

Investigating the Relationship between Perceived Partner Responsiveness and the Degree of Depression Symptoms According to the Moderating Role of Fear of Compassion

Zahra Seyfekar¹ , Maryam Abbasi Soreshjani^{2*} , Hojjatollah Farahani³ 

1. Department of Psychology, Faculty of psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.
Email: Zahra.seyfekar@gmail.com
2. Department of Psychology, Faculty Psychology and Educational Sciences, University of University of Tehran, Tehran, Iran. Email: maryam.abbasi@ut.ac.ir
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Tarbiat Modares, Tehran, Iran.
Email: h.farahani@modares.ac.ir

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.357542.644591>

Received: 17 Apr 2023 Revised: 9 jun 2023 Accepted: 5 Jul 2023 online Published: 30 Apr 2024

Abstract

This research was conducted with the aim of investigating the relationship between Perceived Partner Responsiveness and the level of Anaclitic and Introjective Depression symptoms according to the moderating role of Fear of Compassion. This research was a practical study and was following the descriptive correlation model. The population of this study was all married persons in Iran in March and April 2022. The sample consisted of 439 people, including 349 women and 90 men, who were randomly selected. The data of this research were collected by means of Reconstructed Depression Experience questionnaire (RecDEQ), Beck Depression Inventory (BDI-II), Perceived Partner Responsiveness Scale (PPRS) and Fear of Compassion Scale (FCS). All data were collected online and analyzed with correlation and regression tests in SPSS-26 software. According to the results, there was an inverse and significant relationship between the perceived partner responsiveness and the level of anaclitic and introjective depression symptoms ($P < 0.001$). Fear of compassion from others, fear of self-compassion and fear of compassion for others also had a direct and significant relationship with anaclitic and introjective depression symptoms ($P < 0.001$). Also, fear of compassion from others moderated the relationship between perceived partner responsiveness and anaclitic depression ($P = 0.01$). The results of this study developed the theory of Blatt in the field of underlying and supportive factors of anaclitic and introjective depression. Also, according to the findings, paying attention to the fear of compassion as a developmental construct is beneficial in theorizing, etiology and designing treatment to improve the symptoms of depression in married people.

Key words: Anaclitic, Depression, Fear of Compassion, Introjective, Perceived Responsiveness

Extended Abstract:

Aim

This research was conducted to investigate the relationship between Perceived Partner Responsiveness (Reis et al., 2017) and the level of Anaclitic (relationship-based) depression and Introjective (self-based) Depression symptoms following the theory of Blatt (2004). The moderating role of Fear of Compassion (Gilbert et al., 2011), was also studied in this mentioned relation. Anaclitic depression is based on feelings of loss, loneliness, and destruction of interpersonal relationships (Blatt, 2004). Introjective depression is based on intense feelings of low self-worth and threats to one's integrated identity (Blatt, 2004). Experiences of deprivation in childhood lead to the formation of these two types of depression. These experiences can also lead to fear of compassion (Blatt, 2004 & Gilbert et al., 2011). This study seeks to identify interpersonal and intrapersonal factors affecting the formation of anaclitic and

introjective depression by extending Feeny and Collins (2015) Model of interpersonal processes involved in the provision of a source of strength and relational catalyst support for thriving. In the present study, The perceived partner responsiveness and fear of compassion were entered into Feeny and Collins (2015) model as interpersonal and intrapersonal factors. The first one is the independent variable and the last one is the Moderator variable. According to the literature, fear of compassion as an attachment-based construct may explain how perceived partner responsiveness relates to negative outcomes such as anaclitic and introjective depression in couples. So at first, we studied the relation of Perceived partner responsiveness and fear of compassion with attachment separately. Then we examined 3 forms of the fear of compassion as moderator variables.

Methodology

The methodology employed in this research encompassed a practical approach and adhered to the descriptive correlation model. The target population for this study comprised all married individuals residing in Iran during the year 2022. A sample size of 439 participants was selected, consisting of 349 females and 90 males, chosen through a random sampling. The questionnaires were completed in March and April 2022. The average time to answer the questions of this study was 27 minutes. The data of this research were collected using Re-constructed Depression Experience Questionnaire (RecDEQ) (Bagby et al., 1994), Beck Depression Inventory (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 1996), Perceived Partner Responsiveness Scale (PPRS) (Reis & Carmichael, 2006), and Fear of Compassion Scale (FCS) (Gilbert et al., 2011). All data collection procedures were conducted online, and subsequent analysis was carried out using correlation and regression tests within the SPSS-26 software.

Findings

According to the results, there was an inverse and significant relationship between the perceived partner responsiveness and the level of anaclitic and introjective depression symptoms ($P < 0.001$). The relationship between perceived partner responsiveness and introjective depression was stronger than anaclitic depression. Fear of compassion from others, fear of self-compassion, and fear of compassion for others also had a direct and significant relationship with anaclitic and introjective depression symptoms ($P < 0.001$). The correlation of fear of compassion dimensions with introjective depression was stronger than anaclitic depression. Anaclitic depression was correlated with fear of compassion from others, fear of self-compassion, and fear of compassion for others, respectively. The correlation of introjective depression with fear of compassion from others and fear of self-compassion was stronger than fear of compassion for others. Also, fear of compassion from others moderated the relationship between perceived partner responsiveness and anaclitic depression ($P = 0.01$).

Results

The results of this study developed the theory of Blatt (2004) in the field of underlying and supportive factors of anaclitic and introjective depression by extending the model of Feeny and Collins (2015). In the present obtained result, the types of fear of compassion, have a stronger relationship with anaclitic and introjective depression than perceived partner responsiveness has with these two types of depression. Additionally Fear of compassion from others can moderate the effect of perceived partner responsiveness on anaclitic depression. So, according to the findings, it can be said that paying attention to the fear of compassion as a developmental construct is beneficial in theorizing, etiology, and designing treatment to improve the symptoms of depression in married people. It should be noted that the results of this research can be directly considered by clinical psychologists. Considering the type of experience in depression regardless of the similar symptoms, this research has taken an important step toward understanding clinical depression and its treatment. Future studies can help improve the results by using couples-reports in addition to self-report.

Ethical Considerations

At first, a simple written explanation about the topic, place, and method of the study was given to the participants. Also, the academic properties of the researcher were shared with them. The participants were

informed about the rules of secrecy and privacy and they were asked to touch the confirmation key if they agreed. The code of ethics for this research was received from the Research Ethics Working Group of the Faculty of Psychology and Educational Sciences of Tehran University and it is as follows: IR.UT.PSYEDU.REC.1401.078.

Acknowledgments

In the end, we would like to thank all the dear participants who took the time to complete the data of this research and helped to advance it. It should be noted that this article is the result of the master's thesis in clinical psychology of Tehran University. This article has not received financial support from any organization.

Conflict of Interest

There is no conflict of interest in this article.

بررسی رابطه بین پاسخگویی ادراک شده همسران و میزان نشانه‌های افسردگی

باتوجه به نقش تعدیل کننده ترس از شفقت

زهرا صیفی کار^۱، مریم عباسی سورشجانی^{۲*}، حجت‌اله فراهانی^۳

۱. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: zahra.seyfikar@gmail.com

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: maryam.abbasi@ut.ac.ir

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. رایانامه: h.farahani@modares.ac.ir

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.357542.644591>

دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۲۸ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۳/۱۹ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۱۴ انتشار آنلاین: ۱۴۰۲/۰۲/۱۱

چکیده

این پژوهش، با هدف بررسی رابطه پاسخگویی ادراک شده همسران و میزان نشانه‌های افسردگی اتکایی و درون‌فکن باتوجه به نقش تعدیل کننده ترس از شفقت انجام شد. این پژوهش از انواع مطالعات کاربردی بوده و طرح آن توصیفی همبستگی است. جامعه این پژوهش، کلیه افراد متأهل ساکن ایران در اسفند ۱۴۰۰ و فروردین ۱۴۰۱ بودند. نمونه این پژوهش ۴۳۹ نفر شامل ۳۴۹ زن و ۹۰ مرد بودند که به صورت در دسترس در فضای مجازی انتخاب شدند. داده‌های این پژوهش به وسیله مقیاس‌های تجربه‌های افسردگی بازطراحی شده (RecDEQ)، افسردگی بک (BDI-II)، ادراک پاسخگویی همسران (PPRS) و ترس از شفقت (FCS) جمع‌آوری شدند. همه داده‌ها، در بستر برخط به دست آمدند و با آزمون همبستگی و رگرسیون در نرم‌افزار SPSS-26 تحلیل شدند. طبق نتایج، پاسخگویی ادراک شده همسران و میزان نشانه‌های افسردگی اتکایی و درون‌فکن، رابطه معکوس و معنادار داشتند ($P < 0.001$). ترس از دریافت شفقت از دیگران، ترس از شفقت به خود و ترس از شفقت به دیگران نیز با نشانه‌های افسردگی اتکایی و درون‌فکن، رابطه مستقیم و معنادار داشتند ($P < 0.001$). همچنین، ترس از دریافت شفقت از دیگران، تعدیل کننده رابطه بین پاسخگویی ادراک شده همسران و افسردگی اتکایی بود ($P = 0.01$). یافته‌های این پژوهش، نظریه بت در زمینه عوامل زمینه‌ساز و تشدیدکننده افسردگی اتکایی و درون‌فکن را توسعه بخشید. همچنین، با توجه به یافته‌ها می‌توان گفت که توجه به ترس از شفقت به عنوان سازه‌ای تحولی، در نظریه‌پردازی، سبب‌شناسی و طراحی درمان برای بهبود افسردگی افراد متأهل، سودبخش است.

۱. مقدمه

توجه به شکل‌های بروز افسردگی^۱ مورد توجه اندیشمندان مکاتب مختلف تحلیلی، تحول شناختی، شناختی رفتاری، سبب‌شناسی و روابط موضوعی بوده است (بلت،^۲ ۱۹۹۲). بلت (۲۰۰۸) معتقد است که بازنمایی روابط مراقبتی اولیه، منجر به دو نوع افسردگی می‌شود که علائم یکسانی دارند. این دو نوع، افسردگی اتکایی^۳ (وابسته) و درون فکن^۴ (خودسرزنشگر) نام دارند (بلت، ۲۰۰۸). افسردگی اتکایی، مبتنی بر احساس فقدان، تنهایی و تخریب روابط بین فردی است و افسردگی درون فکن، مبتنی بر احساسات شدید کم‌ارزشی خود و تهدید یکپارچگی خود است (بلت، ۲۰۰۴).

در افسردگی اتکایی، فرد ترس شدید و مزمنی از طرد یا رهاشدن دارد (بلت، ۱۹۷۴). افسرده‌های اتکایی نیاز دارند که مورد عشق واقع شوند. آن‌ها خود را در مجاورت فیزیکی کسانی قرار می‌دهند که نیازشان به حفاظت و مراقبت را برآورده می‌کنند؛ چرا که رضایتمندی لازم، در آن‌ها درونی نشده است یا کیفیت روابط پیشین، نیاز فرد را برآورده نکرده است (لینگیاردی و مک‌ویلیامز،^۵ ۲۰۱۷). این افراد به مشکلات در روابط بین فردی، واکنش شدید نشان می‌دهند یا اینکه از درگیری مستقیم، اجتناب کرده و به دنبال سازش هستند (بلت، ۲۰۰۴). افسرده اتکایی گمان می‌کند که رنج، برای نگهداشتن رابطه دل‌بستگی ضروری است تا جایی که ترس از دست‌دادن دل‌بستگی، بر امنیت و رفاه فرد، ترجیح پیدا می‌کند (بلت، ۲۰۰۸).

افسردگی درون فکن، با خودسرزنشگری، احساس حقارت و احساس گناه شکل می‌گیرد. افسرده‌های درون فکن همواره بی‌رحمانه خود را موشکافی و ارزیابی می‌کنند. آن‌ها می‌ترسند که تأیید نشوند، مورد انتقاد قرار گیرند یا تأیید دیگران مهم خود را از دست بدهند. افسرده‌های خودسرزنشگر، شدیداً برای موفقیت تلاش می‌کنند و اغلب رقابتی هستند. همچنین انتظارات بالایی از خود دارند و به دستاوردهای خوبی می‌رسند؛ اما از خودشان راضی نیستند. آن‌ها می‌توانند همان طور که خود را سرزنش می‌کنند، به دیگران نیز حمله کنند (لینگیاردی و مک‌ویلیامز، ۲۰۱۷). افسرده‌های درون فکن به مسائلی که حول قدرت، استقلال، کنترل و تعریف خود پیش می‌آید، واکنش شدیدی نشان می‌دهند (بلت، ۲۰۰۴).

در پس تسلیم افسرده‌های اتکایی، نوعی پرخاشگری منفعل وجود دارد که سبب تحریک دیگران به بدرفتاری با آن‌ها می‌شود. در مقابل، افسرده‌های درون فکن خاطراتی از مراقبان اولیه خود دارند که بسیار هولناکند؛ بنابراین آن‌ها را انکار می‌کنند. آن‌ها به جای اینکه مراقبان خود را افرادی بی‌توجه، آزارگر یا ضعیف بدانند، رنج خود را به بدبودن خودشان نسبت می‌دهد. در این شرایط، فرد افسرده گمان می‌کند که با تلاش شدید می‌تواند رنج را در کنترل خود درآورد و آن را کاهش دهد؛ اما این تلاش اغلب رضایت‌بخش نیست (بلت، ۲۰۰۸). افسرده اتکایی ولو با حالت استیصال، به دنبال حفظ روابط نزدیک خویش و دریافت حمایت است؛ اما افسرده درون فکن با انکار نیاز خود به روابط صمیمانه، فریاد جدایی سر داده است (بلت، ۲۰۰۸).

به عقیده بالبی^۶ (۲۰۰۵) کارکردهای اساسی دل‌بستگی^۷ در طول زندگی ادامه دارند (بالبی، ۲۰۰۵). در بزرگسالی نیز چون کودکی، به هنگام بروز ناملایمات و نیازها، داشتن چهره دل‌بستگی در دسترس به بهزیستی عاطفی کمک می‌کند (کالینز و فیینی،^۱ ۲۰۰۰). طبق

1. depression
2. Blatt
3. anaclitic
4. introjective
5. Lingardi, & McWilliams
6. Bowlby
7. attachment

یافته‌های مختلف پژوهشی، افسردگی در بزرگسالی با فقدان حمایت اجتماعی همراه است و این دو به شکل چرخه‌ای یکدیگر را تقویت می‌کنند (کیکولت و همکاران، ۱۹۸۷^۲، اسلاویچ و ایروین، ۲۰۱۴^۳ و المر و همکاران، ۲۰۲۰^۴). حمایت شریک زندگی اگر برطرف کننده نیازها و حفظ کننده استقلال باشد، خطر ابتلا به افسردگی را کاهش می‌دهد و رابطه ناشویی می‌تواند افسردگی را تبیین کند (هالوران، ۱۹۹۸^۵). هرچه حمایت‌ها تناسب بیشتری با نیاز افراد داشته باشد، تجربه‌های نامطلوب در آن‌ها کم می‌شود (لمای و دودلی، ۲۰۱۱^۶ و سیمپسون و اورال، ۲۰۱۴^۷).

همچنین طبق یافته‌های پژوهشی، محیط‌های غیرپاسخگو با افسردگی مرتبطند (کوک، دزانگر و دی‌مول، ۲۰۱۸^۸). پاسخگویی^۹ واکنش‌های متفکرانه و همدلانه به رفتار شریک عاطفی است و حاکی از احترام و قدردانی است (ریس، ۲۰۱۳^{۱۰}). ادراک فرد از پاسخگویی همسر، منجر به صمیمیت و رضایت از روابط عاشقانه می‌شود (دبرات و همکاران، ۲۰۱۲^{۱۱}). تفاوت‌های فردی سبب می‌شود که افراد، نسبت به رفتارهای پاسخگویانه همسر، واکنش‌های متفاوتی نشان دهند (انیسورث و همکاران، ۲۰۱۵^{۱۲} و فینکل، سیمسون و استاویک، ۲۰۱۷^{۱۳}). این الگوهای متفاوت تحت تأثیر ادراک کردن دیگران به شکل پاسخگو یا غیرپاسخگو شکل می‌گیرد (انیسورث و همکاران، ۲۰۱۵). ادراک فرد از تعاملش با همسر، تحت تأثیر سبک دل‌بستگی و کیفیت رابطه است (کالینز و فینی، ۲۰۰۰).

شفقت^{۱۴} یکی از ظرفیت‌هایی است که بر پایه سیستم دل‌بستگی، ریشه دوانده و متحول می‌شود (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱^{۱۵}). شفقت، در ارتباط با دیگران شکل می‌گیرد و می‌تواند پادزهر مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب باشد. با این حال، بررسی‌ها نشان می‌دهد که برخی افراد، نسبت به شفقت اجتناب داشته و از آن هراسانند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱). افرادی که ترس از شفقت^{۱۶} دارند، اغلب خودسرزنشگرند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱) و شفقت به خود را مانع دستیابی به استانداردهای خود تلقی می‌کنند (یونگ و ترنر، ۲۰۱۵^{۱۷}). ترس از شفقت، با گریز از هیجانات مثبت معطوف به دیگران^{۱۸} همراه است (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱). ترس از شفقت می‌تواند نسبت به ابراز شفقت به دیگران^{۱۹}، دریافت شفقت از جانب دیگران^{۲۰} و ابراز شفقت نسبت به خود^{۲۱} باشد (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱). یافته‌های پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ترس از شفقت، به‌ویژه در بعد دریافت از دیگران و ابراز به خود، با خودسرزنشگری، افسردگی، اضطراب و نشانگان استرس، ناگویی هیجانی و مشکلاتی در احساس امنیت و اطمینان به خود مرتبط است (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۴^{۲۲}).

1. Collins, & Feeney
2. Kiecolt-Glaser et al.
3. Slavich, & Irwin
4. Elmer et al
5. Halloran
6. Lemay, & Dudley
7. Simpson & Overall
8. Cook, Dezangré, & De Mol
9. responsiveness
10. Reis
11. Debrot et al.
12. Ainsworth et al.
13. Finkel, Simpson, & Eastwick
14. compassion
15. Gilbert et al.
16. Fear of Compassion
17. Joeng, & Turner
18. Affiliative emotions
19. Fear of compassion for others
20. Fear of compassion from others
21. Fear of self-compassion
22. Gilbert et al.

طبق مدل بین فردی تعاملات حمایت طلبانه و مراقبت دهنده (کالینز و فینی، ۲۰۰۰)، به هنگام بروز رویدادهای استراسزای معمول در زندگی، فرد تحت فشار ابراز درد می کند و متناسب با آن ابراز، از سوی همسرش حمایت دریافت می کند. فرد حمایت جو، ادراکی ذهنی از حمایت همسرش پیدا می کند که بهزیستی او را در برابر فشارها تعیین می کند. همچنین طبق مدل فرآیند بین فردی دریافت حمایت (فینی و کالینز، ۲۰۱۵)^۱، فرد به هنگام بروز مشکلات، پاسخی ابراز می کند و بنا به آن پاسخ، حمایت هایی دریافت می کند. میزان پاسخگویی ادراک شده از جانب فرد دچار مشکل، پیامد هایی را در روابط کوتاه مدت و شکوفایی بلندمدت او به همراه دارد.

طبق پژوهش **مریت و پوردان**^۲ (۲۰۲۰)، ترس از دریافت شفقت از دیگران و ترس از شفقت به خود، در افراد با تشخیص افسردگی، بیشتر از گروه کنترل است. یافته های پژوهش **کاوالکانتی و همکاران**^۳ (۲۰۲۱) نیز نشان می دهد که ترس شدید از شفقت نسبت به خود و دریافت آن از دیگران، تأثیر خودسرزنشگری را بر افسردگی افزایش می دهد. پژوهش **ماتوس**^۴ (۲۰۱۷) نشان می دهد که ترس از شفقت به خود و دریافت آن از دیگران، واسطه بین تأثیر خاطرات تروماتیک شرم، خاطرات شرم مرکزی و خاطرات اولیه گرما و امنیت بر نشانگان افسردگی است. پژوهش **کاروالهو و همکاران**^۵ (۲۰۲۲) نیز بیان می کند که ترس از دریافت شفقت از دیگران، عامل زمینه ای بین تجارب شرم مرکزی و افسردگی است. همچنین طبق پژوهش **یونگ و ترنر** (۲۰۱۵) ترس از شفقت به خود، واسطه بین خودسرزنشگری و افسردگی است. همچنین در پژوهشی داخلی، درمان شفقت به خود بهوشیارانه، افسردگی درون فکن را کاهش داده است (موسویان و همکاران، ۱۴۰۰).

بر این اساس، در این پژوهش، طبق مدل **کالینز و فینی** (۲۰۰۰) و **فینی و کالینز** (۲۰۱۵)، رابطه ادراک پاسخگویی همسران و میزان نشانه های افسردگی، با توجه به نقش تعدیل کننده ترس از شفقت، مطالعه می شود. هدف این پژوهش، شناسایی عوامل موثر در شکل گیری افسردگی است. پاسخگویی ادراک شده همسران، به عنوان سازه بین فردی و ترس از شفقت به عنوان سازه درون فردی وارد این مطالعه شدند. عوامل درون فردی و بین فردی یاد شده، در نسبت با تقسیم بندی شخصیت محور **بلت** (۱۹۷۴) از اختلال افسردگی بررسی شدند؛ بنابراین نتایج این پژوهش می تواند دریچه ای نو را در آسیب شناسی افسردگی و راهبردهای درمانی آن بگشاید.

طبق ادبیات پژوهشی، مطالعات چندانی درباره سازه های دل بستگی محور این پژوهش، خصوصاً ترس از شفقت، انجام نگرفته است؛ به ویژه اینکه در مطالعه حاضر، این سازه ها در جهت توسعه نظریه شخصیت محور بلت، مطالعه می شوند. تفکیک افسردگی به دو نوع درون فکن و اتکایی، می تواند صورت بندی های متفاوتی را از نشانه های یکسان به دست دهد. با توجه به نحوه پدید آیی، تشدید و تداوم افسردگی، قطعاً نقش روابط بین فردی صمیمی در زمان حال و گذشته بیمار پررنگ هستند؛ بنابراین، بررسی نوع تجربه افسردگی و عوامل تشدید کننده آن در بافت بین فردی، می تواند تعیین کننده نوع مداخلات در درمان های فردی و زوجی باشد. این پژوهش مشخصاً به دنبال بررسی این است که آیا پاسخگویی ادراک شده از همسر با انواع افسردگی رابطه دارد؟ آیا ابعاد ترس از شفقت با انواع افسردگی رابطه دارد؟ و آیا ترس از شفقت، تعدیل کننده رابطه بین پاسخگویی ادراک شده از همسر و افسردگی است؟

۲. روش

۱-۲. جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

1. Feeney, & Collins
2. Merritt, & Purdon
3. Cavalcanti et al.
4. Matos
5. Carvalho et al.

طرح این پژوهش توصیفی همبستگی است. تمامی داده‌ها در این مرحله با استفاده از روش‌های کمی جمع‌آوری و تحلیل شدند. جامعه آماری شامل کلیه افراد متأهل در بازه اسفند ۱۴۰۰ تا فروردین ۱۴۰۱ بودند که به شبکه‌های اجتماعی و اینترنت دسترسی داشتند. با استفاده از نرم‌افزار G*Power، تعداد بهینه نمونه^۱ با آلفای ۰/۰۵، توان ۰/۹، اندازه اثر^۲ پایین و ۴ متغیر پیش‌بین^۳، ۴۱۷ نفر به دست آمد که با احتساب ریزش احتمالی و داده‌های از دست‌رفته، تعدادی نیز به آن افزوده شد. نمونه‌گیری پژوهش به شکل در دسترس انجام شد. دعوت به مشارکت در پژوهش و توزیع پرسش‌نامه‌ها به شکل برخط و از طریق پیام‌رسان واتس‌آپ^۴، شبکه اینستاگرام^۵ و پیام‌رسان تلگرام^۶ انجام شد.

پرسش‌نامه‌ها در سامانه برخط پرس‌لاین^۷ طراحی و تنظیم شدند. لینک پرسش‌نامه از طریق پیام‌رسان‌های واتس‌آپ، تلگرام و شبکه اینستاگرام در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. با توجه به ملاحظات اخلاقی، شرکت‌کنندگان در صورت رضایت آگاهانه، وارد فرآیند پژوهش می‌شدند و سپس مشخصات جمعیت‌شناختی (جنسیت، سن، تحصیلات، مدت زمان ازدواج و تعداد فرزندان) خود را ثبت می‌کردند و وارد سؤالات پژوهش می‌شدند. شرکت‌کنندگان در صورت تمایل می‌توانستند شماره تماس و رایانامه خود را در اختیار پژوهشگر قرار دهند. نرخ پاسخ‌دهی کامل به پرسش‌نامه‌ها پس از ورود به لینک، ۳۵ درصد و میانگین زمان پاسخ‌دهی ۲۷ دقیقه ثبت شده است. لینک پرسش‌نامه از تاریخ ۱۲/۲۱/۱۴۰۰ به مدت ۲۳ روز فعال بود و امکان ثبت پاسخ در آن وجود داشت. معیارهای ورود به این پژوهش، تاهل، سواد خواندن و دسترسی به شبکه اینترنت بود. ملاک خروج از پژوهش نیز عدم ثبت نهایی پرسش‌نامه بود.

۲-۲. ابزار سنجش

در این پژوهش، شرکت‌کنندگان به سؤالات ۴ پرسش‌نامه پاسخ دادند.

۲-۲-۱. پرسش‌نامه تجربه‌های افسردگی بازطراحی‌شده^۸ (RecDEQ)

پرسش‌نامه تجربه افسردگی (DEQ)، نخستین بار به وسیله بلت، دافیلیتی و کوینلان^۹ در سال ۱۹۷۶ طراحی شد. این مقیاس از انواع پرسش‌نامه‌های خودگزارشی است و به منظور تمایز گذاشتن بین دو صفت وابستگی و خودسرزنشگری طراحی شده است. صفات وابستگی و خودسرزنشگری به طور کلی، خطر آسیب روانی و به‌طور ویژه، خطر افسردگی را افزایش می‌دهند. پرسش‌نامه تجربه‌های افسردگی ۶۶ گویه دارد و پاسخ به آن بر روی لیکرت ۷ تایی (۱-۷) تنظیم شده است (بلت، دافیلیتی و کوینلان، ۱۹۷۶). در پژوهش حاضر از نسخه ۱۹ سؤالی پرسش‌نامه تجربه‌های افسردگی با نام پرسش‌نامه تجربه‌های افسردگی بازطراحی‌شده (RecDEQ) استفاده شده است. پرسش‌نامه تجربه‌های افسردگی بازطراحی‌شده نخستین بار به وسیله باگی و همکاران^{۱۰} در سال ۱۹۹۴ استفاده شد. این پرسش‌نامه ۱۹ گویه و ۲ خرده‌مقیاس دارد. خرده‌مقیاس وابستگی شامل ۱۰ گویه و خرده‌مقیاس خودسرزنشگری شامل ۹ گویه است. دامنه نمرات این آزمون در خرده‌مقیاس وابستگی، ۱۰ تا ۷۰ و در خرده‌مقیاس خودسرزنشگری ۹ تا ۶۳ است (باگی و همکاران، ۱۹۹۴). تعداد گویه‌های نسخه بازطراحی‌شده تجربه‌های افسردگی، یک‌چهارم نسخه اصلی است که نیاز به زمان و انرژی

1. Optimal sample size
2. Effect size
3. predictor variable
4. WhatsApp
5. Instagram
6. Telegram
7. <https://porsline.ir>
8. Reconstructed Depressive Experience Questionnaire (RecDEQ)
9. Blatt, D'Afflitti, & Quinlan
10. Bagby et al.

کمتری دارد. این مسئله به‌ویژه در مورد بیماران افسرده حائز اهمیت است (دسمت و همکاران، ۲۰۰۷). به گفته دسمت و همکاران (۲۰۰۷)، این نسخه نسبت به دیگر نسخه‌های کوتاه‌شده پرسش‌نامه تجربه‌های افسردگی، ویژگی‌های روان‌سنجی بهتری دارد و به همین دلیل مبنای پژوهش حاضر قرار گرفته است.

پرسش‌نامه تجربه‌های افسردگی بازطراحی شده، در تحلیل عاملی اکتشافی، بارهای عاملی بالا و متمایزی را در نمونه بزرگسالان سالم داشته است (باگی و همکاران، ۱۹۹۴). برازش خوبی در این مدل در نمونه دانشجویان معنادار است ($P < 0.001$)، $X^2(151, N=478) = 442.69$ ، در نمونه بیماران سرپایی نیز برازش خوبی دو معنادار است ($P < 0.001$)، $X^2(151, N=113) = 212.74$ ، ضریب آلفا نیز در نمونه‌های مختلف بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۰ به دست آمده است (باگی و همکاران، ۱۹۹۴). این پرسش‌نامه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی روی نمونه دانشجویان و نمونه بالینی تکرار شده است و تنها مدلی است که برازش خوبی را در هر دو نمونه دانشجویان و بالینی نشان داده است (دسمت و همکاران، ۲۰۰۷). پایایی بیرونی مدل نیز خوب است. همچنین نمرات وابستگی و خودسرزنشگری نسبت به سایر مدل‌ها، همبستگی کمتری (حدود ۰/۴۵) با هم دارند (دسمت و همکاران، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر، دو متخصص مسلط به زبان انگلیسی و روان‌شناسی پرسش‌نامه تجربه‌های افسردگی بازطراحی شده را ترجمه فارسی و برگردان ترجمه کرده‌اند. با توجه به این امر، پژوهش داخلی مبنی بر بررسی پایایی و روایی این پرسش‌نامه یافت نشد. این پرسش‌نامه با روش برخلاف اجرا شد. نمرات این پرسش‌نامه با جمع نمرات گویه‌های مثبت و منفی هر زیرمقیاس به دست آمد و برای سنجش دو متغیر افسردگی اتکایی (خرده‌مقیاس وابستگی) و افسردگی درون‌فکن (خرده‌مقیاس خودسرزنشگری) در پژوهش حاضر به کار گرفته شد. آلفای کرونباخ نسخه فارسی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر، برای زیرمقیاس وابستگی، ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس خودسرزنشگری، ۰/۷۹ به دست آمد.

۲-۲-۲. پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II)

پرسش‌نامه افسردگی بک، نخستین بار در سال ۱۹۶۱ به وسیله بک و همکاران^۱ طراحی شد. نسخه اولیه این پرسش‌نامه شامل نشانگانی بود که بیماران مبتلا به افسردگی مکرراً در اتاق درمان به آن اشاره می‌کردند (بک و همکاران، ۱۹۶۱). نسخه دوم این پرسش‌نامه نیز در سال ۱۹۹۶ به وسیله بک، استیر و براون^۲ استفاده شد (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶). گویه‌های این پرسش‌نامه ذیل دو عامل جسمی-عاطفی و شناختی-عاطفی قرار می‌گیرند. عامل اول شامل مواردی مانند بی‌علاقگی، گریه، بی‌لذتی، برانگیختگی، تغییر در خواب و اشتها، مشکلات تمرکز، بی‌علاقگی به رابطه جنسی و خستگی است. عامل دوم نیز شامل مواردی مانند غمگینی، ناامیدی، احساس گناه، تنبیه شدن، تنفر از خود، بی‌ارزشی و میل خودکشی است. سنجش این پرسش‌نامه به شیوه خودگزارشی است و برای افراد بالای ۱۳ سال مناسب است. پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II) ۲۱ گویه دارد و پاسخ به آن بر روی لیکرت ۴ تایی (۰-۳) تنظیم شده است. این پرسش‌نامه وجود یا شدت نشانگان افسردگی را در گروه‌های بالینی و غیربالینی در مدت دو هفته اخیر می‌سنجد. دامنه نمرات این آزمون از ۰ تا ۶۳ است و با جمع نمرات همه گویه‌ها به دست می‌آید. نمرات ۱-۱۳ نشان از وضعیت طبیعی، نمرات ۱۴-۱۹ نشان از افسردگی خفیف، نمرات ۲۰-۲۸ نشان از افسردگی متوسط و نمرات ۲۹-۶۳ نشان از افسردگی شدید دارد. (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶). همسانی درونی این پرسش‌نامه از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (بک، استیر و گارین، ۱۹۸۸). ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در جمعیت روان‌پزشکی و غیر روان‌پزشکی ۰/۸۶ و ۰/۸۱ است که ضریب

1. Desmet et al.
2. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)
3. Beck et al.
4. Beck, Steer, & Brown
5. Beck, Steer, & Garbin

بالایی محسوب می‌شود (بک، استیر و گاربین، ۱۹۸۸). همچنین مطالعات تحلیل عاملی نشان می‌دهد که این پرسش‌نامه حاکی از یک سندرم عمومی افسردگی است که ابعاد مرتبه اول با رابطه دوجانبه را داراست (بک، استیر و گاربین، ۱۹۸۸). پایایی آزمون پس‌آزمون نسخه فارسی پرسش‌نامه افسردگی بک در گروهی از بیماران سرپایی ۰/۹۳ به دست آمد (بک و همکاران، ۱۹۹۶). همچنین روایی همگرای پرسش‌نامه افسردگی بک (II) با مقیاس ناامیدی بک^۱ و مقیاس تجدیدنظرشده هامیلتون برای افسردگی^۲ برقرار است (بک و همکاران، ۱۹۹۶).

این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی نیز هنجار شده است. پژوهش استفان و محمدخانی (۱۳۸۶) نشان می‌دهد که گویه‌های آزمون افسردگی بک (II) توانایی تشخیص و ارزیابی شدت افسردگی را در جمعیت بالینی دارد و نتایج آن موید نتایج مصاحبه بالینی ساختاریافته است. این پرسش‌نامه روایی و پایایی خوبی را در جمعیت ایرانی مبتلایان به افسردگی اساسی نشان داده است (استفان و محمدخانی، ۱۳۸۶). ضریب پایایی کل این پرسش‌نامه ۰/۹۱ محاسبه شده است (استفان و محمدخانی، ۱۳۸۶). روایی سازه نیز از طریق روایی همگرا با پرسش‌نامه نشانگان مختصر^۳ محاسبه شد که به نمرات این دو پرسش‌نامه همبستگی ۰/۸۷ نشان دادند (استفان و محمدخانی، ۱۳۸۶). پژوهش رجبی و کارجوسمایی (۱۳۹۱) نیز نشان می‌دهد که پرسش‌نامه افسردگی بک روایی و پایایی خوبی در تشخیص افراد افسرده در جمعیت ایرانی دارد. این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر به شیوه برخط اجرا شد و نمرات آن با حاصل جمع نمرات تمام گویه‌ها محاسبه شد. در پژوهش حاضر نمرات پرسش‌نامه افسردگی بک (II) برای سنجش متغیر افسردگی استفاده شد و آلفای کرونباخ آن، ۰/۹۳ به دست آمد.

۲-۳-۳. مقیاس پاسخگویی ادراک‌شده همسر^۴ (PPRS)

مقیاس پاسخگویی ادراک‌شده همسر در سال ۲۰۰۶ به وسیله ریس و کارمایکل^۵ طراحی شد (به نقل از ریس و همکاران، ۲۰۱۷). این پرسش‌نامه ادراک فرد را از میزان پاسخگویی شریکش (شریک عاطفی، همسر، دوست صمیمی، ناظر شغلی، والد یا مربی) در روابط خاص می‌سنجد و بر مبنای مدل فرآیند بین‌فردی صمیمت (ریس و شیور، ۱۹۸۸) طراحی شده است (به نقل از ریس و همکاران، ۲۰۱۷). این پرسش‌نامه ۱۸ گویه دارد و در طیف پاسخ لیکرت ۹ تایی (۱-۹) طراحی شده است و پرکردن آن ۳ تا ۴ دقیقه طول می‌کشد (ریس و همکاران، ۲۰۱۷). دامنه نمرات این مقیاس از ۱۸-۱۶۹ است و با جمع نمرات گویه‌ها به دست می‌آید (ریس و همکاران، ۲۰۱۷). ریس و همکاران (۲۰۱۷) پایایی درونی این پرسش‌نامه را بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۸ گزارش کرده‌اند (ریس و همکاران، ۲۰۱۷). به گزارش ریس و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی با ۲۰۰۰ نمونه، تنها یک عامل با بار عاملی قوی برای این پرسش‌نامه به دست آمد و در پژوهش‌های مشابه نیز دو عامل با همبستگی بسیار بالا یافت شدند. بنابراین روایی این مقیاس مطلوب است (ریس و همکاران، ۲۰۱۷).

در پژوهش حاضر مقیاس پاسخگویی ادراک‌شده همسر برای نخستین بار به وسیله دو متخصص مسلط به روان‌شناسی و زبان انگلیسی، به فارسی ترجمه و و برگردان ترجمه شد. بنابراین پژوهش داخلی جهت ارزیابی شاخص‌های روان‌سنجی در جمعیت ایرانی یافت نشد. در پژوهش حاضر گویه‌های این مقیاس در بستر برخط پاسخ داده شدند و برای سنجش متغیر پاسخگویی ادراک‌شده به کارگرفته شدند. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۹۷ به دست آمد.

1. Beck Hopelessness scale (BHS)
2. Revised Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression (HRSD-R)
3. Brief Symptom Inventory (BSI)
4. Perceived Partner Responsiveness Scale (PPRS)
5. Reis, H. T, & Carmichael, C. L
6. Reis et al.

۲-۲-۴. مقیاس ترس از شفقت^۱ (FCS)

پرسش‌نامه ترس از شفقت توسط **گیلبرت و همکاران**^۲ (۲۰۱۱) طراحی شد این پرسش‌نامه، ترس از شفقت را در سه زیرمقیاس ابراز شفقت به دیگران (۱۰ گویه)، دریافت شفقت از دیگران (۱۳ گویه) و ابراز شفقت به خود (۱۵ گویه) می‌سنجد (**گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱**). طیف پاسخ به این مقیاس لیکرت ۵ تایی (۰-۴) است. نمرات هر زیر مقیاس به صورت مستقل و از طریق حاصل جمع نمرات گویه‌ها محاسبه می‌شود. دامنه نمرات برای زیر مقیاس ترس از شفقت به دیگران، ۰-۴۰، برای زیرمقیاس ترس از دریافت شفقت، ۰-۵۲ و برای ترس از شفقت به خود ۰-۶۰ است (**گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱**). با استفاده از روش آلفای کرونباخ، پایایی درونی این زیرمقیاس‌ها در پرسش‌نامه اصلی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۹۲ گزارش شده است (**گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱**).

این پرسش‌نامه توسط صادق زاده و شاملی (۱۴۰۰) در ایران با نمونه ۸۷۲ نفری هنجاریابی شد. روایی این پرسش‌نامه با استفاده از تحلیل عاملی در جمعیت ایرانی محاسبه شد که طبق نتایج، این پرسش‌نامه روایی لازم را جهت استفاده در جمعیت ایرانی دارا بود؛ اما دو گویه از زیرمقیاس ابراز شفقت به دیگران به دلیل بار عاملی ضعیف حذف شدند (**صادق زاده و شاملی، ۱۴۰۰**). آلفای کرونباخ مقیاس ترس از شفقت در پژوهش حاضر، برای زیرمقیاس‌های ترس از ابراز شفقت به دیگران، ۰/۸۰، ترس از دریافت شفقت از دیگران، ۰/۸۶ و ترس از شفقت به خود، ۰/۹۲ به دست آمد. آلفای کرونباخ برای کل گویه‌ها نیز ۰/۹۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر این پرسش‌نامه به صورت برخط اجرا شد و نمرات آن برای سنجش متغیرهای ترس از شفقت به دیگران، ترس از دریافت شفقت از دیگران و ترس از شفقت به خود به کار گرفته شد.

۲-۳. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

از آمار توصیفی برای محاسبه کمینه، بیشینه، فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. از آمار استنباطی نیز برای تحلیل همبستگی و رگرسیون استفاده شد. در بررسی فرضیه ۱ و سؤال ۲ از آزمون همبستگی پیرسون^۳ و برای بررسی سؤال سوم از تحلیل رگرسیون تعدیلی با روش سلسه‌مراتبی^۴ استفاده شد. در آزمون همبستگی، مفروضه پارامتریک بودن داده‌ها و نرمال بودن توزیع مورد توجه قرار گرفت و تایید شد و در آزمون رگرسیون تعدیلی با روش سلسه‌مراتبی، ثبات واریانس خطاها مورد تایید قرار گرفت. تمامی این مراحل در نرم‌افزار آماری SPSS-26 و با حداقل سطح اطمینان ۰/۹۵ انجام شد.

۳. یافته‌ها

۳-۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه

در مرحله نخست این پژوهش، ۴۳۹ نفر شرکت کردند که ۷۹/۱ درصد آن‌ها زن و ۲۰/۴ درصد آن‌ها مرد بودند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان ۱۶-۶۴ و میانگین سنی آن‌ها ۳۳/۴ سال بود. ۴۷ درصد شرکت‌کنندگان در بازه سنی ۲۱-۳۰ سال بودند. تحصیلات شرکت‌کنندگان از زیر دیپلم تا دکتری متغیر بود. ۱/۶ درصد از شرکت‌کنندگان، تحصیلات زیر دیپلم، ۱۲/۵ درصد دیپلم، ۵۲/۴ درصد کارشناسی، ۲۶/۲ درصد کارشناسی ارشد و ۵ درصد دکتری داشتند. ۳۸/۱ درصد شرکت‌کنندگان بدون فرزند، ۲۹ درصد دارای ۱ فرزند، ۲۹/۲ درصد دارای ۲ فرزند، ۶/۴ و ۸ درصد دارای بیش از ۲ فرزند بودند. ۱۱ درصد شرکت‌کنندگان زندگی زیر یک سقف را

1. Fear of Compassion Scale (FCS)
2. Gilbert et al.
3. Pearson correlation coefficient
4. Moderated regression (hierarchical regression)

آغاز نکرده‌اند و ۳۴ درصد آن‌ها کمتر از ۵ سال از زندگی مشترکشان می‌گذرد. ۱۷ درصد نیز ۵ تا ۱۰ سال از زندگی مشترکشان می‌گذرد. همچنین ۳۶ درصد شرکت کنندگان بیش از ۱۰ سال از زندگی مشترکشان می‌گذرد.

۳-۲. شاخص‌های توصیفی

جدول ۱- آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد	
۴۳۹	۰	۵۷	۱۴/۲۰	۱۲/۷۰	افسردگی بک
۴۳۹	۱۲	۷۰	۴۱/۶۱	۱۲/۲۰	اتکایی
۴۳۹	۹	۶۳	۳۲/۹۰	۱۰/۶۳	درون‌فکن
۴۳۹	۱۸	۱۶۲	۱۱۲	۱۰/۶۳	ادراک پاسخگویی
۴۳۹	۱۳	۶۳	۲۹/۱۲	۹/۲۲	ترس از دریافت شفقت
۴۳۹	۱۵	۷۵	۲۸/۶۳	۱۱/۷	ترس از شفقت به خود
۴۳۹	۱۲	۵۰	۳۱	۷/۲۵	ترس از شفقت به دیگران

در جدول شماره ۱، تعداد، کمینه، بیشینه، میانگین و انحراف استاندارد نمرات به دست آمده در هر مقیاس مشاهده می‌شود.

۳-۳. بررسی همبستگی متغیرها

جدول ۲- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

ردیف	همبستگی	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱	افسردگی بک	۱	۰/۴۶	۰/۶۶	-۰/۴۴	-۰/۵۲	-۰/۵۱	-۰/۳۴
۲	افسردگی اتکایی	۰/۴۸	۱	۰/۴۸	-۰/۲۰	-۰/۴۵	-۰/۳۵	-۰/۲۸
۳	افسردگی درون‌فکن	۰/۴۸	۰/۴۸	۱	-۰/۴۸	-۰/۵۱	-۰/۴۹	-۰/۳۶
۴	ادراک پاسخگویی	۰/۴۸	۰/۴۸	۰/۴۸	۱	-۰/۲۵	-۰/۳۰	-۰/۱۴
۵	ترس از دریافت شفقت از دیگران	۰/۴۸	۰/۴۸	۰/۴۸	۰/۴۸	۱	۰/۶۴	۰/۶۰
۶	ترس از شفقت به خود	۰/۴۸	۰/۴۸	۰/۴۸	۰/۴۸	۰/۶۴	۱	۰/۳۸
۷	ترس از ابراز شفقت به دیگران	۰/۴۸	۰/۴۸	۰/۴۸	۰/۴۸	۰/۶۴	۰/۳۸	۱

جدول ۳- خلاصه بررسی سوالات ۱ و ۲

سوالات اختصاصی	پاسخ	P value	r
۱-۱. آیا ادراک از پاسخگویی همسران با افسردگی بک رابطه دارد؟	بله	$P < ۰/۰۰۱$	-۰/۴۴
۱-۲. آیا ادراک از پاسخگویی همسران با افسردگی اتکایی رابطه دارد؟	بله	$P < ۰/۰۰۱$	-۰/۲۰
۱-۳. آیا ادراک از پاسخگویی همسران با افسردگی درون‌فکن رابطه دارد؟	بله	$P < ۰/۰۰۱$	-۰/۴۸
۲-۱-۱. آیا ترس از دریافت شفقت از دیگران با افسردگی بک رابطه دارد؟	بله	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۵۲
۲-۱-۲. آیا ترس از دریافت شفقت از دیگران با افسردگی اتکایی رابطه دارد؟	بله	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۴۵

سوالات اختصاصی	پاسخ	P value	r
۲-۱-۳. آیا ترس از دریافت شفقت از دیگران با افسردگی درون فکن رابطه دارد؟	بله	$P < 0.001$	۰/۵۱
۲-۲-۱. آیا ترس از شفقت به خود با افسردگی بک رابطه دارد؟	بله	$P < 0.001$	۰/۵۱
۲-۲-۲. آیا ترس از شفقت به خود با افسردگی اتکایی رابطه دارد؟	بله	$P < 0.001$	۰/۳۵
۲-۲-۳. آیا ترس از شفقت به خود با افسردگی درون فکن رابطه دارد؟	بله	$P < 0.001$	۰/۴۹
۲-۳-۱. آیا ترس از ابراز شفقت به دیگران با افسردگی بک رابطه دارد؟	بله	$P < 0.001$	۰/۳۴
۲-۳-۲. آیا ترس از ابراز شفقت به دیگران با افسردگی اتکایی رابطه دارد؟	بله	$P < 0.001$	۰/۲۸
۲-۳-۳. آیا ترس از ابراز شفقت به دیگران با افسردگی درون فکن رابطه دارد؟	بله	$P < 0.001$	۰/۳۶

سوالات ۱ و ۲ پژوهش به تفکیک پرسش‌های فرعی، بررسی شدند. همان طور که در جدول ۲ و ۳ مشاهده می‌شود، پاسخ همه پرسش‌ها مثبت است ($P < 0.001$). بر این اساس ادراک از پاسخگویی همسران با انواع افسردگی رابطه معنادار و معکوس دارد. همچنین ابعاد ترس از شفقت با انواع افسردگی همبستگی معنادار و مثبت دارند.

۳-۴. بررسی نقش تعدیل کننده ترس از شفقت

جدول ۴- خلاصه مدل تعدیل کنندگی ترس از دریافت شفقت از دیگران در رابطه بین پاسخگویی ادراک شده و افسردگی اتکایی

گام	R	R ²	Adjusted R ²	F	P	ΔR^2	F Δ	P Δ
۱- ادراک پاسخگویی	۰/۲۰	۰/۰۴	۰/۰۴	۱۷/۷۶	< 0.001	۰/۰۴	۱۷/۷۶	< 0.001
۲- ادراک پاسخگویی + ترس از دریافت شفقت	۰/۴۶	۰/۲۱	۰/۲۱	۵۸/۲۹	< 0.001	۰/۱۷	۹۵/۰۰	< 0.001
۳- ادراک پاسخگویی + ترس از دریافت شفقت + متغیر تعاملی	۰/۴۷	۰/۲۲	۰/۲۲	۴۱/۳۵	< 0.001	۰/۰۱	۶/۱۰	۰/۰۱

جدول ۵- خلاصه بررسی سوال ۳

سوال	پاسخ	P value	ΔR^2
۳-۱-۱. آیا ترس از دریافت شفقت از دیگران، تعدیل کننده رابطه بین ادراک پاسخگویی همسران و افسردگی اتکایی است؟	بله	۰/۰۱	۰/۰۱
۳-۱-۲. آیا ترس از شفقت به خود تعدیل کننده رابطه بین ادراک پاسخگویی همسران و افسردگی اتکایی است؟	خیر	۰/۱۳	۰/۰۰۴
۳-۱-۳. آیا ترس از ابراز شفقت به دیگران تعدیل کننده رابطه بین ادراک پاسخگویی همسران و افسردگی اتکایی است؟	خیر	۰/۵۲	۰/۰۰۱
۳-۲-۱. آیا ترس از دریافت شفقت از دیگران، تعدیل کننده بین ادراک پاسخگویی همسران و افسردگی درون فکن است؟	خیر	۰/۳۵	۰/۰۰۱
۳-۲-۲. آیا ترس از شفقت به خود، تعدیل کننده بین ادراک پاسخگویی همسران و افسردگی درون فکن است؟	خیر	۰/۳۸	۰/۰۰۱
۳-۲-۳. آیا ترس از ابراز شفقت به دیگران، تعدیل کننده بین ادراک پاسخگویی همسران و افسردگی درون فکن است؟	خیر	۰/۱۶	۰/۰۰۳

همان طور که در جدول ۴ و ۵ مشاهده می‌شود، ترس از دریافت شفقت از دیگران، تعدیل کننده رابطه بین ادراک پاسخگویی همسران و افسردگی اتکایی است ($P = 0.001$)؛ اما ترس از شفقت به خود و ترس از شفقت به دیگران، تعدیل کننده رابطه بین

پاسخگویی ادراک شده و افسردگی اتکایی نیستند. همچنین ابعاد ترس از شفقت، تعدیل کننده رابطع بین پاسخگویی ادراک شده و افسردگی درون فکن نیستند.

۴. بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش پیش رو نشان داد که پاسخگویی ادراک شده از همسر با نشانه‌های افسردگی رابطه معکوس دارد. این یافته در مورد افسردگی بک، افسردگی اتکایی و افسردگی درون فکن مشترک است. البته باید گفت که رابطه معکوس ادراک پاسخگویی و نشانه‌های افسردگی در افسردگی درون فکن قوی‌تر از افسردگی اتکایی است. بر این اساس، فرد با نشانه‌های افسردگی اتکایی، همسر خود را کمتر پاسخگو ادراک می‌کند؛ پس این گزاره [بلیت](#) (۲۰۰۴) تأیید می‌شود که افسردگی اتکایی اساساً با تخریب روابط بین فردی همراه است. فرد با نشانه‌های افسردگی اتکایی با وجود اینکه نیاز شدیدی به صمیمیت و مراقبت احساس می‌کند، نمی‌تواند دیگران را پاسخگو ادراک کند. به عبارت بهتر، نیاز مبرم افراد با نشانه‌های اتکایی افسردگی به روابط نزدیک، برآورده نمی‌شود و به نظر می‌رسد که تقلاي این افراد برای نزدیکی به دیگران سودمندی چندانی برای آن‌ها ندارد. این یافته می‌تواند با این گزاره [بلیت](#) (۲۰۰۸) همسو باشد که در پس تسلیم افسرده‌های اتکایی، نوعی پرخاشگری منفعل وجود دارد که موجب بدرفتاری دیگران با آن‌ها می‌شود. در واقع، افسرده‌های اتکایی، نیاز خود را از مسیری جست‌وجو می‌کنند که به نتیجه مطلوب آن‌ها منتهی نمی‌شود. البته این تحلیل نیازمند بررسی‌های بیشتر درباره پاسخگویی ابراز شده عینی است.

یافته‌های به‌دست‌آمده، همچنین می‌تواند نظر [کراوس و بن](#)^۱ (۲۰۲۱) را مبنی بر شدت و پیچیدگی بیشتر نوع درون فکن افسردگی و دشواری درمان آن، تأیید کند. خشم افسرده‌های درون فکن به خود، منجر می‌شود که آن‌ها به تدریج نسبت به دیگران نیز نگاهی منفی پیدا کنند. آن‌ها گمان می‌کنند که دیگران نیز آن‌ها را از دریچه‌ای سخت‌گیرانه نگاه می‌کنند ([تامپسون و زوراف](#)، ۲۰۰۴). پاسخگویی از نظر [ریس و همکاران](#) (۲۰۱۷)، به معنای این است که فرد چقدر باور دارد که دیگران او را درست می‌فهمند و برایش ارزش قائلند. همان‌طور که [داگینو و همکاران](#)^۲ (۲۰۱۷) می‌گویند، در افسردگی درون فکن فرد خود را بی‌نیاز از روابط صمیمانه می‌داند و به دنبال جدا کردن خود از دیگران است. پس، طبیعی است که افسرده‌های درون فکن با انکار نیاز خود به دیگران و رونیاوردن به آن‌ها، ادراک ضعیف‌تری از پاسخگویی دیگران نسبت به خود داشته باشند. بر اساس یافته‌ها می‌توان گفت که سبک خودسرزنشگر و درونی‌کننده افسردگی، با کاهش بیشتر ادراک پاسخگویی همسر همراه است. احتمال دارد که منش درونی‌کننده این افراد، به شکل عینی نیز با کاهش پاسخگویی از جانب همسر همراه شده باشد که به دنبال خود، ادراک از پاسخگویی را نیز کاهش می‌دهد. البته این ادعا نیاز به بررسی بیشتر دارد. در مجموع با توجه به یافته‌های به‌دست‌آمده از این فرضیه می‌توان گفت که عدم توازن میان استقلال و وابستگی با ادراک کمتر پاسخگویی همراه است. [فینی و کالینز](#) (۲۰۱۵) نیز بیان می‌کنند که حمایت در روابط در صورتی می‌تواند به فرد کمک کند که فرد کمک‌گیرنده تقاضاهای خود را با ظرفیت دیگران تنظیم کند و میان استقلال و وابستگی توازن برقرار کند.

طبق یافته‌های به‌دست‌آمده، با اطمینان زیادی می‌توان گفت ترس از دریافت شفقت با افسردگی مرتبط است. به این معنا که افزایش ترس از دریافت شفقت با افزایش نشانه‌های افسردگی همراه است و برعکس. این رابطه همسوی ترس از دریافت شفقت با افسردگی در مقیاس‌های بک، افسردگی اتکایی و افسردگی درون فکن به تأیید رسیده است. رابطه ترس از دریافت شفقت از دیگران با افسردگی درون فکن کمی بیشتر از افسردگی اتکایی است. به گفته [گیلبرت و همکاران](#) (۲۰۱۱) شفقت به طور طبیعی با افسردگی مقابله می‌کند؛ اما برخی افراد هستند که ترس از شفقت دارند و از آن اجتناب می‌کنند. این افراد در کودکی تجربه محرومیت عاطفی

1. Krause, & Behn
2. Dagnino et al.
3. Thompson, & Zuroff

داشته‌اند و در بزرگسالی نیز نمی‌توانند پذیرای شفقت دیگران باشند؛ چراکه ظرفیت لازم در آن‌ها شکل نگرفته است. طبق یافته‌های به‌دست‌آمده، کسانی که از دریافت شفقت از دیگران ترس دارند، نشانه‌های افسردگی بیشتری را بروز می‌دهند.

افسرده‌های اتکایی علی‌رغم روآوردن به دیگران، نسبت به طردشدن می‌ترسند و احساس ضعف و نقصان شدیدی می‌کنند. در واقع آن‌ها دچار نوعی شرم بین‌فردی هستند (ریس، ۲۰۰۲). طبق یافته‌های این پژوهش، به نظر می‌رسد که افراد با نشانه‌های افسردگی اتکایی، دچار نوعی دوگانگی هستند. آن‌ها از رهاشدن هراسند و وابسته دیگران می‌شوند؛ اما از سوی دیگر توانایی دریافت محبت و مراقبت را از دیگران ندارند. در واقع علی‌رغم تمایل شدیدی که افسرده‌های اتکایی به جلب مراقبت و محبت دیگران دارند، نمی‌توانند پذیرای این محبت باشند. آن‌ها حتی اگر دیگران به آن‌ها محبت کنند، ظرفیت لازم را برای دریافت آن از خود نشان نمی‌دهند. به عبارت دیگر در بزرگسالی نیز تجربه محرومیت کودکی برای آن‌ها تکرار می‌شود و نمی‌توانند از این دور خواستن و نرسیدن خارج شوند. این افراد تمنای چیزی را دارند که از پذیرش آن عاجزند. این یافته از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. با توجه به تعریف بلیت (۲۰۰۸) از افسردگی اتکایی مبنی بر رابطه‌محور بودن این سبک از افسردگی، ممکن است گمان شود که افراد با نشانه‌های اتکایی، در روابط واقعی خود منشی کاملاً محبت‌جویانه دارند. حال آن که ترس از دریافت شفقت از دیگران خصلت مهمی در افسرده‌های اتکایی است که می‌تواند مانع جلب محبت و صمیمیت شود.

به عبارت دیگر طبق یافته‌ها به نظر می‌رسد که افراد با سبک اتکایی و درون‌فکن افسردگی، تفاوت چندانی در ترس از دریافت شفقت از دیگران ندارند. این نکته می‌تواند در درمان این دو نوع افسردگی موردتوجه جدی قرار گیرد؛ چرا که افراد با نشانه‌های اتکایی نیز در اثر ترس از دریافت شفقت از دیگران، احتمالاً قادر به جلب حمایت عینی از جانب همسر خود نباشند. در واقع شاید توصیه به ابراز حمایت از جانب همسر، بدون توجه به ویژگی شخصیتی ترس از شفقت، سود چندانی در درمان افسردگی اتکایی نداشته باشد. البته این تحلیل نیازمند بررسی‌های بیشتر در زمینه شفقت عینی ابرازشده از جانب همسران است.

طبق نظریه بلیت (۲۰۰۸)، افسرده‌های درون‌فکن سبک درونی‌کننده دارند و از دیگران فاصله می‌گیرند. خاطرات تلخ آن‌ها در کودکی و عدم دریافت مراقبت کافی باعث شده است که از دیگران انتظار توجه و مراقبت نداشته باشند. یافته‌های این پژوهش نیز همین امر را تأیید می‌کند. افراد با نشانه‌های درون‌فکن افسردگی چنان از شفقت هراسانند که خود را از دیگران جدا می‌کنند. در واقع به نظر می‌رسد که رفتار ظاهری افراد با نشانه‌های درون‌فکن افسردگی با اجتناب در دریافت شفقت همراه است. طبیعی است که فرد با اجتناب از روابط نزدیک، محبت و مراقبتی دریافت نکند و بر انگاره کودکی‌اش که «دیگران مراقبت‌کننده نیستند»، صحنه گذاشته شود. نکته دیگر اینکه افسرده‌های درون‌فکن، معیارهای سخت‌گیرانه و سرزنشگرانه‌ای برای خود دارند. در اشکال شدید، این افراد گمان می‌کنند که دیگران نیز به همان شکل موشکافانه و ارزیابانه به آن‌ها نگاه می‌کنند (تامپسون و زوراف، ۲۰۰۴)؛ بنابراین نسبت به آن‌ها خشم پیدا می‌کنند و مجدداً فاصله خود را بیشتر می‌کنند. در واقع افراد با نشانه‌های درون‌فکن افسردگی علاوه بر ترس ذهنی، در عمل نیز به‌گونه‌ای رفتار می‌کنند که شفقت دیگران به آن‌ها نرسد و این دور معیوب ادامه می‌یابد.

این یافته‌ها با پژوهش‌های کاروالهو و همکاران (۲۰۲۲)، مریت و پوردان (۲۰۲۰)، کاوالکانتی و همکاران (۲۰۲۱) و ماتوس (۲۰۱۷) همسوست. کاروالهو و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که ترس از دریافت شفقت از دیگران، عامل زمینه‌ای بین تجارب شرم مرکزی و افسردگی است. مریت و پوردان (۲۰۲۰) نیز نشان دادند که ترس از دریافت شفقت از دیگران در افراد با تشخیص افسردگی، بیشتر از گروه کنترل است. همچنین طبق بررسی کاوالکانتی و همکاران (۲۰۲۱)، ترس شدید از دریافت شفقت از دیگران، تأثیر خودسرزنشگری را بر افسردگی افزایش می‌دهد. ماتوس (۲۰۱۷) نیز نشان داد که ترس از دریافت شفقت از دیگران، واسطه بین تأثیر خاطرات تروماتیک شرم، خاطرات شرم مرکزی و خاطرات اولیه گرما و امنیت بر نشانگان افسردگی است.

طبق یافته‌های این پژوهش، ترس از شفقت به خود، با افسردگی مرتبط است؛ به این معنا که با افزایش ترس از شفقت به خود، نشانه‌های افسردگی نیز افزایش می‌یابد و برعکس. ارتباط ترس از شفقت به خود با افسردگی درون فکن، قوی‌تر از افسردگی اتکایی است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین همسوست. طبق پژوهش مریت و پوردان (۲۰۲۰)، ترس از شفقت به خود، در افراد با تشخیص افسردگی، بیشتر از گروه کنترل است. کاولکانتی و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان دادند که ترس شدید از شفقت نسبت به خود، تأثیر خودسرزنشگری را بر افسردگی افزایش می‌دهد. همچنین ماتوس (۲۰۱۷) نشان داد که ترس از ارائه شفقت به خود، پیش‌بینی‌کننده بسیار قوی افسردگی است. طبق پژوهش یونگ و ترنر (۲۰۱۵) نیز ترس از شفقت به خود، واسطه بین خودسرزنشگری و افسردگی است. نتایج پژوهشی در ایران نیز نشان می‌دهد که درمان التقاطی تنظیم هیجان پویایی تجربه‌ای و شفقت به خود بهوشیارانه، در کاهش شدت افسردگی درون فکن مؤثر است (موسویان و همکاران، ۱۴۰۰).

به نظر می‌رسد که احساس نقص، بی‌کفایتی و پوچی در افراد با نشانه‌های اتکایی افسردگی، همراه با ترس از شفقت به خود شده است. افسرده‌های اتکایی به‌شدت بر روابط بین‌فردی متکی هستند و دیگران را به‌عنوان منبع رضایت خود قلمداد می‌کنند (بلیت، ۲۰۰۴). با توجه به یافته‌ها، به نظر می‌رسد که اتکای افراطی بر مراقبت و تأمین عاطفی دیگران، با نوعی غفلت از خود همراه است. هنگام تقلای افراطی افراد با نشانه‌های اتکایی افسردگی برای جلب محبت دیگران، شاهد عدم مراقبت و شفقت نسبت به خود نیز هستیم. گویی، پرداختن افراطی به یک جنبه، همراه با بی‌توجهی به جنبه‌های دیگر شده است. حال مشخص نیست که تلاش افراطی برای جلب رضایت دیگران، موجب شفقت‌نداشتن به خود شده است یا احساس نقصان و ضعف درونی، فرد را به دیگران متمایل کرده است.

افسردگی درون فکن مبتنی بر احساس، کم‌ارزشی، حقارت، شکست و خشم علیه خود شکل می‌گیرد. افسرده درون فکن معیارهای سخت‌گیرانه را برای خود درونی کرده است و مدام در تلاش است تا به آن‌ها برسد. هنگامی که این فرد نمی‌تواند به انتظارات سطح بالای خود برسد، نسبت به خود خشمگین می‌شود (بلیت، ۲۰۰۴)؛ بنابراین در دور وضع استانداردهای بالا، ناتوانی در برآورده کردن آن‌ها و نهایتاً خشم علیه خود، طبیعی است که شفقت به خود جایگاهی نداشته باشد. از نظر گیلبرت و همکاران (۲۰۱۱) خشم علیه خود، مانع مراقبت و محبت به خود می‌شود. باور منفی افراد خودسرزنشگر نسبت به شفقت، باعث مقاومت و خودداری از رفتارهای مهرورزانه نسبت به خود می‌شود. در این شرایط به گفته یونگ و ترنر (۲۰۱۵) حتی ممکن است شفقت، مانع پیشرفت قلمداد شود و علیه آن مقابله شود. به عقیده بلیت (۲۰۰۸) افسرده‌های درون فکن خاطرات تلخ خود را از مراقبان اولیه، به بدبودن خودشان نسبت می‌دهند؛ بنابراین طبق یافته‌ها، آن‌ها از شفقت‌ورزیدن به خودی که باوری منفی نسبت به آن دارند، هراسانند.

همان‌طور که گفته شد، طبق یافته‌ها ارتباط ترس از شفقت به خود با افسردگی درون فکن بیشتر از ارتباط آن با افسردگی اتکایی است. این امر می‌تواند با سبک درونی‌کننده افسرده‌های درون فکن در برابر سبک ارتباطی افسرده‌های اتکایی تبیین شود. افسرده‌های درون فکن رنج خود را به‌تنهایی به دوش می‌کشند. آن‌ها نسبت به خود سخت‌گیری می‌کنند تا بتوانند بر اوضاع مسلط شوند؛ اما احساس رضایت، به آن‌ها دست نمی‌دهد. در حالی که افسرده‌های اتکایی ارزیابی منفی کمتری از خود دارند و با نزدیکی افراطی به دیگران، سعی در کنترل رنج خود دارند. بر این اساس به نظر می‌رسد که سبک درونی‌کننده و سخت‌گیرانه علیه خود مانعی بسیار جدی برای شفقت به خود است.

طبق یافته‌ها، ترس از ابراز شفقت به دیگران با افسردگی مرتبط است. با افزایش ترس از شفقت به دیگران، نشانه‌های افسردگی نیز افزایش می‌یابد و برعکس. این ارتباط بین ترس از ابراز شفقت به دیگران و افسردگی بک، افسردگی اتکایی و افسردگی درون فکن به دست آمده است. ارتباط ترس از ابراز شفقت با افسردگی درون فکن کمی بیشتر از افسردگی اتکایی است. در پیشینه پژوهشی، ارتباط افسردگی و ترس از ابراز شفقت به دیگران تنها در یک مطالعه یافت شد که یافته‌های حاضر همسو با نتایج آن است. طبق بررسی

الماسی و همکاران (۱۴۰۰) در زمان همه‌گیری کرونا، ترس از ابراز شفقت به دیگران با افسردگی مرتبط است. با توجه به این یافته‌ها، ترس از ابراز شفقت به دیگران علی‌رغم زیربنای نظری نسبتاً متفاوت با دو بعد دیگر ترس از شفقت، می‌تواند با شدت کمتری از آن دو بعد، با افسردگی رابطه داشته باشد.

به گفته بلیت (۲۰۰۸)، افسرده‌های اتکایی دیگران را افرادی غیرقابل اعتماد و ناپایدار می‌دانند. آن‌ها به دیگران به‌عنوان ابژه‌هایی نگاه می‌کنند که می‌توانند رضایت لازم را در آن‌ها به وجود آورند. از آنجاکه دیگران در نظر افسرده‌های اتکایی ناپایدار و غیرقابل پیش‌بینی هستند، این افراد نمی‌توانند رابطه‌ای اصیل با آن‌ها برقرار کنند. به عبارت بهتر، افراد با نشانه‌های اتکایی افسردگی تردید دارند که بستر امنی برای ابراز محبت آن‌ها وجود داشته باشد. شاید بتوان گفت آن‌ها بیش از آنکه دیگران را دوست داشته باشند، نگران از دست دادن آن‌ها هستند؛ بنابراین نمی‌توانند به شکل طبیعی نسبت به آن‌ها ابراز علاقه و شفقت داشته باشند. علی‌رغم وابستگی افسرده‌های اتکایی به دیگران، دیگران برای آن‌ها صرفاً منبعی برای تأمین رضایت هستند و به‌خودی‌خود ارزشی ندارند. به نظر می‌رسد که افراد با نشانه‌های اتکایی افسردگی، بیش از هر چیز نگران احساس ضعف و فقدان رضایت درونی خود هستند.

به عقیده تامپسون و زوراف (۲۰۰۴)، روابط درون‌فردی مخدوش در افسرده‌های درون‌فکن سبب تخریب روابط بین‌فردی نیز می‌شود. همان‌طور که پیش‌تر گفته شد، افسرده درون‌فکن نگاهی منفی و موشکافانه نسبت به خود دارد. به تدریج فرد با نشانه‌های افسردگی درون‌فکن گمان می‌کند که دیگران نیز با همان زاویه منفی به او نگاه می‌کنند و او را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. دیگران در نظر افسرده‌های درون‌فکن، افرادی قضاوت‌کننده و تنبیه‌کننده هستند؛ بنابراین افسرده‌های درون‌فکن نسبت به آن‌ها خشمگین می‌شوند و از آن‌ها کناره‌گیری می‌کنند. به نظر می‌رسد که افسردگی درون‌فکن و ترس از ابراز شفقت به دیگران، با دور معیوبی یکدیگر را تقویت می‌کنند. فرد نسبت به دیگران خشمگین است و از آن‌ها دوری می‌جوید. دوری‌جستن از دیگران با برآورده‌نشدن نیازهای عاطفی همراه می‌شود و فرد خشم بیشتری را نسبت به دیگران تجربه می‌کند و باز هم از آن‌ها کناره می‌گیرد. همان‌طور که گفته شد، طبق یافته‌ها ارتباط ترس از ابراز شفقت به دیگران با افسردگی درون‌فکن قوی‌تر از افسردگی اتکایی است. به نظر می‌رسد که خشم درونی‌شده در افسرده‌های خودسرزنشگر و بازگشت آن به دیگران، با سطح بالاتری از تخریب همراه است. خشم بالا در این افراد منجر به اجتناب از روابط نزدیک می‌شود؛ در حالی که افسرده‌های اتکایی اجازه تجربه مستقیم خشم را به خود نمی‌دهند و ترس از تنهایی و سبک شخصیتی وابسته، آن‌ها را به سمت دیگران می‌کشاند.

در مجموع در پاسخ به این سوال پژوهش، می‌توان گفت که نشانه‌های افسردگی اتکایی بیش از همه به ترتیب، با ترس از دریافت شفقت از دیگران، ترس از شفقت به خود و ترس از شفقت به دیگران رابطه دارد. به بیان دیگر افراد با نشانه‌های افسردگی اتکایی در درجه اول از دریافت شفقت هراسانند. شاید به این دلیل که دیگران را افرادی غیرقابل پیش‌بینی ارزیابی می‌کنند و احساس نقص و تنهایی شدیدی در آن‌ها وجود دارد (بلیت، ۲۰۰۸). در درجه بعدی ترس از شفقت به خود دارند که احتمالاً به دلیل درونی‌نشدن منبع رضایت در آن‌ها و احساس نقصان باشد (بلیت، ۲۰۰۸). در درجه بعدی نیز آن‌ها از ابراز شفقت نسبت به دیگران هراسانند که می‌تواند به دلیل باور آن‌ها به ناپایدار بودن دیگران و انتظار حمایت صرف داشتن از آن‌ها باشد (بلیت، ۲۰۰۸). با این حال همان‌طور که اشاره شد، افراد با نشانه‌های اتکایی افسردگی بیش از آنکه از ابراز شفقت ترس داشته باشند، از دریافت آن هراسانند. این یافته می‌تواند دلالت بر وجود صفت وابستگی در این افراد باشد (بلیت، ۲۰۰۸). آن‌ها سعی می‌کنند به دیگران نزدیک شوند؛ اما ظرفیت لازم را برای نزدیک شدن دیگران به خود ندارند؛ بنابراین همواره برای تأمین احساس رضایت به منبع بیرونی متکی می‌مانند.

نشانه‌های افسردگی درون‌فکن نیز با ترس از دریافت شفقت از دیگران و ترس از شفقت به خود، بیش از ترس از ابراز شفقت به دیگران رابطه دارد. به نظر می‌رسد که این افراد با نگاه انتقادی و سرزنش‌جویانه به خود، نه‌تنها مانع مراقبت و شفقت خودشان به خود می‌شوند، بلکه خود را پذیرای محبت و شفقت دیگران نیز نمی‌دانند. گیلبرت و همکاران (۲۰۱۱) نیز زیربنای ترس از دریافت

شفقت از دیگران و ترس از شفقت به خود را مشابه می‌داند؛ بنابراین طبق یافته‌ها به نظر می‌رسد که افراد با نشانه‌های درون‌فکن افسردگی، خود را بیش از دیگران، مستحق دریافت نکردن شفقت می‌دانند. همان گونه که از ابتدا نیز آن‌ها به جای خشم‌گرفتن به مراقبان حمایت غیرحمایتگر، خود را نالایق ارزیابی کرده‌اند (بلت، ۲۰۰۸).

در مجموع باید گفت که افسردگی درون‌فکن بیش از افسردگی اتکایی با ابعاد ترس از شفقت رابطه دارد. همان طور که پیش‌تر نیز گفته شد، سبک درونی‌کننده و اجتنابی در افراد با نشانه‌های درون‌فکن افسردگی، راه هرگونه بهبود را بر آن‌ها می‌بندد. این افراد با انکار نیاز خود به دیگران و جدایی از آن‌ها، فرصت جبران گذشته محروم از عاطفه را برای همیشه از خود گرفته‌اند. آن‌ها رنجشان را به بدبودن خود نسبت می‌دهند تا بتوانند با سخت‌گیری و خشم بر آن فائق آیند (داگینو و همکاران، ۲۰۱۷)؛ اما اغلب نمی‌توانند انتظارات بالایی خود را برآورده کنند و به احساس رضایت برسند. به عقیده تامپسون و زوراف (۲۰۰۴) نیز خودسرزنشگری به تخریب روابط درون‌فردی و بین‌فردی می‌انجامد. همچنین طبق پژوهش فینی و کالینز (۲۰۱۵)، فرد برای دریافت حمایت اجتماعی باید به سمت دیگران برود، نیازهایش را شفاف و مستقیم بیان کند و پذیرای حمایت باشد. این دقیقاً همان چیزی است که افسرده‌های درون‌فکن از آن عاجزند. به عبارت دیگر، افراد با سبک درونی‌کننده، وارد سیکل معیوبی می‌شوند. آن‌ها از دیگران کمک و حمایت نمی‌خواهند و دیگران در ذهن آن‌ها افرادی منتقد باقی می‌مانند که هرگز نمی‌توان به آن‌ها نزدیک شد.

از میان ابعاد ترس از شفقت، تنها ترس از دریافت شفقت از دیگران می‌تواند رابطه بین ادراک پاسخگویی همسران و افسردگی اتکایی را تعدیل کند. ترس از دریافت شفقت، می‌تواند شدت رابطه ادراک پاسخگویی و افسردگی اتکایی را تغییر دهد. همان طور که پیش‌تر گفته شد، افزایش نشانه‌های اتکایی افسردگی، با کاهش ادراک پاسخگویی نسبت به همسر همراه است. در ادامه، چگونگی شکل‌گیری چنین ادراکی دنبال می‌شود. به نظر می‌رسد که نقش تجربیات تحولی و شکل‌گیری ترس از دریافت شفقت از دیگران، می‌تواند در این ادراک مؤثر باشد؛ پس ترس از دریافت شفقت از دیگران، ویژگی‌ای تحولی است که می‌تواند چگونگی فرآیند رابطه ادراک پاسخگویی همسران و افسردگی اتکایی را تبیین کند. همچنین طبق یافته‌ها، ترس از شفقت به خود و ترس از شفقت به دیگران، تعدیل‌کننده رابطه ادراک پاسخگویی و افسردگی اتکایی نیستند. بر این اساس، سازه ترس از دریافت شفقت از دیگران نسبت به دو بعد دیگر ترس از شفقت، قدرت بالاتری در تبیین افسردگی اتکایی دارد و می‌تواند اثر ادراک پاسخگویی را نیز بر افسردگی اتکایی تحت‌شعاع قرار دهد.

در نتیجه، می‌توان گفت که در درمان افسردگی اتکایی، ترس از دریافت شفقت از دیگران، سازه‌ای محوری است که اثر ادراک پاسخگویی را نیز تغییر می‌دهد؛ پس برای بهبود نشانه‌های افسردگی اتکایی از مسیر تقویت ادراک پاسخگویی، بهتر است که به ترس از دریافت شفقت از دیگران، توجه ویژه شود. این یافته می‌تواند در زوج‌درمانی زوج‌هایی که یکی از آن‌ها نشانه‌های افسردگی اتکایی دارد، موردتوجه قرار گیرد. همچنین در مسیر تقویت ادراک پاسخگویی برای بهبود افسردگی اتکایی، ترس از شفقت به خود و ترس از شفقت به دیگران، نقش تعاملی ندارند و می‌توانند جداگانه موردتوجه قرار گیرند.

همچنین طبق یافته‌ها، ترس از دریافت شفقت از دیگران، ترس از شفقت به خود و ترس از ابراز شفقت به دیگران، تعدیل‌کننده رابطه بین ادراک پاسخگویی و افسردگی درون‌فکن نیستند. در واقع کاهش یا افزایش ابعاد ترس از شفقت، تأثیری بر شدت رابطه پاسخگویی ادراک‌شده و افسردگی درون‌فکن ندارد. بر این اساس، علی‌رغم رابطه ترس از شفقت با افسردگی درون‌فکن، ترس از شفقت نمی‌تواند تأثیر ادراک پاسخگویی بر افسردگی درون‌فکن را تحت‌شعاع قرار دهد. مستقل بودن تأثیر ادراک پاسخگویی و ترس از شفقت از یکدیگر، می‌تواند دلالت‌هایی در درمان این نوع افسردگی داشته باشد؛ به این معنا که برای بهبود افسردگی درون‌فکن می‌توان به صورت جداگانه بر روی ادراک پاسخگویی و ترس از شفقت تمرکز کرد. با توجه به این یافته، احتمالاً برای بهبود نشانه‌های

افسردگی درون فکن از مسیر تقویت ادراک پاسخگویی، نیازی به تمرکز بر کاهش ترس از شفقت نباشد. البته این ادعا نیاز به بررسی و مطالعات دقیق تر دارد.

در پایان می توان گفت که تقسیم اختلال افسردگی بر اساس تجربه های تحولی، می تواند زمینه را برای شناخت ابعاد پنهان نشانه های افسردگی هموار کند؛ چراکه در بسیاری از مواقع، تجربه فرد از بیماری روانی در سایه ملاک های تشخیصی و روش های درمانی، نادیده گرفته می شود. پژوهش حاضر تلاش داشت که به چنین درکی نزدیک شود؛ به همین منظور طبق نظریه **بلیت** (۱۹۷۴) سازه های مرتبط با دو نوع تجربه افسردگی اتکایی و درون فکن را پی گرفت. با توجه به نتایج به نظر می رسد که در تبیین دو نوع افسردگی، سازه ترس از شفقت (**گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱**)، ارزش تبیینی بالاتری نسبت به پاسخگویی ادراک شده دارد و به نظر می رسد، ظرفیت بررسی دقیق تر و عمیق تر را داراست. با توجه به یافته های پژوهش حاضر، به نظر می رسد که توجه به پویایی های درون فردی و بین فردی در اتاق درمان ناگزیر است. تفکیک افسردگی اتکایی و درون فکن در اتاق درمان، می تواند به راهبردهای صحیح تر و سریع تری در درمان افسردگی منجر شود. در افسردگی اتکایی احتمالاً تلاش برای برقراری روابط امن و صمیمانه در کنار رویارویی با ترس از دریافت شفقت، بتواند کمک کننده باشد. این امر مستلزم مداخلات زوجی است. در افسردگی درون فکن نیز باید تصحیح تصویر مخدوش فرد، نزد خودش در اولویت قرار گیرد.

این پژوهش با محدودیت هایی نیز روبه رو بوده است. داده های این مطالعه به صورت خودگزارشی به دست آمدند. در حالی که سازه های بررسی شده، ناظر به روابط بین فردی با همسر هستند. در صورت بررسی متقابل از همسر شرکت کنندگان، امکان تبیین های دقیق تر و نزدیک تر به واقع فراهم می شود. همچنین در پژوهش حاضر، تعداد بالای شرکت کنندگان و محدودیت زمان، مانع استفاده از ابزارهایی مثل مصاحبه فردی برای بررسی تجربه افسردگی شده است. پژوهش پیش رو، بر روی جمعیت عادی انجام شده است. مطالعه جمعیت بالینی، دقت نتایج را افزایش خواهد داد. همچنین این مطالعه ناظر به ابعاد آسیب شناسانه افسردگی است. مطالعه روش های درمانی، ناظر به ابعاد اتکایی و درون فکن افسردگی می تواند زمینه پژوهش های بعدی باشد. روش های بهبود ترس از شفقت و افزایش ادراک پاسخگویی، می تواند در بررسی های بعدی مورد توجه قرار گیرد. به طور کلی در بعد نظری، توجه به پیشینه تحولی و تجربه فرد از بیماری، می تواند نتایج جالبی را به همراه داشته باشد. این توجه منحصر به تقسیم بندی پژوهش حاضر از افسردگی (اتکایی و درون فکن) نیست. همچنین به نظر می رسد که برای بررسی تجربه بیماری و به طور خاص افسردگی، استفاده از روش های کیفی به نتایج مفیدی منجر شود.

