MEJDS. 2020; 10:30.

Published online 2020 Apr. **Research Article**

Comparing the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Distress Tolerance and Pain Management in Patients with Multiple Sclerosis

Foroutan M[1], *Nejat H[2], Toozandeh Jani H[3]

Author Address
1. Department of Psychology, Neyshabour Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran;
2. Department of Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran;
3. Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshbur, Iran.
***Corresponding Author Address:** Hnejat54@yahoo.com

Received: 2018 October 27; **Accepted:** 2019 January 1

Abstract

Background & Objective: Multiple Sclerosis (MS) is an inflammatory disease of the central nervous system characterized by the demyelination of the myelin sheath of axons. MS leads to defects or limitations in the transmission of neural impulses. Prevalent comorbid conditions in MS patients include mood and emotional disturbances, with major depressive disorder, bipolar disorder, dysthymia, panic disorder, and generalized anxiety disorder, as the most frequent illnesses. Pain is commonly experienced in these patients. According to studies, pain significantly affects their mental health and quality of life. The present study aimed to compare the effects of Compassion–Focused Therapy (CFT) and Dialectical Behavior Therapy (DBT) on distress tolerance and pain management in patients with MS.

Methods: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest and a control group design. The statistical population of the study included all women with MS, who referred to the Mashhad Welfare Organization Disability Recognition Commission in the first three months of 2017 to receive the Welfare Organization's services. Participating in the study was voluntary. The study sample included 45 women with MS. Fifteen participants were randomly assigned to the control and 30 in the experimental (15 in the DBT and 15 in the CFT groups) groups. The study inclusion criteria were as follows: having at least a high–school diploma degree, being aged from 20 to 50 years, the lack of mental and personality disorders (approved by a clinical interview), not joining other therapeutic programs, no receipt of individual counseling or pharmacotherapy, and voluntarily attending treatment sessions. The study exclusion criteria were having psychological and personality disorders (approved by a clinical interview), consuming psychedelic drugs, co–participating in other therapeutic programs, receiving individual counseling or pharmacotherapy, abstaining from two intervention sessions, and the lack of cooperation in the medical sessions. The experimental groups participated in 12 group therapy sessions. DBT was developed for 12 sessions of 75 minutes (once a week), i.e., conducted on the study subjects per the manual of DBT of Linehan. CFT included 12 sessions of 75 minutes (once a week) based on Gilbert's guide. The study participants completed the Distress Tolerance Scale (Simons, Gaher, 2005), and the Pain Medication Questionnaire (Rosenstile, Keefe, 1983) before and after the interventions. The obtained data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics; Analysis of Covariance (ANCOVA) and Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) in SPPSS.

Results: The ANCOVA results confirmed the effect of CFT and DBT on distress tolerance and pain management (p<0.001) in the studied subjects. The collected data suggested a significant difference between the effects of CFT and DBT on the dependent variables of distress tolerance and pain management (p<0.001). The DBT method was more effective than CFT on distress tolerance and some subscales of pain management, including attention restoration, pain catastrophizing, and increased activity. CFT was more effective than DBT on some of the pain management subscales, including pain reinterpretation, self–talk, pain ignorance, as well as prayer and hope (p<0.001).

Conclusion: DBT has a clearer structure than the CFT and simultaneously applies behavioral and accreditation techniques. DBT also includes dialectical principles and techniques (e.g., self–observation), i.e., associated with change maintenance. A feature of MS patients is the lack of well–functioning when being distracted from their emotions. Through the DBT process, by combining mindfulness exercises with behavioral exercises, MS patients experience to observe their depressed mood and physiological, behavioral, and emotional consequences without judgment. Besides, in addition to attempting to accept the existence of this state and its tolerance, they learn the mechanism of the passage of this state. Furthermore, by practicing these exercises, they shift to an automatic style of mind. Conducting these exercises will ultimately lead to a distraction from undesirable emotions, such as depressed and anxious moods.

Keywords: Compassion therapy, Dialectical behavior therapy, Distress tolerance, Pain management, Patients with multiple sclerosis.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.10.9]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۳۰.

انتشار برخط فروردین ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی شفقت‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تحمل آشفتگی و کنترل درد در بیماران مبتلا به مالتیپل‌اسکلروزیس (اماس)

مهدی فروتن[۱]، *حمید نجات[۲]، حسن توزنده‌جانی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران؛

