

## اثربخشی شفقت درمانی بر بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه

فاطمه معینی<sup>۱\*</sup>، نجمه طاهری<sup>۲</sup>، ناصر گودرزی<sup>۳</sup>، پرویز دباغی<sup>۴</sup>، امیر محسن راه نجات<sup>۳</sup>، وحید دنیوی<sup>۴</sup>

۱- گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران، نویسنده مسئول. ۲- دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. ۳- گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران. ۴- گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله	چکیده
<b>نوع مقاله</b> پژوهشی	<b>مقدمه:</b> اختلال استرس پس از سانحه یکی از فراگیرترین اختلالات پس از وقوع حوادث آسیب‌زا است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شفقت درمانی بر بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه انجام شد.
<b>تاریخچه مقاله</b> دریافت: ۹۸/۵/۲۴ پذیرش: ۹۸/۷/۲۸	<b>روش کار:</b> جامعه آماری شامل جانبازان جنگ تحمیلی مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مراجعه‌کننده به بیمارستان ابن سینای شهر مشهد بود که از میان آنها تعداد ۳۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش طی هشت جلسه، شفقت درمانی را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. متغیر وابسته در دو نوبت پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. برای اندازه‌گیری متغیر از مقیاس استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی استفاده شد.
<b>کلید واژگان</b> اختلال استرس پس از سانحه، شفقت درمانی، جانبازان.	<b>نتایج:</b> تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس تک‌متغیره نشان داد که با کنترل اثرات پیش‌آزمون، شفقت درمانی اثر معنی‌داری بر بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه داشت.
<b>نویسنده مسئول</b> Email: f.r.moeeni86@gmail.com	

### مقدمه

از گذشته ارتباط معناداری بین وجود اختلال‌های روانی در جوامع و عوامل محیطی وجود داشته است. عوامل محیطی مساعدکننده نظیر حوادث طبیعی و جنگ می‌تواند سلامت روان انسان را با مخاطره مواجه کند [۱]. از طرفی کشور ایران به دلیل موقعیت جغرافیایی، تاریخی و سیاسی، همواره بستر حوادث استرس‌زای بسیاری بوده که یکی از برجسته‌ترین این حوادث، جنگ تحمیلی بین ایران و عراق بوده است. جنگ علاوه بر پیامدهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، پیامدهای روانشناختی فراوانی از خود برجای می‌گذارد که اثر آن تا مدت‌ها بر جای می‌ماند. یکی از این اثرات مخرب، اختلال استرس پس از سانحه است [۲]. اختلال استرس پس از سانحه عبارت است از مجموعه‌ای از علائم که در پی مواجهه با حوادث آسیب‌زای زندگی پدیدار می‌شود [۳]. علائم و نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه ممکن است در طول یک ماه پس از سانحه نمایان شوند، اما گاهی تا چند سال نیز خود را نشان نمی‌دهند. این علائم باعث بروز مشکلات جدی در موقعیت‌ها و روابط اجتماعی و کاری فرد می‌شود و همچنین ممکن است توانایی انجام وظایف روزمره و عادی فرد مبتلا را نیز تحت تاثیر قرار دهد [۱]. فرد مبتلا به این اختلال به صورت ترس و درماندگی به این تجربه پاسخ می‌دهد، واقعه را دائماً در ذهن

خود مجسم می‌کند و در عین حال می‌خواهد از یادآوری آن اجتناب کند [۵ و ۴]. نتایج مطالعه جیمز و همکاران حاکی از آن است که گرایش به رفتارهای پرخطر، تکانش‌گری و خشونت بین سربازان جنگی مبتلا به این اختلال در مقایسه با سربازان فاقد این اختلال بالاتر است [۶]. همچنین تاثیرپذیری شناخت از رویدادهای آسیب‌زا باعث شده که انجمن روانپزشکی آمریکا در آخرین نسخه از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی خوشه دیگری برای تشخیص این اختلال به نام تغییرات منفی در خلق و شناخت را به سه ملاک اصلی اضافه کند [۷]. بولمن<sup>۱</sup> برای تبیین تاثیرات شدید رویداد آسیب‌زا بر شناخت، نظریه مفروضه‌های جهان درهم‌شکسته را مطرح کرد. بر اساس این نظریه، بازماندگان از رویدادهای آسیب‌زا به لحاظ روانی، در سه سطح شناختی دچار چالش می‌شوند: ابتدا جهان را جایی ناامن و مردم را غیر حمایت‌کننده تصور می‌کنند، دوم جهان را جایی ناعادلانه و غیر قابل پیش‌بینی می‌انگارند که وقایع در آن بر اساس شانس رخ می‌دهد و در نتیجه ممکن است اتفاقات بد برای افراد خوب رخ دهد، و در نهایت خود را سزاوار بدبختی می‌پندارند [۸].

