

مقایسه تأثیر درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت‌محور بر معنای زندگی دختران نوجوان افسرده

زهرا محمدی^۱، حمید آتش‌پور^{۲*}، محسن گل‌پرور^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۸/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۷/۶

خلاصه

مقدمه: افسردگی یک اختلال روان‌پزشکی شایع، و فقدان حس معنا در زندگی یکی از عوامل بروز آن است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر درمان پذیرش و تعهد وجودنگر با درمان شفقت‌محور بر معنای زندگی دختران نوجوان افسرده انجام شد.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری این مطالعه نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون- پس‌آزمون و سه گروه) شامل دختران نوجوان افسرده ناحیه سه آموزش و پرورش اصفهان در سال ۱۳۹۹ بود. از این بین، ۴۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. آزمودنی‌ها پرسشنامه معنای زندگی Steger را تکمیل نمودند. هر یک از گروه‌های مداخله، ده جلسه تحت درمان قرار گرفتند. گروه کنترل نیز در پایان دوره اجرا، تحت درمان پذیرش و تعهد وجودنگر قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیل کواریانس تک‌متغیره، چندمتغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت‌محور بر افزایش معنای زندگی و افزایش مؤلفه‌های جستجوی معنا و حضور معنا تأثیر معنی‌داری داشتند ($p < 0/05$). بین تأثیر دو شیوه درمانی بر معنای زندگی، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$). درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر افزایش معنای زندگی تأثیر بیشتری داشت.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر، حمایتی تجربی برای این دو روش درمانی در جهت افزایش معنای زندگی بود. آگاهی روان‌درمانگران حوزه سلامت از این رویکردها می‌تواند در راستای غلبه بر افسردگی و تجربه زندگی معنادار کمک‌کننده باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد وجودنگر، درمان شفقت‌محور، معنای زندگی، نوجوانان، افسردگی

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

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

مقدمه

افسردگی (depression) از شایع‌ترین اختلالات روانی در طول زندگی با نرخ شیوع ۸ تا ۲۰ درصد قبل از ۱۸ سالگی می‌باشد [۱]. میزان افسردگی پس از دوران بلوغ تقریباً ۵ برابر می‌شود و دختران نسبت به پسران به‌طور متوسط دو برابر بیشتر دچار افسردگی می‌گردند [۲]. یکی از علل افسردگی، فقدان حس معنا در زندگی (meaning in life) است [۳].

معنا در زندگی اشاره به نوعی احساس ارتباط با خالق هستی، داشتن هدف در زندگی، تعقیب و نیل به اهداف با ارزش و رسیدن به تکامل دارد [۴]. معنای زندگی از دو مؤلفه جستجوی معنا، به مفهوم میزان تلاش فرد برای تقویت درک و فهم خود از معنا، اهمیت و هدف زندگی، و حضور معنا به مفهوم میزان مشاهده، درک و فهم معنا در زندگی به اضافه اندازه‌ای که فرد خود را دارای هدف و وظیفه می‌داند، تشکیل شده است [۵].

پژوهش‌های انجام شده در رابطه با درمان افسردگی نوجوانان نشان می‌دهند که بیش از ۵۰ درصد نوجوانان افسرده به درمان‌های خط اول استاندارد، از جمله درمان‌های شناختی رفتاری (CBT: Cognitive behavioral therapy) پاسخ نمی‌دهند [۶،۷]. CBT از جمله درمان‌هایی است که امکان محدودی برای بررسی مضامین وجودی مانند اضطراب مرگ و معنای زندگی دارد [۸]. در صورتی که نوجوانان افسرده با مسائل وجودی از جمله با احساس بی‌معنایی، نگرانی‌های مرتبط با هویت، ترس از مرگ، احساس ویرانگر تنهایی و نگرانی درباره مسئولیت‌های قریب‌الوقوع بزرگسالی به‌طور جدی دست و پنجه نرم می‌کنند [۹]. در این میان در مطالعات مختلف به معنای زندگی و جستجوی معنا به عنوان عناصری مهم در افسردگی تأکید شده است [۱۰].

از طرف دیگر، رفتار نوجوانان به‌طور قابل‌توجهی تحت تأثیر نگرانی در رابطه با معنا، انزوا، مرگ و انتخاب قرار می‌گیرد [۱۱]. بنابراین در سال‌های اخیر درمان پذیرش و تعهد (ACT: Acceptance and commitment therapy) به عنوان یکی از درمان‌های موج سوم تلاش نموده است تا با در نظر گرفتن مضامین وجودی، در عمل بر محدودیت‌های

CBT غلبه نماید [۸]. اما این نکته که اضطراب‌های وجودی مانند اضطراب مرگ یا فقدان معنا در زندگی، چگونه در ACT مورد خطاب قرار می‌گیرند، مبهم مانده است [۱۲].

از این‌رو، با در نظر گرفتن تأکید بر اهمیت اتخاذ موضع وجودی در همه درمان‌ها، فارغ از رویکرد مورد استفاده [۱۳،۱۴] و با توجه به مطالعات گسترده‌ای که بر ترکیب ACT و درمان‌های وجودی تأکید کرده‌اند [۸،۱۲،۱۵،۱۶]، به نظر می‌رسد بتوان ACT را زیر چتر وجودی قرار داد [۱۶]. با ترکیب این دو درمان انعطاف‌پذیر و سازگار در سازه‌ها، می‌توان گزینه‌های مؤثرتری برای تکنیک‌های روان‌درمانی ارائه نمود [۱۵] تا به غنی‌سازی متقابل و امکانات جدید منجر گردد [۸]. از این‌رو، در پژوهش حاضر درمان پذیرش و تعهد وجودنگر (EACT: Existentialism Acceptance and Commitment therapy) با هدف رفع این ابهام و در نظر گرفتن مضامین وجودی در پیکره ACT تدوین و با درمان شفقت‌محور (CFT: Compassion-focused Therapy) که بر کاهش خصومت خود جهت‌داده و ایجاد احساس مهربانی متمرکز و به درمان الگوهای فکری معطوف به افسردگی می‌پردازد [۱۷]، مقایسه گردید تا شواهدی از اعتبار تطبیقی و بیرونی درمان نوین پذیرش و تعهد وجودنگر فراهم شود.

