

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی در تنظیم شناختی هیجان‌های منفی و سازگاری اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

الهام پاک طینتان^۱
محبوبه چین‌آوه^۲
صمد فریدونی^۳

چکیده

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی در تنظیم شناختی هیجان‌های منفی و سازگاری اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با انجام پیش‌آزمون- پس‌آزمون و با گروه کنترل و آزمون پیگیری صورت پذیرفت. گروه نمونه به صورت هدفمند از بین بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شهرستان جم و شهرک‌های پردیس و نفت تعداد ۳۲ نفر بصورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل انتخاب قرار گرفتند. گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی برای گروه‌های آزمایشی اجرا گردید، اما گروه‌های کنترل هیچ مداخله خاصی دریافت نکردند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۶) و سازگاری سهرابی و سامانی (۱۳۹۰) بود. نتایج تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت، موجب کاهش تنظیم شناختی هیجان‌های منفی در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون گردیده است. همچنین گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت، موجب بهبود سازگاری شخصی، سازگاری اجتماعی، سازگاری تحصیلی، سازگاری شغلی و سازگاری خانوادگی در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون گردیده است. نتیجه کلی پژوهش نشانگر تایید کاهش تنظیم شناختی هیجان‌های منفی و افزایش سازگاری اجتماعی توسط گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: ذهن‌آگاهی، خودتنظیمی، تحمل‌آشفتگی، تعارضات زناشویی، زوجین، ناسازگاری.

۱. دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران paktinat_elham@yahoo.com
۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران (نویسنده مسئول) Hchinaveh@gmail.com
۳. دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران phdsamad2017@gmail.com

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که با طیف وسیعی از علائم بالینی از جمله بی‌علاقگی، احساس گناه، درماندگی و افکار خودکشی همراه است. تقریباً ۲۵ درصد زنان و ۱۷ درصد مردان در طول عمرشان به اختلال افسردگی مبتلا می‌شوند. این شیوع بالای افسردگی موجب شده تا پژوهش‌های گوناگون متغیرهای مرتبط با این اختلال را مورد بررسی قرار دهند. از جمله این متغیرها تنظیم شناختی هیجان^۲ است. تنظیم شناختی هیجان، نوعی راهبرد مقابله‌ای شناختی است که منبع پاسخ فرد است و تمام فرآیندهای درونی و بیرونی را در بر می‌گیرد که مسئول نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی، به ویژه حالت‌های شدید و زودگذر است (ابراهیمی مقدم، ۱۳۹۴). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به فرد کمک می‌کند تا هیجان‌های منفی را که شامل؛ سرزنش خود^۳، نشخوار فکری^۴، فاجعه‌انگاری^۵ و سرزنش دیگران^۶ می‌شود کنترل و تنظیم کند و این شیوه تنظیم با ایجاد و پیشرفت اختلالات روانی رابطه مستقیم دارد (ابطحی و همکاران، ۱۳۹۰).

از طرفی شفقت به خود^۷ یک وضعیت ذهنی مثبت و از سازه‌های نظری است که می‌تواند نتایج مداخله بر اساس ذهن آگاهی را میانجی‌گری نماید (گیلبرت^۸، ۲۰۰۶). شفقت به خود؛ گشوده بودن و همراه شدن با رنج‌های خود، تجربه حس مراقبت و مهربانی نسبت به خود، اتخاذ نگرش غیرداورانه و همراه با درک و فهم نسبت به بی‌کفایتی‌ها و شکست‌های خود و تشخیص اینکه تجربه فرد بخشی از تجربه بشری تعریف می‌کنند (سان و همکاران^۹، ۲۰۱۹). از سویی دیگر نظر مداخلات درمانی، درمان متمرکز بر شفقت درمانی چندوجهی است که بر اساس پیشرفت‌های مهم و قابل توجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی رفتاری، رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان هیجان مدار و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و بسیاری از رویکردهای دیگر و با هدف کاهش مؤلفه‌هایی چون شرم، خودانتقادی و شفقت با خود گسترش یافته است (استفان و هافمن^{۱۰}، ۲۰۱۹). هر مداخله که در درمان متمرکز بر شفقت از آن استفاده می‌شود در حال و هوای تأیید، حمایت و مهربانی ایجاد می‌شود. لحن هیجانی و انگیزشی، جهت‌گیری بنیادین، نیت و حال و هوای مداخله اصل کار است (سعیدی و همکاران، ۱۳۹۲).

از طرف دیگر، امروزه در دنیایی زندگی می‌کنیم که بیش از هر زمان دیگری نیازمند انعطاف‌پذیری و سازگاری فردی و اجتماعی هستیم. این امر به علت تغییرات بسیار زیاد و چالش‌هایی است که در اثر پیشرفت تکنولوژی و گسترش زندگی مدرن ایجاد شده است. در چنین شرایطی بدون شک داشتن سازگاری و انعطاف‌پذیری می‌تواند نقش به‌سزایی در بهبود و سلامت زندگی افراد داشته باشد. سازگاری کمک فراوانی به برآورده شدن نیازهای محیطی می‌کند. این امر با افزایش توانایی در کنترل تکانه‌ها، هیجان‌ها یا نگرش‌ها انجام می‌شود. حال اگر به هر علتی فرد از برقراری ارتباط با دیگران و محیط اجتماعی

1. Major depressive disorder
2. Cognitive emotion regulation
3. Blame yourself
4. Rumination
5. Catastrophic
6. Blame others
7. Compassion for yourself
8. Gilbert
9. Sun
10. Stefan & Hofmann

خود ناتوان باشد، به عبارتی؛ جریان سازگاری مختل شود، رفتارهای ناسازگارانه یا اختلالات رفتاری به وجود می‌آید (هیوود^۱، ۲۰۱۹). لازاروس^۲ سازگاری را به صورت راهبرد های شناختی رفتاری برای کنار آمدن و هماهنگ شدن با موقعیت های زندگی، به منظور مدیریت استرس و شناخت عوامل ناتوان کننده در آن موقعیت ها می‌داند (آسولا و سندرسون^۳، ۲۰۱۹).

