

## مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان (MBCT-C) و برنامه شفقت به خود بر کاهش افسردگی در کودکان

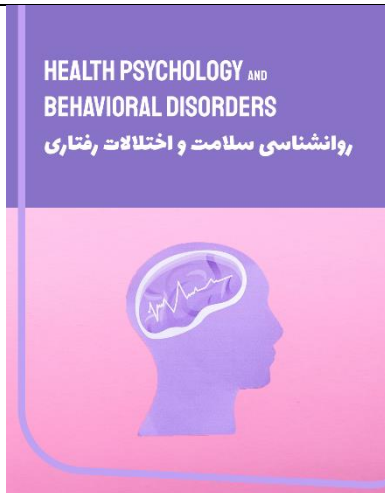
تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۵/۰۵/۰۱

تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۹

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۱/۲۰

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۷/۱۴



### چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان و برنامه شفقت به خود بر کاهش افسردگی در کودکان مبتلا به افسردگی بود. این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش شامل ۴۵ دانش‌آموز دختر ۷ تا ۱۲ ساله شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود که به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (MBCT-C، شفقت به خود و کنترل) جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها سیاهه افسردگی کودکان کوکس (CDI) بود. مداخله MBCT-C طی ۱۲ جلسه گروهی و برنامه شفقت به خود طی ۱۰ جلسه اجرا شد، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرات زمان و گروه، و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شدند. سطح معناداری ۰٫۰۵ در نظر گرفته شد. نتایج نشان داد اثر زمان بر افسردگی معنادار بود ( $P < 0.001$ ) و تعامل زمان و گروه نیز تفاوت معناداری ایجاد کرد ( $P < 0.001$ ). اثر اصلی گروه بر نمرات افسردگی معنادار بود ( $P < 0.001$ ). مقایسه‌های بنفرونی نشان داد هر دو گروه MBCT-C و شفقت به خود نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری در افسردگی داشتند ( $P < 0.001$ )، اما بین دو گروه مداخله تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $P = 0.652$ ). اثرات درمانی در پیگیری سه‌ماهه حفظ شد. هر دو مداخله MBCT-C و شفقت به خود در کاهش افسردگی کودکان اثربخش و پایدار بودند و تفاوت معناداری بین آن‌ها مشاهده نشد؛ بنابراین هر دو می‌توانند به‌عنوان گزینه‌های درمانی مناسب برای کاهش افسردگی در کودکان مورد استفاده قرار گیرند.

**کلیدواژه‌گان:** افسردگی کودکان، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، شفقت به خود، کارآزمایی بالینی تصادفی، تنظیم هیجان.

شبنم نوبهار<sup>۱</sup>، نسرین باقری<sup>۱\*</sup>، مهرداد ثابت<sup>۱</sup>

۱. گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

\* ایمیل نویسنده مسئول:

na.bagheri@iau.ac.ir

**شیوه استناددهی:** نوبهار، شبنم، باقری، نسرین. و ثابت، مهرداد. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان (MBCT-C) و برنامه شفقت به خود بر کاهش افسردگی در کودکان. روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری، ۳۴(۳)، ۱-۱۴.

# A Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children (MBCT-C) and Self-Compassion Program on Reducing Depression in Children

Submit Date:  
2025-10-06

Revise Date:  
2026-02-09

Accept Date:  
2026-02-18

Initial Publish Date:  
2026-04-30

Final Publish Date:  
2026-07-23

## Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children (MBCT-C) and a self-compassion program in reducing depression among children with depressive symptoms. This study was a randomized controlled clinical trial with a pretest–posttest design and a three-month follow-up including a control group. The sample consisted of 45 female students aged 7–12 years in Tehran during the 2024–2025 academic year, randomly assigned to three groups (MBCT-C, self-compassion, and control;  $n=15$  per group). Depression was assessed using the Kovacs Children’s Depression Inventory (CDI). The MBCT-C intervention was delivered in 12 group sessions, while the self-compassion program was implemented in 10 sessions; the control group received no intervention. Data were analyzed using the Shapiro–Wilk test for normality, repeated measures ANOVA to examine time and group effects, and Bonferroni post hoc tests. The significance level was set at 0.05. Results indicated a significant main effect of time on depression scores ( $P<0.001$ ) and a significant time-by-group interaction ( $P<0.001$ ). The main effect of group was also significant ( $P<0.001$ ). Bonferroni comparisons showed that both MBCT-C and self-compassion groups demonstrated significantly greater reductions in depression compared to the control group ( $P<0.001$ ), whereas no significant difference was found between the two intervention groups ( $P=0.652$ ). Treatment effects were maintained at the three-month follow-up. Both MBCT-C and self-compassion interventions were effective and sustained in reducing depressive symptoms in children, with no significant difference between them. Therefore, both approaches may be considered suitable therapeutic options for treating childhood depression.

**Keywords:** *childhood depression, mindfulness-based cognitive therapy, self-compassion, randomized controlled trial, emotional regulation.*

HEALTH PSYCHOLOGY AND  
BEHAVIORAL DISORDERS  
روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری



Shabnam Nobahar<sup>1</sup>, Nasrin Bagheri<sup>1\*</sup>,  
Mehrdad Sabet<sup>1</sup>

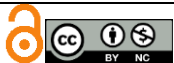
1. Department of Psychology, Ro.c., Islamic Azad University, Roudehen, Iran

\*Corresponding  
na.bagheri@iau.ac.ir

Author’s

Email:

**How to cite:** Nobahar, Sh., Bagheri, N., & Sabet, M. (2026). A Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children (MBCT-C) and Self-Compassion Program on Reducing Depression in Children. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 4(3), 1-14.



