

## مقایسه تأثیر ترکیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت با سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری بر علائم افسردگی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت به خود زنان مبتلا به اختلال افسردگی مداوم

فاطمه اسداللهی<sup>۱</sup>، حمیدطاهر نشاط‌دوست<sup>۲</sup>، محمدرضا عابدی<sup>۳</sup> و حمید افشار<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۰۱

تاریخ وصول: ۹۹/۰۱/۲۹

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، مقایسه تأثیر ترکیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان مبتنی بر شفقت (CFT) با سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری (CBASP) بر علائم افسردگی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت به خود زنان مبتلا به اختلال افسردگی مداوم است. طرح پژوهش، نیمه‌آزمایشی بود و ارزیابی به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری دو ماهه انجام شد. نمونه این مطالعه، ۲۴ بیمار مبتلا به افسردگی مداوم بود که به شیوه در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایشی قرار گرفتند. هر کدام از گروه‌های آزمایشی، ۱۴ جلسه درمان دریافت کردند و در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، پرسش‌نامه‌های افسردگی بک، کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت به خود را تکمیل نمودند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد؛ یعنی هر دو گروه به یک اندازه در متغیرهای مورد مطالعه پژوهش بهبود پیدا کرده بودند. تحلیل‌های دقیق‌تر نشان داد که هر کدام از درمان‌ها به تنهایی در طول مراحل زمانی در بهبود چهار متغیر مورد مطالعه مؤثر بوده‌اند. این یافته‌ها حاکی از آن است که درمان ترکیبی می‌تواند به اندازه سیستم روان‌درمانی تحلیل

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران fh.asadollahi@gmail.com

۲. استاد روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول) h.neshat@edu.ui.ac.ir

۳. استاد مشاوره دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران M.R.Abedi@edu.ui.ac.ir

۴. استاد روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران afshar@med.mui.ac.ir

شناختی- رفتاری، به‌عنوان درمان تأییدشده برای افسردگی مداوم، مؤثر واقع شود و هر دو درمان می‌توانند به عنوان درمان‌های مکمل در کنار درمان دارویی برای افراد مبتلا به اختلال افسردگی مداوم به کار گرفته شوند.

**واژگان کلیدی:** سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت، اختلال افسردگی مداوم، علائم افسردگی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، شفقت به خود.

### مقدمه

افسردگی یک اختلال روان‌شناختی شایع است و براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۰)، به‌طور کلی بیش از ۲۶۴ میلیون نفر در سراسر دنیا از افسردگی رنج می‌برند. تقریباً ۲۰ درصد همه بیمارانی که یک دوره افسردگی اساسی را تجربه می‌کنند، تجربه یک دوره افسردگی مزمن را نیز در آینده خواهند داشت (گیلمر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

براساس تغییراتی که در طبقه‌بندی اختلالات روانی ایجاد شده است، شکل مزمن افسردگی، اختلال افسردگی مداوم<sup>۲</sup> نامیده می‌شود. براساس DSM-5، این تشخیص، هر دو طبقه تشخیصی افسردگی اساسی مزمن<sup>۳</sup> و افسرده‌خویی<sup>۴</sup> در DSM-IV را شامل می‌شود. ویژگی اصلی اختلال افسردگی مداوم، خُلق افسرده است که اکثر ساعات روز و اکثر روزها، به‌مدت حداقل دو سال تداوم دارد. علاوه بر این، برای تشخیص این اختلال، لازم است همزمان با خلق افسرده، دو مورد (یا بیش‌تر) از موارد زیر وجود داشته باشد: بی‌اشتهایی یا پراشتهایی، بی‌خوابی یا پرخوابی، انرژی اندک یا خستگی شدید، عزت‌نفس پایین، تمرکز حواس ضعیف یا دشواری در تصمیم‌گیری و احساس ناامیدی. همچنین در طول دوره دو ساله هرگز زمانی نبوده است که فرد بیش از ۲ ماه فاقد نشانه‌های این اختلال بوده باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

اختلال افسردگی مداوم اغلب، شروعی زود هنگام و تدریجی دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). خطر ابتلاء به افسرده‌خویی و سایر افسردگی‌های مزمن در زنان در مقایسه

- 
1. Gilmer
  2. Persistent depressive disorder
  3. Chronic major depression
  4. Dysthymia

با مردان تقریباً دو برابر است (کلین و سانتیاگو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). در مقایسه با دوره‌های افسردگی اساسی حاد، افسردگی مزمن، بیش‌تر با اختلالات همراه، اختلال قابل‌ملاحظه در عملکرد، مشکلات بین‌فردی، استفاده از خدمات بهداشتی - درمانی، اقدام به خودکشی و بستری شدن مرتبط است (شرام<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). اختلال افسردگی می‌تواند تمام جنبه‌های زندگی افراد را در زمینه‌های شغلی، تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی تحت تأثیر قرار دهد. در واقع، افراد مبتلا به افسردگی، نه‌تنها از نشانه‌های این اختلال، رنج می‌برند بلکه کیفیت زندگی‌شان نیز آسیب جدی می‌بیند که این عامل، باعث افزایش رنج ناشی از افسردگی برای خودشان و نیز پیامدهای منفی برای خانواده و جامعه خواهد شد (اسحاق<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۱).

یافته‌های تحقیقاتی نشان می‌دهند به‌کارگیری ترکیب دارودرمانی و روان‌درمانی در درمان افراد مبتلا به افسردگی مداوم، در مقایسه با به‌کارگیری هر کدام از این درمان‌ها به تنهایی، تأثیر بیش‌تری دارد (جابست<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). پیرامون اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر افسردگی مطالعات زیادی انجام و ثابت شده است که این مداخلات در درمان افسردگی مؤثر هستند. از جمله می‌توان به درمان شناختی - رفتاری<sup>۵</sup>، روان‌درمانی بین‌فردی<sup>۶</sup>، روان‌درمانی حمایتی کوتاه مدت<sup>۷</sup> و سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی - رفتاری<sup>۸</sup> اشاره نمود (کوایچرز و همکاران، ۲۰۱۰).

سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی - رفتاری (CBASP)، تنها مدل روان‌درمانی است که اختصاصاً برای افسردگی مزمن طراحی شده است. این درمان، مبتنی بر حجم قابل‌قبولی از پژوهش‌ها بر روی افراد مبتلا به افسردگی است و توسط جیمز مک‌کالوف در سال ۲۰۰۰ طراحی شده است (مک‌کالوف<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳). CBASP، درمانی بسیار ساختاریافته است و راهکارهای رفتاری، شناختی و بین‌فردی را یکپارچه می‌سازد تا به بیماران، مهارت‌های

1. Klein & Santiago
2. Schramm
3. IsHak
4. Jobst
5. Cognitive-behavioral therapy
6. Interpersonal psychotherapy (IPT)
7. Brief supportive psychotherapy (BSP)
8. Cognitive-behavioral analysis system psychotherapy (CBASP)
9. McCullough

حل مشکلات بین فردی را آموزش دهد (شرام و همکاران، ۲۰۱۱). در این مدل، این فرض مطرح می‌شود که افراد مبتلا به افسردگی مزمن نمی‌توانند رابطه بین فکر، رفتار و پیامدهای محیطی را درک کنند. به عبارت دیگر، متوجه سهم خود در مشکلات زندگی نیستند. تحلیل موقعیتی<sup>۱</sup>، تکنیک اصلی در این درمان است که براساس گزارش منبر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۳)، بهبود عملکرد بیماران در تحلیل موقعیتی، پیش‌بین بهبودی در علائم خود -گزارش‌شده افسردگی است. یافته‌های تحقیقاتی نشان می‌دهند که CBASP یک درمان مؤثر برای بهبود افسردگی مزمن است (آرنو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵، دیس سالوو و مک کالوف<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲؛ شران و همکاران، ۲۰۱۱؛ براکمایر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۱؛ ویرسما<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۴؛ شران<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۵).

اثربخشی مداخلات مختلف با CBASP به‌عنوان درمان استاندارد برای اختلال افسردگی مداوم، در پژوهش‌های مختلفی مورد مقایسه قرار گرفته است (شران و همکاران، ۲۰۱۱؛ لاک، سایق، پن‌برتی، وبر، هینت‌جنز و ترسکی<sup>۸</sup>، ۲۰۱۶). نتایج این مطالعات نشان داده است که در مورد علائم افسردگی، CBASP بیش از درمان بین‌فردی و به‌اندازه فعال‌سازی رفتاری<sup>۹</sup> مؤثر بوده است. از میان درمان‌های موج سوم، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (برای مثال مارکاندی<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۲) و درمان مبتنی بر شفقت (برای مثال تیواری، آنتونی و آچاریا<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۸) به‌عنوان درمان‌های مؤثر در درمان اختلال افسردگی در نظر گرفته شده‌اند اما هیچ‌یک از این درمان‌ها با CBASP مورد مقایسه قرار نگرفته‌اند.