در بررسی پیشینه پژوهش، مطالعه‌ای که درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر معنای زندگی دختران نوجوان افسرده را بررسی کرده باشد، یافت نشد. اما شواهد پژوهشی حاصل از بررسی هر کدام از این درمان‌ها به صورت مجزا در گروه‌های بالینی مختلف، حاکی از اثربخشی آن‌ها بوده [۲۱-۱۸] و تنها پژوهشی که تأثیر درمان پذیرش و تعهد را با درمان شفقت-محور بر معنای زندگی زنان نابارور مقایسه نموده، حاکی از اثربخشی ACT و CFT بر معنای زندگی می‌باشد [۲۱].

با توجه به اهمیت افسردگی در دوران نوجوانی و اثرات آن بر بزرگسالی [۲۲]، درمان آن ضروری است. از طرف دیگر، از میان درمان‌هایی که برای نوجوانان افسرده استفاده می‌شوند، درمان پذیرش و تعهد وجودنگر به لحاظ نظری این ظرفیت را دارد تا عوامل وجودی خصوصاً یافتن معنا را در نوجوانان افسرده اصلاح نموده و از این طریق، سازه‌های مرتبط با افسردگی نظیر معنای زندگی [۲۳،۹] را تحت تأثیر قرار دهد.

در جلسات درمان بود. همه آزمودنی‌ها چک‌لیست مشخصات جمعیت‌شناختی (سن، سن پدر و مادر، رشته تحصیلی، تحصیلات پدر و مادر و تعداد فرزندان) و پرسشنامه معنای زندگی Steger و همکاران (۲۰۰۶) [۲۶] را تکمیل نمودند.

شرکت‌کنندگان به طور تصادفی (قرعه‌کشی) در گروه‌های درمان پذیرش و تعهد وجودنگر، درمان شفقت‌محور و کنترل قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش تحت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش گروهی قرار گرفتند. گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. گروه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر روزهای شنبه و دوشنبه و گروه درمان شفقت‌محور روزهای یکشنبه و سه‌شنبه ساعت ۳ تا ۴/۵ بعد از ظهر در کلینیک ناحیه ۳ آموزش و پرورش شهر اصفهان توسط متخصص روان‌شناس تحت آموزش قرار گرفتند. به منظور جلوگیری از تبادل اطلاعات بین گروه‌های آزمایش، جلسات درمانی در روزهای متفاوت برگزار شد. از شرکت‌کنندگان درخواست شد تا انتهای دوره و اجرای پس‌آزمون درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. پس از اتمام جلسات، از شرکت‌کنندگان درخواست شد پرسشنامه معنای زندگی را تکمیل نمایند. لازم به ذکر است ریزشی در گروه‌ها وجود نداشت و داده‌های حاصل از ۱۵ نفر در هر گروه تحلیل شد.

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 نظریه‌محور مبتنی بر رویکرد Attride-Stirling [۲۷] طی یک فرآیند پیچیده و طولانی چندماهه (به صورت محقق-ساخته) تدوین شد. بدین‌گونه که در یک بررسی تخصصی متمرکز توسط دو داور مستقل، تناسب و ارتباط نظری و منطقی بین مضامین فراگیر، مضامین سازمان‌دهنده و مضامین پایه بررسی گردید. مواردی که توافق ۰/۸ و بالاتر برای آن‌ها وجود داشت به همان ترتیب حفظ، و مواردی که توافق بر سر ارتباط بین مضامین فراگیر، مضامین سازمان‌دهنده و مضامین پایه کمتر از ۰/۸ بود بر پایه پیشنهادات دو داور، بازنگری شدتد. در نهایت، پایایی فرایند و محتوای کدگذاری برای بسته درمانی پذیرش و تعهد وجودنگر با نسبت روایی محتوایی (CVR: Content Validity Ratio)، ۰/۹۸ تأیید گردید.

علی‌رغم چنین انتظاری تاکنون در هیچ پژوهشی اقدامی برای تدوین بسته درمانی پذیرش و تعهد وجودنگر انجام نشده است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت‌محور بر معنای زندگی دختران نوجوان افسرده انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح سه گروهی و دو مرحله‌ای (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) بود. جامعه آماری پژوهش، دختران نوجوان مقطع متوسطه دوم در ناحیه ۳ آموزش و پرورش شهر اصفهان در زمستان ۱۳۹۹ بود (تعداد تقریبی ۶۷۵۰ نفر). پس از کسب مجوز کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (IR.IAU.KHUISF.REC.1399.202)، ۲۵۴ نفر طی فراخوان در مدارس دخترانه برای شرکت در پژوهش اعلام تمایل نمودند. از این تعداد، پس از غربالگری اولیه مطابق با مقیاس افسردگی نوجوانان Kutcher [۲۴]، ۱۹۹ نفر افسرده بودند.

حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر و با توجه به انحراف معیار افسردگی (۳/۰۳) حاصل از مطالعه قبلی [۲۵]، ضریب اطمینان ۹۵ درصد (Z برابر با ۱/۹۶)، توان آزمون ۹۰ (Z برابر با ۱/۲۸) و مقدار حداقل اختلاف معنی‌دار ۴/۴۹ (مقدار d)، برای هر گروه تقریباً ۱۰ نفر و با توجه به سه گروه بودن ۱۳ نفر برآورد شد. فرمول استفاده شده به شرح زیر بود:

$$n = \frac{2\sigma^2(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

با توجه به احتمال ریزش نمونه‌ها، برای هر گروه ۱۵ نفر از طریق مصاحبه ساختاریافته به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل کسب حداقل نمره ۶ در پرسشنامه افسردگی نوجوانان Kutcher، دامنه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، عدم دریافت درمان‌های موازی روان‌شناختی یا روان‌پزشکی و پزشکی مانند مشاوره‌های درمانی، مصرف دارو و عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن (مانند صرع و بیماری‌های قلبی) و معیارهای خروج شامل عدم تمایل به ادامه درمان و غیبت دو جلسه و یا بیشتر

دختران نوجوان افسرده بررسی و برای اجرای نهایی تأیید گردید. CFT نیز از طریق بسته درمانی Ranjbarkohan و Nouri [۲۸] که در مطالعات قبلی در ایران اجرا و تعیین اعتبار شده، اجرا شد. خلاصه محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و CFT در جدول ۱ ارائه شده است.

