

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خود سرزنشی، احساس گناه و رفتارهای تکانش‌گرایانه نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی

The effectiveness of compassion focused therapy on self-blame, guilt, and impulsive behaviors of adolescents with adverse childhood experiences

Maryam Shahab

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

Dr. Somayyeh Taklavi *

Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran. staklavi@gmail.com

Dr. Fereshte Pourmohseni Klouri

Associate Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.

مریم شهراب

دانشجوی دکتری روان شناسی، گروه روان شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

دکتر سمیه تکلوی (نویسنده مسئول)

استادیار گروه روان شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

دکتر فرشته پور محسنی کلوی

دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

Abstract

The purpose of this study was to determine the effectiveness of compassion-focused therapy on self-blame, guilt, and impulsive behaviors of adolescents with adverse childhood experiences. The research method was semi-experimental with a pre-tested and post-tested design control group. The statistical population included all the Islamic Azad University of Ardabil branch in the academic year of 2022-2023, and 48 people were selected by the available sampling method and randomly replaced in two experimental ($n=23$) and control ($n=25$) groups. The experimental group underwent eight 75-minute session-based therapy. Data collection tools included the Adverse Childhood Experiences questionnaire (ACE-Q) (Bellis et al., 2014), The Barat impulsivity questionnaire(BIS-11) (Patton et al., 1995), The Gilbert self-blame scale (SBS) (Gilbert et al., 2004), and Self-conscious emotions scale of Shame and guilt (GASP) (Cohen et al., 2011). Data analysis was done by multivariate analysis of variance (MANCOVA). The findings showed that by controlling the pre-test effect, there was a significant difference at the 0.01 level between the post-test mean of self-blame, guilt, and impulsive behaviors in the two experimental and control groups. These results state that compassion-focused therapy is a suitable psychotherapy method to reduce self-blame, guilt, and impulsive behaviors of adolescents with adverse childhood experiences.

Keywords: Guilt, Adverse Childhood Experiences, Self-Blame, Impulsive Behaviors, Compassion Focused Therapy.

چکیده

هدف این پژوهش بررسی تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خود سرزنشی، احساس گناه و رفتارهای تکانش‌گرایانه نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی بود. روش پژوهش نیمهآزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود که از بین آنها ۴۸ نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایش (۲۳ نفر) و کنترل (۲۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش هشت جلسه‌ی ۷۵ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹) قرار گرفتند. ابزارگردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه تجربیات ناگوار کودکی BIS- (ACE-Q)، بليس و همکاران، (۲۰۱۴)، پرسشنامه تکانشگری بارات (SBS)، پاتون و همکاران، (۱۹۹۵) و مقیاس خود سرزنشگری گیلبرت (GASP) (کوهن و همکاران، ۲۰۱۱) بود. یافته‌ها نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون بین میانگین پس آزمون خود سرزنشی، احساس گناه و رفتارهای تکانش‌گرایانه در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در سطح ۰/۰ وجود داشت. این نتایج بیان می‌کند که درمان مبتنی بر شفقت یک روش روان درمانی مناسب برای کاهش خود سرزنشی، احساس گناه و رفتارهای تکانش‌گرایانه نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی است.

واژه‌های کلیدی: احساس گناه، تجربیات ناگوار کودکی، خود سرزنشی، رفتارهای تکانش‌گرایانه، درمان مبتنی بر شفقت.

مقدمه

نوجوانی مرحله مهمی از رشد انسان است. بلوغ باعث تغییرات فیزیولوژیکی، هیجانی، شناختی و اجتماعی در نوجوانان می‌شود و این تغییرات بر ابعاد مختلف زندگی نوجوانان تأثیر می‌گذارد (ابویی‌مهریزی و همکاران، ۱۴۰۰). یکی از عواملی که بر زندگی نوجوانان اثر می‌گذارد و سبب بروز اختلالات شناختی و هیجانی و رفتاری و روانی در آنها می‌شود، تجربیات ناگوار کودکی^۱ است (شهاب و کیانی، ۱۳۹۹؛ پارک^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). اصطلاح تجربه‌های ناگوار کودکی را در سال ۱۹۹۸ مراکز کنترل و پیشگیری امراض^۳ ایالات متحده امریکا مطرح کرد (جانسون^۴ و همکاران، ۲۰۲۳). تجربه‌های ناگوار سوءرفتار و سوءاستفاده‌ها یا زندگی در محیط آسیب‌زا برای رشد و تحول کودک است. از جمله: سوءرفتار جسمانی، هیجانی یا غفلت توسط مراقبان اصلی، اعتیاد یا بیماری مزمن مراقبان، خشونت‌های شهری، ازدواج زودهنگام بدون رضایت و خشونت همسالان (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸)، با توجه به شیوع موارد سوءرفتار با اقتصادی ناشی از آن سالانه معادل ۱ میلیارد دلار در ایالات متحده امریکا برآورد شده است (کیم^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). بیان کردن که وجود تجربیات ناگوار در دوران کودکی یکی از عوامل تأثیر گذار بر رفتارهای خودسرزنشی^۶ در دوران بزرگ‌سالی است. خودسرزنشی به عنوان یک شکل نابهنجار برای تعریف خود تصور می‌شود که با ارزیابی منفی از خود، احساس گناه و نگرانی در مورد کاهش رضایت از عدم توانایی برای زندگی کردن براساس استانداردها شناخته می‌شود (تد و رابیان، ۲۰۲۲). خودسرزنشی روند ارزیابی و برسی منفی خود است که با هیجانات منفی مانند خشم و تحقیر خود ترکیب می‌شود (جاکلی^۷ و همکاران، ۲۰۲۳). نظریه‌های مبتنی بر شناخت اولیه تمایل داشتن تا خود سرزنشی را به عنوان یک فرایند واحد باشد در جات متفاوت تصور کنند، با این حال بر تحقیقات بعدی توسط گیلبرگ^۸ و همکاران (۲۰۱۴) دو شکل متفاوت از خودسرزنشی را پیشنهاد دادند. یکی به عنوان خود منفور و دیگری با عنوان خود ناکافی که هر کدام نقش منحصر به فردی را ایفا می‌کنند و تأثیر متفاوتی بر پریشانی روانی دارند. مدل خودمنفور بر پرخاشگری، نفرت از خود و میل به خلاص شدن از جنبه‌های نامطلوب درک شده از خود با عملکرد آزار و اذیت خود متتمرکز است (گیلبرت، ۲۰۱۴). خودناکافی با عملکرد خود اصلاحی بر جلب توجه به نارسایی‌ها، چیزهایی که باید بهبود یابد و شکست‌ها متتمرکز است (کیم^۹ و همکاران، ۲۰۲۰). کودکان به دلیل سبک‌های فرزند پروری مانند، محیط محدود، ارتباط کمتر و قوانین غیرضروری بیشتر مستعد ایجاد حسن خودسرزنشی هستند (واسیو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۳). نتایج مطالعات چندی نشان داده‌اند که قرار گرفتن در معرض استرس و تجربیات منفی زندگی منجر به خودسرزنشی و احساس حقارت می‌شود (بیدارتو و هیلمی^{۱۱}؛ لی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۳).

