

مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت و ذهنی سازی بر احساس شرم مادران
کودکان با نارسایی هوشی آموزش پذیر شهر فارس
Comparing of the effectiveness of compassion-based mindfulness therapy and
mentalization on the feelings of shame of mothers of educable intellectual disability
children in Farsan

Fatemeh Kafinia

PhD student of General Psychology, Department of psychology, Faculty of Humanities Science, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

Tayebeh Sharifi *

Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities Science, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

Ta.Sharifi@iaau.ac.ir

Ahmad Ghazanfari

Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities Science, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

فاطمه کافی نیا

دانشجوی دکترا روان شناسی عمومی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران.

طیبه شریفی (نویسنده مسئول)

استاد گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران.

احمد غضنفری

دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران.

Abstract

The present study was conducted to compare the effectiveness of mindfulness therapy based on compassion and mentalization on the shame of mothers of children with trainable intellectual disability in Farsan city. The research method was semi-experimental with a pre-test, post-test, and control group design with a 3-month follow-up period. The statistical population included the mothers of children with educational intellectual disabilities in Farsan city in the second half of 2023. 45 of them were selected by purposive sampling and randomly assigned to 3 groups (15 people in each group). The measurement tools were the Internalized Shame Questionnaire (ISS; Cook, 1987) and Clinical Interview (CI; American Psychiatric Association, 2022). The first experimental group received 8 90-minute sessions of mindfulness therapy based on compassion, and the second experimental group received 8 90-minute sessions of mentalization therapy. Research data were analyzed using analysis of variance with repeated measures. The results showed that the pre-test shame scores were significantly different from the post-test and follow-up scores ($P<0.01$). The results also indicated that both treatments produced significant changes in shame compared to the control group ($P<0.01$); while it was found that mentalization therapy produced a more significant difference than compassion-based mindfulness therapy over time ($P<0.05$). Overall, it can be concluded that both treatments, and especially mentalization therapy, are effective in improving shame.

Keywords: Mentalization, Mindfulness, Feeling of Shame, Intellectual Disability.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت و ذهنی سازی بر احساس شرم مادران کودکان با نارسایی هوشی آموزش پذیر شهرستان فارس انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری شامل مادران کودکان با نارسایی هوشی آموزش پذیر شهرستان فارس در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ بود که به روش نمونه گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر از آنها انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند. ابزار اندازه گیری پرسشنامه احساس شرم درونی شده (ISS؛ کوک، ۱۹۸۷) و مصاحبه بالینی (CI، انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲) بود. گروه آزمایش اول تعداد ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت و گروه آزمایش دوم ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان ذهنی سازی را دریافت کردند. داده های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شد. نتایج نشان داد که پیش آزمون احساس شرم با نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشت ($P<0.01$). همچنین نتایج دلالت بر این داشت که هر دو درمان نسبت به گروه کنترل تغییرات معناداری در احساس شرم ایجاد کردند ($P<0.01$)؛ ضمن اینکه مشخص شد درمان ذهنی سازی نسبت به درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت در طول زمان تفاوت معنی دار بیشتری ایجاد کرد ($P<0.05$). در مجموع می توان نتیجه گرفت که هر دو درمان و به خصوص درمان ذهنی سازی روش درمانی کارآمدی در بهبود احساس شرم است.

واژه های کلیدی: ذهنی سازی، ذهن آگاهی، احساس شرم، نارسایی هوشی.

مقدمه

کودکانی که دارای چالش های رشدی و نیازهای یادگیری ویژه هستند، گروه قابل توجهی از جمعیت جامعه را تشکیل می دهند (انجمن روان پزشکی آمریکا^۱، ۲۰۲۲)؛ لذا ضرورت دارد که نظام های بهداشتی، اجتماعی و آموزشی جامعه در خصوص این وضعیت حساسیت بیشتری به خرج دهند. چون از یک طرف این تعداد از افراد جامعه با شرایط ناتوان کننده ای مواجه اند و از سوی دیگر، وجود چنین کودکانی، می تواند سلامت روان سایر اعضای خانواده را نیز تحت تاثیر منفی قرار دهد (جویس^۲، ۲۰۲۴). نتایج پژوهش های مختلف نشان می دهد، تولد کودک با ناتوانی های ذهنی و جسمی باعث ایجاد احساس ناامیدی و ناکامی و سایر هیجانات دشوار در والدین می شود (حیدری ترکمانی، ۱۴۰۱). والدین از اینکه یک موجود نیازمند و معلول به دنیا آورده اند که مورد انتظارشان نبوده، درگیر احساسات ناخودآگاه مانند خشم و اضطراب و خودآگاه مانند احساس گناه و شرم می شوند (دیزداریویچ^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). احساس شرم یکی از هیجانات خودآگاه به حساب می آید که با روابط بین فردی پیوند خورده و می تواند تحت تاثیر افراد مهم زندگی به خصوص والدین به وجود آید (دولزل^۴، ۲۰۲۴).

