

مقایسه اثربخشی درمان شفقت‌محور و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر تحول مثبت نوجوانی در دختران نوجوان افسرده

زهرا محمدی^۱ سیدحمید آتش‌پور^{۱*} محسن گل‌پرور^۱

۱. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

چکیده

هدف: افسردگی متداول‌ترین اختلال روانی در نوجوانان و تحول مثبت نوجوانی عامل کاهشدهنده خطر آن می‌باشد. بنابراین این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شفقت‌محور با درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر تحول مثبت نوجوانی در دختران نوجوان افسرده انجام شد.

روش‌ها: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، دختران نوجوان افسرده ناحیه ۳ آموزش و پرورش اصفهان در سال ۱۳۹۹ بودند. حجم نمونه ۴۵ نفر از جامعه آماری مذکور بود که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه جایدهی شدند. برای گروه‌های آزمایش ده جلسه درمان شفقت‌محور و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر انجام شد و گروه گواه درمانی دریافت نکرد. از پرسشنامه تحول مثبت نوجوانی Geldhof و همکاران برای جمع‌آوری داده‌ها و از مقیاس افسردگی نوجوانان Kutcher برای غربالگری اولیه استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که درمان شفقت‌محور و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر اثر معنی‌داری بر بهبود تحول مثبت نوجوانی دارد ($P < 0.05$). همچنین مشخص شد که بین تأثیر دو درمان تفاوت معناداری وجود دارد ($P\text{-Value} = 0.026$, $MD = 2/456$).

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر درمان شفقت‌محور و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر در گروه‌های آزمایش می‌توان از این مداخلات برای افزایش تحول مثبت نوجوانی به عنوان یک عامل مؤثر در کاهش خطر افسردگی استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: درمان شفقت‌محور، درمان پذیرش و تعهد، وجودنگر، تحول نوجوانی، افسردگی.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۶/۲۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۹/۲۰

ارجاع: محمدی زهرا، آتش‌پور سیدحمید، محسن گل‌پرور. مقایسه اثربخشی درمان شفقت‌محور و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر تحول مثبت نوجوانی در دختران نوجوان افسرده. طب پیشگیری. ۱۴۰۰؛ ۱۸(۱): ۸۹-۸۰

مقدمه

زندگی نوجوانان دارد (۴)، رویکردهای مختلفی مانند دیدگاه‌های ژنتیکی، علوم اعصاب، فرویدی، شناختی و فرهنگی-اجتماعی برای درک افسردگی نوجوانان مورد استفاده قرار گرفتند (۳). اما با ایجاد روان‌شناسی انسان‌گرایانه، رویکرد بوم‌شناختی و روان‌شناسی مثبت‌نگر، اهمیت رویکرد تحول مثبت نوجوانی و اهمیت بافت تحولی و نقاط قوت نوجوانان در پیشگیری از مشکلات روانی مورد بحث و اهمیت نقاط قوت تحولی درونی و بیرونی در سلامت نوجوانان مورد تأکید قرار گرفت (۵).

نوجوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی و همراه با دگرگونی‌های عمیق و پراسترسی در جنبه‌های جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی است که منجر به سردرگمی، احساسات منفی و افسردگی می‌گردد (۱). افسردگی متداول‌ترین اختلال روانی در دوره نوجوانی است و مطالعات شیوع‌شناسی نرخ شیوع بالایی برای افسردگی نوجوانان در سطح جهانی به ویژه در دختران گزارش کرده‌اند (۲،۳). از آنجایی که افسردگی تأثیر مخربی بر توانایی‌ها، عملکرد، روابط و سایر زمینه‌های

نویسنده مسئول: سیدحمید آتش‌پور، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

ORCID: 0000-0003-2090-7577

پست الکترونیکی: hamidatashpour@gmail.com

تلفن: +۹۸ ۳۱۳۵۴۰۰۱

درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) درمان دیگری است که در رابطه با غلبه بر محدودیت‌های CBT با موضوعات وجودی ایجاد شد (۱۹-۱۴). اما چگونگی مورد خطاب قرار گرفتن اضطراب‌های وجودی مانند اضطراب مرگ یا فقدان معنا در آن مبهم است (۱۹-۱۵). در حالی که علاوه بر شناخت و زبان، مضامین وجودی، به ویژه یافتن معنا و اضطراب مرگ به عنوان عنصری مهم در نوجوانان افسرده از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۲۱، ۲۰). بنابراین در سال‌های اخیر پژوهش‌های متعددی بر ترکیب ACT با درمان وجودی به منظور غنی‌سازی متقابل و ایجاد گزینه‌های قوی و مؤثرتر برای شکل و تکنیک‌های روان‌درمانی و شکل‌گیری درمان پذیرش و تعهد وجودنگر (Existentialism Acceptance and Commitment Therapy: EACT) تأکید کرده‌اند (۱۹-۱۵). اما با وجود این تأکیدها و نتایج حاصل از تأثیر ACT بر افسردگی و اختلالات روانی دیگر و همچنین حمایت پژوهش‌ها از تضمین مضامین وجودی در سلامت روان نوجوانان در جستجوهای صورت گرفته هیچ پژوهشی که بسته درمانی متناسب با این رویکرد را ارائه و اثربخشی آن را در نوجوانان افسرده یا دارای هر اختلال دیگری مورد بررسی قرار داده باشد، یافت نشد (۲۱، ۱۶).