از سویی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک پیشرفت انقلابی در روان‌شناسی است که بنظر می‌رسد در درمان اضطراب و افسردگی تاثیر بسزایی دارد. اصول برآمده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ می‌تواند در دامنه وسیعی از مشکلات انسان مورد استفاده قرار گیرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم است که باعث افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و ارتقاء سلامت روانی در بیماران می‌شود (حمیدی و همکاران، ۱۳۹۵). در درمان‌های موج سوم تلاش می‌شود بجای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش که به اختصار ACT نامیده می‌شود، یکی از رفتاردرمانی‌های مبتنی بر توجه آگاهی است که اثربخشی آن برای درمان طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی مشخص شده است (هریس^۵، ۲۰۱۹). پژوهش‌های اندکی به اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی در تنظیم شناختی هیجان‌های منفی و سازگاری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی پرداختند. برای مثال سعیدی (۱۳۹۸) در پژوهش خود با عنوان بررسی میزان اثربخشی شیوه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سازگاری اجتماعی و عاطفی مادران فرزندان معلول ذهنی و جسمی نشان داد؛ شیوه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در سازگاری اجتماعی و عاطفی مادران تاثیرگذار است. رئیسی شیخ‌ویسی و چرامی (۱۳۹۸) در تحقیق خود با عنوان بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر شفقت بر سازگاری زناشویی زوجین انجام شد. یافته‌ها حاکی از اثرگذاری مداخله مبتنی بر شفقت بر سازگاری زوجین بود. لذا می‌توان از این مداخله به عنوان مداخله موثر برای سازگارتر شدن زوجین استفاده کرد. قاسمی و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند که آموزش شفقت به خود باعث بهبود تنظیم شناختی هیجان افراد گروه آزمایش شد. بر اساس یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به عنوان گزینه درمانی مناسبی جهت بهبود مهارت‌های ذهن آگاهی، تنظیم شناختی هیجان و آمادگی برای تجربه شرم و گناه افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط به کار رود. باوندی و صباحی (۱۳۹۷) نشان دادند؛ تنها بین افسردگی و خودکارآمدی، رابطه‌ای معنادار و معکوس وجود دارد. بین تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی با افسردگی رابطه‌ای به دست نیامد؛ همچنین خودکارآمدی پیش‌بینی کننده افسردگی بود. با استناد به این نتیجه، می‌توان با اجرای برنامه‌های آموزشی به شکل کارگاه و یا در قالب‌های آموزشی دیگر که می‌توانند بر افزایش خودکارآمدی زنان موثر باشند، موجب کاهش افسردگی شد. آقایی و یآوری (۱۳۹۶) در پژوهش خود تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سازگاری اجتماعی و شفقت به این نتیجه دست یافتند؛ که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش سازگاری اجتماعی و شفقت به خود، گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. مونتر و مارین^۶ و همکاران (۲۰۱۹) به بررسی درمان مبتنی بر شفقت، دل‌بستگی و کاهش

1. Haywood
2. Lazarus
3. Asola & Sanderson
4. Acceptance and commitment therapy
5. Harris
6. Montero-Marin

استرس و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی سازگار برای درمان اختلالات افسردگی، اضطراب و سازگاری و بهداشت روان به وسیله پروتکل کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی پرداختند. نتایج نشان داد که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی کاهش قابل توجهی در علائم اضطراب، افسردگی و اختلالات سازگاری نشان داده است. اسمیت^۱ و همکاران (۲۰۱۴) دریافتند که آموزش درمان متمرکز بر شفقت به افزایش معنادار سازگاری و تنظیم شناختی هیجان و کاهش معنادار نشخوار فکری در دانشجویان منجر شده است. با توجه به اهمیت و نقشی که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بین بیماران مبتلا به اختلال افسردگی به عهده دارد، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی در تنظیم شناختی هیجان‌های منفی و سازگاری اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی طراحی شده است.

روش پژوهش

روش: پژوهش حاضر مبتنی بر طرح آزمایشی با گروه کنترل، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه با انتساب تصادفی افراد به گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی به درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل اجرا گردید.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی ۲۵ تا ۵۰ ساله شهرستان جم، سیراف، کنگان، عسلویه و شهرک‌های پردیس و شهرک نفت جم که به کلینیک روانشناسی و توانبخشی باران جم (بهداشت و درمان صنعت نفت) مراجعه کرده‌اند، است. لذا بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی به صورت نمونه هدفمند انتخاب شدند به این صورت که از بین افراد مراجعه کننده به کلینیک روانشناسی و توانبخشی باران جم (بهداشت و درمان صنعت نفت) در آبان ماه تا آذر ماه سال ۹۸، تعداد ۳۶ نفر انتخاب شدند که در صورت ریزش افراد شرکت کننده، دو گروه آزمایش و دو گروه کنترل به حد نصاب برسد. پس از گرفتن رضایت آگاهانه، بیماران به صورت تصادفی در ۴ گروه ۹ نفره تقسیم شدند. دو گروه اول درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر درمان مبتنی بر شفقت (شفقت به خود) را دریافت کردند و دو گروه دوم هیچ‌گونه، درمانی دریافت نکردند (گروه کنترل). قبل و بعد از گذشت دوره درمان، پرسشنامه‌ها توسط بیماران ۴ گروه پاسخ داده شدند و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۳ ماهه) تکمیل شد. حجم نمونه مورد بررسی در پژوهش حاضر، شامل ۳۲ نفر از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه کننده به کلینیک روانشناسی و توانبخشی باران جم (بهداشت و درمان صنعت نفت)، که توسط روانپزشک (آقای دکتر سعید گران پی) تشخیص اختلال افسردگی اساسی دریافت کرده‌اند از جامعه فوق بود که به شیوه‌ی نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ساده در ۲ گروه آزمایش و ۲ گروه کنترل تقسیم شدند.

