

Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (C-MBCT) and Self-Compassion on Reducing Depression in Children

1. Shabnam Nobahar¹: Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Rudehen, Iran

2. Nasrin Bagheri^{2*}: Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Rudehen, Iran

3. Mehrdad Sabet³: Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Rudehen, Iran

*Corresponding Author's Email: na.bagheri@iau.ac.ir

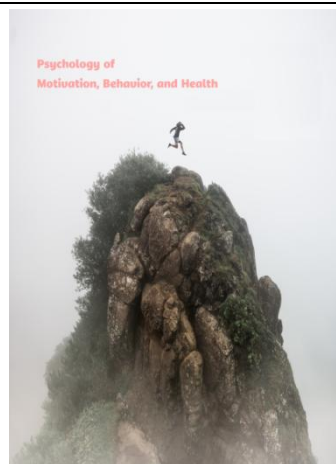
Received: 2025-10-19

Revised: 2026-02-16

Accepted: 2026-02-23

Initial Publish: 2026-05-17

Final Publish: 2026-08-23



Abstract

Introduction and Aim: Depression is one of the most common psychological disorders among children and may negatively affect their emotional, social, and academic functioning if left untreated. The present study aimed to compare the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and self-compassion intervention on reducing depression in children with depressive symptoms.

Methodology: This study employed a quasi-experimental design with pre-test, post-test, and three-month follow-up alongside a control group. The statistical population included 7- to 12-year-old female students in Tehran during the 2024–2025 academic year. A total of 45 participants were selected through convenience sampling and randomly assigned into three groups: mindfulness-based cognitive therapy, self-compassion, and control (15 participants in each group). Data were collected using the Kovacs and Beck Children's Depression Inventory and analyzed through repeated measures ANOVA and Bonferroni post hoc tests.

Findings: The findings indicated that both mindfulness-based cognitive therapy and self-compassion interventions significantly reduced depression levels in children ($P < 0.001$), whereas the control group showed no significant changes. In the mindfulness group, mean depression scores decreased from 18.27 at pre-test to 12.07 at post-test and 11.93 at follow-up. In the self-compassion group, scores decreased from 18.47 to 11.47 and then to 11.07 at follow-up. No statistically significant difference was observed between the two intervention groups ($P = 0.652$), indicating comparable effectiveness of the treatments.

Conclusion: The results demonstrated that both mindfulness-based cognitive therapy and self-compassion interventions are effective and sustainable approaches for reducing depression in children. Since no significant difference was found between the two interventions, either method may be selected based on children's needs, therapist preference, and available clinical resources.

Keywords: Childhood depression, mindfulness, mindfulness-based cognitive therapy, self-compassion, child mental health

How to Cite: Nobahar, S., Bagheri, N., & Sabet, M. (2026). Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (C-MBCT) and Self-Compassion on Reducing Depression in Children. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 4(3), 1-14.



Copyright: © 2026 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Depression in children and adolescents is considered one of the most prevalent internalizing disorders and has become a major concern in contemporary mental health research. Childhood depression is associated with persistent sadness, hopelessness, social withdrawal, impaired concentration, low self-esteem, and academic difficulties, all of which can negatively influence emotional, cognitive, and social development (Orgiles et al., 2025; Thapar et al., 2022). Evidence suggests that untreated depression during childhood increases the risk of psychological disorders, suicidal ideation, and maladaptive coping strategies in later developmental stages (Force et al., 2022). Recent epidemiological studies have also demonstrated a significant increase in depression and anxiety symptoms among children and adolescents worldwide (Orgiles et al., 2025). Consequently, identifying effective psychological interventions for reducing depressive symptoms in childhood has become an important priority for clinicians and researchers.

Traditional cognitive behavioral therapy has long been regarded as one of the most effective approaches for depression treatment. However, some children continue to experience emotional dysregulation, self-criticism, and cognitive rumination even after receiving standard cognitive interventions (Hayat, 2024). This limitation has encouraged the development of third-wave cognitive and behavioral therapies that emphasize acceptance, mindfulness, compassion, and emotional awareness instead of merely modifying cognitive content (Hayes & Hofmann, 2021). Among these approaches, Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion-Focused Therapy (CFT) have attracted increasing empirical attention.

Mindfulness-Based Cognitive Therapy combines cognitive behavioral principles with mindfulness practices aimed at increasing present-moment awareness and reducing automatic emotional reactivity (Gkintoni et al., 2025). This approach teaches individuals to observe thoughts and emotions without judgment and to disengage from maladaptive rumination patterns (Kuyken et al., 2008). Research has shown that mindfulness interventions improve emotional regulation, attentional control, and resilience among children and adolescents (Madni et al., 2020; Semple & Lee, 2007). Semple and colleagues demonstrated that MBCT improves social-emotional

functioning and decreases internalizing symptoms in children (Semple et al., 2010). Similarly, Shetty et al. reported that mindfulness-based interventions significantly reduced anxiety symptoms in children (Shetty et al., 2020). Wright and colleagues also found that MBCT-C was effective in preventing internalizing difficulties among primary school children (Wright et al., 2019). More recent controlled studies have further supported the efficacy of school-based mindfulness interventions in reducing depression and anxiety symptoms among children and adolescents (Areskoug Sandberg et al., 2024). Meta-analytic findings have also confirmed the effectiveness of mindfulness-based interventions for reducing depression across different age groups (Sverre et al., 2023; Ye et al., 2024).

Another important third-wave approach is Compassion-Focused Therapy, which was developed to reduce shame, self-criticism, and emotional distress (Gilbert, 2009). Compassion-focused approaches aim to strengthen emotional soothing systems and increase kindness toward oneself during moments of failure or suffering (Gilbert, 2010, 2014). According to Neff, self-compassion involves self-kindness, common humanity, and mindful awareness, all of which can protect individuals against depression and anxiety (Neff, 2023). Individuals with higher self-compassion tend to demonstrate greater emotional resilience and lower levels of self-judgment (Neff & Germer, 2013). Neuropsychological findings also indicate that self-compassion practices influence brain systems related to emotional regulation and self-reassurance (Longe et al., 2010).

Several studies have demonstrated the positive effects of self-compassion interventions in children and adolescents. Bluth et al. found that mindful self-compassion programs improved emotional well-being and reduced depressive symptoms among adolescents (Bluth et al., 2016). Abooei et al. reported that self-compassion training improved emotional regulation among female students with learning disabilities (Abooei et al., 2021). Likewise, Shafiei et al. demonstrated that self-compassion interventions increased resilience and reduced loneliness (Shafiei et al., 2019). Madhi and Ghamarani also found that compassion-based parenting interventions reduced behavioral problems in children (Madhi & Ghamarani, 2020). In addition, Saroinsong et al. emphasized that cultivating empathy and compassion within families contributes to the development of self-compassion attitudes among children (Saroinsong et al., 2021).