- 
1. Situational analysis (SA)
  2. Manber
  3. Arnow
  4. DiSalvo & McCullough
  5. Brakemeier
  6. Wiersma
  7. Schramm
  8. Locke, Sayegh, Penberthy, Weber, Haentjens & Turecki
  9. Behavioral activation
  10. Markanday
  11. Tiwari, Antony & Acharya

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، یکی از رویکرد های روان درمانی است که در سال های اخیر جهت درمان افسردگی پیشنهاد شده است. این درمان، توسط هیز<sup>۱</sup> در سال ۱۹۸۷ مطرح شد. هدف اصلی این درمان، ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی است. انعطاف پذیری روان شناختی این طور تعریف می شود: «توانایی ارتباط کامل با زمان حال به طور هشیارانه و تغییر رفتار در راستای ارزش ها یا تداوم رفتارهایی که هم راستا با ارزش ها هستند» (هیز و استروسال<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴، ص. ۵).

انعطاف پذیری روان شناختی از طریق شش فرایند پذیرش، گسلش، زندگی در زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش ها و تعهد اتفاق می افتد. هدف اصلی ACT در افسردگی، حذف علائم این اختلال نیست، بلکه کمک به مراجع است تا بتواند دنیای آزاردهنده درون (افکار، تصاویر ذهنی، احساسات و علائم بدنی) را بپذیرد و مشغول انجام فعالیت های مؤثر و ارزشمند زندگی شود (فرمن و همکاران، ۲۰۱۲؛ توهیگ و لوین، ۲۰۱۷). در واقع هر قدر، اجتناب تجربه ای، کمتر اتفاق بیفتد و به عبارتی پذیرش دنیای درون بیش تر تجربه شود، علائم افسردگی کاهش می یابد (بل مائر، فلدرس، راکس و پیترس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱).

کارآزمایی های بالینی متعدد، نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف پذیری روان شناختی (بوند، هیز و بارنس-هلمز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶)، بر بهبود علائم افسردگی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی، مؤثر است (کریمی، عمرانی و دانایی، ۱۳۹۷؛ عزیزی، طباطبایی و جان بزرگی، ۱۳۹۸؛ فرمن، هربرت، موایترا، یومنز و گلر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷؛ بل مائر و همکاران، ۲۰۱۱؛ فُلک، پارلینگ و ملین<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲؛ فرمن<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۲؛ مارکاندی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۲؛ کارلین<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۳؛ توهیگ و لوین<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۷).

از جمله درمان های دیگری که برای افسردگی پیشنهاد شده است، درمان مبتنی بر شفقت (CFT) است که توسط گیلبرت مطرح شده است. محور اصلی این درمان،

1. Hayes
2. Strosahl
3. Bohlmeijer, Fledderus, Rokx & Pieterse
4. Bond, Hayes & Barnes-Holmes
5. Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Geller
6. Folke, Parling & Melin
7. Forman
8. Markanday
9. Karlin
10. Twohig & Levin

آموزش ذهن مشفق<sup>۱</sup> است تا به افراد کمک شود بتوانند تجربیات تسکین‌دهنده، گرم و امنی را از طریق شفقت به خود ایجاد کنند (گیلبرت، مک‌ایوان، کاتارینو و بیا، ۲۰۱۴). به اعتقاد نف (۲۰۰۳)، شفقت به خود، سه مولفه مهم را دربرمی‌گیرد: ۱- مهربانی با خود ۲- انسانیت مشترک ۳- ذهن آگاهی. پایین بودن مهربانی با خود، هم می‌تواند زمینه‌ساز افسردگی و هم از پیامدهای ابتلاء به آن باشد.

مداخلات مبتنی بر شفقت می‌توانند از طریق مهارت‌های استدلال مهربانانه، توجه مهربانانه، تصویرسازی مهربانانه، تجربه حسی و رفتار مهربانانه، به فرد کمک کنند تا یک رابطه مهربانانه درونی را با خود برقرار سازد و آن را جایگزین خود-سرزنش‌گری و خود-انتقادگری کند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۴). باتوجه به ارتباط شفقت به خود با علائم افسردگی و کیفیت زندگی (پینتو-گوویا، دوآرت، متوس و فرگس، ۲۰۱۳)، به کارگیری مهارت‌های مهربانانه می‌تواند از طریق کاهش علائم افسردگی به غنای زندگی فرد بیفزاید و کیفیت زندگی او را بهبود بخشد. کارآزمایی‌های بالینی متعدد نیز، اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت را بر شفقت به خود و افسردگی نشان داده‌اند (گاویلی، سهرابی و فرهادی‌فر، ۲۰۱۶؛ تیواری و همکاران، ۲۰۱۸).

طی یک دهه اخیر، در بحث درمان اختلالات خلقی، یکپارچه‌سازی روان‌درمانی اهمیت بیش‌تری پیدا کرده است. از یک‌سو، کارآزمایی‌های بالینی متعدد نشان می‌دهند که ACT از طریق تغییر رابطه افراد با افکار و احساسات‌شان، افزایش حضور در لحظه، پررنگ کردن ارزش‌ها و تأکید آن بر تعهد، می‌تواند منجر به بهبود علائم افسردگی، ارتقای کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت در بین افراد شود. از سوی دیگر، باتوجه به تأثیر تجربیات دوران کودکی بر تجربه علائم افسردگی مزمن (نگلی، کافولد، کلن‌باخ و بهلبر، ۲۰۱۵) و بالا بودن سطح خود-انتقادگری، نشخوار و رفتارهای اجتنابی در بین افراد مبتلا به افسردگی (کریگر و همکاران، ۲۰۱۳؛ گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۴) و تأکید CFT بر موارد ذکرشده، به‌نظر می‌رسد استفاده از تکنیک‌های CFT در درمان این بیماران می‌تواند مفید باشد.

1. Compassionate mind
2. Gilbert, McEwan, Catarino & Baiao
3. Pinto-Gouveia, Duarte, Matos & Fraguas
4. Negele, Kaufhold, Kallenbach & Bohleber

درحالی که می‌توان شاهد این موضوع بود که شفقت به خود در تمامی فعالیت‌های ACT به صورت ضمنی وجود دارد، این نیاز وجود دارد که چنین شفقت به خود ضمنی، هنگام کار با مراجعانی که به شدت خودانتقادگر و مستعد تجربه شرم‌ساری هستند، به شکل آشکارتری، کانون توجه و تمرکز قرار گیرد (لوما و پلت، ۲۰۱۴). لذا در پژوهش حاضر، به منظور کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی مداوم، تکنیک‌های ACT با CFT ترکیب و در کنار هم به کار گرفته شده‌اند. با توجه به پوشش ابعاد مهم و تأثیرگذار اختلال افسردگی مداوم توسط درمان‌های ACT و CFT، فرض پژوهش حاضر، این است که ترکیب این دو درمان می‌تواند در بهبود علائم، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت نسبت به خود زنان مبتلا به افسردگی مداوم مؤثر باشد<sup>۱</sup>.

بنابراین، هدف پژوهش حاضر، آن است که درمان ترکیبی ACT/CFT را با درمان استاندارد<sup>۲</sup> برای این اختلال - یعنی CBASP - مقایسه کند، لذا در صورت مشاهده عدم تفاوت معنادار میان اثربخشی هر دو مداخله، می‌توان این‌طور استنباط کرد که بسته درمانی جدید ACT/CFT نیز می‌تواند در درمان افراد مبتلا به اختلال افسردگی مداوم، مؤثر باشد.

## روش

این پژوهش، یک پژوهش کاربردی و طرح آن، نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایش و با ارزیابی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دومه‌ماه است. جامعه آماری، زنان مبتلا به اختلال افسردگی مداوم، مراجعه‌کننده به مراکز خدمات درمانی - بهداشتی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ می‌باشد. ۲۸ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی مداوم که از طریق پنج روانپزشک ارجاع داده شده بودند به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش قرار گرفتند. پرسش‌نامه‌های مربوط به متغیرهای وابسته پژوهش در مرحله پیش‌آزمون توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. سپس برای هر دو گروه آزمایش، مداخلات (ACT/CFT و CBASP) در قالب ۱۴ جلسه اجرا شدند. مدت زمان هر جلسه بین ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه بود.

۱. در ادامه، به علت طولانی بودن اصطلاح درمان ترکیبی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت، به جای آن از ACT/CFT استفاده می‌شود.

2. Gold standard

مجدداً در مراحل پس‌آزمون و پیگیری (دو ماهه) پرسش‌نامه‌های مذکور توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شدند. لازم به ذکر است از هر کدام از گروه‌ها، ۲ آزمودنی به دلیل عدم شرکت در تمام جلسات از پژوهش کنار گذاشته شدند.

ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بودند از: ۱- جنسیت زن ۲- سطح تحصیلات حداقل دیپلم ۳- دامنه سنی ۵۰-۲۰ سال ۴- تشخیص اختلال افسردگی مداوم براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-V و ۵- دریافت درمان دارویی زیر نظر متخصص روانپزشک. همچنین ملاک‌های خروجی که در این پژوهش مدنظر قرار گرفتند، شامل این موارد می‌شوند: ۱- ابتلاء به بیماری‌های جسمی شدید، عقب‌ماندگی ذهنی، اختلالات سایکوتیک، اختلال دوقطبی و اختلالات شناختی (نظیر دمانس) ۲- بروز افکار خودکشی و احتمال خطر خودکشی که نیاز به مداخله فوری را ایجاب نماید ۳- عدم شرکت در بیش از سه جلسه از جلسات درمان گروهی.