سپس بر اساس نظر شش داور متخصص روان‌شناس فعال در حوزه درمان‌های روان‌شناختی، ضریب توافق محتوای جلسات، ساختار درمان، کفایت درمان و مناسب بودن طول زمان درمان بالای ۸۰ درصد و مطلوب بدست آمد. این بسته درمانی نوین طی یک مطالعه مقدماتی بر روی ۱۸ نفر از

جدول ۱- محتوای درمان شفقت‌محور (CFT) و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر (EACT) برای دختران نوجوان افسرده شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹

جلسه	محتوای CFT	محتوای EACT
اول	آشنایی شرکت‌کنندگان و درمانگر با یکدیگر، طرح قوانین گروه، توضیح کوتاهی درباره CFT، هیجان‌ات، رویکرد شفقت-محور (به‌ویژه بحث ذهن‌آگاهی و شفقت)، آموزش و اجرای تمرین تنفس ذهن‌آگاهانه	آشنایی شرکت‌کنندگان با یکدیگر و با درمانگر، آشنایی با ساختار مداخله، مشخص نمودن نقش‌ها و مسئولیت‌های شرکت‌کنندگان، 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 روان-شناختی و هیجانی به آن، معرفی رویکرد ذهن شفقت‌ورز (توجه، تفکر و استدلال، تصور، انگیزه، رفتار و هیجان)، رسم نمودار.	شناسایی ارزش‌ها با مورد سؤال قرار دادن آن‌ها و سپس استفاده از کارت ارزش‌ها و آشنایی با پاسخ‌های نصیحت-گر و لزوم شناسایی پاسخ‌های مشاهده‌گر جهت شناسایی ارزش‌های واقعی
سوم	معرفی مغز قدیم و جدید و هیجان‌ات منفی و تهدیدکننده (خشم، اضطراب و ترس) از منظر سیستم سه حلقه‌ای و مغز قدیم و جدید. کار با مدل سه حلقه‌ای- تنفس آرام‌بخش	اهمیت مسئله انتخاب ارزش‌ها و مسئولیت‌پذیری در قبال انتخاب ارزش‌ها و معناجویی و سپس زیستن بر اساس ارزش‌ها و شناسایی انکار مسئولیت‌پذیری
چهارم	بررسی طیف هیجان‌ات مانند 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 عمل
پنجم	آموزش چگونگی تغییر الگوهای دردسرساز، بررسی الگوهای گذشته و واکنش مغز قدیم و جدید در مقابل موانع و مشکلات، معرفی مؤلفه‌های شفقت. بررسی یک هیجان اخیر با مؤلفه‌های شفقت	شناسایی موانع رسیدن به اهداف از جمله نبودن در زمان حال، آمیختگی با افکار خود به عنوان زمینه و اضطراب-های وجودی از جمله اضطراب مرگ و تنهایی، و سپس آموزش ذهن‌آگاهی با درک هیجان‌ات و آگاهی از احساسات جسمی، ارتباط با آن و برجسب زدن به احساسات
ششم	کار با عادت‌های هیجانی. معرفی مهارت‌های شفقت، تفکر و رفتار شفقت‌ورز و تمرین ایجاد فضای امن	ادامه آموزش ذهن‌آگاهی و اهمیت بودن در زمان حال و خودآگاهی، زیرا 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 خود انتقادی 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 ممانعت‌کننده از پرورش شفقت به خود و کار بر روی آن‌ها	ادامه آموزش گسلس و رهایی از افکار و هیجان‌ات و سپس آموزش اضطراب مرگ به عنوان یکی از نگرانی‌های وجود انسانی و اهمیت پذیرش آن به عنوان پتانسیلی بالقوه برای رشد
نهم	توسعه شفقت نسبت به دیگران و فرایند همدلی و آموزش فرایند بخشش	آموزش پذیرش و آگاهی از اینکه تجربیات حتی اگر مایل به آن نباشیم اتفاق می‌افتند و اهمیت پذیرش تجربیات به جای انکار یا سرکوب و اختصاص انرژی آن در مسیر

زندگی هدفمند و معنادار	گسترش شفقت 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 وجود انسانی، اجرای پس‌آزمون
------------------------	--	---

دهم

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

مقیاس ۱۱ سؤالی افسردگی نوجوانان Kutcher که در سال ۲۰۰۲ به صورت خودگزارشی ساخته شد برای غربالگری اولیه استفاده گردید که دارای دو خرده مقیاس افسردگی اساسی (سؤالات ۱ تا ۹) و خودکشی (سؤالات ۱۰ و ۱۱) است. پاسخ آزمودنی باید به هر سؤال با توجه به مقدار همخوانی آن با حالات روحی خود در یک هفته گذشته که به صورت مقیاس لیکرتی چهارگزینه‌ای طراحی شده است، می‌باشد. گزینه اول به ندرت (۰)، گزینه دوم گاهی اوقات (۱)، گزینه سوم اکثر اوقات (۲)، گزینه چهارم همیشه (۳) امتیاز دارد. نمره‌گذاری در تمامی عبارات به صورت مستقیم و دامنه نمرات بین ۰ تا ۳۳ متغیر و افزایش در نمرات نیز به مفهوم افزایش در شدت افسردگی است. نقطه برش ۶، با دقت تشخیص ۹۲ درصد، نوجوانان افسرده را از غیر افسرده متمایز می‌سازد [۲۴]. در ایران روایی و پایایی این مقیاس روی ۴۰۰ دانش‌آموز مقطع راهنمایی و دبیرستان، بررسی و ساختار عاملی آن با استفاده از تحلیل عاملی تأیید شده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برآورد شده است [۲۹]. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر برای افسردگی کلی و خرده مقیاس‌های افسردگی اساسی و خودکشی به ترتیب برابر ۰/۸۹، ۰/۹۰ و ۰/۴۰ بدست آمد.

