



Comparison of Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Difficulty in Regulating Emotion in Female Students with Oppositional Defiant Disorder

Zohreh Jalali¹, Parviz Asgari^{2*}, Ali Reza Hedarei²
Behnam Makvandi²

1. Ph.D. Candidate, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Citation: Jalali, Z., Asgari, P., Hedarei, A. R., & Makvandi, B. (2021). Comparison of effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on difficulty in regulating emotion in female students with oppositional defiant disorder. *Journal of Woman and Culture*, 12(48), 55-68.

DOR: 20.1001.1.20088426.1400.12.48.5.0

ARTICLE INFO

Received: 03.01.2021
Accepted: 11.05.2021

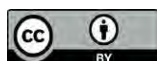
Corresponding Author:
Parviz Asgari

Email:
Askary47@yahoo.com

Keywords:
Compassion-focused therapy
Acceptance and commitment therapy
Emotion regulation difficulty
Oppositional defiant disorder

Abstract

The aim of the present study was to compare the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on emotion regulation difficulty in high school girl students with oppositional defiant disorder. The statistical population included all high school girl students in Ramhormoz city in the academic year of 2018-2019. Subjects were selected by random sampling method from girls high schools in Ramhormoz city. The research method was an experimental with pre-test, post-test and control group design. The sample number for each group was about 20 subjects with oppositional defiant disorder. Therapeutic methods at both levels of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy were considered as independent variables and emotion regulation difficulty as a dependent variable. Emotion regulation difficulty scale (Gertz & Romer, 2004) was implemented to collect data. The first experimental group was treated with compassion-focused therapy of Gilbert (2014) and the second experimental group was treated with acceptance and commitment therapy of Hayes & et al. (2012). Compassion-focused therapy sessions were performed in 8 sessions of 90 minutes once a week and acceptance and commitment therapy was performed in 8 sessions of 90 minutes once a week. Multivariate and univariate analysis of covariance and Ben Foroni post hoc test were used data were analyzed using SPSS software version 24 and the significance level was equal/less than 0.05. The results showed the efficacy of both therapies on emotion regulation difficulty in female high school students with oppositional defiant disorder and the superiority of acceptance and commitment therapy over compassion-focused therapy.



Extended Abstract

Introduction: Oppositional Defiant Disorder (ODD) is a behavioral disorder in the children. It is crucial due to it may cause cognitive defiance, mood irritability, hostility, impulsivity, and inability to control emotion regulation in children. Two common therapies were suggested as effective treatments: compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy. Compassion-focused therapy could be effective on the desire of the individuals for helping the others and create inner peace and a sense of security. Acceptance and commitment therapy also could be effective to control emotion dimension and anxiety in people who have ODD disorder. The aim of the present study was to compare the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on emotion regulation difficulty in high school female students with oppositional defiant disorder.

Methods: The statistical population included all high school girl students in Ramhormoz city in the academic year of 2018-2019. Subjects were selected by random sampling method from girl high schools in Ramhormoz city. The research method was an experimental with pre-test, post-test and control group design. The sample number for each group was about 20 subjects with oppositional defiant disorder. Therapeutic methods at both levels of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy were considered as independent variables and emotion regulation difficulty as a dependent variable. Emotion regulation difficulty scale (Gertz & Romer, 2004) was implemented to collect data. The first experimental group was treated with compassion-focused therapy of Gilbert (2014) and the second experimental group was treated with acceptance and commitment therapy of Hayes & et al. (2012). Compassion-focused therapy sessions were performed in 8 sessions of 90 minutes once a week and acceptance and commitment therapy was performed in 8 sessions of 90 minutes once a week. Multivariate and univariate analysis of covariance and Ben Foroni post hoc test were used data were analyzed using SPSS software version 24 and the significance level was equal/less than 0.05.

Results: The results indicated that compassion-focused therapy was significantly effective on emotion regulation difficulty in high school girl students with oppositional defiant disorder. The finding also showed that acceptance and commitment therapy had significant effect on the emotion regulation difficulty in high school girl students with oppositional defiant disorder. Finally, the results revealed that there was significant difference between compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy efficacy on emotion regulation difficulty in high school girl students with oppositional defiant disorder and the superiority of acceptance and commitment therapy over compassion-focused therapy.

Conclusion: The results showed the efficacy of both therapies on emotion regulation difficulty in female high school students with oppositional defiant disorder and the superiority of acceptance and commitment therapy over compassion-focused therapy. To explain the finding of the research it could be discussed that due to emotional and impulsive characteristics of children with ODD, coherence and adaptive regulation and management of emotion in these individuals which were caused by the applied therapies



led them to moderate negative and positive feelings and better understanding of the situation so, they could learn how to manage their emotions. Considering the results of the research it could be concluded that acceptance and commitment therapy should be applied to those children with ODD to help them to reduce their emotion regulation difficulty.

