

اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت به شیوه گروهی

بر شرم درونی شده در بیماران مبتلا به

پسوریازیس

موسی الرضا برزمینی، علی حسینیائی*

گروه روان شناسی و علوم تربیتی، واحد آزاد شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۰۹/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: پسوریازیس یک بیماری شایع، التهابی و مزمن است که مشکلات روان‌شناختی زیادی را برای بیماران مبتلا به همراه دارد. درمان متمرکز بر شفقت شیوه درمانی نوینی است که با هدف کاهش میزان خودانتقادی و شرم در افراد شکل گرفت. با توجه به این که بیماران مبتلا به پسوریازیس به دلیل اثرات نامطلوب بیماری بر زیبایی فرد، احساس شرم زیادی دارند، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین و بررسی اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت به شیوه گروهی بر شرم درونی شده در بیماران مبتلا به پسوریازیس انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. ۴۰ بیمار مبتلا به پسوریازیس مراجعه کننده به کلینیک تخصصی پوست بیمارستان حکیم جرجانی و بیمارستان شهید صیاد شیرازی شهر گرگان در سال ۱۳۹۷ به شیوه در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی در گروه‌های ۲۰ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس شرم درونی شده کوک استفاده شد که در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه به وسیله آزمودنی‌های هر دو گروه تکمیل شد. آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه دو ساعته در معرض درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفتند، در حالی که شرکت کنندگان گروه کنترل تا پایان مرحله پیگیری، درمانی دریافت نمودند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و بونفرونی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمرات شرم درونی شده آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون $۰.۷۷/۴۰ \pm ۰.۲/۵۳$ ، در مرحله پس‌آزمون $۰.۶۲/۷۵ \pm ۰.۲/۳۷$ و در مرحله پیگیری $۰.۶۳/۵۰ \pm ۰.۵/۶۰$ بود. در گروه کنترل نیز، میانگین و انحراف معیار نمرات شرم درونی شده در مرحله پیش‌آزمون $۰.۷۷/۲۵ \pm ۰.۵/۰۴$ ، در مرحله پس‌آزمون $۰.۷۸/۶۵ \pm ۰.۴/۲۰$ و در مرحله پیگیری $۰.۷۶/۸۵ \pm ۰.۴/۶۷$ به دست آمد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت به طور معنی‌داری موجب کاهش شرم درونی شده در بیماران گروه تحت مداخله در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده بود ($p < ۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این مطالعه توضیح می‌شود از شیوه درمانی متمرکز بر شفقت جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش سلامت روان بیماران پوستی در مراکز و کلینیک‌های تخصصی پوست استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: شرم درونی شده، درمان متمرکز بر شفقت، پسوریازیس، بیمار

*نویسنده مسئول: علی حسینیائی، استادیار گروه روان شناسی و علوم تربیتی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران

Email: a.hosseinaei@gmail.com

مقدمه

پسوریازیس^(۱) یک بیماری پوستی التهابی شایع و مزمن است که تقریباً ۰/۵ تا ۱ درصد از کودکان و ۲ الی ۳ درصد از جمعیت جهان به آن مبتلا می‌شوند^(۱). علایم بیماری به صورت پلاک‌های پوسته ریز قرمز رنگ در نواحی مختلف بدن می‌باشد^(۲). پسوریازیس یک بیماری با توزیع دوجبهی است که دارای یک سن اساسی ظهور در ۲۰ تا ۳۰ سالگی و همچنین یک اوج کوچکتر برای ظهور در سنین ۵۰ تا ۶۰ سالگی است^(۳). شیوع بیماری در زنان و مردان یکسان است^(۴). اگر چه سبب‌شناسی پسوریازیس ناشناخته باقی مانده است، اما اعتقاد بر این است که این بیماری دارای علل چند عاملی بوده و دارای چندین مؤلفه کلیدی از جمله؛ استعداد ژنتیکی، محرک‌های محیطی در ترکیب با اختلال مانع پوست و بدعملکردی سیستم ایمنی می‌باشد^(۵).

پنج زیرگونه پسوریازیس شامل؛ ولگاریس^(۲) (پلاک)، گوتا^(۳)، پوسچولار^(۴)، اینورس^(۵) و اریترودریک^(۶) وجود دارند. شایع‌ترین نوع پسوریازیس، پسوریازیس پلاک است که تقریباً ۸۵ تا ۹۰ درصد از بیماران پسوریازیس را درگیر می‌کند^(۶). فشار زندگی با پسوریازیس برابر یا بیشتر از فشارهای حاصل از مشکلات طولانی مدتی نظیر؛ نارسایی قلبی - عروقی و بیماری ریه، مزمن است، اما کمتر به مشکلات حاصل از آن توجه شده است^(۷). تأثیرات بیماری موجب تداخل در فعالیت‌های فیزیکی بیماران مانند خواب و فعالیت‌های روزانه

می‌شود^(۲). در تحقیقی نشان داده شد که ۴۰ درصد این بیماران در انتخاب لباس مناسب دچار مشکل هستند^(۸).

۶۰ درصد بیماران مبتلا به پسوریازیس به خاطر این بیماری بیکار می‌شوند^(۹). از سوی دیگر بر منشأ روان‌تنی این بیماری نیز تأکید شده است^(۱۰). پسوریازیس همراه با مشکلات جسمانی و روانشناختی بارز و اختلالاتی است که معمولاً تأثیری مخرب بر روی کیفیت زندگی بیمار می‌گذارد^(۱۲ و ۱۱). بیماران مبتلا به پسوریازیس اغلب احساسات شرم و گناه را بیان می‌کنند و با این بیماری به آنها برچسب زده می‌شود^(۱۳). گزارش شده است که پسوریازیس روی روابط بین فردی بیماران و همچنین بهزیستی جنسی و میزان صمیمیت آنها تأثیر می‌گذارد^(۱۵ و ۱۴). پسوریازیس با مشکلات روانشناختی مختلفی از جمله؛ عزت نفس پایین، افسردگی، اضطراب، بدعملکردی جنسی و تفکرات خودکشی ارتباط دارد^(۱۷-۱۵).

