

## اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری بر خودشفقتی و معنای زندگی بیماران افسرده مداوم شهرستان ارومیه

حسن سطوت قصریکی<sup>۱</sup>، عباس بخشی‌پور رودسری\*<sup>۲</sup>، تورج هاشمی نصرت‌آباد<sup>۳</sup>، مجید محمود علیلو<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۰۲/۱۸ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۴/۰۷

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** افسردگی معضل عمومی زندگی بشر و شایع‌ترین اختلال روانی است که منجر به تغییرات خلق، تفکر و فعالیت‌های روزمره می‌گردد. لذا هدف از پژوهش حاضر اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری بر خودشفقتی و معنای زندگی بیماران افسرده مداوم بود. سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری مبتنی بر نظریه بین فردی کارکرد روانی اجتماعی است این رویکرد درمانی در تبیین افسردگی، بر نقش اساسی ترس-اجتناب فراگیر در آسیب‌شناسی روانی این بیماران تأکید دارد.

**مواد و روش کار:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران افسرده مراجعه‌کننده به مراکز درمان روان‌پزشکی و روان‌شناختی شهرستان ارومیه در زمستان و بهار ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بود که از بین این افراد، تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه آماری انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل به‌صورت تصادفی گمارده شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه مداخله سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری را دریافت نمودند ولی در گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. همه افراد در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پرسشنامه خودشفقتی نف (۲۰۰۳) و پرسشنامه معنای زندگی استگر و همکاران (۲۰۰۶) را تکمیل کردند. درنهایت داده‌ها به روش‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با کمک نرم‌افزار SPSS24 تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد تفاوت معنی‌داری در هر دو متغیر خودشفقتی و معنای زندگی بین گروه‌های آزمایش و کنترل وجود داشت ( $P < 0/01$ ). به این معنی که سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری بر خودشفقتی و معنای زندگی بیماران افسرده مداوم اثربخش بود ( $P < 0/05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش بیانگر این است که سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری بر خودشفقتی و معنای زندگی بیماران افسرده مداوم مؤثر است و از این رو می‌تواند در مداخلات کلینیکال برای درمان افسردگی مداوم بکار گرفته شود.

**کلیدواژه‌ها:** معنای زندگی، سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری، خودشفقتی

مجله مطالعات علوم پزشکی، دوره سی و چهارم، شماره سوم، ص ۱۶۹-۱۸۱، خرداد ۱۴۰۲

آدرس مکاتبه: گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. تلفن: ۰۴۱-۳۳۳۹۲۰۹۷

Email: abbas\_bakhsipour@yahoo.com

### مقدمه

فعالیت‌های لذت‌بخش، اختلال در تمرکز و توجه، کاهش انرژی، کم‌خوابی یا پرخوابی، احساس گناه، مشکل در تصمیم‌گیری، کندی روانی حرکتی و افکار مربوط به خودکشی (۲). بک طرح‌واره‌های افسرده زنی را به‌عنوان عامل اصلی افسردگی مطرح نمود و در تجدیدنظر بعدی بر نقش عوامل برون فردی نیز تأکید کرد، بک با

افسردگی به‌عنوان معضل عمومی زندگی بشر با شیوع ۱۷ درصدی، در میان اختلالات روانی بالاترین شیوع طول عمر را دارد (۱). افسردگی اختلالی روانی است که به‌وسیله علائم و نشانگان زیر تشخیص داده می‌شود: خلق افسرده، فقدان علاقه‌مندی به

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

<sup>۲</sup> استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

<sup>۴</sup> استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

لحاظ نمودن موضوعات بین فردی و نگرش‌های ناکارآمد و منفی، پیش‌آمادگی‌های شخصیتی را به‌عنوان خودگردانی و جامعه‌گرا معرفی نموده و این ویژگی‌ها را به‌عنوان عوامل خطر بین فردی در آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی ارائه نمود حس سلامتی افراد جامعه‌گرا وابسته به اخذ حمایت از دیگران است و در صورت عدم دریافت حمایت اجتماعی، یا شکست در روابط بین فردی یا تجربه طرد افسرده می‌شوند در مقابل افراد خودگردان به دلیل سطح بالای استقلال، خود را سرزنش نموده و نگران مسائلی از قبیل پیشرفت فردی می‌باشند و نیاز دارند استانداردهای خود یا دیگران را بیابند (۳).

مک کالوف (۴) در تبیین افسردگی، بر نقش اساسی ترس-اجتناب فراگیر در آسیب روانی تمرکز دارد ترس-اجتناب با سبک بین فردی کناره‌گیر-گسلیده تعیین می‌گردد. بیماران افسرده در تاریخچه رشدی خود، مکرراً فاصله گرفتن از بذر رفتاری‌ها و بدزبانی‌های افراد مهم زندگی و بی‌توجهی و سوءاستفاده جنسی و جسمی، مرگ و طلاق والدین و ... را تجربه نموده‌اند. تجربه بذر رفتاری‌های اولیه منجر به اجتناب از پیامدهای بین فردی اجتماعی فاجعه‌آمیز و قابل پیش‌بینی می‌گردد و برای حمایت از خود و نجات از محیط آسیب‌زای خانواده، از دنیای افراد مهم زندگی خود فاصله می‌گیرد و انزوا و تنها زیستن را ترجیح می‌دهد پیامد دیگر بذر رفتاری‌های روان‌شناختی همانندی انحراف/عقب‌ماندگی از رشد و بلوغ شناختی-هیجانی عادی است. و این مسئله باعث تثبیت فرد در عملکرد پیش عملیاتی رشد پیازه می‌گردد از طرفی بیماران افسرده تمایل دارند در ارتباط با دیگران متکلم وحده باشند و رفتار آنان به‌وسیله بازخورد رفتاری و واکنش دیگران تغییر نمی‌کند نهایتاً این خودخواهی فراگیر و ناتوانی در ایجاد همدلی با دیگران قسمتی از عملکرد پیش عملیاتی بزرگسالان با افسردگی است ظرفیت شناختی انتزاعی در حیطه بین فردی اجتماعی تقریباً وجود ندارد و فرد افسرده به یک شخص خودمحور تبدیل می‌شود. (۴).

از جمله متغیرهایی که رابطه تنگاتنگی با افسردگی دارد، خودشفقتی<sup>۱</sup> بوده که مراقبت از درون در موقعیت‌های دشوار و دلسوزی نسبت به آن معنا شده است و دیدگاه متعادل به خویشتن و تجربه‌های هیجانی را شامل می‌شود (۵). نف و دوهم<sup>۲</sup> (۶) این سازه را ارائه نموده است و طبق دیدگاه وی خودشفقتی مشتعل بر

سه مؤلفه دوقطبی بوده که عبارتند از: انسانیت مشترک<sup>۳</sup> در برابر انزوا<sup>۴</sup>، مهربانی با خود<sup>۵</sup> در برابر قضاوت نسبت به خویشتن<sup>۶</sup> و ذهن آگاهی<sup>۷</sup> در برابر همانندسازی افراطی<sup>۸</sup>. در مؤلفه انسانیت مشترک در برابر انزوا، بر پذیرش مشکلات زندگی به‌عنوان بخشی از تجارب مشترک انسان‌ها تأکید می‌شود و درک این مسئله که مشکلات زندگی فقط برای اشخاص خاصی اتفاق نمی‌افتند. مؤلفه مهربانی با خود در برابر قضاوت نسبت به خویشتن دربردارنده گرمی و مهربانی با خود بجای سخت‌گیری در قضاوت نسبت به خویشتن است و منظور از مؤلفه سوم ذهن آگاهی در برابر همانندسازی افراطی تأکید بر این مسئله است، فرد بجای جذب شدن کامل در افکار و احساسات دردناک نسبت به آن آگاهی داشته باشد. رابطه خودشفقتی و سلامت روان دارای حمایت نظری و تجربی است (۶).