شیوه اجرا: ابتدا مجوزهای لازم جهت اجرا پژوهش از دستگاه‌های مقتضی (دانشگاه و کلینیک روانشناسی و توانبخشی باران جم (بهداشت و درمان صنعت نفت) اخذ گردید و سپس از بین بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، مراجعه کننده به مرکز سلامت روان و توانبخشی باران جم که توسط متخصص روانپزشک مرکز (دکتر سعید گران پی) تشخیص اختلال افسردگی اساسی دریافت کردند، سپس پیش‌آزمون بوسیله پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان، سازگاری اجتماعی انجام شد، افراد آزمودنی به ۲ گروه؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت و ۲ گروه کنترل (بدون دریافت هیچ‌گونه آموزش) تقسیم شدند، پس از اتمام دوره‌های گروه درمانی (که پروتکل درمانی و شرح اجراء بصورت کامل در ذیل ذکر

گردیده است)، مجدداً پرسشنامه‌های فوق‌الذکر بین هر چهار گروه توزیع و پس از ۳ ماه، آزمون پیگیری انجام شد. سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۵ مورد تحلیل آماری قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود افراد دچار اختلال افسردگی اساسی به پژوهش شامل: گروه سنی ۲۵ تا ۵۰ ساله. بیماران مبتلاء به اختلال افسردگی اساسی به تشخیص روانپزشک. افرادی که در طول ۳ ماه قبل از شروع مداخله شوک درمانی دریافت نکردند. ملاک خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از ۲ جلسه بود.

پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجان (CERQ): پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجان یک پرسشنامه خودسنجی است که گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۶) تهیه کرده‌اند. نسخه اصلی این پرسشنامه دارای ۳۶ ماده و شامل ۹ زیرمقیاس است که شامل راهبرد های ناسازگارانه: خود سرزنشگری، نشخوارگری، فاجعه‌نمایی و دیگر سرزنشگری همچنین راهبرد های سازگارانه شامل: تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت، کم اهمیت شماری است. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار ۵ درجه ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی، هرگز) جمع‌آوری می‌گردند. پایایی پرسشنامه در ایران توسط پاک‌طینتان و همکاران از طریق محاسبه آلفای کرونباخ، برای راهبردهای منفی ۰/۸۶ گزارش شد. پرسشنامه سازگاری: این پرسشنامه ۱۵ سؤال توسط سهرابی و سامانی (۱۳۹۰) در قالب پنج عامل؛ سازگاری شخصی ۳-۲-۱ سازگاری اجتماعی ۶-۵-۴، سازگاری تحصیلی ۹-۸-۷، سازگاری شغلی ۱۲-۱۱-۱۰، سازگاری خانوادگی ۱۵-۱۴-۱۳ به صورت ۸ امتیازی بر مبنای مقیاس لیکرت از به هیچ وجه (۰) تا خیلی شدید (۸) تنظیم گردیده است. ضریب آلفا (پایایی) این عوامل بدین شرح است. پایایی پرسشنامه در ایران توسط پاک‌طینتان و همکاران از طریق محاسبه آلفای کرونباخ، ۰/۷۶ گزارش شد.

مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای اختلال‌های محور ۱ در DSM-SCID-I (۱۳۸۹): پروانه محمدخانی (۱۳۸۹) مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های DSM-IV-TR را با روش‌شناسی بین فرهنگی به فارسی ترجمه کرده و در یک مطالعه، روایی آن را سنجیده است. این مطالعه در دو مرحله انجام گرفته است: الف) ترجمه ابزار و بررسی روایی بین فرهنگی آن و ب) مطالعه روایی ابزار در جمعیت بالینی ایرانی. برای بررسی روایی از شاخص‌های کاپا، درصد توافق تشخیصی، حساسیت و ویژگی استفاده شده است. محتوای پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی: محتوای پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت بر اساس خلاصه و تلفیق دستور العمل کتابچه راهبرد افسردگی (هیز، ۲۰۰۸؛ گیلبرت، ۲۰۰۹ - ۲۰۱۰ و راب زتل، ۲۰۱۵) تهیه شده است و پس از متناسب سازی با شرایط فرهنگی، فرمت جلسات و روایی محتوایی نیز با نظرخواهی از متخصصین روان‌شناسی آشنا به درمان‌های موج سوم (استاد راهنما و استاد مشاور) تایید، تدوین و آماده، و بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. مداخله درمانی به صورت گروهی در ۸ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک بار) برای آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا شد. پس از پایان مداخله، جلسات به صورت فشرده به همراه تهیه بروشور برای گروه گواه نیز در نظر گرفته شد. روش کار به تفکیک جلسات بدین شرح است: جلسه اول: آشنایی با اعضاء و معرفی روش درمان و قرارداد درمانی. جلسه دوم: بررسی ارزش‌ها، روشن سازی ارزش‌ها، اهداف. معرفی شفقت به خود و خودانتقادی و چگونگی تأثیرگذاری آن بر حالات روانی فرد. جلسه سوم: ناهم جوشی (گسلش). اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه. جلسه چهارم: ذهن آگاهی و حضور در لحظه، پذیرش نامشروط خود. جلسه پنجم: مشاهده خود، خود به عنوان زمینه. نامه‌نگاری شفقت‌ورز. جلسه ششم: پذیرش نامه‌نگاری شفقت‌ورز. پذیرش نامشروط خود. جلسه هفتم: عمل متعهدانه، پذیرش نامشروط خود. جلسه هشتم: جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات.

