Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 7/ No. 3/ 2020
Page: 87-100

The role of cognitive fusion, distress tolerance and self-compassion in post traumatic growth of abused individuals in their childhood

Sajjad Basharpoor[1], Mehri Mowlaie[2], Leila Sarafrazi[3]

1-Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran (Corresponding Author). E-mail: Basharpoor_sajjad@yahoo.com
2- Ph.D of Psychology, Department of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
3- MA of Psychology, Department of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Received: 15/03/2020 **Accepted:** 23/04/2020

Abstract

Introduction: Child abuse and harsh childhood experiences have long-lasting and unpleasant consequences on personality development and adaptation in adulthood**.**

Aim: The aim of the present research was to determine the role of cognitive fusion, distress tolerance and self-compassion on predicting post traumatic growth of abused indvduals in their childhood.

Method: The method of the present research was descripptive correlation study. The population included whole abused subjects over 15 years old who referred to psychiatric and counseling centers of Shiraz in the first half of the 2017. One hundred and ninety subjects were selected by available sampling method . In order to gather the data, Child trauma questionnaire (1998), cognitive fusion scale (2014), distress tolerance questionnaire (2005), self-compassion questionnaire (2003) and post-traumatic growth scale (1996) were used. The data were analyzed using Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis via SPSS-22 software.

Results: The results showed that there was significantly negative relationship between cognitve fusion and post traumatic growht ($P<0.01$), and positive relationship between distress tolerance and self-compassion with post traumatic growht ($P<0.01$). Although, the results indicated that cognitive fusion could not predict post traumatic growht but another two variables could explain 41% variance of post traumatic growht.

Conclusion: According to the findings of this study, it can be concluded that psychological factors play significant roles in post traumatic growth . In treatment interventions, attention to these factors can be helpful in adapting to child abuse individuals.

Keywords: Cognitive fusion, Distress tolerance, Self-compassion, Post traumatic growth, Child abuse

How to cite this article : Basharpoor S, Mowlaie M, Sarafrazi L. The role of cognitive fusion, distress tolerance and self-compassion in post traumatic growth of abused individuals in their childhood. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2020; 7 (3): 87-100 .URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-700-en.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.3.4]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.87]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال هفتم، شماره ۳، ۱۳۹۹
صفحات: ۱۰۰-۸۷

نقش آمیختگی شناختی، تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود در رشد پس‌آسیبی افراد آزاردیده در دوران کودکی

سجاد بشرپور[۱]، مهری مولایی[۲]، لیلا سرافرازی[۳]

۱.استاد، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (مولف مسئول). ایمیل: Basharpoor_sajjad@yahoo.com
۲. دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
۳. کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۲۵ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۹/۰۲/۰۴

چکیده

مقدمه: کودک‌آزاری و تجربیات ناگوار دوران کودکی دارای آثار و پیامدهای درازمدت و ناخوشایندی بر تحول و سازگاری شخصیت در دوران بزرگسالی است.

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی نقش آمیختگی شناختی، تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود در رشد پس‌آسیبی افراد آزاردیده در دوران کودکی بود.

روش: روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی افراد آزاردیده بالاتر از ۱۵ سال مراجعه کننده به مراکز خدمات روان درمانی و مشاوره شهر شیراز در نیمه اول سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. تعداد ۱۹۰ نفر از این افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند. جهت گرداوری داده‌ها از پرسشنامه‌های ترومای دوران کودکی (۱۹۹۸)، مقیاس‌های آمیختگی شناختی (۲۰۱۴)، تحمل آشفتگی (۲۰۰۵)، دلسوزی به خود (۲۰۰۳) و رشد پس‌آسیبی (۱۹۹۶)، استفاده گردید. داده‌ها با آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج یافته‌ها نشان داد که بین آمیختگی شناختی با رشد پس‌آسیبی ارتباط منفی معنادار ($P<۰/۰۱$) و بین تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود با رشد پس‌آسیبی ارتباط مثبت معنادار ($P<۰/۰۱$) وجود دارد. همچنین یافته‌ها بیانگر این بود که آمیختگی شناختی قادر به پیش‌بینی رشد پس‌آسیبی نیست ؛اما دو متغیر دیگر ۴۱ درصد از واریانس رشد پس‌آسیبی را تبیین کردند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته های پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که عوامل روان‌شناختی در رشد پس‌آسیبی نقش بسزایی دارند و در مداخلات درمانی توجه به این عوامل می‌تواند در سازگاری افراد آسیب دیده کمک شایانی نماید.

کلیدواژه‌ها: آمیختگی شناختی، تحمل آشفتگی، دلسوزی به خود، رشد پس‌آسیبی، کودک آزاری

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.3.4]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.87]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.3.4]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.87]

مقدمه

کودک‌آزاری در جهان شیوع بالایی دارد (ون درکویج و نیوندام[1]، ۲۰۱۵). پیامدهای بلندمدت بدرفتاری با کودک اغلب شدید و گسترده بوده و به‌ویژه با اختلال استرس پس از سانحه (فالت، پالم و پیرسون[2]، ۲۰۰۶)، اختلال‌های خوردن (برنز، فیشر و جکسون، هاردنگ[3]، ۲۰۱۲)، الکسی تایمیا (هاند و اسپلیج[4]، ۲۰۰۶)، اختلال‌های روان‌پریشی (شیفر، هارفست، آدرهولد، بریکن، لهمان و موریتز[5]، ۲۰۰۶)، اختلال‌های شخصیت (فریبانک و فریبانک[6]، ۲۰۰۹)، ضعف در سلامت جسمانی (هکمن و وستفیلد[7]، ۲۰۰۶) و مشکلات بین‌فردی (کلویتر، میراندا، استووال، مک‌کلوگ و هان[8]، ۲۰۰۵) در ارتباط است. گرچه مطالعات بیانگر ارتباط بین کودک آزاری و اختلال‌های ذکر شده در بالا هست ؛اما همه افرادی که آزارهای کودکی را تجربه کرده‌اند دچار اختلال‌های روانی، رفتاری و مشکلات ذکر شده نمی‌شوند. سیچتی و گارمز[9] (۱۹۹۳) در بررسی دویست کودک و خانواده‌هایشان دریافتند که بعضی از کودکان با وجود شرایط نامساعد، کارآمد بودند و هیچ مشکل رفتاری نداشتند و حتی رشد روان‌شناختی پس از آسیب را نیز از خود نشان می‌دهند.

