



The Effect of Self-Compassion-Based Therapy on Anxiety and Distress Tolerance in Women with Bipolar Disorder

Mahmoud Bakhtiari Qaleh^{1*}, Hossein Khedmatgozar², Elaheh Barzam³

1. Master of Clinical Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.
2. Department of Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.
3. Master of Science in Psychometrics, Electronic Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Mahmoud Bakhtiari Qaleh, Master of Clinical Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.

E-mail: MahmoudBakhtiari.G@gmail.com

Received: 2025/11/02

Accepted: 2025/11/09

Abstract

Introduction: Bipolar disorder is a chronic illness characterized by severe mood swings and is often accompanied by high levels of anxiety and difficulty tolerating emotional distress. Therefore, the present study aimed to investigate the effect of self-compassion-based therapy on anxiety and distress tolerance in women with bipolar disorder.

Methods: The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of this study included women with bipolar disorder in Razi Psychiatric Hospital and Armaghan Clinic in Tehran who referred to these centers in 2024. Thirty people were selected purposively and randomly assigned to the experimental and control groups. The measurement tools included the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Simmons and Gaher Distress Tolerance Questionnaire (DTS). The experimental group received self-compassion-based therapy training in eight sessions, one session per week, and for 90 minutes. The analysis of covariance method with SPSS version 26 software was used to analyze the data.

Results: The findings showed that before the intervention, the experimental and control groups did not differ significantly in terms of anxiety and distress tolerance, but after the intervention, the groups differed significantly in terms of both variables ($P < 0.01$). In other words, self-compassion-based therapy reduced anxiety and increased distress tolerance in women with bipolar disorder.

Conclusions: The present study demonstrated that self-compassion-based therapy is an effective and supportive psychological strategy for women with bipolar disorder. The findings clearly showed that participation in this intervention resulted in a significant reduction in anxiety severity and, simultaneously, a significant increase in the patients' level of distress tolerance. These results emphasize that the inclusion of self-compassion as an emotion regulation strategy not only helps to manage anxiety symptoms but also effectively enhances patients' capacity to be resilient to mood swings and life pressures.

Keywords: Bipolar disorder, Anxiety, Distress tolerance, Self-compassion-based therapy.



تأثیر درمان مبتنی بر شفقت به خود بر اضطراب و تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال دو قطبی

محمود بختیاری قلعه^{۱*}، حسین خدمتگذار^۲، الهه برزم^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

۲. گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روانسنجی، واحد الکترونیکی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: محمود بختیاری قلعه، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.
ایمیل: MahmoudBakhtiari.G@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۸/۱۸

چکیده

مقدمه: اختلال دوقطبی یک بیماری مزمن است که با نوسانات خلقی شدید مشخص می‌شود و اغلب با سطوح بالایی از اضطراب و دشواری در تحمل پریشانی‌های عاطفی همراه است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر شفقت به خود بر اضطراب و تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال دو قطبی انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان مبتلا به اختلال دوقطبی در بیمارستان روانپزشکی رازی و کلینیک ارمنان تهران بودند که در سال ۱۴۰۳ به این مراکز مراجعه کردند، تعداد ۳۰ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزارهای سنجش شامل سیاهه اضطراب بک (BAI) و پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (DTS) بود. گروه آزمایش آموزش درمان مبتنی بر شفقت به خود را طی هشت جلسه، هر هفته یک جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه دریافت نمودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که قبل از مداخله، گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر اضطراب و تحمل پریشانی تفاوت معناداری نداشتند، اما پس از مداخله، گروه‌ها از نظر هر دو متغیر تفاوت معناداری داشتند ($P < 0/01$). به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر شفقت به خود باعث کاهش میزان اضطراب و افزایش تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال دو قطبی شد.

نتیجه گیری: پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت به خود یک راهکار روان‌شناختی اثربخش و حمایتی برای زنان مبتلا به اختلال دوقطبی است. یافته‌ها به روشنی نشان دادند که شرکت در این مداخله منجر به کاهش معنادار در شدت اضطراب و به طور همزمان، افزایش قابل توجه در سطح تحمل پریشانی بیماران گردیده است. این نتایج تأکید می‌کنند که گنجاندن شفقت به خود به عنوان یک استراتژی تنظیم هیجانی، نه تنها به مدیریت علائم اضطرابی کمک می‌کند، بلکه ظرفیت بیماران را برای تاب‌آوری در برابر نوسانات خلقی و فشارهای زندگی به طور مؤثری ارتقا می‌بخشد.

کلیدواژه‌ها: اختلال دو قطبی، اضطراب، تحمل پریشانی، درمان مبتنی بر شفقت به خود.

اختلال دوقطبی (Bipolar disorder) یکی از پیچیده‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است که در آن فرد تجربه‌ی نوسانات خلقی شدیدی از جمله دوره‌های شیدایی، نیمه‌شیدایی و افسردگی را دارد (۱). این اختلال نه تنها اثرات عمیقی بر عملکرد روزمره و روابط اجتماعی فرد می‌گذارد، بلکه با بار روانی و اقتصادی گسترده‌ای برای خانواده‌ها و نظام سلامت همراه است (۲). در شرایطی که این اختلال در مردان و زنان مشترک است، اما الگوی بروز، شدت علائم، و واکنش به درمان در زنان با ویژگی‌های خاصی همراه است. در بسیاری از موارد، زنان مبتلا به اختلال دوقطبی نه تنها از نوسانات خلقی شدید رنج می‌برند، بلکه به‌طور همزمان با سطوح بالاتری از اضطراب، شرم، احساس گناه، خودانتقادی و ناتوانی در مواجهه با هیجانات منفی نیز روبه‌رو هستند (۳). مطالعات متعدد نشان می‌دهند که اضطراب یکی از شایع‌ترین همبودی‌ها در اختلال دوقطبی است، به گونه‌ای که تخمین زده می‌شود بیش از ۶۰ درصد مبتلایان به اختلال دوقطبی حداقل یک اختلال اضطرابی را تجربه کرده‌اند. اضطراب در این بیماران نه تنها یک عامل ثانویه نیست، بلکه اغلب به عنوان عامل تشدیدکننده خلق و عامل پیش‌بینی‌کننده عود بیماری عمل می‌کند. وجود اضطراب مزمن باعث بی‌ثباتی هیجانی بیشتر، کاهش کیفیت زندگی و افزایش خطر رفتارهای پرخطر از جمله اقدام به خودکشی می‌شود (۴).