Although substantial evidence supports the efficacy of both mindfulness-based and compassion-focused interventions, relatively few studies have directly compared these approaches among children with depressive symptoms. Frostadottir and Dorjee reported that both MBCT and CFT significantly reduced depression, anxiety, stress, and rumination, with no significant difference between the interventions (Frostadottir & Dorjee, 2019). Similarly, Heidari et al. found that both compassion-focused and mindfulness-based therapies effectively reduced anxiety symptoms (Heidari et al., 2023). Moreover, a recent meta-analysis demonstrated that compassion-based, mindfulness-based, and acceptance-based interventions are all effective in reducing depression and anxiety symptoms (Salari et al., 2024). However, comparative evidence among children, especially within Iranian cultural contexts, remains limited. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and self-compassion intervention on reducing depression among children.

Methodology

This study employed a quasi-experimental design with pre-test, post-test, and three-month follow-up assessments alongside a control group. The statistical population consisted of female students aged 7 to 12 years in Tehran during the 2024–2025 academic year. Participants were selected from Hajar Girls' School using convenience sampling procedures. Following the initial screening process, 45 children who met the inclusion criteria were selected and randomly assigned into three groups: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, self-compassion intervention, and control group, with 15 participants in each group.

Inclusion criteria included willingness to participate, elevated depression scores on the Children's Depression Inventory, and absence of simultaneous psychological treatment. Exclusion criteria included diagnosed neurological disorders, learning disabilities, sleep disorders, psychiatric medication use, and excessive absence from treatment sessions.

The MBCT intervention was implemented in 12 group sessions adapted from the Semple and Lee protocol for children. Sessions focused on mindful breathing, present-moment awareness, mindful movement, emotional awareness, body scanning, and nonjudgmental observation of thoughts and feelings. The self-compassion intervention was implemented in 10 group sessions emphasizing emotional acceptance, self-kindness, compassion exercises, emotional

soothing, mindful awareness, gratitude, and reducing self-criticism.

Data were collected using the Kovacs and Beck Children's Depression Inventory, a 27-item instrument designed to assess depressive symptoms among children and adolescents. The instrument measures negative mood, interpersonal difficulties, ineffectiveness, anhedonia, and negative self-esteem. Reliability and validity of the scale have been confirmed in previous Iranian studies.

Data analysis was conducted using SPSS-27 software. Descriptive statistics including means and standard deviations were calculated. Assumptions of normality and homogeneity of variance were examined using Shapiro–Wilk and Levene's tests. Repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc comparisons were used to examine differences between groups across time.

Findings

The study included 45 female students aged 8 to 12 years with a mean age of 10.04 ± 1.40 years. No significant differences were observed between the groups regarding demographic variables including age, maternal occupation, number of children in the family, and history of physical illness.

Descriptive findings showed that the mean depression scores at pre-test were similar across groups. The control group reported a pre-test mean of 18.33 ± 1.29 , the self-compassion group reported 18.47 ± 1.06 , and the MBCT group reported 18.27 ± 1.22 . At post-test, the depression score remained almost unchanged in the control group (18.33 ± 1.17), whereas substantial decreases were observed in the self-compassion group (11.47 ± 1.51) and the MBCT group (12.07 ± 1.28). Similar patterns remained stable during the three-month follow-up stage.

Results of repeated measures ANOVA demonstrated a significant main effect of time on depression scores ($F = 69.41, p < 0.001, \eta^2 = 0.62$), indicating significant changes across assessment stages. The main effect of group was also significant ($F = 58.37, p < 0.001, \eta^2 = 0.57$), suggesting differences between the intervention and control groups. Moreover, the interaction effect between time and group was statistically significant ($F = 44.82, p < 0.001, \eta^2 = 0.51$), indicating that the trajectory of depression reduction differed between groups.

Bonferroni post hoc comparisons revealed significant differences between the self-compassion group and control group ($p < 0.001$), as well as between the

MBCT group and control group ($p < 0.001$). However, no statistically significant difference was found between the two intervention groups ($p = 0.652$). These findings indicate that both interventions effectively reduced depressive symptoms among children, with relatively equivalent efficacy.

Discussion and Conclusion

The present study demonstrated that both Mindfulness-Based Cognitive Therapy and self-compassion intervention significantly reduced depressive symptoms among children. The findings suggest that both interventions improved emotional functioning and reduced maladaptive emotional responses during post-test and follow-up stages. The stability of treatment effects at follow-up further indicates that the interventions produced relatively enduring psychological benefits.

The effectiveness of MBCT may be explained through its role in increasing emotional awareness, reducing cognitive rumination, and promoting nonjudgmental acceptance of internal experiences. Children who participated in mindfulness sessions learned to observe negative thoughts and emotions without excessive emotional reactivity, thereby reducing depressive cognition and emotional distress. The intervention also appeared to strengthen emotional regulation and attentional control.

Similarly, the self-compassion intervention effectively reduced depressive symptoms by decreasing self-criticism and increasing emotional soothing. Children who learned compassionate responses toward themselves appeared less likely to internalize failure, shame, and negative self-evaluation. Compassion-based exercises may have strengthened emotional resilience and reduced psychological vulnerability to depressive emotions.

The absence of significant differences between the two interventions suggests that mindfulness and self-compassion may operate through complementary psychological mechanisms. While mindfulness enhances awareness and acceptance of emotional experiences, self-compassion promotes kindness and emotional safety. Both approaches appear capable of reducing rumination, emotional avoidance, and negative self-evaluation, thereby improving psychological well-being among children.

Overall, the findings indicate that both MBCT and self-compassion interventions can be considered effective psychological approaches for reducing childhood depression. These interventions may be particularly useful in school counseling centers, child psychotherapy clinics, and preventive mental health programs aimed at improving emotional adjustment and resilience among children.

مقایسه تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (C-MBCT) با شفقت بر خود بر کاهش افسردگی در کودکان

۱. شبنم نوبهار^{ID}: گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
۲. نسرین باقری^{ID*}: گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
۲. مهرداد ثابت^{ID}: گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: na.bagheri@iau.ac.ir

انتشار نهایی: ۱۴۰۵/۰۶/۰۱

انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۲/۲۷

پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۰۳

بازنگری: ۱۴۰۴/۱۱/۲۷

دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۲۷

چکیده

مقدمه و هدف: افسردگی در کودکان یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی است که می‌تواند عملکرد هیجانی، اجتماعی و تحصیلی آنان را تحت تأثیر قرار دهد و در صورت عدم درمان، پیامدهای منفی بلندمدتی ایجاد کند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و برنامه شفقت بر خود بر کاهش افسردگی در کودکان مبتلا به علائم افسردگی بود.