برای سنجش متغیر معنای زندگی از پرسشنامه معنای زندگی Steger و همکاران (۲۰۰۶) استفاده شد [۲۶]. این پرسشنامه معنای زندگی و دو بعد حضور معنا و جستجوی معنا را با بهره‌گیری از ده ماده بر مبنای مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (۱) تا کاملاً درست (۷) اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌دهی در این پرسشنامه به غیر از گویه ۹ که نمره معکوس دارد، به طور مستقیم صورت می‌گیرد. نمرات هر دو زیرمقیاس بین ۵ تا ۳۵ و نمره بالاتر نشان‌دهنده میزان بالاتر

معنای زندگی است. مجموع نمرات سؤال‌های ۲-۳-۷-۸-۱۰-۱۱ میزان تلاش فرد برای یافتن معنا و مجموع نمرات ۱-۴-۵-۶-۹ میزان معناداری زندگی فرد را مشخص می‌کند. ساختار دو عاملی این ابزار در مطالعات مختلف تأیید شده و شواهد حاکی از مشابهت ساختار آن در فرهنگ‌های مختلف است [۵]. بررسی روایی و تشخیصی این سازه در ایران نیز نشان داد ساختار عاملی آن مورد تأیید است [۳۰]. پایایی آزمون-بازآزمون این مقیاس با دو هفته فاصله برای زیرمقیاس جستجوی معنا ۰/۷۴، برای زیرمقیاس حضور معنا ۰/۸۴ و آلفای کرونباخ آن به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۸ محاسبه شده است [۱۹].

پس از جمع‌آوری داده‌ها در مرحله پس‌آزمون، تحلیل آماری با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS، در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی، میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از آزمون‌های Shapiro-Wilk، Box's M و Levene و تحلیل کوارینانس تک متغیره، چندمتغیره و آزمون تعقیبی Bonferroni جهت تحلیل فرضیه‌ها در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها، مادران و پدران آن‌ها در گروه درمان شفقت‌محور به ترتیب $16/53 \pm 1/06$ ، $41/67 \pm 5/32$ ، $46/07 \pm 6/84$ ، گروه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر $16/40 \pm 0/98$ ، $41/87 \pm 6/20$ ، $46/67 \pm 6/98$ و در گروه کنترل، $16/53 \pm 1/06$ ، $41/73 \pm 5/39$ ، $47/47 \pm 7/12$ سال بود. دیگر متغیرهای جمعیت‌شناختی در جدول ۲ ارائه شده‌اند. بین سه گروه تفاوت معنی‌داری از نظر مشخصات دموگرافیک وجود نداشت.

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دختران نوجوان افسرده مقطع متوسطه دوم ناحیه ۳ آموزش و پرورش شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ به تفکیک گروه (تعداد هر گروه= ۱۵ نفر)

متغیر	درمان شفقت‌محور	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	گروه کنترل	P
-------	-----------------	----------------------------	------------	---

	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
	۷(۴۶/۷)	۷(۴۶/۷)	۶(۴۰)	علوم تجربی	
۰/۹۶۳	۱(۶/۷)	۲(۱۳/۳)	۲(۱۳/۳)	ریاضی	رشته تحصیلی
	۷(۴۶/۷)	۶(۴۰)	۷(۴۶/۷)	علوم انسانی	
	۴(۲۶/۷)	۴(۲۶/۷)	۳(۲۰)	زیر دیپلم و دیپلم	
۰/۹۷۴	۹(۶۰)	۱۰(۶۶/۷)	۱۰(۶۶/۷)	فوق دیپلم و لیسانس	تحصیلات مادر
	۱(۶/۷)	۱(۶/۷)	۱(۶/۷)	فوق لیسانس	
	۱(۶/۷)	۰	۱(۶/۷)	دکتری	
	۳(۲۰)	۲(۱۳/۳)	۱(۶/۷)	زیر دیپلم و دیپلم	
۰/۷۷۶	۹(۶۰)	۱۱(۷۳/۳)	۱۱(۷۳/۳)	فوق دیپلم و لیسانس	تحصیلات پدر
	۳(۲۰)	۱(۶/۷)	۱(۶/۷)	فوق لیسانس	
	۰	۱(۶/۷)	۲(۱۳/۳)	دکتری	
	۴(۲۶/۷)	۴(۲۶/۷)	۴(۲۶/۷)	۱	
	۷(۴۶/۷)	۷(۴۶/۷)	۶(۴۰)	۲	
۰/۹۸۷	۳(۲۰)	۲(۱۳/۳)	۳(۲۰)	۳	تعداد فرزندان
	۱(۶/۷)	۱(۶/۷)	۱(۶/۷)	۴	
	۰	۱(۶/۷)	۱(۶/۷)	>۴	

* $p < 0.05$ اختلاف معنی دار

پیش‌آزمون گروه کنترل غیرمعنی‌دار است. آزمون لوین نیز حاکی از برابری واریانس خطا (آماره F لوین به ترتیب برای جستجوی معنا ۰/۲۱۶، حضور معنا ۰/۴۴۷ و معنای زندگی کلی ۰/۶۹۰) و غیرمعنی‌دار است. بنابراین، پیش‌فرض برابری واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش تأیید می‌گردد. آزمون ام‌باکس نیز $BoxM=10/339$ ، $F=1/604$ و $p=0/141$ حاکی از رعایت این پیش‌فرض بود.

در جدول ۳ آماره‌های توصیفی معنای زندگی همراه با آزمون شاپیرو ویلک برای بررسی نرمال بودن داده‌ها در مراحل پژوهش ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، تغییرات از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون در مؤلفه‌های جستجوی معنا، حضور معنا و معنای زندگی در هر دو درمان نسبت به گروه کنترل متفاوت است. آزمون شاپیرو ویلک به عنوان شاهدهی از نرمال بودن توزیع داده‌ها به جز در مرحله

جدول ۳- آماره‌های توصیفی متغیرهای جستجوی معنا، حضور معنا و معنای زندگی به تفکیک گروه و مراحل سنجش دختران نوجوان افسرده مقطع متوسطه دوم ناحیه ۳ آموزش و پرورش شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ (تعداد هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	مرحله	درمان شفقت محور	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	کنترل
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
جستجوی معنا	پیش‌آزمون	۱۴/۰۷ ± ۰/۸۵	۱۳/۶۷ ± ۰/۸۴	۱۴/۰۷ ± ۰/۹۷
	پس‌آزمون	۲۲/۶۰ ± ۰/۸۹	۲۴/۱۳ ± ۰/۳۸	۱۲/۴۷ ± ۰/۷۶
حضور معنا	پیش‌آزمون	۱۳/۲۰ ± ۰/۸۹	۱۱/۴۷ ± ۰/۸۶	۱۲/۶۰ ± ۰/۸۵
	پس‌آزمون	۲۲ ± ۰/۶۸	۲۳/۲۰ ± ۰/۶۱	۱۱/۶۰ ± ۰/۶۰
معنای زندگی	پیش‌آزمون	۲۷/۲۷ ± ۱/۵۹	۲۵/۱۳ ± ۱/۴۹	۲۶/۶۷ ± ۱/۷۳
	پس‌آزمون	۴۵/۶۰ ± ۱/۴۱	۴۷/۳۳ ± ۰/۸۹	۲۴/۰۷ ± ۱/۱۸

نوع آزمون: شاپیرو ویلک، * $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

در متغیر معنای زندگی بین درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت‌محور با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازه اثر برابر

پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس، با توجه به تفاوت میانگین‌ها در مرحله پیش‌آزمون و احتمال تأثیرگذاری پیش‌آزمون بر نتایج، تحلیل کواریانس با هدف کنترل اثر پیش‌آزمون انجام گردید (جدول ۴). نتایج حاکی از آن بود که

با ۰/۹۳۶ است؛ به این معنی که ۹۳/۶ درصد تفاوت در معنای زندگی، ناشی از اعمال متغیر مستقل بوده است.

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری بر معنای زندگی دختران نوجوان افسرده مقطع متوسطه دوم ناحیه ۳ آموزش و پرورش شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ (تعداد هر گروه ۱۵ نفر)

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	p	اندازه اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	۵۲۳/۷۹	۱	۵۲۳/۷۹	۶۰/۳۱	* < ۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱
گروه	۵۱۸۷/۳۹	۲	۲۵۹۳/۶۹	۲۹۸/۶۵	* < ۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱
خطا	۳۵۶/۰۷	۴۱	۸/۶۸	-	-	-	-

* < ۰/۰۵ p اختلاف معنی‌دار

و تعهد وجودنگر و درمان شفقت‌محور با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. علاوه بر این، اندازه‌های اثر نشان می‌دهد که ۹۰/۲ درصد تفاوت در مؤلفه جستجوی معنا و ۸۹/۶ درصد تفاوت در مؤلفه حضور معنا، ناشی از اعمال متغیر مستقل بوده است.

برای بررسی تفاوت گروه‌ها در مؤلفه‌های معنای زندگی، از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد (جدول ۵). نتایج نشان داد بین سه گروه در مؤلفه‌های جستجوی معنا و حضور معنا تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($F= ۲/۴۹۳$ ، $p < ۰/۰۰۱$)، $Wilks' \Lambda = ۰/۶۶۵$). همان‌طور که مشاهده می‌شود، در مؤلفه‌های جستجوی معنا و حضور معنا بین درمان پذیرش

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری مؤلفه‌های معنای زندگی دختران نوجوان افسرده مقطع متوسطه دوم ناحیه ۳ آموزش و پرورش شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ (تعداد هر گروه ۱۵ نفر)

نام متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	p	اندازه اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	۴۱/۶۲	۱	۴۱/۶۲	۱۱/۴۵	* ۰/۰۰۲	۰/۲۲	۰/۴۴	
جستجوی معنا	گروه	۱۳۳۹/۱۹	۲	۶۶۹/۵۹	۱۸۴/۲۴	* < ۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱
خطا	۱۴۵/۳۴	۴۰	۳/۶۳	-	-	-	-	
پیش‌آزمون	۱۸/۸۲	۱	۱۸/۸۲	۵/۱۵	* ۰/۰۲۹	۰/۱۱	۰/۱۲	
حضور معنا	گروه	۱۲۶۲/۰۴	۲	۶۳۱/۰۲	۱۷۱/۹۱	* < ۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱
خطا	۱۴۶/۸۲	۴۰	۳/۶۷	-	-	-	-	

* < ۰/۰۵ p اختلاف معنی‌دار

معنای زندگی و دو مؤلفه آن (جستجوی معنا و حضور معنا) را افزایش دهند. همچنین بین دو روش درمانی در مؤلفه حضور معنا و معنای زندگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p \leq ۰/۰۵$) و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر توانسته است حضور معنا و معنای زندگی را بیشتر تحت تأثیر قرار دهد.

به منظور بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت‌محور بر معنای زندگی و مؤلفه‌های آن از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد (جدول ۶). نتایج نشان داد بین درمان‌های پذیرش و تعهد وجودنگر و شفقت‌محور با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد و این دو درمان توانسته‌اند

جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین‌های معنای زندگی و مؤلفه‌های حضور معنا و جستجوی معنا در دختران نوجوان افسرده مقطع متوسطه دوم ناحیه ۳ آموزش و پرورش شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ (تعداد هر گروه ۱۵ نفر)

نام متغیر	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌های تعدیل شده	خطای معیار	p
درمان شفقت‌محور	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	-۱/۱۴	۰/۷۱	۰/۳۵۳	
درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	گروه کنترل	۱۲/۱۲	۰/۷۰	* < ۰/۰۰۱	

درمان شفقت محور	گروه کنترل	۱۰/۹۷	۰/۷۰	* < ۰/۰۰۱
درمان شفقت محور	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	-۲	۰/۷۲	* < ۰/۰۲۵
حضور معنا	گروه کنترل	۱۲/۱۳	۰/۷	* < ۰/۰۰۱
درمان شفقت محور	گروه کنترل	۱۰/۱۲	۰/۷	* < ۰/۰۰۱
درمان شفقت محور	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	-۲/۹۴	۱/۰۸	* < ۰/۰۳۰
معنای زندگی	گروه کنترل	۲۴/۱۳	۱/۰۸	* < ۰/۰۰۱
درمان شفقت محور	گروه کنترل	۲۱/۱۹	۱/۰۷	* < ۰/۰۰۱

* $p < ۰/۰۵$ اختلاف معنی دار

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت محور بر معنای زندگی دختران نوجوان افسرده انجام شد. نتایج از اثربخشی هر دو روش درمانی بر معنای زندگی حمایت می‌کند. در تطابق نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه، به دلیل نوین بودن درمان پذیرش و تعهد وجودنگر، پژوهشی که از نظر موضوعی با این پژوهش تطابق داشته باشد، یافت نشد. تنها پژوهش Ebrahimifar و همکاران [۲۱]، درمان پذیرش و تعهد را با درمان شفقت محور بر معنای زندگی زنان نابارور مقایسه نموده که نتایج حاصل از آن با یافته‌های پژوهش حاضر همسو است؛ البته در پژوهش این محققان بین تأثیر دو درمان تفاوت معناداری وجود نداشت. این عدم همسویی می‌تواند ناشی از اضافه شدن بعد وجودی به درمان پذیرش و تعهد در پژوهش حاضر باشد. همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج حاصل از پژوهش‌های Daneshvar و همکاران [۳۱]، Moghbel و Esfahani و Haghayegh [۲۰]، Tarkhan [۱۹]، Manshey و Javanbakt [۱۸] و Alizadeh و همکاران [۳۲] که اثربخشی درمان‌های شفقت محور، پذیرش و تعهد و درمان وجودی را بر معنای زندگی بررسی نمودند همسو است. در خصوص تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر معنای زندگی می‌توان گفت این درمان تلاش می‌کند پروژه‌هایی را پیگیری کند که فرد متعهد به وجود آن‌هاست؛ این پروژه‌ها به اهداف یا آرمان‌هایی اشاره دارند که فرد جهت تحقق آن‌ها برنامه‌ریزی می‌کند. در رویکرد وجودی، این پروژه‌ها به عنوان مشخصه زندگی فرد و معنایی که فرد در روان خود ایجاد می‌کند شناخته می‌شوند [۳۳]. از طرف دیگر، در این درمان فرض بر این است که هر فرد ارزش‌هایی دارد

که زندگی او را با معنا می‌سازد، اما به دلیل آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای قادر به شناسایی و پیگیری این ارزش‌ها و اهداف سازگار با آن نیست [۱۸]. بنابراین، این درمان با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق شش فرآیند پذیرش، گسلس، خود به عنوان زمینه، بودن در زمان حال، ارزش‌ها و اقدام متعهد، باعث پذیرش تجارب دردناک، شناسایی ارزش‌ها، پیگیری اهداف در جهت ارزش‌ها بدون توجه به محتویات روان‌شناختی آن‌ها [۸] و در نتیجه ایجاد معنا در زندگی می‌گردد. علاوه بر این، به نظر می‌رسد این واقعیت که زندگی به پایان می‌رسد، ارزش یا ارزشمندی و به طور بالقوه معنای نهایی آن را نیز افزایش می‌دهد [۱۱] که این آگاهی در شرکت‌کنندگان از طریق مواجهه با مرگ به عنوان یکی از نگرانی‌های اصلی وجودی در درمان پذیرش و تعهد وجودنگر نیز مد نظر قرار می‌گیرد و می‌تواند یکی دیگر از تبیین‌های تأثیر این درمان بر افزایش معنای زندگی باشد. در تبیین اثربخشی درمان شفقت محور می‌توان بیان نمود، در CFT باورهای اصلی یا طرحواره خاصی هدف قرار نمی‌گیرد، بلکه این درمان به دنبال تغییر جهت‌گیری فرد به سمت خود و روابطش می‌باشد. در این درمان سعی می‌گردد به جای سبک حمله در برخورد با شکست‌ها و موانع، یک پاسخ دفاعی متواضعانه فعال گردد و روشی دلسوزانه و مراقبت‌کننده در مواجهه با پریشانی‌ها جایگزین شود. بنابراین، فرد در برابر موانع و شکست‌ها و ناامیدی و ترس مرتبط با آن، مشفق بودن و غرق شدن در احساسات قلبی را اتخاذ می‌کند و یاد می‌گیرد به جای سرزنش کردن و حمله به خود، بپذیرد، تحمل کند و با آن ترس‌ها مؤثر عمل کند [۳۴]. این عملکرد مهربانانه با خود، توجه و همدلی با اشتباهات، شکست‌ها، نارسایی‌ها و مشکلات و تاب‌آوری روان‌شناختی در مقابل مشکلات و

سختی‌ها، مؤلفه جستجوی معنا در معنای زندگی را در برمی‌گیرد و معنای زندگی را افزایش می‌دهد [۳۳، ۲۳]. همچنین، این درمان با ایجاد روابط جدید با خود و دیگران [۱۷]، پذیرش خود و سازگاری با دنیا، درک دنیای اطراف را افزایش می‌دهد که این افزایش نیز به نوبه خود می‌تواند مؤلفه حضور معنا را تحت تأثیر قرار داده [۲۳] و در نتیجه معنای زندگی را افزایش دهد.

