

مراجعة منهجية وتحليل بعدي لنتائج بعض البحوث التي تناولت فعالية العلاج المرتكز علي الرحمة لـ Gilbert مع عينات كينيكية وغير كينيكية

د. عبير أحمد أبو الوفا دنقل

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية بفنا - جامعة جنوب الوادي

ملخص البحث :

هدفت تلك المراجعة المنهجية والتحليل البعدي إلى هدفين رئيسيين الأول هو تقييم فعالية العلاج المرتكز علي الرحمة (CFT) Compassion-Focused Therapy في علاج مجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية وكذلك فعاليته في تحسين بعض المتغيرات النفسية لدي عينات كينيكية وغير كينيكية من خلال توليف نتائج عدد من الدراسات السابقة التي تناولت فعالية هذا العلاج . والهدف الثاني هو التعرف على بعض العوامل المحتملة التي يمكن أن تؤثر على النتائج العلاجية لـ CFT. وتم تحليل نتائج ٢٥ دراسة سابقة أجريت في الفترة من ٢٠١٢ إلى ٢٠١٨ وانطبقت عليها معايير التضمين ومن ثم تم إخضاعها للمراجعة المنهجية والتحليل البعدي، وتوصل البحث الحالي إلى مجموعة من النتائج أهمها أن قيمة متوسط حجم التأثير للعلاج المرتكز علي الرحمة عبر الـ ٢٥ دراسة بلغت قيمته ١,١٦ وهي قيمة كبيرة تبعاً لمعيار Cohen وهذا يدل علي قوة تأثير العلاج وفعاليته في التعامل مع مدي واسع من الاضطرابات والمتغيرات النفسية، أن الغالبية العظمي من الدراسات قد اتجهت نحو العينات الكينيكية بنسبة ٧٦% من مجمل الدراسات الخاضعة للتحليل، وأن قيمة متوسط حجوم التأثير لعلاج CFT علي المتغيرات التابعة لدي العينات الكينيكية تراوحت ما بين متوسطة إلى مرتفعة (٠,٦-٢,٨٦) بينما تراوحت قيم متوسط حجوم التأثير لدي العينات غير الكينيكية ما بين صغيرة إلى متوسطة (٠,٢-٠,٧).

الكلمات المفتاحية: العلاج المرتكز علي الرحمة - تدريبات العقل الرحيم.

مراجعة منهجية وتحليل بعدي لنتائج بعض البحوث التي تناولت فعالية العلاج المرتكز علي الرحمة لـ Gilbert مع عينات كينيكية وغير كينيكية

د. عبير أحمد أبو الوفا دنقل

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية بقنا – جامعة جنوب الوادي

مقدمة:

أصبح الأفراد في كل المجتمعات معرضين لمختلف أنواع الضغوط والصراعات والإحباطات، فيلاحظ في العصر الحالي ازدياد المشكلات التي تعترض حياة الأفراد في كل مراحل العمر سواء مرحلة الطفولة أو المراهقة أو الشباب وحتى الكهولة، ما أدى إلى زيادة ملحوظة في نسبة المشكلات والاضطرابات النفسية في المجتمعات المعاصرة، ومن الطبيعي أن يرافق تلك الزيادة في مشكلات الإنسان ومعاناته والاضطرابات التي تصيبه فتعكس على توافقه مع نفسه ومع محيطه، لذا اتسع الاهتمام من قبل الباحثين في مجال الصحة النفسية والعلاج النفسي تحديداً لإيجاد الطرق العلاجية التي تخفف من حجم المعاناة والضغوط النفسية التي يعيشها الإنسان يومياً، وهذا بهدف المساعدة في استقرار المجتمعات من خلال تحقيق الصحة النفسية لأفرادها.

ومن هذا المنطلق، فإنه يتطلب توجيه الأنظار نحو أكثر الطرق العلاجية حداثة من مجال الصحة النفسية، ويركز البحث الحالي على وصف مفصل للعلاج المرتكز علي الرحمة (CFT) Compassion- Focused Therapy وهو احد الطرق العلاجية التي تنتمي إلى الموجة الثالثة من العلاج السلوكي Third Wave Behavior Therapy حيث يقسم العلاج السلوكي إلى ثلاثة أجيال: العلاج السلوكي التقليدي، والعلاج السلوكي المعرفي، والموجة الثالثة وهي الأكثر حداثة، والخاصة بالنماذج السياقية النسبية، والتي تتضمن إلى جانب العلاج المرتكز علي الرحمة بعض التدخلات الأخرى منها التدخلات العلاجية القائمة على اليقظة العقلية (Mindfulness -Based Intervention (MBI)

والعلاج بالقبول والالتزام (Acceptance and Commitment Therapy (ACT)، وعلاج مخططات (منظومة) التفكير Schema Therapy، والعلاج السلوكي الجدلي (Linardon, Fairburn, Dialectical Behavior Therapy (DBT) (Fitzsimmons-Craft, Wifely & Brennan, 2017).

والفارق الرئيس بين العلاج السلوكي التقليدي (الجيل الأول، والثاني) والموجة الثالثة من العلاج السلوكي والمعرفي، وهي أن الأول يسعى إلى تحدي وتغيير الأفكار والمعتقدات التي تسبب المعاناة للفرد، بينما طرق العلاج في الموجة الثالثة تركز على تغيير شكل العلاقة بين الفرد وأفكاره ومشاعره وخبراته الجسدية (Cope, Poole & Agrwal, 2017).

وظهر Pual Gilbert العلاج المرتكز علي الرحمة (CFT) خلال العشرين سنة الماضية، ويعتمد الأساس النظري لهذا العلاج علي مفاهيم علم النفس التطوري، ونظرية التعلق، وإجراءات علم النفس التطبيقي من علم الأعصاب وعلم النفس الاجتماعي، ويسعي CFT إلى تحقيق جانبين أساسيين: الأول هو إيجاد الدافع للتعاطي والتعامل مع المعاناة، والثاني يركز علي العمل وبالتحديد المساعدة في التخفيف من تلك المعاناة ومنعها (Kirby, 2017).

وعلي هذا يكون الهدف الرئيس للعلاج المرتكز علي الرحمة هو مساعدة الفرد علي تطوير طرق أكثر تعاطفا ورحمة للتواصل مع نفسه ومع الآخرين من حوله، ليصبح بذلك أيضا أكثر تقبلا للتعاطف من قبل الآخرين، واستبدال مشاعر لوم الذات بالرحمة بالذات (Self-compassion) (Kelly & Carter, 2017).

تم تطوير هذا العلاج بداية كتدخل علاجي لحالات اضطرابات المزاج والأفراد الذين يعانون من مشكلات معقدة في صحتهم النفسية ناتجة عن مستويات مرتفعة من الشعور بالعار والنقد المفرط للذات وفقدان الشعور بالأمن العاطفي، واقترح Gilbert أنه يمكن مساعدة هؤلاء الأفراد من خلال تدريب عقولهم علي تحسين رفايتهم النفسية، وتعليمهم التعامل cope مع الانزعاج العاطفي عن طريق تنمية مشاعر الرحمة لديهم compassion (Beaumont, 2017).

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

وتم استخدام العلاج المرتكز على الرحمة CFT مع مدي واسع من مشكلات الصحة النفسية ، وعينات متنوعة من خلال إجراء العديد من الدراسات التي هدفت إلي التحقق من فعالية ومقبولية استخدام هذا النهج العلاجي ، والتي أظهرت نتائجها أنه تدخل علاجي فعال لتلك الصعوبات النفسية عن طريق معالجة العمليات النفسية الأساسية بدلا من التركيز فقط على الأعراض المرضية. ومن تلك الدراسات مجموعة أثبتت نتائجها فعالية CFT في علاج اضطرابات الأكل (Williams, Tsivos, Brown, Witelock & Sampson, 2017; Gale, Gilbert, Read & Goss, 2014; Kelly, Carter & Borairi, 2014; Kelly & Carter, 2015; Goss & Allan, 2014; Steindl, Buchanan, Goss & Allan, 2017).

ومجموعة أخرى توصلت نتائجها إلى أن استخدام CFT كان له تأثيرات مفيدة مع الأفراد الذين يعانون من أعراض الاكتئاب والقلق والضغط النفسية المرتبطة باضطرابات الشخصية (Lucre & Corten, 2013)، وكذلك مع الأفراد الذين يعانون من الأعراض غير الوظيفية المرتبطة بالذهان (Ascon, Sundag, Schlier, & Linclon, 2017; Braehler, et.al., 2013; Craig, 2017; Kennedy & Ellerby, 2016; Lincoln, Hohenhaus & Hartmann, 2013; Mc_Manus, Tsivos, Woodward, Fraser & Hartwell, 2018).

كما أظهرت نتائج دراسة (Clapton 2016) أن CFT يعد علاجاً فعالاً ويمكن استخدامه بنجاح مع الأفراد ذوي الإعاقة العقلية من البسيطة إلى المتوسطة، وكذلك توصلت دراسة (Heriot-Maitland, Vidal, Paull and Irons 2014) إلى فعالية CFT في خفض أعراض الضغوط النفسية ودفع المرضى نحو حالة من الهدوء النفسي.

وفي إطار المقارنة بين النتائج العلاجية لـ CFT وأنواع العلاج النفسي الأخرى التي أثبتت فاعليتها في علاج العديد من الاضطرابات ومع عينات متنوعة، هدفت دراسة (Cuppige, Baird, Gibson, Booth and Hevey 2017) إلى مقارنة النتائج العلاجية للعلاج المرتكز على الرحمة CFT والعلاج النفسي المعتاد Treatment As Usual (TAU) وأظهرت النتائج تحسينات كبيرة ودالة في مستويات الرحمة بالذات، وانخفاض الشعور والعار والنقد المفرط للذات لدى عينة الأفراد الذين تلقوا الـ CFT مقارنة

بالمجموعة الأخرى. وكذلك أظهرت نتائج دراسة Kelly, Wishiewski, Martin-Wagar (2017) and Hoffman فعالية CFT مقارنة مع TAU في خفض اضطرابات الأكل وأن عينة CFT أظهرت تحسناً ملحوظاً أثناء العلاج، وأوضح التقييم النوعي لأفراد العينة أن المشاركين بالبرنامج أكدوا أن هذا العلاج كان مناسباً ومساعداً لهم، وكان لهم منه مكاسب عدة مقارنة بالمجموعة الأخرى.

وفي ذات السياق أثبتت نتائج دراسة Pepping et al. (2017) وجود تأثيرات دالة لـ CFT في علاج أعراض الاكتئاب من المتوسطة إلى الحادة، وأعراض القلق والسلوك الانتحاري لدى الشباب عينة الدراسة مقارنة مع العلاج السلوكي المعرفي التقليدي CBT، وكذلك من خلال فعاليته في رفع مستوى الرحمة بالذات وخفض مستوى الشعور بالعار والنقص الذاتي. وتوصلت نتائج دراسة Beaumont, Durkin, McAndrew and Martin (2016) أن استخدام CFT مع CBT كعامل مساعد على العلاج كان أكثر فعالية من استخدام CBT بمفرده، حيث حدثت انخفاضات دالة في أعراض القلق والاكتئاب والتجنب في كلا المجموعتين، ولكن حجوم التأثير كانت مرتفعة في الفروق بين المجموعتين لصالح المجموعة التي تم استخدام CFT معها، وبصفة خاصة في قياس مستوى الرحمة بالذات في القياسات البعدية.

ولاحظت الباحثة أنه على الرغم من الانتشار الواسع لاستخدام CFT على مدار السنوات الماضية في التراث الأجنبي، إلا أنه في البيئة العربية والمصرية - على حد علم الباحثة- قد تم دراسة مفهوم الرحمة بالذات Self- Compassion كمتغير نفسي، ولم تتطرق الأدبيات البحثية إلى نظرية Gilbert العلاجية وعلاجه الذي يرتكز على مفهوم الرحمة، ومن هذا المنطلق جاءت فكرة البحث الحالي كمحاولة لتوفير نظرة شاملة ووصف للعلاج المرنكز على الرحمة وأساسه النظري ومحتوى التدخل والتعرف على فعالية هذا العلاج من خلال توليف نتائج الدراسات التدخلية السابقة من خلال إجراء مراجعة منهجية للأدبيات البحثية التي تناولت هذا النهج العلاجي وباستخدام أسلوب التحليل البعدي Meta-analysis الذي صاغه Glass في عام ١٩٧٦ ليشير إلى مجموعة من الإجراءات الإحصائية للجمع بين نتائج عدة دراسات ودمج المعلومات ذات الصلة بمسألة بحثية

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

معينة (Delgado-Rodríguez & Sillero-Arenas, 2018, 445)، وذلك بهدف التغلب على حجوم العينات الصغيرة في الدراسات الفردية المنفصلة، وزيادة الدقة في تقدير التأثيرات والكشف عن الفعالية لتحديد ما إذا كان هناك حاجة بالفعل لدراسات جديدة لمواصلة التحقق من المشكلة وتوضيحها وإنشاء فرضيات جديدة للدراسات المستقبلية وتوفير توصيات مفيدة ما أمكن (Gil et al., 2018, 10).

وعلى الرغم من ظهور منهج التحليل البعدي منذ ١٩٧٦م وانتشار استخدامه في العديد من البحوث التربوية، إلا أن الباحثة قد لاحظت أنه لم يتم استخدامه في مجال العلاج النفسي والصحة النفسية بالقدر الكافي في البيئة العربية والمصرية على وجه الخصوص، على الرغم من أهميته في إعطاء صورة أكثر وضوحاً عن المتغيرات محل الدراسة من تلك التي نحصل عليها من تقديرات الدراسات الفردية وأهميته في التوجه المستقبلي للبحوث والبدء من حيث انتهى الآخرون حتى لا يكون البحث مجرد اجترار للأفكار وتكرارها بشكل سطحي دون عمق وتحليل، ومن ثم ظهرت الحاجة إلى إجراء البحث الحالي باستخدام المراجعة المنهجية والتحليل البعدي للوصول إلى القرار الصائب بشأن فعالية هذا النوع من العلاج وتوجيه الدراسات المستقبلية إلى توجهات دعت إليها الحاجة، واستنباط العوامل الوسيطة والتفاعلية المؤثرة في النتائج العلاجية والتي أظهرتها نتائج الدراسات السابقة التي خضعت للمراجعة المنهجية والتحليل البعدي.

مشكلة البحث:

من خلال ملاحظة الباحثة وفحصها للكثير من البحوث والدراسات التي تناولت فعالية استخدام العلاج المرتكز على الرحمة CFT في علاج العديد من الاضطرابات لدى عينات كLINIكيه وغير كLINIكيه متنوعة، تظهر الحاجة إلى تحليل تلك الدراسات لتقييمها من عدة نواحي كمنهجية وطريقة البحث، والأدوات التي تم استخدامها وتحقق الأطر النظرية، والعينات، والطرق التدخلية للعلاج، وما توصلت إليه تلك الدراسات ونتائجها، حتى يمكن الوصول إلى تعميمات بشأن فعالية هذا النوع من العلاج.

حيث شهدت السنوات العشر الأخيرة تطوراً كبيراً في مجال استخدام هذا العلاج (CFT)، إلا أن النظرة غير المتعمقة، والسطحية أحياناً في استقراء نتائج تلك الدراسات

وتقسيمها واعتماد الكثير منها على حساب قيم الدلالة الإحصائية فقط، جعلها لم تظهر دلائل كافية لأفضلية هذا النوع من العلاج مقارنة بأنواع العلاج النفسي الأخرى، فيما يتعلق بالمتغيرات التي تناولتها، وبذلك تتضح ضرورة إجراء التحليلات المنظمة الأكثر عمقاً وتقصيلاً لنتائج تلك الدراسات، ولعل من أبرز الأساليب التحليلية استخداماً في الآونة الأخيرة هو أسلوب التحليل البعدي (ويترجم أحياناً بما وراء التحليل أو التحليل الفوقي)، ويتم استخدام هذا الأسلوب التحليلي للبيانات الكمية في إطار أكبر يعرف بالمراجعة المنهجية .Systematic Review

ويعرف Cochrane المراجعة المنهجية على أنها توليف نتائج العديد من الدراسات الأولية باستخدام التقنيات التي تقلل من مخاطر التحيز والخطأ العشوائي، ويقتصر دور التحليل البعدي على تحليل البيانات للمراجعة المنهجية من خلال مجموعة الإجراءات الإحصائية للجمع بين نتائج تلك الدراسات التي تناولت نفس السؤال البحثي لمشكلة ما بهدف استقراء تعميمات مفيدة من البيانات والنتائج التي توصلت إليها (Delgado- Rodríguez & Sillero-Arenas, 2018).

ويعد التحليل البعدي أسلوباً تطبيقياً لتقييم الدراسات والبحوث وتحليلها للحصول على مقياس مشترك مثل حجم التأثير Effect Size لتقييمها والوصول إلى استنتاجات أقوى وذات معنى من تلك التي يمكن الحصول عليها من دراسات منفردة (Patty, Qi, Frank & Ronald, 2010).

ويمكن تلخيص عدة مزايا لمقياس حجم التأثير كما حددها Chow عام ١٩٨٨م في أنه: يوفر معلومات حول مقدار تأثير المتغير المستقل ومن ثم يسمح بترتيب المتغيرات المستقلة داخل التجربة الواحدة؛ كما يتيح إمكانية المقارنة الكمية لنتائج الدراسات التجريبية التي تناولت نفس المتغيرات المستقلة أو التابعة حتى مع اختلاف حجوم العينات والمقاييس المستخدمة؛ وأيضاً يتيح إمكانية الحصول على قيمة متوسطة تمثل حجم التأثير العام لمتغير مستقل معين عبر عدد من الدراسات والبحوث أو التجارب الأمر الذي يسمح بدراسة المعالجات الحديثة (في على ماهر خطاب، ٢٠٠٩، ٦٤١-٦٤٢).

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

ومن هذا المنطلق توجهت الباحثة في دراسة فعالية العلاج المرتكز على الرحمة نحو استخدام هذا المنهج العلمي من خلال المراجعة المنهجية المنظمة والتحليلات المتعمقة لنتائج الدراسات السابقة، والتي تناولت فعالية العلاج المرتكز على الرحمة مع عدد كبير من المتغيرات، ومع عينات متنوعة بهدف الوصول إلى معنى مشترك لنتائج تلك الدراسات، مما يزيد من فرص الاستفادة منها والوقوف على أهم العوامل التي تؤثر في جودة الدراسات وقوة نتائجها لتبنى الدراسات المستقبلية على نتائج تلك الدراسات السابقة لها، فالبناء العلمي بناء تراكمي يجب أن يبدأ فيه الباحث من حيث انتهى الآخرون، وحتى لا يجد الباحثون أنفسهم أمام كم هائل من الدراسات التجريبية التي لا تجمعها نتائج عامة ومقاييس مشتركة للحكم على فعاليتها وتعميم نتائجها.

وبمراجعة الدراسات العربية والمصرية خاصة التي استخدمت هذا الأسلوب العلمي (المراجعة المنهجية والتحليل البعدي) في مجال الصحة النفسية، وخاصة في صدد تقييم بعض الأساليب العلاجية الحديثة، لاحظت الباحثة ندرة مثل تلك الدراسات على الرغم من أهميتها في الوقت الذي زاد فيه الإنتاج العلمي الأجنبي في هذا المجال، ومما سبق يسعى البحث الحالي إلى الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- ١- ما فعالية استخدام العلاج المرتكز على الرحمة CFT مع بعض الاضطرابات والمتغيرات النفسية (الرحمة بالذات، نقد الذات، الخجل، القلق، الاكتئاب، اضطرابات الأكل، الصدمة، الضغوط، الأعراض الذهانية، الهدوء النفسي، تقدير الذات، الرفاهية النفسية) لدى عينات الدراسات الخاضعة للتحليل البعدي؟
- ٢- هل تختلف قيمة متوسط حجم التأثير للعلاج المرتكز على الرحمة باختلاف الفئة المستهدفة (كلينيكيه - غير كلينيكيه)؟
- ٣- ما التصميمات التجريبية الأكثر استخداماً في الدراسات السابقة عينة البحث الحالي، وهل تختلف قيمة متوسط حجم التأثير للعلاج CFT تبعاً لاختلاف التصميمات التجريبية المستخدمة في البرامج العلاجية؟
- ٤- هل تختلف قيمة متوسط حجم التأثير للعلاج CFT تبعاً لاختلاف حجوم العينات المستخدمة في الدراسات عينة البحث؟

- ٥- ما طرق التدخل العلاجي المستخدمة في الدراسات السابقة عينة البحث الحالي، وهل تختلف قيمة متوسط حجم التأثير للعلاج CFT تبعاً لاختلاف طريقة التدخل؟
- ٦- هل تختلف قيمة متوسط حجم التأثير للعلاج CFT تبعاً لاختلاف مدة التعرض للعلاج؟
- ٧- هل يمكن اعتبار CFT تدخلاً علاجياً فعالاً عند مقارنته مع أنواع العلاج النفسي المعتاد TAU والعلاج السلوكي المعرفي CBT كأشكال علاج معيارية Standard Treatment؟

أهداف البحث:

هدف البحث الحالي إلى تحليل وتوليف نتائج الدراسات التي تناولت فعالية العلاج المرتكز على الرحمة CFT من خلال إجراء مراجعة منهجية واستخدام أسلوب التحليل البعدي من أجل فهم أفضل لفعاليتها بشكل شامل، ويمكن تقسيم هذا الهدف العام للبحث إلى هدفين فرعيين، هما:

- ١- تقييم فعالية العلاج المرتكز على الرحمة من خلال إجراء مراجعة منهجية وحساب متوسط حجم التأثير في تحسين وعلاج بعض الاضطرابات والمتغيرات النفسية التي تناولتها الدراسات السابقة عينة البحث الحالي.
- ٢- إجراء تحليلات لفحص تأثير بعض المتغيرات المحتملة على نتائج العلاج، ويمكن تفصيل هذا الهدف الفرعي إلى:
 - أ- الكشف عن الاختلاف الذي يمكن أن يحدث في حجم تأثير البرنامج العلاجي CFT باختلاف (الفئة المستهدفة "كإلنلكنلكنه - غير كإلنلكنلكنه"- التصملمت التجربلمة للبرامل- طرلمة التدخل - عدد جلسات التدخل ومدة التعرض للعلاج - حجم العلمت المستخدمة).
 - ب- المقارنة بين النتائج العلاجلمة ل CFT مع أنواع العلاج النفسي الأخرلمة، والكشف عن مدى تأثر البرامل العلاجلمة الأخرلمة عند دمجها مع العلاج المرتكز على الرحمة كعامل مساعد للعلاج.

أهمية البحث:

يمكن توضيح أهمية البحث الحالي في النقاط التالية:

١- قد يفيد البحث الحالي الباحثين في مجال الصحة النفسية في التعرف على واحدة من طرق العلاج النفسي الحديثة، والمستخدمة على نطاق واسع في البيئة الأجنبية، ولم يتطرق لها البحث بعد في البيئة العربية عامة والمصرية على وجه التحديد (علي قدر اطلاع الباحثة)، وذلك بهدف زيادة الوعي بقيمة هذا العلاج وكيفية استخدامه بنجاح لقدرته على تحسين وضع العملاء من العينات الكلينيكية وغير الكلينيكية.

٢- إعطاء مؤشر لفعالية استخدام العلاج المرتكز على الرحمة بناء على توليف عدد من نتائج البحوث والدراسات السابقة في هذا المجال من خلال إجراء التحليل البعدي لحساب حجم تأثير واحد، حيث أشار (Coe 2004) إلى أن حجم التأثير مؤشر هام في تكميم فعالية برامج التدخل وتفسير مقدار الفعالية، مما قد يفيد الباحثين والعاملين بمجال الصحة النفسية والعلاج النفسي في اتخاذ القرارات الصائبة بشأن نوعية العلاج المناسب للتدخل مع بعض المتغيرات النفسية والحالات المرضية.

٣- تلقي نتائج هذا البحث الضوء على بعض المتغيرات المتعلقة باستخدام العلاج المرتكز على الرحمة والمؤثرة علي نتائجه، الأمر الذي يساعد في تحديد النقاط التي يجب أن يسير إليها البحث في هذا المجال مستقبلاً وينطلق منها أيضاً، وتلك النقاط تؤكد عليها نتائج البحوث السابقة مجتمعة.

منهج البحث:

استخدم البحث الحالي المنهج الوصفي المسحي التحليلي في تحديد الخصائص الأولية للبحوث والدراسات التي تم تضمينها في عينة المراجعة المنهجية وخضعت نتائجها الكمية للتحليل البعدي، والذي يعد منهجاً وصفيّاً تحليلاً يهدف إلى استخلاص النتائج الكامنة وراء عدة نتائج مستمدة من دراسات فردية ذات خصائص محددة، وليس مجرد تطبيق إجراءات إحصائية وإنما يتخطى ذلك إلى عمل مسح للدراسات المعنية بالظاهرة محل الدراسة

وتخصص الأطر النظرية لتلك الدراسات والمشكلة والفروض وإجراءات الدراسة ونتائجها، ثم وضع المعايير والضوابط لاستخلاص الدراسات التي تخضع نتائجها لإعادة التحليل بهدف الحصول على مقياس مشترك وهو حجم التأثير لتقويمها والوصول إلى استنتاجات أقوى وذات معنى من تلك التي يمكن الحصول عليها من دراسات منفردة.

حدود البحث :

تمثلت حدود البحث الحالي في الالتزام ببعض المعايير التي تم بناءً عليها تضمين الدراسات في المراجعة المنهجية والتحليل البعدي أو استبعادها وهي كالتالي:

أولاً: التزمت الباحثة بالمعايير التالية لتضمين الدراسات: Inclusion Criteria

- ١- البحوث التي أجريت في الفترة من ٢٠١٢-٢٠١٨م.
- ٢- البحوث التي تناولت فعالية التدخلات العلاجية الآتية: Compassion – Focused Therapy، Mind Training – Compassionate.
- ٣- البحوث المنشورة بالمجلات العلمية المحكمة أو في رسالة أو أطروحة علمية.
- ٤- أن يكون أفراد العينة الخاصة بالدراسات من العينات الكلينيكية (على سبيل المثال: مشكلات الصحة النفسية مثل الذهان، والاكتئاب، والقلق، واضطرابات الأكل، واضطرابات الشخصية...الخ)، والعينات غير الكلينيكية.
- ٥- أن تكون مكتوبة باللغة العربية أو اللغة الإنجليزية فقط.
- ٦- البحوث التي تم تصميم التدخل فيها من خلال تصميم تجريبي مجموعة واحدة (قياس قبلي وقياس بعدي)، أو تصميم تجريبي ذي مجموعتين (تجريبية وضابطة).
- ٧- البحوث التي تضمنت بيانات كافية لحساب حجم التأثير (المتوسطات، الانحرافات المعيارية، أعداد العينات، قيم "ف" و"ت" و"كا").
- ٨- البحوث التي تضمنت معلومات كافية عن برنامج التدخل من حيث عدد الجلسات وطول مدة التدخل .
- ٩- البحوث التي تم الحصول على النصوص الكاملة لها.

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

١٠- أن يتضمن البحث على الأقل مقياساً تقديرياً ذاتياً واحداً يتعلق بمتغيرات البحث الحالي.

ثانياً: أما بالنسبة لمعايير الاستبعاد فإنه يلي بعض المعايير التي تم استبعاد بعض البحوث بناءً عليها، وهي:

١- البحوث التي استخدمت المناهج الآتية: Systematic Review؛ Literature Review؛ Meta-analysis؛ Narrative Review.

٢- البحوث التي تناولت CFT و CMT مع عينات أخرى غير العينات محل دراسة البحث الحالي.

٣- البحوث ذات النتائج المختلطة والتي تناولت فعالية علاج CFT مع أنواع علاجية أخرى في ذات المجموعة.

٤- البحوث التي تناولت دراسة حالة واحدة.

٥- البحوث والدراسات التي اتبعت الطرق النوعية Qualitative Method فقط.

عينة البحث:

اعتمد البحث الحالي على تحليل نتائج ٢٥ دراسة علمية محكمة سواء رسالة ماجستير أو أطروحة دكتوراه أو بحث منشور في مجلة علمية محكمة، واستطاعت الباحثة الحصول عليها بشكل كامل وتوافرت بها جميع معايير التضمين، والتي تم إجرائها في الفترة من ٢٠١٢-٢٠١٨م.

إجراءات وخطوات البحث:

تتضمن إجراء المراجعة المنهجية والتحليل البعدي عدة خطوات تمثلت في:

١- تحديد الموضوع (بؤرة الاهتمام): ركز البحث الحالي على تقييم فعالية استخدام العلاج المرتكز على الرحمة Compassion- Focused Therapy في علاج بعض

الاضطرابات النفسية من خلال تنمية الرحمة والتعاطف والحد من النقد المفرط للذات.

٢- تجميع البحوث والدراسات السابقة: لتجميع البحوث والدراسات السابقة الخاصة بالبحث

الحالي تم البحث في قواعد البيانات التالية: EBSCO/host؛ Elsevier؛ Wiley

Online Library؛ ProQuest Dissertations & Theses Global، كما تم

البحث في قواعد البيانات السابقة عن الحقول الآتية: Compassion – Focused

Compassionate Mind Training؛ Therapy ، على أن يتضمن البحث تلك المصطلحات في عنوان البحث، مع ملاحظة أنه تم البحث في قواعد بيانات البحوث العربية ولم يتم الحصول على دراسات باللغة العربية تتفق مع بؤرة الاهتمام للبحث الحالي.

٣- فحص البحوث المجمعة: أسفرت نتائج البحث في قواعد البيانات بالخطوة السابقة عن عدد كبير من الدراسات، وبعد حذف النسخ المكررة من البحوث، وبعد تطبيق المعايير السابقة التحديد لتضمين واستبعاد الدراسات تم تقييم ٦٨ دراسة، حيث تم فحصها بناء على العنوان، وملخص الدراسة، للتأكد من اشتمالها على حقول البحث المطلوبة، ثم تم فحص النصوص الكاملة للبحوث للدراسات لتحديد ما إذا كانت قد استوفت المعايير التي تؤهلها ليتم تضمينها في إجراء التحليل البعدي بالبحث الحالي، وكان عددها ٢٥ دراسة تم تضمينها في عملية التحليل الكمي.

٤- توصيف البحوث والدراسات السابقة واستخراج البيانات: تم في هذه المرحلة استخلاص البيانات التالية عن خصائص كل دراسة (٢٥ دراسة تم تحديدها في الخطوة السابقة) وهي: اسم الناشر؛ سنة النشر؛ وصف البرنامج العلاجي؛ مدة تطبيق العلاج؛ نوع التصميم التجريبي؛ حجم العينات؛ أعمار المشاركين في البرامج؛ أدوات القياس؛ النتائج؛ وجودة كل دراسة بعد تطبيق الأداة الخاصة بالحكم على جودة الدراسات. وفيما يخص التحليلات البعدية تم استخراج البيانات التالية: المتوسطات؛ والانحرافات المعيارية؛ حجم العينات، وهذا لكل مجموعة تجريبية أو ضابطة قبل وبعد التدخل العلاجي؛ وحجم التأثير إذا كان قد تم حسابه بالدراسة السابقة وفقاً لمعايير التضمين. وبعد ذلك تم تصنيف الدراسات حسب المتغيرات التابعة، ونوع الفئة المستهدفة (كلينيكيه، غير كلينيكيه)، وأنواع التصميمات التجريبية، وحجم العينات، ومدة التدخل العلاجي، وطريقة إجرائه، كما يتضح بملخص الدراسات الخاضعة للمراجعة والتحليل الموضح في الجدول التالي

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

جدول (١)

ملخص الدراسات الخاضعة للمراجعة المنهجية والتحليل البعدي

الدراسة	الهدف ومجتمع الدراسة	التصميم	العينة	نوع العلاج	جلسات التدخل	المقاييس	النتائج العامة
Beaumont, Galpin & Jenkins (2012)	هدفت الدراسة إلى مقارنة النتائج العلاجية لـ CBT و CMT لدى عينة من ضحايا التعرض للصددمات ويعانون من أعراض كرب ما بعد الصدمة	التصميم التجريبي ذو المجموعتين (المجموعة التجريبية- المجموعة الضابطة) وتم توزيع الأفراد عليهم عشوائياً RCT	المجموعة التجريبية = ١٦ فرداً المجموعة الضابطة = ١٦ فرداً عينة كلينيكية	-المجموعة التجريبية CMT+ CBT -المجموعة الضابطة CBT	١٢ جلسة علاج جماعي	-HADS - SCS -Impact Events Scale (IES)	يعد CMT إضافة مفيدة لـ CBT وفعالاً بشكل دال في خفض أعراض القلق والاكتئاب بعد التعرض للصددمات، وارتفاع الرخمة بالذات
Judge et al. (2012)	هدفت الدراسة إلى اختبار فعالية CFT مع مجموعة غير متجانسة من العملاء الذين يعانون صعوبات حادة في صحتهم النفسية	تصميم المجموعة الواحدة (قياس قبلي وبعدي)	٢٧ فرداً عينة كلينيكية	CFT	١٤ جلسة لمدة ١٤ أسبوعاً علاج جماعي	- The Beck Depression Inventory -Beck Anxiety Inventory	انخفاضات دالة في الاكتئاب في القلق
Braehler et al. (2013)	هدفت الدراسة إلى تقييم السلامة والمقبولية والمزايا المحتملة وعمليات التغيير المرتبطة باستخدام CFT مع الأفراد الذين يتعافون من الذهان (الشيزوفرانيا والاضطراب الوجداني ثنائي القطب)	التصميم التجريبي ذو المجموعتين (المجموعة التجريبية- المجموعة الضابطة) وتم توزيع الأفراد عليهم عشوائياً RCT	المجموعة التجريبية = ١٨ فرداً المجموعة الضابطة = ٢٢ فرداً عينة كلينيكية	-المجموعة التجريبية TAU+ CFT -المجموعة الضابطة TAU	١٦ جلسة لمدة خمسة أشهر علاج جماعي	-Clinical Global Impression Scale -The Beck Depression Inventory - Positive and Negative Scale -The Personal Beliefs about Illness	انخفاض دال في الأعراض الانفعالية غير الوظيفية المرتبطة بالذهان لدى الأفراد الذين تلقوا CFT، بينما في مجموعة TAU لم تسجل أي انخفاضات دالة باستثناء أعراض التجنب مع زيادة في التوجهات السلبية
Lincoln, Hohenhaus & Hartmann (2013)	هدفت الدراسة إلى اختبار فعالية CFT في الحد من أعراض البارانويا لدى مرضي الذهان	التصميم التجريبي ذو المجموعتين (المجموعة التجريبية- المجموعة الضابطة) وتم توزيع الأفراد عليهم عشوائياً RCT	المجموعة التجريبية = ٣٥ فرداً المجموعة الضابطة = ٣٥ فرداً عينة كلينيكية	CFT للتجريبية	مدة العلاج لمدة عامين بواقع جلسة أسبوعياً علاج جماعي	-Community Assessment of Psychic Experiences - The Paranoia Checklist	انخفاضات دالة في أفكار البارانويا
Noorbala et al. (2013)	هدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالية تدريبات العقل الرحيم CMT علي أعراض القلق والاكتئاب لدى مرضي الاكتئاب الأيرانيين	التصميم التجريبي ذو المجموعتين (المجموعة التجريبية- المجموعة الضابطة) وتم توزيع الأفراد عليهم عشوائياً RCT	المجموعة التجريبية = ١٠ أفراد المجموعة الضابطة = ٩ أفراد عينة كلينيكية	CMT	١٢ جلسة لمدة ٦ أسابيع علاج جماعي	-Break Depression Inventory II -Anxiety Scale -Level of Self Criticism	انخفاض دال في مستوى النقد الذاتي، بينما لم تظهر انخفاضات دالة في مستوى القلق والاكتئاب إلا بعد فترة المتابعة

مراجعة منهجية وتحليل بعدي لنتائج بعض البحوث التي تناولت فعالية العلاج المرتكز علي الرحمة

الدراسة	الهدف ومجتمع الدراسة	التصميم	العينة	نوع العلاج	جلسات التدخل	المقاييس	النتائج العامة
D,Silva & Kamble (2014)	هدفت الدراسة إلى التعرف علي فعالية CFT في تحسين صورة الجسم وخفض صورة الجسم السلبية لدى طلاب الجامعة	تصميم المجموعة الواحدة (قياس قبلي وبعدي)	المجموعة التجريبية = ٦٠ فرداً عينة غير كلينيكية	CFT	٢١ جلسة لمدة ٢١ يوماً علاج جماعي	-Situational Inventory of Body Image Dysphoria (SIBID)	انخفاض دال في صورة الجسم السلبية
Gale et al. (2014)	هدفت الدراسة إلى استكشاف نتائج إدخال علاج CFT في برامج العلاج القياسية للأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل	تصميم المجموعة الواحدة (قياس قبلي وبعدي)	المجموعة التجريبية = ٩٦ فرداً عينة كلينيكية	CFT	٢٠ جلسة لمدة ١٦ أسبوعاً علاج جماعي	Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)	انخفاض دال في أعراض اضطرابات الأكل على جميع الأبعاد
Heriot-Maitland et al. (2014)	هدفت الدراسة إلى فعالية استخدام CFT في خفض أعراض الضغوط الحادة وكذلك فعاليته في دفع الحالات نحو الهدوء النفسي	تصميم المجموعة الواحدة (قياس قبلي وبعدي)	المجموعة التجريبية = ٥٧ فرداً عينة كلينيكية	CFT	٢٢ جلسة لمدة ٢٢ أسبوعاً علاج جماعي	Distress Scale Calmness scale	أظهرت النتائج انخفاضاً في مستوى الضغوط وزيادة دالة في معدل الهدوء النفسي لدي العينة بعد التدخل العلاجي
Kelly, Carter & Borajri (2014)	هدفت الدراسة إلى اختبار فعالية CFT خفض أعراض الخجل وزيادة الرحمة بالذات لدي الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل	تصميم المجموعة الواحدة (قياس قبلي وبعدي)	المجموعة التجريبية = ٩٧ فرداً عينة كلينيكية	CFT	٤٨ جلسة لمدة ١٢ أسبوعاً علاج جماعي	Eating Disorder Symptoms -Shame Scale -Self Compassion Scale	انخفاضات دالة في مستوى الخجل واضطرابات الأكل، وارتفاع دال في مستوى الرحمة بالذات
Ashworth et al. (2015)	هدفت الدراسة إلى تقييم فعالية وسلامة استخدام CFT للمرضي ذوي الصعوبات العاطفية(القلق والاكتئاب الناشئة عن النقد المفرط للذات) وبتلقون إعادة التأهيل العصبي بعد الإصابات الدماغية	تصميم المجموعة الواحدة (قياس قبلي وبعدي)	المجموعة التجريبية = ١٢ فرداً عينة كلينيكية	CFT	٢٢ جلسة على مدار ١٨ أسبوعاً علاج جماعي	-The hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) -Self-Criticism Scale	انخفاض دال في أعراض الاكتئاب والقلق والنقد المفرط للذات
Kelly & Carter (2015)	هدفت الدراسة إلى تقييم فعالية CFT مع الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل وزيادة الرحمة بالذات لديهم ومقارنة نتائجه العلاجية مع CBT	التصميم التجريبي ذو الثلاث مجموعات تجريبية + ١ ضابطة، وتم توزيع الأفراد على المجموعات عشوائياً RCT	المجموعة التجريبية (١) = ١١ فرداً المجموعة التجريبية (٢) = ١٢ فرداً المجموعة الضابطة = ١٢ فرداً	المجموعة التجريبية (١) CFT المجموعة التجريبية (٢) CBT المجموعة الضابطة لم تتلق علاجاً	٢١ جلسة لكل مجموعة تجريبية لمدة ٣ أسابيع علاج جماعي	-EDE-Q -SCS	فعالية CFT مقارنة ب CBT في علاج اضطرابات الأكل وزيادة الرحمة بالذات

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

الدراسة	الهدف ومجتمع الدراسة	التصميم	العينة	نوع العلاج	جلسات التدخل	المقاييس	النتائج العامة
			عينة كلينيكية				
Beaumont et al. (2016)	هدفت الدراسة إلى التحقق من فعالية استخدام CFT كعلاج مساعد لـ CBT في خفض أعراض الصدمة و الاكتئاب والقلق وزيادة الرحمة بالذات لدي الأفراد العاملين بخدمات الطوارئ ويتعرضون دوماً لمشاهدة الأحداث المؤلمة	التصميم التجريبي ذو المجموعتين (المجموعة التجريبية- المجموعة الضابطة) وتم توزيع الأفراد عليهم عشوائياً RCT، وتم قياس الفروق بين المجموعتين	المجموعة التجريبية = ٩ أفراد المجموعة الضابطة = ٨ أفراد عينة غير كلينيكية	-المجموعة التجريبية CBT+ CFT -المجموعة الضابطة CBT	١٢ جلسة علاج جماعي	-Hospital Anxiety and Depression Scale - SCS - Impact of events Scale	CFT كان أكثر فعالية في خفض أعراض القلق والاكتئاب والتجنب وزيادة الرحمة بالذات مقارنة بـ CBT
Beaumont, Irons, Rayner & Dagnall (2016)	هدفت إلى التعرف على فعالية CFT في زيادة الرحمة بالذات وخفض النقد الذاتي المفرط لدي العاملين بمجال الرعاية الصحية	تصميم المجموعة الواحدة (قياس قبلي وبعدي)	المجموعة التجريبية = ٢٨ فرداً عينة غير كلينيكية	CFT	ثلاثة أيام ورش عمل بطريقة العلاج المساعدة الذاتية	-SCS-SF -Functions of Self Criticizing	انخفاض دال في معدل النقد الذاتي، مع ارتفاع دال في مستوى الرحمة بالذات
Claton (2016)	هدفت الدراسة إلى اختبار فعالية CFT في خفض حدة الضغوط النفسية ورفع مستوى الرحمة بالذات لدي عينة من الأفراد ذوي الإعاقات العقلية من البسيطة إلى المتوسطة	تصميم المجموعة الواحدة (قياس قبلي وبعدي)	المجموعة التجريبية = ٦ عينة كلينيكية	CFT	٦ جلسات لمدة ٦ أسابيع علاج فردي	-SCS Psychological Distress Scale -Social Comparison Scale -Psychological Well being	انخفاض دال في أعراض الضغوط والمقارنة الاجتماعية، مع ارتفاع دال في مستوى الرحمة بالذات والرفاه النفسي
Rycroft (2016)	هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فعالية CFT المختصر في تحسين أعراض الصدمة لدي البالغين من خلال زيادة الرحمة بالذات وخفض النقد الذاتي المفرط	التصميم التجريبي ذو المجموعتين (المجموعة التجريبية- المجموعة الضابطة) وتم توزيع الأفراد عليهم عشوائياً RCT	المجموعة التجريبية = ٥ أفراد المجموعة الضابطة = ٥ أفراد عينة كلينيكية	CFT للتجريبية	٦ جلسات لمدة ٦ أسابيع علاج فردي	-Depression Anxiety and Stress Scale - Impact of Events Scale – Revised - Psychological Well being -Post Trumatic Change Questionnaire	انخفاضات دالة في الأعراض المرتبطة بالصدمة منها الاكتئاب وتأثير الأحداث الصادمة، بينما لم تظهر أي تأثيرات دالة على المتغيرات الأخرى مثل الرحمة بالذات والنقد الذاتي والقلق والضغط، وذلك قد يرجع لصغر حجم العينة
Asano et al. (2017)	هدفت الدراسة إلى تقييم فعالية CFT في خفض أعراض الاكتئاب لدي المرضى الذين يعانون	تصميم المجموعة الواحدة (قياس قبلي وبعدي)	المجموعة التجريبية = ١٤ فرداً عينة كلينيكية	CFT	١٠ جلسات علاج جماعي	-Beck Depression Inventory - Self Compassion	انخفاض دال في أعراض الاكتئاب، وارتفاع غير دال في الرحمة بالذات

مراجعة منهجية وتحليل بعدي لنتائج بعض البحوث التي تناولت فعالية العلاج المرنكز علي الرحمة

الدراسة	الهدف ومجتمع الدراسة	التصميم	العينة	نوع العلاج	جلسات التدخل	المقاييس	النتائج العامة
	من درجة مرتفعة من نقد الذات					Scale	
Au et al. (2017)	هدفت هذه الدراسة إلى التعرف علي فعالية CFT في الحد من أعراض كرب ما بعد الصدمة المرتبط بالخلج ، وفعاليته في رفع مستوى الرحمة بالذات	تصميم المجموعة الواحدة (قياس قبلي وبعدي)	المجموعة التجريبية = ١٠ أفراد عينة كلينيكية	CFT	جلسة أسبوعيا لمدة ٦ أسابيع علاج جماعي	-PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) - SCS -Internalized Shame Scale (ISS)	انخفاضات دالة في مستوى أعراض الكرب ما بعد الصدمة والشعور بالخلج، مع ارتفاع في مستوى الرحمة بالذات
Beaumont et al. (2017)	هدفت الدراسة إلى التعرف علي فعالية CFT وتدريب العقل الرحيم CMT في رفع مستوى الرحمة بالذات وخفض النقد المفرط للذات لدي عينة من طلاب الدراسات العليا	التصميم التجريبي ذو المجموعتين (المجموعة التجريبية- المجموعة الضابطة)	المجموعة التجريبية = ٢١ فرداً المجموعة الضابطة = ١٤ فرداً عينة غير كلينيكية	-المجموعة التجريبية CFT+ CMT -المجموعة الضابطة كانت في قائمة الانتظار ولم تتلق علاجاً	٩ جلسات علاج جماعي	-SCS Long Version يقيس عدة عوامل منفصلة منها: -Self Critic Judgement	انخفاض دال في مستوى الحكم التقدي للذات، مع ارتفاع دال في الرحمة بالذات
Ierofino (2017)	هدفت الدراسة إلى التعرف علي فعالية CFT في رفع درجة تقدير الذات وجودة الحياة لدي عينة من الشباب	التصميم التجريبي ذو المجموعتين (المجموعة التجريبية- المجموعة الضابطة) وتم توزيع الأفراد عليهم عشوائياً RCT	المجموعة التجريبية = ٢٠ فرداً المجموعة الضابطة = ٢٠ فرداً عينة غير كلينيكية	CFT للتجريبية	٩ جلسات لمدة ٤ أسابيع علاج عبر شبكة الإنترنت	-Self Esteem Scale -SCS -The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) - The Satisfaction with Life Scale (SWLS)	ارتفاع دال في تقدير الذات وجودة الحياة
Kelly et al. (2017)	هدفت الدراسة إلى تقييم فعالية ومقبولية استخدام CFT كعامل مساعد للعلاج للأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل ويتلقون خدمات العلاج النفسي المعتاد TAU	التصميم التجريبي ذو المجموعتين (المجموعة التجريبية- المجموعة الضابطة) وتم قياس الفروق بين المجموعات	المجموعة التجريبية = ١١ فرداً المجموعة الضابطة = ١١ فرداً عينة كلينيكية	المجموعة التجريبية CFT+TAU -المجموعة الضابطة TAU	١٢ جلسة علاج جماعي	-EDE-Q -Experiences of Shame Scale (ESS) -Self Compassion Scale (SCS)	تحسن ملحوظ ودال في مستوى الرحمة بالذات، وانخفاضاً دالاً في اضطرابات الأكل والخلج لدى العينة التجريبية مقارنة بالضابطة
Willimas et al. (2017)	هدفت الدراسة إلى تقييم فعالية CFT في علاج اضطرابات الأكل لدي البالغين المصابين بالشره العصبي	تصميم المجموعة الواحدة (قياس قبلي وبعدي)	المجموعة التجريبية = ٩ أفراد عينة كلينيكية	CFT	لمدة عامين علاج جماعي	-DSM5 -Eating disorder Examination Questionnaire	انخفاض دال في مستوى اضطرابات الأكل في كل أبعادها
Gharraee et al. (2018)	هدفت الدراسة إلى فعالية CFT في الحد من أعراض القلق وخفض	التصميم التجريبي ذو المجموعتين (المجموعة التجريبية- المجموعة الضابطة)	المجموعة التجريبية = ١٧ فرداً	-المجموعة التجريبية CFT -المجموعة الضابطة	٢٤ جلسة علاج	-Social Anxiety Scale - World Heath Questionnaire of Quality of Life	انخفاضات دالة في مستوى أعراض القلق والنقد الذاتي ، وارتفاع

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

الدراسة	الهدف ومجتمع الدراسة	التصميم	العينة	نوع العلاج	جلسات التدخل	المقاييس	النتائج العامة
	الهدف الذاتي ورفع مستوى الرحمة بالذات وتحسين جودة الحياة لدي عينة من الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي	التجريبية- المجموعة (الضابطة) وتم توزيع الأفراد عليهم عشوائياً RCT	المجموعة الضابطة = ١٥ فرداً عينة كلينيكية	الضابطة لم تتلق أي علاج	جماعي	-SCS -Level of Self Criticism	دال في الرحمة بالذات وجودة الحياة لأفراد المجموعة التجريبية
Krieger et al. (2018)	هدفت الدراسة إلى التعرف علي فعالية استخدام CFT مقارنةً بالعلاج النفسي المعتاد في الحد من أعراض الاكتئاب والقلق والنقد الذاتي والعدائية نحو الذات وذلك من خلال رفع مستوى الرحمة بالذات	التصميم التجريبي ذو المجموعتين (المجموعة التجريبية- المجموعة الضابطة) وتم توزيع الأفراد عليهم عشوائياً RCT، وتم القياس قبل وبعد التدخل للمجموعة التجريبية وبين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد التدخل	المجموعة التجريبية = ٤٠ فرداً المجموعة الضابطة = ٤٤ فرداً عينة كلينيكية	-المجموعة التجريبية CFT+TAU -المجموعة الضابطة TAU	٨ جلسات لمدة ٨ أسابيع من خلال شبكة الإنترنت	-Depression Anxiety Stress Scale - Self Compassion Scale - Forms of Self Criticizing- Attacking and Self Reassuring Scale (FSCRS)	انخفاضات دالة في أعراض الاكتئاب والقلق والضغوط والنقد الذاتي والعدائية للذات، وتحسن دال في مستوى الرحمة بالذات
McManus et al. (2018)	هدفت الدراسة إلى تقييم فعالية CFT في خفض النقد الذاتي وتطوير الرحمة بالذات لدي عينة من الأفراد الذين يعانون من مشكلات متنوعة في صحتهم النفسية	تصميم المجموعة الواحدة (قياس قبلي وبعدي)	المجموعة التجريبية = ١٣ فرداً عينة كلينيكية	CFT	١٦ جلسة لمدة ٨ أسابيع علاج جماعي	FSCRS -Other AS Shame Scale (OAS) -Self Compassion Scale -Mental Health Confidence Scale (MHCS)	انخفاضات دالة في مستوى النقد الذاتي والعدائية نحو الذات والشعور بالخجل واضطرابات الصحة النفسية، مع ارتفاع دال في مستوى الرحمة بالذات
Sommers-Spijkerman (2018)	هدفت الدراسة إلى التعرف علي الدور الوسيط لخفض النقد الذاتي من خلال استخدام CFT واثار ذلك علي خفض أعراض القلق والاكتئاب وتحسين الصحة النفسية والرفاهية النفسية لدي عينة من مرضي الاكتئاب	التصميم التجريبي ذو المجموعتين (المجموعة التجريبية- المجموعة الضابطة) وتم توزيع الأفراد عليهم عشوائياً RCT	المجموعة التجريبية = ١٢٠ المجموعة الضابطة = ١٢٢ عينة غير كلينيكية	CFT	جلسة أسبوعياً لمدة ثلاثة أشهر علاج جماعي	-Mental Health Communication-SF (MHC-SF) -HADS -Forms of Self Criticising/ Attacking and Self Reassuring Scale (FSCRS)	تحسينات دالة في مستوى الرفاهية والصحة النفسية، وانخفاضات دالة في مستوى القلق والاكتئاب من خلال انخفاض نقد الذات كمتغير وسيط ومباشر ل CFT

٥- جدول البيانات: تم رصد البيانات والنتائج المتعلقة بكل دراسة من الدراسات في جداول تضمنت بيانات النتائج الكمية المتعلقة بكل متغير من المتغيرات التابعة التي تم تحديدها في الخطوة السابقة، وتمهيداً لحساب حجوم التأثير، كما تضمنت

- جميع البيانات الخاصة بكل دراسة تم توصيفها واستخراجها في الخطوة السابقة، حتى يسهل على الباحثة استنباط المعلومات منها في يسر وسهولة.
- ٦- حساب حجم التأثير: تم حساب حجم التأثير للدراسات التي لم تشمل نتائجها على قيم لحجم التأثير ولكن توفرت بها البيانات الكافية لحسابه، ونظراً لاختلاف النتائج المتاحة في كل دراسة من الدراسات التي خضعت لعملية التحليل البعدي فقد تم استخدام أربعة أشكال من المعادلات التي تستخدم لحساب حجم التأثير والتي اقترحها Holmes عام ١٩٨٣، وكل من Glass, McGau and Smith عام ١٩٨٤، ولحساب حجم التأثير في حالة وجود أحجام تأثير متعددة لكل دراسة نظراً لاستخدام أداتين مثلاً لقياس المتغير أو يكون المتغير له عدد من الأبعاد وتم حساب حجم تأثير لكل بعد على حده تم الجمع بين حجوم التأثير لهذه المقاييس والأبعاد لإنشاء حجم تأثير واحد فقط للدراسة لاستخدامه في التأثير البعدي، وتم استخدام المتوسط المرجح لمعدلات التباين من المقاييس ضمن كل دراسة للحصول على حجم تأثير واحد فقط للتحليل.
- ٧- حساب قيمة متوسط حجم التأثير لكل الدراسات: بعد الحصول على قيم حجوم التأثير الخاصة بكل دراسة وكل متغير من متغيرات البحث الحالي تم حساب قيمة متوسط حجم التأثير لكل متغير على حده ثم تم جمع حجوم التأثير التي تم استخلاصها لكل دراسة بالتعويض في المعادلة التالية :

$$\text{متوسط حجم التأثير} = \frac{\text{حجم التأثيرات للدراسة الأولى} + \text{حجم التأثيرات للدراسة الثانية} \dots}{\text{العدد الكلي للدراسات}}$$

- ٨- تفسير قيمة حجم التأثير: قد استخدمت الدراسات مؤشرات مختلفة لتقدير حجوم التأثير، فبعضها استخدم مؤشر d لكوهين، والبعض استخدم مؤشر مربع آيتا ، والبعض الآخر قد استخدم مؤشر g لهيد جز، والبعض استخدم معامل الارتباط الثنائي^٢، ونظراً لاختلاف القيمة التفسيرية لتلك المؤشرات قامت الباحثة بتوحيد قيمة المؤشرات من خلال الرجوع الي بعض المراجع الإحصائية (Borenstein, Hedges, Higgins &

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

Rothstein, 2009; Polanin & Snilstveit, 2016; Fritz, Morris & Richler, 2012؛ عبد العاطي أحمد الصياد، وعبد الناصر السيد عامر، (٢٠١٣) لمعرفة العلاقة بين المؤشرات المختلفة وتحويلها إلى مؤشر واحد فقط يعتمد عليه في التوصل إلى النتائج وتفسيرها و كانت حجوم التأثير التي تم استخدامها في البحث الحالي هي الفروق المعيارية وتمثلها قيمة "d" ، وهي تقدر حجم التأثير في ضوء تكميم حجم الفروق، ويمكن تفسير هذا المؤشر باستخدام إرشادات Cohen عام ١٩٩٢، وهي كالتالي:

حجم تأثير ضعيف	من ٠,٢ إلى ٠,٤
حجم تأثير متوسط	من ٠,٥ إلى ٠,٧
حجم تأثير كبير	من ٠,٨ إلى ٢,٠ أو أكثر

المفاهيم الأساسية للبحث:

العلاج المرتكز على الرحمة Compassion- Focused Therapy

يعرف العلاج المرتكز على الرحمة بأنه التدخل النفسي القائم على الأدلة المستمدة من مجموعة متنوعة من العلاجات النفسية، والبحوث في مجال العلوم التطورية، والاجتماعية، والنفسية العصبية، وهو طريقة للعلاج النفسي عبر تشخيصي تم تطويره لمساعدة الأفراد الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الشعور بالخزي (العار)، ونقد الذات المفرط، ويركز هذا النهج العلاجي على تعزيز الرحمة compassion والمشاركة مع الالتزام بتطوير الحكمة والشجاعة للتخفيف من المعاناة ومنعها، ويوفر ممارسات محددة للتنظيم الانفعالي، واستراتيجيات للتبديل من العدائية نحو الذات إلى التعاطف والرحمة بالذات-self compassion، والافتراض الأساس الذي يبني عليه CFT أن الشعور بالخزي والعار، والنقد المفرط للذات يظهر لدى الأفراد الذين عادة يأتون من خلفيات مسيئة أو مهملة، مما يثير لديهم الشعور بالعجز في قدرتهم على التمكن من الشعور بالانتماء والدفء والطمأنينة العاطفية، مما يدفعهم إلى تبني طرق لا تكيفية للتأقلم مع المحن العاطفية، ويشعرون بالخزي (Kelly & Carter, 2017; Pepping et al., 2017).

المراجعة المنهجية: Systematic Review

يعرفها Cochrane علي أنها توليف نتائج العديد من الدراسات الأولية باستخدام التقنيات التي تقلل من مخاطر التحيز والخطأ العشوائي وتهدف تلك المراجعات إلى تقييم الاتساق (أو غيابه، أي وجود عدم التجانس) عبر الدراسات الأولية للحصول علي تقدير إجمالي للدراسات ذات الصلة وتقييم جودة تلك الدراسات لتقديم دليل للدراسات المستقبلية في نفس الموضوع (Delgado-Rodríguez, & Sillero-Arenas, 2018, 445). وكتب Feldman أن المراجعات المنهجية يمكن اعتبارها نوعا من البحوث في حد ذاتها ومنهجها يستخدم أساليب وفنيات بحثية مميزة ومستقلة عن أسلوب التحليل البعدي، ووصف أربعة خطوات في عملية المراجعة هي أخذ عينات الموضوعات والدراسات المتعلقة بها، ووضع خطة لفهرسة وترميز البيانات، ودمج الدراسات، وكتابة التقرير (Cooper & Hedges, 1994, 6).

بينما أشار (Delgado-Rodríguez AND Sillero-Arenas (2018) أن المخطط العام للمراجعة المنهجية يتكون من عدة مراحل أخرها هو إجراء التحليل البعدي، والذي يراه الباحثان إجراء يقتصر علي تحليل البيانات الكمية للمراجعة المنهجية، وتلك المراحل هي كما يلي:

- ١- تحديد سؤال بحثي يستند إلى فرضية.
- ٢- اختيار مجتمع الدراسات (الدراسة الأولية): وتتضمن هذه المرحلة - تحديد مصادر البيانات (قواعد البيانات التي يتم مسحها).
- وضع معايير تضمين الدراسات أو استبعادها.
- ٣- جمع وتلخيص البيانات من الدراسات المجمع (عينة الدراسة) ، وتتضمن تلك المرحلة :
- تقييم صلاحية الدراسات وجودتها.
- استخراج البيانات من تلك الدراسات ذات الجودة.
- ٤- إجراء التحليل البعدي للبيانات الكمية المستخرجة، وتتضمن أيضا:
- استخدام الأساليب الإحصائية للجمع بين البيانات وتولييفها.

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

- تقييم عدم التجانس في التقديرات المجمعة.
- التثبت من التحيزات بالدراسات المنشورة.

التحليل البعدي: Meta-analysis

يعرفه (1982) Glass بأنه أسلوب تحليل إحصائي لنتائج مجموعة من البحوث في مجال ما بهدف استقراء تعميمات مفيدة من البيانات والنتائج التي توصلت إليها تلك البحوث.

ويشير (2001) Brockwell and Gordon إلى أن التحليل البعدي عملية تحديد للمعلومات ذات الصلة بسؤال بحثي معين واختيارها وتقييمها وجمعها.

كما يحدد (2008) Shacher مفهوم التحليل البعدي بأنه مجموعة من التقنيات المنهجية المنظمة لحل التناقضات الظاهرة في نتائج البحوث ويحولها من نتائج فردية مختلفة إلى مقياس مشترك، ويوضح إحصائياً العلاقة بين خصائص الدراسة ونتائجها، ويهدف إلى التكامل الكمي للنتائج من الدراسات المختلفة، فهو يقدم كل دراسة كوحدة للتحليل، وتتم مقارنة النتائج بين الدراسات المختلفة من خلال تحويل النتائج إلى مقياس مشترك يسمى حجم التأثير Effect size .

ويري كل من (2004) Hunter and Schmidt أن التحليل البعدي يصحح الآثار المشوهة لخطأ اختيار العينات، وخطأ القياس، والتضارب في نتائج الدراسات الفردية، وهذا من شأنه التوصل إلى فهم أفضل وأكثر موضوعية للأدبيات البحثية الفردية ليكون الهدف في النهاية هو إنتاج المعرفة التراكمية مما يساهم في تطور النظريات التي هي ركيزة العلوم.

الإطار النظري:

لتحقيق أهداف البحث، يلقي الإطار النظري الضوء على الجوانب التالية:

العلاج المرتكز على الرحمة (CFT) Compassion- Focused Therapy

طور هذا النوع من العلاج بداية كتدخل علاجي لحالات اضطرابات المزاج والأفراد الذين يعانون من مشكلات معقدة في صحتهم النفسية، ناتجة عن فقدان شعورهم بالأمن العاطفي، وأظهرت المراجعات المنهجية الأولية أن CFT علاج واعد لتلك

الصعوبات، وخاصة عندما يكون هناك مستويات مرتفعة من نقد الذات (Gilbert, 2012; Leaviss & Uttley, 2015).

فالرحمة تتضمن كلاً من الحساسية للمعاناة والالتزام بتخفيفها والحد من سطوتها من خلال التفكير بهدف تطوير مشاعر الأمن والدفء والتراحم التي تعد من المشاعر الأساسية والضرورية لخفض مشاعر الخوف والعار وتسهيل عملية التنظيم الانفعالي الصحية، والتغيير السلوكي، وبالتالي يكون الهدف الأساسي للعلاج المرتكز على الرحمة CFT هو مساعدة الفرد على تطوير طرقاً أكثر تعاطفاً ورحمة للتواصل مع نفسه ومع الآخرين من حوله ليصبح كذلك أكثر تقبلاً للتعاطف من قبل الآخرين، واستبدال لوم الذات بالشفقة بالذات (Kelly & Carter, 2015).

وطور Gilbert العلاج المرتكز على الشفقة، واقترح أن هذا النوع من العلاج يتضمن ثلاثة أنظمة عاطفية رئيسة وهي: التهدة (التسكين) Soothing؛ والتهديد Threat؛ والدفء Drive، وطبقاً لهذا النموذج الثلاثي طور Gilbert هذا العلاج الذي يركز على الرحمة والتعاطف، والتركيز الرئيس لهذا العلاج هو مساعدة العميل على أن يستحضر تلك الأنظمة الثلاثة إلى حالة التوازن التكيفي، والذي عادة ما ينطوي على مساعدة الأفراد على الوصول إلى نظام التهدة الخاص بهم وتفعيله، كوسيلة تكيفية للتنظيم الانفعالي، وأن يتجه الفرد نحو الأمن بدلاً من الشعور بالأسف، ووفقاً لنظرية Gilbert فإن نظام التهدة الذاتية Self- Soothing System ينطوي على الشعور بالتعاطف، والقبول، والانتماء، والانسجام مع الآخرين (Gilbert, 2009a, 2009b; Gilbert, 2010a, 2010b).

والتركيز الأساسي لـ CFT هو الصلة بين النقد المفرط للذات والشعور بالخزي والعار، وهنا يمكن التمييز بين الشعور بالخزي الداخلي والخارجي، ففي حالة الخارجي يكون تركيز الانتباه إلى الخارج على ما يفكر فيه الآخرون ويشعرون تجاهنا، وهنا قد يلجأ الفرد إلى الإسقاط Projection أو التعقل Mentalizing، ويشعر الفرد بأنه ينظر إليه من قبل الآخرين على أنه غير مرغوب فيه وغير مقبول، وهذا يمكن أن ينشط لدى الفرد مجموعة متنوعة من السلوكيات الدفاعية مثل الاسترضاء أو التجنب للهروب من العدوان، وفي حالة الشعور بالخزي الداخلي يكون التركيز على الداخل، وتتمحور هنا عمليات التقييم الذاتي

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

الداخلية حول مشاعر ذاتية التوجيه نحو الغضب والاحتقار وحتى الكراهية للذات، وتكون تلك المشاعر السلبية هي الحاسمة في خبرة النقد الذاتي مما يوجه الفرد نحو تفعيل مجموعة متنوعة من الآليات الدفاعية مثل التجنب العاطفي، وتناول المخدرات أو إيذاء الذات وهكذا (Gilbert et al., 2014; Gilbert, 2007a, 2007b).

ويرى (Long et al. (2010) أن استحضار التقييم الذاتي إلى العقل يحفز أنظمة الدماغ المختلفة في محاولة لطمئنة الذات، ولكن المستويات المرتفعة من نقد الذات ترتبط باستدعاء استجابات التهديد أثناء محاولة الفرد للوصول إلى الطمئنة الذاتية، مما يعوق الوصول إلى حالة السكون أو التهدئة.

ويلخص (McLean, Steindl and Bambling (2018) المبادئ الأساسية لـ CFT

في النقاط التالية:

- يعتمد على فهم تطوري للعواطف والدوافع والسلوكيات.
- يقدم للأفراد الذين يعانون من النقد المفرط للذات ومستويات عالية من الشعور بالعار.
- يقر بدور خبرات التعلق المبكرة والعقل الاجتماعي في تشكيل النمو البشري.
- ينشط نظام التهدئة والتنظيم الانفعالي، ويقلل من هيمنة نظام التهديد.
- يشجع توجهاً نحو التأقلم الإيجابي مع الضغوط والمعاناة بدلاً من التوجه نحو التجنب.

وبناء على ما سبق طرح Gilbert عدداً من التساؤلات مثل: ما هو الاطمئنان الذاتي، والرحمة بالذات؟ هل لديهم خصائص علاجية؟ كيف يعملون في أدمغتنا؟ هل يمكن تعليم الناس التركيز على هذه العناصر في علاقتهم مع أنفسهم ومع غيرهم؟ هل يمكن الوصول إلى أي بيانات عن مدى فائدة ذلك؟ ومن خلال الجهود المبذولة للرد على تلك التساؤلات كان بداية وضع الأسس النظرية وتطور العلاج المرتكز على الرحمة (Gilbert, 2012).

١- الأسس النظرية Theoretical Underpinning:

المفهوم الرئيس الأول: طبيعة ووظائف الرحمة والعقل الرحيم The nature and functions of compassion and the compassionate mind

يشق لفظ الرحمة ومعناها من أصل لاتيني وهي كلمة *Compati* وهي تعني "أن يعاني مع" وهناك تعريف *Lama* والذي يعرف الرحمة بأنها الحساسية لمعاناة الذات والآخرين، مع الالتزام العميق بمحاولة التخفيف منها، وهذا يمثل حساسية الانتباه والإدراك بالإضافة إلى الدفع، كما يتم إعطاء قيمة وأهمية للعناصر المعرفية، كما حددت *Neff* (2003, 2011) ثلاثة عناصر أساسية للرحمة بالذات *Self- Compassion* هي: الإدراك والانفتاح تجاه المعاناة الشخصية، وأن الفرد متعاطف مع ذاته وغير مدين لها، وأخيراً إدراك أهمية مشاركة الآخرين في خبرة المعاناة، وعدم الشعور بالوحدة والخجل الشديد (العار) من الذات، والانفتاح على إنسانيتنا المشتركة.

ويستند نموذج الرحمة المستخدم في علاج *CFT* إلى النهج التطوري لأداء الوظائف النفسية، والذي يشير إلى أن الدافع إلى الرحمة والتراحم يرتبط بنظم الدماغ المتطورة، والتي تدعم سلوكيات الإيثار، والتعلق، والانتماء، والتعاطف عادة توفر الفرصة لخبرة الترابط، والأمن، والتهديئة، والمشاركة، والتشجيع، والدعم (Gilbert, 2005).

ويضيف (Cozolino 2007) أن الإنسان إذا أشبع احتياجاته العاطفية المتعلقة بالانتماء والتعاطف والتراحم من الآخرين في مراحل عمره المبكرة يكون لهذا آثار كبيرة على مجموع عملياته الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية والتي تؤدي في النهاية إلى أثر جيد على عمليات التنظيم والرفاهية لديه.

وفيما يتعلق بمفهوم العقل الرحيم *Compassionate Mind*، يرى *Gilbert* (2005) أن هذا ليس مفهوماً بسيطاً ولكنه ناتج عن دمج مجموعة من السمات والمهارات والكفاءات المختلفة، ويمكن التمييز بين سمات الرحمة، وهي الأشياء الضرورية للرحمة وبين مهارات الرحمة، كما يلي:

سمات الرحمة (Eisenberg, 2002; Hayes et al., 2004; Dryden, 2009):

- ١- الدافع والرغبة في الحصول على الاهتمام والرعاية ومساعدة الذات والآخرين.
- ٢- الحساسية والانتباه للمعاناة تسمح للفرد أن يكون علاقات عاطفية، بل والتعاطف مع تلك المشاعر.

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

- ٣- التعاطف Sympathy ويسمى بالمشاركة الوجدانية، وهو رد فعل عاطفي تلقائي وتواصل يربط بالنشاط العصبي الانعكاسي.
- ٤- القدرة على تحمل مشاعر الضيق، والمشاعر المؤلمة غير السارة سواء لأنفسنا أو للآخرين، ويرتبط هذا بأنواع أخرى من العلاج النفسي والذي يركز على التجنب التجريبي وتطوير القبول واليقظة العقلية، كما أنه يرتبط كذلك بمفاهيم العلاج العقلاني السلوكي، فيما يتعلق بطريقة بعض الناس الذين يقولون لأنفسهم مشاعر معينة أو أشياء "غير محتملة" أكثر من كونها صعبة.
- ٥- القدرة على أن تكون متعاطفاً، الأمر الذي يتطلب بعض العناصر المعرفية من تخيل ما يعانيه الشخص الآخر، وفي التواصل العاطفي علينا أن نتصور أنفسنا، وكأننا نحن والآخر شيء واحد وأن نواجه نفس الأحداث التي يواجهونها.
- ٦- أن يحظى الفرد بالاهتمام الإيجابي والحيادية، ولا يصدر أحكاماً ولا يوجه الإدانة، أي لا يتخذ موقفاً من أي شيء يمكن أن يحدث.

مهارات الرحمة:

فيما يتعلق بالمهارات، وهي التي تساعد على تطوير سمات الرحمة المستهدفة من العلاج، لذلك يتم تعليم الأفراد تطوير الرحمة في انتباههم، وتفكيرهم، ومنطقهم، ومشاعرهم، وسلوكياتهم، وتعليمهم كيفية استخدام وتطوير الوعي بالرحمة بالتركيز على التخيل الذهني والإحساس المرهف، وكل من السمات والمهارات تتم في سياقها ضمن مناخ عاطفي من الدفء (Gilbert, 2012).

ب-المفهوم الرئيس الثاني: النموذج الفسيولوجي العصبي The Neurophysiological Model

ويقوم هذا النهج العلاجي من الناحية النظرية على نظرية العقل الاجتماعي ل Gilbert, Social Mentality Theory والتي تصنف العقليات الاجتماعية باعتبارها أنماطاً مشروطة تتعلق بالذات وبالآخرين، والتي يتم إنشاؤها من خلال تفعيل النشاط العصبي لأنظمة التنظيم المؤثرة على الدماغ، ويمكن تنشيط تلك الأنظمة إما خارجياً عن طريق إشارات تقع خارج الذات، أو من خلال التحفيز الداخلي، وكشف نموذج مشتق من الأبحاث الفسيولوجية العصبية أن أدمغتنا تحتوي على ثلاثة أنظمة على الأقل من أنظمة

تنظيم الانفعالات الأساسية، وطبقاً لهذا النموذج الثلاثي طور Gilbert هذا النوع من العلاج CFT، وتلك الأنظمة الثلاثة هي (Gilbert, 2012; Gilbert, 2014):

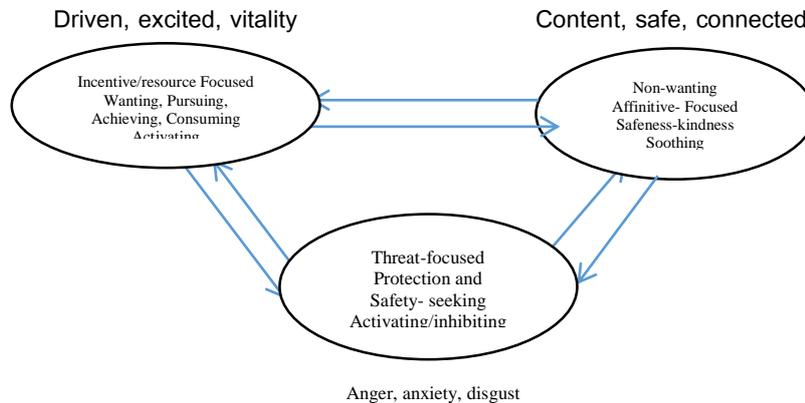
١- نظام التهديد والحماية الذاتية Threat/Self-protect System: يركز هذا النظام على التنبه نحو الكشف عن التهديدات وتفعيل الاستراتيجيات الدفاعية لمعالجتها والتصدي لها، وهناك العديد من الانفعالات القائمة على التهديد مثل القلق، والغضب، والاشمئزاز، وهكذا، وقائمة أخرى من السلوكيات الدفاعية مثل الصراع والهروب والاستسلام أو الخضوع والإذعان والفتور.

٢- نظام الدفع والبحث والاستحواذ Drive, Seeking and Acquisition System: يركز هذا النظام على صرف الانتباه نحو الموارد المفيدة وتجربة التفعيل في محاولة للحصول عليها والاستمتاع بتتبعها والبحث عنها وتأمينها.

٣- نظام الانتماء والهدوء والرضا Contentment, soothing and Affiliative Focused System: ويهدف هذا النظام إلى تمكين حالة من السلام والانفتاح عندما لم يعد الأفراد يركزون على التهديدات أو البحث عن الموارد، وعلى مدى الوقت أثناء تطور هذا النظام الخاص بالتهدئة يتم تكيفه لكثير من وظائف التعلق والسلوك الانتمائي الذي يتطور مع القدرة على تهدئة عمليات التهديد وفي نفس الوقت يحفز التأثيرات الإيجابية وطرائق السلوك. ويوضح الشكل التالي الأنواع الثلاثة لنظام التنظيم الانفعالي كما حددها

Gilbert

Three types of affect regulation system



شكل (١) نموذج Gilbert للتنظيم الانفعالي

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

إن، فإن مفهوم المكان الآمن، ومشاعر السلام والرفاه والرضا هي مفاهيم خاصة ومهمة في العلاج المرتكز على الرحمة، وخاصة أنهم ينظمون الدوافع والتهديدات، كما أن هذا النهج العلاجي يسعى إلى تطوير العقل الرحيم الذي يجند تلك النظم النفسية العصبية، ويبني القدرات للتعامل مع المواقف الصعبة وتسهيل خبرة الشعور بالطمأنينة والأمان والرفاهية.

٢- كيف يمكن وضع التصور لمشكلة مريض (تصور الحالة) How client problems are conceptualized:

تشبه صياغة الحالات في CFT إلى حد كبير الصياغة في العلاج المعرفي السلوكي CBT، ويدرك المعالج صعوبات العميل من خلال خبرات الحياة غير السارة (وكيفية الإبقاء عليها)، واستراتيجيات مواجهتها للحد منها، والنتائج غير المقصودة التي يتم الوصول إليها.

وينصب الاهتمام في هذا العلاج CFT على الخبرات التي تشكل أنظمة التهديد، والدوافع/ الإنجازات، والتهديئة/ الانتماء، وكيف أن تلك الخبرات تصبح جزءاً أصيلاً من إحساس الفرد كما يتضح في السطور التالية: (Gilbert, 2007a, 2007b; 2010a, 2010b; Gumely et al., 2010).

يتم في علاج CFT التمييز بين المخاوف الداخلية والخارجية، وكذلك استراتيجيات الأمان الموجهة داخلياً وخارجياً، وترتبط المخاوف الداخلية وتنبثق من أشياء داخل الذات، مثل المشاعر العميقة والذكريات الصادمة، واستراتيجيات الأمان (السلامة) هنا تركز على السيطرة على هذه الحالات الداخلية للعقل، أما المخاوف الخارجية فتتركز على الأشياء في العالم الخارجي للفرد، غالباً ما تتضمن استراتيجيات الأمان (السلامة) الموجهة خارجياً نحو تجنب أشياء معينة أو أشخاص بعينهم، وتتطلب استراتيجيات الأمان الموجهة خارجياً محفزات خارجية بينما تتطلب الاستراتيجيات الموجهة داخلياً محفزات داخلية.

ويتم في CFT استكشاف المشاعر الأخرى التي يشعر بها الفرد عندما يبدأ في الشعور بالحزن، وتم الكشف عن الكثير من مشاعر الغضب واللوم الذاتي، والعار، والذنب، والأسف، والخوف، وكانت هذه كلها جزءاً لا يتجزأ من مشاعر الحزن التي يصعب وصفها أو التعبير عنها، بل وتؤدي إلى جعل الحزن عميقاً جداً في النفس، وجد المعالجون في CFT

أن العمل على هذه المشاعر تحديداً (في الغالب) يقدم مساعدة حقيقية وتحرر الفرد من مشاعر الحزن العميق.

ومن أساسيات الصياغة في CFT أيضاً: مساعدة المريض على إدراك العواقب غير المقصودة والمتعلقة بالاستراتيجيات التي يستخدمها في التعامل مع مشكلاتهم، فيتعلمون من خلال العلاج كيفية تحمل المشاعر والتعامل بطرق جديدة أكثر مرونة، وكيفية إدارة الغضب والصراعات بدلاً من التجنب خوفاً من الفشل أو الانتقاد، فالأفراد الذين يفتقرون إلى التحقق من مشاعرهم في كثير من الأحيان يتصارعون مع مشاعرهم ويصبحون ناقدين جداً لذواتهم.

3- الإجراءات العملية Practical Applications:

(أ) العلاقة العلاجية The therapeutic relationship:

كما في كل أنواع العلاج النفسي، تلعب العلاقة العلاجية دوراً مهماً في النتائج العلاجية النهائية، فإن إيجاد علاقة علاجية آمنة هو عامل أساسي جداً في علاج CFT للتعامل مع عملاء يشعرون بالعار الشديد والنقد المفرط للذات، حيث إن هذا العلاج طور أصلاً من أجلهم.

ويحاول المعالج أن يحقق سمات الرحمة بشكل واع وبطرق مدروسة مع الأخذ بعين الاعتبار مشاعر العار، كما أن بعض المهارات مثل الحوار السقراطي، والاكتشاف الموجه، ورصد الأفكار والمشاعر والسلوكيات والنظرة المتوازنة، والتجارب السلوكية، والتعرض للمجالات والصور الذهنية، والتدخلات العملية (التأملات التي تركز على الرحمة) والعلاجية، جميعها يمكن أن تستخدم بسهولة من خلال علاقات علاجية آمنة (Gilbert, 2005).

(ب) استراتيجيات العلاج Strategies of treatment:

يشير CFT إلى جميع جوانب العلاج بداية من العلاقة العلاجية إلى التدخلات التي تسهل الوصول إلى تطوير أنظمة التهئة والانتماء لتحقيق التوازن بين الدوافع والتهديدات. وتشير تدريبات العقل الرحيم CMT إلى التمارين المرتكزة على الرحمة، فجزء

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

كبير من العمل في CFT يركز على بناء القدرة على التراجع (التعاطف) من خلال ما يلي:
(Gilbert, 2012, 2014)

- تطوير القدرة الداخلية على التعامل مع التهديدات وعمليات الدفع، واتخاذ موقف رحيم تجاه الجوانب المخيفة من عقولنا مثل الذكريات الصادمة أو الانفعالات القوية يساعد على المشاركة والتأقلم بدلاً من أن يكون متجنباً أو خجولاً أو لائماً لذاته.
- بناء القدرة على تجربة المشاعر الإيجابية، وخاصة الانتماء والطمأنينة، حيث إن العديد من العملاء يخشون من هذه المشاعر الإيجابية.
- استخدام تدخلات متعددة تركز على تدريب العميل على تهدئة إيقاع التنفس، والانتباه (اليقظة العقلية)، واستكشاف التحيزات المعرفية والانفعالية، والتجنب السلوكي، واستخدام التخيل، والتركيز على المدركات الحسية المرتبطة بالمواقف.

4-التقنيات الأساسية للعلاج: التخيل الرحيم Major treatment techniques:
Compassionate imagery

يمكن أن يكون للتخيل تأثيرات فسيولوجية قوية جداً، وقد تكون أكثر بكثير من الجهود اللفظية لإحداث التغيير المطلوب، وفي علاج CFT يمكن اعتبار التخيل التدخل العلاجي الأساسي، والذي يعتمد على عدد من المجالات المتنوعة، جميعها يتطلب تدريبات لليقظة العقلية ويجب أن يتم إجرائه بانتباه (Allen & Knight, 2005; Germer, 2009).

أ-تطوير الذات الرحيمة الداخلية:

تركز هذه التدريبات على توليد الشعور والإحساس بالشفقة (الرحمة) الذاتية، ويبدأ التدريب على إجراء الدخول في حالة التنبه والحفاظ على وضعية الجسم، والتدريب على عمل استرخاء لعضلات الوجه والفكين والجبين والخددين، وإيجاد ابتسامة حنونة من خلال تقويس الفم، والتوقف عند اللحظة التي يشعر فيها العميل بالراحة، مع الشعور بتعبيرات الوجه الحنونة، والتركيز على مشاعر التعاطف واللفظ ورغبة حقيقية في أن يكون مفيداً (مساعد- فاعل خير) (Gilbert, 2012).

ويتخيل العميل هنا أنه شخص عاطفي متعاطف بشدة ويتسم بالحكمة (قادر على التفكير ورؤية الأشياء من وجهات نظر مختلفة مع فهم طبيعة ما يعانيه من صعوبات)،

ولديه الشعور بالثقة والهدوء، والشعور باللطف والدفء والحنو، والشعور بالمسئولية من حيث كونها دافعة له ليكون مفيداً وداعماً، لهذا يكون الشخص مدعواً ليتصور نفسه وأنه أصبح في حالته الأفضل على الإطلاق، وأنه محل للثقة، وأنه مؤكد لذاته ومشاعره، وذاته تتسم بالحنان والشفقة والرحمة (Gilbert, 2012).

ب- تدفق الرحمة من داخل العميل إلى الآخرين:

يركز هذا التدريب على أن يستحضر العميل في عقله شخصاً ما (أو حيواناً مثلاً)، ويقوم برعايته ويتمنى أن يراه سعيداً ومتحرراً من أي معاناة، ومن خلال المشاعر ورؤية ذاته متعاطفاً يستشعر العميل مشاعره الحنونة والرحمة تجاه هذا الشخص ويوجه إليه الرأفة والتعاطف (Kabat-Zinn, 2005; Germer, 2009).

ج- الرحمة المتدفقة إلى الذات:

يكون التركيز هنا على أن يكون العميل منفتحاً لتقبل اللطف من الآخرين، وهذا ينطوي على استدعاء الأحداث والمواقف من الذاكرة التي تضمنت تعاطفاً من الآخرين تجاه العميل، ويعمل العميل على تخيل تلك المواقف الرحيمة ويتصل خياله بمشاعر تلك اللحظة (Gilbert, 2012).

د- الرحمة (التعاطف) مع الذات:

يرتبط ذلك بتطوير المشاعر والأفكار والخبرات التي تركز على التعاطف مع الذات، وفي هذا التمرين يتم التعامل مع صورة رحيمة وبعد ذلك نتخيل أنفسنا في هذا الموقف الرحيم، وهذا التمرين يتطلب من الشخص أن يستكشف الرحمة عن الذات التي يتخيلها، متمنياً أن يكون سعيداً (Gilbert, 2009; Neff, 2011). وخالياً من مشاعر المعاناة، والعديد من العملاء يجدون هذا صعباً ويستغرق وقتاً للممارسة والمشاركة التدريجية والتعرض لتلك المشاعر والإجراءات، وبعد ذلك يسمح للعميل بأن يتخيل الذات في المستقبل وكونها في واقع سعيد، ويلاحظ كيف يشعر، وكيف تبدو، وكيف يمكن تحقيقها في المستقبل القريب، فتشير البحوث إلى أن مساعدة الناس على توليد صور إيجابية يمكن أن يكون لها آثار إيجابية على حالاتهم المزاجية (Holmes, Lang & Shah, 2009).

هـ-صورة رحيمة في العمل:

في علاج CFT فإن هذه الصور تساعد في العمل على التعامل مع مختلف المشاعر والتجارب داخل النفس والتسامح معها وبشجاعة، فيقبل على تغيير سلوكه، ويتخيل العميل نفسه في حالة القلق، ويركز تخيله على استحضار تعبيرات وجهه وهو في هذه الحالة، وتمر تلك الأفكار والمشاعر من خلال عقله، ثم يبدأ في تخيل التعاطف مع هذه الحالة من القلق الذي يراه في ذهنه، وكيف يمكن أن يساعد، وماذا يمكن أن يقول، وهنا يتخيل العميل كيف يمكن أن يتعامل مع الجزء المزعج بالنسبة له في ذاته، ليحصل في النهاية على ما يريد، ويرى كيف يمكن تغييره (Gilbert, 2012).

هـ-فنيات تطوير مهارات الرحمة Developing Compassionate Skills

أ- كتابة رسائل الرحمة Compassionate letter writing:

تعد كتابة الرسائل واحدة من الفنيات التي تساعد التفكير الرحيم (المتعاطف) وعملية الاستبطان، ويستمد نهج CFT هذا من أعمال (Pennebaker 1997)، حيث يكتب العملاء رسائل عن الصعوبات والمحن الخاصة بهم، ويجب أن يقوم المعالج بالتحقق من تلك الرسائل وفهمها وتدعيمها، ويكتب العميل الرسائل التي تتضمن اعتقاده بأنه شخص متعاطف ورحيم، وهي رسائل استبداليه تماماً، وتقدم للعميل الكثير من النصائح الذاتية الموجهة للذات، وكتابة تلك الرسائل تكون مفيدة جداً للعميل.

ب- فنية الثلاث كراسي Three Chairs:

كانت Lesley Greenberg وزملائها روداً في تطور أسلوب الكرسيين Two Chairs، حيث يمكن لأجزاء مختلفة من الذات أن تتشارك في حوار، وهذا قد يكون ذا فائدة عندما يجري الحوار بين الجانب الذاتي الناقد وبين المنتقد (Whelton & Greenberg, 2005)، وفي علاج CFT تستخدم فنية ثلاثة (أو أكثر) كراسي، ويكون الكرسي الثالث هو الخاص بالذات الرحيمة ويوضح (Gilbert and Irons 2005) انه من المفيد مساعدة العميل على التبادل النقدي من الكرسيين الآخرين والتفكير في ذلك بطريقة رحيمة، وعند استخدام الكرسي الثالث يركز العميل على طريقة تنفسه ثم يتواصل بعد ذلك مع صورته الذهنية عن صورة ذاته الرحيمة، مع درجة من الشعور بالرحمة والتعاطف، وهذا ما يساعد في بناء قدرة التراحم الداخلية بداية، وهذا مهم جداً لأنه يسهل تعزيز ذلك الجزء من الذات،

وبدون بناء تلك القدرة على الرحمة بالذات، ويكافح بعض العملاء ولا سيما الأشخاص الذين ينتقدون أنفسهم شدة من أجل التعامل مع الجانب الناقد من ذواتهم.

ج- العمل مع الذكريات Working with memories:

تعمل الذكريات الانفعالية بصورة معقدة للغاية، متضمنة المجالات الشعورية واللاشعورية، ويمكن أن يكون لها تأثيرات كبيرة على النظم الفسيولوجية، ويتخذ CFT وجهة نظر مماثلة حيث إنه يركز على طرق الإشارات الكلاسيكي، بالإضافة إلى ذلك تشير البحوث الحديثة أن التغيير يمكن أن يحدث من خلال العمل بشكل مباشر على تغيير الذكريات الانفعالية، وتسهيل تفعيل الذاكرة الانفعالية في مواقف مختلفة. حيث إن الهدف من CFT هو توليد تجربة انفعالية بديلة، وذلك باستخدام طبيعة الدماغ الخاصة بعمليات التنظيم ونظمها وذلك عن طريق التركيز على الرحمة، ومن ثم فإن توليد التركيز على الرح يؤثر على الصور الذهنية والتخيل، وإعادة التركيز، وقد استخدمت بنجاح كبير مع الصدمة (Wheatley et al., 2007).

دراسات سابقة:

هناك بعض الدراسات تناولت بالتحليل فعالية العلاج المرتكز على الرحمة، ولكن قد تناول بعض تلك الدراسات تحليلات كمية عن طريق حساب حجوم التأثير باستخدام أسلوب التحليل البعدي، واقتصر بعضها الآخر على إجراء التحليلات النوعية دون التطرق للتحليلات الإحصائية.

ومن الدراسات التي تناولت فعالية CFT باستخدام التحليلات الكمية (التحليل البعدي) دراسة (Linardon et al. (2017) وهدفت إلى تقييم فعالية أنواع التدخلات العلاجية التي تتبع الموجة الثالثة من العلاج السلوكي وواحدة من تلك التدخلات هي طريقة العلاج المرتكز على الرحمة، وتم ذلك من خلال مراجعة منهجية وتحليل بعدي لنتائج ٢٧ دراسة تناولت فعالية كل تدخلات الموجة الثالثة في خفض اضطرابات الأكل لدى عينات الدراسة، وكان عدد الدراسات التي تناولت فعالية CFT ثلاث دراسات فقط، وأظهرت نتائج المراجعة المنهجية والتحليل البعدي لتلك الدراسات الثلاث تحسينات كبيرة في اضطرابات

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

الأكل لدى عينات الدراسات، وكان متوسط حجم التأثير ل CFT كبيراً بمقياس كوهين (١,٠٤).

وهدف دراسة (Kirby, Tellegen and Steindl (2017) إلى توليف نتائج الدراسات التي تناولت التدخلات العلاجية القائمة على الرحمة Compassion- Based Intervention من خلال استخدام أسلوب التحليل البعدي، وشمل التحليل ستة أنواع من التدخلات القائمة على الرحمة منها العلاج المرتكز على الرحمة CFT، وتم إجراء التحليل لعدد ٢١ دراسة توصلت نتائجها إلى أن حجوم التأثير التي تم حسابها لتلك التدخلات كانت من متوسطة إلى مرتفعة لكل متغير من المتغيرات التابعة للدراسة، وهي الرحمة، والرحمة بالذات، واليقظة العقلية، والاكتئاب، والقلق، والضغط النفسي، والرفاهية النفسية.

كما هدفت دراسة (Kirby (2017) إلى إجراء مراجعة ووصف تحليلي للتدخلات العلاجية القائمة على الرحمة، ووصف تطورها النظري، ومحتوى التدخل، وإعطاء لمحة عامة وقاعدة أدلة لكل منها، وأوجه الشبه والاختلاف بين النماذج المعروفة للتدخلات القائمة على الرحمة، وأسفر الجزء الخاص بالمراجعة المنهجية لتحليل نتائج تلك الدراسات عن ثمانية أنواع مختلفة لتلك التدخلات، وأظهرت نتائج التحليل البعدي أن تلك التدخلات حجوم متوسطة في تغيير المعاناة النفسية وتحسين مستوى الرضا عن الحياة لدى عينات الدراسة.

أما الدراسات التي تناولت أساليب تحليلية نوعية لفعالية العلاج المرتكز على الرحمة منها دراسة (Goss and Allan (2014) وهدفت إلى إجراء مراجعة قصصية Narrative Review للأدبيات الموجودة والممارسات الحالية ل CFT مع اضطرابات الأكل إلى توضيح دور الشعور بالعار والنقد المفرط للذات والعدائية نحو الذات في توليد الصعوبات لدى مرضى اضطرابات الأكل، وتصف تلك الدراسات كيفية تعامل CFT بشكل مميز وفريد مع تلك الصعوبات، ومن خلال تلك التحليلات للأدبيات يمكن وضع الخطط العريضة للتطورات الأخيرة والمستقبلية المحتملة ل CFT، وتوصلت في النهاية إلى أن CFT يعد علاجاً واعداً ومفيداً لمرضى اضطرابات الأكل.

ويقدم (Beaumont and Martin (2015) مراجعة قصصية لنتائج البحوث التي تناولت استخدام CFT لتحسين النتائج النفسية في العينات الكلينيكية الذين يعانون من مجموعة متنوعة من مشكلات الصحة النفسية، وقد تم تحديد ١٢ دراسة أظهرت نتائجها

تحسينات كبيرة لدى الأفراد الذين يعانون من أعراض الصدمة، وإصابات الدماغ، واضطرابات الأكل، واضطرابات الشخصية، واضطرابات طيف الفصام، والذهان، ومشاكل الصحة النفسية المزمنة، وتوصلت النتائج إلى أن CFT يعد علاجاً فعالاً، ويزيد من النتائج العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي إذا اقترن به.

أما دراسة (Leaviss and Uttley 2015) فهدفت إلى تجميع الأدلة البحثية على مدى جدوى استخدام CFT مع الأفراد الذين يعانون من النقد المفرط للذات والشعور بالعار من خلال إجراء مراجعة نوعية لعدد ١٤ دراسة، وأظهرت نتائج هذا التحليل فعالية CFT، وأنه علاج واعد في التدخل العلاجي لاضطرابات المزاج وخاصة تلك التي ترتبط بالنقد المفرط للذات، وأن هذا العلاج لا يزال بحاجة إلى الكثير من الجهود البحثية لتدعيم وتعزيز تلك النتائج.

وهدفت دراسة (Liddell 2015) لإجراء مراجعة منهجية لتقييم الوضع الحالي للتدخلات العلاجية القائمة على الرحمة في تحسين الرفاه النفسي والحد من الضغوط لدى عينة من البالغين، وتناولت الدراسة المقارنة بين عدد من التدخلات القائمة على الرحمة، وتمت المراجعة لعدد ١٥ دراسة في الفترة من ٢٠٠٤-٢٠١٥، وأظهرت نتائجها أن تلك التدخلات كان لجميعها تأثيرات دالة في خفض الاكتئاب والقلق وبعض الأعراض النفسية الخرى على طول الوقت.

كما هدفت دراسة (Simmonds 2015) إلى تقييم نتائج المعالجة المرتبطة بالتدخلات القائمة على الرحمة، وقد استوفت في النهاية ١١ دراسة للمعايير ليتم تضمينها في المراجعة الحالية، وأوضحت نتائجها أن العلاجات التي تركز على الرحمة كانت ذات فعالية في زيادة التأكيد الذاتي وتقدير الذات جنباً إلى جنب مع خفض الخجل والاكتئاب والقلق.

كما هدفت دراسة (Steindl et al. 2017) إلى فحص فعالية CFT مع مرضى اضطرابات الأكل من خلال مراجعة نوعية Qualitative Review للنتائج العلاجية، وأشارت من خلال فحص الدراسات الخاصة بـ CFT أنه من الرغم من أن العلاج لا يزال في مرحلة تطور مبكرة إلا أن نتائج دمجها في برامج العلاج المعرفي التقليدية لاضطرابات

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

الأكل كانت مشجعة جداً ومفيدة، وأظهرت هذه الدراسات أن ٧٥% من المرضى الذين تعرضوا لجلسات علاج CFT قد أظهروا تحسينات موثوق بها كإكلينيكيًا عند نهاية العلاج. أما دراسة (Beaumont 2017) فقد هدفت إلى اختبار فعالية العلاج المرتكز على الرحمة وتدريبات العقل الرحيم (Compassion Mind Training (CMT) (وهو الفنية الأساسية في CFT)، وذلك مع الأفراد الذين يعملون في المهن المساعدة ويشهدون معاناة الآخرين، فقد يعاني هذا المجتمع من الأفراد من أعراض مرتبطة بالصدمة، وتم تقييم الفعالية من خلال إجراء المراجعة القصصية Narrative Review لنتائج عشرة دراسات منشورة وثمانية أخرى داعمة لها في نفس السياق، وجميعها استخدمت الطرق النوعية Qualitative Review، وأشارت النتائج من تحليل تلك الدراسات إلى أن CFT و CMT قد زادت من معدل الرحمة بالذات، وخفضت من مستويات النقد الذاتي المفرط، وتبين أنه علاج واعد وأن استخدامه يقود إلى التعافي.

وأجرى (Craig 2017) مراجعة منهجية للأدبيات التي تناولت CFT بهدف فحص فعالية ومقبولية استخدام CFT و CMT كتدخل علاجي نفسي مع مجموعة إكلينيكية متنوعة، وتم إخضاع ١٥ دراسة للتحليلات المنهجية النوعية، وأظهرت نتائج التحليل تحسينات كبيرة في الأعراض وزيادة معدل الرحمة بالذات، وأكدت النتائج أن CFT كانت له فعالية لا تقل عن غيرها من أنواع العلاج النفسي المثالية، بما في ذلك العلاج السلوكي المعرفي.

وبمراجعة تلك الدراسات السابقة التي ارتبطت بموضوع البحث الحالي لاحظت الباحثة أولاً: أن الدراسات التي هدفت إلى إجراء المراجعات الكمية من خلال استخدام التحليل البعدي كانت قليلة مقارنةً مع تلك الدراسات التي هدفت إلى إجراء المراجعات النوعية فقط، ثانياً: أن معظم الدراسات قد تناولت بالمراجعة التدخلات العلاجية القائمة على الرحمة بكل أنواعها ولكن القليل منها تناول العلاج المرتكز على الرحمة ل Gilbert بشكل محدد إلى جانب أن تلك الدراسات قد أجرت مراجعات نوعية فقط، وقد استفادت الباحثة من الدراسات السابقة كثيراً في تحديد إجراءات المراجعة المنهجية وخطواتها وطريقة إجراء التحليل البعدي، وكذلك ركزت الباحثة على النقاط التي أغفلتها الدراسات السابقة في عملية التحليل فلم تتوقف الدراسة الحالية فقط على مجرد حساب حجم التأثير المشترك للدراسات الفردية وإنما اهتم

البحث الحالي بإلقاء الضوء علي اهم المتغيرات التي يمكن أن تكون ذات تأثير علي فعالة العلاج وجودة النتائج مثل نوع العينة، وعدد الأفراد في الجلسات العلاجية، وطريقة إجراء الجلسة، ونوع التصميم التجريبي والضبط التجريبي، وكذلك طول مدة التدخل وعدد الجلسات.

نتائج البحث وتفسيرها:

سوف يتناول هذا المحور من البحث، عرض نتائج البحث وتفسيرها عبر الإجابة عن أسئلة البحث، وذلك على النحو التالي:

١-النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول وتفسيرها:

ينص السؤال الأول علي: "ما فعالية العلاج المرتكز علي الرحمة (CFT) في علاج بعض الاضطرابات النفسية، وتنمية بعض المتغيرات النفسية لدي عينات كLINIكيه وغير كLINIكيه؟".

وللإجابة على هذا السؤال تم حساب متوسط حجم التأثير لكل دراسة على حده للحصول على حجم تأثير واحد لكل دراسة من الدراسات التي خضعت نتائجها للتحليل البعدي بالطرق الإحصائية السالفة الذكر وحساب قيم Cohen's "d"، ثم تم حساب قيمة متوسط حجوم التأثير لجميع الدراسات للحصول على قيمة واحدة لحجم تأثير علاج CFT في المتغيرات التابعة للدراسات التي خضعت للتحليل البعدي (٢٥ دراسة) بهدف الحصول على مقياس مشترك يمكن الحكم من خلاله على فعالية العلاج، والجدولان التاليان (جدول ٢، جدول ٣) يوضحا النتائج الخاصة بقيم حجوم التأثير على المتغيرات التابعة لكل دراسة ، وقيم متوسط حجم التأثير لكل دراسة وقيمة متوسط حجم التأثير الكلي لعلاج CFT.

جدول ٢

قيم متوسط حجوم التأثير لكل دراسة ، وقيمة متوسط حجم ل CFT التأثير لكل الدراسات (عينة البحث الحالي)

م	الدراسة	حجم التأثير
١	Beaumont, Galpin & Jenkins (2012)	٠,٦٨
٢	Judge et al. (2012)	١,٠٦
٣	Braehler et al. (2013)	١,٥٦٣
٤	Lincoln, Hohenhaus & Hartmann (2013)	١,٨
٥	Noorbala et al. (2013)	١,٠

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

م	الدراسة	حجم التأثير
٦	D,Silva & Kamble (2014)	٢,٨٥٨
٧	Gale et al. (2014)	١,٣٤٧
٨	Heriot-Maitland et al. (2014)	٠,٦٨
٩	Kelly, Carter & Borajri (2014)	٠,٣٩
١٠	Ashworth et al. (2015)	١,٥٥
١١	Kelly & Carter (2015)	٠,٥٠
١٢	Beaumont et al. (2016)	١,٣٣
١٣	Beaumont, Irons, Rayner & Dagnall (2016)	٠,٤٢
١٤	Clatopn (2016)	١,٧٨
١٥	Rycroft (2016)	٢,٢٥
١٦	Asona et al. (2017)	٠,٧٩
١٧	Aut.T et al. (2017)	١,١٨
١٨	Beaumont et al. (2017)	٠,٤٤
١٩	Ierfino (2017)	٠,٣٥
٢٠	Kelly et al. (2017)	١,١
٢١	Willimas et al. (2017)	٢,٤٥
٢٢	Gharraee et al. (2018)	٢,٤٧
٢٣	Krieger et al. (2018)	١,٣٠
٢٤	McManus et al. (2018)	١,٢٢
٢٥	Sommers-Spijkerman (2018)	٠,٥٠

جدول ٣

متوسط حجوم التأثير المجمع لكل متغير من المتغيرات التابعة للدراسات عينة البحث الحالي

المتغيرات التابعة	عدد حجوم التأثير لكل متغير	عدد العينات المجمع للدراسات	متوسط حجم التأثير
Self-Compassion	١٤	٣٢١	١,٩
Self-Criticism	٨	٢٨٤	١,٣
Shame	٤	١٣١	٠,٧١
Depression	٧	٢٣٧	١,٢٢
Anxiety	٧	٢٣٨	١,٠٦
Eating disorders	٥	٢٤٤	١,١٠
Trauma	٤	٣٩	١,١٧
Body dysphoria	١	٦٠	٢,٨٦
Psychosis	٣	١٠٥	١,٢

المتغيرات التابعة	عدد حجوم التأثير لكل متغير	عدد العينات المجمعّة للدراسات	متوسط حجم التأثير
Distress	٢	٦٣	٠,٨
Calmness	١	٥٧	٠,٦
Self- Esteem	١	٢٠	٠,٢
Well-Being	٣	١٤١	٠,٩
متوسط حجم التأثير لعلاج CFT علي متغيرات الدراسات (٢٥ دراسة)			١,١٦

وينضح من استقراء النتائج بالجدولين السابقين أن قيمة متوسط حجم التأثير للعلاج المرتكز على الرحمة كانت ١,١٦، وهي قيمة مرتفعة تبعاً لمعيار Cohen وتعتبر عن تأثير قوي للعلاج، مما يشير إلى فعالية هذا العلاج، وأنه علاج ناجح فعال في التعامل مع مدى واسع من الاضطرابات والمتغيرات النفسية التي تلعب دوراً في الصحة النفسية، كما يلاحظ من خلال الاطلاع على الجدول ٣ والذي يظهر به المتغيرات الأساسية لكل دراسة من الدراسات عينة البحث الحالي أن هذا العلاج قد استهدف عدد من مشكلات واضطرابات الصحة النفسية ومنها الاكتئاب والقلق واضطرابات الأكل بأنواعها والضغط النفسية والكرب ما بعد الصدمة واضطراب صورة الجسم والاضطرابات الوظيفية المرتبطة بالذهان، وتبين أن جميع قيمة حجوم التأثير على هذه المتغيرات تباينت ما بين متوسطة إلى مرتفعة (١,٠٦ - ٢,٨٦) بمعيار Cohen.

وكذلك تناولت الدراسات متغيرات أخرى مثل الرحمة بالذات والنقد المفرط للذات والخجل كمتغيرات أساسية مستهدفة من علاج CFT ومن خلال تعزيز الرحمة بالذات والحد من نقد الذات وعلاج مشاعر الخجل والعار يبدأ المريض في الانطلاق نحو التغيير الإيجابي والتحرر من أعراضه المرضية، وتبين أيضاً أن قيم متوسط حجوم التأثير لتلك المتغيرات تراوحت من ٠,٧١ إلى ١,٩ وهي قيم من متوسطة إلى مرتفعة بمعيار Cohen.

كما تناولت بعض الدراسات متغيرات مثل تقدير الذات والهدوء والرفاهية النفسية، وقيست هذه المتغيرات كنواتج نهائية لعلاج CFT، فهدفه الأساسي هو أن يصل الفرد إلى حالة التوازن في أنظمتها الانفعالية عن طريق الوصول إلى حالة الهدوء والتسكين، ومن ثم يصل إلى الرفاهية النفسية، وهو متغير يتم تدريب العقل الإنساني للوصول إليه من خلال ممارسات CFT. وأظهرت النتائج بالجدول السابق (٣) أن قيم حجوم التأثير قد كانت

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

صغيرة في رفع تقدير الذات (٠,٢) ومتوسطة مع الهدوء النفسي (٠,٦) وجاءت مرتفعة مع الرفاهية النفسية (٠,٩) تبعاً لمعيار Cohen.

وقد غير علاج CFT تركيز العلاج النفسي عن مجرد التركيز على الأفكار أو الاختلالات اللاواعية تجاه تطوير الأداء الإيجابي الوظيفي، وهذا أمر بالغ الأهمية، حيث إن الدراسات العلمية تظهر الآن مدى أهمية الدوافع والانفعالات في تنظيم عمل الجسم والعقل والتي تؤثر على الأنماط الجوهرية الأساسية من الانفعال والسلوك (Kirby, 2017)، ولهذا تعد الرحمة كنهج علاجي توفر علاجاً للحد من الأمراض النفسية وزيادة الرفاهية من خلال تنمية الرحمة التي تعد لب وجوهر وهدف للعلاج المرتكز على الرحمة، فهي تعد متغيراً من المتغيرات الأساسية التي تسهل عملية التنظيم الانفعالي الصحية والتغيير السلوكي، والذي وضعه Gilbert في نظريته فهو يقترح فيها أن الطريقة التي نفكر بها ونشعر بها تجاه أنفسنا والآخرين مرتبطة بثلاثة أنواع من أنظمة التنظيم الانفعالي، الأول وهو نظام التهديد الذي يدفع الفرد للتركيز على التهديد دون غيره من المثيرات الأخرى ومن ثم اتخاذ إجراءات دفاعية لتلك التهديدات من خلال النظام الثاني وهو الذي يركز على تحقيق الموارد التي تحفز وتنشط الفرد نحو تأمين موارد الحياة اللازمة لبقائه حتي يصل إلى حالة من الهدوء والتسكين وهو ما يتعلق بعمل النظام الثالث الذي يتجه بالفرد نحو تحقيق حالة الرضا وتبقيه بعيداً عن التعرض للتهديد أو التحفيز ليصل بذلك إلى حالة من الرفاهية النفسية (Ashworth, Gracey, & Gilbert, 2011)، وهذا ما يفسر فعالية هذا العلاج في الحد من الاضطرابات التي ترتبط بحالة التهديد والتحفز كالقلق والاكتئاب والضغط واضطرابات الأكل والأعراض المرتبطة بالصدمة ووصول الفرد لحالة الاستقرار والتوازن المرتبطة بالرضا عن الذات وتقدير الذات وحالة الهدوء النفسي ومن ثم يصل إلى الرفاهية النفسية.

ويضيف Gilbert (2014) أن أسس هذا العلاج تنصب على تطوير إمكانات وقدرات الفرد الدافعية والانفعالية والسلوكية والمعرفية والاجتماعية التي تمكن من ملاحظة، والتعامل مع، والعمل على التفاعل الإيجابي مع محنة واحتياجات الذات والآخرين، وتطوير الإمكانات والقدرات الدافعية والانفعالية والسلوكية والمعرفية والاجتماعية التي تدعم السعي والاستجابة للعناية والمساعدة والمشاركة واللطف.

ومن ثم، يتعامل هذا النوع من العلاج مع الوظائف النفسية للشخصية دون استثناء، فهو يدعم ويقوي قدرات الفرد وينميها على مستوى جميع وظائفه النفسية الدافعية والسلوكية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية، ويصل به إلى حالة التوازن التكيفي لأنظمتة الانفعالية، ومن ثم الوصول به إلى حالة من الرضا والرفاه النفسي والحد من أعراض الاضطرابات والمشكلات النفسية التي يعاني منها، والتي كان السبب الرئيس لها من وجهة نظر CFT هو الاختلال في أنظمة التنظيم الانفعالي للفرد، وسيطرة نظام التهديد والدفع على نظام التهذئة الذاتية، والذي ينطوي على شعور الفرد بالتعاطف والقبول والانتماء والانسجام مع النفس ومع الآخرين في محيطه الاجتماعي.

ويمكن أيضاً تفسير فعالية علاج CFT وحجم تأثيره الكبير على عينات الدراسات والذين ينتمون إلى عينات متنوعة ويعانون من اضطرابات ومشكلات متباينة، في ضوء فنيات وبروتوكولات هذا العلاج والتي تركز بدءاً من العلاقة العلاجية على إيجاد علاقة آمنة مع العملاء الذين يعانون من الشعور بالعار والنقد المفرط للذات والذي طور أصلاً هذا العلاج من أجلهم، تلك العلاقة الآمنة التي تسهل الوصول إلى تطوير أنظمة التهذئة والرضا والانتماء لمنع سيطرة أنظمة التهديدات والدفع.

وكذلك، فإن تقنيات العلاج جميعها والتي تركز على بناء وتطوير الذات الرحيمة وتدريب العملاء على تدفق الرحمة من داخلهم إلى الآخرين من حولهم، وكذلك قبول التعاطف من الآخرين حيالهم، مما يجعلهم أكثر انفتاحاً وتقبلاً وتحملاً للمعانة الشخصية ومعانة الآخرين من حوله، أو يستطيع أن يتعامل مع المحن والمشكلات كونها خبرة إنسانية لا بد من المرور بها، ولا بد أيضاً من تجاوزها والتعامل معها بنجاح وليس تجنبها أو الاستسلام لآثارها السلبية، فتقنيات هذا العلاج تساعد العميل على التعامل مع مختلف المشاعر والتجارب داخل النفس الإنسانية والتسامح معها، فهذا يقبل على تغيير سلوكه ونظريته لذاته ليصبح أكثر رحمة بها وأقل نقداً وهدلاً لها، فهذا العلاج يهدف إلى توليد تجربة انفعالية بديلة، وذلك باستخدام طبيعة الدماغ الخاصة بعمليات التنظيم الانفعالي ونظمها. ولهذا يمكن في النهاية اعتبار CFT علاجاً نفسياً وإعداداً ومفيداً لعدد من العينات، وأن بروتوكولات هذا العلاج يمكن أن تستخدم مع مدى واسع من المشكلات، ولكنه ما زال في

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

مهده يحتاج إلى المزيد من الدراسات والبحوث التي تسلط عليه الضوء للاستفادة منه وخاصة في البيئة العربية والمصرية.

٢- النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثاني وتفسيرها:

ينص السؤال الثاني على: "هل تختلف قيمة متوسط حجم التأثير للعلاج المرتكز على الرحمة باختلاف الفئة المستهدفة (كإكلينكية- وغير إكلينكية)؟"، وللإجابة على هذا السؤال السابق، تم أولاً: تصنيف الدراسات التي خضعت للتحليل البعدي إلى دراسات تناولت عينات إكلينكية، ودراسات أخرى تناولت عينات غير إكلينكية، وبعد ذلك تم حساب متوسط حجم التأثير لعلاج CFT لكل نوع من العينات على حده، ويوضح الجدول التالي (جدول ٤) الأعداد والنسب المئوية ومتوسط حجم التأثير تبعاً لنوع الفئة المستهدفة من العلاج.

جدول ٤

الأعداد والنسب المئوية ومتوسط حجومات التأثير للدراسات تبعاً لنوع الفئة المستهدفة

نوع العينة	العدد	النسب المئوية	أقل قيمة لحجم التأثير	أعلى قيمة لحجم التأثير	متوسط حجم التأثير
إكلينكية	١٩	٧٦%	٠,٦	٢,٨٦	١,٤٠
غير إكلينكية	٦	٢٤%	٠,٢	٠,٧	٠,٤٧

يلاحظ من بيانات الجدول السابق (جدول ٤) أن الغالبية العظمى من الدراسات قد اتجهت نحو العينات الإكلينكية، حيث بلغت ٧٦% من مجمل الدراسات التي خضعت للتحليل البعدي، وأجريت في الفترة من ٢٠١٢م حتى ٢٠١٨م، بينما لم تتعد نسبة الدراسات التي تناولت العينات غير الإكلينكية عن ٢٤% فقط من مجمل تلك الدراسات، ويلاحظ أيضاً أن قيمة متوسط حجومات التأثير لعلاج CFT على المتغيرات لدى العينات غير الإكلينكية تتراوح ما بين صغيرة إلى متوسطة (٠,٢ إلى ٠,٧) تبعاً لمعيار Cohen، بينما جاءت قيمة متوسط حجومات التأثير على المتغيرات التابعة لدى العينات الإكلينكية من متوسطة إلى مرتفعة (٠,٦ إلى ٢,٨٦) تبعاً لمعيار Cohen، وتشير تلك النتائج إلى فعالية استخدام علاج CFT مع العينات الإكلينكية وغير الإكلينكية، إلا أنه حدث بالفعل اختلاف في حجم التأثير للعلاج تبعاً لتغير الفئة المستهدفة من العلاج، فيلاحظ أن قيمة متوسط حجم التأثير مع العينات الإكلينكية بلغت ١,٤٠ وهي قيمة مرتفعة لحجم التأثير تبعاً لمعيار Cohen، بينما كانت

قيمة متوسط حجم التأثير للعلاج مع العينات غير الكليينكية صغيرة تبعاً لمعيار Cohen حيث بلغت ٠,٤٧.

وبناء على ما سبق، فقد اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة المراجعة المنهجية التي أجراها Leaviss and Uttley (2015) وتوصلا في نتائجها أن CFT أكثر قبولا لدى العينات الكليينكية عن العينات غير الكليينكية، وقد يرجع هذا إلى أن هذا العلاج موجه أصلاً إلى الأفراد الذين يعانون من مشاعر العار والنقد المفرط للذات، فهم غير متسامحين مع أنفسهم وينقصهم الرحمة بالذات، بل يصلوا إلى درجة أنهم يصبحون حتى غير متقبلين لمشاعر الآخرين للتعاطف معهم، ومن ثم تلك العينات غير الكليينكية هي التي تحتاج إلى إعادة التوازن بين أنظمتها الانفعالية لتبدأ في استشعار مشاعر الدفء والقبول ومن ثم الوصول إلى حالة الهدوء والسكينة والرضا والانتماء والتسامح مع تلك الخبرات المؤلمة التي يمرون بها، فيبدؤون في التعامل مع معاناتهم ومشكلاتهم بطريقة إيجابية تكيفية تدفع بهم نحو الشفاء والتعافي من المعاناة، وكذلك الوصول إلى حالة الرضا والرفاهية النفسية.

هذا الأمر قد لا يكون الأفراد من العينات غير الكليينكية في حاجة ملحة له، وعلى الرغم من هذا جاءت النتيجة مؤكدة أيضاً على فعالية CFT لتلك العينات ولكن بدرجة من ضعيفة إلى متوسطة، وذلك لأن ممارسة الرحمة في حد ذاتها تسفر عن المزيد من الرحمة بالذات وبالآخرين وتجعل الأفراد أكثر تعاطفاً وأكثر تسامحاً وقبولاً للمعاناة وأكثر سعياً للحد منها والتعاطي معها. فقد أشار (Gilbert 2005) أن الرحمة والتراحم تفعل نظام الدفء الإنساني/ الرضا عن الذات، والذي يرتبط بمشاعر الرعاية والانتماء والتهديئة والسلامة، وتفعيل هذا النظام عن طريق الرحمة يحفز الدماغ على إطلاق المواد الأفيونية والأوكسيتوسين التي تساعد على الحد من الإجهاد، وتعمل تأثيراً إيجابياً على الحالة النفسية للأفراد.

٣- النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثالث وتفسيرها:

ينص السؤال الثالث على: "ما التصميمات التجريبية الأكثر استخداماً في الدراسات عينة البحث الحالي، وهل تختلف قيمة متوسط حجم التأثير للعلاج تبعاً لاختلاف التصميمات التجريبية المستخدمة في البرامج العلاجية؟"، وللإجابة عن هذا السؤال تم تحديد

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

أنواع التصميمات التجريبية التي تم استخدامها في الدراسات عينة البحث الحالي للوقوف على أنواع الضبط التجريبي التي استخدمته، وهذا ما يوضحه جدول ٥.

جدول ٥

أعداد الدراسات والنسب المئوية ومتوسط حجوم التأثير تبعاً لنوع التصميم التجريبي

متوسط حجم التأثير	أعلى قيمة لحجم التأثير	أقل قيمة لحجم التأثير	النسبة المئوية	العدد	نوع التصميم التجريبي
٠,٨٤	٢,٤٥	٠,٣٩	%٤٨	١٢	مجموعة تجريبية واحدة (قياس قبلي - بعدي)
٠,٩٦	١,٣٣	٠,٤٤	%١٢	٣	مجموعتين: تجريبية وضابطة (قياس الفروق بين المجموعات)
١,٢٤	٢,٤٧	٠,٣٥	%٤٠	١٠	مجموعة تجريبية وضابطة وتوزع العينة عشوائياً RCT

ويتضح من نتائج الجدول السابق (جدول ٥) أن العدد الأكبر من الدراسات استخدمت التصميم التجريبي ذي المجموعة الواحدة للقياسين القبلي والبعدي (١٢ دراسة بنسبة %٤٨ من العدد الكلي للدراسات)، وذلك على الرغم من عيوب هذا التصميم، وافتقاده لمعايير الضبط المثالية في التصميمات التجريبية، يليها الدراسات التي استخدمت التصميم التجريبي ذي المجموعتين التجريبية والضابطة والذي يتم فيه توزيع الأفراد إلى العينتين عشوائياً (Randomized Control Trail (RCT) وهو أدق أنواع الضبط التجريبي، وكان عدد الدراسات ١٠ دراسات بنسبة %٤٠ من العدد الكلي للدراسات التي خضعت نتائجها للتحليل البعدي، وفي النهاية تأتي الدراسات التي تناولت التصميم التجريبي ذي المجموعتين التجريبية والضابطة ولكنها لم تكن RCT أي لم يتم توزيع أفراد العينات إلى المجموعتين عشوائياً، وبلغ عددها ٣ دراسات بنسبة %١٢ من العدد الكلي.

ويلاحظ من نتائج الجدول السابق أيضاً أن التصميمات التجريبية ذات التصميم التجريبي RCT هي الأعلى في متوسط حجم التأثير حيث بلغت ١,٢٤، يليها التصميم التجريبي ذو المجموعتين التجريبية والضابطة وبلغت قيمة متوسط حجم التأثير ٠,٩٦، وأخيراً التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة وكانت قيمة متوسط حجم التأثير ٠,٨٤، وقد يرجع ذلك إلى أن استخدام الأساليب الأكثر ضبطاً إنما توضح بشكل أكبر وأكثر دقة قوة تأثير المتغيرات المستقلة في المتغيرات التابعة، وتحد من تأثير المتغيرات الدخيلة على نتائج الدراسات، فتكون النتائج أكثر دقة، وتوضح معنى ودلالة فعالية التدخل العلاجي وتقييم دور العلاج CFT بشكل أكثر فعالية.

٤ - النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الرابع وتفسيرها:

ينص السؤال الرابع على: "هل تختلف قيمة متوسط حجم التأثير للعلاج (CFT) تبعاً لاختلاف حجوم العينات المستخدمة بالدراسات عينة البحث؟"، وللإجابة على هذا السؤال قامت الباحثة بتصنيف الدراسات إلى دراسات ذات حجوم عينات صغيرة (يكون المشاركون أقل من ٣٠ فرداً)، ودراسات ذات حجوم عينات كبيرة (يكون المشاركون ٣٠ فرداً فأكثر)، وحساب قيمة متوسط حجوم التأثير بكل صنف من الدراسات ومقارنتها معاً، ويوضح جدول ٦ أعداد الدراسات والنسب المئوية ومتوسط حجم التأثير للدراسات ذات حجوم العينات الصغيرة والدراسات ذات حجوم العينات الكبيرة.

جدول ٦

أعداد الدراسات والنسب المئوية ومتوسط حجم التأثير ل CFT تبعاً لحجوم العينات

حجوم العينات	العدد	النسبة المئوية	أقل قيمة لحجم التأثير	أعلى قيمة لحجم التأثير	متوسط حجم التأثير
صغيرة (أقل من ٣٠)	١٧	٦٨%	٠,٣٥	٢,٤٧	١,٢٧
كبيرة (٣٠ فأكثر)	٨	٣٢%	٠,٣٩	٢,٨٥	٠,٩٣

يتضح من الجدول السابق (جدول ٦) أن بعض الدراسات قد استخدمت عينات صغيرة العدد وبلغ عددها ١٧ دراسة بنسبة ٦٨% من الدراسات عينة البحث الحالي، والبعض الأخر قد استخدم عينات كبيرة العدد وبلغ عددها ٨ دراسات بنسبة ٣٢% من عدد الدراسات، وهذا يوجه النظر إلى أن الغالبية العظمى من القائمين بالتدخل العلاجي CFT كانوا يفضلون أن تكون عينة الدراسة صغيرة الحجم، ويلاحظ كذلك أن قيم متوسط حجم التأثير في الدراسات التي كانت حجوم عيناتها صغيرة بلغت ١,٢٧ وهي أكبر من قيم متوسط حجم التأثير للدراسات ذات العينات الكبيرة التي بلغت ٠,٩٣، ويمكن أن يفسر هذا الاختلاف في قيمة متوسط حجم التأثير إلى أن المجموعات ذات العدد الأصغر تمكن المعالج من التفاعل مع كل فرد داخل المجموعة بشكل أفضل، وأن يتواصل مع أفراد العينة وهم يتواصلون معه أثناء الجلسات العلاجية بطريقة أكثر فاعلية، ويتيح هذا لكل فرد داخل المجموعة أن يحصل على الاستفادة القصوى من وقت الجلسات وممارسة التدريبات والتقنيات الخاصة بالعلاج، وكذلك يتيح للمعالج القدرة على متابعة أفراد العينة جميعاً بنفس القدر في الأوقات الفاصلة بين الجلسات، وأثناء المتابعة مما يحقق أكبر قدر من الفائدة

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

فينعكس هذا تبعاً على النتائج العلاجية بشكل إيجابي، ومع هذا فإن حجم تأثير العلاج في حال استخدام العينات الكبيرة كان قوياً أيضاً، حيث بلغت قيمة متوسط حجم التأثير ٠,٩٣، وهي نسبة عالية بناء على معيار Cohen، مما يدل على فعالية CFT وتأثيره على عينات ومتغيرات الدراسة بشكل فعال.

٥- النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الخامس وتفسيرها:

ينص السؤال الخامس على: "ما طرق التدخل العلاجي المستخدمة في الدراسات السابقة عينة البحث الحالي، وهل تختلف قيمة متوسط حجم التأثير للعلاج CFT باختلاف طريقة التدخل؟"، وللإجابة عن هذا السؤال تم تصنيف الدراسات حسب طريقة التدخل العلاجي، وحساب قيمة متوسط حجم التأثير لكل طريقة، ويوضح الجدول التالي (جدول ٧) طريقة التدخل العلاجي، وعدد الدراسات والنسب المئوية، ومتوسط حجم التأثير لكل طريقة.

جدول ٧

أعداد الدراسات والنسب المئوية ومتوسط حجم التأثير ل CFT تبعاً لطريقة التدخل

طريقة التدخل	العدد	النسبة المئوية	أقل قيمة لحجم التأثير	أعلى قيمة لحجم التأثير	متوسط حجم التأثير
فردى Individual	٢	٨%	٠,٦٨	١,٥٥	١,١٢
جماعى Group	٢٠	٨٠%	٠,٩٣	٢,٨٥	١,٤٣
مساعدة ذاتية Self-help	١	٤%	-	-	٠,٥
من خلال الإنترنت Online workshop	٢	٨%	٠,٣٥	١,٣٠	٠,٨٣

يتضح من الجدول السابق (جدول ٧) أن طرق التدخل العلاجي التي تم استخدامها هي الفردي (وعددها دراستان بنسبة ٨%)، والجماعي (وعددها ٢٠ بنسبة ٨٠%)، والمساعدة الذاتية (وعددها دراسة واحدة بنسبة ٤%)، ومن خلال الإنترنت (وعددها دراستان بنسبة ٨%)، ويتضح أن الغالبية العظمى من الدراسات قد استخدمت طريقة التدخل العلاجي باستخدام مجموعات العلاج الجماعي، حيث بلغت نسبة الدراسات ٨٠% من عدد الدراسات الخاضعة للتحليل البعدي، بل وكانت تلك الدراسات هي الأعلى في قيمة متوسط حجم التأثير الذي بلغت قيمته ١,٤٣، وهي قيمة مرتفعة بمعيار Cohen تعبر عن قوة تأثير CFT عند تطبيقه بطريقة العلاج الجماعية، ويمكن تفسير تفوق طريقة العلاج الجماعي على غيره من الطرق الثلاثة الأخرى واتجاه ٨٠% من الدراسات إلى استخدامه كطريقة

للتدخل بفنيات وتقنيات CFT، في أن هذه الطريقة توفر البيئة الاجتماعية الملائمة لتطبيق عملي للتراحم وممارسة مهارات الرحمة بين المعالج والعملاء وبين العملاء وبعضهم البعض، فيمارس كل منهم التراحم والتعاطف مع معاناة الآخرين، ويلتمس لنفسه الرحمة بذاته وأن يتعاطى مع المعاناة ويتعامل معها باعتبارها قاسماً مشتركاً جمع بينه وبين الآخرين من أفراد العينة، مما يدفعهم جميعاً نحو السعي للتخلص من تلك المعاناة ومساندة بعضهم البعض حتى ينتهوا إلى مرحلة التعافي من المرض.

ويأتي في المرتبة الثانية طريقة العلاج الفردي من حيث قيمة متوسط حجم التأثير التي بلغت ١,١٢، وهي قيمة مرتفعة بمعيار Cohen، وقد يرجع هذا التأثير المرتفع لتلك الطريقة إلى تركيز التفاعل بين المعالج والحالة وتمكين المريض من مهارات الرحمة وممارستها، وتأمين بيئة علاجية آمنة وعلى درجة عالية من الخصوصية بين المعالج والمريض مما يسمح له بالاستفادة القصوى من جلسات العلاج.

كما أظهرت النتائج إمكانية تطبيق فنيات العلاج CFT من خلال شبكة الإنترنت ومواقع التواصل الاجتماعي، بل وكان لها حجم تأثير كبير بمعيار Cohen بلغ ٠,٨٣، مما يؤكد فعالية هذا العلاج وقدرته على التأثير من أفراد العينة بشكل إيجابي حتى ولو لم يمكن من خلال الإرشاد أو العلاج المباشر، فذلك يمثل التواصل عبر شبكات الإنترنت نوعاً من الخصوصية بالنسبة للمريض ويسهل عليهم التعامل مع المعالج.

وقد كان لهذا العلاج أيضاً حجم تأثير متوسط عند تطبيقه بطريقة المساعدة الذاتية Self- help حيث بلغت قيمته ٠,٥، وهو حجم تأثير متوسط بمعيار Cohen، وقد يعود هذا إلى أن الفرد حتى وإن مارس مهارات وتدريبات الرحمة فإنه يظل في حاجة إلى تلك البيئة البديلة الآمنة التي تتوفر له من خلال علاقة علاجية مهنية آمنة مع المعالج يفتقدها الفرد في هذا النوع من الطرق العلاجية.

٦- النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال السادس وتفسيرها:

ينص السؤال السادس على: "هل تختلف قيمة متوسط حجم التأثير للعلاج (CFT) تبعاً لاختلاف مدة التعرض لجلسات العلاج؟"، وللإجابة على هذا السؤال تم تصنيف الدراسات تبعاً لطول مدة التعرض للتدخل العلاجي (محسوبة بعدد الأسابيع) إلى فئات،

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

وحساب قيمة متوسط حجم التأثير للعلاج تبعاً لمدة تعرض عينة الدراسات إلى علاج CFT، ويوضح الجدول التالي (جدول ٨) أعداد الدراسات والنسب المئوية ومتوسط حجوم التأثير تبعاً لمدة التعرض للبرنامج.

جدول (٨)

أعداد الدراسات والنسب المئوية ومتوسط حجم التأثير ل CFT تبعاً لمدة التعرض للبرنامج

متوسط حجم التأثير	أعلى قيمة لحجم التأثير	أقل قيمة لحجم التأثير	النسبة المئوية	العدد	مدة التعرض للبرنامج (عدد الأسابيع)
٠,٥٢	٠,٧٩	٠,٣٥	%١٦	٤	أقل من ٦ أسابيع
٠,٨٥	١,٣٣	٠,٣٩	%٢٨	٧	٦-١٠ أسابيع
١,٢	٢,٢٥	١	%٢٤	٦	١١-١٥ أسابيع
١,٤٥	١,٥٥	٠,٨٩	%١٦	٤	١٥-٢٠ أسابيع
٢,٦	٢,٨٥	٠,٦٨	%١٦	٤	أكثر من ٢٠ أسبوعاً

يتضح من الجدول السابق (جدول ٨) أن هناك تبايناً في المدة العلاجية التي تعرضت فيها عينات الدراسات للتدخل العلاجي CFT وتراوحت مدة التعرض للعلاج من أقل من ٦ أسابيع إلى أكثر من ٢٠ أسبوعاً، والملاحظ من الجدول أن قيمة متوسط حجم التأثير للعلاج تختلف تبعاً لاختلاف مدة التعرض للعلاج، فكلما زادت مدة التعرض للتدخل العلاجي كلما زادت قيمة متوسط حجم التأثير، حيث بلغت قيمة متوسط حجم التأثير للدراسات التي تعرض فيها الأفراد لعدد من الجلسات أقل من ٦ أسابيع ٠,٥٢، وهي قيمة متوسطة تبعاً لمعيار Cohen، وازدادت القيم بزيادة مدة التعرض حتى بلغت قيمة متوسط حجم التأثير للدراسات التي تعرض فيها أفراد العينة للعلاج أكثر من ٢٠ أسبوعاً ٢,٦، وهي قيمة مرتفعة بمعيار Cohen، ويمكن تفسير ذلك بأن طول مدة التعرض للعلاج يجعل من ممارسة الرحمة طريقة وأسلوب في الحياة للمريض، ويؤثر طول مدة العلاج وبشكل إيجابي على عمل الدماغ وأنظمة تنظيم الانفعالات لدى الفرد، ويصبح هذا التغيير جوهرياً وأكثر ثباتاً، وبطول مدة العلاج يستطيع المعالج أن يتعامل جميع الوظائف النفسية للمريض، ويصبح المريض أكثر انفتاحاً وأكثر خبرة في التعامل مع مشكلاته وأكثر اتزاناً في ردود أفعاله تجاه أي معاناة يعانها في حياته وتتغير قناعاته ومعتقداته تجاه ذاته فيصبح أكثر رحمة بها وبالأخرين وبالبيئة من حوله، وهذا ما يوصله في النهاية إلى حالة الرفاهية

النفسية، ولكن التعرض لفترات قليلة قد يظهر بالفعل تحسناً وتأثيراً إلا أنه قد يكون غير دائم أو يكون أقل أثراً في حياة المريض.

٧- النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال السابع وتفسيرها:

ينص السؤال السابع على: "هل يمكن اعتبار CFT تدخلاً علاجياً فعالاً عند مقارنته مع أنواع العلاج النفسي المعتاد TAU والعلاج السلوكي المعرفي CBT كأشكال علاج معيارية Standard Treatment؟"، وللإجابة على هذا السؤال تم تجميع الدراسات التي تناولت المقارنة بين حجم التأثير لـ CFT وحجم التأثير لأنواع العلاج التي تعد معيارية، وأثبتت فعاليتها مع نفس العينات والاضطرابات التي تعاني (حساب حجومات التأثير بين المجموعات)، وفي تلك الدراسات استخدم العلاج النفسي المعتاد أو العلاج السلوكي المعرفي مع أفراد المجموعات الضابطة Active Control Condition، وتم استخدام العلاج المرتكز على الرحمة جنباً إلى جنب مع تلك الأنواع العلاجية (CBT, TAU)، وكان الهدف من ذلك هو التعرف على فعالية CFT كعامل مساعد مع تلك الأنواع من العلاجات المعيارية وكذلك مقارنة فعاليته (CFT) من خلال الفرق بين حجم التأثير بين المجموعات التجريبية والضابطة، ويوضح الجدول التالي (جدول ٩) متوسط قيم الفروق بين المجموعات التجريبية والضابطة في حجومات التأثير لعلاج CFT عند مقارنته مع كل من TAU و CBT.

جدول (٩)

أعداد الدراسات والنسب المئوية ومتوسط قيم الفروق في حجومات التأثير بين المجموعات التجريبية (CFT) والمجموعات الضابطة (CBT, TAU)

نوع العلاج	العدد	النسبة المئوية	أقل قيمة لحجم التأثير بين المجموعات	أعلى قيمة لحجم التأثير بين المجموعات	متوسط حجم التأثير بين المجموعات
TAU	٣	%١٢	١,١	١,٥٦٣	١,٣٢
CBT	٣	%١٢	٠,٤٢	٠,٦٨	٠,٥٣

ويتضح من نتائج الجدول السابق أن هناك حجم تأثير من متوسط إلى قوي لعلاج CFT عند مقارنته مع أنواع العلاج المعيارية، وهذا يوضح أيضاً أن إضافة هذا النوع من العلاج يمكن أن يعد فعالاً ومساعداً للأنواع المعيارية من العلاجات، ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن هذا النهج العلاجي CFT قد أعد خصيصاً لفئة من الأفراد الذين يعانون من مشاعر الخزي والعار والنقد المفرد للذات، فمن المجدي والمفيد مع من يعانون تلك المشاعر

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

أن يتم تعليمهم كيف يكون رحيماً بذاته وكيف يتعاطف مع ذاته ومع الآخرين ويكون مستعداً لتقبل التعاطف والرعاية من الآخر ويستشعر أنه مستحقاً لها، ويتم هذا من خلال تحفيز أنظمة التنظيم الانفعالي له ودفعها نحو حالة من التوازن التكيفي، فبيتعد الفرد عن مشاعر التهديد والانفعالات الدفاعية وينشط ويسعى حتى يصل إلى النجاح في السيطرة على ما يهدده ويصل إلى حالة الرضا عن الذات منطلقاً منها إلى التسامح والانتماء والهدوء والتسكين النفسي، ويتحقق هذا من خلال فنيات وتقنيات علاج CFT الذي يهدف بالأساس إلى مساعدة الأفراد من خلال تدريب عقولهم على تحسين الرفاهية النفسية وتعليمهم التعامل والتأقلم مع الانزعاج العاطفي عن طريق تنمية مشاعر الرحمة، وهذا ما يفسر قوة تأثير هذا العلاج وفعالته عن مقارنته مع الأنواع الأخرى من العلاج النفسي والمعرفي التي قد تتعامل مع بعض المعتقدات والأفكار والمخططات دون التطرق إلى البنية الوظيفية للشخصية ككل.

الاستنتاج Conclusion:

توصلت نتائج البحث الحالي إلى فعالية العلاج المرتكز على الرحمة CFT، وأوضحت نتائج الدراسات السابقة التي تمثل العينة للبحث الحالي أن العلاج المرتكز على الرحمة كان ذا فعالية وحجم تأثير كبير بمعيار Cohen في تعزيز زيادة الرحمة بالذات وتقدير الذات والهدوء النفسي والرفاهية النفسية جنباً إلى جنب مع خفض مشاعر الخجل والنقد المفرط للذات والقلق والاكتئاب والضغط النفسي واضطرابات الأكل وأعراض ما بعد الصدمة والاضطرابات الوظيفية المرتبطة بالذهان.

وعليه يمكن القول: إن العلاج المرتكز على الرحمة هو نهج علاجي عبر تشخيصي يتوافق مع مجموعة واسعة من اضطرابات الصحة النفسية، وكذلك أشارت نتائج البحث الحالي إلى أن هناك بعض العوامل قد أثرت علي متوسط قيم أحجام التأثير للعلاج حيث اظهر التحليل البعدي لنتائج الدراسات عينة البحث أن حجم التأثير للعلاج كان اكبر مع العينات الكلينيكية مقارنة مع العينات غير الكلينيكية، وهناك بعض النقاط الرئيسية التي يمكن الإشارة إليها من نتائج تلك المراجعة والتحليل البعدي هي:

١- على الرغم من أن النتائج قد أثبتت فعالية هذا النهج العلاجي إلا أن استنتاجات تلك المراجعة قد تعد محدودة بسبب قلة التجارب المضبوطة RCT، حيث بلغت نسبة الدراسات التي اتبعت هذا التصميم التجريبي RCT ٤٠% فقط من المجموع الكلي

- لدراسات التي تمت المراجعة لها وخضعت نتائجها للتحليل البعد، ويمكن أن يفسر هذا التباين في النتائج المقاسة للدراسات الفردية.
- ٢- من الملاحظ أيضاً من خلال تلك المراجعة أنه على الرغم من أن الهدف الرئيس للعلاج المرتكز على الرحمة CFT هو تعزيز وتممية مشاعر الرحمة Compassion إلا أن هذا المتغير قد غاب قياسه عبر الدراسات عينة البحث الحالي، وكان التركيز على قياس الرحمة بالذات Self-compassion فقط، وكانت نسبة الدراسات التي قاستها ٥٦% من العدد الكلي للدراسات التي أخضعت نتائجها للتحليل البعدي، كما أن الدراسات التي قاست الرحمة بالذات قد اعتمدت على المقاييس التي قاست الرحمة بالذات كسمة، وليس ما إذا كان هناك في الواقع أي تغيير في الدوافع أو السلوك فيما يتعلق بالرحمة بالذات أو الرحمة، ونتيجة لذلك يبقى سؤال يطرح نفسه ولم تجب عليه تلك الدراسات حول ما إذا كان العلاج المرتكز على الرحمة يؤدي في الواقع إلى سلوكيات تعاطف حقيقية تؤثر على الأنظمة الانفعالية وتنظيمها لدى الفرد؟، وهذا أيضاً قد يعد نقطة من نقاط الضعف في تلك الدراسات التي اعتمدت في الغالب على القياسات النوعية Qualitative method لمتغير الرحمة، والاعتماد على الآراء النوعية للمرض وتعبيرهم عن التغيرات الإيجابية التي يشعرون بها بعد ممارسة تدريبات ومهارات الرحمة أثناء جلسات العلاج وفي حياتهم وباستخدام فنياته المنصبة على تعزيز تلك المشاعر الرحيمة.
- ٣- كانت الفئة الأساسية التي وجه لها العلاج المرتكز على الرحمة CFT هم فئة الأفراد الذين يعانون من مشاعر الخزي والعار، ويعانون من الإفراط في نقد الذات، وعلى الرغم من هذا فإن الدراسات التي تم فيها قياس مشاعر العار ١٦% فقط (٤ دراسات)، والدراسات التي تم فيها قياس نقد الذات المفرط ٣٢% (٨ دراسات) فقط من العدد الكلي للدراسات عينة البحث الحالي.
- ٤- على الرغم من تأكيد Gilbert على أن العلاج المرتكز على الرحمة هو نهج علاجي للحد من الأعراض النفسية وزيادة الرفاهية النفسية كنتاج نهائي للعلاج عن طريق تنمية مشاعر الرحمة، إلا أنه توافر أيضاً ثلاث دراسات أي بنسبة ١٢% فقط التي

د. عبير احمد ابو الوفا دنقل

قاست الرفاهية النفسية كواحد من المتغيرات التابعة الرئيسة للعلاج CFT جنباً إلى جنب مع الرحمة والرحمة بالذات.

ومن ثم، فإنه ما جاء في النقاط الثانية والثالثة والرابعة قد يحد من مدى قدرة تلك الدراسات على اختبار فروض النظرية العلاجية كما حددها Gilbert، ويحد من قابلية تعميم هذه النتيجة وقوتها، وفي النهاية يمكن القول: إن العلاج المرتكز على الرحمة CFT واحد من التدخلات العلاجية القائمة على الرحمة التي لا تزال في مهدها ولم تبدأ بها سوى تجارب مضبوطة على نطاق صغير، وعلى الرغم من ذلك فقد أسفرت نتائج هذا البحث عن حجوم تأثير كبيرة لهذا العلاج مشيرة بذلك إلى أن هذا العلاج يعد واعداً في مجال العلاج النفسي.

التوصيات والبحوث المقترحة :

من خلال ما تم التوصل إليه من نتائج المراجعة المنهجية بالبحث الحالي يمكن تقديم بعض التوصيات التي قد تفيد الباحثين والعاملين بمجال الصحة النفسية والعلاج النفسي فيما يتعلق ببعض الاعتبارات المنهجية التي يجب مراعاتها عند إعداد وتنفيذ برامج العلاج المرتكز على الرحمة (CFT) لتأتي بأفضل النتائج، وتوجيه نظر الباحثين إلى بعض البحوث المستقبلية في هذا المجال.

١- الحاجة إلى استخدام تصميمات تجريبية أكثر ضبطاً Randomized Controlled Trials (RCT) .

٢- الاهتمام بقياس متغيري الرحمة والرحمة بالذات كنواتج أساسي لقياس النتائج لأنه الهدف الرئيس للعلاج المرتكز على الرحمة.

٣- الاهتمام أثناء انتقاء العينة بالتركيز على الأفراد الذين يعانون من النقد المفرط للذات والشعور بالعار والخجل من الذات لأن هذا العلاج بالأساس موجه لتلك الفئة من الأفراد.

٤- الاهتمام في الدراسات المستقبلية ببناء مقاييس معيارية لمتغيري الرحمة والرحمة بالذات لأن المقاييس الحالية غير معيارية وكذلك تركز فقط على قياسهما كسمات ولكن من الأفضل إنشاء مقاييس يتم من خلالها قياس تكرار وشدة التراحم بين الأفراد (بالذات - وللآخرين - ومن الآخرين) في حياتهم اليومية، فقد يقدم هذا رؤي مهمة لفهم كيفية

- تجربة الرحمة، وكيف ترتبط مستويات التكرار والشدة المختلفة بأشكال أخرى من الاضطرابات النفسية، وكذلك الرفاهية النفسية.
- ٥- يجب علي الباحث تضمين معلومات كافية وواضحة عن طول مدة التدخل وعدد الجلسات، وما يمكن اعتباره حداً أدني يوصي به للتدخل أثناء بناء البرامج للوصول إلى أفضل النتائج.
- ٦- استخدام CFT كعامل مساعد في برامج التدخلات العلاجية المعتادة للوصول إلى نتائج أفضل.
- ٧- إجراء بحوث تجريبية مضبوطة (RCT) عن فعالية العلاج المرتكز علي الرحمة مع عينات من أعمار زمنية متنوعة مثل الأطفال والمراهقين.
- ٨- إجراء بحوث لتقييم مدي مقبولية Acceptability هذا النوع من العلاج بين العملاء أيضاً في فئات عمرية متنوعة من خلال إجراء الدراسات النوعية Qualitative method.
- ٩- إجراء مزيد من البحوث لتوضيح فعالية هذا العلاج في تحسين الرفاهية النفسية وبعض المتغيرات الإيجابية في الشخصية مثل السعادة النفسية والتدفق النفسي وتقدير الذات...الخ.
- ١٠- إجراء مزيد من البحوث لمدي فعالية العلاج المرتكز علي الرحمة مع عينات من ذوي الاحتياجات الخاصة من فئات متنوعة.

المراجع:

- عبد العاطي أحمد الصياد، وعبد الناصر السيد عامر (٢٠١٣). نحو معيار موحد لتقدير حجم التأثير لاختبار T لعينتين مستقلتين في البحث التربوي النفسي العربي. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، ٢٣ (٨٠)، ٥ - ٢١.
- على ماهر خطاب (٢٠٠٩). الإحصاء الاستدلالي في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- Allen, N. & Knight, W. (2005). Mindfulness, compassion for self and compassion for others: Implications for understanding the psychopathology and treatment of depression. In P.Gilbert (Ed.) *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 239-262), London: Routledge.
- Asano, K., Koike1, H., Shinohara, Y., Kamimori, H., Nakagawa, A., Iyo, M. & Shimizu, E. (2017). Group cognitive behavioural therapy with compassion training for depression in a Japanese community: a single-group feasibility study. *Asano et al. BMC Res Notes*, 10, 1-6.
- Ascone,L., Sundag, J., Schlier, B. & Lincoln, T. (2017). Feasibility and effects of a brief compassion focused imagery intervention in psychotic patients with paranoid ideation: A Randomized experimental pilot study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 348–358.
- Ashworth, F., Clarke, A., Jones, L., Jennings, C. & Longworth, C. (2015). A exploration of compassion focused therapy following acquired brain injury. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88, 143-162.
- Ashworth, F., Gracey, F., & Gilbert, P. (2011). Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*, 12, 128–139.
- Au, T., Sauer-Zavala, S., King, M., Petrocch, N., Barlow, D. & Litz, B. (2017). Compassion-Based therapy for trauma-related shame and posttraumatic stress: Initial evaluation using a Multiple baseline design. *Behavior Therapy*, 48(2), 207-221.

- Beaumont, E. & Martin, H. (2015). How effective is Compassion-Focused Therapy (CFT)?. *Counselling Psychology Review*, 30(1), 21-32.
- Beaumont, E., Durkin, M., McAndrew, S., & Martin, C. (2016). Using Compassion Focused Therapy as an adjunct to Trauma-Focused CBT for Fire Service personnel suffering with trauma-related symptoms. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 9(34), 1-13.
- Beaumont, E., Galpin, A. & Jenkins, P. (2012). 'Being kinder to myself': A prospective comparative study, exploring post-trauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either Cognitive Behaviour Therapy or Cognitive Behaviour Therapy and Compassionate Mind Training. *Counselling Psychology Review*, 27(1), 31- 43.
- Beaumont, E., Irons, C., Rayner, G. & Dagnall, N. (2016). Does compassion-focused therapy training for health care educators and providers increase Self-compassion and reduce self-persecution and self-criticism?. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 36(1),4-10.
- Beaumont, E., Rayner, G., Durkin, M., & Bowling, G. (2017). The effects of Compassionate Mind Training on student psychotherapists. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 12(5), 300-312.
- Borenstein, M., Hedges, L., Higgins, J. & Rothstein, H. (2009). *Introduction to meta-analysis*. New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J. & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52, 199–214.
- Brockwell, S. & Gordon, I. (2001). A comparison of statistical methods for meta-analysis. *Statistics in Medicine*, 20,825–840.
- Clapton, N. (2016). Growing kind minds: Adapted group compassion focused therapy for adults with intellectual disabilities (CFT-ID). *Unpublished doctoral dissertation*, Bangor University.

- Coe, R. (2004). Issues arising from the use of effect sizes in analyzing and reporting research. In I. Schagen & K. Elliot (Eds.). *But what does it means? The use of effect sizes in educational research* (p.p. 80-100), University of London: Institute of Education.
- Cooper, H. & Hedges, L. (1994). Research synthesis as a scientific enterprise. In H. Cooper & L. Hedges (eds.). *The hand book of research synthesis* (p.p. 3- 14). New York: Russell Sage Foundation.
- Cope, S., Poole, N. & Agrawal, N. (2017). Treating functional non-epileptic attacks – Should we consider acceptance and commitment therapy?. *Epilepsy & Behavior*, 73, 197- 203.
- Cozolino, L. (2007). *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Brain*. New York: Norton.
- Craig, C. (2017). Compassion focused therapy for people with dementia: A feasibility study. *Unpublished doctoral dissertation*, University College London.
- Cuppige J., Baird, K., Gibson. J., Booth, R. & Hevey, D. (2017). Compassion focused therapy: Exploring the effectiveness with a transdiagnostic group and potential processes of change . *The British journal of clinical psychology* (In Press), 1-2, NLM Citation ID 29044607 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29044607.1>).
- Delgado-Rodríguez, M. & Sillero-Arenas, M. (2018). Systematic review and meta-analysis. *Med Intensiva*, 42(7),444-453.
- Dryden, W. (2009). *Rational Emotive Behaviour Therapy: Distinctive Features*. London: Routledge.
- Eisenberg, N. (2002). Empathy-related emotional responses, altruism, and their socialization. in R. Davidson and A. Harrington (Eds), *Visions of Compassion: Western Scientists and Tibetan Buddhists Examine Human Nature*(pp. 31–164). New York: Oxford University Press.
- Fritz, C., Morris, P. & Richler, J. (2012). Effect size estimates: Current use, calculations and interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(1), 2- 18.

- Germer, C. (2009) *The mindful path to self-Compassion: freeing Yourself from destructive thoughts and emotions*. New York: Guilford.
- Gil, I., Elizondo, A., Gradari, S., Villablanca, P., Bueno, H., Feltes, G., Quirós, ... & Ortiz, A. (2018). Meta-analysis design and results in real life: Problem solvers or detour to maze. A critical review of meta-analysis of DAPT randomized controlled trials. *Cardiovascular Revascularization Medicine*, (In Press), 1-35, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.carrev.2018.10.021>.
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353–379.
- Gilbert, P. (2007a). *Psychotherapy and Counselling for Depression* (3rd). London: Sage.
- Gilbert, P. (2007b). Evolved minds and compassion in the therapeutic relationship', in P.Gilbert and R.Leahy (Eds) *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioural Psychotherapies* (pp. 106-142), London: Routledge.
- Gilbert, P. (2009a). *The Compassionate Mind*. London: Constable Robinson.
- Gilbert, P. (2009b). The nature and basis for compassion focused therapy. *Hellenic Journal of Psychology*, 6, 273–291.
- Gilbert, P. (2010a). *Compassion Focused Therapy: The CBT Distinctive Features Series*. London: Routledge.
- Gilbert, P. (2010b). Compassion focused therapy: Special issue. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 95–201.
- Gilbert, P. (2012). Compassion-Focused Therapy. In W. Windy (Ed.) *Cognitive Behaviour Therapies Compassion-Focused Therapy* (pp. 140-165), London: SAGE Publications Ltd, DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781446288368.n7>.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6–41.
- Gilbert, P. (Ed.) (2005). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. London: Routledge.

- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263–325). London: Routledge.
- Gilbert, P., Clarke, M., Kempel, S., Miles, J. & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms style and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31–50.
- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind*. London: Constable Robinson.
- Glass, G. (1982). Meta-analysis: An approach to the synthesis of research results. *Journal of Research in Science Teaching*, 19(2), 93- 112.
- Goss, K. & Allan, S. (2014). The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E). *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 62–77.
- Gumley, A., Braehler, C., Laithwaite, H., MacBeth, A. & Gilbert, P. (2010). A compassion focused model of recovery after psychosis. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 186–201.
- Hayes, S, Follette, V. & Linehan, M.(2004). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive Behavioral Tradition*. New York: Guilford Press.
- Heriot-Maitland, C., Vidal, J., Ball, S. & Irons, C. (2014). A compassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 78–94.
- Holmes, E., Lang, T. & Shah, D. (2009). Developing interpretation bias modification as a cognitive vaccine for depressed mood: Imagining positive events makes you feel better than thinking about them verbally. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 76–88.
- Hunter, J. & Schmidt, F. (2004). *Methods of meta-analysis: Correcting error and bias in research findings* (2nd ed.). London: Sage Publications Ltd.

- Ierofino, D. (2017). An initial evaluation of an online compassion focused therapy intervention for self-esteem. *Unpublished doctoral dissertation*, Canterbury Christ Church University.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of Your body and mind to face stress*. Dell, New York: Pain, and Illness.
- Kelly, A. & Carter, J. (2015). Self-compassion training for binge eating disorder: A pilot randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 88, 285–303.
- Kelly, A. & Carter, J. (2017). Compassion-Focused Therapy for Eating Disorders. In T. Wade (Ed.) *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders* (pp.164-169). Singapore: Springer Nature Singapore Pte Ltd, DOI 10.1007/978-981-287-104-6.
- Kelly, A., Carter, J. & Borairi, S. (2014). Are improvements in shame and self-compassion early in eating disorders treatment associated with better patient outcomes?. *International Journal of Eating Disorders*, 47,1 54–64.
- Kelly, A., Wisniewski, L., Martin-Wagar, G. & Hoffman, E. (2017). Group-Based compassion-Focused therapy as an adjunct to outpatient treatment for eating disorders: A Pilot randomized controlled trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 475–487.
- Kennedy, A. & Ellerby, M. (2016). A Compassion-Focused approach to working with some one diagnosed with Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 72(2), 123- 131.
- Kirby, J. (2017). Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90, 432–455.
- Kirby, J., Tellegen, C. & Steindl, S. (2017). A Meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778- 792.
- Krieger, T., Reber, F., Von Glutz, B., Urech, A., Moser, C., Schulz, A. & Berger, T. (2018). An internet – Based compassion –focused intervention for increased self-Criticism: A Randomized controlled trail. *Behavior Therapy*, 50(2), 430- 445.

- Leaviss, J. & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological Medicine*, 45 (5), 927-945.
- Liddell, A. (2015). Therapist competencies necessary for the delivery of Compassion Focused Therapy: A Delphi study. *Unpublished doctoral dissertation*, University of Leicester.
- Linardon, J., Fairburn, C., Fitzsimmons-Craft, E. Wilfley, D. & Brennan, L. (2017). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 58, 25–140.
- Lincoln, T., Hohenhaus, F. & Hartmann, M. (2013). Can paranoid thoughts be reduced by targeting negative emotions and self-Esteem? An experimental investigation of a brief Compassion-focused intervention. *Cogn Ther Res*, 37, 390–402.
- Longe, O., Maratos, F., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H. & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 49, 1849–1856.
- Lucre, K. & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86, 387–400.
- McClean, L., Steindl, S. & Bambling, M. (2018). Compassion-focused therapy as an intervention for adult survivors of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27, 161-175.
- Mc-Manus, J., Tsivos, Z., Woodward, S., Fraser, J. & Hartwell, R. (2018). Compassion focused therapy groups: Evidence from routine clinical practice. *Behaviour Change*, 35, 167–173.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–102.
- Neff, K. (2011). *Self-Compassion. Stop Beating Your self Up and Leave Insecurity Behind*. New York: Morrow.
- Noorbala, F., Borjali, A., AhmadianAttari, A. & Noorbala, A. (2013). Effectiveness of compassionate mind training on depression, anxiety, and self-criticism in a group of Iranian depressed patients. *Iranian J Psychiatry*, 8(3), 113- 117.
- Patty, W., Qi, S., Frank, B. & Ronald M. (2010). Meta- analysis of prospective cohort studies evaluating the association of

- saturated fat with cardiovascular disease. *American Journal of Clinical Nutrition*, 91(3), 535-546.
- Pennebaker, J. (1997). *Opening Up: The Healing Power of Expressing Emotions*. New York: Guilford.
- Pepping, C., Lyons, A., McNair, R., Kirby, J., Petrocchi, N. & Gilbert, P. (2017). A tailored compassion-focused therapy program for sexual minority young adults with depressive symptomatology: Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychology*, 5(5), 1-7, DOI 10.1186/s40359-017-0175-2.
- Polanin, J. & Snilstveit, B. (2016). *Campbell methods policy note on converting between effect sizes* (Version 1.1 updated December 2016). Oslo: The Campbell Collaboration.
- Reiss, N., Lieb, K., Arntz, A. Shaw, I. & Farrell, F. (2014). Responding to the treatment challenge of patients with severe BPD: Results of three pilot studies of inpatient schema therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 355–367.
- Rycroft, M. (2016). The development and evaluation of a brief self-Practice compassion focused therapy (CFT) intervention as a precursor to treatment as usual (TAU) for trauma patients: A Pilot Randomised Controlled Trial (RCT). *Unpublished doctoral dissertation*, University of London.
- Shachar, M. (2008). Meta-Analysis: The preferred method of choice for the assessment of distance learning quality factors. *International Review of Research in Open and Distance Learning*, 9 (3), 1-15 .
- Simmonds, M. (2015). An exploration of heart rate variability reactivity in response to compassion focused therapy for people with eating disorders: A feasibility study. *Unpublished doctoral dissertation*, University of Leicester.
- Sommers-Spijkerman, M., Trompetter, H., Schreurs, K. & Bohlmeijer, E. (2018). Pathways to improving mental health in compassion-Focused therapy: Self-Reassurance, self-criticism and affect as mediators of change. *Front. Psychol*, 9,2442, doi: 10.3389/fpsyg.2018.02442, 1-26.

- Steindl, S., Buchanan, K., Goss, K., & Allan, S. (2017). Compassion focused therapy for eating disorders: A qualitative review and recommendations for further applications. *Clinical Psychologist*, 21, 62–73
- Wheatley, J., Brewin, C., Patel, T., Hackmann, A., Wells, A., Fisher, P., & Myers, S. (2007). I'll believe it when I see it: Imagery re-scripting of intrusive sensory memories in depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 371–385.
- Whelton, W. & Greenberg, L.(2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38, 1583–1595.
- Williams, M., Tsivos, Z., Brown, S., Whitelock, N. & Stmpson, M. (2017). Compassion-focused Therapy for bulimia nervosa and bulimic presentations: A preliminary case series. *Behaviour Change*, 34(3), 199–207.
- Asano, K., Koike1, H., Shinohara, Y., Kamimori, H., Nakagawa, A., Iyo, M. & Shimizu, E. (2017). Group cognitive behavioural therapy with compassion training for depression in a Japanese community: a single-group feasibility study. *BMC Res Notes*, 10(670), 1-6.
- Ashworth, F., Clarke, A., Jones, L., Jennings, C. & Longworth, C. (2015). An exploration of compassion focused therapy following acquired brain injury. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88, 143–162.
- Au, T., Sauer-Zavala, S., King, M., Petrocch, N., Barlow, D. & Litz, B. (2017).Compassion-Based therapy for trauma-related shame and posttraumatic stress: Initial evaluation using a Multiple baseline design. *Behavior Therapy*, 48(2), 207-221.
- Beaumont, E., Durkin, M., McAndrew, S., & Martin, C. (2016). Using Compassion Focused Therapy as an adjunct to Trauma-Focused CBT for Fire Service personnel suffering with trauma-related symptoms. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 9(34), 1-13.
- Beaumont, E., Galpin, A. & Jenkins, P. (2012). Being kinder to myself: A prospective comparative study, exploring post-trauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either Cognitive Behaviour Therapy or Cognitive

- Behaviour Therapy and Compassionate Mind Training. *Counselling Psychology Review*, 27(1), 31- 43.
- Beaumont, E., Irons, C., Rayner, G. & Dagnall, N. (2016). Does compassion-focused therapy training for health care educators and providers increase Self-compassion and reduce self-persecution and self-criticism?. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 36(1),4-10.
- Beaumont, E., Rayner, G., Durkin, M., & Bowling, G. (2017). The effects of Compassionate Mind Training on student psychotherapists. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 12(5), 300-312.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J. & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52, 199–214.
- Clapton, N. (2016). Growing kind minds: Adapted group compassion focused therapy for adults with intellectual disabilities (CFT-ID). *Unpublished doctoral dissertation*, Bangor University.
- D'Silva, C. & Kamble, S. (2014). Compassion-focused therapy-based intervention for treating body dysphoria amongst college students in Goa. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 5(1), 79-82.
- Gale, C., Gilbert, P., Read, N. & Goss, K. (2014). An Evaluation of the Impact of Introducing Compassion Focused Therapy to a Standard Treatment Programme for People with Eating Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21,1 –12.
- Gharraee, B., Tajrishi, K., Farani, A., Bolhari, J. & Farahani, H. (2018). A Randomized Controlled Trial of Compassion Focused Therapy for Social Anxiety Disorder. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. (In Press):e80945, 1-8.
- Heriot-Maitland, C., Vidal, J., Ball, S. & Irons, C. (2014). A compassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 78–94

- Ierofino, D. (2017). An initial evaluation of an online compassion focused therapy intervention foe self-esteem. *Unpublished doctoral dissertation*, Canterbury Christ Church University.
- Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K., & Gilbert, P. (2012). An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5, 420–429.
- Kelly, A. & Carter, J. (2015). Self-compassion training for binge eating disorder: A pilot randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 88, 285–303.
- Kelly, A., Carter, J. & Borairi, S. (2014). Are Improvements in Shame and Self-Compassion Early in Eating Disorders Treatment Associated with Better Patient Outcomes?. *International Journal of Eating Disorders*, 47(1), 54–64.
- Kelly, A., Wisniewski, L., Martin-Wagar, C. & Hoffman, E. (2017). Group-Based Compassion-Focused Therapy as an Adjunct to Outpatient Treatment for Eating Disorders: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 475–487.
- Krieger, T., Glutz, B., Reber, F., Urech, A., Mose, C., Schulz, A. & Berger, T. (2018). An internet-based compassion-focused intervention for increased self-criticism: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 50(2), 430-445.
- Lincoln, T., Hohenhaus, F. & Hartmann, M. (2013). Can paranoid thoughts be reduced by targeting negative emotions and self-Esteem? An experimental Iivestigation of a bcief Compassion-focused intervention. *Cogn Ther Res*, 37, 390–402.
- Mc-Manus, J., Tsivos, Z., Woodward, S., Fraser, J. & Hartwell, R. (2018). Compassion Focused Therapy Groups: Evidence from Routine Clinical Practice. *Behaviour Change*, 35, 167–173.
- Noorbala, F., Borjali, A., Ahmadian-Attari, M. & Noorbala, A. (2013). Effectiveness of compassionate mind training on depression, Anxiety, and self-criticism in a group of Iranian depressed patients. *Iran J Psychiatry*, 8(3): 113-117.

- Rycroft, M. (2016). The development and evaluation of a brief self-Practice compassion focused therapy (CFT) intervention as a precursor to treatment as usual (TAU) for trauma patients: A Pilot Randomised Controlled Trial (RCT). *Unpublished doctoral dissertation*, University of London.
- Asano, K., Koike1, H., Shinohara, Y., Kamimori, H., Nakagawa, A., Iyo, M. & Shimizu, E. (2017). Group cognitive behavioural therapy with compassion training for depression in a Japanese community: a single-group feasibility study. *Asano et al. BMC Res Notes*, 10, 1-6.
- Williams, M., Tsivos, Z., Brown, S., Whitelock, N. & Stmpson, M. (2017). Compassion-focused Therapy for bulimia nervosa and bulimic presentations: A preliminary case series. *Behaviour Change*, 34(3), 199–207.

Systematic review and meta-analysis of researches results on the effectiveness of Gilbert's compassion-focused therapy for clinical and non-clinical samples

Abstract:

This systematic review and meta-analysis aimed two main objectives. Previous that to evaluate the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) on a variety of mental health issues and shown use of CFT to improve psychological outcomes in clinical and non-clinical populations. The second objective is to identify some potential factors that can affect the therapeutic results of CFT. The results of 25 previous studies conducted from 2012 to 2018 were analyzed and met the inclusion criteria and then subjected to systematic review and meta-analysis. The current research has reached a set of results, the most important that the mean effect size of compassion-focused therapy across the 25 studies was 1.16, which is a high value according to the Cohen criterion and expresses a strong effect of the treatment in dealing with a wide range of disorders and psychological variables and the majority of the studies were oriented towards the clinical samples by 76% of the total analyzed studies. The mean effect size in clinical samples were from moderate to high (0.6-2.86) the mean effect size of non-clinical samples were from small to moderate (0.2-0.7).

Keywords: compassion-focused therapy , compassionate mind training