



## Comparison of the effectiveness of compassionate mind-based therapy and dialectical behavior therapy on cognitive deficits, emotional processing defects and impulsivity of soldiers aged 18 to 20 years with high-risk behaviors

Zahra Sadat. Shamsnajafi<sup>1</sup>, Ramezan. Hasanzadeh<sup>2\*</sup> & Seyyedeh Olia. Emadian<sup>3</sup>

1. Ph.D. student, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

2. \*Corresponding Author: Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

### ARTICLE INFORMATION

#### Article type

Original research

Pages: 76-89

#### Corresponding Author's Info

Email:

rhasanzadehd@yahoo.com

#### Article history:

Received: 2022/12/12

Revised: 2023/02/19

Accepted: 2023/04/09

Published online: 2023/07/27

#### Keywords:

Compassion focused therapy, dialectical behavior therapy, cognitive disabilities, emotional processing, impulsivity, high risk behaviors.

### ABSTRACT

**Background and Aim:** High-risk behaviors are behaviors that increase the likelihood of physical, psychological and social disastrous consequences for the individual. The aim of this study was to compare the effectiveness of compassionate mind therapy and dialectical behavior therapy on cognitive deficits, emotional processing defects and impulsivity of soldiers aged 18 to 20 years with high-risk behaviors. **Methods:** The method of the present study was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a follow-up group. The statistical population of this study included all soldiers aged 18 to 20 years who referred to Valiasr Medical Center in Tehran in 2020. The sample selection process in the present study consisted of two stages: The first stage was done by purposeful sampling method of high-risk behaviors questionnaire to screen soldiers referred to Valiasr Medical Center in Tehran and among those who received a score higher than the screening method 50 people were selected based on the completion of the consent form for participation in the research as well as the inclusion and exclusion criteria of 45 people (15 people in the first experimental group, 15 people in the second experimental group and 15 people in the control) and specialized in 3 groups at random. To collect data, Iranian adolescents' risk questionnaires, cognitive deficits, Toronto Alexithymia scale, and Impulsivity Scale were used. **Results:** A pairwise comparison between the two treatment groups showed that cognitive deficits in the two treatment groups of compassion (I-J=7.20; P<0.01) and dialectical behavior therapy (I-J=8.66; P<0.01), Was significant from pre-test to post-test in contrast to control group (I-J=1.56; P<0.05); Also, the study of emotional processing deficits shows that only the dialectical behavior therapy group (I-J=12.73; P<0.01) was significant from pre-test to post-test. Also, the study of impulsivity in treatment groups shows that only compassion treatment was effective in reducing impulsivity (I-J=7.66; P<0.01). **Conclusion:** According to the findings of the present study, it seems that with compassionate practice and increasing positive emotions, a person's behavioral-intellectual treasury expands, which can it provided the basis for problem-solving and the reduction of conflicts between intrapersonal and interpersonal emotions, thereby reducing impulsivity and risky behaviors.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence.

© 2023 The Authors.

### How to Cite This Article:

Shamsnajafi, Z. S., Hasanzadeh, R., & Emadian, S. O. (2023). Comparison of the effectiveness of compassionate mind-based therapy and dialectical behavior therapy on cognitive deficits, emotional processing defects and impulsivity of soldiers aged 18 to 20 years with high-risk behaviors. *Jayps*, 4(5): 76-89.



# مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان

www.jayps.iranmehr.ac.ir

تابستان (مرداد) ۱۴۰۲، دوره ۴، شماره ۵ (پیاپی ۱۱)، صفحه‌های ۸۹-۷۶

## مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز و رفتار درمانی دیالکتیک بر نارسایی‌های شناختی، نقص پردازش‌های هیجانی و تکانشگری سربازان ۱۸ تا ۲۰ سال دارای رفتارهای پرخطر

زهرا السادات شمس نجفی<sup>۱</sup>، رمضان حسن زاده<sup>۲\*</sup> و سیده علیا عمادیان<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۲. استاد، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** رفتارهای پرخطر به رفتارهایی اطلاق می‌شود که احتمال نتایج مخرب جسمی، روانشناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش دهد. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز و رفتار درمانی دیالکتیک بر نارسایی‌های شناختی، نقص پردازش‌های هیجانی و تکانشگری سربازان ۱۸ تا ۲۰ سال دارای رفتارهای پرخطر بود. **روش پژوهش:** روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه سربازان ۱۸ تا ۲۰ ساله مراجعه کننده به مرکز درمانی ولیعصر تهران در سال ۱۳۹۹ بودند. فرایند انتخاب نمونه در پژوهش حاضر شامل دو مرحله بود: مرحله اول به شیوه نمونه‌گیری هدفمند پرسشنامه رفتارهای پرخطر به منظور غربال سربازان مراجعه کننده به مرکز درمانی ولیعصر تهران انجام شد و از میان آنهایی که نمره بالاتر از غربال را کسب کرده بودند به روش هدفمند ۵۰ نفر و براساس تکمیل فرم رضایت شرکت در پژوهش و همچنین معیارهای ورود و خروج ۴۵ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش اول و ۱۵ نفر گروه آزمایش دوم و ۱۵ نفر در گواه) انتخاب و به شیوه تصادفی در ۳ گروه تخصیص یافتند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه‌های خطرپذیری نوجوانان ایرانی، نارسایی‌های شناختی، ناگویی خلقی تورنتو و مقیاس تکانشوری استفاده شد. **یافته‌ها:** بررسی مقایسه‌ی زوجی بین دو گروه درمانی نشان داد که نارسایی‌های شناختی در دو گروه درمان شفقت (I-J=۷/۲۰؛ P<۰/۰۱) و رفتاردرمانی دیالکتیک (I-J=۸/۶۶؛ P<۰/۰۱) برخلاف گروه گواه معنی‌دار (I-J=۱۱/۵۶؛ P>۰/۰۵) بود؛ همچنین بررسی نقص پردازش هیجانی نشانگر آن است که تنها در گروه رفتاردرمانی دیالکتیک (I-J=۱۲/۷۳؛ P<۰/۰۱) معنی‌دار بود. همچنین بررسی تکانشگری در گروه‌های درمانی نشانگر آن است که تنها درمان شفقت در کاهش تکانشگری اثربخش بود (I-J=۷/۶۶؛ P<۰/۰۱). **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر به نظر می‌رسد با تمرین‌های مشفقانه و افزایش هیجان‌های مثبت خزانه‌ی رفتاری-فکری فرد گسترش پیدا می‌کند که می‌تواند زمینه را برای حل مسئله مناسب و کاهش تعارض‌های هیجان‌های درون‌فردی و بین‌فردی و در نتیجه کاهش تکانشگری و رفتارهای پرخطر را فراهم ساخت.

### اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

صفحات: ۷۶-۸۹

اطلاعات نویسنده مسئول

ایمیل:

rhassanzadehd@yahoo.com

سابقه مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱

تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۳۰

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۰۱/۲۰

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۵/۰۵

### واژگان کلیدی

درمان مبتنی بر شفقت، رفتار درمانی دیالکتیک، نارسایی‌های شناختی، پردازش هیجانی، تکانشگری، رفتارهای پرخطر.

انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است. تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه استناد به این مقاله

شمس نجفی، زهرا السادات، حسن زاده، رمضان، و عمادیان، سیده علیا. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز و رفتار درمانی دیالکتیک بر نارسایی‌های شناختی، نقص پردازش‌های هیجانی و تکانشگری سربازان ۱۸ تا ۲۰ سال دارای رفتارهای پرخطر. *مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۴(۵): ۸۹-۷۵.

## مقدمه

به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی می‌باشد (والاس، ۲۰۰۴). نارسایی شناختی به دلیل تداخل با فعالیت‌ها روزمره می‌تواند منجر به مشکلات اساسی شوند. جبران این خطاها گاه زمان زیادی می‌طلبند. در مواقعی که این خطاها در راه‌اندازی کنش‌ها رخ می‌دهند، ممکن است آسیب‌های جدی و حتی مرگ را بدنبال داشته باشند (دورن و همکاران، ۲۰۱۰). سوانسون و جرمن (۲۰۰۶) نشان داد که سطوح بالای نارسایی شناختی مختل با نقص پردازش‌های هیجانی رابطه مثبت معناداری دارد. بدین معنا که آزمودنی‌ها با نارسایی شناختی بالا در مقایسه با آزمودنی‌هایی با نارسایی شناختی پایین عملکرد پایین‌تری در زمینه تحصیل و شغل داشتند. تابمن (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان داد که میان نارسایی‌های شناختی با مولفه‌های مختلف رفتارهای پرخطر مانند نوشیدن الکل، مصرف مواد، سوانح رانندگی خطرناک و روابط جنسی پرخطر ارتباط مثبت و معنی داری وجود دارد.