لازم به ذکر است، پژوهش‌ها نشان می‌دهند بهترین روش‌های درمانی، اطلاعات ساختاریافته رویکردهای نظری را ترکیب و با نیازهای مراجع و درمانگر تطبیق می‌دهند (۱۶). از این رو، با توجه به موارد فوق و عدم اجرای پژوهشی مبنی بر اثربخشی درمان شفقت‌محور، درمان پذیرش و تعهد و درمان‌های وجودی بر تحول مثبت نوجوانی و در نظر گرفتن مشکل‌آفرین بودن افسردگی در نوجوانان دختر و اهمیت تحول مثبت نوجوانی در کاهش افسردگی، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت‌محور بر تحول مثبت نوجوانی در راستای برطرف کردن شکاف‌های موجود در زمینه درمان‌های مؤثر برای نوجوانان افسرده و

از نقطه‌نظر این دیدگاه‌ها نوجوانان دارای نقاط قوتی هستند که اگر هم‌تراز با منابع رشد سالم در محیط زندگی‌شان باشد، تحول مثبت را در پی دارد. در نتیجه هرچه نوجوانان بیشتر در معرض منابع و تجربیات مثبت قرار گیرند، احتمال تحول مثبت آنها نیز بیشتر می‌گردد (۶). افزایش تحول مثبت نوجوانی منجر به پیشگیری از رفتارهای پرخطر، پیش‌بینی پیامدهای مثبت و به ویژه محافظت در برابر افسردگی در نوجوانان می‌گردد (۷، ۸). بنابراین هر نوع تلاشی در مسیر افزایش سطح تحول مثبت نوجوانی، بدون تردید بر کاهش علایم افسردگی تأثیر به‌سزایی خواهد داشت. تاکنون طیف متنوعی از درمان‌ها برای غلبه بر علایم افسردگی مطرح گردیده است. اما پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بیش از ۵۰ درصد نوجوانان افسرده به درمان‌های متداول از جمله درمان شناختی- رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)، پاسخ نمی‌دهند (۹، ۱۰). این شرایط باعث گردید درمان‌هایی در پاسخ به معایب درمان‌های سنتی و CBT ایجاد گردد. یکی از این درمان‌های ایجاد شده درمان شفقت‌محور (Compassion-focused Therapy: CFT) می‌باشد (۱۱).

CFT در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از مردم به ویژه افرادی که شرم و خودانتقادی بالایی دارند، هنگام ورود به درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خودحمایتگر دشواری‌هایی دارند (۱۲، ۱۳). این درمان بر تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش‌بینی نشده متمرکز است (۱۲). بنابراین شفقت به خود معرف آگاهی متعادل نسبت به هیجانات خود و توانایی مواجهه با افکار و احساسات رنج‌آور بدون بزرگ‌نمایی و یا احساس غم و تأسف برای خود است. این مهربانی با خود سبب احساس امنیت، افزایش ارتباط اجتماعی و کاهش خودانتقادی، نشخوار فکری و سرکوب افکار می‌شود (۱۴). مرور پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد که CFT بر اختلالات خلقی به ویژه اختلالاتی که افراد در آن خودانتقادی بالایی دارند، مؤثر می‌باشد (۱۳).

آماري با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ در دو سطح آمار توصيفي و استنباطي انجام شد. در سطح توصيفي ميانگين و انحراف‌معيار و در سطح استنباطي از واريانس اندازه‌هاي مکرر و آزمون تعقيبي بونفروني استفاده گرديد.

ملاحظات اخلاقي از جمله رعايت رازداري، آزادي و اختيار براي کناره‌گيري از پژوهش، اطلاع‌رساني در مورد پژوهش، کسب رضايتمانه کتبي، استفاده از داده‌ها فقط در راستاي اهداف پژوهش و درمان گروه گواه در پايان دوره اجرائي پژوهش مدنظر قرار گرفت.

براي سنجش متغير تحول مثبت نوجواني از مقياس ۱۷ گويه‌اي Geldhof و همکاران که از طريق پنج شاخص شايستگي، اعتماد، ارتباط، خلق‌وخو و مراقبت اندازه‌گيري مي‌شود، استفاده شد. نمره‌گذاري در ۶ گويه اول چهار ليکرتي و در بقيه گويه‌ها پنج ليکرتي مي‌باشد. دامنه نمرات اين مقياس بين ۹۰-۳۵ و افزايش نمرات به مفهوم افزايش تحول مثبت نوجواني است (۲۲). قابليت اعتماد اين ابزار توسط Milot با استفاده از روش آلفاي کرونباخ براي کل آزمون ۰/۷۴ گزارش گرديد (۲۳). روايي و پايابي مقياس مذکور در ايران نيز مورد تأييد و پايابي آن ۰/۸۱ برآورد شده است (۲۴). آلفاي کرونباخ اين مقياس در پژوهش حاضر نيز ۰/۹۰ به دست آمد.