شرم هیجان بسیار قدرتمندی است که با احساس حقارت، احساس بی ارزشی و خود انگاره آسیب دیده ارتباط تنگاتنگی دارد (ویتزل^۵ و همکاران، ۲۰۲۴؛ کاناو^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). شرم بعد از تخلف معیارهای مرتبط با اصول اخلاقی و عملکرد شایسته پدیدار می شود (قیناسی^۷ و همکاران، ۲۰۲۵؛ عسگری زاده و قنبری، ۱۴۰۱). به عنوان مثال، رفتار کردن به طور نامناسب به هنگام مستی، خندیدن به یک جوک به هنگام مراسم تدفین غم انگیز، یا جریحه دار کردن احساسات دیگران، تخلفات اخلاقی به حساب می آیند (اسکامبلر^۸، ۲۰۲۰). کما اینکه به دنیا آوردن یک نوزاد معلول نیز می تواند به عنوان یک شکست و عدم به انجام رساندن شایسته یک کار، موجب ایجاد شرم شود (ننا و هیس^۹، ۲۰۱۹). با توجه به ماهیت شرم به عنوان یک هیجان خودآگاه، لذا برای کاهش و تعدیل آن به مداخلاتی نیاز است که به افراد کمک نماید تا با ماهیت این گونه هیجانات آشنا شده و با آن کنار آیند (دارابی و همکاران، ۱۴۰۲). از جمله مشخص شده که مداخلاتی مانند شفقت به خود مبتنی بر ذهن آگاهی (چن^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۴؛ ریبیل^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۴) و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (همت یار و همکاران، ۱۴۰۳؛ عباسی و خادمی، ۱۳۹۷) روی تعدیل احساس شرم و مولفه های وابسته به آن موثرند. به نظر می رسد درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت^{۱۲} و درمان ذهنی سازی^{۱۳} که در پژوهش حاضر مورد مقایسه قرار گرفته اند، به واسطه ساختار و محتوای مناسب خود از ظرفیت لازم برای تعدیل شرم مادران دارای کودک ناتوان برخوردارند.

در شیوه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به عنوان یک روش یکپارچه، سعی می شود به صورت همزمان از مداخلات ذهن آگاهی و شفقت درمانی استفاده شود (ویلسون^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۹؛ پاولوا^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۴). به همین دلیل، کاربرد این شیوه مداخله روی مشکلات هیجانی و روان شناختی روبه افزایش است (چن^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۴). در واقع، درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت یا شفقت مبتنی بر ذهن آگاهی روی مفاهیمی از قبیل توجه کردن نسبت به زمان حال به شیوه ای خاص، هدفمند و بدون قضاوت تاکید دارد (گیلبرت و سیمونز^{۱۷}، ۲۰۲۲؛ دمیر^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۴). داشتن ذهن آگاهی و شفقت نسبت به خود، باعث می شود که افراد یاد بگیرند که از احساسات دردناکشان اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند (گرم و نف^{۱۹}، ۲۰۱۹). از این شیوه درمان در موقعیت های بالینی و همچنین موقعیت هایی که افراد در شرایط سخت قرار می گیرند و بایستی یک شرایط سخت و مزمن را تحمل کنند، از کارایی بالایی برخوردار است

