

The Effectiveness of Compassionate Mind Therapy Training Techniques on Perfectionism and Guilt Feeling in Female Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder

*Saeidmanesh M¹, Torabi Ardakani M², Hemtiani Z³, Kazemi S⁴, Soleimani Taklimi Z⁵

Author Address

1. PhD in Cognitive Neuroscience, Assistant Professor, Department of Psychology, Yazd University of Science and Art, Yazd, Iran;
2. MSc Student in Clinical Psychology of Children and Adolescents, Ashkzar University of Science and Art, Ardakan, Iran;
3. MSc Student in Clinical Psychology of Children and Adolescents, Ashkzar University of Science and Art, Amol, Iran;
4. MSc Student in Clinical Psychology of Children and Adolescents, Ashkzar University of Science and Art, Larestan, Iran;
5. MSc Student in Clinical Psychology of Children and Adolescents, Ashkzar University of Science and Art, Rudbar, Iran.

Corresponding Author Email: m.saeidmanesh@yahoo.com

Received: 2018 September 5; Accepted: 2019 July 26

Abstract

Background & Objectives: The main characteristics of Obsessive–Compulsive Disorder (OCD) are unwanted, repetitive, and intrusive thoughts, as well as repetitive and disturbing systematical behaviors that are performed to avoid anxiety or neutralize obsessive thoughts. Obstructive patterns of perfectionism and inflexibility are characteristic of patients with OCD. Perfectionism is defined as a set of highly desirable criteria for performance and is associated with extreme critical evaluation. Perfectionism has consequences such as depression, irritable bowel syndrome, and guilt feeling. Compassionate therapy is one of the postmodern treatments and a behavioral approach. This treatment is based on physiological (psycho–neural) principles. Many studies have found self–compassion as a strong predictor of mental health promotion. Among the characteristics of patients with OCD are endemic patterns of perfectionism and rigidity. This study aimed to investigate the effectiveness of compassionate therapy on perfectionism and guilt feeling in female adolescents with OCD living in Yazd City, Iran.

Methods: This research method was quasi–experimental with a pretest–posttest design with a control group. The statistical population consisted of all female secondary high school students in Yazd who were studying in the 2016–2017 academic year. The sample consisted of 30 female high school students with OCD. They were randomly assigned to the experimental and control groups. The number of students in each group was 15. In the experimental group, students were trained in self–improvement techniques. However, these techniques were not taught to the control group. The study data were collected using Obsessive–Compulsive Inventory–Revised (Foa et al., 2002), Ahwaz Perfectionism Scale (Najarian et al., 1999), and Guilt Inventory (Kugler & Jones, 1992). The experimental group was treated with compassionate therapy techniques in eight sessions, but the control group did not receive any intervention. The collected data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics, including an analysis of covariance in SPSS software. The level of significance was considered 0.05.

Results: The results showed that by removing the effect of pretest scores, teaching compassion therapy techniques significantly reduced the scores of perfectionism ($p<0.001$) and guilt ($p=0.003$) in the experimental group compared to the control group.

Conclusion: Based on the research findings, the techniques of compassionate mind therapy can be used as a practical approach to reducing perfectionism and the guilt of female adolescents with OCD.

Keywords: Compassionate therapy, Perfectionism, Guilt feeling, Obsessive–compulsive disorder, Adolescents.

اثربخشی آموزش تکنیک‌های شناختی شفقت‌درمانی بر کمال‌گرایی و احساس گناه در نوجوانان دختر مبتلا به وسواس

*محسن سعیدمنش^۱، مهدی ترابی اردکانی^۲، زهرا همتیان^۳، سکینه کاظمی^۴، زهرا سلیمانی تکلیمی^۵

توضیحات نویسندگان

۱. دکترای علوم اعصاب شناختی، استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه علم و هنر یزد، یزد، ایران؛
۲. دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان دانشگاه علم و هنر اشکذر، اردکان، ایران؛
۳. دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان دانشگاه علم و هنر اشکذر، آمل، ایران؛
۴. دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان دانشگاه علم و هنر اشکذر، لارستان، ایران؛
۵. دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان دانشگاه علم و هنر اشکذر، رودبار، ایران.
*وابانامه نویسنده مسئول: m.saeidmanesh@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴ شهریور ۱۳۹۷؛ تاریخ پذیرش: ۴ مرداد ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: از ویژگی‌های بیماران اختلال وسواسی-اجباری الگوهای نافذ کمال‌گرایی و انعطاف‌ناپذیری است. کمال‌گرایی پیامدهایی همچون افسردگی و اختلال‌های روده‌ای و احساس گناه را به دنبال دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش تکنیک‌های شناختی شفقت‌درمانی بر کمال‌گرایی و احساس گناه در نوجوانان دختر مبتلا به وسواس در شهر یزد صورت گرفت.

روش بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم شهر یزد تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۹۶ مشغول به تحصیل بودند. از بین آن‌ها ۳۰ نفر مبتلا به وسواس به روش غیرتصادفی در دسترس انتخاب شدند و ۱۵ نفر به صورت تصادفی در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. سپس صرفاً برای گروه آزمایش آموزش تکنیک‌های شفقت‌درمانی اجرا شد. در این پژوهش، پرسشنامه تجدیدنظرشده وسواس فکری-عملی (فوا و همکاران، ۲۰۰۲)، مقیاس کمال‌گرایی اهواز (نجاریان و همکاران، ۱۳۷۸) و پرسشنامه احساس گناه (کوگلر و جونز، ۱۹۹۲) به کار رفت. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس توسط نرم‌افزار SPSS استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، با حذف اثر نمرات پیش‌آزمون، آموزش تکنیک‌های شفقت‌درمانی موجب کاهش معنادار نمرات متغیرهای کمال‌گرایی ($p < ۰/۰۰۱$) و احساس گناه ($p = ۰/۰۰۳$) پس از درمان در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، تکنیک‌های شناختی شفقت‌درمانی می‌تواند به عنوان رویکردی مؤثر بر کاهش کمال‌گرایی و کاهش احساس گناه نوجوانان دختر مبتلا به وسواس شهر یزد استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: شفقت‌درمانی، کمال‌گرایی، احساس گناه، اختلال وسواس، نوجوانان.