بعلاوه همراه با پیشرفت در فعالیت‌های شناختی، نوجوانان در این سنین خودآگاه‌تر می‌شوند و همینطور نسبت به عقاید و ارزیابی‌های دیگران نیز حساس‌تر می‌شوند (مرکوریو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۰) و این موضوع می‌تواند بر تجربه هیجانات خودآگاه مانند احساس گناه^{۱۴} در این دوران تأثیر گذارد. احساس گناه هم مثل سبک دلپستگی، الگوهای درونی هستند که تحت تأثیر جو خانواده اصلی فرد قرار می‌گیرد و اغلب در نتیجه‌ی سوء رفتار در دوران کودکی ایجاد می‌شود (چیونگ^{۱۵}، ۲۰۲۳)، احساس گناه مربوط به ارتباطات میان فردی می‌شود که قطعاً با تجربیات ناگوار کودکی در ارتباط است. در واقع احساس گناه، هیجانات ثانویه‌ای هستند که پس از شکل‌گیری ادراک خود به وجود می‌آید (لیاچ^{۱۶}، ۲۰۱۷). افرادی که آمادگی بیشتری نسبت به گناه دارند، در موقعیت‌هایی که مرتکب خطایی می‌شوند، اگر چه احساس منفی تجربه می‌کنند، اما تلاش می‌کنند رفتار خود را جبران کنند (خانی‌پور و همکاران، ۱۳۹۸). براساس نتایج مطالعات داشتن تجارب نامطلوب کودکی گرایش به تجربه‌ی هیجانات خودآگاه مانند احساس گناه را افزایش می‌دهد (ووجیک^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۹).

1. adverse childhood experiences

2. Park

3. centers for disease control and prevention

4. Johnson

5. world health organization

6. Kim

7. Downey & Crumsky

8. self-blame

9. Todd & Rabern

10. Jaeckle

11. Gilbert

12. Kim

13. Vasiou

14. Budiarto & Helmi

15. Li

16. Mercurio

17. Guilt

18. Cheung

19. Leach

20. Wojcik

افزون براین تجربیات ناگوار می‌تواند تهدیدی برای پیشرفت و تندرستی نوجوانان باشد و به مسائل مربوط به سوء مصرف مواد، بزهکاری و سایر اختلالات و مشکلات رفتاری و روانی و شناختی دامن بزند (شهاب و کیانی، ۱۳۹۹). یکی از این رفتارهای مشکل‌زاء، بروز رفتارهای تکاشی است. رفتارهای تکاش گرایانه^۱ را می‌توان به صورت ترجیح پاداش‌های فوری، تمایل به ماجراجویی، جستجوی حس‌های نو، یافتن راههای ساده دستیابی به پاداش و زمان واکنش کوتاه فردی تعریف نمود (موری^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). تکاش‌گری به عنوان یک سازه‌ی شخصیتی چندبعدی که مکانیزم‌های زیربنایی نوروپیلوئی دارد، هسته آسیب‌شناسی بسیاری اختلالات است و نقش قدرتمندی در پیش‌بینی مشکلات در بین افراد دارد (یونگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). نتایج مطالعات چندی نشان داده‌اند که بین تجربیات ناگوار کودکی با رفتارهای تکاش گرایانه ارتباط معناداری وجود دارد (شهاب و کیانی، ۱۳۹۹؛ هوک^۴ و همکاران، ۲۰۲۱)، به طور کلی تجربیات اولیه‌ی زندگی به شدت بر بسیاری از فرایندهای دخیل در آسیب‌شناسی روانی تاثیر می‌گذارد و درک این مسیرها برای فرمول‌بندی مشکلات مراجعین و توسعه درمان‌های روان‌شناختی مهم است (نیازمیس^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). در سال‌های اخیر روش‌های درمانی مختلفی در حیطه رواندرمانی ایجاد شده است که درمان‌های مبتنی بر شفقت^۶ از جمله‌ی این روش درمانی است که در مطالعات مختلف بر کارایی و اثر بخشی آنها تایید شده است (رستمی و همکاران، ۱۳۹۸). مفهوم شفقت از جمله مفاهیمی است که در اثر تعاملات بین افکار فلسفه شرقی خصوصاً بوداییسم و روان‌شناسی غربی به وجود آمده است. خودشفقتی سازه‌ای سه مولفه‌ای است که مهربانی با خود^۷، در مقابل قضاوت کردن خود^۸، اشتراکات انسانی^۹ در مقابل ازووا^{۱۰} و ذهن‌آگاهی^{۱۱} در مقابل همانندسازی افراطی^{۱۲} را شامل می‌شود (نف و کانکس، ۲۰۲۰). مهربانی با درک خود به جای قضاوت درباره خود و پذیرش کاستی‌ها و بی‌کفايتی‌های خود است. اشتراکات انسانی نیز به معنی پذیرش این گزاره است که تمام انسان‌ها دارای نقص هستند و از طرفی، درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند. همچنین ذهن آگاهی به آگاهی متداول و روشن از تجارب زمان حال منتهی می‌شود و به نادیده گرفتن جنبه‌های دردناک یک تجربه اشاره دارد (نف و سیپالا^{۱۳}، ۲۰۱۷).

اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود. افزون بر آن، در درمان مبتنی بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند. بنابراین، می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس دلسوزی داشته باشند. در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر «خودارزیابی» افراد، رابطه افراد با «خودارزیابی» آن‌ها تغییر می‌باید (نف و کانکس، ۲۰۲۰). نتایج مطالعه نیاستی و همکاران (۱۴۰۰) حاکی از تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر میزان رفتارهای تکاشی و تحمل پریشانی بود. نیک‌بخت و همکاران (۱۴۰۰) نیز در نتایج مطالعه خود به اثربخشی درمان تمرکز بر شفقت بر تکاش‌گری اشاره کردند. بعلاوه واکلین^{۱۴} و همکاران (۲۰۲۲) در تحقیقی نشان دادند که مداخله مرتبط با شفقت بر کاهش خودزنشی و بهبود خودکنترلی تأثیر معناداری داشت. همچنین قاسمی و همکاران (۱۳۹۸) نیز درمان مبتنی بر شفقت را یک گزینه مداخلاتی مناسب جهت کاهش هیجان شرم و گناه معرفی کردند.

با نظر بر ارتباط معنادار بین تجربیات ناگوار کودکی با بسیاری از مشکلات روان‌شناختی، هیجانی و رفتاری (شهاب و کیانی، ۱۳۹۹؛ ووجیک و همکاران، ۲۰۱۹؛ هوک و همکاران، ۲۰۲۱)، انجام مداخلات روان‌شناختی به منظور کاهش مشکلات این افراد بسیار حائز اهمیت است. به ویژه اینکه ادبیات موجود نشان از کمبود و پراکندگی پژوهش‌های تجربی در مورد درمان و پیشگیری از مشکلات افراد دارای این تجربیات دارد. بدون شک در صورت تأیید اثربخشی مداخله مذکور و به کارگیری این نتایج در قالب کارگاه‌های آموزشی برای این افراد، از بروز پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی متعاقب این مشکل پیشگیری شده و در بسیاری از هزینه‌های مادی و انسانی تحمیل شده بر سیستم بهداشتی کشور و خانواده‌ها پیشگیری خواهد شد. براین اساس مطالعه حاضر به تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودسرزنشی، احساس گناه و رفتارهای تکاش گرایانه نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی پرداخت.

1. impulsiveness

2. Moore

3. Young

4. Mersky

5. Naismith

6. self compassion therapy

7. Kindness--Self

8. judgment-Self

9. humanity Common

10. Isolation

11. Mindfulness

12. Over Identification

13. Neff & Knox

14. Seppala

15. Wakelin

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری مطالعه شامل تمامی دانشجویان نوجوان (سنین ۱۸ و ۱۹ ساله) دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود. تعداد نمونه مورد پژوهش ۵۰ نفر از دانشجویان نوجوان دارای تجربیات ناگوار کودکی بودند که به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و در دو گروه ۲۵ نفر آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش، دانشجو بودن، ۱۸-۱۹ ساله بودن، داشتن تجربیات ناگوار کودکی (براساس سنجش با پرسشنامه تجربیات ناگوار کودکی)، دریافت رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش، و ملاک‌های خروج شامل: غیبت دو جلسه متولی از برنامه‌های درمانی، عدم رضایت به ادامه شرکت در جلسات درمانی، دریافت برنامه آموزشی/درمانی دیگری درخصوص متغیرهای مرتبط با پژوهش حاضر بود. به منظور گردآوری داده‌ها ابتدا پژوهشگر با حضور در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل و کسب رضایت از دانشجویان واحد شرایط و اطمینان دادن در مورد محramانه بودن اطلاعات از دانشجویان درخواست کرد تا پرسشنامه‌ی تجربیات ناگوار کودکی (بلیس و همکاران، ۲۰۱۴) را تکمیل کنند. سپس غربالگری انجام شد و یک انحراف معیار بالاتر از میانگین داشتن تجربیات ناگوار کودکی به عنوان معیار ورود به پژوهش شد و تعداد ۵۰ نفر از آنها به عنوان نمونه انتخاب شدند. بعد نمونه‌های انتخاب شده پرسشنامه‌های پژوهشی را تکمیل کردند. برای شرکت کننده در گروه آزمایش پروتکل ۸ جلسه‌ای درمان مبتنی بر شفقت هر هفته دو جلسه به مدت ۹۰ دقیقه اجرا شد. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت کرد. بعد از اتمام جلسات درمانی شرکت کنندگان باز دیگر پرسشنامه‌های پژوهشی را تکمیل کردند. قابل ذکر است که در روند جلسات درمانی دو نفر از افراد از ادامه در جلسات درمانی انصراف دادند و در نهایت گروه آزمایش تعداد ۲۳ نفر لحاظ شد. از جمله ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش دریافت مجوز اخلاق از کمیه اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل برای انجام مداخله پژوهشی به شناسه IR.IAU.ARDBIL.REC.1402.062 (IR)، محramانه ماندن اطلاعات تمانی افراد شرکت کننده در پژوهش، رعایت نمودن شوونات اخلاقی و اسلامی افراد شرکت کننده و اجرای روش درمانی (دو جلسه در هفته) برای گروه کنترل بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) با نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه تجربیات ناگوار کودکی^۱ (ACE-Q): این پرسشنامه توسط مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌های آمریکا و بنیاد کاپز (بلیس^۲ و همکاران، ۲۰۱۴) طراحی شده است و شامل ۱۰ سوال بوده و پاسخگویی به سوالات به صورت «بلی» و «خیر» است. پاسخ مثبت نشانه وجود آن تجربه در فرد است. مجموع نمرات در دامنه بین صفر تا ۱۰ قرار دارد و نمره بالاتر نشانه وجود تجربیات ناگوار بیشتر در فرد است. همسانی درونی این پرسشنامه توسط سازندگان آن برابر ۰/۶۷ گزارش شد. همچنین مورفی^۳ و همکاران (۲۰۱۶) روایی همگرای این پرسشنامه را با مقیاس آسیب‌های دوران کودکی^۴ (CTQ) برابر ۰/۸۱ گزارش کردند. در ایران نیز این پرسشنامه توسط لطفی و همکاران (۱۴۰۲) مورد روانسنجی قرار گرفت. براساس نتایج مقادیر همسانی درونی برای کل برابر ۰/۷۴ به دست آمد. همچنین نتایج نشان داد که این پرسشنامه از روایی سازه، همگرا (۰/۰۷۴) و واگرای (۰/۰۷۸) برخوردار است. در مطالعه حاضر نیز برای بررسی پایایی این پرسشنامه از ضریب کودر-ریچاردسون استفاده شد که برابر ۰/۰۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه تکانشگری بارات^۵ (BIS-11): این پرسشنامه توسط پاتون^۶ و همکاران (۱۹۹۵) ساخته شده است. این مقیاس ۳۰ گویه دارد. گزینه‌های این ابزار براساس مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای از بندرت/هرگز (امتیاز ۱) تا تقریباً همیشه (امتیاز ۴) نمره‌دهی می‌شود. در این ابزار ۱۱ عبارت منفی وجود دارد که امتیازبندی آن به صورت معکوس انجام می‌گیرد. حداقل نمره در این مقیاس ۳۰ و حداکثر نمره ۱۲۰ است. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ توسط سازندگان آن برابر ۰/۸۴ گزارش شده است. سالو و کاسترو^۷ (۲۰۱۳) در بررسی خود روایی سازه این مقیاس را برابر ۰/۷۲ و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ را برابر ۰/۸۵ و به روش بازآزمایی برابر ۰/۸۱ گزارش کردند. در پژوهش جهانی و همکاران (۱۴۰۲) نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای نوجوانان دختر ۰/۶۷، نوجوانان پسر ۰/۷۲ و کل نوجوانان ۰/۶۹ گزارش شده است. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۰ به دست آمد.