1. American Psychiatric Association (APA)

2. Joyce

3. Dizdarevic

4. Dolezal

5. Weitzl

6. Cannavò

7. Ghinassi

8. Scambler

9. Neta & Haas

10. Chen

11. Riebel

12. compassion-based mindfulness therapy

13. mentalization

14. Wilson

15. Pavlova

16. Chen

17. Gilbert & Simos

18. Demir

19. Germer & Neff

(استاینز^۱ و همکاران، ۲۰۲۲؛ ژانگ و فتحی^۲، ۲۰۲۴؛ یوسفی سیاهکوجه و همکاران، ۱۴۰۳). از جمله، اُرن-شوارتز^۳ و همکاران (۲۰۲۳) درمان ترکیبی ذهن‌آگاهی و شفقت را بر احساس شرم و گناه، استاینز و همکاران (۲۰۲۲) تاثیر مداخلات ذهن‌آگاهی را بر انگ اجتماعی و شرم، چن و همکاران (۲۰۲۴) درمان متمرکز بر شفقت را بر شرم و خودانتقادی تایید کردند.

درمان ذهنی‌سازی نیز نوع خاصی از روان‌درمانی پویایی است که توسط بیتمن و فوناگی^۴ (۲۰۰۴) برای درمان اختلالات روان‌شناختی پیشنهاد شد. ذهنی‌سازی به توانایی و ظرفیت درک اعمال دیگران و خود شخص از نظر افکار، احساسات، آرزوها و تمایلات گفته می‌شود (بیتمن و فوناگی، ۲۰۲۰). این ظرفیت افراد در تنظیم احساسات و رفتارها و همچنین شیوه‌ای که طی آن روابط اجتماعی‌شان را شکل داده و حفظ می‌کنند بسیار مهم و ضروری است (ساندرگارد^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). ذهنی‌سازی یک ابزار مفهومی به حساب می‌آید که هدف آن تقویت ذهنیت در فرد به منظور بهبود ارتباطات و تعامل اجتماعی در خانواده و سایر محیط‌های اجتماعی است (آسن و فوناگی^۶، ۲۰۲۱؛ متاویا^۷، ۲۰۲۴). همچنین باعث ایجاد روابط دلبستگی در کودکی شده و رفتارهای آشکار فرد را از طریق انتقال تجارب به سطح هشیاری و ایجاد احساس انسجام کامل متاثر می‌سازد (دارابی و همکاران، ۱۴۰۲؛ شولتز-ونرات^۸، ۲۰۲۱).

مقایسه اثربخشی مداخلات روان‌شناختی از دغدغه‌های مهم روان‌درمانگران و پژوهش‌گران به حساب می‌آید. این موضوع از آنجا ناشی می‌شود که اغلب مداخلات کم و بیش روی مغز و مدارهای مغزی و همچنین تنظیم هیجان تاثیر می‌گذارند (زیفل^۹ و همکاران، ۲۰۲۴). یافته‌های اخیر علوم اعصاب، بیان‌گر آن است که مداخلات روان‌شناختی با دو راهبرد متفاوت «بالا-زیر» یا «زیر-بالا» روی اختلالات و مشکلات روان‌شناختی تاثیر می‌گذارند (اسپری^{۱۰}، ۲۰۱۶). درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت به عنوان یک روش وابسته به موج سوم رفتاردرمانی یک درمان زیر-بالا است که عمدتاً روی تنظیم هیجان متمرکز شده و سعی می‌کند از طریق ایجاد زمینه پذیرش افکار و احساسات دشوار، اجتناب تجربتی را در افراد کاهش داده و شرایط را برای زندگی دلخواه هموار نماید (پاولوا و همکاران، ۲۰۲۴). در حالیکه تمرکز روی زمان حال به عنوان نقطه قوت این روش مداخله محسوب می‌شود، عدم توجه به گذشته و مسیر تحولی ناشی از اتفاقات سال‌های اولیه تولد افراد را می‌توان به عنوان نقطه ضعف این روش معرفی کرد (زیفل و همکاران، ۲۰۲۴). این در حالی است که درمان ذهنی‌سازی به عنوان یک روش درمانی گذشته‌نگر از نوع «بالا-زیر» است که به اتفاقات سال‌های اولیه توجه دارد و می‌تواند ریشه تحولی بسیاری از مشکلات روان‌شناختی را بررسی نماید؛ با این حال، درمان ذهنی‌سازی به اندازه رفتاردرمانی روی اهداف کوتاه مدت و مشکلات جاری مراجع متمرکز نمی‌شود (اسپری، ۲۰۱۶). بنابراین پژوهش حاضر به دنبال آن است که نشان دهد با توجه به اینکه احساس شرم یک هیجان خودآگاه است و نه ناخودآگاه، کدام یک از این دو روش تاثیر بیشتری روی تعدیل آن دارند.