۲. گروه روان‌شناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران؛

۳. گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Hnejat54@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۵ آبان ۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۱ دی ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: اماس بیماری التهابی سیستم عصبی مرکزی بوده که مشخصهٔ آن دمیلیزاسیون غلاف میلین آکسون‌ها است و منجربه نقص یا محدودیت در انتقال ایمپالس‌های عصبی می‌شود. پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی شفقت‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تحمل آشفتگی و کنترل درد در بیماران مبتلا به مالتیپل‌اسکلروزیس انجام گرفت.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی بیماران زن مبتلا به مالتیپل‌اسکلروزیس تشکیل دادند که به سازمان بهزیستی مشهد در سال ۱۳۹۶ مراجعه کردند و تمایل به حضور در گروه درمانی را داشتند. از این تعداد نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر به‌صورت داوطلبانه واجد معیارهای ورود شدند و به‌طور تصادفی در سه گروه پانزده‌نفرهٔ رفتاردرمانی دیالکتیکی و شفقت‌درمانی و گواه قرار گرفتند. اعضای گروه‌ها، در دوازده جلسهٔ درمانی شرکت کردند. آزمودنی‌ها پیش و پس از درمان، مقیاس تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) و پرسشنامهٔ مدیریت درد (روزنشتایل و کیف، ۱۹۸۳) را تکمیل نمودند. به‌منظور تحلیل داده‌های این پژوهش از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ و نیز از شاخص‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی و تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر شیوهٔ شفقت‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی را بر تحمل آشفتگی و کنترل درد تأیید می‌کند ($p<۰/۰۰۱$). رفتاردرمانی دیالکتیکی درمقایسه با شفقت‌درمانی بر تحمل آشفتگی و برخی خرده‌مقیاس‌های کنترل درد شامل توجه‌برگردانی و فاجعه‌آفرینی، روش مؤثرتری است ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های پژوهش رفتاردرمانی دیالکتیکی و شفقت‌درمانی باعث افزایش تحمل آشفتگی و کنترل درد در بیماران زن مبتلا به بیماری مالتیپل‌اسکلروزیس شده است.

کلیدواژه‌ها: شفقت‌درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، تحمل آشفتگی، کنترل درد، بیماران مبتلا به مالتیپل‌اسکلروزیس.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵ ، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.10.9]

۱ مقدمه

اماس یکی از بیماری‌های مزمن دستگاه عصبی است که به فیبرهای عصبی در مغز و نخاع آسیب می‌رساند (۱). متغیری که تصور می‌شود با علائم اماس رابطه دارد، تحمل آشفتگی است. تحمل آشفتگی از سازه‌های معمول برای پژوهش در زمینهٔ بی‌نظمی عاطفی بوده که بهترین تعریف آن به‌عنوان ناتوانی در احاطهٔ کامل بر تجربهٔ هیجان آزارنده و ناراحت‌کننده می‌باشد. این متغیر چگونگی پاسخ‌دهی افراد به عاطفهٔ منفی گفته می‌شود (۲). آشفتگی ممکن است ماحصل فرایندهای فیزیکی و شناختی باشد؛ لیکن بازنمایی آن به‌صورت حالت هیجانی است که در اغلب مواقع با تمایل به انجام عمل درجهت رهایی از آن تجربهٔ هیجانی مشخص می‌گردد (۳). درد در این بیماران پدیدهٔ شایعی بوده و اخیراً مشخص شده است که نقش مهمی در سلامت روان و کیفیت زندگی آنان ایفا می‌کند (۴)؛ به‌طوری که شدت درد بیشتر منجربه عملکرد ضعیف‌تر در اکثر مؤلفه‌های مقیاس سلامت روان (SF-36)، ازجمله سلامت کلی، سرزندگی، سلامت روانی و عملکرد اجتماعی می‌شود (۵).

شفقت‌درمانی یکی از روش‌های درمانی است که به‌نظر می‌رسد برای افزایش تحمل آشفتگی و کنترل درد مؤثر باشد؛ در این زمینه مدتی است که سازه‌ای جدید با عنوان شفقت به خود در روان‌شناسی مطرح می‌شود. نف خود–شفقتی را سازه‌ای سه‌مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود درمقابل قضاوت‌کردن خویش و اشتراکات انسانی دربرابر انزوا و ذهن‌آگاهی درمقابل همانندسازی افراطی تعریف کرده است (۶). ترکیب این سه مؤلفهٔ مرتبط، مشخصهٔ فردی است که به خود شفقت می‌ورزد؛ ازاین‌رو گیلبرت با استفاده از این سازه درمان متمرکز بر شفقت[1] (CFT) را مطرح کرد (۷). اصول پایه در CFT به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شود و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (۶). افزون بر آن، در درمان CFT، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند؛ بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربهٔ خویش را بشناسند و درقبال آن احساس شفقت داشته باشند (۷).

نتایج پژوهشی دربارهٔ نقش آموزش شفقت به خود بر کاهش آشفتگی دربرابر رویدادهای منفی زندگی در دختران بی‌سرپرست نشان داد که این آموزش تأثیر مثبت و معناداری بر کاهش آشفتگی دختران بی‌سرپرست دارد (۸).

مطالعه‌ای در زمینهٔ رابطهٔ شفقت به خود با تعارضات بین‌فردی و تندرستی در دانشجویان هلندی مشخص کرد که بین شفقت به خود با تعارضات بین‌فردی و استفاده از خشونت رابطهٔ منفی و با تندرستی رابطهٔ مثبت مشاهده می‌شود (۹). نتایج پژوهشی با بررسی اثربخشی آموزش گروهی متمرکز بر خودشفقت‌ورزی بر اضطراب و افسردگی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بافت نشان داد که اجرای مداخلهٔ آموزشی متمرکز بر خودشفقت‌ورزی می‌تواند منجربه کاهش معناداری داشت که برای گروه آزمایشی اول رفتاردرمانی دیالکتیکی و برای گروه در اضطراب و افسردگی در دانشجویان دختر و پسر شرکت‌کننده در پژوهش حاضر درمقایسه با گروه کنترل شود (۱۰).