ابزارهای پژوهش:

۱- پرسش‌نامه افسردگی بک - ویرایش دوم<sup>۱</sup>: این پرسش‌نامه، یک پرسش‌نامه ۲۱ آیتمی خودگزارشی برای سنجش علائم و شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا است. هر آیتم، نمره‌ای بین صفر تا سه می‌گیرد و محدوده نمره کل بین ۰ تا ۶۳ خواهد بود. به طور کلی، ضرایب همسانی درونی هر یک از آیتم‌ها و سایر مشخصه‌های آماری پرسش‌نامه و ضریب آلفای کرونباخ نشان می‌دهد که BDI-II در جمعیت ایرانی از اعتبار مناسبی برخوردار است. ضریب اعتبار کل پرسش‌نامه برای هر ۲۱ آیتم برابر با ۰/۹۱ به دست آمده است (دابسون، محمدخانی و مساح چولابی، ۱۳۸۶). همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه با روش همسانی درونی ۰/۸۶ تعیین شده است (رجبی و کسمایی، ۱۳۹۱). ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۸۸ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup>

پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سوال می‌سنجد. دو سوال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد

1. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

2. World Health Organization Quality Of Life-BREF (WHOQOL-BREF)



ارزیابی قرار می‌دهند، بنابراین این پرسش‌نامه در مجموع ۲۶ سوال دارد (نجات، منتظری، هلاکویی و کاظمی، ۱۳۸۵). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی این پرسش‌نامه (فرم کوتاه) توسط یوسفی، قاسمی، سرافزادگان، مالکی و ربیعی (۲۰۱۰) مورد بررسی قرار گرفت. نمونه این پژوهش شامل ۲۹۵۶ فرد سالم و ۲۹۳۶ فرد بیمار بود. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین این پرسش‌نامه از روایی ملاک و روایی افتراقی قابل قبولی برخوردار بود. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه کیفیت زندگی ۰/۸۸ بود.

۳- پرسش‌نامه پذیرش و عمل<sup>۱</sup> (نسخه دوم): این پرسش‌نامه یک ابزار خودسنجی است که به منظور سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تدوین شده است. نسخه اول این پرسش‌نامه توسط هیز و همکاران در سال ۲۰۰۴ تدوین شد. نسخه دوم این پرسش‌نامه توسط بوند<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۱) تدوین و ویژگی‌های روانسنجی آن مورد بررسی قرار گرفت. این نسخه شامل ۱۰ سوال است که سوالات مثبت و منفی را شامل می‌شود (ایزدی، ۱۳۹۱). سوالات روی طیف لیکرت هفت درجه‌ای از یک (به هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند) تا هفت (همیشه در مورد من صدق می‌کند) ارزیابی می‌شود. نمرات پایین‌تر، تمایل و توانایی بیش‌تر به عمل در حضور افکار و احساسات منفی و نمرات بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کم‌تر است. ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی این پرسش‌نامه مورد بررسی قرار گرفته است (عباسی، فتی، مولودی و ضرابی، ۱۳۹۱). یافته‌های این پژوهش، همسانی درونی قابل قبولی را برای نسخه فارسی پرسش‌نامه پذیرش و عمل نشان دادند. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب تنصیف به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ به دست آمدند. همچنین یافته‌های مربوط به روایی همگرا نشان داد که سازه پذیرش و عمل با میزان افسردگی، اضطراب، سلامت روان و مشکل در تنظیم هیجان رابطه معناداری دارد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۷۸ به دست آمد.

۴- پرسش‌نامه شفقت نسبت به خود (فرم کوتاه)<sup>۳</sup>: فرم کوتاه پرسش‌نامه شفقت به خود توسط رائس، پمیر، نف و وان‌گاچ<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) تدوین شد. یافته‌های پژوهش رائس و

1. Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)

2. Bond

3. Self-Compassion Scale (short form)

همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که این پرسش‌نامه از پایایی و روایی مناسبی برخوردار است و می‌تواند به‌عنوان جایگزین فرم بلند این پرسش‌نامه نیز مورد استفاده قرار بگیرد. فرم کوتاه پرسش‌نامه شفقت به خود شامل ۱۲ سوال است و سه مولفه دوقطبی را در ۶ زیرمقیاس مهربانی با خود/ خود قضاوتی، ذهن آگاهی/ همانندسازی افراطی و اشتراکات انسانی/ انزوا اندازه‌گیری می‌کند. در این پرسش‌نامه، سه مقیاس منفی یعنی خود-قضاوتی، همانندسازی افراطی و انزوا به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ویژگی‌های روانسنجی نسخه ایرانی این پرسش‌نامه توسط خانجانی، فروغی، صادقی و بحرینیان (۱۳۹۵) مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد این پرسش‌نامه از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است. در پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۵)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ۰/۹۰ به‌دست آمده است. همچنین برای سنجش روایی واگرایی مقیاس شفقت به خود از مقیاس‌های عاطفه منفی، کمال‌گرایی و شرم بیرونی استفاده شد. نتایج تحلیل‌ها نشان داد که شفقت به خود با همه این موارد همبستگی منفی و معناداری داشت. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۸۰ به‌دست آمد.

روند اجرای پژوهش: ترکیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت تدوین شد. سپس این پروتکل به شش نفر از متخصصان که در این دو درمان مسلط بودند و با افراد مبتلا به افسردگی کار کرده بودند ارائه شد و بسته درمانی از نظر محتوا، فرایند، تمرین و تکنیک مورد ارزیابی قرار گرفت که ضریب کوهن برای کفایت کلی بسته، ۰/۹ به‌دست آمد. لازم به ذکر است که این تحقیق توسط کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه اصفهان از نظر اخلاق پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. کد اخلاق پژوهش حاضر، IR.UI.REC.1396.027 است.

افرادی که واجد ملاک‌های ورود پژوهش بودند از سوی ۵ روانپزشک معرفی شدند. با ۴۰ نفر از افرادی که معرفی شدند، قبل از جلسه گروهی یک جلسه فردی بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه گذاشته شد و از آن‌هایی که شرایط شرکت در جلسات و تمایل به حضور در این جلسات را داشتند، شرح حال گرفته شد و داستان زندگی آن‌ها بررسی شد. همچنین در مورد ساختار و اهداف جلسات گروهی توضیحاتی برای آن‌ها ارائه شد. سپس اعضاء به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش ( $n_1=n_2=12$ ) قرار گرفتند. در جلسه اول، قبل از

شروع جلسه پرسش‌نامه‌های پیش‌آزمون توسط اعضای گروه تکمیل شد. در جلسه چهاردهم، پرسش‌نامه‌های پس‌آزمون توسط اعضاء تکمیل شد و برای دو ماه بعد، جهت جلسه پیگیری زمانی مشخص گردید.

محتوای جلسات CBASP برگرفته از کتاب راهنمای درمان افسردگی مداوم- راهنمای درمانگر (CBASP) است که توسط سایق و پن‌برتی<sup>۱</sup> (۲۰۱۶) نوشته شده است. همچنین ساختار جلسات ACT/CFT براساس راهنمای متخصصان برای استفاده از ACT برای درمان افسردگی (زتل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷) و درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۱۳۹۵) تدوین شده است. لازم به ذکر است که در گروه درمان ترکیبی، علاوه بر این که محتوای جلسات با شفقت غنی شده بود، درمانگر از طریق به کارگیری اصول شفقت، علاوه بر محتوا، فرایند جلسات را نیز براساس اصول آن پیش برد. خلاصه محتوای جلسات هر دو گروه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری (CABSP) و ترکیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت (ACT/CFT)

ACT & CFT	CBASP
جلسه اول: خوشامدگویی و تشکیل گروه‌های دونفره و معرفی خود و علائق خود به یک‌دیگر، مفهوم‌سازی مشکل (تمثیل زخم روان و مراقبت از زخم)، ساختار و قوانین جلسات گروهی، بررسی امید و ترس اعضای گروه در مورد فرایند درمان، دادن یک گلدان به هر یک از اعضاء برای انتقال مفهوم مراقبت	جلسه اول: خوشامدگویی و تشکیل گروه‌های دونفره و معرفی خود و علائق خود به یک‌دیگر، توضیح در مورد علائم افسردگی حاد و مداوم و پیامدهای آن‌ها در حوزه‌های مختلف زندگی، ارائه نمودار فعالیت، توافق‌نامه گروهی و ارائه طرح جلسات درمان گروهی
جلسه دوم: تمثیل لیوان گل‌آلود، بررسی کلی تجربیات زندگی در یک تمرین تصویرسازی، بیان چرخه ایجاد زخم یا زخم‌های روان و روند عمیق شدن آن، صحبت در مورد شکستن چرخه، تمرین تنفس ذهن آگاهانه	جلسه دوم: بررسی نمودار فعالیت، در کدام حوزه‌های بین‌فردی، مشکل دارید؟، توضیح چرخه افسردگی و عدم‌فعالیت، تعیین تمرین‌های برای مراقبت از خود، محیط و روابط، شیوه‌های مقابله با علائم افسردگی و اضطراب
جلسه سوم: مرور تکالیف خانگی، شناسایی و اسم‌گذاری زخم‌های روان	جلسه سوم: مرور تکالیف خانگی، چگونه تفکر ناکارآمد منجر به اتخاذ راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد می‌شود، چرخه درماندگی و ناتوانی، منجر به افسردگی مداوم می‌شود، ما چگونه می‌توانیم این چرخه را

1. Sayegh & Penberthy
2. Zettle

	<p>بشکنیم؟، تحلیل موقعیت و ارائه مثالی از آن (مرحله فراخوانی)</p>
<p>جلسه چهارم: مرور تکالیف خانگی، معرفی ذهن و اثراتی که زخم‌های روان بر ذهن ما داشته‌اند، معرفی تولیدات ذهن، آگاهی از زخم‌ها و تولیدات ذهن در لحظه با مکث قبل رفتار، تمرین شنیدن ذهن آگاهانه</p>	<p>جلسه چهارم: مرور تکالیف خانگی، مرحله اصلاح در تحلیل موقعیت و کاربرد تحلیل موقعیت برای موقعیت‌هایی که در آینده پیش می‌آید</p>
<p>جلسه پنجم: مرور تکالیف خانگی، رنج پاک و ناپاک، کنترل مسئله است، بررسی شیوه‌هایی که برای کنترل دنیای درون استفاده می‌کنند</p>	<p>جلسه پنجم: مرور تکالیف خانگی، تمرین تحلیل موقعیت با مراحل فراخوانی و اصلاح</p>
<p>جلسه ششم: مرور تکالیف خانگی، تمثیل باغبان برای تجربه گشودگی یا پذیرش دردهای زخم روان، تمرین خوردن ذهن آگاهانه</p>	<p>جلسه ششم: مرور تکالیف خانگی، چگونه حوزه بین‌فردی شما در گروه در ارتباط با دیگران ابراز می‌شود؟، درک تأثیر رفتارهای بین‌فردی بر سایر اعضای گروه، آیا این پیامد مطلوب منجر به دست‌یابی به پیامد مطلوب می‌شود؟</p>
<p>جلسه هفتم: مرور تکالیف خانگی، ادامه بحث گشودگی با تمرین کاغذ (دورنگه داشتن کاغذ، نزدیک صورت نگاه داشتن کاغذ و گذاشتن آن در داخل آستین) - مصداق‌های آن در زندگی اعضای گروه و تعیین تمرین برای تجربه گشودگی</p>	<p>جلسه هفتم: مرور تکالیف خانگی، تمرین تحلیل موقعیت با مراحل فراخوانی و اصلاح</p>
<p>جلسه هشتم: مرور تکالیف خانگی مربوط به تجربه پذیرش، تمرین تصویرسازی در ارتباط با خود مهربان، مرهم‌گذاری بر رنج‌های درونی از طریق فعال‌ساختن خود مهربان (نوازش کلامی، فیزیکی و رفتاری)</p>	<p>جلسه هشتم: مرور تکالیف خانگی، تمرین تحلیل موقعیت با مراحل فراخوانی و اصلاح</p>
<p>جلسه نهم: مرور تکالیف خانگی، قلب روان، تمثیل جشن تولد ۸۰ سالگی به منظور تصریح ارزش‌ها در قسمت‌های مختلف زندگی</p>	<p>جلسه نهم: مرور تکالیف خانگی، درک تعاملات بین‌فردی و چرخه بین‌فردی، بررسی ارزش‌ها و کارآمدی بین‌فردی، چگونه نیمرخ بین‌فردی شما با رفتارهای بین‌فردی‌تان در داخل گروه مرتبط است؟</p>
<p>جلسه دهم: مرور تکالیف خانگی، تعیین اهداف و رفتارها در راستای ارزش‌ها برای حوزه‌های مختلف زندگی - چهار رفتار مهربانانه</p>	<p>جلسه دهم: مرور تکالیف خانگی، درک تعاملات بین‌فردی و چرخه بین‌فردی، بررسی ارزش‌ها و کارآمدی بین‌فردی، چگونه نیمرخ بین‌فردی شما با رفتارهای بین‌فردی‌تان در داخل گروه مرتبط است؟</p>
<p>جلسه یازدهم: مرور تکالیف خانگی، معرفی ابزارهایی جهت غنی‌تر کردن زندگی در راستای ارزش‌ها و تقویت خود مهربان (حساسیت به رنج به جای حساسیت به رفتار و احساس مهربانانه، نوشتن نامه</p>	<p>جلسه یازدهم: مرور تکالیف خانگی، فهرست مشکلات بین‌فردی، شناسایی ویژگی‌های بین‌فردی که منجر به تعارضات بین‌فردی می‌شود؟ از چه رفتارهایی برای رسیدن به اهداف‌تان استفاده می‌کردید؟ در مورد</p>

آنچه در گذشته انجام داده‌اید و پیامد واقعی (AO) خود	شفقت‌آمیز به خود فکر کنید؟
جلسه دوازدهم: مرور تکالیف خانگی، شناسایی ویژگی‌های بین‌فردی که منجر به تعارضات بین‌فردی می‌شود؟ درک برخی الگوهای بین‌فردی معمول افراد دارای افسردگی مداوم، آیا شما فکر می‌کنید در تعاملات‌تان بیش‌تر خشک و انعطاف‌ناپذیر هستید یا منعطف؟ پیامدهای اجتناب بین‌فردی برای شما چیست؟	جلسه دوازدهم: مرور تکالیف خانگی و خواندن نامه‌های شفقت‌آمیز به خود، معرفی ابزارهایی جهت غنی‌تر کردن زندگی در راستای ارزش‌ها (مهارت‌های ارتباطی)
جلسه سیزدهم: مرور تکالیف خانگی، تعاملات مکمل و غیرمکمل، چه تعاملاتی هستند؟ آیا آن‌چه را از دیگران می‌خواهید، به‌دست می‌آورید؟ آیا انگیزه‌های پنهانی‌تان باعث دورشدن دیگران از شما می‌شود؟ پیامد مطلوب شما چیست؟	جلسه سیزدهم: مرور تکالیف خانگی، آمیختگی به صفات و داستان زندگی به‌عنوان موانع درونی برای حرکت در مسیر ارزش‌ها
جلسه چهاردهم: یکپارچه کردن مطالب، مرور اهداف، استفاده از تحلیل موقعیت به‌منظور درک آن‌چه می‌خواهید و یادگیری چگونگی به‌دست آوردن آن	جلسه چهاردهم: مرور تکالیف خانگی، مرور بحث‌های ارائه‌شده (چرخه اسارت و چرخه تعالی)، شناسایی علائم هشداردهنده عود بیماری و چگونگی برخورد با علائم، تقویت سرمایه‌های روان‌شناختی به‌منظور پیش‌گیری از عود.

### یافته‌ها

میانگین سنی گروه‌های درمان CBASP و ترکیب درمان‌های ACT و CFT به ترتیب ۳۹/۲۵ و ۳۹/۰۸ بود. همچنین میانگین مدت زمان ابتلا به اختلال افسردگی مداوم بر حسب سال در گروه‌های CBASP و ACT/CFT به ترتیب ۹/۵۸ و ۱۱/۱۷ بوده است. به‌منظور بررسی معناداری و تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. پیش از انجام تحلیل یافته‌ها، پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد پیش‌فرض توزیع نرمال در گروه‌های CBASP و ACT/CFT در مورد متغیرهای افسردگی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت نسبت به خود در مراحل پس‌آزمون و پیگیری برقرار است. نتایج آزمون لوین نیز حاکی از رعایت پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها می‌باشد. همچنین نتایج آزمون باکس برای متغیرهای علائم افسردگی ( $F=0/92, P>0/47$ )، کیفیت زندگی ( $BOX=6/54, F=0/62, P>0/71$ )، انعطاف‌پذیری

روان‌شناختی ( $F=1/14, P>0/33$ ) و شفقت نسبت به خود ( $BOX=8/08, F=1/14, P>0/33$ ) و شفقت نسبت به خود ( $P>0/08, F=1/87$ ) است.  $F=13/19, BOX=13/19$ ) نشان داد که پیش‌فرض همگنی کواریانس‌ها به درستی رعایت شده است.

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی نمرات افسردگی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت نسبت به خود را بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌های گروه CBASP و ACT/CFT در متغیرهای پژوهش در مراحل مختلف پژوهش

متغیر	پس‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون	
	ACT/CFT	CBASP	ACT/CFT	CBASP	ACT/CFT	CBASP
افسردگی	۱۱/۱۷	۱۱/۱۷	۱۱/۱۷	۱۱/۱۷	۱۱/۱۷	۱۱/۱۷
کیفیت زندگی	۵۵	۵۵	۵۵	۵۵	۵۵	۵۵
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۵۵/۸	۵۵/۸	۵۵/۸	۵۵/۸	۵۵/۸	۵۵/۸
شفقت به خود	۱۶/۵۸	۱۶/۵۸	۱۶/۵۸	۱۶/۵۸	۱۶/۵۸	۱۶/۵۸

نتایج این جدول نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایشی پس از دریافت مداخله در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای علائم افسردگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نمرات پایین‌تر و در متغیرهای کیفیت زندگی و شفقت نسبت به خود نمرات بالاتری را به دست آوردند.

نتایج مربوط به تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای متغیرهای افسردگی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت نسبت به خود در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر مربوط به متغیرهای افسردگی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت به خود

متغیر	اثر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	معناداری	توان آماری
افسردگی	زمان	۱۹۶۵/۹۳	۲	۲۳/۰۸	۰/۰۰۱	۱
	زمان+	۵۳/۳۷	۲	۰/۶۲	۰/۵۳	۰/۱۴

گروه					
زمان	۹/۹۷	۲	۹/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۹۷
کیفیت زندگی	زمان+ گروه	۴۳/۵۱	۲	۰/۴۸	۰/۱۲
انعطاف پذیری	زمان	۱۱۰۸/۱۸	۲	۲۵/۲۲	۰/۰۰
روان‌شناختی	زمان+گروه	۷۰/۰۹	۲	۱/۵۹	۰/۳۲
شفقت با خود	زمان	۷۰۰/۲۶	۲	۲۵/۱۷	۰/۰۰
	زمان+ گروه	۳۹/۱۸	۲	۱/۴۰	۰/۲۸

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود در متغیرهای افسردگی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت با خود، عامل زمان معنادار بوده است بنابراین بین نمرات این متغیرها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشته است. براساس نتایج این جدول، تعامل بین زمان و عضویت گروهی معنادار نیست. بنابراین نحوه تغییر نمرات این چهار متغیر طی مراحل زمانی در هر دو گروه به یک شکل بوده است. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در هر کدام از گروه‌های آزمایش، بین میانگین متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس مربوط به متغیرهای افسردگی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت با خود به تفکیک گروه‌های آزمایش

درمان	متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
ACT/CFT	افسردگی	۲	۷۰۷/۱۱	۸/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۵
	کیفیت زندگی	۲	۴۴۳/۴۴	۵/۳۳	۰/۰۱۳	۰/۳۲	۰/۷۸
	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۲	۷۴۶/۶۹	۱۹/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱
	شفقت به خود	۲	۳۴۶/۷۵	۸/۶۸	۰/۰۰۲	۰/۴۴	۰/۹۴
CBASP	افسردگی	۲	۱۳۱۲/۱۹	۱۴/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۹
	کیفیت زندگی	۲	۵۰۴/۲۵	۵/۱۳	۰/۰۱۵	۰/۳۱	۰/۷۶
	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۲	۴۳۱/۵۸	۸/۶۹	۰/۰۰۲	۰/۴۴	۰/۹۴
	شفقت به خود	۲	۳۹۲/۶۹	۲۵/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱

جدول ۵. نتایج مقایسه زوجی متغیرهای تحقیق در میان دو گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

گروه	متغیر	مرحله	مرحله	تفاوت میانگین	خطا	معناداری
ACT/CFT	افسردگی	پیش آزمون	پس آزمون	۱۰/۳۳	۴/۴۳	۰/۰۴
		پیگیری		۱۵	۲/۹۶	۰/۰۰۱
	کیفیت زندگی	پس آزمون	پیش آزمون	۴/۶۶	۳/۳۳	۰/۱۸
		پیگیری		-۸/۳۳	۴/۱۶	۰/۰۷
	انعطاف پذیری روان‌شناختی	پس آزمون	پیش آزمون	-۱۱/۸۳	۳/۰۵	۰/۰۰
		پیگیری		-۳/۵	۳/۸۵	۰/۳۸
	انعطاف پذیری روان‌شناختی	پس آزمون	پیش آزمون	۸/۶۶	۲/۷۷	۰/۰۱
		پیگیری		۱۵/۷۵	۲/۴۵	۰/۰۰۱
	شفقت به خود	پس آزمون	پیش آزمون	۷/۰۸	۲/۳۳	۰/۰۱
		پیگیری		-۷/۲۵	۲/۶۹	۰/۰۲
CBASP	افسردگی	پس آزمون	پیش آزمون	-۱۰/۵	۲/۷۴	۰/۰۰
		پیگیری		-۳/۲۵	۲/۲۷	۰/۱۸
	کیفیت زندگی	پس آزمون	پیش آزمون	۱۵/۸۳	۳/۶۲	۰/۰۰۱
		پیگیری		۱۹/۷۵	۴/۵۳	۰/۰۰۱
	انعطاف پذیری روان‌شناختی	پس آزمون	پیش آزمون	۳/۹۱	۳/۴۳	۰/۲۷
		پیگیری		-۱۲	۳/۴۲	۰/۰۰۱
	انعطاف پذیری روان‌شناختی	پس آزمون	پیش آزمون	-۱۰/۲۵	۴/۲۵	۰/۰۳
		پیگیری		۱/۷۵	۴/۳۸	۰/۶۹
	شفقت به خود	پس آزمون	پیش آزمون	۱۰/۰۸	۲/۰۵	۰/۰۰۱
		پیگیری		۱۰/۶۶	۳/۳۴	۰/۰۰۱
شفقت به خود	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۵۸	۳/۰۶	۰/۸۵	
	پیگیری		-۱۰/۶۶	۱/۵۱	۰/۰۰۱	
		پس آزمون	پیگیری	-۸/۹۱	۱/۴۲	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	۱/۷۵	۱/۸۷	۰/۳۷

همان‌طور که اشاره شد، بین مراحل مختلف زمانی در مورد هر چهار متغیر تفاوت معنادار وجود دارد؛ یعنی حداقل، میان نتایج دومرحله از سه مرحله زمانی در هر دو درمان،



تفاوت معناداری وجود دارد. در جدول ۵ تحلیل های دقیق تر نشان می دهند که در هر کدام از گروه های آزمایشی، نمرات افسردگی و شفقت به خود در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و نیز مراحل پیش آزمون و پیگیری تفاوت معنادار داشته اند ( $p < 0/05$ )، اما نمرات این دو متغیر بین مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری نداشته اند. در مورد متغیر کیفیت زندگی در گروه ACT/CFT بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد اما بین دو مرحله پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشته است ( $p < 0/05$ ). در گروه CBASP نیز بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون و نیز مراحل پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). در مورد انعطاف پذیری روان شناختی، در گروه ACT/CFT بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون، پیش آزمون و پیگیری و پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ )، این در حالی است که در گروه CBASP بین پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد.

### بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی سیستم روان درمانی تحلیل شناختی- رفتاری و ترکیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر علائم افسردگی، کیفیت زندگی، انعطاف پذیری روان شناختی و شفقت به خود بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مداوم بود. نتایج پژوهش نشان داد هر دو روش درمان بر کاهش علائم افسردگی و افزایش نمرات کیفیت زندگی، انعطاف پذیری روان شناختی و شفقت به خود موثر بوده است ولی میانگین نمرات دو گروه آزمایشی در چهار متغیر پژوهش با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند؛ یعنی میزان تغییر در هر دو گروه، طی مراحل زمانی یکسان بوده است. بر اساس یافته های این پژوهش، مدل یکپارچه تدوین شده در این پژوهش (ACT/CFT)، به اندازه درمان گلد استاندارد تایید شده در کارآزمایی های بالینی (CBASP)، موثر است. بررسی پژوهش های قبلی، حاکی از عدم انجام کارآزمایی بالینی در حوزه مقایسه اثربخشی ترکیب ACT/CFT و CBASP بود. در تبیین عدم تفاوت میان دو مداخله CBASP و ACT/CFT می توان به مکانیزمی که در طی دو درمان اتفاق افتاد، اشاره نمود. تأکید بر حضور در لحظه، و تمرکز بر حل مسائل (تکنیک تحلیل موقعیتی در CBASP و

ذهن‌آگاهی و حل‌مسئله برای دنیای بیرون با توجه به ارزش‌ها در ACT) منجر به توانمندشدن افراد در حل مسئله شده است. در هر دو درمان، بر آگاه شدن از افکار و احساسات و رفتارهای ناکارآمد که فرد را از پیامد مطلوب (اصطلاح مطرح شده در CBASP) و از ارزش‌ها (در ACT/CFT) دور نگه می‌دارد، تأکید شده است و در هر دو درمان، فرد به سمت و سویی سوق داده می‌شود که با تمرکز بر نقش خود و نه تعیین نقش برای دیگران، از تأثیر رفتار خود بر دیگران آگاه شود و درصدد اصلاح آن برآید. در هر دو روش درمانی، بر مراقبت از خود و زندگی، تأکید و تمرین‌هایی تعیین شد. همچنین، همان‌طور که نتایج نشان داد، هر دو درمان توانسته بودند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در زنان مبتلا به افسردگی مداوم افزایش دهند. طبق تحقیقات انجام شده، به دنبال افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، شفقت به خود، افزایش و آسیب‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب کاهش می‌یابد (یادآوا، هیز و ویلاداگه<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴).

به منظور تبیین سازوکار اثر بخشی دو شیوه درمان که در این مطالعه بکار رفت، یافته‌های مربوط به هر مدل روان‌درمانی (CBASP & ACT/CFT) به صورت جداگانه نیز مورد بحث قرار می‌گیرد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که CBASP در طول مراحل زمانی پژوهش بر هر چهار متغیر تأثیرگذار بوده است. اثربخشی این درمان بر علائم افسردگی با یافته‌های آرنو (۲۰۰۵)، دیس‌سالو و مک‌کالوف (۲۰۰۲)، شرام و همکاران (۲۰۱۱)، براکمایر و همکاران (۲۰۰۱)، ویرسما و همکاران (۲۰۱۴) و شرام و همکاران (۲۰۱۵) همخوانی دارد. همه مطالعات مذکور نشان داده‌اند که CBASP منجر به کاهش علائم افسردگی شده است.

در تبیین اثربخشی CBASP بر علائم افسردگی، می‌توان گفت تحلیل موقعیت‌های بین‌فردی و آگاهی از میزان تأثیر خود در روابط بین‌فردی، منجر به بهبود روابط و در نهایت منجر به تغییر علائم می‌شود. ویویان و سالون<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) در مطالعه خود به سه فرایند مهم اشاره می‌کنند که در طول جلسات CBASP اتفاق می‌افتد و منجر به پیامدهای مثبت می‌شوند: ۱- شناسایی مشکل در لحظه و اکنون و مربوط به یک موقعیت خاص که از طریق یکی از تکنیک‌های اصلی CBASP یعنی تحلیل موقعیتی (SA) اتفاق می‌افتد. تحلیل

- 
1. Yadavaia, Hayes & Vilardaga
  2. Vivian & Salwen

موقعیتی، یک مواجهه واقعی است زیرا فرد ترغیب می‌شود با موقعیت‌های چالش‌برانگیزی روبه‌رو شود که در تداوم افسردگی او نقش دارند، ۲- ترغیب افراد به شناخت نقش تأثیرگذار خود در پیامدهای آزاردهنده‌ای که تجربه می‌کنند و پذیرش مسئولیت اصلاح خود و ۳- درگیر شدن درمانگر در فرایند تغییر مراجع از طریق مشارکت شخصی منضبط. یکی از مهم‌ترین نمودهای این درگیر شدن، بازخورد دادن به مراجع در مورد تأثیری است که رفتارهای او بر درمانگر گذاشته است. با توجه به این که در این پژوهش، جلسات به صورت گروهی برگزار شد علاوه بر این که درمانگر به اعضاء در مورد تأثیر رفتارشان بازخورد می‌داد، اعضای گروه نیز در مورد رفتارهای یکدیگر و تأثیر آنها به همدیگر بازخورد می‌دادند و احساسات‌شان را ابراز می‌کردند که این عامل، منجر به افزایش بینش آنها و تغییر تدریجی رفتارهای کلامی و غیرکلامی غیرمؤثر در گروه و محیط خارج از گروه شد.

یکی دیگر از یافته‌های این پژوهش، تأثیر CBASP بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مداوم بود. این نتایج یا یافته‌های پژوهش‌های می‌هلاک، شولتز، هایدنریچ و شرام<sup>۱</sup> (۲۰۱۵) و سابس<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۷) همخوان است، که در این مطالعات، تأثیر این درمان بر کیفیت زندگی، متوسط ارزیابی شده است. تغییر در حوزه سبک زندگی، یکی از مواردی است که در پروتکل CBASP گروهی سایق و پن‌برتی (۲۰۱۶) مورد توجه قرار گرفته است. تکمیل هفتگی نمودار فعالیت و همچنین تعیین تمرین‌هایی برای مراقبت از خود، محیط و مهارت‌های ارتباطی متناسب با بافت زندگی هر کدام از اعضاء از عوامل تأثیرگذار بر بهبود کیفیت زندگی بوده است. لازم به ذکر است که انجام تمرین‌های مربوط به تحلیل موقعیتی نیز از طریق ارتقاء عملکرد مؤثر فرد در روابط بین فردی و درون فردی در بهبود کیفیت زندگی مؤثر بوده‌اند.

در پژوهش حاضر، یافته‌ها نشان داد که CBASP بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت به خود تأثیرگذار بوده است. همان‌طور که اشاره شد در جست‌وجو در پایگاه‌های اطلاعات علمی، پژوهشی در مورد اثربخشی CBASP بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت به خود یافت نشد. در مورد تبیین اثربخشی این درمان بر شفقت به

1. Michalak, Schultze, Heidenreich & Schramm
2. Sabaß

خود در این پژوهش می‌توان به چند عامل اشاره نمود: در تکنیک اصلی CBASP یعنی تحلیل موقعیتی، فرد برای رسیدن به پیامد مطلوب، بسیاری از رفتارهای ناکارآمد که او را از رسیدن به پیامد مطلوب، دور نگه می‌دارد، کنار می‌گذارد. بسیاری از این رفتارهای ناکارآمد، رفتارهای خود - تخریبی یا دیگر - تخریبی هستند که با اصل شفقت مغایرت دارند و بیش از پیش، فرد را با خود، نامهربان می‌سازد. در این درمان، به فرد کمک می‌شود چنین رفتارهایی را با کمک یک مشوق یا مربی درونی کنار بگذارد؛ مربی درونی‌ای که شباهت زیادی با خود مهربان در درمان‌های مبتنی بر شفقت دارد و فرد را به سمت رفتارهای مؤثر و سازنده سوق می‌دهد تا در نهایت، فرد بتواند به پیامد مطلوب خود دست یابد. از موارد مورد تأکید دیگر در مراحل اصلاح موقعیت، عبور از افکار و احساساتی است که مانع رسیدن به پیامد مطلوب می‌شوند. به عبارتی، فرد با وجود دنیای درون آزاردهنده در راستای رسیدن به اهداف مطلوب، رفتارهای مؤثر نشان دهد. از طرفی در تکنیک تحلیل موقعیتی، بر حل مسئله در «لحظه و اکنون» تمرکز می‌شود که این خود تا حد زیادی از غرق شدن فرد در دنیای افکار خود در گذشته و آینده جلوگیری می‌کند و همه این موارد می‌توانند در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نقش داشته باشند.

در این پژوهش میزان اثر بخشی مدل تدوین شده یکپارچه (ACT/CFT) بر علائم افسردگی نیز بررسی شد. یافته‌های این از بخش پژوهش نشان داد که ACT/CFT بر علائم افسردگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت به خود در مراحل پس‌آزمون و پیگیری و بر کیفیت زندگی در مرحله پیگیری اثربخش بوده است. مطالعه‌ای که اثربخشی ترکیب این دو درمان را بر اختلال افسردگی مداوم بررسی کند، یافت نشد. با این حال، اثربخشی مولفه ACT بر علائم افسردگی با نتایج یافته‌های کرمی و همکاران (۱۳۹۷)، عزیزی و همکاران (۱۳۹۸)، فرمن و همکاران (۲۰۰۷)، بل‌مائر و همکاران (۲۰۱۱)، فلک و همکاران (۲۰۱۲)، فرمن و همکاران (۲۰۱۲)، مارکاندی و همکاران (۲۰۱۲)، کارلین و همکاران (۲۰۱۳) و توهیگ و لوین (۲۰۱۷) همخوان است. همچنین اثربخشی ACT بر کیفیت زندگی با نتایج یافته‌های فرمن و همکاران (۲۰۰۷)، فلک و همکاران (۲۰۱۲)، فرمن و همکاران (۲۰۱۲)، کارلین و همکاران (۲۰۱۳) و توهیگ و لوین (۲۰۱۷) همسو است. در همه مطالعات مذکور، علائم افسردگی و کیفیت زندگی بعد از دریافت درمان ACT، بهبود پیدا کرده‌اند.

در تبیین اثربخشی ACT/CFT بر متغیرهای مورد مطالعه این پژوهش، می‌توان به چند مکانیزم اصلی تغییر در این دو درمان اشاره نمود. فرایندهای پذیرش، گسلش شناختی، ارزش‌ها و عمل متعهدانه از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌توانند منجر به کاهش علائم افسردگی شوند (استرگارد، لاندگرین، زتل، لندرا و هالند، ۲۰۲۰). در ACT مراجع با پذیرش رنج‌های درونی، از تقلا و تلاش برای فرار از دنیای درون دست برمی‌دارد؛ شیوه‌ای که تا پیش از این، روزه‌روز بر رنج او می‌افزود و در نهایت یادمی‌گیرد به شیوه جدیدی با دنیای درون خود ارتباط برقرار کند که نه تنها رنج‌های درونی او را پررنگ‌تر نمی‌سازد، بلکه به غنای زندگی او نیز کمک می‌کند. در طی تجربه پذیرش رنج‌های درونی، از افراد خواسته شد یک‌سری رفتارهای ناکارآمد را که در بلندمدت تشدیدکننده علائم افسردگی است، کنار بگذارند. همان‌طور که نتایج تحقیقات کریگر و همکاران (۲۰۱۳) نشان داده است، هر چه اجتناب و نشخوار ذهنی در فرد افسرده، کاهش پیدا کند علائم افسردگی او نیز بهبود می‌یابد.

ذهن‌آگاهی یا توانایی حضور در لحظه، یکی دیگر از موارد مهم و مورد توجه در این درمان بود. این مهارت بر تغییر منعطف توجه به محرک‌های مرتبط، متمرکز است که از طریق تمرین‌های متعدد در جلسات و به‌عنوان تکلیف خانگی تمرین شد. حضور در لحظه، به افراد کمک می‌کند تا در مدیریت روابط و بروز رفتارهای مؤثر توانمند شوند و این امر تا حد زیادی، هیجانات منفی آن‌ها را کاهش می‌دهد. ارزش‌ها یکی دیگر از مباحث مهمی است که افراد در طول فرایند درمان، درگیر آن می‌شوند. با شناسایی ارزش‌ها و کمک به افراد برای حرکت تدریجی در مسیر ارزش‌ها، به آن‌ها کمک می‌شود تا بتوانند با معنا دادن به رنج خود، زندگی غنی، هدفمند و معنادار داشته باشند. اما در این میان، یکی از موانع اصلی افراد مبتلا به افسردگی برای تجربه پذیرش و حرکت در مسیر ارزش‌ها، آمیختگی با صفات و داستان زندگی است که در این درمان، با به‌کارگیری تمثیل‌ها و تمرین‌های تجربه‌ای مختلف، به افراد کمک شد تا بتوانند از این صفات و داستان زندگی خود جدا شوند و به سمت یک زندگی معنادار حرکت کنند.

تأثیر CFT بر علائم افسردگی و شفقت به خود با نتایج گاولیلی و همکاران (۲۰۱۶) و تیواری و همکاران (۲۰۱۸) همسو است بدین معنا که در مطالعات مذکور، CFT منجر به

کاهش علائم افسردگی و افزایش شفقت به خود شده است. مکانیزم‌های اصلی تغییر در CFT که در کاهش علائم، تأثیرگذار بودند بدین شرح است: در این درمان، تجربیات دوران کودکی و نوجوانی افراد بررسی شد؛ تجربیاتی که توانسته به شکلی بر روان این افراد، زخمی ایجاد کند و عدم مراقبت از این زخم، منجر به گسترده شدن و عمیق‌تر شدن آن شده است. در واقع، در درمان مبتنی بر شفقت، درمانگر این موضوع را بررسی می‌کند که چگونه اتفاقات دوران کودکی توانسته‌اند سیستم دفاع فرد را حساس کنند و این موضوع، منجر به بروز یک‌سری راهکارهای ایمنی می‌شود که به صورت خودکار ظاهر می‌شوند. برخی از این راهکارها (مثل گوشه‌گیری)، آسیب‌پذیری فرد نسبت به اضطراب و افسردگی را افزایش می‌دهد (گیلبرت، ۲۰۱۴). روبروشدن با زخم‌های روان هرچند در لحظه، منجر به پریشانی افراد می‌شود اما فرار کردن و عدم مراقبت از آن‌ها، پریشانی را برای این افراد، چند برابر کرده است. شناسایی زخم‌ها، چگونگی مراقبت از آن‌ها و چگونگی مراقبت از زخمی نشدن مجدد از جمله مواردی است که در طی این درمان مطرح شدند.

در پژوهش حاضر، هدف از به‌کارگیری تکنیک‌های مذکور در ACT و CFT، افزایش مراقبت است؛ از شناسایی و التیام زخم‌های روان، گرفته تا جلوگیری از زخمی شدن مجدد و زخمی کردن دیگران. به نظر می‌رسد مجموعه مکانیزم‌های مذکور در ACT و CFT، توانسته‌اند به کاهش علائم افسردگی، ارتقای کیفیت زندگی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت به خود در افراد مبتلا به اختلال افسردگی مداوم، منجر شوند.

در جلسات ACT/CFT، با توجه به این که از جلسه نهم، به صورت اختصاصی به بحث ارزش‌ها پرداخته شد، آزمودنی‌ها تا پایان جلسات، برای تصریح ارزش‌ها در حوزه‌های مختلف زندگی‌شان و تعیین اهداف و اعمال مرتبط با آن‌ها، زمان کم‌تری داشتند، به همین خاطر، تغییرات در کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون، به لحاظ آماری معنادار نبوده است اما با توجه به مدت زمان مناسبی که بین آخرین جلسه تا جلسه پیگیری داشتند، اعضای گروه به صورت اختصاصی، وقت بیشتری برای تصریح ارزش‌ها و برنامه‌ریزی داشتند که نمود آن در نمرات مرحله پیگیری کیفیت زندگی ملاحظه شد.

در مورد بالا نبودن اندازه اثر مداخلات مورد استفاده در این پژوهش، در مورد برخی متغیرها مانند کیفیت زندگی، به دلایل مختلفی می‌توان اشاره نمود. کواچیزز و همکاران (۲۰۱۰) یکی از دلایل پایین بودن میزان تأثیر مداخلات روان‌شناختی در افسردگی مزمن را ماهیت مداوم و عودکننده این اختلال می‌دانند و تعداد جلسات بالا حداقل ۱۸ جلسه را برای این افراد لازم می‌دانند. افراد مبتلا به اختلال افسردگی مداوم، افسردگی خود را بیماری‌ای می‌بینند که برای همیشه، ادامه دارد و زندگی آن‌ها را به شیوه‌ای فراگیر و کلی، تحت تأثیر قرار می‌دهد، که این موضوع در احساس ناامیدی این افراد تأثیرگذار است. به همین دلیل، این افراد به تعداد جلسات درمانی و پیگیری بیش‌تری نیاز دارند تا بتوانند از داستان همیشگی بودن افسردگی و ناامیدی که بر آن‌ها سایه انداخته است، رهایی یابند و تغییرات مثبتی در زندگی خود ایجاد کنند. همچنین با توجه به نقش مهم خانواده در اختلالات روان‌شناختی مزمن، مثل افسردگی (تری‌ولی و آپندرا، ۲۰۱۸) به نظر می‌رسد عدم برگزاری جلسات آموزشی برای خانواده و عدم مشارکت آن‌ها در فرایند درمان، در بالا نبودن اندازه اثر برای برخی متغیرهای این پژوهش، به‌ویژه کیفیت زندگی، مؤثر بوده است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موارد اشاره نمود: با توجه به این که جامعه مورد مطالعه این پژوهش را زنان ۲۰ تا ۵۰ ساله مبتلا به افسردگی مداوم تشکیل می‌دادند، لذا باید نسبت به تعمیم یافته‌ها به مردان مبتلا به PDD و نیز زنان مبتلا به PDD در سایر گروه‌های سنی، احتیاط کرد. با توجه به ماهیت مزمن این اختلال، لازم بود در فواصل زمانی مشخص، پیگیری‌های میان‌مدت و بلندمدت از وضعیت مراجعان انجام می‌شد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، پیگیری‌های طولانی‌تر شش‌ماهه و یک‌ساله انجام شوند. با توجه به نقش مهم خانواده در تشدید یا بهبودی این اختلال، پیشنهاد می‌شود همزمان با اجرای جلسات درمانی برای افراد مبتلا به اختلال افسردگی مداوم، جلسات آموزشی برای خانواده‌های این افراد نیز برگزار شود.

همچنین پیشنهاد می‌شود ترکیب درمان ACT/CFT در مورد سایر اختلالات روان‌شناختی و همچنین CBASP برای افرادی که در کنار اختلال افسردگی مداوم از سایر اختلالات روان‌شناختی رنج می‌برند، به کار گرفته شود و تأثیر هر کدام از درمان‌های این

پژوهش با سایر مداخلات، مورد مقایسه قرار گیرد. با توجه به نتایج این پژوهش و سایر تحقیقاتی که نشان داده‌اند شفقت به خود با سلامت روان‌شناختی ارتباط دارد، ایجاد و گسترش مداخلات درمانی که بتوانند شفقت به خود را افزایش دهند نیز می‌تواند برای افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی از جمله اختلالات افسردگی، مؤثر واقع شود.