با وجود اینکه پژوهش‌های متعددی در خصوص اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت و ذهنی‌سازی انجام شده، ولی تعداد مطالعاتی که این دو روش درمان مقایسه شده باشد، محدود است. به همین دلیل، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت و درمان ذهنی‌سازی بر احساس شرم درونی مادران کودکان با نارسایی هوشی آموزش‌پذیر انجام شده است.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودک با نارسایی هوشی بود که در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ در مدارس استثنایی شهرستان فارس مشغول به تحصیل بودند. بدین ترتیب با استفاده از شیوه نمونه‌گیری هدفمند و با انجام مصاحبه بالینی کوتاه، تعداد ۴۵ نفر از این مادران به طور غیرتصادفی انتخاب و در ادامه به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره قرار داده شدند. ملاک‌های ورود پژوهش عبارت بودند از: کسب نمره بیشتر از

1. Stynes
2. Zhang & Fathi
3. Oren-Schwartz
4. Bateman & Fonagy
5. Søndergaard
6. Asen & Fonagy
7. Metawe
8. Schultz-Venrath
9. Zipfel
10. top-down
11. bottom-up
12. Sperry

مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت و ذهنی سازی بر احساس شرم مادران کودکان با نارسایی هوشی آموزش پذیر شهر فارسان
Comparing of the effectiveness of compassion-based mindfulness therapy and mentalization on the feelings of shame ...

۷۰ در مقیاس شرم درونی شده، تحصیل فرزند در مدارس استثنایی، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل به منظور توانایی استفاده مناسب از جلسات درمان، رضایت نامه کتبی یا حداقل شفاهی برای شرکت در پژوهش، عدم وجود اختلال های روان پزشکی حاد و مزمن (اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی) و اختلالات شخصیتی شدید بر اساس ملاک های راهنمای تشخیصی توسط روان شناس بالینی، توانایی و آمادگی حضور در جلسات درمانی به صورت هفته ای یک بار به مدت ۸ جلسه، عدم وابستگی و مصرف مواد و الکل. همچنین ملاک های خروج عبارت بودند از: دریافت هر گونه آموزش یا مشاوره به صورت هم زمان، غیبت بیش از دو جلسه متوالی یا غیرمتوالی، عدم همکاری در انجام تمرین ها و تکالیف. در این مطالعه رضایت آگاهانه از افراد دریافت شد و همه افراد نسبت به اهداف پژوهش آگاه بودند، ضمن اینکه هر زمان اراده می کردند، می توانستند از جریان پژوهش کناری گیری کنند. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۵ استفاده شد که طی آن روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون بونفرونی به کار گرفته شدند.

ابزار سنجش

مقیاس شرم درونی شده^۱ (ISS): این پرسشنامه توسط کوک^۲ (۱۹۸۷) تهیه شد و شامل ۳۰ ماده و دو خرده مقیاس کمرویی (۲۴ ماده) و عزت نفس (۶ ماده) می باشد. پاسخ به هر ماده این مقیاس به صورت ۵ رتبه ای از نوع لیکرتی (هرگز=۰، خیلی کم=۱، گاهی اوقات=۲، اغلب=۳ و همیشه=۴) است؛ سئوالات مربوط به عزت نفس معکوس نمره گذاری می شوند و دامنه نمرات بین صفر الی ۱۲۰ است و نمرات بالاتر نشان دهنده شرم درونی شده بیشتر است؛ در این مطالعه نمره برش برای این مقیاس ۷۰ در نظر گرفته شد. کوک (۱۹۸۷) ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده کل پرسشنامه را ۰/۹۵ و مقیاس های کمرویی و عزت نفس را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. ضمن اینکه برای روایی ملاکی هم زمان کمرویی و عزت نفس نمره های حاصل از این مقیاس را با پرسشنامه شادکامی و هم وابستگی بررسی کرده و همبستگی ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ به دست آورد. رجبی و عباسی (۱۳۹۰) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس شرم درونی شده را برای مردان ۰/۸۹، زنان ۰/۹۱ و در کل نمونه را ۰/۹۰ گزارش کردند؛ همچنین روایی این مقیاس به روش ملاکی با مقیاس عزت نفس روزنبرگ^۳ ۰/۵۶- گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس کمرویی ۰/۸۷، عزت نفس ۰/۸۲ و برای کل آزمون ۰/۸۶ به دست آمد.