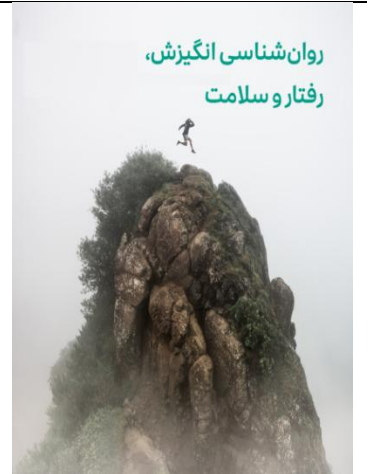
روش‌شناسی: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کودکان دختر ۷ تا ۱۲ سال شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود که از میان آنان ۴۵ نفر به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، شفقت بر خود و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها سیاهه افسردگی کودکان کواکس و بک بود و داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو مداخله درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و شفقت بر خود باعث کاهش معنادار افسردگی در کودکان شدند ($P < 0.001$)، در حالی که در گروه کنترل تغییر معناداری مشاهده نشد. میانگین نمرات افسردگی در گروه ذهن آگاهی از ۱۸.۲۷ در پیش‌آزمون به ۱۲.۰۷ در پس‌آزمون و ۱۱.۹۳ در پیگیری کاهش یافت و در گروه شفقت بر خود نیز از ۱۸.۴۷ به ۱۱.۴۷ و سپس ۱۱.۰۷ رسید. همچنین تفاوت معناداری بین دو گروه درمانی مشاهده نشد ($P = 0.652$) که نشان‌دهنده اثربخشی مشابه هر دو مداخله بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو رویکرد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و شفقت بر خود می‌توانند به عنوان مداخلات مؤثر و پایدار برای کاهش افسردگی کودکان مورد استفاده قرار گیرند. با توجه به عدم تفاوت معنادار میان دو روش، انتخاب هر یک از این مداخلات می‌تواند بر اساس شرایط کودک، ترجیح درمانگر و امکانات درمانی صورت گیرد.

کلیدواژه‌گان: افسردگی کودکان، ذهن آگاهی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، شفقت بر خود، سلامت روان کودکان

روان‌شناسی انگیزش،
رفتار و سلامت



نحوه استناددهی: نوبهار، شبنم، باقری، نسرین، و مهرداد. (۱۴۰۵). مقایسه تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (C-MBCT) با شفقت بر خود بر کاهش افسردگی در کودکان. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۴(۳)، ۱۴-۱.



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC) صورت گرفته است. (4.0)

مقدمه

افسردگی در کودکان و نوجوانان یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی در دهه‌های اخیر محسوب می‌شود که به دلیل پیامدهای گسترده فردی، خانوادگی، اجتماعی و تحصیلی، توجه پژوهشگران و متخصصان سلامت روان را به خود جلب کرده است. این اختلال معمولاً با خلق افسرده، کاهش انگیزه، احساس بی‌ارزشی، مشکلات تمرکز، کناره‌گیری اجتماعی و افت عملکرد تحصیلی همراه است و در صورت عدم درمان می‌تواند زمینه‌ساز اختلالات مزمن روانی در بزرگسالی شود (Orgiles et al., 2025; Thapar et al., 2022). مطالعات همه‌گیرشناختی نشان داده‌اند که میزان بروز نشانه‌های افسردگی و مشکلات درونی‌سازی شده در میان کودکان و نوجوانان در سال‌های اخیر روند افزایشی داشته است و بسیاری از کودکان مبتلا، همزمان علائم اضطراب، انزوای اجتماعی و کاهش عملکرد شناختی را نیز تجربه می‌کنند (Orgiles et al., 2025). از سوی دیگر، گزارش نیروی خدمات پیشگیرانه ایالات متحده نیز نشان داده است که افسردگی در کودکان و نوجوانان با افزایش خطر خودکشی، آسیب‌های هیجانی و اختلال در عملکرد اجتماعی همراه بوده و غربالگری و مداخله زودهنگام برای این گروه سنی ضرورت دارد (Force et al., 2022).

افسردگی دوران کودکی صرفاً یک مشکل هیجانی موقت نیست، بلکه می‌تواند فرآیند رشد شناختی، تنظیم هیجان و تحول اجتماعی کودک را مختل کند. کودکانی که افسردگی را تجربه می‌کنند معمولاً در مدیریت هیجان‌های منفی، حل مسئله، روابط بین فردی و تمرکز تحصیلی با دشواری روبه‌رو می‌شوند و در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اختلالات روان‌شناختی در آینده قرار دارند (Thapar et al., 2022). در این میان، عوامل شناختی و هیجانی مانند نشخوار فکری، خودانتقادی، اجتناب هیجانی و کاهش شفقت به خود، نقش مهمی در تداوم علائم افسردگی ایفا می‌کنند (Gilbert & Procter, 2006; Longe et al., 2010). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کودکان افسرده اغلب دارای الگوهای شناختی منفی و نگرش‌های ناکارآمد نسبت به خود هستند و این الگوها می‌تواند احساس بی‌ارزشی و درماندگی را در آنان تشدید کند (Hayat, 2024).

در سال‌های گذشته درمان شناختی رفتاری به عنوان یکی از اثربخش‌ترین رویکردهای درمان افسردگی شناخته شده است و هدف اصلی آن اصلاح افکار ناکارآمد و جایگزینی الگوهای شناختی سازگارانه است (Hayat, 2024). با این حال، برخی پژوهشگران معتقدند که درمان‌های نسل دوم شناختی رفتاری برای همه کودکان به اندازه کافی اثربخش نیستند و در برخی موارد، کودکان همچنان درگیر نشخوار فکری، اجتناب هیجانی و خودانتقادی باقی می‌مانند (Hayes & Hofmann, 2021). در پاسخ به این محدودیت‌ها، درمان‌های موج سوم شناختی رفتاری مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر شفقت توسعه یافته‌اند که به جای تلاش مستقیم برای تغییر محتواهای شناختی، بر تغییر رابطه فرد با افکار و هیجان‌ها تمرکز دارند (Hayes & Hofmann, 2021).

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی یکی از رویکردهای مهم موج سوم درمان‌های شناختی رفتاری است که بر افزایش آگاهی نسبت به تجربه‌های لحظه حال، پذیرش بدون قضاوت افکار و هیجان‌ها و کاهش واکنش‌پذیری شناختی تأکید دارد (Gkintoni et al., 2025). این رویکرد نخست برای پیشگیری از عود افسردگی در بزرگسالان طراحی شد، اما به تدریج کاربرد آن در کودکان و نوجوانان نیز گسترش یافت (Kuyken et al., 2008). ذهن آگاهی به کودکان کمک می‌کند تا به جای غرق شدن در افکار منفی و هیجان‌های ناخوشایند، تجربه‌های درونی خود را مشاهده کرده و نسبت به آن‌ها آگاهی غیرقضاوتی پیدا کنند (Semple & Lee, 2007). در این روش، کودک می‌آموزد که افکار صرفاً رویدادهای ذهنی هستند و الزاماً بازتاب واقعیت محسوب نمی‌شوند؛ در نتیجه میزان نشخوار ذهنی و واکنش‌های هیجانی کاهش می‌یابد (Madni et al., 2020).