رشد پس‌آسیب که توسط تدسچی مطرح شده است به تغییرات شخصی و روان‌شناختی مثبتی گفته می‌شود که پس از وقوع یک حادثه سخت ایجاد می‌شود و نتیجه مبارزه فرد علیه این حادثه‌ی استرس‌زا است که دارای اهمیت انطباقی است (تدسچی و کالهون[10]، ۱۹۹۶). تدسچی (۱۹۹۹) معتقد است اثرات انطباقی تروما به صورت یک حس یکپارچه هویت‌یابی، احساس شایستگی و انعطاف‌پذیری به هنگام مواجهه با چالش‌های زندگی، روابط نزدیک‌تر با افراد خانواده، توانمندی بالا برای محافظت از خود و جلوگیری از سوءاستفاده، نوع‌دوستی بیشتر، گشودگی بالا برای رفتارهای جدید، عقاید قوی، معنایابی در زندگی و ادراکات جدید از زندگی ظاهر می‌شود؛بنابراین با مطرح شدن مفهوم رشد پس آسیبی، این پرسش مطرح می‌شود که چگونه این کودکان با مشکلات مبارزه می‌کنند و به رشد و پختگی پس از آسیب دست می‌یابند؟ در پاسخ به این سؤال، پژوهشگران بر نقش عوامل میانجی رشد پس‌آسیبی و آسیب‌های روان شناختی متمرکز شده‌اند. یکی از این عوامل میانجی مهم، آمیختگی شناختی است. آمیختگی شناختی بازتاب یک پدیده روان‌شناختی است که در آن شخص درگیر یا «آمیخته» با محتوی لفظی افکارش می‌شود. در طی دو دهه اخیر پژوهش‌های زیادی در حمایت از نقش فرا تشخیصی و آسیب‌زا بودن آمیختگی شناختی به عنوان یک فرایند بنیادین در سبب‌شناسی اختلال‌های روان‌شناختی ازجمله اختلال افسردگی (باردین و فرگوس[11]، ۲۰۱۶)، اختلال‌های سایکوتیک (ریچاردسون، فریمن، نیومن تیلور، بولدرستون[12]، ۲۰۱۸)، اختلال درد (جانستن، فوستر، شنان، استارکی و جانسون[13]،۲۰۱۰)، اختلال خوردن (ترینداد و فریرا[14]، ۲۰۱۴)، اختلال استرس پس از سانحه (کاکس، مولت،

[1]- Van der Kooij & Nieuwendam
[2]- Follette, Palm & Pearson
[3]- Burns, Fischer, Jackson & Harding
[4]- Hund & Espelage
[5]- Schäfer, Harfst, Aderhold, Briken, Lehmann & Moritz
[6]- Fairbank & Fairbank
[7]- Heckman & Westefeld
[8]- Cloitre, Miranda, Stovall-McClough & Han
[9]- Cicchettti & Garmezy
[10]- Tedeschi & Calhoun
[11]- Bardeen & Fergus
[12]- Richardson, Freeman, Newman-Taylor, Bolderston
[13]- Johnston, Foster, Shennan, Starkey &Johnson
[14]- Trindade & Ferreira

باکر، لانت[1]، ۲۰۱۸)، اختلال وسواسی-اجباری (ریومن، بوچلوز، آبراموویتز[2]، ۲۰۱۸) و اختلال اضطراب اجتماعی (دال ریمپل وهربرت[3]،۲۰۰۷) انجام شده است. نتایج اکثر این پژوهش‌ها از نقش واسطه‌ای آمیختگی شناختی در بروز و تشدید اختلال‌های روان شناختی حمایت می‌کند.

یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با رشد پس‌آسیبی، تحمل آشفتگی است. تحمل آشفتگی به توانایی تجربه و تحمل موقعیت‌های روان‌شناختی منفی اطلاق می‌گردد. پژوهشگران و درمانگران علاقه داشته‌اند که نقش تحمل آشفتگی را که عاملی مخالف برای استرس‌های درونی (مانند هیجانات منفی، احساسات ناخوشایند جسمانی) در انواع مختلف آسیب‌های روانی است، تشریح کنند (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). تحمل آشفتگی به طور فزاینده‌ای، به عنوان یک ساختار مهم در رشد بینشی جدید درباره شروع و ابقاء آسیب‌های روانی و همچنین پیشگیری و درمان مشاهده شده است. بسیاری از این گزارش‌های بر مفهوم مجزای تحمل آشفتگی در میان افراد مبتلا و یا در معرض خطر برای آسیب‌های روانی تمرکز داشته‌اند (هرناندز، داناسکارا، آرلینگوس، شارما، ریتزل، کندزور[4] و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی دیگر از متغیرهایی که می‌تواند به عنوان یک عامل حفاظتی سازگارکننده در برابر حوادث تروماتیک و آسیب های روانی عمل کند و در بهبودی از آسیب‌های ناشی از تروما نقش دارد (بلوث و روبرسون، گایلورد، فاروت، گریون، آرزون و همکاران[5]، ۲۰۱۵) و می‌تواند زمینه رشد پس از سانحه (لاندولوکونالی[6]، ۲۰۱۷) را فراهم کند، دلسوزی به خود است. افراد دلسوز به خود از سلامت روان بهتری برخوردارند (بشرپور، ۱۳۹۴). دلسوز بودن نسبت به خود با بهزیستی کلی و دیگر صفات (ویژگی‌ها) شامل رضایت از زندگی بالاتر، خردمندی، ابداع‌گری شخصی و پیوستگی اجتماعی مرتبط است و به طور منفی با متغیرهای انتقاد از خود، افسردگی و اضطراب ارتباط دارد (نف و مک گینها[7]،۲۰۱۰)؛ بنابراین با توجه به اینکه کودک‌آزاری مشکلی فراگیر است و نیز پیامدهای منفی کوتاه و بلند مدتی بر سلامت روانی، جسمانی، مهارت‌های شناختی و رشد اجتماعی و رفتاری افراد می‌گذارد، اگر با انجام پژوهش‌هایی، نقش واسطه‌ای یا تعدیل‌کننده‌ای متغیرهایی همچون متغیرهای فوق که در تسکین و یا کاهش شدت علائم و رشد پس از آسیب مؤثر باشند، معلوم شود، دست اندرکاران بهداشت روانی را در تدوین برنامه‌ها و درمان‌هایی که به مداخله زود هنگام کمک کند و از آسیب‌های شدیدتر جلوگیری کند و احتمال رفتارهای مخرب را در دوران بزرگسالی کاهش دهد، یاری خواهد کرد. با توجه به موارد ذکر شده، سؤال پژوهش حاضر این است که آیا آمیختگی شناختی، تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود در پیش‌بینی بهبودی از آسیب افراد آزار دیده در دوران کودکی نقش دارد؟

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی- همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی افراد آزاردیده بالاتر از ۱۵ سال مراجعه‌کننده به مراکز خدمات روان درمانی و مشاوره شهر شیراز در نیمه اول سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند.