در تبیین تفاوت اثربخشی درمان پذیرش و تعهد وجودنگر با درمان شفقت‌محور بر معنای زندگی می‌توان اشاره نمود که معنا توسط رفتارهای هدف‌محور پرورش می‌یابد و از احساس ارزش داشتن، شایستگی، توجیه‌پذیری خود و هدف ناشی می‌شود. معنا دارای دو بعد است که بعد اول توانایی فهم و درک زندگی فرد شامل خود فرد، دنیای بیرونی و چگونگی سازگاری و عمل در آن می‌باشد و بعد دوم، هدف است که آرزوی بلندمدت و کلان زندگی و فعالیت‌های مرتبط را برمی‌انگیزد [۳۵]. در درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر اقدام متعهد یا همان رفتارهای هدف‌محور تأکید می‌شود و تغییر رفتار با توجه به ارزش‌های انتخابی و اهداف متناسب با این ارزش‌ها و سپس اقدام در راستای تحقق این اهداف مد نظر قرار می‌گیرد [۸]. از طرف دیگر، این درمان به حضور واقعی در هستی کمک می‌کند؛ یعنی به اعضا کمک می‌کند تا با زندگی و پدیده‌های آن ارتباطی واقعی و صادقانه برقرار کنند و به جای تمرکز بر مشکلات بیرونی، بر روابط فعلی‌شان تأکید کنند [۱۱]. بنابراین، معنا و هر دو بعد آن را علاوه بر مواجه کردن فرد با اضطراب مرگ و اشاره به پایان‌پذیری زندگی و افزایش ارزش زندگی تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۱]. بدین ترتیب، درمان پذیرش و تعهد وجودنگر که مبتنی بر شناخت، زبان و مضامین وجودی و درمانی معنا محور است، در مقایسه با درمان شفقت‌محور که یک درمان هیجان‌محور بوده و تنها بعد فهم و درک زندگی متغیر معنا را تحت پوشش قرار می‌دهد [۱۷]، مؤثرتر می‌باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش عدم اجرای دوره پیگیری به منظور بررسی تداوم اثربخشی درمان‌های مورد استفاده می‌باشد. وجود دوره پیگیری و بررسی اثربخشی این دو درمان در طی زمان، تصویر روشن‌تری از اثربخشی آن‌ها ارائه می‌دهد.

همچنین این پژوهش فقط بر روی دختران نوجوان ۱۵ تا ۱۹ ساله اجرا شد؛ بنابراین در تعمیم نتایج به نوجوانان پسر یا سنین پایین‌تر و بالاتر باید احتیاط نمود. نیمه‌آزمایشی بودن و عدم مقایسه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر با درمان‌های دیگر، از محدودیت‌های این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، اثربخشی این بسته درمانی در مقایسه با درمان‌های دیگر و بر نوجوانان پسر و نمونه‌های بالینی دیگر، به منظور تأیید اثربخشی این بسته درمانی نوین بررسی گردد. علاوه بر این، از مصاحبه که اطلاعات عمیق‌تری فراهم می‌نماید و روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش، درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت‌محور بر ارتقای معنای زندگی مؤثر می‌باشند. با توجه به شیوع بالای افسردگی در دختران نوجوان، توصیه می‌شود درمانگران و روان‌شناسان درگیر در درمان افسردگی نوجوانان، این درمان‌ها را جهت ارتقای معنای زندگی و در نتیجه، کاهش افسردگی در سطح مدارس و مراکز مشاوره و روان‌شناختی استفاده نمایند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

سهم نویسندگان

مقاله حاضر از رساله دکتری زهرا محمدی استخراج شده است. زهرا محمدی در طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و نگارش اولیه مقاله؛ سید حمید آتش‌پور در راهنمایی، مفهوم‌پردازی، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری مقاله و محسن گل‌پرور در ارائه مشاوره، روش پژوهش و ویرایش نهایی مقاله نقش داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر به دلیل همکاری آن‌ها در اجرای مطالعه، کارکنان امور پژوهشی آموزش و پرورش اصفهان و فرهنگیان مدارس که با همکاری

خود زمینه جذب مراجعین و امکان اجرای این پژوهش را فراهم نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمائیم.

References

1. López-Mora C, González-Hernández J. "My life is not going to have any meaning." Personality and vulnerability to depression in Spanish youth. *Annals of Psychology* 2021 Jan 1; 37(1):35-43.
2. Avenevoli S, Swendsen J, He JP, Burstein M, Merikangas KR. Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: Prevalence, correlates, and treatment. *JAACAP* 2015; 54(1):37-44.
3. Botor N. Hope and meaning in life as predictors of depression in a group of selected Filipino adolescents. *PAHESCU* 2015; 14.
4. Ho MY, Cheung FM, Cheung SF. The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences* 2010; 48(5):658-63.
5. Ahmadi S, Heidari M, Bagherian F, Kashfi A. Adolescence and the development of meaning: Comparing the sources and dimensions of the meaning in life in adolescent girls and boys. *JCPS* 2016; 23(6): 149-177. [Persian]
6. Dhami P, Atluri S, Lee JC, Knyahnytska Y, Croarkin PE, Blumberger DM, et al. Prefrontal cortical reactivity and connectivity markers distinguish youth depression from healthy youth. *Cerebral Cortex* 2020; 30(7):3884-94.
7. Dunn BD, Roberts H. Improving the capacity to treat depression using talking therapies: Setting a positive clinical psychology agenda. *The Wiley handbook of positive clinical psychology*. 1nd ed. New York: John Wiley & Sons; 2016.
8. Hussein A. ACT and Existential Therapy. *Contemporary Psychotherapy* 2020; 12(1): 1-13.
9. Shumaker D. An existential-integrative treatment of anxious and depressed adolescents. *JHP* 2012; 52(4):375-400.
10. Lybbert R, Ryland S, Bean R. Existential interventions for adolescent suicidality: Practical interventions to target the root causes of adolescent distress. *Children and Youth Services Review* 2019; 100:98-104.
11. Yalom, I. Existential psychotherapy. 1nd ed. New York: Basic Books; 1980.
12. García-Montes JM, Pérez-Álvarez M. Exposition in existential terms of a case of "negative schizophrenia" approached by means of Acceptance and Commitment Therapy. *IJEPP* 2010; 3(1): 1-18.
13. Madison G. The palpable in existential counselling psychology. *Counselling Psychology Review* 2014; 29(2):25-33.
14. Spinelli E. An existential challenge to some dominant perspectives in the practice of contemporary counselling psychology. *Counselling Psychology Review* 2014; 29(2):7-14.
15. Rainer JP, Gay J. Bridging the gap between existential/experiential psychotherapies and ACT (acceptance and commitment therapy). *Psychology Research* 2013; 3(9):485
16. Ramsey-Wade C. Acceptance and commitment therapy: An existential approach to therapy?. *Existential Analysis* 2015; 26(2).
17. Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment* 2011; 12(2):128-39.
18. Manshey G, Javanbakht Z. The effectiveness of acceptance and commitment based treatment on meaning of life and feeling lonely of adolescents in the alternative care center. *Quarterly journal of Social work* 2016; 5 (4):32-39. [Persian]
19. Tarkhan, M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Emotion Regulation and Life Meaning of Depressed Women. *Psychology Studies* 2017; 13(3):147-164. [Persian]
20. Moghbel Esfahani S, Haghayegh S A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Resilience, Meaning in Life, and Family Function in Family Caregivers of Patients with Schizophrenia. *Internal Medicine Today* 2019; 25 (4):298-311. [Persian]
21. Ebrahimifar M, Hosseinian S, Saffariyan Tosi MR, Abedi MR. To Compare of the Effectiveness of training based on "Acceptance and Commitment Therapy" and "Compassion Focused Therapy" on Self-efficacy, Quality of Relations and Meaning in Life in Infertile Women. *JHPM* 2019; 8(3):10-18. [Persian]
22. Auerbach RP, Admon R, Pizzagalli DA. Adolescent depression: stress and reward dysfunction. *Harvard Review of Psychiatry* 2014; 22(3):139-148
23. Brassai L, Piko BF, Steger MF. Meaning in life: Is it a protective factor for adolescents' psychological health?. *IJBM* 2011; 18(1):44-51.

24. 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.
25. Saedi F, Khanjani Z. A comparative study of three attachment styles (safe, double-minded, avoidant) in adolescents with internalizing symptoms of depression and anxiety. JWFS 2018; 10(38): 137-154. [Persian]
26. Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M. The meaning in life questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life. Journal of Counseling Psychology 2006; 53(1):80.
27. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. QRJ 2001; 1(3):385-405.
28. Ranjbarkohan Z, Nouri H. Theoretical foundations and principles of compassion-focused therapy. Tehran: Nahr Publication. 2017. [Persian]
29. Habibi, M., Hamediniya, E., Asgarinejad, F., Kholghi, H. Psychometric Properties of Kutcher Adole Csent's Depression Scale. AEP 2016; 2(2): 15-28. [Persian]
30. Mesrabadi J, Jafariyan S, Ostovar N. Discriminative and construct validity of meaning in life questionnaire for Iranian students. IJBS 2013; 7(1):83-90. [Persian]
31. Daneshvar S, Shafiei M, Basharpour S. Group-based Compassion-focused Therapy on Experiential Avoidance, Meaning-in-life, and Sense of Coherence in Female Survivors of Intimate Partner Violence with PTSD: A Randomized Controlled Trial. JIV 2020;37(7,8):1-25.
32. Alizadeh S, Taklavi S, Alilou MM, Feizipour H. The Effectiveness of Existential Therapy on Death Anxiety and Meaning of Life in Recovered Patients of Covid-19. Studies in Medical Sciences 2021; 32(5):388-98.[Persian]
33. Zieske C. A Brief History and Overview of Existential-Phenomenological Psychology. AJUR 2020; 17(2):45-58.
34. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. Clinical Psychology & Psychotherapy 2006; 13(6):353-79.
35. Steger MF. Making meaning in life. Psychological Inquiry 2012; 23(4):381-5.

A Comparison of the Effect of Existentialism Acceptance and Commitment Therapy and Compassion-Focused therapy on Meaning in the Life of Depressed Adolescent Girls

Mohammadi Z¹, Atashpour H², Golparvar M²

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

2- Associate Prof, Dept of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

Email: hamidatashpour@gmail.com, Tel: 031-35354001-9

Received: 6 November 2021

Accepted: 5 October 2022

Introduction: Depression is a common psychiatric disorder in adolescent girls, and lack of meaning in the life is an effective factor in its occurrence. Thus, this study is conducted to compare the effectiveness of existentialism acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy on meaning in the life of depressed adolescent girls.

Materials and Methods: The statistical population of this semi-experimental study included depressed adolescent girls in Isfahan in 2021. Among them, 45 people were selected by the purposive sampling method and randomly assigned to two experimental and one control group. Subjects completed the Steger Life Meaning Questionnaire. The experimental groups underwent ten sessions of the two therapies. Further, data were analyzed using univariate, multivariate analysis of covariance and the Bonferroni post-hoc test. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The results showed that both therapies significantly increased the life meaning, as well as two components of its search and presence ($p < 0.05$). In addition, a significant difference was observed between the two therapy methods concerning the meaning of life ($p < 0.05$); thus, existentialism acceptance and commitment therapy had a greater increasing effect on the meaning of life.

Conclusion: The findings of this study were experimental support for these two therapies to increase the meaning of life in depressed adolescent girls. Awareness of psychotherapists of these approaches in the health field can help overcome depression and experience a meaningful life.

Keywords: Existentialism Acceptance and Commitment Therapy, Compassion-focused Therapy, Meaning in Life, Adolescent, Depression

Please cite this article as follows:

Mohammadi Z, Atashpour H, Golparvar M. A Comparison of the Effect of Existentialism Acceptance and Commitment Therapy and Compassion-Focused therapy on Meaning in the Life of Depressed Adolescent Girls. *Community Health journal* 2023; 16 (4): 26-37.

Funding: This research was not funded by any organization.

Conflict of Interest: None declared.

Ethical Approval: The ethics committee of the Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, approved the study. (IR.IAU.KHUISF.REC.1399.202)