Author Contributions: Zohreh Jalali: general framework planning, content editing and analyzing, submission and correction. Dr. Parviz Asgari: collaboration in general framework planning, selection of approaches, final review and corresponding author. Dr. Ali Reza Hedarei and Dr. Behnam Makvandi: designation and implementation of approaches and conclusion. All authors reviewed, reviewed and approved the final version of the article. This article was extracted from PhD dissertation of Zohreh Jalali, supervised by Dr. Parviz Asgari and the counseling advisory of Dr. Alireza Hedarei and Dr. Behnam Makvandi.

Acknowledgments: The authors thank all individuals who have helped us in this research.

Conflicts of Interest: The authors declared there is no conflicts of interests in this article.

Funding: This article did not receive any financial support.



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر دشواری تنظیم هیجان در دانش آموزان دختر دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای

زهره جلالی^۱، پرویز عسگری^{۲*}، علیرضا حیدرئی^۲، بهنام مکوندی^۲

۱. دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روش درمانی مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر دشواری تنظیم هیجان در دانش آموزان دختران دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. جامعه آماری شامل تمام دختران دبیرستانی شهرستان رامهرمز در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که از بین کلیه مدارس دخترانه جامعه مذکور، دانش آموزان دختری که طبق نظر متخصصین مراکز مشاوره آموزش و پرورش تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای گرفته بودند، تعداد ۶۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. هر گروه شامل ۲۰ نفر بود. طرح پژوهش تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ابزار مورد استفاده مقیاس دشواری در تنظیم هیجان گرتز و روئمر (۲۰۰۴) بود. روش‌های مداخله برای گروه اول آزمایشی درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت (۲۰۱۴) و گروه دوم آزمایشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش هیز و همکاران (۲۰۱۲) بود که هر کدام از درمان‌ها در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای یک بار اجرا شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس یک‌متغیره و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر متغیر دشواری تنظیم هیجان در دختران دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای تاثیر داشت و نتایج حاکی از برتری روش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کنترل بهتر هیجان بود.

کلیدواژگان: درمان مبتنی بر شفقت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دشواری تنظیم هیجان، اختلال نافرمانی مقابله‌ای

مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای (Oppositional Defiant Disorder (ODD)) از جمله رایج‌ترین اختلالات رفتاری است که در کودکی بروز می‌کند (Rouhani & Izadi, 2021) و به عنوان اختلال خطرناک محسوب می‌شود، زیرا در