اختلال وسواسی-اجباری^۱ اختلالی است که مشخصه اصلی آن، افکار ناخواسته و تکراری و مزاحم و نیز رفتارهای تکراری و آزاردهنده آیین‌مندی است که به‌منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی‌کردن افکار وسواسی انجام می‌شود (۱). ویژگی‌های اصلی اختلال وسواس، عبارت است از وسواس و اجبارهای برگشت‌کننده که به‌دلیل شدیدبودن وقت‌گیر هستند و به پریشانی آشکار یا اختلال عمده منجر می‌شوند (۲). اختلال وسواس فکری-عملی، اختلالی اضطرابی بسیار ناتوان‌ساز است که معمولاً به‌مثابه بیماری بدعلاج نیازمند درمان مادام‌العمر، در نظر گرفته می‌شود. این اختلال شیوع زیادی دارد و تحقیقات همه‌گیرشناسی نشانگر شیوع یک تا سه درصدی این بیماری در جمعیت عمومی است (۲).

اختلال وسواسی-اجباری می‌تواند در نوجوانی و کودکی و حتی در برخی از مواقع از سن دوسالگی شروع شود. در میان بزرگسالان احتمال ابتلای مرد و زن به این اختلال یکسان است؛ ولی در نوجوانان، پسرها بیشتر از دخترها دچار اختلال وسواسی-اجباری می‌شوند (۳). وسواس‌های فکری و عملی نزدیک به یک‌درصد از کودکان و نوجوانان را مبتلا ساخته است و در حدود ۸۴ درصد از این کودکان و نوجوانان پایدار می‌ماند و تأثیرات منفی بر عملکرد تحصیلی و زندگی اجتماعی/خانوادگی آن‌ها بر جای می‌گذارد (۳). وقتی وسواس درمان نشود تبدیل به وضعیت مزمنی می‌شود که حوزه‌های مختلف زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اختلال وسواس فکری و عملی به‌عنوان پیامد زندگی طولانی با این بیماری، سرانجام بر کیفیت زندگی بیماران و ادراکشان از رفاه فردی تأثیر می‌گذارد (۴).

از ویژگی‌های بیماران اختلال وسواسی-اجباری الگوهای نافذ کمال‌گرایی و انعطاف‌ناپذیری است (۴). کمال‌گرایی به‌منزله مجموعه‌ای از معیارهای بسیار مطلوب برای عملکرد تعریف شده است و با ارزشیابی انتقادی افراطی همراه است (۴). اروزکان و همکاران بیان می‌کنند کمال‌گرا کسی است که مجموعه‌ای از استانداردهای سخت و غیرواقعی و شدید ایجاد می‌کند و هنگام ارزیابی عملکرد خود درگیر تفکر همه یا هیچ می‌شود؛ بنابراین، موفقیت تنها زمانی رخ می‌دهد که معیاری عالی به‌دست آید و عملکرد فقط در چارچوب آن معیار بی‌عیب و نقص است (۴). کمال‌گرایی پیامدهایی همچون افسردگی و اختلال‌های روده‌ای و احساس گناه را به‌دنبال دارد. به‌نظر می‌رسد ترس از شکست می‌تواند راه‌انداز مؤلفه‌های رفتار کمال‌گرایانه باشد که معطوف به واریسی و جست‌وجوی مجدد اطمینان و ملاحظات افراطی قبل از تصمیم‌گیری است. در همین راستا، کمال‌گرایی صفتی لازم اما ناکافی برای تشخیص و اختلال وسواسی-جبری پیشنهاد شده (۵) و کارگروه شناخت‌های وسواسی جبری کمال‌گرایی را به‌عنوان عامل خطر برای این اختلال در نظر گرفته است (۶). اجبارهایی که در پاسخ به وسواس‌ها به‌طور کاملاً دقیق و در حالت قرینگی کامل انجام می‌گیرد، از علائم اختلال وسواسی-جبری است. در غیاب اطمینان کامل، احتمال تردید بیماران درباره کارهایی که انجام می‌دهند، بیشتر می‌شود.