از آنجایی که رفتارهای پرخطر وابسته به هیجان است و بسیاری از مطالعات در رابطه با رفتارهای پرخطر به هیجان و ابراز آن معطوف می‌شود. بررسی‌ها نشان داده است افراد توانمند از نظر هیجانی احساس‌های خود را تشخیص می‌دهند، مفاهیم ضمنی آن را درک می‌کنند و به گونه مؤثرتری حالت‌های هیجانی خود را برای دیگران بیان می‌کنند (اوشری و همکاران، ۲۰۱۵). این افراد در مقایسه با افرادی که توانایی درک و بیان حالت‌های هیجانی را ندارند، در برخورد با تجربه‌های منفی از موفقیت بالاتری برخوردار بوده و سازگاری مناسب‌تری را در ارتباط با محیط و دیگران از خود نشان می‌دهند (گلمن، ۱۹۹۵). ناتوانی در تفسیر و ابراز هیجان‌ها را با نقص در پردازش هیجانات مرتبط دانسته‌اند. اصطلاح پردازش هیجانی را به شیوه‌های ارزیابی فردی از حوادث استرس‌زای زندگی تعریف می‌کنند (کیریشی و همکاران، ۲۰۱۵). این تحریف‌ها رفتارها و تجارب دیگر فرد را به

یکی از رفتارهای مخرب در دوره نوجوانی و جوانی به خصوص در سربازان رفتارهای پرخطر<sup>۱</sup> می‌باشد. رفتارهای پرخطر به رفتارهایی اطلاق می‌شود که احتمال نتایج مخرب جسمی، روانشناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش دهد. این رفتارها در نوجوانان و با یکدیگر به شدت همبسته‌اند و از الگوی هم‌تغییری پیروی می‌کنند. در اواخر نوجوانی و اوایل جوانی به دلیل خودمحوری و عدم درک صحیح آنان از رفتارهای خود، مرحله مهمی برای شروع رفتارهای پرخطر محسوب می‌شود (هان و همکاران، ۲۰۱۷). رفتارهای پرخطر شامل؛ مصرف مواد، استعمال سیگار، مصرف الکل، رانندگی خطرآفرین، سبک زندگی ناسالم، رفتارهای جنسی پرخطر می‌باشند که در میان کودکان و نوجوانان در سن مدرسه شایع است (جین، ۲۰۱۴).

تحقیقات پیشین در سایر کشورها عوامل بسیاری را در بروز رفتارهای پرخطر شناسایی و معرفی کرده‌اند. اما باید توجه داشت که نوجوانی و جوانی، دوره‌ای است که در آن جنبه‌های مختلف سلامت روان فرد دستخوش تغییر می‌گردد و یکی از علل عمده، روی آوردن اغلب نوجوانان به رفتارهای پرخطر، شناخت‌های کژکار و افت اعتماد به نفس، عدم رضایت از زندگی، ناتوانی در پذیرش خود و در نهایت عدم امکان بروز و ظهور هیجان و یا ابراز بیش از حد هیجان می‌باشند (باسکین-سامرز و سامرز، ۲۰۰۳). نارسایی شناختی<sup>۲</sup> را اشتباهات یا خطاهایی می‌دانند که فرد در انجام تکالیفی که به‌طور طبیعی قادر به انجام آن است، مرتکب می‌شود، به عبارتی نارسایی شناختی سازه‌ای چند بعدی است که شامل خطا در شکل دادن به اهداف، خطا در فعال‌سازی طرحواره‌ها و خطا در راه‌اندازی کنش‌ها است (والاس و همکاران، ۲۰۰۴). نارسایی‌های شناختی شامل حواس‌پرتی، مشکلات مربوط

1. High-Risk Behaviors
2. Cognitive Failure

شفقت‌آمیز به دست آورند (گیلبرت، ۲۰۱۴). این درمان یکپارچه نگر، برگرفته از علم عصب‌شناسی، روان‌شناسی اجتماعی، رشد، تحولی، و بودایی و همچنین بسیاری دیگر از سایر مدل‌های درمانی در مشکلات ذهنی است (سامرز-اسپیکرمن و همکاران، ۲۰۱۸). تصور بر این است که درمان متمرکز بر شفقت، توانایی تجربه کردن و تحمل هیجانات آرام‌کننده در مواجهه با موانع را تقویت کرده و در نتیجه حالت‌های عاطفی مثبت نظیر امنیت، آرامش و رضایت خاطر را پرورش می‌دهد، و همزمان حالت‌های عاطفی منفی را تسکین می‌دهد؛ به این صورت که افراد را قادر می‌کند تا هیجانات ناخوشایند یا ترسناک که مشخصه سیستم تهدید هستند، از جمله خشم، اضطراب، شرم و احساس گناه را تنظیم کرده و با آن‌ها روبرو شوند (گیلبرت، ۲۰۱۴).

یکی دیگر از درمان‌هایی که می‌تواند بر نارسایی‌های شناختی، نقص پردازش‌های هیجانی و تکانشگری سربازان دارای رفتارهای پرخطر موثر باشد، رفتار درمانی دیالکتیکی نوعی رفتار درمانی شناختی است که در سال‌های پایانی دهه‌ی هشتاد میلادی با هدف کمک به درمان بهتر اختلال شخصیت مرزی، معرفی و گسترش داده شد (بورنوالوا و داوترز، ۲۰۰۷). رفتار درمانی دیالکتیکی یک درمان شناختی رفتاری است که علاوه بر استفاده از مهارت‌های (CBT) همچون بازسازی شناختی و مدیریت وقایع رفتارهای ناسازگار (همچون پرخاشگری تکانشی) را از طریق آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی، روابط موثر بین فردی را نشانه می‌گیرد (مهلوم، ۲۰۲۰). بنابراین بدنه اصلی تمرکز DBT، حول یادگیری، بکارگیری، و تعمیم مهارت‌های انطباقی خاصی است که در این روش درمانی آموزش داده می‌شود و هدف نهایی آن، کمک به بیمار برای شکستن و فایق آمدن بر این چرخه‌ی معیوب است (بورنوالوا و داوترز،

سمت بیماری و اختلال سوق می‌دهد (کیریشی و همکاران، ۲۰۱۵). عقیده بر این است که نقص پردازش‌های هیجانی عاملی خطرناک برای بسیاری از اختلال‌های روانی به شمار می‌رود، زیرا افراد مبتلا به این نارسایی خیلی تحت فشار همبسته‌های جسمانی هیجانانی بوده که به کلام در نمی‌آیند. این نارسایی مانع تنظیم هیجان-ها می‌شود و سازگاری فرد را با مشکل روبرو می‌کند (اوشری و همکاران، ۲۰۱۵).

از جمله عواملی دیگری که ارتباط مستقیمی با رفتارهای پرخطر دارد، تکانشگری می‌باشد. رفتارهای تکانشی گاه به عنوان رفتارهای مخاطره‌آمیز نیز خوانده می‌شوند که طیف وسیعی از اعمالی را شامل می‌شوند که روی آن تفکر کمی صورت گرفته، به صورت نابالغ با وقوع آنی، بدون توانایی در انجام تمرکز بر یک تکلیف خاص، در غیاب یک برنامه‌ریزی مناسب، رخ می‌دهند و از ریسک و خطرپذیری بالایی برخوردار هستند (واکسمن، ۲۰۱۱). مرور مطالعات انجام شده در مورد تکانشگری نشان می‌دهد که رفتارهای تکانشی هسته اصلی بسیاری از اختلال‌های روانی از قبیل بیش‌فعالی / نقص توجه، اختلال سلوک، اختلال کنترل تکانه، پرخوری عصبی، سوءمصرف مواد، اعتیاد به اینترنت، بولمیا، رفتار خودکشی‌گرا، اختلالات شخصیت و رفتارهای پرخطر را تشکیل می‌دهند (صولتی آناقیزی و همکاران، ۱۴۰۰؛ کریمخانی و کوچک خوشنویس، ۱۳۹۹؛ دوران و همکاران، ۲۰۰۶؛ فوساتی و همکاران، ۲۰۰۷؛ ری و همکاران، ۲۰۰۹).