مقياس افسردگي نوجوانان Kutcher و همکاران در سال ۲۰۰۲ ساخته شد و داراي ۱۱ گويه و دو خرده مقياس افسردگي اساسي (گويه‌هاي ۱ تا ۹) و خودکشي (گويه‌هاي ۱۰ و ۱۱) است. نمره‌گذاري به صورت مستقيم و چهار ليکرتي است. دامنه نمرات بين ۳۳-۰ و افزايش در نمرات به مفهوم افزايش در شدت افسردگي است. در اين مقياس، نقطه برش ۶ با کارايي دقت تشخيص ۹۲ درصد نوجوانان افسرده را از غيرافسرده متمايز مي‌سازد (۲۵). اين مقياس روايي بالايي (۰/۵۵-۰/۵) با مقياس‌هاي مشابه خود دارد و پايابي آن نيز ۰/۸۴ مي‌باشد (۲۶). در ايران روايي و پايابي اين مقياس و ساختار عملي آن با استفاده از تحليل عملي تأييد و ضريب آلفاي کرونباخ آن به طور

آشکار نمودن مسير مطالعه و درمان و رفع خلاء دانش موجود صورت گرفت (۱-۴،۷/۸). نوآوري پژوهش حاضر تهيه بسته درماني پذيرش و تعهد وجودنگر با تمرکز بر معناجوبي و مواجهه با اضطراب مرگ در کنار پذيرش، تعهد و اقدام متعهد براي نوجوانان افسرده مي‌باشد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر نيمه‌آزمائشي با طرح پيش‌آزمون-پس‌آزمون و پيگيري با گروه گواه بود. جامعه آماري نوجوانان دختر افسرده ناحيه سه آموزش و پرورش شهر اصفهان در زمستان ۱۳۹۹ بودند. از بين افراد شرکت‌کننده، ۴۵ نفر از طريق مصاحبه ساختاريافته و بررسي معيارهاي ورود و خروج به شيوه نمونه‌گيري هدفمند انتخاب و سپس به طور تصادفي در سه گروه درمان پذيرش و تعهد وجودنگر، درمان شفقت‌محور و گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. معيارهاي ورود علاوه بر کسب نمره ۶ در پرسشنامه افسردگي نوجوانان Kutcher، دامنه سني ۱۵ تا ۱۹ سال، مؤنث بودن، رضايتمندانه، آگاهانه، عدم دريافت درمان‌هاي روان‌شناختي يا روانپزشكي و پزشكي از جمله مشاوره‌هاي درماني، مصرف دارو و يا ابتلا به بيماري‌هاي مزمن بود. معيارهاي خروج نيز شامل عدم تمايل به ادامه درمان و غيبت دو جلسه يا بيشتر از جلسات درمان بود.

پس از گمارش تصادفي شرکت‌کنندگان به دو گروه‌هاي آزمائش و گواه، هر سه گروه علاوه بر ويژگي‌هاي جمعيت‌شناختي، پرسشنامه تحول مثبت نوجواني را تکميل نمودند (پيش‌آزمون). سپس گروه‌هاي آزمائش طی ده جلسه ۹۰ دقيقه‌اي به صورت گروهی تحت درمان شفقت‌محور (گروه آزمائش اول) و درمان پذيرش و تعهد وجودنگر (گروه آزمائش دوم) قرار گرفتند و گروه گواه هيچ گونه درماني دريافت نکرد. پس از اتمام دوره درمان، هر سه گروه دوباره پرسشنامه فوق را تکميل نمودند (پس‌آزمون). در نهايت آزمون پيگيري يک ماه بعد از پس‌آزمون انجام گرديد. پس از جمع‌آوري داده‌ها، تحليل

توافق آن بر اساس نظر شش داور متخصص روانشناس در مورد محتوا، ساختار، کفایت و مناسب بودن طول زمان درمان، بالای ۸۰ درصد و مطلوب بدست آمد. این بسته درمانی طی یک مطالعه مقدماتی بر روی ۱۸ نفر از نوجوانان دختر افسرده بررسی و برای اجرای نهایی تأیید شد. CFT نیز از طریق بسته درمانی رنجبرکهن و نوری که در مطالعات قبلی در ایران اجرا و تعیین اعتبار گردیده، اجرا شد (۲۹). خلاصه محتوای جلسات دو درمان در جدول ۱ ارائه شده است.

کلی ۰/۷۹ برآورد شده است (۲۷). آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر برابر ۰/۸۹ به دست آمد. لازم به ذکر است که درمان پذیرش و تعهد وجودنگر برای اولین بار برای این پژوهش بر حسب متون درمان پذیرش و تعهد و درمان وجودنگر با استفاده از تحلیل شبکه‌های موضوعی قیاسی نظریه محور مبتنی بر رویکرد Attride-Sterling طی یک فرآیند پیچیده و طولانی (به صورت محقق ساخته) با ضریب نسبت روایی محتوایی (CVR)، ۰/۹۸، تدوین شد (۲۸). ضریب

جدول ۱- محتوای جلسات درمانی

جلسات	درمان شفقت محور	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر
اول	آشنایی شرکت‌کنندگان و درمانگر با یکدیگر، طرح قوانین گروه، توضیح کوتاهی درباره درمان شفقت‌محور، هیجان‌ات و رویکرد شفقت‌محور	آشنایی شرکت‌کنندگان با یکدیگر و درمانگر، آشنایی با ساختار مداخله، آشنایی با مفهوم پوچی و بی‌معنایی و اهمیت جستجو و یافتن معنا با هدف آگاهی از اهمیت معنا و احساس پوچی در افسردگی.
دوم	اجرای مدل سه حلقه‌ای تهدید و واکنش‌های جسمی روان‌شناختی و هیجانی به آن، معرفی رویکرد ذهن شفقت‌ورز، استفاده از تصویرسازی و تأمل درباره احساس تهدید یا عصبانیت و اتفاقی که آنها را آشفته یا از هدفشان دور کرده است.	شناسایی ارزش‌ها با مورد سؤال قرار دادن آنها و استفاده از کارت ارزش‌ها، آشنایی با پاسخ‌های نصیحت‌گر و لزوم شناسایی پاسخ‌های مشاهده‌گر جهت شناسایی ارزش‌های واقعی.
سوم	معرفی مغز قدیم و جدید و هیجان‌ات منفی و تهدیدکننده از منظر سیستم سه حلقه‌ای و مغز قدیم و جدید و کار با مدل سه حلقه‌ای، تنفس آرام‌بخش	اهمیت مسئله انتخاب ارزش‌ها و مسئولیت‌پذیری در قبال انتخاب ارزش‌ها و معنا و سپس زیستن بر اساس آنها و شناسایی انکار مسئولیت‌پذیری
چهارم	بررسی طیف هیجان‌ات مثل افسردگی، اضطراب و خشم از دیدگاه ذهن مشفق. کشف بخش‌های مختلف یک هیجان و تمرین در این خصوص.	آموزش مسئولیت‌پذیری و توان پاسخ‌گویی در مقابل مسئولیت‌پذیری به منظور مقابله با افسردگی، سپس شناسایی هدف‌ها و گام‌های لازم جهت تحقق اهداف با هدف اقدام عملی و پذیرفتن مسئولیت کامل آن
پنجم	آموزش چگونگی تغییر الگوهای دردسرساز، بررسی الگوهای گذشته و واکنش مغز قدیم و جدید در مقابل موانع و مشکلات و معرفی مؤلفه‌های شفقت.	شناسایی موانع رسیدن به اهداف از جمله نبودن در زمان حال، آمیختگی با افکار خود به عنوان زمینه و اضطراب‌های وجودی از جمله اضطراب مرگ و تنهایی، و سپس آموزش ذهن‌آگاهی با درک هیجان‌ات
ششم	کار با عادت‌های هیجانی، معرفی مهارت‌های شفقت، تفکر و رفتار شفقت‌ورز و تمرین ایجاد فضای امن	آموزش ذهن‌آگاهی و اهمیت بودن در زمان حال و خودآگاهی، چرا که هستی اصیل فقط در زمان حال وجود دارد و سپس شناسایی مفهوم خودها و اهمیت شناسایی خود به عنوان زمینه
هفتم	بررسی تفکر و رفتار سرزنش‌گر در مقابل تفکر و رفتار مشفق با یادآوری مهارت‌های شفقت و توضیح نقش شفقت در هدایت نحوه تفکر و واکنش‌ها. آموزش افکار و رفتار شفقت‌ورز در مقابل انتقادگر و بررسی نوع واکنش در مقابل شکست‌ها و موانع با تمرین خودانتقادی و علل و پیامدها.	آموزش مفهوم آمیختگی و گسلس از افکار، خاطرات، احساسات و هیجان‌ات به منظور رهایی از افکار و تعیین رفتار توسط آنها با هدف انعطاف‌پذیری روانی بیشتر
هشتم	ادغام تغییرات در یک ساختار مشفقانه با ایجاد خودشفقتی ایده‌آل از طریق تصویرسازی، کاهش ترس از شفقت با خود با شناسایی افکار مانع‌کننده از پرورش شفقت به خود.	آموزش گسلس و رهایی از افکار و هیجان‌ات و آموزش اضطراب مرگ به عنوان یکی از نگرانی‌های وجودی انسان و اهمیت پذیرش آن به عنوان پتانسیلی بالقوه برای رشد
نهم	توسعه شفقت نسبت به دیگران و فرآیند همدلی و آموزش فرآیند بخشش	آموزش پذیرش و اهمیت پذیرش تجربیات به جای انکار یا سرکوب و اختصاص انرژی آن در مسیر زندگی هدفمند و معنادار
دهم	گسترش دادن شفقت نسبت به دیگران و همدلی نسبت به دیگران، بخشش نسبت به دیگران، رشد مثبت و کمک به دیگران، اجرای پس‌آزمون	آموزش انزوا و تنهایی و اهمیت پذیرش آن به عنوان نگرانی غیرقابل انکار وجودی انسان، اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

در راستای اطمینان از عدم تفاوت گروه‌ها با یکدیگر، متغیرهای جمعیت‌شناختی تحلیل شدند. نتایج نشان داد بین

شده است. همان طور که مشاهده می‌شود، تغییرات در این متغیر از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری در هر دو درمان نسبت به گروه گواه چشم‌گیرتر است. پیش از اجرای تحلیل نهایی، آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد تحول مثبت نوجوانی در هر سه مرحله غیرمعنادار است، بنابراین فرض نرمال بودن برقرار است. آزمون لوین نیز حاکی از برابری واریانس خطا (آماره F لوین به ترتیب در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برابر با ۰/۳۵۹، ۰/۷۲۵، ۰/۶۸۵) و غیرمعنادار بود ($P > ۰/۰۵$) (V -Value).

گروه‌ها از نظر میانگین سنی آزمودنی‌ها (به ترتیب ۱۶/۵۳، ۱۶/۴۰ و ۱۶/۵۳)، سن مادر (۴۱/۷۳، ۴۱/۸۷، ۴۱/۶۷)، سن پدر (۴۶/۰۷، ۴۶/۱۷ و ۴۷/۴۷)، رشته تحصیلی (P -Value=۰/۹۶۳) و تحصیلات مادر ($\chi^2=۱/۲۵۱$ و P -Value=۰/۹۷۴) و تحصیلات پدر ($\chi^2=۳/۲۵۸$ و P -Value=۰/۷۷۶) و تعداد فرزندان ($\chi^2=۱/۷۶۵$ و P -Value=۰/۹۸۷) تفاوت معناداری وجود ندارد. به دلیل همسانی جمعیت‌شناختی گروه‌ها، نیاز به کنترل این متغیرها نبود. بنابراین از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر استفاده شد. در جدول ۲ آماره‌های توصیفی تحول مثبت نوجوانی همراه با آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن داده‌ها ارائه