چنین تردیدهایی بخشی از سازه کمال‌گرایی است و در سطح بالینی، به‌وضوح بخشی از پدیدارشناسی این اختلال نیز به‌شمار می‌آید (۵). رویکردهای سنتی برای ارزیابی پیامد درمان یا اثربخشی آن عمدتاً متمرکز بر علائم و نشانه‌های بیماری هستند و توافق زیادی وجود دارد مبنی بر اینکه بعد شناختی عمدتاً در وسواس دخیل است؛ اما مداخلات شناختی چه به‌تنهایی و چه در ترکیب با مواجهه از مواجهه مؤثرتر نبودند (۷)؛ بااین‌وجود رویکردهای شناختی و نیز مواجهه منجر به تغییراتی در شکل یا فراوانی افکار و اعمال وسواسی شدند (۳). به‌نظر می‌رسد توافق گسترده‌ای مبنی بر اینکه مواجهه با فکر وسواسی مؤلفه مؤثرتر درمان وسواس است، وجود دارد؛ اما تناقضاتی دیده می‌شود. شناخت‌ها ظاهراً در وسواس بسیار دخیل هستند؛ اما هدف‌قراردادن آن‌ها به‌طور مستقیم به‌نظر نمی‌رسد اثربخشی درمان را افزایش دهد. این امر باعث شده است محققان به‌دنبال روش‌های دیگری برای درمان وسواس باشند (۴). باتوجه به پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه و اطلاعات گردآوری‌شده، مداخلات روان‌شناختی در این رابطه می‌تواند سبب بهبود علائم ثانویه بیماری وسواسی-جبری و حتی کمک به درمان‌های زیستی افراد باشد. در راستای مداخلات روان‌شناختی یکی از روان‌درمانی‌ها، روان‌درمانی مبتنی بر شفقت است که توجه درمان‌گران نوین را برای بیماری‌های خاص جلب کرده است (۵). درمان مبتنی بر شفقت، در کنار سایر رویکردهای درمانی جدید در حوزه روان‌شناختی موج سوم، بر این اساس و با هدف کاهش درد، رنج، نگرانی و افسردگی ایجاد شده است (۶). سازه شفقت به خود از متغیرهای مرتبط با بهزیستی روانی است و نیروی مثبت انسانی است که ویژگی‌های مثبتی را همچون مهربانی به خود، متانت، مروت، همدردی و احساسات پیوستگی با دیگران به ارمغان می‌آورد؛ همچنین به افراد کمک می‌کند تا موقع مواجهه‌شدن با دشواری‌های زندگی و انجام رفتارهای نامطلوب درقبال خودشان مهربان باشند و به زندگی امیدوار شوند و معنایی دوباره از زندگی پیدا کنند (۷). خودشفقت‌ورزی، شکل سالم خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی ما می‌باشد (۸).

گیلبرت براساس روان‌شناسی رشد، علم عصب‌شناسی هیجانی، فلسفه کاربردی بودا و نظریه تکاملی، به توسعه شکل جامعی از رفتاردرمانی تجربی تحت عنوان درمان متمرکز بر شفقت پرداخته است (۹). شفقت‌درمانی یکی از درمان‌های پست‌مدرن و رویکردی رفتاری است (۹) و براساس مبانی فیزیولوژیک (روانی-عصبی) است. گیلبرت اعتقاد دارد درمان‌های شناختی-رفتاری به‌جای اینکه شفقت را افزایش دهد، باعث می‌شود فرد بعضی اوقات درقبال خود نامهربان‌تر گردد و میزان شفقت فرد به خود کاهش پیدا کند (۹). نف مفهوم خودشفقت‌ورزی را به‌عنوان یکی از اشکال سازش‌یافته پذیرش خود معرفی کرد. بسیاری از مطالعات صورت‌گرفته نیز خودشفقت‌ورزی را پیش‌بینی‌کننده قوی برای ارتقای سلامت روانی دانسته‌اند؛ برای مثال خودشفقت‌ورزی با خودانتقادی، افسردگی، اضطراب، نشخوارگری، سرکوب افکار و کمال‌گرایی نوروتیک رابطه منفی داشته و با رضایت از زندگی و روابط اجتماعی، رابطه مثبت داشته است (۱۰).

1. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

تحقیقات اخیر در زمینه درمان مبتنی به شفقت، نتایج رضایت‌بخش و دلایل منطقی برای استفاده از آن در کار بالینی و حوزه‌های مختلف مثل اضطراب، افسردگی، سوءمصرف مواد، وسواس، درد مزمن و... فراهم کرده‌اند (۶)؛ از این رو به‌کارگیری درمان شفقت به بیماران کمک می‌کند پریشانی ذهنی خود را از طریق کاهش خودسرزنشگری کاهش دهند و می‌تواند توجیه‌پذیر باشد. مطالعات اخیر اثربخشی این درمان را در کاهش علائم روان‌شناختی منفی در جمعیت‌های مختلف تأیید کرده است (۱۱). ورنر و همکاران در پژوهش خود بر بیماران دارای اضطراب اجتماعی اثربخشی روش درمان مبتنی بر شفقت را بر کاهش خودانتقادگری و شرم و اضطراب اجتماعی تأیید نمودند. نتایج کاهش چشمگیری را در مقیاس‌های استاندارد وسواس، افسردگی، اضطراب و اجتناب تجربه‌ای نشان داد (۱۲). در داخل کشور سعیدی و همکاران تأثیر القای شفقت خود را در کاهش احساس شرم و گناه تأیید کردند (۱۳). نتایج پژوهش برایانز و همکاران نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت، در کاهش مشکلات روان‌شناختی و ازجمله نشانه‌های افسردگی مؤثر است (۱۴). در پژوهشی آریمیتسو و هافمن به بررسی نقش واسطه‌شناخت در روابط بین خودشفقت‌ورزی، اضطراب، افسردگی و رضایت از زندگی در اعتمادبه‌نفس مردم ژاپن پرداختند. نتایج مشخص کرد که خودشفقت‌ورزی و اعتمادبه‌نفس با افزایش افکار مثبت و کاهش اضطراب ارتباط دارد (۶). در پژوهش دیگری، بیومونت و هولینز مارتین نشان دادند، شفقت روی دانشجویان، منجر به افزایش امید، حرمت خود، سلامت روانی و عواطف مثبت بیشتری درمقایسه با هم‌تایان خود، بعد از پیگیری دوماهه شده است (۷). طبق پژوهش‌های صورت‌گرفته، عامل کلیدی و تأثیرگذار بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت، استفاده از سازه‌های هشیارکننده درباره مشکل است. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت نوعی راهبرد هیجان‌محور است؛ چراکه مراجعان را درباره هیجان خود آگاه می‌کند؛ حال این هیجان مثبت باشد یا منفی، فرد را به سمت اجتناب از احساس ناراحت‌کننده و نزدیکی مهربانی سوق می‌دهد و فرد را آماده پذیرش مشتاقانه درقبال احساسات منفی خود می‌نماید (۷، ۱۳، ۱۴). این درمان تأکید دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند؛ در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (۷). ازطرفی، اگر به درمان این اختلال در نوجوانان اقدام نشود، نه تنها استرس را تشدید می‌کند، بلکه پیامدهای نامطلوبی را در زمینه‌های تحصیلی و اجتماعی و عاطفی به‌همراه دارد (۱۴). باتوجه به اینکه درمان‌های متمرکز بر شفقت بر هیجان بیشتر، تمرکز دارند، در سنینی که نوجوان و حالات او در حال تغییر است و با درنظرگرفتن این مطلب که اختلال وسواسی-جبری در عملکرد اجتماعی نوجوانان مشکلاتی ایجاد می‌کند، همچنین باوجود دلایل نظری زیاد در زمینه رابطه خودشفقت‌ورزی با احساس بهزیستی روانی و نقش آن در ارتقای سلامت روانی و باتوجه به اهمیت به‌سزای درمان مبتنی بر شفقت به‌عنوان یکی از روش‌های درمانی، انجام پژوهش درمان مبتنی بر نشانگان کمال‌گرایی و احساس گناه در بیماران وسواسی-