افسردگی در کودکان و نوجوانان یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در جهان معاصر است که با پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی گسترده‌ای همراه است. برآوردهای اپیدمیولوژیک اخیر نشان می‌دهد که نشانه‌های افسردگی و سایر مشکلات درونی‌سازی در سال‌های اخیر روندی افزایشی داشته‌اند و همبستگی قابل‌توجهی با اضطراب و سایر اختلالات هیجانی دارند (Orgilés et al., 2025). افزون بر این، گزارش‌های جامع در حوزه سلامت روان نوجوانان حاکی از آن است که افسردگی در سنین پایین با خطر عود در بزرگسالی، افت عملکرد تحصیلی، اختلال در روابط اجتماعی و افزایش خطر رفتارهای خودآسیب‌رسان همراه است (Thapar et al., 2022). در همین راستا، توصیه‌نامه‌های غربالگری بالینی بر ضرورت شناسایی و مداخله زودهنگام در کودکان و نوجوانان تأکید دارند، زیرا تأخیر در درمان می‌تواند به مزمن شدن علائم و افزایش بار بیماری منجر شود (Force et al., 2022). بنابراین، توسعه و ارزیابی مداخلات اثربخش، ایمن و متناسب با ویژگی‌های رشدی کودکان، ضرورتی انکارناپذیر در نظام‌های سلامت روان به شمار می‌رود.

در دهه‌های اخیر، درمان شناختی-رفتاری (CBT) به‌عنوان یکی از درمان‌های خط اول افسردگی در کودکان و نوجوانان مطرح بوده است. این رویکرد با تمرکز بر شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد و الگوهای رفتاری ناسازگار، تلاش می‌کند نشانه‌های افسردگی را کاهش دهد (Hayat, 2024). با این حال، شواهد نشان می‌دهد که همه کودکان به‌طور یکسان به CBT پاسخ نمی‌دهند و برخی بیماران همچنان با علائم باقی‌مانده یا عود مواجه می‌شوند. در پاسخ به این محدودیت‌ها، موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری با تأکید بر فرایندهای زیربنایی مانند پذیرش، ذهن‌آگاهی و شفقت شکل گرفت (Hayes & Hofmann, 2021). این رویکردهای فرایندمحور به جای تمرکز صرف بر تغییر محتوای شناختی، بر رابطه فرد با افکار و هیجانات خود تأکید می‌کنند و از این طریق به تنظیم هیجان و کاهش نشخوار فکری کمک می‌نمایند.

یکی از برجسته‌ترین رویکردهای موج سوم، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) است که ابتدا برای پیشگیری از عود افسردگی در بزرگسالان طراحی شد و اثربخشی آن در کاهش عود در افسردگی عودکننده نشان داده شد (Kuyken et al., 2008). این رویکرد بعدها برای جمعیت‌های نوجوان و کودک اقتباس گردید. برنامه MBCT برای کودکان (MBCT-C) با در نظر گرفتن ویژگی‌های رشدی، از تمرین‌های کوتاه‌تر، عناصر بازی‌محور و زبان ساده‌تر بهره می‌گیرد (Semple & Lee, 2007). کارآزمایی‌های اولیه نشان دادند که MBCT-C می‌تواند توجه آگاهانه و تاب‌آوری هیجانی کودکان را تقویت کند و به کاهش علائم درونی‌سازی بینجامد (Semple et al., 2010). مطالعات بعدی نیز اثربخشی این رویکرد را در پیشگیری از مشکلات درونی‌سازی و کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب در کودکان دبستانی تأیید کردند (Wright et al., 2019). همچنین، شواهد نشان می‌دهد که MBCT در نوجوانان مبتلا به افسردگی خفیف تا متوسط قابلیت اجرا و اثربخشی قابل‌قبولی دارد (Ames et al., 2014). مرورهای نظام‌مند جدید نیز حاکی از آن‌اند که MBCT از طریق بهبود فرایندهای نوروشناختی و افزایش آگاهی لحظه‌ای می‌تواند به بهبود سلامت روان کمک کند (Gkintoni et al., 2025) و فراتحلیل‌ها اثربخشی آن را در کاهش افسردگی و اضطراب در گروه‌های سنی مختلف گزارش کرده‌اند (Ye et al., 2024).

علاوه بر ذهن‌آگاهی، مفهوم شفقت به خود در سال‌های اخیر توجه گسترده‌ای را در روان‌شناسی بالینی به خود جلب کرده است. شفقت به خود به‌عنوان نگرشی مهربانانه، غیرقضاوتی و پذیرنده نسبت به رنج‌های شخصی تعریف می‌شود و شامل سه مؤلفه مهربانی با خود، انسانیت مشترک و ذهن‌آگاهی است (Neff, 2023). پژوهش‌های اولیه نشان دادند که آموزش شفقت به خود می‌تواند سطوح افسردگی، اضطراب و خودانتقادی را کاهش دهد (Neff & Germer, 2013). از منظر عصب‌روان‌شناختی نیز خودانتقادی با فعال‌سازی شبکه‌های تهدید و هیجانات منفی همراه است، در حالی که خوددلگرمی و خوداطمینانی الگوهای متفاوتی از فعال‌سازی مغزی را نشان می‌دهد (Longe et al., 2010). درمان متمرکز بر شفقت (CFT) که توسط گیلبرت توسعه یافته، بر پایه نظریه‌های تکاملی، دلبستگی و نظام‌های تنظیم هیجان بنا شده است (Gilbert, 2009, 2010). هدف اصلی CFT انتقال افراد از نظام انگیزشی مبتنی بر تهدید و رقابت به نظامی مبتنی بر امنیت و شفقت است (Gilbert, 2014). مطالعات اولیه در جمعیت‌های بالینی نشان دادند که آموزش ذهن شفقت‌آمیز می‌تواند شرم و خودانتقادی را کاهش دهد

(Gilbert & Procter, 2006) و پژوهش‌های بعدی نیز تغییرات مثبت در فرایندهای هیجانی را گزارش کردند (Braehler et al., 2013).

در حوزه کودک و نوجوان، مداخلات مبتنی بر شفقت نیز نتایج امیدوارکننده‌ای داشته‌اند. برنامه‌های شفقت‌آمیز برای نوجوانان با کاهش افسردگی و افزایش سازگاری هیجانی همراه بوده‌اند (Bluth et al., 2016). پژوهش‌های انجام‌شده در بستر خانواده نشان می‌دهد که پرورش همدلی در محیط خانواده می‌تواند نگرش شفقت‌آمیز کودکان را تقویت کند (Saroinsong et al., 2021). همچنین، آموزش شفقت به خود در کودکان با نیازهای ویژه به بهبود تنظیم هیجان انجامیده است (Abooei et al., 2021) و برنامه‌های والدگری مبتنی بر شفقت نیز به کاهش مشکلات رفتاری و بهبود خودپنداره کودکان کمک کرده‌اند (Madhi & Ghamarani, 2020). در مطالعات داخلی، اثربخشی آموزش شفقت بر کاهش احساس تنهایی و افزایش تاب‌آوری گزارش شده است (Shafiei et al., 2019).