بسیاری از کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای نقیص شناختی، اجتماعی و اختلال رفتاری همانند سایر انواع اختلالات رفتاری دیده می‌شود و هم‌چنین یکی از رایج‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در بین مراجعان به مراکز درمانی روان‌شناسی و روان‌پزشکی است (Keenan, 2012). پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5))، اختلال نافرمانی مقابله‌ای را الگوی از عصیان/تحریک‌پذیری خلق، رفتار چالشی/مقابله‌ای یا کینه‌جویانه معرفی می‌کند و ملاک‌های اختلال مذکور، باید حداقل هر هفته یکبار به مدت ۶ ماه دوام داشته باشد. این ملاک‌ها با این توصیف می‌باشند که افراد مبتلا اغلب خلق‌شان پایین است، به آسانی پرخاشگر می‌شوند، اغلب عصبانی‌اند، با مراجع قدرت درگیرند و بحث می‌کنند، به صورت فعالانه‌ای نافرمان و لجباز هستند، اغلب به طور عمدی دیگران را ناراحت می‌کنند، دیگران را به خاطر بدرفتاری و اشتباهات خودشان، سرزنش می‌کنند، غرض‌ورز و کینه‌جو هستند. هم‌چنین در این مدت باید عملکرد اجتماعی فرد دچار مشکل شده باشد و به صورت غیرطبیعی پایین آمده باشد. نشانه‌های این اختلال اغلب بخشی از یک الگوی تعاملی آسیب‌دیده در ارتباط با دیگران است. هم‌چنین این کودکان توجهی به رفتارهای منفی گریانه، کینه‌توزانه و پرخاشگرانه خود ندارند و در مقابل، رفتارهایشان را توجیهی برای خواسته‌ها و شرایط غیرمنطقی زندگی می‌دانند (American Psychiatric Association, 2013). نرخ اختلال نافرمانی مقابله‌ای ممکن است بسیار وابسته به جنس کودک باشد. تا قبل از نوجوانی، شیوع آن در پسران بیشتر از دختران است. اختلال نافرمانی مقابله‌ای، بیشترین شیوع را در خانواده‌هایی دارد که والدین یا مراقبین آن‌ها، پاسخ‌دهنده، و حساس نبوده یا در مراقبت از کودک اهمال می‌کنند (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2007). افراد با نافرمانی مقابله‌ای، به طور قابل توجهی روابطشان با والدین، معلمان و همسالان تخریب شده است. این کودکان، نه تنها در مقایسه با همسالان شان دارای اختلال هستند، بلکه بیش از ۲ انحراف استاندارد پایین‌تر از مقیاس درجه‌بندی برای سازگاری اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی می‌باشند. آن‌ها هم‌چنین آسیب اجتماعی بیشتری را نسبت به کودکان با اختلال دوقطبی، افسردگی و اختلال اضطرابی نشان می‌دهند (Hamilton & Armando, 2008). استراتژی‌های تنظیم هیجان (excitement regulation) بر رشد شخصیتی، هیجانی، شناختی و اجتماعی دلالت دارند. مفهوم تنظیم هیجان بسیار گسترده است و حوزه وسیعی از فرایندهای روان‌شناختی، رفتاری و شناختی را دربرمی‌گیرد. تنظیم‌شناختی هیجان به تاکتیک‌های شناختی اطلاق می‌شود که افراد استفاده می‌کنند تا واکنش‌های هیجانی شان را اصلاح و تعدیل کنند. تنظیم شناختی هیجان می‌تواند به عنوان مدیریت اطلاعات برانگیخته شده هیجانی با راهبردهای شناختی هشیار تعریف شود (Thompson, Dizeñ & Berenbaum, 2009). مداخله‌های مبتنی بر شفقت (Compassion Focused Therapy (CFT)) و پذیرش و تعهد درمانی (Acceptance and Commitment Therapy (ACT)) تأثیر معناداری بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای داشته است. با این وجود، برنامه‌های آموزش مدیریت والدین نیز هنگامی اثربخشی بیشتری دارند که والدین برای مداخله آمادگی کامل داشته باشند و مهارت و توانایی لازم جهت آموزش به فرزندان خود در جهت کاهش رفتارهای اغتشاش‌گر را داشته باشند (Gloster, Klotsche, Ag-geler, Geisser, Juillerat & et al., 2019).

درمان متمرکز بر شفقت یک سیستم روان‌درمانی است که (Gilbert 2014) آن را ابداع و تدوین کرد. یکی از موضوعات این رویکرد استفاده از آموزش ذهن مشفق برای یاری رساندن به افراد و ایجاد ملایمت درونی، امنیت و تسکین از طریق شفقت به خود و دیگران است (Gooding, Stedmon & Crix, 2019). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز ریشه در یک نظریه‌ی فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌باشد (Weitmann, 2006). تربیت ناصحیح منجر به شدت یافتن اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان می‌شود، لذا پیشگیری از تربیت غلط و

ارتقاء و بهبود شرایط فرزندپروری نیز در خط مقدم مداخله‌های پیشگیرانه قرار دارد. هم‌چنین دارو درمانی در کنار آموزش والدین بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیرگذار بوده است (Gado, Gilbert, Read & Goss, 2014). بسیاری از روان‌شناسان تلاش کرده‌اند که یک مفهوم‌سازی جایگزین از نگرش سالم در مورد رابطه فرد با خودش ایجاد کنند. یکی از مفاهیم جایگزین، خودشفقت‌ورزی است که از فلسفه بوداییسم می‌آید (Neff, 2003). شفقت‌به‌خود با تأکید بر جنبه‌های همگانی و مشترک تجارب زندگی، شباهت‌های افراد را به هم بیشتر از تفاوت آن‌ها بزرگ می‌کند. در تعاریف ارائه شده از شفقت به چندین فرایند اشاره شده که عبارتند از: توجه ذهن آگاهانه نسبت به رنج و آگاهی از آن، درک شناختی و هیجانی از رنج و دلایل آن، انگیزه باقی ماندن در حالت گشودگی نسبت به رنج با هدف آرزوی التیام بخشیدن به آن‌ها (Gilbert, 2015). به اعتقاد (Neff, 2008)، سازه خودشفقت‌ورزی نمایانگر گرمی و پذیرش جنبه‌هایی از خود و زندگی است که خوشایند بوده و شامل سه عنصر اصلی می‌باشد. اول، هر زمان که فرد متوجه ناکارآمدی خود می‌شود و از آن رنج می‌برد. دوم، حسی است از ویژگی مشترک انسانی و تشخیص این امر که درد و شکست جنبه‌های غیرقابل اجتناب مشترک در تجربه همه انسان‌هاست. نهایتاً، خودشفقت‌ورزی معرف آگاهی متعادل نسبت به هیجان‌ات خود است و این شامل توانایی مواجهه با افکار و احساسات رنج آور بدون بزرگ‌نمایی و یا احساس غم و تأسف برای خود می‌شود (Neff, 2008). در پژوهش (Ghadampour & Mansouri, 2018)، اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش میزان خوشبینی و شفقت‌به‌خود دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بررسی شد. نتایج افزایش معناداری را در خوش‌بینی و شفقت‌به‌خود بعد از دریافت آموزش نشان دادند. (Ghasemi, Goudarzi & Ghazanfari, 2019) به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نظم‌جویی شناختی هیجان، مهارت‌های ذهن آگاهی و آمادگی برای تجربه شرم و گناه افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی پرداختند، نتایج نشان داد که این درمان اثربخش بود.