یکی دیگر از روش‌های درمانی که به‌نظر می‌رسد برای افزایش تحمل آشفتگی و کنترل درد مؤثر بوده، رفتاردرمانی دیالکتیکی است که توسط مارشا لینهان در سال ۱۹۹۳ برای درمان گرایش به خودکشی و خودجرحی در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی طراحی شد. جهت‌گیری نظری رویکرد DBT[2]، آمیزه‌ای از سه دیدگاه نظری علوم رفتاری و فلسفهٔ دیالکتیکی و اعمال ذن است (۱۱). این رویکرد پذیرش و همدلی مراجع‌محور را با حل مسئلهٔ رفتاری–شناختی و آموزش مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند (۱۲).

تأکید بر مهارت‌آموزی در سراسر جلسات درمانی DBT ادامه دارد و درمانگر در هر دو شکل درمان‌های فردی و گروهی بر درگیری فعالانهٔ درمانجو جهت یادگیری و تمرین مهارت‌های رفتاری تأکید می‌کند. اصطلاح مهارت در معنای کلی، دربرگیرندهٔ تمامی مهارت‌های شناختی و هیجانی و رفتاری آشکار و همچنین تلفیق و انسجام آن‌ها است. در DBT استاندارد، چهار دسته مهارت آموزش داده می‌شود: ۱.مهارت‌های حضور ذهن؛ ۲. مهارت کارآمدی بین‌فردی؛ ۳. مهارت تنظیم هیجانی؛ ۴. مهارت تحمل پریشانی (رنج).

یافته‌های پژوهشی برنامهٔ ده‌هفته‌ای آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی در میان بیماران با اختلال شخصیت و خلقی نشان داد که کیفیت زندگی و خودکنترلی افزایش و احساس درماندگی و بی‌ثباتی شناختی به‌طور معناداری کاهش می‌یابد (۱۳).

در تحقیقی مشخص شد که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم افسردگی و بهبود کنترل عاطفی و خودکارآمدی ذهن‌آگاهانه در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مؤثر است (۱۴).

نتایج مطالعه‌ای کاهش معناداری را در مشکلاتی نظیر افسردگی و اضطراب و تحریک‌پذیری و نیز کنترل خشم و بهبود کلی روند بیماری در بیماران بستری اختلال شخصیت مرزی در پایان دوره و پانزده ماه پیگیری (بعد از ترخیص از بیمارستان) گزارش کرد (۱۵). به‌دلیل شدت علائم این بیماری و میزان شدید ناتوان‌کنندگی آن، پژوهشگران و درمانگران همواره درصدد یافتن بهترین روش‌های کاهش‌دهندهٔ مشکلات جسمانی و روان‌شناختی افراد مبتلا به مالتیپل‌اسکلروزیس ازیک‌سو و افزایش توان‌مندی آن‌ها از سوی دیگر بوده‌اند؛ بنابراین لازم است میزان اثربخشی روش‌های مداخلهٔ روانی به‌صورت اختصاصی‌تر برای این بیماران تحت مطالعه قرار گیرد؛ لذا این پژوهش با هدف کلی مقایسهٔ اثربخشی شفقت‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تحمل آشفتگی و کنترل درد در بیماران مبتلا به مالتیپل‌اسکلروزیس انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه گواه بود. در این پژوهش سه گروه وجود

آزمایشی دوم شفقت‌درمانی به‌عنوان متغیرهای مستقل اجرا شد؛

[1]. Compassion-Focused Therapy

[2]. Dialectical Behaviour Therapy

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.10.9]

همچنین گروه سوم که گروه گواه بود، درمانی دریافت نکرد. جامعهٔ آماری در پژوهش حاضر را بیماران زن مبتلا به مالتیپل‌اسکلروزیس تشکیل دادند که جهت استفاده از خدمات به کمیسیون تشخیص معلولیت سازمان بهزیستی مشهد در سه ماه اول سال ۱۳۹۶ مراجعه کردند و متمایل به حضور در گروه درمانی بودند. نمونهٔ این پژوهش شامل ۴۵ بیمار زن مبتلا به بیماری مالتیپل‌اسکلروزیس بود که به‌صورت داوطلبانه انتخاب شدند. از میان نمونهٔ پژوهش به‌طور تصادفی پانزده نفر درهریک از گروه‌ها قرار گرفتند. ملاک ورود زنان به پژوهش، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، سن بین ۲۰تا۵۰ سال، مبتلانبودن به اختلال روانی و شخصیتی (با مصاحبهٔ بالینی)، نداشتن شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های درمانی و دریافت‌نکردن مشاورهٔ فردی یا دارودرمانی، اعلام رضایت‌مندی و امکان شرکت در جلسات درمان در زمان اجرای تحقیق بود. ملاک‌های خروج عبارت بود از: ابتلا به اختلالات روانی و شخصیتی (با مصاحبهٔ بالینی)؛ مصرف داروهای روان‌گردان؛ شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های درمانی؛ دریافت مشاورهٔ فردی یا دارودرمانی؛ غیبت بیش از دو جلسه؛ نداشتن همکاری در جلسات درمانی.

