

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

Sajjad Basharpoor<sup>1</sup>, Mehri Mowlaie<sup>2</sup>, Leila Sarafrazi<sup>3</sup>

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 individuals in their childhood.

**Method:** The method of the present research was descriptive 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 cognitive fusion and post traumatic growth ( $P<0.01$ ), and positive relationship between distress tolerance and self-compassion with post traumatic growth ( $P<0.01$ ). Although, the results indicated that cognitive fusion could not predict post traumatic growth but another two variables could explain 41% variance of post traumatic growth.

**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>

## نقش آمیختگی شناختی، تحمل آشتفتگی و دلسوزی به خود در رشد پس آسیبی افراد آزاردیده در دوران کودکی

سجاد بشرپور<sup>۱</sup>، مهری مولایی<sup>۲</sup>، لیلا سرافرازی<sup>۳</sup>

۱. استاد، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (مؤلف 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 پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۴/۰۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۲۵

### چکیده

**مقدمه:** کودک آزاری 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 آشتفتگی و دلسوزی به خود در رشد پس آسیبی 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 گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های ترومای دوران کودکی (۱۹۹۸)، مقیاس‌های آمیختگی شناختی (۲۰۱۴)، تحمل آشتفتگی (۲۰۰۵)، دلسوزی به خود (۲۰۰۳) و رشد پس آسیبی (۱۹۹۶)، استفاده گردید. داده‌ها با آزمون‌های همبستگی پرسون 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 پس آسیبی ارتباط منفی معنادار ( $P < 0.01$ ) و بین تحمل آشتفتگی و دلسوزی به خود با رشد پس آسیبی ارتباط مثبت معنادار ( $P < 0.01$ ) وجود دارد. همچنین یافته‌ها بیانگر این بود که آمیختگی شناختی قادر به پیش‌بینی رشد پس آسیبی نیست؛ اما دو متغیر دیگر ۴۱ درصد از واریانس رشد پس آسیبی را تبیین کردند.

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

**کلیدواژه‌ها:** آمیختگی شناختی، تحمل آشتفتگی، دلسوزی به خود، رشد پس آسیبی، کودک آزاری

#### مقدمه<sup>۱۰</sup>

اهمیت انطباقی است (تسچی و کالهون<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۶). تسچی (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، نوع-دوستی 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 پس آسیبی 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 محتوى لفظی افکارش می‌شود. در طی دو دهه اخیر پژوهش‌های زیادی در حمایت از نقش فراتخیصی و آسیب‌زا بودن آمیختگی شناختی به عنوان یک فرایند بنیادین در سبب‌شناسی اختلال‌های روان‌شناختی از جمله اختلال افسردگی (باردین و فرگوس<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۶)، اختلال‌های سایکوتیک (ریچاردسون، فریمن، نیومن تیلور، بولدرستون<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۸)، اختلال درد (جانستن، فوستر، شنان، استارکی و جانسون<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۰)، اختلال خوردن (ترینداد و فریرا<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۴)، اختلال استرس پس از سانحه (کاکس، مولت،

کودک آزاری در جهان شیوع بالایی دارد (ون در کویچ و نیوندام<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۵). پیامدهای بلندمدت بدرفتاری با کودک اغلب شدید و گسترده بوده و بهویژه با اختلال استرس پس از سانحه (فالت، پالم و پیرسون<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۶)، اختلال‌های خوردن (برنز، فیشر و جکسون، هاردنگ<sup>۱۸</sup>، ۲۰۱۲)، الکسی تایمیا (هاند و اسپلیچ<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۶)، اختلال‌های روان‌پریشی (شیفر، هارفست، آدرهولد، بریکن، Lehman و موریتز<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۶)، اختلال‌های شخصیت (فریبانک و فریبانک<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۹)، ضعف در سلامت جسمانی (هکمن و وستنیلد<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۶) و مشکلات بین‌فردي (کلویتر، میراندا، استووال، مک‌کلوگ و هان<sup>۲۳</sup>، 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<sup>۲۴</sup> (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 پس آسیب که توسط تسچی 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

<sup>۱۰</sup>- Van der Kooij & Nieuwendam

<sup>۱۱</sup>- Follette, Palm & Pearson

<sup>۱۲</sup>- Burns, Fischer, Jackson & Harding

<sup>۱۳</sup>- Hund & Espelage

<sup>۱۴</sup>- Schäfer, Harfst, Aderhold, Briken, Lehmann & Moritz

<sup>۱۵</sup>- Fairbank & Fairbank

<sup>۱۶</sup>- Heckman & Westefeld

<sup>۱۷</sup>- Cloitre, Miranda, Stovall-McClough & Han

<sup>۱۸</sup>- Cicchetti & Garmezy

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<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰؛ بنابراین با توجه به اینکه کودک آزاری 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 تعدیل کننده‌ای متغیرهایی همچون متغیرهای فوق که در تسکین و یا کاهش شدت علائم و رشد پس از آسیب مؤثر باشند، معلوم شود، دست اندکاران 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 آزار دیده بالاتر از ۱۵ سال مراجعه‌کننده به مراکز خدمات روان درمانی و مشاوره شهر شیراز در نیمه اول سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند.