یافته‌ها

جدول ۱ توصیف تنظیم شناختی هیجان منفی به تفکیک نوع گروه و مرحله آزمون

متغیرها	مراحل	آماره	کنترل	آزمایش
سرزنش خود	پیش آزمون	میانگین	۷/۵۶	۶/۸۸
		انحراف معیار	۲/۸۳	۳/۳۰
	پس آزمون	میانگین	۷/۵۰	۴/۶۹
		انحراف معیار	۳/۱۰	۱/۷۰
	پیگیری	میانگین	۷/۲۵	۴/۷۵
		انحراف معیار	۲/۳۵	۱/۷۳
سرزنش دیگران	پیش آزمون	میانگین	۵/۳۱	۵/۳۱
		انحراف معیار	۲/۰۹	۲/۲۷
	پس آزمون	میانگین	۵/۱۶	۳/۳۸
		انحراف معیار	۲/۲۳	۰/۶۲
	پیگیری	میانگین	۵/۲۵	۳/۳۲
		انحراف معیار	۱/۸۸	۰/۷۰
تشیو افکری	پیش آزمون	میانگین	۱۱/۴۴	۱۲/۰۶
		انحراف معیار	۳/۳۷	۴/۰۶
	پس آزمون	میانگین	۱۰/۹۴	۷/۵۶
		انحراف معیار	۳/۸۴	۱/۸۹
	پیگیری	میانگین	۱۰/۸۱	۷/۶۲
		انحراف معیار	۳/۴۹	۲/۲۸
فاجعه آمیز کردن	پیش آزمون	میانگین	۸/۰۶	۷/۲۵
		انحراف معیار	۲/۴۰	۱/۸۱
	پس آزمون	میانگین	۷/۹۴	۶/۲۵
		انحراف معیار	۲/۵۷	۱/۰۷
	پیگیری	میانگین	۸/۰۶	۶/۱۹
		انحراف معیار	۱/۷۷	۱/۲۸
بند کردن	پیش آزمون	میانگین	۹/۸۸	۹/۳۱
		انحراف معیار	۳/۴۲	۳/۳۶
	پس آزمون	میانگین	۱۰/۰۰	۶/۳۱
		انحراف معیار	۳/۹۰	۱/۵۴
	پیگیری	میانگین	۹/۹۱	۶/۷۵
		انحراف معیار	۳/۶۱	۱/۳۴

بررسی میانگین مولفه‌های تنظیم شناختی هیجان منفی در گروه آزمایش نشان می‌دهد میانگین سرزنش خود از ۶/۸۸ به ۴/۶۹ کاهش یافته است. میانگین سرزنش دیگران از ۵/۳۱ به ۳/۳۸ کاهش یافته است. میانگین نشخوار فکری از ۱۲/۰۶ به ۷/۵۶ رسیده است. میانگین فاجعه آمیز کردن از ۷/۲۵ به ۶/۲۵ رسیده است. میانگین پذیرش از ۹/۳۱ به ۶/۳۱ کاهش یافته است. در این بخش به بررسی معنی‌داری تاثیر مداخله (گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر پنج متغیر وابسته (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، فاجعه آمیز کردن و پذیرش) پرداختیم. نتایج در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳ نتایج آزمون (مانکووا) جهت بررسی اثر عامل گروه (مداخله) بر مولفه‌های تنظیم هیجانی منفی

منبع اثر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
	سرزنش خود	۲۵/۸۷	۱	۲۵/۸۷	۸/۵۱	۰/۰۰۷	۰/۲۵
	سرزنش دیگران	۱۵/۱۸	۱	۱۵/۱۸	۶/۰۵	۰/۰۲۱	۰/۱۹
مداخله	نشخوار فکری	۵۰/۹۷	۱	۵۰/۹۷	۷/۹۹	۰/۰۰۹	۰/۲۴
	فاجعه آمیز کردن	۲۳/۷۶	۱	۲۳/۷۶	۶/۶۵	۰/۰۱۶	۰/۲۱
	پذیرش	۴۰/۲۷	۱	۴۰/۲۷	۶/۶۴	۰/۰۱۶	۰/۲۱

Wilks Lambda = ۰/۵۷۴ و F= ۳/۱۲ و p=۰/۰۲۹

نتایج آزمون مانکووا با هدف بررسی اثر مداخله بر هر کدام از مولفه‌های تنظیم هیجانی منفی نشان داد مداخله انجام شده در تمامی موارد تاثیر معنی‌دار داشته است ($p < ۰/۰۵$). سطح معنی‌داری بدست آمده برای پنج متغیر وابسته (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، فاجعه آمیز کردن و پذیرش) کمتر از مقدار مفروض ۰/۰۵ است که نشان می‌دهد مداخله انجام شده توانسته است منجر به کاهش معنی‌دار در میزان سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، فاجعه آمیز کردن و پذیرش شده است ($p < ۰/۰۵$). یافته‌ها نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بر تمامی مولفه‌های تنظیم هیجانی مثبت تاثیر داشته است ($p < ۰/۰۵$). بیشترین اندازه اثر مربوط به فاجعه آمیز کردن (۰/۲۲۱) و سرزنش دیگران (۰/۱۸۷) بوده است.