درمان دیگری که بر هوشیاری فراگیر همراه با گشودگی بر پذیرش تأکید می‌کند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در این درمان بعد هیجانی اختلالات اضطرابی نادیده گرفته شده است، از دیگر سو، آشکار است که ویژگی شفقت‌به‌خود مؤلفه شناختی نیرومندی دارد و از نگرش‌های منفی نسبت به خود و دیگران تأثیر می‌پذیرد (Basharpoor & Issazadegan, 2013). روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سال ۱۹۱۶ توسط Hayes ایجاد شد. در این درمان به جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. (Gloster & et al (2019). در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب تنظیم استرس و هیجان‌ات در دانش‌آموزان شده است. هم‌چنین (Balkis & Duru, 2017) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ترس اجتماعی دانشجویان، درمان پذیرش و تعهد را انجام دادند، نتایج حاکی از اثربخشی این درمان بر تمام دانشجویان بود. اصول زیربنایی این درمان شامل پذیرش و عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل است. صورت جلسات تدوین شده برای تولید عمل متعهدانه شامل کارهای درمانی، تمرین و تکالیفی است که به اهداف بلندمدت و کوتاه مدت «تغییر رفتار» و «سازگاری با شرایط» مرتبط هستند (Gilbert, 2015). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شامل ۶ فرایند: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، می‌باشد (Heshmati, Saed, Mohammadi, Zenoozian & Yousefi, 2018). در این درمان سعی می‌شود مراجع پذیرش روانی در مورد تجارب ذهنی‌اش داشته باشد، سپس بر آگاهی روانی فرد از لحظه‌ی اکنون و حال افزوده می‌شود، بعد به مراجع آموخته می‌شود که خود را از این تجارب رها سازد، و در مرحله بعد، از تمرکز مفرط فرد بر خود تجسمی‌اش کاسته می‌شود. در مرحله بعد، ارزش‌های افراد برایشان روشن‌سازی می‌شود، و در نهایت ایجاد انگیزه در جهت عمل متعهدانه در قبال ارزش‌های مشخص شده برای فرد اعمال می‌شود (Gado & et al., 2014). Esmaeili, Amiri, Abedi & Molavi (2018) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که اثربخشی

مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان مؤثر بود. در کل درمان پذیرش و تعهد به تغییر افکار و احساسات نمی‌پردازد، بلکه افراد را به پذیرش و آگاه بودن، و مشاهده‌گر بودن نسبت به خود می‌رساند (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012).
با توجه به پیشینه‌ها و مطالب ارائه شده هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری تنظیم‌هیجان دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شهرستان رامهرمز بود.

روش

طرح پژوهش، جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر تجربی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دبیرستانی دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای شهرستان رامهرمز بودند. روش نمونه‌گیری اینگونه بود که از بین کلیه مدارس شهرستان رامهرمز، دانش‌آموزان دختری که طبق نظر متخصصین مراکز مشاوره آموزش و پرورش تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای گرفته بودند، تعداد ۶۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند و هر گروه شامل ۲۰ نفر بود.

روش اجرا

در پژوهش حاضر، گروه‌های آزمایشی و کنترل به روش تصادفی ساده معادل شدند و قبل از مداخله‌های درمانی، در مورد گروه‌های آزمایشی، ابتدا مرحله پیش‌آزمون با تکمیل دشواری تنظیم‌هیجان توسط دانش‌آموزان اجرا گردید. پس از آن برای آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی جلسات درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش انجام پذیرفت، در حالی که برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. اجرای جلسات درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، برای هر کدام از درمان‌ها در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای یک بار اجرا گردید. پس از انجام مداخلات، پس از آزمون از گروه‌های آزمایش و کنترل گرفته شد. سپس داده‌های جمع‌آوری شده مورد تحلیل قرار گرفتند.