علاوه بر اضطراب، تحمل پایین پریشانی هیجانی یکی دیگر از مشکلات اساسی در این بیماران به‌ویژه در زنان است. تحمل پریشانی (Distress tolerance) به معنای ظرفیت روانی برای باقی‌ماندن در وضعیت ناراحتی و تجربه هیجانات منفی، بدون واکنش‌های فوری برای اجتناب یا سرکوب است (۵). زنانی که تحمل پریشانی پایینی دارند، ممکن است در دوره‌های استرس یا هیجان منفی، دچار رفتارهای تکانشی، مصرف مواد، پرخوری، و حتی قطع درمان شوند. ضعف در تحمل پریشانی نه تنها منجر به ناکارآمدی در تنظیم هیجان می‌شود، بلکه عامل شکست در درمان‌های روان‌شناختی و دارویی نیز هست (۶).

در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، به‌ویژه در زنان، این مسئله اهمیتی مضاعف پیدا می‌کند. تجربه مکرر نوسانات

خلقی، احساس ناتوانی در کنترل هیجانات، ناامیدی در برابر عود مکرر بیماری و فشارهای اجتماعی، همگی عواملی هستند که می‌توانند تاب‌آوری روان‌شناختی فرد را تضعیف کرده و آستانه تحمل پریشانی را کاهش دهند (۷). یافته‌های پژوهشی نیز حاکی از آن‌اند که سطح پایین تحمل پریشانی در این گروه، می‌تواند با افزایش احتمال بروز رفتارهای پرخطر، عودهای بیشتر، بستری‌های مکرر، و حتی افکار و اقدامات خودکشی مرتبط باشد (۸). نکته مهم دیگر آن است که بسیاری از زنان مبتلا به اختلال دوقطبی، به‌ویژه در جوامعی با بافت فرهنگی سنتی مانند ایران، به‌دلایل متعددی نظیر انگ اجتماعی بیماری روانی، محدودیت در دسترسی به خدمات سلامت روان، نبود حمایت اجتماعی کافی، یا حتی فشار نقش‌های فرهنگی سنتی، فرصت‌ها و منابع مقابله‌ای مناسبی برای مواجهه با اختلال خود در اختیار ندارند. این محدودیت‌ها می‌تواند به ایجاد احساس انزوا، درماندگی، سرزنش درونی و کاهش عزت‌نفس منجر شده و در نهایت، تحمل روانی آنان را نسبت به موقعیت‌های دشوار به شدت کاهش دهد (۹).

از این‌رو، بررسی علمی و عمیق‌تر سازوکار تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال دوقطبی، نه تنها به فهم دقیق‌تر پویایی‌های روان‌شناختی این اختلال کمک می‌کند، بلکه می‌تواند نقش مؤثری در طراحی مداخلات روان‌درمانی هدفمند و مؤثر برای بهبود کیفیت زندگی این گروه ایفا کند. در ادبیات بین‌المللی، استفاده از درمان‌هایی مانند رفتار درمانی دیالکتیکی (Dialectical Behavior Therapy)، ذهن‌آگاهی (Mindfulness)، و مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy) برای افزایش تحمل پریشانی در این بیماران پیشنهاد شده است (۱۰-۱۲). با این حال، در ادبیات داخلی، بررسی منسجم و علمی این مفهوم در جمعیت زنان مبتلا به اختلال دوقطبی هنوز محدود و نیازمند توسعه است. پژوهش حاضر، با درک خلأ موجود در این زمینه و با تأکید بر اهمیت توجه به جنسیت، فرهنگ و ویژگی‌های فردی، در صدد آن است که به بررسی دقیق ابعاد تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال دوقطبی بپردازد. هدف از این پژوهش، نه فقط شناخت ویژگی‌های روان‌شناختی این گروه، بلکه کمک به گسترش ادبیات پژوهشی، و ارتقاء کیفیت مداخلات درمانی

بومی و مبتنی بر نیازهای فرهنگی است. امید است نتایج حاصل از این مطالعه، بتواند گامی مؤثر در جهت بهبود سلامت روان زنان و تقویت مداخلات بالینی مبتنی بر شواهد فراهم آورد.

با توجه به ناکارآمدی صرف دارودرمانی در مدیریت کامل علائم روان‌شناختی در اختلال دوقطبی، رویکردهای درمانی مکمل با محوریت تنظیم هیجان و ارتقای خودشفقتی، اهمیت بیشتری یافته‌اند. یکی از رویکردهای نوظهور که طی سال‌های اخیر توجه روان‌درمانگران را جلب کرده، درمان مبتنی بر شفقت (Compassion-Focused Therapy) است. این درمان توسط گیلبرت (۱۳) با هدف کاهش خودانتقادی، شرم و افزایش احساس امنیت هیجانی ارائه شده و بر توسعه سیستم آرام‌سازی در مغز تأکید دارد. درمان مبتنی بر شفقت با فعال‌سازی سیستم عصبی پاراسمپاتیک، به افراد کمک می‌کند تا با هیجانات دشوار، بدون قضاوت و با مهربانی نسبت به خود مواجه شوند (۱۴). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که این رویکرد می‌تواند سطوح اضطراب، افسردگی و احساس گناه را کاهش دهد (۱۵). با این حال، مطالعات بسیار اندکی به‌طور خاص اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت را در جمعیت زنان مبتلا به اختلال دوقطبی بررسی کرده‌اند.