<sup>۷</sup>- Neff & McGehee

باکر، لانت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸)، اختلال وسواسی-اجباری (ریومن، بوچلوز، آبراموویتز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸) و اختلال اضطراب اجتماعی (dal Riempiel و هربرت<sup>۳</sup>، 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 علاوه 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 (سیموونز 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 مجازی تحمل آشفتگی در میان افراد مبتلا و یا در معرض خطر برای آسیب‌های روانی تمرکز داشته‌اند (هرناندز، دانداسکارا، آرلینگوس، شارما، ریتل، کندزور<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی دیگر از متغیرهایی که می‌تواند به عنوان یک عامل حفاظتی سازگار کننده در برابر حوادث تروماتیک و آسیب‌های روانی عمل کند و در بهبودی از آسیب‌های ناشی از ترومما نقش دارد (بلوٹ و روبرسون، گایلورد، فاروت، گریون، آرزوون و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵) و می‌تواند زمینه رشد پس از سانحه (لاندولوکونالی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷) را

<sup>۱</sup>- Cox Motl, Bakker, & Lunt

<sup>۲</sup>- Reuman, Buchholz, & Abramowitz

<sup>۳</sup>- Dalrymple & Herbert

<sup>۴</sup>- Hernandez, Daundasekara, Arlinghaus, Sharma, Reitzel, Kendzor

<sup>۵</sup>- Bluth, Roberson, Gaylord, Faurot, Grewen & Arzon

<sup>۶</sup>- Londoño Connally

بدرفتاری را مورد سؤال قرار می‌دهد: ۱. سوء استفاده هیجانی<sup>۲</sup>. ۲. سوء استفاده جسمی<sup>۳</sup>. ۳. سوء استفاده جنسی<sup>۴</sup>. غفلت عاطفی<sup>۵</sup>. غفلت جسمی. این مقیاس شامل ۳ گویه برای جستجوی گزارش ترومای منفی کاذب است. مطالعات پایابی 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 رضایت‌بخش 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<sup>۳</sup> (CFQ):** این مقیاس توسط گیلندرز، بلداستون، باند، دمپستر، فلاکسمن و کامپ بل<sup>۴</sup> (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 ۷-۴۹ 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 ۰/۸۱ گزارش شده است.

**مقیاس تحمل آشفتگی<sup>۵</sup> (DTS):** این مقیاس خودسنجدی توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شد و دارای ۱۵ سؤال و ۴ زیر مقیاس است. زیر مقیاس‌های آن عبارت‌اند

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 کفايت می‌کرد؛ اما جهت افزایش اعتبار بیرونی پژوهش، تعداد ۱۹۰ نفر انتخاب شدند. تعداد 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 سعاد خواندن و نوشتمن 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 ضربه 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<sup>۱</sup> (CTQ):** این مقیاس توسط برنشتاین و فینک<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) برای سنجش سابقه سوء استفاده و غفلت از کودک برای نوجوانان ۱۲ ساله و بالاتر و بزرگسالان ساخته شده است. این مقیاس خود گزارش‌دهی دارای ۲۵ گویه است و بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (هر گز = ۰، همیشه = ۵) نمره گذاری می‌شود، دامنه نمرات بری هر کدام از مقیاس‌ها از ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. پنج نوع

<sup>۳</sup>- Cognitive Fusion Questionnaire

<sup>۴</sup>- Gillanders, Bolderston, Bond, Dempster, Flaxman & Remington

<sup>۵</sup>- Distress Tolerance Scale

<sup>۱</sup>- Childhood Trauma Questionnaire

<sup>۲</sup>- Bernstein & Fink

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 عبارت اند از: شیوه‌های 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 ۰/۶۷ تا ۰/۸۵ آلفای گزارش شد. لورین، بونت - آنیجنس و فلورین<sup>۳</sup> (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 شرکت کنندگان 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 شرکت کنندگان در متغیرهای آمیختگی شناختی، تحمل آشفتگی، دلسوزی به خود و رشد پس آسیبی در جدول ۱ ارائه شده است.

