Advances Psychiatric Treatment*, 15, 199-208.
- Gilbert, P. (2010). Compassion focused therapy special issue. *Cognitive Therapy*, 3, 197-201.
- Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burichka, D., Diego-Pedro, R., Baños, R., & Cebolla, A. (2018). Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. *Integrative Cancer Therapies* 17, 684-696.
- Hatfield, E., Bensman, L., & Rapson, R. L. (2012). Love and intimacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior*, 2nd Ed., 2. New York: Academic Press. pp. 550-556.
- Jack, D. C., & Ali, A. (Eds.). (2010). *Silencing the self across cultures: Depression and gender in the social world*. Oxford University Press.
- Jack, D.C., & Dill, D. (1991). Silencing The Self-Scale: schemas of intimacy associated with depression in women. *Psychology of women Quarterly*, 16, 97-106.
- Morin, C.M., Collechi, C., Stone, J., Sood, R., & Brink, D. (2015). The effect of self-compassion on the forgiveness, resiliency and marital satisfaction of couples. *Journal of Marital*, 7, 85-96.
- Neff, K., & Beretvas, S. N. (2012). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and Identity*, 12, 78-98.
- Neff, K.D., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12, 160-176.
- Negy, C., Hammons, M. E., Reig-Ferrer, A., & Carper, T. M. (2010). The importance of addressing acculturative stress in marital therapy with Hispanic immigrant women. *Clinical and Health Psychology*, 10, 5-21.
- Pietikäinen, K. S. (2018). Silence that speaks: The local inferences of withholding a response in intercultural couples' conflicts. *Journal of Pragmatics*, 129, 76-89.
- Sbarra, D. A., & Coan, J. A. (2017). Divorce and health: Good data in need of better theory. *Current Opinion in Psychology*, 2, 91-95.
- Schaefer, M. T., & Olson, D. H. (1981). Assessing intimacy: the pair inventory. *Marital and Family Therapy*, 7, 47-60.
- Sousa, A.D., McDonald, S., & Rushby, J. (2012). Changes in emotional empathy, affective responsivity, and behavior following severe traumatic brain injury. *Clinical and Experimental Neuropsychology*, 34, 606-623.
- Soysa, C.K., & Wilcomb, C.J. (2015). Mindfulness, Self-compassion, Self-efficacy, and Genders Predictors of Depression, Anxiety, Stress, and Well-being. *Mindfulness*, 6, 217-226.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K., Teng, F., Jin, S. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 106, 329-333.
- Whiffen, V.E., Foot, M.L., & Thompson, J.M. (2007). Self-silencing mediates the link between marital conflict and depression. *Social and Personal Relationships*, 24, 993-1006.
- Yarnell, L.M., Neff, K.D. (2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*, 12, 146-159.