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که از طریق روش‌های درمانی اثربخش می‌توان این چرخه ناکارآمد و معیوب را متوقف کرد. یکی از

درمان‌های موثر در این زمینه درمان مبتنی بر شفقت است. شفقت به خود، شامل مراقبت نسبت به خود در مواجهه با سختی‌ها یا نارسایی‌های ادراک شده است. خودشفقتی بالا با بهزیستی روانشناختی همراه است و از فرد در مقابل استرس حمایت می‌کند [۹]. شفقت به خود دارای سه مولفه خودمهربانی در برابر خودقضاوتی، حس مشترک انسانی در برابر انزوا و خودآگاهی متعادل از هیجان‌های شخصی در برابر همسان‌سازی افراطی است. این مولفه‌ها با هم ارتباط متقابل دارند و ترکیب آنها خودشفقتی را در ذهن شکل می‌دهند [۱۰]. پژوهش‌ها نشان دهنده اثربخشی شفقت درمانی بر علائم تجربه شده پس از رویداد آسیب‌زا هستند، برای مثال لارنس و لی<sup>۱</sup> [۱۱] در نتایج پژوهش خود بیان کردند که شفقت درمانی از طریق افزایش بهزیستی روانشناختی باعث بهبود علائم بعد از تروما مانند افزایش پاسخ‌های عاطفی مثبت و کاهش خودانتقادی می‌گردد. کولز<sup>۲</sup> و همکاران [۱۲] نیز دریافتند که شفقت درمانی با توانمندسازی افراد از طریق ایجاد تغییرات رفتاری باعث ایجاد حس امنیت در آنها می‌شود. همچنین بیومونت<sup>۳</sup> و همکاران [۱۳] در پژوهشی که بر روی کارکنان سازمان آتش‌نشانی مبتلا به علائم مرتبط با تروما انجام دادند، دریافتند که شفقت درمانی به عنوان مکمل درمان شناختی رفتاری توانست باعث کاهش معنادار افسردگی، اضطراب و پریشانی مرتبط با تروما در این افراد شود. آیرونز و لد<sup>۴</sup> [۱۴] هم بیان کردند که این درمان به طور معناداری بر کاهش میزان شرم و خودانتقادی در مبتلایان به این اختلال موثر است. آئو<sup>۵</sup> و همکاران [۱۵] نیز در پژوهش خود به این نکته اشاره کردند که شفقت درمانی باعث بهبود قابل توجهی در شدت علائم اختلال استرس پس از سانحه می‌شود.

با توجه به اینکه تاکنون پژوهش‌های اندکی در رابطه با اثربخشی شفقت درمانی بر بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه در ایران انجام شده، این مطالعه با هدف پاسخگویی به این سوال طراحی شده است که آیا شفقت درمانی بر بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه موثر است؟

## روش کار

این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود.

## جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری:

جامعه هدف مطالعه حاضر، تمامی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مراجعه‌کننده به بیمارستان ابن‌سینا در شهر مشهد بودند. ۳۰ بیمار به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش عبارت بودند از: مذکر

بودن، جانباز بودن، مبتلا بودن به اختلال استرس پس از سانحه بر اساس تشخیص روانپزشک، حداقل تحصیلات سیکل، شرکت نکردن در جلسات فردی و گروهی درمان‌های روانشناختی به صورت هم‌زمان، سکونت در شهر مشهد، داشتن علاقه و توانایی برای شرکت در برنامه آموزشی و رضایت داشتن برای شرکت در گروه. همچنین ملاک خروج شامل غیبت بیش از یک جلسه در جلسات گروه بود.

