

## اثر بخشی برنامه شفقت درمانی مبتنی بر اساس ذهن آگاهی بر سرمایه روانشناختی و ناگویی هیجانی در زنان درگیر دیسکوپاتی ناشی از تروما طولانی مدت

ساناز رحیمی

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

سوده نامی

کارشناس ارشد عمومی

نسیم رزمخواه

دانشجو دکترا روانشناسی بدون گرایش

چکیده

زمینه و هدف: شیوع دیسکوپاتی ناشی از تروما در زنان به میزان هشداردهنده ای در ایران نیز رو به افزایش است که این مساله میتواند پیامدهای مختلف روانشناختی را برای بانوان درگیر دیسکوپاتی به همراه بیاورد. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت درمانی بر ناگویی هیجانی و سرمایه روانشناختی زنان دچار دیسکوپاتی ناشی از تروما بود. روش پژوهش: طرح پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون وبا گروه گواه بود. جامعه آماری در این پژوهش، شامل کلیه زنان درگیر دیسکوپاتی ناشی از تروما در شهرستان مشهد بود که در نیمه نخست سال ۱۴۰۲ به مراکز درمانی بیماری های مزمن و فیزیوتراپی های محدوددهی خیابان احمدآباد این شهر مراجعه نمودند. از جامعه آماری پژوهش، یک گروه نمونه متشکل از 30 زن درگیر دیسکوپاتی که به روش هدفمند انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت ورزی) (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. سپس زنان دچار دیسکوپاتی گروه آزمایش تحت 8 جلسه 90 دقیقه ای هر هفته یک جلسه آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت ورزی قرار گرفتند ولی گروه گواه هیچ مداخله های دریافت نکردند. ابزار پژوهش پرسشنامه های ناگویی هیجانی تورنتو و همکاران (۲۰۰۷) و پرسشنامه سرمایه روانشناختی (۱۳۹۰) بوده است. جهت تجزیه و تحلیل داده ها در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است. یافته ها: نتایج نشان داد که تفاوت معنادار از لحاظ بهبود دشواری شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر معطوف به بیرون، خودکارآمدی، تاب اوری، امیدواری و جهت گیری به زندگی بین آزمودنی های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه بود. نتیجه گیری: میتوان نتیجه گرفت آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت ورزی بر ناگویی هیجانی و سرمایه روانشناختی زنان درگیر دیسکوپاتی ناشی از ترومای طولانی مدت موثر بود.

کلمات کلیدی: دیسکوپاتی، ترومای طولانی مدت، شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، ناگویی هیجانی، سرمایه روانشناختی

## مقدمه

افرادی که از ترومای طولانی مدت رنج می‌برند ممکن است دچار اختلالات عاطفی مانند اضطراب شدید، خشم، غم و اندوه، گناه بازمانده، جدایی، ناتوانی در احساس لذت، اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات جسمانی شوند. آمیگدال بیش فعال می‌شود و واکنش بیش از حد آن منجر به ترشح هورمون‌های استرس می‌شود. تروما شامل رویدادهای تروماتیک شدیدی است که احتمالاً مزمن هستند، رشد شخصیت را مختل می‌کنند و منجر به اعتماد کمتر به روابط بنیادین به خصوص عاطفی میشوند (گیلام، گروس، وانگر و مک کی<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱). این آسیبها به قدری طاقت فرسا هستند که در عملکرد سیستم عصبی نیز تاثیر گذارند (توبیماتسو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). این آسیبها شامل آزار جسمی، غفلت والدین، سوء استفاده جنسی، آزار عاطفی همراه با خشونت خانگی و اجتماعی است که خروج از آن برای فرد غیر ممکن است (کارلتون، افیفی، تالیو، تورنر، الگابالوی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). در یک مطالعه ملی صورت گرفته در آمریکا، نشان داده شد ۲۲ درصد شرکت کنندگان ۲-۱۷ ساله در طول زندگی خود در معرض چهار یا تعدادی ترومای مختلف از جمله قرار گرفتن در معرض خشونت خانگی، کودک آزاری و جنگ قرار گرفته اند (فینگولد، بریل<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰).

دردهای عضلانی، استخوانی، فشارخون و سردرد، گروهی از بیماریهای جسمانی را تشکیل میدهند. این دردها معلول وجود مشکلات روانی هستند یا حداقل تحت تأثیر عوامل و فشارزهای روانی تشدید میشوند امروزه این دیدگاه مسلط وجود دارد که تقریباً همه بیماریهای جسمانی به طور بالقوه با فشارهای روانی مرتبط هستند (صبور و کاکابرانی، ۱۳۹۷). در اصول علمی روانشناسی اختلالات سایکوسوماتیک<sup>۵</sup> از دسته اختلالات ناشی از استرس، اضطراب و تروماهای طولانی مدت هستند. گرچه دلیل قطعی برای شروع آن نمی‌توان مشخص کرد اما تصور می‌شود که استرس‌های خاص زندگی ممکن است آغاز کننده این دردها باشند. بسیاری از افراد پس از تجربه یک وضعیت منفی قابل توجه مثل از دست دادن عشق یا روبرو شدن با یک فاجعه طبیعی و تروماهای طولانی مدت دچار درد سایکوسوماتیک می‌شوند. بیماریهای عضلانی<sup>۶</sup> اسکلتی از بیماریهای بسیار شایع و پرخرج در همه گروه‌های سنی در جوامع مختلف به شمار می‌آیند که باعث ناتوانی، از کار افتادگی، بازنشستگی زودرس و ازدست دادن شغل میشوند (کیانی، صباحی، ۱۳۹۹). از جمله بیماریهایی که میتوان آنها را در این طبقه جای داد، بیماری دیسکوپاتی کمر<sup>۷</sup> است. دیسکوپاتی رایج ترین اختلال عصبی - عضلانی و سایکوسوما است که معمولاً در ستون فقرات، نخاعی و اعصاب نخاعی رخ می‌دهد و معمولاً در نواحی کمر و گردن سبب بروز علائم می‌شود. بر اساس آمارها دیسکوپاتی پس از سرماخوردگی دومین علت مراجعه افراد به پزشک است (گچل، چنگ،

<sup>1</sup> Gilam , Gross , Wager, Keefe& Mackey

<sup>2</sup> Tobimatsu

<sup>3</sup> Carleton, Afifi , Taillieu , Turner , ElGabalawy

<sup>4</sup> Feingold, Brill

<sup>5</sup> Psychosomatic Pain

<sup>6</sup> Discopathy Lumbar

پترز (۲۰۲۱). ازسویی دیگر تحقیقات مختلف نشان داده اند که همپوشی درخورتوجهی بین دیسکو پاتی با تروماهای طولانی مدت و دیگر اختلال های روانی وجود دارد(منصوری فر، رضایی جمالویی و امامی نجفی دهکردی، ۲۰۲۱).

تاکنون پژوهشها رابطه بین اختلال PTSD با اختلال های افسردگی اساسی، اضطراب منتشر، کاهش امید به زندگی و ناگویی در هیجان و استرس را نشان داده اند(آگاه هریس، علیپور، جان بزرگای و ناوحی، ۱۳۹۹)

در مطالعات متعددی ناگویی هیجانی در بانوان درگیر تروماهای طولانی مدت مورد بررسی قرار گرفته و از عوامل روانشناختی ست که در زمینه بیماری های مزمن مثل فشار خون و دیسکو پاتی و اختلالات خواب مورد توجه قرار گرفته است(بالدارو ۲۰۱۳). ناگویی هیجانی به صورت «دشواری در شناسایی احساسات»<sup>۸</sup>، «دشواری در توصیف احساسات»<sup>۹</sup> و «دشواری در تمایز هیجانها و تحریکات بدنی ناشی از برانگیختگی هیجان و سبک تفکر برون مدار»<sup>۱۰</sup> تعریف شده است. در ارتباط با ناگویی هیجانی و تروماها خدابخش و کیانی(۱۴۰۱) نشان دادند که ناگویی هیجانی می تواند منجر به رفتارهای اشفته و بیماری های مزمن و مشکلات استخوانی در زنان تروما دیده شود

یکی از عوامل مهم و اثرگذار در بهبود عملکرد روانی زنان درگیر تروما که دارای علائم دیسکو پاتی هستند سرمایه روان شناختی است (پوتس سیدی، ۲۰۲۰). سرمایه روان شناختی جنبه مثبت زندگی انسان را در برمی گیرد و یکی از شاخص های روان شناسی مثبت گرا است. سرمایه روان شناختی با ویژگی هایی از قبیل باور فرد نسبت به توانایی های خود همراه است که کمک سازنده ای به موفقیت در زندگی و فعالیت های او می کند (دا کاستا، پینتو، مارتینس و ویرا<sup>۱۱</sup>، ۲۰۲۱). در مطالعه بوناتیو (۲۰۱۹) نشان داده شد زنانی که از بیان احساسات منفی (اضطراب، خشم، غم) دوری میکنند، دو برابر زنان دیگر مستعد بیماری های استخوانی، مشکلات کمر و دیسک، اختلالات گوارشی هستند و عموماً در درک خودشان و باور در توانایی هایشان دچار مشکل هستند. یکی از عوامل تعیین کننده در بهبود دیسکوپاتی، ذهن آگاهی باشد که به فرد کمک میکند تا هیجانها را بهتر تنظیم کند و امید به زندگی در افراد را افزایش دهد(کابات، زین<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۳). شفقت به خود را به عنوان سازه های سه مولفه ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی، در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانند سازی افراطی تعریف کرده اند. ترکیب این سه مولفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود شفقت می ورزند. اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل و تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شود و در این صورت، ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می دهد، در مواجهه با این درونی نیز آرام می شود. در درمان متمرکز بر شفقت افراد می آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن ها را سرکوب نکنند، بنابراین می توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. در این درمان از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه ی شفقت ورز درونی مراجعان با خودشان، به جای سرزنش کردن، محکوم کردن

<sup>7</sup> Gatchel, Peng, Peters

<sup>8</sup> difficulty identifying feelings

<sup>9</sup> difficulty describing feelings

<sup>10</sup> . external Oriented thinking style

<sup>11</sup> da Costa, Pinto, Martins, & Vieira

<sup>12</sup> Kabat-Zinn

و یا خود انتقادی، کمک لازم به مراجعان می شود از نتایج این نوع درمان، مهم شمردن بهزیستی، درک و همدلی، همدردی کردن، عدم قضاوت و عدم مقصر شمردن دیگران، تحمل و یا تاب آوری اشفتگی و درد و رنج، از طریق توجه، تفکر، رفتار، تصویر سازی، احساس و حس کردن شفقت آمیز است (کجویی، ۱۳۹۷). پژوهشهای متعدد حاکی از اهمیت ذهن آگاهی برای بهبود باور فرد از توانایی هایش، کاهش سرکوبی هیجانات (پیتز، اسچوالز و وارشبورگر<sup>۱۳</sup>، ۲۰۲۰) و افزایش امید به زندگی (۲۰۲۱) می باشند. در همین راستا، هدف این پژوهش اثر بخشی شفقت درمانی بر اساس ذهن آگاهی بر سرمایه روانشناختی و ناگویی هیجانی در زنان درگیر دیسکوپاتی ناشی از تروما طولانی مدت بود.

## روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون بود. جامعه آماری در این پژوهش، شامل کلیه زنان درگیر دیسکوپاتی ناشی از ترومای طولانی مدت شهر مشهد بود که در نیمه اول سال ۱۴۰۲ به مراکز درمانی بیماری های مزمن و فیزیوتراپی ها ی محدوده ی خیابان احمدآباد این شهر مراجعه نمودند. از جامعه آماری پژوهش یک گروه متشکل از ۳۰ زن درگیر دیسکوپاتی ناشی از تروما که به روش هدفمند انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر افزایش امید به زندگی) و گواه گمارده شدند. فرآیند انتخاب نمونه به این شکل بود که نخست از بین مراکز درمانی سناباد و مرکز فیزیوتراپی علوی به طور تصادفی انتخاب شدند و سپس از بین مراجعین به طور تصادفی ۳۰ نفر که دارای ملاکهای ورود بودند، به شکل هدفمند انتخاب شدند و همچنین به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. روش همگن کردن گروهها بر اساس جنسیت متوسط بازه سنی بین ۴۰ تا ۵۵ سال، سطح تحصیلات و شدت بیماری انجام گرفت. ملاکهای ورود به پژوهش مؤنث بودن؛ داشتن سن ۴۰ تا ۵۵ سال و سن قبل از یائسگی، داشتن سطح تحصیلات حداقل دیپلم؛ بودن در معرض تروما حداقل ۲ سال، درگیر مشکل دیسکوپاتی به مدت حداقل یک سال با شدت میانه (که توان حضور در جلسات را داشته باشد) داشتن سلامت روان نسبی بر اساس پرسشنامه SCL-25. رضایت فرد از شرکت در پژوهش. ملاکهای خروج از پژوهش شامل عدم شرکت در جلسات به صورت مداوم (دو جلسه بیشتر)؛ سابقه بیماری های روانی؛ بیماری جسمانی در حین اجرای جلسات درمانی؛ عدم تمایل فرد به ادامه جلسات درمان بود.

## ابزار پژوهش

### ۱- مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو<sup>۱۴</sup> (TAS-20)

اندازه گیری ناگویی هیجانی از نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو بشارت (۲۰۰۷) استفاده شد که برگرفته از مقیاس ناگویی هیجانی تورنتوی بگبی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴) است. هدف از این پرسشنامه، ارزیابی تواناییهای شخص در بروز احساسات می باشد. این مقیاس خودسنجی دارای ۲۰ عبارت و سه بُعد دشواری در شناسایی احساسات (۷ عبارت)، دشواری در توصیف احساسات (۵ عبارت) و تفکر معطوف به بیرون (۸ عبارت) است. نحوه نمره گذاری به صورت مقیاس ۵ درجه لیکرت بین نمره ۱ = کاملاً مخالف و نمره ۵ = کاملاً موافق است. جمع نمره های این سه زیرمقیاس به عنوان نمره کلی ناگویی هیجانی محسوب میشود. نمرات ۶۰ به

<sup>13</sup> Peitz, , Schulze, & Warschburger

<sup>14</sup> Toronto Alexithymia Scale-20

عنوان ناگویی هیجانی بالا و نمرات ۵۲ به پایین به عنوان ناگویی هیجانی پایین (بدون ناگویی هیجانی) در نظر گرفته می شوند. مقیاس دشواری در شناسایی احساسات (DIF) این خرده مقیاس توانایی آزمودنی در شناسایی احساسات و تمایز میان احساسات با حسهای بدنی را ارزیابی میکند که شامل سوالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴ می باشد. مقیاس دشواری در توصیف احساسات (DDF) این خرده مقیاس توانایی شخص در بیان احساسات و اینکه آیا قادر است احساسات خودش را در قالب لغات بیان کند یا خیر، می سنجد که شامل عبارت - های ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷ میباشد. مقیاس تفکر معطوف به بیرون (EOT) این خرده مقیاس میزان درون نگری و عمیق شدن فرد در احساسات درونی خودش و دیگران را بررسی میکند که شامل عبارتهای ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۹۸ و ۲۰ می باشد. گویه های ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ نمره گذاری معکوس دارند: پاسخ «کاملاً مخالف» نمره ۵ و به پاسخ «کاملاً موافق» نمره ۱ تعلق می گیرد. هر چه افراد نمراتشان در این خرده مقیاسها بیشتر باشد نشان دهنده مشکل بیشتر در زمینه بیان و تشخیص احساسات می باشد. ضریب آلفای کرونباخ در نسخه فارسی برای ناگویی هیجانی کلی و زیرمقیاس های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲ و ۰/۷۵ و ۰/۷۲ بوده است. عیسی زادگان و فتح آبادی (۱۳۹۱) اعتبار آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای نمره کل برابر با ۰/۷۴ و برای زیرمقیاس های دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۰، دشواری در شناسایی احساسات ۰/۶۴ و تفکر معطوف به بیرون ۰/۵۲ گزارش کرده اند. اعتبار بازآزمایی مقیاس نیز در نمونه ای ۶۷ نفری در دو نوبت فاصله چهار هفته ۰/۸۰ و ۰/۸۷ محاسبه شده است. بشارت، ۲۰۰۷؛ نریمانی، وحیدی و ابوالقاسمی، (۱۳۹۲). در پژوهش حاضر میزان شاخص RMSEA برای ۳ بُعد بالا به ترتیب ۰/۰۴، ۰/۰۴ و ۰/۰۶ و میزان پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و برای ۳ بُعد بالا به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۱ و ۰/۸۵ سنجیده شد.

۲- پرسشنامه سرمایه روانشناختی: برای سنجش سرمایه روانشناختی از پرسشنامه بیست و شش سوالی که توسط مک گی همکارانش به منظور سنجش سرمایه روانشناختی کارکنان با چهار خرده مقیاس خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوری و جهت گیری به زندگی ساخته و ارائه شده است استفاده میشود. این پرسشنامه را گل پرور (۱۳۹۰) در ایران ترجمه و آماده کرده است. برای بدست آوردن نمره سرمایه روانشناختی، ابتدا نمره هر خرده مقیاس به صورت جداگانه بدست می آید و سپس مجموع آنها به عنوان نمره کل سرمایه روانشناختی محسوب میشود. روایی و پایایی این پرسشنامه را همراه با فرم های دیگری از سرمایه روانشناختی به طور گسترده و وسیعی بررسی نموده و شواهد متفقی از روایی و پایایی این پرسشنامه ارائه نموده است روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه توسط تنی چند از متخصصین در پژوهش گلپرور و همکاران (۱۳۹۲) بررسی و تایید گردید. در پژوهش گلپرور و همکاران (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوری و جهت گیری به زندگی به ترتیب برابر با، ۰/۹۱، ۰/۸۹، ۰/۸۳ و ۰/۷۰ به دست آمده است. در این پژوهش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ می باشد.

درمان شفقت مبتنی بر ذهن آگاهی برگرفته از کتاب فلاح و ایوبی (۱۳۹۷): پروتکل به صورت ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای بر اساس جدول زیر برگزار شد.

جلسه	شرح جلسات
جلسه اول : آشنایی و بیداری	گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن ، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت
جلسه دوم: ذهن تکامل یافته و انگیزه	بررسی ذهن تکامل یافته و انگیزه ها سیر تکامل و تکامل شفقت ذهن آگاهانه ، ذهن مملو از تضاد و رنج هویت خود . سیستم های هیجانی و تمرین خشم و اضطراب و تنفر

ها و سیستم های هیجانی	تعریف شفقت و ویژگی های شفقت و درگیر شدن با آن همدردی و موانع همدردی و تحمل پریشانی توجه شفقت امیز و تصویر سازی شفقت امیز و تضعیف ذهن آگاهی و منشا آن
جلسه سوم: شفقت و چالش های تمرین ذهن آگاهی	آموزش ذهن آگاهی و تنهایی و راه کنترل کردن ذهن، ذهن آگاهی و اجتناب
جلسه چهارم: ذهن آگاهی و نیلوفر های ابی در گل	آموزش شناخت ذهن نا آرام (دادن تکلیف) شروع با توجه به کار کردن (دادن تکلیف) ریتم تنفس تسکین دهنده
جلسه پنجم: تمرین ذهن آگاهی	خوردن سبب به صورت ذهن آگاهی (دادن تکلیف) تقویت تنفس و استراحت دادن، واکنش های عادی، توجه و پذیرش و حساسیت و همدردی و عدم قضاوت
جلسه هفتم: ایجاد توانایی شفقت	جریان شفقت، کار کردن روی تصویر سازی مکانی تمرین: تصویر سازی مکانی امن تمرین: تصویر شفقت امیز تمرین: تکنیک صندلی خالی
جلسه هشتم: خود شفقت آمیز و سفر شفقت امیز	تصور خود شفقت ساز، فنون روش بازیگری گسترش دایره شفقت، حل کردن و یکسان سازی در لحظه جمع بندی و پس از مومن

## روش اجرا

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه مندی می توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده ها شاخص های آماری مربوط به هر یک از امتیازهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

## یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کنندگان گروه آزمایش ۳۸/۵ (۸/۷) گروه گواه ۳۶/۹ (۷/۷) همچنین کمینه و بیشینه سن در گروه آزمایش ۲۶ و ۴۳ سال و در گروه گواه، ۲۷ و ۲۴ سال بود.

جدول ۲- اماره های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک نوع آزمون و گروه ها

متغیر	ابعاد	مرحله	گروه آزمایش		گروه گواه	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار

۳/۸۷	۱۷/۸۶	۳/۲۲	۱۷/۵۵	پیش آزمون	دشواری در شناسایی احساسات	ناگویی هیجانی
۳/۰۵	۱۷/۸۰	۳/۵۵	۱۳/۶۱	پس آزمون		
۲/۶۳	۱۴/۲۶	۲/۲۳	۱۳/۴۶	پیش آزمون	دشواری در توصیف احساسات	
۲/۴۳	۱۳/۹۳	۲/۴۰	۱۱/۰۶	پس آزمون		
۳/۷۳	۲۴/۱۳	۲/۵۶	۲۳/۲۰	پیش آزمون	تفکر معطوف به بیرون	سرمايه روانشناختی
۲/۶۱	۲۵/۴۰	۳/۰۴	۱۹/۲۰	پس آزمون		
۳/۲۵	۳۵/۷۶	۳/۱۲	۳۶/۴۲	پیش آزمون	خود کارآمدی	
۲/۶۰	۳۷/۱۴	۳/۷۹	۲۷/۶۳	پس آزمون		
۴/۴۱	۳۷/۶۶	۴/۵۱	۳۷/۷۳	پیش آزمون	تاب آوری	امید واری
۳/۱۰	۳۸/۲۱	۴/۱۹	۲۹/۲۶	پس آزمون		
۴۲/۴۰	۳۴/۱۴	۳/۱۰	۳۵/۹۱	پیش آزمون		
۲/۲۳	۳۵/۶۵	۲/۳۳	۳۰/۸۷	پس آزمون		
۲/۵۵	۳۷/۹۷	۳/۱۲	۳۸/۵۴	پیش آزمون	جهت گیری به زندگی	
۳/۹۹	۳۶/۴۳	۲/۷۷	۳۳/۰۶	پس آزمون		

طبق نتایج جدول ۲، میانگین ابعاد تمام متغیرها که در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت دارند و در مرحله پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش با تغییر میانگین همراه بوده است، در صورتی که در گروه گواه این تغییر مشاهده نشد.

جدول ۳: نتایج آزمون توزیعی طبیعی نمره ها و آزمون همگنی واریانس ها

متغیر	گروه	کولموگراف - اسمیرنوف			آزمون لوین			آزمون موخلی		
		درجه آزادی	اماره	معتاداری	درجه آزادی	اماره	معتاداری	اماره	موخلی	معتاداری
دشواری در شناسایی احساسات	آزمایش	۱۵	۰/۵۴۵	۰/۹۲۲	۲۸	۳/۳۹۱	۰/۱۳۳	۳/۱۶	۰/۸۴	۰/۴۷
	گواه	۱۵	۰/۶۲۰	۰/۸۴۵	۲۸					
دشواری در توصیف احساسات	آزمایش	۱۵	۰/۶۱۵	۰/۷۷۵	۲۸	۱/۷۵۴	۰/۱۹۶	۲/۵۵	۰/۷۷	۰/۳۵
	گواه	۱۵	۰/۸۴۵	۰/۴۲۵	۲۸					
تفکر معطوف به بیرون	آزمایش	۱۵	۰/۷۶۰	۰/۶۵۰	۲۸	۰/۸۴۲	۰/۳۶۷	۲/۶۷	۰/۹۳	۰/۳۰
	گواه	۱۵	۱/۲۱۵	۰/۱۴۵	۲۸					
خود کارآمدی	آزمایش	۱۵	۱/۰۱۳	۰/۲۳۰	۲۸	۱/۲۴۶	۰/۶۹۵	۲/۹۹	۰/۹۵	۰/۴۶
	گواه	۱۵	۰/۶۲۵	۰/۷۳۰	۲۸					
تاب آوری	آزمایش	۱۵	۰/۹۰۰	۰/۳۲۵	۲۸	۱/۰۷۰	۰/۲۲۱	۳/۱۸	۰/۸۰	۰/۳۳
	گواه	۱۵	۰/۷۳۱	۰/۶۳۰	۲۸					
امید واری	آزمایش	۱۵	۰/۶۲۰	۰/۸۵۰	۲۸	۰/۱۷۵	۰/۲۷۴	۲/۱۸	۰/۸۹	۰/۳۶
	گواه	۱۵	۰/۹۷۵	۰/۳۰۵	۲۸					
جهت گیری به زندگی	آزمایش	۱۵	۰/۴۳۶	۰/۹۴۰	۲۸	۱/۷۰۲	۰/۱۱۲	۲/۴۴	۰/۸۵	۰/۲۴



					۲۸	۰/۵۴۵	۱۵	گواه	
--	--	--	--	--	----	-------	----	------	--

نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری در بین گروههای مورد مطالعه در متغیرهای ناگویی هیجانی و سرمایه روانشناختی نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار میباشد و این اثر بدین معنای است که حداقل یکی از گروهها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای ناگویی هیجانی و سرمایه روانشناختی تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پایش آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۴ - تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ناگویی هیجانی و سرمایه روانشناختی در گروه آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
دشواری در شناسایی احساسات	زمان*گروه	۱۵۶/۸۰۰	۲	۷۸/۴۰۰	۱۵/۱۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵۱
	گروه	۵۶/۰۶۷	۱	۵۶/۰۶۷	۸/۱۶۲	۰/۰۰۸	۰/۲۲۶
دشواری در توصیف احساسات	زمان*گروه	۵۹/۲۶۷	۲	۲۹/۶۳۳	۱۲/۷۶۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱۳
	گروه	۳۵/۲۶۷	۱	۳۵/۲۶۷	۱۰/۸۹۰	۰/۰۰۳	۰/۲۸۰
تفکر معطوف به بیرون	زمان*گروه	۷۰/۰۶۷	۲	۳۵/۰۳۳	۴/۲۶۲	۰/۰۰۱	۰/۱۳۲
	گروه	۱۸۷/۲۶۷	۱	۱۸۷/۲۶۷	۱۰/۸۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰۲
خود کارآمدی	زمان*گروه	۸۶۱/۸۰۰	۲	۴۳۰/۹۰۰	۸۸/۵۷۰	۰/۰۰۱	۰/۷۶۰
	گروه	۵۵۲/۱۵۰	۱	۵۵۲/۱۵۰	۷۸/۳۵۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳۷
تاب اوری	زمان*گروه	۱۰۸۶/۴۶۷	۲	۵۴۳/۳۲۳	۶۳/۹۶۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹۶
	گروه	۴۶۴/۸۱۷	۱	۴۶۴/۸۱۷	۶۰/۳۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۸۳
امید واری	زمان*گروه	۷۱۷/۸۰۰	۲	۳۵۶/۹۰۰	۴۱/۲۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵
	گروه	۴۴۰/۳۵۶	۱	۴۴۰/۳۵۰	۳۴/۸۹۰	۰/۰۰۱	۰/۵۵۵
جهت گیری به زندگی	زمان*گروه	۱۰۸۶/۴۶۷	۲	۲۸۷/۲۳۳	۲۹/۷۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۱۵
	گروه	۹۲۸/۲۶۷	۱	۹۲۸/۲۶۷	۷۹/۶۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۴۰

نتایج از جدول ۴ نشان داد نسبت F به دست آمده عامل گروهها در ابعاد ناگویی هیجانی ( $P < ۰/۰$ ) و سرمایه روانشناختی ( $p < ۰/۰۱$ ) معنادار است. این یافته بیانگر این است که آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت



موجب بهبود ناگویی هیجانی در زنان درگیر دیسکوپاتی شد. در این خصوص، یک تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای گروه آزمایش در سه مرحله مداخله درمانی صورت گرفت که نسبت  $F$  مشاهده شده در بهبود ناگویی هیجانی ( $P < 0.001$ ) و سرمایه روانشناختی ( $p < 0.01$ ) بود.

جدول ۵ - نتایج آزمون بنفرونی درون گروهی آموزش ذهن آگاهی در ابعاد ناگویی هیجانی و سرمایه روانشناختی در گروه آزمایش

متغیر	زمان	اختلاف میانگین	خطای معیار	Sig
دشواری در شناسایی احساسات	پیش پس	۵/۵۴	۲/۵۱	۰/۰۰۳
	پیگیری	۱/۶۱	۱/۱۰	۰/۰۱
	پس پیگیری	۲/۸۶	۱/۲۳	۰/۰۱
دشواری در توصیف احساسات	پیش پس	۲/۲۸۱	۲/۳۹	۰/۰۰۲
	پیگیری	-۱/۷۸	۱/۱۳	0/04
	پس پیگیری	-۲/۳۳	۱/۲۹	۰/۰۳۳
تفکر معطوف به بیرون	پیش پس	۲/۵۹	۲/۷۰	۰/۰۰۲
	پیگیری	-۱/۴۴	۱/۳۹	۰/۰۱۱
	پس پیگیری	-۲/۱۲	۱/۳۰	۰/۰۲۴
خود کارآمدی	پیش پس	۲/۳۰	۱/۱۵	۰/۰۵
	پیگیری	۰/۵۵	۱/۲۱	۰/۰۳
	پس پیگیری	-۱/۵۷	۱/۲۲	۰/۰۲۱
تاب اوری	پیش پس	-۰/۸۳	۰/۳۴	۰/۰۱۷
	پیگیری	-۰/۴۸	۰/۳۴	۰/۰۱۷۰
	پس پیگیری	-۱/۶۰	۰/۳۳	۰/۰۰۱
امید واری	پیش پس	۰/۸۳	۰/۳۴	۰/۰۰۲
	پیگیری	۰/۳۵	۰/۳۶	۰/۰۱۷
	پس پیگیری	-۰/۷۷	۰/۳۵	۰/۰۰۱
جهت گیری به زندگی	پیش پس	-۰/۳۵	۰/۳۶	۰/۰۳۴
	پیگیری	-۱/۱۳	۰/۳۷	۰/۰۰۴

تغییرات گروه آزمایش در طی زمان در جدول ۵ نشان داد ابعاد ناگویی هیجانی در گروه آموزش ذهن آگاهی در پس آزمون نسبت به پیش آزمون معنی دار بود ( $p < 0.001$ ) همچنین در مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون اختلاف معنی داری مشاهده شد ( $p < 0.001$ ) ولی در پیگیری نسبت به پس آزمون تفاوت معنی دار مشاهده نشد ( $P < 0.01$ ) تغییرات گروه آزمایش در طی زمان نشان داد ابعاد سرمایه روانشناختی در گروه آموزش ذهن آگاهی در پس آزمون نسبت به پیش آزمون معنی دار بود ( $p < 0.001$ ).

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت بر ناگویی هیجانی و سرمایه روانشناختی در زنان مبتلا دیسکوپاتی ناشی از تروما بود. نتایج این بررسی نشانه وجود تفاوت معنادار از لحاظ بهبود دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون بین آزمودنیهای گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه بود که این تفاوتها بیان کننده بهبود این ابعاد پس از اجرای جلسات درمانی است و واکنش هیجانی، جایگاه من، بریدگی عاطفی و آمیختگی با دیگران بین آزمودنیهای گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه بود که این تفاوتها بیان کننده بهبود این ابعاد پس از اجرای جلسات درمانی است. این نتیجه با مطالعات و کجویی و همکاران (۱۳۹۷) و فورمن (۲۰۱۹) پیتاز، اسچوالز و وارشیورگر (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته ها میتوان گفت آموزش ذهن آگاهی برتوجه به لحظه حاضر و آگاهی و پذیرش نسبت به احساسات و هیجانات متمرکز است. همچنان تأکید برانجام تمرینهای فردی که با هیجانات و افکار و احساسات مرتب است و باعث میشود فرد به جای اینکه دست به سرکوبی، کنترل یا اجتناب بزند، تمرینهایی را با پذیرش و دلسوزی بیاموزد (شارونف، ۲۰۱۳). همچنین باید گفت تنظیم هیجان به تعامل بهینه ای از شناخت و هیجان جهت مقابله با شرایط منفی نیاز دارد زیرا انسان با هرچه مواجهه می شود آن را تفسیر شناختی میکند که تعیین کننده واکنشهای افراد است. افرادی که از ذهن آگاهی پایینی برخوردارند از دانش و بینش مناسبی در مورد فرآیندهای شناختی و توانمندیهای خود برخوردارند و به دلیل رابطه عمیق ذهن آگاهی با هیجانات و همچنان راهبردهای مؤثر برخورد با وظایف، ذهن آگاهی موجب افزایش آگاهی فرد نسبت به خود و دیگران در هیجانات و موقعیت زمان کنونی میشود. میتوان استنباط کرد که از طریق آموزش مهارتهای ذهن آگاهی میتوان، مهارت در توانایی تنظیم هیجان را بهبود داد و این خود نیاز تاثیر متقابل در افزایش سطح ذهن آگاهی می تواند داشته باشد. در تبیین این یافته میتوان گفت افراد دچار دیسکوپاتی افکار و باورهای اشتباهی در مورد وضعیت خود دارند، یا اینکه به خاطر چنین باورهایی بسیار حساس هستند. در این بین، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نشان می دهد که چگونه چنین حالتی را کنترل و مدیریت کنند. در واقع ذهن آگاهی اثر مثبتی بر روی افکارناکارآمد دارد. حضور ذهن به بیمار کمک می کند با تسهیل در شناسایی به موقع الگوهای افکار، احساسات و حسهای بدنی، آنها را در مرحله مناسبی پیش از توسعه و بس یافتن خنثی کند. پرورش آگاهی به این شیوه افراد را قادر میسازد تا به صورت آشکارتری برانگیخته شدن واکنشهای نشخواری و منفی را مشاهده کنند و بتوانند از چنین الگوهای فکر تمرکز زدایی کنند و به آنها به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که معرف واقعیت نیست (برین، ۲۰۱۷). همچنین در تبیین یافتههای پژوهش حاضر میتوان گفت ذهن آگاهی ضمن اینکه به فرد کمک می نماید تا بفهمد چگونه آرامش و رضایت را دوباره از عمق وجودش کشف کرده و آن را با زندگی روزمره اش آمیخته و به سبک زندگی اش مبدل نماید؛ به او کمک میکند تا به تدریج خود را از نگرانی، اضطراب، خستگی، افسردگی و نارضایتی پیرامون آسیب نجات دهد. این رویکرد معتقد است که هرکس دوره هایی از رنج و درد دارد؛ این درد و رنج با آگاهی ذهن، تبدیل به رنجی همدلانه می شود که به احساس شفقت نسبت به خود و دیگران منتهی می گردد که در نتیجه موجب عدم اجتناب و بهبود حالات روانشناختی میشود. (لانی و همکاران، ۲۰۱۹). فورمن و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه خود نشان دادند که درمانهای شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بار جنبه های سلامت فیزیکی و روانی افراد چاق اثرگذار است. هرچه افراد از ذهن آگاهی بیشتری برخوردار باشند تجربیات هیجانی منفی و احساس کسل شدن کمتری را تجربه کردند. این مداخله شناختی و مبتنای بر ذهن آگاهی به افراد این آگاهی و آموزش

را میدهد که خواه ناخواه افراد با افکار مزاحم و ناکارآمد رو به رو میشوند و به جای فرار و سرکوب این افکار بهتر است از طریق مشاهده گری و مراقبه این افکار اثرگذاری آنها را کاهش داد. در تبیین یافته های پژوهش حاضر میتوان گفت آموزش ذهن آگاهی میتواند با خنثی کردن برخی از تاثیرات استرس زها و پاسخهای استرس به عملکرد روان شناختیو فیزیولوژیک فرد کمک کند. تکنیک هایی که برای اصلاح و تغییر شیوه نگاه فرد نسبت به وقایع پر استرس، ارتقاء راهبردهای مقابله با استرس و کاهش پاسخ های جسمی استرس به کار می روند به حفظ سلامت فرد کمک میکند. برنامه ذهن آگاهی می تواند از طریق افزایش حس کنترل خود بسندگی، عزت نفس،

سازگارانه و حمایت اجتماعی بر فرایند روانی عصبی -ایمنی شناختی مؤثر باشد به نظر می رسد که این تغییرات، حالات خلقی منفی و انزوای اجتماعی را کاهش میدهد و کیفیت زندگی فرد را ارتقاء می بخشد (بارین، ۲۰۱۷). محدودیتهای پژوهش شامل خستگی آزمودنیها در زمان اجرای آزمونها و نداشتن مکان مناسب برای گروه درمان که به عنوان متغیر مداخله گر در پژوهش از آنها یاد میشود. با توجه به اندک بودن شمار پژوهشها در زمینه ناگویی هیجانی، پیشنهاد میشود این پژوهش روی روابط اجتماعی افراد دچار دیسکوپاتی نیاز انجامگیرد تا از بروز مشکلات برای این افراد جلوگیری به عمل آید. بر اساس نتایج پژوهش پیشنهاد میشود که مراکز درمانی، آموزش سبک زندگی و مدیریت سالم هیجانات رادر خصوص افراد دچار دیسکوپاتی مورد توجه قرار دهند. با توجه به اهمیت و نقش عوامل هیجانی در افراد درگیر دیسکوپاتی که ترومای طولانی مدت بودند پیشنهاد میشود پژوهشهای آینده اثربخشی درمان ذهن آگاهی را بر روی متغیرهای دیگری مانند تنظیم هیجانی، طرحواره های هیجانی و سبکهای عاطفی بررسی نمایند.

## منابع

آگاه هریس، مژگان، علیپور، احمد، جانبزرگی، مسعود، موسوی، الهام، نوحی، شهناز (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی گروه-درمانگری مبتنی بر اصلاح سبک زندگی و گروه درمانگری شناختی بر مدیریت وزن و ارتقای کیفیت زندگی زنان دارای اضافه وزن. فصلنامه روانشناسی سلامت ۱۱(۱): ۷۵-۸۱

خدا بخش م، کیانی س (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمایز یافتگی خود، نگرانی از بدریختی بدن و ارزیابی منفی در زنان مراجعه کننده به مراکز زیبایی. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۷(۵) ۱۳۰-۱۴۴

سیدی، یونس (۲۰۲۰). ارتباط سیستمهای مغز رفتاری با تنظیم شناختی هیجان: با نقش واسطه ای ترومای دوران کودکی در افراد اقدام کننده به خودکشی، دومین کنفرانس ملی روانشناسی و مشاوره، اصفهان

صبور، س؛ کاکابایی، ک. (۱۳۹۹). اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر میزان علائم افسردگی، استرس و شاخصهای درد در زنان مبتلا به درد مزمن. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری

کچویی، محسن، حسنی، جعفر، مرادی، علیرضا، فتحی آشتیانی، علی (۱۳۹۷). مقایسه ذهن آگاهی و خودشفقتی در زنان دارای شاخص توده بدنی بالا و طبیعی. فصلنامه سلامت اجتماعی. ۱۰.

کیانی، س؛ صباحی، پ؛ مکوند حسینی، ش؛ رفیعینیا، پ؛ آل بویه، م ر (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبتنگر بر آشفتگیهای روانشناختی بیماران مبتال به درد مزمن. مجله روانشناسی سلامت. ۱۳۳، ۳۶-۱۵۰.

منصوری فر، م؛ یزدانبخش، ک؛ کری می، پ (۱۴۰۰). پیشبینی بهزیستی روانشناختی بر اساس تنظیم هیجان، انعطاف پذیری شناختی و ذهنآگاهی در مبتالان به سرطان. مجله روانشناسی سلامت. ۱۰ (۳۷): ۱۴۱-۱۶۰

Beutel, M.E., Tibubos, A.N, Klein, E., Schum, Tzer, G. Reiner, I., Kocalevent, R.D., & Braehler, E. (201۹).

Carleton RN, Afifi TO, Taillieu T, Turner S, El- Gabalawy R, Sareen J, & Asmundson GJG. (2018). Anxiety related psychopathology and chronic pain comorbidity among public safety personnel. Journal of anxiety disorders, 55: 48-55.

Feingold D, Brill S, Goor-Aryeh I, Delayahu Y, & Lev- Ran S. (2018). The association between severity of depression and prescription opioid

Gatchel, R.J., Peng, Y.B., Peters, M.L., Fuchs, P.N., and Turk, D.C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. Psychol. Bull. 133, 581-624.

Gilam G, Gross J, Wager T, Keefe K, Mackey S. (2020). What Is the Relationship between Pain and Emotion? Bridging Constructs and Communities. Neuron. 107, 17-21.

Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology Science*, 10: 149-156

Mackey, S., and Kao, M.-C. (2019). Managing twin crises in chronic pain and prescription opioids. *BMJ* 364- 917

Mackey, S., and Kao, M.-C. (2019). Managing twin crises in chronic pain and prescription opioids. *BMJ* 364, 1917.

Tobimatsu s. (2021). Understanding cortical pain perception in humans. *Neurol clin Neurosci*, 9, 24-29.

Wingenfeld .K., Schaffrath.C. Rullkoetter,N., Mensebach,,C. Schlosser,N Beblo ,T .,et al.(2023) Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder *Child Abuse Neglect*, 35, 647-54

## Abstract

**Background and purpose:** The prevalence of discopathy caused by trauma in women is increasing at an alarming rate in Iran, which can bring various psychological consequences for women involved in discopathy. The purpose of this research was to determine the effectiveness of mindfulness training based on compassion therapy on emotional dyslexia and psychological capital of women with discopathy caused by trauma. **Research method:** The current research design was a semi-experimental type of pre-test, post-test and control group. The statistical population in this research included all women suffering from discopathy caused by trauma in Mashhad city, who referred to the treatment centers for chronic diseases and physiotherapy in the area of Ahmedabad Street in the first half of 2012. .. From the statistical population of the research, a sample group consisting of 30 women involved in dyskinesia were selected in a purposeful way and then randomly assigned to two experimental groups (mindfulness training based on compassion) (15 people) and control (15 people). Then, women with discopathy in the experimental group underwent 8 sessions of 90 minutes each week, one session of mindfulness training based on compassion, but the control group did not receive any intervention. The research tools were Toronto et al.'s (2007) and psychological capital questionnaires (2007). To analyze the data in the inferential statistics section, the variance analysis test with repeated measurements and SPSS-22 software were used. **Findings:** The results showed that there was a significant difference in terms of improvement in the difficulty of identifying emotions, difficulty in describing emotions, outward-oriented thinking, self-efficacy, resilience, hope and orientation to life between the subjects of the experimental group compared to the control group. **Conclusion:** It can be concluded that mindfulness training based on compassion was effective on emotional ataxia and psychogenic capital of women suffering from discopathy caused by long-term trauma.

**key words:** Discopathy, Long term trauma, Compassionate therapy based on the conscious mind, Alexithymia, Psychological capital