در ایران نیز، با وجود شیوع بالای اختلالات خلقی در میان زنان، تحقیقات کمی در زمینه استفاده از رویکردهای شفقت‌محور انجام شده است. این خلأ پژوهشی، ضرورت انجام مطالعه حاضر را برجسته می‌سازد. این پژوهش تلاش می‌کند با بررسی تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر دو شاخص مهم سلامت روان یعنی اضطراب و تحمل پریشانی، پاسخی به این سؤال بدهد که آیا درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به‌طور معناداری اضطراب را کاهش و تحمل پریشانی را در زنان مبتلا به اختلال دوقطبی افزایش دهد؟

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و دو بود که در سال ۱۴۰۳ به بیمارستان روانپزشکی رازی و

کلینیک ارمغان تهران مراجعه کردند که از بین آن‌ها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، تشخیص اختلال دوقطبی بر اساس معیارهای DSM-5 که توسط روان‌پزشک تأیید شده باشد، نمره اضطراب متوسط تا شدید طبق پرسشنامه اضطراب بک، نداشتن بیماری‌های جسمی شدید یا ناتوان‌کننده که در روند درمان اختلال ایجاد کند، سطح سواد حداقل دوره ابتدایی، جنسیت زن، عدم شرکت هم‌زمان در دوره‌های روان‌درمانی دیگر و معیارهای خروج از پژوهش شامل: غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل شرکت‌کننده به ادامه شرکت در پژوهش، شرکت هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر و عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. پس از انتخاب افراد نمونه، در مورد موضوع، دوره‌های درمان و اهداف آن‌ها برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و به آن‌ها ملاحظات اخلاقی پژوهش توضیح داده شد. ملاحظات اخلاقی نیز به شرح ذیل رعایت شد: پیش از شروع مطالعه شرکت‌کنندگان از فرآیند و اهداف مطالعه و روش اجرای پژوهش آگاه شدند، شرکت‌کنندگان از بی‌ضرر بودن مطالعه، آگاه شدند، شرکت‌کنندگان از امکان خروج آزادانه در هر مرحله مطالعه که تمایل داشته باشند، آگاه شدند و پژوهشگر متعهد شد تا از اطلاعات خصوصی آزمودنی‌ها محافظت کند و از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش استفاده کند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

۱- سیاهه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory): این سیاهه توسط بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ (۱۶) برای نوجوانان و بزرگسالان ساخته شد. این سیاهه ۲۱ گویه دارد که هر کدام از گویه‌ها نماینده یکی از علائم اضطراب (علائم ذهنی، علائم بدنی و هراس) است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب محسوب می‌شوند و یا در وضعیت اضطراب‌انگیزی قرار دارند، تجربه می‌کنند. فرد با توجه به نمره کسب شده می‌تواند در چهار طبقه فقدان

محمود بختیاری قلعه و همکاران

باز آزمایشی در فاصله ی زمانی سه ماه برای کل مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد، همچنین بین مقیاس تحمل پریشانی با هیجان مثبت، هیجان منفی و وابستگی به سیگار به ترتیب همبستگی های ۰/۵۴، ۰/۲۲ و ۰/۶۵ به دست آمد. در مطالعه حاجی شریفی و همکاران نیز برای بررسی روایی صوری و محتوایی این مقیاس به روش کیفی، از نظر سه متخصص استفاده شد و بعد از تأیید، مقیاس مورد استفاده قرار گرفت. همچنین همسانی درونی نمره کل این آزمون به روش آلفای کرونباخ توسط حاجی شریفی و همکاران، ۰/۸۶ گزارش شد (۲۱). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

پروتکل درمان مبتنی بر شفقت به خود (Compassion-Focused Therapy): برنامه مداخله ای در پژوهش حاضر برگرفته از برنامه درمان گروهی مبتنی بر شفقت به خود گیلبرت در سال ۲۰۰۹ (۱۳) بود که رئوس و محتوای اصلی هر جلسه توسط درمانگر ارائه می شد و آنگاه افراد گروه آزمایش فعالانه وارد بحث می شدند. فرایند هر جلسه شامل مرور مباحث قبلی، آموزش مستقیم به صورت سخنرانی، بحث گروهی، بارش فکری، انجام تکالیف و ایفای نقش بود. نحوه اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از کسب هماهنگی های لازم جهت اجرای پژوهش و تعیین گروه های آزمایش و کنترل، شرکت کنندگان پیش از اجرای مداخله، به پرسشنامه های پژوهش به عنوان پیش آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایش، درمان مبتنی بر شفقت به خود را طی هشت جلسه، هر هفته یک جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه توسط پژوهشگر دریافت نمودند، اما شرکت کنندگان گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر دو گروه در مرحله پس آزمون به پرسشنامه های پژوهش پاسخ دادند و داده های حاصل از پیش آزمون و پس آزمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. خلاصه آموزش جلسات درمان مبتنی بر شفقت به خود در جدول ۱ ارائه شده است.

اضطراب (۷ تا ۰)، خفیف (۸ تا ۱۵)، متوسط (۱۶ تا ۲۵) و شدید (۲۶ تا ۶۳) قرار گیرد. نحوه پاسخگویی به صورت لیکرت اصلاً (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) است و به این ترتیب نمره کلی فرد بین ۰ تا ۶۳ قرار می گیرد. بک و همکاران (۱۶) در پژوهشی همسانی درونی سیاهه اضطراب را برابر ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی یک هفته ای آن را ۰/۷۵ و روایی همگرایی این سیاهه را از طریق محاسبه همبستگی این مقیاس با مقیاس اضطراب همیلتون ۰/۵۱ به دست آورد. در پژوهش کویانی و موسوی (۱۷) نتایج ارزیابی روایی این سیاهه از طریق محاسبه همبستگی میان طبقه ای بین دو متغیر نمرات حاصل از این سیاهه و ارزیابی متخصصان بالینی پیرامون میزان اضطراب افراد در جمعیت ۰/۷۲ به دست آوردند. همچنین آن ها در پژوهش خود میزان پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی این سیاهه را در بازه زمانی دو هفته ای نیز ۰/۸۳ گزارش کردند (۱۷). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