خودشفقتی با احساساتی مانند پیوند اجتماعی و رضایت از زندگی مرتبط است. همچنین، خودشفقتی به ارضای نیازهای بنیادین از قبیل شایستگی، خودمختاری و ارتباط با دیگران که برای بهزیستی انسان ضروری می‌باشند کمک می‌نماید (۷). افراد دارای ویژگی خودشفقتی به همان اندازه که با دیگران مهربان‌اند با خود نیز مهربان‌اند (۸). گیلبرت<sup>۹</sup> (۹) بنیان‌گذار درمان مبتنی بر شفقت، شفقت را حساسیت نسبت به درد و رنج خود و دیگران و تعهد عمیق نسبت به تلاش برای رفع آن رنج و درد می‌داند (۱۰). گیلبرت<sup>۱۰</sup> (۹) در نظریه خودشفقتی سه سیستم تنظیم هیجانی در افراد متصور است که شامل «لذت»، «تهدید» و «تسکین» می‌شود. سیستم لذت سیستم انگیزشی برای برانگیختن تلاش و کوشش برای دستیابی به پاداش و تأمین نیازها است و احساس لذت، هیجان، برانگیختگی و انرژی مربوط به این سیستم است. وظیفه سیستم تهدید پایش خطرات و مقابله با آن‌هاست و هیجانات منفی از قبیل تنفر، ترس و اضطراب مربوط به این سیستم است. وظیفه تنظیم دو سیستم تهدید و لذت طلبی بر عهده سیستم تسکین است. آرامش، امنیت، رضایت، قناعت، بهزیستی از هیجانات مربوط به این سیستم است. از دیدگاه شفقت درمانگران، بیماری به دلیل مشکل در دسترسی فرد به سیستم تسکینی خود و بیش‌فعالی سیستم‌های تهدید و لذت ایجاد می‌شود و تقویت سیستم تسکین و آرامش بخشی و نیز تعادل بخشی به سایر سیستم‌های تنظیم هیجانی شخص از طریق افزایش حس خودشفقتی امکان‌پذیر است (۹) مطابق دیدگاه

6. Self-Judgment

7. Mindfulness

8. Over-identification

9. Gilbert

10. Germer

1. Self-Compassion

2. Neff & Dahm

3. Common Humanity

4. Isolation

5. Self-kindness

از دیدگاه روان‌شناختی معنای زندگی یکی از عناصر مهم و تعیین‌کننده در بهزیستی روان‌شناختی است. معنای زندگی به حسی از یکپارچگی وجودی اطلاق می‌گردد که در پی پاسخ‌دهی به چستی زندگی، درک هدف زندگی و دستیابی به اهداف ارزنده و به تبع آن احساس کمال و مفید بودگی است (۱۹). یالوم<sup>۵</sup> معتقد است باور به اینکه جهان و هستی در یک الگوی نظام‌مند و هدفمند است. معنای زندگی را می‌سازد این معنا ممکن است ناشی از اعتقادات مذهبی یا معنویت باشد. ریکر<sup>۶</sup> با تلفیق مفاهیم گوناگون انسجام (میزان تطابق و پیوستگی حیطه‌های گوناگون هدف‌گذاری شده) و احساس هدفمندی (داشتن اهداف مهم و لذت‌بخش در حیطه‌های گوناگون زندگی) را معنای زندگی می‌داند. یافته‌های پژوهشی ارتباط افسردگی با معنای زندگی را تأیید نموده‌اند از طرفی معنای زندگی ممکن است ناشی از افت فعالیت‌های معنی‌دار و نیز سوگیری‌های شناختی است که دو نشانه اصلی افسردگی است. از طرفی، معنای زندگی توانایی کاهش دادن سطح عواطف منفی از قبیل افسردگی و اضطراب را دارد و نهایتاً باعث کاهش خطرات ابتلا به اختلالات روانی می‌شود (۲۰).

نظریات گوناگون روان‌شناسی علت اصلی ابتلا به اختلال افسردگی را باورهای ناکارآمد منفی می‌دانند لذا مداخلات درمانی در افسردگی عموماً بر اصلاح رفتار و شناختواره‌ها و باورهای ناکارآمد تمرکز دارد ولی طی سال‌های اخیر طیف نوینی از درمان شامل مداخلات روانی اجتماعی، بین فردی و حل مسئله ارائه شده است (۳) یکی از رویکردهای نوین روان‌درمانی که توسط مک کالوف (۴) برای درمان افسردگی مزمین ساخته شد سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری است این درمان که شکلی نوین از درمان‌های شناختی رفتاری است و در درمان طیف وسیعی از اختلالات روانی مؤثر است. مداخله عمده در این درمان تحلیل موقعیت است تحلیل موقعیت به‌عنوان ترکیبی از راهبردهای شناختی-رفتاری و بین فردی بر پیامدهای رفتار فرد متمرکز بوده و در شناسایی و اصلاح الگوهای فکری و رفتاری ناسازگارانه مؤثر است. (۴).

سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری مبتنی بر نظریه بین فردی کارکرد روانی اجتماعی است لذا فهم نقش عملکرد بین فردی در افراد افسرده ضروری است تاریخچه زندگی افراد افسرده حاکی از سوءاستفاده اولیه و بدررفتاری و مواجهه با آسیب‌های روانی و تجربه مداوم آن است (۲۱). مطابق رویکرد سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری این آسیب‌ها سبب می‌گردد فرد به لحاظ

هیکس و کینگ<sup>۱</sup> (۱۱) هیجانان منفی ناشی از افسردگی و تحریف‌های شناختی حاصل از آن، به محدود نمودن دید افراد در ارزیابی از زندگی‌شان منجر شده و سبب کاهش معنای زندگی می‌شود. یافته‌های امان الهی، تردست و اصلانی (۱۲) نشان داد همه‌ی خرده مقیاس‌های خودشفقتی پیش‌بین‌های معنی‌داری برای افسردگی هستند. بر اساس یافته‌های کریگر<sup>۲</sup> و همکاران (۱۳) افراد افسرده در مقایسه با افراد غیر افسرده دارای سطوح پایین‌تری از شفقت به خود هستند و خودشفقتی پایین با نشانگان افسردگی رابطه معنی‌داری دارد. کلفتاراس و پسارا<sup>۳</sup> (۱۴) نشان داد علائم افسردگی در جوانانی که دارای معنای بیشتری در زندگی خود هستند کمتر است و ارتباط معناداری بین سلامت عمومی و معنای زندگی وجود دارد. فقدان معنا در زندگی، نشان‌دهنده نزول حس ارزشمند بودن زندگی و بیانگر این عقیده است که زندگی یک تجربه منفی است. در این حالت مشوقی برای پیگیری اهداف مهم وجود ندارد و حتی افراد دچار سردرگمی در مورد خود و زندگی هستند. از دیدگاه فرانکل، بی‌معنایی در زندگی و فقدان هدف یکی از ریشه‌های آسیب‌پذیری انسان است جستجوی هدف و معنا سبب شکوفایی و کمال و از بین رفتن اختلالات روانی می‌شود (۷). فقدان حسی از معنا در زندگی مدرن امروزی به‌عنوان یک عامل مؤثر در سبب‌شناسی علل افسردگی مطرح است (۱۵). انسان‌ها همیشه در جستجوی معنای زندگی<sup>۴</sup> بوده‌اند و تلاش نموده‌اند از آغاز زندگی خود را معنادار نمایند. معنای زندگی از جمله پیچیده‌ترین مباحثی است که اذهان بسیاری از اندیشه‌ورزان را مشغول خود نموده است (۱۶). تحقق احساس معنا به‌وسیله برآورده شدن نیازهای اولیه شخص در مؤلفه‌های خودارزشمندی، هدفمندی و کارآمدی انجام می‌پذیرد (۱۷). فرانکل جستجوی معنای زندگی را اساس و شالوده سلامت روان و پادزهر خودکشی می‌داند. معنای زندگی سه پایه اصلی دارد: معناجویی، آزادی اراده و معنای زندگی. آزادی اراده به معنای این است که انسان در انتخاب و گزینش جایگاهی که با آن مواجه بوده آزاد است. معناجویی حاوی مفهوم مسئولیت است. مسئول نمودن جامعه و فرهنگ، انتخاب شیوه مرگ و معنادار بودن زندگی. فرانکل خوش‌گذرانی و لذت را معنای زندگی نمی‌داند و تجربه نمودن زندگی در لحظه حال بدون هیچ نوع الگوی پیش‌پنداشت و تفسیر را معنای زندگی می‌داند (۱۸).