ابزار پژوهش:

ـمقیاس تحمل پریشانی: این مقیاس خودسنجی توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شد که پانزده سؤال و چهار زیرمقیاس دارد. زیرمقیاس‌های آن شامل تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم است که روی مقیاسی پنج‌درجه‌ای؛ ۱=کاملاً موافق، ۲=اندکی موافق، ۳= به یک‌اندازه موافق و مخالف، ۴= اندکی مخالف و ۵=کاملاً مخالف، نمره‌گذاری می‌شود. ضرایب آلفا برای این مقیاس‌ها به‌ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به‌دست آمده است (۳). آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۶۷ و ضریب اعتبار بازآزمایی را برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای زیرمقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم، به‌ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ گزارش کردند (۱۶).

ـپرسشنامهٔ مدیریت درد: این پرسشنامه توسط روزنشتایل و کیف (۱۹۸۳) تهیه شد و دارای ۴۲ عبارت است که شش راهبرد مقابله با درد روان‌شناختی شامل توجه‌برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفت‌وگو با خود، نادیده‌گرفتن درد، فاجعه‌آفرینی و امیدواری و یک‌راهبرد مقابله با دردرفتاری شامل افزایش فعالیت رفتاری را می‌سنجد. هریک از راهبردها شش سؤال را به خود اختصاص می‌دهد. نمره‌گذاری پرسشنامه بر پیوستاری بین ۰تا۶ است که آزمودنی‌ها پاسخ‌هایی بین هیچ (صفر) تا همیشه (شش) را پاسخ می‌دهند. دامنهٔ نمرات برای کل پرسشنامه بین ۰تا۲۵۲ است. اصغری‌مقدم و گلک، ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه را در جمعیت ایرانی بررسی کرده و ضریب پایایی خرده‌مقیاس‌های آن را بین ۰/۷۴تا۰/۸۳ گزارش کردند. همچنین نتایج مطالعهٔ آن‌ها روایی ملاکی و روایی پیش‌بین این پرسشنامه را تأیید کرد (۱۷). روزنشتایل و کیف (به‌نقل از اصغری‌مقدم و گلک)، این پرسشنامه را در میان گروهی از بیماران مبتلا به کمردرد مزمن هنجاریابی کردند و ضریب همسانی درونی هفت خرده‌مقیاس آن را بین ۰/۷۱تا۰/۸۵ به‌دست آوردند (۱۸).

بعد از کسب مجوزهای لازم و با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش به آزمودنی‌ها و نیز با رعایت ملاک‌های ورود به پژوهش و اخذ فرم رضایت آگاهانه از آن‌ها و گمارش تصادفی و برابر در گروه‌ها، مهارت‌آموزی هریک از مدل‌های درمانی شامل دوازده جلسهٔ ۷۵دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک‌بار برای آزمودنی‌ها برگزار شد که مبتنی‌بر راهنمای دستی رفتاردرمانی دیالکتیکی لینهان (۱۹) و شفقت‌درمانی راهنمای گیلبرت بود (۲۰). شرح جلسات در جدول ۱ ارائه شده است. به‌منظور تحلیل داده‌های این پژوهش از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ و نیز از شاخص‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی و تحلیل کوواریانس استفاده شد ($p<۰/۰۵$).

جدول ۱. محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی و شفقت‌درمانی

شفقت‌درمانی	رفتاردرمانی دیالکتیکی
جلسهٔ اول: ایجاد ارتباط اولیه، جلب اعتماد و همکاری اعضای گروه. ارائهٔ منطق درمان و آشنایی با شیوهٔ کار گروهی و مقررات آن، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی.	جلسهٔ اول: ایجاد ارتباط اولیه، جلب اعتماد و همکاری اعضای گروه. ارائهٔ منطق درمان و آشنایی با شیوهٔ کار گروهی و مقررات آن، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی.
جلسهٔ دوم: منطق درمان مبتنی‌بر شفقت و تفهیم شفقت و شفقت به خود؛ تمایز شفقت از تأسف برای خود، ارزیابی میزان آزار عاطفی، پنج مسیر مراقبت از خویش، مدیتیشن عشق و محبت به خود.	جلسهٔ دوم: آشنایی آزمودنی‌ها با مهارت‌های هوشیاری فراگیر و سه حالت ذهنی منطقی و هیجانی و خردگرا.
جلسهٔ سوم: آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی‌بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزش‌ها.	جلسهٔ سوم: بحث دربارهٔ توجه آگاهانه و اثرات آن در مدیریت آشفتگی‌ها، آموزش روش‌های توجه آگاهی نظیر ذهن خردمند و شهود، آموزش تعادل بین افکار و احساسات.
جلسهٔ چهارم: آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی درقبال خود، آموزش همدردی.	جلسهٔ چهارم: آموزش مهارت به هوشیاری، آموزش تمرکز بر لحظه با استفاده از شیوه‌های گوناگون، آموزش مفهوم ذهن هیجانی، عمل‌کردن برخلاف میل شدید هیجانی.
جلسهٔ پنجم: تمرین ذهن‌آگاهی از صدا، تمرین ذهن‌آگاهی از تنفس، استفاده از مهارت‌های تصویربرداری شفقت‌گونه، استفاده از فن تنفس تسکین‌بخش.	جلسهٔ پنجم: آموزش تشخیص هیجانات، آموزش پذیرش و استفاده از آن، تدوین و ایجاد راهبردهای مقابله‌ای و سازگاری با موقعیت‌های آشفته‌ساز.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.10.9]