Tabel 1.

Summary of compassion focused therapy sessions (Gilbert, 2014)

جلسه	شرح جلسات
اول	آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.
دوم	توضیح و تشریح شفقت و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد، آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.
سوم	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت‌ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند.
چهارم	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان شفقت‌ورز یا (غیر شفقت‌ورز) با توجه به مباحث آموزشی، کاربرد تمرینهای پرورش ذهن شفقت‌ورز، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران.

- پنجم** آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره.
- ششم** آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، رفتار شفقت ورز، تصویربرداری شفقت ورز، احساس شفقت ورز و ادراک شفقت ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت.
- هفتم** پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، شفقت ورز و رفتار شفقت ورز، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه، آموزش تکنیک‌های تصویربرداری ذهنی شفقت‌ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک و ذهن آگاهی.
- هشتم** جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا.

Tabel 2.
Summary of acceptance & commitment based therapy sessions (Hayes & et al., 2012)

جلسه	محتوی	تکلیف
اول	خوش‌آمدگویی و معارفه‌ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه، دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند، بیان تجارب مشابه قبلی، بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است. از جمله: به موقع آمدن- عدم غیبت (وقت‌شناسی) انجام تکالیف.	
دوم	توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان‌شناختی احساس می‌شود؟، ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی.	ارائه تکلیف در زمینه پذیرش خود و احساسات ناشی از مشکل.
سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل، صحبت درباره احساسات و افکار اعضای گروه، آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن‌ها را بپذیرند، آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات.	ارائه تکلیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می‌پذیریم؟
چهارم	بررسی تکالیف، ارائه تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس، ارائه‌ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر، تأکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار، تأکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر.	ارائه تکلیف رویدادهای زندگی (آزار دهنده) را به نوعی دیگر نگاه کنیم و مشکل خود را پایان کار نبینیم و آن را فقط به عنوان یک بیماری تصور کنیم نه بیشتر.
پنجم	بررسی تکالیف، آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم را بپذیریم، شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند.	ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت.

ششم	ارائه بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضای گروه جهت برون‌ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل، آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان.	ارائه تکنیک توجه انتخابی برای افکار خودآیند منفی، تمرین مجدد ذهن‌آگاهی.
هفتم	ارائه بازخورد و جستجوی مسایل حل نشده در اعضای گروه، شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف، به گونه‌ای که مناسب‌تر باشد نه عملی‌تر.	ارائه تکلیف جست‌وجو در مورد مشکلات خود.
هشتم	بررسی تکالیف، جمع‌بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره، ارائه بازخورد به اعضای گروه، قدردانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات، اجرای پس‌آزمون.	

ابزار سنجش

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (Emotion Regulation Difficulty Scale): این مقیاس توسط (Gertz & Romer, 2004)

طراحی شد و ۳۳ گویه‌ای است و برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانی از لحاظ بالینی تدوین شده است. نمره گذاری در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد. یک به معنای تقریباً هرگز، دو به معنای گاهی اوقات، سه به معنای نیمی از مواقع، چهار به معنای اکثر اوقات و پنج به معنای تقریباً همیشه. این مقیاس جنبه‌های مختلف اختلاف در تنظیم هیجانی را می‌سنجد. سؤالات ۷، ۳، ۲، ۱، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره گذاری معکوس می‌باشند. نمرات بالاتر به معنای دشواری بیشتر در تنظیم هیجانی می‌باشند. حداقل امتیاز ممکن ۳۳ و حداکثر ۱۸۰ خواهد بود. نمره بین ۳۳ تا ۷۲ بیانگر دشواری در تنظیم هیجان در حد پایین است. نمره بالاتر از ۱۰۸ بیانگر دشواری در تنظیم هیجان در حد بالا می‌باشد. این مقیاس از همسانی درونی بالایی، ۰/۹۰ برخوردار می‌باشد. بر اساس داده‌های حاصل از پژوهش (Azizi, Mirzaei & Shams, 2010) میزان آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۰ برآورد شد. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی مقیاس دشواری در تنظیم هیجان از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل مقیاس برابر ۰/۸۵ به دست آمد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری، مانند میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش ارائه شده است.

Table 3.