4. Meaning in Life

5. Yalom

6. ricker

1. Hicks & King

2. Krieger

3. Kleftras & Psarra

## مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های کاربردی و ازلحاظ روش پژوهش از نوع تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری موردپژوهش شامل کلیه بیماران افسرده مراجعه‌کننده به مراکز درمان روان‌پزشکی و روان‌شناختی شهرستان ارومیه بود، که در زمستان و بهار ۱۴۰۰-۱۴۰۱ جهت دریافت خدمات درمانی به این مراکز مراجعه می‌نمودند نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۰ نفر از بیماران افسرده مراجعه‌کننده به مراکز درمان روان‌پزشکی و روان‌شناختی شهرستان ارومیه بود، که در زمستان و بهار ۱۴۰۰-۱۴۰۱ جهت دریافت خدمات درمانی به این مراکز مراجعه نموده بودند: ابتدا لیست بیماران در نوبت درمان در هر مرکز تهیه شد سپس ۳۰ نفر آزمودنی‌های پژوهش به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس بر اساس مصاحبه تشخیصی انتخاب شدند سپس از بین ۳۰ نفر نمونه آزمون، ۱۵ نفر به‌عنوان گروه آزمایشی و ۱۵ نفر به‌عنوان گروه کنترل به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. از آنجا که گروه گواه با گروه آزمایشی هم‌نشده و ملاک جایگزینی اعضای گروه‌ها به‌صورت تصادفی بود لذا پژوهش حاضر از نوع آزمایشی است. گروه آزمایش به‌طور هفتگی به مدت ۱۲ جلسه تحت سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری قرار گرفت ولی در گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت در ابتدای پژوهش در یک برگه‌ی مجزا، علاوه بر تأکید بر اهمیت پژوهش، روش تکمیل پرسشنامه‌ها توضیح داده شد روش اجرا بدین گونه بود که هر یک از بیماران مقیاس خودشفقتی نف (۶) معنای زندگی استیگر و همکاران (۲۸) را تکمیل نمودند و این روند در طی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه انجام گرفت.

### ملاک‌های ورود به پژوهش:

- ۱- داشتن سن بین ۱۸ تا ۵۰ سال
- ۲- عدم وجود آسیب مغزی و اختلالات یادگیری
- ۳- دریافت تشخیص افسردگی توسط روان‌پزشک
- ۴- درمان هم‌زمان دیگری دریافت نکند
- ۵- نشانه‌های اختلال در اثر سوگ، مصرف مواد مخدر و یا بیماری جسمی ایجاد نشده باشند

### ملاک‌های خروج از پژوهش:

- ۱- عدم تمایل به ادامه درمان
  - ۲- سابقه دریافت مداخله روان‌شناختی مشابه
  - ۳- تمایل به مصرف دارو
- ساختار و چارچوب جلسات سیستم روان‌درمانی تحلیلی

هیجانی احساس ناامنی کند و بر اساس شرطی‌سازی کلاسیک، ارتباط با یک فرد آزاردهنده سبب بی‌اعتمادی وی به دیگران می‌شود همچنین بر اساس شرطی‌سازی کنشگر کناره‌گیری‌های اجتماعی و رفتارهای اجتنابی سبب توقف‌های رشدی بعدی شده و به طرز فاجعه‌آمیزی بر رشد شناختی، هیجانی و اجتماعی فرد تأثیر منفی می‌گذارد (۲۲).

مک کالوف (۲۳) با عاریت گرفتن از نظریه رشدی پیازه معتقد است که فرد بزرگسال مبتلا افسردگی مداوم، به دلیل کناره‌گیری بین فردی دوران کودکی، عملکرد پیش عملیاتی دارد و به لحاظ شناختی هیجانی به دلیل انحراف ایجادشده، شبیه کودک در مرحله پیش عملیاتی پیازه رفتار می‌کند طبق ویژگی‌های فردی مرحله پیش عملیاتی تفکر، عدم آگاهی از رفتار دیگران و گفتگو به شیوه تک‌گویی و پریدن از مقدمه به نتیجه درباره واقعیت در این بیماران وجود دارد همچنین فقدان مهارت همدلی با دیگران و خودمحوری فراگیر سبب انزوای فرد می‌گردد و به‌مرور باعث محدودیت شدید تمام حوزه‌های تلاش اجتماعی می‌گردد و نهایتاً افسردگی، درماندگی، یاس و ناامیدی و اقدام به خودکشی رخ می‌دهد (۲۱). نتایج پژوهش پاسدار، حسنی و نوری (۲۴) حاکی از اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودشفقتی بیماران افسرده بود. یافته‌های مروجی و همکاران (۲۵) نشان داد درمان شناختی رفتاری بر ارتقای معنای زندگی مؤثر است. یافته‌های بگیان، کرمی، مؤمنی و الهی (۲۱) نشان داد که سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری بر درد ذهنی و دشواری‌های تنظیم هیجانی افراد اقدام‌کننده به خودکشی اثربخش هستند (۲۶). یافته‌های فورکمن، به راک، میر، تیسام، اسپرام و میکلاگ (۲۷) نشان داد که سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری بر کاهش ایده پردازی خودکشی و علائم افسردگی اثربخش هستند.

مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد اثربخشی درمان‌های دارویی افسردگی بدون مداخلات روانی اجتماعی، به علت تأکید صرفاً دارویی موفقیت‌چندانی ندارد و از طرفی با توجه به اینکه نگرش جامعه به درمان دارویی افسردگی منفی است در نظریه‌های جدید بر درمان‌های ترکیبی به‌صورت مداخلات دارویی و روان‌شناختی توصیه شده است. در صورتیکه این اختلال روانی تحت درمان قرار نگیرد این احتمال وجود دارد علائم آن تشدید شده و برای چند ماه یا حتی چند سال ادامه پیدا کند. لذا مسئله اصلی پژوهش حاضر بررسی این موضوع است که آیا سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری بر خودشفقتی و معنای زندگی بیماران افسرده مداوم شهرستان ارومیه تأثیر دارد؟

(گویه‌های ۳، ۷، ۱۰ و ۱۵)، در مقابل انزوا (گویه‌های ۴، ۱۳، ۱۸ و ۲۵)، و ذهن آگاهی (گویه‌های ۹، ۱۴، ۱۷ و ۲۲) در برابر همانندسازی افراطی (گویه‌های ۲، ۶، ۲۰، ۲۴). حاصل جمع نمره تک تک گویه‌ها نمره زیرمقیاس را تشکیل می‌دهد و امتیاز کلی پرسشنامه بر اساس جمع نمرات همه سؤالات به دست می‌آید. نمره کل پرسشنامه بین ۲۶ تا ۱۳۰ است و امتیاز بالاتر بیانگر خوشفقتی بیشتر است. خسروی، صادقی و یابنده (۲۹) آلفای کرونباخ پرسشنامه را خرده مقیاس‌های انزوا ۰/۸۵، انسانیت مشترک ۰/۸۴، انتقاد از خود ۰/۷۹، مهربانی با خود ۰/۸۱، همانند سازی افراطی، ۰/۸۳ و ذهن آگاهی ۰/۸۰ و آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند (۳۰).

**پرسشنامه معنای زندگی (MLQ):** پرسشنامه معنای زندگی توسط استنجر، فرازیر، اشی و کالر<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۶ ساخته شد و دو بعد معنا در زندگی یعنی حضور معنا و جستجوی معنا را با استفاده از ده گویه و در یک مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (۱) تا کاملاً درست (۷) را ارزیابی می‌نماید. خرده مقیاس حضور معنا به‌وسیله سؤالات (۱، ۴، ۵، ۶ و ۹) و خرده مقیاس جستجوی معنا توسط سؤالات (۲، ۳، ۷، ۸ و ۱۰) سنجش می‌شود و نمرات هر دو خرده مقیاس از ۵ تا ۳۵ منفرجه بوده و نمره بالاتر بیانگر میزان میزان بالاتر وجود یا جستجوی معنای زندگی است (۲۸). شواهد پژوهش بیانگر این است که این ساختار در فرهنگ‌های مختلف مشابه است. ضریب همسانی درونی در مطالعات گوناگون بر هر دو زیرمقیاس بالای ۰/۸۰ درصد به دست آمده است (۳۱). ضریب همسانی درونی این پرسشنامه در پژوهش احمدی و همکاران (۳۲) آلفای کرونباخ در دو زیرمقیاس حضور معنا و جستجوی معنا به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۸ گزارش شده است.

#### یافته‌ها

از بین افراد شرکت کننده در این پژوهش تعداد ۳۰ (۷۸/۹ درصد) نفر جنسیت زن و تعداد ۸ (۲۱/۱ درصد) نفر جنسیت مرد داشتند همچنین تعداد ۳ (۷/۹ درصد) نفر دارای مدرک دیپلم، تعداد ۵ (۱۳/۲ درصد) نفر دارای مدرک فوق دیپلم، تعداد ۲۸ (۳۷/۷ درصد) نفر دارای مدرک لیسانس، تعداد ۲ (۵/۳ درصد) نفر دارای مدرک فوق لیسانس هستند همچنین نتایج مربوط به سن آزمودنی‌ها نشان داد تعداد ۱۵ (۳۹/۵ درصد) نفر سن کمتر از ۳۰ سال، ۱۴ (۳۶/۸ درصد) نفر سن ۳۰ تا ۳۵ سال و ۹ (۲۳/۷ درصد) نفر سن بالاتر از ۳۵ سال داشتند. در جدول زیر شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش اراده شده است.

شناختی رفتاری مشتمل بر موارد ذیل بود: آشنایی کامل با مفاهیم اساسی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری. جدول ثبت فعالیت و چرخه افسردگی، نحوه تأثیر تفکر ناسازگار بر مقابله ناسازگار و روش تفکر شکست‌گرای، تحلیل موقعیتی و دوره اصلاح آن، شناسایی چرخه روابط بین فردی پیوندجویی و عاملیت در روابط بین فردی و انجام تحلیل موقعیتی متناسب با موقعیت بین فردی. شناسایی حوزه‌های بین فردی صمیمیت، افشاگری، اشتباه کردن و بیان عواطف و هیجانات منفی نسبت به درمانگر و دیگران مهم، انجام تمرین تمایز بین فردی. آموزش مهارت‌های جرئت‌ورزی، تحمل آشفتگی، پاسخ‌دهی شخصی مشروط به دیگران و افراد مهم زندگی و تفسیر روابط بین فردی، شناسایی هشت چرخه روابط بین فردی خود با دیگران، نام‌گذاری و به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه، مهارت‌های تحمل پریشانی و مهارت‌های حل مسئله اجتماعی و اثربخشی بین فردی در روابط خود با افراد مهم زندگی، نمونه‌های پاسخ‌دهی شخصی مشروط، شناسایی با مفاهیم و اصطلاحات تعاملات مکمل و غیر مکمل، توان تمایزگذاری، انجام تمرین تصویرسازی ذهنی آخرین روابط بین فردی آسیب‌زا و به‌کارگیری مهارت‌های حل مسئله اجتماعی. انجام تمرینات ذهن آگاهی و فعال‌سازی رفتاری. آمادگی برای پایان دادن، ارزیابی کردن یادگیری، بازبینی اهداف و اتمام درمان. نوشتن نامه خداحافظی و بستن قراردادی برای مدت ۹۰ روز به‌منظور ملاقات مجدد با درمانگر و پاسخ به پرسشنامه‌ها این پژوهش برخی اصول اخلاقی از جمله توضیح اهداف پژوهش برای اعضای نمونه، حفظ رازداری، گمنام ماندن اعضا، کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل افراد را رعایت نمود. افزون بر این پژوهش با کد اخلاق به شماره [IR.TABRIZU.REC.1401.039](https://doi.org/10.30914/IR.TABRIZU.REC.1401.039) در دانشگاه تبریز به ثبت رسیده است. برای توصیف اطلاعات پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی شامل اندازه‌گیری مکرر با کمک نرم‌افزار SPSS24 استفاده شد. ابزار پژوهش در ذیل مطرح شده‌اند.

**مقیاس خودشفقتی نف:** پرسشنامه خودشفقتی که توسط نف (۶) تهیه شده است دارای ۲۶ گویه بوده و دارای لیکرت بندی پنج‌درجه‌ای از یک (تقریباً هرگز) تا پنج (تقریباً همیشه) است. مطابق دیدگاه نف (۶) پرسشنامه سه مقیاس دوقطبی را ارزیابی می‌کند. مهربانی با خود (گویه‌های ۵، ۱۲، ۱۹، ۲۳ و ۲۶)، در مقابل انتقاد از خود (گویه‌های ۱، ۸، ۱۱، ۱۶ و ۲۱)، انسانیت مشترک

<sup>1</sup>. Steger, Frazier, Oishi & Kaler

جدول (۱): شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

گروه	متغیر	پیش‌آزمون (انحراف معیار ± میانگین)	پس‌آزمون (انحراف معیار ± میانگین)	پیگیری (انحراف معیار ± میانگین)
آزمایش	خودشفقتی	۳۹/۲۶ ± ۳/۲۴	۵۰/۵۸ ± ۳/۲۰	۴۷/۶۳ ± ۲/۹۶
	معنای زندگی	۱۷/۷۴ ± ۳/۵۵	۳۰/۳۷ ± ۲/۸۶	۲۵/۳۲ ± ۳/۳۰
کنترل	خودشفقتی	۳۹/۰۰ ± ۳/۴۶	۳۹/۵۰ ± ۴/۳۱	۳۶/۹۵ ± ۳/۹۳
	معنای زندگی	۱۷/۷۹ ± ۴/۱۴	۱۸/۵۸ ± ۴/۶۵	۱۸/۱۶ ± ۳/۶۸