یکی از مفاهیمی که باید در مورد بیماران مبتلا به پسوریازیس مورد توجه قرار گیرد، احساس شرم این بیماران است. شرم^(۷) یکی از مهمترین هیجان‌های خودآگاه است که تأثیر چشمگیری بر احساس فرد از خود، بهزیستی و آسیب‌پذیری نسبت به اختلال‌های روانی و شخصیت دارد^(۱۸). شرم یک تجربه عاطفی

1-Psoriasis
2-Vulgaris
3-Guttate
4-Pustular
5-Inverse
6-Erythrodermic
7-Shame

بسیاری از مردم، به ویژه افرادی که شرم و خودانتقادی بالایی دارند، هنگام ورود به درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خود حمایت‌گر دشواری‌هایی داشتند (۲۴). این درمان یکپارچه‌نگر، برگرفته از علم؛ عصب‌شناسی، روان‌شناسی اجتماعی، رشد، تحولی و همچنین بسیاری دیگر از سایر مدل‌های درمانی در مشکلات ذهنی است. در این درمان از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه شفقت ورز درونی مراجعان با خودشان، به جای سرزنش کردن، محکوم کردن، و یا خودانتقادی، کمک لازم به مراجعه کنندگان می‌شود. از نتایج این نوع درمان، مهم شمردن بهزیستی، درک و همدلی، همدردی کردن، عدم قضاوت و عدم مقصر شمردن دیگران، تحمل و یا تاب‌آوری آشفتگی و درد و رنج، از طریق توجه، تفکر، رفتار، تصویرسازی، احساس و حس کردن شفقت‌آمیز است (۲۵).

در درمان متمرکز بر شفقت افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (۲۶). بخش کلیدی در فرآیند درمان متمرکز بر شفقت این است که به افراد کمک شود، بفهمند که بسیاری از سوگیری‌ها/تحریف‌های شناختی، فرآیندهای زیستی و ذاتی هستند که به وسیله ژنتیک

بسیار ترسناک و ناتوان کننده است که با ارزیابی‌های منفی عمیق از خود مرتبط است. شدت شرم می‌تواند بیش از تحمل فرد باشد، و این امر به تلاش‌هایی برای تعدیل یا فرار از تجربه عاطفی همراه با آن منجر می‌شود (۱۹). شرم حالت‌های اجتناب و عقب‌نشینی را تحریک می‌کند که می‌تواند باعث زوال عملکرد شود. اگر چه شرم با هیجان‌ات دیگر همپوشانی دارد، اما دارای تمایزاتی کلیدی نیز هست. شرم از این نظر با احساس گناه^(۱) تفاوت دارد که گناه زمانی احساس می‌شود که یک شخص رفتارش را به طور منفی مورد قضاوت قرار می‌دهد، در حالی که شرم زمانی احساس می‌شود که شخص خودش را به طور منفی ارزیابی می‌کند (۲۰). همچنین شرم با احساس خجالت^(۲) نیز تفاوت دارد که هیجانی زودگذر بوده و ریشه در موقعیت‌های عمومی دارد (۲۱). در نهایت، شرم با احساس انزجار^(۳) نیز تفاوت دارد؛ انزجار یک هیجان اساسی است که شامل نفرت و حالت تهوع می‌شود و اجتناب از محرکی که می‌تواند باعث ایجاد بیماری شود را به همراه می‌آورد (۲۲). در مقایسه با گناه و خجالت زدگی، شرم ظاهراً دردناک تر است، همبستگی بیشتر و پایدارتری با اختلال روانی دارد و بیشتر می‌تواند پیامدهای تخریب کننده را پیش‌بینی کند (۲۳).

یکی از مداخلات روان‌شناختی موثر برای بیماران مبتلا به پسوریازیس، درمان متمرکز بر شفقت^(۴) است. درمان متمرکز بر شفقت به وسیله گیلبرت و در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که

1-Guilt
2-Embarrassment
3-Disgust
4-Compassion-Focused Therapy(CFT)

با مشکلات جدی جسمانی و روان‌شناختی روبرو می‌شوند، ضرورت دارد تا به طور جدی‌تری به پیامدهای روان‌شناختی نامطلوب این بیماری پرداخته شود و راهکارهای درمانی غیر دارویی مؤثر در کنار درمان‌هایی دارویی برای مقابله با پیشرفت این بیماری در بعد سلامت روانی بیماران به کار گرفته شود. همچنین در جستجو‌هایی که محقق در پژوهش‌های داخلی و خارجی انجام داد، پژوهشی که تأثیر مدل درمانی متمرکز بر شفقت را در مورد بیماران مبتلا به پسوریازیس مشخص نموده باشد، مشاهده نگردید، لذا به نظر می‌رسد با توجه عوارض و اثرات سوء این بیماری بر زندگی و سلامت روان مبتلایان، همه‌گیرشناسی بیماری و خلاء پژوهشی در مورد کاربرد درمان‌های روان‌شناختی به ویژه درمان متمرکز بر شفقت که در پژوهش‌های خارجی اثر بخشی آن مورد تأیید قرار گرفته لازم است در داخل کشور اثر بخشی این شیوه درمانی مورد بررسی قرار گیرد. بنابر این پژوهش حاضر با هدف تعیین و بررسی اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت به شیوه گروهی بر شرم درونی شده در بیماران مبتلا به پسوریازیس انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش را بیماران مبتلا به پسوریازیس مراجعه کننده به کلینیک تخصصی

و محیط ساخته شده‌اند. درمان متمرکز بر شفقت افراد را تشویق می‌کند که انگیزش شفقت را به دست آورده و رفتارهای شفقت‌آمیز را تمرین کنند تا بتوانند به سیستم‌های التیام بخشی دسترسی پیدا کنند (۲۷).

در تحقیقات مختلفی اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت در ارتقاء سلامت روانی (۲۸)، بهبود بیماران مبتلا به اختلالات خوردن (۲۹)، کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به زوال عقل (۳۰) و کاهش افسردگی، اضطراب و خودانتقادی (۳۱) مورد بررسی قرار گرفته و نتایج سودمندی حاصل شده است. لوکر و کورتز در پژوهش خود با عنوان "بررسی درمان گروهی متمرکز بر شفقت بر روی بیماران با اختلال شخصیت" اثر بخشی این درمان را در کاهش خودانتقادی، افکار خودتخریب و نشخوار فکری تأیید نمودند (۳۲). ریز در پژوهشی که با هدف تأثیر شفقت بر تحول علایم افسردگی در جمعیت غیر بالینی انجام داد، دریافت که شفقت علایم افسردگی را پس از گذشت ۵ ماه پیش‌بینی می‌کند، به گونه‌ای که دانشجویانی که در مرحله خط پایه از شفقت بالاتری برخوردار بودند، در مقایسه با دانشجویانی که سطح شفقت پایین‌تری داشتند، پس از ۵ ماه میزان افسردگی کمتری را گزارش کرده بودند (۳۳).

با توجه به این که بیماری پسوریازیس از بیماری‌های مزمن پر استرس است که بخشی از افراد جامعه را درگیر می‌کند و به دلیل اثرات مخرب بیماری بر جسم و روان افراد، بسیاری از بیماران

پوست بیمارستان حکیم جرجانی و بیمارستان شهید صیاد شیرازی شهر گرگان در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. نمونه این پژوهش شامل ۴۰ نفر از بیماران بودند که پس از مصاحبه مقدماتی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش، به شیوه در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل (هر زیر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. لازم به ذکر است که برای طرح‌های تجربی، حجم نمونه با تعداد ۱۵ تا ۲۰ نفر آزمودنی کفایت می‌کند (۳۴).

ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل تشخیص بیماری بر اساس شواهد بالینی از قبیل نمای ظاهری ضایعات پوستی و در صورت نیاز با نمونه‌برداری پوست و تأیید بیماری پسوریازیس به وسیله پزشک متخصص پوست، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، دارا بودن تحصیلات حداقل ابتدایی، حداقل شش ماه سابقه ابتلا به بیماری، تکمیل فرم رضایت آگاهانه مبنی بر داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه و عدم دریافت خدمات روان شناختی خارج از جلسه‌های درمانی بود. ملاک‌های خروج افراد از مطالعه نیز شامل؛ داشتن ملاک‌های تشخیصی برای اختلالات بارز روانپزشکی براساس مصاحبه بالینی، اعتیاد یا مصرف الکل، سابقه بستری در بخش‌های روانپزشکی، مصرف داروهای روانپزشکی و سابقه شرکت در برنامه‌های درمانی در ارتباط با روش درمان متمرکز بر شفقت در طی شش ماه گذشته، در نظر گرفته شدند.

شیوه اجرای این پژوهش بدین صورت بود که پس از اخذ مجوزهای لازم جهت اجرای مطالعه و هماهنگی با مسوولین کلینیک پوست دو بیمارستان حکیم جرجانی و شهید صیاد شیرازی شهر گرگان، گروه‌های نمونه مشخص شدند. پس از اخذ پیش‌آزمون از هر دو گروه، درمان متمرکز بر شفقت در ۸ جلسه دو ساعته به شیوه گروهی و هفتگی برای آزمودنی‌های گروه آزمایش برگزار گردید. بیماران گروه کنترل نیز در طی ارایه بسته درمانی به آزمودنی‌های گروه آزمایش، هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار برای آموزش‌های بعدی قرار گرفتند. پس از پایان جلسه‌های درمانی، مجدداً هر دو گروه به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند (پس آزمون). یک ماه پس از آخرین جلسه درمانی نیز جهت سنجش پایداری اثرات درمانی مداخله، شرکت کنندگان هر دو گروه در یک مرحله پیگیری نیز حضور پیدا کردند و مجدداً به وسیله ابزار مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفتند. (آی-ا قسمت قرمز رنگ تکراری نیست)

در این مطالعه مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی رعایت گردید که از جمله آنها می‌توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل اشاره کرد (۳۵). همچنین برای آزمودنی‌های گروه کنترل جهت رعایت مسایل اخلاقی

پوچی و تنهایی است و نمره پایین بیانگر اعتماد به نفس بالا است (۳۷). کوک ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های کمرویی و عزت نفس را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش کرده است (۳۸). همچنین رجبی و عباسی ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس شرم درونی شده را در کل نمونه ۰/۹۰، در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند (۳۹). در پژوهش فتح‌الله‌زاده، مجلسی، مظاهری، رستمی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۱ بود (۴۰). در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی پرسشنامه با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ ۰/۷۴ محاسبه گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. این آزمون مستلزم رعایت دو پیش فرض اولیه است، این پیش فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد. هدف از بررسی پیش فرض نرمال بودن آن است که نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه را مورد بررسی قرار دهد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از SPSS و آزمون‌های آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و بونفرونی تجزیه و تحلیل شدند.

در پژوهش و تشکر و قدردانی از آنها جهت همکاری آنان در فرآیند اجرای پژوهش، پس از پایان مرحله پیگیری، جلسه‌های درمانی برگزار گردید.

محتوای جلسه‌های درمانی نیز اساس اصول، مبانی و تکنیک‌های درمان متمرکز بر شفقت در ۸ جلسه دو ساعته بر اساس کتاب درمان متمرکز بر شفقت تألیف گیلبرت و ترجمه اثباتی و فیضی (۳۶) تنظیم و تدوین گردید. شیوه اجرای جلسه‌های درمانی به صورت مختصر در جدول ۱ ارائه شده است.

در این پژوهش جهت جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک آزمودنی‌ها از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی استفاده گردید. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی شامل اطلاعات مربوط به؛ جنسیت، سن، تحصیلات و مدت بیماری بود که به وسیله محقق تدوین گردید. جهت گردآوری اطلاعات مربوط به میزان احساس شرم شرکت کنندگان از مقیاس شرم درونی شده^(۱) استفاده گردید. این مقیاس به وسیله کوک تهیه شده و شامل ۳۰ ماده و دو خرده مقیاس کمرویی با ۲۴ ماده (۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵-۲۷-۲۸-۳۰) و عزت نفس با ۶ ماده (۸-۱۳-۱۴-۱۹-۲۶-۲۹) است. پاسخ به هر ماده این مقیاس به صورت ۵ درجه‌ای از نوع لیکرتی است. نمره‌گذاری به صورت معکوس صورت می‌گیرد، به طوری که نمره‌های بالا در این مقیاس نشان دهنده بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، احساس حقارت،

1-Internalized Shame Scale

جدول ۱: مختصری از محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تمرین خانگی	رفتار مورد انتظار
جلسه اول	آشنایی با اصول کلی درمان	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت؛ ارزیابی و بررسی میزان شرم، خودانتقادی و خودشفقتی اعضا، مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی	ثبت موارد احساس شرم و خودانتقادی در فعالیت‌ها و چالش‌های روزانه	شناسایی و آگاهی از خودانتقادی
جلسه دوم	شناخت مؤلفه‌های شفقت خودانتقادی	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	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه	شناسایی و آگاهی از مؤلفه‌های خودشفقتی
جلسه سوم	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، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشت، و متنوع تر در ارتباط با مسایل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه	پرورش خودشفقتی
جلسه چهارم	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» یا «غیر شفقت»، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت آمیز» (ارزش خود-شفقتی، 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.	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن	پرورش خودشفقتی
جلسه پنجم	اصلاح و گسترش شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد «تمرین‌های پرورش ذهن شفقتانه» (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسایل؛ پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف	بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت‌های چالش انگیز روزانه و ثبت این موارد	بهبود و توسعه خودشفقتی
جلسه ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای خانواده و دوستان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی	به کارگیری شفقت در فعالیت‌های روزانه	احساس ارزشمندی و خودشفقتی
جلسه هفتم	فنون ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش «ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت».	نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و اطرافیان	بهبود خودشفقتی و خود ارزشمندی
جلسه هشتم	ارزیابی و کاربرد	آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های آرایه شده در جلسه‌های 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، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسه‌ها، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسه‌ها، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده.	ثبت و یادداشت خودشفقتی در چالش‌های روزانه	پرورش و رشد خودشفقتی

یافته‌ها

بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد ۷۰ درصد از گروه آزمایش را زنان و ۳۰ درصد را مردان شامل شده اند، در گروه کنترل نیز ۶۵ درصد هم‌چنین ۴۵ درصد افراد گروه آزمایش را افراد ۲۰ الی ۳۰ ساله، ۳۵ درصد را افراد ۳۱ الی ۴۰ ساله و ۲۰ درصد را افراد ۴۱ الی ۵۰ ساله شامل شده بودند و

بین آزمودنی نشان داده شده است. در این جدول مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به عنوان اثر درون آزمودنی با نام "زمان" مشخص شده‌اند و گروه‌های آزمایش و کنترل به عنوان اثرات بین آزمودنی با نام "گروه" نشان داده شده‌اند. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد در اثر زمان با توجه به این که متغیر شرم درونی شده معنی‌دار شده است ($p < 0/01$) بنابراین بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیر تفاوت وجود دارد که بررسی این تفاوت در جدول ۴ ارائه شده است. همچنین در اثر گروه نیز با توجه به مقادیر F و سطوح معنی‌داری مشاهده می‌گردد بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر شرم درونی شده تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0/01$). بر اساس ستون اندازه اثر در جدول نیز ملاحظه می‌گردد تأثیر درمان بر شرم درونی شده ۷۰ درصد بوده است.

اطلاعات جدول ۴ نشان می‌دهد در متغیر شرم درونی شده بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و بین پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0/01$)، اما تفاوتی بین مرحله پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد ($p > 0/05$). با توجه به میانگین این متغیر ملاحظه می‌گردد که نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در متغیر شرم درونی شده کاهش یافته است. با توجه به نتایج حاصل شده، اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش شرم درونی شده بیماران مبتلا به پسوریازیس تأیید می‌گردد.

۴۰ درصد گروه کنترل را افراد ۲۰ الی ۳۰ ساله، ۴۰ درصد را افراد ۳۱ الی ۴۰ ساله و ۲۰ درصد را افراد ۴۱ الی ۵۰ ساله شامل شده بودند. بررسی تحصیلات نیز نشان داد در گروه آزمایش ۳ نفر تحصیلات سیکل، ۳ نفر دیپلم، ۴ نفر کاردانی، ۸ نفر کارشناسی و ۲ نفر کارشناسی ارشد داشتند و در گروه کنترل ۳ نفر تحصیلات سیکل، ۴ نفر دیپلم، ۴ نفر کاردانی، ۷ نفر کارشناسی و ۲ نفر کارشناسی ارشد داشتند. در مورد مدت بیماری نیز نتایج نشان داد بیشتر افراد هر دو گروه بین ۲ الی ۴ سال از مدت بیماری آنها می‌گذرد.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیر شرم درونی شده را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. با توجه به اطلاعات این جدول، میانگین نمرات شرم درونی شده برای گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۷۷/۴۰ بوده است که در پس‌آزمون به ۶۲/۷۵ و در پیگیری به ۶۰/۵۰ تغییر داشته است. همان‌طور که در جدول ملاحظه می‌شود نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش در متغیر پژوهش تغییراتی داشته است. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری متغیر پژوهش به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشند یا خیر، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. نتایج این آزمون در جداول بعدی ارائه شده است.

در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرات درون آزمونی و

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیر شرم درونی شده در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شرم درونی شده	پیش‌آزمون	۷۷/۴۰	۳/۵۳	۷۷/۲۵	۵/۰۴
	پس‌آزمون	۶۲/۷۵	۳/۳۷	۷۸/۶۵	۴/۲۰
	پیگیری	۶۰/۵۰	۳/۶۳	۷۶/۸۵	۴/۶۷

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به اثرات درون‌گروهی و برون‌گروهی

اثرات	منبع	متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
درون‌آزمودنی	زمان	شرم درونی شده	۱۶۳۷/۵۱	۲	۸۱۸/۷۵	۴۸/۹۳	۰/۰۰۱	-
	خطا	شرم درونی شده	۱۲۷۱/۶۳	۷۶	۱۶/۷۳			
بین‌آزمودنی	گروه	شرم درونی شده	۳۴۳۴/۷۰	۱	۳۴۳۴/۷۰	۱۹۵/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۷۰
	خطا	شرم درونی شده	۶۶۶/۷۶	۲۸	۱۷/۵۴			

جدول ۴: نتایج آزمون بونفرونی جهت مقایسه زوجی مراحل سنجش در متغیرهای وابسته

متغیر	مرحله ۱	مرحله ۲	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
شرم درونی شده	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶/۲۵	۰/۸۷۶	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۸/۶۵	۰/۸۹۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۲/۰۲	۰/۹۷۰	۰/۱۳۱

بحث

با نتایج برخی پژوهش‌ها بدین شرح می‌باشد؛ بوئرسما و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر شرم، خودانتقادی، و انزوا در افراد دارای اضطراب اجتماعی پرداختند. نتایج مطالعه حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت در کاهش شرم، خودانتقادی و انزوا در بیماران بود (۴۱). ایمری و تروپ در پژوهشی با عنوان "یک مطالعه پایلوت در مورد اثرات و امکان‌پذیری نگارش ابرازگر متمرکز بر شفقت در بیماران آسایشگاه روزانه" نتیجه گرفتند، در بیمارانی که آموزش خودشفقت ورزی دریافت کرده بودند، در مقایسه با بیماران در شرایط استرس، عزت نفس و خود تسکینی افزایش پیدا

پسوریازیس یک بیماری پوستی التهابی شایع و مزمن است که تقریباً ۰/۵ تا ۱ درصد از کودکان و ۲ الی ۳ درصد از جمعیت جهان به آن مبتلا می‌شوند (۱). پژوهش حاضر با هدف تعیین و بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت به شیوه گروهی بر شرم درونی شده در بیماران مبتلا به پسوریازیس انجام شد.

نتایج نشان داد که شیوه درمانی متمرکز بر شفقت به طور معنی‌داری موجب بهبود شرم درونی شده بیماران گروه تحت مداخله در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده بود. نتایج حاصل از این مطالعه همسو

دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (۲۶). در تمرین‌های خودشفقتی بر تن آرامی، ذهن آرامی و شفقت به خود تأکید می‌شود که تأثیر بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (۴۷ و ۴۶). وجود نگرش توأم با شفقت در افراد به آنها کمک می‌کند تا میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از طرد غلبه کنند. در واقع خودشفقتی همانند یک ضربه گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند. افرادی که خودشفقتی بالایی دارند، از آنجا که با سخت‌گیری کمتر، خودشان را مورد قضاوت قرار می‌دهند، وقایع منفی زندگی (مانند بیماری) را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌های دقیق‌تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی آنان است. چرا که قضاوت خود در این افراد نه به سمت یک خودانتقادی اغراق‌آمیز و نه به سمت یک تورم خود دفاعی می‌رود (۴۷ و ۴۶). علاوه بر آن افراد معمولاً برای حفظ احساسات مثبت درباره خود دچار تصویری اشتباه به نفع خود می‌شوند و این تصورات اشتباه ناخودآگاه با قضاوت منفی دیگران و سطوحی از فریب خود همراه می‌شود. این تصورات اشتباه منفعت‌طلبانه، نه تنها به توانایی ما در دیدن دقیق خود و دیگران کمک نمی‌کند، بلکه در تحمل مواجه شدن با شواهد انکارناپذیر، نقاط ضعف ما به خود ما یاری نمی‌رساند، در نتیجه به خودانتقادی و سرزنش منجر

کرد (۴۲). جاج و همکاران در پژوهش خود به بررسی درمان گروهی متمرکز بر شفقت برای طیفی ناهمگن از مراجعین که به یک تیم بهداشت روان محلی ارجاع داده شده بودند، پرداختند. نتایج نشان داد پس از مداخله بهبودی معنی‌داری در افسردگی، اضطراب، استرس، خودانتقادی، شرم و رفتار سلطه‌پذیر آزمودنی‌ها مشاهده شد (۴۳). لینکلن و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان "آیا می‌توان تفکرات پارانوئید را با هدف قرار دادن هیجانات منفی و عزت نفس کاهش داد؟ یک بررسی آزمایشی از یک مداخله کوتاه مدت متمرکز بر شفقت" این نتایج را به دست آوردند. شرکت کنندگان در شرایط متمرکز بر شفقت، به طور معنی‌داری میزان پایین‌تری از هیجان منفی، میزان بالاتری از عزت نفس و تفکرات پارانوئیدی کمتری در مقایسه با شرکت کنندگان شرایط کنترل، گزارش کردند (۴۴). در پژوهشی که گیلبرت و پروکتر با عنوان "پرورش ذهن شفقت ورز برای افراد دارای خودانتقادی و شرم بالا: مرور یک مطالعه پایلوت از رویکرد درمان گروهی" انجام دادند، نتایج نشان دهنده کاهش معنی‌دار در افسردگی، اضطراب، خودانتقادی، شرم، حقارت و رفتار سلطه‌پذیر بود. همچنین افزایش معنی‌دار در توانایی شرکت کنندگان در خود تسکین بخشی و تمرکز بر احساسات گرمی و اطمینان بخشی برای خود وجود داشت (۴۵).

در تبیین اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش شرم درونی شده می‌توان گفت در درمان متمرکز بر شفقت افراد می‌آموزند که از احساسات

طراحی کند که مستلزم سختی و آزار نباشد، بنابراین کاهش شرم او دور از انتظار نیست.

هر مطالعه با محدودیت‌هایی مواجه است. از آنجا که این پژوهش بر روی بیماران مبتلا به پسوریازیس شهر گرگان انجام شده است، لذا در تعمیم نتایج آن به دیگر شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. خود گزارشی بودن ابزارهای مورد استفاده و شیوه نمونه‌گیری در دسترس از محدودیت‌های این پژوهش است که توجه به آن ضروری می‌باشد. متفاوت بودن سطح تحصیلات آزمودنی‌ها نیز می‌تواند در میزان اثرگذاری مداخلات مؤثر باشد که باید به عنوان یک محدودیت در پژوهش حاضر در نظر گرفته شود. محدودیت دیگر مربوط به عدم کنترل عوامل زمینه‌ای و فردی است. این احتمال وجود دارد که شرکت کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه‌ای اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. یک فرض احتمالی دیگر آن است که افراد به دلیل تمایل فردی، خوش‌بینی، عواملی نظیر آن و اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. در اغلب پژوهش‌های علوم رفتاری، معمولاً متغیرهای مداخله‌گر زیادی به جز متغیرهای مستقل به طور هم‌زمان وارد پژوهش می‌شوند و متغیرهای وابسته را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. این گونه متغیرها غالباً به سختی شناسایی می‌شوند و حذف اثرات آنها بسیار دشوار است، لذا نادیده گرفتن اثرات این گونه عوامل، ممکن است زمینه کاهش تکرارپذیری نتایج را فراهم نماید. پیشنهاد

می‌شود. از این رو آگاهی فرد نسبت به این فرآیند با توجه به آموزش‌های متمرکز بر شفقت به تعدیل افکار و احساسات منفی نسبت به خود منجر شده و فرد را در مقابل نشخوارهای منفی، خودانتقادی و سرزنش مصون نگه می‌دارد (۲۶).

در این مداخله شرکت کنندگان علاوه بر آن که در معرض القای مؤلفه‌های خودشفقتی قرار گرفتند، به صورت ضمنی در معرض این باور بودند که حادثه توصیف شده (بیماری) صرفاً یک تجربه بوده است و تمرکز آنان را از ارزیابی منفی معطوف بر خود که اغلب در احساس شرم اتفاق می‌افتد، برداشته و بر تجربه یادشده تمرکز شد. در تبیین این یافته می‌توان به رویکرد دیدریخ و همکاران اشاره کرد. بر اساس این رویکرد، درمان متمرکز بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجانات منفی فرد را کاهش می‌دهد و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌کند. بنابراین به نظر می‌رسد که به واسطه این خود تنظیمی هیجانی احساس شرم فرد کاهش یابد. تبیین دیگر این یافته بر اساس نقش درمان متمرکز بر شفقت در افزایش جرات مندی و باز طراحی معیارهای فردی توجیه پذیر است. در این زمینه ایرونز و لاد (۲۶) معتقدند که به کمک درمان متمرکز بر شفقت، فرد نسبت به گذشته جرات‌مندتر شده و می‌تواند چرخه معیوب انتقاد به خویش و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سوال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی را باز

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره و راهنمایی با کد ۱۸۶۲۱۶۰۳۹۶۲۰۴۸ مصوب در معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزاد شهر است. از مسوولین محترم کلینیک‌های پوست بیمارستان حکیم جرجانی و صیاد شیرازی و تمامی بیماران عزیزی که صمیمانه محققین را یاری نمودند، سپاسگزاری می‌گردد.

می‌شود به منظور واضح‌تر شدن اثرات درمانی رویکرد مبتنی بر شفقت با دقت بالاتر، در مطالعه‌های گسترده‌تری با حجم نمونه بیشتر به بررسی و مقایسه درمان مذکور با دیگر رویکردهای رایج درمانی پرداخته شود. پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، پژوهش‌های مشابه در نمونه‌های بیشتر، متنوع‌تر و با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متفاوت اجرا شود. مطالعات طولانی‌تر و با پیگیری‌های بلندمدت و چند مرحله‌ای به نظر نتایج کامل‌تری را در زمینه میزان پایداری تغییرات در طول زمان در اختیار قرار خواهند داد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر روی سایر بیماری‌های پوستی، هم‌چون لوپوس اریتماتوز سیستمیک و ویتیلیگو مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه حاکی از اثربخش بودن درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش احساس شرم درونی شده بیماران مبتلا به پسوریازیس بود. از دست‌آوردهای این پژوهش می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه‌گیری کرد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تأیید کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌های درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

REFERENCES

1. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM. Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol* 2013; 133(2): 377-85.
2. Mease PJ, Menter MA. Quality-of-life issues in psoriasis and psoriatic arthritis: outcome measures and therapies from a dermatological perspective. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54(4): 685-704.
3. Perera GK, Di Meglio P, Nestle FO. Psoriasis. *Annu Rev Pathol* 2012; 7: 385-422.
4. Schmitt J, Ford DE. Understanding the relationship between objective disease severity, psoriatic symptoms, illness-related stress, health-related quality of life and depressive symptoms in patients with psoriasis-a structural equations modeling approach. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29(2): 134-40.
5. Raychaudhuri SK, Mavarakis E, Raychaudhuri SP. Diagnosis and classification of psoriasis. *Autoimmun Rev* 2014; 13(4-5): 490-5.
6. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet* 2007; 370(9583): 263-71.
7. Moon H, Mizara A, McBride SR. Psoriasis and psycho-dermatology. *Dermatol Ther(Heidelb)* 2013; 3(2): 117-30.
8. Chaudhari U, Romano P, Mulcahy LD, Dooley LT, Baker DG, Gottlieb AB. Efficacy and safety of infliximab monotherapy for plaque-type psoriasis: a randomised trial. *Lancet* 2001; 9(357): 1842-7.
9. Ayala-Fontánez N, Soler DC, McCormick TS. Current knowledge on psoriasis and autoimmune diseases. *Psoriasis(Auckl)* 2016; 22(6): 7-32.
10. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4(12): 833-42.
11. Chapman BP, Moynihan J. The brain-skin connection: role of psychosocial factors and neuropeptides in psoriasis. *Expert Rev Clin Immunol* 2009; 5(6): 623-27.
12. Feldman SR, Malakouti M, Koo JY. Social impact of the burden of psoriasis: effects on patients and practice. *Dermatol Online J* 2014; 20(8): 130.
13. Hrehorów E, Salomon J, Matusiak L, Reich A, Szepletowski JC. Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Derm Venereol* 2012; 92(1): 67-72.
14. de Korte J, Sprangers MA, Mombers FM, Bos JD. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *J Investig Dermatol Symp Proc* 2004; 9(2): 140-7.
15. Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, Vreeland MG, Wu Y. The psychosocial burden of psoriasis. *Am J Clin Dermatol* 2005; 6(6): 383-92.
16. Palijan TZ¹, Kovacević D, Koić E, Ruzić K, Dervinja F. The impact of psoriasis on the quality of life and psychological characteristics of persons suffering from psoriasis. *Coll Antropol* 2011; 35(2): 81-5.
17. Rieder E, Tausk F. Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments. *Int J Dermatol* 2012; 51(1): 12-26.
18. Mato M, Pinto-Gouveia J, Gilbert P, Duarte C, Figueiredo C. The other as shamer scale-2: development and validation of a short version of a measure of external shame. *Pers Individ Dif* 2015; 74: 6-11.
19. Kim K, Talbot NL, Cicchetti D. Childhood abuse and current family conflict: The role of shame. *Child Abuse & Neglect* 2015; 33(6): 362-71.
20. Tangney JP, Dearing R. Shame and guilt. New York: Guilford; 2002; 140-2.
21. Tangney JP, Miller RS, Flicker L, Barlow DH. Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *J Pers Soc Psychol* 1996; 70(6): 1256-69.
22. Davey GC. Disgust: the disease-avoidance emotion and its dysfunctions. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2011; 12(366): 3453-65.
23. Weingarden H, Renshaw KD. Shame in the obsessive compulsive related disorders: a conceptual review. *J Affect Disord* 2015; 15(171): 74-84.
24. Ghator Z, Pouryahya S, Davarniya R, Salimi A, Shakarami M. The effect of compassion-focused therapy (CFT) on resiliency of women with multiple sclerosis. *Armaghane Danesh* 2018; 23(3): 350-63.

25. Gilbert P. Developing a compassion-focused approach in cognitive behavioural therapy. In cognitive behaviour therapy: a guide for the practising clinician. Routledge: East Sussex, UK; 2009; 205–20.
26. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to Work with shame and self-criticism in complex trauma. Australian Clinical Psychologist 2017; 3: 47-54.
27. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. Psychol Med 2015; 45(5): 927-45.
28. Sommers-Spijkerman MPJ, Trompetter HR, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2018; 86(2): 101-15.
29. Kelly AC, Wisniewski L, Martin-Wagar C, Hoffman E. Group-based compassion-focused therapy as an adjunct to outpatient treatment for eating disorders: A pilot randomized controlled trial. Clin Psychol Psychother 2017; 24(2): 475-87.
30. Collins RN, Gilligan LJ, Poz R. The evaluation of a compassion-focused therapy group for couples experiencing a dementia diagnosis. Clin Gerontol 2018; 41(5): 474-86.
31. Andersen B, Rusmassen PH. Transdiagnostic group therapy for people with self-critic and low self esteem, based on compassion focused therapy principles. Journal of Compassionate Health Care 2017; 4(14): 185-96.
32. Lucre KM, Corten N. An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. Psychol Psychother 2013; 86(4): 387-400.
33. Raes F. The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a nonclinical sample. Mindfulness 2011; 2: 33-6.
34. Farahani HA, Arizi HR. Translated: Methods in behavioral sciences. Cozby PC meditor. 1th ed. Tehran: Nashr Ravan Publishing; 2008; 77-8.
35. World Medical A. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA 2013; 310(20): 2191-4.
36. Gilbert P. Compassion focused therapy. Translation by Esbati M, Feizi A. (editors). Tehran: Ebne Sina Publishing; 2017; 72-5.
37. Hojat Khah SM, Mesbah I. Effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on social adjustment and internalized shame mothers of children with mental retardation. Quarterly of Psychology of Exceptional Individuals 2017; 6(24): 153-80.
38. Cook DR. Internalized shame scale manual. Menomonee, WI: Channel Press; 1993; 8-11.
39. Rajabi G, Abbasi G. Investigating the relationship between self-criticism, social anxiety and fear of failure with internal shame in students. Clinical Psychology and Counseling Research 2010; 1(2): 171-82.
40. Fatolaahzadeh N, Majlesi Z, Mazaheri Z, Rostami M, Navabinejad S. The effectiveness of compassion-focused therapy with internalized shame and self-criticism on emotionally abused women. Psychological Studies 2017; 13(2): 151-68.
41. Boersma K, Håkanson A, Salomonsson E, Johansson I. Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. J Contemp Psychother 2015; 45(2): 89–98.
42. Imrie S, Troop NA. A pilot study on the effects and feasibility of compassion-focused expressive writing in Day Hospice patients. Palliat Support Care 2012; 10(2): 115-22.
43. Judge L, Cleghorn A, McEwan K, Gilbert P. An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. Int J Cogn Ther 2012; 5(4): 420-29.
44. Lincoln TM, Hohenhaus F, Hartmann M. Can paranoid thoughts be reduced by targeting negative emotions and self-esteem? An experimental investigation of a brief compassion-focused intervention. Cognit Ther Res 2013; 37(2): 390–402.
45. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. Clin Psychol Psychother 2006; 13: 353-79.
46. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. Br J Clin Psychol 2014; 53: 6–41.
47. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful selfcompassion program. J Clin Psychol 2013; 69: 28-44.

The Effectiveness of Group Compassion-Focused Therapy (CFT) on Internalized Shame in Patients with Psoriasis

Barzamini MA, Hosseinaei A*

Department of Psychology and Educational Sciences, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran

Received: 26 Nov 2018 Accepted: 03 June 2019

Abstract

Background & aim: Psoriasis is a prevalent, inflammatory and chronic disease which is accompanied by various psychological problems for the patient. So far, few psychological interventions have been designed and conducted for reducing mental problems and enhancing mental health among these patients. Compassion-focused therapy is a new therapeutic method which was formed with the aim of reducing self-criticism and shame in individuals. According to the fact that patients with psoriasis experience great shame due to undesirable effects of this disease on their beauty, therefore, the present study was conducted by the aim of investigating the effectiveness of group compassion-focused therapy (CFT) on internalized shame in patients with psoriasis.

Methods: In the frame of a semi-experimental study with pretest-posttest-follow up with control group design, 40 patients with psoriasis referring to the specialized dermatology clinics of Hakim Jarjani hospital and Shahid Sayad Shirazi hospital in Gorgan, Iran, in 2018, were selected by available sampling method, and then, they were assigned into two experiment and control groups (20 subjects per group). For gathering the data, Cook's internalized shame scale was used which was completed by the subjects of both groups in pretest, posttest and one-month follow up stages. The subjects of the experiment group received eight 2-hour sessions of compassion focused therapy while the control group received no therapy until the end of the follow up stage. For analyzing the data, the Variance analysis test with repeated measures in SPSSv20 were used.

Results: Mean and standard deviation of the scores of internalized shame in subjects of the experiment group was 77.40 ± 3.53 in pretest, 62 ± 3.37 in posttest, and 60.50 ± 3.63 in follow up. In the control group, mean and standard deviation of the scores of internalized shame was 77.25 ± 5.04 in pretest, 78.65 ± 4.20 in posttest and 76.85 ± 4.67 in follow up. Results of the variance analysis with repeated measures indicated that compassion focused therapy led to significant reduction in internalized shame among patients of the intervention group in posttest and follow up stages ($p < 0.01$).

Conclusion: According to the findings of the present research, it is recommended that compassion focused therapy would be used in specialized dermatology clinics for the purpose of reducing mental problems and improving mental health among dermatological patients.

Keywords: Internalized Shame, Compassion Focused Therapy, Psoriasis, Patient

Corresponding author: Hosseinaei A, Department of Psychology and Educational Sciences, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran

Email: a.hosseinaei@gmail.com

Please cite this article as follows:

Barzamini MA, Hosseinaei A. The Effectiveness of Group Compassion-Focused Therapy (CFT) on Internalized Shame in Patients with Psoriasis. *Armaghane-danesh* 2020; 24(5)(2): 998-1012.