### منابع

- ایزدی، راضیه. (۱۳۹۱). «بررسی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان شناختی- رفتاری (CBT) بر علائم و باورهای وسواسی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان». پایان‌نامه دکتری، دانشگاه اصفهان.
- خانجانی، سجاد.، فروغی، علی‌اکبر.، صادقی، خیرالله.، بحرینیان، سیدعبدالحمید. (۱۳۹۵). «ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ایرانی پرسش‌نامه شفقت به خود (فرم کوتاه)». پژوهنده (مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، ۲۱(۵)، ۲۸۹-۲۸۲.
- دابسون، کیت‌استفان.، محمدخانی، پروانی.، مساح‌چولابی، امید. (۱۳۸۶). «مختصات روان‌سنجی پرسش‌نامه افسردگی بک -۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی». فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی، ۸(۲۹)، ۸۶-۸۰.
- رجبی، غلامرضا.، کسمایی، سونا. (۱۳۹۱). کفایت شاخص‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II). فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی، ۳(۱۰)، ۱۵۷-۱۳۹.
- عباسی، ایمانه.، فتی، لادن.، مولودی، رضا.، ضرابی، حمید. (۱۳۹۱). «کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه پذیرش و عمل - نسخه دوم». روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۲(۱۰)، ۸۰-۶۵.
- عزیزی، سمیه.، رسول‌زاده طباطبایی، کاظم.، جان‌بزرگی، مسعود. (۱۳۹۸). «مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با درمان شناختی - رفتاری (CBT) بر افسردگی دانشجویان با توجه به سطح تحول روانی - معنوی آن‌ها؛ (مطالعه مورد منفر)». فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۹(۳۵)، ۱۷۲-۱۴۷.



کرمی، ابوالفضل، عمرانی، رقیه، دانایی، نوید. (۱۳۹۷). «مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی (CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اضطراب و افسردگی مادران نوزاد نارس، فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۸(۳۱)، ۱۳۹-۱۵۶.

گیلبرت، پائول. (۱۳۹۵). *درمان متمرکز بر شفقت*، ترجمه مهرانوش اثباتی و علی فیضی، چاپ اول، تهران، انتشارات ابن سینا.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> ed.)* Washington, D.C.: Author.
- Arnow, B. (2005). "Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronic depression", *Cognitive And Behavioral Practice*, 12(1), 6-16.
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A. J. J., & Pieterse, M. E. (2011). "Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial", *Behaviour research and therapy*, 49(1), 62-67.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., & Barnes-Holmes, D. (2006). "Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior", *Journal of Organizational Behavior Management*, 26(1-2), 25-54.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). "Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance", *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.
- Brakemeier, E., Engel, V., Schramm, E., Zobel, I., Schmidt, T., & Hautzinger, M. et al. (2011). "Feasibility and Outcome of Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) for Chronically Depressed Inpatients: A Pilot Study", *Psychotherapy And Psychosomatics*, 80(3), 191-194.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S., & Andersson, G. (2010). "Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis", *Clinical Psychology Review*, 30(1), 51-62.
- DiSalvo, C., & McCullough Jr., J. (2002). "Treating a Chronically Depressed Adolescent Female Using the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy: A Case Study", *Journal Of Contemporary Psychotherapy*, 32(4), 273-280.
- Folke, F., Parling, T., & Melin, L. (2012). "Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave", *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 583-594.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). "A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and

- commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression", *Behavior modification*, 31(6), 772-799.
- Forman, E. M., Shaw, J. A., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Park, J. A., & Yuen, E. K. (2012). "Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression", *Behavior therapy*, 43(4), 801-811.
- Gavili, H., Sohrabi, A., & Farhadifar, F. (2016). "The effectiveness of compassion-focused therapy on the infertile women depression", *International Journal of Humanities and Cultural Studies (IJHCS) ISSN 2356-5926*, 2336-2349.
- Gilbert, P. (2014). "The origins and nature of compassion focused therapy", *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Gilbert, P., McEwan, K., Catarino, F., & Baião, R. (2014). "Fears of compassion in a depressed population", *J Depress Anxiety*, S2: 003, 1-8.
- Gilmer, W., Trivedi, M., Rush, A., Wisniewski, S., Luther, J., & Howland, R. et al. (2005). "Factors associated with chronic depressive episodes: a preliminary report from the STAR-D project", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(6), 425-433.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (Eds.). (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*, Springer Science & Business Media.
- IsHak, W. W., Greenberg, J. M., Balayan, K., Kapitanski, N., Jeffrey, J., Fathy, H. (2011). "Quality of life: The ultimate outcome measure of interventions in major depressive disorder", *Harvard Review of Psychiatry*, 19, 229-239.
- Jobst, A., Brakemeier, E. L., Buchheim, A., Caspar, F., Cuijpers, P., Ebmeier, K. P., & Kurimay, T. (2016). European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *European Psychiatry*, 33, 18-36.
- Karlin, B. E., Walser, R. D., Yesavage, J., Zhang, A., Trockel, M., & Taylor, C. B. (2013). "Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression: Comparison among older and younger veterans", *Aging & mental health*, 17(5), 555-563.
- Klein, D., & Santiago, N. (2003). "Dysthymia and chronic depression: Introduction, classification, risk factors, and course", *Journal of Clinical Psychology*, 59(8), 807-816.
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. G. (2013). "Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients", *Behavior therapy*, 44(3), 501-513.
- Locke, K. D., Sayegh, L., Penberthy, J. K., Weber, C., Haentjens, K., & Turecki, G. (2016). Interpersonal circumplex profiles of persistent depression: Goals, self-efficacy, problems, and effects of group therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 73(6), 595-611.

- Luoma, J. B., & Platt, M. G. (2014). "Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in Acceptance and Commitment Therapy", *Current opinion in Psychology*, 2, 97-101.
- Manber, R., Arnow, B., Blasey, C., Vivian, D., McCullough, J. P., Blalock, J. A., & Rush, A. J. (2003). "Patient's therapeutic skill acquisition and response to psychotherapy, alone or in combination with medication", *Psychological Medicine*, 33(4), 693-702.
- Markanday, S., Data-Franco, J., Dyson, L., Murrant, S., Arbuckle, C., McGillvray, J., & Berk, M. (2012). "Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant depression", *Aust NZJ Psychiatry*, 46(12), 1198-1199.
- McCullough, J. (2003). "Treatment for chronic depression using Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)", *Journal Of Clinical Psychology*, 59(8), 833-846.
- Michalak, J., Schultze, M., Heidenreich, T., & Schramm, E. (2015). "A randomized controlled trial on the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy and a group version of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronically depressed patients", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 951-963.
- Neff, K. (2003b). "Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself", *Self and identity*, 2(2), 85-101.
- Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L., & Leuzinger-Bohleber, M. (2015). "Childhood trauma and its relation to chronic depression in adulthood", *Depression research and treatment*, 2015: 650804, 1-11.
- Østergaard, T., Lundgren, T., Zettle, R. D., Landrø, N. I., & Haaland, V. Ø. (2020). Psychological flexibility in depression relapse prevention: processes of change and positive mental health in group-based ACT for residual symptoms. *Frontiers in psychology*, 11, 528.
- Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M., & Fráguas, S. (2013). "The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients", *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(4), 311-323.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2010). "Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale", *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(3), 250-255.
- Sabaß, L., Padberg, F., Normann, C., Engel, V., Konrad, C., Helmle, K., & Brakemeier, E. L. (2017). "Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy as group psychotherapy for chronically depressed inpatients: a naturalistic multicenter feasibility trial", *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 268(8), 783-796.
- Sayegh, L., & Penberthy, J. K. (2016). *Group treatment manual for persistent depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP) therapist's guide*, London, Routledge.
- Schramm, E., Hautzinger, M., Zobel, I., Kriston, L., Berger, M., & Härter, M. (2011). "Comparative efficacy of the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy versus Supportive Psychotherapy for early

- onset chronic depression: design and rationale of a multisite randomized controlled trial", *BMC Psychiatry*, 11(134), 1-9.
- Schramm, E., Zobel, I., Dykierck, P., Kech, S., Brakemeier, E., Külz, A., & Berger, M. (2011). "Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus interpersonal psychotherapy for early-onset chronic depression: A randomized pilot study", *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3), 109-116.
- Schramm, E., Zobel, I., Schoepf, D., Fangmeier, T., Schnell, K., & Walter, H. et al. (2015). "Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy versus Escitalopram in Chronic Major Depression". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(4), 227-240.
- Tiwari, V., Antony, B., & Acharya, M. K. (2018). "Effect of Compassion Focused Therapy (CFT) on level of Depression and Self-compassion", *Indian Journal of Mental Health*, 5(4), 443- 452.
- Treveli, S., & Upendra, S. (2018). "Stress and coping strategies among family members of patients with schizophrenia", *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(2), 46-50.
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). "Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review", *Psychiatric Clinics*, 40(4), 751-770.
- Usefy, A. R., Ghassemi, G. R., Sarrafzadegan, N., Mallik, S., Baghaei, A. M., & Rabiei, K. (2010). "Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian adult sample", *Community mental health journal*, 46(2), 139-147.
- Vivian, D., & Salwen, J. (2013). Key process issues in Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP): Translation of an evidence-based model into clinical practice and training. *Psychotherapy*, 50(3), 398.
- Wiersma, J., Van Schaik, D., Hoogendorn, A., Dekker, J., Van, H., & Schoevers, R. et al. (2014). "The Effectiveness of the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for Chronic Depression: A Randomized Controlled Trial", *Psychotherapy And Psychosomatics*, 83(5), 263-269.
- World Health Organization, W. H. O. (2020, March 11). "fact-sheets detail about depression", Retrieved April 11, 2020, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Yadavaia, J. E., Hayes, S. C., & Vilaradaga, R. (2014). "Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial", *Journal of contextual behavioral science*, 3(4), 248-257.
- Zettle, R. (2007). *ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression*, New Harbinger Publications.