جدول ۲- آماره‌های توصیفی به تفکیک سه گروه در سه مرحله

متغیر	مرحله	گروه درمان شفقت‌محور		گروه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر		گروه گواه
		X±SD	شاپیرو-ویلک	X±SD	شاپیرو-ویلک	
تحول	پیش‌آزمون	۵۸/۰۶ ± ۶/۰۷	۰/۹۱۵	۵۶/۶۶ ± ۴/۰۸	۰/۹۵۹	۵۷/۰۶ ± ۵/۱۱
مثبت	پس‌آزمون	۷۰/۶ ± ۶/۸۱	۰/۷۲۹	۷۰/۹۳ ± ۶/۲۱	۰/۳۱۲	۵۶/۸ ± ۵/۰۸
نوجوانی	پیگیری	۶۷/۶ ± ۵/۴۶	۰/۹۳۷	۷۱/۱۳ ± ۴/۴۳	۰/۵۵۷	۵۶/۱۳ ± ۴/۳۸

کرویت در سطح معناداری ۰/۰۵ برای متغیر وابسته نیز (Mauchly's $W=۰/۹۵۶$ ، $\chi^2=۱/۸۵$ ، P -Value = ۰/۳۹۷) تأیید گردید. بنابراین نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر درون‌گروهی و بین‌گروهی تحول مثبت نوجوانی در سه مرحله در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳ نشان‌دهنده برقراری فرض برابری ماتریس واریانس-کواریانس متغیر تحول مثبت نوجوانی ($P=۰/۰۵۳$) است. همچنین اثر تعاملی گروه در زمان بر متغیر وابسته (ویلکز = $۰/۰۵۸۵/۱۷۲$ ، $\eta^2=۰/۰۰۱$) در سطح ۰/۰۵ معنادار است. نتایج آزمون کرویت ماچلی جهت بررسی پیش فرض

جدول ۳- نتایج آزمون مفروضه برابری ماتریس واریانس-کواریانس و تحلیل چند متغیری

متغیر	آزمون ام‌باکس			آزمون چندمتغیری		
	P	F	ام‌باکس	ویلکز	F	DF
تحول مثبت نوجوانی	۰/۰۵۳	۱/۷۳۵	۲۳/۲۵	۰/۱۷۲	۲۸/۲۸۱	۴ و ۸۲

همچنین نتایج اثرات بین‌گروهی حاکی از آن است که عامل گروه نیز معنادار است و این نشان می‌دهد حداقل در یکی از دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین سه گروه در تحول مثبت نوجوانی ($\eta^2=۰/۴۵۶$)، P -Value = ۰/۰۰۱، $F(۲ و ۴۲)=۱۷/۶$ در سطح ۰/۰۵ تفاوت وجود دارد. بدین ترتیب مشخص شد هر دو درمان،

نتایج جدول ۴ در بخش اثرات درون‌گروهی نشان می‌دهد اثر زمان و تعامل زمان با گروه بر متغیر وابسته ($\eta^2=۰/۷۱۶$) است، به این مفهوم که اجرای دو درمان به طور معنادار تحول مثبت نوجوانی را در گروه‌های آزمایش تحت تاثیر قرار می‌دهد. P -Value = ۰/۰۰۱، $F(۴ و ۸۴)=۵۲/۹۶$ در سطح ۰/۰۵ معنادار

تحول مثبت نوجوانی را در دختران نوجوان افسرده افزایش می‌دهد. برای تشخیص تفاوت بین گروه‌ها و مقایسه میانگین‌ها

از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر درون‌گروهی و بین‌گروهی تحول مثبت نوجوانی

اثرات	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	p	η^2
	آزمون	۲۱۴۸/۸۴۴	۲	۱۰۷۴/۴۲۲	۱۷۷/۴۵۹	۰/۰۰۱	۰/۸۰۹
درون گروهی	تعامل آزمون با گروه	۱۲۸/۵۷۸	۴	۳۲۰/۶۴۴	۵۲/۹۶۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱۶
	خطا	۵۰۸/۵۷۸	۸۴	۶/۰۵۴	-	-	-
بین گروهی	گروه	۲۶۱۸/۷۱۱	۲	۱۳۰۹/۳۵۶	۱۷/۶	۰/۰۰۱	۰/۴۵۶
	خطا	۳۱۲۴/۶۲۲	۴۲	۷۴/۳۹۶	-	-	-

همان طور که در جدول ۵ دیده می‌شود، هر دو درمان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه بر متغیر تحول مثبت نوجوانی در سطح ۰/۰۵ تأثیر

معنی‌دار داشته‌اند و بین دو درمان با یکدیگر نیز در مرحله پیگیری ($MD = -۳/۴۵۶$, $P\text{-Value} = ۰/۰۲۶$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P\text{-Value} < ۰/۰۵$).

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌ها در تحول مثبت نوجوانی

مرحله	گروه اول	گروه دوم و سوم	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
	درمان شفقت‌محور	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	-۱/۶۹۸	۱/۲۷۲	۰/۵۶۷
پس‌آزمون	درمان شفقت‌محور	گواه	۱۲/۸۲۵°	۱/۲۶۸	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	گواه	۱۴/۵۳۳°	۱/۲۶۴	۰/۰۰۱
	درمان شفقت‌محور	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	-۳/۴۵۶°	۱/۲۵۵	۰/۰۲۶
پیگیری	درمان شفقت‌محور	گواه	۱۱/۸۰۸°	۱/۲۵۱	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	گواه	۱۵/۲۶۳°	۱/۲۴۸	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر بخشی درمان شفقت‌محور و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر تحول مثبت نوجوانی در دختران نوجوان افسرده انجام شد. نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات تحول مثبت نوجوانی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، هر دو درمان توانسته‌اند میزان تحول مثبت نوجوانی را در دختران نوجوان افسرده افزایش دهند. علاوه بر آن، نتایج نشان داد که بین میزان اثر بخشی دو درمان CFT و پذیرش و تعهد وجودنگر در پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. از آنجایی که هیچ پژوهشی مبنی بر اثر بخشی این درمان‌ها بر تحول مثبت نوجوانی صورت نگرفته و برای اولین بار این

اثر بخشی سنجیده می‌شود، در خصوص هم‌سویی یا ناهم‌سویی این پژوهش با پژوهش‌های دیگر نمی‌توان اظهار نظر نمود. بنابراین صرفاً به تبیین نتایج حاصل از پژوهش بسنده می‌کنیم.

در تبیین اثر درمان شفقت‌محور بر تحول مثبت نوجوانی می‌توان گفت دو هدف اساسی درمان شفقت‌محور کاهش خصومت خود جهت داده و توسعه خوداطمینانی، مهربانی و خودتسکینی است و بخش اعظم فعالیت‌های این درمان نیز بر ایجاد شفقت‌ورزی متمرکز می‌باشد (۱۲). بنابراین مطابق با پژوهش Lerner و Zarrett که یکی از روش‌های تحت تأثیر قرار دادن تحول مثبت نوجوانی را هدف قرار دادن جنبه‌های مختلف آن می‌دانند، درمان شفقت‌محور توانسته با تحت تأثیر قرار دادن

جنبه‌های شایستگی (نگاه مثبت به اعمال فرد در حوزه‌های اجتماعی، تحصیلی، شناختی و سلامتی)، اعتماد (احساس درونی کلی از خودارزشی و خودکارآمدی مثبت) و مراقبت/شفقت (حس همدلی و همدردی با خود و دیگران) تحول مثبت نوجوانی را تحت تأثیر قرار دهد (۶).

در تبیین نتایج حاصل از درمان پذیرش و تعهد وجودنگر می‌توان بیان نمود که مطابق با نظریه Catalano و همکاران تحول مثبت نوجوانی از سازه‌هایی چون هویت مثبت، بهبود شایستگی رفتاری، معنویت، شناخت رفتارهای مثبت، بهبود شایستگی هیجانی، بهبود شایستگی اجتماعی، شناختی، اخلاقی، بهبود روابط، پرورش تاب‌آوری، فرصت برای مشارکت اجتماعی و پرورش هنجارهای اجتماعی تشکیل شده و با مورد خطاب قرار دادن هر یک از این سازه‌ها می‌توان تحول مثبت نوجوانی را تحت تأثیر قرار داد (۷). بنابراین، چون در افراد افسرده مفهوم‌سازی منفی درباره خودافزایش و تلاش برای ایجاد خودپنداره مثبت مورد مقاومت قرار می‌گیرد، این مورد از طریق گسلش از خودمفهوم‌سازی شده و ایجاد حس برتر از خود پرورش داده می‌شود و هویت مثبت تحت تأثیر قرار می‌گیرد. همچنین با به چالش کشیدن مراجعان به بیان آنچه خواهان آن هستند، ارزش‌هایی را ایجاد می‌کند که به طور موقت تغییرات رفتاری کارکردی‌تر را به عنوان بخشی از یک فرآیند مستمر کنترل کند. به علاوه، از طریق مشخص کردن اهداف و رفتارهای لازم برای رسیدن به اهداف، بین ارزش‌ها و تعهد به عمل ارتباط برقرار می‌کند و شایستگی رفتاری را بهبود می‌بخشد (۲۰). این درمان، معنویت که در نظریات تحول مثبت نوجوانی، جستجوی معنی و هدف در زندگی و واکنش به محدودیت‌های زندگی تعریف می‌شود را با تأکید بر پتانسیل انسان در رویارویی با حقیقت و اهمیت تعالی و معنای زندگی و مواجهه با مرگ تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵،۷،۱۸،۱۹).

علاوه بر این، مطابق با مطالعات Zettle مبنی بر این که در افراد افسرده نشخوار فکری تشدید و در نتیجه کارکرد

روان‌شناختی اینجا و اکنون با گذشته و یا آینده مفهوم‌سازی شده جایگزین می‌گردد، این درمان از طریق ذهن‌آگاهی این کارکرد را مورد مشاهده قرار می‌دهد و به حس متعالی از خود و انعطاف‌پذیری روانی لازم برای داشتن زندگی ارزشمند کمک می‌کند و باعث ارتقاء رفتارهای مثبت می‌شود (۲۰). شایستگی هیجانی را نیز از طریق جایگزین نمودن پذیرش و اختصاص دادن زمان و انرژی در مسیر زندگی ارزشی به جای اجتناب تجربه‌ای که مطابق با پژوهش Gilbert در افراد افسرده منجر به افزایش واکنش‌های سرزنش‌گرایانه و پنهان نمودن پاسخ‌های هیجانی می‌گردد، بهبود می‌بخشد (۱۱). بنابراین این درمان با خطاب قرار دادن اکثر سازه‌های تحول مثبت نوجوانی، توانایی بهبود این متغیر را دارد.