جدول ۴ توصیف سازگاری به تفکیک نوع گروه و مرحله آزمون

متغیرها	مراحل	آماره	کنترل	آزمایش
سازگاری شخصی	پیش آزمون	میانگین	۷/۵۶	۹/۲۵
		انحراف معیار	۳/۸۶	۴/۱۷
	پس آزمون	میانگین	۸/۰۰	۸/۲۵
		انحراف معیار	۳/۶۷	۳/۹۱
	پیگیری	میانگین	۷/۹۴	۸/۱۹
		انحراف معیار	۳/۴۷	۳/۱۹
سازگاری اجتماعی	پیش آزمون	میانگین	۶/۵۶	۸/۳۸
		انحراف معیار	۵/۳۹	۵/۷۰
	پس آزمون	میانگین	۶/۵۰	۵/۱۹
		انحراف معیار	۳/۱۶	۱/۵۶
	پیگیری	میانگین	۶/۹۴	۵/۲۵
		انحراف معیار	۲/۷۲	۱/۷۷
سازگاری تحصیلی	پیش آزمون	میانگین	۹/۴۴	۱۰/۳۱
		انحراف معیار	۴/۰۵	۳/۹۸
	پس آزمون	میانگین	۹/۹۴	۹/۱۳
		انحراف معیار	۳/۱۹	۲/۹۴
	پیگیری	میانگین	۱۰/۰۶	۹/۱۹
		انحراف معیار	۲/۷۹	۳/۰۸
سازگاری شغلی	پیش آزمون	میانگین	۷/۶۳	۹/۰۰
		انحراف معیار	۴/۵۶	۴/۵۳
	پس آزمون	میانگین	۷/۵۶	۶/۱۳
		انحراف معیار	۳/۲۰	۲/۹۲
	پیگیری	میانگین	۷/۲۵	۶/۵۰
		انحراف معیار	۲/۸۲	۲/۳۷
سازگاری خانوادگی	پیش آزمون	میانگین	۹/۶۹	۱۱/۰۰
		انحراف معیار	۴/۱۳	۴/۲۱
	پس آزمون	میانگین	۱۰/۴۴	۸/۹۴
		انحراف معیار	۳/۲۲	۳/۵۰
	پیگیری	میانگین	۱۰/۵۰	۸/۳۱
		انحراف معیار	۲/۷۳	۳/۸۴
سازگاری	پیش آزمون	میانگین	۴۰/۸۸	۴۷/۹۴
		انحراف معیار	۲۰/۰۵	۱۹/۶۵
	پس آزمون	میانگین	۴۲/۴۴	۳۷/۶۳
		انحراف معیار	۱۲/۲۶	۱۱/۷۱
	پیگیری	میانگین	۴۲/۶۹	۳۷/۴۴
		انحراف معیار	۱۱/۰۱	۹/۳۰

بررسی میانگین سازگاری کل نشان می‌دهد که میانگین سازگاری در گروه آزمایش در پیش آزمون برابر با ۴۷/۹۴ بوده است که در پس آزمون کاهش پیدا کرده است و به ۳۷/۶۳ رسیده است و ۱۰/۳۱ نمره کاهش را نشان می‌دهد در حالی که در گروه کنترل میانگین از ۴۰/۸۸ به ۴۲/۴۴ رسیده است و ۱/۵۶ نمره افزایش را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد نمره سازگاری در گروه آزمایش کاهش نسبتاً زیادی پیدا کرده است و در گروه کنترل کمی افزایش پیدا کرده است.

جدول ۵ نتایج آزمون (مانکوا) جهت بررسی اثر عامل گروه (مداخله) بر مولفه‌های سازگاری و آزمون آنکوا برای نمره کل سازگاری

منبع اثر	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معنی داری	اندازه اثر
	سازگاری شخصی	۱۲/۲۹	۱	۱۲/۲۹	۶/۴۴	۰/۰۱۸	۰/۲۰
	سازگاری اجتماعی	۳۳/۳۶	۱	۳۳/۳۶	۱۲/۲۷	۰/۰۰۲	۰/۳۳
F	سازگاری تحصیلی	۱۵/۲۹	۱	۱۵/۲۹	۶/۷۵	۰/۰۱۵	۰/۲۱
	سازگاری شغلی	۳۱/۶۱	۱	۳۱/۶۱	۱۱/۹۲	۰/۰۰۲	۰/۳۲
	سازگاری خانوادگی	۳۸/۸۳	۱	۳۸/۸۳	۷/۸۵	۰/۰۱۰	۰/۲۴
	سازگاری کل	۶۰/۱۴۵	۱	۶۰/۱۴۵	۳۳/۹۶	< ۰/۰۰۱	۰/۵۳۹

Wilks Lambda=۰/۳۵۵ و F=۷/۶۲ و p<۰/۰۰۱

نتایج نشان می‌دهد اثر مداخله در حداقل یکی از متغیرهای وابسته معنی دار است. معنی دار بودن آزمون لامبدا ویلکز نشان از تاثیر مداخله بر حداقل یکی از مولفه‌های سازگاری دارد ($p < 0/05$). نتایج آزمون مانکوا نشان داد مداخله بر تمامی مولفه‌های سازگاری تاثیر معنی دار داشته است ($p < 0/05$). سطح معنی داری بدست آمده برای پنج متغیر وابسته (سازگاری شخصی، سازگاری اجتماعی، سازگاری تحصیلی، سازگاری شغلی و سازگاری خانوادگی) کمتر از مقدار مفروض ۰/۰۵ است که نشان می‌دهد مداخله انجام شده توانسته است منجر به بهبود معنی دار در میزان سازگاری شخصی، سازگاری اجتماعی، سازگاری تحصیلی، سازگاری شغلی و سازگاری خانوادگی شده است ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نقش و اهمیت گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی در درمان اختلال افسردگی، این پژوهش با هدف اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی در تنظیم شناختی هیجان‌های منفی و سازگاری اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شد.

یافته‌ها نشان داد که داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی بر تمامی مولفه‌های تنظیم هیجانی منفی (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، فاجعه آمیز کردن و پذیرش) تاثیر داشته است. نتایج پژوهش سعیدی (۱۳۹۸)، قاسمی و همکاران (۱۳۹۸)، باوندی و صباحی (۱۳۹۷)، آقایی و یاوری (۱۳۹۶)، مونتر و مارین و همکاران (۲۰۱۹)، اسمیت و همکاران (۲۰۱۴) با این پژوهش همسو است. این پژوهشگران بیان می‌دارند که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و

تعهد با نگاهی بر شفقت، تنظیم شناختی هیجان (منفی) بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی را کاهش می‌دهد. در تبیین احتمالی این فرضیه باید گفت که هدف روش پذیرش و تعهد درمانی ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی است که به عنوان توانایی تغییر یا پایداری با طبقات رفتارهای عملکردی که از طریق اهداف تحقق یابند، تعریف شده است. در پذیرش و تعهد درمانی مراجعین تشویق می‌شوند تا احساسات و افکار ناخوشایند و ناراحت‌کننده‌اش را بپذیرد. همچنین باید زمینه‌ای را که رفتار در آن رخ می‌دهد و عملکردی که در خدمت آن است را در نظر داشته باشند. به رغم مشکلات فراوانی که افراد مبتلا به اختلال افسردگی با آن درگیر هستند، خوشبختانه در سال‌های اخیر روش‌های درمانی مختلفی برای درمان و بهبود افسردگی بکار گرفته شده است. به ویژه شواهد در حال رشدی وجود دارد که نشان‌دهنده‌ی کارایی روش گروه درمانی در بهبود اختلال‌های روانپزشکی از جمله افسردگی است. در روش‌های روانشناختی به شیوه‌ی گروهی، قرار گرفتن فرد در گروه باعث افزایش آگاهی بیمار درباره‌ی خود، در اثر تعامل با سایر اعضا و دریافت بازخورد از آن‌ها می‌شود و به ارتقای مهارت‌های بین‌فردی، اجتماعی و انطباق افراد با محیط کمک می‌کند. از آنجا که افسردگی می‌تواند برخاسته از افکار منفی و شناخت‌های معیوب باشد، امروزه روان‌درمانگران تأثیر باورها و تفکر فرد را در ایجاد انواع مسائل روان‌شناختی مهم می‌دانند و معتقدند که بیشتر اختلالات از جمله افسردگی، برآمده از شناخت‌های معیوب هستند، به این معنی که وقایع به خودی خود تعیین‌کننده احساسات نیستند، بلکه معانی که ما به آن‌ها نسبت می‌دهیم، نقش تعیین‌کننده را دارند. از سویی تحقیقات نشان می‌دهد که چنین رویکردهایی در رشد تنظیم هیجان مثبت و کاهش میزان تنظیم هیجان منفی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی و همچنین مهارت‌های اجتماعی آنان و دیگر راهکارهای انطباقی و سازگارانه رفتاری - شناختی مفید و مؤثرند.

یافته‌ها نشان داد که داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت، موجب بهبود سازگاری شخصی، سازگاری اجتماعی، سازگاری تحصیلی، سازگاری شغلی و سازگاری خانوادگی در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون گردیده است. نتایج پژوهش سعیدی (۱۳۹۸)، رئیسی شیخ‌ویسی و چرامی (۱۳۹۸)، انصاری (۱۳۹۷)، حسینی (۱۳۹۷)، آقای و یآوری (۱۳۹۶)، سعادت‌ی و همکاران (۱۳۹۵)، منشئی و حامدی و موسی زاده (۱۳۹۴)، هدایتی و ابراهیمی مقدم (۱۳۹۴) و مونتر و مارین و همکاران (۲۰۱۹) با این پژوهش همسو است. این پژوهشگران بیان می‌دارند که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت، سازگاری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی را افزایش می‌دهد. در تبیین احتمالی این فرضیه باید گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک پیشرفت انقلابی در روانشناسی است که بنظر می‌رسد در درمان افسردگی تأثیر بسزایی دارد. اصول برآمده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در دامنه وسیعی از مشکلات بیماران مورد استفاده قرار گیرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم است که باعث افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و ارتقاء سلامت روانی در بیماران می‌شود. طبیعت افراد سازگار را انتخاب نموده و این افراد به دلیل داشتن توانمندی در انطباق خود با طبیعت، در طبیعت زنده مانده و باقی می‌مانند و افراد ناتوان و ناسازگار با طبیعت بعد از مدتی از بین می‌روند و لذا عامل سازگاری با توارث در نسل بعد نیز تداوم داشته و نسل به نسل این صفت منتقل می‌گردد. لذا افراد باقی مانده افراد قوی و توانمند و سازگار با طبیعت هستند. از دیدگاه روانشناسی در اجتماع بشری نیز افراد سازگار، افرادی هستند که با قوانین اجتماع سازگار بوده و می‌توانند خود را با قوانین و پیامدهای اجتماعی

هماهنگ نمایند لذا دچار مشکل نمی‌شوند. از آنجا که جوامع بشری دستخوش تغییر و تحول است لذا برخی افراد که توانایی درک و سازگاری با این تغییرات و پیامدها را ندارند دچار اختلالات روانی می‌گردند. افراد سازگار در اجتماع احساس کارآمد بودن داشته، عزت نفس و انعطاف‌پذیری بالا دارند و بر روی رفتار خود کنترل دارند. تحمل آنان در مواجهه با حوادث بالاست. میزان سازگاری افراد به دو عامل خصوصیات شخص، یعنی؛ مهارت‌ها، نگرش‌ها و شرایط جسمانی و موقعیت‌هایی که افراد با آن‌ها مواجه می‌شوند. افراد با توانمندی بالا با این شرایط خود را وفق داده و سازگار می‌شوند ولی افراد با توانایی پایین موفق به سازگاری خود با چنین محیط‌هایی نمی‌شوند و دچار اختلالات روانی می‌گردند که اختلال افسردگی اساسی یکی از این مشکلات روانی است، لذا روانشناس با کمک به سازگار نمودن این بیماران با شرایط می‌تواند به بهبود بیماران کمک نماید. باید توجه داشت که سطح ناسازگاری در افراد با توجه به نوع باورهایی که دارند و تأثیر آن‌ها بسیار متفاوت است و میزان کارآمدی درمان را در هر فرد باید به صورت جداگانه بررسی کرد. از طرف دیگر، امروزه در دنیایی زندگی می‌کنیم که بیش از هر زمان دیگری نیازمند انعطاف‌پذیری و سازگاری فردی و اجتماعی هستیم. این امر به علت تغییرات بسیار زیاد و چالش‌هایی است که در اثر پیشرفت تکنولوژی و گسترش زندگی مدرن ایجاد شده است، در چنین شرایطی بدون شک داشتن سازگاری و انعطاف‌پذیری می‌تواند نقش به‌سزایی در بهبود و سلامت زندگی بیماران داشته باشد. سازگاری کمک فراوانی به برآورده شدن نیازهای محیطی می‌کند. این امر با افزایش توانایی در کنترل تکانه‌ها، هیجان‌ها یا نگرش‌ها انجام می‌شود.

این پژوهش ممکن است انگیزه‌ای برای مراکز مشاوره و خانواده‌ها باشد تا گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی را در قالب برنامه‌های مکمل در کنار سایر مداخلات برای بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در نظر بگیرند و تأثیرات بسیار مثبت این مداخله را در بهبود کاهش هیجان‌ات منفی و افزایش سازگاری اجتماعی مشاهده نمایند.

منابع

- ابراهیمی مقدم، حسین؛ هدایتی، بیتا؛ هدایتی، رعنا. (۱۳۹۴). بررسی رابطه افسردگی و اهمالکاری با خرده مقیاس‌های سازگاری در دختران دبیرستانی، *کنفرانس بین‌المللی علوم انسانی، روانشناسی و علوم اجتماعی*، تهران، موسسه مدیران ایده پرداز پایتخت ایلینا.
- ابطحی، معصومه سادات؛ ندری، خدیجه. (۱۳۹۰). رابطه بین خلاقیت و سازگاری اجتماعی با عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان متوسطه شهر زنجان، *فصلنامه تحقیقات مدیریت آموزشی*، سال سوم، شماره ۲، ۱۵-۲۸.
- آقایی، یآوری. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سازگاری اجتماعی و شفقت دانشگاه آزاد اسلامی، *مجله دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود*، ۴ (۱): ۳۹-۵۰.
- باوندی، ساره و صباحی، پرویز. (۱۳۹۷). رابطه تنظیم هیجان، خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی با افسردگی در زنان. *دومین کنفرانس بین‌المللی دستاوردهای نوین پژوهشی در علوم اجتماعی، علوم تربیتی و روانشناسی*، کرج، دانشگاه جامع علمی کاربردی سازمان همیاری شهرداری‌ها و مرکز توسعه خلاقیت و نوآوری علوم نوین.
- جهانشاهلو، مرتضی؛ امیری، حمید؛ صالحی، آزاده. (۱۳۹۶). تأثیر درمان شناختی رفتاری متمرکز بر

نشخوار فکری بر بهبود راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و کاهش علائم افسردگی در زنان مبتلا به سوءمصرف مواد، ششمین کنگره انجمن روانشناسی ایران، تهران، انجمن روانشناسی ایران. حسینی، سیده معصومه و سید ابراهیم علیزاده موسوی. (۱۳۹۵). اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی مادران دارای کودک اوتیسم، چهارمین همایش ملی مشاوره و سلامت روان، قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان.

حمیدی، پروین و دهقانی چم پیری، اکرم. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر روی افسردگی و شیوه‌های فرزندپروری زنان متأهل مبتلا به اختلال افسردگی، اولین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم اجتماعی، تهران، شرکت خدمات برتر.

دری، نگین؛ هاشمیان، کیانوش. (۱۳۹۸). الگوی معادلات ساختاری پیش‌بینی افسردگی براساس دلبستگی به والدین و همسالان با واسطه‌گری تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان مبتلا به سرطان، پنجمین کنفرانس ملی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، کاربردها و توانمندسازی با محوریت روان‌درمانی، تهران، دانشگاه شمس گنبد و با حمایت انجمن‌ها و گروه‌های آموزشی دانشگاه‌های کشور.