جلسهٔ ششم: ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان فرد (دارای شفقت) یا (غیرشفقت) باتوجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربردی‌ترین‌ها (پرورش ذهن مشفقانه) (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی با خود و دیگران، آموزش استعارهٔ فیزیوتراپ)، آموزش بخشایش.	جلسهٔ ششم: بررسی روش‌های کنترل آشفتگی؛ آموزش روش‌های توجه‌گردانی برای مدیریت آشفتگی.
جلسهٔ هفتم: آشنایی و کاربرد (تمرین‌های پرورش ذهن شفقتانه) (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعارهٔ آنفولانزا، آموزش بردباری).	جلسهٔ هفتم: ادامهٔ بررسی تکنیک‌های آشفته‌ساز؛ گفت‌وگو دربارهٔ روش پذیرش بنیادین؛ آموزش استفاده از خودگویی در پذیرش بنیادین.
جلسهٔ هشتم: آموزش فن نوشتن نامهٔ شفقت روزانه و ارتقای شفقت خود به‌وسیلهٔ تخلیهٔ هیجانی؛ آموزش روش (ثبت و یادداشت روزانهٔ موقعیت‌های واقعی مبتنی‌بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت).	جلسهٔ هشتم: بررسی مؤلفهٔ تحمل پریشانی یعنی راهبردهای بقا در بحران شامل: ۱. راهبردهای پرت‌کردن حواس پنج‌گانه؛ ۲. خودآرام‌سازی با حواس پنج‌گانه؛ ۳. مهارت‌های به‌سازی لحظات؛ ۴. تکنیک سود و زیان.
جلسهٔ نهم: تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی، شفقت پیوسته)، آموزش رشد احساسات ارزش‌مند و متعالی.	جلسهٔ نهم: بررسی روش‌های پیشرفته‌تر تحمل آشفتگی هیجانی نظیر تعیین وقت استراحت، زندگی در زمان حال، خودگویی‌های تأییدگرایانه، راهبردهای مقابله‌ای جدید.
جلسهٔ دهم: آموزش قضاوت‌نکردن و تجارب روزمره؛ بررسی آسیب‌شناسی عوامل ایجادکنندهٔ ترس و دافعهٔ آزمودنی‌ها دربرابر شفقت خود.	جلسهٔ دهم: اجرای مراقبهٔ ذهن خردمند، آموزش چگونگی تصمیم‌گیری براساس توجه آگاهانه شامل قضاوت‌نکردن و پذیرش بنیادین و ارتباط آگاهانه.
جلسهٔ یازدهم: آموزش روش‌های مقابله با عوامل مخل شفقت خود و استفاده از فن آرام‌سازی.	جلسهٔ یازدهم: بحث دربارهٔ ارتباط مؤثر و غیرمؤثر؛ گفت‌وگو دربارهٔ اثرات و تبعات ارتباطات غیرمؤثر؛ آموزش مهارت‌های بین‌فردی، آموزش شناسایی سبک‌های ارتباطی.
جلسهٔ دوازدهم: آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها جهت توانایی مقابله به‌روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود، نهایتاً جمع‌بندی و ارائهٔ راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، اجرای پس‌آزمون‌ها.	جلسهٔ دوازدهم: ادامهٔ آموزش مهارت‌های ارتباطی نظیر شناسایی خواسته‌ها، تعدیل‌شدن خواسته‌ها، نه گفتن، طرح درخواستی ساده؛ آموزش جرئت‌ورزی و مهارت نه گفتن؛ اجرای پس‌آزمون‌ها و همچنین آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسهٔ درمان.

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن زنان شرکت‌کننده به‌ترتیب در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی ۰/۹±۳۳/۳ و در گروه شفقت‌درمانی ۰/۸±۳۵/۹ و در گروه گواه ۰/۸±۳۲/۱ به‌دست آمد. از نظر تحصیلات ۲۱ نفر از شرکت‌کنندگان در مطالعه (۴۶/۷درصد) دارای مدرک دیپلم و ۲۴ نفر (۵۳/۳درصد) دارای مدرک لیسانس بودند.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات در همهٔ متغیرها در مرحلهٔ پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش تغییر یافته است. به‌منظور تحلیل کوواریانس پیش‌فرض‌ها تحت بررسی قرار گرفت. مفروضه‌های آزمون باکس جهت ارزیابی ماتریس واریانس و کوواریانس، داشتن رابطهٔ خطی، نسبتی‌بودن داده‌ها، نرمال‌بودن توزیع مفروضهٔ یکسانی خطای واریانس، تصادفی‌بودن داده‌ها، همبستگی بین داده‌های متغیرهای وابسته و آزمون نرمالیتی کولموگروف–اسمیرنوف بررسی شد. این مفروضه‌ها تأیید شدند؛ بنابراین می‌توان از تحلیل کوواریانس چندمتغیرهٔ تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