## ابزار پژوهش:

مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی (اشل): این مقیاس توسط کین و همکاران [۱۶] با ۳۵ گویه ساخته شده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ برای کل مقیاس گزارش شده است. دامنه نمرات در این مقیاس بین ۳۵ تا ۱۷۵ قرار دارد که به صورت لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً درست است (۱) تا اصلاً درست نیست (۵) نمره گذاری می‌شود و نمره ۱۰۷ و بالاتر بیانگر وجود اختلال استرس پس از سانحه در فرد است. این مقیاس در ایران توسط گودرزی [۱۷] اعتباریابی و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برای کل مقیاس گزارش شد. جهت تعیین روایی همزمان این مقیاس نیز از سه ابزار فهرست وقایع زندگی، فهرست اختلال استرس پس از سانحه و سیاهه پادوا استفاده گردید که ضریب همبستگی این مقیاس با هر یک از آنها به ترتیب ۰/۲۳، ۰/۸۲ و ۰/۷۵ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در مطالعات دیگر در دامنه ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ گزارش شده است [۱۸]. لازم به ذکر است که ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۷ به دست آمد. طرح درمان مطابق با طرح درمانی گیلبرت در رابطه با شفقت درمانی [۱۹] تدوین شد. افراد گروه آزمایش در هشت جلسه ۱/۵ ساعته شفقت درمانی شرکت کردند. محتوای جلسات آموزشی به اختصار در جدول ۱ شماره آورده شده است.

## یافته‌ها

دامنه سنی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش بین ۵۰ تا ۶۵ سال بود و دامنه تحصیلات بین سیکل تا لیسانس متغیر بود. قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره به بررسی پیش‌فرض‌های اجرای تحلیل کوواریانس می‌پردازیم. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان می‌دهد که توزیع نمره کل اختلال استرس پس از سانحه ( $Z=0/157, P>0/05$ ) نرمال می‌باشد. بنابراین پیش‌فرض اول رعایت می‌گردد. مفروضه برابری واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین برقرار و برابر با

۱- Lawrence & Lee

۲- Cowles

۳- Beaumont

۴- Irons & Lad

۵- Au

( $F=0/673, P>0/05$ ) بود. همچنین پیش فرض همگنی شیب رگرسیون نیز برای این متغیر برقرار و برابر با ( $F=0/570, P>0/05$ ) بود. بنابراین اجرای آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره مجاز می باشد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برای متغیر اختلال استرس پس از سانحه نشان می دهد که اثرات پیش آزمون معنادار می باشد ( $F=403,358, p<0/05$ ). بدین معنا که بین نمرات پیش آزمون اختلال استرس پس از سانحه و نمرات پس آزمون این متغیر رابطه معناداری وجود دارد. همچنین نتایج مندرج در جدول فوق نشان می دهد پس از کنترل نمرات پیش-

آزمون، اثر گروه بر نمرات پس آزمون اختلال استرس پس از سانحه نیز معنادار می باشد ( $F=141,844, p<0/05$ ). به عبارت دیگر بین آزمودنی های دو گروه آزمایش و کنترل در میانگین نمرات اختلال استرس پس از سانحه در مرحله پس-آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به شاخص های توصیفی در جدول ۲ این تفاوت ها به گونه ای است که میانگین نمرات پس آزمون اختلال استرس پس از سانحه برای آزمودنی های گروه آزمایش به طور معناداری کمتر از میانگین نمرات آزمودنی های گروه کنترل است.