1. Adverse Childhood Experience Questionnaire

2. Bellis

3. Murphy

4. Childhood Trauma Questionnaire

5. barratt impulsivity questionnaire- 11

6. Patton

7. Salvo & Castro

مقیاس خود سرزنشگری^۱ (SBS): این مقیاس توسط گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴) طراحی شده است. این مقیاس دارای ۲۲ گویه و سه مولفه هست. دو مولفه به خود انتقادگری معروف است؛ خود بی کفایتی و بیزاری از خود. یک مولفه دیگر نیز درباره اطمینان بخشی به خود است. پاسخ‌ها از مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۴ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شوند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۴). گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴) پایابی این مقیاس را با استفاده از ضرب‌آلفای کرونباخ برای عامل بی کفایتی ۰/۹۰، برای عامل بیزاری از خود ۰/۸۶ و برای عامل اطمینان بخشی ۰/۸۶ گزارش کردند. همچنین روایی سازه‌ای این مقیاس برابر ۰/۷۳ گزارش کردند که نشانگر مطلوب بودن این روایی است. در ایران سعادتی‌شامیر و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه خود پایابی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ و ضرب‌آلفای (بعد از ۳ هفته) به ترتیب برابر ۰/۷۷ و ۰/۷۲ گزارش کردند. همچنین روایی و اگر این مقیاس را از طریق همبسته نمودن آن با مقیاس خودکارآمدی (۰/۳۹۶) و شادکامی (۰/۳۷۶) مطلوب گزارش کردند. بعلاوه ضرب‌آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۸ به دست آمد.

مقیاس آمادگی شرم و گناه^۲ (GASP): این مقیاس توسط کوهن^۳ و همکاران (۲۰۱۱) ساخته شده و دارای ۱۶ گویه برای سنجش دو بُعد شرم و گناه است. نمره‌گذاری این مقیاس روی مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از به ندرت=۱ تا خیلی زیاد=۵ مشخص کنند. کوهن و همکاران (۲۰۱۱) نشان داده‌اند گرچه همبستگی بین زیرمقیاس‌های احساس گناه وجود دارد، ارتباط زیرمقیاس‌های شرم با یکدیگر ضعیف است آنها در دو بررسی جداگانه ضرب‌آلفای کرونباخ مطلوبی بین ۰/۶۱ تا ۰/۷۱ را برای زیرمقیاس‌های این مولفه‌ها به دست آورند. البرنیا-سگورا^۴ و همکاران (۲۰۲۲) به بررسی روایی و پایابی این مقیاس در اسپانیا پرداختند. براساس نتایج پایابی آن را به روش ضرب‌آلفای کرونباخ برای احساس گناه ۰/۷۳ و شرم ۰/۷۳ و روایی همگرای این مقیاس را با مولفه‌های شرم و گناه پرسشنامه هیجان‌های خودآگاه به ترتیب برابر ۰/۶۴ و ۰/۵۳ گزارش کردند. همچنین در ایران ورقانی و همکاران (۱۴۰۱) با بررسی روان‌سنجی این مقیاس همسانی درونی مقیاس را با آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۱ گزارش کردند. بعلاوه روایی همگرای این مقیاس را با پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (۰/۳۳) و روایی و اگرای آن را با مقیاس چندوجهی حمایت اجتماعی ادراک‌شده (۰/۳۰) گزارش کردند که نشانگر مطلوب بودن این دو روایی است. در این پژوهش سوالات مربوط به هیجان گناه مورد استفاده قرار گرفت. همچنین در مطالعه حاضر ضرب‌آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد.

پروتکل درمان مبتنی بر شفقت: در این مطالعه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفت‌های دو جلسه براساس پروتکل درمانی گیلبرت (۲۰۰۹) برای شرکت کنندگان گروه آزمایش به شرح ذیل اجرا شد:

جدول ۱- پروتکل درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹)

جلسه	محتوای جلسات
اول	برقراری رابطه اولیه و ارزیابی شدت مشکلات مراجع و بررسی وضعیت فعلی مشکلات افراد برای شناخت بیشتر، آشنایی مراجعین و درمانگر با یکدیگر، شرح قوانین جلسات. توضیح مختصر مدل درمانی مبتنی بر شفقت و چارچوب‌های اصلی درمان، آموزش تمرین تنفس آرامش‌بخش ریتمیک. تکلیف خانگی: تمرین تنفس ریتمیک
دوم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: بررسی نوع برخورد مراجع با خود (سبک انتقادگر یا شفقت‌گر)، تعریف خود انتقادی و علل و پیامدهای آن، معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل آنان با هم، و تعریف شفقت. تکلیف خانگی: تمرین تنفس ریتمیک یا انواع خود، شناسایی افکار و رفتار خود انتقادگر
سوم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: شفقت به خود چیست؟ ویژگی‌ها و مهارت‌های آن و چگونگی تاثیرگذاری آن بر حالات روحی فرد. توضیح درباره حضور ذهن و آموزش آن. بحث درباره موقعیت‌های دشوار و واکنش‌های افراد در آن شرایط. انجام تمرین تنفس با حضور ذهن در پایان جلسه. تکلیف خانگی: انجام تمرین جلسه و پاسخ به سوال «چقدر شفقت می‌ورزید؟»
چهارم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: تمرین یوگا (ریلکسیشن برای مهار اضطراب) معرفی تصویرسازی ذهنی و آموزش آن. بررسی میزان تکانش‌پذیری افراد گروه در موقعیت‌های مختلف و آموزش تمرین یوگا برای مقابله و کاهش آن. انجام تمرین تصویرسازی دلسویانه. تکلیف خانگی: انجام تمرین جلسه، کامل کردن جدول مربوط به مهارت‌های شفقت
پنجم	بررسی تکالیف؛ جمع‌بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضاء جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارایه‌ی بازخورد به اعضاء گروه، قدردانی و سپاسگذاری
ششم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: نوشتمن قسمت دوم نامه دلسویانه. آموزش مفهوم به هشیاری و منطق آن. آموزش رشد احساسات ارزشمن و متعالی و مسئولیت‌پذیری در ایجاد شفقت. انجام تمرین اسکن دلسویانه در پایان جلسه. تکلیف خانگی: انجام تمرین جلسه

1. Self-Blame Scale

2. Guilt and Shame Proneness Scale

3. Cohen

4. Alabernia-Segura

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خود سرزنشی، احساس گناه و رفتارهای تکانش‌گرایانه نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی
The effectiveness of compassion focused therapy on self-blame, guilt, and impulsive behaviors of adolescents with ...

بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: تمکن بر خود شفقت ورز و شناسایی ابعاد مختلف آن (توجه، تفکر، احساس و رفتار). بحث درباره تفکر شفقت ورز	هفتم
و آموزش تأثیر افکار بر خشم، اضطراب و هیجان‌ها. تکلیف خانگی: تسویه‌پردازی ذهنی خود شفقت ورز	
بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: یادآوری مهارت‌های شفقت و توضیح نقش شفقت در کنترل هیجانات، هدایت نحوه تفکر. مرور آموزش افکار و رفتار شفقت‌گر در مقابل انتقادگر. بحث درباره حساسیت‌های بین فردی و واکنش به طرد شدگی و به کار بردن مهارت‌های شفقت در کنترل و کاهش این واکنش‌ها. تمرین خانگی: کامل کردن تمرین مهارت‌های شفقت، به کار بستن و تداوم تکنیک‌ها در زندگی واقعی	هشتم

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۴۸ نفر از دانشجویان نوجوان (سنین ۱۸ و ۱۹ ساله) در دو گروه آزمایش و کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. براساس یافته‌ها میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل 0 ± ۰.۲۷ و گروه آزمایش ۰.۳۶ ± ۰.۵۱ بود. در بین گروه کنترل ۸ درصد و در گروه آزمایش ۴۳٪ درصد متاهل بودند. همچنین در گروه آزمایش ۵۲ درصد و در گروه کنترل ۶۰٪ درصد پسر بودند. در ادامه میانگین و انحراف معیار متغیرها و نتایج آزمون شاپیرو-ولک ارائه شده است (جدول ۱).

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه و نتایج آزمون شاپیرو-ولک

متغیر	گروه	درمان مبتنی بر شفقت	احساس گناه	رفتارهای تکانش‌گرایانه
خودسرزنی	کنترل	پیش‌آزمون		
		پس‌آزمون		
		پیش‌آزمون		
		پس‌آزمون		
درمان مبتنی بر شفقت	کنترل	پیش‌آزمون		
		پس‌آزمون		
		پیش‌آزمون		
		پس‌آزمون		
اعراض گناه	کنترل	پیش‌آزمون		
		پس‌آزمون		
		پیش‌آزمون		
		پس‌آزمون		
درمان مبتنی بر شفقت	کنترل	پیش‌آزمون		
		پس‌آزمون		
		پیش‌آزمون		
		پس‌آزمون		
رفتارهای تکانش‌گرایانه	کنترل	پیش‌آزمون		
		پس‌آزمون		
		پیش‌آزمون		
		پس‌آزمون		

در جدول ۲ میانگین متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش تفاوت دیده می‌شود که در ادامه به منظور بررسی معناداری این تفاوت‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده می‌شود. همچنین برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها، از آزمون شاپیرو-ولک استفاده شد و نتایج حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. بنابراین، فرض نرمال بودن توزیع متغیرها برقرار است. بعلاوه نتایج بررسی مفروضه همنگی شبیه رگرسیون برای متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل نشان داد که آماره F معنادار نمی‌باشد ($P > 0.05$). برای بررسی همنگی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون‌های متغیرهای پژوهشی، از آزمون لوین برای مقایسه واریانس‌های دو گروه استفاده شد و نتایج نشان داد که واریانس‌های متغیرهای پژوهشی در گروه‌های آزمایش و گواه برابر بود (خودسرزنی، $F = 2/471$ ؛ احساس گناه، $F = 0/431$ ؛ $P = 0.907$ ؛ رفتارهای تکانش‌گرایانه، $F = 0/620$ ؛ $P = 0.475$)، همچنین نتایج مفروضه همنگی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (آزمون M-Box) حاکی از عدم تفاوت بین واریانس‌ها می‌باشد ($F = 1/961$ ؛ $M-Box = 10/501$ ؛ $P = 0.193$)، بنابراین، برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود ندارد.

جدول ۳. نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری متغیرهای پژوهش

اثر	شاخص‌های اعتباری	ارزش	مقدار F	df فرضیه	df خطای معناداری	ضریب آتا	توان آماری
اثر پیلایی		۰/۷۹۰	۵۱/۴۱۹	۳	۴۱	۰/۰۰۱	۱

۱	۰/۷۹۰	۰/۰۰۱	۴۱	۳	۵۱/۴۱۹	۰/۲۱۰	لامبادای ویلکز
۱	۰/۷۹۰	۰/۰۰۱	۴۱	۳	۵۱/۴۱۹	۳/۷۶۲	اثر هتلینگ
۱	۰/۷۹۰	۰/۰۰۱	۴۱	۳	۵۱/۴۱۹	۳/۷۶۲	بزرگترین ریشه روی

نتایج شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیرها ($F=51/41$, $P<0/01$, $F=51/41$, $P<0/79$) و لامبادای ویلکز) معنی‌دار بود. مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیر وابسته معنی‌دار بود. در ادامه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش ارائه شد است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش

منبع	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F مقدار	سطح معناداری ضریب اتا	توان آماری
پیش آزمون	خودسرزنی	۱۷/۳۱۵	۱	۱۷/۳۱۵	۰/۲۴۱	۰/۶۲۶	۰/۰۰۹
	احساس گناه	۱/۹۴۹	۱	۱/۹۴۹	۰/۰۲۷	۰/۸۷۰	۰/۰۰۲
	رفتارهای تکانش‌گرایانه	۱/۸۰۷	۱	۱/۸۰۷	۰/۰۲۵	۰/۸۷۵	۰/۰۰۲
گروه	خودسرزنی	۶۷۷۹/۵۵	۱	۶۷۷۹/۵۵	۹۴/۵۴۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸۷
	احساس گناه	۶۵۲/۹۹۸	۱	۶۵۲/۹۹۸	۲۲/۴۲۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵۳
	رفتارهای تکانش‌گرایانه	۳۵۶۳/۷۹۷	۱	۳۵۶۳/۷۹۷	۶۳/۲۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵
خطا	خودسرزنی	۳۰۸۳/۲۷۷	۴۳	۷۱/۷۰۴	۹۴/۵۴۹	۰/۰۰۱	۰/۰۷۷
	احساس گناه	۱۱۹۸/۳۰۳	۴۳	۲۷/۷۶۷	۶۷۷۹/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۰۵۳
	رفتارهای تکانش‌گرایانه	۲۴۲۲/۸۲۹	۴۳	۵۶/۳۵۴	۱/۹۴۹	۰/۰۰۲	۰/۰۵۳

براساس نتایج جدول ۴ بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای خودسرزنی، احساس گناه و رفتارهای تکانش‌گرایانه نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی تفاوت معنادار وجود دارد. مجذور اتا، نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه به ترتیب برای متغیر خودسرزنی ($F=94/54$, $P<0/01$), احساس گناه ($F=23/43$, $P<0/01$)، رفتارهای تکانش‌گرایانه ($F=63/25$, $P<0/01$) است. بدین معنا که درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش خودسرزنی، احساس گناه و رفتارهای تکانش‌گرایانه نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی تاثیرگذار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودسرزنی، احساس گناه و رفتارهای تکانش‌گرایانه نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی بود. نتایج به دست آمده نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت تأثیر معناداری بر کاهش خودسرزنی در نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی داشت. نتایج به دست آمده با یافته‌های این یافته با نتایج مطالعه خاموشی قلعه‌نوبی و منصوری (۱۳۹۹) و واکلین و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در خصوص تأثیر آموزش مبتنی بر شفقت بر خودسرزنی، قابل بیان است که وجود فشارهای روانی ناشی از تجربیات ناگوار دوران کودکی موجب تا دانشجویان دچار افکار منفی و انتقاد از خود گردند (بیدارتو و هیلمی، ۲۰۲۱؛ لی و همکاران، ۲۰۲۳). وجود این دید خودسرزنی باعث می‌گردد که این افراد همواره نوعی سخت‌گیری به خوبیش و به تبع آن نگرش شفقت‌آمیز کمی به خود داشته باشند. زمانی که این دانشجویان در معرض آموزش مبتنی بر خوددلسوزی قرار گرفتند، به صورت ضمنی در معرض این باور بودند که مسئله پیش آمده (مشکلات موجود) صرف یک پیشامد و تجربه بوده و تمرکزشان را از ارزیابی منفی خویش، برداشته و بر تجربه یاد شده متمرکز می‌شندند (مانند آموزش پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف برای فرد طی جلسات درمانی ارائه شد). چنانچه براساس نظر فروستر و کانسکی^۱ (۲۰۲۲) آموزش دلسوزی به خود همانند یک سبك تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌کند. لذا به نظر می‌رسد که به واسطه این خودتنظیمی هیجانی، میزان خودسرزنی فرد کاهش می‌یابد.

اثریبخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خود سرزنشی، احساس گناه و رفتارهای تکانش‌گرایانه نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی
The effectiveness of compassion focused therapy on self-blame, guilt, and impulsive behaviors of adolescents with ...

بخش دیگر نتایج به دست آمده نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت تأثیر معناداری بر کاهش احساس گناه در نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی داشت. این یافته با نتایج مطالعه قاسمی و همکاران (۱۳۹۸) و افسار و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین این نتایج به ماهیت احساس گناه و نقش درمان مبتنی بر شفقت استناد می‌گردد. احساس گناه مربوط به ارتباطات میان فردی می‌شود که با تجربیات ناگوار کودکی در ارتباط است (لیاج، ۲۰۱۷). افرادی که آمادگی بیشتری نسبت به گناه دارند، در موقعیت‌هایی که مرتکب خطای می‌شوند، اگر چه احساس منفی تجربه می‌کنند، اما تلاش می‌کنند رفتار خود را جبران کنند (خانی‌پور و همکاران، ۱۳۹۸). براین اساس وجود نگرش خودسققی در افراد مورد مطالعه، به آنها کمک نمود میان خود و دیگران احساس پیوند کنند (یعنی کمک به کاهش احساس شرم) و به واسطه این احساس بر ترس از طرد غلبه نمایند (یعنی کمک به احساس گناه) (نف و کانکس، ۲۰۲۰). بعلاوه ارائه این درمان به نوجوانان کمک نمود تا در تجربه وقایع ناخوشایند، خصوصاً تجاربی که متضمن ارزیابی و مقایسه اجتماعی است، با در نظر گرفتن اینکه انسان ممکن است خطا کند و همه انسان‌ها مرتکب اشتباه می‌شوند، احساسات منفی کمتری را تجربه کنند که کاهش چنین احساساتی تأثیر بسیاری بر کاهش احساس گناه دارد.

همچنین نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت تأثیر معناداری بر کاهش رفتارهای تکانش‌گرایانه در نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی داشت. این یافته با نتایج مطالعه نیاستی و همکاران (۱۴۰۰) نیکبخت و همکاران (۱۴۰۰) همسو بود. در تبیین این یافته قابل بیان است که در فرایند درمان مبتنی بر شفقت فرد یاد می‌گیرد تا در برخورد با مسائل زندگی هر چند ناراحت کننده و ناخوشایند، به جای واکنشی آسی و تکانشی نسبت به آن، با توجه و ذهن‌آگاهی کامل با آن موضوعات مواجهه شود و از رفتار عادتی و تکانشی خودداری کند. در واقع بخش عمده‌ای از درمان مبتنی بر شفقت بر ذهن‌آگاهی تمرکز دارد. تمرینات مبتنی بر ذهن‌آگاهی از جمله تنفس آگاهانه و اسکن بدن، آگاهی فرد را از دامنه‌ای از حرکت‌های درونی از جمله افکار، هیجانات، حس‌های فیزیولوژیک و حرکت‌های بیرونی افزایش می‌دهد (نف و کانکس، ۲۰۲۰). ذهن‌آگاهی به افراد می‌آموزد تا چطور به دنیاهای درونی به بیرونی خود با کنجکاوی، مهربانی و عدم قضاوت توجه کنند و نسبت به ذهنیت خودآسیب رسان که منشأ بسیاری از الگوهای هیجانی و رفتاری ناسالم از جمله دوسوگراپی در ابراز هیجان و رفتارهای تکانش‌گرایانه هستند، آگاهی پیدا کند (لیانگ و وانگ، ۲۰۲۴). به طوری که تأکید بر توجه آگاهانه در زمان حال و قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار ناخوشایند و عدم اجتناب از احساسات و پذیرش آنها، باعث تغییرات شناختی و هیجانی و رفتاری (رفتارهای تکانش‌گرایانه) در نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی شد.

افزون بر این، قابل بیان است که مداخلات مبتنی بر شفقت از طریق مهارت‌های استدلال مهربانانه، توجه مهربانانه، تصویرسازی مهربانانه، تجربه حسی و رفتار مهربانانه، به فرد کمک می‌کند تا یک رابطه مهربانانه درونی را با خود برقرار سازد و آن را جایگزین خودسرزنشی کند (گلبرت و همکاران، ۲۰۱۹) و کاهش خودسرزنشی در فرد می‌تواند زمینه‌ای برای کاهش رفتارهای تکانش‌گرایانه در نوجوانان تحت این درمان گردد. به طور کلی براساس نظر پژوهشگران قابل بیان است که با توجه به اینکه نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی از طریق ارزیابی‌های منفی مداوم حاصل از تجربیات ناگوار و نقض امنیت دلیستگی، احساس‌های تهدید را تا دوران بزرگسالی حفظ می‌کنند، شفقت به خود پایینی گزارش می‌کنند و از این رو ارائه این رویکرد به نوجوانان کمک نمود تا با استفاده از سیستم تسکین و کاهش خودسرزنشی، تجربیات مثبت در مورد خود و دیگران افزایش و شرم و احساس گناه درونی را کاهش دهند که این عامل بر کاهش رفتارهای تکانشی نیز موثر بوده است.

در نهایت براساس نتایج قابل بیان است که درمان مبتنی بر شفقت تأثیر معناداری بر کاهش خودسرزنشی، احساس گناه و رفتارهای تکانش‌گرایانه نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی داشته است و استفاده رواندرمانی از این مداخله درمانی می‌تواند در کاهش متغیرهای مذکور موثر باشد. پژوهش حاضر با محدودیت‌های مواجه بود که از جمله آن عدم کنترل ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی نمونه‌های مورد مطالعه، عدم انجام دوره پیگیری و نیز بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی بود. براین اساس پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات آتی ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی افراد مورد مطالعه از طریق پرسشنامه‌ها بررسی و کنترل گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود به منظور اطمینان از اثربخشی درمان در طولانی مدت دروه پیگیری نیز انجام گردد و نیز پیشنهاد می‌گردد تا با بهره‌گیری از روش‌های تصادفی برای انتخاب نمونه‌های آماری قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد.

منابع

- ابوئی‌مهریزی، و، شفیع‌آبادی، ع، خدابخشی‌کولاوی، آ، و خلعتبری، ج. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر تمايزیافتنگی از خود دختران نوجوان. پرستاری کودکان، ۷(۳)، ۱۲-۲۰. <http://jpen.ir/article-1-543-fa.html>
- احمدبکانی، س، قمری گیوی، ح، کیانی، ا، و رضایی شریف، ع. (۱۴۰۰). تجربیات دوران کودکی و نشانگان افسردگی-گرایش به خودکشی: بررسی نقش میانجی نشخوار فکری و تعلق پذیری خنثی. طب انتظامی، ۱۱(۱)، ۱-۴۱. <http://jpmed.ir/article-1-1015-fa.html>

- افشار، ا.، شهبازی، م.، و عباسپور، ذ. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم و احساس گناه در زنان دارای تجربه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی. پژوهش‌های مشاوره، ۱۹(۷۶)، ۴۸-۶۹.
<http://iran counseling.ir/journal/article-1-1342-fa.html>
- باطنی، پ.، بیرامی، م.، و سیاوشی‌فر، ن. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش تنظیم عاطفه بر افزایش خودتنظیم‌گری و کاهش احساس شرم و گناه مادران دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری خاص. رویش روان‌شناسی، ۱۰(۶)، ۱۲۹-۱۳۸.
<http://frooyesh.ir/article-1-2690-fa.html>
- پورنقاش تهرانی، س.، و امینی، تهرانی، م.ع. (۱۳۹۸). تأثیر تجربه‌های ناگوار در روابط دوران کودکی بر سلامت روانی دانشجویان. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۷(۲)، ۲۴۴-۲۳۱.
<http://journal.ihepsa.ir/article-1-1134-fa.html>
- چاوید، م.، محمدی، ن.، و رحیمی، ج. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس تکانشگری بارت. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناسی، ۲(۸)، ۳۲-۲۱.
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.22285516.1391.2.8.2.1>
- جهانی، ح.، اقبالی، م.، و جعفرزاده‌دادشبلاغ، ح. (۱۴۰۰). پیش‌بینی قدری سایبری براساس تکانشگری، بی‌تفاوتی اخلاقی و صفات تاریک شخصیت در نوجوانان دارای وابستگی به فضای مجازی. رویش روان‌شناسی، ۱۲(۴)، ۱۸۷-۱۹۶.
<http://frooyesh.ir/article-4576-1>
- خاموشی قلعه‌نویی، ص.، و منصوری، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خود شفقت برزی و خودانتقادی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی. فصلنامه علمی/اعتدادپژوهی، ۱۴(۵۷)، ۲۳۷-۲۵۴.
<http://etiadpajohi.ir/article-1-2385-fa.html>
- خانی‌پور، ح.، تاراسی، ح.، حاتمی، ا.، و اکبری، م. (۱۳۹۸). رابطه سبک‌های مقابله دینی و آمادگی نسبت به شرم و گناه با هیجان ابرازشده در اعضای خانواده افراد با اختلالات روانی مزمن. خانواده پژوهی، ۱۵(۵۷)، ۸۹-۱۰۴.
https://jfr.sbu.ac.ir/article_97736.html
- رسنمی، م.، رسولی، م.، و عبدالرحمیم، ک. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بھیود کیفیت زندگی سالم‌دان. دوفصلنامه مشاوره کاربردی، ۱۰(۱)، ۱۱۰-۱۱۷.
https://journals.razi.ac.ir/article_1000.html
- سعادتی‌شامیر، ا.، مذبوحی، س.، و مرزی، ش. (۱۳۹۷). اعتباریابی مقیاس خودانتقادی/خوداعتمادی در بین معلمان. اندازه‌گیری تربیتی، ۹(۳۴)، ۱۳۳-۱۴۷.
<https://doi.org/10.22054/jem.2019.20805.1520>
- شهاب، م.، و کیانی، ا. (۱۳۹۹). پیش‌بینی اعتیاد، اضطراب و تکانشگری بر مبنای تجربیات ناگوار کودکی، افسردگی، نامیدی و سلامت والدینی در دختران نوجوان. زن و جامعه (جامعه روان‌شناسی زنان)، ۱۱(۱)، ۶۲۱-۶۷۸.
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.20088566.1399.11.41.12.6.278>
- قاسمی، ن.، گودرزی، م.، و غضنفری، ف. (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نظام جویی شناختی هیجان، مهارت‌های ذهن‌آگاهی و آمادگی برای تجربه شرم و گناه افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۹(۳۴)، ۱۶۶-۱۴۵.
<https://doi.org/10.22054/jcps.2019.41020.2108>
- لطفی، م.، پورشهریاری، م.س.، و رضاییان، ح. (۱۴۰۲). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه بین المللی تجارب ناگوار کودکی در شهر مشهد. علوم روان‌شناسی، ۲۲(۲)، ۸۸۰-۸۶۵.
<https://www.doi.org/10.52547/JPS.22.125.865>
- نیاستی، ن.، قربان شیرودی، ش.، خلعتبری، ج.، و تیزدست، ط. (۱۴۰۰). اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر روش‌های درمان متمرکز بر شفقت، درمان متمرکز بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تحمل پریشانی و تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای پرخاشگرانه. سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت، ۵(۱۰)، ۱۰۷-۱۱۴.
<http://islamiclifej.com/article-1-968-fa.html>
- نیک بخت، ن.، دنیوی، ر.، و موسوی، م. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تکانشگری در افراد متاهر با ساقه خودکشی. پنجمین کنفرانس بین المللی مطالعات جهانی در علوم تربیتی، روان‌شناسی و مشاوره، تهران. <https://elmnet.ir/doc/21188449-12071>
- ورمقانی، ح.، پورشریفی، ح.، سلیمانی، ع.، و فتحی‌آنتیانی، ع. (۱۴۰۱). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس حالت شرم و احساس گناه در دانشجویان. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۲۳(۲)، ۱-۱۰۰.
https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_694938.html
- Alabernia-Segura, M., Feixas, G., & Gallardo-Pujol, D. (2022). Guilt and Shame Proneness Scale adaptation and psychometric properties in Spanish population. *Psychological Test Adaptation and Development*, 3(1), 1-9. <https://doi.org/10.1027/2698-1866/a000019>.
- Bellis, M.A., Hughes, K., Leckenby, N., Jones, L., Baban, A., Kachaeva, M., & Terzic, N. (2014). Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 641-655. <https://doi.org/10.2471/blt.13.129247>.
- Budiarjo, Y., & Helmi, A.F. (2021). Shame and self-esteem: A meta-analysis. *Europe's Journal of Psychology*, 17(2), 131-139. <https://doi.org/10.5964/ejop.2115>.
- Cohen, T.R., Wolf, S.T., Panter, A.T., & Insko, C. A. (2011). Introducing the GASP scale: A new measure of guilt and shame proneness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(5), 947-966. <https://doi.org/10.1037/a0022641>.
- Downey, C., & Crumley, A. (2022). The impact of childhood trauma on children's wellbeing and adult behavior. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1), 100-107. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100237>.
- Forster, K., & Kanske, P. (2022). Upregulating positive affect through compassion: Psychological and physiological evidence. *International Journal of Psychophysiology*, 176, 100-107. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2022.03.009>.
- Gilbert, P. (2009). Introducing Compassion Focused-Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199-208. <http://dx.doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J.N., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31-50. <https://doi.org/10.1348/014466504772812959>.