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش برای هر دو گروه آزمایش و کنترل در هر سه مرحله آزمون در جدول فوق ارائه شده است. افزون بر آن در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیری اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. لذا قبل از انجام تحلیل، مفروضات آزمون مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی یکسانی ماتریس‌های کوواریانس از آزمون امپاکس استفاده شد. نتایج حاکی از عدم برقراری این مفروضه بود ( $M=413/24$  باکس،  $F=1/07$  و  $P=0/245$ ). برای بررسی مفروضه کرویت از آزمون موچلی استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برای متغیر خودشفقتی ( $W=0/864$  و  $p=0/08$ ) بوده و فرض کرویت داده‌ها رعایت شده است ولی برای متغیر معنای زندگی ( $p=0/01$ ) و

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش برای هر دو گروه آزمایش و کنترل در هر سه مرحله آزمون در جدول فوق ارائه شده است. افزون بر آن در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیری اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. لذا قبل از انجام تحلیل، مفروضات آزمون مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی یکسانی ماتریس‌های کوواریانس از آزمون امپاکس استفاده شد. نتایج حاکی از عدم برقراری این مفروضه بود ( $M=413/24$  باکس،  $F=1/07$  و  $P=0/245$ ). برای بررسی مفروضه کرویت از آزمون موچلی استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برای متغیر خودشفقتی ( $W=0/864$  و  $p=0/08$ ) بوده و فرض کرویت داده‌ها رعایت شده است ولی برای متغیر معنای زندگی ( $p=0/01$ ) و

جدول (۲): نتایج تحلیل واریانس چند گانه متغیرهای پژوهش

قدرت مشاهده شده	انای سهمی	خطای درجه آزادی	درجه آزادی مفروض	F	مقدار	منبع تغییرات	
						زمان × گروه	زمان × گروه ×
۱/۰۰	۰/۵۶۱	۰/۰۰۱	۱۳۶	۱۴/۵۰	۱/۱۲	آزمون پیلای	
۱/۰۰	۰/۸۱۷	۰/۰۰۱	۱۳۴	۴۹/۸۴	۰/۰۳۴	لامبدای ویکلز	
۱/۰۰	۰/۹۲۴	۰/۰۰۱	۱۳۲	۱۳۳/۰۱	۲۴/۱۸	آزمون هتلینگ	
۱/۰۰	۰/۹۶۰	۰/۰۰۱	۶۸	۲۷۱/۸۹	۲۳/۹۹	برزگترین ریشه روی	

آزمون‌های تحلیل واریانس چندگانه نشان می‌دهند که تأثیر معناداری در طی زمان و زمان × گروه وجود دارد.

جدول (۳): نتایج تحلیل واریانس درون آزمودنی‌ها

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معناداری	مجدور اتا	منبع تغییرات	
							زمان	زمان × گروه
خودشفقتی	۶۱۶/۴۲	۲	۳۰۸/۲۱	۹۹/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۷۳۵		
معنای زندگی	۸۶۵/۲۸	۱/۴۸	۵۸۴/۳۷	۹۸/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳۳		
خودشفقتی	۷۴۷/۸۶	۲	۳۷۳/۹۳	۱۲۱/۰۶	۱/۰۰	۰/۷۷۱		
معنای زندگی	۶۱۶/۶۴	۱/۴۸	۴۵۶/۹۷	۷۷/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸۲		

در جدول فوق اثرات درون آزمودنی‌ها، نشان می‌دهد که اثر گروه در متغیرهای پژوهش معنادار است و شیوه آموزشی اثربخش بوده است.

**جدول (۴): نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها**

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا	قدرت مشاهده شده
گروه	۱۵۹۹/۳۷	۱	۱۵۹۹/۳۷	۵۰/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۸۴	۱/۰۰
	۱۱۳۰/۵۳	۱	۱۱۳۰/۵۳	۳۰/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۴۶۱	۱/۰۰
خطا	۱۱۴۰/۲۴	۳۶	۳۱/۶۷				
	۱۳۲۱/۱۲	۳۶	۳۶/۶۹				

در جدول فوق اثرات درون آزمودنی‌ها، نشان می‌دهد که اثر گروه در متغیرهای پژوهش معنادار است و تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد و شیوه درمانی اثربخش بوده است.

**جدول (۵): نتایج مقایسه زوجی در فرضیه اصلی**

متغیر	گروه الف	گروه ب	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری	کران پایین	کران بالا
معنای زندگی	آزمایش	کنترل	۶/۲۹	۱/۱۳	۰/۰۰۱	۳/۹۹	۸/۶۰
خودشفتی	آزمایش	کنترل	۷/۴۹	۱/۰۵	۰/۰۰۱	۵/۳۵	۶/۶۲

نتایج به دست آمده در مقایسه زوجی نشان می‌دهد که در تمامی متغیرهای تحقیق تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل وجود دارد و درمان بر روی گروه آزمایش اثربخش بوده است.

**جدول (۶): نتایج مقایسه زوجی در طی زمان در فرضیه اصلی**

متغیر	گروه الف	گروه ب	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری	کران پایین	کران بالا
معنای زندگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۶/۷۱	۰/۵۵	۰/۰۰۱	-۸/۱۰	-۵/۳۲
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۳/۹۷	۰/۳۰	۰/۰۰۱	-۴/۷۴	-۳/۲۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۲/۷۳	۰/۵۳	۰/۰۰۱	-۱/۳۸	۴/۰۹
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۵/۶۸	۰/۳۴	۰/۰۰۱	-۶/۵۳	-۴/۸۳
خودشفتی	پیش‌آزمون	پیگیری	-۳/۱۵	۰/۳۹	۰/۰۰۱	-۴/۱۵	-۲/۱۶
	پس‌آزمون	پیگیری	۲/۵۲	۰/۴۷	۰/۰۰۱	۱/۳۵	۳/۶۹

افسرده مداوم بود. با توجه به یافته‌های پژوهش بین میانگین خودشفتی بیماران افسرده در گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد و بیانگر اثربخشی معنادار سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری بر خودشفتی بیماران افسرده مداوم می‌باشد این یافته‌ها با پژوهش پاسدار و همکاران (۲۱) همسو است. یافته‌های امان الهی و همکاران (۱۲) نشان داد همه‌ی خرده مقیاس‌های خودشفتی شامل خودمهربانی،

بررسی یافته‌های به دست آمده نشان می‌دهد که تفاوت به دست آمده در طی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار است که نشان‌دهنده اثربخشی مداخله درمانی است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری بر خودشفتی و معنای زندگی بیماران

خودقضوتی، انسانیت مشترک، انزوا، ذهن آگاهی و شناخت بیش از حد پیش‌بین‌های معنی‌داری برای افسردگی می‌باشند. نتایج پژوهش شریفی ساکی و همکاران (۵) بیانگر رابطه معکوس بین خودشفقتی و افسردگی است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان عنوان نمود خود شفقتی با سلامت روانی رابطه مستقیم داشته و ضربه‌گیری روانی در مقابل عوامل تنش‌زای زندگی است. وقتی ذهن فرد درگیر افکار و هیجانات منفی و دردناک است، تجربیات خویش را آنطوری که هستند نمی‌پذیرند، در واقع فرد نسبت به راهیابی تجربه یا هیجان به خودآگاه مقاومت می‌کند. لذا فرد تنفر از خویش را تجربه می‌کند. این شیوه پاسخ غالباً مبتنی تمرکز و نشخوار افراطی احساسات منفی خویش است از آنجاییکه در درمان‌های شناختی رفتاری، فرد یاد می‌گیرد دیدگاه عینی‌تری نسبت به شکست‌ها و بی‌کفایتی‌هایش داشته باشد و فضای ذهنی لازم برای درک این مسئله که وی در تجربه شکست و بی‌کفایتی تنها نبوده و درد و رنج جنبه تفکیک‌ناپذیر از زندگی انسانی است، فراهم می‌آید. همچنین فرد با استفاده از فنون شناختی رفتاری یاد می‌گیرد که افکار حقایق نبوده و بیمار را برای شناسایی افکار ناکارآمد آماده می‌کند و نهایتاً راهکارهای شناختی رفتاری مقابله با هیجانات را یاد می‌گیرد. مطابق رویکرد سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری، آسیب روانی باعث بی‌اعتمادی به دیگران و فقدان احساس امنیت روانی (شرطی‌سازی کلاسیک) و انزوای اجتماعی و رفتارهای اجتنابی (شرطی‌سازی کنشگر) و نهایتاً توقف‌های رشدی بعدی می‌شود و تأثیر منفی افراطی بر رشد اجتماعی و شناختی و هیجانی فرد می‌گذارد (۳۳).

تفکر افراد افسرده در سطح پیش‌عملیاتی دیدگاه پیاژه بوده و در این سطح گفتگو به شکل تک‌گویی بوده و فرد از مقدمه به نتیجه می‌رسد و از رفتار دیگران آگاه نیست نهایتاً فقدان مهارت همدلی با دیگران و خودمحوری گسترده باعث انزوای بیشتر فرد می‌شود و حوزه‌های ارتباطی فرد شدیداً محدود می‌شود و زمینه ناامیدی و درماندگی فراهم می‌شود. مطابق این مدل درمانی عملکرد هیجانی و شناختی فرد افسرده در روابط بین فردی دچار گسلس خصمانه و سلطه‌پذیری افراطی شده و توان خروج از وضعیت موجود حتی در مقابل افراد صمیمی و حامی را ندارد. این افراد به سبب ناتوانی در ارتباط‌گیری همدلانه با دیگران یا در ارزیابی خود از برآورده ساختن نیازهای درون فردی خود از قبیل دل‌بستگی، امنیت، محبت، خودگردانی و خویش‌اندازی و ... عاجز هستند و سیکلی از عملکرد شناختی و بین فردی اولیه همراه با خلق افسرده و ناامیدی مضطربانه ایجاد می‌شود (۳۴). به هنگام تجربه رویدادهای بین فردی منفی،

اجتناب نموده و هیجان مدارانه به مقابله می‌پردازند و نشخوار فکری منفی درباره علت و علائم آن را تقویت نموده و منجر به افزایش افسردگی، ناامیدی و پوچی می‌شود افراد فشار بین فردی بیشتری را تجربه نموده و با این فرض که دیگران بوقت ضرورت پرخاشگر و مدعی می‌شوند نسبت به آنان بی‌اعتماد می‌شوند و از تحقیر و درگیری با آنان اجتناب می‌کنند (۳۵). لذا سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری با آموزش پیامدهای هیجانی منفی را کاهش داده و پایبندی به توصیه‌های درمانی را بیشتر می‌کند و تمرکز بر روابط بین فردی بیمار، به ارزیابی روابط وی با افراد مهم زندگی‌اش می‌پردازد با بررسی اطلاعات به مراجع کمک می‌شود توجهش را حوزه قدرتمندی و پیوندجویی معطوف دارد و با آموزش مهارت حل مسئله، پیامدهای اجتماعی خودشفقتی را در خود افزایش دهد.

همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش بین میانگین معنای زندگی در گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد و بیانگر اثربخشی معنادار سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری بر معنای زندگی بیماران افسرده مداوم می‌باشد یافته‌های مروجی و همکاران (۲۵) نشان داد هر دو درمان شناختی رفتاری و معنا درمانی در افزایش معنا در زندگی تأثیر داشتند. با توجه به میانگین‌های تعدیل شده تأثیر معنا درمانی نسبت به درمان شناختی رفتاری در افزایش معنا در زندگی بیشتر بود ولی این اختلاف تأثیر از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. یافته‌های محمندی و مشهدی (۲۰) نشان داد بین افسردگی و معنای زندگی رابطه منفی وجود دارد. مطالعات کودلا<sup>۱</sup> و همکاران (۳۶) بیانگر این است که معنای زندگی عامل مهمی علیه احساس ناامیدی در بیماران روبه مرگ است. کلفتاراس و پسارا (۱۴) نشان داد علائم افسردگی در جوانانی که دارای معنای بیشتری در زندگی خود هستند کمتر است و ارتباط معناداری بین سلامت عمومی و معنای زندگی وجود دارد. با توجه به یافته‌های به دست آمده سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری بر معنای زندگی بیماران افسرده تأثیر دارد در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی-رفتاری به این دلیل موجب ارتقای معنای زندگی می‌گردد که آگاهی از نقش عواطف منفی بر سلامت روان آن‌ها و فواید داشتن یک زندگی شاد، سبب می‌گردد که افراد انگیزه لازم برای کاستن از عواطف منفی به دست آورده و برای ارتقای معنای زندگی خویش تلاش نمایند. از طرفی نیز آگاهی منجر به افزایش تمایل برای انجام تکالیف خانگی و تمرینات فنون فراگرفته در جلسات درمانی می‌گردد و به‌واسطه آن کاهش نشانگان افسردگی، معنای زندگی را ارتقا می‌دهد. بر اساس دیدگاه یالوم (۳۷) معنای

1. Kudla



کاهش معنای زندگی می‌شود. سردرگمی و کاهش معنا در زندگی، نشان‌دهنده نزول حس ارزشمند بودن زندگی و بیانگر این عقیده است که زندگی یک تجربه منفی است. در این حالت مشوقی برای پیگیری اهداف مهم وجود ندارد و حتی افراد دچار سردرگمی در مورد خود و زندگی هستند که تکنیک‌های سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری با کاهش نشانگان افسردگی به افزایش حس ارزشمندی کمک نموده و به‌واسطه آن فرد زندگی را یک تجربه مثبت می‌داند و معنای زندگی افزایش می‌یابد.