یکی از درمان‌هایی که اثربخشی آن تاکنون بر نارسایی‌های شناختی، نقص پردازش‌های هیجانی و تکانشگری سربازان دارای رفتارهای پرخطر بررسی نشده است، درمان مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز<sup>۱</sup> است. درمان متمرکز بر شفقت در ابتدا برای این تدوین شد که به آن افراد کمک شود احساسات پذیرنده‌ای نسبت به خود ایجاد کنند، و همچنین به آن‌ها کمک شود که یک صدای درونی

## 2. Dialectical Behavior Therapy

## 1. Compassion-Focused Therapy (CFT)



به مرکز درمانی ولیعصر تهران. ۲- تمایل به شرکت در مطالعه؛ ۳- کسب نمره بالا در پرسشنامه رفتارهای پرخطر نوجوانان ایرانی. ۴- عدم ابتلا به اختلالات حاد روانی مانند اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی و... (فیلتر شده در بد ورود با تست (MMPI) ۷۱ سوالی در بدو ورود. ملاک‌های خروج: ۱- غیبت در بیش از یک جلسه‌ی مداخله؛ ۲- شرکت داشتن همزمان در برنامه‌های مداخلاتی دیگر؛ ۳- نداشتن میل برای ادامه‌ی همکاری در مطالعه.

### ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه خطرپذیری نوجوانان ایرانی (۱۳۹۰). باکمک ابزارهای معتبر و مطرح در حوزه نوجوانان همچون پرسشنامه خطرپذیری نوجوانان (ARQ) (گالونه و همکاران، ۲۰۰۰) و پرسشنامه سیستم کنترل رفتار پرخطر جوانان (YRBSS) (برنر و همکاران، ۲۰۰۴) و در نظر گرفتن شرایط فرهنگی و محدودیت‌های اجتماعی جامعه ایران، مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی مقیاس توسط زاده محمد و احمدآبادی در سال ۱۳۸۷ ساخته شد (زاده محمدی و همکاران، ۱۳۹۰). این مقیاس ۳۸ گویه برای سنجش آسیب‌پذیری نوجوانان در مقابل ۷ دسته رفتارهای پرخطر (خشونت، سیگار کشیدن، مصرف مواد مخدر، مصرف الکل، رابطه و رفتار جنسی و گرایش به جنس مخالف) است. شیوه پاسخدهی پرسشنامه به این صورت است که پاسخگویان موافقت یا مخالفت را با این گویه‌ها در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای از کاملاً موافق (=۵) تا کاملاً مخالف (=۱) بیان می‌کنند. دامنه نمرات از ۳۸ تا ۱۹۰ متغیر است و نمره برش پرسشنامه نمره بالاتر از ۵۰ درصدی یعنی بالاتر از ۷۶ است. آلفای کرونباخ پرسشنامه در تحقیق زاده‌محمدی و همکاران هنجاریابی شده و میزان آلفای کرونباخ برای رانندگی خطرناک ۰/۷۴، سیگار ۰/۹۳، مواد مخدر و روانگردان ۰/۹۰، خشونت ۰/۷۸، الکل ۰/۹۰، دوستی با جنس مخالف ۰/۸۳ و رابطه و رفتار جنسی ۰/۸۷ بدست آمد (زاده محمدی و همکاران، ۱۳۹۰).

۲۰۰۷). پژوهش‌ها نشان دادند که مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیک به تنهایی منجر به کاهش افسردگی، ناامیدی و پریشانی در قربانیان سوء استفاده خانگی (ایورسون و همکاران، ۲۰۰۹)؛ سلامت روانی و بهزیستی در اعضای خانواده‌های افراد خودکشی کرده و پرخاشگری، تکانشی بودن و آسیب روانی در جمعیت اصلاحی دشوار شده است (راجالین و همکاران، ۲۰۰۹). بابایی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی نشان دادند که آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک به آزمودنی‌های پژوهش موجب کاهش چشمگیر نمرات وسوسه در مقیاس عقاید وسوسه‌انگیز شد، به طوری که نمرات در طی ده جلسه‌ی مداخله‌ی آموزشی کاهش قابل توجهی نسبت به نمرات خط پایه داشتند. بنابراین با توجه به موارد ذکر شده هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن شفقت-ورز و رفتار درمانی دیالکتیک بر نارسایی‌های شناختی، نقص پردازش‌های هیجانی و تکانشگری سربازان نوجوان ۱۸ تا ۲۰ سال دارای رفتارهای پرخطر بود.

### روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه سربازان نوجوان ۱۸ تا ۲۰ ساله مراجعه کننده به مرکز درمانی ولیعصر تهران در سال ۱۳۹۹ بودند. فرایند انتخاب نمونه در پژوهش حاضر شامل دو مرحله بود: مرحله اول به شیوه نمونه گیری هدفمند پرسشنامه رفتارهای پرخطر به منظور غربال سربازان مراجعه کننده به مرکز درمانی ولیعصر تهران انجام شد و از میان آن‌هایی که نمره بالاتر از ۶۰ درصد را کسب کرده بودند به روش هدفمند ۵۰ نفر و براساس تکمیل فرم رضایت شرکت در پژوهش و همچنین معیارهای ورود و خروج ۴۵ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش اول و ۱۵ نفر گروه آزمایش دوم و ۱۵ نفر در گواه) انتخاب و به شیوه تصادفی در ۳ گروه تخصیص یافتند. ملاک‌های ورود: ۱- سرباز ۱۸ تا ۲۰ ساله مراجعه کننده

احساسات ۰/۷۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۲ و تفکر با جهت‌گیری خارجی ۰/۵۳ به دست آمد.

**۴. مقیاس تکانشوری.** این مقیاس تکانشوری توسط بارات در ۱۹۹۴ ساخته شده است. این مقیاس ۳۰ آیتم دارد و آزمودنی‌ها به این آیتم‌ها به صورت چهار درجه‌ای (هرگز، گاهگاه، اغلب، تقریباً و همیشه) پاسخ می‌دهند. بارات در نسخه یازدهم پرسشنامه تکانشگری را بر پایه سه محور ذیل توضیح می‌دهد: ۱- خود حرکتی به مفهوم عمل کردن بدون فکر، ۲- برنامه‌ریزی با دقت و یا توجه به جزئیات و ۳- ثبات‌سازی به معنی توانایی آینده‌نگری فرد. این مقیاس سه عامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامه‌گی را ارزیابی می‌کند. این مقیاس ۳۰ سوال دارد (بارات، ۱۹۹۴). گزینه‌ها با مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند (به ندرت/ هرگز (امتیاز ۱) و تقریباً/ همیشه) (امتیاز ۴). این مقیاس ده سوال منفی دارد که به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۳ و برای زیر مقیاس‌های حرکتی، توجهی و بی‌برنامه‌گی به ترتیب عبارت از: ۰/۷۴ و ۰/۷۳ است (بارات، ۱۹۹۴). در ایران اختیاری و همکاران ضریب آلفای ۰/۷۸ را برای تکانشگری توجهی، ۰/۶۳ را برای تکانشگری حرکتی و ۰/۴۷ را برای تکانشگری بی‌برنامه‌گی و ۰/۸۳ را برای کل آزمون گزارش کردند (اختیاری و همکاران، ۲۰۰۸).

**۵. رفتار درمانی مبتنی بر دیالکتیک.** جلسات رفتار درمانی مبتنی بر دیالکتیک بر اساس طرح درمانی برونوالوا و داوترز (۲۰۰۷) در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی و به مدت دو ماه و نیم برگزار شد.

**۲. پرسشنامه نارسایی‌های شناختی برادبنت و همکاران (۱۹۸۲).** این پرسشنامه در سال ۱۹۸۲ به وسیله برادبنت، کوپر، فیتزجرالد و پارکز ساخته شد. این مقیاس ۲۴ ماده دارد و آزمودنی به این ماده‌ها با یک مقیاس پنج درجه‌ای (از "هرگز" تا "همیشه") پاسخ می‌دهد (برادبنت و همکاران، ۱۹۸۲). این پرسشنامه چهار مولفه دارد که عبارتند از حواس‌پرتهی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی. در بررسی والاس ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۶ و ضریب اعتبار آن ۰/۵۱ گزارش شده است (والاس، پاپ و موندور، ۲۰۰۶). در پژوهشی ابوالقاسمی و کیامرئی (۲۰۰۹) ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۷۹، ۰/۶۴، ۰/۶۶ و ۰/۶۲ گزارش کرده‌اند.

**۳. مقیاس ۲۰ ماده‌ای ناگویی خلقی تورنتو.** این مقیاس در سال ۱۹۸۶ توسط تیلور ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگی، تیلور و پارکر تجدید نظر شد. نسخه تجدید نظر شده دوم مقیاس ناگویی خلقی تورنتو ۲۰ سوالی بود، که پیشرفتی برای سازندگان اولیه تست به نظر می‌رسید (بگی و همکاران، ۲۰۰۳). بشارت (۲۰۰۷) نیز ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسشنامه ناگویی خلقی و سه مولفه دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت‌گیری بیرونی را به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه کرده است که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. مظاهری و افشار (۲۰۱۰) در یک نمونه ۸۰ نفری از دانشجویان پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه کرده است. آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۵، برای دشواری در تشخیص

جدول ۱. محتوای جلسات رفتار درمانی مبتنی بر دیالکتیک

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی اولیه، بیان هدف از تشکیل جلسات آموزش، طول مدت زمان آن، تعداد جلسات، اجرای پیش‌آزمون (پر کردن پرسشنامه‌ها).
دوم	غلبه بر موانع هیجان‌های سالم و دادن مهارت امیدواری که فرد بتواند چگونگی تاثیر هیجان‌ها بر افکار و رفتارهایشان را بشناسند.

سوم	کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر هیجان‌های آشفته‌ساز و اینکه چگونه افکار و رفتارهای افراد می‌توانند بر هیجان‌های-شان تاثیر بگذارند.
چهارم	کاهش آسیب‌پذیری شناختی و پی بردن به اینکه افکار چگونه بر احساس‌ها تاثیر بگذارند.
پنجم	افزایش هیجان‌های مثبت و خوشایند (مثل، خوشحالی و شغف) و غلبه بر هیجان‌های منفی (مثل خشم، ترس و غم).
ششم	توجه آگاهانه نسبت به هیجان‌ات بدون قضاوت (یادگیری مهار توجه آگاهانه به هیجان‌ها بدون قضاوت کردن آنها، شانس شدت افزایی، دردسر آفرینی و آزار رسانی هیجان‌ها را کاهش می‌دهد).
هفتم	رویارویی با هیجان (مواجه شدن با هیجان‌ات بجای اینکه از آنها اجتناب کنیم، که یکی از اهداف اصلی رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی است).
هشتم	عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجان و اینکه چرا باید احساس خود را درک کنیم.
نهم	حل مسئله (پیش از آنکه احساس‌های آشفته‌ساز فعال شوند باید جهت نظم بخشیدن به هیجان‌ها اقدام کرد. فرایند حل مسئله با تحلیل رفتار آغاز می‌گردد و اساسا تحلیل رفتار به معنی دنبال کردن سلسله وقایعی است که منجر به هیجان مشکل‌آفرین می‌گردد).
دهم	دریافت بازخورد از اعضای گروه درباره اصول آموزش داده شده، مرور و جمع‌بندی مطالب گذشته و اجرای پس‌آزمون (تکمیل پرسشنامه‌ها).

۶. **درمان متمرکز بر شفقت.** جلسات درمان متمرکز بر ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی و به مدت دو شفقت مبتنی بر اساس طرح درمانی گیلبرت (۲۰۱۴) در ماه و نیم برگزار شد.

جدول ۲. محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت مبتنی بر طرح درمانی گیلبرت	
جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی اولیه، برقراری ارتباط، آشنایی با مفهوم کلی شفقت به خود و همدلی و اجرای پیش‌آزمون (پر کردن پرسشنامه‌ها).
دوم	بیان اهداف جلسه، تعریف گروه، تمرین تنفس آرام بخش ریتمیک و بیان ویژگی‌های یک گروه.
سوم	آموزش همدلی، بررسی نوع برخورد اعضا با خود (سبک انتقادگر یا شفقت‌گر) تعریف خودانتقادی و علل پیامدهای آن، تعریف شفقت، آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند.
چهارم	توضیح در مورد شفقت به خود. ویژگی‌ها و مهارت‌های آن، چگونگی تاثیر آن بر حالات روانی فرد، معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل آن‌ها با هم شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.
پنجم	آموزش بخشایش. آموزش مفهوم بهوشیاری، منطق آن و نحوه اجرای تمرین‌های آن.
ششم	معرفی تصویر پردازی ذهنی و منطق آن، آموزش تصویر پردازی و اجرای آن در گروه (تصویر رنگ، مکان و ویژگی‌های شفقت‌گر)
هفتم	پرورش خود شفقت ورز و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری در ایجاد شفقت، آموزش نحوه تصویرپردازی در مورد خود شفقت ورز، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی در خود جهت برخورداری مناسب و کارآمد با محیط
هشتم	تمرکز بر خود شفقت ورز و شناسایی ابعاد مختلف آن (توجه، تفکر، احساس، رفتار، بهوشیاری).
نهم	یادآوری مهارت‌های شفقت، نقش شفقت در هدایت تفکر، واکنش‌های آموزش افکار و رفتار شفقت‌گر در مقابل انتقادگر
دهم	دریافت بازخورد از اعضای گروه درباره اصول آموزش داده شده، مرور و جمع‌بندی مطالب گذشته و اجرای پس‌آزمون.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها گردآوری شده از روش‌های آمار توصیفی شامل جدول فراوانی، نمودار، میانگین و

### روش اجرا

## یافته‌ها

نتایج حاصل از تحلیل یافته‌های جمعیت‌شناختی در ۴۵ نفر از آزمودنی‌ها حاکی از آن است که میانگین (و انحراف معیار) سن افراد در سه گروه درمان شفقت، رفتاردرمانی دیالکتیک و گواه به ترتیب  $18/20$  ( $8/93$ )،  $19/16$  ( $9/97$ )،  $18/31$  ( $8/18$ )، و همچنین کمینه و بیشینه سن آن‌ها ۱۸ تا ۲۰ بود. بیش از ۵۰ درصد از شرکت‌کنندگان در گروه‌های مورد مطالعه از نظر اجتماعی-اقتصادی در دامنه‌ای از خوب تا متوسط قرار دارند، بنابراین می‌توان گفت که تقریباً سه گروه از نظری این متغیر در شرایط همگنی قرار دارند.

انحراف معیار استفاده شد. برای بررسی فرضیه‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. ضمناً تجزیه و تحلیل با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد. لازم به ذکر است که به آزمودنی‌ها اطمینان خاطر داده شد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری است و آزاد خواهند بود که از شرکت در مطالعه امتناع نموده و نام آن‌ها در پرسشنامه ثبت نخواهد شد، همچنین اطلاعات آن‌ها به صوت محرمانه باقی می‌ماند و فقط نتایج آن منتشر شد. و سپس فرم رضایت اخلاقی شرکت در پژوهش به آن‌ها جهت امضا ارائه شد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهشی براساس گروه‌ها و دوره‌های مختلف پژوهش

متغیر	سنجش	درمان شفقت	رفتاردرمانی دیالکتیک	گروه گواه
	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین
نارسایی شناختی	پیش آزمون	۱۱۳/۷۳	۴/۱۳	۱۱۷/۹۳
	پس آزمون	۱۰۶/۷۳	۵/۲۲	۱۰۹/۲۶
	دوره پیگیری	۹۸/۱۳	۸/۶۵	۹۷/۸۶
نقص در پردازش هیجانی	پیش آزمون	۸۳/۶۰	۸/۲۷	۸۴/۰۰
	پس آزمون	۷۸/۶۱	۵/۴۲	۷۱/۲۶
	دوره پیگیری	۷۶/۰۶	۵/۸۱	۶۸/۶۶
تکانشگری	پیش آزمون	۶۸/۴۰	۳/۵۶	۶۸/۶۰
	پس آزمون	۶۰/۷۳	۳/۱۹	۶۶/۶۰
	دوره پیگیری	۶۰/۰۰	۲/۱۰	۶۵/۴۶

های مربوطه مورد بررسی قرار گیرد. توزیع متغیر وابسته در گروه‌ها باید تقریباً نرمال باشد که برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک، استفاده شد.

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار نارسایی شناختی، نقص در پردازش هیجانی و تکانشگری در سه گروه گزارش شده است. جهت بررسی پیش فرض‌ها اندازه‌گیری مکرر مفروضه‌ها و پیش‌فرض-

جدول ۴. بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای مورد مطالعه تحت آزمون شاپیرو ویلک

متغیر	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
	آماره	آماره	آماره
نارسایی‌های شناختی	۰/۲۴	۰/۹۷	۰/۰۷
نقص پردازش هیجانی	۰/۲۳	۰/۹۷	۰/۱۳



تکانشگری	۰/۹۶	۰/۱۴	۰/۹۷	۰/۲۸	۰/۹۷	۰/۴۱
با توجه به اطلاعات جدول ۴ ملاحظه شد فرض نرمال بودن متغیرهای تحقیق در تمامی متغیرها و پذیرفته می شود زیرا مقادیر احتمال بیشتر از ۰/۰۵ می باشند.	واریانس تفاوت بین همه ترکیب‌های مربوط به گروه‌ها (کرویت) باید یکسان باشد. آزمون کرویت موخلی برای بررسی این مفروضه مورد استفاده قرار می گیرد.					

جدول ۵. نتایج آزمون کرویت موخلی در متغیرهای پژوهش						
متغیر	موخلی	کاسکووار	P	df	ضریب اپسیلون تصحیح درجات آزادی	
					گرمین هوس و گیسر	دامنه پایین تر
نارسایی‌های شناختی	۰/۸۹	۴/۳۶	۰/۱۱	۲	۹۰/۰	۰/۵۰۰
نقص پردازش هیجانی	۰/۸۹	۴/۴۵	۰/۱۰	۲	۰/۹۰	۰/۵۰۰
تکانشگری	۰/۸۶	۵/۸۲	۰/۰۶	۲	۰/۸۸	۰/۵۰۰

مفروضه همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای وابسته در تمام گروه‌ها از آزمون لوین استفاده می‌شود. با توجه به یافته‌ها چون مقدار احتمال نظیر این آزمون برای هر یک از متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها تایید می‌شود. جهت انجام تحلیل داده‌ها طرح اندازه گیری مکرر ترکیبی (درون گروهی و بین گروهی) در بین دو گروه درمان شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیک استفاده شد که نتایج آن در جداول ۷ گزارش شده است.

نتایج آزمون کرویت موخلی از جدول ۵ نشان داد فرض کرویت برای همه متغیرها بالاتر از ۵ درصد می‌باشد، بنابراین مفروضه حاضر نیز تایید شد. برای تحلیل اندازه-گیری مکرر، کوواریانس میان گروه‌ها باید همگن باشد. برای بررسی مفروضه همگنی کوواریانس‌ها از آزمون  $M$ -باکس استفاده شد نتایج آزمون  $M$  باکس نشان داد که تحت آماره  $F$  با درجه آزادی (۱۲ و ۸۵۴۸/۶۱۵) شرط همسانی واریانس‌ها رعایت شده است. برای بررسی

جدول ۶. نتایج حاصل تحلیل واریانس چند متغیره برای جهت بررسی اثرات بین گروهی متغیرها						
آزمون	اثر درون آزمودنی	ارزش	F	df فرضیه	خطای	P
اثر گروه	اثر پیلایی	۰/۹۷	۱۳/۰۳	۶/۰۰	۸۲/۰۰	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۲۳	۱۴/۲۲	۶/۰۰	۸۰/۰۰	۰/۰۰۱
	اثر هاتلینگ	۲/۳۷	۱۵/۴۱	۶/۰۰	۷۸/۰۰	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۱/۸۹	۲۵/۹۲	۳/۰۰	۴۱/۰۰	۰/۰۰۱

( $P < 0.01$ )، با این حال برای بررسی دقیق تر یافته به جدول بین گروهی هر یک از متغیرها پرداخته می‌شود.

با توجه به نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیره، می‌توان گفت که میان گروه‌های درمانی حداقل به لحاظ یکی از متغیرهای، تفاوت معنی‌داری وجود دارد

جدول ۷. نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بر متغیرهای پژوهش						
منبع	مجموع	Df	میانگین	F	P	مجذوراتا
	مجذورات		مجذورات			
نارسایی‌های شناختی	۳۷۳۱/۱۲	۲	۱۸۶۵/۵۶	۴۸/۱۲	۰/۰۰۰	۰/۶۶
نارسایی‌های شناختی* گروه	۱۲۱۰/۱۱	۴	۳۰۲/۵۳	۱۳/۶۴	۰/۰۰۰	۰/۳۹

۰/۲۸	۰/۰۰۰	۱۷/۸۳	۷۶۲/۹۴	۲	۱۵۲۲/۸۸	نقص در پردازش هیجانی
۰/۲۱	۰/۰۰۰	۵/۶۵	۲۴۱/۸۳	۴	۹۶۷/۳۱	نقص در پردازش هیجانی * گروه
۰/۳۷	۰/۰۰۰	۱۸/۶۰	۲۰۲/۴۰	۲	۴۰۴/۸۱	تکانشگری
۰/۲۶	۰/۰۰۰	۷/۴۸	۸۱/۳۶	۴	۳۲۵/۴۵	تکانشگری * گروه

با توجه به خروجی آزمون می‌توان گفت که اثر اصلی نارسایی‌های شناختی ( $\text{partial } \eta^2 = ۰/۶۶$ ;  $P < ۰/۰۱$ ؛  $F = ۴۸/۱۲$ )، نقص در پردازش‌های هیجانی ( $F = ۴۸/۱۲$ ؛  $P < ۰/۰۱$ ؛  $\text{partial } \eta^2 = ۰/۲۸$ )، نقص در پردازش‌های هیجانی \* گروه ( $F = ۱۵۸/۸۵$ ؛  $P < ۰/۰۱$ ؛  $\text{partial } \eta^2 = ۰/۳۷$ ) و تکانشگری ( $F = ۷/۴۸$ ؛  $P < ۰/۰۱$ ؛  $\text{partial } \eta^2 = ۰/۳۹$ ) نارسایی‌های شناختی ( $F = ۱۳/۶۴$ ؛  $P < ۰/۰۱$ ؛  $\text{partial } \eta^2 = ۰/۲۱$ ) و نقص پردازش‌های هیجانی ( $F = ۵/۶۵$ ؛  $P < ۰/۰۱$ ؛  $\text{partial } \eta^2 = ۰/۲۶$ ) معنی‌دار می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که بین نمرات نارسایی‌های شناختی، نقص در پردازش هیجانی و تکانشگری در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) از ارزیابی تفاوت معناداری وجود دارد. با این حال آگاهی از میزان پایداری درمان صورت گرفته مستلزم مقایسه زوجی است که در جدول ۸ گزارش شده است.

جدول ۸. نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت مقایسه زوجی بین گروهی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	ارزیابی (I)	ارزیابی (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
نارسایی شناختی	درمان شفقت	پیش آزمون	پس آزمون	۷/۲۰	۱/۷۶	۰/۰۰۴
		پیگیری	۱۵/۶۰	۲/۱۴	۰/۰۰۰	
	رفتار درمانی دیالکتیک	پیش آزمون	پس آزمون	-۷/۲۰	۱/۷۶	۰/۰۰۴
		پیگیری	۸/۶۰	۲/۴۸	۰/۰۱۱	
گروه گواه	درمان شفقت	پیش آزمون	پس آزمون	۸/۶۶	۱/۲۲	۰/۰۰۰
		پیگیری	۲۰/۰۶	۲/۰۱	۰/۰۰۰	
	رفتار درمانی دیالکتیک	پیش آزمون	پس آزمون	-۸/۶۶	۱/۲۲	۰/۰۰۰
		پیگیری	-۱۱/۴۰	۱/۸۳	۰/۰۰۰	
نقص در پردازش هیجانی	درمان شفقت	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۵۳	۱/۲۰۱	۰/۲۴۰
		پیگیری	-۳۵/۹۳	۱/۲۰۵	۰/۰۸۷	
	رفتار درمانی دیالکتیک	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۵۳	۱/۲۰۱	۰/۲۴۰
		پیگیری	-۳۷/۴۶	۰/۹۵۹	۱/۰۰۰	
نقص در پردازش هیجانی	درمان شفقت	پیش آزمون	پس آزمون	۵/۰۰	۲/۳۷	۰/۱۶۲
		پیگیری	۷/۵۳	۱/۹۵	۰/۰۰۵	
	رفتار درمانی دیالکتیک	پیش آزمون	پس آزمون	-۵/۰۰	۲/۳۷	۰/۱۶۲
		پیگیری	۲/۵۳	۲/۰۷	۰/۷۲۵	
رفتار درمانی دیالکتیک	پیش آزمون	پس آزمون	۱۲/۷۳	۱/۵۶	۰/۰۰۱	
	پیگیری	۱۵/۳۳	۲/۶۰	۰/۰۰۱		
پس آزمون	پیش آزمون	-۱۲/۷۳	۱/۵۶	۰/۰۰۱		

۰/۵۰۸	۱/۷۹	۲/۶۰	پیگیری		
۱/۰۰۰	۲/۰۲	۰/۸۶	پس آزمون	پیش آزمون	گروه گواه
۱/۰۰۰	۳/۳۳	۱/۲۰	پیگیری		
۱/۰۰۰	۲/۰۲	۰/۸۶	پیش آزمون	پس آزمون	
۱/۰۰۰	۳/۱۳	۲/۰۶	پیگیری		
۰/۰۰۱	۱/۲۴	۷/۶۶	پس آزمون	پیش آزمون	درمان شفقت
۰/۰۰۱	۱/۰۱	۸/۴۰	پیگیری		
۰/۰۰۱	۱/۲۴	-۷/۶۶	پیش آزمون	پس آزمون	
۱/۰۰۰	۰/۸۶	۰/۷۳	پیگیری		تکانشگری
۰/۶۰۹	۱/۵۴	۲/۰۶	پس آزمون	پیش آزمون	رفتار درمانی
۰/۱۳۷	۱/۴۵	۳/۲۰	پیگیری		دیالکتیک
۰/۶۰۹	۱/۵۴	-۲/۰۶	پیش آزمون	پس آزمون	
۰/۶۱۱	۰/۸۵	۱/۱۳	پیگیری		
۱/۰۰۰	۱/۳۶	-۰/۰۶	پس آزمون	پیش آزمون	گروه گواه
۱/۰۰۰	۰/۹۸	۰/۴۰	پیگیری		
۱/۰۰۰	۱/۳۶	۰/۰۶	پیش آزمون	پس آزمون	
۱/۰۰۰	۱/۲۷	۰/۴۶	پیگیری		

بر اساس یافته اول این پژوهش مشخص شد که "درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیک هر دو بر کاهش نارسایی شناختی سربازان دارای رفتارهای پرخطر تاثیر داشته‌اند، همچنین یافته‌ها نشان داد که میان دو درمان بر کاهش نارسایی شناختی سربازان دارای رفتارهای پرخطر تاثیر معنی داری وجود ندارد. می‌توان بیان کرد که در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت در کاهش نارسایی‌های شناختی سربازان دارای رفتارهای پرخطر این یافته همسو با پژوهش‌های شش‌بلوکی و هارون رشیدی (۲۰۲۱)، برقی ایرانی و همکاران (۲۰۱۶) و قدرتی تربتی و همکاران (۲۰۲۰) می‌باشد. برای مثال در مطالعه شش‌بلوکی و هارون رشید (۲۰۲۱) مشخص گردید که درمان شفقت با کاهش نارسایی‌های هیجانی و باورهای فراشناختی ناکارآمد همراه است. سایر پژوهش‌ها نیز نشانگر آن است که مداخلات مبتنی بر شفقت کاهش واکنش‌پذیری شناختی را در افراد با رفتارهای خودکشی-

بررسی مقایسه زوجی بین دو گروه درمانی در جدول ۸ نشان می‌دهد که نارسایی‌های شناختی در دو گروه درمانی شفقت ( $P < 0.01$ ;  $I-J = 7/20$ ) و رفتاردرمانی دیالکتیک ( $P < 0.01$ ;  $I-J = 8/66$ ) از پیش‌آزمون تا پس-آزمون برخلاف گروه گواه معنی‌دار ( $P > 0.05$ ;  $I-J = 1/56$ ) بوده است؛ همچنین بررسی نقص پردازش هیجانی نشانگر آن است که تنها گروه رفتاردرمانی دیالکتیک ( $P < 0.01$ ;  $I-J = 12/73$ ) از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون معنی‌دار بوده است. همچنین بررسی تکانشگری در گروه‌های درمانی نشانگر آن است که تنها درمان شفقت در کاهش تکانشگری اثربخش بود ( $P < 0.01$ ;  $I-J = 7/66$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز و رفتار درمانی دیالکتیک بر نارسایی‌های شناختی، نقص پردازش‌های هیجانی و تکانشگری سربازان نوجوان ۱۸ تا ۲۰ سال دارای رفتارهای پرخطر بود.

توانند توانایی تمرکز و تفکر و عملکرد حافظه‌ی فعال در افراد را کاهش دهد (رضایی و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین می‌توان گفت در برخی مشکلات هیجانی مانند افسردگی بخشی از ظرفیت حافظه و توجه ممکن است با برخی از رویدادهای وابسته به خلق درگیر باشد که می‌تواند توانمندی‌های شناختی را تحت تاثیر قرار دهد. از سوی دیگر می‌توان گفت که تاکید رفتار درمانی دیالکتیک بر مهارت‌های مانند حل مسئله موجب می‌شود تا فرد با تعارض‌ها و در نتیجه فشارهای روانی کمتری مواجهه باشد که زمینه را برای افزایش کارکردهای شناختی فراهم می‌سازد. همچنان که یافته‌های پژوهشی نیز بر نقص مهارت‌های حل مسئله در افراد با نارسایی‌های شناختی تاکید کرده‌اند (جانسون و همکاران، ۲۰۱۰). بررسی پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که هرچند مطالعات محدودی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیک را بر کاهش نارسایی شناختی سربازان دارای رفتارهای پرخطر مورد بررسی قرار داده‌اند با این حال بررسی نشانگر آن است که یافته‌ی حاضر به‌طور ضمنی با مطالعات دماوندیان و همکاران (۲۰۲۱) همسو می‌باشد. دماوندیان و همکاران با مقایسه درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیک گزارش می‌کنند که هر دو درمان اثربخشی یکسانی در کاهش خودتنظیمی هیجانی داشته است (بایگان و همکاران، ۲۰۱۶). در مطالعه بگیان کوله‌مرزی و همکاران (۲۰۱۸) نیز اثربخشی یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز در کاهش واکنش‌پذیری شناختی را مورد تایید قرار داده‌اند.

براساس یافته دیگر این پژوهش مشخص شد که اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش نقص پردازش هیجانی بیشتر از درمان شفقت بود. این یافته با نتایج بایگان و همکاران (۲۰۱۶) و رضایی و همکاران (۲۰۱۹) همسو می‌باشد. برای مثال بایگان و همکاران (۲۰۱۶) با بررسی رفتار درمانی دیالکتیک اثربخشی این مداخله بر ناگویی

گرایانه را به همراه دارد (بایگان کوله‌مرزی و همکاران، ۲۰۱۸). یافته‌ها نیز نشانگر آن است عملکرد شناختی پایین با عواطف منفی بالا و عواطف مثبت پایین همراه است (گالوز-سانچز و همکاران، ۲۰۱۸). تبیین چنین یافته‌ای را شاید بتوان به این مسئله نسبت داد که درمان شفقت با هدف قرار دادن "شرم و خودانتقادی‌گری" که به عنوان هسته‌ی مرکزی اغلب معضلات هیجانی شناخته می‌شود، مهربانی و شفقت (هیجان‌های مثبت) را با هیجان‌های منفی (خشم و شرم) جایگزین می‌سازد. کاهش هیجان‌های منفی که با افزایش سلامت روان و گسترش هیجان‌های مثبت همراه است، پدیده‌ای را راه-اندازی می‌کند که در "روانشناسی مثبت‌گرا" تحت عنوان "نظریه ساخت و گسترش هیجان‌های مثبت" شناخته می‌شود. بر اساس این رویکرد گسترش هیجان‌های مثبت خزانه رفتاری-شناختی افراد را گسترش می‌دهد که می‌تواند مقدمه‌ای برای کاهش نارسایی‌های شناختی باشد (لیوس و اوتلی، ۲۰۱۵).

همچنین در مورد اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش نارسایی‌های شناختی، مشخص شد که این یافته نیز (بطور ضمنی) در راستای پژوهش‌های ابوتراپی کاشانی و همکاران (۲۰۲۰) و رضایی و همکاران (۲۰۱۹) می‌باشد. روبیسون و لاکزاکوسکی (۲۰۱۵) نیز بر این باورند که رفتار درمانی دیالکتیک با بهبود خودکنترلی در افراد وابسته به مواد همراه است. امینی و شریعتمدار (۲۰۱۸) نیز در پژوهش خود اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک را در کاهش برخی سوءگیری‌های شناختی مانند فاجعه سازی مورد تایید قرار داده‌اند. تبیین یافته‌ی حاضر را شاید بتوان به این مسئله نسبت داد که رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند با افزایش سلامت روانشناختی و هیجانی سربازان، میزان تجربه عواطف منفی در آن‌ها کاهش دهد که نتیجه آن کاهش نارسایی‌های شناختی خواهد بود. یافته‌ها نیز نشان می‌دهد که تجربه برخی عواطف ناخوشایندی مانند افسردگی می-

مثبت خزانه‌ی رفتاری-فکری فرد گسترش پیدا می‌کند که می‌تواند زمینه را برای حل مسئله مناسب و کاهش تعارض‌های درون فردی و بین فردی، و در نتیجه کاهش تکانشگری فراهم سازد.

نتایج حاصل از تحلیل نشان داد که هر دو درمان در کاهش مشکلات شناختی و هیجانی اثربخش واقع شد. همچنین مقایسه‌ی دو درمان نشان داد که تفاوتی بین دو درمان در کاهش نارسایی‌های شناختی وجود ندارد، با این حال درمان دیالکتیک اثربخشی بیشتری در کاهش پردازش‌های هیجانی ناقص داشت که این مسئله در رابطه با تکانشگری معکوس بود، یعنی درمان شفقت اثربخشی بیشتری داشته است. تبیین یافته‌ها نیز نشان داد که یافته‌های حاضر ممکن است بطور مستقیم از طریق افزایش هیجان‌های مثبت یا راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجانی باشد و یا ممکن است به شکل غیر مستقیم از طریق افزایش سلامت روانشناختی متغیرهای پژوهش را تحت تاثیر قرار دهد.

### موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. اطلاعات این پژوهش با کد اخلاق به شماره IR.IAU.SARI.REC.1400.034 در سامانه کمیته تخصصی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی موجود می‌باشد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

### مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها،

خلقی را مورد تایید قرار داده‌اند. در مطالعه دیگری رضایی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیک اثربخشی معنی‌داری در راهبردهای هیجانی بیماران داشته است (رضایی و همکاران، ۲۰۱۹). اخوان و سجادیان نیز با آزمون درمان دیالکتیک اثربخشی و پایداری این مداخله را در کاهش بی‌ثباتی هیجانی بیماران دوقطبی مورد تایید قرار داده‌اند (اخوان و سجادیان، ۲۰۱۶).

براساس یافته آخر این پژوهش مشخص شد که اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش تکانشگری نسبت به رفتاردرمانی دیالکتیک بیشتر بود. پژوهش سعیدی و همکاران (۲۰۲۰) در رابطه با اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر شفقت نشان داد که مداخله انجام شده به بطور معنی‌داری تکانشگری در زنان را کاهش داشته است. همچنین در پژوهش دیگری رضائی و همکاران (۲۰۱۹) اثربخشی درمان شفقت را در کاهش تکانشگری افراد با اختلال شخصیت مرزی مورد تایید قرار داده‌اند. همسو با پژوهش‌های مطالعه انجام شده بر روی نوجوانان با رفتارهای پرخطرانه نشان داد که درمان شفقت بطور معنی‌داری تکانشگری در این گروه را کاهش داده‌است (نیاستی و همکاران، ۲۰۲۲) که همسو با پژوهش‌های خارجی می‌باشد (دوک، ۲۰۲۱). اثربخشی درمان شفقت در کاهش تکانشگری را می‌توان در ماهیت درمان شفقت جستجو کرد، به این معنی که ارائه تکنیک‌های درمانی که در آن بجای سرکوب هیجان‌های منفی، به افشاگری (در قالب نامه شفقت‌آمیز) و پذیرش هیجان‌ها همراه با شفقت به خود پرداخته می‌شود مانع از سرکوب‌گری و تجمع هیجان‌های منفی و واکنش‌های تکانشگرانه می‌شود. یافته‌های پژوهشی نیز نقش سرکوب‌گری در تکانشگری را مورد تایید قرار داده‌اند. گزارش‌ها نیز نشانگر آن است افرادی که از سرکوب‌گری هیجان‌ها استفاده می‌کنند به احتمال بیشتری به رفتارهای پرخطر گرایش پیدا می‌کنند (بایرامی و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین می‌توان گفت که با تمرین‌های مشفقانه و افزایش هیجان‌های



cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP) and dialectical behavior therapy based on compassion on resilience and motivations for suicide attempts in people attempted suicide. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*, 13(1), 26-39.

Baigan, K., Khoshkonesh, A., Habibi Askarabad, M., & Fallahzade, H. (2016). Effectiveness of dialectical behavioral group therapy in alexithymia, stress, and diabetes symptoms among type 2 diabetes patients. *Journal of Diabetes Nursing*, 4(3), 8-18.

Barghiirani, Z., Beghian Koulemarz, M. J., & Bakhty, M. (2016). Effectiveness of cognitive therapy based on "compassionate-mind" on the modification of maladaptive schemas and reduction of negative emotions in students with mathematics disorder. *Con Psy*, 11(1), 103-17.

Barratt, E. S. (1993). Impulsivity: Integrating cognitive, behavioral, biological, and environmental data.

Baskin-Sommers, A., & Sommers, I. (2006). The co-occurrence of substance use and high-risk behaviors. *Journal of Adolescent health*, 38(5), 609-611.

Bayrami, M., Movahedi, Y., & Minashiri, A. (2014). The compression cognitive emotion regulation in smokers and non-smoker students. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 23(109), 143-150.

Belouki, F. S., & Rashidi, H. H. (2021). The Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Meta-Cognitive Beliefs and Alexithymia in the Elderly. *Aging Psychology*, 7(3).

Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological reports*, 101(1), 209-220.

Bornovalova, M. A., & Daughters, S. B. (2007). How does dialectical behavior therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders?. *Clinical psychology review*, 27(8), 923-943.

Broadbent, D. E., Cooper, P. F., FitzGerald, P., & Parkes, K. R. (1982). The cognitive failures questionnaire (CFQ) and its correlates. *British journal of clinical psychology*, 21(1), 1-16.

Damavandian, A., Golshani, F., Saffarinia, M., & Baghdasarians, A. (2021). Comparing the effectiveness of Compassion-Focused Therapy) CFT (and Dialectic Behavior Therapy (DBT (on aggression, self-harm behaviors and emotional self-regulation in

پیش نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

## تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

## References

زاده محمدی، علی، احمدآبادی، زهره، و حیدری، محمود. (۱۳۹۰). تدوین و بررسی ویژگی‌های روان سنجی مقیاس

خطرپذیری نوجوانان ایرانی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۷(۳) (پیاپی ۶۶)، ۲۱۸-۲۲۵.

کریمخانی، شیوا، و کوچک خوشنویس، هدیه. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی بر شفقت ورزی به خود و تنظیم هیجان دختران چاق مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان، ۱(۱) ۳۷۷-۳۸۵: [۲/۲/۱/jspnay.۱۰'۵۲۵۴۷](https://doi.org/10.52547/1.2/1/jspnay)

صولتی آناقیزی، رمضان، ابوالقاسمی، شهنام، و فرهنگی عبدالحسن. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش خودتنظیمی هیجانی و آموزش مبتنی بر شفقت ورزی بر بلوغ عاطفی، ناگویی خلقی، در دانش‌آموزان دارای گرایش به اعتیاد اینترنتی مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان، ۲(۱) ۲۳۳-۲۳۲:

Abolghasemi, A., & Kiamarsi, A. (2009). The relationship between metacognition and cognitive failures in the elderly. *Advances in Cognitive Science*.

Akhavan, S., & Sajjadian, I. (2016). Effectiveness of dialectical behavior therapy on emotional instability and impulsivity in bipolar patients. *Journal of Clinical Psychology*, 8(3), 11-24.

Amini, A., & Shariatmadar, A. (2018). The effectiveness of group dialectic behavioral therapy on catastrophizing & ruminations of mothers with mental retarded children. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 9(34), 171-190.

Babaiee, Z., Hasani, J., & Mohamadkhani, S. H. (2012). The effectiveness of dialectical behavior therapy based emotion regulation skill training in substance abusers craving: a single subject study.

Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 23-32.

Bagian Kulehmarzi, M. J., Karami, J., Momeni, K., & Elahi, A. (2018). The effectiveness of

- Cognitive processing deficits and students with specific learning disabilities: A selective meta-analysis of the literature. *Learning disability quarterly*, 33(1), 3-18.
- Kashani, P., Naderi, F., Hafezi, F., & Saadi, Z. E. Comparison of the Effect of Dialectical Behavior Therapy and Emotion Regulation on Distress Tolerance and Suicide Ideation in Symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents.
- Karimkhani S, Mirzakochak Khoshnevis H. (2020). The effect of mindfulness-based education on self-compassion and emotion regulation in obese girls. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*. 1(1), 377-385. doi:[10.52547/jspnay.2.2.1](https://doi.org/10.52547/jspnay.2.2.1) (In Persian)
- Kirisci, L., Tarter, R., Ridenour, T., Reynolds, M., Horner, M., & Vanyukov, M. (2015). Externalizing behavior and emotion dysregulation are indicators of transmissible risk for substance use disorder. *Addictive behaviors*, 42, 57-62.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*, 45(5), 927-945.
- Li, C. S. R., Chen, S. H., Lin, W. H., & Yang, Y. Y. (2005). Attentional blink in adolescents with varying levels of impulsivity. *Journal of psychiatric research*, 39(2), 197-205.
- Mazaheri M. (2010). On the relationship between alexithymia and depression and anxiety in psychiatric patients', *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 12(46): 9-470.
- Mehlum, L. (2021). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy for people with borderline personality disorder. *Current opinion in psychology*, 37, 89-93.
- Niasti, N., Shiroudi, S. G., Khalatbari, J., & Tizdast, T. (2021). The Effectiveness of an Education Package based on Compassion-Focused Therapy, Emotion-Focused Therapy, and Acceptance and Commitment-based Therapy on the Tolerance of Anxiety and Impulsivity of Adolescents with Aggressive Behaviors. *Journal of Islamic Life Style Centered on Health Volume*, 5(4).
- Oshri, A., Sutton, T. E., Clay-Warner, J., & Miller, J. D. (2015). Child maltreatment types and risk behaviors: Associations with attachment style and emotion regulation dimensions. *Personality and Individual differences*, 73, 127-133.
- Rajalin, M., Wickholm-Pethrus, L., Hursti, T., & Jokinen, J. (2009). Dialectical behavior therapy-based skills training for family Juvenile offenders of Tehran Juvenile Correction and Rehabilitation Center. *Quarterly Social Psychology Research*, 11(41), 31-58.
- Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L. (2007). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive behaviors*, 32(1), 90-98.
- Duke, A. (2021). Effectiveness of Compassion-Focused Therapy for the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Review of the Literature (Doctoral dissertation, The Chicago School of Professional Psychology).
- Ekhtiari, H., Rezvanfard, M., & Mokri, A. (2008). Impulsivity and its different assessment tools: A review of view points and conducted researches. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*, 14(3), 247-257.
- Fossati, A., Barratt, E. S., Borroni, S., Villa, D., Grazioli, F., & Maffei, C. (2007). Impulsivity, aggressiveness, and DSM-IV personality disorders. *Psychiatry Research*, 149(1-3), 157-167.
- Galvez-Sánchez, C. M., Reyes del Paso, G. A., & Duschek, S. (2018). Cognitive impairments in fibromyalgia syndrome: Associations with positive and negative affect, alexithymia, pain catastrophizing and self-esteem. *Frontiers in Psychology*, 377.
- Ghodrati Torbati, A., Nejat, H., Toozandehjani, H., Samari, A. A., & Akbari Amarghan, H. (2020). Comparing the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Compassion Focused Therapy on blood cortisol levels and self-control in drug abusers. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*, 7(4), 35-48.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Goleman D. (1995) *Emotional Intelligence*. New York: Bantam books.
- Han, Y., Lee, Y., & Suh, J. H. (2017). Effects of a sandplay therapy program at a childcare center on children with externalizing behavioral problems. *The Arts in Psychotherapy*, 52, 24-31.
- Iverson, K. M., Shenk, C., & Fruzzetti, A. E. (2009). Dialectical behavior therapy for women victims of domestic abuse: A pilot study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 242.
- Jin, J. (2014). CDC report highlights risky health behaviors in high school students. In *News@ JAMA*.
- Johnson, E. S., Humphrey, M., Mellard, D. F., Woods, K., & Swanson, H. L. (2010).

- foundation climates and occupational accidents: A group-level investigation. *Journal of applied psychology*, 91(3), 681.
- Wallace, J. C., Popp, E., & Mondore, S. (2006). Safety climate as a mediator between foundation climates and occupational accidents: A group-level investigation. *Journal of applied psychology*, 91(3), 681.
- Waxman, S. E. (2009). A systematic review of impulsivity in eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 17(6), 408-425.
- Zadeh Mohammadi, A., Ahmadabadi, Z., & Heidari, M. (2011). Construction and assessment of psychometric features of Iranian adolescents risk-taking scale. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 17(3). (In Persian)
- members of suicide attempters. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 257-263.
- Rezaei, Z., Vahed, N., Rasuli-Azad, M., Mousavi, G. A., & Ghaderi, A. (2019). Effect of dialectical behavior therapy on emotion regulation and distress tolerance in people under methadone therapy. *KAUMS Journal (FEYZ)*, 23(1), 52-60.
- Robison, S., & Luczakowsky, N. (2015). Dialectical behavior therapy as a tool for reducing addictive behaviors and attitudes: an adolescent group review. *MOJ Addict Med Ther*, 1(1), 00005.
- Rochman, S., & Hodgson, R. (1980). *Obsession and compulsion*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Saeidi, M., Khalatbari, J., Ghorbanshiroudi, S., & Abolghasemi, S. (2020). Comparison of the Effect of cognitive-behavioral therapy with Compassion-Focused Therapy on Impulsivity of Women on the Verge of Divorce. *Community Health Journal*, 14(1), 73-83.
- Solati-Anaghizi R, Abolghasemi S, Farhangi A. (2021). Comparison of the effectiveness of emotional self-regulation training and compassion-based training on emotional maturity, ataxia, in students with a tendency to internet addiction.. *journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*. 2(1), 223-232. (In Persian)
- Sommers-Spijkerman, M. P. J., Trompetter, H. R., Schreurs, K. M., & Bohlmeijer, E. T. (2018). Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(2), 101.
- Swanson, H. L., & Jerman, O. (2006). Math disabilities: A selective meta-analysis of the literature. *Review of educational Research*, 76(2), 249-274.
- Taubman-Ben-Ari, O. (2008). Motivational sources of driving and their associations with reckless driving cognitions and behavior. *European Review of Applied Psychology*, 58(1), 51-64.
- van Doorn, R. R., Lang, J. W., & Weijters, T. (2010). Self-reported cognitive failures: A core self-evaluation?. *Personality and Individual Differences*, 49(7), 717-722.
- Wallace, J. C. (2004). Confirmatory factor analysis of the cognitive failures questionnaire: evidence for dimensionality and construct validity. *Personality and Individual Differences*, 37(2), 307-324.
- Wallace, J. C., Popp, E., & Mondore, S. (2006). Safety climate as a mediator between