مصاحبه بالینی (CI)^۴: برای بررسی و تشخیص عدم وجود اختلال روانی شدید یا اختلال شخصیت و وجود سابقه مصرف مواد از مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس ملاک های تشخیصی DSM-5 (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲) استفاده شد که توسط دکترای روان شناسی صورت گرفت.

برنامه های درمانی: به اعضای گروه آزمایش (۱) درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت گروهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بر اساس پروتکل گرم و نف (۲۰۱۹) به صورت گروهی هفته ای یک جلسه به شرح جدول (۱) ارائه شد.

جدول ۱. محتوای جلسات پروتکل درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت

جلسه	هدف	محتوای جلسه
اول	آشنایی و معارفه	گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت.
دوم	تمرین ذهن آگاهی، مقاومت، برخورد با آن	تمرین ذهن آگاهی (آرام نشستن) و توضیح مقاومت در ذهن آگاهی و برخورد با پریشانی ها. تمرین و آموزش ذهن آگاهی و شفقت به خود در زندگی، دادن تکلیف خانگی
سوم	تمرین ذهن آگاهی، مهربانی صمیمانه	بررسی تکلیف جلسه قبل، تمرین مهربانی صمیمانه، تفاوت آن با شفقت، تمرین کلاسی (مهربانی صمیمانه به فردی عزیز)، تکلیف
چهارم	مراقبه مهربانی نسبت به خودمان	بررسی تکلیف، مراقبه مهربانی صمیمانه به خودم، بیان مطالبی در مورد خود انتقادگری و احساس امنیت، تمرین کلاسی (انتیژه دادن به خود با شفقت)، تکلیف منزل
پنجم	مراقبه ابراز و دریافت شفقت	بررسی تکلیف، مراقبه ابراز و دریافت شفقت، مطالبی در مورد عمیق زندگی کردن، تمرین کلاسی (آرام نشستن، کشف ارزش های اصلی خود)، تکلیف

1. The internalized shame Scale (ISS)

2. Cook

3. Rosenberg's Self-Esteem Scale

4. Clinical Interview (CI)

ششم	کناره گیری	بررسی تکلیف، آشنایی با کناره گیری، تمرین کلاسی کناره گیری (راه رفتن حسی، استقرار، بیرون آمدن از سکوت)، تکلیف
هفتم	مواجهه با هیجانات دردناک	بررسی تکلیف، توضیح مواجهه با هیجانات دردناک، بیان مفهوم شرم و منابع آن، تمرین کلاسی کار با احساس شرم، تکلیف در منزل
هشتم	مراقبه دوست مشفق	بررسی تکلیف، مراقبه دوست مشفق، بررسی روابط چالش برانگیز، تمرین کلاسی، جمع بندی و پس آزمون

به اعضای گروه آزمایش (۲) درمان ذهنی سازی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای مطابق پروتکل بیتمن و فوناگی (۲۰۲۰) به صورت گروهی و هفته ای یک جلسه ارائه شد.

