

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان بهزیستی بر افزایش میزان عزت نفس نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست

شهناز پارسا^۱

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک امیر کبیر (فلق)

Parsa.shahnaz@gmail.com

نویسنده مسئول:

شهناز پارسا

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان شناختی-رفتاری بر افزایش میزان عزت نفس دانش آموزان مقطع متوسطه اول می باشد. روش پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده ها، روش پژوهشی شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. بدین منظور 36 نفر از دانش آموزان متوسطه اول با شیوه نمونه گیری در دسترس با جایگزینی تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. بر روی دو گروه روش های درمان شناختی رفتاری و شفقت درمانی اجرا شد و یک گروه به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. مداخلات روانشناختی طی ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه اجرا شد. این برنامه ها در طول یک ماه به اجرا در آمد. قبل از شروع جلسات و پس از پایان جلسات آن آزمون عزت نفس کوپر اسمیت اجرا گردید. نتایج بوسیله تحلیل ثابانسن یک راهه و آزمون تعقیبی توکی به وسیله نرم افزار spss مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین گروه های تجربی و کنترل تفاوت معنی داری در مقیاس عزت نفس وجود دارد و همچنین رویکرد مبتنی بر شفقت به طور معنی داری نسبت به گروه های کنترل و رویکرد شناختی-رفتاری باعث افزایش عزت نفس دانش آموزان می شود.

واژگان کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، درمان شناختی رفتاری، عزت نفس، نوجوانان

بی سرپرست و بد سرپرست

مقدمه

بی سرپرستی و بدسرپرستی کودکان، مفهوم پیچیده اجتماعی، فرهنگی و انسانی است که جوامع بشری قدیم دارد و به موازات این قدمت، حمایت از این قبیل کودکان همواره در کانون توجه بوده تا اینکه از اوایل قرن شانزدهم میلادی در همه کشورهای غربی موضوع رسیدگی به ایتم به صورت سازمان یافته مورد توجه قرار گرفته است. اگرچه جنگ، زلزله، سیل، گرسنگی، قحطی، بیماریهای واگیر، مرگ و میر طبیعی والدین و ... هنوز از عوامل مهم بی سرپرستی کودکان هستند، اما امروزه در اثر عوامل متعدد، رفتارهای فردی و اجتماعی تغییر کرده و نهادهای فرهنگی و مذهبی در زندگی اجتماعی رنگ باخته‌اند تا جایی که عوامل دیگری چون اعتیاد، الکلی و فحشاء به علل فوق اضافه شده و مراقبت از کودکان را به واسطه بدسرپرستی و آزار و غفلت از این کودکان برجسته کرده است [۱]. آمارهای موجود در دفتر امور شبه خانواده سازمان بهزیستی کشور بیانگر آن است که حدود ۷۰ درصد کودکان مقیم مراکز شبانه‌روزی را کودکان بدسرپرست تشکیل می‌دهند. کودکان بی-سرپرست و بدسرپرست که از عاطفه مادرانه و عشق و روابط صمیمی والدین محروم بوده‌اند غالباً از اختلالات عاطفی، نایمی، احساس وابستگی یا طرد، گروه‌گریزی یا گروه‌گرایی حاد رنج می‌برند. بنابراین با توجه به اهمیت خانواده در ایجاد دلبستگی ایمن، می‌توان گفت فقدان آن در مراکز شبه خانواده می‌تواند کودکان اینگونه مراکز را در معرض پیامدهای منفی روان شناختی قرار دهد که یکی از این پیامدها کاهش عزت نفس است [۱].

عزت نفس یا همان خود بزرگواری یکی از خصوصیات مهم و اساسی شخصیت هر فردی را تشکیل می‌دهد و به طور حتم روی سایر جنبه‌های شخصی انسان اثر می‌گذارد. و کمبود یا فقدان آن باعث عدم رشد سایر جنبه‌های شخصیت یا ناموزونی آنها خواهد شد و حتی ممکن است پایه گذار بیماریهای روانی گوناگون مانند افسردگی، کمرویی، پرخاشگری، ترس و ... شود [۲]. عزت نفس عبارت است از ارزشی که اطلاعات و اعتقادات خود فرد در مورد تمام یا چیزهایی که از او ناشی می‌شود به دست می‌دهد [۳].

