



A Comparison of the Effect of Existentialism Acceptance and Commitment Group Therapy and Compassion-Focused therapy on Affective Capital of Depressed Adolescent Girls

Zahra Mohammadi¹, Seyed Hamid Atashpour^{2*}, Mohsen Golparvar³

1- PhD Student, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Seyed Hamid Atashpour, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

Email: hamidatashpour@gmail.com

Received: 28 March 2022

Accepted: 1 Sep 2022

Abstract

Introduction: Depression is one of the most common and debilitating mental disorders in adolescents that has a devastating effect on their abilities, performance, relationships, and other areas of adolescents life. This disorder is often accompanied by a decrease in affective capital, which is associated with sadness, lack of energy, inattention, and lack of interest. The aim of this study was to compare the effectiveness of existentialism acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy on the affective capital of depressed adolescent girls.

Methods: The method of the present study was quasi-experimental with pre-test, post-test, and follow-up periods. The statistical population consisted of depressed adolescent girls in district 3 of Isfahan in the fall of the 2021 year. From the statistical population, 45 people were selected through purposive sampling and randomly assigned to two experimental groups and one control group. Kutcher depression scale was used for initial screening and Golperor affective capital questionnaire was used to measure the dependent variable in three stages. For the experimental groups, ten sessions of compassion-based therapy and existentialism acceptance and commitment therapy were performed and during this time, the control group did not receive any treatment. Data were analyzed by repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test.

Results: The results showed that in affective capital, the difference between the two treatment groups and the control group was significant ($P < 0.05$), But there was no significant difference between the two treatment groups ($P > 0.05$).

Conclusions: With the concern of the research's result, existentialism acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy have appropriate efficacy in the improvement of affective capital of adolescent girls. Therefore, it is suggested to use these two treatments in schools and treatment centers for depressed adolescent girls.

Key words: Depression, Existentialism acceptance and commitment therapy, Compassion-focused therapy, Affective capital, Adolescent.



مقایسه تأثیر درمان گروهی پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت محور بر سرمایه عاطفی دختران نوجوان افسرده

زهرا محمدی^۱، سیدحمید آتش پور^{۲*}، محسن گل پرور^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

۳- دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: سیدحمید آتش پور، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

ایمیل: hamidatashpour@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۶/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱/۸

چکیده

مقدمه: افسردگی از متداول ترین و ناتوان کننده ترین اختلالات روانی در نوجوانان می باشد که تأثیر مخربی بر توانایی ها، عملکرد، روابط و سایر زمینه های زندگی نوجوانان دارد و اغلب با کاهش سرمایه عاطفی که مرتبط با غمگینی، فقدان انرژی، بی توجهی و عدم علاقه است، همراه می گردد. این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر درمان گروهی پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت محور بر سرمایه عاطفی دختران نوجوان افسرده صورت گرفت.

روش کار: پژوهش به روش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری انجام شد. جامعه آماری دختران نوجوان افسرده ناحیه ۳ اصفهان در پاییز ۱۳۹۹ بودند. ۴۵ نفر از جامعه مذکور به صورت هدفمند انتخاب و از طریق گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. مقیاس افسردگی کوتچر برای غربالگری اولیه و پرسشنامه سرمایه عاطفی گل پرور برای سنجش متغیر وابسته در سه مرحله استفاده شد. گروه های آزمایش ده جلسه تحت درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت محور قرار گرفتند و در این مدت گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل گردید.

یافته ها: نتایج نشان داد که در سرمایه عاطفی تفاوت بین دو گروه درمانی با گروه کنترل معنادار است ($P < 0.05$) اما بین دو گروه درمانی تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0.05$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش، درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت محور کارآمدی مناسبی بر بهبود سرمایه عاطفی در دختران نوجوان افسرده دارند. بنابراین، پیشنهاد می شود این دو درمان در مدارس و مراکز درمانی برای دختران نوجوان افسرده استفاده شود.

کلیدواژه ها: افسردگی، درمان پذیرش و تعهد وجودنگر، درمان شفقت محور، سرمایه عاطفی، نوجوان.

مقدمه

نوجوانی یک دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی است که با بلوغ شروع و با تغییرات گسترده در جنبه های اجتماعی، جسمی و روان شناختی همراه می گردد (۱). این دوران برای نوجوانان می تواند استرس زا بوده و باعث احساس سردرگمی، منفی بودن و افسردگی شود (۲). به طوری که در سن ۱۸ سالگی تقریباً ۱۵ درصد از نوجوانان حداقل یک دوره افسردگی را تجربه نموده اند و این میزان نیز در دختران دو برابر پسران می باشد (۳). افسردگی می تواند منجر به کناره گیری اجتماعی و هیجانی، ناتوانی، رفتارهای خود آسیبی، افکار خودکشی و از همه غم انگیزتر خودکشی شود (۴). اما این نکته حائز اهمیت است که افزایش متغیرهای مثبت بر کاهش افسردگی موثر بوده و نقش محافظت کننده در برابر آن دارد (۵). در این خصوص سرمایه عاطفی از جمله متغیرهایی است که می توان به آن اشاره کرد. سرمایه عاطفی در تعریفی ساده حالتی از احساس نشاط و انرژی عاطفی مثبت درونی قابل هدایت و تحول است که با تمرکز هدفمند بر آن، قابلیت تأثیرگذاری به نسبت پایدار بر رفتارها و انتخاب های انسان را دارد و دارای سه مولفه عاطفه مثبت شبه حالت، احساس انرژی و شادمانی است (۶). بنابراین سرمایه عاطفی هم به لحاظ ماهیت و هم به لحاظ پیوندی که با شاخص های سلامت روان و بهزیستی دارد، در تقابل با علائم افسردگی قرار می گیرد. به همین جهت هر نوع فعالیت یا تلاشی که در مسیر افزایش سطح سرمایه عاطفی باشد، بدون تردید بر کاهش علائم افسردگی نیز تأثیرات به سزایی خواهد داشت (۷). لازم به ذکر است که گزینه های درمانی مختلف در طیف دارویی و روان شناختی برای نوجوانان افسرده در دسترس هستند و در این میان درمان شناختی رفتاری مستندترین درمان از نظر تجربی می باشد. با این حال ۴۰ تا ۵۰ درصد نوجوانان افسرده به درمان های شناختی رفتاری (۳)، و درمان های مشابه پاسخ نمی دهند (۸). بنابراین در پاسخ به معایب درمان های سنتی از جمله درمان شناختی رفتاری، درمان هایی ایجاد شد (۹،۱۰) و ادغام درمان های سازگار در مباحث نظری مورد توجه قرار گرفت (۱۱) که در این خصوص می توان به درمان شفقت محور و ترکیب درمان پذیرش و تعهد با درمان وجودی اشاره نمود. سیر شکل گیری درمان شفقت محور به عدم بهبود هیجان های منفی در درمان های شناختی رفتاری برمی گردد

(۱۲). درمان های شناختی رفتاری بر فرآیندهای استدلال و فراشناخت متمرکز هستند اما امروزه روانشناسی بالینی به نحوه تعامل بین سیستم های شناختی و انگیزه ها و هیجانات و بررسی مستقیم سیستم های هیجانی و انگیزشی نیاز دارد (۱۳). بنابراین درمان شفقت محور در پاسخ به این مشاهده که بسیاری از مردم به ویژه افرادی که شرم و خودانتقادی بالایی دارند، هنگام ورود به درمان های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خودحمایتگر دشواری هایی دارند، تدوین گردید (۹،۱۰). از اینرو، درمان شفقت محور افراد را به ایجاد انگیزه شفقت و انجام رفتارهای مشفقانه به منظور دسترسی به سیستم های آرام بخش تشویق می کند (۱۰). همچنین نتایج پژوهش ها نشان می دهد افراد تحت درمان شفقت محور، بهزیستی روان شناختی بالاتر، افسردگی و نشخوار فکری کمتری را تجربه می کنند (۱۴). از طرف دیگر، درمان پذیرش و تعهد نیز به منظور غلبه بر محدودیت های درمان شناختی رفتاری در زمینه مضامین وجودی ایجاد گردید (۱۵-۱۹). اما با توجه به اهمیت مضامین وجودی در نوجوانان افسرده (۴)، در خصوص چگونگی مورد خطاب قراردادن اضطراب مرگ و معنا، دارای ابهام است (۱۵،۱۶،۱۸،۱۹). بنابراین پژوهش های متعددی با توجه به شباهتهای این درمان با درمان وجودی، از جمله موضع غیر آسیب شناسی به درد و پریشانی انسان، تأکید بر پذیرش رنج به عنوان بخشی از وجود انسان، رابطه غیر سلسله مراتبی بین مراجع و درمانگر، تمرکز بر آزادی و انتخاب و تمرکز بر ارزش ها، بر ادغام درمان پذیرش و تعهد با درمان وجودی تأکید نموده اند (۱۵-۱۹؛ ۲۰، ۲۱). با این وجود، تاکنون هیچ پژوهشی اقدام به این ادغام و ایجاد درمان پذیرش و تعهد وجودنگر ننموده است. پژوهش ها نشان می دهند که درمان پذیرش و تعهد (۲۲)، ادغام درمان پذیرش و تعهد با درمان های دیگر (۲۳، ۲۴) و همچنین ادغام درمان وجودی با درمان های دیگر (۲۵)، (۲۶)، بر سرمایه عاطفی به عنوان یکی از منابع مثبت محافظ در برابر افسردگی موثر هستند. بنابراین با در نظر گرفتن این نکته که درمان پذیرش و تعهد می تواند با درمان های سازگار دیگر از نظر تئوری ادغام شود (۲۷)، در این پژوهش به منظور غنی سازی متقابل و ایجاد گزینه های قوی و مؤثرتری برای شکل و تکنیک های روان درمانگری، با درمان وجودی ترکیب و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر ایجاد گردید. سپس با درمان شفقت-محور که به درمان

الگوهای فکری معطوف به افسردگی می پردازد (۱۲)، مقایسه شد تا شواهدی از اعتبار تطبیقی و بیرونی آن فراهم گردد. همچنین با توجه به اینکه درمان های وجودی و درمان پذیرش و تعهد بیشتر بر معنا، ارزش، شناخت و زبان متمرکزند (۱۷، ۱۹) و بعد هیجانی را مورد توجه قرار نمی دهند و از طرفی درمان های متمرکز بر شفقت بیشتر بر هیجانات متمرکز هستند (۱۰)، به نظر می رسد مقایسه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر با درمان شفقت محور مناسب باشد.

در بررسی پیشینه پژوهش، مطالعه ای که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد وجودنگر را در مقایسه با درمان شفقت محور بر سرمایه عاطفی سنجیده، یا اثربخشی هر کدام از این درمان ها را به طور مجزا بررسی کرده باشد، یافت نشد. فقط پژوهش نوریان، گل پرور و آقایی (۲۸) اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را در مقایسه با روان درمانگری مثبت نگر بر سرمایه عاطفی زنان افسرده مورد بررسی قرار داده است و نتایج آن نیز حاکی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سرمایه عاطفی می باشد. از اینرو، با در نظر گرفتن مسأله ساز بودن افسردگی در نوجوانان به ویژه دختران (۳، ۴) و اهمیت سرمایه عاطفی هم به لحاظ ماهیت و هم به لحاظ پیوندی که با شاخص های سلامت روان و بهزیستی دارد و این متغیر را در تقابل با علایم و نشانه های افسردگی قرار می دهد (۲۸)، همچنین با توجه به عدم وجود پیشینه پژوهشی و بسته درمانی پذیرش و تعهد وجودنگر، پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر درمان گروهی پذیرش و تعهد وجودنگر با درمان شفقت-محور بر سرمایه عاطفی دختران نوجوان افسرده در راستای برطرف کردن شکاف های موجود در زمینه درمان های مؤثر برای نوجوانان افسرده و آشکار نمودن مسیر مطالعه و درمان، و رفع خلاء دانش موجود صورت گرفت. نوآوری پژوهش حاضر به صورت صریح مقایسه تأثیر درمان گروهی پذیرش و تعهد وجودنگر با تمرکز بر معناجویی و مواجهه با اضطراب مرگ در کنار پذیرش و اقدام متعهدانه با درمان شفقت محور بر سرمایه عاطفی دختران نوجوان افسرده است.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی و پژوهش از نظر هدف کاربردی بود. همچنین روش گردآوری داده ها با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام

شد. جامعه آماری پژوهش، دختران نوجوان افسرده ناحیه ۳ آموزش و پرورش شهر اصفهان در زمستان ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند. بدین گونه که پس از کسب مجوزهای لازم و هماهنگی های انجام شده با آموزش و پرورش، ابتدا طی فراخوان در مدارس دخترانه مقطع متوسطه دوم، ۲۵۴ نفر برای شرکت در پژوهش اعلام تمایل نمودند. از این تعداد، ۱۹۹ نفر پس از غربالگری اولیه مطابق با مقیاس افسردگی نوجوانان کوتچر (۲۹)، افسرده شناخته شدند. از آنجایی که حجم نمونه در تحقیقات آزمایشی تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه مناسب تشخیص داده شده (۳۰)، برای هر یک از سه گروه پژوهش ۱۵ نفر (در مجموع ۴۵ نفر) از طریق مصاحبه ساختار یافته و بررسی معیارهای ورود و خروج به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس از طریق گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (گروه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و گروه درمان شفقت محور) و یک گروه کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود علاوه بر کسب حداقل نمره ۶ در پرسشنامه افسردگی نوجوانان کوتچر، شامل دامنه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، عدم دریافت درمان های موازی روان شناختی یا روان پزشکی و معیارهای خروج نیز شامل عدم تمایل به ادامه درمان و غیبت دو جلسه یا بیشتر از جلسات درمان بود. لازم به ذکر است که ملاحظات اخلاقی، از جمله رعایت رازداری کامل، آزادی و اختیار کامل برای کناره گیری از پژوهش، اطلاع رسانی در مورد پژوهش، کسب رضایت نامه و استفاده از داده ها فقط در راستای اهداف پژوهش، به طور کامل مد نظر قرار گرفتند. همچنین، در راستای معیارهای اخلاقی در پژوهش های علمی، گروه کنترل در پایان دوره اجرا، تحت درمان پذیرش و تعهد وجودنگر قرار گرفت. لازم به ذکر است پژوهش حاضر مورد تصویب کمیته اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی با کد اخلاق IR.IAU.KHUISE.REC.1399.202 قرار گرفت. به منظور جمع آوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده شد: پرسشنامه افسردگی نوجوانان کوتچر: با هدف غربالگری اولیه از پرسشنامه یازده سوالی افسردگی نوجوانان کوتچر استفاده شد. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۲ توسط کوتچر و همکاران به صورت خودگزارشی ساخته (۳۱) و دارای دو خرده مقیاس افسردگی اساسی (سوالات ۱ تا ۹) و خودکشی (سوالات ۱۰ و ۱۱) می باشد. آزمودنی باید به هر سؤال (مانند احساس بی ارزشی و ناامیدی می کنم، هیچ کس

خوب نیست و باید از مردم دوری کنیم) با توجه به مقدار همخوانی آن با حالات روحی خود در یک هفته گذشته پاسخ دهد. پاسخ‌ها به صورت مقیاس لیکرتی چهارگزینه‌ای (از ۰ تا ۳) طراحی شده است و نمره‌گذاری در تمامی عبارات به صورت مستقیم و دامنه نمرات بین ۰ تا ۳۳ می باشد. نمره هر آزمودنی عبارت است از مجموع نمرات وی در تمامی عبارات و افزایش در نمرات نیز به مفهوم افزایش در شدت افسردگی است. در تفسیر نمرات، نقطه برش ۶ با کارایی دقت تشخیص ۹۲٪، نوجوانان افسرده را از غیر افسرده متمایز می‌سازد (۳۱). تحلیل‌های آماری در نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله مشخص کرد آزمون کوتچر بالاترین قدرت تشخیصی را دارا است (۲۹). علاوه بر قدرت تشخیصی بالا، مقیاس حاضر روایی بالایی با مقیاس‌های مشابه خود دارد (۵/۰ تا ۵۵/۰) و پایایی آن ۸۴/۰ می باشد (۳۱). در ایران اعتبار و روایی این مقیاس بر روی ۴۰۰ دانش‌آموز مقطع راهنمایی و دبیرستان، بررسی و ساختار عاملی آن با استفاده از تحلیل عاملی تأیید شده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در ایران به طور کلی ۰/۷۹ برآورد شده است (۳۲). آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر برابر ۰/۸۹ بدست آمد.

پرسشنامه سرمایه عاطفی: به منظور سنجش سرمایه عاطفی از پرسشنامه سرمایه عاطفی گل پرور که در سال ۲۰۱۶ تدوین شده، استفاده گردید. این پرسشنامه ۲۰ سوالی و متشکل از سه حیطه عاطفه مثبت (۱۰ سوال)، احساس انرژی (۵ سوال) و شادمانی (۵ سوال) است. نحوه پاسخگویی این پرسشنامه پنج درجه ای به صورت هرگز=۱ تا همیشه=۵ است. برای محاسبه امتیازات، نمرات فرد پاسخگو در کل پرسشنامه با یکدیگر جمع می شود و سپس نتیجه حاصل در سطح سه خرده مقیاس آن تقسیم بر تعداد سوالات می شود. در نتیجه این فرآیند، دامنه نوسان امتیازات بین ۱ تا ۵ خواهد بود و افزایش امتیازات به معنای افزایش سطح سرمایه عاطفی است. روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه توسط گل پرور تأیید شده و آلفای کرونباخ آن در دامنه ۰/۸ تا ۰/۹۸ گزارش شده است (۶). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۶ به دست آمد.

پس از گمارش تصادفی آزمودنی‌ها در سه گروه و جمع

آوری داده‌ها در مرحله پیش‌آزمون، گروه‌های آزمایش طی ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی تحت آموزش قرار گرفتند و در این مدت گروه کنترل هیچ گونه درمانی دریافت نکرد. گروه درمانی پذیرش و تعهد وجودنگر روزهای شنبه و دوشنبه و گروه درمانی شفقت محور در روزهای یکشنبه و سه شنبه به مدت حدود یک ماه و نیم تحت آموزش قرار گرفتند. به منظور جلوگیری از تبادل اطلاعات بین گروه‌های آزمایش، جلسات درمانی در روزهای متفاوت برگزار شد. در پایان جلسات درمانی، پس از آزمون و با فاصله یک ماه بعد، پیگیری برای هر سه گروه اجرا گردید. از دو درمان مورد استفاده، درمان پذیرش و تعهد وجودنگر برای اولین بار و به طور اختصاصی برای این پژوهش بر حسب متون درمان پذیرش و تعهد و درمان وجودنگر با استفاده از تحلیل شبکه‌های موضوعی (مضمونی) قیاسی نظریه محور مبتنی بر رویکرد آتراید-استرلینگ (۳۳) طی یک فرآیند پیچیده و طولانی (به صورت محقق ساخته) تهیه و تدوین شد. بدین گونه که در یک بررسی تخصصی متمرکز توسط دو داور مستقل، تناسب و ارتباط نظری و منطقی بین مضامین فراگیر، مضامین سازمان دهنده و مضامین پایه مورد بررسی قرار گرفت 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 کمتر از ۰/۸ بود بر پایه پیشنهادات دو داور، مورد بازنگری قرار گرفت و در نهایت پایایی فرایند و محتوای کدگذاری انجام شده برای بسته درمانی پذیرش و تعهد وجودنگر با ضریب نسبت روایی محتوایی ۰/۹۸ مورد تأیید قرار گرفت. سپس محتوای جلسات، ساختار درمان، کفایت درمان و مناسب بودن طول زمان درمان، بر اساس نظر شش داور متخصص روانشناس فعال در حوزه درمان‌های روان شناختی، ارزیابی و ضریب توافق بالای ۰/۸ و مطلوب کسب گردید و در آخر اثربخشی آن به طور مقدماتی بر روی ۱۸ دختر نوجوان افسرده مورد ارزیابی قرار گرفت. درمان شفقت محور نیز از طریق بسته درمانی رنجبرکهن و نوری (۳۴) که در مطالعات قبلی در ایران اجرا و تعیین اعتبار شده، اجرا گردید. خلاصه محتوای جلسات درمان شفقت محور و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. شرح جلسات درمان شفقت محور رنجبرکهن و نوری (۲۰۱۰)

جلسه	شرح جلسات	تمرینها و تکنیکها
اول	آشنایی آزمودنیها و درمانگر با یکدیگر، شرح قوانین گروه، ایجاد ارتباط درمانی و گوش دادن به روایت‌های آزمودنیها، توضیح درباره هیجانات، درمان شفقت محور و ذهن آگاهی	تمرین تنفس ذهن آگاه و تکلیف خانگی تنفس ذهن آگاهانه به مدت حداقل دو دقیقه در هر روز
دوم	معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل آنها با هم	پر کردن فرم تنفس آرامبخش و تکلیف خانگی رسم هیجانات شخصی بر اساس مدل سه حلقه ای
سوم	معرفی رویکرد ذهن شفقت ورز (توجه، تفکر، استدلال، تصور، انگیزه، رفتار و هیجان)	تمرین رشد خود مشفق و تکلیف خانگی تمرین تصویرسازی خود مشفق حداقل دو بار در هفته به مدت ده دقیقه
چهارم	معرفی مغز قدیم و مغز جدید و معرفی هیجانات تهدیدکننده از منظر سیستم سه حلقه ای و مغز قدیم و جدید	تمرین کار با مدل سه حلقه ای و تنفس آرامبخش و تکلیف خانگی ثبت برنامه روزانه تمرینات شفقت
پنجم	بررسی برخی هیجانات از دیدگاه ذهن مشفق و کشف بخش های مختلف یک هیجان	تمرین تنفس آرامبخش و تکلیف خانگی ترسیم بخش های مختلف یک هیجان بر روی برگه برای یک تجربه هیجانی اخیر
ششم	معرفی مولفه های شفقت و بررسی الگوهای گذشته و واکنش مغز قدیم و جدید در مقابل موانع و مشکلات	تمرین بررسی یک هیجان اخیر با توجه به مولفه های شفقت و ارائه تکلیف خانگی
هفتم	کار با عادات هیجانی مشکل ساز و معرفی مهارت های شفقت، تفکر و رفتار مشفقانه	تمرین توسعه ذهن شفقت ورز از طریق تصویرسازی، تمرین ایجاد فضای امن و رنگهای شفقت و مهربانی و ارائه تکلیف خانگی
هشتم	یادآوری مهارت های شفقت، توضیح درباره نقش شفقت در هدایت نحوه تفکر و واکنشها و بررسی خودانتقادی و علل و پیامدهای آن، آموزش افکار و رفتار شفقتورز در مقابل انتقادگر، بررسی نوع واکنشها در مقابل شکست ها و موانع (سبک انتقادگر و شفقتورز) با هدف شناسایی تفکر و رفتار سرزنشگر در مقابل تفکر و رفتار مشفق	تمرین گفتگوی خود انتقادگر با خود مشفق (دو صندلی) و ارائه تکلیف خانگی
نهم	ادغام تغییرات در یک ساختار مشفقانه، خلق خود مشفق ایده آل و شناسایی افکار ممانعت کننده از پرورش شفقت به خود	تمرین نوشتن نامه مشفقانه و ارائه تکلیف خانگی
دهم	توسعه شفقت نسبت به دیگران و بحث پیرامون فرایند همدلی و بخشش نسبت به دیگران و جمع بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات	تمرین مدیتیشن عشق و محبت و ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی، تصویرسازی و نوشتن مشفقانه

جدول ۲. شرح جلسات درمان پذیرش و تعهد وجودنگر پژوهشگر ساخته

جلسه	شرح جلسات	تمرینها و تکنیکها
اول	آشنایی آزمودنیها با یکدیگر و با درمانگر، آشنایی با ساختار مداخله، مشخص نمودن نقشها و مسئولیت های آزمودنیها، آشنایی با مفهوم پوچی و بیمعنایی و اهمیت جستجو و یافتن معنا با هدف آگاهی از اهمیت معنا و احساس پوچی در افسردگی.	تکنیک کار با نا شادی و نا راحتی (بیم- آری) و ارائه تمرین بررسی ارزشها و باورهای خود به عنوان تکلیف خانگی
دوم	شناسایی ارزشها با مورد سؤال قراردادن آنها و سپس استفاده از کارت ارزشها و آشنایی با پاسخهای نصیحتگر و لزوم شناسایی پاسخهای مشاهدگر جهت شناسایی ارزشهای واقعی	تکنیک کارت ارزشها، تکنیک تله ارزشها و ارائه تمرین شفافسازی ارزشها به عنوان تکلیف خانگی
سوم	گفتگو درباره معناجویی، آشنایی با مفاهیم آزادی، انتخاب و مسئولیت و کار بر روی انتخاب و مسئولیت	تکنیک زندگی با اعداد، تکنیک زیستن بر اساس ارزشها و معناجویی، تکنیک شناسایی انکار مسئولیت پذیری و تمرین بررسی مسئولیت پذیری
چهارم	آموزش مسئولیت پذیری و توان پاسخگویی در مقابل مسئولیت به منظور مقابله با افسردگی، شناسایی هدفها و گامهای لازم جهت تحقق اهداف با هدف اقدام عملی و پذیرفتن مسئولیت کامل آن عمل	تکنیک هدف چینی و برداشتن گام عملی به سوی تحقق اهداف و ارائه تمرین شناسایی موانع روانشناختی پیشرو در هنگام اقدام عملی به عنوان تکلیف خانگی
پنجم	شناسایی موانع رسیدن به اهداف از جمله نبودن در زمان حال، آمیختگی با افکار و اضطرابهای وجودی از جمله اضطراب مرگ و تنهایی، آموزش ذهن آگاهی با درک هیجانات و کشف حکمت احساسات	تمرین AND (آگاهی، نامگذاری و توصیف هیجان) جهت کمک به نوجوانان برای توسعه مهارت های ذهن آگاهی و کشف خاطرات هیجانی
ششم	ادامه آموزش ذهن آگاهی و اهمیت بودن در زمان حال و خودآگاهی، شناسایی مفهوم خودها و اهمیت شناسایی خود به عنوان زمینه	استعاره ماشین زمان، تکنیک قرار دادن ذهن آگاهی در برنامه عادی صبحگاهی، تکنیک تنفس آگاهانه، تکنیک تفکر و احساس آگاهانه با تمرین خیره شدن به ابرها، بیان استعاره صفحه شطرنج، تکنیک داشتن یک فکر در مقابل بودن یک فکر و ارائه تمرین برچسب زدن به افکار به عنوان تکلیف خانگی

هفتم	آشنایی با مفهوم آمیختگی و گسلش از افکار، آشنایی با مفهوم ذهن، توضیح درباره ماهیت شرطی فکر و هذیان کنترل با هدف انعطافپذیری روانی بیشتر	تکنیک ذهن شما دوست شما نیست، بیان استعاره لیمو لیمو و بی اثر نمودن خود ارزیابی منفی، تکنیک هذیان کنترل و جداسازی افکار از مرجع آن و ارائه تمرین دلیلاوری جهت بررسی چگونگی تاثیر آن بر خلق، اعتماد به نفس و ... به عنوان تکلیف خانگی
هشتم	ادامه آموزش گسلش از افکار و سپس آموزش رویارویی با اضطراب مرگ بهعنوان یکی از نگرانیهای وجودی انسان و اهمیت مواجهه با آن بهعنوان پتانسیلی بالقوه برای رشد	تکنیک قرار دادن افکار بر روی برگها در رودخانه جهت جدایی از افکار، تکنیک هویت زدایی برای مواجهه با اضطراب مرگ و ایجاد تغییر و دگرگونی، تکنیک موج زدن و مواجهه و ارائه تمرین شمردن نعمتهای خود به عنوان تکلیف خانگی
نهم	آشنایی با مفهوم پذیرش و اهمیت پذیرش هیجانات به جای سرکوب آنها در مسیر زندگی معنادار و توضیح درباره جایگزینی پذیرش برای کنترل	تکنیک درماندگی خلاق و استعاره طنابکشی با هیولا، تکنیک نبردی برای کنترل احساسات، تکنیک پذیرش و تمایل جایگزینی برای کنترل با بیان استعاره توپ
دهم	آشنایی و کاوش در انزوا و تنهایی و اهمیت پذیرش تنهایی بهعنوان نگرانی غیرقابل انکار وجودی انسان و بحث پیرامون اهمیت ارتباط با دیگران	تکنیک ارتباط با دیگران، تکنیک ادامه دادن هدفمند زندگی، تکنیک عدم فراموشی تنهایی و تمرین مواجهه با تنهایی از طریق مراقبه

یافته ها

در راستای اطمینان از عدم تفاوت گروه ها با یکدیگر، متغیرهای جمعیت شناختی تحلیل شدند. نتایج نشان داد بین گروه ها از نظر میانگین سنی آزمودنی ها، سن مادر، سن پدر، رشته تحصیلی، تحصیلات مادر، تحصیلات پدر و تعداد فرزندان تفاوت معناداری وجود نداشت (جدول ۳). به دلیل همسانی جمعیت شناختی گروه ها، نیاز به کنترل این متغیرها نبود. بنابراین از آزمون واریانس اندازه های مکرر برای تحلیل استفاده شد.

داده های حاصل از اجرای پژوهش از طریق آزمون تحلیل واریانس اندازه-های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ و با استفاده از نسخه ۲۲ نرم افزار SPSS تحلیل شدند. برای بررسی عدم تفاوت توزیع متغیرهای جمعیت شناختی (سن آزمودنی ها، سن مادر، سن پدر، رشته تحصیلی، تحصیلات مادر، تحصیلات پدر و تعداد فرزندان) در سه گروه پژوهش از آزمون کای دو، برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلک، برای بررسی برابری واریانس های خطا از آزمون لوین و برای بررسی پیش فرض کرویت از آزمون ماچلی استفاده گردید.

جدول ۳. مقایسه فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی در گروه های درمان شفقت محور، درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و گروه کنترل

متغیر و سطوح آن	درمان شفقت محور	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	گروه کنترل	مقدار کای دو (مقدار احتمال)
سن آزمودنیها				
۱۵ سال	۳	۳	۳	$X^2=0.404$ $(p=0.99)$
۱۶ سال	۴	۵	۴	
۱۷ سال	۵	۵	۵	
۱۸ سال	۳	۲	۳	
سن مادر				
۳۰-۳۵ سال	۱	۲	۱	$X^2=3.32$ $(p=0.91)$
۳۵-۴۰ سال	۵	۴	۳	
۴۰-۴۵ سال	۶	۴	۷	
۴۵-۵۰ سال	۲	۴	۷	
بالای ۵۰ سال	۱	۱	۲	
سن پدر				
۳۵-۴۰ سال	۲	۲	۲	$X^2=5.25$ $(p=0.73)$
۴۰-۴۵ سال	۶	۵	۲	
۴۵-۵۰ سال	۲	۴	۶	
۵۰-۵۵ سال	۳	۱	۲	
بالای ۵۵ سال	۲	۳	۳	
رشته تحصیلی				

$X^2=2.74$ ($p=0.6$)	۸	۷	۶	علوم تجربی
	۱	۲	۲	علوم ریاضی
	۶	۶	۷	علوم انسانی
تحصیلات مادر				
$X^2=1.25$ ($p=0.97$)	۴	۴	۳	زیر دیپلم و دیپلم
	۹	۱۰	۱۰	فوق دیپلم و لیسانس
	۱	۱	۱	فوق لیسانس
	۱	۰	۱	دکتری
تحصیلات پدر				
$X^2=3.25$ ($p=0.97$)	۳	۲	۱	زیر دیپلم و دیپلم
	۹	۱۱	۱۱	فوق دیپلم و لیسانس
	۳	۱	۱	فوق لیسانس
	۰	۱	۲	دکتری
تعداد فرزندان				
$X^2=1.76$ ($p=0.98$)	۴	۴	۴	تک فرزند
	۷	۷	۶	دو فرزند
	۳	۲	۳	سه فرزند
	۱	۱	۱	چهار فرزند
	۰	۱	۱	پنج فرزند و بیشتر

میانگین و انحراف معیار سرمایه عاطفی در گروه های آزمایش و کنترل در سه مرحله پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد متغیر سرمایه عاطفی در سه مرحله زمانی در سه گروه پژوهش

متغیر	مرحله	درمان شفقت محور		درمان پذیرش و تعهد وجودنگر		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سرمایه عاطفی	پیش آزمون	۵۰/۳۳	۷/۹۴	۵۲/۱۳	۱۲/۵۴	۵۳/۸	۱۱/۸۲
	پس آزمون	۶۶/۶	۸/۱۶	۶۴/۸۶	۱۰/۸۲	۴۷/۹۳	۱۱/۰۶
	پیگیری	۶۲	۱۱/۰۱	۶۳/۴	۱۳/۷۳	۴۵/۱۳	۱۲/۱۵

پیش از تحلیل متغیر پژوهش، پیش فرض های تحلیل واریانس اندازه های مکرر از جمله آزمون شاپیرو ویلک برای بررسی نرمال بودن داده ها و آزمون لوین به منظور بررسی همگنی واریانس خطا بررسی شدند. نتایج نشان دهنده نرمال بودن داده ها در هر سه مرحله و برابری واریانس خطا می باشد (جدول ۵).

جدول ۵. یافته های مربوط به فرض نرمالیتی داده ها و همگنی واریانس

آزمون شاپیرو ویلک										آزمون لوین		
متغیر	گروه CFT		گروه EACT		گروه EACT		گروه کنترل					
	آماره	معناداری	آماره	معناداری	آماره	معناداری	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری			
سرمایه عاطفی	۰/۸۸۹	۰/۶۵	۰/۹۱۹	۰/۱۸۶	۰/۹۱۰	۰/۱۳۷	۲	۴۲	۰/۳۰۳			
	۰/۹۶۷	۰/۸۰۷	۰/۹۵۸	۰/۶۵۸	۰/۹۶۷	۰/۸۱۶	۲	۴۲	۰/۳۷۱			
	۰/۹۶۷	۰/۸۱۵	۰/۹۲۸	۰/۲۵۶	۰/۹۷۱	۰/۸۷۴	۲	۴۲	۰/۷۳۱			

درجه آزادی گزارش شد. همچنین نتایج آزمون تحلیل چند متغیری اثر پیلائی، معنادار بودن اثر عامل گروه بندی را نشان داد ($P < 0.05$) که این خود نشان دهنده اختلاف معنادار بین نمره سرمایه عاطفی در سه گروه درمان شفقت محور، درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و گروه کنترل می باشد. در جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه های مکرر به منظور بررسی اثرات درون گروهی و بین گروهی ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون واریانس اندازه های مکرر

اثرات	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	معناداری
درون گروهی	زمان	۱۳۶۲/۱۷۸	۲	۶۸۱/۰۸۹	۱۵/۸۲۹	۰/۰۰۰۱
	اثر تعامل	۲۷۹۰/۱۷۸	۴	۶۹۷/۵۴۴	۱۶/۲۱۲	۰/۰۰۰۱
	خطا	۳۶۱۴/۳۱۱	۸۴	۴۳/۰۲۸	-	-
بین گروهی	گروه	۳۵۹۱/۵۱۱	۲	۱۷۹۵/۷۵۶	۶/۲۲۲	۰/۰۰۴
	خطا	۱۲۱۲۲/۷۵۶	۴۲	۲۸۸/۶۳۷	-	-

می دهد بین مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه های درمانی و کنترل نیز تفاوت وجود دارد. به منظور مقایسه زوجی گروه ها، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۷ ارائه شده است.

علاوه بر این، نتایج آزمون ام باکس نشان داد ماتریس کواریانس متغیر وابسته در میان سه گروه برابر ($F = 0.851$ و $p = 0.597$) می باشد که حاکی از رعایت این پیش فرض است. نتایج آزمون کرویت ماچلی جهت بررسی پیش فرض کرویت نیز با توجه به سطح معناداری ۰/۰۵ برای متغیر وابسته پژوهش ($Mauchly's W = 0.865$, $X^2 = 5.963$, $P = 0.051$) مورد تایید قرار گرفت. بنابراین نتایج آزمون درون گروهی بدون تعدیل

همانطور که مشاهده می گردد در اثر زمان سرمایه عاطفی معنادار شده است ($P < 0.05$). بنابراین بین سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد. علاوه بر این بین گروه و زمان تعامل وجود دارد ($P < 0.05$) که نشان

جدول ۷. مقایسه زوجی بونفرونی گروه های آزمایش و کنترل در مراحل سنجش در متغیر سرمایه عاطفی

مرحله	گروه مبنا	گروه مقایسه	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
پس آزمون	درمان شفقت محور	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	۲/۹۰۱	۲/۶۶۱	۰/۸۴۵
	درمان شفقت محور	کنترل	۲۰/۹۱۶*	۲/۶۷۸	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	کنترل	۱۸/۰۱۵*	۲/۶۶	۰/۰۰۱
پیگیری	درمان شفقت محور	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	-۰/۲۳۷	۳/۷۴۸	۱
	درمان شفقت محور	کنترل	۱۹/۱۰۶*	۳/۷۷۲	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	کنترل	۱۹/۳۴۴*	۳/۷۴۶	۰/۰۰۱

و تعهد وجودنگر و درمان شفقت محور بر سرمایه عاطفی دختران نوجوان افسرده انجام شد. نتایج نشان داد که در سرمایه عاطفی بین گروه پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت محور با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. اما بین دو گروه درمانی در سرمایه عاطفی تفاوت معناداری وجود ندارد.

در تطابق نتایج پژوهش حاضر با پژوهش های مشابه اگرچه به دلیل نوین بودن درمان پذیرش و تعهد وجودنگر پژوهشی یافت نشد که به طور کامل از نظر موضوعی با

همانطور که در جدول ۷ مشاهده می گردد بین درمان شفقت محور و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر با گروه کنترل هم در مرحله پس آزمون و هم در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$)، اما بین دو درمان چه در مرحله پس آزمون و چه در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر درمان گروهی پذیرش

این پژوهش تطابق داشته باشد؛ ولی نتایج این پژوهش با یافته های پژوهش نوریان و همکاران (۲۲) مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سرمایه عاطفی زنان افسرده همسو می باشد.

در تبیین تأثیر درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر سرمایه عاطفی می توان چنین گفت که مطابق با نظریه فرانکل افسردگی شامل یک حس ناامیدی درباره توانایی های خود و آینده می باشد، به طوری که فرد نسبت به ارزش های ذاتی خود بدون بصیرت است. بنابراین در مواجهه با مراجعین افسرده باید ظرفیت ایجاد ارزش های خلاقانه و تجربی و بازخورد مبتنی بر معنا به جای جستجوی مستقیم شادی (۴) که در درمان پذیرش و تعهد وجودنگر پیگیری می شود صورت گیرد. در پی پرورش این حس معنا و ارزش، به طور طبیعی شادی (۴) به عنوان یکی از مولفه های سرمایه عاطفی رخ می دهد. علاوه بر این، معنا موجب تجربه حالات عاطفی و شناختی و حتی بدنی و رفتاری مثبتی که افراد به عنوان احساس انرژی در خود تجربه می کنند، می گردد (۶).

از طرف دیگر، افراد افسرده با انسداد و نارسایی عاطفی مواجه هستند که در این درمان تلاش می شود مراجع از این لایه مقاومت آگاه شود و اتکای مراجع به آن کاهش یابد. در اینجا هدف این است که مراجع این شرایط را بپذیرد و سپس بدون حواس پرتی یا تلاش برای به حداقل رساندن و یا اجتناب، از آن عبور کند (۴). بنابراین انرژی که صرف اجتناب و آمیختگی می گردید صرف شناسایی ارزش ها و انتخاب اهداف و اقدام متعهد (۲۷) و در نهایت اتخاذ یک رویکرد هدفمندتر و سرزنده تر به زندگی (۴) و در نتیجه افزایش سرمایه عاطفی می گردد. بنابراین این درمان با خطاب قراردادن مولفه های سرمایه عاطفی، توانایی افزایش این متغیر را دارد.

در خصوص تأثیر درمان شفقت محور بر سرمایه عاطفی از آنجایی که پژوهشی در این مورد صورت نگرفته و برای اولین بار این تأثیر سنجیده می شود، درباره همسویی یا ناهمسویی این پژوهش با پژوهش های دیگر نمی توان اظهارنظر نمود. بنابراین صرفا به تبیین نتیجه بسنده می کنیم.

در تبیین یافته های این بخش از پژوهش نیز می توان گفت درمان شفقت محور مبتنی بر یک پیکره درحال رشد از شواهد علوم عصبی است که اثبات می کند انگیزه های

عاطفی و هیجانات، تأثیر مهمی بر خود و تنظیم عاطفه دارند. در این درمان به فرد کمک می شود احساسات عاطفی و یک صدای درونی مشفقانه تر نسبت به خود ایجاد کند. بنابراین شفقت از طریق رفتارهای مراقبتی و ابراز و انتقال احساسات صمیمیت و امنیت، عاطفه مثبت را افزایش می دهد (۱۰). علاوه بر این احساس پاداش، شادی ایجاد می کند در حالی که افراد افسرده این احساس پاداش دهنده یا مفید بودن برای دیگران را ندارند. بنابراین لازم است در افراد افسرده احساس ارزشمندی ایجاد کرد که در درمان شفقت محور این احساس ارزشمندی از طریق انجام کارهای محبت آمیز و مهربانی که موجب قدردانی دیگران و در نتیجه شادی می گردد، صورت می گیرد (۱۳).

همچنین یکی از اهداف درمان شفقت محور کمک به افرادی است که در پاسخ به تهدید، در دسترسی به سیستم تسکین دهنده مشکل دارند. سیستم تسکین دهنده سیستمی است که موجب ایجاد هیجانات مثبت شامل آرامش، بهزیستی و رضایت می شود. درمان شفقت محور به این افراد کمک می کند به جای سرزنش خود با مهربانی و شفقت پاسخ دهند و درک کنند که بسیاری از سوگیری های شناختی و فرآیندهای بیولوژیکی داخلی هستند که توسط ژنتیک و محیط ساخته شده اند. این رفتارهای آرام بخش موجب کاهش تأثیرات مخرب رویدادهای محیطی، افزایش هورمون اکسی توسین و بنابراین ایجاد و سازماندهی رفتارهای عاطفی می گردد (۱۰).

آخرین یافته این پژوهش به یکسانی تأثیر درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت محور بر افزایش سرمایه عاطفی مربوط است. با توجه به تغییرات میانگین نمرات گروه ها در سرمایه عاطفی، می توان به نکات جدید و حایز اهمیتی پی برد (جدول ۴). نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که علی رغم غیرمعناداری تفاوت این دو درمان بر سرمایه عاطفی، در گروه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر تغییرات نمرات میانگین در مرحله پس آزمون کمتر از گروه درمان شفقت محور است؛ ولی در مرحله پیگیری تأثیر درمان پذیرش و تعهد وجودنگر نسبت به مرحله پس آزمون تقریبا پایدار مانده در حالی که تأثیر درمان شفقت محور کاهش یافته است.

در تبیین این یافته ها می توان اشاره کرد که عدم پایداری تأثیر درمان شفقت محور در دوره پیگیری به این نکته بر می گردد که این درمان هیجان مدار بوده و بدون ترکیب

نتیجه گیری

بر اساس یافته های پژوهش، درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت محور بر ارتقاء سرمایه عاطفی مؤثر می باشند. بنابراین، توصیه می شود درمانگران و روان شناسان درگیر در درمان افسردگی نوجوانان، این درمان ها را جهت ارتقاء سرمایه عاطفی و در نتیجه کاهش افسردگی در سطح مدارس و مراکز مشاوره و روان شناختی مورد استفاده قرار دهند.

سیاسکزاری

این پژوهش دارای کد اخلاق از کمیته پژوهش و تحقیقات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) برابر با IR.IAU.KHUISE.REC.1399.202 می باشد. بدین وسیله از مسئولین آموزش و پرورش ناحیه ۳ شهر اصفهان و دانش آموزان شرکت کننده در پژوهش که در انجام این مطالعه مساعدت و همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می گردد.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی نمایند.

References

1. Mazza JJ, Catalano RF, Abbott RD, Haggerty KP. An examination of the validity of retrospective measures of suicide attempts in youth. *Journal of Adolescent Health*. 2011; 49(5):532-537. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.04.009>
2. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*. 2011; 378(9801):1515-1525. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)
3. Webb CA, Auerbach RP, Bondy E, Stanton CH, Appleman L, Pizzagalli DA. Reward-related neural predictors and mechanisms of symptom change in cognitive behavioral therapy for depressed adolescent girls. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. 2021; 6(1):39-49. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2020.07.010>
4. Shumaker D. Existential-integrative approaches

با درمان های دیگر تأثیر بلندمدتی ندارد و احتمال دارد که این روند کاهشی با گذشت زمان ادامه یابد. اما درمان پذیرش و تعهد وجودنگر به دنبال تنظیم خلق آزارنده نیست، بلکه می کوشد بافت ها و فرایندهایی که مانع از زندگی معنادار و ارزشمندانه با وجود رویدادهای درونی آشفته ساز می شود را تغییر دهد و به افراد کمک می کند تا با معناداری به رنج های خود، به زندگی مبتنی بر اصالت وجود و در نهایت زندگی کامل، غنی و معنادار دست یابند. بنابراین با توجه به اینکه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر مبتنی بر شناخت، زبان و مضامین وجودی و درمانی ارزش و معنا محور است، نتیجه حاصل قابل تبیین است.

این پژوهش نیز مانند دیگر پژوهش ها دارای برخی محدودیت ها بود؛ از جمله این که پژوهش حاضر بر دختران نوجوان افسرده در مقطع متوسطه اجرا شده و بنابراین در تعمیم نتایج به گروه های سنی، جنسی یا بالینی دیگر باید احتیاط لازم صورت پذیرد. علاوه بر این، انتخاب نمونه به صورت غیر تصادفی بوده و بنابراین پیشنهاد می گردد در پژوهش های آتی این پژوهش با نمونه گیری تصادفی و بر روی گروه های سنی، جنسی یا بالینی دیگر صورت گیرد. همچنین، از آنجایی که درمان پذیرش و تعهد وجودنگر برای اولین بار در این پژوهش ارائه گردیده، پیشنهاد می گردد اثربخشی آن در مقایسه با دیگر درمان ها مورد سنجش قرار گیرد.

- to treating adolescents. New York: Springer; 2017. <https://doi.org/10.1057/978-1-349-95211-3>
5. Song R, Sun N, Song X. The efficacy of psychological capital intervention (PCI) for depression from the perspective of positive psychology: A pilot study. *Frontiers in Psychology*. 2019; 10(1): 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01816>
 6. Golparvar M. Affective capital: Essential and functional. Tehran: Jangale Publisher; 2016. [Persian].
 7. Kazemi A, Golparvar M, Atashpour H. Comparison of the effect of mindful self-acceptance therapy and positive psychotherapy on affective capital of female students with depression. *Feyz*. 2020; 24 (2):198-208. [Persian]
 8. Dunn BD, Roberts H. Improving the capacity to treat depression using talking therapies. *The Wiley Handbook of Positive Clinical Psychology*. 2016; 183-204.

9. Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*. 2011; 12(2):128-139. <https://doi.org/10.1375/brim.12.2.128>
10. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*. 2015; 45(5):927-945. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>
11. Hallis L, Cameli L, Bekkouche NS, Knäuper B. Combining cognitive therapy with acceptance and commitment therapy for depression: a group therapy feasibility study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2017 1; 31(3):171-90. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.31.3.171>
12. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2009; 15(3):199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
13. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014; 53(1):6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
14. Hamidi A, Hassani F, Arshadi FK, Yousefi F. The effectiveness of skill training based on compassion-focused therapy on psychological capital and depression in adolescent girls with type 1 diabetes. *International Journal of Health Studies*. 2021; 7(4):40-46.
15. Hussein A. ACT and existential therapy. *Contemporary Psychotherapy*. 2020; 12(1): 1-13. <https://www.contemporarypsychotherapy.org/volume-12-issue-1-2020>.
16. Lee Michael J. Enhancing the values process in acceptance and commitment therapy through existential-phenomenological engagement of meaning-making processes (Doctoral dissertation, Azusa Pacific University), 2017.
17. Ramsey-Wade C. Acceptance and commitment therapy: An existential approach to therapy?. *Existential Analysis*. 2015; 26(2). <https://uwe-repository.worktribe.com/output/832104>. <https://doi.org/10.4324/9781315709260-12>
18. Wilms S. Dealing with existential themes in acceptance and commitment therapy: a qualitative interview study [Master's thesis]. Enschede :University of Twente, 2016.
19. Rainer JP, Gay J. Bridging the gap between existential/experiential psychotherapies and ACT (acceptance and commitment therapy). *Psychology Research*. 2013; 3(9):485-494. <https://doi.org/10.17265/2159-5542/2013.09.001>
20. García-Montes JM, Pérez-Álvarez M. 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*. 2010; 3(1): 1-18. <https://doi.org/10.1002/cpp.716>
21. Bunting K, Hayes S. Language and meaning: Acceptance and commitment therapy and the EI model. In K. J. Schneider (Ed.), *Existential-integrative psychotherapy: Guideposts to the core of practice*. New York: Routledge; 2008. <https://psycnet.apa.org/record/2006-20252-016>.
22. Nourian L, Golparvar M, Aghaei A. Comparing the effectiveness of positive psychotherapy and acceptance and commitment therapy on depression and affective capital of depressed women. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2021; 9 (4):11-23. <http://ijpn.ir/article-1-1645-fa.html>. [Persian]
23. Golparvar, M., Akbari, M. The effectiveness of integrative acceptance commitment-cognitive behavioral therapy (ACT-CBT) and parent management training (PMT) on the affective capital of adolescent boy with sexual abuse. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 2019; 10(39): 71-98. [Persian]
24. Nourian L, Golparvar M, Aghaei A. Comparing the effectiveness of positive acceptance and commitment therapy with positive psychotherapy and acceptance and commitment therapy on psychological flexibility, PERMA, hope, depression and affective capital of depressed women [Ph.D. Thesis]. Isfahan: Psychology and Educational Science, Isfahan Azad University. 2021. [Persian] <https://doi.org/10.52547/jarcp.3.4.15>
25. Sartipzadeh F, Golparvar M, Aghaei A. The effectiveness of spirituality-based existentialism therapy, and islamic spiritual therapy on affective capital of elderly women. *Journal of Research of Behavior Science*. 2020; 17(4):684-694. [Persian] <https://doi.org/10.52547/rbs.17.4.684>
26. Maddadi Zavareh S, Golparvar M, Aghaei A. A comparison of the effect of positive existential therapy and iranian-islamic positive therapy

- on affective capital of female students with social anxiety. *Journal of Child Mental Health*. 2019; 6 (3):112-125. <http://childmentalhealth.ir/article-1-587-fa.html>. [Persian] <https://doi.org/10.29252/jcmh.6.3.11>
27. Turrell SL, Bell M. ACT for adolescents: Treating teens and adolescents in individual and group therapy. New Harbinger Publications; 2016.
 28. Nourian L, Golparvar M, Aghaei A. Comparing the effectiveness of positive psychotherapy and acceptance and commitment therapy on depression and affective capital of depressed women. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2021; 9 (4):11-23. <http://ijpn.ir/article-1-1645-fa.html>. [Persian]
 29. LeBlanc JC, Almudevar A, Brooks SJ, Kutcher S. Screening for adolescent depression: comparison of the Kutcher adolescent depression scale with the Beck depression inventory. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2002; 12(2):113-126. <https://doi.org/10.1089/104454602760219153>
 30. Delavar A. Educational and Psychological Research. 5th ed. Tehran: Virayesh publisher; 2005. [Persian]
 31. Brooks SJ, Krulewicz SP, Kutcher S. 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*. 2003; 13(3):337-349. <https://doi.org/10.1089/104454603322572679>
 32. Habibi, M., Hamediniya, E., Asgarinejad, F., Kholghi, H. Psychometric properties of Kutcher adolescent's depression scale. *Applied Research in Educational Psychology*. 2016; 2(2): 15-28. https://aep.journals.pnu.ac.ir/article_2279_396.html?lang=en. [Persian]
 33. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*. 2001; 1(3):385-405. <https://doi.org/10.1177/146879410100100307>
 34. Ranjbarkohan Z, Nouri H. Theoretical foundations and principles of compassion-focused therapy. Tehran: Nahr Publication. 2017. [Persian].