نتایج تحلیل آزمون لامبدای ویکلز مشخص کرد که بین دو گروه درمان شفقت‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه گواه در متغیرهای وابسته با حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست‌کم در یکی از متغیرهای وابستهٔ پژوهش (تحمل آشفتگی و کنترل درد) بین دو گروه شفقت‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه گواه تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. برای بررسی و تعیین محل تفاوت گروه‌ها از آزمون بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.10.9]

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به‌تفکیک سه گروه و دو مرحلهٔ پژوهش

متغیر	شاخص	رفتاردرمانی دیالکتیکی		شفقت‌درمانی		گروه گواه	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
نمرهٔ کل تحمل آشفتگی	میانگین	۲۴/۷	۳۶/۱	۲۴/۱	۲۹/۹	۲۲/۴	۲۲/۵
	انحراف معیار	۱۴/۵	۱۴/۱	۱۲/۶	۱۳/۱	۱۳/۱	۱۲/۸
توجه‌برگردانی	میانگین	۱۶/۹	۲۹/۳	۱۹/۱	۲۷/۸	۱۷/۳	۱۷/۵
	انحراف معیار	۷/۶	۹/۹	۸/۲	۱۰/۱	۷/۷	۷/۶
تفسیر مجدد درد	میانگین	۱۱/۵	۱۹/۱	۱۰/۹	۲۳/۲	۱۱/۳	۱۲/۵
	انحراف معیار	۶/۱	۷/۳	۵/۹	۷/۸	۶/۲	۶/۶
گفت‌وگو با خود	میانگین	۱۸/۹	۲۶/۳	۲۱/۱	۳۲/۳	۲۲/۲	۲۲/۱
	انحراف معیار	۸/۸۳	۱۰/۱	۱۰/۲	۱۰/۵	۱۱/۲	۱۱/۳
نادیده‌انگاشتن درد	میانگین	۹/۳	۱۶/۶	۱۰/۶	۲۵/۵	۸/۸	۱۰/۹
	انحراف معیار	۸/۱	۹/۹	۸/۹	۱۲/۲	۷/۶	۷/۷
فاجعه‌آفرینی	میانگین	۱۴/۵	۴/۹	۱۵/۵	۹/۶	۱۴/۳	۱۴/۵
	انحراف معیار	۷/۹	۳/۱	۸/۱	۵/۳	۸/۹	۸/۸
آزمون دعا و امیدواری	میانگین	۲۱/۳	۲۸/۸	۲۲/۵	۳۴/۴	۲۱/۲	۲۱/۱
	انحراف معیار	۹/۶	۱۰/۱	۱۱/۱	۱۰/۳	۱۲/۲	۱۱/۱
افزایش فعالیت	میانگین	۷/۹	۲۲/۵	۶/۳	۱۶/۸	۸/۱	۸/۵
	انحراف معیار	۵/۳	۷/۱	۴/۲	۵/۵	۳/۳	۳/۶

جدول ۳. تحلیل کوواریانس چندمتغیره

نام آزمون	مقدار	درجهٔ آزادی صورت	درجهٔ آزادی مخرج	F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر	توان آماری
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۶۶	۱۲	۳۱	۴/۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در متغیر تحمل آشفتگی

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	مقدار p
شدت درد	شفقت‌درمانی	کنترل	۱۴/۵۷	۵/۶۳	<۰/۰۰۱
	رفتاردرمانی دیالکتیکی	شفقت‌درمانی	۸/۸۶	۶/۷۸	<۰/۰۰۱
	رفتاردرمانی دیالکتیکی	کنترل	۲۳/۹۶	۴/۶۸	۰/۰۰۲

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در متغیر شدت درد

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	مقدار p
تحمل آشفتگی	شفقت‌درمانی	کنترل	۸/۶۳	۱/۳۵	<۰/۰۰۱
	رفتاردرمانی دیالکتیکی	شفقت‌درمانی	۱۱/۷۱	۲/۹۸	<۰/۰۰۱
	رفتاردرمانی دیالکتیکی	کنترل	۵/۰۲	۲/۵۷	۰/۰۰۴

ازاین‌رو باتوجه به معناداری تفاوت‌ها در متغیرهای مدنظر و اثربخشی درمان رفتاردرمانی دیالکتیکی و شفقت‌درمانی مبتنی‌بر کاهش استرس بر متغیرهای وابسته، به‌منظور مشخص‌کردن دقیق تفاوت‌های میانگین‌ها در دو گروه آزمایش، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج در جداول ۴ و ۵ نمایش داده شده است. نتایج آزمون بونفرونی ارائه‌شده در جدول ۴ با هدف مقایسهٔ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و شفقت‌درمانی در کاهش علائم تحمل آشفتگی نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌ها در کاهش علائم تحمل آشفتگی معنادار است؛ این امر بیان می‌کند که روش رفتاردرمانی دیالکتیکی در تغییر نمرات این متغیر مؤثرتر از شفقت‌درمانی بوده است

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.10.9]

($p<۰/۰۰۱$). همچنین نتایج درج‌شده در جدول ۵ با هدف مقایسهٔ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و شفقت‌درمانی در کاهش علائم شدت درد نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌ها در کاهش علائم شدت درد معنادار است؛ این امر مشخص می‌کند که روش رفتاردرمانی دیالکتیکی در تغییر نمرات این متغیر مؤثرتر از شفقت‌درمانی است ($p<۰/۰۰۱$).