عزت نفس و منبع کنترل از جمله مفاهیمی هستند که در چند دهه اخیر مورد توجه بسیاری از روانشناسان و پژوهشگران قرار گرفته‌اند، اما قدمت تاریخی این موضوع در مباحثی که علماء و فلاسفه تعلیم و تربیت در گذشته داشته‌اند نیز به چشم می‌خورد در طول صد سال گذشته نیز بسیاری از روان‌شناسان این نظر را پذیرفته‌اند که انسان دارای یک نیاز به عزت نفس می‌باشد (مانند آدلر^۱ ۱۹۳۰، آلپورت^۲ ۱۹۳۷، راجرز^۳ ۱۹۵۹، سالیوان^۴ ۱۹۵۳، طارن هورنی^۵ ۱۹۳۷، جیمز^۶ ۱۸۹۰، مازلو^۷ ۱۹۷۰) از میان افراد طارن هورنی ۱۹۳۷ روشی را که افراد تلاش می‌کنند بواسطه آن یک خود پنداره مطلوب از خود بدست آورده و از آن محافظت و دفاع نمایند را مورد بحث قرار داده است. فرنچ^۸ (۱۹۶۸) و ارگو^۹ (۱۹۷۲) از عزت نفس به عنوان یک سپر فرهنگی در مقابل اضطراب نام می‌برند [۱]. کوپراسمیت (۱۹۶۷) در تحقیق خود به این نتیجه رسید که کودکان با عزت نفس بالا افرادی هستند که احساس اعتماد به نفس، استعداد، خلاقیت و ابراز وجود می‌کنند و به راحتی تحت تاثیر عوامل محیطی قرار نمی‌گیرند. افزایش پیشرفت تحصیلی، افزایش تلاش فرد در کسب موفقیت، داشتن اعتماد به نفس، متکبر و پرخاشگر بودن، تمایل به داشتن سلامتی بهتر، روابط با دیگران، پیش بینی مثبت نسبت به موفقیت‌های بعدی، ارتباط تنگاتنگ در بین عزت نفس و ابراز وجود، از نشانه‌های بارز سطوح عزت نفس بالا در افراد است. یکی از راه‌های بهبود عزت نفس استفاده از مداخلات روانشناختی است که انجام پژوهش در زمینه شناختن اثر بخش‌ترین مداخلات لازم به نظر می‌رسد. در این راستا درمان بهزیستی یکی از مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر است که نه تنها باعث کاهش ناراحتی و آشفتگی، بلکه سبب افزایش سطح روانی افراد می‌شود [۴]. درمان بهزیستی یکی از راهبرد های درمانی خاص است که تاثیر مثبت آن در مطالعات مختلف بر روی مولفه های سرمایه روا نشناختی نشان داده شده است: به طور مثال: بر شادی و خوش بینی [۵]، امیدواری [۱]، و بر تاب آوری [۶]. این نوع درمان هدفمند، مشکل مدار، و آموزش محور است. همچنین

¹ Adler² Alport³ Rogers⁴ Solivan⁵ Karan horney⁶ James⁷ Maslo⁸ French⁹ Vargo

درمان بهزیستی در آزمایش های تصادفی و کنترل شده دیگری نیز مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است و تأثیرات آن در خودارزیابی مثبت و رشد و ارتقاء مستمر فردی، معنای زندگی، ارتباط مثبت با دیگران و مدیریت بر زندگی شخصی، اختلال استرس پس از حادثه، بهبود عملکرد فردی [۷]، اختلال اضطراب فراگیر [۸]، کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و افزایش بهزیستی روان شناختی و رشد فردی، و ارتباط مثبت با دیگران نشان داده شده است [۱] ولی نقش آن در بهبود عزت نفس هنوز مورد بررسی قرار نگرفته است. از سویی اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت، به این موضوع اشاره می کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش ۱۰ بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش می دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می شود. از آنجا که شفقت به خود و فراتر از آن، درمان مبتنی بر شفقت، سازه ای نوپا در روانشناسی است ضرورت پرداختن به آن را بیشتر می کند.

شفقت درمانی از جمله راهکارهای روانشناختی جدید در درمان و بهبود شرایط مخاطره آمیز است. شفقت درمانی و آموزش آن به عنوان کیفیت مواجهه شدن با رنج و آسیب خود و احساس کمک کردن کامل در جهت رفع مشکلات خود تعریف می شود. خودشفقت ورزی شامل مراقبت کردن و دلسوزی کردن نسبت به خود در مواجهه با سختی ها و یا نارسایی های ادراک شده است. محققان بیان کرده اند شفقت ورزی بالا با بهزیستی روانشناختی همراه است و از افراد در مقابل استرس حمایت می کند و به معنای پذیرش احساسات آسیب پذیر، مراقبت و مهربانی نسبت به خود، نگرش غیرارزیابانه نسبت به نارسایی ها و شکست های خویش و بازشناسی تجربیات فرد، تعریف می شود [۹].

هدف از درمان توصیف شده، تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود است که حمله به خود را تضعیف کرده، پذیرش خود را بیشتر و آشفته گی عاطفی را کاهش می دهد. بنابراین فرد را قادر می سازد که بیشتر خود را تسکین داده و کنترل کند. شواهد نشان می دهد افرادی که از شفقت ورزی بالاتری برخوردارند، افسردگی، اضطراب و نشخوارگری کمتری را در موقعیتهای اجتماعی چالش انگیز تجربه می کنند و از رضایت بیشتری در زندگی برخوردار هستند [۱۰].

همچنین این افراد در برخورد با رویدادهای منفی از جسارت بیشتری برخوردارند. وقتی از آنها خواسته می شود که تجربیات شکست خود را به یاد بیاورند از خودارزیابیهای هیجانی و منفی کمتری استفاده می کنند [۱۱]. گیلبرت و سوپروکتر (۲۰۰۶) در یک رویکرد درمان گروهی نشان دادند که آموزش شفقت ورزی برای افراد دارای خود انتقادی و شرم بالا موثر است [۱۲]. گیلبرت (۲۰۱۴) در مطالعه موردی کنترل شده ای نشان داد که آموزش درمان شفقت ورزی باعث کاهش مشکلات هیجانی می شود [۱۰]. الین و هالینز (۲۰۱۶) در مطالعه ای دریافتند که دانشجویانی که آموزش شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز دریافت کرده بودند، در مقایسه با همتایان خود امید، حرمت خود، سلامت روانی و عواطف مثبت بیشتری را بعد از پیگیری دو ماهه گزارش کردند [۹]. برایانز و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه ای دریافتند که درمان متمرکز بر آموزش دلسوزی شناختی در میان افرادی که از مشکلات سلامت روانی مزمن رنج می بردند و در جلسات درمان دلسوزی شناختی شرکت کرده بودند، در کاهش مشکلات روانشناختی و از جمله نشانه های افسردگی موثر است. با این حال نقش این رویکرد روانشناختی در بهبود عزت نفس نیاز به انجام پژوهش های بیشتری دارد [۱۳].

به طور کلی شناخت مناسب ترین مداخلات در زمینه افزایش عزت نفس کودکان بی سرپرست یا بدسرپرست لازم به نظر می رسد، ولی خلأ پژوهش در این زمینه مشهود است، لذا هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان بهزیستی بر افزایش میزان عزت نفس نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست است.

روش

روش پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده ها، روش پژوهشی شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. بدین منظور 36 نفر از نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست با شیوه نمونه گیری در دسترس با جایگزینی تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. بر روی دو گروه روش های درمان مبتنی بر بهزیستی و شفقت درمانی اجرا شد و یک گروه به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. مداخلات روانشناختی طی ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه اجرا شد. این برنامه ها در طول یک ماه به اجرا در آمد. قبل از شروع جلسات و پس از پایان جلسات آن آزمون عزت نفس کوپر اسمیت اجرا گردید. آزمون عزت نفس کوپراسمیت، نگرش فرد را نسبت به خودش در چند حیطه می سنجد. کسی که پرسشنامه را پرمی کند باید توجه داشته باشد که کدام گزینه دقیقاً گویای احوال درونی اش است. جهت ارزیابی میزان عزت نفس افراد مورد مطالعه، از پرسشنامه عزت نفس کوپراسمیت (۱۹۶۷) استفاده شد. این پرسشنامه در سال های اخیر به طور گسترده ای در پژوهش های روان شناسی به کار رفته است و فرم الف آن، دارای ۵۸ ماده است که ۸ ماده آن دروغ سنج است. شیوه نمره گذاری این آزمون به صورت صفر و یک است. بدیهی است حداقل نمره ای که یک فرد می تواند بگیرد صفر و حداکثر آن ۵۰ است. افرادی که در این آزمون نمره بیشتری کسب کنند، عزت نفس بالاتری دارند. به این صورت که فردی که در این آزمون نمره بالاتر از ۲۵ کسب کند دارای عزت نفس بالا و فردی که پایین تر از این مقدار به دست آورد، دارای عزت نفس پایین می باشد. این پرسشنامه دارای پایایی بازآزمایی ۰,۸۸ می باشد. ابراهیمی پایایی این پرسشنامه را در میان دانش آموزان و دانشجویان ایرانی بررسی کرده است که ضریب پایایی آن در نمونه های دانش آموزی ۸۰٪ و در نمونه های دانشجویی ۸۵٪ گزارش شده است (ابراهیمی، ۱۳۷۰). در قسمت تجزیه و تحلیل داده ها، در امور توصیفی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد و در قسمت استنباطی نتایج بوسیله تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی توکی به وسیله نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

جدول ۱: وضعیت نمرات گروه ها در مقیاس عزت نفس

گروه	تعداد	پیش آزمون	پس آزمون
شاهد	۱۲	۲۵,۳۸	۲۵,۸۱
شفقت درمانی	۱۲	۲۵,۸۷	۳۶,۵۸
درمان مبتنی بر بهزیستی	۱۲	۲۴,۷۲	۳۰,۲۶

جدول ۲: نتایج واریانس یک سویه در مورد عزت نفس گروه های مورد بررسی

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری
بین گروهی	۱۵۸,۴۲۰	۲	۳۵۱,۴۷۶	۳,۲۶	۰,۰۰۱
درون گروهی	۱۱۵,۰۹	۳۳	۳۰,۲۵		
کل	۲۷۳,۵۱	۳۵			

نتایج تحلیل واریانس نشان داد که اختلاف معنی داری بین گروه های مورد بررسی در مرحله پس آزمون وجود دارد. لذا از آزمون تعقیبی توکی برای بررسی اختلافات استفاده شد.

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی شفه به منظور بررسی مقایسه میانگین ها بر اساس نوع مداخله

نوع درمان	شفقت درمانی	واقعیت درمانی	شاهد
شفقت درمانی	*****	۰,۰۰۴	۰,۰۰۱
درمان مبتنی بر بهزیستی	۰,۰۰۴	*****	۰,۰۰۱
شاهد	۰,۰۰۱	۰,۰۰۱	*****

در مجموع می توان گفت که بین گروه های تجربی و کنترل تفاوت معنی داری در مقیاس عزت نفس وجود دارد و همچنین رویکرد مبتنی بر شفقت به طور معنی داری نسبت به گروه های کنترل و رویکرد مبتنی بر بهزیستی باعث افزایش عزت نفس کودکان بی سرپرست و بد سرپرست می شود.

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش نشان داد که برنامه های روانشناختی شناختی-رفتاری بر عزت نفس دانش آموزان مقطع متوسطه اول اثر معنی داری دارد. این نتایج با پژوهش سردارآبادی (۲۰۰۵) و فرقانی و همکاران (۱۳۹۱) همسو است که به مقایسه ی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و واقعیت درمانی به شیوهی گروهی بر افزایش میزان عزت نفس نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست پرداخت و به این نتیجه رسید که بین میزان اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری و واقعیت-درمانی تفاوت معنیداری یافت نشد ولی بین میزان اثربخشی این دو گروه آزمون با گروه شاهد تفاوت معنیداری وجود داشت. با بررسی میانگین نمرات گروهها تاثیر آموزش شناختی رفتاری بر عزت نفس بیشتر از واقعیت درمانی است. فرقانی و همکاران (۱۳۹۱) نیز دریافتند که رویکرد شناختی-رفتاری باعث بهبود عزت نفس دانش آموزان می شود. در تبیین چگونگی تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر افزایش عزت نفس باید اشاره کرد که مهم ترین منابع تاثیرگذار بر پیدایش و افزایش عزت نفس، مولفه های شناختی، مقایسه ی خود با دیگران و واکنش دیگران هستند. به عبارت دیگر عوامل شناختی، مهم ترین عامل تاثیرگذار بر میزان عزت نفس هستند ضمن این که در این رویکرد فرض زیربنایی آن است که تغییر شناخت، منجر به تغییرهای رفتاری و هیجانی نیز می شود. بنابراین با توجه به این که عزت نفس بعد عاطفی و هیجانی ارزیابی خود است این رویکرد از طریق اصلاح و تغییر مولفه های شناختی ناکارآمد که موجب کاهش عزت نفس می شود، می تواند موجب تغییرات هیجانی و رفتاری شده و میزان عزت نفس را افزایش دهد. روش هایی که برای افزایش عزت نفس به کار می رود الگوی یادگیری اجتماعی نامیده می شود و جهت افزایش عزت نفس باید در یکی از متغیرهای شناخت، عاطفه، رفتار و متغیر زیستی تغییر به وجود آورد. از طرفی دنیای کیفی افراد یعنی تصویری که افراد از خود دارند بر عزت نفس آن ها موثر است. اگر افراد تصور مثبتی از خودشان داشته باشند و تصویرشان در دنیای کیفی از خودشان مثبت باشد عزت نفس آن ها بالاتر است. بنابراین یکی از دلایلی که باعث شده نمرات گروه آزمون پس از جلسات مداخله افزایش یابد این است که در طی این جلسات بر اساس نظریه ی درمان شناختی-رفتاری سعی شد تا دنیای کیفی منفی مراجعان از خودشان به دنیایی مثبت تغییر یابد. هم چنین به مراجعان آموزش داده شد تا به طور صحیحی نیازهای اساسی خود را برآورده سازند، زیرا ارضای نیازهای اساسی به شیوهی صحیح سبب افزایش میزان عزت نفس می شود.

از سویی نتایج نشان داد که شفقت درمانی تأثیر معنی داری بر رشد عزت نفس افراد دارد و این تأثیر حتی به صورت معنی داری بیش از درمان مبتنی بر بهزیستی است. در این زمینه گیلبرت و سوپروکتر (۲۰۰۶) در یک رویکرد درمان گروهی نشان دادند که آموزش شفقت ورزی برای افراد دارای خود انتقادی و شرم بالا موثر است و باعث کاهش مشکلات روانشناختی می شود. گیلبرت (۲۰۱۴) در مطالعه موردی کنترل شده ای نشان داد که آموزش درمان شفقت ورزی باعث کاهش مشکلات هیجانی می شود. الاین و هالینز (۲۰۱۶) در مطالعه ای دریافتند که دانشجویانی که آموزش شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز دریافت کرده بودند، در مقایسه با همتایان خود امید، حرمت خود، سلامت روانی و عواطف مثبت بیشتری را بعد از پیگیری دو ماهه گزارش کردند. برایانز و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه ای دریافتند که درمان متمرکز بر آموزش دلسوزی شناختی در میان افرادی که از مشکلات سلامت روانی مزمن رنج می بردند و در جلسات درمان دلسوزی شناختی شرکت کرده بودند، در کاهش مشکلات روانشناختی موثر است. بنابراین نتایج پژوهش حاضر می تواند با نتایج گیلبرت و سوپروکتر (۲۰۰۶)، گیلبرت (۲۰۱۴)، الاین و هالینز (۲۰۱۶) و برایانز و همکاران (۲۰۱۴) همسو است. در تبیین این نتیجه می توان گفت که شفقت درمانی از جمله راهکارهای روانشناختی جدید در درمان و بهبود شرایط مخاطره آمیز است. شفقت درمانی و آموزش آن به عنوان کیفیت مواجه شدن با رنج و آسیب خود و احساس کمک کردن کامل در جهت رفع مشکلات خود تعریف می شود. خودشفقت ورزی شامل مراقبت کردن و دلسوزی کردن نسبت به خود در مواجهه با سختی ها و یا نارسایی های ادراک شده است. محققان بیان کرده اند شفقت ورزی بالا با بهزیستی روانشناختی همراه است و از افراد در مقابل استرس حمایت می کند و به معنای پذیرش احساسات آسیب پذیر، مراقبت و مهربانی نسبت به خود، نگرش غیرارزیابانه نسبت به نارسایی ها و شکست های خویش و بازشناسی تجربیات فرد، تعریف می شود (الاین و همکاران، ۲۰۱۶).

هدف از درمان توصیف شده، تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود است که حمله به خود را تضعیف کرده، پذیرش خود را بیشتر و آشفستگی عاطفی را کاهش می دهد. بنابراین فرد را قادر می سازد که بیشتر خود را تسکین داده و کنترل کند. شواهد نشان می دهد افرادی که از شفقت ورزی بالاتری برخوردارند، افسردگی، اضطراب و نشخوارگری کمتری را در موقعیتهای اجتماعی چالش انگیز تجربه می کنند و از رضایت بیشتری در زندگی برخوردار هستند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین و با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می

شود که از رویکرد های روانشناختی متمرکز بر شفقت و درمان بهزیستی به ویژه رویکرد مبتنی بر شفقت برای افزایش میزان عزت نفس نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست استفاده شود.

سپاسگزاری

از کلیه افرادی که ما را در پژوهش حاضر یاری رساندند تشکر می کنیم.

مراجع

[1] بشرپور، سجاده؛ عباسی، آزاده؛ ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۴). تاثیر آموزش شیوه های مقابله شناختی رفتاری و تنظیم هیجان بر کاهش ناامیدی، شادکامی و عزت نفس کودکان و نوجوانان بیسرپرست و بدسرپرست. پژوهش های روانشناسی بالینی و مشاوره، (5) 1، 70-85

[1] اگراهام، فیلیپ (۱۳۸۱) درمان شناختی - رفتاری برای کودکان و خانواده ها . ترجمه ی محمدرضا محمدی، هوشمند هاشمی کهن زاد، تهران :دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی .

[1] شکوهی یکتا، م. پرند، ا. (۱۳۸۴) اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان. تهران: انتشارات طیب.

[1] Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.

[1] باچر، ج. منیکا، س. هول، ج. آسیب شناسی روانی. جلد دوم (۱۳۸۸). ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات ارسباران.

[1] Emami T. [Comparative study of the effectiveness of cognitive-behavioral and parents, education on increased self-esteem of students]. *Scientific and research two monthly* 2006; 13: 2-19. (Persian)

[1] Khodayari Fard M. [Effectiveness of cognitive-behavioral therapies combined with medication therapy and schizophrenic disorder interventions (case study)]. *Psychology and education journal of University of Tehran*; 2003: 33: 1. (Persian)

[1] Fava, G. A., Rafanelli, C., Tomba, E., Guidi, J., & Grandi, S. (2011). The sequential combination of cognitive behavioral treatment and well-being therapy in cyclothymic disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 136-143.

[1] Elaine Beaumont, C. J & Hollins, M. (2016). Exploration of a training programme for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 5-13.

[1] Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41.

[1] Tirsch, D. (2012). The compassionate-mind approach to overcoming anxiety: Using the compassion-focused therapy (CFT) to treat worry, panic, and fear. *American institute for cognitive therapy*, 38, 6-29.

[1] Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 335-379.

[1] Breines, J. G., Thoma, M. V., Gianferante, D., Hanlin, L., Chen, X., & Rohleder, N. (2014). Self-compassion as a predictor of interleukin-6 response to acute psychosocial stress. *Journal of Brain, Behavior, and Immunity*, 37, 109-114.

[1] Avey, J. B., Luthans, F., Smith, R. M., & Palmer, N. F. (2010). Impact of positive psychological capital on employee well being over time. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15, 17-28.

[1] Boelen, P. A., & Reijntjes, A. (2009). Negative cognitions in emotional problems following romantic Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). Exploring

change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 199-214

11[Arch, J. J., Landy, L. N & Warren Brown, K. (2016). Predictors and moderators of biopsychological social stress responses following brief self-compassion meditation training. *Psychoneuroendocrinology*, 69, 35-40.

11[Diener E, Lucas R, Schimmack U, Helliwell J. *Well-being for Public Policy*. New York: Oxford University Press.2009

11[Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S.(2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.

11[Sardar Abadi M. [Study of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and group reality therapy on bad-parented or parentless teenagers]. MA. Dissertation. Mashhad: Ferdowsi University of Mashhad, College of educational sciences and psychology, 2005: 25-35. (Persian)