[1]- Cox Motl, Bakker, & Lunt
[2]- Reuman, Buchholz, & Abramowitz
[3]- Dalrymple & Herbert
[4]- Hernandez, Daundasekara, Arlinghaus, Sharma, Reitzel, Kendzor
[5]- Bluth, Roberson, Gaylord, Faurot, Grewen & Arzon
[6]- Londoño Connally
[7]- Neff & McGeheea

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.3.4]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.87]

با توجه به اینکه حداقل حجم نمونه در تحقیقات همبستگی ۳۰ نفر به ازای هر متغیر پیش‌بین است (دلاور، ۱۳۸۰)، در این پژوهش به دلیل وجود ۳ متغیر پیش‌بین ۹۰ نفر کفایت می‌کرد؛ اما جهت افزایش اعتبار بیرونی پژوهش، تعداد ۱۹۰ نفر انتخاب شدند. تعداد ۱۹۰ نفر (۱۲۶ نفر زن و ۶۸ نفر مرد) از این افراد به روش نمونه گیری در دسترس از جامعه آماری فوق انتخاب و در پژوهش شرکت داده شدند. قبل از پژوهش، فرم رضایت آگاهانه از تمامی شرکت‌کنندگان اخذ گردید، شرکت آزمودنی‌ها در این پژوهش کاملاً داوطلبانه و گمنام بود و در هر لحظه می‌توانستند از پژوهش خارج شوند. ملاک ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش و سواد خواندن و نوشتن و ملاک خروج عبارت بود از عدم تمایل به شرکت در پژوهش و تشخیص اختلالات روان‌شناختی دیگر. بعد از تمام فرایند اجرا، داده‌ها با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار

پرسشنامه ترومای دوران کودکی[1] (CTQ): این مقیاس توسط برنشتاین و فینک[2] (۱۹۹۸) برای سنجش سابقهٔ سوء استفاده و غفلت از کودک برای نوجوانان ۱۲ ساله و بالاتر و بزرگسالان ساخته شده است. این مقیاس خودگزارش‌دهی دارای ۲۵ گویه است و بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز=۰، همیشه=۵) نمره گذاری می‌شود، دامنه نمرات بری هر کدام از مقیاس ها از ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. پنج نوع بدرفتاری را مورد سؤال قرار می‌دهد: ۱. سوء استفاده هیجانی ۲. سوء استفاده جسمی ۳. سوء استفاده جنسی ۴. غفلت عاطفی ۵. غفلت جسمی. این مقیاس شامل ۳ گویه برای جستجوی گزارش ترومای منفی کاذب است. مطالعات پایایی و روایی با نمونه‌های بالینی و غیر بالینی در هفت مطالعه شامل ۲۲۰۱ پاسخگو انجام شد. ثبات درونی آلفای کرونباخ ۰/۹۵ برای کل مقیاس بسیار رضایت بخش بود. اعتبار سازه قوی بود، گروه‌های بالینی سطوح بالاتری از سوء استفاده و غفلت را نسبت به نمونه‌های غیر بالینی گزارش کردند (برنشتاین و فینک، ۱۹۹۸).

مقیاس آمیختگی شناختی[3] (CFQ): این مقیاس توسط گیلندرز، بلداستون، باند، دمپستر، فلاکسمن و کامپ بل[4] (۲۰۱۴) ساخته شده است که دارای ۷ سؤال بوده و به شیوه لیکرتی از هیچ وقت درست نیست تا کاملاً درست است، روی یک مقیاس ۷ درجه‌ای از یک تا ۷ نمره گذاری می‌شود. نمره کل این پرسشنامه در دامنه ۴۹-۷ قرار می‌گیرد. نمرات بالاتر در این مقیاس، آمیختگی شناختی بیشتر را منعکس می‌کند. گیلندرز و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی روی نمونه‌های مختلفی بالغ بر ۱۸۰۰ نفر، شواهد اولیه خوبی از ساختار عاملی، اعتبار، ثبات زمانی و روایی افتراقی و حساسیت به درمان نشان دادند. اعتبار بازآزمایی آن بعد از دوره زمانی ۴ هفته‌ای برابر با ۸۱/ ۰ گزارش شده است.

مقیاس تحمل آشفتگی[5] (DTS): این مقیاس خودسنجی توسط سیمونز وگاهر (۲۰۰۵) ساخته شد و دارای ۱۵ سؤال و ۴ زیر مقیاس است. زیر مقیاس‌های آن عبارت‌اند

[1]- Childhood Trauma Questionnaire
[2]- Bernstein & Fink

[3]- Cognitive Fusion Questionnaire
[4]- Gillanders, Bolderston, Bond, Dempster, Flaxman & Remington

[5]- Distress Tolerance Scale

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.3.4]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.87]

از تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم که روی یک مقیاس پنج درجه‌ای (۱) کاملاً موافق، (۲) اندکی موافق، (۳) به یک اندازه موافق و مخالف، (۴) اندکی مخالف، (۵) کاملاً مخالف نمره‌گذاری می‌شوند، نمرات بالاتر نشانگر تحمل آشفتگی بالا است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). ضرایب آلفا برای این مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است.

مقیاس دلسوزی به خود[1] (SCS): این ابزار یک مقیاس خودگزارشی ۲۶ سؤالی است که توسط نف (۲۰۰۳) ساخته شد. این مقیاس ۶ خرده مقیاس مهربانی به خود (۵ آیتم)، خود داوری (۵ آیتم)، وجه مشترک انسانی (۴ آیتم)، انزوا (۴ آیتم)، ذهن‌آگاهی (۴ آیتم) و همدردی یا همانندسازی بیش از حد (۴ آیتم) را در بر می‌گیرد. آزمودنی‌ها به سؤالات این پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از صفر (هرگز) تا چهار (همیشه) پاسخ می‌دهند. این پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱=تقریباً هرگز؛ ۵=تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. میانگین نمرات این ۶ خرده مقیاس نیز با احتساب نمرات معکوس نمره کلی دلسوزی به خود را به دست می‌دهد. پژوهش‌های مربوط به اعتباریابی مقدماتی این پرسشنامه نشان داده‌اند که همه این ۶ خرده مقیاس همبستگی درونی بالایی دارند و تحلیل‌های عاملی تأییدی نیز نشان داده‌اند که عامل مجزای دلسوزی به خود این همبستگی درونی را تبیین می‌نماید. ثبات درونی این پرسش‌نامه در تحقیقات گذشته ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی آن نیز ۰/۹۳ گزارش شده است (نف، ۲۰۰۳).

پرسشنامه رشد پس از آسیب[2] (PTGI): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط تدسچی و کالهون به منظور ارزیابی تغییرات خود ادراکی مرتبط با تجربه آسیب‌زا ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ عبارت در مقیاس لیکرت با دامنه صفر (من این تغییر را به عنوان نتیجه بحران نمی‌دانم) تا پنج (من این تغییر را به میزان خیلی زیادی به عنوان نتیجه بحران می‌دانم) تشکیل شده است. این پرسشنامه دارای ۵ زیر مقیاس است که عبارت‌اند از: شیوه های جدید (۵ ماده)، برقراری ارتباط با دیگران (۷ ماده)، قدرت شخصی (۴ ماده)، ارزش زندگی (۳ ماده) و تغییر معنوی (۲ ماده). نمرات مقیاس‌ها به وسیله جمع نمرات عبارت در هر عامل حساب می‌شود. نمره نهایی مقیاس برای مقیاس رشد پس از آسیب قابل محاسبه است. در ارزیابی اولیه این مقیاس، همسانی درونی مقیاس برابر با ۰/۹۰ و همسانی درونی زیر مقیاس‌ها به طور جداگانه از آلفای ۰/۶۷ تا آلفای ۰/۸۵ گزارش شد. لورین، بونت – آنتیجنتس و فلورین[3] (۲۰۱۰) آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه در پژوهش خود ۰/۹۳ گزارش نمودند.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی بیانگر این است که از بین آزمودنی‌های پژوهش، ۶۸ نفر (۳۳ درصد)، مردان و ۱۲۶ نفر (۶۷ درصد)، زنان بودند. با دامنه سنی از ۱۶ تا ۴۰ سال و میانگین ۲۸ سال و انحراف معیار ۶/۵۴، ۱۰/۲۰ درصد از شرکت‌کنندگان سوء استفاده فیزیکی، ۱۵/۱ درصد سوء استفاده هیجانی، ۱۴/۳ درصد غفلت فیزیکی، ۱۸/۵ درصد غفلت هیجانی و ۹/۱۸ درصد سوء استفاده جنسی را تجربه کرده بودند. یافته‌های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کنندگان در متغیرهای آمیختگی شناختی، تحمل آشفتگی، دلسوزی به خود و رشد پس‌آسیبی در جدول ۱ ارائه شده است.

[1]- Self-compassion scale
[2]- Posttraumatic growth inventory
[3]- Lelorain, Bonnaud-Antignac & Florin

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.3.4]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.87]

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در کودک آزاری، آمیختگی شناختی، تحمل آشفتگی، دلسوزی به خود، رشد پس از سانحه

متغیرها		میانگین	انحراف معیار
کودک آزاری	آزار فیزیکی	۱۰/۲۰	۰/۵۰۲
	آزار هیجانی	۱۵/۱	۰/۳۸۲
	غفلت فیزیکی	۱۴/۳	۰/۲۴
	غفلت هیجانی	۱۸/۵۸	۰/۱۵۰
	آزار جنسی	۹/۱۸۴	۰/۴۹۶
آمیختگی شناختی	آمیختگی شناختی	۳۱/۷۳	۰/۸۵۴
تحمل آشفتگی	تحمل	۱۴/۳۵	۰/۴۰۶
	ارزیابی	۶/۸۲	۰/۲۶۲
	جذب	۷/۹۱	۰/۲۵۴
	تنظیم	۶/۸۹	۰/۲۶۰
	مهربانی به خود	۸/۴۸	۰/۳۳۵
	انسانیت عمومی	۷/۰۶	۰/۳۰۸
دلسوزی به خود	ذهن آگاهی	۸/۲۴	۰/۲۵۱
	خود داوری	۱۵/۵۵	۰/۱۹۸
	انزوا	۱۲/۵۵	۰/۱۶۰
	همدردی بیش از حد	۱۲/۳۶	۰/۳۰۰
	درک توانایی خود	۲۰/۳۹	۰/۷۵۷
رشد پس از سانحه	تغییر در اهداف	۱۶/۴۰	۰/۵۲۳
	صمیمیت با دیگران	۸/۰۹	۰/۳۷۲
	تلاش برای حفظ روابط	۹/۰۱	۰/۲۸۸

نتایج حاصل از جدول ۱ بیانگر آن است که میانگین غفلت هیجانی (۱۸/۵۸) و غفلت فیزیکی (۱۴/۳) بالاترین میزان را در مؤلفه کودک آزاری دارا هستند. میانگین آمیختگی شناختی ۳۱/۷۳ است. از بین مؤلفه‌های دلسوزی به خود، درک توانایی خود، بالاترین میانگین را به خود اختصاص داده است (۲۰/۳۹). در نهایت میانگین مؤلفه تلاش برای حفظ روابط مربوط به متغیر رشد پس از سانحه ۹/۰۱ بوده است. جهت بررسی همبستگی بین آمیختگی شناختی، تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود با رشد پس‌آسیبی از روش همبستگی پیرسون استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲ ضریب همبستگی آمیختگی شناختی، تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود با رشد پس آسیبی

متغیر	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)
(۱) آمیختگی شناختی	۱			
(۲)تحمل آشفتگی	-۰/۰/۳۹**	۱		
(۳)دلسوزی به خود	-۰/۳۱**	۰/۷۱**	۱	

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.3.4]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.87]

(۴)رشد پس آسیبی	۰/۳۶* -	۰/۳۶**	۰/۶۲**	۱

نتایج حاصل از جدول ۲ بیانگر این است که بین آمیختگی شناختی و رشد پس‌آسیبی ارتباط منفی معنادار وجود دارد (۰/۳۶- =r). تحمل آشفتگی (۰/۳۶ =r) و دلسوزی به خود (۰/۶۲ =r) ارتباط مثبت معناداری با رشد پس‌آسیبی داشتند. جهت بررسی نقش آمیختگی شناختی، تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود در رشد پس‌آسیبی از روش رگرسیون چندگانه استفاده گردید. جهت اطمینان از عدم تخطی از مفروضه‌های نرمال بودن، خطی بودن، هم خطی و یکسانی پراکندگی از تحلیل مقدماتی استفاده گردید. مقادیر مربوط به تولارنس (بزرگ‌تر از ۰/۰۱) و وی آی اف (کمتر از ۱۰) نشانگر مستقل بودن خطاها بوده است. همچنین جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیر ملاک از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده گردید، میزان معناداری بیشتر از ۰/۰۵ بود که نشانگر نرمال بودن توزیع بود. جدول ۳، ضرایب رگرسیون رشد پس‌آسیبی از طریق متغیرهای آمیختگی شناختی، تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود را نشان می‌دهد که نتایج آن در زیر ارائه می‌گردد.

جدول ۳ نتایج تحلیل ضرایب رگرسیون رشد پس‌آسیبی بر اساس آمیختگی شناختی، تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود

متغیرهای پیش‌بین	همبستگی چندگانه R	ضریب تعیین R^2	F	معنی‌داری	ضریب رگرسیون استاندارد نشده B	خطای استاندارد B	ضریب رگرسیون استاندارد شدهB	آزمون t	معنی‌داری	ضریب تولارنس	تورم واریانس
مقدار ثابت	۰/۶۳۹	۰/۴۱	۲۹/۰۵۸	۰/۰۰۱							
آمیختگی شناختی					۰/۰۰۳	۰/۱۵۲	۰/۰۰۲	۰/۰۱۸	۰/۹۸	۰/۶۶۵	۱/۵۰۳
تحمل آشفتگی					۰/۲۹۹	۰/۱۲۴	۰/۱۸۱	۲/۴۰۸	۰/۰۱	۰/۸۳۲	۱/۲۰۲
دلسوزی به خود					۰/۸۹۰	۰/۱۳۱	۰/۵۵۸	۶/۸۱۳	۰/۰۰۱	۰/۶۹۹	۱/۴۳۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد ۴۱ درصد از کل واریانس رشد پس‌آسیبی به وسیله دلسوزی به خود و تحمل آشفتگی تبیین می‌شود و آمیختگی شناختی قادر به پیش‌بینی رشد پس‌آسیبی نیست.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش آمیختگی شناختی، تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود با رشد پس‌آسیبی افراد آزاد دیده در دوران کودکی انجام شد. نتایج حاصل از یافته بیانگر این بود که بین آمیختگی شناختی و رشد پس‌آسیبی ارتباط منفی معنادار وجود دارد. در تبیین این یافته می‌توان به مدل نظری توصیفی–کنشی، در رشد پس از سانحه استناد نمود (کریدر،کیلمر، تدسچی و کالهون[1]،۲۰۰۶). براساس این مدل زمانی که فرد بتواند افکار منفی خود را بعد از حوادث تروماتیک کنترل نماید، زمینه رشد پس از سانحه در وی فراهم می‌گردد.گنزالس، کلارک و اوسولیوان[2] (۲۰۱۷) نیز معتقدند نحوه پردازش شناختی بر رشد پس از سانحه مؤثر است. بر اساس مدل‌های مبتنی بر پذیرش و

[1]- Cryder, Kilmer, Tedeschi & Calhoun
[2]- Gonzalez, Chowdhury, Dutcher, Dick, Kendler. & Amstadte

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.3.4]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.87]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.3.4]

[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.87]

ذهن‌آگاهی، آمیختگی شناختی یکی از فرایندهای واسطه ای است که در اکثر اختلال‌های روان‌شناختی نقش کلیدی و بنیادین ایفا می‌کند (هایز و همکاران، ۲۰۱۲). تحقیقات گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۵) نشان داده است که آمیختگی شناختی از عوامل تأثیرگذار در کیفیت زندگی افراد است و نقش مهمی در بروز و تداوم اختلال‌های روانی دارد. افرادی که آمیختگی شناختی در آن‌ها بالاست بیشتر احتمال دارد که به اختلال استرس پس از سانحه (توهگ و هایز،۲۰۰۶؛ باردین و فرگاسن، ۲۰۱۶)، اضطراب و افسردگی (باردین و فرگاس، ۲۰۱۶؛ کوکسون[1]، ۲۰۱۶) و اختلال‌های سایکوتیک (باچ و هایز[2]،۲۰۰۲) دچار شوند. نتیجه دیگر بیانگر این بود که آمیختگی شناختی قادر به پیش‌بینی رشد پس‌آسیبی نبوده است. یک تبیین در ارتباط با عدم معناداری پیش بینی رشد پس‌آسیبی از طریق آمیختگی شناختی این است که در آمیختگی شناختی فرد به طور افراطی درگیر افکارش می‌شود، به طوری که این افکار بر رفتار وی مسلط می‌شود (گیلندرز و همکاران، ۲۰۱۴). آمیختگی شناختی شدیداً با اجتناب رفتاری، پریشانی و اضطراب و سایر نتایج نامساعد در طیف وسیعی از اختلال‌های جسمی و روانی مشخص می‌شود که می‌تواند در سبب‌شناسی و ماندگاری اختلال‌های اضطرابی نقش مهمی ایفاء کند و متقابلاً با رشد پس‌آسیبی ارتباط منفی معناداری داشته باشد.

یافته دوم پژوهش بیانگر این بود که تحمل آشفتگی با بهبودی از آسیب افراد آزاردیده ارتباط دارد. این یافته‌ها همسو با تحقیقات ویانووک، راتنایاکاه، آمادور و اسمیتز[3] (۲۰۱۶) ویانووک، لیتز و فاریس[4] (۲۰۱۵)، وینسی و موتا، برنز، کونالی[5] (۲۰۱۶) دربررسی ارتباط تحمل آشفتگی با اختلال استرس پس از سانحه است. همچنین ژو، وو و ژن[6] (۲۰۱۷) نشان دادند که نحوه کنترل و تنظیم هیجان ارتباط مستقیمی با رشد پس از سانحه دارد. تحقیقات نشان داده‌اند که آزارهای دوران کودکی با تحمل آشفتگی پایین در بزرگسالی ارتباط دارد (برنز و همکاران، ۲۰۱۷). افرادی که در کودکی، والدین طرد کننده یا کنترل‌کننده داشته‌اند، در اوایل بزرگسالی شکایات جسمانی مرتبط با پریشانی و آشفتگی و همچنین شکایات عصب شناختی را تجربه کرده‌اند (کروتنی و هورگ[7]، ۲۰۱۲) و با توجه به اینکه تأثیر استرس بر نتایج بالینی به سطح تحمل پریشانی فرد بستگی دارد (کلیریگ، ارونسون، اسمیت[8]، ۲۰۰۷) می‌توان دلیل بروز چنین علائمی را با میزان تحمل آشفتگی پایین مرتبط دانست. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که ۴۴ درصد از کل واریانس رشد پس‌آسیبی به وسیله تحمل آشفتگی تبیین می‌شود. تحمل آشفتگی عاملی مهم در شروع و تداوم آسیب‌های روانی است (زلن اسکای، برنشتاین و وجانویک[9]، ۲۰۱۱). از بین مؤلفه‌های تحمل آشفتگی، تحمل توانست اختلال استرس پس از سانحه را در افراد آزاردیده پیش‌بینی کند و همچنین مؤلفه جذب قادر به پیش‌بینی رشد پس‌آسیبی بود. تحمل، میزان توانایی فرد برای تحمل پریشانی را اندازه‌گیری می‌کند (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که هر چه میزان تحمل فرد در مقابل مصائب و سختی‌های

[1]- Cookson
[2]- Bach & Hayes
[3]- Vujanovic, Rathnayaka, Amador & Schmitz

[4]- Vujanovic, Litz & Farris
[5]- Vinci, Mota, Berenz & Connolly
[6]- Zhou, Wu & Zhen
[7]- Courtney & Hoerge
[8]- Cleirigh, Ironson & Smits
[9]- Zvolensky, Bernstein & Vujanovic

زندگی از جمله آزارهای دوران کودکی بیشتر باشد، میزان بروز اختلال های روانی مانند اختلال استرس پس از سانحه و اضطراب و افسردگی کمتر خواهد بود (وجانویک و همکاران،۲۰۱۶؛ وینسی و همکاران، ۲۰۱۷). جذب، میزان توانایی فرد برای دور کردن احساس آشفتگی از خود، برای متمرکز کردن توجه را اندازه‌گیری می‌کند (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). اگر فرد بتواند توجه خود را متمرکز کند و به دور از احساس پریشانی به راه‌های مثبت حل مشکل بیاندیشد و تمرکز خود را بر برنامه‌ریزی مؤثر برای نحوه کنار آمدن و اداره کردن مشکل صرف کند، این روش به عنوان یک راهبرد سازگار می‌تواند رشد پس از سانحه را افزایش دهد (گارنفسکی، کرایج و پینهاون[۱]، ۲۰۰۱).

یافته دیگر پژوهش حاضر این است که دلسوزی به خود با بهبودی از آسیب افراد آزاردیده ارتباط دارد. این یافته‌ها همسو با تحقیقات نف (۲۰۰۳)، لری، تیت، آدامز، بتس آلن، هنکاک[۲] (۲۰۰۷) و چینگ یی ونگ و یونگ[۳] یونگ[۳] (۲۰۱۷) است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت طبق تحقیقات، افرادی که در کودکی مورد بدرفتاری قرار می‌گیرند دلسوزی به خود پایین‌تری دارند و در بزرگسالی بیشتر دچار آشفتگی‌های روانی (تاناکا، وکرل، لواسماک، پاگلیابوک[۴]، ۲۰۱۱) و مشکلات تنظیم هیجان هیجان (وتز و دیر، لی، وکرل[۵]، ۲۰۱۱) می‌شوند. حال اگر متغیرهایی مانند حمایت مادری، سبک‌های دلبستگی، کارکرد خانواده و حمایت‌های اجتماعی که پیش‌بینی‌کنندگان دلسوزی به خود هستند (نف و مک‌گی، ۲۰۱۰) به صورت مثبت در میان آیند، شخص این شانس را خواهد داشت که از تاب‌آوری و دلسوزی به خود بیشتری برخوردار گردد (نف و مک‌گی، ۲۰۱۰) و این دلسوزی به خود به عنوان عاملی حفاظتی در برابر این آسیب‌ها عمل نماید (زلر و همکاران،۲۰۱۱) و از ابتلا به اختلال های روانی و نشانگان اختلال استرس پس از سانحه (سلگوسکی، میرون، اورکات[۶]، ۲۰۱۴) جلوگیری کند و حتی مشکلات تنظیم هیجان را کاهش دهد (وتز و دیر،۲۰۱۱). افرادی که دلسوزی به خود بالایی دارند در شرایط استرس از راهبردهای انطباقی کارآمدتری برای کنار آمدن با رویدادهای منفی زندگی استفاده می‌کنند و راحت‌تر با تروما کنار می‌آیند (الن و لیری[۷]، ۲۰۱۰) و از سلامت هیجانی بالاتری برخوردارند (بلوث و روبرسون، ۲۰۱۵).

همچنین، دلسوزی به خود در پیش‌بینی بهبودی از آسیب افراد آزاردیده نقش دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که ۴۵ درصد از کل واریانس رشد پس از سانحه به‌وسیله دلسوزی به خود تبیین می‌شود. درتبیین یافته‌های حاصل از رگرسیون در خصوص این فرضیه می‌توان نتیجه گرفت که از آنجایی که براساس دیدگاه نف، دلسوزی به خود می‌تواند نقش محافظتی در برابر آسیب‌های روانی داشته باشد و به کاهش‌هایی در آسیب‌شناسی روانی، شامل افسردگی و اضطراب (نف،کیرک پاتریک و راد[۸]، ۲۰۰۶)، روان‌رنجوری (نف و همکاران، ۲۰۰۶) و تحریف‌های شناختی (آکین،۲۰۱۰) منجر شود، می‌تواند در سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی نقش داشته و زمینه رشد پس از سانحه (میچل[۹]،۲۰۱۷) را فراهم کند. دلسوزی به خود به افراد

[1]- Garnefski, Kraaij & Pinhoven
[2]- Leary, Tate, Adams, Batts Allen & Hancock
[3]- Ching, Yee, Wong & Yeung
[4]- Tanakaa, Wekerle, Lou Schmuckc, Paglia-Boak
[5]- Vettese, Dyer, Li & Wekerle
[6]- Seligowski, Miron, Orcutt
[7]- Allen &Leary
[8]- Neff, Kirkpatrick & Rude
[9]- Mitchell

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.3.4]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.87]

کمک می‌کند تا موقع مواجهه با بحران‌های زندگی از طریق مشاهده افکار و احساسات مرتبط با آن رویدادهای منفی و نه با انکار یا واکنش بیش از حد نشان دادن، با آن حوادث مقابله کنند. افرادی که دلسوزی به خود بالایی دارند یک رویکرد متعادل برای بررسی تجربیات دردناک خود و درد و رنج حاصل از آن‌ها در پیش می گیرند. همچنین افراد دلسوز به خود به دلیل برخورداری از تجربه مشترک انسانی، بیشتر مایل به افشای تجربیات منفی خود هستند و به این طریق از حمایت سایرین برخوردار می‌شوند که این موضوع به بهتر شدن روابط آن‌ها با سایرین کمک می‌کند و ارتباط مؤثر با دیگران از مؤلفه‌های رشد بوده و در تسهیل رشد پس از سانحه مؤثر است (چینگ یی ونگ و یونگ، ۲۰۱۷).

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که بین رشد پس‌آسیبی با تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود رابطه مثبت معنادار و با آمیختگی شناختی رابطه منفی معنادار داشت. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود قادر به پیش‌بینی رشد پس‌آسیبی افراد آزار دیده در دوران کودکی بود؛ اما آمیختگی شناختی قادر به پیش‌بینی رشد پس‌آسیبی نبود. به عبارتی دیگر، می‌توان نتیجه گرفت افرادی که آمیختگی شناختی پایین تر، تحمل آشفتگی بالاتر و دلسوزی به خود بیشتری دارند، در مقایسه با افراد با آمیختگی شناختی بالا، تحمل آشفتگی پایین و دلسوزی به خود کمتر، در صورت مواجهه با آزار و بدرفتاری‌های کودکی از بهبودی بیشتری برخوردار گشته و احتمال رشد پس از سانحه در آن‌ها بالاتر است. در پایان ذکر این نکته لازم است که همانند تمامی پژوهش‌ها، پژوهش حاضر نیز دارای محدودیت هایی است. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر، محدود بودن نمونه‌گیری به افراد مراجعه‌کننده به ۳ مرکز روان‌درمانی، ناتوانی در کنترل اختلال‌های همبود، عدم کنترل متغیر جنسیت و نمونه‌گیری در دسترس بود، بدین منظور پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی اختلال‌های همبود با تجربه کودک‌آزاری کنترل شود، از تعداد نمونه بیشتری استفاده شود تا تعمیم نتایج با اطمینان بیشتری امکان‌پذیر باشد. عامل جنسیت در پژوهش‌های آتی مد نظر قرار گیرد و موضوع رشد پس-آسیبی در دو جنس زن و مرد به طور جداگانه مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی با کد ۲۱۱۹۹ مصوب دانشگاه محقق اردبیلی است. بدین وسیله نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از تمامی شرکت کنندگان محترمی که در کل فرایند تحقیق همکاری کردند، تقدیر و تشکر نمایند.

References

Akin U. (2014). The predictive role of self of self-compassion on social Well-being in Turkish university students. Suvremena psihologija, 1, pp. 53-62.

Allen AB, & Leary MR. (2010). Self-compassion, stress, and coping. Social and personality psychology, 4(2), pp. 107-118.

Bach P, Hayes SC. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the re-hospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. Journal of Consultant Clinical Psychology, 70(5), pp. 1129-1139.

Bardeen JR, Fergus TA. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.3.4]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.87]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.3.4]

[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.87]

on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. Journal of Contextual Behavioral Science, 5(1), pp.1-6.

Basharpoor S. (2015). Character traits: theory and test. Tehran: Savalan publication. [In Persian].

Bernstein DP, Fink L. (1998). Childhood Trauma Questionnaire: A Retrospective Self-Report. (CTQ). Harcourt Brace & Company, Child psychiatry - 68 pages.

Bluth K, Roberson PNE, gaylord SA, Faurot KR, Grewen KM, Arzon S. Girdler SS. (2015). Does Self-compassion Protect Adolescents from Stress? Journal of child and family studies, 25(4), pp.1098-1109.

Burns EE, Fischer S, Jackson JL, & Harding HG. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. Child abuse & neglect, 36(1), pp. 32-39.

Ching Yee Wong C, Yeung N. (2017). Self-compassion and Posttraumatic Growth: Cognitive Processes as Mediators. Mindfulness, 8(4), pp. 1078–1087.

Cicchetti D, & Garmezy N. (1993). Prospects and promises in the study of resilience. Development and Psychopathology, 5, pp. 497-502.

Cleirigh CY, Ironson G, Smits JA. (2007). Distress Tolerance Moderate the impact of Major Life Events on Psychosocial Variables and Behaviors important in the Management of HIV. behavior therapy, 38, pp. 314-323.

Cloitre M, Miranda R, Stovall-McClough KC, Han H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. Behavior Therapy, 36(2), pp. 119-124.

Cookson C. (2016). The role of cognitive fusion and experiential avoidance in anxiety and depression. Submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Clinical Psychology (DClinPsy), Royal Holloway, University of London.

Courtney N, Hoerge BM. (2012). Parental Child-Rearing Strategies Influence Self-Regulation, Socio-Emotional Adjustment, and Psychopathology in Early Adulthood: Evidence from a Retrospective Cohort Study. Journal of personality and Individual Differences, 52(7), pp. 800-805.

Cox DW, Motl TC, Bakker AM, Lunt RA. (2018). Cognitive fusion and post-trauma functioning in veterans: Examining the mediating roles of emotion dysregulation. Journal of Contextual Behavioral Science, 8, pp.1-7.

Cryder CH, Kilmer RP, Tedeschi RG, Calhoun LG. (2006). An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. American Journal of Orthopsychiatry, 76(1), pp. 65-69.

Dalrymple KL, Herbert JD. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study.US National Library of Medicine National Institutes of Health. Behavioral Modification, 31(5), pp. 543-468.

Fairbank JA, Fairbank DW. (2009). Epidemiology of child traumatic stress. Current Psychiatry Reports, 11(4), pp. 289-295.

Follette V, Palm KM, Pearson AN. (2006). Mindfulness and trauma: Implications for treatment. Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy, 24(1), pp. 45-61.

Garnefski N, Kraaij V, Pinhoven P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual Differences, 30(8), pp. 1311-1327.

Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, & Masley S. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. Behavior Therapy, 45(1), pp. 83-101.

Gonzalez E, Chowdhury N, Dutcher K, Dick DM, Kendler KS, & Amstadter A. (2017). A Multimodal Study of Childhood Trauma and Distress Tolerance in Young Adulthood. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 2(52), pp. 1-16.

Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. (2012). Acceptance and commitment therapy: the

process and practice of mindful change (2nd ed). New York: Guilford.

Heckman CJ, & Westefeld JS. (2006). The relationship between traumatization and pain: What is the role of emotion? Journal of family violence, 21(1), pp. 63-73.

Hernandez DC, Daundasekara SS. Arlinghaus KR, Sharma AP, Reitzel LR, Kendzor DE, & Businelle MS. (2019). Fruit and vegetable consumption and emotional distress tolerance as potential links between food insecurity and poor physical and mental health among homeless adults. Preventive medicine reports, 14, pp.100824.

Hund AR, & Espelage DL. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. Child abuse & neglect, 30(4), pp. 393-407.

Johnston M, Foster M, Shennan J, Starkey NJ, Johnson A. (2010). The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain Clinical Journal of Pain, 26(5), pp. 393-402.

Leary MR, Tate EB, Adams CE, Batts Allen A, & Hancock J. (2007). Self compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating on self kindly. Journal of personality and social psychology, 92(5), pp. 887-904.

Lelorain S, Bonnaud-Antignac A, & Florin A. (2010). Long term posttraumatic growth after breast cancer: Prevalence, predictors and relationships with psychological health. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 17(1), pp. 14-22.

Londoño Connally M. (2017). The role of self-compassion in posttrumatic growth. Dissertation Prepared for the Degree of doctor of philosophy university of north texas.

Mitchell E. (2017). Posttraumatic Growth, the Physically Active Body, and Self-Compassion. Dissertation. Doctor of Philosophy (Ph.D). Oregon State UniversityCiteable URL.

Neff K. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. Self and identity, 2(3), pp. 223–250.

Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. (2006). Self-compassion and adaptive psychological functioning. Educational Psychology Department, University of Texas at Austin, 1 University Station. D 5800 Austin, TX 78712, USA.

Neff KD, McGeheea P. (2010). Self-compassion and Psychological resilience among adolescents and young adults. Self and identity, 9, pp. 225-240.

Reuman L, Buchholz J, Abramowitz JS. (2018). Obsessive beliefs, experiential avoidance, and cognitive fusion as predictors of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions. Journal of contextual behavioral science, 9, pp.15-20.

Richardson T, Freeman T, Newman-Taylor K, Bolderston H. (2018).Cognitive mechanisms in cannabis-related paranoia: Does cognitive fusion increase psychotic symptoms from THC consumption? Solent Academy of Research and Improvement Annual Conference 2018., At Algeas Bowl Hilton, West End, Southampton.

Schafer I, Harfst T, Aderhold V, Briken P, Lehmann M, Moritz S & Naber D. (2006). Childhood trauma and dissociation in female patients with schizophrenia spectrum disorders: an exploratory study. The Journal of nervous and mental disease, 194(2), pp. 135-138.

Seligowski AV, Miron LR., Orcutt HK. (2014). Relations Among Self-Compassion, PTSD Symptoms, and Psychological Health in a Trauma-Exposed Sample. Mindfulness, 3(7), pp. 17-22.

Simons JS, & Gaher RM. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and Emotion, 29(2), pp. 83-102.

Tanakaa M, Wekerle BC, Lou Schmuckc M, Paglia-Boak A. (2011). The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.3.4]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.87]

adolescents. Journal of child abuse and neglect, 35, pp. 887-898.

Tedeschi RG, & Calhoun LG. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. Journal of traumatic stress, 9(3), pp. 455-471.

Tedeschi RG. (1999). Violence transformed: Posttraumatic growth in survivors and their societies. Aggression and Violent Behavior, 4(3), pp. 319–341.

Trindade IA, Ferreira C. (2014). The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. Eating Behavior, 15(1), pp.72-75.

Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. Behavior Therapy, 37(1), pp.3-13.

Van der Kooji IW, Nieuwendam J, Bipat S, Boer F, Lindauer RJ, Graafsma TL. (2015). A national study on the prevalence of child abuse and neglect in Suriname. Journal of Child Abuse Neglect, 47, pp.153-161.

Vettese LC, Dyer CE, Li WL, & Wekerle C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. International Journal of Mental Health and Addiction, 9(5), pp. 480-491.

Vinci C, Mota N, Berenz E, & Connolly K. (2016). Examination of the relationship between PTSD and distress tolerance in a sample of male veterans with comorbid substance use disorders. Military Psychology, 28(2), pp. 104-114.

Vujanovic AA, Litz BT, & Farris SG. (2015). Distress tolerance as risk and maintenance factor for PTSD: Empirical and clinical implications. Comprehensive guide to posttraumatic stress disorder, 1, pp. 1-13.

Vujanovic AA, Rathnayaka N, Amador CD, & Schmitz JM. (2016). Distress tolerance: Associations with posttraumatic stress disorder symptoms among trauma-exposed, cocaine dependent adults. Behavior Modification, 40, pp. 120–143.

Zhou X, Wu X, Zhen R. (2017). Understanding the relationship between social support and posttraumatic stress disorder/posttraumatic growth among adolescents after Ya'an earthquake: The role of emotion regulation. Psychological trauma: theory, research, practice, and policy, 9(2), pp. 214.

Zvolensky MJ, Bernstein A, Vujanovic AA. (2011). Distress Tolerance .Theory, Research, and Clinical Applications. New York, NY: Guilford Press.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.3.3.4]

[DOI: 10.52547/shenakht.7.3.87]