The mean and standard deviation of dependent variables in pre-test & post-test stage

Variable	Group	Pre-test		Post-test	
		Mean	SD	Mean	SD
Emotion regulation difficulty	Compassion focused therapy	112.75	17.79	88.30	9.57
	Acceptance & commitment based therapy	120.75	12.61	77.35	11.69
	Control	117.35	14.47	113.85	17.19

داده‌های جدول ۳، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی مفروضه‌های آن پرداخته شد. بدین منظور نرمال بودن داده‌ها، به واسطه

عدم معنی‌دار بودن Z کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که متغیر دشواری تنظیم‌هیجان از توزیع بهنجار بودن تبعیت می‌کند ($Z=0/161$ و $P=0/186$). همچنین، برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که تحلیل واریانس استفاده شد که ($F=2/469$ و $p=0/094$) به دست آمد. همچنین، به منظور بررسی مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که ($F=3/312$ و $p=0/219$) به دست آمد. طبق یافته‌های به دست آمده می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش

فرضیه ۱: درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری تنظیم‌هیجان دانش‌آموزان دختر دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای اثربخش هستند.

فرضیه ۲: بین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری تنظیم‌هیجان دانش‌آموزان دختر دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت وجود دارد.

Table 4.

Results of the analysis of covariance (ANCOVA) on scores post-test of the emotion regulation difficulty

	Sum of squares	df	Mean squares	F	Sig.	Partial Eta square
Emotion regulation difficulty	14120.708	2	7060.354	40.153	0.001	0.589

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، متغیر دشواری تنظیم‌هیجان بین گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و کنترل تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود. بنابراین حداقل یکی از مداخله‌ها بر متغیر وابسته تأثیر معنی‌داری دارد. جهت پی‌بردن به اینکه کدام مداخله مؤثر بوده و بین مداخله‌های مختلف تفاوت معنی‌دار وجود دارد، از نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

Table 5.

Results of Benferoni post hoc test to compare the difference of mean means of motion regulation difficulty in experimental and control groups in the post-test stage

Variable	Groups	Mean difference	Standard error	Sig
Emotion regulation difficulty	CFT-CON	25.12	4.22	0.001
	ACT-CON	36.81	4.22	0.001
	CFT-ACT	11.69	4.22	0.026

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌گردد، درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش دشواری تنظیم‌هیجان مؤثر بود. به علاوه، این یافته نشان داد که بین گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش دشواری تنظیم‌هیجان تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

طبق یافته تحقیق حاضر فرضیه اول مبنی بر اثربخش بودن درمان‌های مبتنی بر شفقت و پذیرش و تعهد بر دشواری هیجان تأیید شد. این نتیجه با تحقیقات Ghadampour & Mansouri (2018) و Esmaeili & et al. (2018). همسو بود. در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت که انسجام و تنظیم و مدیریت سازگارانه هیجان باعث می‌گردد افراد احساسات منفی و مثبت را تعدیل کنند و موقعیت را بهتر درک کنند و یاد بگیرند چگونه هیجان‌های خود را مدیریت کنند و این سازمان‌دهی ظرفیت روانی، ذهنی و رضایت از زندگی افراد را ارتقا می‌دهد. می‌توان گفت که در همین راستا Neff (2003) بیان می‌کند که هشیاری، قراردادن افکار و احساسات در حالت تعادل و پرهیز از همانندسازی و تخلیه افراطی، خودتنظیمی در ابعاد مختلف را موجب می‌شود. آموزش شفقت خود در این افراد سبب رشد هوشمندانه و توانایی به تعویق انداختن احساسات ناخوشایند، توانایی درگیر شدن یا گریز از یک هیجان منفی به صورت مناسب، توانایی کنترل عاقلانه هیجان‌ها شده و با تعدیل هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های خوشایند سبب تعدیل تنظیم هیجان‌های این افراد شده است. تلاش برای آگاهی از هیجان‌ها و توسعه چشم‌انداز شخصی از هیجان‌ها، خودآگاهی و ذهن‌آگاهی را افزایش می‌دهد و سبب می‌شود که افراد خودآگاهی بیشتری را به دست آورند و بر خود کنترل مناسب‌تری داشته باشند و افکار خودسرزنش‌گری و احساسات ناخوشایند کمتری داشته باشند. بنابراین آموزش شفقت خود در افراد می‌تواند موجب انسجام هیجانی، تطبیق رفتارهای سازشی جدید و ارزیابی هیجان‌های مثبت و منفی شود و در کل نظم جویی هیجانی را بهبود بخشد.

