



Comparison of the Effectiveness of Existential Psychotherapy and Compassion-Focused Therapy on Distress Tolerance in Women with Multiple Sclerosis

Mona Porjorat Poo¹ , Nasrin Bagheri²  , Afsaneh Taheri² 

1. PhD student, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran
2. Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran

Corresponding Author: Nasrin Bagheri

E-mail: na.bagheri@iau.ac.ir

Received: 03 October 2024

Revised: 08 December 2024

Accepted: 11 December 2024

Published Online: 1 July 2025

Citation: Porjorat Poo, M., Bagheri, N. and Taheri, A. (2025). Comparison of the Effectiveness of Existential Psychotherapy and Compassion-Focused Therapy on Distress Tolerance in Women with Multiple Sclerosis. *Journal of Modern Psychological Researches*, 20(78), 204-219. doi: [10.22034/jmpr.2024.63830.6458](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.63830.6458)

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Multiple sclerosis (MS) is a complex, autoimmune-mediated neurodegenerative disease of the central nervous system, characterized by demyelinating lesions and axonal damage, whose exact etiology remains unknown (McGinley et al., 2021). MS presents with diverse clinical manifestations, primarily affecting young adults, particularly women of reproductive age, and shows a notable female predominance (Signoriello et al., 2024), typically with a male-to-female ratio of 1:3 (Frahm et al., 2022; Renaud et al., 2024). Research indicates that women with MS experience a range of problems more frequently than healthy women, including depression and anxiety (Gammoh & Ennab, 2024), sexual dysregulation and dysfunction (Zaloum et al., 2024), stress (Von Drathen et al., 2024), sleep disorders (Sempik et al., 2024), and fatigue (Englund et al., 2024; Hudgens et al., 2024). Furthermore, multiple sclerosis can negatively impact women's distress tolerance (Mehdikhani et al., 2021).

Distress tolerance, identified as an important transdiagnostic factor for emotional disorders (Li et al., 2023), is defined as the perceived ability to tolerate, endure, and resist negative and maladaptive emotional states (Byllesby & Palmieri, 2024). Research indicate that pain caused by MS is often experienced chronically (Yilmazer et al., 2022) and remains an inseparable part of the condition, often resistant to treatment, requiring patients to learn to tolerate it (Foley et al., 2022). Therefore, interventions are needed to enhance distress tolerance in women with multiple sclerosis. Two promising approaches include existential psychotherapy (Dehmani et al., 2024) and compassion-focused therapy.

Existential psychotherapy helps individuals accept suffering and adversity, fostering more adaptive attitudes toward illness and enhancing resilience and tolerance. Through existential psychotherapy, patients can realize that their entire life is not defined by their illness, but rather they possess inherent abilities that instill hope for life (Ghasemi et al., 2025). Compassion-focused therapy, developed by Gilbert (2000), aims to foster compassion—kindness toward oneself and others—in the context of suffering, using a transdiagnostic approach (Craig et al., 2020). It has been shown to reduce catastrophizing and improve pain acceptance in patients with multiple sclerosis (Jahangiri et al., 2024).

In summary, there is a clear need for this research, as no definitive treatment currently exists for MS—particularly affecting young women who represent an essential part of the workforce. A decline in their health could have significant social consequences. This study not only examines the effectiveness of both therapies but also compares them to identify which approach more effectively enhances distress tolerance in women with MS. To address this goal, the research question is: What is the difference between the effectiveness of existential psychotherapy and compassion-focused therapy on distress tolerance in women with multiple sclerosis?

Method: This quasi-experimental study was used a pretest-posttest design with control group and a 2-month follow-up period. The study's target population comprised all women with multiple sclerosis who referred to the Tehran Multiple Sclerosis Association during the summer of 2024. A total of 45 female patients, diagnosed with MS by a specialist physician, were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups: existential psychotherapy ($n = 15$), compassion-focused therapy ($n = 15$), and a control group ($n = 15$). The first experimental group underwent 10 sessions of 90-minute existential psychotherapy, while the second experimental group received 10 sessions of 90-minute of compassion-focused therapy. During this period, the control group did not receive any intervention and remained on the waiting list. Analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc test was used for data analysis.

Results: Based on the results, the variance across the levels of the dependent variables was significantly different. To solve this problem and increase the accuracy of the F statistic, the degrees of freedom were corrected using the Greenhouse-Geisser and Huynh-Feldt methods. According to Stevens (1996, as cited in Veisi & Kashefi, 2025), if the epsilon value is greater than 0.75, the Huynh-Feldt correction should be used. If the epsilon is less than 0.75 or sphericity information is unavailable, the Greenhouse-Geisser correction is recommended. In this study, the epsilon value for distress tolerance was below 0.75, so the Greenhouse-Geisser correction was applied. Therefore, after applying the Greenhouse-Geisser correction, the results of the repeated measures ANOVA are reported in Table 1 to examine differences in distress tolerance across the pretest, posttest, and follow-up stages.

Table 1. Results of Tests of Within-Subjects Effects and Tests of Within-Subjects Contrasts (Greenhouse-Geisser Correction) of Distress Tolerance

Variables	Source	F	p	Partial Eta	Observed Power
tolerance	group	88.14	0.001	0.68	1.00
	factor	20.82	0.001	0.50	1.00
	factor * group	18.61	0.001	0.47	1.00
absorption	group	117.36	0.001	0.74	1.00
	factor	25.12	0.001	0.54	1.00
	factor * group	22.33	0.001	0.51	1.00
appraisal	group	66.09	0.001	0.61	1.00
	factor	16.49	0.001	0.44	1.00
	factor * group	5.15	0.001	0.20	0.80
regulation	group	118.88	0.001	0.74	1.00
	factor	24.23	0.001	0.54	1.00
	factor * group	16.64	0.001	0.44	1.00
total distress tolerance	group	275.15	0.001	0.87	1.00
	factor	62.22	0.001	0.75	1.00
	factor * group	54.38	0.001	0.72	1.00

The results showed that both interventions, existential psychotherapy and compassion-focused therapy had a significant effect on distress tolerance ($p < 0.05$). In addition, the results of Bonferroni post hoc test showed that compassion-focused therapy is more effective than existential psychotherapy on distress tolerance ($p < 0.05$).

Discussion: The greater effectiveness of compassion-focused therapy in increasing distress tolerance among women with multiple sclerosis can be explained by considering the overactivation of the threat and self-protection system in these patients due to psychological disorders, leading to high levels of stress and worry and reduced self-efficacy. Concurrently, the satisfaction and relief system in MS patients is often underdeveloped, with limited opportunities for its cultivation. Compassion-focused therapy acts like mental physiotherapy for these individuals. In this way, by stimulating the relief system, it provides the basis for its development, and with the development of this system, the individual's resilience and distress tolerance against the problems of the disease increases, and the patient's self-efficacy improves and progresses.

Compassion-focused therapy also seeks to clarify the main components of compassion, such as attentive sensitivity, caring motivation, sympathy, empathy, distress tolerance, and a non-judgmental view of oneself, and compassion-focused therapy emphasizes freeing individuals from these mental traps. Compassion-focused therapy emphasizes breathing training, mindfulness, and imagery.

In addition, practical techniques such as practicing acting and visualizing oneself as a compassionate person are used to help individuals build an identity with compassionate characteristics. This new "self" then becomes a safe base for facing problems and suffering, which paves the way for transformation in the individual's existence and overcoming feelings of inadequacy, and as a result, enhancing the individual's sense of self-efficacy. When the individual experience reduced levels of inadequacy and increased levels of self-efficacy, they are better equipped to tolerate the suffering and problems of the disease. Therefore, these mechanisms suggest that compassion-focused therapy is more effective than existential psychotherapy in increasing distress tolerance in women with multiple sclerosis.

It is recommended that similar studies be conducted in diverse geographical locations and cultural contexts to allow for comparative analysis and address the limitations of the present study. Future studies should incorporate a longer follow-up phase (e.g., more than six months or even a year) to assess the long-term continuity and durability of the effectiveness of both existential psychotherapy and compassion-focused therapy.

Practically, the findings suggest that both existential psychotherapy and compassion-focused therapy can serve as effective interventions for increasing distress tolerance in women with multiple sclerosis within counseling and psychological service settings. However, compassion-focused therapy should be prioritized given its demonstrated superior effectiveness.

KEYWORDS

distress tolerance, compassion-focused therapy, existential psychotherapy, multiple sclerosis





فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی



مقایسه اثربخشی روان‌درمانی وجودی و درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزویس

منا پرجرات پو^۱، نسرین باقری^۲، افسانه طاهری^۲

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
 ۲. گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

نویسنده مسئول: نسرین باقری

رایانامه: na.bagheri@iau.ac.ir

استناددهی: پرجرات پو، منا، باقری، نسرین و طاهری، افسانه. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی وجودی و درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزویس. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۲۰ (۷۸)، ۲۱۹-۲۰۴. doi: [10.22034/jmpr.2024.63830.6458](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.63830.6458)

* این مقاله مستخرج از رساله دکتری منا پرجرات پو می‌باشد.