۴ بحث

هدف کلی این پژوهش مقایسهٔ اثربخشی شفقت‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تحمل آشفتگی و کنترل درد در بیماران مبتلا به مالتیپل‌اسکلروزیس بود. نتایج نشان داد که بین اثربخشی شفقت‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های تحقیقات دیگر همخوان است (۱۳،۱۴). در تبیین کلی یافته‌های حاصل، رفتاردرمانی دیالکتیکی درمقایسه با شفقت‌درمانی ساختار روشن‌تری دارد و از فنون رفتاری و اعتباربخشی به‌طور هم‌زمان استفاده می‌کند؛ همچنین شامل اصول و فنونی (مانند خودمشاهده‌گری) است که منجربه ثبات تغییرات می‌شود. یک‌ویژگی منفی بیماران اماس این است که در فاصله‌گیری و بیرون‌آمدن از احساسات و خلق خود خوب عمل نمی‌کنند؛ لذا در فرایند درمان DBT ازطریق ترکیب تمرینات ذهن‌آگاهی با تمرینات رفتاری به آن‌ها آموخته می‌شود در حالتی بدون قضاوت به مشاهدهٔ خلق افسرده و پیامدهای فیزیولوژیکی، ذهنی، رفتاری و احساسی آن در خود بپردازند و علاوه‌بر کوشش در پذیرش وجود این حالت و تحمل آن، مکانیسم گذر از این وضعیت را تجربه کرده و با تکرار و تمرین، آن را به سبک خودکار ذهن خویش تبدیل نمایند. انجام آن در نهایت منجربه فاصله‌گیری ایشان از هیجاناتی مثل خلق افسرده و مضطرب می‌شود (۱۲). همچنین با فاصله‌گیری از افکار منفی به افراد دارای اماس می‌آموزد که ارزیابی‌های منفی دربارهٔ خود و دیگران یا حوادث را فقط به‌عنوان افکاری که لزوماً واقعی نیستند تحت مشاهده قرار داده و به این طریق آن‌ها را کاهش دهند.

ازجمله تبیین دیگر برای اثربخشی DBT بر تحمل آشفتگی، تحلیلی است که اشنل و هرپرتز مطرح می‌کنند. آن‌ها این روش را در درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به‌کار بردند و نتایج قبل و بعد از درمان را ازطریق FMRI بررسی کردند. این سنجش‌ها نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب تغییرات عصب‌شناختی در ناحیهٔ هیپوکامپ و سینگولا و منطقهٔ پیش‌پیشانی می‌شود.کاهش فعال‌شدگی در این نواحی در پاسخ به محرک‌های ترس‌آور هیجانی منفی از نتایج به‌کارگیری این رویکرد است. نتیجهٔ این مطالعه مشخص کرد که رفتاردرمانی شناختی میان برانگیختگی ذهنی و افزایش فعالیت آمیگدال گسستگی به‌وجود می‌آورد (۲۱)؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت این رویکرد بیشتر به تنظیم هیجانی کمک می‌کند تا تغییر در شناخت؛ لذا مهارت اساسی آموزش‌داده‌شده در جلسات گروهی، مهارت تنظیم هیجان است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شفقت‌درمانی بر تحمل آشفتگی و کنترل درد اثر معناداری دارد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های دیگر همخوان است (۸،۱۰). در تبیین یافته‌های حاصل می‌توان عنوان کرد آموزش شفقت به خود سبب گسترش مهربانی و درک خویش و پرهیز از انتقاد و قضاوت‌های ناگوار دربارهٔ خود می‌شود؛ لذا موجب می‌گردد افراد در هنگام تجربهٔ درد، خودتنظیمی مثبتی از خویش نشان دهند؛ همچنین با افزایش عزت‌نفس در فرد باعث می‌شود نگرش‌های صمیمانه‌اش درجهت زندگی هدف‌مندتر ارتقا پیدا کند. باید گفت، آموزش شفقت به خود در این گروه سبب تسهیل پذیرش بیشتر بازخوردهای مثبت و توانایی برخورد با بازخورد خنثی می‌شود؛ بنابراین خودشفقت‌ورزی می‌تواند از راه‌های مختلف به‌عنوان راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود که در آن از تجربهٔ هیجان‌های آزاردهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌گردد؛ بلکه تلاش بر این است تا احساسات به‌صورتی مهربانانه پذیرش شود که در خلال آن احساسات منفی به احساسات مثبت تبدیل شده و فرد راه‌های جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند (۷).

درنهایت باید گفت فرد ازطریق شفقت‌ورزیدن به خود، امنیت هیجانی به‌وجود می‌آورد که بتواند بدون ترس از سرزنش خویش، خودش را به‌وضوح ببیند و فرصت پیدا می‌کند تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگار فکری و هیجانی و رفتاری‌اش را درک و اصلاح کند. ازآنجاکه این تحقیق روی زنان انجام شد در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه مرحلهٔ پیگیری را در نظر داشته باشند تا اثربخشی این دو مدل درمان در طی زمان نیز بررسی گردد. همچنین اجرای درمان‌های روان‌شناختی به‌خصوص رفتاردرمانی دیالکتیکی و شفقت‌درمانی در کنار دارودرمانی برای بیماران اماس میسر شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش نشانگر تأثیر دو روش به‌کاررفته در بیماران اماس بوده و اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی درمقایسه با شفقت‌درمانی بیشتر است. درنهایت باید گفت رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌هایی چون تحمل پریشانی، با افزایش انعطاف‌پذیری و ارائهٔ راه‌حل‌های جدید و تعدیل آثار موقعیت‌های ناراحت‌کننده به فرد، درکنارآمدن بهتر با وقایع دردناک کمک می‌کند. همچنین با استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان به درمانجویان کمک می‌نماید تا احساس خود را دقیق‌تر تشخیص دهند و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان‌شدن دربرابر آن بررسی کنند که هدف از آن تعدیل احساسات بدون رفتاری واکنشی و مخرب است.