درباره تفاوت اثر بخشی دو درمان در پیگیری می‌توان گفت که CFT یک درمان هیجان‌محور بوده و مطابق با نظریه Leaviss و Uttley تکی و بدون ترکیب با درمان‌های دیگر تأثیر کوتاه مدتی دارد و استفاده از آن فقط به عنوان بخشی از مسیر درمان مورد پذیرش است (۱۳). بنابراین در مقایسه با درمان پذیرش و تعهد وجودنگر که مبتنی بر شناخت، زبان و مضامین وجودی و درمانی ارزش و معنا محور است، نتیجه حاصل قابل تبیین است. در مجموع می‌توان گفت مطابق با نتایج پژوهش Milot Travers و Mahalik سطوح بالاتر تحول مثبت نوجوانی به کاهش افسردگی در همه نوجوانان به ویژه نوجوانان دختر کمک می‌کند (۸). بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده و اثرگذاری هر دو درمان بر تحول مثبت نوجوانی به نظر می‌رسد این درمان‌ها بتوانند با ارتقاء سطح تحول مثبت نوجوانی دختران و در نتیجه کمک به تقویت رشد نوجوانان و رسیدن به پتانسیل کامل خود، افسردگی را تحت تأثیر قرار دهند. بنابراین پیشنهاد می‌شود این درمان‌ها توسط متخصصین مراکز سلامت روان و مشاوران محترم مدارس به منظور تحت تأثیر قرار دادن تحول مثبت نوجوانی و در نتیجه افسردگی در دختران نوجوان استفاده گردد.

نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی ندارند.

سهام نویسندگان

زهرا محمدی (نویسنده اول) طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، نگارش اولیه مقاله ۵۰ درصد؛ سیدحمید آتش‌پور (نویسنده دوم و مسئول) مفهوم‌پردازی و ویرایش نهایی مقاله ۳۰ درصد؛ محسن گل‌پرور (نویسنده سوم) ارائه مشاوره و ویرایش نهایی مقاله ۲۰ درصد.

حمایت مالی

این مقاله از طرف هیچ گونه نهاد یا مؤسسه‌ای حمایت مالی نشده و تمام منابع مالی آن از طرف نویسنده اول تأمین شده است.

در پایان لازم به ذکر است که محدودیت این پژوهش اجرای آن بر دختران نوجوان ۱۵ تا ۱۹ ساله افسرده بود. بنابراین در تعمیم نتایج به نوجوانان پسر یا نوجوانان سنین متفاوت و یا با اختلالات روانی دیگر باید احتیاط لازم صورت پذیرد. از این رو، پیشنهاد می‌شود تأثیر درمان پذیرش و تعهد وجودنگر در مقایسه با درمان‌های دیگر و در نمونه‌های متفاوت مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش، کارکنان آموزش و پرورش اصفهان و مدارس که با همکاری خود زمینه و امکان اجرای این پژوهش را فراهم نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمائیم.

تأییدیه اخلاقی

این مطالعه دارای تأییدیه اخلاقی به شماره IR.IAU.KHUISF.REC.1399.202 از دانشگاه آزاد اصفهان (خوراسگان) است.

تعارض منافع

References

- Mocini B, Bashirian S, Soltanian AR, Ghaleiha A, Taheri M. Prevalence of depression and its associated sociodemographic factors among Iranian female adolescents in secondary schools. *BMC Psychol.* 2019; 7(1):1-10. DOI: 10.1186/s40359-019-0298-8
- Petito A, Pop TL, Namazova-Baranova L, Mestrovic J, Nigri L, Vural M, et al. The burden of depression in adolescents and the importance of early recognition. *J Pediatr.* 2020; 218:265-7. DOI: 10.1016/j.jpeds.2019.12.003.
- Zhou Z, Shek DT, Zhu X, Dou D. Positive youth development and adolescent depression: A longitudinal study based on mainland Chinese high school students. *Int Environ Res Public Health.* 2020; 17(12):44-57. DOI: 10.3390/ijerph17124457
- Sarizadeh MS, Najafi M, Rezaei AM. The prediction of depression based on religious coping and the components of positive youth development in adolescents. *Ment Health Relig Cult.* 2020; 23(2):216-28. DOI: 10.1080/13674676.2019.1710123
- Benson PL, Scales PC, Hamilton SF, Sesman A. Positive youth development: Theory, research and applications. In Lerner RM. *Handbook of clinical psychology: Theoretical models on human development.* New York: Wiley; 2006.
- Zarrett N, Lerner RM. Ways to promote the positive development of children and youth. *Child Trends.* 2008; 11(1):1-5.
- Catalano RF, Berglund ML, Ryan JA, Lonczak HS, Hawkins JD. Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Prev Treat.* 2002; 5(1):15a. DOI: 10.1037//1522-3736.5.1.515a