مطالعات متعددی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را در کاهش افسردگی، اضطراب و مشکلات هیجانی کودکان تأیید کرده‌اند. پژوهش سمپل و همکاران نشان داد که آموزش ذهن آگاهی می‌تواند توجه آگاهانه و تاب‌آوری اجتماعی-هیجانی کودکان را افزایش دهد و علائم درونی‌سازی شده را کاهش دهد (Semple et al., 2010). همچنین شتی و همکاران گزارش کردند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش معنادار اضطراب

کودکان می‌شود و توانایی تنظیم هیجان را در آنان بهبود می‌بخشد (Shetty et al., 2020). رایت و همکاران نیز نشان دادند که این رویکرد در پیشگیری از مشکلات درونی‌سازی شده کودکان دبستانی اثربخش است (Wright et al., 2019). افزون بر این، پژوهش آرسکوگ سندبرگ و همکاران بیانگر آن بود که مداخله ده‌هفته‌ای ذهن‌آگاهی در محیط مدرسه توانسته است نشانه‌های افسردگی و اضطراب دانش‌آموزان را کاهش دهد (Areskoug Sandberg et al., 2024). فراتحلیل‌های اخیر نیز حاکی از آن است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در گروه‌های مختلف سنی تأثیر قابل توجهی بر کاهش افسردگی و اضطراب دارد (Gkintoni et al., 2025; Ye et al., 2024).

در کنار ذهن‌آگاهی، مفهوم شفقت به خود نیز در سال‌های اخیر توجه فراوانی را در حوزه روان‌شناسی بالینی به خود جلب کرده است. شفقت به خود به معنای برخورد مهربانانه و غیرقضاوتی با خویشتن در زمان تجربه شکست، درد یا ناکامی است (Neff, 2023). نف بیان می‌کند که شفقت به خود شامل سه مؤلفه اصلی مهربانی با خود، انسانیت مشترک و ذهن‌آگاهی است و می‌تواند نقش محافظتی مهمی در برابر افسردگی و اضطراب ایفا کند (Neff & Germer, 2013). افراد دارای شفقت به خود بالا، در مواجهه با مشکلات کمتر خود را سرزنش می‌کنند و از توانایی بیشتری برای تنظیم هیجان برخوردارند (Neff, 2023).

گیلبرت درمان مبتنی بر شفقت را با هدف کاهش شرم و خودانتقادی طراحی کرد و معتقد بود بسیاری از مشکلات روان‌شناختی ناشی از فعال بودن سیستم تهدید و انتقاد درونی است (Gilbert, 2009, 2010). در این رویکرد، تلاش می‌شود سیستم آرام‌سازی و شفقت در فرد تقویت شود تا بتواند در برابر هیجان‌های منفی و افکار خودانتقادگرانه، واکنش سازگارانه‌تری نشان دهد (Gilbert, 2014). پژوهش‌های عصب‌روان‌شناختی نیز نشان داده‌اند که تمرین شفقت و خوداطمینان‌بخشی با تغییر در فعالیت شبکه‌های عصبی مرتبط با هیجان و خودانتقادی همراه است (Longe et al., 2010). در همین راستا، گیلبرت و پروکتر گزارش کردند که آموزش شفقت ذهنی در افراد دارای شرم و خودانتقادی بالا منجر به کاهش افسردگی و افزایش احساس ایمنی روانی می‌شود (Gilbert & Procter, 2006).

پژوهش‌های متعددی اثرات مثبت برنامه‌های شفقت به خود را بر کودکان و نوجوانان گزارش کرده‌اند. بلاث و همکاران نشان دادند که برنامه شفقت آگاهانه برای نوجوانان موجب بهبود عزت‌نفس، کاهش افسردگی و افزایش سازگاری هیجانی می‌شود (Bluth et al., 2016). همچنین پژوهش ابویی و همکاران نشان داد که آموزش شفقت به خود باعث بهبود تنظیم هیجان در دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری می‌شود (Abooei et al., 2021). شفیع و همکاران نیز اثربخشی آموزش شفقت به خود را بر کاهش احساس تنهایی و افزایش تاب‌آوری گزارش کردند (Shafiei et al., 2019). از سوی دیگر، مطالعه مهدی و قمرانی نشان داد که آموزش والدگری مبتنی بر شفقت می‌تواند مشکلات رفتاری کودکان را کاهش داده و خودپنداره آنان را بهبود بخشد (Madhi & Ghamarani, 2020). همچنین سارونسونگ و همکاران تأکید کردند که پرورش همدلی و شفقت در خانواده می‌تواند نگرش شفقت‌ورزانه کودکان را تقویت کند (Saroinsong et al., 2021).

با وجود شواهد گسترده درباره اثربخشی ذهن‌آگاهی و شفقت به خود، هنوز مشخص نیست که کدام یک از این دو رویکرد در کاهش افسردگی کودکان اثربخش‌تر است. برخی مطالعات بیانگر شباهت اثرات این دو مداخله هستند و نشان می‌دهند هر دو از طریق بهبود تنظیم هیجان، کاهش نشخوار ذهنی و افزایش پذیرش خود عمل می‌کنند (Frostadottir & Dorjee, 2019). در مطالعه فروستادوتیر و دورجی، هر دو درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر شفقت موجب کاهش افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی شدند و تفاوت معناداری میان آن‌ها مشاهده نشد (Frostadottir & Dorjee, 2019). همچنین حیدری و همکاران در پژوهشی بر زنان نابارور گزارش کردند که هر دو رویکرد در کاهش اضطراب اثربخش هستند، هرچند درمان مبتنی بر شفقت در برخی شاخص‌ها نتایج بهتری نشان داد (Heidari et al., 2023). فراتحلیل سالاری و همکاران نیز نشان داد که درمان‌های مبتنی بر شفقت، ذهن‌آگاهی و پذیرش و تعهد همگی در کاهش افسردگی و اضطراب اثربخش هستند، اما میزان اثربخشی آن‌ها بسته به نوع جمعیت و ویژگی‌های روان‌شناختی افراد متفاوت است (Salari et al., 2024).

شرکت همزمان در سایر مداخلات روان‌شناختی بود. همچنین کودکانی که دارای اختلالات یادگیری، بیماری‌های عصبی یا جسمانی شدید مانند صرع، تشنج و اختلالات خواب تشخیص داده شده توسط متخصص بودند و یا داروهای روان‌پزشکی مرتبط با اختلالات توجه و بیش‌فعالی مصرف می‌کردند، از ورود به مطالعه کنار گذاشته شدند. معیار خروج نیز شامل غیبت بیش از سه جلسه در طول مداخله درمانی و عدم همکاری مؤثر کودک در جلسات گروهی بود. تمامی شرکت‌کنندگان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه مورد ارزیابی قرار گرفتند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از سیاهه افسردگی کودکان کوکس و بک استفاده شد. این ابزار نخستین بار در سال ۱۹۸۵ تدوین شد و در سال ۲۰۱۵ توسط کوکس مورد بازنگری قرار گرفت. پرسشنامه مذکور برای ارزیابی نشانه‌های افسردگی در کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ ساله طراحی شده و شامل ۲۷ گویه است که پنج خرده‌مقیاس خلق منفی، مشکلات بین‌فردی، ناکارآمدی، بی‌لذتی و عزت‌نفس منفی را اندازه‌گیری می‌کند. شیوه نمره‌گذاری ابزار بر اساس مقیاس سه‌درجه‌ای از صفر تا دو انجام می‌شود؛ به طوری که نمره صفر نشان‌دهنده فقدان نشانه، نمره یک بیانگر شدت متوسط و نمره دو نشان‌دهنده وجود شدید نشانه است. برخی گویه‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه نمره کل آزمون بین صفر تا ۵۴ متغیر است. نمرات صفر تا ۸ نشان‌دهنده وضعیت طبیعی، نمرات ۹ تا ۱۹ بیانگر قرار داشتن در مرز افسردگی و نمرات ۲۰ و بالاتر نشان‌دهنده افسردگی بالینی است. مطالعات انجام شده در ایران پایایی مطلوب این ابزار را گزارش کرده‌اند و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۷۸/۰ به دست آمده است که بیانگر همسانی درونی مناسب پرسشنامه می‌باشد.

