



Comparing The Effectiveness of Compassion-Based Therapy and Cognitive-Behavioral Hypnotherapy on Alexithymia of Women with Premenstrual Dysphoria

Najibeh Akbarzadeh Amirdehi

PhD in Educational Planning, Islamic Azad University, Sari Branch, Mazandaran, Iran,
najibeh.akbarzaeeh@gmail.com

Emad Imanirad

Master's degree, Clinical Psychology, Ayatollah Amoli University, Mazandaran, Iran,
emad70imanirad91@gmail.com

Nafiseh Babaei

Master's degree, Clinical Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Mazandaran, Iran,
nafiseh.babaei1401@gmail.com

Golmeh Ahmadi*

PhD student Islamic Azad University, Tonkabon Branch, golmeherah2023@gmail.com

Amine Kashanian

PhD Student in Counseling, Islamic Azad University, Tonkabon Branch, Mazandaran, Iran,
a.kashanian.83@gmail.com

Fatemeh Mohammadzadeh

Bachelor of Psychology, Islamic Azad University, f.n.mohammadzadeh@gmail.com

Abstract

The aim of the present study was to compare the effectiveness of compassion-based therapy and cognitive-behavioral hypnotherapy on the alexithymia of women with premenstrual dysphoria. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group with a three-month follow-up phase. The statistical population consisted of all women aged 25 to 40 in Sari city with premenstrual dysphoria in 2019 who were referred to psychological counseling centers by gynecologists. 45 people from this community were selected in a purposeful way and randomly assigned in three groups of 15 people. The research tools were: Toronto Alexithymia Scale-20 (FTAS-20) Bagby et al. (1994) and Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). Treatment based on compassion and cognitive-behavioral hypnotherapy was performed in 8 sessions of 90 minutes each. Meanwhile, the control group did not receive any intervention during the research. Mixed variance analysis was used to analyze the data. The results showed that the self-compassion treatment group has a significant and stable effect on the difficulty in identifying emotions and externally oriented thinking ($P < 0.01$), but no significant results were observed for the difficulty in describing emotions ($P = 0.07$). Also, the results showed that cognitive behavioral hypnotherapy had a significant effect on all three subscales of alexithymia ($P < 0.05$). No significant difference was observed between the effectiveness of the two treatments ($P < 0.05$). The results indicated that psychologists and specialists can use any of these two treatments to improve distress tolerance in women with premenstrual dysphoria.

Keywords: Alexithymia, Compassion-Based Therapy, Cognitive-Behavioral, Hypnotherapy, Distress Tolerance, Premenstrual Dysphoria.

Cite this article: Akbarzadeh Amirdehi, Imanirad, Babaei, Ahmadi & Mohammadzadeh (2023) Comparing The Effectiveness of Compassion-Based Therapy and Cognitive-Behavioral Hypnotherapy on Alexithymia of Women with Premenstrual Dysphoria, Journal of Mental Health Culture, Research Article, Vol.1, NO.1, Fall & Winter 2023, 131-148.

DOI: 10.30479/mhc.2023.18864.1023

Received on 30 May, 2023 **Accepted on** 28 October, 2023

Copyright © 2023, The Author(s).

Publisher: Imam Khomeini International University

Corresponding Author: Golmeh Ahmadi

E-mail: golmeherah2023@gmail.com

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر ناگویی هیجانی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی

نجیبه اکبرزاده امیردهی

دکتری برنامه ریزی تحصیلی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، مازندران، ایران، najibeh.akbarzaeeh@gmail.com

عماد ایمانی راد

کارشناسی ارشد، روان شناسی بالینی، دانشگاه آیت الله آملی، مازندران، ایران، emad70imanagerad91@gmail.com

نقیسه بابایی

کارشناسی ارشد، روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، مازندران، ایران، nafiseh.babaei1401@gmail.com

گل مهر احمدی*

دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، golmeherah2023@gmail.com

امینه کاشانیان

دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، مازندران، ایران، a.kashanian.83@gmail.com

فاطمه محمدزاده

کارشناسی روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، f.n.mohammadzadeh@gmail.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر ناگویی هیجانی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری را کلیه زنان ۲۵ تا ۴۰ ساله شهر ساری دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی در سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دادند که توسط متخصص زنان به مراکز مشاوره روانشناختی ارجاع داده شده بودند. ۴۵ نفر از این جامعه به شیوه هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری گمارده شدند. ابزار پژوهش عبارت بودند از: مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20) باگویی و همکاران (۱۹۹۴) و پرسشنامه غربالگری علایم قبل از قاعدگی (PSST). درمان مبتنی بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری هر کدام در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. در ضمن گروه کنترل در حین اجرای پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. نتایج نشان داد که گروه درمان شفقت به خود بر دشواری در شناسایی احساسات و تفکر عینی اثربخشی معنادار و پایداری دارد ($P < 0/01$) اما برای دشواری در توصیف احساسات نتایج معناداری مشاهده نشد ($P = 0/07$). همچنین نتایج نشان داد که هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر هر سه خرده مقیاس ناگویی هیجانی اثربخشی معناداری داشته است ($P < 0/05$). بین اثربخشی دو درمان تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$). نتایج بیانگر این بود که روان‌شناسان و متخصصان می‌توانند از درمان متمرکز بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری برای بهبود ناگویی هیجانی در زنان دچار اختلال ملال پیش از قاعدگی استفاده نمایند.

واژگان کلیدی: اختلال ملال پیش از قاعدگی، درمان مبتنی بر شفقت، ناگویی هیجانی، هیپنوتراپی شناختی-رفتاری.

استناد: اکبرزاده امیردهی، ایمانی راد، بابایی، احمدی، کاشانیان و محمدزاده (۱۴۰۱)، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر ناگویی هیجانی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی، دو فصلنامه علمی بهداشت روانی و فرهنگ، مقاله پژوهشی، دوره ۱، شماره ۱، پاییز و زمستان ۱۴۰۱، ۱۳۱-۱۴۸.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۳/۹ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۸/۶

ناشر: دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره)