8. Milot Travers AS, Mahalik JR. Positive youth development as a protective factor for adolescents at risk for depression and alcohol use. *Appl Dev Sci.* 2019; 25(4):322-31. DOI: 10.1080/10888691.2019.1634569
9. Dhami P, Atluri S, Lee JC, Knyahnytska Y, Croarkin PE, et al. Prefrontal cortical reactivity and connectivity markers distinguish youth depression from healthy youth. *Cereb Cortex.* 2020; 30(7):3884-94. DOI: 10.1093/cercor/bhaa004
10. Dunn BD, Roberts H. Improving the capacity to treat depression using talking therapies: Setting a positive clinical psychology agenda. In Wood AM, Johnson J, editors. *The Wiley handbook of positive clinical psychology.* New York: John Wiley & Sons; 2016.
11. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Adv Psychiatr Treat.* 2009; 15(3):199-208. DOI: 10.1192/apt.bp.107.005264
12. Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impair.* 2011; 12(2):128-39. DOI: 10.1375/brim.12.2.128
13. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychol Med.* 2015; 45(5):927-45. DOI: 10.1017/S0033291714002141.
14. Shams G, Pashang S, Sedaghat M. Comparison of the effectiveness of compassion-based therapy and reality therapy on self-efficacy of patients with multiple sclerosis. *JPM.* 2021; 8(1):70-80. DOI: 10.52547/jpm.8.1.80 [Persian].
15. Bunting K, Hayes SC. Language and meaning: Acceptance and commitment therapy and the EI model. In Schneider KJ (Ed). *Existential-integrative psychotherapy: Guideposts to the core of practice.* New York: Routledge/ Taylor & Francis Group; 2008.
16. Rainer JP, Gay J. Bridging the gap between existential/experiential psychotherapies and ACT. *Psychol Res.* 2013; 3(9):485-94. DOI: 10.17265/2159-5542/2013.09.001
17. Ramsey-Wade C. Acceptance and commitment therapy: An existential approach to therapy?. *Existential Analysis.* 2015; 26(2):1-12.
18. Lee MJ. Enhancing the values process in acceptance and commitment therapy through existential-phenomenological engagement of meaning-making processes [Dissertation]. California: Azusa Pacific University; 2017.
19. Wilms S. Dealing with existential themes in acceptance and commitment therapy: A qualitative interview study [Dissertation]. Netherland: University of Twente; 2016.
20. Zettle R. ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression. London: New Harbinger Publications; 2007.
21. Lybbert R, Ryland S, Bean R. Existential interventions for adolescent suicidality: Practical interventions to target the root causes of adolescent distress. *J Child Youth Serv Rev.* 2019; 100:98-104. DOI: 10.1016/j.childyouth.2019.02.028
22. Geldhof GJ, Bowers EP, Boyd MJ, Mueller MK, Napolitano CM, Schmid KL, et al. The creation and validation of short and very short measures of PYD. *J Res Adolesc.* 2014; 24(1):163-76. DOI: 10.1111/jora.12039
23. Milot AS. Positive youth development as a framework for examining the relationships between conformity to gender norms, social support, and adolescent mental health [Dissertation]. Boston: BostonCollege; 2014.
24. Babae J, Najafi M, Rezaei A. The psychometric properties of positive youth development scale in students. *J Psychological Sci.* 2018; 16(64):540-53. [Persian]
25. 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. *JCAP.* 2003; 13(3):337-49. DOI: 10.1089/104454603322572679.
26. LeBlanc JC, Almudevar A, Brooks S J, Kutcher S. Screening for adolescent depression: Comparison of the kutcher adolescent depression scale with the beck depression inventory. *JCAP.* 2002; 12(2):113-26. DOI: 10.1089/104454602760219153.
27. Habibi M, Hamedinia E, Asgarinejad F, Kholghi H. Psychometric Properties of kutcher adolescent depression scale. *AEP.* 2015; 2(2):15-28. [Persian]
28. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qual Res J.* 2001; 1(3):385-405. DOI: 10.1177/146879410100100307
29. Ranjbarkohan Z, Nouri H. Theoretical foundations and principles of compassion-focused therapy. Tehran: Nahr Publication; 2017. [Persian]

Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and existentialism acceptance and commitment therapy on positive youth development in depressed adolescent girls

Zahra Mohammadi¹Seyed Hamid Atashpour^{1*}Mohsen Golparvar¹

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

Abstract

Introduction :Depression is the most common mental health disorder in adolescence while positive youth development plays the role of a reducing factor in this regard. Therefore, this study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of compassion-focused therapy and existentialism acceptance and commitment therapy on positive youth development in depressed adolescent girls.

Methods :The present study was a semi-experimental with pretest-posttest and follow-up design. The statistical population of the study was depressed adolescent girls in district 3 of Isfahan in 2021. The study sample included 45 participants who were selected by the purposive sampling method and randomly assigned to two experimental and groups. For the experimental group, ten sessions of compassion-focused therapy and existentialism acceptance and commitment therapy were performed, while the control group did not receive any treatment. The positive youth development questionnaire of Geldhof and colleagues was utilized to collect the data and the Kutcher adolescent depression scale was used for primary screening. Data were analyzed by SPSS software.

Results :The results showed that compassion-focused therapy and existentialism acceptance and commitment therapy had a significant effect on improving positive youth development ($P\text{-Value}<0.05$). In addition, there was a significant difference between the effect of two treatments on improving positive youth development ($MD=-3.456$, $P\text{-Value}=0.026$).

Conclusion :Considering the effect of compassion-focused therapy and existentialism acceptance and commitment therapy in the experimental group, these interventions can be used to increase positive youth development through reducing the risk of depression.

Key Words: Compassion-Focused Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Existentialism, Adolescent Development, Depression.

Original Article

Received: 19 Sep 2021

Accepted: 11 Dec 2021

How to cite this article: Mohammadi z, Atashpour SH, Golparvar M. Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and existentialism acceptance and commitment therapy on positive youth development in depressed adolescent girls. *Journal of Preventive Medicine*. 2021; 8(3):80-9.

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

Tel: +983135354001

Email: hamidatashpour@gmail.com

ORCID: 0000-0003-2090-7577