تاریخ دریافت: ۱۲ مهر ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری: ۱۸ آذر ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۲۱ آذر ۱۴۰۳

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۰ تیر ۱۴۰۴

چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روان‌درمانی وجودی و درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزویس بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزویس مراجعه کننده به انجمن مولتیپل اسکروزویس شهر تهران در تابستان سال ۱۴۰۳ بودند. سپس تعداد به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ زن بیمار تشخیص داده شده بر اساس پزشک متخصص انتخاب و در گام دوم این تعداد به صورت تصادفی ساده در دو گروه شامل گروه آزمایشی روان‌درمانی وجودی (۱۵ زن)، گروه درمانی مبتنی بر شفقت (۱۵ زن) و یک گروه کنترل (۱۵ زن) قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش اول تحت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روان‌درمانی وجودی و گروه آزمایش دوم تحت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفتند. در این مدت گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. از مقیاس تحمل پریشانی (DTS) سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد. نرم افزار تحلیل داده‌ها SPSS نسخه ۲۸ بود. نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثربخشی معناداری بر تحمل پریشانی داشته است ($p < 0/05$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به روان‌درمانی وجودی بر افزایش تحمل پریشانی دارد ($p < 0/05$). بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که روان‌درمانی وجودی و درمان مبتنی بر شفقت می‌توانند به عنوان شیوه‌های درمانی مناسب برای افزایش تحمل پریشانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزویس در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی به کار برده شوند و تقدم استفاده در افزایش تحمل پریشانی زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزویس با درمان مبتنی بر شفقت است.

تحمل پریشانی،
 روان‌درمانی وجودی،
 درمان مبتنی بر شفقت،
 مولتیپل اسکروزویس



مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس^۱ یک بیماری شایع در زنان جوان است که با دمی‌لیناسیون (از دست دادن میلین) سیستم عصبی مرکزی مشخص می‌شود (مارکوئز-پدروزا^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری تخریب کننده عصبی با واسطه خودایمنی سیستم عصبی مرکزی است که با ضایعات دمی‌لینه کننده و آسیب آکسون مشخص می‌شود و این یک بیماری پیچیده است که علت دقیق آن نامشخص است (مک‌گینلی^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). به عبارتی، مولتیپل اسکلروزیس تظاهرات بالینی مختلفی را نشان می‌دهد و در درجه اول بر بزرگسالان جوان، به ویژه زنان در سنین باروری تاثیر می‌گذارد و با غلبه جنسی زن مشخص می‌شود (سیگنوریلو^۴ و همکاران، ۲۰۲۴) و نسبت مرد به زن ۱ به ۳ است (فراهم^۵ و همکاران، ۲۰۲۲؛ رنائود^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). بر اساس تحقیقات زنان مبتلا مشکلاتی مختلفی از جمله افسردگی و اضطراب (گاموچ و عناب^۷، ۲۰۲۴)، بدتنظیمی و بدکارکردی جنسی (زالوم^۸ و همکاران، ۲۰۲۴)، استرس (ون دراتن^۹ و همکاران، ۲۰۲۴)، اختلالات خواب (سیمپیک^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۴) و خستگی بیشتر نسبت به زنان سالم را تجربه می‌کنند (انگولم^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۴؛ هودگنس^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۴). از سوی دیگر می‌توان گفت که مولتیپل اسکلروزیس می‌تواند بر روی میزان تحمل پریشانی^{۱۳} زنان تاثیر منفی بگذارد (مهدیخانی و همکاران، ۱۴۰۰).

تحمل پریشانی یک عامل مهم فراتشخیصی اختلالات هیجانی (لی^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۳) به توانایی درک شده برای تحمل حالات هیجانی منفی اشاره دارد، که به عنوان توانایی و ظرفیت برای تحمل کردن، تاب آوردن و ایستادگی در برابر هیجانات منفی و ناسازگارانه تعریف شده است (بلیسی و پالمری^{۱۵}، ۲۰۲۴). به عبارت دیگر تحمل پریشانی توانایی درک شده یا واقعی برای تحمل حالات بد جسمانی و هیجانی تعریف شده است (وجانویک^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۲). تحمل پریشانی می‌تواند به عنوان ارزیابی پاسخ‌های شناختی و عاطفی به استرس است (لابلا^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۴) که سطوح پایین آن در افراد باعث می‌شود که از میزان اختلالات اضطرابی (لی^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۴) و افسردگی برخوردار باشند (پروبرت-لیندستروم و پرین^{۱۹}، ۲۰۲۳؛ پاتل^{۲۰} و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین می‌توان گفت که افراد با تحمل پریشانی پایین غالباً هیجان‌های خود را خارج از تحمل می‌پندارند،

توانایی بسیار اندکی در مقابله با پریشانی‌های خود دارند، هیجان‌های خود را انکار می‌کنند و دارای اختلال‌های خلقی و اضطرابی بالاتری هستند که این عوامل سبب افزایش پریشانی و کاهش تحمل آن می‌شود (کونینگهام^{۲۱} و همکاران، ۲۰۲۰).

همچنین تحقیقات نشان داده است که درد ناشی از بیماری به صورت مزمن تجربه می‌شود (ییلمازر^{۲۲} و همکاران، ۲۰۲۲) و این درد که جزء تفکیک‌ناپذیری از بیماری آنهاست که نمی‌توان برای درمان آن مداخله‌ای انجام داد و باید همانطور که با بیماری خود زندگی می‌کنند، آن را نیز تحمل کنند (فولی^{۲۳} و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین نیاز است برای افزایش توانمندی‌های زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، آنان مورد مداخله قرار گیرند که تحقیقات از مداخلاتی اثربخش از جمله دارو درمانی (شکودینا^{۲۴} و همکاران، ۲۰۲۴)، درمان پذیرش-تعهد (پاکنهام و لاندی^{۲۵}، ۲۰۲۴؛ گیواونتی^{۲۶} و همکاران، ۲۰۲۴)، درمان توانمند کردن این بیماران استفاده کرده‌اند (وو^{۲۸} و همکاران، ۲۰۲۴؛ لوسین^{۲۹} و همکاران، ۲۰۲۴). از جمله مداخلات مهم برای این بیماران که نقش مهمی در بهبود تحمل پریشانی می‌تواند داشته باشد روان درمانی وجودی^{۳۰} است (دهمنی و همکاران، ۱۴۰۳) که در آن، آگاهی از مرگ برای کشف معنا و هدف زندگی کاملاً ضروری است. در کل، درمان وجودی موقعیتی برای رویارویی وجودی بیماران است. و در این نوع درمان، به بیماران کمک می‌شود تا به سطحی عمیق‌تر از آگاهی نسبت به ساختار وجودی خود برسند و به بیمار در مواجهه با واقعیت‌های زندگی از جمله اضطراب مرگ کمک شده و او تشویق می‌شود از حالت انفعال خارج شود و آزادی خود را بپذیرد و نوع نگرش خود نسبت به مسائل را انتخاب کند (بای^{۳۱} و همکاران، ۲۰۲۰).

این رویکرد به جای تأکید بر بهبود بیماری، یا به کارگیری مطلق تکنیک‌های حل مسئله برای تکلیف دشوار زندگی اصیل، بر درک آزادی، مسئولیت و ابراز صادقانه خویش تمرکز دارد (فغانی تولون و همکاران، ۱۴۰۲). روان‌درمانی وجودی قدرت پذیرش رنج‌ها و مشکلات را در افراد افزایش داده و باعث تغییر نگرش آنها نسبت به بیماری‌شان می‌شود که این مهم میزان تاب‌آوری و تحمل آنها را افزایش می‌دهد. این بیماران با روان‌درمانی وجودی متوجه می‌شوند که همه زندگی آنها بیماری نیست بلکه توانایی‌های بالقوه‌ای دارند که موجب امید به زندگی در آنها می‌شود (قاسمی

17. Labella
18. Li
19. Probert-Lindström & Perrin
20. Patel
21. Cunningham
22. Yilmazer
23. Foley
24. Shkodina
25. Pakenham & Landi
26. Giovannetti
27. Zhao
28. Vo
29. Lucien
30. existential psychotherapy
31. Bai

1. multiple sclerosis
2. Marquez-Pedroza
3. McGinley
4. Signoriello
5. Frahm
6. Renaud
7. Gammoh & Ennab
8. Zaloum
9. Von Drathen
10. Sempik
11. Englund
12. Hudgens
13. distress tolerance
14. Li
15. Byllesby & Palmieri
16. Vujanovic

اثرات مخربی بر جامعه داشته باشد، همچنان ضرورت دارد با دقت به انتخاب بهترین روش درمانی (کم عارضه‌ترین، موثرترین و کم هزینه‌ترین) پرداخته شود تا از افزایش درازمدت ناتوانی و مشکلات همراه از جمله استرس (دزیدیک^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۴؛ ویلسکی^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۴)، اختلالات خواب (پزیکا^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۴) و خستگی بیشتر (کوهن^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۴)، به بهترین نحو بتوانیم جلوگیری کنیم. لذا با توجه به مزمن بودن بیماری و ایجاد عوارض متعدد و تأثیر آن بر همه ابعاد زندگی بیمار، همچنین عدم پوشش عوارض و مشکلات بیماران با یک درمان واحد ضرورت انجام پژوهش در خصوص انتخاب درمان‌های مناسب و اقدامات حمایتی در جهت بهزیستی بیماران به شدت احساس می‌شود. بر این اساس، علی‌رغم اثربخشی دو درمان وجودی و درمان شفقت که اثربخشی آنها در پژوهش‌های مختلفی تایید شده است، اما تاکنون پژوهشی مبنی بر مقایسه این دو روش درمانی بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس انجام نشده است، که این پژوهش ضمن اثربخشی هر دو درمان مذکور، به مقایسه اثربخشی آنها نیز می‌پردازد تا با شناسایی یک درمان موثرتر و کارآمدتر بتوان به بهبود میزان تحمل پریشانی این زنان کمک کرد. در راستای رسیدن به این هدف مهم سوال پژوهش آن است که چه تفاوتی بین اثربخشی روان درمانی وجودی و درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس وجود دارد؟

روش

روش پژوهش، نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل است که در آن یک مرحله پیگیری ۲ ماهه نیز در نظر گرفته شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروزیس مراجعه کننده به انجمن مولتیپل اسکروزیس شهر تهران در تابستان ۱۴۰۳ بودند. در ابتدا به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر واجد شرایط انتخاب و در مرحله بعدی به شیوه تصادفی ساده در ۳ گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند. به این صورت که ۱۵ نفر در گروه آزمایش روان‌درمانی وجودی، ۱۵ نفر در گروه درمان مبتنی بر شفقت و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. تشخیص ابتلا به بیماری مولتیپل اسکروزیس بر اساس تشخیص پزشک متخصص، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم و دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. همچنین غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی، شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی همزمان با پژوهش از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. توضیح اهداف پژوهش برای زنان شرکت کننده و ارائه جلسات مداخله به صورت فشرده به گروه کنترل از

و همکاران، ۱۴۰۳). بر اساس پیشینه پژوهش روان درمانی وجودی بر بهبود امید به زندگی بیماران جسمانی مزمن (قاسمی و همکاران، ۱۴۰۳)، بهبود رفتارهای خودمراقبتی (سلیمانی‌نیا و همکاران، ۱۴۰۱) و کاهش افسردگی بیماران اثربخشی معنادار دارد (احمدی نسب و همکاران، ۱۴۰۰).

از سوی دیگر، درمان مبتنی بر شفقت^۱ می‌تواند باعث بهبود فاجعه‌سازی و پذیرش درد در بیماران مبتلا مولتیپل اسکروزیس شود (جهانگیری و همکاران، ۱۴۰۳)، توسط گیلبرت^۲ (۲۰۰۰) توسعه یافت و هدف آن ایجاد شفقت (مهربانی کردن با خود و دیگران) در رنج انسان از طریق رویکرد فراتشخیصی آن است (کریگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). سه «جریان» شفقت وجود دارد: شفقت نسبت به خود^۴ (شفقت به خود)، شفقت نسبت به دیگران^۵ و شفقت که از دیگران نسبت به خود دریافت می‌کنیم^۶، که این رویکرد بر شفقت به دلیل ارتباط آن با «انگیزه‌ها، احساسات، و توانایی‌ها/شایستگی‌ها برای حمایت، درک، مهربانی و کمک به دیگران» تأکید می‌کند (گیلبرت، ۲۰۱۰). به گفته گیلبرت و تریچ^۷ (۲۰۰۹)، درمان مبتنی بر شفقت خود بر این ایده استوار است که احساس رضایت، امنیت، اطمینان خاطر و رفاه توسط سه سیستم تنظیم هیجانی شامل سیستم تهدید^۸ (متمرکز بر تهدید و جستجوی ایمنی)، سیستم محرک^۹ (بر انگیزه/منابع متمرکز) و سیستم تسکین دهنده^{۱۰} (مربوط به وابستگی و تسکین دهنده/ایمنی) پشتیبانی می‌شود (گیلبرت و تریچ، ۲۰۰۹).

تعادل بین سه سیستم تنظیم کننده هیجان در کنار تمرینات تجربی مبتنی بر شفقت، مانند تصویرسازی مشفقانه، نوشتن نامه محبت‌آمیز، و کار روی صدلی، ساختن یک ذهن مشفق است (گیلبرت، ۲۰۱۴). تمرکز اصلی درمان مبتنی بر شفقت خود توسعه شفقت برای خود است (کیری^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۷)، اما با این حال، سیستم‌های تنظیم هیجانی اغلب برای کسانی که سطوح بالایی از خودانتقادی و شرم دارند غیرقابل دسترس هستند، زیرا سیستم تهدید آنها بیش از حد فعال است و سیستم‌های محرک و تسکین دهنده را سرکوب می‌کند (گیلبرت، ۲۰۱۰). بنابراین، درمان شفقت خود با هدف تسهیل توسعه سیستم تسکین دهنده از طریق آموزش ذهن مشفق است (گیلبرت، ۲۰۱۷). بر اساس پیشینه پژوهش درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند باعث بهبود سلامت روان (پتروچی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۴)، کارکرد جنسی و بهبود تاب‌آوری بیماران مولتیپل اسکروزیس (باقری شیخانگفشه و همکاران، ۲۰۲۳)، بهبود فاجعه‌سازی و پذیرش درد در بیماران مبتلا مولتیپل اسکروزیس شود (جهانگیری و همکاران، ۱۴۰۳).

در مجموع با توجه به آنچه گفته شد، در اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش می‌توان اینگونه بیان کرد که برای این بیماران در حال حاضر درمان قطعی وجود ندارد، علی‌الخصوص این که اکثریت این بیماران افراد جوان به ویژه زنان و جز نیروهای کارآمد جامعه هستند و کاهش سلامت آنان می‌تواند

9. drive system
10. soothing system
11. Kirby
12. Petrocchi
13. Dziejdzic
14. Wilski
15. Rzepka
16. Cohen

1. compassion-focused therapy
2. Gilbert
3. Craig
4. compassion towards ourselves (self-compassion)
5. compassion towards others
6. compassion that we receive from others to ourselves
7. Tirch
8. threat system

و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. در ابتدا هر سه گروه در شرایط یکسان به پرسشنامه تحمل پریشانی به عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. در ادامه جلسات روان درمانی وجودی شامل ۱۰ جلسه بود. به این صورت گروهی توسط دانشجوی دکترا مسلط به روان درمانی وجودی که هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه از تاریخ ۱۴۰۳/۰۴/۰۹ تا تاریخ ۱۴۰۳/۰۴/۲۷ در انجمن مولتیپل اسکلروزیس شهر تهران به گروه آزمایش دوم ارائه شد که اثربخشی آن در تحقیقات سرلکی و همکاران (۱۴۰۲) و اسدی و همکاران (۱۴۰۲) تایید شده است. هدف، محتوی، تغییر رفتار مورد انتظار و تمرین خانگی جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود اقتباس می و یالوم (۱۹۸۹)؛ به نقل از سرلکی و همکاران، (۱۴۰۲) در جدول ۱ آمده است. همچنین جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود شامل ۱۰ جلسه بود، که به صورت گروهی توسط دانشجوی دکترا مسلط به درمان مبتنی بر شفقت که هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه از تاریخ ۱۴۰۳/۰۴/۰۲ تا تاریخ ۱۴۰۳/۰۴/۲۰ به گروه آزمایش دوم ارائه شد که اثربخشی آن در تحقیقات قربانزاده و همکاران (۱۴۰۲) و قربانزاده و همکاران (۱۴۰۳) تایید شده است. هدف، محتوی، تغییر رفتار مورد انتظار و تمرین خانگی جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود اقتباس از گیلبرت (۲۰۱۰) در جدول ۱ آمده است. بعد از اتمام جلسات درمانی از سه هر گروه پس‌آزمون به عمل آمد و سپس بعد از دو ماه مرحله پیگیری اجرا شد و در انتها داده‌های گردآوری شده با روش تحلیل واریانس مکرر آزمون گردید.

اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. از آنجایی که طرح پژوهش پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بوده است، لذا برای بررسی داده‌های گردآوری شده و تحلیل آماری آن از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه مداخلات و مقایسه مراحل آزمون استفاده شده است. نرم افزار تحلیل داده‌ها SPSS نسخه ۲۸ بوده است.

ابزارهای سنجش

مقیاس تحمل پریشانی^۱ (DTS): این مقیاس توسط سیمونز و گاهر^۲ (۲۰۰۵) تدوین شده است و دارای ۱۵ سوال است که چهار خرده مقیاس تحمل^۳ با سوالات ۱، ۳ و ۵؛ جذب^۴ با سوالات ۲، ۴ و ۱۶؛ ارزیابی^۵ با سوالات ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۳؛ تنظیم^۶ با سوالات ۹، ۱۴ و ۱۵ را اندازه‌گیری می‌کند. سوالات مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود به این صورت که کاملاً موافق ۱ نمره، اندکی موافق ۲ نمره، نه موافق و نه مخالف ۳ نمره، اندکی مخالف ۴ نمره و کاملاً مخالف ۵ نمره تعلق می‌گیرد. سوال ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود که شامل کاملاً موافق ۵ نمره، اندکی موافق ۴ نمره، نه موافق و نه مخالف ۳ نمره، اندکی مخالف ۲ نمره و کاملاً مخالف ۱ نمره است. دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۷۵ است و نمره بالا نشان دهنده تحمل پریشانی بالا و نمره پایین‌تر از ۴۵ در مقیاس نشان دهنده تحمل پریشانی پایین فرد است. سازندگان مقیاس ویژگی‌های روانسجی آن از جمله پایایی و روایی را بررسی کرده‌اند که برای محاسبه پایایی از آلفای کرونباخ استفاده و ضرایب آلفای کرونباخ برای تحمل ۰/۷۲، جذب ۰/۸۲، ارزیابی ۰/۷۸، تنظیم ۰/۷۰ و کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آورده‌اند و روایی ملاکی آن با مقیاس بی‌ثباتی عاطفی (ALS) هاروی^۷ و همکاران (۱۹۸۹) بررسی و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۵۲- و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در ایران این مقیاس ترجمه و هنجاریابی شده است و برای بررسی پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹۶ و پایایی ترکیبی ۰/۹۰ به دست آمده است و روایی همگرایی آن برابر با ۰/۵۹ به دست آمده است و همچنین روایی عاملی آن تایید و مقادیر برای کای اسکور پهنجار شده (CMIN/DF) ۱/۲۸۱، شاخص نیکویی برازش (GFI) ۰/۹۰، شاخص برازش تطبیقی (CFI) ۰/۹۹ و ریشه میانگین خطای برآورد (RSMEA) برابر با ۰/۰۵۸ به دست آمده است که نشان دهنده برازش مدل تحلیل عاملی تاییدی مقیاس است (تفنگچی و همکاران، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر پایایی کرونباخ محاسبه و ضرایب پایایی برای پیش‌آزمون ۰/۸۲، پس‌آزمون ۰/۹۲، پیگیری ۰/۹۶ به دست آمده است.