با توجه به همپوشانی مفهومی ذهن‌آگاهی و شفقت، برخی پژوهش‌ها به مقایسه مستقیم این دو رویکرد پرداخته‌اند. یافته‌های یک مطالعه مقایسه‌ای نشان داد که MBCT و CFT هر دو به کاهش افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری منجر می‌شوند و تفاوت معناداری در پیامدهای بالینی بین آن‌ها مشاهده نشد (Frostadottir & Dorjee, 2019). فراتحلیل‌های اخیر نیز حاکی از آن‌اند که درمان‌های مبتنی بر شفقت و ذهن‌آگاهی اثرات متوسط تا بزرگی بر افسردگی و اضطراب دارند (Salari et al., 2024). با این حال، برخی مطالعات در جمعیت‌های خاص تفاوت‌هایی را به نفع یکی از رویکردها گزارش کرده‌اند، مانند برتری نسبی CFT در کاهش اضطراب در زنان نابارور (Heidari et al., 2023). در کودکان، MBCT-C نیز در کاهش اضطراب و مشکلات درونی‌سازی مؤثر گزارش شده است (Madni et al., 2020; Shetty et al., 2020). همچنین، شواهد حاکی از آن است که آموزش مهارت‌های توجه و کارکردهای اجرایی می‌تواند با بهبود تنظیم شناختی و هیجانی در کودکان مرتبط باشد (Kazemi & Mohammadi, 2019).

مرورهای مقایسه‌ای بین درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و CBT نشان داده‌اند که این رویکردها در بسیاری از موارد اثربخشی معادل دارند (Sverre et al., 2023)، اما همچنان پرسش‌های مهمی درباره مکانیسم‌های اختصاصی هر مداخله و اینکه کدام گروه از کودکان از کدام رویکرد سود بیشتری می‌برند، باقی است. از سوی دیگر، مطالعات مبتنی بر مدرسه نشان داده‌اند که مداخلات ذهن‌آگاهی می‌توانند در محیط‌های آموزشی نیز اجرا شوند و علائم افسردگی و اضطراب را کاهش دهند (Areskoug Sandberg et al., 2024). با وجود این شواهد، مقایسه مستقیم اثربخشی MBCT-C و برنامه‌های شفقت به خود در کودکان مبتلا به افسردگی، به‌ویژه در بافت فرهنگی ایران، محدود است. با توجه به شیوع قابل‌توجه افسردگی در کودکان، پیامدهای بلندمدت آن، گسترش رویکردهای موج سوم و نیاز به شواهد مقایسه‌ای برای هدایت تصمیم‌گیری بالینی، انجام پژوهش‌های کارآزمایی تصادفی که به مقایسه مستقیم این دو مداخله بپردازند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای کودکان (MBCT-C) و برنامه شفقت به خود بر کاهش افسردگی در کودکان بود.

## روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از حیث روش، یک کارآزمایی بالینی تصادفی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دختر ۷ تا ۱۲ ساله شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. در مرحله نخست، با هماهنگی مدیریت مدرسه، غربالگری اولیه به‌منظور شناسایی دانش‌آموزان دارای نشانه‌های افسردگی انجام شد. دانش‌آموزانی که در سیاهه افسردگی کودکان نمره‌ای در دامنه بالاتر از نقطه برش کسب کردند و تمایل به مشارکت در پژوهش داشتند، به‌عنوان افراد واجد شرایط در نظر گرفته شدند. معیارهای ورود شامل قرار داشتن در دامنه سنی تعیین‌شده، کسب نمره بالای نقطه برش در پرسشنامه افسردگی، عدم دریافت همزمان مداخلات روان‌شناختی دیگر و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی بود. همچنین کودکانی که مبتلا به اختلالات یادگیری شدید، بیماری‌های

عصبی یا جسمانی جدی (نظیر صرع و تشنج) بودند یا در طول اجرای مداخله بیش از سه جلسه غیبت داشتند، از مطالعه حذف شدند. پس از اخذ رضایت آگاهانه از والدین، ۴۵ نفر از واجدان شرایط به صورت تصادفی ساده در سه گروه مساوی ۱۵ نفره شامل گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان، گروه برنامه شفقت به خود و گروه کنترل جایگزین شدند. مداخله MBCT-C در قالب ۱۲ جلسه گروهی هفتگی و برنامه شفقت به خود در قالب ۱۰ جلسه گروهی اجرا شد، در حالی که گروه کنترل در طول دوره پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد و تنها در مراحل سنجش شرکت نمود. هر دو مداخله توسط درمانگر آموزش دیده و بر اساس پروتکل‌های ساختاریافته اجرا شد و پیگیری سه‌ماهه پس از پایان جلسات درمانی انجام گرفت.

برای سنجش افسردگی از سیاهه افسردگی کودکان کوکس (CDI) استفاده شد که یکی از ابزارهای معتبر و پرکاربرد برای ارزیابی نشانه‌های افسردگی در کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ سال است. این پرسشنامه شامل ۲۷ گویه بوده و پنج خرده‌مقیاس خلق منفی، مشکلات بین‌فردی، احساس ناکارآمدی، بی‌لذتی و عزت‌نفس منفی را در بر می‌گیرد. هر گویه دارای سه گزینه پاسخ از صفر تا دو است که شدت نشانه را از فقدان علامت تا وجود نشانه آشکار نشان می‌دهد. دامنه نمره کل بین صفر تا ۵۴ متغیر است و نمرات بالاتر بیانگر شدت بیشتر علائم افسردگی است. در مطالعات انجام شده در ایران، پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ قابل قبول گزارش شده است. در پژوهش حاضر، پرسشنامه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه اجرا شد. افزون بر پرسشنامه افسردگی، فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی برای ثبت متغیرهایی مانند سن، وضعیت شغلی والدین، سابقه بیماری‌های جسمی و مصرف دارو تکمیل گردید تا همگنی اولیه گروه‌ها بررسی شود.