### جدول ۱- خلاصه جلسات شفقت درمانی

جلسات	محتوا	تمرین خانگی
۱	اجرای پیش آزمون، آشنایی درمان گر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کاری درمان متمرکز بر شفقت، ارزیابی و بررسی میزان شرم، خودانتقادی و خودشفقتی اعضا و مفهوم سازی آموزش خودشفقتی	ثبت موارد احساس شرم و خودانتقادی در فعالیت ها و چالش های روزانه
۲	شناسایی و معرفی مولفه های شفقت، بررسی هر مولفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی های آن، آشنایی خصوصیات افراد دارای شفقت و موری بر خودشفقتی اعضا	ثبت مولفه های خودشفقتی در فعالیت های روزانه
۳	مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریبگرانه و شرم، آموزش همدردی با خود، شکل گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود	ثبت مولفه های خودشفقتی در فعالیت های روزانه
۴	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت یا بدون شفقت، شناسایی و کاربرد تمرین های پرورش ذهن شفقت آمیز، ارزش خودشفقتی و همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران و آموزش استعاره فیزیوتراپ، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن
۵	پرورش ذهن شفقت ورز (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفولانزا و آموزش بردباری) آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش های مختلف	بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت های چالش برانگیز روزانه و ثبت این موارد
۶	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) به کارگیری این روش ها در زندگی روزمره و برای خانواده و دوستان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی	به کارگیری شفقت در فعالیت های روزانه
۷	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه شفقت آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت	نوشتن نامه های شفقت آمیز برای خود و اطرافیان
۸	مرور و تمرین مهارت های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی ها تا بتوانند به روش های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع بندی و نتیجه گیری و پاسخ گویی به سوالات اعضا جهت شرکت در جلسات و اجرای پس آزمون	ثبت یادداشت خودشفقتی در چالش های روزانه

## جدول ۲- شاخص‌های توصیفی متغیرها

متغیر / زمان	گروه آزمایش (n=15)	گروه کنترل (n=15)
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
پیش‌آزمون	۹۱/۲۶۶ (۶/۷۴۵)	۹۱/۰۰۰ (۶/۹۵۹)
پس‌آزمون	۸۲/۸۶۶ (۷/۰۹۹)	۹۰/۲۰۶ (۶/۷۰۲)

## جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای شفتت درمانی برای متغیر استرس پس از سانحه

منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۱۲۵۰/۹۳۲	۱	۱۲۵۰/۹۳۲	۴۰۳/۳۵۸	۰/۰۰۰
گروه	۴۳۹/۹۰۰	۱	۴۳۹/۹۰۰	۱۴۱/۸۴۴	۰/۰۰۰
خطا	۸۳/۷۳۵	۲۷	۳/۱۰۱		
کل	۲۲۶۵۵۹/۰۰	۳۰			

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی شفتت درمانی بر بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه انجام شد. با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش، درمان مبتنی بر شفتت موجب بهبود علائم این اختلال در بیماران مبتلا شد. این نتایج همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین بود که نشان‌دهنده اثربخشی شفتت درمانی بر بهبود خودسرزنش‌گری [۱۱، ۱۴]، افسردگی، اضطراب و پریشانی [۱۳]، احساس شرم [۱۴]، عاطفه مثبت [۱۱]، افزایش احساس امنیت [۱۲] و بهبود کلی علائم اختلال استرس پس از سانحه است [۱۵].

در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت که زمانی که افراد با وقایع دردناک و رنج‌آور فراتر از تحمل خود در زندگی روبرو می‌شوند به جای آنکه با دید هوشیارانه و واقع بینانه‌تر با مسائل برخورد کنند، به صورت ناهشیارانه و ناآگاهانه به قضاوت و ارزیابی منفی در مورد خود می‌پردازند و دچار احساس گناه و به دنبال آن افسردگی و اضطراب می‌گردند، در حالی که یکی از مشخصه‌های انسان سالم پذیرفتن این نکته است که همه افراد نواقص و اشتباهاتی دارند و باید بتوانند در عین اینکه جوانب دردناک زندگی را نادیده نمی‌گیرند، مکرراً ذهن خود را درگیر آن حادثه نسازند. به طور کلی درمان مبتنی بر شفتت، با تقویت و ایجاد شفتت در فرد از طریق ارائه تکنیک‌های شفتت‌ورزی، شناسایی افکار خودمهرورزی و همچنین برطرف سازی موانع خودشفتت‌ورزی، فرد را در برابر حالات منفی محافظت می‌کند و حالات هیجانی مثبت را تقویت و افزایش می‌دهد. با افزایش شفتت، انگیزه فرد نیز بالا می‌رود و این خود منجر به پذیرش افکار منفی و دستکاری آنها می‌شود [۲۰].