در مورد کاربردهای بالینی این پژوهش می‌توان گفت که سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری یک رویکرد بین فردی کاملاً ساخت‌یافته و مهارت محور است که به‌طور ویژه‌ای به برآورده کردن نیازهای خاص بیماران افسرده مداوم کمک می‌کند و راهکارهای عینی کمک کردن به افراد برای غلبه بر مشکلات بین فردی و رسیدن به هدف‌های واقعی و دست‌یافتنی زندگی را آموزش می‌دهد این رویکرد درمانی به‌طور خاصی برای مواجهه با چالش‌ها و نیازهای بالینی افراد افسرده‌ی مداوم تنظیم‌شده است و در تلاش برای تغییر دادن الگوهای رفتاری همیشگی و مقاوم به درمان، رویکردی جدید به حل مشکلات کنونی زندگی با استفاده از روش‌های بین فردی تحلیلی رفتاری طراحی کرده‌است بیمار مهارت‌های رفتاری لازم برای به وجود آوردن تعامل‌های پاسخگر مناسب و همدلانه در موقعیت بین فردی خاص را کسب می‌کند تأکید درمان بر حل مسئله‌ی اجتماعی بین فردی است. به‌طور هم‌زمان درمانگران سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری آگاهانه موضوعات انتقال (انتظارات بین فردی یادگیری شده) در روابط درمانی را کنترل می‌کنند. در این نظریه روش‌هایی که افراد به‌واسطه آن به‌طور بین فردی برهم تأثیر می‌گذاشتند را بررسی نموده و روش‌های تعاملات بین فردی متقابل کارآمد را توصیف و تبیین عملیاتی نمود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش نمونه‌گیری هدفمند بود لذا تعمیم یافته‌ها به سایر جوامع بایستی با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود در گردآوری داده‌ها از روش‌هایی به غیر از پرسش‌نامه استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری با درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و سایر متغیرهای پژوهشی مقایسه گردد

## تشکر و قدردانی

زندگی، باور به جهان در یک الگوی هدفمند است که ممکن است نشأت گرفته از مذهب یا معنویت باشد. وانگ<sup>۱</sup> و همکاران (۳۸) با تلفیق مفاهیم متعدد اعتقاد دارند افراد دارای معنای زندگی، ضمن احساس هدفمندی، اهداف لذت‌بخش و مهمی در حوزه‌های گوناگون زندگی دارند و این حوزه‌های مختلف هدف‌گذاری شده پیوسته و منسجم هستند. افسردگی با کاستن از مشارکت فعالانه بیماران در فعالیت‌های لذت‌بخش سبب فقدان معنای زندگی می‌گردد. در این زمینه در مورد نوروز وجودی توجه به دیدگاه سالواتور مادی به نقل از محمدنیا و مشهدی (۲۰) کمک کننده است؛ مادی نوروز وجودی را بی‌معنایی، کسالت، بی‌حسی و بی‌هدفی می‌داند و تمایز آن از افسردگی دشوار است مادی تأکید می‌کند یافتن معنای زندگی و غلبه بر نوروز وجودی از راه به دست گرفتن تصمیمات امکان خواهد داشت. مادی همچنین، مفهوم پایمردی را برای تسلط بر زندگی و اضطراب‌های آن، را ارائه نمود. این مفهوم ترکیبی از کنترل‌گری، درگیری و چالش با اتفاقات برای دستیابی به معنای زندگی است. بیماران افسرده با اجتناب از فعالیتهای مهم زندگی، اهمالکاری نموده و انجام امور را به تعویق می‌اندازند. اهمیت انجام فعالیتهای هدفمند و تأثیر آنها در معنای زندگی، در رویکردهای روان‌شناختی عمل محور روشن‌تر بیان شده است. این رویکردها، معنای زندگی را در چهارچوب نظامی از فعالیت مبتنی بر یک برنامه و منتهی بر یک هدف تعریف می‌کنند. در حقیقت، فعالیت ساختار معنای بخشی است که سبب نظم بخشی به کلیت زندگی فرد می‌گردد. بنابراین مطابق سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری اینکه فرد در چهارچوب مبتنی بر اهداف دست به فعالیت بزند به زندگی معنا خواهد داد؛ ولی بیماران افسرده با دست کشیدن از فعالیتهای، دست به گریبان مشکل دیگری نیز برای معنای زندگی هستند. مطابق دیدگاه سوراجاکول و همکاران<sup>۲</sup> (۳۹)، افراد افسرده تمایل زیادی به معنا کردن تجارب خود از افسردگی دارند و می‌خواهند بدانند به چه دلیلی بایستی این نوع تجارب را از سر می‌گذرانند و نیاز دارند دریابند که این رنج بیهوده نبوده است و اینکه هدفی در آن وجود داشته است. اما بر اساس دیدگاه هیکس و کینگ (۱۱) عاطفه منفی ناشی از افسردگی و تحریف‌های شناختی حاصل از آن سبب محدودسازی دید فرد در ارزیابی زندگی‌اش شده و منجر به

1. Wang

2. Sorajjakool

تشکر و قدردانی را داریم. شایان ذکر است که این مقاله مستخرج از رساله دکتری رشته روانشناسی بالینی دانشگاه تبریز می‌باشد.

در پایان ما پژوهشگران از کلیه افرادی که با اعتماد، صبر و بردباری در مراحل مختلف این پژوهش ما را یاری نموده‌اند کمال

## References:

1. Farashbandi A, Hafezi F, Eftekhar Saadi Z, Heidari A. Role of Behavioral Activation and Inhibition Systems in Symptoms of Major Depression Disorder Regarding the Mediating Role of Cognitive Bias. *Avicenna J Neuropsychophysiol* 2021;8(4):215-21. (Persian)
2. Association. AP. DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Translation. Tehran: Arjamand Publication; 2022. (Persian)
3. Ershadi Manesh SA controlled comparison of the efficacy of creative problem solving therapy and cognitive behavioural therapy in adolescent' depression. *J Psych Sci* 2021;20(100):485-501. (Persian)
4. McCullough JP. The way early-onset chronically depressed patients are treated today makes me sad. *Open J Psychiatr* 2012;02(01):9-11.
5. Sharifi Saki S, Alipour A, Agha Yousofi A, Mohammadi MR, Ghbari Bonab B. The relationship between self-compassion and depression in women with breast cancer with the mediation of death anxiety. *Sci Res Q Health Psych* 2019;8(1):52-70. (Persian)
6. Scientific Reseneff KD, Dahm KA. Selfcompassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness Handbook of mindfulness and self-regulation. Springer; 2015.
7. Mohammadi F, Dokancifard Farida, Heydari H. The effectiveness of meaning therapy on self-compassion and hope for life in women with depression. *Q J Assess Res Coun Psych* 2018;1(2):18-1. (Persian)
8. Neff KD, Germer CK. Self-Compassion and Psychological Wellbeing. Doty J, editor. Vol. 27. Oxford University Press; 2017.
9. - Gilbert P. A Brief Outline of the Evolutionary Approach for Compassion Focused Therapy. *EC Psychol Psychiatr* 2017;3(6):218-27.
10. Narimani M, Qasim Khanlou A, Sabri V. Comparison of self-compassion, anxiety and depression of chronic pain patients and normal people. *Anesthesia Pain Sci Res Q* 2019;11(3):58-69. (Persian)
11. Hicks JA, King LA. Meaning in life and seeing the big picture: positive affect and global focus. *Cogn Emot* 2007;21(7):1577-84.
12. Aman Elahi A, Tardest K, Aslani K. Prediction of depression based on self-compassion components in female students with emotional failure in Ahvaz universities. *J Clin Psychol* 2015;2(30):77-92. (Persian)
13. Krieger T, Berger T, Grosse Holtforth M. The relationship of self-compassion and depression: Cross-lagged panel analyses in depressed patients after outpatient therapy. *J Affect Dis* 2016;39:45-202.
14. Kleftras G, Psarra E. Meaning in life, psychological well-being and depressive symptomatology: A comparative study. *Psychology (Irvine)* [Internet]. 2012;03(04):337-45. Available from: <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2012.34048>
15. Volkert J, Härter M, Dehoust MC, Ausin B, Canuto A, Da Ronch C, et al. The role of meaning in life in community- dwelling older adults with depression and relationship to other risk factors. *Aging Mental Health* 2019;23(1):100-6.
16. Soraati H, Zainab, Rahmatullah, Azizi MS. Components related to the meaning of life in adolescents: a review. *J Psychol Sci* 2018;9(2):28-37. (Persian)
17. Salehi H, Davoudi I, Nissi A, Mehrabizadeh M. The effectiveness of group-based mindfulness-based healing approach training on cognitive reactivity