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خود سرزنشی، احساس گناه و رفتارهای تکانش‌گرایانه نوجوانان دارای تجربیات ناگوار کودکی
The effectiveness of compassion focused therapy on self-blame, guilt, and impulsive behaviors of adolescents with ...

- Gilbert, S.E. (2014). *Using mindful self-compassion to improve self-criticism, self-soothing, cravings, and relapse in substance abusers in an intensive outpatient program.* <http://docplayer.net/55220922>.
- Hook, R. W., Grant, J. E., Ioannidis, K., Tiego, J., Yücel, M., Wilkinson, P., & Chamberlain, S. R. (2021). Trans-diagnostic measurement of impulsivity and compulsivity: a review of self-report tools. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 120, 455-469. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.10.007>.
- Jaeckle, T., Williams, S. C., Barker, G. J., Basilio, R., Carr, E., Goldsmith, K., ... & Zahn, R. (2023). Self-blame in major depression: a randomised pilot trial comparing fMRI neurofeedback with self-guided psychological strategies. *Psychological medicine*, 53(7), 2831-2841. <https://doi.org/10.1017%2FS0033291721004797>.
- Johnson, K. F., Cheng, S., Brookover, D. L., & Zyromski, B. (2023). Adverse childhood experiences as context for youth assessment and diagnosis. *Journal of Counseling & Development*, 101(2), 236-247. <https://doi.org/10.1002/jcad.12460>.
- Kim, H., Wildeman, C., Jonson-Reid, M., & Drake, B. (2018). Lifetime prevalence of investigating child maltreatment among US children. *American journal of public health*, 107(2), 274-280. <https://doi.org/10.2105%2FAJPH.2016.303545>.
- Kim, J. J., Henderson, T., Best, T., Cunningham, R., & Kirby, J. N. (2020). Neural and self-report markers of reassurance: A generalized additive modelling approach. *Frontiers in psychiatry*, 11, 566-575. <https://doi.org/10.3389%2Ffpsyt.2020.566141>.
- Leach, C. W. (2017). Understanding shame and guilt. In L. Woodyat, E. L. Worthington, Jr., M. Wenzel, & B. J. Griffin (Eds.), *Handbook of the psychology of self-forgiveness* (pp. 17-28). Springer International Publishing/Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-319-60573-9_2.
- Li, J., Jia, S., Wang, L., Zhang, M., & Chen, S. (2023). Relationships among inferiority feelings, fear of negative evaluation, and social anxiety in Chinese junior high school students. *Frontiers in Psychology*, 13, 101-117. <https://doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2022.1015477>.
- Liang, P., & Wang, H. (2024). Mindfulness and impulsive behavior: exploring the mediating roles of self-reflection and coping effectiveness among high-level athletes in Central China. *Frontiers in Psychology*, 15, 130-139. <https://doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2024.1304901>.
- Mercurio, E., García-López, E., Morales-Quintero, L.A., Llamas, N.E., Marinaro, J.A., & Munoz, J.M. (2020). Adolescent brain development and progressive legal responsibility in the Latin American context. *Frontiers in psychology*, 11, 627-633. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00627>.
- Moore, F.R., Doughty, H., Neumann, T., McClelland, H., Allott, C., & O'Connor, R. C. (2022). Impulsivity, aggression, and suicidality relationship in adults: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Medicine*, 45, 3201-3211. <https://doi.org/10.1016/j.clim.2022.101307>.
- Murphy, A., Steele, H., Steele, M., Allman, B., Kastner, T., & Dube, S. R. (2016). The clinical Adverse Childhood Experiences (ACEs) questionnaire: Implications for trauma-informed behavioral healthcare. *Integrated early childhood behavioral health in primary care: A guide to implementation and evaluation*, 2, 7-16. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-31815-8_2.
- Naismith, I., Zarate Guerrero, S., & Feigenbaum, J. (2019). Abuse, invalidation, and lack of early warmth show distinct relationships with self-criticism, self-compassion, and fear of self-compassion in personality disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(3), 350-361. <https://doi.org/10.1002/cpp.2357>.
- Neff, K. D., & Knox, M. C. (2020). Self-compassion. In *Encyclopedia of personality and individual differences* (pp. 4663-4670). Cham: Springer International Publishing. DOI 10.1007/978-3-319-28099-8_1159-1.
- Neff, K. D., & Seppala, E. (2017). *Compassion, well-being, and the hypo-egoic self*. In K. W. Brown & M.R. Leary (Eds.), *The Oxford handbook of hypo-egoic phenomena* (pp. 189–203). Oxford University Press. <https://psycnet.apa.org/record/2016-61506-013>.
- Park, E., Lee, J., & Han, J. (2021). The association between adverse childhood experiences and young adult outcomes: A scoping study. *Children and youth services review*, 123, 105-116. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105916>.
- Patton, J.H., Stanford, M.S., & Barratt, E.S. (1995). *Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11)* [Database record]. APA PsycTests. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t05661-000>.
- Todd, P., & Rabern, B. (2022). The paradox of self-blame. *American Philosophical Quarterly*, 59(2), 111-125. <https://doi.org/10.5406/21521123.59.2.01>.
- Vasiou, A., Kassis, W., Krasanaki, A., Aksoy, D., Favre, C.A., & Tantaros, S. (2023). Exploring parenting styles patterns and children's socio-emotional skills. *Journal of Children*, 10(7), 11-26. <https://doi.org/10.3390/children10071126>.
- Wakelin, K.E., Perman, G., & Simonds, L.M. (2022). Effectiveness of self-compassion-related interventions for reducing self-criticism: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 1-25. <https://doi.org/10.1002/cpp.2586>.
- Wojcik, K.D., Cox, D.W., & Kealy, D. (2019). Adverse childhood experiences and shame-and guilt-proneness: Examining the mediating roles of interpersonal problems in a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 98, 104-120. <https://doi.org/10.1016/j.chab.2019.104233>.
- World Health Organization. (2018). *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire*. In Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). 2018. <https://www.who.int/about/accountability/results/2018-2019>.
- Young, A.S., Youngstrom, E.A., Findling, R.L., Van Eck, K., Kaplin, D., Youngstrom, J.K., Calabrese, J., Stepanova, E., & LAMS Consortium. (2020). Developing and validating a definition of impulsive/reactive aggression in youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 49(6), 787-803. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1622121>.