پروتکل درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان بر اساس برنامه سمپل و لی (۲۰۱۱) در ۱۲ جلسه گروهی اجرا شد و بر آموزش توجه آگاهانه، پذیرش بدون قضاوت افکار و احساسات، تمرین تنفس آگاهانه، ذهن آگاهی بدن، یوگای آگاهانه، مشاهده هیجان‌ها و تقویت مهارت تنظیم هیجان تمرکز داشت. در این جلسات کودکان به تدریج یاد گرفتند که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند، از حالت خلبان خودکار خارج شوند و با تمرکز بر

علاوه بر این، پژوهش‌های مقایسه‌ای نشان داده‌اند که درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی در بسیاری از موارد اثربخشی مشابه درمان شناختی رفتاری سنتی دارند (Sverre et al., 2023). با این حال، هنوز مطالعات اندکی به مقایسه مستقیم درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و برنامه شفقت به خود در کودکان مبتلا به افسردگی پرداخته‌اند، به ویژه در جامعه ایرانی که تفاوت‌های فرهنگی و خانوادگی می‌تواند بر نحوه تجربه هیجان و پاسخ به درمان تأثیرگذار باشد. از سوی دیگر، بیشتر مطالعات پیشین بر نوجوانان یا بزرگسالان متمرکز بوده‌اند و پژوهش‌های کمتری در مورد کودکان دبستانی انجام شده است (Ames et al., 2014). همچنین نقش فرآیندهای شناختی مانند توجه، حافظه فعال و تنظیم هیجان در پاسخ به درمان ذهن آگاهی در کودکان اهمیت ویژه‌ای دارد (Kazemi & Mohammadi, 2019).

بر این اساس، با توجه به شیوع رو به افزایش افسردگی در کودکان، پیامدهای منفی بلندمدت آن و ضرورت شناسایی مداخلات مؤثر و پایدار، انجام پژوهش‌های مقایسه‌ای درباره درمان‌های نوین روان‌شناختی ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و برنامه شفقت بر خود بر کاهش افسردگی در کودکان بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش اجرا از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه بود که در قالب یک کارآزمایی بالینی تصادفی انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی کودکان دختر ۷ تا ۱۲ ساله شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. برای اجرای پژوهش، پژوهشگران به مدرسه دخترانه هاجر مراجعه کرده و پس از هماهنگی با مسئولان مدرسه، دانش‌آموزانی که نشانه‌های افسردگی را نشان می‌دادند، مورد غربالگری قرار گرفتند. از میان افراد واجد شرایط، ۴۵ کودک به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی در سه گروه شامل درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، برنامه شفقت بر خود و گروه کنترل جایگزین شدند؛ به گونه‌ای که هر گروه شامل ۱۵ نفر بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن دامنه سنی ۷ تا ۱۲ سال، کسب نمره بالا در پرسشنامه افسردگی کودکان، تمایل کودک و والدین به مشارکت در پژوهش و عدم

و پیگیری در بین گروه‌های پژوهش، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به کار رفت. همچنین جهت مقایسه زوجی گروه‌ها و تعیین محل تفاوت‌ها از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها در تمامی تحلیل‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۵ دانش‌آموز دختر ۸ تا ۱۲ ساله با میانگین سنی ۱۰/۰۴ و انحراف معیار ۱/۴۰ شرکت کردند. نتایج بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان داد که بین سه گروه کنترل، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شفقت بر خود از نظر سن، شغل مادر، تعداد فرزندان خانواده و سابقه بیماری‌های جسمانی تفاوت معناداری وجود نداشت (۰/۰۵ < p). در گروه کنترل یک نفر سابقه بیماری ریوی، در گروه شفقت بر خود یک نفر سابقه جراحی و یک نفر سابقه کم‌خونی و در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یک نفر سابقه ناراحتی گوارشی داشت. همچنین هیچ‌یک از شرکت‌کنندگان سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی گزارش نکردند که این امر نشان‌دهنده همگنی نسبی گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون بود.

لحظه حال، آگاهی بیشتری نسبت به تجربه‌های درونی خود پیدا کنند. در کنار آن، برنامه شفقت بر خود نیز در ۱۰ جلسه گروهی اجرا شد و موضوعاتی مانند آرام‌سازی، توجه به بدن، شناخت هیجان‌ها، پذیرش افکار، مهربانی با خود و دیگران، کاهش خودانتقادی، قدردانی، تمرین خودشفقتی و افزایش آرامش روانی را دربر می‌گرفت. در جلسات این مداخله از تکنیک‌هایی نظیر تمرین‌های تنفسی، اسکن بدن، آرام‌سازی پیشرونده عضلانی، تخیل هدایت‌شده، توجه آگاهانه به حواس و تمرین‌های مرتبط با شفقت و مهربانی استفاده شد. هر دو مداخله به صورت هفتگی و در قالب جلسات گروهی برگزار شدند و کودکان در طول درمان تمرین‌های خانگی مرتبط با محتوای جلسات را نیز انجام می‌دادند.

پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در ابتدا از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای توصیف ویژگی‌های نمونه و متغیرهای پژوهش استفاده شد. سپس به منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده گردید. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش و بررسی تفاوت میانگین نمرات افسردگی در سه مرحله زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات افسردگی در گروه‌های پژوهش در مراحل مختلف اندازه‌گیری

زمان	گروه کنترل	گروه شفقت بر خود	گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۱۸/۳۳±۱/۲۹	۱۸/۴۷±۱/۰۶	۱۸/۲۷±۱/۲۲	۰/۸۹۷
پس‌آزمون	۱۸/۳۳±۱/۱۷	۱۱/۴۷±۱/۵۱	۱۲/۰۷±۱/۲۸	۰/۰۰۱>
پیگیری	۱۸/۴۰±۱/۱۸	۱۱/۰۷±۱/۴۹	۱۱/۹۳±۱/۱۰	۰/۰۰۱>

پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های آماری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع نمرات افسردگی در اکثر گروه‌ها از نرمال بودن برخوردار است (۰/۰۵ > p). همچنین آزمون لون نشان داد که همگنی واریانس‌ها برقرار است و نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که فرض کرویت در برخی متغیرها نقض شده است؛ بنابراین در تحلیل‌ها از تصحیح گرین‌هاوس-گایزر استفاده شد. با توجه به تأیید مفروضه‌های اصلی، استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها و زمان‌ها مناسب تشخیص داده شد.