رئیس‌ی شیخ‌ویسی، احمد؛ چرامی، مریم. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر شفقت بر سازگاری زناشویی زوجین، سومین کنفرانس بین‌المللی نوآوری و تحقیق در علوم تربیتی، مدیریت و روانشناسی، تهران، دبیرخانه دائمی کنفرانس.

سعادت‌تی، نادره؛ رستمی، مهدی؛ دربانی، سید علی. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) در تقویت عزت‌نفس و سازگاری پس از طلاق زنان. *مجله روانشناسی خانواده*. ۳ (۲): ۴۵-۵۸.

سعیدی، سمیرا. (۱۳۹۸). بررسی میزان اثربخشی شیوه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سازگاری اجتماعی و عاطفی مادران فرزندان معلول ذهنی و جسمی، پنجمین همایش ملی تازه‌های روانشناسی مثبت‌نگر، بندرعباس، دانشگاه فرهنگیان.

قاسمی، ندا؛ گودرزی، میترا؛ غضنفری، فیروزه. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نظم جویی شناختی هیجان، مهارت‌های ذهن آگاهی و آمادگی برای تجربه شرم و گناه افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط، فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، شماره ۹ (۳۴).

مردانی، سمیه؛ مهرابی کوشکی، حسینعلی. (۱۳۹۶). پیش‌بینی افسردگی بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و رضایت زناشویی در زنان، فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، شماره ۱۸ (۳).

میرزایی، مریم، لیاقت، ریتا. (۱۳۹۵). ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان و رابطه آن با افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان شهر تهران، سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی، تربیت حیدریه، دانشگاه تربیت حیدریه.

نصرتی، حسین. (۱۳۹۷). بررسی رابطه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و ویژگی‌های شخصیتی با افسردگی، چهارمین کنفرانس پژوهش در علوم تربیتی، روانشناسی و علوم اجتماعی، تهران، پردیس بین‌الملل توسعه ایده هزاره.

هدایتی، رضا؛ ابراهیمی مقدم، حسین. (۱۳۹۴). رابطه افسردگی دانش‌آموزان دبیرستانی دختر با سازگاری و اهمال‌کاری، اولین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم تربیتی، شیراز، موسسه عالی علوم و فناوری حکیم عرفی شیراز.

- Asola, E., & Sanderson, S. (2019). optimizing the physical and mental health of young children with and without exceptionalities. *Educating Young Children With and Without Exceptionalities: New Perspectives*, 105.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. ***Personality and Individual differences***, 30(8), 1311-1327.
- Gilbert, P. & procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. ***Clinical Psychology & Psychotherapy***, 13(6), 353-379.
- Gottlieb, R., & Froh, J. (2019). Gratitude and happiness in adolescents: A qualitative analysis. In *Scientific concepts behind happiness, kindness, and empathy in contemporary society* (pp. 1-19). IGI Global.
- Grisham, J. R., Martyn, C., Kerin, F., Baldwin, P. A., & Norberg, M. M. (2018). Interpersonal functioning in Hoarding Disorder: An examination of attachment styles and emotion regulation in response to interpersonal stress. ***Journal of obsessive-compulsive and related disorders***, 16, 43-49.
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Haywood, K. M., & Getchell, N. (2019). Life span motor development. *Human kinetics*.
- Higashide, H. (2016). A Model of Happiness in the Workplace. ***Jurnal kindai Management Review***, 4(0), 112-121.
- Howell, A. J., & Passmore, H. A. (2019). Acceptance and Commitment Training (ACT) as a Positive Psychological Intervention: A Systematic Review and Initial Meta-analysis Regarding ACT's Role in Well-Being Promotion Among University Students. ***Journal of Happiness Studies***, 1-16.
- Lauriola, M., & Iani, L. (2015). Does positivity mediate the relation of extraversion and neuroticism with subjective happiness? *PloS one*, 10(3), e0121991.
- Ludwigs, K., Henning, L., & Arends, L. R. (2019). Measuring happiness—a practical review. In *Perspectives on Community Well-Being* (pp. 1-34). Springer, Cham.
- Montero-Marin, J., Collado-Navarro, C., Navarro-Gil, M., Lopez-Montoyo, A., Demarzo, M., Herrera-Mercadal, P., ... & Garcia-Campayo, J. (2019). Attachment-based compassion therapy and adapted mindfulness-based stress reduction for the treatment of depressive, anxious and adjustment disorders in mental health settings: a randomised controlled clinical trial protocol. *BMJ open*, 9(10), e029909.
- Stefan, S., & Hofmann, S. G. (2019). Integrating Metta into CBT: How Loving Kindness and Compassion Meditation Can Enhance CBT for Treating Anxiety and Depression. ***Clinical Psychology in Europe***, 1, e32941.
- Sun, S., Pickover, A. M., Goldberg, S. B., Bhimji, J., Nguyen, J. K., Evans, A. E., ... & Kaslow, N. J. (2019). For Whom Does Cognitively Based Compassion Training (CBCT) Work? An Analysis of Predictors and Moderators among African American Suicide Attempters. ***Mindfulness***, 1-14.
- Watkins, P. C., Emmons, R. A., Greaves, M. R., & Bell, J. (2018). Joy is a distinct positive emotion: Assessment of joy and relationship to gratitude and well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 13(5), 522-539.

-
- Wilkinson, R. A., & Chilton, G. (2017). Positive art therapy theory and practice: Integrating positive psychology with art therapy. Routledge.
- Zilverstand, A., Parvaz, M. A., & Goldstein, R. Z. (2017). Neuroimaging cognitive reappraisal in clinical populations to define neural targets for enhancing emotion regulation. A systematic review. **Neuroimage**, 151, 105-116.