روند اجرای پژوهش

از آنجایی که روش پژوهش نیمه آزمایشی بود در ابتدا به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر واجد شرایط انتخاب و در مرحله بعدی به شیوه تصادفی ساده در ۳ گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند. به این صورت که ۱۵ نفر در گروه آزمایش روان درمانی وجودی، ۱۵ نفر در گروه درمان مبتنی بر شفقت

5. appraisal
6. regulation
7. Harvey

1. distress tolerance scale (DTS)
2. Simons & Gaher
3. tolerance
4. absorption

جدول ۱: جلسات درمانی

جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود بر اساس می و یالوم (۱۹۸۹؛ به نقل از سرلکی و همکاران (۱۴۰۲))				
جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات	تغییر رفتاری مورد انتظار	تکلیف (تمرین)
۱	معارفه و آشنایی با گروه و بیان قوانین	پذیرش و خوشامدگویی، بیان اهداف و آشنایی اعضا و نحوه کار گروه و اجرای پیش‌آزمون	توانایی در ارائه تعریفی از خود	استفاده از فن من چه کسی هستم؟
۲	پرداختن به مبانی رویکرد وجودی	تشریح مقدماتی رویکرد وجودی پرسش‌های بنیادین بشری بر اساس رویکرد وجودی	آشنایی اولیه با مبانی اولیه رویکرد وجودی	بررسی پاسخ اعضا به پرسش‌های بنیادین.
۳	افزایش خودآگاهی	تشریح مفهوم خودآگاهی و بیان مفهوم اضطراب‌های وجودی	خودآگاهی بیشتر و شناخت اضطراب‌های وجودی	به چالش کشیدن پاسخ اعضا به این سؤال که من چه کسی هستم؟
۴	پرداختن به مرگ و آگاهی از متناهی بودن	ان و بازخورد اعضا راجع به تجربیات فقدان و در نهایت آموزش اضطراب مرگ و پذیرش آن نه انکار و تحریف	پذیرش کامل مفهوم مرگ و تلاش برای غنای زندگی	اجرای فن خط عمر
۵	بحث درباره تنهایی	بررسی مفهوم احساس تنهایی و تشریح آن. مراقبه و تنهایی	پذیرش مفهوم رابطه و ارتقا سطح کیفی آن	بررسی پاسخ اعضا به سؤال آیا من انسان تنهایی هستم؟ و آیا تنهایی رنج‌آور است؟
۶	بحث درباره راهکارهای وجودی	بررسی راهکارهای وجودی کنار آمدن با مرگ	پذیرش مرگ	مواجهه تجسمی اعضا با مرگ
۷	بحث درباره آزادی	تشریح هدفمندی و مسئولیت و آزادی در زندگی	پذیرش مسئولیت	بررسی تجارب اعضا در مورد موقعیت‌های چالش برانگیز آزادی
۸	پوچی و معضل در زندگی	معنای زندگی کدام است؟ آیا زندگی انسان، یک پوچی مطلق است؟	آشنایی با مفهوم و جایگاه معنا در زندگی	بررسی پاسخ اعضا به سؤال آیا زندگی دارای هدف و معنا است؟ و من برای چه زندگی می‌کنم؟
۹	یافتن معنای و یافتن معنا در رنج	بررسی راهکارهای معنا بخشیدن به زندگی و کنار آمدن با پوچی زندگی	معنایابی و احساس آرامش	بررسی پاسخ اعضا به سؤال چگونه می‌توانم معنا بیابم؟
۱۰	جمع بندی و خاتمه	جمع بندی مطالب قبلی و پس‌آزمون و اعمال هماهنگی برای اجرای مرحله پیگیر	نزدیک شدن به مفهوم اصالت وجودی	مرور مباحث پیشین

جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود بر اساس گیلبرت (۲۰۱۰)

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات	تغییر رفتاری مورد انتظار	تکلیف (تمرین)
۱	معارفه، آشنایی با درمان و اهمیت آن در زندگی	در این جلسه از اعضای هر دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط یکسان پیش‌آزمون به عمل آمد و آنهایی که میزان شفقت به خود پایینی داشتند به عنوان افراد گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند	رهایی از موانع	بررسی، مشاهده عملکرد خانواده با توجه به مبانی درمان مبتنی بر شفقت خود ارائه شده
۲	آشنایی با اصول کلی درمان	در این جلسه هدف برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت خود	رهایی از عملکرد ناسازگارانه خانواده بر اساس اصول درمان مبتنی بر شفقت خود	تمرین انجام آرمیدگی عضلانی
۳	شناخت مولفه‌های شفقت خود	در جلسه دوم هدف شناسایی و معرفی مولفه‌های شفقت، بررسی هر مولفه شفقت در اعضای گروه و شناسایی ویژگی‌های آن (اهمیت تربیت ذهن مهربان)	کسب حس دلسوزانه و مهربانانه نسبت به خود	تمرین مداخله تصویرسازی شفقت نسبت به دیگران و دریافت شفقت از دیگران
۴	آموزش و پرورش شفقت به خود اعضا	در این جلسه هدف مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود	پذیرش افکاری که در سطح هوشیاری قرار دارد	تمرین آگاهی در رویارویی با مشکلات
۵	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» با «غیر شفقت»، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت آمیز» و آموزش تصویرسازی مکانی امن	کسب احساس عمیق زندگی کردن و تصریح اهداف ارزشمند	تمرین تصویرسازی مکانی امن

۶	آموزش فن آگاهی از احساسات بدون قضاوت آنها	تمرین کسب آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرش آنها بدون قضاوت	کسب احساسات مثبت بدون هیچ قضاوتی	تمرین بازنگری افکار مثبت و منفی، بدون قضاوت، در حالت آرمیدگی عضلانی
۷	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	تمرین عملی ایجاد تصویری مهربانانه از خود، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره	کسب توانایی شفقت نسبت به خود	به کارگیری این روش‌های موردنظر این جلسه در زندگی روزمره
۸	فنون ابراز شفقت	آموزش نوشتن نامه‌های شفقت آمیز برای خود و دیگران،	کسب توانایی ابراز شفقت به خود و دیگران	تمرین شفقت ورزی به خود و دیگران در منزل و احساس همدلی با دیگران
۹	آموزش مورد هدف قرار دادن تعصبات منفی زندگی	تمرین تمرکز کردن بر نقاط مثبت و قوت در زندگی، تبدیل شدن به خالق اهداف و مسیرهای ارزشمند خویش	کسب حس خوشایند در محیط واقعی زندگی	جستجوی اهداف مثبت و خاتمه دادن به جنگ درونی
۱۰	جمع بندی و اجرای پس‌آزمون	در این جلسه مروری بر ۹ جلسه قبلی صورت گرفت و از افراد گروه قدردانی به عمل آمد و از آنها در شرایط یکسان پس آزمون به عمل آمد و برای انجام دوره پیگیری هماهنگی لازم به عمل آمد.	کسب ذهن شفقت ورزانه نسبت به خود	-

یافته‌ها

میزان آماره تحلیل کای اسکوئر آمده حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۳ گروه از زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس در متغیر تحصیلات برابر با $\chi^2=1/72$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($p=0/989$) که نشان دهنده همتا بودن سه گروه از زنان از نظر تحصیلات است. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار تحمل پریشانی در زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل آمده است.

بر اساس نتایج میانگین و انحراف معیار سن در گروه روان درمانی وجودی ۳۹/۰۷ و ۳/۷۷؛ میانگین و انحراف معیار در گروه درمان مبتنی بر شفقت ۴۱/۷۳ و ۳/۱۳ و میانگین و انحراف معیار سن در گروه کنترل ۴۰/۴۰ و ۳/۲۲ بود. میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F=2/33$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($p=0/110$) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر سن است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

متغیرهای وابسته	مرحله	میانگین			انحراف معیار	
		روان‌درمانی وجودی	درمان شفقت	کنترل	روان‌درمانی وجودی	درمان شفقت
پریشانی هیجانی	پیش‌آزمون	۶/۱۳	۶/۴۷	۶/۴۰	۱/۱۲	۱/۱۹
	پس‌آزمون	۹/۱۳	۱۰/۱۳	۶/۴۷	۱/۱۹	۱/۶۸
	پیگیری	۸/۹۳	۹/۹۳	۶/۵۳	۱/۳۳	۱/۶۲
جذب شدن	پیش‌آزمون	۸/۹۳	۹/۰۷	۸/۶۰	۰/۵۹	۰/۵۹
	پس‌آزمون	۱۰/۹۳	۱۱/۴۷	۸/۶۷	۰/۸۰	۱/۱۹
	پیگیری	۱۰/۸۷	۱۱/۲۷	۸/۸۰	۰/۷۴	۱/۰۳
ارزیابی ذهنی	پیش‌آزمون	۱۴/۱۳	۱۳/۹۳	۱۳/۸۰	۲/۹۹	۱/۳۹
	پس‌آزمون	۱۶/۶۷	۱۷/۰۷	۱۳/۸۷	۳/۴۱	۱/۸۳
	پیگیری	۱۶/۶۰	۱۷/۰۰	۱۳/۸۰	۳/۴۲	۱/۸۹
تنظیم تلاش‌ها	پیش‌آزمون	۱۰/۶۷	۱۰/۶۷	۱۱/۸۰	۰/۷۲	۰/۸۲
	پس‌آزمون	۱۳/۰۰	۱۳/۲۰	۱۰/۹۳	۰/۸۴	۰/۹۴
	پیگیری	۱۲/۹۳	۱۲/۹۳	۱۱/۰۰	۰/۸۸	۱/۰۳
نمره کل تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۳۹/۸۷	۴۰/۱۳	۳۹/۶۰	۳/۳۳	۲/۲۰
	پس‌آزمون	۴۹/۷۳	۵۱/۸۷	۳۹/۹۳	۳/۰۶	۲/۹۵
	پیگیری	۴۹/۳۳	۵۱/۱۳	۴۰/۱۳	۲/۷۴	۳/۱۸

به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. همچنین بر اساس نتایج آماره کرویت موجلی برای تحمل پریشانی در سطح $0/001$ معنادار است (مقدار آماره P value از $0/050$ کوچکتر است). این یافته حاکی از آن است که واریانس تفاوت‌ها در میان سطوح متغیرهای وابسته به صورت معناداری متفاوت است. پیش‌فرض تحلیل واریانس کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش‌فرض کرویت سبب می‌شود که آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F ، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین‌هاوس-گیسر^۲ و هیون-فلدت^۳ تصحیح می‌کنند. اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، بنابر پیشنهاد استیونس^۴ (۱۹۹۶؛ به نقل از ویسی و همکاران، ۱۴۰۴) اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از $0/75$ باشد از تصحیح هیون-فلت و اگر اپسیلون کوچکتر از $0/75$ باشد یا هیچگونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر مقدار اپسیلون برای شاخص گرین‌هاوس-گیسر برای تحمل پریشانی از $0/75$ کوچکتر است، لذا از اپسیلون گرین‌هاوس-گیسر استفاده شده است. بنابراین با در نظر گرفتن تصحیح گرین‌هاوس-گیسر در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تحمل پریشانی گزارش شده است.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار تحمل پریشانی در زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروزیس گروه‌های آزمایش (روان درمانی وجودی و درمان مبتنی بر شفقت) به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را نشان می‌دهد. بعد از بررسی مفروضه‌های آماری تحلیل واریانس مکرر، از این آزمون برای تحلیل داده‌ها گردآوری شده استفاده شد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش‌فرض‌ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود ($p > 0/05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($p > 0/05$) و بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است ($p > 0/05$). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگتر از $0/05$ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون^۱ بود. با توجه

جدول ۳. نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی (تصحیح گرین‌هاوس-گیسر) تحمل پریشانی

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	درجه‌آزادی	معنی‌داری	ضریب تاثیر	توان آماری
پریشانی هیجانی	زمان	۸۸/۱۴	۱/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
	زمان×گروه	۲۰/۸۲	۲/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱/۰۰
	گروه	۱۸/۶۱	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱/۰۰
جذب شدن	زمان	۱۱۷/۳۶	۱/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱/۰۰
	زمان×گروه	۲۵/۱۲	۲/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰
	گروه	۲۲/۳۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۱/۰۰
ارزیابی ذهنی	زمان	۶۶/۰۹	۱/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱/۰۰
	زمان×گروه	۱۶/۴۹	۲/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰
	گروه	۵/۱۵	۲	۰/۰۱۰	۰/۲۰	۰/۸۰
تنظیم تلاش‌ها	زمان	۱۱۸/۸۸	۱/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱/۰۰
	زمان×گروه	۲۴/۲۳	۲/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰
	گروه	۱۶/۶۴	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰
نمره کل تحمل پریشانی	زمان	۲۷۵/۱۵	۱/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۰۰
	زمان×گروه	۶۲/۲۲	۲/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱/۰۰
	گروه	۵۴/۳۸	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱/۰۰

3. Huynh-Feldt correction
4. Stevens

1. homogeneity of regression
2. Greenhouse-Geisser correction

همچنین اثرات تعامل بین زمان و گروه نیز معنادار می‌باشد، که می‌توان گفت که تفاوت میانگین نمرات تحمل پریشانی در زمان‌های مختلف (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در تحمل پریشانی در جدول ۴ آمده است.

نتایج جدول ۳ نشان داد که روان‌درمانی وجودی و درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش تحمل پریشانی اثربخشی و تاثیر معنادار دارد. تاثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات تحمل پریشانی معنادار است، بنابراین می‌توان گفت که صرف نظر از گروه‌های آزمایشی بین میانگین نمرات تحمل پریشانی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/001$).

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی تحمل پریشانی برای بررسی پایداری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
پریشانی هیجانی	پیش‌آزمون	۶/۳۳	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۲/۲۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۸/۵۸	پیش‌آزمون-پیگیری	-۲/۱۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۸/۴۷	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۱۱	۰/۳۸۷
جذب شدن	پیش‌آزمون	۸/۸۷	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱/۴۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۰/۳۶	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۴۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۰/۳۱	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۴	۰/۹۹۹
ارزیابی ذهنی	پیش‌آزمون	۱۳/۹۶	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱/۹۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۵/۸۷	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۸۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۵/۸۰	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۷	۰/۲۷۲
تنظیم تلاش‌ها	پیش‌آزمون	۱۰/۷۱	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱/۶۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۲/۳۸	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۵۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۲/۲۹	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۹	۰/۷۳۹
نمره کل تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۳۹/۸۷	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۷/۳۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۴۷/۱۸	پیش‌آزمون-پیگیری	-۷/۰۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۴۶/۸۷	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۳۱	۰/۰۹۴

درمانی آن بعد از ۲ ماه ماندگار و پایدار بوده است. در جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای بررسی درمان اثربخش‌تر آمده است.

بر اساس نتایج جدول ۴ روان‌درمانی وجودی و درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و ابعاد آن در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و اثرات

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی تحمل پریشانی برای بررسی درمان اثربخش‌تر

متغیرهای وابسته	گروه	میانگین تعدیل شده	تفاوت میانگین ۲ گروه	تفاوت میانگین	معناداری
پریشانی هیجانی	روان‌درمانی وجودی	۸/۰۷	روان‌درمانی وجودی-درمان شفقت	-۰/۷۸	۰/۱۷۱
	درمان شفقت	۸/۸۴	روان‌درمانی وجودی-کنترل	-۱/۶۰	۰/۰۰۱
	کنترل	۶/۴۷	درمان شفقت-کنترل	۲/۲۴	۰/۰۰۱
جذب شدن	روان‌درمانی وجودی	۱۰/۲۴	روان‌درمانی وجودی-درمان شفقت	-۰/۳۶	۰/۷۴۷
	درمان شفقت	۱۰/۶۰	روان‌درمانی وجودی-کنترل	۱/۵۶	۰/۰۰۱
	کنترل	۸/۶۹	درمان شفقت-کنترل	۱/۹۱	۰/۰۰۱
ارزیابی ذهنی	روان‌درمانی وجودی	۱۵/۸۰	روان‌درمانی وجودی-درمان شفقت	-۰/۲۰	۰/۹۹۹
	درمان شفقت	۱۶/۰۰	روان‌درمانی وجودی-کنترل	۱/۹۸	۰/۰۳۵
	کنترل	۱۳/۸۲	درمان شفقت-کنترل	۲/۱۸	۰/۰۱۸
تنظیم تلاش‌ها	روان‌درمانی وجودی	۱۲/۲۰	روان‌درمانی وجودی-درمان شفقت	-۰/۰۷	۰/۹۹۹
	درمان شفقت	۱۲/۲۷	روان‌درمانی وجودی-کنترل	۱/۲۹	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۰/۹۱	درمان شفقت-کنترل	۱/۳۶	۰/۰۰۱
نمره کل تحمل پریشانی	روان‌درمانی وجودی	۴۶/۳۱	روان‌درمانی وجودی-درمان شفقت	-۱/۴۰	۰/۲۶۲
	درمان شفقت	۴۷/۷۱	روان‌درمانی وجودی-کنترل	۶/۴۲	۰/۰۰۱
	کنترل	۳۹/۸۹	درمان شفقت-کنترل	۷/۸۲	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۴ نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمان مبتنی بر شفقت با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه روان‌درمانی وجودی با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به روان‌درمانی وجودی بر تحمل‌پریشانی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی روان‌درمانی وجودی و درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل‌پریشانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. نتایج نشان داد که روان‌درمانی وجودی بر تحمل‌پریشانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس موثر بوده است. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات قاسمی و همکاران (۱۴۰۳)، جهانگیری و همکاران (۱۴۰۳)، سلیمانی‌نیا و همکاران (۱۴۰۱) و احمدی نسب و همکاران (۱۴۰۰) هم‌راستا است که اثربخشی روان‌درمانی وجودی را نشان داده‌اند. افزون بر این نتیجه ناهمسو با نتیجه به دست آمده از این پژوهش یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که هدف روان‌درمانی وجودی توانا ساختن بیمار برای کشف معنای منحصر به فرد خود است. روان‌درمانی وجودی می‌کوشد تا حدود اختیارات و آزادی‌های بیمار را ترسیم کند و از این رو تفکر گذرگاه را در او به وجود بیاورد (وس^۱، ۲۰۲۳؛ به نقل از قاسمی و همکاران، ۱۴۰۳). لذا در این روان‌درمانی به بیمار آموخته می‌شود که آنچه اهمیت بسیار دارد شیوه نگرش فرد به رنج به خصوص بیماری مزمنی نظیر مولتیپل اسکلروزیس است و همچنین شیوه‌ای که رنج بیماری را به دوش می‌کشد. در روان‌درمانی وجودی اعتقاد بر این است که بیمار در هر موقعیتی (حتی در لحظاتی از زندگی که هیچ چیز مطابق میل او نیست و موقعیت ناخوشایند و پیش‌بینی ناپذیر است) می‌تواند برای زندگی خود معنا بسازد. در چنین حالتی، روان‌درمانی وجودی به زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌گوید که در زندگی‌شان آزاد هستند و اگر با موقعیت اجتناب‌ناپذیر کنار بیایند، می‌توانند آزاد افکار خود را درباره محدودیت‌ها و رنج‌های زمان حال تغییر دهند و تغییر نگرش به زندگی را تسهیل می‌کند. بنابراین روان‌درمانگر کمک می‌کند تا بیمار به عالی‌ترین فعالیت حیاتی ممکن دسترسی پیدا کند. به بیمار کمک می‌شود تا نه تنها به تجربه هستی بپردازد و کوشش پیگیری در بالفعل کردن ارزش‌ها را از خود نشان دهد، بلکه او متعهد به انجام کاری می‌کند که مسئولیتی را بپذیرد و تکلیف معینی را عهده‌دار شود. به همین دلیل در روان‌درمانی وجودی اصل پذیرش مسئولیت اهمیت خاصی دارد. بیمار با حس مسئولیت احساس می‌کند که کنترل اوضاع زندگی از دستش خارج نشده است و می‌تواند با قبول مسئولیت و انجام فعالیت‌هایی کنترل اوضاع را در دست داشته باشد. وقتی فرد بیمار کنترل اوضاع در دستش داشته باشد، در برابر مشکلات و شرایط دشوار بیماری تحمل‌پریشانی بیشتری از خود نشان می‌دهد. لذا منطقی است گفته شود که روان‌درمانی وجودی بر تحمل‌پریشانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس موثر باشد.

از سوی دیگر، نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل‌پریشانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس موثر بوده است. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات پتروچی و همکاران (۲۰۲۴)، باقری شیخانگفشه و همکاران (۲۰۲۳) و جهانگیری و همکاران (۱۴۰۳) هم‌راستا است که اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود را نشان داده‌اند. افزون بر این نتیجه ناهمسو با نتیجه به دست آمده از این پژوهش یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس که با مشکلات روانشناختی از جمله افسردگی و اضطراب مرگ درگیر هستند، سیستم تهدید و محافظت از خود، به نوعی پرکاری شدید دارد، که نتیجه آن سطوح بالای استرس و نگرانی در این افراد است. از طرف دیگر سیستم رضایت و تسکین نیز در این افراد سطح رشد یافتگی پایین‌تری دارد، زیرا آنها هرگز فرصت تحول این سیستم را نداشته‌اند. درمان مبتنی بر شفقت برای این افراد مانند فیزیوتراپی ذهن عمل می‌کند؛ یعنی با تحریک سیستم تسکین‌بخشی، زمینه تحول آن را فراهم می‌کند و با تحول این سیستم مقاومت در برابر مشکلات روانشناختی را بالا می‌برد و در نهایت منجر به بهبود کیفیت زندگی در آنها می‌شود (ابوطالبی و همکاران، ۱۴۰۱). همچنین درمان مبتنی بر شفقت، افکار، هیجانات و رفتارهای مثبت جدیدی را می‌سازد و گسترش می‌دهد که با افکار و هیجانات منفی درگیر با افسردگی، اضطراب و خودانتقادی در تضاد است. رفتار مشفقانه که یکی از مهارت‌های درمان مبتنی بر شفقت است و به معنای انجام هر کاری است که برای شکوفا شدن به آن نیاز داریم می‌باشد از این نوع است. از طرف دیگر می‌توان به ماهیت و محتوای تمرینات درمان مبتنی بر شفقت استناد نمود. در این تمرینات بر تن‌آرامی، ذهن آرام و مشفق و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود، که می‌تواند نقش به‌سزایی در آرامش فرد و کاهش مشکلات روانشناختی داشته باشد. درمان مبتنی بر شفقت بیماران را به تمرکز بر روی درک و احساس شفقت به خود در طول فرآیندهای تفکر منفی، با تمرکز قوی بر پرورش شفقت در خود تشویق می‌کند. همچنین در درمان مبتنی بر شفقت بیماران 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. بنابراین افزایش شفقت در مقابل اثرات وقایع منفی مانند یک ضربه‌گیر عمل می‌کند. زنا که شفقت به خود بالایی دارند، خود را کمتر ارزیابی می‌کنند، بر خود کمتر گیرند و با مشکلات و اثرات منفی در زندگی راحت‌تر سخت می‌آیند. عکس‌العمل‌هایشان در برابر مشکلات‌شان بیشتر بر مبنای عملکرد واقعیت است، چون دفاعی و نه به سمت قضاوت‌هایشان نه به سمت خودانتقادی و سرزنش خود پیش می‌رود. لذا منطقی است گفته شود که درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل‌پریشانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس موثر باشد.

در نهایت نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به روان‌درمانی وجودی بر افزایش تحمل‌پریشانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس داشته است. تاکنون پژوهشی انجام نشده است که نشان داده باشد، درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به روان‌درمانی

نتایج پژوهش‌های انجام شده باهم قابل مقایسه باشد و به بتوان رفع محدودیت این پژوهش کمک کرد. در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم و ماندگاری اثربخشی روان‌درمانی وجودی و درمان مبتنی بر شفقت پرداخته شود. در سطح عملی، بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که روان‌درمانی وجودی و درمان مبتنی بر شفقت می‌توانند به عنوان شیوه‌های درمانی مناسب برای افزایش تحمل پریشانی در زنان بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی به کار برده شوند و تقدم استفاده در افزایش تحمل پریشانی زنان بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با درمان مبتنی بر شفقت است.

تقدیر و تشکر

از همه شرکت‌کنندگانی که برای به ثمر رسیدن این پژوهش همکاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

این مقاله هیچ گونه تعارض منافع ندارد.

منابع مالی

این پژوهش هیچ گونه حمایت مالی نداشته است.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر اصول اخلاقی پژوهش از جمله رازداری، محرمانه ماندن و حریم خصوصی افراد رعایت شد و شرکت در پژوهش هیچگونه آسیب احتمالی برای شرکت‌کنندگان نداشته است. این پژوهش کد اخلاقی ندارد. اما اصول اخلاقی در آن به خوبی رعایت شده است.

دسترسی به داده‌ها

امکان اشتراک‌گذاری داده‌ها به صورت عمومی وجود ندارد. در صورت تمایل سایر پژوهشگران برای اشتراک‌گذاری داده‌ها، می‌توانند با ایمیل با نویسنده مسئول مکاتبه کنند.

وجودی بر افزایش تحمل پریشانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دارد، لذا همسویی و ناهم‌سویی این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات و مطالعات قبلی مشخص نیست. در تبیین یافته‌های پژوهش در رابطه با اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر شفقت در افزایش تحمل پریشانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌توان گفت که چون سیستم تهدید و محافظت از خود در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به واسطه اختلال‌های روانشناختی به نوعی پرکاری شدید دچار است، لذا در نتیجه آن سطوح استرس و نگرانی در این افراد بالا خواهد بود که همین امر منجر به پایین آمدن سطوح خودکارآمدی در آنها می‌شود؛ از طرف دیگر در بیماران مولتیپل اسکلروزیس سیستم رضایت و تسکین نیز سطح رشدیافتگی پایین‌تری دارد و فرصت کافی برای تحول این سیستم را هرگز نداشته‌اند. درمان مبتنی بر شفقت همانند فیزیوتراپی ذهن برای این افراد عمل می‌کند. بدین ترتیب که با تحریک سیستم تسکین بخشی، زمینه تحول آن را فراهم می‌کند و با تحول این سیستم تاب‌آوری و تحمل پریشانی فرد در برابر مشکلات بیماری بالا می‌رود و باعث بهبود و پیشرفت خودکارآمدی فرد بیمار می‌شود. همچنین می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت به دنبال شفاف سازی اجزاء اصلی شفقت مثل حساسیت توأم با توجه، انگیزه مراقبت، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی و داشتن دیدگاه غیر قضاوتی نسبت به خود است و درمان مبتنی بر شفقت بر آزادسازی افراد از این تله‌های ذهنی تأکید می‌کند. درمان مبتنی بر شفقت بر آموزش تنفس، ذهن آگاهی و تصویرسازی تأکید می‌کند. علاوه بر این، از تکنیک‌های عمل‌گرا چون تمرین عمل کردن و تصویرسازی خود به عنوان یک فرد مهربان مورد استفاده قرار می‌گیرد تا به افراد در ساختن هویتی با ویژگی‌های شفقت‌آمیز یاری رساند. به دنبال آن این "خود" جدید به عنوان پایگاهی امن برای مواجهه با مشکلات و رنج‌ها تبدیل می‌شود که زمینه‌ساز تحول در وجود فرد و غلبه بر احساس بی‌کفایتی و در نتیجه ارتقاء حس خودکارآمدی در فرد می‌شود. وقتی فرد بیمار از سطوح کمتری از بی‌کفایتی و سطوح بیشتری از خودکارآمدی برخوردار باشد بهتر می‌تواند در برابر مصائب و مشکلات بیماری تحمل بیشتری از خود نشان دهد. لذا منطقی است گفته شود که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به روان‌درمانی وجودی بر افزایش تحمل پریشانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس داشته باشد.

در انجام پژوهش حاضر محدودیت‌هایی وجود داشت، انتخاب نمونه از شهر تهران ایجاب می‌کند که در تعمیم یافته‌ها جانب احتیاط را در نظر داشت. محدود بودن ابزار جمع‌آوری داده به پرسشنامه و عدم استفاده از سایر ابزار اندازه‌گیری از دیگر محدودیت‌ها و مشکلات این پژوهش است. چرا که این احتمال وجود دارد که در پاسخ زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس سوگیری وجود داشته باشد، چرا که ملاک انتخاب بیماری تشخیص پزشک متخصص بوده است و نوع شدت بیماری مشخص نشده است. این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی قادر به اجرای مرحله پیگیری بلندمدت‌تر برای بررسی تداوم و ماندگاری اثرات روان‌درمانی وجودی و درمان مبتنی بر شفقت نبود و تنها به یک مرحله سنجش پیگیری دو ماهه اکتفا شد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی زنان بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دیگر شهرها اجرا شود تا

References

- Aboutalebi, H., Yazdchi, N., & Smkhani Akbarinejhad, H. (2022). Effectiveness of compassion-focused therapy on death anxiety and quality of life among women with multiple sclerosis. *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*, 32(1), 92-101. (In Persian) <http://dx.doi.org/10.52547/iau.32.1.92>
- Ahmadinasab, M., Malihialzackerini, S., Mohaghegh, F., Sodagar, S., & Sabet, M. (2021). The effectiveness of meaning-based existential group therapy on serum interferon-gamma levels and depression in women with breast cancer. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 9 (4), 64-73. (In Persian) <http://ijpn.ir/article-1-1824-fa.html>
- Asadi, L., Seyrafi, M., & Ahadi, M. (2023). the effectiveness of existential therapy on health anxiety, loneliness and death anxiety in the elderly. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 66 (1), 137-147. (In Persian) <https://doi.org/10.22038/mjms.2022.66447.3919>
- Bagheri-Sheykhangafshe, F., Tajbakhsh, K., Savabi Niri, V., Bourbour, Z., & Otadi, S. (2023). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Pain Catastrophizing, Sexual Function, and Resilience in Women with Multiple Sclerosis (MS). *International Journal of Behavioral Sciences*, 17 (3), 133-140. <https://doi.org/10.30491/ijbs.2023.390694.1932>
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and metaanalysis. *Journal of Affective Disorders*, 260 (1), 728- 737. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>
- Byllesby, B. M., & Palmieri, P. A. (2024). The association between posttraumatic stress disorder symptom severity and distress tolerance in traumatic stress treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 1 (2), 1-10. <https://doi.org/10.1002/jts.23092>
- Cohen, E. T., Matsuda, P. N., Fritz, N. E., Allen, D. D., Yorke, A. M., Widener, G. L., ... & Potter, K. (2024). Self-report measures of fatigue for people with multiple sclerosis: a systematic review. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, 48 (1), 6-14. <https://doi.org/10.1097/NPT.0000000000000452>
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert review of neurotherapeutics*, 20 (4), 385-400. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1746184>
- Cunningham, M. L., Szabo, M., Rodgers, R. F., Franko, D. L., Eddy, K. T., Thomas, J. J., ... & Griffiths, S. (2020). An investigation of distress tolerance and difficulties in emotion regulation in the drive for muscularity among women. *Body Image*, 33 (1), 207-213. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.03.004>
- Dehmani, Z., Asgharnejad Farid, A. A., & Golpour, R. (2024). Comparing the Effectiveness of Existential Psychotherapy with Acceptance and Commitment-Based Therapy on Ppsychosomatic Symptoms and Emotional Distress Tolerance in Women with Marital Conflicts. *Psychological Models and Methods*, 15 (55), 36-21. (In Persian) <https://doi.org/10.30495/jpmm.2024.32970.3910>
- Dziedzic, A., Maciak, K., Miller, E. D., Starosta, M., & Saluk, J. (2024). Targeting Vascular Impairment, Neuroinflammation, and Oxidative Stress Dynamics with Whole-Body Cryotherapy in Multiple Sclerosis Treatment. *International Journal of Molecular Sciences*, 25 (7), 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijms25073858>
- Englund, S., Frisell, T., Qu, Y., Gandhi, K., Hultén, A., Kierkegaard, M., ... & Longinetti, E. (2024). Trajectories of self-reported fatigue following initiation of multiple sclerosis disease-modifying therapy. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 1 (2), 1-10. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2024-333595>
- Faghani tolon, S.A., Golestanipour, M., & Sadati S Z. (2023). Comparison of the effect of existential therapy and acceptance and commitment therapy on death anxiety, peak experiences and mental health of patients with charcot marie tooth. *Journal of Psychological Science*. 22(125), 1001-1016. (In Persian) <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.22.125.1001>
- Foley, P., Parker, R. A., de Angelis, F., Connick, P., Chandran, S., Young, C., ... & MS -SMART Investigators. (2022). Efficacy of Fluoxetine, Riluzole and Amiloride in treating neuropathic pain associated with Secondary Progressive Multiple Sclerosis. Pre -specified analysis of the MS - SMART double -blind randomised placebo -controlled trial.: MS - SMART trial pain outcomes. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 63 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2022.103925>
- Frahm, N., Fneish, F., Ellenberger, D., Haas, J., Loebermann, M., Parciak, T., ... & Middleton, R. M. (2022). SARS - CoV -2 vaccination in patients with multiple sclerosis in Germany and the United Kingdom: Gender -specific results from a longitudinal observational study. *The Lancet Regional Health-Europe* 22 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100502>
- Gammoh, O., & Ennab, W. (2024). Depression, anxiety, insomnia and dysmenorrhea in stressed fingolimod-treated women with multiple sclerosis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 59 (1), 50-64. <https://doi.org/10.1177/00912174231190455>
- Ghasemi, A., Meschi, F., Salehi Omran, A., Sodagar, S., & Tajeri, B. (2025). The Effectiveness of "Existential Group Therapy" on Hope in Patients with Hypertension. *Journal of Health Promotion Management*, 13 (2), 72-81. (In Persian) <http://dx.doi.org/10.22034/JHPM.13.2.72>
- Ghorbanzadeh, S. S., Kiamarsi, A., & Abolghasemi, A. (2024). Comparison of Effectiveness of Self-Compassion Therapy and Emotionally Focused Therapy on Family Functions of Women Experienced Domestic Violence. *Journal of Psychological Studies*, 19 (4), 39-54. (In Persian) <https://doi.org/10.22051/psy.2023.43687.2786>
- Ghorbanzadeh, S.S., Kiamarsi, A., & Abolghasemi A. (2024). Comparison the Effectiveness of Self-Compassion-Focused Therapy and Emotionally Focused Couple Therapy on Abuse Experience among Women Victims of Domestic Violence in Interaction with Self-Injury. *Iranian Journal of Nursing Research*, 19 (1), 65-77. (In Persian) <http://dx.doi.org/10.22034/IJNR.19.1.6>

- Gilbert, P. (2000). Internal 'social' conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy*, 118-150. <https://psycnet.apa.org/record/2001-16368-006>
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3 (2), 97-112. [10.1521/ijct.2010.3.2.97](https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.97)
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53 (1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P. (2017). Compassion as a social mentality: An evolutionary approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Concepts, research and applications* (pp. 31-68). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315564296-3>
- Gilbert, P., & Tirsch, D. (2009). Emotional memory, mindfulness and compassion. In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 99-110). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_7
- Giovannetti, A. M., Rosato, R., Galán, I., Toscano, A., Anglada, E., Menendez, R., ... & Solari, A. (2024). Cross-cultural validity and reliability of the comprehensive assessment of acceptance and commitment therapy processes (CompACT) in people with multiple sclerosis. *Quality of Life Research*, 33(5), 1359-1371. <https://doi.org/10.1007/s11136-024-03609-z>
- Harvey, P. D., Greenberg, B. R., & Serper, M. R. (1989). The affective lability scales: development, reliability, and validity. *Journal of clinical psychology*, 45 (5), 786-793. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198909\)45:5%3C786::AID-JCLP2270450515%3E3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198909)45:5%3C786::AID-JCLP2270450515%3E3.0.CO;2-P)
- Hudgens, S., Katz, E. G., Davies, E., Keenan, A., Sidorenko, T., & Jamieson, C. (2024). Meaningful Change Thresholds and Fatigue Severity Points on Patient-Reported Outcomes by the Fatigue Symptoms and Impacts Questionnaire in Patients With Relapsing Multiple Sclerosis. *Value in Health*, 27 (5), 598-606. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2024.02.006>
- Jahangiri, F., Karimi, J., Razani, M., & Roozbahani, M. (2024). The Effectiveness of Compassion-Focused Acceptance and Commitment Therapy on Pain Acceptance and Catastrophizing of People with Multiple Sclerosis. *Armaghanj*, 29 (1) :1-16. (In Persian) <http://dx.doi.org/10.61186/armaghanj.29.1.1>
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, 48 (6), 778-792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
- Labella, M. H., Klein, N. D., Yeboah, G., Bailey, C., Doane, A. N., Kaminer, D., ... & Cross-Cultural Addictions Study Team. (2024). Childhood bullying victimization, emotion regulation, rumination, distress tolerance, and depressive symptoms: A cross-national examination among young adults in seven countries. *Aggressive behavior*, 50 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1002/ab.22111>
- Li, Y., He, M., Wang, Z., Hofmann, S. G., & Liu, X. (2024). Distress tolerance as a mediator of mindfulness-based intervention for anxiety and depression: Evidence from two randomized controlled trials. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 24 (2), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2024.100445>
- Li, Y., Ju, R., Hofmann, S. G., Chiu, W., Guan, Y., Leng, Y., & Liu, X. (2023). Distress tolerance as a mechanism of mindfulness for depression and anxiety: Cross-sectional and diary evidence. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 23 (4), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2023.100392>
- Lucien, A., Francis, H., Wu, W., Woldhuis, T., & Gandy, M. (2024). The efficacy of cognitive behavioural therapy for depression and anxiety in multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 1(2), 1-10.
- Marquez-Pedroza, J., Hernández-Preciado, M. R., Valdivia-Tangarife, E. R., Alvarez-Padilla, F. J., Mireles-Ramírez, M. A., & Torres-Mendoza, B. M. (2024). Pregnant Women with Multiple Sclerosis: An Overview of Gene Expression and Molecular Interaction Using Bioinformatics Analysis. *International Journal of Molecular Sciences*, 25 (12), 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijms25126741>
- McGinley, M. P., Goldschmidt, C. H., & Rae-Grant, A. D. (2021). Diagnosis and treatment of multiple sclerosis: a review. *Jama*, 325 (8), 765-779. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.26858>
- Mehdikhani, M., Hassanzadeh, R., & Ghanadzadegan, H. (2021). Comparison of the effectiveness of mindfulness-based stress reduction and relaxation on distress tolerance in females with multiple sclerosis (MS). *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 10(4), 13-24. (In Persian) <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1400.10.4.17.3>
- Pakenham, K. I., & Landi, G. (2023). A pilot randomised control trial of an online acceptance and commitment therapy (ACT) resilience training program for people with multiple sclerosis. *Sclerosis*, 1(1), 27-50. <https://doi.org/10.3390/sclerosis1010005>
- Patel, A., Daros, A. R., Irwin, S. H., Lau, P., Hope, I. M., Perkovic, S. J., ... & Quilty, L. C. (2023). Associations between rumination, depression, and distress tolerance during CBT treatment for depression in a tertiary care setting. *Journal of Affective Disorders*, 339(1), 74-81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.06.063>
- Petrocchi, N., Ottaviani, C., Cheli, S., Matos, M., Baldi, B., Basran, J. K., & Gilbert, P. (2024). The impact of compassion-focused therapy on positive and negative mental health outcomes: Results of a series of meta-analyses. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 31 (2), 230-247. <https://doi.org/10.1037/cps0000193>
- Probert-Lindström, S., & Perrin, S. (2023). An examination of distress tolerance, anxiety sensitivity, and intolerance of uncertainty in adults in routine psychiatric care. *Acta Psychologica*, 235 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.103902>

- Renaud, J., Buissonnière, P., Dulau, C., Deloire, M., Hontarrede, F., Montcuquet, A., ... & Bernard, V. (2024). Gynaecological follow-up for women of reproductive age with multiple sclerosis: the GYNESEP study. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 83 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2024.105448>
- Rzepka, M., Chmiela, T., Galus, W., Lasek-Bal, A., & Krzystanek, E. (2024). Exploring Sleep Architecture in Polish Patients with Multiple Sclerosis: A Polysomnography Study. *Brain Sciences*, 14 (9), 932-942. <https://doi.org/10.3390/brainsci14090932>
- Sarlaki, A., Abdollahi, A., Madani, F., Asadipour, Y., & Sharifi, M. (2023). Effectiveness of existential psychotherapy on existential loneliness and attitude towards death in clients with existential depression. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 66 (4), 884-900. (In Persian) <https://doi.org/10.22038/mjms.2023.71766.4254>
- Sempik, I., Dziadkowiak, E., Wieczorek, M., & Pokryszko-Dragan, A. (2024). Sleep Disturbance and Related Factors in the Patients with Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica*, 2024 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1155/2024/6656571>
- Sharmin, S., Roos, I., Malpas, C. B., Iaffaldano, P., Simone, M., Filippi, M., ... & Vukusic, S. (2024). Disease-modifying therapies in managing disability worsening in paediatric-onset multiple sclerosis: a longitudinal analysis of global and national registries. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 8(5), 348-357. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(24\)00047-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(24)00047-6)
- Shkodina, A. D., Bardhan, M., Chopra, H., Anyagwa, O. E., Pinchuk, V. A., Hryn, K. V., ... & Delva, M. Y. (2024). Pharmacological and Non-pharmacological Approaches for the Management of Neuropathic Pain in Multiple Sclerosis. *CNS drugs*, 38(3), 205-224. <https://doi.org/10.1007/s40263-024-01072-5>
- Signoriello, E., Foschi, M., Lanzillo, R., Frau, J., Cocco, E., Borriello, G., ... & Bonavita, S. (2024). Pregnancy effect on disease activity in women with multiple sclerosis treated with cladribine. *Journal of Neurology*, 1 (1), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s00415-024-12291-7>
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29 (2), 83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
- Soleimaninia, A., Mansouri, A., Bagherzadeh Golmakani, Z., & Zendeheel, A. (2022). The Effectiveness of Existential Therapy on Life Expectancy and Self-Care Behaviors in Women with Type II Diabetes. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*, 22(4), 245-254. (In Persian) <http://ijdd.tums.ac.ir/article-1-6171-fa.html>
- Tofangchi, M., Ghamarani, A., & Rezaei, H. (2022). The psychometric properties of distress tolerance scale (DTS) in women with tension-type headaches. *Journal of Anesthesiology and Pain*, 12(4), 34-43. (In Persian) <http://jap.iums.ac.ir/article-1-5602-fa.html>
- Veisi, S., & Kashefi, F. (2025). effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on executive functioning, theory of mind and mentalization in people with borderline personality disorder, *New Advances in Behavioral Sciences*, 10 (58), 340-353. (In Persian) <https://ijndibs.com/article-1-1164-fa.html>
- Vo, H. L., Elias, S., & Hardy, T. A. (2024). Cognitive behavioural therapy for fatigue in patients with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 91(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2024.105908>
- Von Drathen, S., Gold, S. M., Peper, J., Rahn, A. C., Ramien, C., Magyari, M., ... & Heesen, C. (2024). Stress and Multiple Sclerosis—Systematic review and meta-analysis of the association with disease onset, relapse risk and disability progression. *Brain, Behavior, and Immunity*, 120 (1), 620-629. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2024.06.004>
- Vujanovic, A. A., Webber, H. E., McGrew, S. J., Green, C. E., Lane, S. D., & Schmitz, J. M. (2022). Distress tolerance: prospective associations with cognitive-behavioral therapy outcomes in adults with posttraumatic stress and substance use disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1(2), 1-17. <https://doi.org/10.1080/16506073.2021.2007995>
- Wilski, M., Broła, W., Koper, M., Gabryelski, J., Łuniewska, M., Fudala, M., & Tomczak, M. (2024). Relationship between physical activity and coping with stress in people with multiple sclerosis: A moderated mediation model with self-efficacy and disability level as variables. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 24(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2023.100415>
- Yilmazer, C., Lamers, I., Solaro, C., & Feys, P. (2022). Clinical perspective on pain in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 28 (4), 502 -511. <https://doi.org/10.1177/1352458520952015>
- Zaloum, S. A., Mahesh, M., Cetin, M. A., Ganesh, S., Horne, R., Giovannoni, G., & Dobson, R. (2024). Diversity and representation within the literature on sexual dysfunction in multiple sclerosis: A systematic review. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2024.105767>
- Zhao, T., Taylor, B. V., Campbell, J. A., & Palmer, A. J. (2024). The disease-modifying therapy utilisation and cost trend for multiple sclerosis in Australia between 2013 and 2022. *Multiple Sclerosis Journal*, 30(1), 80-88. <https://doi.org/10.1177/13524585231213230>