جدول ۲. محتوای جلسات درمان ذهنی سازی

جلسه	هدف	محتوای جلسه
اول	ذهنی سازی و موضع ذهنی سازی	آشنایی اعضا با همدیگر، ایجاد رابطه درمانی، توضیح ابعاد شکل گیری و مزایای ذهنی سازی، آشنایی با شیوه درمان، بیان اهداف جلسات
دوم	مشکل داشتن در ذهنی سازی	مرور جلسه قبل، بیان شاخص های ذهنی سازی ضعیف و خوب، ایرادات در ذهن خوانی خود و دیگران، مشکلات تکانشگری و تنظیم هیجان
سوم	ذهنی سازی هیجان	مرور بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف آن، بیان اهداف جلسه، توصیف انواع هیجانات، هیجانات اصلی و اجتماعی، هیجانات اولیه و ثانویه
چهارم	اهمیت روابط دلبستگی و دلبستگی و ذهنی سازی	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف خانگی، بیان اهداف جلسه، بحث در مورد دلبستگی و راهبردهای دلبستگی در بزرگسالی، اهمیت روابط دلبستگی،
پنجم	درمان و آموزش مبتنی بر ذهنی سازی	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف خانگی، بیان اهداف جلسه، درمان و آموزش مبتنی بر ذهنی سازی، بیان مشخصات و اهداف اختصاصی درمان،
ششم	حمایت و تأیید همدلانه و شفاف سازی	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف خانگی و بیان اهداف جلسه، پرسش در مورد مشکلات و شفاف سازی مباحث مطرح شده در جلسات، حمایت گری.
هفتم	شناسایی و تمرکز عاطفی	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف و بیان اهداف، کشف مراجع به درک و شناخت جدیدش و احساس کنونی مشترک بین مراجع و درمانگر در هر لحظه از جلسه
هشتم	ذهنی سازی ارتباط و خلاصه و نتیجه گیری	جمع بندی و بازبینی، نتیجه گیری و به اتمام رساندن جلسه

یافته ها

تعداد ۴۵ نفر از مادران در سه گروه ۱۵ نفری مشارکت داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی مادران گروه درمان ذهنی آگاهی مبتنی بر شفقت (۳۴/۳۱±۶/۶۵)، گروه درمان ذهنی سازی (۳۵/۰۹±۷/۷۱) و گروه کنترل (۳۶/۷۱±۶/۴۵) بر حسب سال همگن بود. از لحاظ مدرک تحصیلی در گروه درمان ذهنی آگاهی زیر دیپلم ۷ نفر (۴۶/۶۰ درصد)، دیپلم ۴ نفر (۲۷/۷۰ درصد) و دانشگاهی ۴ نفر (۲۷/۷۰ درصد)؛ در گروه درمان ذهنی سازی زیر دیپلم ۶ نفر (۴۰ درصد)، دیپلم ۵ نفر (۳۳/۳۰ درصد) و دانشگاهی ۴ نفر (۲۷/۷۰ درصد) و در گروه کنترل زیر دیپلم ۴ نفر (۲۷/۷۰ درصد)، دیپلم ۶ نفر (۴۰/۰۰ درصد) و دانشگاهی ۵ نفر (۳۳/۳۰ درصد) بودند. از لحاظ سن کودک نیز در گروه درمان ذهنی آگاهی کودکان ۷ سال ۶ نفر (۴۰ درصد)، ۸ سال ۲ نفر (۱۳/۳۰ درصد)، کودکان ۹ سال ۳ نفر (۲۰ درصد) و کودکان ۱۰ سال ۲ نفر (۱۳/۳۰ درصد) و کودکان ۱۲ سال ۲ نفر (۱۳/۳۰ درصد)، در گروه درمان ذهنی سازی کودکان ۷ سال ۵ نفر (۳۳/۴۰ درصد)، ۸ سال ۱ نفر (۶/۷۰ درصد)، ۹ سال ۲ نفر (۱۳/۳۰ درصد)، ۱۰ سال ۲ نفر (۱۳/۳۰ درصد)، ۱۱ سال ۲ نفر (۱۳/۳۰ درصد) و کودکان ۱۲ سال ۳ نفر (۲۰/۰۰ درصد)، در گروه کنترل نیز کودکان ۷ سال ۶ نفر (۴۰/۰۰ درصد)، ۸ سال ۲ نفر (۱۳/۳۰ درصد)، ۹ سال ۳ نفر (۲۰/۰۰ درصد)، ۱۰ سال ۱ نفر (۶/۷۰ درصد)، ۱۱ سال ۲ نفر (۱۳/۳۰ درصد) و کودکان ۱۲ سال ۲ نفر (۱۳/۳۰ درصد) بود.

مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت و ذهنی سازی بر احساس شرم مادران کودکان با نارسایی هوشی آموزش پذیر شهر فارس
Comparing of the effectiveness of compassion-based mindfulness therapy and mentalization on the feelings of shame ...