مقدمه

اختلال ملال پیش از قاعدگی^۱ یک اختلال خلقی است که در زمان‌های خاصی از چرخه‌ی قاعدگی رخ می‌دهد. در اختلال ملال پیش از قاعدگی، علائم به آن اندازه شدید هستند که می‌توانند بر کیفیت روابط فردی و اجتماعی، زندگی روزمره، کار و تحصیل فرد تأثیر گذاشته و باعث اختلال در آنها شوند (درخشانپور و همکاران، ۱۳۹۹). اختلال ملال پیش از قاعدگی شامل دامنه‌ای از نشانه‌های هیجانی، جسمانی و رفتاری است که در اکثر قاعدگی‌های ماهانه در یک سال گذشته فرد، حداقل یک نشانه عاطفی (مانند افسردگی، خشم انفجاری و گوشه‌گیری) و یک نشانه جسمانی (مانند حساس شدن پستان‌ها، نفخ شکمی، سردرد و ورم دست‌ها و پاها)، با شدت متوسط تا شدید در هفته‌ی پایانی پیش از آغاز قاعدگی‌ها دیده شود (راپکین^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). شیوع دقیق اختلال ملال پیش از قاعدگی نامشخص است. برآورد می‌شود که ۷۰ تا ۹۰ درصد زنان، به درجاتی نشانه‌های قبل از قاعدگی را داشته باشند (رابیا^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). اخیراً چنین شیوعی برای زنان ایرانی نیز نشان داده شده و بر نقش پریشانی‌های هیجانی و شناختی در آن تأکید شده است (موسوی و خرم‌آبادی، ۱۴۰۰). به نظر می‌رسد که ناگویی هیجانی، یکی از موضوعات مورد بررسی در زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی است که مشکل در این زمینه می‌تواند پیامدهای زیانباری از جمله احساس ناامنی، مشکلات شخصیتی و عاطفی را به دنبال داشته باشد (کاسترو و پاتاک^۴، ۲۰۱۸). ناگویی هیجانی به عنوان یک سازه چندوجهی بیانگر دشواری در شناسایی احساسات^۵، دشواری در توصیف احساسات برای دیگران^۶، دشواری در تمایز بین احساسات و تهییج‌های بدنی^۷، قدرت تجسم محدود و تفکر عینی است (دافنه و رینی^۸، ۲۰۱۷). همراه با این ویژگی‌های اساسی، ویژگی‌های متعدد دیگری مانند دشواری در پردازش اطلاعات هیجانی، دشواری در فهم بیان چهره‌ای و ظرفیت کمتر برای همدلی نیز در مبتلایان به ناگویی هیجانی مشاهده شده است (مفردنژاد، ۱۳۹۳). پترسون^۹ و همکاران (۲۰۱۶)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که زنان با علائم اختلال ملال پیش از قاعدگی در توصیف و کنترل هیجان‌ات منفی چون خشم، غم، و ... دچار مشکل هستند. علاوه بر این، ناگویی هیجانی یکی از عوامل پیش‌بینی کننده مهم تعامل منفی در زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی

1. premenstrual dysphoric disorder (PMDD)
2. Rapkin
3. Rabia
4. Castro & Pataky
5. difficulty identifying feelings
6. difficulty describing feelings
7. bodily sensations
8. Daphne & Renee
9. Petersen

است (آلکسیا^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین پیامدهای جسمانی و روانشناختی ناشی از ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی آنقدر شدید است که لازم است که مداخله‌های کارآمد برای آن استفاده گردد (مروان و مارتینز^۲، ۲۰۱۶).

اگرچه درمان دواربی برای بهبود بیماران مبتلا به ملال پیش از قاعدگی نتایج معناداری را نشان داده است، با این حال وجود عوارض جانبی مانند وجود درد و التهاب باعث شده که در برخی از موارد زنان درمان را قطع کنند (بکستروم^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). بر همین اساس استفاده از درمان‌های روان‌شناختی کارآمد که فاقد چنین عوارضی است، احتمالاً بتواند با موفقیت بیشتری همراه گردد. از جمله درمان‌هایی که می‌تواند در کاهش مشکلات زنان به خصوص زنان با علائم سندرم ملال پیش از قاعدگی مؤثر باشد هیپنوتراپی شناختی- رفتاری^۴ است (عسگریانی و همکاران، ۱۳۹۷). هیپنوتراپی شناختی- رفتاری از جمله درمان‌هایی است که در کاهش علائم ملال پیش از قاعدگی به کار می‌رود (آبرین و همکاران، ۱۳۹۶). هیپنوتیزم حالتی است که در نتیجه توجه، پذیرش و تمرکز ایجاد می‌شود و شامل سه بخش تجزیه یا انتزاع^۵، جذب^۶، و تلقین پذیری^۷ می‌باشد (دوود^۸، ۲۰۰۰). هیپنوتراپی شناختی- رفتاری برای فرض استوار است که بیشتر آشفتگی‌های روان‌شناختی معلول یک شکل منفی خود هیپنوتیزم است به طوری که افکار منفی به طور انتقادی و حتی بدون اطلاع آگاهانه پذیرفته می‌شوند (فوهر^۹ و همکاران، ۲۰۲۱). هیپنوتراپی شناختی- رفتاری شامل چند روش اساسی از جمله آرام سازی^{۱۰}، تصویرسازی هدایت شده، بازسازی شناختی^{۱۱}، حساسیت زدایی تدریجی و آموزش مهارت‌های هیپنوتیک می‌باشد (آریانا^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۲). مقتدر و پاک سرشت (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان داد رفتار درمانی شناختی مبتنی بر هیپنوتیزم اثربخشی بالایی بر کاهش افسردگی و اضطراب اختلال ملال پیش از قاعدگی دارد. بادله و همکاران (۱۳۹۲) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسید هیپنوتیزم، اثری بیش از دو برابر روان‌درمانی‌های سنتی‌تر بهبود پریشانی دارد. علاوه بر این مجموعه‌ای از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان‌های شناختی- رفتاری برای بهبود

-
1. Alexa
 2. Marvan & Martínez
 3. Bäckström
 4. cognitive behavioral hypnotherapy
 5. abstraction
 6. absorption
 7. indoctrination
 8. Dowd
 9. Fuhr, Meisner, Broch, Cynry, Hinkel
 10. relaxation
 11. cognitive reconstruction
 12. Ariana, Wirawan, Duarsa & Lesmana

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر ناگویی هیجانی زنان مبتلا .../۱۳۵

ناگویی هیجانی نتایج اثربخشی را نشان می‌دهند (سعیدی و همکاران، ۲۰۱۶؛ صادقی‌راد و همکاران، ۲۰۲۱؛ سعیدی و همکاران، ۲۰۲۱؛ سالس^۱ و همکاران، ۲۰۲۳).

از طرفی رویکرد درمانی دیگری که در سالهای اخیر در درمان اختلالات خلقی و افزایش سلامت روان بیماران مورد توجه قرار گرفته، درمان متمرکز بر شفقت^۲ است، که می‌تواند در کاهش علائم روانشناختی اختلال ملال پیش از قاعدگی مؤثر باشد (پورمحمد قوچانی و عرب، ۱۳۹۸). درمان متمرکز بر شفقت، در کنار سایر رویکردهای درمانی جدید در حوزه روانشناسی موج سوم، توجه درمانگران نوین را برای بیماری‌های خاص جلب نموده است (روزمونت^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). این درمان با هدف کاهش درد، رنج، نگرانی و افسردگی، ایجاد شده است (موریس^۴ و همکاران، ۲۰۱۶). اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شود (گیلبرت^۵، ۲۰۱۴). اگرچه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر روی ناگویی هیجانی زنان مبتلا به ملال پیش از قاعدگی مورد بررسی قرار نگرفته است، با این حال نشان داده شده که این درمان برای بهبود ناگویی هیجانی در زنان با مشکلات و اختلال‌های دیگر اثربخشی معناداری دارد (نیستروم^۶، ۲۰۱۸؛ ولی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۲؛ افتخاری و همکاران، ۱۳۹۹؛ ثناگوی‌محرر و همکاران، ۱۳۹۹). علاوه بر این بکارگیری فنون درمان متمرکز بر شفقت در کاهش علائم نشخوار فکری و احساس تنهایی زنان با ملال پیش از قاعدگی مؤثر است (پورمحمد قوچانی و عرب، ۱۳۹۸). همچنین نشان داده شده که درمان متمرکز بر شفقت با بهبود احساس درد و فرسودگی در زنان مبتلا به ملال پیش از قاعدگی همراه است (شاره و همکاران، ۲۰۲۲).

در مجموع می‌توان گفت که بروز پریشانی و ناتوانی در تحمل آن از علائم رایج در ملال پیش از قاعدگی است. از سوی دیگر درمان‌های داورپی که برای درمان ملال پیش از قاعدگی ارائه می‌گردند، با توجه به عوارضی که دارند، تا حدود زیادی منجر به افزایش پریشانی هیجانی و ترک درمان می‌گردند. بر همین اساس شناسایی درمان‌های روان‌شناختی جهت بهبود پریشانی‌های هیجانی نظیر ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به ملال پیش از قاعدگی ضروری به نظر می‌رسد. در همین راستا پژوهش حاضر با این مسئله روبرو بود که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت

1. Salles
2. compassion-focused therapy
3. Ros-Morente, Mora, Nadal, Belled & Berenguer
4. Muris, Meesters, Pierik & de Kock
5. Gilbert
6. Nyström

و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر ناگویی هیجانی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بسط یافته همراه با مرحله پیگیری سه ماهه بود. در این طرح دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفتند. جامعه آماری را کلیه زنان ۲۵ تا ۴۰ ساله دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی در سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دادند که در شهر ساری توسط متخصص زنان به مراکز مشاوره روانشناختی ارجاع داده شده بودند. برای انتخاب نمونه از جامعه آماری از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین ترتیب ابتدا فهرستی از مراکز مشاوره تخصصی شهر ساری به دست آمد (طبق اعلام کارشناس پیشگیری اداره بهداشتی شهرستان ساری ۶ مرکز مشاوره تخصصی خانواده) و سپس تعداد ۲ مرکز مشاوره‌ای که تمایل به همکاری در طرح پژوهشی داشتند انتخاب شدند و با نصب اطلاعیه در این مراکز، مراجعه‌کنندگانی که با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش تمایل به شرکت در مداخله درمانی را داشتند ثبت نام به عمل آمد. در نهایت از بین ۶۴ نفر متقاضی ثبت نام شده پس از انجام مصاحبه ساختاریافته براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و تکمیل پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی سیه باز و همکاران (۱۳۹۰)، جهت تشخیص و تأیید اختلال ملال پیش از قاعدگی، تعداد ۴۵ نفر که یک انحراف معیار پایین‌تر در پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (نمره کمتر از ۳۶) را کسب نمودند، به عنوان آزمودنی‌های نهایی پژوهش انتخاب شدند. با در نظر گرفتن این مورد که حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای مطالعات آزمایشی ۱۵ نفر است (کوئن و کئو، ۲۰۰۲، ص ۱۵۷) در هر گروه ۱۵ نفر به تصادف گمارده شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: رضایت آگاهانه، سن ۲۵ تا ۴۰ سال، عدم وجود بیماری‌های ناتوان‌کننده شدید جسمی طبق پرونده پزشکی (نارسایی کبدی یا کلیوی شدید)، تحصیلات حداقل دیپلم، عدم وجود سایکوز یا افکار جدی آسیب رساندن به خود یا دیگران (طبق بررسی پژوهشگران در مصاحبه‌های قبل از شروع مداخله‌ها)، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به طور همزمان، تشخیص اختلال ملال پیش از قاعدگی از متخصص زنان، عدم وجود اختلال‌های روان‌شناختی و جسمی حاد نظیر اختلالات جسمی لگنی نظیر اندومتریوز. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از ۲ بار در جلسه‌های مداخله و عدم پاسخگویی به حداقل ۵ درصد از سوال‌های پرسشنامه پژوهش بود. برای رعایت حقوق اخلاقی شرکت‌کنندگان از آنان خواسته شد تا فرم رضایت و اطلاع از طرح درمان را پر کنند و این که

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر ناگویی هیجانی زنان مبتلا .../۱۳۷

اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند و از ذکر نام و نام خانوادگی در پرسشنامه‌ها خودداری نمایند و تأکید شد هر زمان که مایل باشند می‌توانند پژوهش را ترک نمایند. همچنین به گروه کنترل اطمینان داده شد بعد از اتمام پژوهش هر یک از روش‌های درمانی مورد پژوهش که تمایل داشته باشند اجرا گردد. برای تحلیل داده‌ها نیز از spss نسخه ۲۵ و تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20)^۱: مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو توسط باگی^۲ و همکاران (۱۹۹۴)، ساخته شد که یک آزمون ۲۰ سوالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات (سوالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳، ۱۴)، دشواری در توصیف احساسات (۲، ۴، ۱۱، ۱۲، ۱۷) و تفکر عینی (۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰) را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. نمرات بالا نشانه ناگویی هیجانی بالا و نمرات پایین نشانه عدم ناگویی هیجانی است. سازندگان ضریب آلفای کرونباخ نمره کل و خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۱ و ضریب آزمون - بازآزمون با فاصله ۳ هفته ۰/۷۷ بدست آوردند و روایی سازه مدل سه عاملی در مقایسه با مدل یک عاملی و دو عاملی تایید گردید ($P < 0/001$). در ایران بشارت (۲۰۰۸) این مقیاس را هنجاریابی کرد و مقدار آلفای کرونباخ را بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۹ و مقدار ضریب آزمون - بازآزمون را در دو نمونه متفاوت بین ۰/۵۵ تا ۰/۷۷ گزارش داد. همچنین برای بررسی روایی پیش‌بینی FTAS-20 و عوامل آن، نمرات هر یک از این موارد بین نمونه‌های بالینی و غیر بالینی مقایسه شد که میانگین نمره کل و خرده مقیاس‌های نمونه‌های بالینی به طور معنی داری بیشتر از افراد عادی بود ($P < 0/001$). مقدار آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها و نمره کل پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ بدست آمد.

پرسشنامه غربالگری علایم قبل از قاعدگی (PSST)^۳

پرسشنامه غربالگری علایم قبل از قاعدگی شامل ۱۹ سؤال است که توسط دانشگاه مک مستر کانادا طراحی شده و توسط سیه‌بازی، حریری، منتظری، مقدم بنائم (۱۳۹۰)، نسخه فارسی آن در جمعیت ایرانی استاندارد شده است. برای هر سؤال ۴ معیار اصلاً، خفیف، متوسط و شدید ذکر شده که توسط آزمودنی از صفر تا ۳ نمره گذاری می‌گردد. جهت تشخیص علایم قبل از قاعدگی متوسط یا شدید سه شرط ذیل باید با هم وجود داشته باشد: از گزینه ۱ تا ۴ حداقل یک مورد متوسط یا شدید باشد، علاوه بر مورد قبلی از گزینه ۱ تا ۱۴ حداقل ۴ مورد متوسط یا شدید

1. toronto alexithymia scale-20 (FTAS-20)

2. Bagby

3. premenstrual symptoms screening tool (PSST)

باشد و در بخش تأثیر علایم بر زندگی (۵ گزینه آخر) یک مورد متوسط یا شدید وجود داشته باشد. کامارا، کوهلر، فری، هیفانتیس و کاروالهو^۱ (۲۰۱۶) مقدار آلفای کرونباخ را ۰/۹۱ نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا به ترتیب ۰/۶۱ و ۰/۹۴ گزارش دادند. در پژوهش سیه بازی و همکاران (۱۳۹۰) پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بدست آمد و مقادیر نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۸۰ حاکی از روایی محتوایی پرسشنامه بود (سیه‌بازی و همکاران، ۱۳۹۰). مقدار آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۸ بدست آمد.

خلاصه جلسات مداخله درمان مبتنی بر شفقت در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹)

| جلسه | استراتژی |
|---|--|
| جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یک دیگر و تشریح ساختار جلسات | جلسه ی توضیحی، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، تعداد و مدت جلسات، بیان انتظارات از جلسات، اقدام برای شناخت یکدیگر، صحبت درباره ی اختلال ملال پیش از قاعدگی با همکاری اعضای گروه، بررسی مشکلات اعضا و اجرای پیش‌آزمون |
| جلسه دوم: توضیح و تشریح شفقت | بررسی افکار و احساسات مثبت و منفی اعضای گروه در مورد اختلال ملال پیش از قاعدگی و مسائل روانی ناشی از آن، تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم های مغزی متمرکز بر شفقت، آموزش همدلی، توضیح در مورد شفقت و ارائه ی تکلیف خانگی |
| جلسه سوم: آموزش دلسوزی | آشنایی با خصوصیات افراد مشفق، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز تقاضای و مشکلاتی دارند در مقابل احساسات خود تخریب گرایانه و ارائه ی تکلیف خانگی |
| جلسه چهارم: آموزش بخشایش | مرور تکلیف خانگی، ترغیب آزمودنی ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد با شفقت یا بی شفقت با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین های پرورش ذهن مشفقانه (همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران)، آموزش بخشایش و ارائه ی تکلیف خانگی |
| جلسه پنجم: آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی | مرور تمرین جلسه ی قبل، آشنایی و کاربرد تمرین های پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت و آموزش بردباری) و ارائه ی تکلیف خانگی |
| جلسه ششم: آموزش مسئولیت پذیری | مرور تمرین جلسه ی قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر همراه با شفقت، آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته)، به کارگیری این روش ها در زندگی روزمره برای دوستان، آشنایان و ... و ارائه ی تکلیف خانگی |
| جلسه هفتم: نامه نگاری | مرور تمرین جلسه ی قبل، آموزش نوشتن نامه های همراه با شفقت برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت |
| جلسه هشتم: جمع بندی جلسات و پس آزمون | جمع بندی، مرور مطالب جلسات قبل، پرسش و پاسخ برای رفع سؤالات، ارائه ی راهکارهای جهت حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره و اجرای پس آزمون |

درمان مبتنی بر شفقت در این پژوهش براساس رویکرد گیلبرت (۲۰۰۹) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اول اجرا گردید. خلاصه جلسات مداخله هیپنوتراپی شناختی-رفتاری در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. جلسات هیپنوتراپی شناختی-رفتاری (بادل و همکاران، ۱۳۹۲)

| جلسات | محتوای جلسات |
|-------|---|
| اول | برنامه ریزی برای تشکیل گروه؛ انتخاب اعضا؛ مشاوره فردی با اعضا قبل از تشکیل گروه؛ اشاره به ضرورت حضور و مشارکت اعضا در جلسات گروه؛ تشریح هدف گروه درمانی هیپنوتیزم شناختی معرفی شیوهی مشاوره‌ی گروهی؛ توافق با اعضا در مورد زمان تشکیل گروه و تعداد جلسات آن، تشریح اختلال ملال پیش از قاعدگی و پیامدهای جسمی و روانی این اختلال |
| دوم | توضیح هیپنوتراپی مبتنی بر درمان شناختی و اصلاح باورهای نادرست درباره هیپنوتیزم، بیان باورها و ارزش‌های مطلق توسط اعضا و توجه به علت مشکل‌سازی این باورها، تمرین آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت شده و تلقین هیپنوتیزمی تأثیر تفکر غیر منطقی روی آشفتنگی هیجانی، به همراه تلقینات مربوطه در حالت خلسه |
| سوم | تشریح ارتباط افکار، باور و رفتار و پیامد رفتاری ناشی از باورها با استفاده از تلقینات مربوطه به حالت خلسه هیپنوتیزمی |
| چهارم | بررسی شواهد و معنای افکار خودآیند توسط اعضای گروه، تحلیل کار آمد، ایجاد باور جایگزین به همراه تلقینات لازم در حالت خلسه هیپنوتیزمی |
| پنجم | بررسی ویژگی‌های باور جایگزین، تغییر ادراکی به همراه تلقینات مربوط در حالت خلسه تمرین و تکالیف خانگی گروه مورد ارزیابی |
| ششم | تقویت افکار مثبت در حالت خلسه، آماده سازی گروه برای پایان دادن به جلسات در حالت خلسه |
| هفتم | جمع بندی و مرور جلسات، پاسخ به سوالات آزمودنی‌ها- اجرای پس آزمون. |
| هشتم | |

هیپنوتراپی شناختی-رفتاری گروهی بر اساس پروتکل ارائه شده توسط بادل و همکاران (۱۳۹۲) نیز در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش دوم اجرا شد

یافته‌ها

نتایج حاصل از بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سنی و انحراف معیار گروه درمان متمرکز بر شفقت، درمان هیپنوتراپی شناختی-رفتاری و گروه کنترل به ترتیب ۳۲/۴۷ ± ۱/۲۷، ۳۳/۱۵ ± ۱/۲۳ و ۳۲/۴۲ ± ۱/۲۶ است. همچنین سطح تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم، کارشناسی و کارشناسی ارشد برای گروه درمان متمرکز بر شفقت به ترتیب ۳ (۲۰ درصد)، ۷ (۴۶/۷۰ درصد) و ۵ (۳۳/۳۳ درصد)، برای گروه درمان هیپنوتراپی شناختی-رفتاری ۳ (۲۰ درصد)، ۶ (۴۰ درصد) و ۶ (۴۰ درصد) و برای گروه کنترل به ترتیب ۳ (۲۰ درصد)، ۸ (۵۳/۳۰ درصد) و ۴ (۲۶/۷۰ درصد) بود. در نهایت از لحاظ وضعیت تاهل گروه درمان متمرکز بر شفقت ۴ نفر مجرد (۲۶/۷۰ درصد) و ۱۱ نفر متاهل (۷۳/۳۰ درصد)، گروه هیپنوتراپی شناختی-رفتاری ۶ نفر مجرد (۴۰ درصد) و ۹ نفر متاهل (۶۰ درصد) و برای گروه کنترل ۷ نفر مجرد (۴۶/۷۰ درصد) و ۸ نفر متاهل (۵۳/۳۰ درصد) بود. در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی تحمل پریشانی به تفکیک گروه‌های پژوهش ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مولفه‌های ناگویی هیجانی در مراحل آزمون به تفکیک گروه‌های پژوهش

| متغیر | مرحله | شفقت درمانی | هیپنوتراپی شناختی رفتاری | گواه | انحراف معیار |
|---------------------------|-----------|-------------|--------------------------|-------|--------------|
| دشواری در شناسایی احساسات | پیش آزمون | ۲۱/۸۷ | ۲۲/۳۳ | ۲۳/۲۷ | ۴/۱۶ |
| | پس آزمون | ۱۷/۰۷ | ۱۵/۶۷ | ۲۲/۰۷ | ۵/۴۳ |
| | پیگیری | ۱۷/۶۷ | ۱۶/۹۳ | ۲۱/۴۲ | ۴/۱۰ |
| دشواری در توصیف احساسات | پیش آزمون | ۱۶/۸۰ | ۱۷/۷۳ | ۱۶/۴۰ | ۵/۲۷ |
| | پس آزمون | ۱۳/۶۱ | ۱۱/۷۳ | ۱۶/۲۴ | ۴/۶۰ |
| | پیگیری | ۱۳/۴۲ | ۱۲/۸۷ | ۱۷/۲۷ | ۲/۷۸ |
| تفکر عینی | پیش آزمون | ۲۵/۳۳ | ۲۶/۴۰ | ۲۵/۴۷ | ۵/۴۷ |
| | پس آزمون | ۱۸/۸۰ | ۱۷/۲۰ | ۲۴/۸۰ | ۵/۷۲ |
| | پیگیری | ۱۹/۰۷ | ۱۸/۶۷ | ۲۶/۴ | ۳/۸۸ |

در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار برای تحمل پریشانی به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون پژوهش ارائه گردیده است. قبل از مقایسه اثربخشی دو درمان، پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مورد بررسی قرار گرفت که نتایج بدست آمده برای آزمون شاپیرو - ویلک نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها در متغیرهای پژوهش در هر سه گروه و در هر سه مرحله آزمون رعایت شده است ($P > 0/05$). همچنین نتایج آزمون لوین نیز نشان می‌دهد پیش‌فرض همگنی واریانس متغیر پژوهش بین گروه‌ها در سه مرحله آزمون نیز رعایت شده است ($P > 0/05$). همچنین نتایج نشان داد که آزمون ام باکس و کرویت موچلی برای دشواری در شناسایی احساسات (Box's M = ۱۱/۳۹، $F = 0/۸۵$ ، $P = 0/۶۰$ و $Mauchly's W = 0/۹۶$ ، دشواری در توصیف احساسات (Box's M = ۱۴/۴۸، $F = ۱/۰۸$ ، $P = 0/۴۶$ ، $df = ۲$ ، $X^2 = ۱/۵۶$ ، $P = 0/۳۷$ و $Mauchly's W = 0/۹۶$ ، $X^2 = ۱/۶۷$ ، $df = ۲$ ، $P = 0/۴۳$) و تفکر عینی ($P = 0/۴۱$ ، $df = ۲$ ، $X^2 = ۱/۷۸$ ، $Mauchly's W = 0/۹۶$ و $P = 0/۹۲$ ، $F = 0/۴۹$ ، Box's M = ۱۱/۳۹) معنادار نبود. بنابراین با اطمینان از برقرار بودن پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس آمیخته می‌توان به مقایسه اثربخشی دو درمان پرداخت که در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته ارائه شده است. جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی و مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و هیپنوتراپی

شناختی رفتاری بر ناگویی هیجانی

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | مقدار P | اندازه اثر | توان آزمون |
|---------------------------|--------------------|---------------|------------|-----------------|---------|---------|------------|------------|
| دشواری در شناسایی احساسات | مراحل آزمون | ۴۸۸/۹۵ | ۲ | ۲۴۴/۴۷ | ۱۲/۷۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۳ | ۱ |
| | تعامل مراحل و گروه | ۱۹/۱۴ | ۴ | ۲۹/۷۸ | ۱/۵۵ | ۰/۲۰ | ۰/۰۷ | ۰/۴۶ |
| | عضویت گروهی | ۴۰۷/۸۴ | ۲ | ۲۰۳/۹۲ | ۱۰/۲۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۳ | ۰/۹۸ |
| دشواری در توصیف احساسات | مراحل آزمون | ۲۴۲/۶۸ | ۲ | ۱۲۱/۳۴ | ۱۱/۷۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۲ | ۰/۹۹ |
| | تعامل مراحل و گروه | ۱۸۰/۲۱ | ۴ | ۴۵/۰۵ | ۴/۳۴ | ۰/۰۰۳ | ۰/۱۷ | ۰/۹۲ |
| | عضویت گروهی | ۱۶۲/۵۵ | ۲ | ۸۱/۲۷ | ۴/۸۵ | ۰/۰۱ | ۰/۱۹ | ۰/۷۷ |
| تفکر عینی | مراحل آزمون | ۷۵۱/۳۵ | ۲ | ۳۷۵/۶۷ | ۱۶/۱۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۸ | ۱ |
| | تعامل مراحل و گروه | ۴۱۱/۱۴ | ۴ | ۱۰۲/۷۸ | ۴/۴۱ | ۰/۰۰۳ | ۰/۱۷ | ۰/۹۲ |
| | عضویت گروهی | ۶۴۹/۳۰ | ۲ | ۳۲۴/۶۵ | ۱۰/۲۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۷ | ۰/۹۸ |

نتایج بدست آمده در جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت مراحل آزمون، عضویت گروهی و تعامل مراحل و گروه برای دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی و مراحل آزمون و عضویت گروهی دشواری در شناسایی احساسات معنادار است ($P < 0/01$). برای بررسی نقاط تفاوت از مقایسه زوجی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. مقایسه زوجی بن فرونی تفاوت های بین گروهی و مراحل آزمون خرده مقیاس های ناگویی هیجانی

| متغیر | منبع تغییرات | گروه مبنا | گروه ثانویه | تفاوت میانگین | خطای انحراف معیار | مقدار P |
|---------------------------|--------------|-------------|-------------|---------------|-------------------|---------|
| دشواری در شناسایی احساسات | گروه | شفقت درمانی | هیپنوتراپی | ۰/۵۶ | ۰/۹۴ | ۱ |
| | | هیپنوتراپی | گواه | -۳/۳۸ | ۰/۹۴ | ۰/۰۰۳ |
| | | هیپنوتراپی | گواه | -۳/۹۳ | ۰/۹۴ | ۰/۰۰۱ |
| | مرحله آزمون | پیش آزمون | پس آزمون | ۴/۲۲ | ۰/۸۹ | ۰/۰۰۱ |
| | | پیش آزمون | پیگیری | ۳/۸۲ | ۰/۸۷ | ۰/۰۰۱ |
| | | پس آزمون | پیگیری | -۰/۴۰ | ۱/۰۱ | ۱ |
| دشواری در توصیف احساسات | گروه | شفقت درمانی | هیپنوتراپی | ۰/۴۹ | ۰/۸۶ | ۱ |
| | | هیپنوتراپی | گواه | -۲/۰۴ | ۰/۸۶ | ۰/۰۷ |
| | | هیپنوتراپی | گواه | -۲/۵۳ | ۰/۸۶ | ۰/۰۲ |
| | مرحله آزمون | پیش آزمون | پس آزمون | ۳/۱۱ | ۰/۶۶ | ۰/۰۰۱ |
| | | پیش آزمون | پیگیری | ۲/۴۷ | ۰/۷۴ | ۰/۰۰۶ |
| | | پس آزمون | پیگیری | -۰/۶۴ | ۰/۶۳ | ۰/۹۴ |
| تفکر عینی | گروه | شفقت درمانی | هیپنوتراپی | ۰/۳۱ | ۱/۱۹ | ۱ |
| | | هیپنوتراپی | گواه | -۴/۴۹ | ۱/۱۹ | ۰/۰۰۲ |
| | | هیپنوتراپی | گواه | -۴/۸۰ | ۱/۱۹ | ۰/۰۰۱ |
| | مرحله آزمون | پیش آزمون | پس آزمون | ۵/۴۷ | ۱/۰۹ | ۰/۰۰۱ |
| | | پیش آزمون | پیگیری | ۴/۳۶ | ۰/۹۱ | ۰/۰۰۱ |
| | | پس آزمون | پیگیری | -۱/۱۱ | ۱/۰۵ | ۰/۸۸ |

نتایج بدست آمده از جدول ۵ نشان می دهد که گروه درمان شفقت به خود بر دشواری در شناسایی احساسات و تفکر عینی اثربخشی معنادار و پایداری دارد ($P < ۰/۰۱$) اما برای دشواری در توصیف احساسات نتایج معناداری مشاهده نشد ($P = ۰/۰۷$). همچنین نتایج نشان داد که هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر هر سه خرده مقیاس ناگویی هیجانی اثربخشی معناداری داشته است ($P < ۰/۰۵$). در نهایت نتایج نشان داد که بین مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$) که بیانگر پایداری نتایج است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر ناگویی هیجانی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی بود. نتایج نشان داد که گروه درمان شفقت به خود اگرچه بر دشواری در توصیف احساسات اثر معناداری نداشت، با این حال بر دشواری در شناسایی احساسات و تفکر عینی اثربخشی معنادار و پایداری نشان داد. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش های نیستروم (۲۰۱۸)، ولی زاده و همکاران (۱۴۰۲)، افتخاری و همکاران (۱۳۹۹)، ثناگوی محرر و همکاران (۱۳۹۹)، پورمحمد قوچانی و عرب (۱۳۹۸) و شاره و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین یافته بدست آمده باید گفت که درمان متمرکز بر شفقت تلاش دارد با افزایش توجه و تمرکز بدون قضاوت و آگاهانه نسبت به تجارب و رویدادهای دورنی و بیرونی، در قبال هیجان ها رویکردی مبتنی بر پذیرش داشته باشد (روزمونت و همکاران، ۲۰۱۷). به عبارتی مداخله شفقت به خود در تلاش بود که پذیرش بدون قضاوت و بدون اجتناب را زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی در قبال هیجان ها نشان دهد. بر همین اساس می توان این استدلال را مطرح کرد که پذیرش و عدم قضاوت هیجان ها به صورت آگاهانه

احتمالا از شدت دشواری در شناسایی احساسات کاسته باشد. در همین رابطه باید به این نکته اشاره کرد که دشواری در شناسایی احساسات تا حدودی ناشی از راهبردهای اجتنابی و ناسازگار برخورد با هیجان‌ها است (دافنه و رینی، ۲۰۱۷). علاوه بر این، درمان متمرکز بر شفقت به خود در تلاش بود تا توجه آگاهانه و متمرکز بر حالت‌ها و تجارب درونی هیجانی افزایش پیدا کند. بنابراین می‌توان این احتمال را داد که مداخله ارائه شده با کاهش تفکر عینی برون‌گرا همراه شده باشد و توجه به حالت‌های ذهنی درونی را بیشتر کرده باشد. به طور خاص در اختلال ملال پیش از قاعدگی به سبب ناراحتی و اشتغال ذهنی مداوم با درد و نیز به واسطه تغییرات خلقی، دشواری در شناسایی و توصیف احساسات در یک چرخه معیوب باعث تقویت ناگویی هیجانی می‌گردد (رایکین و همکاران، ۲۰۱۹). در همین رابطه درمان متمرکز بر شفقت با توجه به اینکه به آموزش تمرکز و توجه آگاهانه به جای تفکر انتقادی و خودکار می‌گردد، احتمالا با کاهش چرخه‌های ذهنی و هیجانی تقویت‌کننده ناگویی هیجانی شده است.

همچنین نتایج نشان داد که هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر هر سه مولفه ناگویی هیجانی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی اثر معناداری داشته است. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های مقتدر و پاک سرشت (۱۳۹۸)، بادله و همکاران (۱۳۹۲)، سعیدی و همکاران (۲۰۱۶) صادقی‌راد و همکاران (۲۰۲۱)، سعیدی و همکاران (۲۰۲۱) و سالس و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین یافته بدست آمده باید توجه کرد که هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر این دیدگاه است که پریشانی‌های هیجانی نظیر ناگویی هیجانی ناشی از شکل منفی خود هیپنوتیزمی است. به طوری که افکار منفی به طور انتقادی و بدون آگاهی پذیرفته می‌شوند (فوهر و همکاران، ۲۰۲۱). به عبارتی دیگر افکار منفی و خودکار انتقادگر فرصت درک و پردازش هیجان‌ها و تجارب فردی را مانع می‌گردد. بر همین اساس می‌توان این استدلال را مطرح کرد هیپنوتراپی شناختی-رفتاری با توجه به اینکه بر توجه و پذیرش تجارب همراه با اصلا تفکر و باورهای منفی همراه است، احتمالا فرصت دسترسی و پردازش هیجان‌ها را به صورت مثبت افزایش داده باشد. به عبارتی با پردازش و پذیرش هیجان‌ها از شدت ناتوانی در شناسایی و توصیف هیجان‌ها و همچنین درک تجارب ذهنی درونی در زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی کاسته شده است. علاوه بر این باید توجه کرد که هیپنوتراپی شناختی-رفتاری شامل چند روش اساسی از جمله آرام سازی، تصویرسازی هدایت شده و بازسازی شناختی است (آریانا و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین می‌توان این احتمال را داد که در جریان این تکنیک‌ها به هیجان‌ها دسترسی پیدا شده و شناسایی و توصیف هیجان‌ها بیشتر صورت گرفته است. علاوه بر این در جلسات هیپنوتراپی شناختی-رفتاری، درمانگر نه تنها با به حداکثر رساندن آگاهی، همچنین با به حداکثر رساندن توجه، تمرکز و با به حداقل رساندن حواس پرتی و تداخل ناشی از دیگر

منابع تنش‌زا حاصل از اختلال ملال پیش از قاعدگی، زمینه‌شناسایی و توصیف هیجان‌ها را تسهیل می‌کند

همچنین نتایج بدست آمده نشان داد که بین اثربخشی دو درمان متمرکز بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی رفتاری تفاوت معناداری وجود ندارد. پژوهش‌های قبلی به مقایسه اثربخشی این دو درمان بر روی ناگویی هیجانی یا متغیر مشابهی نپرداخته‌اند. بنابراین با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان گفت هر دو درمان با توجه به ماهیت روانشناختی اختلال ملال پیش از قاعدگی با ارائه تکنیک‌هایی باعث کاهش تأثیرگذاری علائم اختلال بر تعدیل ناگویی هیجانی زنان مبتلا به ملال پیش از قاعدگی شده‌اند. به طوری که هر دو رویکرد با بازسازی شناختی افکار و باورهای معیوب و افزایش خودآگاهی و انعطاف‌پذیری به زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی کمک می‌کند تا ضمن آگاهی بر هیجان‌ات و تغییر افکار منفی، مدیریت هیجان از دست رفته خود را دوباره بدست آورند و از احساس گناه و یا حس خشم و عصبانیت نسبت به خودشان، همسر، اطرافیان و بطور کلی علائم و نشانه‌هایی که باعث بروز هیجان‌ات منفی‌شان شده است، رهایی یابند و به همان میزان سعی کند تا با آموزش مستقیم مهارت‌هایی نظیر مهارت حل مسأله، مذاکره، حل تعارض و کنترل خشم در مقابل مشکلات خانوادگی و اجتماعی ناشی از اختلال بهترین عکس‌العمل را نشان دهند. البته نتایج بیانگر این بود که فقط هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر مولفه دشواری در توصیف احساسات اثربخشی معناداری دارد. در همین رابطه باید توجه کرد که هیپنوتیزم حالتی است که در نتیجه توجه، پذیرش و تمرکز ایجاد می‌شود (دوود، ۲۰۰۰). به عبارتی فرآیند تمرکز شاید آنگونه که در هیپنوتراپی مورد توجه است در شفقت به خود مورد توجه نباشد و همین تمرکز احتمالاً منجر به افزایش توانایی توصیف هیجان‌ها شده باشد.

در مجموع نتایج بدست آمده نشان داد که هر دو درمان متمرکز بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر ناگویی هیجانی اثربخشی معناداری دارند با این تفاوت که فقط هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر مولفه دشواری در توصیف احساسات اثربخشی معناداری دارد. بر همین اساس می‌توان گفت که متخصصان این حوزه به فراخور دیدگاه نظری و تجربی خود می‌توانند از هر یک از این دو درمان برای ناگویی هیجانی در زنان دچار اختلال ملال پیش از قاعدگی استفاده نمایند. علاوه بر این مراکز درمان اختلال ملال پیش از قاعدگی می‌توانند استفاده از درمان متمرکز بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری را در کنار درمان‌های دارویی خود جهت جلوگیری از ترک درمان یا افزایش نرخ موفقیت درمان، مورد توجه و استفاده قرار دهند. البته باید توجه داشت که عدم نمونه‌گیری تصادفی، عدم کنترل متغیرهای اقتصادی و اجتماعی از جمله محدودیت‌های عمده پژوهش حاضر بوده است که تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت روبرو کرده است. علاوه بر این، نتایج بدست آمده محدود به جامعه باسواد با سطح حداقل سواد دیپلم بوده که نمی‌تواند به زنان بی‌سواد قابل تعمیم باشد. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی ضمن کنترل

متغیرهای اقتصادی و اجتماعی، نمونه‌ای از زنان با سطح سواد زیر دیپلم نیز مورد بررسی قرار گیرد.

کتابنامه

آبرین، م؛ زمستانی، م؛ ربیعی، م؛ باقری، ا. (۱۳۹۶). کارآیی هیپنوتراپی شناختی- رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۲۳ (۴)، ۴۰۷-۳۹۴.

10.29252/nirp.ijpcp.23.4.394

افتخاری، ر؛ حیدری، ح. داوودی، ح. (۱۳۹۹). درمان متمرکز بر شفقت بر ناگویی هیجانی، سازش یافتگی فردی-اجتماعی و تاب‌آوری. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*.

۳(۶۳)، ۲۴۰۲-۲۴۱۳. doi: 10.22038/mjms.2020.17098

بادله، م؛ فتحی، م؛ آقامحمدیان، ح. و بادله شמושکی، م. (۱۳۹۲). اثربخشی هیپنوتراپی شناختی- رفتاری گروهی بر افزایش عزت نفس دانش آموزان نوجوان، توسعه پژوهش در پرستاری و

مامایی، ۱۰(۱)، ۲۴-۱۷. <http://nmj.goums.ac.ir/article-1-313-fa.html>

پورمحمد قوچانی، ک. و عرب، س. (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی متمرکز بر شفقت بر احساس تنهایی و نشخوار فکری زنان با سندرم پیش از قاعدگی، *رویش روان شناسی*، ۸(۹)، ۱۷۷-

۱۶۷. 20.1001.1.2383353.1398.8.9.16.8

ثناگوی محرر، غ؛ شیرازی، م؛ کیا، س. و کرمی مهاجری، ز. (۱۳۹۹). تاثیر آموزش مبتنی بر شفقت بر امیدواری، رضایت از زندگی و نارسایی خلقی نوجوانان دختر بزهکار. *روان*

پرستاری، ۸ (۳)، ۴۶-۵۶. <http://ijpn.ir/article-1-1572-fa.html>

درخشانیپور، ز؛ بحرینیان، ع؛ خاکپورشمس آبادی، س. و بحری، ف. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی روان درمانی بر کاهش شدت علائم اختلال ملال پیش از قاعدگی، *مجله دانشکده پزشکی*

مشهد، ۱۱(۶۳)، ۹۰-۶۶. 20.1001.1.2383353.1398.8.9.16.8

عسگریانی، ز؛ برات، ش؛ موعودی، س؛ حمیدیا، آ. و بیژنی، ع. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی هیپنوتیسم و تمرینات آرام‌سازی عضلات در کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی. *فصلنامه*

کومش. ۲۰(۳)، ۵۱۰-۵۱۶

. <http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-3671-fa.html>

مفرد نژاد، ن. (۱۳۹۳). مقایسه ناگویی هیجانی، سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانش آموزان دختر دبیرستانی خانواده های طلاق و عادی با کنترل وضعیت اجتماعی-اقتصادی. *فصلنامه*

اندیشه های تربیتی، ۱۰(۲)، ۱۴۰-۱۲۰. 10.22051/jontoe.2014.371

موسوی، س. و خرم آبادی، ر. (۱۴۰۰). شیوع انواع نشانه‌های ملال پیش قاعدگی در زنان ایرانی و رابطه آن با دشواری در تنظیم هیجانی و تغییر شدت علائم در ایام کرونا. *مجله روان*

شناسی، ۲۰ (۱)، ۱۲-۲۳. 20.1001.1.18808436.1401.26.101.2.9

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر ناگویی هیجانی زنان مبتلا .../۱۴۵

ولی زاده، ح؛ احمدی، و. و میرشکار، س. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب آوری، ناگویی هیجانی و احساس تنهایی زنان سرپرست خانوار. فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی، ۱۸(۶۹)، ۳۴-۴۶. Doi 10.22034/jmpr.2023.16248

References

- Alexa M.R., Nicole A.S, Norman B.S. (2019). Emotion dysregulation mediates the relationship between trauma type and PTSD symptoms in a diverse trauma-exposed clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 139(1), 28-33. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.10.033>
- Ariana, P. A., Wirawan, I. M. A., Duarsa, D. P., & Lesmana, C. B. J. (2022). Effectiveness Of Hypnotherapy In Insomnia Patients: Systematic Literature Review. *Lux Mensana Journal of Scientific Health*, 86-96. <https://doi.org/10.59141/cerdika.v3i1.506>
- Bäckström, T., Ekberg, K., Hirschberg, A. L., Bixo, M., Epperson, C. N., Briggs, P., ... & O'Brien, S. (2021). A randomized, double-blind study on efficacy and safety of sepranolone in premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 133, 105426. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105426>
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Besharat, M. A. (2008). Psychometric characteristics of Persian version of the Toronto alexithymia scale-20 in clinical and non-clinical samples. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 33(1), 1-6. <https://doi.org/10.2466/pr0.102.1.259-27>
- Castro A., Pataky U.E. (2019). Associations between premenstrual syndrome and postpartum depression. A systematic literature review, *Biological Psychology*, 147, 246-262. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2018.10.014>
- Daphne Y.L., Renee J.T. (2017). Selection and implementation of emotion regulation strategies Mother in major depressive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 5(3), 52-59. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.07.004>
- Fuhr, K., Meisner, C., Broch, A., Cynry, B., Hinkel, J., Jaberg, J., ... & Batra, A. (2021). Efficacy of hypnotherapy compared to cognitive behavioral therapy for mild to moderate depression-Results of a randomized controlled rater-blind clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 286, 166-173. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.069>
- Gilbert P. (2009). *The Compassionate Mind. A New Approach to Life's Challenges*. Constable-Robinson.

- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.10.033>
- Muris P., Meesters C., Pierik A., de Kock B. (2016). Good for the self. Self-compassion and other self-related constructs in relation to symptoms of anxiety and depression in non-clinical youths. *J Child Fam Stud*. 25, 607-17.
[https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Nyström, M. (2018). Affect school, Virya yoga, and compassion-focused therapy: A pilot study of an integrative group treatment, depression and anxiety. *Journal of Sport & Exercise Psychology (JSEP)*, 40, S110-S111.
[10.1007/s10826-015-0235-2](https://doi.org/10.1007/s10826-015-0235-2)
- Petersen, N., London, E. D., Liang, L., Ghahremani, D. G., Gerards, R., Goldman, L., & Rapkin, A. J. (2016). Emotion regulation in women with premenstrual dysphoric disorder. *Archives of women's mental health*, 19(5), 891-898.
<https://doi.org/10.59141/cerdika.v3i1.506>
- Quinn, G. P., & Keough, M. J. (2002). *Experimental design and data analysis for biologists*. Cambridge university press.
- Rabia M., Kouser F.F., Muzafar D.A. (2018). Efficacy of Schema therapy in the management of premenstrual syndrome. A randomized controlled study, *Journal of Herbal Medicine*, 14, 17-21.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.10.033>
- Rapkin, A. J., Korotkaya, Y., & Taylor, K. C. (2019). Contraception counseling for women with premenstrual dysphoric disorder (PMDD): current perspectives. *Open Access Journal of Contraception*, 27-39. DOI: 10.2147/OAJC.S183193
- Ros-Morente, A., Mora, C. A., Nadal, C. T., Belled, A. B., & Berenguer, N. J. (2017). An examination of relationship between emotional intelligence, positive affect and character strengths and virtues. *Anales de Psicología /Annals of Psychology*, 34(1), 63-67.
<https://doi.org/10.6018/analesps.34.1.262891>
- Saedi, S., Hatami, M., Asgari, P., Ahadi, H., & Poursharifi, H. (2016). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on alexithymia and pain self-efficacy of patients with chronic pain. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(11), 277-284.
<https://doi.org/10.1017/S1352465822000364>
- Saeedi Rashkolia, A., Tavakoli, A., Zeinaddiny Meymand, Z., & Hosseini Fard, S. M. (2021). The Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy on Alexithymia, Emotion Regulation, and Psychological Capital of Male Substance Abusers in Kerman. *Health and Development Journal*, 10(4), 271-278. doi: 10.22062/jhad.2021.92063.
- Salles, B. M., Maturana de Souza, W., Dos Santos, V. A., & Mograbi, D. C. (2023). Effects of DBT-based interventions on alexithymia: a systematic

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر ناگویی هیجانی زنان مبتلا .../۱۴۷

review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 52(2), 110-131.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2022.2117734>

Sedighrad, G., Asgari, P., Heidari, A., & Khorami, N. S. (2021). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on reducing impulsive behaviors, alexithymia, and despair in depressed patients at counseling centers in Ahvaz. *International Journal of Health Studies*, 7(3), 16-20.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.10.033>

Shareh, H., Ghodsi, M., & Keramati, S. (2022). Emotion-focused group therapy among women with premenstrual dysphoric disorder: A randomized clinical trial. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 32(4), 440-455. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1980239>