- towards sad mood and pain-related anxiety in patients with chronic pain. *Sci Res J Sabzevar Univ Med Sci* 2019;27(3):L329-39. (Persian)
18. Frankel V. *Man in search of meaning*. Translated by Lahuti, Amir. Tehran: Jami Publishing. 2021. (Persian)
19. Haghighi A, Zamani M, M N. The meaning of life in Ibn Sina's works of desire. *Philosophy Religion* 2017;5(2):365-96. (Persian)
20. Mohammadnia, Saeed; Mashhadhi, Ali. The effect of the meaning of life in the relationship between attitude towards drug use and depression. *Shafai Khatam Sci Res J* 2017;6(3):43-54. (Persian)
21. Baghian Koleh Marzi M. Protective factors and risk in committing suicide and the effectiveness of the intervention program on psychological correlates based on the cognitive behavioral analysis psychotherapy system and the integration of dialectical behavior therapy and cognitive therapy based on the compassionate mind. *Psychol Achiev* 2017;25(2):1-26. (Persian)
22. McCullough Jr JP, Schramm E, Penberthy JK. CBASP as a distinctive treatment for persistent depressive disorder: Distinctive features. *Routledge*; 2014 Nov 27.
23. McCullough Jr JP. *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)*: Educational Publishing Foundation. 2003.
24. Pashdar K, Hasani J, Nouri R. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on self-compassion in patients with mixed anxiety-depressive disorder. *J Neyshabur Fac Med Sci* 2016;5(2):9-24. (Persian)
25. Moraveji, M, Karamati S, Shahbazi G, Ghobadi Daoud R, Noormohammadi SM. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and meaning therapy in a group way on reducing perceived stress and improving the meaning of life in patients with breast cancer. *J Mashhad Univ Med Sci* 2019;63(4):2633-42. (Persian)
26. Baghian m, Karami j, Momeni K, elahi a. The investigation of the Role of Childhood Trauma Experience, Cognitive Reactivity, and Mental Pain in Suicide attempted and Normal individuals. *Thoughts Behav Clinl Psychol* 2019;14(53):77-89. (Persian)
27. Forkmann T, Brakemeier E-L, Teismann T, Schramm E, Michalak J. The effects of mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavioral analysis system of psychotherapy added to treatment as usual on suicidal ideation in chronic depression: Results of a randomized-clinical trial. *J Affect Dis* 2016;200:51-7.
28. Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M. The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *J Counsel Psychol* 2006; 53(1), 80-93.
29. Khosravi S, Sadeghi M, Yabandeh MR. Psychometric validity of SCS self-compassion scale. *Psychol Methods Models* 2018;4(13):47-59. (Persian)
30. Shahidpour, Aref; Hatami, Mohammad; Noori, Rabbi; Borjali, Mahmoud. Comparing the effectiveness of compassion therapy adapted to Islamic teachings with classical compassion therapy in self-compassion of breast cancer patients. *J Psychol Scie* 2018;18(80):869-77. (Persian)
31. Steger MF, Shin JY. The relevance of the Meaning in Life Questionnaire to therapeutic practice: A look at the initial evidence. *Int Forum Logotherapy* 2010;33:95-104.
32. Ahmadi S, Heydari M, Bagharian F, Kashfi A. Adolescence and the evolution of meaning: comparing the sources and dimensions of the meaning of life in adolescent girls and boys. *Clin Psychol Stud* 2015;6(23):149-177. (Persian)
33. McCullough JP, Schramm E, Penberthy JK. CBASP as a Distinctive Treatment for Persistent

- Depressive Disorder: Distinctive features (CBT Distinctive Features). London: Routledge; 2014.
34. McCullough JP. Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). *J Psychother Integr* [Internet]. 2003;13(3-4):241-63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/1053-0479.13.3-4.241>
35. Locke KD, Sayegh L, Penberthy JK, Weber C, Haentjens K, Turecki G. Interpersonal circumplex profiles of persistent depression: Goals, self-efficacy, problems, and effects of group therapy: Interpersonal circumplex profiles of depression. *J Clin Psychol* 2017;73(6):595-611. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22343>.
36. Kudla D, Kujur J, Tigga S, Tirkey P, Rai P, Fegg MJ. Meaning in life experience at the end of life: validation of the Hindi version of the schedule for meaning in life evaluation and a cross-cultural comparison between Indian and German palliative care patients. *J Pain Symp Manag* 2015;49(1):79-88.
37. Yalom. *Existential psychotherapy*. Translation: Habib, Sepideh. Tehran: Ney Publishing. 2022; (Persian)
38. Wang M, Kou C, Bai W, Song Y, Liu X, Yu W, et al. Prevalence and correlates of suicidal ideation among college students: A mental health survey in Jilin Province, China. *J Affect Disord* 2019;246:166-73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.055>
39. Sorajjakool S, Aja V, Chilson B, Ramirez-Johnson J, Earll A. Disconnection, depression, and spirituality: A study of the role of spirituality and meaning in the lives of individuals with severe depression. *Pastoral Psychol* 2008;56(5):521-32. <http://dx.doi.org/10.1007/s11089-008-0125-2>.

## EFFECTIVENESS OF COGNITIVE BEHAVIORAL ANALYSIS PSYCHOTHERAPY SYSTEM ON SELF-COMPASSION AND THE MEANING OF LIFE OF PERSISTENTLY DEPRESSED PATIENTS

Hasan Satvat Qasriki<sup>1</sup>, Abass Bakhshi Pour Roudsari\*<sup>2</sup>,  
Touraj Hashemi Nosratabad<sup>3</sup>, Majid Mahmoud Alilou<sup>4</sup>

Received: 08 May, 2023; Accepted: 28 June, 2023

### Abstract

**Background & Aims:** Depression is the general problem of human life and is the most common mental disorder that leads to changes in mood, thinking, and daily activities. Therefore, the aim of this study was to study the effectiveness of the cognitive behavioral analysis psychotherapy system on self-compassion and the meaning of life of persistently depressed patients

**Materials & Methods:** The current research was a semi-experimental design with a pre-test, post-test and three-month follow-up with a control group. The statistical population included all depressed patients referred to psychiatric and psychological treatment centers in Urmia city in the first five months of 2022, and 30 people were selected from this population by convenience sampling and randomly assigned to two groups. All subjects completed the questionnaires of self-compassion of Neff (2003) and the meaning of life of Steger et al. (2006) in all three stages of pre-test, post-test and follow-up. Finally, the data were analyzed by repeated measurement variance analysis methods using SPSS24 software.

**Results:** The results showed that there was a significant difference in both variables of self-compassion and the meaning of life between the experimental and control groups ( $P < 0.01$ ). In other words, cognitive behavioral analysis psychotherapy system was effective on self-compassion, the meaning of life, and persistently of depressed patients ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** The findings of the research show that the psychotherapy system of cognitive behavioral analysis is effective on self-compassion and the meaning of life of persistent depressed patients, and therefore it can be used in clinical interventions for the treatment of persistent depression.

**Keywords:** Meaning of Life, Psychotherapy System of Cognitive Behavioral Analysis, Self-Compassion

**Address:** Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

**Tel:** +984133392097

**Email:** abbas\_bakhshipour@yahoo.com

SOURCE: STUD MED SCI 2023; 34(3): 181 ISSN: 2717-008X

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

<sup>1</sup> PhD. Student in Clinical Psychology Tabriz University, Tabriz, Iran

<sup>2</sup> Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

<sup>4</sup> Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran