



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. Corresponding Author, Department of Psychology, Faculty Psychology and Educational Sciences, University of University of Tehran, Tehran, Iran. Email: maryam.abbasi@ut.ac.ir
3. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Email: h.farahani@modares.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 17 Apr 2023
Revised: 09 Jun 2023
Accepted: 05 Jul 2023
Published: 22 Sep 2024

Keywords:
Anaclitic, Depression, Fear of Compassion, Introjective, Perceived Responsiveness.

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 adhered to the descriptive correlation model. The population of this research consisted of all married individuals in Iran during March and April 2022. The sample was randomly selected and consisted of 439 individuals, including 349 women and 90 males. The data for this study were gathered using the Reconstructed Depression Experience questionnaire (RecDEQ), Beck Depression Inventory (BDI-II), Perceived Partner Responsiveness Scale (PPRS), and Fear of Compassion Scale (FCS). The SPSS-26 software was used to conduct correlation and regression analyses on all data that was collected online. According to the findings, there was an inverse and significant relationship between the level of anaclitic and introjective melancholy symptoms and the perceived responsiveness of one's partner ($P < 0.001$). Anaclitic and introjective depression symptoms were also directly and significantly correlated with fear of compassion from others, fear of self-compassion, and fear of compassion for others ($P < 0.001$). Additionally, the relationship between perceived partner responsiveness and anaclitic depression was moderated by apprehension of compassion from others ($P = 0.01$). The results of this study contributed to the development of Blat's theory in the field of inherent 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.

Cite this article: Seyfekar, Z., Abbasi Soreshjani, M., & Farahani, H. (2024). Investigating the Relationship between Perceived Partner Responsiveness and the Degree of Depression Symptoms According to the Moderating Role of Fear of Compassion. *Journal of Applied Psychological Research*, 15(3), 41-60. doi: 10.22059/japr.2024.357542.644591.





بررسی رابطه بین پاسخگویی ادراک شده همسران و میزان نشانه های افسردگی با توجه به نقش تعدیل کننده ترس از شفتت

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

۱. کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: zahra.seyfiakar@gmail.com
۲. نویسنده مسئول، استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: maryam.abbasi@ut.ac.ir
۳. استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. رایانامه: h.farahani@modares.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

این پژوهش با هدف بررسی رابطه پاسخگویی ادراک شده همسران و میزان نشانه های افسردگی اتکایی و درون فکن با توجه به نقش تعدیل کننده ترس از شفتت انجام گرفت. پژوهش کاربردی و طرح آن توصیفی-همبستگی است. جامعه مطالعه، کلیه افراد متأهل ساکن ایران در اسفند ۱۴۰۰ و فروردین ۱۴۰۱ بودند. نمونه پژوهش ۴۳۹ نفر شامل ۳۴۹ زن و ۹۰ مرد بودند که به صورت دردسترس در فضای مجازی انتخاب شدند. داده های پژوهش به وسیله مقیاس های تجربه های افسردگی بازطراحی شده (RecDEQ)، افسردگی بک (BDI-II)، ادراک پاسخگویی همسران (PPRS) و ترس از شفتت (FCS) جمع آوری شدند. همه داده ها در بستر برخط به دست آمدند و با آزمون همبستگی و رگرسیون در نرم افزار SPSS-26 تحلیل شدند. طبق نتایج، پاسخگویی ادراک شده همسران و میزان نشانه های افسردگی اتکایی و درون فکن، رابطه معکوس و معنادار داشتند ($P < 0.001$). ترس از دریافت شفتت از دیگران، ترس از شفتت به خود و ترس از شفتت به دیگران نیز با نشانه های افسردگی اتکایی و درون فکن، رابطه مستقیم و معنادار دارند ($P < 0.001$). همچنین ترس از دریافت شفتت از دیگران، تعدیل کننده رابطه بین پاسخگویی ادراک شده همسران و افسردگی اتکایی است ($P = 0.01$). یافته های این پژوهش، نظریه بلت را در زمینه عوامل زمینه ساز و تشدید کننده افسردگی اتکایی و درون فکن تأیید کرد. به علاوه با توجه به یافته ها می توان گفت توجه به ترس از شفتت به عنوان سازه ای تحولی، در نظریه پردازی، سبب شناسی و طراحی درمان برای بهبود افسردگی افراد متأهل، سودبخش است.

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۲۸

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۳/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۱۴

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۷/۰۱

کلیدواژه ها:

اتکایی، افسردگی، پاسخگویی ادراک شده، ترس از شفتت، درون فکن.

استناد: صیفی کار، ز، عباسی سورشجانی، م، و فراهانی، ح. (۱۴۰۳). بررسی رابطه بین پاسخگویی ادراک شده همسران و میزان نشانه های افسردگی با توجه به نقش تعدیل کننده ترس از شفتت. فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، ۱۵(۳)، ۴۱-۶۰. doi: 10.22059/japr.2024.357542.644591

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

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

© نویسندگان.



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 بازنمایی روابط مراقبتی اولیه به دو نوع افسردگی منجر می‌شود که علائم یکسانی دارند. این دو نوع، افسردگی اتکایی^۳ (وابسته) و درون‌فکن^۴ (خودسرزنشگر) نام دارند (بلت، ۲۰۰۸). افسردگی اتکایی، مبتنی بر احساس فقدان، تنهایی و تخریب روابط بین‌فردی است و افسردگی درون‌فکن، 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 بین‌فردی، واکنش شدید نشان می‌دهند یا اینکه از درگیری مستقیم، اجتناب می‌کنند و به دنبال سازش هستند (بلت، ۲۰۰۴). افسرده اتکایی گمان می‌کند که رنج، برای نگه‌داشتن رابطه دلبستگی ضروری است تا جایی که ترس از ازدست‌دادن دلبستگی، بر امنیت و رفاه فرد ترجیح پیدا می‌کند (بلت، ۲۰۰۸).

افسردگی درون‌فکن با خودسرزنشگری، احساس حقارت و احساس گناه شکل می‌گیرد. افسرده‌های درون‌فکن 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 زیادی از خود دارند و به دستاوردهای خوبی می‌رسند، اما از خودشان راضی نیستند. آن‌ها می‌توانند همان‌طور که خود را سرزنش می‌کنند، به دیگران نیز حمله کنند (لینگیاردی و مک‌ویلیامز، ۲۰۱۷). افسرده‌های درون‌فکن 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 درون‌فکن خاطراتی از مراقبان اولیه خود دارند که بسیار هولناک‌اند؛ 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 درون‌فکن 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 مانند کودکی، به هنگام بروز ناملایمات و نیازها، داشتن چهره دلبستگی در دسترس به بهزیستی عاطفی کمک می‌کند (کالینز و فینی^۸، ۲۰۰۰). طبق 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^۹، ۱۹۸۷؛ اسلاویچ و ایروین^{۱۰}، ۲۰۱۴؛ المر و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۰). حمایت شریک زندگی اگر برطرف‌کننده نیازها و حفظ‌کننده استقلال باشد، خطر ابتلا به افسردگی را کاهش می‌دهد و رابطه زناشویی می‌تواند افسردگی را تبیین کند (هالوران^{۱۲}، ۱۹۹۸). هرچه حمایت‌ها تناسب بیشتری با نیاز افراد داشته باشد، تجربه‌های نامطلوب

1. depression
2. Blatt
3. anaclitic
4. introjective
5. Lingardi, & McWilliams
6. Bowlby
7. attachment
8. Collins, & Feeney
9. Kiecolt-Glaser et al.
10. Slavich, & Irwin
11. Elmer et al.
12. Halloran

در آن کم می‌شود (لمای و دودلی^۱، ۲۰۱۱؛ سیمپسون و اورال^۲، ۲۰۱۴).

همچنین طبق یافته‌های پژوهشی، محیط‌های غیرپاسخگو با افسردگی مرتبطاند (کوک و همکاران^۳، ۲۰۱۸). پاسخگویی^۴ واکنش‌های متفکرانه و همدلانه به رفتار شریک عاطفی است و حاکی از احترام و قدردانی است (ریس^۵، ۲۰۱۳). ادراک فرد از پاسخگویی همسر، به صمیمیت و رضایت از روابط عاشقانه منجر می‌شود (دبرات و همکاران^۶، ۲۰۱۲). تفاوت‌های فردی سبب می‌شود افراد به رفتارهای پاسخگویانه همسر، واکنش‌های متفاوتی نشان دهند (انیسورث و همکاران^۷، ۲۰۱۵؛ فینکل و همکاران^۸، ۲۰۱۷). 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 فیینی، ۲۰۰۰).

شفقت^۹ یکی از ظرفیت‌هایی است که بر پایه سیستم دلبستگی، ریشه می‌دواند و متحول می‌شود (گیلبرت و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۱). شفقت در ارتباط با دیگران شکل می‌گیرد و می‌تواند پادزهر مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب باشد. با این حال، بررسی‌ها نشان می‌دهد برخی افراد، از شفقت اجتناب دارند و از آن هراسان‌اند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱). افرادی که ترس از شفقت^{۱۱} دارند، اغلب خودسرزنشگرند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱) و شفقت به خود را مانع دستیابی به استانداردهای خود تلقی می‌کنند (یونگ و ترنر^{۱۲}، ۲۰۱۵). ترس از شفقت، با گریز از هیجانات مثبت معطوف به دیگران^{۱۳} همراه است (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱). ترس از شفقت می‌تواند نسبت به ابراز شفقت به دیگران^{۱۴}، دریافت شفقت از جانب دیگران^{۱۵} و ابراز شفقت نسبت به خود فرد^{۱۶} باشد (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهد 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^{۱۷}، ۲۰۱۴).

طبق مدل بین‌فردی تعاملات حمایت‌طلبانه و مراقبت‌کننده (کالینز و فیینی، ۲۰۰۰)، به هنگام بروز رویدادهای استراس‌زای معمول در زندگی، فرد تحت فشار ابراز درد می‌کند و متناسب با آن ابراز، از سوی همسرش حمایت دریافت می‌کند. فرد حمایت‌جو، ادراکی ذهنی از حمایت همسرش پیدا می‌کند که به‌زیستی او را در برابر فشارها تعیین می‌کند. همچنین طبق مدل فرایند بین‌فردی دریافت حمایت (فیینی و کالینز^{۱۸}، ۲۰۱۵)، فرد به هنگام بروز مشکلات، پاسخی ابراز می‌کند و بنا به آن پاسخ، حمایت‌هایی می‌گیرد. میزان پاسخگویی ادراک‌شده از جانب فرد دچار مشکل، پیامدهایی را در روابط کوتاه‌مدت و شکوفایی بلندمدت او به همراه دارد.

طبق پژوهش مریت و پوردان^{۱۹} (۲۰۲۰)، ترس از دریافت شفقت از دیگران و ترس از شفقت به خود، در افراد با تشخیص افسردگی، بیشتر از گروه کنترل است. یافته‌های پژوهش کاولکانتی و همکاران^{۲۰} (۲۰۲۱) نیز نشان می‌دهد ترس شدید از شفقت

1. Lemay & Dudley
2. Simpson & Overall
3. Cook et al.
4. responsiveness
5. Reis
6. Debrot et al.
7. Ainsworth et al.
8. Finkel et al.
9. compassion
10. Gilbert et al.
11. fear of compassion
12. Joeng, & Turner
13. affiliative emotions
14. fear of compassion for others
15. fear of compassion from others
16. fear of self-compassion
17. Gilbert et al.
18. Feeney & Collins
19. Merritt & Purdon
20. Cavalcanti et al.

نسبت به خود و دریافت آن از دیگران، تأثیر خودسرزنشگری را بر افسردگی افزایش می‌دهد. مطابق پژوهش ماتوس^۱ (۲۰۱۷) 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^۲ (۲۰۲۲) نیز بیان می‌کند که ترس از دریافت شفقت از دیگران، عامل زمینه‌ای بین تجارب شرم مرکزی و افسردگی است. همچنین طبق پژوهش یونگ و ترنر^۳ (۲۰۱۵) ترس از شفقت به خود، واسطه بین خودسرزنشگری و افسردگی است. همچنین در پژوهشی داخلی، درمان شفقت به خود بهوشیارانه، افسردگی درون‌فکن را کاهش داده است (موسویان و همکاران، ۱۴۰۰).

براین اساس در این پژوهش، طبق مدل کالینز و فینی (۲۰۰۰) و فینی و کالینز (۲۰۱۵)، رابطه ادراک پاسخگویی همسران و میزان نشانه‌های افسردگی، با توجه به نقش تعدیل‌کننده ترس از شفقت مطالعه می‌شود. هدف این پژوهش، شناسایی عوامل مؤثر در شکل‌گیری افسردگی است. پاسخگویی ادراک‌شده همسران، به‌عنوان سازه بین‌فردی و ترس از شفقت به‌عنوان سازه درون‌فردی وارد این مطالعه شدند. عوامل درون‌فردی و بین‌فردی یادشده، در نسبت با تقسیم‌بندی شخصیت‌محور بلت (۱۹۷۴) از اختلال افسردگی بررسی شدند؛ بنابراین نتایج این پژوهش می‌تواند دریچه‌ای نو را در آسیب‌شناسی افسردگی و راهبردهای درمانی آن بگشاید.

طبق پیشینه پژوهش، مطالعات چندانی درباره سازه‌های دلبستگی‌محور این پژوهش، خصوصاً ترس از شفقت، انجام نگرفته است؛ به‌ویژه اینکه در مطالعه حاضر، این سازه‌ها در جهت توسعه نظریه شخصیت‌محور بلت مطالعه می‌شوند. تفکیک افسردگی به دو نوع درون‌فکن و اتکابی می‌تواند صورت‌بندی‌های متفاوتی را از نشانه‌های یکسان به‌دست دهد. با توجه به نحوه پدیدآیی، تشدید و تدوام افسردگی، قطعاً نقش روابط بین‌فردی صمیمی در زمان حال و گذشته بیمار پررنگ هستند. به این ترتیب بررسی نوع تجربه افسردگی و عوامل تشدیدکننده آن در بافت بین‌فردی می‌تواند تعیین‌کننده نوع مداخلات در درمان‌های فردی و زوجی باشد. این پژوهش مشخصاً به دنبال بررسی این سؤالات است: آیا پاسخگویی ادراک‌شده از همسر با انواع افسردگی رابطه دارد؟ آیا ابعاد ترس از شفقت با انواع افسردگی رابطه دارد؟ و آیا ترس از شفقت، تعدیل‌کننده رابطه بین پاسخگویی ادراک‌شده از همسر و افسردگی است؟

۰۲ روش

۱-۲. جامعه، نمونه و روش اجرا

طرح این پژوهش توصیفی-همبستگی است. تمامی داده‌ها در این مرحله به روش‌های کمی جمع‌آوری و تحلیل شدند. جامعه آماری شامل کلیه افراد متأهل در بازه اسفند ۱۴۰۰ تا فروردین ۱۴۰۱ بود که به شبکه‌های اجتماعی و اینترنت دسترسی داشتند. با نرم‌افزار G*Power، تعداد بهینه نمونه^۳ با آلفای ۰/۰۵، توان ۰/۹، اندازه اثر^۴ پایین و ۴ متغیر پیش‌بین^۵، ۴۱۷ نفر به‌دست 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^۶، شبکه اینستاگرام^۷ و پیام‌رسان تلگرام^۸ انجام گرفت.

پرسشنامه‌ها در سامانه برخط پرس‌لاین^۹ 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 با رضایت آگاهانه وارد فرایند پژوهش شدند. سپس مشخصات جمعیت‌شناختی (جنسیت، سن، تحصیلات، مدت ازدواج و تعداد فرزندان) خود را ثبت

1. Matos
2. Carvalho et al.
3. optimal sample size
4. effect size
5. predictor variable
6. WhatsApp
7. Instagram
8. Telegram
9. <https://porsline.ir>

کردند و به سؤالات پژوهش پاسخ دادند. 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 شد. لینک پرسشنامه از تاریخ ۱۴۰۰/۱۲/۲۱ به مدت ۲۳ روز فعال بود و امکان ثبت پاسخ در آن وجود داشت. معیارهای ورود به این پژوهش، تأهل، 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 چهار پرسشنامه پاسخ دادند.

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

پرسشنامه تجربه افسردگی (DEQ)، نخستین بار به‌وسیله بلت و همکاران^۲ (۱۹۷۶) طراحی شد. این مقیاس، از پرسشنامه‌های خودگزارشی است و به‌منظور تمایزگذاشتن بین دو صفت وابستگی و خودسرزنشگری طراحی شده است. وابستگی و خودسرزنشگری، به‌طور کلی خطر آسیب روانی و به‌طور ویژه خطر افسردگی را افزایش می‌دهند. پرسشنامه تجربه‌های افسردگی ۶۶ گویه دارد و پاسخ به آن روی طیف لیکرت هفت‌تایی (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 شد. پرسشنامه تجربه‌های افسردگی بازطراحی‌شده نخستین بار به‌وسیله باگی و همکاران^۳ (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 کمتری دارد. این مسئله به‌ویژه در مورد بیماران افسرده حائز اهمیت است (دسمت و همکاران^۴، 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 بازطراحی‌شده، 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 در دو معنادار است ($P < 0/001$): $X^2(151, N=113) = 212/74$. پایایی پس‌آزمون این مدل برای وابستگی ۰/۷۵ و برای خودسرزنشگری ۰/۸۳ به‌دست آمد. ضریب آلفا نیز در نمونه‌های مختلف بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۰ محاسبه شد (باگی و همکاران، ۱۹۹۴). این پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی روی نمونه دانشجویان و نمونه بالینی تکرار شده 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 بازطراحی‌شده را ترجمه فارسی و برگردان ترجمه کردند. با توجه به این امر، پژوهش داخلی مبنی بر بررسی پایایی و روایی این پرسشنامه یافت نشد. این پرسشنامه به روش برخط پر شد. نمرات آن با جمع نمرات گویه‌های مثبت و منفی هر زیرمقیاس به‌دست آمد و برای سنجش دو متغیر افسردگی اتکایی (خرده‌مقیاس وابستگی) و افسردگی درون‌فکن (خرده‌مقیاس خودسرزنشگری) در پژوهش حاضر به‌کار گرفته شد. آلفای کرونباخ نسخه فارسی این پرسشنامه در پژوهش حاضر، برای زیرمقیاس وابستگی ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس خودسرزنشگری ۰/۷۹ محاسبه شد.

1. Reconstructed Depressive Experience Questionnaire (RecDEQ)
2. Blatt et al.
3. Bagby et al.
4. Desmet et al.

۲-۲-۲. پرسشنامه افسردگی بک^۱ (BDI-II)

پرسشنامه افسردگی بک، نخستین بار در سال ۱۹۶۱ به وسیله بک و همکاران^۲ 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^۳ (۱۹۹۶) استفاده شد. 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 غم، ناامیدی، احساس گناه، تنبیه شدن، تنفر از خود، بی‌ارزشی و میل به خودکشی است. سنجش این پرسشنامه به شیوه خودگزارشی است و برای افراد بالای ۱۳ سال مناسب است. پرسشنامه افسردگی بک (II) ۲۱ گویه دارد و پاسخ به آن روی لیکرت چهارتایی (صفر تا 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 صفر تا ۶۳ است و با جمع نمرات همه گویه‌ها به دست می‌آید. نمرات ۱ تا ۱۳ نشان از وضعیت طبیعی، نمرات ۱۴ تا ۱۹ نشان از افسردگی خفیف، نمرات ۲۰ تا ۲۸ نشان از افسردگی متوسط و نمرات ۲۹ تا 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 گاربین،^۴ ۱۹۸۸). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در جمعیت روان‌پزشکی و غیرروان‌پزشکی ۰/۸۶ و ۰/۸۱ است که ضریب بالایی محسوب می‌شود (بک، استیر و گاربین، ۱۹۸۸). همچنین مطالعات تحلیل عاملی نشان می‌دهد این پرسشنامه حاکی از یک سندرم عمومی افسردگی است که ابعاد مرتبه اول با رابطه دوجانبه را دارد (بک، استیر و گاربین، ۱۹۸۸). پایایی آزمون پس‌آزمون نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک در گروهی از بیماران سرپایی ۰/۹۳ محاسبه شد (بک و همکاران، ۱۹۹۶). همچنین روایی همگرای پرسشنامه افسردگی بک (II) با مقیاس ناامیدی بک^۵ و مقیاس تجدیدنظرشده هامیلتون برای افسردگی^۶ برقرار است (بک و همکاران، ۱۹۹۶).

این پرسشنامه در جمعیت ایرانی نیز هنجار شده است. پژوهش استفان و محمدخانی (۱۳۸۶) نشان می‌دهد گویه‌های آزمون افسردگی بک (II) توانایی تشخیص و ارزیابی شدت افسردگی را در جمعیت بالینی دارد و نتایج آن مؤید 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^۷ محاسبه شد که نمرات این دو پرسشنامه همبستگی را ۰/۸۷ نشان دادند (استفان و محمدخانی، ۱۳۸۶). پژوهش رجبی و کارجوکسمایی (۱۳۹۱) نیز نشان می‌دهد 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.

۲-۲-۳. مقیاس پاسخگویی ادراک شده همسر^۱ (PPRS)

مقیاس پاسخگویی ادراک شده همسر در سال ۲۰۰۶ به وسیله ریس و کارمایکل^۹ طراحی شد (به نقل از ریس و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۷). این پرسشنامه ادراک فرد را از میزان پاسخگویی شریکش (شریک عاطفی، همسر، دوست صمیمی، ناظر شغلی، والد یا

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

مربی) در روابط خاص می‌سنجد و برمبنای مدل فرایند 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 نه‌تایی (۱-۹) طراحی شده است و پرکردن آن ۳ تا ۴ دقیقه طول می‌کشد (ریس و همکاران، ۲۰۱۷). دامنه نمرات این مقیاس از ۱۸ تا 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 زیاد یافت شدند؛ بنابراین روایی این مقیاس مطلوب است (ریس و همکاران، ۲۰۱۷).

در پژوهش حاضر، مقیاس پاسخگویی ادراک‌شده همسر برای نخستین بار به‌وسیله دو متخصص مسلط به روان‌شناسی و زبان انگلیسی به فارسی ترجمه و برگردان ترجمه شد. به این ترتیب پژوهش داخلی برای 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 کار رفتند. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۹۷ به دست آمد.

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 پنج‌تایی (صفر تا ۴) است. نمرات هر زیرمقیاس به صورت مستقل و از طریق حاصل جمع نمرات گویه‌ها محاسبه می‌شود. دامنه نمرات برای زیرمقیاس ترس از شفقت به دیگران، صفر تا ۴۰، برای زیرمقیاس ترس از دریافت شفقت، صفر تا ۵۲ و برای ترس از شفقت به خود صفر تا 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 صادق‌زاده 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 داشت، اما دو گویه از زیرمقیاس ابراز شفقت به دیگران به دلیل بار عاملی ضعیف حذف شدند (صادق‌زاده 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 محاسبه شد. در پژوهش حاضر این پرسشنامه به صورت برخط توزیع 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 رفت.

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. بررسی فرضیه ۱ و سؤال ۲ با آزمون همبستگی پیرسون^۳ و بررسی سؤال سوم با تحلیل رگرسیون تعدیلی با روش سلسله‌مراتبی^۴ صورت گرفت. در آزمون همبستگی، مفروضه پارامتریک بودن داده‌ها و نرمال بودن توزیع مورد توجه قرار گرفت و تأیید شد و در آزمون رگرسیون تعدیلی با روش سلسله‌مراتبی، ثبات واریانس خطاها مورد تأیید قرار گرفت. تمامی این مراحل در نرم‌افزار آماری SPSS-26 و با حداقل سطح اطمینان ۰/۹۵ انجام شد.

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

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 هستند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان ۱۶ تا ۶۴ و میانگین سنی آن‌ها ۳۳/۴ است. ۴۷ درصد شرکت‌کنندگان در بازه سنی ۲۱ تا ۳۰ هستند. تحصیلات شرکت‌کنندگان از زیردیپلم تا دکتری متغیر است. ۱/۶ درصد از شرکت‌کنندگان تحصیلات زیردیپلم، ۱۲/۵ درصد دیپلم، ۵۲/۴ درصد کارشناسی، ۲۶/۲ درصد کارشناسی ارشد و ۵ درصد دکتری دارند. 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 هستند. ۱۱ درصد شرکت‌کنندگان زندگی زیر یک سقف را 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 شرکت‌کنندگان بیش از ۱۰ سال از زندگی مشترکشان می‌گذرد.

۳-۲. شاخص‌های توصیفی

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

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	درون فکن
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

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		۱	۰/۴۸	-۰/۲۰	-۰/۴۵	-۰/۳۵	-۰/۲۸
۳	افسردگی درون فکن			۱	-۰/۴۸	-۰/۵۱	-۰/۴۹	-۰/۳۶
۴	ادراک پاسخگویی				۱	-۰/۲۵	-۰/۳۰	-۰/۱۴
۵	ترس از دریافت شفقت از دیگران					۱	-۰/۶۴	-۰/۶۰
۶	ترس از شفقت به خود						۱	-۰/۳۸
۷	ترس از ابراز شفقت به دیگران							۱

جدول ۳. خلاصه بررسی سؤالات ۱ و ۲

سؤالات اختصاصی	پاسخ	P-value	r
آیا ادراک از پاسخگویی همسران با افسردگی بک رابطه دارد؟	بله	$P < ۰/۰۰۱$	-۰/۴۴
آیا ادراک از پاسخگویی همسران با افسردگی اتکایی رابطه دارد؟	بله	$P < ۰/۰۰۱$	-۰/۲۰
آیا ادراک از پاسخگویی همسران با افسردگی درون فکن رابطه دارد؟	بله	$P < ۰/۰۰۱$	-۰/۴۸
آیا ترس از دریافت شفقت از دیگران با افسردگی بک رابطه دارد؟	بله	$P < ۰/۰۰۱$	-۰/۵۲
آیا ترس از دریافت شفقت از دیگران با افسردگی اتکایی رابطه دارد؟	بله	$P < ۰/۰۰۱$	-۰/۴۵
آیا ترس از دریافت شفقت از دیگران با افسردگی درون فکن رابطه دارد؟	بله	$P < ۰/۰۰۱$	-۰/۵۱
آیا ترس از شفقت به خود با افسردگی بک رابطه دارد؟	بله	$P < ۰/۰۰۱$	-۰/۵۱
آیا ترس از شفقت به خود با افسردگی اتکایی رابطه دارد؟	بله	$P < ۰/۰۰۱$	-۰/۳۵
آیا ترس از شفقت به خود با افسردگی درون فکن رابطه دارد؟	بله	$P < ۰/۰۰۱$	-۰/۴۹

سؤالات اختصاصی	پاسخ	P-value	r
آیا ترس از ابراز شفقت به دیگران با افسردگی بک رابطه دارد؟	بله	$P < 0/001$	۰/۳۴
آیا ترس از ابراز شفقت به دیگران با افسردگی اتکایی رابطه دارد؟	بله	$P < 0/001$	۰/۲۸
آیا ترس از ابراز شفقت به دیگران با افسردگی درون‌فکن رابطه دارد؟	بله	$P < 0/001$	۰/۳۶

سؤالات ۱ و ۲ پژوهش به تفکیک پرسش‌های فرعی، بررسی شدند. همان‌طور که در جدول ۲ و ۳ مشاهده می‌شود، پاسخ همه پرسش‌ها مثبت است ($P < 0/001$). براین 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 تعدیل‌کننده ترس از شفقت

جدول ۴. خلاصه مدل تعدیل‌کنندگی ترس از دریافت شفقت از دیگران در رابطه بین پاسخگویی ادراک‌شده 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 سؤال ۳

سؤال	پاسخ	P-value	AR ²
آیا ترس از دریافت شفقت از دیگران، تعدیل‌کننده رابطه بین ادراک پاسخگویی همسران و افسردگی اتکایی است؟	بله	۰/۰۱	۰/۰۱
آیا ترس از شفقت به خود تعدیل‌کننده رابطه بین ادراک پاسخگویی همسران و افسردگی اتکایی است؟	خیر	۰/۱۳	۰/۰۰۴
آیا ترس از ابراز شفقت به دیگران تعدیل‌کننده رابطه بین ادراک پاسخگویی همسران و افسردگی اتکایی است؟	خیر	۰/۵۲	۰/۰۰۱
آیا ترس از دریافت شفقت از دیگران، تعدیل‌کننده بین ادراک پاسخگویی همسران و افسردگی درون‌فکن است؟	خیر	۰/۳۵	۰/۰۰۱
آیا ترس از شفقت به خود، تعدیل‌کننده بین ادراک پاسخگویی همسران و افسردگی درون‌فکن است؟	خیر	۰/۳۸	۰/۰۰۱
آیا ترس از ابراز شفقت به دیگران، تعدیل‌کننده بین ادراک پاسخگویی همسران و افسردگی درون‌فکن است؟	خیر	۰/۱۶	۰/۰۰۳

همان‌طور که در جدول ۴ و ۵ مشاهده می‌شود، ترس از دریافت شفقت از دیگران، تعدیل‌کننده رابطه بین ادراک پاسخگویی همسران و افسردگی اتکایی است ($P = 0/01$)، اما ترس از شفقت به خود و ترس از شفقت به دیگران، تعدیل‌کننده رابطه بین پاسخگویی ادراک‌شده و افسردگی اتکایی نیستند. همچنین ابعاد ترس از شفقت، تعدیل‌کننده رابطه بین پاسخگویی ادراک‌شده و افسردگی درون‌فکن نیستند.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش پیش‌رو نشان داد پاسخگویی ادراک‌شده از همسر با نشانه‌های افسردگی رابطه معکوس دارد. این یافته در مورد افسردگی بک، افسردگی اتکایی و افسردگی درون‌فکن مشترک است. البته باید گفت رابطه معکوس ادراک پاسخگویی و نشانه‌های افسردگی در افسردگی درون‌فکن قوی‌تر از افسردگی اتکایی است. براین اساس، فرد با نشانه‌های افسردگی اتکایی، همسر خود را کمتر پاسخگو ادراک می‌کند. پس این گزاره‌ی بلت (۲۰۰۴) تأیید می‌شود که افسردگی اتکایی اساساً با تخریب روابط بین فردی همراه است. فرد مبتلا به افسردگی اتکایی با 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 به‌نظر می‌رسد تقلای این افراد برای نزدیکی به دیگران سود چندانی برای آن‌ها ندارد. این یافته می‌تواند با این گزاره‌ی بلت (۲۰۰۸) همسو باشد که در پس تسلیم افسرده‌های اتکایی، نوعی پرخاشگری منفعل وجود دارد که موجب بدرفتاری دیگران با آن‌ها می‌شود. درواقع، افسرده‌های اتکایی، نیاز خود را از مسیری جست‌وجو می‌کنند که به نتیجه مطلوب آن‌ها منتهی نمی‌شود. البته این تحلیل نیازمند بررسی‌های بیشتر درباره‌ی پاسخگویی ابراز‌شده عینی است.

یافته‌ها همچنین می‌تواند نظر کراوس و بن^۱ (۲۰۲۱) را مبنی بر شدت و پیچیدگی بیشتر نوع درون‌فکن افسردگی و دشواری

درمان آن تأیید کند. خشم افسرده‌های درون فکن به خود سبب می‌شود افراد به تدریج 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 قائل‌اند. همان‌طور که داگنینو و همکاران^۲ (۲۰۱۷) می‌گویند، در افسردگی درون فکن فرد خود را بی‌نیاز از روابط صمیمانه می‌داند و به دنبال جداکردن خود از دیگران است. پس طبیعی است که افسرده‌های درون فکن با انکار نیاز خود به دیگران و روی‌نیاموردن به آن‌ها، ادراک ضعیف‌تری از پاسخگویی دیگران به خود داشته باشند. براساس یافته‌ها می‌توان گفت سبک خودسرزنشگر و درونی‌کننده افسردگی، با کاهش بیشتر ادراک پاسخگویی همسر همراه است. احتمال دارد 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 به دست آمده از این فرضیه می‌توان گفت 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 و میان استقلال و وابستگی توازن برقرار کند.

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

افسرده‌های اتکایی علی‌رغم روی آوردن 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 افراد با نشانه‌های افسردگی اتکایی، دچار نوعی دوگانگی هستند. آن‌ها از رهاشدن هراسان‌اند و وابسته دیگران می‌شوند، اما توانایی دریافت محبت و مراقبت را نیز 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 بلت (۲۰۰۸) از افسردگی اتکایی مبنی بر رابطه محوربودن این سبک از افسردگی، ممکن است گمان شود که افراد با نشانه‌های اتکایی، در روابط واقعی خود منشی کاملاً محبت‌جویانه دارند. حال آنکه 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 افراد با سبک اتکایی و درون فکن افسردگی، تفاوت چندانی در ترس از دریافت شفقت از دیگران ندارند. این نکته می‌تواند در درمان این دو نوع افسردگی مورد توجه 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 ابراز شده از جانب همسران است.

طبق نظریه بلت (۲۰۰۸) افسرده‌های درون فکن سبک درونی‌کننده دارند و از دیگران فاصله می‌گیرند. خاطرات تلخ آن‌ها در

1. Dagnino et al.

2. Thompson & Zuroff

کودکی و عدم دریافت مراقبت کافی سبب شده است که از دیگران انتظار توجه و مراقبت نداشته باشند. یافته‌های این پژوهش نیز همین امر را تأیید می‌کند. افراد با نشانه‌های درون فکن افسردگی چنان از شفقت هراسان‌اند که خود را از دیگران جدا می‌کنند. در واقع به نظر می‌رسد رفتار ظاهری افراد با نشانه‌های درون فکن افسردگی با اجتناب در دریافت شفقت همراه است. طبیعی است فرد با اجتناب از روابط نزدیک، محبت و مراقبتی دریافت نکند و بر انگارهٔ کودکی‌اش که «دیگران مراقبت‌کننده نیستند»، صحنه گذاشته شود. نکتهٔ دیگر اینکه افسرده‌های درون فکن، 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 فاصلهٔ خود را بیشتر می‌کنند. در واقع افراد با نشانه‌های درون فکن 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)، کاولکانتی و همکاران (۲۰۲۱) و ماتوس (۲۰۱۷) همسو است. کارواله‌و و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند ترس از دریافت شفقت از دیگران، عامل زمینه‌ای بین تجارب شرم مرکزی و افسردگی است. مریت و پوردان (۲۰۲۰) نیز به این نتیجه رسیدند که ترس از دریافت شفقت از دیگران در افراد با تشخیص افسردگی، بیشتر از گروه کنترل است. همچنین طبق بررسی کاولکانتی و همکاران (۲۰۲۱)، ترس شدید از دریافت شفقت از دیگران، تأثیر خودسرزنشگری را بر افسردگی افزایش می‌دهد. ماتوس (۲۰۱۷) نیز نشان داد ترس از دریافت شفقت از دیگران، واسطهٔ بین تأثیر خاطرات تروماتیک شرم، خاطرات شرم مرکزی و خاطرات اولیهٔ 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 هم‌راستا است. 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 ترس شدید از شفقت به خود، تأثیر خودسرزنشگری را بر افسردگی افزایش می‌دهد. همچنین ماتوس (۲۰۱۷) دریافت ترس از شفقت به خود، پیش‌بینی‌کنندهٔ بسیار قوی افسردگی است. طبق پژوهش یونگ و ترنر (۲۰۱۵) نیز ترس از شفقت به خود، واسطهٔ بین خودسرزنشگری و افسردگی است. نتایج پژوهشی در ایران نیز نشان می‌دهد درمان التقاطی تنظیم هیجان پویسی تجربه‌ای و شفقت به خود بهوشیارانه، در کاهش افسردگی درون فکن مؤثر است (موسویان و همکاران، ۱۴۰۰).

به نظر می‌رسد احساس نقص، بی‌کفایتی و پوچی در افراد با نشانه‌های اتکایی افسردگی، همراه با ترس از شفقت به خود شده است. افسرده‌های اتکایی به شدت بر روابط بین فردی متکی هستند و دیگران را منبع رضایت خود قلمداد می‌کنند (بلت، ۲۰۰۴). با توجه به یافته‌ها، به نظر می‌رسد 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 به خود نیز هستیم. گویی پرداختن افراطی به یک جنبه، همراه با بی‌توجهی به جنبه‌ای دیگر شده است. حال مشخص نیست 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. افسردهٔ 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 (بلت، 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، سبب مقاومت و خودداری از رفتارهای مهربورانه با خود می‌شود. در این شرایط به گفتهٔ یونگ و ترنر (۲۰۱۵) حتی ممکن است شفقت مانع پیشرفت قلمداد و با آن مقابله شود. به عقیدهٔ بلت (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، هراسان‌اند. 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. درحالی‌که افسرده‌های اتکایی ارزیابی منفی کمتری از خود دارند و با نزدیکی افراطی به دیگران، سعی در کنترل رنج خود دارند. براین اساس به‌نظر می‌رسد 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 به‌دست 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 بلت (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 به‌وجود آورند. از آنجا که دیگران در نظر افسرده‌های اتکایی ناپایدار و پیش‌بینی‌ناپذیر هستند، این افراد نمی‌توانند رابطه‌ای اصیل با آن‌ها برقرار کنند. به عبارت بهتر، افراد مبتلا به افسردگی اتکایی 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 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. به‌نظر می‌رسد افراد مبتلا به افسردگی اتکایی، بیش از هر چیز نگران احساس ضعف و فقدان رضایت درونی خود هستند.

به عقیده تامپسون و زوراف (۲۰۰۴)، روابط درون فردی مخدوش در افسرده‌های درون فکن سبب تخریب روابط بین فردی نیز می‌شود. همان‌طور که پیش‌تر گفته شد، افسرده درون فکن نگاهی منفی و موشکافانه به خود دارد. به تدریج فرد با نشانه‌های افسردگی درون فکن گمان می‌کند که دیگران نیز با همان زاویه منفی به او نگاه و او را ارزیابی می‌کنند. دیگران در نظر افسرده‌های درون فکن، افرادی قضاوت‌کننده و تنبیه‌کننده هستند؛ بنابراین افسرده‌های درون فکن نسبت به آن‌ها خشمگین می‌شوند و از آن‌ها کناره‌گیری می‌کنند. به‌نظر می‌رسد افسردگی درون فکن و ترس از ابراز شفقت به دیگران، با دور معیوبی یکدیگر را تقویت می‌کنند. فرد از دیگران خشمگین است و از آن‌ها دوری می‌جوید. دوری‌جستن از دیگران با برآورده‌نشدن نیازهای عاطفی همراه می‌شود و فرد خشم بیشتری را از 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 درون فکن قوی‌تر از افسردگی اتکایی است. به‌نظر می‌رسد خشم درونی‌شده در افسرده‌های خودسرزنشگر و بازگشت آن به دیگران، با تخریب بیشتری همراه است. خشم زیاد در این افراد سبب اجتناب از روابط نزدیک می‌شود؛ درحالی‌که افسرده‌های اتکایی اجازه تجربه مستقیم خشم را به خود نمی‌دهند و ترس از تنهایی و سبک شخصیتی وابسته، آن‌ها را به سمت دیگران می‌کشاند.

درمجموع در پاسخ به این سؤال پژوهش می‌توان گفت 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 هراسان‌اند. شاید به این دلیل که دیگران را افرادی پیش‌بینی‌ناپذیر ارزیابی می‌کنند و احساس نقص و تنهایی شدیدی در آن‌ها وجود دارد (بلت، ۲۰۰۸). در درجه بعدی، ترس از شفقت به خود دارند که احتمالاً به دلیل درونی‌نشدن منبع رضایت در آن‌ها و احساس نقصان باشد (بلت، ۲۰۰۸). در درجه بعدی نیز آن‌ها از ابراز شفقت نسبت به دیگران

هراسان‌اند که می‌تواند به دلیل باور آن‌ها به ناپایداری بودن دیگران و انتظار حمایت صرف داشتن از آن‌ها باشد (بلت، ۲۰۰۸). با این حال همان‌طور که اشاره شد، افراد مبتلا به افسردگی اتکایی بیش از آنکه از ابراز شفقت ترس داشته باشند، از دریافت آن می‌ترسند. این یافته می‌تواند دلالت بر وابستگی در این افراد باشد (بلت، 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 درون فکن 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 این افراد با نگاه انتقادی و سرزنش‌جویانه به خود، نه تنها 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 می‌دانند؛ بنابراین طبق یافته‌ها به نظر می‌رسد افراد مبتلا به افسردگی درون فکن، خود را بیش از دیگران، مستحق دریافت نکردن شفقت می‌دانند. همان‌گونه که از ابتدا نیز آن‌ها به جای خشم‌گرفتن به مراقبان غیرحمایتگر، خود را نالایق ارزیابی کرده‌اند (بلت، ۲۰۰۸).

در مجموع باید گفت افسردگی درون فکن بیش از افسردگی اتکایی با ابعاد ترس از شفقت رابطه دارد. همان‌طور که پیش‌تر نیز گفته شد، سبک درونی‌کننده و اجتنابی در افراد با نشانه‌های درون فکن 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 (داگنیو و همکاران، ۲۰۱۷)، اما اغلب نمی‌توانند انتظارات بالای خود را برآورده کنند و به احساس رضایت برسند. به عقیده تامپسون و زوراف (۲۰۰۴) نیز خودسرزنشگری به تخریب روابط درون فردی و بین فردی 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 درون فکن 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. همان‌طور 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 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 فرایند 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 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 به ترس از دریافت شفقت از دیگران، توجه ویژه شود. این یافته می‌تواند در زوج‌درمانی زوج‌هایی که یکی از آن‌ها نشانه‌های افسردگی اتکایی دارد، مورد توجه 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 مورد توجه 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 درون فکن نیستند. در واقع کاهش یا افزایش ابعاد ترس از شفقت، تأثیری بر

شدت رابطه پاسخگویی ادراک شده و افسردگی درون فکن ندارد. براین اساس، علی‌رغم رابطه ترس از شفقت با افسردگی درون فکن، ترس از شفقت نمی‌تواند تأثیر ادراک پاسخگویی بر افسردگی درون فکن را تحت شعاع 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 درون فکن 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 دقیق‌تر دارد.

در پایان می‌توان گفت تقسیم اختلال افسردگی براساس تجربه‌های تحولی می‌تواند زمینه را برای شناخت ابعاد پنهان نشانه‌های افسردگی هموار کند؛ چرا که در بسیاری مواقع، تجربه فرد از بیماری روانی در سایه ملاک‌های تشخیصی و روش‌های درمانی، نادیده گرفته می‌شود. پژوهش حاضر تلاش کرد به چنین درکی نزدیک شود. به همین منظور طبق نظریه‌ی بلت (۱۹۷۴) سازه‌های مرتبط با دو نوع تجربه افسردگی اتکایی و درون فکن را پی گرفت. با توجه به نتایج به‌نظر می‌رسد در تبیین دو نوع افسردگی، سازه ترس از شفقت (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱)، ارزش تبیینی بالاتری نسبت به پاسخگویی ادراک شده دارد و به‌نظر می‌رسد، ظرفیت بررسی دقیق‌تر و عمیق‌تر را داراست. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، به‌نظر می‌رسد توجه به پویایی‌های درون فردی و بین فردی در اتاق درمان ناگزیر است. تفکیک افسردگی اتکایی و درون فکن در اتاق درمان می‌تواند به راهبردهای صحیح‌تر و سریع‌تری 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 کمک‌کننده 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 محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بود. داده‌های این مطالعه به‌صورت خودگزارشی به دست آمدند؛ درحالی‌که سازه‌های بررسی شده، ناظر به روابط بین فردی با همسر هستند. در صورت بررسی متقابل از همسر شرکت‌کنندگان، امکان تبیین‌های دقیق‌تر و نزدیک‌تر به واقع فراهم می‌شود. همچنین در پژوهش حاضر، تعداد زیاد شرکت‌کنندگان و محدودیت زمان، مانع استفاده از ابزارهایی مثل مصاحبه فردی برای بررسی تجربه افسردگی شده است. پژوهش پیش‌رو، روی جمعیت عادی انجام گرفت. مطالعه جمعیت بالینی، دقت نتایج را افزایش خواهد داد. همچنین این مطالعه ناظر به ابعاد آسیب‌شناسانه افسردگی است. مطالعه روش‌های درمانی، ناظر به ابعاد اتکایی و درون فکن افسردگی می‌تواند زمینه پژوهش‌های بعدی باشد. روش‌های بهبود ترس از شفقت و افزایش ادراک پاسخگویی می‌تواند در بررسی‌های بعدی مورد توجه قرار گیرد. به‌طور کلی در بعد نظری، توجه به پیشینه تحولی و تجربه فرد از بیماری می‌تواند نتایج جالبی را به همراه داشته باشد. این توجه منحصر به تقسیم‌بندی پژوهش حاضر از افسردگی (اتکایی و درون فکن) نیست. همچنین به‌نظر می‌رسد برای بررسی تجربه بیماری و به‌طور خاص افسردگی، استفاده از روش‌های کیفی به نتایج مفیدی منجر شود.

۵. ملاحظات اخلاقی پژوهش

در ابتدا توضیح نوشتاری ساده و روشنی درباره موضوع، محل و شیوه اجرای پژوهش، به شرکت‌کنندگان ارائه شد. همچنین مشخصات تحصیلی پژوهشگر با آن‌ها در میان گذاشته شد. ضمن توضیح قوانین رازداری و اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات، از شرکت‌کنندگان خواسته شد که در صورت رضایت آگاهانه، کلید تأیید را لمس کنند. کد اخلاق این پژوهش (IR.UT.PSYEDU.REC.1401.078) از کارگروه اخلاق در پژوهش دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران دریافت شد.

۶. سپاسگزاری و حمایت مالی

از همه شرکت‌کنندگانی که وقت خود را به تکمیل داده‌های این پژوهش اختصاص دادند و به پیشبرد آن کمک کردند، سپاسگزاری می‌شود. این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تهران است که از هیچ نهادی حمایت مالی دریافت نکرده و هزینه‌های آن از منابع شخصی نویسندگان تأمین شده است.

۷. تعارض منافع

در این مقاله، هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- 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)، ۸۸-۸۲. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-135-fa.html>
- الماسی، ل.، درخشانی، م.، سلطان‌آبادی، س.، مقراضی، ع.، و شاه‌رخی، پ. (۱۴۰۰). پیش‌بینی ترس از شفقت به دیگران در همه‌گیری کرونا براساس ذهن‌آگاهی و میزان افسردگی، اضطراب و استرس. *رویش روان‌شناسی*. ۱۰ (۱۱)، ۱۴۰-۱۳۱. <http://frooyesh.ir/article-1-3004-fa.html>
- رجبی، غ.، و کارجوکسمایی، 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)، ۱۲۷-۱۴۲. 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 به‌وشیارانه (MSC) در افراد مبتلا به افسردگی درون‌فکنی 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. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1400.10.11.11.1>. (In Persian)
- 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. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. 1st 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., & 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-O](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90070-O)
- 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 Ed.). Routledg, 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., Dezangré, 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., & Aflaksar, A. (2021). 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. <https://civilica.com/doc/1616879/> (In Persian)
- Rajabi, Gh., & Karju Kasmai, S. (2012). Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory second edition. *Educational Measurement*, 3(10), 139-157. https://jem.atu.ac.ir/article_5657.html?lang=fa (In Persian)
- 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>

- Sadeghzadeh, M., & Shameli, L. (2021). Investigating the psychometric properties of Persian version of the Fear of Compassion Scale (FCS). *Pajoohrshha Novin*, 16(61), 127-142.
<https://civilica.com/doc/1616884> (In Persian)
- 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. (2007). Psychometrics Characteristic of Beck Depression Inventory-II in Patients with Major Depressive Disorder. *Archives of Rehabilitation*, 8, 82-88. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-135-en.html> (In Persian)
- 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)