جدول ۳. شاخص های توصیفی احساس شرم درونی

متغیر	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون شاپیرو و ویلک
				آماره	معنی داری
احساس شرم درونی شده	پیش آزمون	درمان ذهنی سازی	۸۰/۲۰	۷/۰۹	۰/۱۶
	پس آزمون	درمان ذهن آگاهی	۷۷/۸۷	۶/۸۵	۰/۲۲
		کنترل	۷۲/۸۰	۱۸/۷۲	۰/۱۰
		درمان ذهنی سازی	۴۳/۲۷	۵/۲۱	۰/۲۴
	پیگیری	درمان ذهن آگاهی	۵۳/۸۰	۶/۲۳	۰/۱۳
		کنترل	۷۹/۰۰	۷/۱۱	۰/۱۸
		درمان ذهنی سازی	۴۶/۲۷	۶/۸۰	۰/۱۵
		درمان ذهن آگاهی	۵۲/۶۰	۵/۱۹	۰/۱۲
		کنترل	۷۹/۰۷	۳/۹۷	۰/۱۹

نتایج حاصل از جدول ۴ نشان داد که احساس شرم درونی شده در هر دو گروه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت و درمان ذهنی سازی پس از مداخله و در مرحله پس آزمون کاهش داشته که این میزان برای درمان ذهنی سازی بیشتر از درمان ذهن آگاهی بود. در دوره پیگیری نیز میزان تغییرات نسبت به مرحله پس آزمون قابل ملاحظه نبود. در گروه کنترل نیز در زمان های مختلف روند ثابتی مشاهده شد. آزمون شاپیرو و ویلک نیز بر اساس زمان های مختلف و به تفکیک گروه ها نشان از نرمال بودن داده ها داشت ($P\text{-value} < 0/05$). جهت بررسی همگونی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد که میزان آن برای پیش آزمون ($P\text{-value} = 0/250$)، پس آزمون ($P\text{-value} = 0/062$) و پیگیری ($P\text{-value} = 0/123$) حاصل شد که تخطی از همگونی واریانس ها دیده نشد. نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس ها در حالت چند متغیره برقرار بود ($P\text{-value} = 0/211$). آزمون کرویت موخلی نیز برای احساس شرم ($P\text{-value} = 0/016$)، $P\text{-value} = 0/069$ و χ^2 و معنی دار به دست آمد که بیانگر وجود تفاوت بین کواریانس ها است و بدین ترتیب برای گزارش اثرات درون آزمودنی از آزمون اصلاح شده گرین هاوس - گیسر در جدول ۴ استفاده شد.

جدول ۴. روش های مختلف تک متغیره برای بررسی زمان احساس شرم درونی شده

آزمون	میانگین مربعات	درجه آزادی	مقدار F	سطح معنی داری	توان آماری	ضریب مجذور اتا
گرین هاوس گریزر	۵۹۹۶/۸۳	۲/۴۹۰	۵۵/۲۷	$< 0/001$	۱	۰/۷۲۵
هیون فیلد	۵۶۳۲/۲۰	۲/۴۵				
تصحیح اپسلون	۷۴۶۵/۱۱	۱				

برای احساس شرم در روند زمانی روش تصحیح گرین هاوس گریزر، هیون فیلد و تصحیح اپسلون تفاوت معنی داری را بین زمانها نشان داد، از این رو می توان نتیجه گرفت که احساس شرم درونی شده در طول زمان تفاوت معنی داری را در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ داشت ($P\text{-value} < 0/001$). برای بررسی دقیق تر روند تغییرات درون گروهی و بین گروهی و اثر متقابل آنها نتایج تحلیل اندازه های تکراری برای آنها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل اندازه گیری های مکرر برای احساس شرم درونی در سه مرحله اندازه گیری و سه گروه

متغیر	منبع تغییرات	میانگین مربعات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
احساس شرم	زمان	۷۴۶۵/۱۱	۱	۷۴۶۵/۱۱	۲۶/۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۶۸	۱
درونی شده	زمان*گروه	۳۵۶۹/۸۲	۲	۱۷۸۴/۹۱	۱۸/۷۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۹۸	۱
	خطا	۲۸۷۴/۳۹	۴۲	۶۸/۴۳	---	---	---	---
	بین گروهی	۳۷۸۱/۵۶	۲	۱۸۹۰/۷۸	۱۶/۰۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۷۷	۰/۹۹۹