بر اساس نتایج جدول ۱، میانگین نمرات افسردگی در مرحله پیش‌آزمون در سه گروه تفاوت معناداری نداشت و این امر نشان‌دهنده همسان بودن گروه‌ها پیش از اجرای مداخله بود. با این حال، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، کاهش قابل توجهی در نمرات افسردگی گروه‌های درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شفقت بر خود مشاهده شد، در حالی که میانگین نمرات گروه کنترل تقریباً بدون تغییر باقی ماند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که هر دو مداخله توانسته‌اند موجب کاهش معنادار افسردگی کودکان شوند و اثرات درمان در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای نمرات افسردگی

منابع تغییرات	مجموع مجذورات نوع سوم	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای جزئی
زمان	۵۱۲/۸۴	۱/۸۴	۲۷۸/۶۲	۶۹/۴۱	۰/۰۰۱>	۰/۶۲
گروه	۴۳۸/۲۷	۲	۲۱۹/۱۳	۵۸/۳۷	۰/۰۰۱>	۰/۵۷
تعامل زمان × گروه	۴۷۶/۱۵	۳/۶۸	۱۲۹/۴۱	۴۴/۸۲	۰/۰۰۱>	۰/۵۱
خطا	۳۰۱/۷۶	۸۰/۱۲	۳/۷۶			

نتایج جدول ۲ نشان داد که اثر زمان بر نمرات افسردگی معنادار است ($P < ۰.۰۱/۰$)؛ به این معنا که نمرات افسردگی در مراحل مختلف اندازه گیری تغییر کرده‌اند. همچنین اثر اصلی گروه نیز معنادار بود و بیانگر تفاوت میانگین نمرات افسردگی بین گروه‌های پژوهش است. افزون بر این، تعامل زمان و گروه نیز معنادار به دست آمد که نشان می‌دهد روند تغییرات افسردگی در گروه‌های مختلف یکسان نبوده است. اندازه اثرهای به دست آمده نیز بیانگر قدرت بالای مداخلات در کاهش افسردگی کودکان بود.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه گروه‌ها در نمرات افسردگی

مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
شفقت بر خود - کنترل	-۷/۲۱	۰/۸۴	۰/۰۰۱>
درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی - کنترل	-۶/۸۴	۰/۷۹	۰/۰۰۱>
شفقت بر خود - درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۰/۳۷	۰/۷۳	۰/۶۵۲

ندارد و هر دو رویکرد از اثربخشی مشابهی در کاهش افسردگی برخوردار هستند. این نتایج بیانگر آن است که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و شفقت به خود می‌توانند به عنوان رویکردهایی مؤثر برای کاهش مشکلات هیجانی کودکان مورد استفاده قرار گیرند.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توان بیان کرد که این رویکرد از طریق افزایش آگاهی نسبت به تجربه‌های درونی، کاهش قضاوت‌گری و تغییر رابطه کودک با افکار منفی عمل می‌کند. در این درمان، کودکان می‌آموزند که افکار و احساسات ناخوشایند را بدون اجتناب یا واکنش هیجانی شدید مشاهده کنند و همین امر موجب کاهش نشخوار ذهنی و بهبود تنظیم هیجان می‌شود (Gkintoni et al., 2025; Hayes & Hofmann, 2021). ذهن آگاهی به جای تلاش مستقیم برای حذف افکار منفی، به کودکان کمک می‌کند تا از همانندسازی با افکار افسرده‌ساز فاصله بگیرند و تجربه‌های هیجانی را با پذیرش بیشتری مدیریت کنند (Madni et al., 2020). این موضوع به ویژه در کودکان اهمیت زیادی دارد؛ زیرا آنان معمولاً مهارت‌های شناختی کافی برای

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در جدول ۳ نشان داد که هر دو گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و شفقت بر خود در مقایسه با گروه کنترل کاهش معناداری در نمرات افسردگی داشتند ($P < ۰.۰۱/۰$). با این حال، بین دو گروه مداخله تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P = ۰/۶۵۲$). این یافته نشان می‌دهد که هر دو رویکرد درمانی از اثربخشی مشابهی در کاهش افسردگی کودکان برخوردار بوده‌اند و هر دو مداخله توانسته‌اند به شکل مؤثری نشانه‌های افسردگی را کاهش دهند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و برنامه شفقت بر خود بر کاهش افسردگی در کودکان انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو مداخله توانستند به طور معناداری نمرات افسردگی کودکان را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش دهند، در حالی که در گروه کنترل تغییر معناداری مشاهده نشد. همچنین یافته‌ها نشان داد که بین دو مداخله تفاوت معناداری وجود

بازسازی منطقی افکار منفی را ندارند و استفاده از راهبردهای مبتنی بر پذیرش و توجه آگاهانه می‌تواند برایشان قابل فهم‌تر و اثربخش‌تر باشد.

نتایج این پژوهش با یافته‌های سمپل و همکاران همسو است که نشان دادند درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش تاب‌آوری اجتماعی-هیجانی و کاهش مشکلات درونی‌سازی شده کودکان می‌شود (Semple et al., 2010). همچنین مطالعه سمپل و لی نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی در کودکان مبتلا به اضطراب موجب بهبود توجه آگاهانه و کاهش واکنش‌پذیری هیجانی می‌شود (Semple & Lee, 2007). یافته‌های حاضر با پژوهش شتی و همکاران نیز همخوانی دارد که اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در کاهش اضطراب کودکان گزارش کردند (Shetty et al., 2020). از سوی دیگر، رایت و همکاران نیز نشان دادند که برنامه MBCT-C در پیشگیری از مشکلات درونی‌سازی شده کودکان دبستانی مؤثر است و می‌تواند علائم افسردگی و اضطراب را کاهش دهد (Wright et al., 2019). مطالعه آرسکوگ سندبرگ و همکاران نیز تأیید کرد که مداخلات مدرسه‌محور ذهن‌آگاهی در کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب کودکان و نوجوانان اثربخش هستند (Areskoug Sandberg et al., 2024).

علاوه بر این، یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعات انجام‌شده در حوزه افسردگی بزرگسالان نیز همسو است. ایمز و همکاران نشان دادند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در نوجوانان دارای علائم افسردگی موجب کاهش قابل توجه نشانه‌های افسردگی و افزایش تنظیم هیجان می‌شود (Ames et al., 2014). همچنین کویکن و همکاران گزارش کردند که این رویکرد در پیشگیری از عود افسردگی نقش مؤثری دارد و افراد را در مدیریت افکار منفی و کاهش نشخوار ذهنی یاری می‌کند (Kuyken et al., 2008). فراتحلیل‌های اخیر نیز بیانگر آن هستند که درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش افسردگی و اضطراب اثربخشی قابل توجهی دارند و در بسیاری از موارد نتایجی هم‌تراز با درمان شناختی رفتاری سنتی ایجاد می‌کنند (Sverre et al., 2023; Ye et al., 2024).

در تبیین اثربخشی برنامه شفقت بر خود نیز می‌توان اشاره کرد که این رویکرد با کاهش خودانتقادی، افزایش مهربانی با خود و تقویت

احساس امنیت هیجانی، شدت علائم افسردگی را کاهش می‌دهد. کودکان افسرده معمولاً خود را به دلیل ناکامی‌ها و مشکلات سرزنش می‌کنند و این خودانتقادی می‌تواند احساس بی‌ارزشی و ناامیدی را تشدید کند (Gilbert & Procter, 2006). برنامه شفقت به خود تلاش می‌کند به کودکان بیاموزد که با خود همانند یک دوست مهربان رفتار کنند و در مواجهه با اشتباهات و شکست‌ها، نگرش حمایتگرانه‌تری نسبت به خویشان داشته باشند (Neff, 2023). این تغییر نگرش سبب کاهش هیجان‌های منفی و افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی می‌شود.