جبری ضروری بود.

۲ روش بررسی

روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. افراد جامعه مطالعه‌شده به‌روش غیرتصادفی دردسترس انتخاب شدند و در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. همچنین تحقیق حاضر به‌لحاظ هدف از نوع کاربردی بود. جامعه آماری مطالعه را تمامی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم شهر یزد تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان بود که تشخیص اختلال وسواس-اجبار را دریافت کردند و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. تعداد دانش‌آموزان در هر گروه ۱۵ نفر بود. در گروه آزمایش دانش‌آموزان تکنیک‌های خودشفقتی را آموزش دیدند؛ ولی در گروه گواه این تکنیک‌ها آموزش داده نشد. پژوهشگر برای انتخاب گروه نمونه، به مدرسه نمونه‌دولتی حضرت زهرا یزد مراجعه نمود و پس از هماهنگی با مدیریت مدرسه و مشاور پرسشنامه تشخیصی وسواس را بین ۳۰۰ نفر از دانش‌آموزان توزیع کرد. از دانش‌آموزان درخواست شد تا به سؤالات پژوهشگر پاسخ دهند. پس از پاسخ‌دادن پرسشنامه‌ها، تجزیه و تحلیل آماری صورت گرفت. سپس ۳۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال وسواس به پرسشنامه‌های کمال‌گرایی و احساس گناه پاسخ دادند و این پیش‌آزمون پژوهش را تشکیل داد. پس از انجام مداخله درمانی در گروه آزمایش، از پرسشنامه‌های کمال‌گرایی و احساس گناه به‌عنوان پس‌آزمون استفاده شد.

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش نتایج به‌دست‌آمده درباره اختلال وسواس دانش‌آموزان محرمانه بود و هیچ‌گونه الزام و اجباری درخصوص حضور دانش‌آموزان وجود نداشت. پس از پایان پژوهش نیز مداخله درمانی در گروه گواه انجام شد. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر به کار برده شد.

- پرسشنامه تجدیدنظرشده وسواس فکری-عملی^۱: این پرسشنامه توسط فوا و همکاران در سال ۲۰۰۲ ارائه شد (۱۵) که نسخه کوتاه‌شده پرسشنامه وسواس فکری-عملی فوا و همکاران ساخته‌شده در سال ۱۹۹۸ است. این پرسشنامه برای ارزیابی وسواس فکری-عملی طراحی شده است و شامل ۱۸ گزینه خودگزارشی است. هر سؤال براساس میزان باور از صفر تا چهار درجه‌بندی می‌شود. نمره کلی از صفر تا ۷۲ است و نمرات بیشتر، گرایش بیشتر را به وسواس فکری-عملی نشان می‌دهد (۱۵). این پرسشنامه از ثبات درونی ($\alpha = 0.77 - 0.88$) و پایایی آزمون-بازآزمون ($r = 0.62 - 0.76$) خوبی برخوردار است (۱۵). فوا و همکاران روایی همگرایی این پرسشنامه را با نسخه اصلی پرسشنامه وسواس فکری-عملی برابر با ۰/۹۸ و روایی افتراقی آن را برابر با ۰/۵۸ به‌دست آوردند (۱۵). نسخه فارسی این پرسشنامه را قاسم‌زاده و همکاران بررسی کردند. در مطالعه آن‌ها آلفا برای نمره کل ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۶

1. Obsessive-Compulsive Inventory-Revised

محاسبه شد. همچنین پایایی به روش بازآزمایی و در طول دو هفته برای نمره کل ۰/۷۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۲ و ۰/۷۶ بود (۱۶).
 - مقیاس کمال‌گرایی اهواز^۱: مقیاس خودگزارشی ۲۷ ماده‌ای است که توسط نجاریان و همکاران در سال ۱۳۷۸ از راه تحلیل عوامل، در نمونه‌ای ۳۹۵ نفری از دانشجویان اهواز ساخته شد (۱۷). نجاریان و همکاران برای سنجش همسانی درونی مقیاس کمال‌گرایی اهواز ضریب آلفای کرونباخ را به کار بردند. براساس نتایج به دست آمده، ضرایب آلفا برای کل نمونه ۰/۹۰ و برای آزمودنی‌های دختر ۰/۹۰ و برای آزمودنی‌های پسر ۰/۸۹ بود. همچنین ضریب پایایی حاصل از بازآزمایی با چهار هفته فاصله زمانی بر ۱۹۰ دانشجوی دختر و پسر، به ترتیب برای کل آزمودنی‌ها و آزمودنی‌های دختر و پسر ۰/۶۸ و ۰/۶۹ و ۰/۶۷ به دست آمد که در حد پذیرفتنی است (۱۷).
 - پرسشنامه احساس گناه^۲: این پرسشنامه توسط کوگلر و جونز در سال ۱۹۹۲ ارائه شد (۱۸). این پرسشنامه شامل ۴۵ گویه است و ابزاری خودسنجی است که نمره‌های آن در سه خرده‌مقیاس «خصیصه گناه»، «حالت گناه»، «معیارهای اخلاقی» و نمره کل، میزان احساس گناه را در طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای از کاملاً موافق= پنج تا کاملاً مخالف= یک می‌سنجد. سؤال‌های ۴، ۶، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۸، ۱۹، ۲۲، ۲۳، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود (۱۸). کوگلر و جونز پایایی این ابزار را با استفاده از ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۷۷ تا ۰/۸۵ گزارش کردند

(۱۸). ضریب پایایی حاصل برای کل پرسشنامه در ایران، روایی محتوا و صوری آن توسط نظیری و به وسیله نظرخواهی از دوازده نفر از اساتید روان‌پزشک و دستیاران سال آخر روان‌پزشکی و کارشناسان ارشد روان‌شناسی بررسی شد. همگی این افراد روایی محتوا و صوری آن را تأیید کردند. پایایی حاصل از بازآزمایی در فاصله‌ای ۱۳ هفته‌ای به ترتیب برای خرده‌مقیاس‌های معیارهای اخلاقی و خصیصه گناه و حالت گناه ۳۱ درصد و ۱۲ درصد و ۲۳ درصد، ذکر شد (۱۹).
 - درمان مبتنی بر شفقت به خود: در این شیوه درمانی تلاش می‌شود تا به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. همچنین، به منظور تأیید روایی محتوایی بسته درمانی و تطابق آن با اهداف پژوهش، باتوجه به اینکه این بسته درمانی استاندارد است و در مجامع و مؤسسه‌های روان‌شناسی بالینی خارج از کشور تأیید شده است، متن آن در اختیار ده نفر از متخصصان روان‌شناسی بالینی مسلط به زبان انگلیسی و آشنا با موضوع قرار گرفت تا صحت ترجمه بسته درمانی تأیید شود. سپس متن آن برای چند نفر از افراد دارای اختلال وسواسی-جبری در قالب کلاسی غیررسمی ارائه شد تا صحت فهم آن تأیید شود. بعد از این مرحله، بسته درمانی به طور مستقیم استفاده شد که محتوای جلسات آن در جدول ۱ خلاصه شده است. شفقت درمانی در هشت جلسه به گروه آزمایش ارائه شد.

جدول ۱. محتوای برنامه تکنیک‌های آموزشی شفقت درمانی

رتیب و موضوع جلسات	محتوا
۱. درک شفقت به خود	سه عنصر شفقت به خود آموزش داده می‌شود و فرد باید در هر تجربه استرس‌زا آن را به کار برد.
۲. تمرین ذهن‌آگاهی	نظریه و اصول ذهن‌آگاهی آموزش داده می‌شود؛ اینکه چگونه ذهن به صورت طبیعی در هنگام استراحت به دنبال مشکلات می‌گردد؛ همچنین به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شود که توجه خود را به عملی واحد مانند تنفس متمرکز کنند.
۳. تمرین مهربانی و مهرورزیدن	این تمرینات مانند «احساس امنیت می‌کنم»، در کلاس یا در طول روز باید انجام شود.
۴. یافتن جایگاه شفقت در خود	فرد یاد می‌گیرد که از عبارت‌های مهرورزی فراتر رود و با داشتن زبان شفقت به صورت طبیعی شفقت را به خود القاکند.
۵. عمیق‌زدگی کردن	در این جلسه به بررسی و کشف ارزش‌های اصلی که به زندگی معنا داده، پرداخته می‌شود.
۶. مدیریت احساسات و عواطف	فرد یاد می‌گیرد که جایگاه عواطف (مانند شرمندگی) را در بدن مشخص کرده و سپس روی آن جایگاه کار کند و با شفقت و مهربانی خود را آرام سازد.
۷. تغییر روابط	در این جلسه فرد یاد می‌گیرد که درد روابط خود را تغییر دهد.
۸. قبول و پذیرش زندگی	تعصبات منفی هدف قرار می‌گیرد. فرد می‌آموزد که با تکیه بر جنبه‌های خوب در زندگی و ویژگی‌های خوب در وجود خود این تعصبات ذاتی را کم کند.