هم‌چنین در درمان مبتنی بر پذیرش فرد با گسلس شناختی می‌تواند درک کند، افکاری که دائماً در ذهن او پدید می‌آیند چیزی جز کلمات و تصاویر نیستند و نباید به آن‌ها به عنوان وقایع حتمی و وحشتناک نگاه کرد. فرایند پذیرش به فرد کمک می‌کند تا در هر لحظه از هیجان‌ها و افکار مختلف در ذهنش آگاه باشد و به آن‌ها رخصت آمد و شد بدهد. فرد با توجه به خودش به عنوان زمینه درمی‌یابد که او از افکار و احساسات و هیجان‌ها خاطراتی که به ذهنش می‌آیند جدا است، این پدیده‌ها دائماً در حال تغییرند ولی جوهره وجود او در تمام مدت ثابت است. در نتیجه خود را از آن‌ها جدا می‌داند. فرد می‌آموزد که آن‌چه برایش واقعاً مهم است را روشن کند و آن‌چه عمیقاً در قلبش ریشه دارد را درک کند. در نتیجه فردی که در گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش شرکت می‌کند می‌تواند در لحظه با هیجان‌ها مختلف خود در تماس باشد و ضمن پذیرش آن‌ها تصمیم می‌گیرد که چه عملی را انجام دهد تا از حرکت در مسیر ارزش‌هایش بازماند.

طبق یافته فرضیه دوم، بین گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری تنظیم هیجان تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد. در خصوص این یافته پژوهشی همسو یا نا همسو با نتایج پژوهش به دست نیامد. اما مشخص شد که هر دو درمان مبتنی بر شفقت و مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود تنظیم هیجان در دانش‌آموزان شده است اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای اثربخشی بیشتری بود. برای تبیین اثربخش‌تر بودن این درمان، می‌توان گزارش کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمریناتی از قبیل ریتم‌تنفس تسکین‌دهنده، تصویرسازی، تمرین پذیرش و تعهد و به کار بردن خودخردمند و خودقدرتمند و خودملایم، به تعویض سیستم فعال در مغز فرد می‌پردازد، بدین صورت که از سیستم تهدید و حفاظت از خود که منبع احساسات دشوار و دردناکی نظیر اضطراب، خشم و بی‌زاری است به سیستم تسکین‌دهنده، رضایت و امید که فرد را قادر می‌سازد تا تعادل خود را دوباره به دست آورد و آرامش درونی را تجربه کند. و با تمرین تکنیک‌های این درمان از حالت واکنش‌های دفاعی رها شود. این تغییرات منجر به بهبود وضعیت بدنی و سلامت جسمی در افراد می‌شود (Gilbert, 2014). به طور کلی براساس نتایج به دست آمده می‌توان گفت که روش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تنظیم هیجان برتری دارد.

سهیم مشارکت نویسندگان: زهره جلالی: برنامه‌ریزی کلی چارچوب، محتوا ویرایش و تجزیه و تحلیل، ارسال و تصحیح، دکتر پرویز عسگری: همکاری در برنامه‌ریزی چارچوب کلی، انتخاب رویکردها، بررسی نهایی و نویسنده مسئول، دکتر علیرضا حیدرئی و دکتر بهنام مکوندی: تعیین و اجرای رویکردها و توضیح نتیجه‌گیری. همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مورد بررسی قرار داده و تأیید نموده‌اند. مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری زهره جلالی به راهنمایی دکتر پرویز عسگری و مشاوره دکتر علیرضا حیدرئی و دکتر بهنام مکوندی می باشد.

سپاسگزاری: نویسندگان مراتب تشکر خود را از همه کسانی که ایشان را در انجام تحقیق یاری نمودند، اعلام می‌دارند.

تعارض منافع: در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع مالی: این مقاله از حمایت مالی برخوردار نبوده است.

References

- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. (2007). Behavior problems in children and adolescents. *Center of knowledge on healthy child development*. Afford Center for Child Studies. <http://www.aacap.org>.
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Forcer. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. America, American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Azizi, A., Mirzaei, A., & Shams, J. (2010). Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. *Journal of Hakim*, 13(1), 11-18. [Persian] http://irisweb.ir/files/site1/rds_journals/84/article-84-41675.pdf
- Balkis, M., & Duru, E. (2017). Gender differences in the relationship between academic procrastination, satisfaction with academic life and academic performance. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 15(1), 105-125. <https://doi.org/10.14204/ejrep.41.16042>
- Basharpour, S., & Issazadegan, A. (2013). Role of self-compassion and forgiveness in prediction of depression severity among university students. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 10(6), 452-461. [Persian] URL: <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-278-fa.html>
- Esmaili, L., Amiri, Sh., Abedi, M. R., & Molavi, H. (2018). The effect of acceptance and commitment therapy focused on self-compassion on social anxiety of adolescent girls. *Journal of Clinical Psychology Studies*, 8(30), 117-137. [Persian] DOI: [10.22054/JCPS.2018.8605](https://doi.org/10.22054/JCPS.2018.8605)
- Gado, C., Gilbert, P., Read, N., & Goss, K. (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(1), 1-12. DOI: [10.1002/cpp.1806](https://doi.org/10.1002/cpp.1806)
- Ghadampour, E. A., & Mansouri, L. (2018). The effectiveness of compassion focused therapy on increasing optimism and self-compassion in female students with generalized anxiety disorder.