<sup>۳</sup>- Lelorain, Bonnaud-Antignac & Florin

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 نمره گذاری 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<sup>۱</sup> (SCS): این ابزار یک مقیاس خودگزارشی ۲۶ سوالی است که توسط نف (۲۰۰۳) ساخته شد. این مقیاس ۶ خردۀ مقیاس مهربانی به خود (۴ 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 سوالات 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) نمره گذاری می‌شود. میانگین نمرات این ۶ خردۀ 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 خردۀ 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<sup>۲</sup> (PTGI): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط تدصیقی و کالهون به منظور ارزیابی

<sup>۱</sup>- Self-compassion scale

<sup>۲</sup>- Posttraumatic growth inventory

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

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 پس آسیبی از روش همبستگی پیرسون استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۲ آورده شده است.

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

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

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

نتایج حاصل از جدول ۲ بیانگر این است که بین آمیختگی شناختی و رشد پس‌آسیبی ارتباط منفی معنادار وجود دارد ( $r = -0.36$ ). تحميل آشتفتگی ( $r = 0.36$ ) و دلسوزی به خود ( $r = 0.62$ ) ارتباط مثبت معناداری با رشد پس‌آسیبی داشتند. جهت بررسی نقش آمیختگی شناختی، تحميل آشتفتگی 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

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

متغیرهای پیشین										تودم	ضریب آزمون	معنی داری آزمون	ضریب تو لارنس	ضریب واریانس								
متغیرهای پیشین										همبستگی چندگانه	R	R <sup>2</sup>	تغییر تیبل	F	معنی داری رگرسیون	خطای استاندارد	ضریب رگرسیون	t	آزمون	ضریب	معنی داری	تودم
۰/۶۳۹	۰/۴۱	۲۹/۰۵۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	۰/۱۵۲	۰/۰۰۲	۰/۰۱۸	۰/۹۸	۰/۶۶۵	۰/۵۰۳	آمیختگی شناختی							مقدار ثابت				
۰/۲۹۹	۰/۱۲۴	۰/۱۸۱	۲/۴۰۸	۰/۰۱	۰/۸۳۲	۰/۲۰۲					تحمل آشتگی											
۰/۸۹۰	۰/۱۳۱	۰/۰۵۸	۶/۸۱۳	۰/۰۰۱	۰/۶۹۹	۱/۴۳۱					دلسوزی به خود											

پس آسیبی 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<sup>۱</sup>، 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 اوسلویوان<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) نیز معتقدند نحوه پردازش شناختی بر رشد پس از سانحه مؤثر است. بر اساس مدل‌های متنی بر پذیرش و

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.

دحث

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

1-Cryder, Kilmer, Tedeschi & Calhoun

<sup>2</sup> Gonzalez, Chowdhury, Dutcher, Dick, Kendler, & Amstadter.

(۲۰۱۶) ویانووک، لیتز و فاریس<sup>۴</sup> (۲۰۱۵)، وینسی و موتا، برنز، کونالی<sup>۵</sup> (۲۰۱۶) دربررسی ارتباط تحمل آشفتگی با اختلال استرس پس از سانحه است. همچنین رُو، وو و ژن<sup>۶</sup> (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 کنترل کننده داشته‌اند، در اوایل بزرگسالی شکایات جسمانی مرتبط با پریشانی و آشفتگی و همچنین شکایات عصب شناختی را تجربه کرده‌اند (کروتنی و هورگ،<sup>۷</sup> ۲۰۱۲) و با توجه به اینکه تأثیر استرس بر نتایج بالینی به سطح تحمل پریشانی فرد بستگی دارد (کلیریگ، ارونsson، اسمیت<sup>۸</sup>، 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 پس آسیبی به وسیله تحمل آشفتگی تبیین می‌شود. تحمل آشفتگی عاملی مهم در شروع و تداوم آسیب‌های روانی است (زلن اسکای، برنشتاين و وجانویک<sup>۹</sup>، 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 پس آسیبی بود. تحمل، میزان توانایی فرد برای تحمل پریشانی را اندازه‌گیری می‌کند (Simeonov و گاهر، ۲۰۰۵). در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که هر چه میزان تحمل فرد در مقابل مصائب و سختی‌های

ذهن آگاهی، آمیختگی شناختی یکی از فرایندهای واسطه‌ای 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 فرگاسن، ۲۰۱۶؛ کوکسون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶) و اختلال‌های سایکوتیک (باج و هایز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲) دچار شوند. نتیجه دیگر بیانگر این بود که آمیختگی شناختی قادر به پیش‌بینی رشد پس آسیبی نبوده است. یک تبیین در ارتباط با عدم معناداری پیش‌بینی رشد پس آسیبی 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 (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۴). آمیختگی شناختی شدیداً با اجتناب رفواری، 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 پس آسیبی 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، آمدور و اسمیت<sup>۳</sup>

<sup>4</sup>- Vujanovic, Litz & Farris

<sup>5</sup>- Vinci, Mota, Berenz & Connolly

<sup>6</sup>- Zhou, Wu & Zhen

<sup>7</sup>- Courtney & Hoerge

<sup>8</sup>- Cleirigh, Ironson & Smits

<sup>9</sup>- Zvolensky, Bernstein & Vujanovic

<sup>1</sup>- Cookson

<sup>2</sup>- Bach & Hayes

<sup>3</sup>- Vujanovic, Rathnayaka, Amador & Schmitz

خواهد داشت که از تاب آوری و دلسوزی به خود بیشتری برخوردار گردد (نف و مک گی، 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<sup>۱</sup>، 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<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰) و از سلامت هیجانی بالاتری برخوردارند (بلوٹ 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. در تبیین 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<sup>۳</sup>، 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<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷) را فراهم کند. دلسوزی به خود به افراد

زندگی از جمله آزارهای دوران کودکی بیشتر باشد، میزان بروز اختلال‌های 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،<sup>۵</sup> 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<sup>۶</sup> (۲۰۰۷) و چینگ بی ونگ و یونگ<sup>۷</sup> یونگ<sup>۸</sup> (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، لواسمک، پاگلیابوک<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱) و مشکلات تنظیم هیجان هیجان (وتز و دیر، لی، وکرل<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۱) می‌شوند. حال اگر متغیرهایی مانند حمایت مادری، سبک‌های دلبستگی، کارکرد خانواده و حمایت‌های اجتماعی که پیش‌بینی کنندگان دلسوزی به خود هستند (نف و مک گی، ۲۰۱۰) به صورت مثبت در میان آیند، شخص این شанс را

<sup>۶</sup>- Seligowski, Miron, Orcutt

<sup>۷</sup>- Allen &Leary

<sup>۸</sup>- Neff, Kirkpatrick & Rude

<sup>۹</sup>- Mitchell

<sup>۱</sup>- Garnefski, Kraaij & Pinhoven

<sup>۲</sup>- Leary, Tate, Adams, Batts Allen & Hancock

<sup>۳</sup>- Ching, Yee, Wong & Yeung

<sup>۴</sup>- Tanakaa, Wekerle, Lou Schmuckc, Paglia-Boak

<sup>۵</sup>- Vettese, Dyer, Li & Wekerle

محدودیت هایی است. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر، محدود بودن نمونه‌گیری به افراد مراجعه کننده 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 مدنظر 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 نویسنده‌گان بر خود لازم می‌دانند تا از تمامی شرکت کنندگان محترمی که در کل فرایند تحقیق همکاری کردن، تقدير 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

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 بالای دارند یک رویکرد معادل برای بررسی تجربیات دردناک خود و درد و رنج حاصل از آن‌ها در پیش می‌گیرند. همچنین افراد دلسوز به خود به دلیل برخورداری از تجربه مشترک انسانی، بیشتر مایل به افشاء 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 و نگ و یونگ، ۲۰۱۷).

### نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که بین رشد پس آسیبی با تحمل آشتفتگی و دلسوزی به خود رابطه مثبت معنادار و با آمیختگی شناختی رابطه منفی معنادار داشت. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد تحمل آشتفتگی و دلسوزی به خود قادر به پیش‌بینی رشد پس آسیبی افراد آزار دیده در دوران کودکی بود؛ اما آمیختگی شناختی قادر به پیش‌بینی رشد پس آسیبی نبود. به عبارتی دیگر، می‌توان نتیجه گرفت افرادی که آمیختگی شناختی پایین تر، تحمل آشتفتگی بالاتر و دلسوزی به خود بیشتری دارند، در مقایسه با افراد با آمیختگی شناختی بالا، تحمل آشتفتگی 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

- on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), pp.1-6.
- Bashsharpoor 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.
- Ganeefski 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 (2<sup>nd</sup> 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 posttraumatic 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, McGehee 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, & Gaer 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

- 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 Kooij 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.
- Vetteese 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.