شهر یزد بودند که در فاصله سنی ۱۵ تا ۱۸ سال قرار داشتند. میانگین سنی برای گروه آزمایش ۱۷±۲/۵ سال و برای گروه گواه ۱۶/۷±۲/۳۴ سال بود. از روش تحلیل کوواریانس به منظور تعدیل اثر پیش‌آزمون استفاده شد. قبل از استفاده از این روش تحلیل، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد؛ بدین صورت که نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها نشان داد که در متغیرهای کمال‌گرایی (p=۰/۱۶۴) و احساس گناه (p=۰/۳۴۵) فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بود. نتایج

داده‌های گردآوری شده با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل روش تحلیل کوواریانس توسط نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. سطح معناداری مدنظر در پژوهش حاضر ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۳۰ نوجوان دختر مبتلا به وسواس در

۲. Guilt Inventory

۱. Ahwaz Perfectionism Scale

آزمون کولموگروف اسمیرنوف نیز برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات مشخص کرد که برای متغیر کمال‌گرایی ($p=0/167$) و متغیر احساس گناه ($p=0/265$) فرض نرمال بودن توزیع نمرات برقرار بود. در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای کمال‌گرایی و احساس گناه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به همراه نتایج تحلیل کوواریانس ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد کمال‌گرایی و احساس گناه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به همراه نتایج تحلیل کوواریانس

حیطه	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسه پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p
کمال‌گرایی	آزمایش	۶۴/۰۷	۴/۶۵	۵۴/۳۳	۵/۹۰	۱۹/۲۱	<0/001
	گواه	۶۱/۷۳	۶/۸۸	۶۱/۵۳	۷/۸۵		
احساس گناه	آزمایش	۱۱۵/۷۳	۱۴/۴۰	۱۰۰/۰۹	۱۱/۹۶	۶/۴۵	0/003
	گواه	۱۱۶/۲۷	۱۳/۳۰	۱۲۱/۳۷	۱۳/۵۷		

عمل می‌کند. از آنجا که افراد دارای شفقت زیاد به خود با سخت‌گیری‌های کمتر خودشان را قضاوت می‌کنند، وقایع منفی زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر برپایه عملکرد واقعی‌شان است؛ چرا که قضاوت خود در این افراد نه به سمت خودانتقادی اغراق‌آمیز میل می‌کند و نه به سمت تورم خوددفاعی؛ بنابراین استفاده از این راهکارها تأثیر بیشتری بر نشخوارگری و نگرانی‌های بیماران دارد و درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود کمال‌گرایی اثرگذار است و می‌تواند منجر به آرامش بیشتر در زندگی و در نهایت بهبود سلامت روان شود.

یافته دیگر تحقیق نشان داد، آموزش تکنیک‌های شناختی شفقت‌درمانی بر کاهش احساس گناه دختران مبتلا به وسواس اثربخشی داشت. این یافته با نتایج تحقیق سعیدی و همکاران همخوان است. آن‌ها پژوهشی با هدف بررسی ارتباط شفقت خود و ارزش خود و آمادگی برای شرم و گناه پس از بازسازی تجربه خطا و اشتباه انجام دادند و نشان دادند شفقت خود به صورت منفی با هیجانات ناخوشایند در ارتباط است (۱۳). همچنین همسو با یافته پژوهش حاضر، فینلی-جانز و همکاران در پژوهشی نشان دادند که شفقت باعث کاهش استرس می‌شود (۲۲). در تبیین یافته مذکور پژوهش حاضر می‌توان گفت، همه انسان‌ها در زندگی روزمره‌شان با وقایعی روبه‌رو می‌شوند که در آن‌ها با تجربه احساس شکست و نقص و بی‌کفایتی مواجه می‌شوند. همچنین به دنبال تجارب و ارزیابی منفی که افراد از خودشان دارند، هیجاناتی مانند شرم و گناه در آن‌ها برانگیخته می‌شود. شرم و گناه هیجانات خودآگاه است که به وسیله تأمل به خود و خودارزیابی منفی برانگیخته می‌شوند. این خودارزیابی می‌تواند ضمنی یا آشکار باشد و به صورت هشیارانه تجربه شود یا در فراسوی آگاهی ما رخ دهد؛ ولی در هر صورت اساساً درباره خود است (۷). می‌توان نتیجه گرفت، ترس از احساس گناه عامل اصلی در عمل به شیوه محتاطانه است که بر تصمیم‌گیری و آزمون فرضیه افراد تأثیر دارد. براساس نتایج تحقیق ایرونز و لاد، اثر احساس گناه بر آزمون فرضیه می‌تواند نشخوارهای ذهنی و فعالیت‌های خنثی‌سازی را مثل آنچه در رفتارهای وسواسی مشاهده می‌شود، توضیح دهد. بیماران وسواسی از احساس گناه به عنوان شاخصی که هم‌اکنون اتفاق وحشتناکی رخ می‌دهد و بسیار خطرناک است، استفاده می‌کنند (۱۱).

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد نتایج تحلیل کوواریانس با حذف اثر نمرات پیش‌آزمون مشخص می‌کند، آموزش تکنیک‌های شفقت‌درمانی باعث کاهش کمال‌گرایی در نوجوانان دختر دارای اختلال وسواس فکری-عملی گروه آزمایش شده است ($p<0/001$). همچنین نتایج این جدول حاکی از اثربخشی این روش درمانی بر کاهش احساس گناه نوجوانان دختر دارای اختلال وسواس فکری-عملی گروه آزمایش است ($p=0/003$).

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش تکنیک‌های شناختی شفقت‌درمانی بر کمال‌گرایی و احساس گناه در نوجوانان دختر مبتلا به وسواس بود. یافته‌ها نشان داد، آموزش تکنیک‌های شناختی شفقت‌درمانی بر کاهش کمال‌گرایی نوجوانان دختر مبتلا به وسواس اثربخشی داشت. این یافته با نتایج پژوهش زرگر و همکاران به صورت غیرمستقیم همسوست. آن‌ها در پژوهش خود دریافتند، مداخله شناختی-رفتاری با اصلاح افکار و عقاید زیربنایی افراد درباره فواید و ضررهای افکار کمال‌گرایانه، نقش مؤثری در بهبود کمال‌گرایی و احساس گناه دارد (۲۰). فراری در تحقیق خود موفق شد، همبستگی معناداری بین باورهای کمال‌گرایی و مقیاس وسواسی-اجباری به دست آورد (۲۱). سراوانی و شیرازی بیان کردند که کمال‌گرایی در ایجاد و تداوم وسواس نقش دارد و با بعضی از نشانه‌های وسواس مانند چک‌کردن یا این احساس که کاری ناتمام باقی مانده است، مرتبط است (۳).

در تبیین یافته مذکور پژوهش حاضر می‌توان گفت، در این پژوهش درمان مبتنی بر شفقت باعث شد افراد توانایی بیشتری برای خودشفقت‌ورزی پیدا کنند و در نتیجه از حجم خودانتقادی ناشی از عوارض بیماری کاسته شود. از طرف دیگر درمان مبتنی بر شفقت یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی محسوب می‌شود و خصوصیت مشترک این درمان‌ها استفاده از عامل فراشناخت و تکنیک‌های ذهن‌آگاهانه است (۹). شاید دلیل اصلی اثربخشی این باشد که افراد دارای شفقت زیاد به خود به علت پذیرش بی‌قید و شرط خود، کمتر تمایل به مقایسه خودشان با دیگران دارند؛ در نتیجه افکار کمال‌گرایانه منفی و تصورات نادرست از ظاهرشان در آن‌ها کمتر شکل می‌گیرد. درواقع شفقت به خود، همانند ضربه‌گیری در مقابل اثرات وقایع منفی

خود، تغییر احساس شرم به احساس گناه سازنده و قضاوت عادلانه و نه انتقاد بی‌رحمانه درباره خود، می‌تواند در کاهش کمال‌گرایی و هیجانات منفی مؤثر باشد. این یافته‌ها می‌تواند نشانگر آن باشد که از علل کاهش کمال‌گرایی در نوجوانان مبتلا به وسواس، کاهش شرم درقبال خود و ارزیابی‌های واقع‌بینانه‌تر درباره خود و محافظت در برابر حالات روانی منفی است که همگی در درمان مبتنی بر شفقت وجود دارد. لزوم کاربرد راهبردهای شناختی در راستای اصلاح پیامدهای کمال‌گرایی همچون افسردگی، احساس گناه، استرس، مشکلات تحصیلی و نیز پیشگیری از بروز آن‌ها احساس می‌شود؛ چراکه در صورت تعدیل نکردن آن‌ها، این پیامدها باعث اختلال در عملکرد فرد می‌شوند و مشکلاتی را برای او ایجاد خواهند کرد. به همین دلیل روشی درمانی که بتواند فرد را درقبال خود مشفق و بدون انتقاد و با دیدی واقع‌بینانه آموزش دهد، می‌تواند روش درمانی مناسبی باشد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، تکنیک‌های شناختی شفقت درمانی می‌تواند به‌عنوان رویکردی مؤثر بر کاهش کمال‌گرایی و کاهش احساس گناه نوجوانان دختر مبتلا به وسواس شهر یزد استفاده شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را همراهی کردند، تشکر می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد است. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، نتایج به‌دست‌آمده درباره اختلال وسواس دانش‌آموزان محرمانه بود و هیچ‌گونه الزام و اجباری درخصوص حضور دانش‌آموزان وجود نداشت. پس از پایان پژوهش نیز مداخله درمانی در گروه گواه انجام شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

در تبیین تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش احساس گناه در دختران نوجوان مبتلا به وسواس می‌توان گفت، درمان متمرکز بر شفقت به‌دنبال شفاف‌سازی اجزای اصلی شفقت مثل حساسیت توأم با توجه، انگیزه مراقبت، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی و داشتن دیدگاه غیرقضاوتی است. به عبارتی، فرایندهای مختلف شفقت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به هم مرتبط است. در بسیاری از افراد که با اختلالات روانی درگیرند، سیستم تهدید و محافظت از خود، بسیار پرکار عمل می‌کند که نتیجه آن میزان شدید استرس و نگرانی در آنان است. از سوی دیگر، سیستم رضایت و تسکین نیز در این افراد، سطح رشدیافتگی کمتری دارد؛ زیرا آن‌ها هرگز فرصت تحول این سیستم را نداشته‌اند. اکسی‌توسین و عصب میلین‌دار واگ از سیستم عصبی پاراسمپاتیک نمونه‌هایی از این سیستم‌ها هستند. به همین دلیل درمان متمرکز بر شفقت بر آموزش تنفس و ذهن‌آگاهی و تصویرسازی تأکید دارد. علاوه‌براین از تکنیک‌های عمل‌گرا همچون تمرین عمل‌کردن و تصویرسازی خود به‌عنوان فردی مهربان استفاده می‌شود تا به افراد در ساختن هویتی با ویژگی‌های شفقت‌آمیز یاری رساند. سپس این «خود» جدید به‌عنوان پایگاهی امن برای مواجهه با رنج‌ها تبدیل می‌شود. در درمان متمرکز بر شفقت، شفقت به‌منظور تقویت شجاعت افراد برای مواجهه با جنبه‌های دشوار و تاریک ذهن پرورش می‌یابد. باید گفت که شفقت درمانی، الگویی درمانی است که اساس آن برپایه حساسیت به وجود رنج انسان به‌واسطه انسان‌بودن و التیام یا جلوگیری از چنین رنجی است. یکی دیگر از آموزش‌های موجود در درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی، آموزش بخشایش دیگران و بخشایش خود است که بر بیماری‌های روانی تأثیر دارد. می‌توان گفت آموزش درباره درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به افراد کمک کند که چگونه نفوذ سیستم تشخیص خطر را تضعیف کنند و زندگی خودشان را دوباره از طریق شفقت و پذیرش به‌دست آورند. همه ما این خردمندی شهودی را داریم که مهربانی عاشقانه و حمایت و شفقت به ما کمک می‌کند تا با رنج و ناراحتی کنار بیاییم و انتقاد و شرم‌زدگی و سرزنشگری معمولاً اوضاع را بدتر می‌کند. شفقت به خود به ما اجازه می‌دهد تا فضایی برای مواجهه با احساس درد و پیچیدگی هیجانانگیز ایجاد کنیم. نتایج پژوهش نشان داد که شفقت درمانی با ایجاد مهرورزی درقبال

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
2. Rajabi G, Maghami E. Self-compassion as mediator between attachment dimensions with mental well-being: a path analysis model. Quarterly Journal of Health Psychology. 2015;4(16):79–96. [Persian] http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_3113_cc8f291c10a1b82a8b96ad0b1e4faa21.pdf
3. Saravani S, Shirazi M. The role of obsessive beliefs and perfectionism in body image among female third-grade students at high schools in Zahedan. Journal of Educational Psychology Studies. 2018;15(30):167–86. [Persian] doi: [10.22111/jeps.2018.3618](https://doi.org/10.22111/jeps.2018.3618)
4. Erozkhan A, Karakas Y, Ata S, Ayberk A. The relationship between perfectionism and depression in Turkish high school students. Social Behavior and Personality. 2011;39(4):451–64. doi: [10.2224/sbp.2011.39.4.451](https://doi.org/10.2224/sbp.2011.39.4.451)
5. Albertson ER, Neff KD, Dill-Shackleford KE. Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. Mindfulness. 2015;6(3):444–54. doi: [10.1007/s12671-014-0277-3](https://doi.org/10.1007/s12671-014-0277-3)

6. Arimitsu K, Hofmann SG. Cognitions as mediators in the relationship between self-compassion and affect. *Pers Individ Dif*. 2015;74:41–8. doi: [10.1016/j.paid.2014.10.008](https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.10.008)
7. Beaumont E, Hollins Martin CJ. A proposal to support student therapists to develop compassion for self and others through Compassionate Mind Training. *The Arts in Psychotherapy*. 2016;50:111–8. doi: [10.1016/j.aip.2016.06.005](https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.06.005)
8. Neff K. *Self-Compassion: Stop Beating Yourself Up and Leave Insecurity Behind*. New York: William Morrow & Company; 2011.
9. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Adv psychiatr treat*. 2009;15(3):199–208. doi: [10.1192/apt.bp.107.005264](https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264)
10. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003;2(3):223–50. doi: [10.1080/15298860309027](https://doi.org/10.1080/15298860309027)
11. Irons C, Lad S. Using Compassion Focused Therapy to Work with Shame and Self-Criticism in Complex Trauma. *Australian Clinical Psychologist*. 2017;3(1):1743.
12. Werner KH, Jazaieri H, Goldin PR, Ziv M, Heimberg RG, Gross JJ. Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety Stress Coping*. 2012;25(5):543–58. doi: [10.1080/10615806.2011.608842](https://doi.org/10.1080/10615806.2011.608842)
13. Saeedi Z, Ghorbani N, Sarafraz MR, Sharifian MH. The effect of inducing self-compassion and self-esteem on the level of the experience of shame and guilt. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*. 2013;8(1):91–102. [Persian] <http://bjcp.ir/article-1-178-en.pdf>
14. Breines JG, Thoma MV, Gianferante D, Hanlin L, Chen X, Rohleder N. Self-compassion as a predictor of interleukin-6 response to acute psychosocial stress. *Brain Behav Immun*. 2014;37:109–14. doi: [10.1016/j.bbi.2013.11.006](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2013.11.006)
15. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychol Assess*. 2002;14(4):485–96.
16. Ghassemzadeh H, Shams G, Abedi J, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N, Rajabloo M. Psychometric Properties of a Persian-Language Version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised: OCI-R-Persian. *Psychology*. 2011;2(3):210–5. doi: [10.4236/psych.2011.23032](https://doi.org/10.4236/psych.2011.23032)
17. Najarian B, Atari Y, Zargar Y. Sakht va etebar-yabi meghyasi baraye sanjesh kamal-garaie [Construct and validate a scale to measure perfectionism]. *Journal of Educational Sciences and Psychology*. 1999;5(3):43–58. [Persian]
18. Kugler K, Jones WH. On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1992;62(2):318–27. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.2.318>
19. Naziri Gh. Naghsh ehsas gonah dar farayand pardazesh etela'alt bimarane vasvasi-ejbari va barrasiye rishehay an dar shivehay farzandparvari kamalgera [The role of guilt in the information processing process of obsessive-compulsive patients and its roots in perfectionist parenting practices] [Thesis for M.A]. [Tehran, Iran]: Tehran Psychiatric Institute. Iran University of Medical Sciences; 1995.
20. Zargar Y, Mardani M, Honarmand MM. Effect of cognitive-behavioral intervention on perfectionism and guilt feeling of university students. *Journal of Applied Psychology*. 2013;6(4):71–85. [Persian] <http://apsy.sbu.ac.ir/article/download/3021/3011>
21. Ferrari J. Perfectionism cognitions with nonclinical and clinical samples. *Journal of Social Behavior and Personality*. 1995;10:143–56.
22. Finlay-Jones AL, Rees CS, Kane RT. Self-compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists: testing an emotion regulation model of self-compassion using structural equation modeling. *PLoS One*. 2015;10(7): e0133481. doi: [10.1371/journal.pone.0133481](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133481)