- The Quarterly Journal of Psychological Studies*, 14(1), 59-74. [Persian] DOI: [10.22051/PSY.2017.13705.1329](https://doi.org/10.22051/PSY.2017.13705.1329)
- Ghasemi, N., Goudarzi, M., & Ghazanfari, F. (2019). The effectiveness of compassion-based therapy on cognitive emotion regulation, Shame and Guilt-Proneness and mindfulness components in patients with mixed anxiety- depression disorder. *Clinical Psychology Studies*, 9(34), 145-166. [Persian] DOI: [10.22054/JCPS.2019.41020.2108](https://doi.org/10.22054/JCPS.2019.41020.2108)
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. DOI: [10.1111/bjc.12043](https://doi.org/10.1111/bjc.12043)
- Gilbert, P. (2015). *Self-disgust, self-hatred, and compassion focused therapy*. in Powell, P. A. et al (eds.) *The Revolting Self: Perspectives on the Psychological, Social, and Clinical Implications of Self-Directed Disgust*. London: Karnac Books. URL: <http://hdl.handle.net/10545/622179>
- Gloster, A. T., Klotsche, J., Aggeler, T., Geisser, N., Juillerat, G., Schmidlin, N., ... & Gaab, J. (2019). Psychoneuroendocrine evaluation of an acceptance and commitment based stress management training. *Psychotherapy Research*, 29(4), 503-513. DOI: [10.1080/10503307.2017.1380862](https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1380862)
- Gooding, H., Stedmon, J., & Crix, D. (2019). All these things don't take the pain away but they do help you to accept it: making the case for compassion-focused therapy in the management of persistent pain. *British Journal of Pain*, 14(1), 31-41. DOI: [10.1177/2049463719857099](https://doi.org/10.1177/2049463719857099)
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. DOI: [10.1007/s10862-008-9102-4](https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4)
- Hamilton, S., & Armando, J. (2008). Oppositional defiant disorder. *American family Physician*, 78(7), 861-868. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18841736/>
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change (2nd Edition)*. New York: The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2012-00755-000>
- Heshmati, A., Saed, O., Mohammadi, J., Zenoozian, S., & Yousefi, F. (2018). The efficacy of group acceptance and commitment therapy on reducing academic procrastination and improving difficulty in emotion regulation: a randomized clinical trial. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 23(5), 65-77. [Persian] URL: <http://sjku.muk.ac.ir/article-1-4316-fa.html>
- Keenan, K. (2012). Mind the gap: assessing impairment among children affected by proposed revisions to the diagnostic criteria for oppositional defiant disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(2), 352-359. DOI: [10.1037/a0024340](https://doi.org/10.1037/a0024340)
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(5), 223-252. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D. (2008). *Self-compassion: moving beyond the pitfalls of a separate self-concept*. In:



- wayment HA, Bauer (Eds), *Transcending self-interest: Psychological explorations of the quiet ego*. 1st ed. Washington DC: American Psychological. DOI: [10.1037/11771-009](https://doi.org/10.1037/11771-009)
- Rouhani, A., & Izadi, S. (2021). The effect of play therapy with cognitive-behavioral approach on aggression, coping disobedience disorder, attention deficit-hyperactivity disorder in primary school male students. *Journal of Analytical-Cognitive Psychology*, 11(43), 25-37. [Persian] http://psy.journals.iau-garmsar.ac.ir/article_679424.html
- Thompson, R. J., Dizén, M., & Berenbaum, H. (2009). The unique relations between emotional awareness and facets of affective instability. *Journal of Research in Personality*, 43(3), 875–9. DOI: [10.1016/j.jrp.2009.07.006](https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.07.006)
- Weitmann, D. (2006). *Internalizing and externalizing symptoms among children with oppositional defiant disorder, conduct disorder or depression*. New York: ETD Collection for Pace University. <https://digitalcommons.pace.edu/dissertations/AAI3222743/>



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی