



Research Article

Differential Effects of Existentialism Acceptance and Commitment Therapy and Compassion-Focused Therapy on Psychological Capital and Self-Compassion

Zahra Mohammadi: PhD Student, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
zahramohammadi_psy@yahoo.com

Seyed Hamid Atashpour*: Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
hamidatashpour@gmail.com

Mohsen Golparvar: Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
drmgolparvar@gmail.com

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of existentialism acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy on psychological capital and self-compassion of depressed adolescent girls. The study was a quasi-experimental with pre-test, post-test, and follow-up design. In the study, 45 depressed adolescent girls aged 15 to 19 years were selected through purposive sampling and were randomly assigned to two experimental groups and one control group (15 people in each group). Then experimental groups were treated with existentialism acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy for 10 sessions. Each group was assessed before, after, and one month after the interventions with the Psychological Capital Questionnaire and the Self-Compassion Scale. The data were analyzed using the multivariate analysis of covariance. The results showed that in the post-test stage, the groups of existentialism acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy were significantly different from the control group in terms of their psychological capital. However, in the follow-up phase, only the existentialism acceptance and commitment therapy was significantly different from the control group. In regards to self-compassion, both therapies were significantly different in both post-test and follow-up stages from the control group. The results showed that the difference between the two therapies was significant only in the self-compassion variable in the post-test stage. According to the findings, both existentialism acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy are suitable options for increasing psychological capital and self-compassion in depressed adolescent girls.

Keywords: Existentialism acceptance and commitment therapy, Compassion-Focused Therapy, Psychological Capital, Self-Compassion, Adolescent Girls

*. Corresponding author



Introduction

Adolescence is the period of transition from childhood to adulthood, and this transition is associated with physical and psychological injuries, including depression (Mridha et al., 2021). Depression has a destructive effect on the abilities, performance, relationships, and other areas of adolescents' lives (Sarizadeh & Akbari, 2021), and its prevalence is high in adolescents and twice as high in girls as in boys (Michellini et al., 2021). On the other hand, depression is related to the lack of positive resources and there is strong evidence that the reduction of positive resources is involved in lack of attention, lack of interest, lack of self-confidence, and sadness. Psychological capital and self-compassion are among these psychological resources.

It should be noted that mood disorders, in addition to high prevalence rates, have high recurrence rates (Hallis et al., 2017) and at best, two-thirds of depressed people do not respond to treatment during cognitive-behavioral therapy (CBT) (Dunn & Roberts, 2016). This has caused the integration of treatments to become particularly important in the discussion of mood disorders (Hallis et al., 2017). One of the recently proposed integrations is the integration of acceptance and commitment therapy with existential therapy (García et al., 2010; Hussein, 2020; Lee, 2017; Rainer & Gay, 2013; Ramsey-Wade, 2015; Wilms, 2016). In this study, these two therapies were combined and existentialism acceptance and commitment therapy was created, and then it was compared with compassion-focused therapy. Research evidence related to the comparison of the effectiveness of existentialism acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy in different clinical groups on psychological capital and self-compassion was not available.

Method

The research method was quasi-experimental with pre-test, post-test, and follow-up design. The statistical population

included all adolescent girls with depressive disorder in the third education district of Isfahan, Iran in the winter of 2020-2021. A number of 254 girls expressed their willingness to participate in the research during a call in secondary girls' schools. After the initial screening, 199 people were diagnosed with depression, and 45 of them were selected through purposive sampling and were randomly assigned to two experimental groups and one control group (15 people in each group). Kotcher's 11-question adolescent depression questionnaire was used for initial screening. Also, to measure psychological capital and self-compassion, the psychological capital questionnaire by Nguyen and colleagues (2012) and the self-compassion scale by Raes et al. (2011) were used. The collected data were analyzed through multivariate covariance analysis and Bonferroni's post hoc test at a significance level of 0.05.

Results

The chi-square test showed that the groups were similar in terms of demographic variables with each other. The assumptions of the fitting model of multivariate analysis of covariance were checked. The results of the Shapiro-Wilk test showed the normality of the data distribution. Also, the results of Levene's test showed the equality of error variance and the pre-test interaction with the group also showed the equality of the slope of the regression line. In post-test stage, the Box's M test result for the homogeneity of variance hypothesis was significant (*Box's M test*=2.78, $F=0.43$, $p=0.0858$). To determine the effect of the group on the variables of psychological capital and self-compassion in the post-test, the results of Pillais trace ($F_{(4,80)}=7.91$, $p=0.001$), Wilks lambda ($F_{(4,78)}=9.35$, $p=0.001$) and Hotelling's trace effect ($F_{(4,76)}=10.79$, $p=0.001$) showed that there is a significant difference between at least two of the three research groups and in one of the variables. In like manner, in follow-up stage, the

Box's *M* test result for the homogeneity of variance hypothesis was significant (*Box's M test*=8.27, $F=1.28$, $p=0.26$). To determine the effect of the group on the variables of psychological capital and self-compassion in the post-test, the results of Pillais trace ($F_{(4,80)}=6.37$, $p=0.001$), Wilks lambda ($F_{(4,78)}=7.02$, $p=0.001$) and Hotelling's trace effect ($F_{(4,76)}=7.65$, $p=0.001$) showed that there was a significant difference between at least two of the three research groups and in one of the variables. In the post-test stage after the control of the pre-test, the results of covariance analysis show that in the group membership factor in the psychological capital variable ($F=5.043$, $p=0.011$) and in the self-compassion variable ($F=19.603$, $p=0.001$), there was a significant difference between the three groups. In addition, in the follow-up stage, there was a significant difference between the three groups in the psychological capital variable ($F=4.6$, $p=0.016$) and in the self-compassion variable ($F=12.899$, $p=0.001$). Also, in order to investigate the paired comparison of the research groups in the variables of psychological capital and self-compassion in the post-test and follow-up stage, the Bonferroni post hoc test was performed. The results showed that in the post-test stage, there was a significant difference in psychological capital between the compassion-focused therapy ($p=0.033$) and the existentialism acceptance and commitment therapy ($p=0.022$) groups with the control group. However, this difference existed in the follow-up stage only for the existentialism acceptance and commitment therapy ($p=0.015$). Regarding the self-compassion variable, there was a significant difference in the post-test stage between the compassion-focused therapy group ($p=0.001$) and the existentialism acceptance and commitment therapy group ($p=0.002$) with the control group. This significant difference remained stable in the follow-up stage, both in the compassion-focused therapy ($p=0.001$) and in the existentialism acceptance and

commitment therapy ($p=0.003$) compared to the control group. Also, the results showed that the difference between the two therapies was significant only for self-compassion in the post-test stage. In the sense that the compassion-focused therapy was more effective on self-compassion than the existentialism acceptance and commitment therapy group in the post-test phase. This effectiveness did not continue until the follow-up stage.

Conclusion

This study aimed to compare the effectiveness of existentialism acceptance and commitment therapy with compassion-focused therapy for increasing psychological capital and self-compassion of depressed adolescent girls. In this study, it was found that both therapies had an effect on increasing psychological capital and self-compassion. These findings are in line with the research results of Eskandari et al.(2021), Aynbeygi et al. (2020), and Jorjorzadeh et al. (2021) and are inconsistent only with the research of Ahmedpour Dizji et al.(2017).In explaining the results, it can be stated that existentialism acceptance and commitment therapy through awareness of death, committed action, and direct behavioral involvement in determining the important goals of the clients, increases flexibility and recognizes the psychological content of clients, and reduces efforts to change and accepting the ability to move in the direction of values. This therapy also improves the psychological performance and increases psychological capital by influencing hope, self-efficacy, resilience, and optimism. On the other hand, this therapy increases self-compassion through the cooperation of the therapist and client to express the client's experiences and enhances the client's awareness of their life situations as well as helping the client to accept limitations, potential, and living conditions.

Ethical Consideration

Compliance with Ethical Guidelines: This the ethical code. IR.IAU.KHUISF.REC.1399.202

Authors' Contributions: The current article has been extracted from Ms. Zahra Mohammadi's Ph.D. dissertation at the Department of Psychology of Isfahan branch of Islamic Azad University, supervised by Dr. Seyed Hamid Atashpour, and consulted by Dr. Mohsen Golparvar. All authors

discussed the results, and reviewed and approved the final version of the manuscript.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest for this study.

Funding: This study was conducted with no financial support.

Acknowledgment: The authors thank all participants in the study.

مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت‌محور بر سرمایه روانشناختی و شفقت به خود

زهرا محمدی: دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

zahramohammadi_psy@yahoo.com

سید حمید آتش‌پور*: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

hamidatashpour@gmail.com

محسن گل‌پرور: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

drmgolparvar@gmail.com

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد وجودنگر با درمان شفقت‌محور بر سرمایه روانشناختی و شفقت به خود دختران نوجوان افسرده انجام شد. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. در این مطالعه، تعداد ۴۵ دختر نوجوان ۱۵ تا ۱۹ سال از طریق نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جای‌دهی شدند. سپس گروه‌های آزمایش تحت ده جلسه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت‌محور قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. هر سه گروه قبل، بعد و یک ماه پس از مداخله با پرسشنامه‌های سرمایه روانشناختی و شفقت به خود ارزیابی شدند. داده‌ها از طریق تحلیل کواریانس چندمتغیره تحلیل شدند. نتایج نشان دادند در مرحله پس‌آزمون، گروه‌های درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت‌محور نسبت به گروه کنترل در افزایش سرمایه روانشناختی تفاوت معناداری داشتند؛ البته در مرحله پیگیری تنها درمان پذیرش و تعهد وجودنگر نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری داشت. درباره متغیر شفقت به خود، هر دو درمان در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل تفاوت معناداری داشتند. همچنین، نتایج نشان دادند تفاوت بین دو درمان، تنها در متغیر شفقت به خود در مرحله پس‌آزمون، معنادار بود. براساس یافته‌ها، هر دو درمان گزینه‌های مناسبی برای افزایش سرمایه روانشناختی و شفقت به خود در دختران نوجوان افسرده‌اند.

واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد وجودنگر، درمان شفقت‌محور، سرمایه روانشناختی، شفقت به خود، دختران

نوجوان

مقدمه

نوجوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی است و این انتقال با آسیب‌های جسمی و روانی از جمله افسردگی^۱ (Mridha et al., 2021)، همراه و به از دست دادن علائق، خلق و خوی پایین و طیف وسیعی از علائم عاطفی، شناختی، جسمی و رفتاری منجر می‌شود (Daud & Zakar, 2021). افسردگی تأثیر مخربی بر توانایی‌ها، عملکرد، روابط و سایر زمینه‌های زندگی نوجوانان دارد (Sarizadeh & Akbari, 2021). همچنین، شیوع افسردگی در نوجوانان بسیار بالا و در دختران دو برابر پسران است و این تفاوت جنسیتی از نوجوانی آغاز (Michellini et al., 2021) و به‌ویژه در مقطع متوسطه دوم افزایش می‌یابد (Moeini et al., 2019). شیوع افسردگی در ایران نیز بالا و در نوجوانان دختر ۵۲/۶ درصد برآورد شده است (Moeini et al., 2019). همچنین، افسردگی با فقدان منابع مثبت مرتبط است و شواهد محکمی وجود دارد که کاهش منابع مثبت در بی‌توجهی، فقدان علاقه، فقدان اعتماد به خود و غمگینی دخیل‌اند و افزایش آنها نشانه‌های افسردگی را کاهش می‌دهد. از جمله این منابع مثبت، سرمایه روانشناختی^۲ از سازه‌های اصلی روانشناسی مثبت است (Song et al., 2019).

سرمایه روانشناختی، منبعی برای حفظ وضعیت روانشناختی مثبت فرد فراهم می‌کند (Luthans et al., 2006) و مشخصه آن داشتن اعتماد به خود (خودکارآمدی)، ایجاد اسناد مثبت در موفقیت‌های حال و آینده (خوش‌بینی)، پشتکار و ثابت‌قدم بودن در رسیدن به هدف و تعیین مسیرها به‌منظور موفقیت (امیدواری) و به وضعیت عادی برگشتن پس از تحمل مشکلات (تاب‌آوری) است (Avey et al., 2010). این مؤلفه‌ها به زندگی فرد معنا می‌بخشند و فرد را برای عمل از طریق یک فرآیند مشارکتی آماده می‌کنند

(Mirsharifi et al., 2019). از دیگر متغیرهای مثبتی که سطوح پایین آن با نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری، شرم، انتقاد از خود و ترس از شکست همراه است، شفقت به خود^۳ است (Barnard & Curry, 2011). نف (۲۰۰۳) شفقت به خود را اتخاذ رویکردی متعادل و حمایت‌گر از خود در موقعیت‌های سخت و یادآوری تنهایی بودن فرد در رنج خود می‌داند. درواقع شفقت به خود به افزایش توانایی خود برای شناخت و ایجاد انگیزه تغییر معنادار کمک می‌کند (Pauley & McPherson, 2010) و از سه خرده‌مقیاس مثبت (خودمهربانی، انسانیت مشترک و ذهن‌آگاهی) و سه خرده‌مقیاس منفی (خود قضاوتی، انزوا و همانندسازی افراطی) تشکیل و با کاهش علایم افسردگی مرتبط است (Egan et al., 2021).

درخور ذکر است اختلالات خلقی علاوه بر نرخ شیوع بالا میزان عود بالایی نیز دارند (Hallis et al., 2017) و در بهترین حالت دو سوم افراد افسرده در طول درمان با درمان شناختی رفتاری به درمان پاسخ نمی‌دهند و همچنین، نشانه‌های نیمی از افرادی که معیارهای تشخیصی افسردگی پس از درمان را ندارند، در طول دو سال بعد عود می‌کند. این نتایج برای مداخلات مشابه نیز صدق می‌کند (Dunn & Roberts, 2016). این موضوع موجب شده است تا ادغام درمان‌ها در بحث اختلالات خلقی اهمیت ویژه‌ای یابد (Hallis et al., 2017). یکی از ادغام‌هایی که به‌تازگی به‌طور نظری و بارها مطرح شده، ادغام درمان پذیرش و تعهد^۴ با درمان وجودی^۵ است (Hussein, 2020; Lee, 2017; Rainer & Gay, 2013; Ramsey-Wade, 2015; Wilms, 2016; Garcia & Alvarez, 2010). درمان پذیرش و تعهد، به‌منظور غلبه بر محدودیت‌های درمان شناختی رفتاری در زمینه موضوعات وجودی (Hussein, 2020; Lee, 2017; Rainer & Gay, 2017)

³. self-compassion

⁴. acceptance and commitment therapy

⁵. existential therapy

¹. depression

². psychological capital

ما به دلیل طراحی اولیه‌اش به‌طور بالقوه مشکل‌ساز است (Gilbert, 2014). با توجه به اینکه انتقاد از خود یک فرآیند مرکزی است که توسط مداخلات شفقت‌آمیز هدف قرار می‌گیرد (Gilbert, 2017)، شفقت به خود به‌عنوان یک استراتژی خودتنظیمی مهم برای مقابله با رنج از طریق اذعان به احساسات ناخوشایند همراه با مهربانی به خود، ایجاد ارتباط بین تجربیات شخصی و تجربیات انسانی و همراهی درد با ذهن آگاهی به جای انتقاد از خود، منزوی کردن خود و هم‌ذات‌پنداری بیش از حد با درد (Wu et al., 2018)، افراد را تشویق می‌کند که رفتارهای مشفقانه را برای دسترسی به سیستم‌های آرامش‌بخش تمرین کنند (Leaviss & Uttley, 2015). ارزیابی اثربخشی این درمان نیز نشان می‌دهد درمان شفقت‌محور بر افزایش حرمت خود، کاهش استرس، احساس آرامش، درمان افسردگی و بهبود انتقاد از خود مؤثر است و باعث کاهش نشانه‌های اضطراب، استرس و افسردگی و ترغیب هیجانات مثبت در دانش‌آموزان دختر می‌شود (Jorjorzadeh et al., 2021).

در بررسی پیشینه پژوهش، شواهد پژوهشی حاکی از مقایسه اثربخشی این درمان‌ها در گروه‌های بالینی مختلف بر سرمایه روانشناختی یافت نشد؛ اما اثربخشی هر یک از درمان‌ها به‌طور مجزا بر سرمایه روانشناختی در داخل و خارج از ایران در نمونه‌های دیگر بررسی شده است؛ ازجمله، اثربخشی درمان شفقت‌محور بر سرمایه روانشناختی دختران مبتلا به ازدواج دیرهنگام از جرجرزاده و همکاران (۲۰۲۱)؛ در دختران نوجوان مبتلا به دیابت نوع یک از حمیدی و همکاران (۲۰۲۱) و در دختران دارای شکست عاطفی از احمدپور دیزجی و همکاران (۲۰۱۷). تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر سرمایه روانشناختی نیز در بیماران دارای سندروم روده تحریک‌پذیر از میرشریفی و همکاران (۲۰۱۹)؛ در نوجوانان چینی از فانگ و دینگ (۲۰۲۰)؛ در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروز از اسکندری و همکاران (۲۰۲۱) و

(Wilms, 2016; 2013) و با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی ایجاد شده است (Hayes et al., 2012)؛ اما با توجه به اهمیت مضامین وجودی در درمان اختلالات خلقی به‌ویژه فقدان معنا و اضطراب مرگ در افراد افسرده (Lybbert et al., 2019; Shumaker, 2012)، در این درمان درخصوص چگونگی خطاب قرار دادن معنا و اضطراب مرگ ابهام وجود دارد (Hussein, 2020; Lee, 2017; Rainer & Wilms, 2016; Gay, 2013)؛ بنابراین، با توجه به شباهت‌های این درمان با درمان وجودی در زمینه موضع غیرآسیب‌شناسی به درد و پریشانی انسان، تأکید بر پذیرش رنج به‌عنوان بخشی از وجود انسان، رابطه غیر سلسله‌مراتبی بین مراجع و درمانگر، تمرکز بر آزادی و انتخاب و تمرکز بر ارزش‌ها (Hussein, 2020; Lee, 2016; Ramsey-Wade, 2015; Wilms, 2017)، و این نکته که درمان پذیرش و تعهد از نظر تئوری می‌تواند با درمان‌های سازگار دیگر ادغام شود (Turrell & Bell, 2016)، در این پژوهش، به‌منظور غنی‌سازی متقابل، این دو درمان، ترکیب و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر^۱ ایجاد شد؛ سپس با درمان شفقت‌محور^۲ که بر کاهش خصومت خودجهت‌داده و درمان الگوهای فکری معطوف به افسردگی می‌پردازد (Gilbert, 2009) مقایسه شد تا شواهدی از اعتبار تطبیقی و بیرونی درمان نوین پذیرش و تعهد وجودنگر فراهم شود. با توجه به اینکه درمان‌های وجودی و پذیرش و تعهد، بیشتر بر معنا و ارزش متمرکز بوده و درمان شفقت‌محور بیشتر بر هیجان متمرکز است، به نظر می‌رسد انتخاب این درمان برای مقایسه با درمان تعهد و پذیرش وجودنگر مناسب باشد.

درمان شفقت‌محور رویکردی پرکاربرد برای پریشانی‌های هیجانی و آموزش ذهن شفقت‌ورز است (Hughes et al., 2021) و نشان می‌دهد مغز تکامل یافته

^۱. existentialism acceptance and commitment therapy

^۲. compassion-focoused therapy

در بیماران تالاسمی از خسروانی شایان و همکاران (۲۰۲۰) بررسی شده است. عین‌یگی و همکاران (۲۰۲۰) هم اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر سرمایه روانشناختی در سالمندان و امین‌جعفری و صالحپور (۲۰۱۷) اثربخشی آموزش رویکرد وجودی بر افزایش سرمایه روانشناختی زنان خانواده‌های نظامی را بررسی و نتایج همه پژوهش‌ها به غیر از پژوهش احمدپور دیزجی و همکاران (۲۰۱۷) نشان‌دهنده تأثیر درمان پذیرش و تعهد، درمان شفقت‌محور و درمان وجودی بر سرمایه روانشناختی است. درخصوص متغیر شفقت به خود نیز موسوی و همکاران (۲۰۲۱) مقایسه اثربخشی درمان شفقت‌محور و درمان پذیرش و تعهد بر خودشفقتی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک را بررسی کرده است و نتایج حاکی از آن بود که این دو درمان در بهبود خودشفقتی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بودند. در پایان با توجه به امکان ادغام درمان پذیرش و تعهد با درمان‌های سازگار از لحاظ نظری و با در نظر گرفتن اینکه پژوهش‌های جدید به‌منظور درمان افسردگی، این درمان را با درمان‌های دیگری مانند درمان فعال‌سازی رفتاری ادغام کرده‌اند (Zettle et al., 2015) و همچنین، با وجود تأکیده‌های مکرر بر ادغام درمان پذیرش و تعهد با درمان وجودی، تاکنون چنین بسته درمانی تهیه نشده است؛ بنابراین، پژوهش حاضر با توجه به عدم ادغام این دو درمان، عدم تدوین بسته درمانی پذیرش و تعهد وجودنگر، مشکل‌آفرین بودن افسردگی در دختران نوجوان و تأثیر آن بر بزرگسالی و زمینه‌های مختلف زندگی آنان (Auerbach et al., 2014; Sarizadeh & Akbari, 2021)، اهمیت منابع مثبت ازجمله سرمایه روانشناختی و شفقت به خود در کاهش علائم افسردگی (Barnard & Curry, 2011; Song et al., 2019) و همچنین، نبود پیشینه پژوهشی با هدف مقایسه اثربخشی این دو درمان بر سرمایه

روانشناختی و شفقت به خود دختران نوجوان افسرده و در راستای برطرف کردن شکاف‌های موجود در زمینه درمان‌های مؤثر برای نوجوانان افسرده و نیز آشکارکردن مسیر مطالعه و درمان و رفع خلأ دانش موجود صورت گرفت. نوآوری پژوهش حاضر به‌صورت صریح، مقایسه اثربخشی بسته درمانی پذیرش و تعهد وجودنگر با تمرکز بر معناجویی و مواجهه با اضطراب مرگ در کنار پذیرش و اقدام متعهدانه با درمان شفقت‌محور بر نوجوانان افسرده است. فرضیه‌های زیر در این مطالعه آزموده شدند:

۱. اثربخشی درمان پذیرش و تعهد وجودنگر در مقایسه با درمان شفقت‌محور و گروه کنترل بر سرمایه روانشناختی دختران نوجوان افسرده متفاوت است و ۲. اثربخشی درمان پذیرش و تعهد وجودنگر در مقایسه با درمان شفقت‌محور و گروه کنترل بر شفقت به خود دختران نوجوان افسرده متفاوت است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح سه‌گروهی، شامل گروه‌های درمان پذیرش و تعهد وجودنگر، درمان شفقت‌محور و گروه کنترل و شامل سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری، دختران نوجوان با اختلال افسردگی در ناحیه سه آموزش و پرورش شهر اصفهان، در زمستان ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند که طی فراخوان در مدارس دخترانه مقطع متوسطه دوم ۲۵۴ نفر برای شرکت در پژوهش اعلام تمایل کردند. از این تعداد، پس از غربالگری اولیه، مطابق با پرسشنامه افسردگی نوجوانان کوتیجر، ۱۹۹ نفر با اختلال افسردگی تشخیص داده شدند. از این تعداد، ۴۵ نفر با بررسی معیارهای ورود و خروج ازطریق مصاحبه ساختاریافته به شیوه نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و سپس به‌طور تصادفی در سه گروه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر، درمان شفقت‌محور و کنترل

(هر گروه ۱۵ نفر) جای‌دهی شدند. معیارهای ورود علاوه بر کسب حداقل نمره شش در پرسشنامه افسردگی نوجوانان کوتیجر، شامل دامنه سنی ۱۹-۱۵ سال، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، دریافت نکردن درمان‌های موازی و معیارهای خروج نیز تمایل نداشتن به ادامه درمان و غیبت دو جلسه یا بیشتر در جلسات درمان بود. ملاحظات اخلاقی مانند رعایت رازداری، اختیار برای کناره‌گیری از پژوهش، اطلاع‌رسانی درباره پژوهش، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش و ارائه آموزش به گروه کنترل پس از اتمام دوره پیگیری مدنظر قرار گرفتند. کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی پژوهش حاضر را با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1399.202 تصویب کرد.

ابزار سنجش: پرسشنامه افسردگی نوجوانان کوتیجر: برای غربالگری اولیه از پرسشنامه یازده سؤالی افسردگی نوجوانان کوتیجر استفاده شد. کوتیجر و همکاران این پرسشنامه را در سال ۲۰۰۲ به صورت خودگزارشی ساختند (Brooks et al., 2003) که دارای دو خرده‌مقیاس افسردگی اساسی (سؤالات ۱ تا ۹) و خودکشی (سؤالات ۱۰ و ۱۱) است. آزمودنی به هر سؤال با توجه به همخوانی آن با حالات روحی خود در هفته گذشته پاسخ می‌دهد. پاسخ‌ها به صورت مقیاس چهار لیکرتی (۳-۰) طراحی شدند و نمره‌گذاری در تمامی عبارات به صورت مستقیم و دامنه نمرات بین ۰ تا ۳۳ است. نمره هر آزمودنی عبارت است از مجموع نمرات او در تمامی عبارات و افزایش در نمرات به مفهوم افزایش در شدت افسردگی است. در تفسیر نمرات، نقطه برش شش با کارایی دقت تشخیص ۹۲ درصد، نوجوانان افسرده را از غیرافسرده متمایز می‌سازد. علاوه بر این، پرسشنامه حاضر روایی بالایی با مقیاس‌های مشابه خود دارد (۰/۵ تا ۰/۵۵) و پایایی آن

۰/۸۴ گزارش شده است (Brooks et al., 2003). پایایی این مقیاس در ایران با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برآورد شده است (Habibi et al., 2016) و در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه سرمایه روانشناختی: برای سنجش سرمایه روانشناختی از پرسشنامه سیزده سؤالی ناگیون و همکاران (۲۰۱۲) استفاده شد. این پرسشنامه دارای چهار خرده‌مقیاس خودکارآمدی (چهار سؤال)، خوش‌بینی (سه سؤال)، امیدواری (سه سؤال) و تاب‌آوری (سه سؤال) است و از مجموع نمرات این چهار خرده‌مقیاس، سرمایه روانشناختی کلی به دست می‌آید. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه، شش درجه‌ای (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۶) و دامنه نوسان امتیازات کلی آن از ۱۳ تا ۷۸ و در خرده‌مقیاس خودکارآمدی از ۱ تا ۲۴ و در خرده‌مقیاس‌های خوش‌بینی، امید و تاب‌آوری از ۱ تا ۱۸ متغیر است. افزایش امتیازات به معنای افزایش سرمایه روانشناختی است. ناگیون و همکاران (۲۰۱۲) با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان دادند بارهای عاملی مؤلفه‌های سرمایه روانشناختی تأیید شده است. همچنین، نشان دادند ضرایب پایایی خودکارآمدی، خوش‌بینی، امیدواری و تاب‌آوری به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۷۲، ۰/۶۷ و ۰/۶ است. گل‌پرور (۲۰۱۶) پایایی این پرسشنامه را در دو مطالعه ۰/۹۲ و ۰/۹۴ به دست آورد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۹۲ به دست آمد.

مقیاس شفقت به خود: رانیس و همکاران (۲۰۱۱)، فرم کوتاه مقیاس شفقت به خود را با هدف ایجاد ابزاری کوتاه‌تر با ساختار عاملی مشابه با فرم ۲۶ سؤالی، تدوین و در جمعیت آلمانی بررسی کردند. این مقیاس شامل ۱۲ گویه است که پاسخ‌ها در دامنه ۵ درجه‌ای

². psychological capital questionnaire

³. self-compassion scale

¹. Kutcher adolescent depression scale (KADS)

لیکرت از تقریباً هرگز (۱) تا تقریباً همیشه (۵) قرار می‌گیرند. دامنه نوسان امتیازات بین ۱۲ تا ۶۰ و افزایش در نمرات به معنی افزایش در شفقت به خود است. این مقیاس سه مولفه دوقطبی را در شش خرده‌مقیاس مهربانی با خود/خودقضاوتی، ذهن‌آگاهی/هماندسازی افراطی و اشتراکات انسانی/انزوا اندازه‌گیری می‌کند. خرده‌مقیاس‌های مهربانی با خود، ذهن‌آگاهی و اشتراکات انسانی به‌صورت مستقیم و خرده‌مقیاس‌های خودقضاوتی، همانندسازی افراطی و انزوا به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. فرم کوتاه با فرم بلند همبستگی بالایی دارد ($r = 0.97$). پایایی بازآزمایی این مقیاس ۰/۹۲ گزارش شده است (Raes et al., 2011). در ایران پرسشنامه شفقت به خود از همسانی درونی مناسبی برخوردار بوده و ضریب آلفای کرونباخ عامل اول ۰/۷۹، عامل دوم ۰/۷۱ و عامل سوم ۰/۶۸ به دست آمده است. کل پرسشنامه شفقت به خود دارای ضریب اعتبار ۰/۸۶ بوده که نشان‌دهنده پایایی مناسب آزمون است (Khanjani et al., 2016). در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ به دست آمد.

روش اجرا و تحلیل: پس از جای‌دهی تصادفی شرکت‌کنندگان به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، گروه‌های آزمایش طی ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی دو روز در هفته و به مدت حدود یک ماه و نیم تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت، درمانی دریافت نکرد. شایان ذکر است درمان پذیرش و تعهد وجودنگر برای اولین بار و به‌طور اختصاصی برای این پژوهش بر حسب متون درمان پذیرش و تعهد و درمان وجودنگر با استفاده از تحلیل شبکه‌های موضوعی (مضمونی) قیاسی نظریه‌محور مبتنی بر رویکرد آتراید-استرلینگ (۲۰۰۱) طی یک فرآیند پیچیده و طولانی چندماهه به‌صورت محقق‌ساخته تهیه و تدوین شد؛ بدین‌گونه که ابتدا ۱۰ مضمون سازمان‌دهنده ارزش‌ها، اقدام متعهد، پذیرش،

معنا، گسلش، مسئولیت‌پذیری، ذهن‌آگاهی، اضطراب مرگ، انزوا و خود به‌عنوان زمینه حول محور درمان پذیرش و تعهد و درمان وجودی به‌عنوان مضامین فراگیر در نظر گرفته شدند و مضامین پایه و مصادیق توصیفی و تشریحی هر مضمون سازمان‌دهنده از منابع مربوطه استخراج شدند. سپس مطابق با نظریات مبتنی بر ادغام درمان پذیرش و تعهد و درمان وجودی (رمزی-وید، ۲۰۱۵؛ ویلمز، ۲۰۱۶؛ لی، ۲۰۱۷)، مضامین فراگیر همخوان ادغام و هفت مؤلفه معنا و ارزش‌ها، مسئولیت‌پذیری و اقدام متعهد، ذهن‌آگاهی، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، اضطراب مرگ و پذیرش و انزوا ایجاد شدند و در یک بررسی تخصصی متمرکز توسط دو داور مستقل، تناسب و ارتباط نظری و منطقی بین مضامین فراگیر، مضامین سازمان‌دهنده و مضامین پایه ارزیابی شد و مواردی که توافق ۰/۸ و بالاتر برای آنها وجود داشت، به همان ترتیب حفظ و مقولاتی که توافق بر سر ارتباط بین مضامین فراگیر، مضامین سازمان‌دهنده و مضامین پایه کمتر از ۰/۸ دهم بود، بر پایه پیشنهادات دو داور، بازنگری نهایی شد و درنهایت، پایایی فرایند و محتوای کدگذاری انجام‌شده برای بسته درمانی پذیرش و تعهد وجودنگر با ضریب نسبت روایی محتوایی، ۰/۹۸ تأیید شد. پس از کسب اطمینان از روایی و پایایی تحلیل مضامین تا این مرحله، با تحلیل محتوای متعارف، فنون آموزشی مرتبط با هر یک از مضامین پایه و مصادیق توصیفی و تشریحی، هفت مضمون سازمان‌دهنده (معنا و ارزش‌ها، مسئولیت‌پذیری و اقدام متعهد، ذهن‌آگاهی، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، اضطراب مرگ و پذیرش و انزوا) استخراج شدند. سپس با توجه به محتوا و گستره مضامین پایه و مصادیق، درنهایت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای بسته درمانی پذیرش و تعهد وجودنگر در نظر گرفته و بسته آموزشی اولیه طراحی شد. پس از طراحی بسته درمانی اولیه، دو داور مسلط به درمان پذیرش و تعهد و درمان

شفقت‌محور نیز از طریق بسته درمانی رنجبرکهن و نوری (۲۰۱۷) اجرا شد که در مطالعات قبلی در ایران اجرا و تعیین اعتبار شده است. خلاصه محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت‌محور در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است. در ابتدای شروع درمان، علاوه بر دریافت ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، سطح سرمایه روانشناختی و شفقت به خود هر گروه به‌عنوان پیش‌آزمون و پس از اعمال مداخلات به‌عنوان پس‌آزمون و یک ماه پس از مداخله به‌عنوان پیگیری سنجش شدند.

وجودی دارای درجه دکتری تخصصی روانشناسی، بسته را به دقت بررسی و اصلاحات اولیه در محتوای بسته درمانی را ارائه کردند. پس از انجام اصلاحات دو داور اولیه، بسته درمانی دوباره براساس نظر شش داور متخصص روانشناس فعال در حوزه درمان‌های روانشناختی، از نظر محتوای جلسات، ساختار درمان، کفایت درمان و مناسب بودن طول زمان درمان ارزیابی شد و ضریب توافق ۰.۸۳ و مطلوب برای آن به دست آمد. این بسته درمانی نوین طی یک مطالعه مقدماتی روی ۱۸ نفر از دختران نوجوان افسرده، بررسی و اعتبار و اثربخشی آن برای اجرای نهایی تأیید شد. درمان

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شفقت‌محور با اقتباس از رنجبرکهن و نوری

Table 1. Summary of compassion-focused therapy sessions (Ranjbar kohan and Nori)

جلسات	محتوای جلسات درمان شفقت‌محور
اول	آشنایی شرکت‌کنندگان و درمانگر با یکدیگر و ایجاد ارتباط درمانی، توضیح درباره درمان شفقت‌محور، هیجانات و ذهن‌آگاهی و سپس اجرای تمرین تنفس ذهن‌آگاهانه، با هدف آشنایی اولیه با درمان شفقت‌محور انجام شد. تمرین تنفس ذهن‌آگاهانه دو دقیقه در روز به‌عنوان تکلیف ارائه شد.
دوم	مدل سه سیستم تنظیم هیجان و نحوه تعامل آنها، شامل سیستم هیجانی تهدید، سیستم هیجانی انگیزه و جست‌وجوی منبع، سیستم هیجانی آرامش و رضایتمندی با هدف آشنایی مراجعان با سیستم سه حلقه‌ای معرفی شد. تمرین رسم هیجانات شخصی به‌عنوان تکلیف ارائه شد.
سوم	رویکرد ذهن شفقت‌ورز (توجه، تفکر، استدلال، تصور، انگیزه، رفتار و هیجان) با رسم نمودار و با هدف ایجاد مقدمه‌ای بر ذهن شفقت‌ورز معرفی شد. تمرین خود مشفق دست کم دو بار در هفته به‌عنوان تکلیف ارائه شد.
چهارم	مغز قدیم و جدید و هیجانات منفی و تهدیدکننده از منظر سیستم سه حلقه‌ای با هدف شناخت مغز پر دردسر یا فریبکار معرفی شد. کار با مدل سه حلقه‌ای و تنفس آرام‌بخش به‌عنوان تکلیف ارائه شد.
پنجم	بررسی طیف هیجانات و برخی از هیجانات مثل افسردگی، اضطراب و خشم از دیدگاه ذهن مشفق و کشف بخش‌های مختلف یک هیجان با هدف شناسایی طیف هیجانات انجام شد. تمرین ترسیم بخش‌های مختلف یک هیجان درباره یک تجربه هیجانی اخیر به‌عنوان تکلیف ارائه شد.
ششم	معرفی مؤلفه‌های شفقت و بررسی الگوهای گذشته و واکنش مغز قدیم و جدید در مقابل موانع و مشکلات با هدف چگونگی تغییر الگوهای دردسرساز انجام شد. تمرین بررسی یک هیجان اخیر با توجه مؤلفه‌های شفقت به‌عنوان تکلیف ارائه شد.
هفتم	ادامه کار با عادت‌های هیجانی و معرفی مهارت‌های شفقت، تفکر و رفتار مشفقانه با هدف توسعه ذهن شفقت‌ورز انجام شد. تمرین ایجاد فضای امن به‌عنوان تکلیف ارائه شد.
هشتم	یادآوری مهارت‌های شفقت، توضیح درباره نقش شفقت در هدایت نحوه تفکر و واکنش‌ها و بررسی خودانتقادی و علل و پیامدهای آن انجام شد. سپس نوع واکنش‌ها در مقابل شکست‌ها و موانع (سبک انتقادگر و شفقت‌ورز) با هدف شناسایی تفکر و رفتار سرزنشگر در مقابل تفکر و رفتار مشفق بررسی شد. تمرین گفتگوی خودانتقادگر با خود مشفق به‌عنوان تکلیف ارائه شد.
نهم	تصورسازی خود مشفق ایدئال و سپس ترس از شفقت با خود با شناسایی افکار ممانعت‌کننده از پرورش شفقت به خود با هدف خلق خود مشفق ایدئال و کاهش ترس از شفقت با خود انجام شد. تمرین نوشتن نامه مشفقانه به‌عنوان کار در منزل ارائه شد.
دهم	توسعه شفقت نسبت به دیگران و تمرین همدلی و بخشش نسبت به دیگران با هدف رشد و کمک به دیگران و ادغام تغییرات در یک ساختار مشفقانه انجام شد.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان پذیرش و تعهد وجودنگر

Table 2. Summary of existentialism acceptance and commitment therapy sessions

جلسات	محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد وجودنگر
اول	آشنایی شرکت‌کنندگان با یکدیگر و با درمانگر، آشنایی با ساختار مداخله، مشخص کردن نقش‌ها و مسئولیت‌های شرکت‌کنندگان و سپس آشنایی با مفهوم پوچی و بی‌معنایی و اهمیت جستجو و یافتن معنا در زندگی با هدف آگاهی از اهمیت معنا و احساس پوچی در افسردگی انجام شد. تمرین بررسی ارزش‌ها و باورهای خود به‌عنوان تکلیف ارائه شد.
دوم	شناسایی ارزش‌ها با مورد سؤال قرار دادن آنها و سپس استفاده از کارت ارزش‌ها و آشنایی با پاسخ‌های نصیحت‌گر و لزوم شناسایی پاسخ‌های مشاهده‌گر برای شناسایی ارزش‌های واقعی با هدف درک اهمیت و شناسایی آن در حوزه‌های مختلف آموزش داده شد. تمرین شفاف‌سازی ارزش‌ها به‌عنوان تکلیف ارائه شد.
سوم	گفتگو درباره معناجویی، آشنایی با مفاهیم آزادی، انتخاب و مسئولیت و کار بر روی انتخاب و مسئولیت با هدف زیستن براساس ارزش‌ها و شناسایی موارد انکار مسئولیت‌پذیری انجام شد. تمرین بررسی مسئولیت‌پذیری در گروه به‌عنوان تکلیف ارائه شد.
چهارم	آموزش مسئولیت‌پذیری و توان پاسخگویی در مقابل مسئولیت به‌منظور مقابله با افسردگی، سپس شناسایی هدف‌ها و گام‌های لازم برای تحقق اهداف با هدف برداشتن گام‌های عملی و پذیرفتن مسئولیت کامل آن عمل انجام شد. تمرین شناسایی موانع روانشناختی پیش رو در هنگام اقدام عملی به‌عنوان تکلیف ارائه شد.
پنجم	موانع رسیدن به اهداف ازجمله نبودن در زمان حال، آمیختگی با افکار و اضطراب‌های وجودی ازجمله اضطراب مرگ و تنهایی بحث شد. سپس گفتگو درباره درک هیجانات و کشف حکمت احساسات با هدف بودن در زمان حال آموزش داده شد. برای کمک به نوجوانان برای توسعه مهارت‌های مشاهده‌گر و ذهن آگاهی، تمرین AND (آگاهی، نام‌گذاری و توصیف) به‌عنوان تکلیف ارائه شد.
ششم	ادامه آموزش ذهن آگاهی و اهمیت بودن در زمان حال و سپس معرفی خود مفهومی‌شده، خود به‌عنوان آگاهی و خود به‌عنوان زمینه و اهمیت شناسایی خود مشاهده‌گر با هدف بودن در زمان حال و آگاهی از سه حس خود آموزش داده شد. تمرین برجسب زدن به افکار به‌عنوان تکلیف ارائه شد.
هفتم	آشنایی با مفهوم ذهن و آمیختگی و توضیح درباره گسلش از افکار انجام شد و همچنین، ماهیت شرطی فکر و هذیان کنترل با هدف جداسدن از افکار و گیرنفتادن در آنها و رسیدن به اعطاف‌پذیری روانی بیشتر، آموزش داده شد. سپس تمرین دلیل‌آوری برای بررسی چگونگی تأثیر آن بر خلق، اعتماد به نفس و ... به‌عنوان تکلیف ارائه شد.
هشتم	ادامه آموزش گسلش از افکار و هیجانات و سپس آموزش رویارویی با اضطراب مرگ و اهمیت مواجهه با آن به‌عنوان یکی از نگرانی‌های وجودی انسان با هدف تسهیل پذیرش و مواجهه با اضطراب مرگ به‌عنوان پتانسیلی بالقوه برای رشد انجام شد. در آخر با بیان اینکه با یادآوری مرگ به مرتبه قدردانی از موهبت‌های بی‌شمار زندگی گام بر می‌داریم، تمرین شمردن نعمت‌های خود به شرکت‌کنندگان ارائه شد.
نهم	مفهوم پذیرش و اهمیت پذیرش هیجانات به جای سرکوب آنها در مسیر زندگی معنادار توضیح داده شد و جایگزینی پذیرش به جای کنترل و جنگ با احساسات با هدف گیرنفتادن در اجتناب تجربه‌ای و رهایی از کنترل افسردگی آموزش داده شد.
دهم	آشنایی و کاوش در انزوا و تنهایی، تشریح مفهوم تنهایی از دیدگاه وجودی، اهمیت پذیرش تنهایی به‌عنوان نگرانی انکارناپذیر وجودی انسان و سپس مواجهه با تنهایی از طریق مراقبه و گفتگو درباره اهمیت ارتباط با دیگران با هدف پذیرش تنهایی و در نتیجه، توانایی برقراری روابط با دیگران در سطحی عمیق‌تر و صمیمی‌تر انجام شد.

داده‌ها از طریق تحلیل کواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی و با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد بین میانگین سنی سه گروه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر، درمان شفقت‌محور و کنترل (به‌ترتیب ۱۶/۵، ۱۶/۴، ۱۶/۵۳)، میانگین سنی مادران (به‌ترتیب، ۴۱/۶۷، ۴۱/۸۷، ۴۱/۷۳) و میانگین سنی پدران (به‌ترتیب ۴۶/۰۷، ۴۶/۶۷، ۴۷/۴۷) تفاوتی وجود نداشت. از نظر رشته تحصیلی نیز در گروه درمان شفقت‌محور ۶ نفر (۴۰٪) در رشته علوم تجربی، ۲ نفر (۱۳/۳٪) در رشته ریاضی و ۷ نفر (۴۶/۷٪) در رشته علوم انسانی؛ در گروه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر ۷ نفر (۴۶/۷٪) در رشته علوم تجربی، ۲ نفر (۱۳/۳٪) در رشته ریاضی و ۶ نفر (۴۰٪) در رشته علوم انسانی و در گروه کنترل ۷ نفر (۴۶/۷٪) در رشته علوم تجربی، ۱ نفر (۶/۷٪) در رشته

پذیرش و تعهد وجودنگر ۲ نفر (۱۳/۳٪) زیر دیپلم و دیپلم، ۱۱ نفر (۷۳/۳٪) فوق دیپلم و لیسانس، ۱ نفر (۶/۷٪) فوق لیسانس و ۱ نفر (۶/۷٪) دکتری؛ در گروه کنترل ۳ نفر (۲۰٪) زیر دیپلم و دیپلم، ۹ نفر (۶۰٪) فوق دیپلم و لیسانس، ۳ نفر (۲۰٪) فوق لیسانس بودند. شایان ذکر است آزمون کای اسکور نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای رشته تحصیلی، تحصیلات مادر و تحصیلات پدر شرکت کنندگان تفاوت معناداری وجود ندارد؛ بنابراین، گروهها از نظر متغیرهای جمعیت شناختی با یکدیگر شباهت دارند. در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار سرمایه روانشناختی و شفقت به خود گروههای پژوهش در فرآیند اجرای پژوهش ارائه شده است.

ریاضی و ۷ نفر (۴۶/۷٪) در رشته علوم انسانی؛ از نظر تحصیلات مادر در گروه درمان شفقت محور ۳ نفر (۲۰٪) زیر دیپلم و دیپلم، ۱۰ نفر (۶۶/۷٪) فوق دیپلم و لیسانس، ۱ نفر (۶/۷٪) فوق لیسانس و ۱ نفر (۶/۷٪) دکتری؛ در گروه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر ۴ نفر (۲۶/۷٪) زیر دیپلم و دیپلم، ۱۰ نفر (۶۶/۷٪) فوق دیپلم و لیسانس، ۱ نفر (۶/۷٪) فوق لیسانس؛ در گروه کنترل ۴ نفر (۲۶/۷٪) زیر دیپلم و دیپلم، ۹ نفر (۶۰٪) فوق دیپلم و لیسانس، ۱ نفر (۶/۷٪) فوق لیسانس و ۱ نفر (۶/۷٪) دکتری؛ از نظر تحصیلات پدر در گروه درمان شفقت محور ۱ نفر (۶/۷٪) زیر دیپلم و دیپلم، ۱۱ نفر (۷۳/۳٪) فوق دیپلم و لیسانس، ۱ نفر (۶/۷٪) فوق لیسانس و ۲ نفر (۱۳/۳٪) دکتری؛ در گروه درمان

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار سرمایه روانشناختی و شفقت به خود گروههای پژوهش در سه مرحله زمانی

Table 3. Mean and standard deviation of psychological Capital and self-compassion of research groups in three time stages

متغیر	گروهها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سرمایه روانشناختی	درمان شفقت محور	۴۸/۰۶	۱۰/۶۱	۵۶/۴	۸/۱	۵۵/۲	۱۱/۲۹
	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	۴۸/۵۳	۱۰/۹۹	۵۷/۱۳	۶/۸۳	۵۷/۴۶	۵/۷۶
	کنترل	۴۸/۲۶	۸/۶۳	۵۰/۲	۷/۷۴	۵۰/۶۶	۸/۳۶
شفقت به خود	درمان شفقت محور	۳۰/۱۳	۴/۸۲	۴۱/۶	۴/۵۶	۳۲/۶۶	۷/۱۲
	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	۳۲/۲	۵/۳۷	۳۷	۶/۰۹	۳۳/۸	۷/۸۹
	کنترل	۳۲/۶۶	۷/۱۲	۳۰/۴	۴/۵۶	۲۵/۷۳	۵/۷۱

$p \leq .05$

مرحله پس آزمون، نشان دادند پیش فرض همگنی ماتریس واریانس-کواریانس رعایت شده است ($\text{Box}'M=2/78$, $F=0/43$, $p=0/858$). برای تعیین معناداری اثر گروه بر متغیرهای سرمایه روانشناختی و شفقت به خود در پس آزمون، نتایج آزمون پیلای^۱ ($F_{(3,80)}=7/91$, $p=0/001$)، لامبدای ویلکز^۲ ($F_{(3,78)}=9/35$, $p=0/001$) و اثر هتلینگ^۳ ($F_{(3,76)}=10/79$) نشان دادند دست کم بین دو گروه از

با توجه به جدول ۳، میانگین متغیرهای سرمایه روانشناختی و شفقت به خود در گروههای آزمایش (درمان شفقت محور و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر) نسبت به گروه کنترل، در دو مرحله پس آزمون و پیگیری افزایش یافته است.

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، نرمال بودن توزیع داده‌ها، نتایج آزمون لوین برابری واریانس خطا و تعامل پیش آزمون با گروه نیز برابری شیب خط رگرسیون را در راستای رعایت پیش فرضهای تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان دادند. نتایج آزمون امباکس برای

¹. Pillais trace

². Wilks lambda

³. Hotelling's trace

سه گروه پژوهش و در یکی از متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، آزمون ام باکس برای مرحله پیگیری نشان داد همگنی ماتریس واریانس-کواریانس رعایت شده است ($F=1/28$, $p=0/26$, $Box'M=8/27$). برای تعیین معناداری اثر گروه بر متغیرهای سرمایه روانشناختی و شفقت به خود در پیگیری، نتایج آزمون پیلاي ($F_{(4,80)}=6/37$, $p=0/001$)، لامبدای ویلکز

($p=0/001$) و اثر هتلینگ ($F_{(4,78)}=7/02$) و اثر هتلینگ ($p=0/001$) نشان دادند دست کم بین دو گروه از سه گروه پژوهش و در یکی از متغیرها در مرحله پیگیری نیز تفاوت معناداری وجود دارد. در جدول ۴، نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری برای متغیرهای سرمایه روانشناختی و شفقت به خود در مراحل پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری برای سرمایه روانشناختی و شفقت به خود

Table 4. Results of multivariate analysis of covariance for psychological capital and self-compassion

متغیر	منبع	زمان	مجموع	درجه	میانگین	آماره	معناداری	اندازه	توان
	اثر		مجذورات	آزادی	مجذورات	F		اثر	آزمون
سرمایه روانشناختی		پس‌آزمون	۴۵۳/۶۶۴	۲	۲۲۶/۸۳۲	۵/۰۴۳	۰/۰۱۱	۰/۲۰۱	۰/۷۸۷
گروه	پیگیری		۳۴۵/۹۳۱	۲	۱۷۲/۹۶۵	۴/۶	۰/۰۱۶	۰/۱۸۷	۰/۷۴۷
شفقت به خود		پس‌آزمون	۹۸۶/۸۸۱	۲	۴۹۳/۴۴۱	۱۹/۶۰۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹۵	۱
	پیگیری		۱۰۳۱/۲۶	۲	۵۱۵/۶۳	۱۲/۸۹۹	۰/۰۰۱	۰/۳۹۲	۰/۹۹۵
سرمایه روانشناختی		پس‌آزمون	۱۷۹۹/۲۱	۴۰	۴۴/۹۸				
خطا	پیگیری		۱۵۰۳/۹۹۱	۴۰	۳۷/۶				
شفقت به خود		پس‌آزمون	۱۰۰۶/۸۶۵	۴۰	۲۵/۱۷۲				
	پیگیری		۱۵۹۸/۹۸۵	۴۰	۳۹/۹۷۴				

$P \leq .05$

با توجه به جدول ۴، نتایج تحلیل کواریانس نشان دادند در مرحله پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون، در عامل عضویت گروه در متغیر سرمایه روانشناختی ($F=5/043$, $p=0/011$) و در متغیر شفقت به خود ($F=19/603$, $p=0/001$) بین سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد. علاوه بر آن، در مرحله پیگیری نیز بین سه گروه در متغیر سرمایه روانشناختی ($F=4/6$, $p=0/016$)

و در متغیر شفقت به خود ($F=12/899$, $p=0/001$) تفاوت معناداری وجود دارد. به‌منظور بررسی مقایسه زوجی گروههای پژوهش در متغیرهای سرمایه روانشناختی و شفقت به خود در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۵ ارائه شده‌اند.

جدول ۵. مقایسه زوجی گروهها در سرمایه روانشناختی و شفقت به خود در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

Table 5. Pairwise comparison of groups in psychological capital and self-compassion in post-test and follow-up stages

سطح معناداری	خطای استاندارد	تفاوت تعدیل شده میانگین ها	گروه مقایسه شده	گروه مبنا	پس از درمان	پس از پیگیری
۱	۲/۴۷۶	-۰/۲۵۷	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	درمان شفقت محور	۱ ۲ ۳	۴ ۵ ۶
۰/۰۳۳	۲/۴۹	۶/۶۵۲*	کنترل	درمان شفقت محور		
۰/۰۲۲	۲/۴۵۱	۶/۹۰۹*	کنترل	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر		
۱	۲/۲۶۴	-۱/۹۶۹	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	درمان شفقت محور	۷ ۸ ۹	۱۰ ۱۱ ۱۲
۰/۱۴۱	۲/۲۷۷	۴/۶۶۳	کنترل	درمان شفقت محور		
۰/۰۱۵	۲/۲۴۱	۶/۶۳۲*	کنترل	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر		
۰/۰۳۲	۱/۸۵۲	۴/۹۶۷*	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	درمان شفقت محور	۱۳ ۱۴ ۱۵	۱۶ ۱۷ ۱۸
۰/۰۰۱	۱/۸۶۳	۱۱/۶۰۹*	کنترل	درمان شفقت محور		
۰/۰۰۲	۱/۸۳۳	۶/۶۴۳*	کنترل	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر		
۰/۴۸۹	۲/۳۳۴	۳/۳۱۷	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	درمان شفقت محور	۱۹ ۲۰ ۲۱	۲۲ ۲۳ ۲۴
۰/۰۰۱	۲/۳۴۷	۱۱/۵۳۷*	کنترل	درمان شفقت محور		
۰/۰۰۳	۲/۳۱	۸/۲۲*	کنترل	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر		

 $P \leq .05$

بر شفقت به خود داشته است؛ اما این اثربخشی تا مرحله پیگیری ادامه نیافته است.

بحث

این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد وجودنگر با درمان شفقت محور بر سرمایه روانشناختی و شفقت به خود دختران نوجوان افسرده صورت گرفت. در این مطالعه مشخص شد هر دو درمان بر افزایش سرمایه روانشناختی تأثیر داشته اند؛ البته این تأثیر در مرحله پیگیری تنها برای درمان پذیرش و تعهد وجودنگر تداوم داشت. این نتایج با پژوهش های میرشریفی و همکاران (۲۰۱۹)، فانگ و دینگ (۲۰۲۰)، اسکندری و همکاران (۲۰۲۱)، خسروانی شایان و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سرمایه روانشناختی، پژوهش عینی و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی و پژوهش

با توجه به جدول ۵، در مرحله پس آزمون، در سرمایه روانشناختی بین گروه درمان شفقت محور ($p=0/033$) و گروه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر ($p=0/022$) با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ اما این تفاوت در مرحله پیگیری، تنها برای درمان پذیرش و تعهد وجودنگر تداوم دارد ($p=0/015$). در متغیر شفقت به خود نیز در مرحله پس آزمون بین گروه درمان شفقت محور ($p=0/001$) و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر ($p=0/002$) با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد که این تفاوت معنادار در مرحله پیگیری، هم در درمان شفقت محور ($p=0/001$) و هم در درمان پذیرش و تعهد وجودنگر ($p=0/003$) نسبت به گروه کنترل پایدار مانده است. همچنین، نتایج نشان دادند تنها در متغیر شفقت به خود در مرحله پس آزمون، تفاوت بین دو درمان معنادار است ($p=0/032$)؛ به این مفهوم که درمان شفقت محور در مرحله پس آزمون نسبت به گروه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر اثربخشی بیشتری

امین‌جعفری و صالح‌پور (۲۰۱۷) مبنی بر اثربخشی آموزش رویکرد وجودی بر افزایش سرمایه روانشناختی، همچنین پژوهش‌های جرجرزاده و همکاران (۲۰۲۱) و حمیدی و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان شفقت‌محور بر افزایش سرمایه روانشناختی همسو و فقط با یافته‌های پژوهش احمدپور دیزجی و همکاران (۲۰۱۷) مبنی بر عدم تأثیر درمان شفقت‌محور بر افزایش سرمایه روانشناختی ناهمسو است. به نظر می‌رسد این ناهمسوایی علاوه بر متفاوت بودن نمونه مورد مطالعه، متفاوت بودن سنجش سرمایه روانشناختی و متفاوت بودن فنون درمانی دو پژوهش، می‌تواند ناشی از تعداد جلسات آموزشی کمتر پژوهش مذکور نیز باشد.

در تبیین نتایج حاصل می‌توان گفت با توجه به اینکه مشخصه‌های متغیر سرمایه روانشناختی، باور فرد به توانایی‌هایش (خودکارآمدی)، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف (امیدواری)، ایجاد اسنادهای مثبت درباره خود (خوش‌بینی) و تحمل مشکلات (تاب‌آوری) است (Avey et al., 2010)، درمان شفقت‌محور نیز با تنظیم احساسات منفی، کاهش قضاوت درباره خود و ادراک شایستگی در فرد (Jorjorzadeh et al., 2021) خوش‌بینی را نسبت به قابلیت‌ها در فرد افزایش می‌دهد. همچنین، تمرینات شفقت به افراد کمک می‌کند تا بفهمند از دیدگاه‌های مختلف دارای پتانسیل بسیاری هستند که بخشی از وجود آنهاست و هویتی است که از جنبه انگیزشی یا هیجانی با آن شناخته می‌شوند (Gilbert, 2014)؛ از این رو، این تمرینات باعث افزایش حرمت خود و همچنین، خودکارآمدی می‌شود (Jorjorzadeh et al., 2021). به علاوه، این درمان با فعال‌سازی سیستم امنیت و خنثی‌سازی سیستم تهدید (Gilbert, 2014) به افراد می‌آموزد در مواجهه با سختی‌ها و رنج‌ها با خود مهربان

باشند و استرس‌های ناشی از مشکلات را بدون درگیر شدن با تجربیات و افکار منفی تحمل کنند و از این طریق تاب‌آوری را افزایش دهند. در نهایت، این درمان با القای نگرش‌های بهتر به افراد کمک می‌کند تا درباره ارزیابی‌های غیرمنطقی خود بیاموزند، به طور واقع‌بینانه و سالم بر چالش‌ها غلبه کنند، امیدوار باشند و با جریان زندگی شنا کنند (Pauley & McPherson, 2010). بدین ترتیب، درمان شفقت‌محور با هدف قرار دادن مشخصه‌های سرمایه روانشناختی، این متغیر را افزایش می‌دهد. همچنین، به نظر می‌رسد اثربخش نبودن درمان شفقت‌محور در دوره پیگیری به این نکته بر می‌گردد که این درمان هیجان‌مدار است (Gilbert, 2014) و تأثیر کوتاه‌مدتی دارد؛ بنابراین، توصیه شده است از این درمان در گروه‌های بالینی به عنوان درمان مکمل و در کنار دیگر درمان‌ها استفاده شود (Leaviss & Uttley, 2015).

همچنین، درمان پذیرش و تعهد وجودنگر با آگاهی از مرگ، عملکرد روانشناختی را بهبود می‌بخشد؛ به طوری که به افزایش دفاع از جهان‌بینی خود، دفاع از حرمت خود و افزایش سرمایه‌گذاری در روابط نزدیک منجر می‌شود. این دفاع‌ها به نوبه خود موجب احساس معنا و ارزشمندی می‌شود و افزایش سطح معنا، تغییر در علایم افسردگی و امید را پیش‌بینی می‌کند (Wilms, 2016). همچنین، نیاز به معنا یا نیاز به باور اینکه فرد بر رویدادها کنترل دارد، نه تنها شامل جهت‌گیری ارزش‌ها و اهداف می‌شود، شامل احساس کارآمدی برای تحقق آن اهداف می‌شود که این مورد در درمان پذیرش و تعهد وجودنگر از طریق اقدام متعهدانه و درگیری مستقیم رفتاری در تعیین اهداف مهم فرد و مشغولیت در وظایف صورت می‌گیرد و به احساس خودکارآمدی در فرد منجر می‌شود (Lee, 2017). تاب‌آوری نیز پیامد مطلوب درمان پذیرش و تعهد

وجودنگر است؛ زیرا هدف هر دو بعد این درمان، افزایش انعطاف‌پذیری است و یک فرد انعطاف‌پذیر از مشکلات روی گردان نمی‌شود یا آن را انکار نمی‌کند. در عوض مشکلات را به‌عنوان فرصت‌هایی برای تعریف معنا، ترسیم مجدد محدودیت‌ها و ایجاد مکانیسم‌های مقابله‌ای در نظر می‌گیرد. علاوه بر این، ظرفیت برنامه‌ریزی واقع‌بینانه و اجرای آنها، نگاه مثبت به خود و اعتماد به خود در توانایی‌ها و حفظ انعطاف در حضور شرایط تنش‌آور را شامل می‌شود (García et al., 2010). همچنین، تشخیص محتوای روانشناختی مراجعان و کاهش تلاش برای تغییر و پذیرش توانایی حرکت در مسیر ارزش‌ها و در نتیجه، اتخاذ یک چشم‌انداز جدید به سمت زندگی، خوش‌بینی را افزایش می‌دهد (Eskandari et al., 2021)؛ در نتیجه، این درمان نیز با تحت تأثیر قرار دادن امید، خودکارآمدی، تاب‌آوری و خوش‌بینی، سرمایه روانشناختی را افزایش می‌دهد.

همچنین، نتایج پژوهش نشان دادند هر دو درمان در افزایش شفقت به خود در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل تفاوت معناداری داشتند و بین دو درمان بر متغیر شفقت به خود در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود داشت. این نتایج با یافته‌های پژوهش موسوی و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر مقایسه اثربخشی درمان شفقت‌محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودشفقتی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک همسو بود.

در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد درمان شفقت‌محور شامل توانمندسازی افراد برای ایجاد شفقت نسبت به خود، شفقت نسبت به دیگران و گشودگی نسبت به شفقت دیگران به‌ویژه در پاسخ به شرایط سخت یا تهدیدکننده است (Leaviss & Uttley, 2015)؛ بنابراین، درمان شفقت‌محور با افزایش

یک رابطه شفقت‌ورز درونی به جای خودانتقادی و با ایجاد ظرفیت افراد برای دسترسی ذهن آگاهانه، تحمل و هدایت انگیزه‌ها و هیجانات عاطفی برای خودشان و دیگران، شفقت درونی را پرورش می‌دهد (Gilbert, 2014).

همچنین، درمان پذیرش و تعهد وجودنگر از مراجع برای افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی که توانایی ذهن آگاهانه به انواع تجربیات درونی و بیرونی موجود در لحظه اکنون و رفتار کردن در خدمت اهداف تعریف می‌شود، حمایت می‌کند. در این درمان، درمانگر و مراجع با یکدیگر همکاری می‌کنند تا تجربیات مراجع بیان شوند و آگاهی مراجع از موقعیت‌های زندگی خود افزایش یابد (Ramsey-Wade, 2015)؛ بنابراین، از این طریق، بر شفقت تأثیر می‌گذارند که مطابق با نظر گیلبرت (۲۰۱۷)، شجاعت درگیر شدن در رنج و خرد و چگونگی انجام بهترین عمل است. به‌علاوه، این درمان به آسیب‌شناسی رنج یا پریشانی انسان نمی‌پردازد؛ بلکه رنج را بخشی از وجود انسان در نظر می‌گیرد که نیاز به حل شدن ندارد و آگاهی و پذیرش آن تنها گزینه است. همچنین، به مراجع کمک می‌کند تا محدودیت‌ها، پتانسیل‌ها و شرایط زندگی را بپذیرد و مالک آن شود (Ramsey-Wade, 2015)؛ از این رو، این درمان، بر شفقت به خود تأثیر می‌گذارند که نف (۲۰۰۳) اتخاذ رویکردی متعادل و حمایت‌گر از خود در موقعیت‌های سخت و یادآور تنهایی‌بودن فرد در رنج خود می‌داند.

همچنین، در خصوص تفاوت دو درمان بر متغیر شفقت به خود در پس‌آزمون، می‌توان بیان کرد چون تمرکز درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر انعطاف‌پذیری روانشناختی و پرداختن به مضامین وجودی است (Ramsey-Wade, 2015) و تمرکز درمان شفقت‌محور، آموزش ذهن شفقت‌ورز است (Gilbert, 2014)، این تفاوت دور از انتظار نیست که

البته با توجه به هیجان‌مدار بودن درمان شفقت‌محور (Leaviss & Uttley, 2015) این تفاوت در پیگیری پایدار نبود.

در این پژوهش، محدودیت‌هایی بدین شرح وجود داشت: محدود بودن نمونه به دختران نوجوان ناحیه سه آموزش و پرورش اصفهان و اجرای بسته درمانی پیشنهادی این پژوهش صرفاً بر دختران نوجوان افسرده و همچنین، استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی برای سنجش سرمایه روانشناختی و شفقت به خود که اطلاعات سطحی ایجاد می‌کنند و ممکن است با مطلوب‌نمایی اجتماعی همراه باشند. در سطح پژوهشی با توجه به محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود این پژوهش دربارهٔ پسران، گروه‌های سنی دیگر و در مناطق مختلف شهر اصفهان و شهرهای دیگر، گروه‌های غیربالینی و بالینی دیگر، اجرا و نیز از مصاحبه در کنار پرسشنامه برای سنجش متغیرهای وابسته استفاده شود تا از این طریق امکان تعمیم بیشتر نتایج فراهم شود. در سطح کاربردی، با توجه به یافته‌های بحث‌شده دربارهٔ اثربخشی هر دو درمان بر سرمایه روانشناختی و شفقت به خود، پیشنهاد می‌شود زمینه و بستر اجرای این دوره‌های آموزشی در مدارس فراهم شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود برای پایداری اثربخشی این آموزش‌ها، تدابیری در راستای ادامهٔ انجام تمرینات آموزش داده شده پس از مرحله پس‌آزمون، اندیشیده و استفاده شود.

منابع

احمدپور دیزجی، ج.، زهراکار، ک.، و کیامنش، ع. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان بهزیستی بر سرمایه روانشناختی دانشجویان دختر دچار شکست عاطفی. *نشریه علمی زن و فرهنگ*، ۹ (۳۱)، ۲۱-۷.

امین‌جعفری، ب.، و صالحپور، ق. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش رویکرد وجودی بر افزایش سرمایه روانشناختی و سلامت عمومی (مطالعه موردی زنان خانواده‌های نظامی شهر شهرکرد در سال ۱۳۹۶). *فصلنامه علمی تخصصی دانش انتظامی چهارمحال و بختیاری*، ۵ (۱۷)، ۸۳-۵۹.

حبیبی، م.، حامدی‌نیا، ا.، عسگری‌نژاد، ف.، و خلقی، ح. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس افسردگی کوتچر. *پژوهش‌های کاربردی در روانشناسی تربیتی*، ۲ (۲)، ۲۸-۱۵.

خانجانی، س.، فروغی، ع.، صادقی، خ.، و بحرینیان، ع. (۱۳۹۵). ویژگی‌های روانسنجی نسخهٔ ایرانی پرسشنامهٔ شفقت‌به‌خود (فرم کوتاه). *مجله پژوهنده*، ۳۱ (۵)، ۲۸۹-۲۸۲.

رنجبرکهن، ز.، و نوری، ح. (۱۳۹۵). *مبانی نظری و اصول درمان شفقت‌محور*. نشر نهر.

عین‌بیگی، ا.، سلیمانیان، ع.، و جاجرمی، م. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر افزایش سرمایه روانشناختی در سالمندان. *روانشناسی پیری*، ۶ (۲)، ۱۷۸-۱۶۵.

گل‌پرور، م. (۱۳۹۵). *روانشناسی سازمانی مثبت‌نگر/سرمایه عاطفی: کارکردها و ضرورت‌ها*. نشر جنگل.

موسوی، س. م.، خواجه‌وند خوشلی، ا.، اسدی، ج.، و عبدالله‌زاده، ح. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل‌پیشانی در زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۲۰ (۹۹)، ۴۵۳-۴۶۰.

References

Ahmadpour Dizaji, J., Zahrakar, K., & Kiamanesh, A. (2017). Comparative

- Egan, S. J., Rees, C. S., Delalande, J., Greene, D., Fitzallen, G., Brown, S., Webb, M., & Finlay-Jones, A. (2021). A Review of Self-Compassion as an Active Ingredient in the Prevention and Treatment of Anxiety and Depression in Young People. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 49(3), 385–403.
- Eskandari, M., Rezakhani, S., & Behboodi, M. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Capital and Emotional Expression Styles in Women with Multiple Sclerosis. *Avicenna Journal of Neuroscience Psychology Physiology*, 8(2), 71-76.
- Fang, S., & Ding, D. (2020). The efficacy of group-based acceptance and commitment therapy on psychological capital and school engagement: A pilot study among Chinese adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 134-143.
- García-Montes, J. M., & Pérez-Álvarez, M. (2010). Exposition in existential terms of a case of “negative schizophrenia” approached by means of Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy*, 3(1), 1-18.
- Gilbert, P. (2017). Compassion: Definitions and controversies. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Concepts, Research and Applications* (pp. 3–15). Routledge.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Golparvar M. (2016). *Affective capital: Essential and functional*. Jangale Publisher. (In Persian)
- Habibi, M., Hamediniya, E., Asgarinejad, F., & Kholghi, H. (2016). Psychometric Properties of Kutcher Adole Csent's Depression Scale, *Applied Research in Educational Psychology*, 2(2), 15-28. (In Persian)
- Hallis, L., Cameli, L., Bekkouche, N. S., & Knäuper, B. (2017). Combining cognitive therapy with acceptance and commitment therapy for depression: A group therapy feasibility study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 31(3), 171-190.
- Hamidi, A., Hassani, F., Arshadi, F. K., & Yousefi, F. (2021). The Effectiveness of Skill Training based on Compassion-Focused Therapy on Psychological Capital efficacy of compassion _focused therapy (CFT) and well_being therapy (WT) on psychological capital in female college students with romantic failure. *Scientific Research Quarterly of Woman and Culture*, 9(31), 7-21. (In Persian)
- Aminjafari, B., & Salehpoor, G. (2017). The effectiveness of existential approach trainings on promoting the psychological capital and general health (case study: the wives of military families of shahr-e-kord city in 1396 year). *Journal of Police Science Chaharmahal and Bakhtiari*, 5(17), 59-84. (In Persian)
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 385-405.
- Auerbach, R. P., Admon, R., & Pizzagalli, D. A. (2014). Adolescent depression: stress and reward dysfunction. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 139-148.
- Avey, J. B., Luthans, F., & Youssef, C. M. (2010). The additive value of positive psychological capital in predicting work attitudes and behaviors. *Journal of Management*, 36(2), 430-452.
- Ayn Beygi, A., Soleimani, A. A., & Jajarmi, M. (2020). The Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Existentialism Therapy on Increasing Psychological Capital in the Elderly. *Aging Psychology*, 6(2), 165-178. (In Persian)
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289-303.
- Brooks, S. J., Krulewicz, S. P., & Kutcher, S. (2003). The Kutcher Adolescent Depression Scale: assessment of its evaluative properties over the course of an 8-week pediatric pharmacotherapy trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13(3), 337-349.
- Daud, S., & Zakar, R. (2021) Socio-Demographic Factors Associated With Depression in Peri-Urban Adolescent Girls in Lahore. *Education*, 182(120), 60-63.
- Dunn, B. D., & Roberts, H. (2016). Improving the capacity to treat depression using talking therapies: Setting a positive clinical psychology agenda. In A. M. Wood & J. Johnson (Eds.), *The Wiley Handbook of Positive Clinical Psychology* (pp. 183–204).

- the root causes of adolescent distress, *Child Youth Service Review*, 100, 98-104.
- Michellini, G., Perlman, G., Tian, Y., Mackin, D. M., Nelson, B. D., Klein, D. N., & Kotov, R. (2021). Multiple domains of risk factors for first onset of depression in adolescent girls. *Journal of Affective Disorders*, 283, 20-29.
- Mirsharifi, S. M., Mirzaian, B., & Dousti, Y. (2019). The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Matrix on Depression and Psychological Capital of the Patients with Irritable Bowel Syndrome. Open access Macedonian. *Journal of Medical Sciences*, 7(3), 421-427.
- Moeini, B., Bashirian, S., Soltanian, A. R., Ghaleiha, A., & Taheri, M. (2019). Prevalence of depression and its associated sociodemographic factors among Iranian female adolescents in secondary schools. *BioMed Central psychology*, 7(1), 1-11.
- Mridha, M. K., Hossain, M. M., Khan, M. S. A., Hanif, A. A. M., Hasan, M., Mitra, D., ... & Shamim, A. A. (2021). Prevalence and associated factors of depression among adolescent boys and girls in Bangladesh: findings from a nationwide survey. *British Medical Journal*, 11(1), e038954.
- Mousavi, S. M., Khoshli, A. K., Asadi, J., & Abdollahzadeh, H. (2021). Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance in women with systemic lupus erythematosus. *Journal of Psychological Science*, 20(99), 453-460. (In Persian)
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self-Identity*, 2, 10-85
- Nguyen, T.D., Trang, T., & Nguyen, M. (2012). Psychological capital, quality of life work life and quality of life marketers: Evidence from Vietnam. *Journal of Macro-Marketing*, 32(1), 87-95.
- Pauley, G., & McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 129-143.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., Van GD. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 18, 250-255.
- and Depression in Adolescent Girls with Type 1 Diabetes. *International Journal of Health Studies*, 7(4), 40-46.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance & Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Hughes, M., Brown, S. L., Campbell, S., Dandy, S., & Cherry, M. G. (2021). Self-compassion and anxiety and depression in chronic physical illness populations: A systematic review. *Mindfulness*, 12(7), 1597-1610.
- Hussein A. (2020). ACT and Existential Therapy. *Contemporary Psychotherapy*, 12(1), 1-13
- Jorjorzadeh, M., Ehteshamzadeh, P., Pasha, R., & Marashian, F. S. (2021). The Effectiveness of Religious-based Gender Justice Training and Compassion-focused Therapy on Psychological Capital of Girls with Delayed Marriage. *International Journal of Health Studies*, 7(2), 17-23.
- Khanjani, S., Foroughi, A. A., Sadghi, K., & Bahrainian, S. A. (2016). Psychometric properties of Iranian version of self-compassion scale (short form). *Pajoohandeh Journal*, 21(5), 282-289. (In Persian)
- Khosravani shayan, M., Shafiabadi, A., Arefi, M., & Amiri, H. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological capital and psychological well-being of patients with thalassemia: a quasi-experimental study. *Social Determinants of Health*, 6(1), e33.
- Leaviss, J., Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, 45(5), 927-45.
- Lee, M. J. (2017). *Enhancing the Values Process in Acceptance and Commitment Therapy through Existential-Phenomenological Engagement of Meaning-Making Processes* [Doctoral dissertation, Azusa Pacific University]. <https://www.proquest.com/openview/2612dd2682c86b05d528f72feb77eeef/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>.
- Luthans, F., Vogelgesang, G. R., Lester, P. B. (2006). Developing the psychological capital of resiliency. *Human Recourse Development Review*, 5(1), 25-44.
- Lybbert, R., Ryland, S., Bean, R. (2019). Existential interventions for adolescent suicidality: Practical interventions to target

- Song, R., Sun, N., & Song, X. (2019). The efficacy of psychological capital intervention (PCI) for depression from the perspective of positive psychology: A Pilot Study. *Frontiers in Psychology*, 10, 1816.
- Turrell, S. L., & Bell, M. (2016). *ACT for adolescents: Treating teens and adolescents in individual and group therapy*. New Harbinger Publications.
- Wilms, S. (2016). *Dealing with existential themes in acceptance and commitment therapy: a qualitative interview study* [Master's thesis, University of Twente]. <http://essay.utwente.nl/70176/>.
- Wu, Q., Chi, P., Lin, X., & Du, H. (2018). Child maltreatment and adult depressive symptoms: Roles of self-compassion and gratitude. *Child Abuse & Neglect*, 80, 62-69.
- Zettle, R. D. (2015). Acceptance and commitment therapy for depression. *Current Opinion in Psychology*, 2, 65-69.
- Rainer, J. P., Gay, J. (2013). Bridging the gap between existential/experiential psychotherapies and ACT (acceptance and commitment therapy). *Psychology Research*, 3(9), 485-494.
- Ramsey-Wade C. (2015). Acceptance and commitment therapy: An existential approach to therapy?. *Existential Analysis*, 26(2), 1-12.
- Ranjbarkohan Z, Nouri H. (2017). *Theoretical foundations and principles of compassion-focused therapy*. Nahr Publication. (In Persian)
- Sarizadeh, M. S., & Akbari, F. (2021). The Role of Positive Youth Development, Religious Coping, and the Parenting Styles in Adolescent Students' Life Satisfaction. *International Journal of School Health*, 8(2), 62-71.
- Shumaker, D. (2012). An existential-integrative treatment of anxious and depressed adolescents. *Journal of Human Psychology*, 52(4), 375-400.