یافته‌های پژوهش حاضر با نظریه گیلبرت همسو است که بیان می‌کند بسیاری از مشکلات روان‌شناختی نتیجه فعال بودن سیستم تهدید و خودانتقادی درونی هستند و شفقت به خود می‌تواند از طریق فعال‌سازی سیستم آرام‌سازی هیجانی، احساس امنیت و آرامش را افزایش دهد (Gilbert, 2009, 2010). همچنین نتایج حاضر با مطالعه گیلبرت و پروکتر همخوانی دارد که نشان داد آموزش شفقت ذهنی در افراد دارای شرم و خودانتقادی بالا موجب کاهش افسردگی و افزایش خوداطمینان بخشی می‌شود (Gilbert & Procter, 2006). برالر و همکاران نیز گزارش کردند که درمان مبتنی بر شفقت در بهبود مشکلات هیجانی و کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب اثربخش است (Braehler et al., 2013).

مطالعه بلاث و همکاران نیز نشان داد که برنامه شفقت آگاهانه برای نوجوانان موجب کاهش افسردگی، افزایش خودپذیری و بهبود سلامت روان می‌شود (Bluth et al., 2016). همچنین ابویی و همکاران گزارش کردند که آموزش شفقت به خود باعث بهبود تنظیم هیجان دانش‌آموزان می‌شود و توانایی مقابله با فشارهای روانی را افزایش می‌دهد (Abooei et al., 2021). یافته‌های شفيعی و همکاران نیز نشان داد که شفقت به خود موجب کاهش احساس تنهایی و افزایش تاب‌آوری می‌شود (Shafiei et al., 2019). در پژوهش مهدی و قمرانی نیز آموزش والدگری مبتنی بر شفقت منجر به کاهش مشکلات رفتاری کودکان و بهبود خودپنداره آنان شد (Madhi & Ghamarani, 2020). علاوه بر این، نف و گرمر بیان کردند که تمرین‌های مبتنی بر شفقت می‌تواند با افزایش مهربانی با

داده‌اند که تمرین ذهن آگاهی و شفقت می‌تواند بر کارکردهای اجرایی، توجه و تنظیم شناختی هیجان تأثیر بگذارد (Kazemi & Mohammadi, 2019; Longe et al., 2010). این تغییرات شناختی و هیجانی احتمالاً یکی از دلایل اصلی اثربخشی این مداخلات در کودکان بوده است.

با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که هر دو مداخله درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و برنامه شفقت بر خود توانسته‌اند با کاهش خودانتقادی، افزایش پذیرش، بهبود تنظیم هیجان و کاهش نشخوار ذهنی، علائم افسردگی کودکان را به طور معناداری کاهش دهند. همچنین تداوم نتایج در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که این مداخلات دارای اثرات نسبتاً پایدار هستند و می‌توانند به عنوان رویکردهایی مناسب برای ارتقای سلامت روان کودکان مورد استفاده قرار گیرند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدود بودن نمونه به کودکان دختر شهر تهران بود که تعمیم نتایج به سایر گروه‌های سنی، جنسیتی و فرهنگی را با احتیاط همراه می‌سازد. همچنین حجم نمونه نسبتاً کوچک بود و این موضوع ممکن است بر قدرت آماری پژوهش تأثیر گذاشته باشد. استفاده از ابزار خودگزارشی نیز می‌تواند احتمال سوگیری پاسخ‌دهی را افزایش دهد. علاوه بر این، متغیرهایی مانند سبک فرزندپروری، وضعیت اقتصادی خانواده و میزان حمایت اجتماعی کنترل نشدند و ممکن است بر نتایج اثرگذار بوده باشند. محدود بودن دوره پیگیری به سه ماه نیز از دیگر محدودیت‌های مطالعه محسوب می‌شود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده این مداخلات را در گروه‌های سنی و فرهنگی متفاوت و با حجم نمونه بزرگ‌تر بررسی کنند تا امکان تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین اجرای پیگیری‌های بلندمدت می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری درباره پایداری اثرات درمان فراهم سازد. مقایسه این دو رویکرد با سایر درمان‌های روان‌شناختی مانند درمان شناختی رفتاری سنتی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مداخلات خانواده‌محور نیز می‌تواند مفید باشد. علاوه بر این، بررسی نقش متغیرهای میانجی مانند تنظیم هیجان، نشخوار فکری و شفقت به خود در تبیین اثربخشی مداخلات پیشنهاد می‌شود.

خود و کاهش قضاوت‌گری، نشانه‌های افسردگی و اضطراب را کاهش دهد (Neff & Germer, 2013).

یکی از یافته‌های مهم پژوهش حاضر، عدم تفاوت معنادار بین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و برنامه شفقت بر خود بود. این نتیجه نشان می‌دهد که هر دو رویکرد از مسیرهای متفاوت اما مکمل، به بهبود وضعیت هیجانی کودکان منجر می‌شوند. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بیشتر بر آگاهی و پذیرش تجربه‌های درونی تمرکز دارد، در حالی که برنامه شفقت بر خود بر کاهش خودانتقادی و افزایش مهربانی نسبت به خویشتن تأکید می‌کند؛ اما هر دو رویکرد در نهایت موجب کاهش واکنش‌پذیری هیجانی، افزایش تنظیم هیجان و کاهش نشخوار فکری می‌شوند (Frostadottir & Dorjee, 2019). نتایج پژوهش حاضر در این زمینه با یافته‌های فروستادوتیر و دورجی همسو است که نشان دادند درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر شفقت هر دو موجب کاهش افسردگی، اضطراب و استرس می‌شوند و تفاوت معناداری میان آن‌ها مشاهده نمی‌شود (Frostadottir & Dorjee, 2019).

همچنین یافته‌های حاضر با مطالعه حیدری و همکاران همخوانی دارد که هر دو درمان مبتنی بر شفقت و ذهن آگاهی را در کاهش اضطراب اثربخش دانستند (Heidari et al., 2023). فراتحلیل سالاری و همکاران نیز نشان داد که درمان‌های مبتنی بر شفقت، ذهن آگاهی و پذیرش و تعهد همگی در کاهش افسردگی و اضطراب مؤثر هستند و تفاوت‌های مشاهده‌شده میان آن‌ها معمولاً به ویژگی‌های نمونه و نوع اختلال وابسته است (Salari et al., 2024). بنابراین می‌توان بیان کرد که هر دو رویکرد مورد بررسی در پژوهش حاضر، از ظرفیت درمانی بالایی برای کاهش مشکلات هیجانی کودکان برخوردار هستند.

از منظر نظری نیز یافته‌های پژوهش حاضر با رویکردهای موج سوم درمان شناختی رفتاری هماهنگ است. هیز و هافمن معتقدند که درمان‌های موج سوم به جای تمرکز صرف بر محتوای شناختی، بر فرآیندهایی مانند پذیرش، ذهن آگاهی، شفقت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأکید دارند (Hayes & Hofmann, 2021). این فرآیندها می‌توانند به کودکان کمک کنند تا رابطه سازگارانه‌تری با هیجان‌ها و افکار خود برقرار کنند و در نتیجه شدت علائم افسردگی کاهش یابد. افزون بر این، پژوهش‌های عصب‌روان‌شناختی نشان

- Bluth, K., Gaylord, S. A., Campo, R. A., Mullarkey, M. C., & Hobbs, L. (2016). Making Friends with Yourself: A Mixed Methods Pilot Study of a Mindful Self-Compassion Program for Adolescents. *Mindfulness*, 7(2), 479-492.
- 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.
- Force, U. S. P. S. T., Mangione, C. M., Barry, M. J., Nicholson, W. K., Cabana, M., Chelmon, D., & Wong, J. B. (2022). Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, 328(15), 1534-1542.
- Frostadottir, A. D., & Dorjee, D. (2019). Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion, and Rumination in Clients with Depression, Anxiety, and Stress. *Frontiers in psychology*, 10, 1099.
- Gilbert, P. (2009). Introducing Compassion-Focused Therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy: Distinctive Features*. Routledge.
- Gilbert, P. (2014). The Origins and Nature of Compassion Focused Therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- 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.
- Gkintoni, E., Vassilopoulos, S. P., & Nikolaou, G. (2025). Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Clinical Practice: A Systematic Review of Neurocognitive Outcomes and Applications for Mental Health and Well-Being. *Journal of clinical medicine*, 14(5), 1703.
- Hayat, M. (2024). Cognitive Behavioral Therapy: Transforming Negative Thinking and Promoting Mental Health. *Spectrum of Research and Reviews*, 2(01), 34-50.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2021). Third-Wave Cognitive and Behavioral Therapies and the Emergence of a Process-Based Approach to Intervention in Psychiatry. *World Psychiatry*, 20(3), 363-375.
- Heidari, F., Ahadi, H., & Tajeri, B. (2023). Comparing the Effectiveness of Compassion Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the Anxiety of Infertile Women. *Journal of Applied Family Therapy*, 4(2), 227-240.
- Kazemi, A. S., & Mohammadi, Z. (2019). The Effect of Working Memory Training on Executive Function of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *BRAIN: Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 10(3), 134-141.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., & Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Relapse in Recurrent Depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 966.
- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2010). Having a Word with Yourself: Neural Correlates of Self-Criticism and Self-Reassurance. *NeuroImage*, 49(2), 1849-1856.
- Madhi, M., & Ghamarani, A. (2020). The Effectiveness of Self-Compassion-Based Parenting Training on Behavioral Problems and Self-Concept in Children with Intellectual and Developmental Disability. *Journal of Applied Psychological Research*, 11(3), 1-18.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، استفاده از برنامه‌های ذهن‌آگاهی و شفقت به خود در مدارس، مراکز مشاوره و کلینیک‌های کودک می‌تواند به عنوان راهبردی مؤثر برای پیشگیری و کاهش افسردگی کودکان مورد توجه قرار گیرد. آموزش این مهارت‌ها به والدین، معلمان و مشاوران مدرسه نیز می‌تواند در ارتقای سلامت روان کودکان نقش مهمی ایفا کند. همچنین طراحی برنامه‌های گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شفقت در محیط‌های آموزشی می‌تواند به بهبود تنظیم هیجان، کاهش مشکلات رفتاری و افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی کودکان کمک کند.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- Abooei, A., Barzegar Bafrooe, K., & Rahimi, M. (2021). The Effectiveness of Self-Compassion Training on Emotion Regulation of Female Students with Specific Learning Disorder. *Journal of Educational Psychology Studies*, 18(43), 101-121.
- Ames, C. S., Richardson, J., Payne, S., Smith, P., & Leigh, E. (2014). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression in Adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(1), 74-78.
- Areskou Sandberg, E., Stenman, E., Palmer, K., Duberg, A., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2024). A 10-Week School-Based Mindfulness Intervention and Symptoms of Depression and Anxiety among School Children and Adolescents: A Controlled Study. *School Mental Health*, 16(3), 936-947.

- Madni, L. A., Giambrone, C. N., & Semple, R. J. (2020). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children. In *Cognitive Behavioral Therapy in Youth: Tradition and Innovation* (pp. 189-210). Springer US.
- Neff, K. D. (2023). Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annual review of psychology*, 74(1), 193-218.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.
- Orgiles, M., Amoros-Reche, V., Morales, A., Marzo, J. C., Piqueras, J. A., & Espada, J. P. (2025). Depression, Anxiety, and Internalizing Symptoms in Spanish Children and Adolescents: Estimated Rates and Comorbidity Patterns. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-12.
- Salari, N., Heidarian, P., Hassani, R., Babajani, F., Abdolmaleki, A., & Mohammadi, M. (2024). Comparison of the Effectiveness of Treatments Based on Compassion, Acceptance and Commitment, and Mindfulness on Anxiety Disorders and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders Reports*, 18, 100847.
- Saroinsong, W. P., Boonroungrut, C., Sidiq, B. A., Meylinda, C. A., Fauziyah, D. L., & Wulandari, L. (2021). *Cultivating the Value of Empathy in the Family Develops a Self-Compassion Attitude in Children*
- Semple, R. J., & Lee, J. (2007). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Anxious Children: A Manual for Treating Childhood Anxiety*. New Harbinger Publications.
- Semple, R. J., Lee, J., Rosa, D., & Miller, L. F. (2010). A Randomized Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children: Promoting Mindful Attention to Enhance Social-Emotional Resiliency in Children. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 218-229.
- Shafiei, M., Akbari, S., & Heidarirad, H. (2019). The Effectiveness of Self-Compassion Training on Loneliness and Resilience of Destitute Women. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 5, 71-84.
- Shetty, R., Kongasseri, S., & Rai, S. (2020). Efficacy of Mindfulness Based Cognitive Therapy on Children with Anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 34(4), 306-318.
- Sverre, K. T., Nissen, E. R., Farver-Vestergaard, I., Johannsen, M., & Zachariae, R. (2023). Comparing the Efficacy of Mindfulness-Based Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy for Depression in Head-to-Head Randomized Controlled Trials: A Systematic Review and Meta-Analysis of Equivalence. *Clinical psychology review*, 100, 102234.
- Thapar, A., Eyre, O., Patel, V., & Brent, D. (2022). Depression in Young People. *The lancet*, 400(10352), 617-631.
- Wright, K. M., Roberts, R., & Proeve, M. J. (2019). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children (MBCT-C) for Prevention of Internalizing Difficulties: A Small Randomized Controlled Trial with Australian Primary School Children. *Mindfulness*, 10(11), 2277-2293.
- Ye, J., Pan, Y., Wu, C., Hu, Z., Wu, S., Wang, W., & Xiao, A. (2024). Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression and Anxiety in Late Life: A Meta-Analysis. *Alpha Psychiatry*, 25(1), 1.