پروتکل درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان (MBCT-C) در قالب ۱۲ جلسه گروهی هفتگی طراحی و اجرا شد و بر افزایش آگاهی لحظه‌ای، کاهش همانندسازی با افکار منفی و تقویت تنظیم هیجانی تمرکز داشت. در جلسات ابتدایی، مفهوم «خلبان خودکار» و تفاوت آن با زندگی آگاهانه به کودکان آموزش داده شد و تمرین‌هایی مانند تنفس آگاهانه، سه نفس آگاهانه و توجه به حواس پنج‌گانه اجرا گردید. در ادامه، کودکان با این ایده آشنا شدند که افکار، احساسات و حس‌های بدنی واقعیت مطلق نیستند، بلکه رویدادهایی گذرا در ذهن هستند؛ بنابراین تمرین‌هایی مانند مشاهده افکار بدون قضاوت، اسکن بدن، حرکات یوگای آگاهانه، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای و گوش دادن یا خوردن آگاهانه به برنامه افزوده شد. در جلسات پایانی، تأکید بر تشخیص قضاوت‌های ذهنی، افزایش قدرت انتخاب در پاسخ به رویدادها و به‌کارگیری مهارت‌های ذهن آگاهی در موقعیت‌های استرس‌زا بود. تکالیف خانگی منظم برای تمرین مهارت‌ها در زندگی روزمره ارائه شد و در جلسه پایانی، مرور آموخته‌ها، تقویت تعهد به تمرین مستمر و جشن فارغ‌التحصیلی گروهی انجام گرفت تا انتقال مهارت‌ها به محیط خانه و مدرسه تسهیل شود.

پروتکل برنامه شفقت به خود در قالب ۱۰ جلسه گروهی اجرا شد و هدف آن پرورش نگرش مهربانانه، پذیرنده و غیرقضاوتی نسبت به خود در مواجهه با هیجانات دشوار بود. در جلسات آغازین، مفاهیم پایه‌ای مانند آشنایی با ذهن، تنفس آرام‌ساز و ذهن آگاهی مقدماتی معرفی شد و کودکان با نقش توجه و مهربانی در کاهش تنش آشنا شدند. در جلسات میانی، آموزش عمیق‌تری درباره افکار و احساسات، ارتباط آن‌ها با بدن و رفتار، و شیوه‌های واکنش‌گر بودن به جای واکنش فوری ارائه گردید. تمرین‌هایی مانند تصویرسازی آرام‌بخش، اسکن بدن، آرام‌سازی عضلانی تدریجی، گفت‌وگوی درونی مهربانانه و بازسازی شناختی مبتنی بر شفقت اجرا شد. همچنین موضوعاتی مانند پذیرش غم، ترس و خشم، درک مشترک بودن رنج انسانی، قدردانی از بدن و تقویت همدلی با دیگران مورد توجه قرار گرفت. در جلسات پایانی، بر شناسایی نقاط قوت فردی، تبدیل خودانتقادی به خوددلگرمی، و برنامه‌ریزی برای ادامه تمرین شفقت در خانه و مدرسه تأکید شد تا کودکان بتوانند مهارت‌های آموخته‌شده را در موقعیت‌های واقعی زندگی به کار گیرند.

داده‌های گردآوری شده پس از ورود به نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد بررسی قرار گرفتند. در گام نخست، با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک، نرمال بودن توزیع متغیر وابسته در هر یک از مراحل اندازه‌گیری بررسی شد. برای تحلیل تغییرات درون‌گروهی و بین‌گروهی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد تا اثر زمان، اثر گروه و تعامل زمان و گروه بر نمرات افسردگی ارزیابی گردد. در صورت مشاهده اثرات معنادار،

از آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌های دو به دو میانگین‌ها استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰,۰۵ در نظر گرفته شد و اندازه اثر نیز برای تبیین شدت تغییرات گزارش گردید. تمامی تحلیل‌ها با در نظر گرفتن مفروضه‌های آماری مربوطه انجام شد تا نتایج از اعتبار آماری لازم برخوردار باشند.

## یافته‌ها

در این پژوهش ۴۵ دانش‌آموز دختر در بازه سنی ۸ تا ۱۲ سال با میانگین سنی ۱۰,۰۴ و انحراف معیار ۱,۴۰ شرکت داشتند که به‌طور مساوی در سه گروه کنترل، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شفقت به خود قرار گرفتند. نتایج آزمون‌های مقایسه‌ای اولیه نشان داد که از نظر سن، شغل مادر، سابقه بیماری‌های جسمی در کودک و تعداد فرزندان خانواده تفاوت معناداری بین سه گروه وجود نداشت (همه مقادیر  $P > 0.05$ ). همچنین هیچ‌یک از شرکت‌کنندگان سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی گزارش نکردند. این یافته‌ها نشان‌دهنده همگنی گروه‌ها در متغیرهای جمعیت‌شناختی پیش از اجرای مداخله است و اعتبار درونی نتایج را تقویت می‌کند.

### جدول ۱. آمار توصیفی نمرات افسردگی در سه گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	زمان	کنترل (میانگین±انحراف معیار)	شفقت به خود (میانگین±انحراف معیار)	C-MBCT (میانگین±انحراف معیار)
افسردگی پیش‌آزمون	۱,۲۹ ± ۱۸,۳۳	۱,۰۶ ± ۱۸,۴۷	۱,۲۲ ± ۱۸,۲۷	
افسردگی پس‌آزمون	۱,۱۷ ± ۱۸,۳۳	۱,۵۱ ± ۱۱,۴۷	۱,۲۸ ± ۱۲,۰۷	
افسردگی پیگیری	۱,۱۸ ± ۱۸,۴۰	۱,۴۹ ± ۱۱,۰۷	۱,۱۰ ± ۱۱,۹۳	

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، میانگین نمرات افسردگی در هر سه گروه در مرحله پیش‌آزمون تقریباً مشابه بوده است. در مرحله پس‌آزمون، کاهش قابل توجهی در میانگین نمرات گروه شفقت به خود و گروه MBCT-C مشاهده می‌شود، در حالی که گروه کنترل تغییر محسوسی نشان نداده است. در مرحله پیگیری سه‌ماهه نیز کاهش نمرات در دو گروه مداخله حفظ شده و بیانگر پایداری اثر درمانی است.

### جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای افسردگی

منبع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	مجذور اتا جزئی
زمان	۲۶,۸۵۹	۲	۱۵,۶۵۴	۴,۲۱۳	۰,۰۲۴	۰,۰۹۱
زمان × گروه	۴,۰۳۰	۴	۱,۱۷۴	۰,۳۱۶	۰,۸۳۹	۰,۰۱۵
اثر اصلی گروه	—	۲	—	—	$> 0.001$	—
خطا	۲۶۷,۷۷۸	۷۲	۳,۷۱۶	—	—	—

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد اثر زمان بر افسردگی معنادار است ( $P = 0.024$ )، که بیانگر تغییرات معنادار در طول زمان است. اثر اصلی گروه نیز معنادار بود ( $P < 0.001$ )، به این معنا که تفاوت کلی بین گروه‌ها وجود دارد. هرچند تعامل زمان و گروه در این جدول معنادار نبود ( $P = 0.839$ )، اما نتایج مقایسه‌های تعقیبی نشان‌دهنده کاهش معنادار در گروه‌های مداخله نسبت به کنترل است. اندازه اثر نشان می‌دهد بخشی از واریانس تغییرات افسردگی به زمان و گروه نسبت داده می‌شود.

### جدول ۳. مقایسه تعقیبی اثربخشی هر مداخله در مقایسه با گروه کنترل (آزمون بنفرونی)

مقایسه گروهی	تفاوت میانگین	سطح معناداری
شفقت به خود - کنترل	-۶,۸۶	$> 0.001$
C-MBCT - کنترل	-۶,۲۶	$> 0.001$

مقایسه‌های تعقیبی بنفرونی نشان داد هر دو مداخله شفقت به خود و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش معنادار افسردگی شدند (هر دو  $P < 0.001$ ). تفاوت میانگین‌ها نشان می‌دهد شدت کاهش در هر دو گروه درمانی چشمگیر و از نظر بالینی معنادار بوده است.

#### جدول ۴. مقایسه تعقیبی اثربخشی دو مداخله با یکدیگر

مقایسه گروهی	تفاوت میانگین	سطح معناداری
شفقت به خود - MBCT-C	۰٫۶۰-	۰٫۶۵۲

نتایج مقایسه مستقیم بین دو گروه مداخله نشان داد تفاوت معناداری بین اثربخشی شفقت به خود و MBCT-C وجود ندارد ( $P = 0.652$ ). این یافته بیانگر آن است که هر دو رویکرد به میزان مشابهی در کاهش افسردگی کودکان مؤثر بوده‌اند و از نظر آماری برتری یکی بر دیگری مشاهده نشده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو مداخله درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای کودکان (MBCT-C) و برنامه شفقت به خود منجر به کاهش معنادار نمرات افسردگی در مقایسه با گروه کنترل شدند و این کاهش در مرحله پیگیری سه‌ماهه نیز پایدار باقی ماند. اثر اصلی زمان و اثر تعامل زمان و گروه معنادار بود و مقایسه‌های تعقیبی نشان داد که هر دو گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش چشمگیری در علائم افسردگی داشتند، در حالی که بین دو گروه درمانی تفاوت معناداری مشاهده نشد. این الگو نشان می‌دهد که هر دو رویکرد می‌توانند به‌عنوان مداخلات مؤثر برای کاهش افسردگی کودکان مورد استفاده قرار گیرند و پایداری اثر در پیگیری بیانگر آن است که تغییرات ایجادشده صرفاً کوتاه‌مدت یا ناشی از اثرات گذرای درمان نبوده است.

کاهش معنادار افسردگی در گروه MBCT-C با چارچوب نظری درمان‌های موج سوم همخوان است که بر تغییر رابطه فرد با افکار و هیجانات به جای اصلاح مستقیم محتوای شناختی تأکید دارند (Hayes & Hofmann, 2021). در این رویکرد، کودکان می‌آموزند افکار منفی را به‌عنوان رویدادهای ذهنی گذرا مشاهده کنند و از همانندسازی با آن‌ها فاصله بگیرند؛ فرایندی که می‌تواند نشخوار فکری و فعال‌سازی مکرر طرحواره‌های افسرده‌ساز را کاهش دهد. شواهد پیشین نشان داده‌اند که MBCT در پیشگیری از عود افسردگی و کاهش علائم باقی‌مانده در بزرگسالان مؤثر است (Kuyken et al., 2008) و اقتباس آن برای کودکان نیز نتایج مشابهی در ارتقای توجه آگاهانه و تاب‌آوری اجتماعی-هیجانی داشته است (Semple et al., 2010). افزون بر این، کارآزمایی‌های انجام‌شده در مدارس نشان داده‌اند که مداخلات ذهن‌آگاهی می‌توانند علائم افسردگی و اضطراب دانش‌آموزان را به‌طور معناداری کاهش دهند (Areskoug Sandberg et al., 2024). نتایج مطالعه حاضر در تداوم این خط پژوهشی نشان می‌دهد که اجرای ساختاریافته MBCT-C در کودکان مبتلا به افسردگی نیز با بهبود بالینی معنادار همراه است.

همچنین یافته‌های ما با پژوهش‌هایی که اثربخشی MBCT را در نوجوانان دارای علائم افسردگی نشان داده‌اند همسو است (Ames et al., 2014). مرورهای نظام‌مند جدید نیز تأیید کرده‌اند که MBCT از طریق بهبود فرایندهای نوروشناختی مرتبط با تنظیم هیجان و توجه، به کاهش علائم افسردگی کمک می‌کند (Gkintoni et al., 2025). فراتحلیل‌ها در گروه‌های سنی مختلف نیز اثرات معنادار MBCT بر افسردگی و اضطراب را گزارش کرده‌اند (Ye et al., 2024). افزون بر این، مقایسه‌های مستقیم بین درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی-رفتاری نشان داده‌اند که این رویکردها در بسیاری از موارد اثربخشی معادل دارند (Sverre et al., 2023)، که می‌تواند توضیح دهد چرا MBCT-C در مطالعه حاضر کاهش قابل‌توجهی در افسردگی ایجاد کرده است.

در مورد برنامه شفقت به خود نیز کاهش معنادار افسردگی مشاهده شد. این یافته با نظریه‌های مبتنی بر تنظیم هیجان گیلبرت همسو است که بر نقش نظام‌های تهدید و ایمنی در آسیب‌شناسی افسردگی تأکید دارند (Gilbert, 2009, 2010). از این منظر، خودانتقادی شدید و شرم می‌توانند نظام تهدید را فعال نگه دارند و به تداوم خلق افسرده بینجامند. آموزش شفقت به خود با تقویت نگرش مهربانانه و پذیرنده نسبت به خود، می‌تواند فعال‌سازی این نظام را کاهش دهد و احساس ایمنی درونی را افزایش دهد (Gilbert, 2014). مطالعات اولیه نشان دادند که آموزش ذهن شفقت‌آمیز در افراد با سطح بالای شرم و خودانتقادی به کاهش علائم افسردگی منجر می‌شود (Gilbert & Procter, 2006) و پژوهش‌های بعدی نیز تغییرات مثبت در فرایندهای هیجانی را گزارش کردند (Braehler et al., 2013). علاوه بر این، پژوهش‌های مرتبط با خودشفقتی نشان داده‌اند که این سازه با کاهش افسردگی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی مرتبط است (Neff, 2023; Neff & Germer, 2013).

در حوزه کودک و نوجوان نیز نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های پیشین همخوان است. برنامه‌های مبتنی بر شفقت برای نوجوانان با کاهش افسردگی و افزایش خودپذیری همراه بوده‌اند (Bluth et al., 2016). آموزش شفقت در کودکان با نیازهای ویژه نیز به بهبود تنظیم هیجان انجامیده است (Abooei et al., 2021) و برنامه‌های والدگری مبتنی بر شفقت اثرات مثبتی بر مشکلات رفتاری و خودپنداره کودکان داشته‌اند (Madhi & Ghamarani, 2020). همچنین، شواهدی وجود دارد که تقویت همدلی در خانواده می‌تواند نگرش شفقت‌آمیز کودکان را افزایش دهد (Saroinsong et al., 2021). بنابراین، کاهش افسردگی در گروه شفقت به خود در پژوهش حاضر با ادبیات موجود سازگار است و نشان می‌دهد که پرورش نگرش مهربانانه نسبت به خود می‌تواند نقش محافظتی در برابر خلق افسرده ایفا کند. یکی از یافته‌های مهم پژوهش حاضر، عدم تفاوت معنادار بین دو گروه MBCT-C و شفقت به خود بود. این نتیجه با پژوهش مقایسه‌ای که نشان داد MBCT و CFT هر دو به کاهش معنادار افسردگی و اضطراب منجر می‌شوند و تفاوت چشمگیری بین آن‌ها وجود ندارد همخوان است (Frostadottir & Dorjee, 2019). فراتحلیل‌های اخیر نیز اثرات درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شفقت را در دامنه متوسط تا بزرگ گزارش کرده‌اند (Salari et al., 2024). هرچند در برخی جمعیت‌ها تفاوت‌هایی مشاهده شده است، مانند برتری نسبی CFT در کاهش اضطراب در زنان نابارور (Heidari et al., 2023)، اما در کودکان مبتلا به افسردگی ممکن است هر دو رویکرد از مسیرهای متفاوت اما هم‌افزا به نتایج مشابهی بینجامند.

از نظر تبیینی، می‌توان گفت MBCT-C بیشتر از طریق افزایش آگاهی لحظه‌ای، کاهش نشخوار فکری و بهبود کارکردهای توجه عمل می‌کند، در حالی که برنامه شفقت به خود با کاهش خودانتقادی و تقویت خوددلگرمی بر نظام تنظیم هیجان تأثیر می‌گذارد. با توجه به اینکه خودانتقادی و نشخوار فکری هر دو از سازوکارهای اصلی افسردگی در کودکان هستند (Orgilés et al., 2025; Thapar et al., 2022)، منطقی است که مداخلاتی که این فرایندها را هدف قرار می‌دهند به کاهش علائم بینجامند. همچنین، نقش کارکردهای اجرایی و توجه در تنظیم هیجان کودکان نیز مورد تأکید قرار گرفته است (Kazemi & Mohammadi, 2019) که می‌تواند یکی از مکانیسم‌های عمل MBCT-C باشد. بنابراین، همگرایی اثرات دو رویکرد در پژوهش حاضر احتمالاً ناشی از هدف‌گیری سازوکارهای مشترک در افسردگی کودکان است. به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مداخلات موج سوم با تمرکز بر ذهن‌آگاهی و شفقت می‌توانند جایگزین یا مکمل مناسبی برای رویکردهای سنتی‌تر مانند CBT باشند (Hayat, 2024; Hayes & Hofmann, 2021). با توجه به توصیه‌های غربالگری و مداخله زودهنگام در کودکان (Force et al., 2022)، به‌کارگیری این رویکردها در مدارس و مراکز مشاوره می‌تواند به کاهش بار افسردگی در سنین پایین کمک کند.

یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر، حجم نمونه نسبتاً کوچک و محدود بودن آن به دانش‌آموزان دختر یک منطقه جغرافیایی خاص بود که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند. همچنین، استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ یا تمایل به مطلوبیت اجتماعی قرار گرفته باشد. دوره پیگیری سه‌ماهه نیز نسبتاً کوتاه است و نمی‌توان درباره پایداری بلندمدت اثرات با قطعیت اظهار نظر

کرد. افزون بر این، متغیرهای میانجی مانند سطح خودانتقادی، نشخوار فکری یا تغییرات در ذهن‌آگاهی به‌صورت مستقیم اندازه‌گیری نشدند، بنابراین سازوکارهای دقیق تغییر مشخص نگردید.

پژوهش‌های آینده می‌توانند با استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر از نظر جنسیت، سن و زمینه فرهنگی، تعمیم‌پذیری نتایج را افزایش دهند. اجرای طرح‌های طولی با پیگیری‌های ۱۲ تا ۲۴ ماهه می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری درباره پایداری اثرات ارائه دهد. همچنین، بررسی نقش متغیرهای میانجی مانند نشخوار فکری، خودانتقادی، ذهن‌آگاهی و شفقت به خود در قالب مدل‌های تحلیل مسیر یا مدل‌یابی معادلات ساختاری می‌تواند به روشن شدن مکانیسم‌های تغییر کمک کند. مقایسه این دو رویکرد با درمان‌های دارویی یا ترکیب آن‌ها با مداخلات والدگری نیز می‌تواند حوزه‌های جدیدی از پژوهش را بگشاید.