به کمک درمان متمرکز بر شفتت، فرد نسبت به گذشته جرأت‌مندتر شده و می‌تواند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد

سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود؛ معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی را بازطراحی کند که مستلزم سختی و آزار نباشد؛ بنابراین، افزایش گذشت و کاهش سرزنش خود، دور از انتظار نیست. صرف نظر از این تبیین‌ها، دیدگاه گیلبرت مبنی بر اینکه درمان متمرکز بر شفتت از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی به کاهش مشکلات روانشناختی مراجعان می‌انجامد، به عنوان تبیین کلی مدنظر قرار می‌گیرد [۱۹]. از طرفی تفکر، رفتار و تصویرسازی مشفقانه به افراد می‌آموزد تا چطور به دنیا‌های درونی و بیرونی خود با کنجکاوی، مهربانی و عدم قضاوت توجه کنند. همچنین بخش عمده‌ای از هیجان‌های منفی که افراد تجربه می‌کنند، ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن ایجاد می‌شود؛ شفتت درمانی می‌تواند به ما کمک کند تا از ذهنیت‌های نشخوارگر خود و آسیب‌هایی که به بار می‌آورند آگاه شده، این چرخه‌های نشخوار فکری و افکار خودانتقادی را بهتر درک کرده و آن را در هم بشکنیم [۲۱]. در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه که اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند از بین سه سیستم تنظیم هیجان، سیستم متمرکز بر تهدید آنها همیشه فعال است. این سیستم باعث هیجان‌هایی نظیر اضطراب، خشم یا بی‌زاری می‌شود. در واقع مغز ما برای پردازش تهدید، در مقایسه با مسائل لذت‌بخش، اهمیت و اولویت قائل است [۲۲]. هدف درمان متمرکز بر شفتت فعال نمودن سیستم متمرکز بر امنیت است تا مراجع را به رضایت، آرامش و بهزیستی برساند. تمرکز بر هیجان‌های مثبت باعث می‌شود که هیجان‌های منفی به حداقل ممکن برسند چرا که ما ظرفیت محدودی برای توجه به انواع هیجان‌ها داریم. بر این اساس شفتت به عنوان یک هیجان مثبت، افکار، هیجان‌ها و رفتارهای مثبت جدیدی را ساخته و گسترش می‌دهد که با افکار و هیجان‌های منفی درگیر با

امکان انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها، نگرش آزمودنی‌ها به آزمون-های مورد استفاده، میزان همکاری آنها با پژوهشگر و میزان صداقت و علاقه آنها به پایبندی و اجرای کامل موارد آموزشی از مواردی است که تقریباً از اراده و کنترل پژوهشگر خارج است و می‌تواند نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار دهد.

## References

- 1-Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*. 2017 Jun 22;376(25):2459-69.
- 2-Zamani S, Veisani Y, Mohamadian F, Kikhavani S. The Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in People who Experienced Imposed War by Iraq on Iran in Ilam in 2016: Cross-Sectional Study. *J Mil Med*. 2018; 20 (4) :412-420 [Persian]
- 3-CUTLER JL. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. *Journal of Psychiatric Practice®*. 2016 Jan 1;22(1):68-9.
- 4-Aghayousefi A, Amirpour B, Alipour A, Zare H. Evaluation of effectiveness the cognitive processing therapy on reducing anger and hostility in veterans with posttraumatic stress disorder . *EB-NESINA*. 2014; 16 (1 and 2) :6-14 [Persian]
- 5-American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013 May 22.
- 6-James LM, Strom TQ, Leskela J. Risk-taking behaviors and impulsivity among veterans with and without PTSD and mild TBI. *Military medicine*. 2014 Apr 1;179(4):357-63.
- 7-Contractor AA, Durham TA, Brennan JA, Armour C, Wutrick HR, Frueh BC, Elhai JD. DSM-5 PTSD's symptom dimensions and relations with major depression's symptom dimensions in a primary care sample. *Psychiatry Research*. 2014 Jan 30;215(1):146-53.
- 8-Dekel S, Peleg T, Solomon Z. The relationship of PTSD to negative cognitions: A 17-year longitudinal study. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*. 2013 Sep;76(3):241-55.
- 9-Hoge EA, Bui E, Marques L, Metcalf CA, Morris LK, Robinaugh DJ, Worthington JJ, Pollack MH, Simon NM. Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: effects on anxiety and stress reactivity. *The Journal of clinical psychiatry*. 2013 Aug;74(8):786.
- 10-Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*. 2013 Jan;69(1):28-44.
- 11-Lawrence VA, Lee D. An exploration of people's experiences of compassion-focused therapy for trauma, using interpretative phenomenological analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2014 Nov; 21(6):495-507.

افسردگی، اضطراب و خودانتقادی در تضاد است [۲۳]. بنابراین پیشنهاد می‌شود که شفقت درمانی به عنوان یکی از درمان‌های اثرگذار بر بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه، بیشتر مورد توجه درمانگران و پژوهشگران قرار گیرد.

در انتها لازم به یادآوری است که پژوهش حاضر با محدودیت-هایی مواجه بود که بر تعمیم پذیری نتایج اثر می‌گذارد. عدم

12-Cowles M, Randle-Phillips C, Medley A. Compassion-focused therapy for trauma in people with intellectual disabilities: A conceptual review. *Journal of Intellectual Disabilities*. 2018 Jan 1:1744629518773843.

13-Beaumont E, Durkin M, McAndrew S, Martin CR. Using Compassion Focused Therapy as an adjunct to Trauma-Focused CBT for Fire Service personnel suffering with trauma-related symptoms. *The Cognitive Behaviour Therapist*. 2016; 9.

14-Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*. 2017 May 21; 3(1):1743.

15-Au TM, Sauer-Zavala S, King MW, Petrocchi N, Barlow DH, Litz BT. Compassion-based therapy for trauma-related shame and posttraumatic stress: Initial evaluation using a multiple baseline design. *Behavior Therapy*. 2017 Mar 1; 48(2):207-21.

16-Keane TM, Caddell JM, Taylor KL. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1988 Feb; 56(1):85.

17-Goodarzi M. A. Reliability and Validity of Mississippi Post Traumatic Stress Disorder Scale. *Journal of Psychology*. 2003;7 (2): 153-178. [Persian]

18-Basharpour S. The effectiveness of cognitive processing therapy on the improvement of post-traumatic symptoms, quality of life, self-esteem and marital satisfaction in the women exposed to infidelity. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*. 2012;2 (2): 193-208. [Persian]

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

20-Gilbert P, Procter S. 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*. 2006 Nov; 13(6):353-79.

21-Tirch D, Schoendorff B, Silberstein LR. The ACT practitioner's guide to the science of compassion: Tools for fostering psychological flexibility. New Harbinger Publications; 2014 Dec 1.

22-Shiralinia Kh, Cheldavi R, Amanelahi A. The

## Effectiveness of Compassion Therapy on Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder

Moeeni F (MSc)\*, Taheri N (MA), Goodarzi N (PhD), Dabaghi P (PhD), Rahnejat AM (PhD), Donyavi V (MD)

### Abstract

**Background:** Post-Traumatic Stress Disorder is one of the most prevalent post traumatic events. The purpose of this study was to determine the efficacy of compassion therapy in improving the symptoms of post-traumatic stress disorder.

**Methods:** The study population consisted of war veterans with post-traumatic stress disorder referring to Ebnesina Hospital in Mashhad, Iran. 30 individuals of the population were selected by available method and randomly divided to experimental and control groups (15 people each). The experimental group received 8 compassion focused therapy and the control group did not receive any intervention. Dependent variables were measured in both pre-test and post-test. The Mississippi-Causal Stress Scale was used to measure the variable.

**Results:** Data analysis using univariate analysis of covariance showed that by controlling for pre-test effects, compassion therapy had a significant effect on the improvement of symptoms of post-traumatic stress disorder.

**Conclusion:** The present study showed that group compassion therapy reduces symptoms of post-traumatic stress disorder by reducing the negative emotions and improving interpersonal relationships.

---

**Key Words:** Post-traumatic stress disorder, Compassion therapy, War veterans.

\*Corresponding Author: Department of clinical psychology, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran, Email: f.r.moeeni86@gmail.com