۲- پرسشنامه تحمل پریشانی (Distress Tolerance Scale): سیمونز و گاهر این پرسشنامه را در سال ۲۰۰۵ معرفی نموده اند که شامل ۱۵ گویه و چهار مؤلفه شامل تحمل پریشانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی است. این مقیاس در طیف پنج درجه ای لیکرت از کاملاً موافقم = ۱ تا کاملاً مخالفم = ۵ امتیازدهی می گردد و گویه ۶ به گونه معکوس نمره گذاری می گردد و افزایش امتیازات به معنای افزایش تحمل پریشانی است. در پژوهش سیمونز و گاهر ضریب آلفای پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد (۱۸). در مطالعه هسو و همکاران (۱۹) به منظور بررسی اعتبار همگرا، این مقیاس با پرسش نامه پنج وجهی ذهن آگاهی مقایسه شد که نتایج نشان دهنده همبستگی مثبت بالا بین مقیاس تحمل پریشانی و تمام خرده مقیاس های پرسش نامه پنج وجهی ذهن آگاهی بود. در ایران نیز در پژوهش توکلی و کاظمی زهرانی (۲۰) ضریب پایایی به روش

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر شفقت به خود

جلسه	اهداف	محتوای جلسه
جلسه ۱	آشنایی با اصول کلی درمان	اجرای پیش آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساختار کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، گروه بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت؛ ارزیابی و بررسی میزان شرم، خودانتقادی و خودشفقتی اعضا، مفهوم سازی آموزش خودشفقتی.
جلسه ۲	شناخت مؤلفه‌های خودشفقتی	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا.
جلسه ۳	آموزش و پرورش خودشفقتی اعضا	مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و 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.
جلسه ۴	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» یا «بدون شفقت»، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت آمیز» (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات.
جلسه ۵	اصلاح و گسترش شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد «تمرین‌های پرورش ذهن مشفق» (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیشرو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف.
جلسه ۶	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقت‌تورز، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی.
جلسه ۷	فنون ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت.
جلسه ۸	ارزیابی و کاربرد	آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های 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 پاسخگویی به سوالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس آزمون.

یافته‌ها

۶ نفر (۴۰٪) کارشناسی و ۱ نفر (۷/۶٪) کارشناسی ارشد و در گروه کنترل ۶ نفر (۴۰٪) کمتر از دیپلم، ۷ نفر (۶/۴۶٪) کارشناسی و ۲ نفر (۴/۱۳٪) کارشناسی ارشد بودند. از نظر تأهل در گروه آزمایش ۹ نفر (۶۰٪) متأهل و ۶ نفر (۴۰٪) مجرد و در گروه کنترل ۷ نفر (۴۷٪) متأهل و ۸ نفر (۵۳٪) مجرد بودند. جدول ۲ آمار توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

تعداد افراد شرکت کننده در دو گروه آزمایش و کنترل هر کدام ۱۵ نفر بودند. از لحاظ سن در گروه آزمایش ۵ نفر (۳/۳۳٪) کمتر از ۳۰ سال، ۸ نفر (۵۳/۳٪) بین ۳۰ تا ۵۰ سال و ۲ نفر (۴/۱۳٪) بالای ۵۰ سال و در گروه کنترل ۳ نفر (۲۰٪) کمتر از ۳۰ سال، ۹ نفر (۶۰٪) بین ۳۰ تا ۵۰ سال و ۳ نفر (۲۰٪) بالای ۵۰ سال بودند. از نظر تحصیلات در گروه آزمایش ۸ نفر (۳/۵۳٪) کمتر از دیپلم،

جدول ۲. شاخص توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	گروه آزمایش		گروه کنترل		سطح معناداری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
اضطراب	پیش آزمون	۴۱/۲۳	۵/۷۸	۴۰/۶۷	۶/۱۲	۰/۱۸۸
	پس آزمون	۲۵/۳۴	۴/۵۶	۳۹/۸۹	۶/۰۴	۰/۴۰۲
تحمل	پیش آزمون	۵/۱۰	۱/۰۲	۶/۹۰	۱/۳۷	۰/۷۸۲
	پس آزمون	۷/۲۰	۳/۵۰	۶/۹۵	۱/۲۷	۰/۲۹۴

محمود بختیاری قلعه و همکاران

۰/۱۹۹	۰/۹۰۸	۱/۹۲	۷/۳۰	۱/۰۹	۷/۴۰	پیش آزمون	ارزیابی
۰/۵۹۵	۰/۹۴۷	۱/۱۹	۸/۲۵	۲/۳۰	۱۰/۳۵	پس آزمون	
۰/۲۱۳	۰/۹۱۰	۰/۸۹	۶/۸۰	۲/۹	۷/۷۵	پیش آزمون	تنظیم
۰/۰۵۵	۰/۸۶۵	۰/۹۴	۷/۸۷	۲/۶۳	۹/۴۵	پس آزمون	
۰/۴۸۱	۰/۹۳۹	۱/۲۵	۷/۲۵	۱/۰۳	۹/۱۵	پیش آزمون	پذیرش
۰/۲۵۱	۰/۹۱۶	۱/۱۷	۷/۴۵	۲/۳۵	۱۱/۵۵	پس آزمون	

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار اضطراب و تحمل پریشانی در گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد. در گروه کنترل، میانگین همه متغیرها در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تقریباً بدون تغییر ماند. در مقابل در گروه آزمایش میانگین متغیر اضطراب پس از مداخله پایین تر و متغیر تحمل پریشانی بالاتر از پیش آزمون بود. به طور کلی، الگوی تغییرات در گروه آزمایش همسو با انتظار و به نفع بهبود بود، در حالی که در گروه کنترل تغییر معناداری در جهت مطلوب دیده نشد. در ادامه برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پیش فرض های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش فرض توزیع طبیعی بودن (نرمال بودن) از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که بر اساس نتایج جدول ۲ مؤید نرمال بودن توزیع همه متغیرهاست؛

سطوح معناداری همگی بزرگتر از ۰/۰۵ قرار دارند. بنابراین پیش فرض نرمالیتی برای انجام تحلیل کوواریانس رعایت شده است. پیش فرض همگنی واریانس ها با آزمون لوین بررسی شد، این پیش فرض در مرحله پس آزمون ($P > 0.05$) مورد تأیید قرار گرفت (اضطراب، $F = 3.096$ و $P = 0.089$ ؛ تحمل پریشانی، $F = 0.187$ و $P = 0.749$). جهت بررسی پیش فرض دیگر این آزمون یعنی تساوی ماتریس کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد که از لحاظ آماری معنی دار نبود و این به معنی برقراری مفروضه تساوی ماتریس های واریانس و کوواریانس می باشد (اضطراب، $F = 1.96$ و $P = 0.06$). از آنجایی که پیش فرض ها برقرار بودند، لذا می توان از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد و نتایج آن قابل اطمینان می باشد که نتایج آن در جدول ۲ و ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج آزمون های چند متغیره پس آزمون اضطراب و تحمل پریشانی

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
اثر پیلاپی	۰/۷۸۸	۹۶/۴۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۸۸	۰/۸۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۱۰۲	۹۶/۴۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۸۸	۰/۸۹۹
اثر هتلینگ	۰/۱۱۵	۹۶/۴۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۸۸	۰/۸۹۹
بزرگترین ریشه روی	۰/۱۰۷	۹۶/۴۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۸۸	۰/۸۹۹

نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که لامبدای ویلکز ($P = 0.001$) و $F = 96.487$) معنادار است. نتایج مؤید آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون اضطراب و تحمل پریشانی با کنترل (حذف یا کووریت) پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجاد شده است و ضریب تاثیر نشان می دهد که ۷۸ درصد تفاوت دو گروه مربوط به درمان مبتنی بر شفقت به خود است. بعد از این، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هریک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه از متغیر مستقل (درمان مبتنی بر شفقت به خود) اثر پذیرفته است یا خیر؟ بدین منظور از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (تحلیل مانکوا) استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که لامبدای ویلکز ($P = 0.001$) و $F = 96.487$) معنادار است. نتایج مؤید آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون اضطراب و تحمل پریشانی با کنترل (حذف یا کووریت) پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجاد شده است و ضریب تاثیر نشان می دهد که ۷۸ درصد تفاوت دو گروه مربوط به درمان مبتنی بر شفقت به خود است. بعد از این، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هریک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه از متغیر مستقل (درمان مبتنی بر شفقت به خود) اثر پذیرفته است یا خیر؟ بدین منظور از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (تحلیل مانکوا) استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره اضطراب و تحمل پریشانی

متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
اضطراب	۴۶/۴۳۲	۱	۴۶/۴۳۲	۹/۹۶۵	۰/۰۰۰	۰/۳۳۱	۰/۷۶۵
تحمل	۱۱/۷۳۱	۱	۱۱/۷۳۱	۵/۲۷	۰/۰۳۳	۰/۲۰۹	۰/۵۸۹
ارزیابی	۱/۸۴۴	۱	۱/۸۴۴	۱/۲۸۷	۰/۰۱۲	۰/۰۶	۰/۱۹۱
تنظیم	۵	۱	۵	۱۷/۲۹۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶۴	۰/۹۷۷
پذیرش	۱/۲۱۶	۱	۱/۲۱۶	۱/۷۶۳	۰/۰۰۱	۰/۰۸۱	۰/۲۴۴

سالم بر چالش‌ها غلبه کنند، امیدوار باشند و با جریان زندگی شنا کنند (۲۸). محققان بیان کرده اند شفقت ورزی بالا با کاهش نشخوار فکری همراه است و از افراد در مقابل استرس حمایت می کند و به معنای پذیرش احساسات آسیب پذیر، مراقبت و مهربانی نسبت به خود، نگرش غیرارزیابانه نسبت به نارسایی ها و شکست های خویش و بازشناسی تجربیات فرد، تعریف می شود (۲۹). به طور کلی هدف از درمان توصیف شده، تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود است که حمله به خود را تضعیف کرده، پذیرش خود را بیشتر و آشفتگی عاطفی را کاهش می دهد. بنابراین فرد را قادر می سازد که بیشتر خود را تسکین داده و کنترل کند. شواهد نشان می دهد افرادی که از شفقت ورزی بالاتری برخوردارند، افسردگی، اضطراب و نشخوارگری کمتری را در موقعیت های اجتماعی چالش انگیز تجربه می کنند و از رضایت بیشتری در زندگی برخوردار هستند (۳۰).

آموزش شفقت به خود، به فرد کمک می کند که از شکل گیری افکار بدبینانه و نشخوارهای فکری به عنوان خمیسه محوری افسردگی پیشگیری کند (۳۱)، و از آنجا که بخش عمده ای از هیجان های منفی که افراد تجربه می کنند، ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن آن ها ایجاد می شود، می توان گفت شفقت به خود و ذهن آگاه بودن با کاهش نشخوارگری افراد موجب کاهش هیجان های منفی در آن ها می شود. در واقع شفقت به خود مانند یک ضربه گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می کند. افراد دارای شفقت به خود بالا از آنجا که با سخت گیری کمتر خودشان را مورد قضاوت قرار می دهند، وقایع منفی زندگی را راحت تر می پذیرند و خودارزیابی ها و واکنش هایشان دقیق تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی شان است؛ چراکه قضاوت خود در این افراد نه به سمت یک خودانتقادی اغراق آمیز میل می کند

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می شود استفاده از درمان مبتنی بر شفقت به خود بر کاهش اضطراب و افزایش تحمل پریشانی در مرحله پس آزمون تأثیر دارد.

بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر خود بر اضطراب و تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال دو قطبی بود. اولین یافته پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت به خود بر اضطراب زنان مبتلا به اختلال دو قطبی مؤثر بوده است. بدین معنی که درمان مبتنی بر شفقت به خود باعث کاهش اضطراب در گروه آزمایش گردید. این یافته با نتایج پژوهش های ارشادسرابی و عندلیب کواریم (۲۲)، علی مهدی و خسروی (۲۳)، کاوسی و همکاران (۲۴)، پرندین (۲۵)، هان و کیم (۲۶) و سراتو و همکاران (۲۷) همسو بود.

در تبیین این یافته ها می توان گفت که درمان شفقت محور نیز با تنظیم احساسات منفی، کاهش قضاوت درباره خود و ادراک شایستگی در فرد خوش بینی را نسبت به قابلیت ها در فرد افزایش می دهد. همچنین، تمرینات شفقت به افراد کمک می کند تا بفهمند از دیدگاه های مختلف دارای پتانسیل بسیاری هستند که بخشی از وجود آن هاست و هویتی است که از جنبه انگیزشی یا هیجانی با آن شناخته می شوند؛ از این رو، این تمرینات باعث افزایش حرمت خود و همچنین، خودکارآمدی می شود به علاوه، این درمان با فعال سازی سیستم امنیت و خنثی سازی سیستم تهدید به افراد می آموزد در مواجهه با سختی ها و رنج ها با خود مهربان باشند و استرس های ناشی از مشکلات را بدون درگیر شدن با تجربیات و افکار منفی تحمل کنند و از این طریق تاب آوری را افزایش دهند. در نهایت، این درمان با القای نگرش های بهتر به افراد کمک می کند تا درباره ارزیابی های غیرمنطقی خود بیاموزند، به طور واقع بینانه و

آن‌ها احترام بگذارند و از داشتن این ویژگی‌ها احساس رضایت کنند (۴۰). در واقع آموزش رویکرد خودشفقتی به فرد کمک می‌کند تا بر روی کسب شفقت، تمرین‌های تمرکز و اقدام مشفقانه تمرکز کند. شفقت به افراد کمک می‌کند تا نسبت به خود و دیگران مهربان باشند و اولین قدم برای نشان دادن مهربانی، حساسیت نسبت به رنج خود و دیگران است، نه حساسیت به رفتار خود و دیگران. همچنین رویکرد شفقت به افراد آموزش می‌دهد که هر چقدر رفتار مهربانانه بیشتری داشته باشند کم کم ذهن آن‌ها هم مهربان می‌شود (۴۱). بنابراین به مراجع پیشنهاد می‌شود تا از طریق تحمل پریشانی که چگونه زندگی معنادار، غنی و کاملی داشته باشند. این فرایند منجر به کاهش علائم افسردگی و بهبود مولفه‌های روانشناختی مثبت می‌گردد. همچنین به کمک رویکرد شفقت به افراد مولفه‌های اشتیاق که شامل: حساسیت، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی، غیر قضاوتی نبودن و مراقبت از بهزیستی آموزش داده می‌شود تا بتوانند رنجی که دارند را تحمل کنند و در راستای ارزش‌ها مشغول باشند و در عین حال خود را درک کنند.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود که می‌توان به چند مورد از آن اشاره کرد: به دلیل عدم دسترسی طولانی‌مدت به شرکت‌کنندگان، امکان اجرای مرحله پیگیری برای ارزیابی دوام اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود و حفظ نتایج درمان وجود نداشت. نمونه مورد بررسی شامل مراجعه‌کنندگانی بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند؛ بنابراین در تعمیم نتایج باید با احتیاط عمل شود. از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی برای سنجش متغیرهای پژوهش و ارزیابی پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. به‌طور کلی پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده، مرحله پیگیری گنجانده شود. همچنین برای افزایش قابلیت تعمیم نتایج، پژوهش‌هایی با حجم نمونه بیشتر، به روش نمونه‌گیری تصادفی و بر روی جمعیت‌های بالینی و غیربالینی و گروه‌های مختلف جامعه انجام گیرد. در پایان پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود در ترکیب با سایر درمان‌ها مورد ارزیابی و مقایسه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت

و نه به سمت یک تورم خود دفاعی. با توجه به این که عزت نفس تقریباً در تمام اختلالات روانی دستخوش تغییر و تزلزل گشته و با نشانه‌های مرضی همبسته است و از سویی با عوامل شناختی همچون افکار و باورهای غیر منطقی ارتباط دارد، لذا می‌توان با آموزش‌های شناختی- رفتاری و با شفقت درمانی، تغییراتی در جهت بهبود آن ایجاد کرد (۳۲).

همچنین یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت به خود بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال دو قطبی مؤثر بوده است. بدین معنی که درمان مبتنی بر شفقت به خود باعث افزایش تحمل پریشانی در گروه آزمایش گردید. این یافته با نتایج پژوهش‌های شعبان و همکاران (۳۳)، امیدیان و همکاران (۳۴)، موسوی و همکاران (۳۵)، سعیدی نیا و آزموه (۳۶)، شاو و همکاران (۳۷) و ارول و همکاران (۳۸) همسو است.

در تبیین نتایج این یافته می‌توان گفت درمان شفقت‌محور رویکردی پرکاربرد برای پریشانی‌های هیجانی و آموزش ذهن شفقت‌ورز است و نشان می‌دهد مغز تکامل یافته ما به دلیل طراحی اولیه‌اش به طور بالقوه مشکل‌ساز است. با توجه به اینکه انتقاد از خود یک فرآیند مرکزی است که توسط مداخلات شفقت‌آمیز هدف قرار می‌گیرد، شفقت به خود به‌عنوان یک استراتژی خودتنظیمی مهم برای مقابله با رنج از طریق اذعان به احساسات ناخوشایند همراه با مهربانی به خود، ایجاد ارتباط بین تجربیات شخصی و تجربیات انسانی و همراهی درد با ذهن آگاهی به جای انتقاد از خود، منزوی کردن خود و هم‌ذات‌پنداری بیش از حد با درد، افراد را تشویق می‌کند که رفتارهای مشفقانه را برای دسترسی به سیستم‌های آرامش‌بخش تمرین کنند (۳۹). ارزیابی اثربخشی این درمان نیز نشان می‌دهد درمان شفقت‌محور بر افزایش حرمت خود، کاهش استرس، احساس آرامش، درمان افسردگی و بهبود انتقاد از خود مؤثر است و باعث کاهش نشانه‌های اضطراب، استرس و افسردگی و ترغیب هیجانات مثبت در زنان می‌شود. توجه به ویژگی‌ها و جنبه‌های مثبت رفتارها به جای تمرکز بر نقاط ضعف و جنبه‌های منفی رفتار حائز اهمیت است. وقتی فرد ارزیابی مثبتی از خود و دیگران و زندگی داشته باشند، احساس ارزشمندی بیشتری می‌کنند. برای این که آن‌ها به چنین دیدگاهی برسند بایستی از خصوصیات مثبت، توانایی‌ها، زیبایی‌ها و استعداد‌های خاص خودآگاه شده و به

می‌شود، بلکه توان مقابله با پریشانی و تنظیم هیجانات را در این گروه از بیماران افزایش می‌دهد و می‌تواند به پایداری بیشتر در روند درمان و کاهش احتمال عود علائم کمک کند.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی نویسنده اول می‌باشد. از تمامی افرادی که در این پژوهش همکاری لازم را داشته‌اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌کنیم.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. McIntyre RS, Alda M, Baldessarini RJ, Bauer M, Berk M, Correll CU, Fagiolini A, Fountoulakis K, Frye MA, Grunze H, Kessing LV. The clinical characterization of the adult patient with bipolar disorder aimed at personalization of management. *World Psychiatry*. 2022;21(3):364-87. <https://doi.org/10.1002/wps.20997>
2. Dembek C, Mackie D, Modi K, Zhu Y, Niu X, Grinnell T. The economic and humanistic burden of bipolar disorder in adults in the United States. *Annals of General Psychiatry*. 2023;22(1):13. <https://doi.org/10.1186/s12991-023-00440-7>
3. Nierenberg AA, Agustini B, Köhler-Forsberg O, Cusin C, Katz D, Sylvia LG, Peters A, Berk M. Diagnosis and treatment of bipolar disorder: a review. *Jama*. 2023;330(14):1370-80. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.18588>
4. Larocque MC, Fortin-Vidah G, Angers M, Garceau L, Gros L, Fournel I, Provencher MD. Anxiety in bipolar disorder: a review of publication trends. *Journal of Affective Disorders*. 2023;320:340-7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.057>
5. Veilleux JC. A theory of momentary distress tolerance: Toward understanding contextually situated choices to engage with or avoid distress. *Clinical Psychological Science*. 2023;11(2):357-80. <https://doi.org/10.1177/21677026221118327>
6. Maroufi EV, Abed M, Shariat A. The Effect of Dialectical Behaviour Therapy on Self-

به خود می‌تواند به‌طور معناداری به کاهش اضطراب و افزایش تحمل پریشانی در زنان مبتلا به اختلال دو قطبی کمک کند. این نوع درمان با تمرکز بر پذیرش خود، مهربانی درونی و کاهش قضاوت‌های منفی نسبت به اشتباهات و ضعف‌ها، موجب کاهش سطح تنش روانی و افزایش احساس ایمنی درونی می‌شود. در نتیجه، افراد با توانایی بیشتری می‌توانند با نوسانات خلقی و موقعیت‌های استرس‌زا مواجه شوند، بدون آنکه دچار افت شدید هیجانی یا اضطراب شوند. به‌طور کلی، یافته‌ها تأکید دارند که پرداختن به ابعاد عاطفی و شناختی از طریق تقویت شفقت به خود می‌تواند به‌عنوان یک راهکار درمانی مؤثر در کنار درمان‌های دارویی و روان‌درمانی کلاسیک برای زنان مبتلا به اختلال دو قطبی مورد استفاده قرار گیرد. این رویکرد نه‌تنها موجب بهبود کیفیت زندگی روانی و احساس آرامش

- Management, Distress Tolerance and Feeling of Loneliness of Patients With Bipolar Disorder With a History of Psychiatric Hospitalization. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2025;32(4):e70141. <https://doi.org/10.1002/cpp.70141>
7. Miklowitz DJ, Johnson SL. *Bipolar disorder. Psychopathology: History, Diagnosis, and Empirical Foundations*, Third Edition. 2017:317-63. <https://doi.org/10.1002/9781394258949.ch8>
8. Malhi GS, Bargh DM, Kuiper S, Coulston CM, Das P. Modeling bipolar disorder suicidality. *Bipolar Disorders*. 2013;15(5):559-74. <https://doi.org/10.1111/bdi.12093>
9. Rezapur R, Abbasi N. The Effectiveness of Intervention Based on Coping with Emotional Failure in Promoting Distress Tolerance of Bipolar Patients. *Journal of Preventive*. 2025;6(1):65-81. https://jpc.uma.ac.ir/article_3692.html
10. Schaich A, Braakmann D, Rogg M, Meine C, Ambrosch J, Assmann N, Borgwardt S, Schweiger U, Fassbinder E. How do patients with borderline personality disorder experience Distress Tolerance Skills in the context of dialectical behavioral therapy?-A qualitative study. *Plos one*. 2021;16(6):e0252403. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252403>
11. Liu B, Xie Q, Guan Y, Liu X. The longitudinal mediating effect of distress tolerance in a mindfulness-based intervention: A randomized controlled trial. *Journal of Evidence-Based*

- Psychotherapies. 2023;23(2). <https://doi.org/10.24193/jebp.2023.2.10>
12. Fadhil AA, Kadhim QK, Shakir A, Alaraji MK, Ali Hussein H, Yousuf LM. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance and Death Anxiety in Patients with Lung Cancer. *International Journal of Body, Mind & Culture* (2345-5802). 2022;9.
 13. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*. 2009;15(3):199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
 14. Slivjak ET, Kirk A, Arch JJ. The psychophysiology of self-compassion. *Handbook of self-compassion*. 2023:291-307. https://doi.org/10.1007/978-3-031-22348-8_17
 15. Finlay-Jones AL. The relevance of self-compassion as an intervention target in mood and anxiety disorders: A narrative review based on an emotion regulation framework. *Clinical Psychologist*. 2017;21(2):90-103. <https://doi.org/10.1111/cp.12131>
 16. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1988;56(6):893. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
 17. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran Univ Med J*. 2008; 66 (2) :136-140. <http://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-fa.html>
 18. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*. 2005;29(2):83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
 19. Hsu SH, Collins SE, Marlatt GA. Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Addictive behaviors*. 2013;38(3):1852-8. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.11.002>
 20. Tavakoli Z, kazemi zahrani H. Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Distress Problems and Self-Regulation in Patients with Type 2 Diabetes. *IJNR*. 2018; 13 (2) :41-49. <http://ijnr.ir/article-1-1966-fa.html>
 21. Haji sharifi R, Keshavarz S, Kakavand A. The Relationship Between Family Functioning and Distress Tolerance in Female Students: The Mediating Role of Self-esteem. *J Child Ment Health*. 2023; 10 (1) : 17-31. <http://ijnr.ir/article-1-1966-fa.html> <https://doi.org/10.61186/jcmh.10.1.3>
 22. Ershad Sarabi M, Andalib Koraim M. Treatment Based On Compassion Therapy on Anxiety and Resilience of Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of Psychology New Ideas*. 2024;19(23):1-2. <http://jnip.ir/article-1-1124-fa.html>
 23. Alimehdi M, Khosravi N. The effectiveness of self-compassion training on anxiety sensitivity, uncertainty intolerance and psychological distress in people with social anxiety. *Clinical Psychology Achievements*. 2022;8(1):1-4.
 24. Kavousi L, Abbasi G, Mirzaian B. The effectiveness of compassion-focused therapy on psychological distress, self-concept, and social support for people with binge eating disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2021;9(3):50-62. <http://ijpn.ir/article-1-1758-fa.html>
 25. Parandin S. The Effectiveness of Self-Compassion-Focused Therapy in Psychological Distress and Emotion Regulation Strategies of Female Victims of Domestic Violence. *Iranian Journal of Family Psychology*. 2024;11(1):1-7.
 26. Han A, Kim TH. Effects of self-compassion interventions on reducing depressive symptoms, anxiety, and stress: A meta-analysis. *Mindfulness*. 2023;14(7):1553-81. <https://doi.org/10.1007/s12671-023-02148-x>
 27. Serrão C, Valqauresma A, Rodrigues AR, Duarte I. Mediation of self-compassion on pathways from stress and anxiety to depression among portuguese higher education students. *InHealthcare*. 2023;11(18):2494. <https://doi.org/10.3390/healthcare11182494>
 28. Neff KD. Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*. 2023;74(1):193-218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
 29. Svendsen JL, Kvernenes KV, Wiker AS, Dundas I. Mechanisms of mindfulness: Rumination and self-compassion. *Nordic Psychology*. 2017;69(2):71-82. <https://doi.org/10.1080/19012276.2016.1171730>
 30. Wilson AC, Mackintosh K, Power K, Chan SW. Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*. 2019;10(6):979-95. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-0111-1>

- [org/10.1007/s12671-018-1037-6](https://doi.org/10.1007/s12671-018-1037-6)
31. Abad Y, Haroon Rashidi H. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Rumination and Existential Anxiety in the Elderly Men. *Aging Psychology*. 2022; 8(1): 10-1.
 32. Hong JE, Kim M. Effects of a psychological management program on subjective happiness, anger control ability, and gratitude among late adolescent males in Korea. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(8):2683. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082683>
 33. Shaban N, Alizadeh M, Sepahmansour M. The Comparing Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Compassion-Focused Therapy on Distress Tolerance in Women with Psoriasis. *Journal of Nursing Education*. 2024;13(5):77-91. <http://jne.ir/article-1-1654-en.html>
 34. Alimehdi M, Khosravi N. The effectiveness of self-compassion training on anxiety sensitivity, uncertainty intolerance and psychological distress in people with social anxiety. *Clinical Psychology Achievements*. 2022;8(1):1-4.
 35. Mousavi SM, Khajevand Khoshli A, Asadi J, Abdollahzadeh H. Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance in women with systemic lupus erythematosus. *Journal of Psychological Science*. 2021;20(99):453-60.
 36. Saeedinia S, Azmoudeh M. The Effectiveness of Mindful Self-Compassion Program on Distress Tolerance, Emotional Expression, and Psychological Flexibility in Individuals with Social Anxiety Disorder. *Journal of Modern Psychology*. 2024;5(1):53-71.
 37. Shaw JL, Kelly AC. How exposure to personal distress with and without self-compassion affects distress tolerance: Results from a two-sample randomized trial. *Mindfulness*. 2024;15(3):570-85. <https://doi.org/10.1007/s12671-024-02312-x>
 38. Erol Y, Inozu M. An investigation of the mediating roles of emotion regulation difficulties, distress tolerance, self-compassion, and self-disgust in the association between childhood trauma and nonsuicidal self-injury. *Archives of suicide research*. 2024;28(3):815-29. <https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2237083>
 39. Neff KD. Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*. 2023;74(1):193-218. <https://doi.org/10.1002/wps.20925>
 40. Mansoryjalilian H, Momeni K, Karami J. Predicting quality of life based on the positive and negative dimensions of self-compassion in female-headed households: The mediating role of psychological empowerment. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2022;17(66):263-72.
 41. Farhadi M, Rahimi H, Paydar MR, Vassel MY. The Effectiveness of Self-Compassion-Focused Therapy on Cognitive Vulnerability to Depression. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2023;18(2):134. <https://doi.org/10.18502/ijps.v18i2.12364>