با توجه به اثربخشی هر دو مداخله، مراکز مشاوره مدارس و کلینیک‌های کودک می‌توانند بسته به امکانات و ترجیحات درمانگر و مراجع، از MBCT-C یا برنامه شفقت به خود استفاده کنند. آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی و شفقت در قالب کارگاه‌های گروهی می‌تواند راهکاری مقرون‌به‌صرفه برای پیشگیری و مداخله زودهنگام باشد. همچنین، گنجاندن عناصر ذهن‌آگاهی و شفقت در برنامه‌های درسی مهارت‌های زندگی می‌تواند به ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان کمک کند. انتخاب بین این دو رویکرد می‌تواند بر اساس ویژگی‌های بالینی کودک، مانند شدت خودانتقادی یا میزان نشخوار فکری، صورت گیرد تا مداخله متناسب‌تری ارائه شود.

## مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

## موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

## تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

## تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

## شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی‌رایت ارسال خواهد شد.

## حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

## EXTENDED ABSTRACT

### Introduction

Depression in childhood and adolescence represents one of the most pressing public health challenges in contemporary mental health systems. Epidemiological findings indicate that internalizing disorders, particularly depression and anxiety, are increasingly prevalent among children and adolescents, often presenting with significant comorbidity patterns (Orgilés et al., 2025). Early-onset depression is associated with recurrent episodes, impaired academic functioning, interpersonal difficulties, and increased risk of self-harm and suicide in later developmental stages (Thapar et al., 2022). In response to these risks, preventive health authorities have emphasized the importance of systematic screening and early intervention for depressive symptoms in children and adolescents (Force et al., 2022). Therefore, identifying effective, developmentally appropriate, and sustainable interventions for childhood depression is a critical priority.

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) has long been considered a first-line intervention for childhood and adolescent depression, primarily targeting maladaptive cognitions and behavioral patterns (Hayat, 2024). However, not all children respond adequately to traditional CBT, and residual symptoms or relapse remain common concerns. These limitations have contributed to the emergence of so-called “third-wave” cognitive and behavioral therapies, which shift the focus from changing the content of thoughts to modifying the individual’s relationship with internal experiences (Hayes & Hofmann, 2021). Within this framework, mindfulness-based and compassion-based approaches have gained increasing empirical support.

Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), initially developed for relapse prevention in recurrent depression among adults, demonstrated robust efficacy in reducing depressive relapse (Kuyken et al., 2008). Subsequently, MBCT was adapted for children (MBCT-C) to account for developmental considerations, including shorter exercises, experiential learning, and age-appropriate language (Semple & Lee, 2007). A randomized trial of MBCT-C showed improvements in mindful attention and socio-emotional resilience in children (Semple et al., 2010). Later studies confirmed its preventive impact on internalizing symptoms in school-aged children (Wright et al., 2019). Evidence from adolescent populations further supported the feasibility and effectiveness of MBCT in reducing depressive symptoms (Ames et al., 2014). Systematic reviews have suggested that MBCT may exert its therapeutic effects through improvements in attentional regulation and neurocognitive functioning (Gkintoni et al., 2025), while meta-analytic findings have demonstrated significant reductions in depression and anxiety across age groups (Ye et al., 2024). Moreover, comparative reviews indicate that mindfulness-based therapies and traditional CBT often produce equivalent outcomes in depressive disorders (Sverre et al., 2023).

Parallel to the development of mindfulness-based interventions, self-compassion and Compassion-Focused Therapy (CFT) have emerged as promising approaches in clinical psychology. Self-compassion involves treating oneself with kindness during times of suffering, recognizing shared humanity, and maintaining mindful awareness of distress (Neff, 2023). Early randomized trials demonstrated that cultivating self-compassion significantly reduces depressive symptoms and self-criticism (Neff & Germer, 2013). From an evolutionary and affect regulation perspective, CFT seeks to balance threat-based emotional systems by activating affiliative and soothing systems (Gilbert, 2009, 2010). The origins and theoretical underpinnings of CFT emphasize the transformation of shame and self-criticism into self-reassurance and emotional safety (Gilbert, 2014). Initial clinical studies reported reductions in depression and shame through compassionate mind training (Gilbert & Procter, 2006), and subsequent feasibility trials supported the therapeutic

mechanisms of CFT (Braehler et al., 2013). Neuroimaging research has further demonstrated distinct neural correlates of self-criticism versus self-reassurance (Longe et al., 2010).

In youth populations, compassion-based programs have shown promising results. Interventions designed to enhance mindful self-compassion in adolescents have reduced depressive symptoms and increased emotional resilience (Bluth et al., 2016). Educational and family-based approaches indicate that fostering empathy and compassion contributes to children's self-compassion development (Saroinson et al., 2021). Studies also suggest that self-compassion training improves emotion regulation in children with specific learning difficulties (Abooei et al., 2021) and that compassion-based parenting programs reduce behavioral problems and enhance self-concept (Madhi & Ghamarani, 2020). Additionally, mindfulness-based interventions for anxious children have demonstrated symptom reduction and improved coping skills (Shetty et al., 2020), while structured MBCT-C manuals provide developmentally sensitive therapeutic frameworks (Madni et al., 2020).

Comparative evidence suggests that mindfulness-based and compassion-based therapies produce similar reductions in depression and anxiety symptoms (Frostadottir & Dorjee, 2019). Meta-analytic reviews confirm moderate to large effect sizes for both approaches (Salari et al., 2024). However, some population-specific studies have reported differential effects, such as greater anxiety reduction with CFT compared to MBCT in certain adult samples (Heidari et al., 2023). Despite this growing body of research, direct randomized comparisons between MBCT-C and self-compassion programs in clinically depressed children remain limited, particularly in non-Western cultural contexts. The present study addresses this gap by directly comparing the effectiveness of MBCT-C and a self-compassion program in reducing depressive symptoms in children.

### Methods and Materials

This study employed a randomized controlled clinical trial design with pretest, posttest, and three-month follow-up assessments. The sample consisted of 45 female students aged 7 to 12 years recruited from a primary school in Tehran during the 2024–2025 academic year. Participants met inclusion criteria based on elevated scores on a standardized depression inventory and absence of concurrent psychological or pharmacological treatment. After screening, participants were randomly assigned to three equal groups ( $n = 15$  each): MBCT-C, self-compassion training, and control.

The MBCT-C intervention was delivered in 12 structured group sessions focusing on mindful awareness of thoughts, emotions, and bodily sensations. Exercises included breathing practices, mindful movement, and experiential learning activities adapted for children. The self-compassion program consisted of 10 group sessions emphasizing emotional awareness, kindness toward oneself, recognition of common humanity, and adaptive responses to distress. Techniques included guided imagery, reflective exercises, and compassion-focused practices. The control group received no psychological intervention during the study period.

Depression was assessed using the Kovacs Children's Depression Inventory (CDI), administered at pretest, posttest, and follow-up. Data were analyzed using Shapiro–Wilk tests for normality, repeated measures ANOVA to evaluate within- and between-group differences, and Bonferroni post hoc comparisons. Statistical significance was set at 0.05.

### Findings

Descriptive analyses indicated comparable baseline depression scores across the three groups. Repeated measures ANOVA revealed a significant main effect of time on depression scores, indicating overall changes across assessment points. A significant time-by-group interaction effect was observed, demonstrating differential changes among groups over time. The main effect of group was also significant.

Post hoc comparisons showed that both the MBCT-C and self-compassion groups experienced significant reductions in depression scores from pretest to posttest, and these improvements were maintained at the three-month follow-up. In contrast, the control group showed no significant changes across time points. Importantly,

no statistically significant difference was found between the MBCT-C and self-compassion groups in terms of depression reduction at posttest or follow-up. The pattern of results indicates that both interventions produced clinically meaningful and sustained improvements in depressive symptoms.

### Discussion and Conclusion

The findings of the present study demonstrate that both Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children and a structured self-compassion program effectively reduce depressive symptoms in children, with sustained benefits observed at three-month follow-up. The absence of significant differences between the two intervention groups suggests that both approaches may operate through complementary mechanisms targeting core processes underlying childhood depression.

MBCT-C likely exerts its effects through enhanced attentional regulation, reduction of rumination, and increased capacity to observe negative thoughts without identification. By cultivating present-moment awareness and decentering, children may develop adaptive coping responses to distressing experiences. Self-compassion training, on the other hand, may reduce self-criticism and shame while strengthening emotional safety and self-reassurance. Given that rumination and self-criticism are central mechanisms in depressive pathology, targeting either or both processes can plausibly lead to symptom reduction.

The equivalence of outcomes suggests that clinicians may select either intervention based on contextual factors such as therapist expertise, child preference, or the prominence of specific symptom patterns (e.g., excessive self-criticism versus attentional dysregulation). Both approaches align with contemporary process-based models of psychotherapy, emphasizing emotional regulation and adaptive self-relationship rather than solely cognitive restructuring.

Overall, the study provides empirical support for the implementation of mindfulness- and compassion-based interventions in school and clinical settings for children with depressive symptoms. By offering developmentally sensitive, non-stigmatizing, and skills-oriented strategies, these interventions may contribute to early prevention and long-term mental health resilience.

فهرست منابع

### 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), 121-101. [https://jeps.usb.ac.ir/article\\_6495\\_en.html?lang=fa](https://jeps.usb.ac.ir/article_6495_en.html?lang=fa)
- 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. <https://doi.org/10.1111/camh.12034>
- Areskoug 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. <https://doi.org/10.1007/s12310-023-09620-y>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0476-6>
- 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. <https://doi.org/10.1111/bjc.12009>
- Force, U. S. P. S. T., Mangione, C. M., Barry, M. J., Nicholson, W. K., Cabana, M., Chelmos, 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. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.16946>

- 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. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01099>
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203851197>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- 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: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- 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. <https://doi.org/10.3390/jcm14051703>
- Hayat, M. (2024). Cognitive Behavioral Therapy: Transforming Negative Thinking and Promoting Mental Health. *Spectrum of Research and Reviews*, 2(01), 34-50. <https://thesrr.net/index.php/Journal/article/view/18>
- 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. <https://doi.org/10.1002/wps.20884>
- 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. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.2.14>
- 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. <https://doi.org/10.70594/brain/v10.s1/17>
- 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. <https://doi.org/10.1037/a0013786>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.09.019>
- 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. [https://japr.ut.ac.ir/article\\_78439\\_en.html](https://japr.ut.ac.ir/article_78439_en.html)
- Madni, L. A., Giambone, C. N., & Semple, R. J. (2020). Mindfulness-based cognitive therapy for children In - Cognitive Behavioral Therapy in Youth: Tradition and Innovation (pp. 189-210). In: Springer US. [https://doi.org/10.1007/978-1-0716-0700-8\\_10](https://doi.org/10.1007/978-1-0716-0700-8_10)
- Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*, 74(1), 193-218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
- 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. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Orgilés, M., Amorós-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. <https://doi.org/10.1007/s00787-025-02916-1>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100847>
- 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 In - International Joint Conference on Arts and Humanities 2021 (IJCAH 2021) (pp. 1280-1286). <https://doi.org/10.2991/assehr.k.211223.221>
- Semple, R. J., & Lee, J. (2007). *Mindfulness-based cognitive therapy for anxious children: A manual for treating childhood anxiety*. New Harbinger Publications. [https://books.google.com/books/about/Mindfulness\\_Based\\_Cognitive\\_Therapy\\_for.html?id=qT6nSwnipiMC](https://books.google.com/books/about/Mindfulness_Based_Cognitive_Therapy_for.html?id=qT6nSwnipiMC)
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9301-y>

- Shafiei, M., Akbari, S., & Heidarirad, H. (2019). The Effectiveness of Self-Compassion Training on the Loneliness and resilience destitute women. *Shenakht J Psychol Psychiatry*, 5, 71-84. <https://doi.org/10.29252/shenakht.5.6.71>
- 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. <https://doi.org/10.1891/JCPSY-D-20-00014>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102234>
- Thapar, A., Eyre, O., Patel, V., & Brent, D. (2022). Depression in young people. *The lancet*, 400(10352), 617-631. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01012-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01012-1)
- 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. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01193-9>
- 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. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2024.231379>