۵. ملاحظات اخلاق پژوهش

در ابتدا توضیح نوشتاری ساده و روشنی درباره موضوع، محل و شیوه اجرای پژوهش، به شرکت کنندگان ارائه شد. همچنین مشخصات تحصیلی پژوهشگر با آن ها در میان گذاشته شد. ضمن توضیح قوانین رازداری و اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات، از شرکت کنندگان خواسته می شد که در صورت رضایت آگاهانه، کلید تأیید را لمس کنند. کد اخلاق این پژوهش از کارگروه اخلاق در پژوهش دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران دریافت شد و به این قرار است:

IR.UT.PSYEDU.REC.1401.078

۶. تقدیر و تشکر و حمایت مالی

در پایان از همه شرکت کنندگان محترمی که وقت خود را به تکمیل داده های این پژوهش اختصاص دادند و به پیشبرد آن کمک کردند، سپاسگزاری می شود. لازم به ذکر است که این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه تهران است. این مقاله از هیچ نهادی حمایت مالی دریافت نکرده است و هزینه های آن از منابع شخصی نویسندگان تأمین شده است.

۷. تعارض منافع

در این مقاله، هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- الماسی، ل.، درخشانی، م.، سلطان آبادی، س.، مقراضی، ع.، و شاهرخی، پ. (۱۴۰۰). پیش‌بینی ترس از شفقت به دیگران در همه‌گیری کرونا بر اساس ذهن‌آگاهی و میزان افسردگی، اضطراب و استرس. *رویش روان‌شناسی*، ۱۰(۱۱)، ۱۴۰-۱۳۱. <http://frooyesh.ir/article-1-3004-fa.html>
- استفان، د. ک.، و محمدخانی، پ. (۱۳۸۶). مختصات روان‌سنجی پرسش‌نامه افسردگی بک -۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. *توان‌بخشی*، ۸(۲۹)، ۸۲-۸۸. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-135-fa.html>
- رجبی، غ.، و کارجو کسمایی، س. (۱۳۹۱). کفایت شاخص‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II). *اندازه‌گیری تربیتی*، ۳(۱۰)، ۱۵۷-۱۳۹. https://jem.atu.ac.ir/article_5657.html
- صادق‌زاده، م.، و شاملی، ل. (۱۴۰۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه ترس از شفقت (FCS). *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۶(۶۱)، ۱۴۲-۱۲۷. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_12546.html
- موسویان، ا.، رحیمی، ج.، محمدی، ن.، و افلاک سیر، ع. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان التقاطی تنظیم هیجان پویشی تجربه‌ای (EDER) و شفقت خود بهوش‌یاریانه (MSC) در افراد مبتلا به افسردگی درون‌فکته شده، *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۶(۶۱)، ۲۲۸-۲۱۱. https://journals.tabrizu.ac.ir/article_12547.html

References

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press, New York. <https://doi.org/10.4324/9780203758045>.
- Almasi, L., Derakhshani, M., Soltanabadi, S., Meghrazi, A., & Shahrokhi P. (2022). Fear of compassion for others in the coronavirus epidemic Based on mindfulness and psychological pathology. *Rooyesh*, 10 (11), 131-140. (In Persian). <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1400.10.11.11.1>.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., Joffe, R. T., & Buis, T. (1994). Reconstruction and validation of the Depressive Experiences Questionnaire. *Assessment*, 1 (1), 59-68. <https://doi.org/10.1177/1073191194001001009>.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown G. K. (1996) Manual for the Beck Depression Inventory – II. *The Psychological Corporation*. Harcourt Brace, San Antonio. <https://www.worldcat.org/title/bdi-ii-beck-depression-inventory-manual/oclc/36075838>.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8 (1), 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The psychoanalytic study of the child*, 29 (1), 107-157. <https://doi.org/10.1080/00797308.1974.11822616>.
- Blatt, S. J., & Zuroff. D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical psychology review*, 12 (5), 527-562. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90070-Q](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90070-Q).
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. 1 st edition. American Psychological Association, Washington DC. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10749-000>.

- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. American Psychological Association, Washington DC. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/11749-000>.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). *Depressive Experiences Questionnaire (DEQ)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t02165-000>
- Bowlby, J. (2005). *A secure base*. 1st edition. Routledge, London. <https://doi.org/10.4324/9780203440841>.
- Carvalho, S. A., Carvalho, F., Fonseca, L., Santos, G., & Castilho, P. (2022). Beyond the centrality of shame: how self-concealment and fear of receiving compassion from others impact psychological suffering in transgender adults. *Journal of homosexuality*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/00918369.2022.2114398>.
- Cavalcanti, L. G., Steindl, S. R., Matos, M., & Boschen, M. J. (2021). Fears of compassion magnify the effects of rumination and worry on the relationship between self-criticism and depression. *Current Psychology*, 42 (2), 1157-1171. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01510-3>.
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2000). A safe haven: an attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of personality and social psychology*, 78(6), 1053-1073. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.78.6.1053>.
- Cook, W. L., Deangré, M., & De Mol, J. (2018). Sources of perceived responsiveness in family relationships. *Journal of Family Psychology*, 32(6), 743. <https://doi.org/10.1037/fam0000411>.
- Dagnino, P., Pérez, C., Gómez, A., Gloger, S., & Krause, M. (2017). Depression and attachment: how do personality styles and social support influence this relation?. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 20(1), 237. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2017.237>.
- Debrot, A., Cook, W. L., Perrez, M., & Horn, A. B. (2012). Deeds matter: daily enacted responsiveness and intimacy in couples' daily lives. *Journal of Family Psychology*, 26 (4), 27-617. <https://doi.org/10.1037/a0028666>.
- Desmet, M., Vanheule, S., Groenvynck, H., Verhaeghe, P., Vogel, J., & Bogaerts, S. (2007). The depressive experiences questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 23 (2), 89-98. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1027/1015-5759.23.2.89>.
- Elmer, T., Geschwind, N., Peeters, F., Wichers, M., & Bringmann, L. (2020). Getting stuck in social isolation: Solitude inertia and depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 129(7), 713-723. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/abn0000588>.
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2015). A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review*, 19 (2), 113-147. <https://doi.org/10.1177/1088868314544222>.
- Finkel, E. J., Simpson, J. A., & Eastwick, P. W. (2017). The psychology of close relationships: Fourteen core principles. *Annual Review of Psychology*, 68, 383-411. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010416-044038>.
- Gilbert, P., McEwan, K., Catarino, F., & Baião, R. (2014). Fears of compassion in a depressed population: Implication for psychotherapy. *Journal of Depression and Anxiety*, s3 (01), 1-22. <http://dx.doi.org/10.4172/2167-1044.S2-003>.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Ravis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*, 84 (3), 239-255. <http://dx.doi.org/10.1348/147608310X526511>.
- Halloran, E. C. (1998). The role of marital power in depression and marital distress. *American Journal of Family Therapy*, 26 (1), 3-14. <https://doi.org/10.1080/01926189808251082>.

- Joeng, J. R., & Turner, S. L. (2015). Mediators between self-criticism and depression: Fear of compassion, self-compassion, and importance to others. *Journal of Counseling Psychology*, 62 (3), 453-463. <https://doi.org/10.1037/cou0000071>.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Fisher, L. D., Ogrocki, P., Stout, J. C., Speicher, C. E., & Glaser, R. (1987). Marital quality, marital disruption, and immune function. *Psychosomatic medicine*, 49(1), 13-34. <https://doi.org/10.1097/00006842-198701000-00002>.
- Krause, M., & Behn, A. (2021). Depression and personality dysfunction: Towards the understanding of complex depression. *Depression and Personality Dysfunction: An Integrative Functional Domains Perspective*, 1-13. Springer, Cham. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-70699-9_1.
- Lemay Jr, E. P., & Dudley, K. L. (2011). Caution: Fragile! Regulating the interpersonal security of chronically insecure partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(4), 681. <https://doi.org/10.1037/a0021655>.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2* (2nd ed.). The Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/Psychodynamic-Diagnostic-Manual/Lingiardi-McWilliams/9781462530540>.
- Matos, M. D.-G. (2017). Being afraid of compassion: Fears of compassion as mediators between early emotional memories and psychopathological symptoms in adulthood. *European Psychiatry*, 41 (S1), S101. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.312>.
- Merritt, O. A., & Purdon, C. L. (2020). Scared of compassion: Fear of compassion in anxiety, mood, and non-clinical groups. *British Journal of Clinical Psychology*, 59(3), 354-368. <https://doi.org/10.1111/bjc.12250>.
- Moosavian, E., Rahimi, Ch., Mohamadi, N., Aflaksiar, A. Effectiveness of Experiential-Dynamic Emotion Regulation (EDER) and Mindful Self Compassionate (MSC) Eclectic Therapy in people with Introjective Depression, *Pajoohrshha Novin*, 16 (61), 211-228. (In persian). <https://civilica.com/doc/1616879/>.
- Rajabi, Gh., karju kasmai, S. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory second edition. *Andazegiri tarbiati*, 3(10), 139-157. (In persian). <https://sid.ir/paper/214560/fa>.
- Reis, H. T. (2013). Responsiveness. In J. A. Campbell (Ed.), *The Oxford handbook of close relationships*, 400-423. Oxford University Press, New York. https://www.researchgate.net/publication/303696651_Responsiveness.
- Reis, H. T., Capobianco, A., & Tsai, F. F. (2002). Finding the person in personal relationships. *Journal of Personality*, 70(6), 813-850. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.05025>.
- Reis, H. T., Crasta, D., Rogge, R. D., Maniaci, M. R., & Carmichael, C. L. (2017). Perceived Partner Responsiveness Scale (PPRS) (Reis & Carmichael, 2006). *The sourcebook of listening research: Methodology and measures*, 516-521. <https://doi.org/10.1002/9781119102991.ch57>.
- Rholes, W. S., & Simpson, J. A. (2004). Ambivalent attachment and depressive symptoms: The role of romantic and parent-child relationships. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18 (1), 67-78. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1891/jcop.18.1.67.28049>.
- Sadeghzade, M., & Shameli, L. Investigating the Psychometric Properties of Persian Version of the Fear of Compassion Scale (FCS). *Pajoohrshha Novin*, 16 (61), 127-142. (In persian). <https://civilica.com/doc/1616884>.
- Simpson, J. A., & Overall, N. C. (2014). Partner buffering of attachment insecurity. *Current directions in psychological science*, 23(1), 54-59. <https://doi.org/10.1177%2F0963721413510933>.
- Slavich, G. M., & Irwin, M. R. (2014). From stress to inflammation and major depressive disorder: a social signal transduction theory of depression. *Psychological bulletin*, 140(3), 774-815. <https://doi.org/10.1037/a0035302>.

Stefan-Dabson, K., Mohammadkhani, P., Massah-Choulabi, O. Psychometrics Characteristic of Beck Depression Inventory-II in Patients with Major Depressive Disorder. *jrehab* 2007; 8 :82-0. (In persian) <https://www.sid.ir/paper/404787/fa>.

Thompson, R. & Zuroff, D. (2004). The levels of self-criticism scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36 (2), 419 – 430. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00106-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00106-5).

Articles in Press / Accepted Manuscript