۶ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و افراد همکار در گردآوری داده‌های پژوهش حاضر سپاسگزاری می‌شود.

۷ بیانیه

این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ دکتری تخصصی روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور به شمارهٔ مصوب ۱۳۰۲۰۷۰۵۹۵۱۰۰۵ است.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.10.9]

References

1. Gamboa OL, Tagliazucchi E, von Wegner F, Jurcoane A, Wahl M, Laufs H, et al. Working memory performance of early MS patients correlates inversely with modularity increases in resting state functional connectivity networks. Neuroimage. 2014;94:385–95. doi: 10.1016/j.neuroimage.2013.12.008
2. Brown RA, Lejuez CW, Kahler CW, Strong DR. Distress tolerance and duration of past smoking cessation attempts. J Abnorm Psychol. 2002;111(1):180–5.
3. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. Motiv Emot. 2005;29(2):83–102. doi: 10.1007/s11031-005-7955-3
4. Turk DC, Dworkin RH, Allen RR, Bellamy N, Brandenburg N, Carr DB, et al. Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. Pain. 2003;106(3):337–45. doi: 10.1016/j.pain.2003.08.001
5. Forbes A, While A, Mathes L, Griffiths P. Health problems and health-related quality of life in people with multiple sclerosis. Clin Rehabil. 2006;20(1):67–78. doi: 10.1191/0269215506cr880oa
6. Neff KD. The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. Hum Dev. 2009;52(4):211–4. doi: 10.1159/000215071
7. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. Advances in Psychiatric Treatment. 2009;15(3):199–208. doi: 10.1192/apt.bp.107.005264
8. Morley RH, Terranova VA, Cunningham SN, Vaughn T. The role that self-compassion and self-control play in hostility provoked from a negative life event. International Journal of Indian Psychology, 2016;3(2):125–41.
9. Yarnell LM, Neff KD. Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. Self and Identity. 2013;12(2):146–59. doi: 10.1080/15298868.2011.649545
10. Manzari Tavakoli F. Barrasi asarbakhshi amoozesh groohi motemarkez bar khod shafeghat varzi bar ezterab va afsordegi daneshjooyan daneshgah Azad vahed Baft [The Effectiveness of self-compassin group training on anxiety and depression among students of Islamic Azad University Baft branch]. In: World Conference on Psychology and Educational Sciences, Law and Social Sciences at the Beginning of the Third Millennium [Internet]. Shiraz, Iran: Pazhoohesh Sherkat Idea Bazar Sa'anat Sabz; 2016. [Persian] Available from: https://www.civilica.com/Paper-PESLSBTM01-PESLSBTM01_489.html
11. Hayes SC, Follette VM, Linehan MM. Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition. Guilford Press; 2011.
12. Kring AM, Davison GC, Johnson SL, Neale JM. Abnormal Psychology. Wiley; 2007.
13. Conrad AM, Sankaranarayanan A, Lewin TJ, Dunbar A. Effectiveness of a 10-week group program based on Dialectical Behaviour Therapy skills among patients with personality and mood disorders: Findings from a pilot study. Australas Psychiatry. 2017;25(5):466–70. doi: 10.1177/1039856217707393
14. Van Dijk S, Jeffrey J, Katz MR. A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. J Affect Disord. 2013;145(3):386–93. doi: 10.1016/j.jad.2012.05.054
15. Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Arnold R, Kahl KG, Schunert T, et al. Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. Behav Res Ther. 2006;44(8):1211–7. doi: 10.1016/j.brat.2005.08.012
16. Shams J, Azizi A, Mirzaei A. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. Hakim Research Journal. 2010;13(1):11–8. [Persian] http://hakim.hbi.ir/article-1-608-en.pdf
17. Asghari MA, Golak N. The roles of pain coping strategies in adjustment to chronic pain. Scientific Journal of Clinical Psychology & Personality. 2005;1(10):1–23. [Persian] http://cpap.shahed.ac.ir/article-1-216-en.pdf
18. Asghari A, Nicholas MK. Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour. A prospective study. Pain. 2001;94(1):85–100. doi: 10.1016/s0304-3959(01)00344-x
19. Linehan M. Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder, First Ed. New York: Guilford Publications; 1993.
20. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. Br J Clin Psychol. 2014;53(1):6–41. doi: 10.1111/bjc.12043
21. Schnell K, Herpertz SC. Effects of dialectic-behavioral-therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. J Psychiatr Res. 2007;41(10):837–47. doi: 10.1016/j.jpsychires.2006.08.011

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.10.9]