نتایج آزمون اندازه گیری های مکرر نشان می دهد که برای احساس شرم درونی شده در بین گروه ها تفاوت معنی داری در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ وجود داشت و این تفاوت دارای اندازه اثر شدیدی بود ($P\text{-value} < 0/001$ ، $\eta^2 = 0/09$). این تفاوت برای اختلاف زمان ها ($P\text{-value} < 0/001$ ، $F = 26/11$ ، $\eta^2 = 0/56$) نیز دیده شد. جهت بررسی مقایسه های زوجی زمان ها و گروه های مربوط به احساس شرم درونی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه تغییرات درون گروهی و بین گروهی احساس شرم درونی در مراحل سنجش

منبع تغییرات	رده	اختلاف میانگین	سطح معنی داری
پیش آزمون	پس آزمون	۲۴/۳۶	<۰/۰۰۱
پیش آزمون	پیگیری	۲۳/۰۹	<۰/۰۰۱
پس آزمون	پیگیری	۳/۷۸	۰/۴۲
گروه ذهنی سازی	گروه ذهن آگاهی	۴/۸۴	۰/۰۱۶
گروه ذهنی سازی	کنترل	۱۷/۰۴	<۰/۰۰۱
گروه ذهن آگاهی	کنترل	۱۲/۲۰	<۰/۰۰۱

بر اساس نتایج به دست آمده از آزمون بونفرونی میزان کاهش احساس شرم درونی در زمان ها بین پیش آزمون با پس آزمون ($P\text{-value} < 0/001$) مشاهده کرد. اختلاف بین پیش آزمون و پیگیری کاهش احساس شرم درونی در دوره پیگیری نسبت به پیش آزمون و معنی دار بودن اختلاف آنها را نشان داد ($P\text{-value} < 0/001$ ، $MD = 23/09$). اختلاف بین پس آزمون و پیگیری نشان داد هرچند بین این دو مرحله تفاوت وجود دارد ولی این اختلاف معنی دار نیست ($P\text{-value} = 0/42$ ، $MD = 3/78$). در اختلاف بین گروه ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت با گروه کنترل کمتر بودن احساس شرم درونی در گروه ذهن آگاهی را نشان داد ($P\text{-value} < 0/001$ ، $MD = 17/04$). کمتر بودن میزان کاهش احساس شرم درونی برای گروه درمان ذهنی سازی در مقابل گروه کنترل نیز برقرار بود ($P\text{-value} < 0/001$ ، $MD = 12/20$). اختلاف بین درمان ذهن آگاهی با درمان ذهنی سازی نیز به سود درمان ذهن سازی بود ($P\text{-value} = 0/016$ ، $MD = 4/84$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت و ذهنی سازی بر احساس شرم مادران کودکان با نارسایی هوشی آموزش پذیر شهرستان فارس انجام شد. یافته اول نشان داد که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت بر کاهش احساس شرم درونی مادران کودکان با نارسایی هوشی آموزش پذیر موثر بود. این یافته با نتایج پژوهش های یوسفی سیاهکچوچه و همکاران (۱۴۰۳)، اورن-شوارتز و همکاران (۲۰۲۳)، استاینز و همکاران (۲۰۲۲) و چن و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین این یافته می توان گفت، ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت با استفاده از ساختار و محتوای مداخلات موج سوم که مبتنی بر ذهن آگاهی و شفقت هستند، عمدتاً روی کاهش واکنش پذیری هیجانی نسبت به هیجانات دشوار استوار است (استاینز و همکاران، ۲۰۲۲). در واقع، مداخلات ذهن آگاهی و شفقت این فرصت را برای افراد فراهم می کنند تا با استفاده از مهارت های ذهن آگاهی، استعاره ها و تمثیل های مناسب در جهت افزایش شفقت و

پذیرش نسبت به خود، قابلیت های رفتاری خود را به منظور خودکنترلی به عنوان یک روش خودکارآمدی توسعه دهند (دمیر و همکاران، ۲۰۲۴). به بیان دیگر، افراد خود - نظم بخشی را در خود بهبود می بخشند و روی منابع درونی سلامت و یکپارچگی و مشاهده انفعالی حالت های درونی خود تمرکز می کنند. بدین ترتیب، افراد یاد می گیرند که چگونه با شرم به عنوان یک هیجان خودآگاه روبه رو شوند و چگونه نشخوارهای ذهنی خود را که منجر به ایجاد تجربه هیجان شرم می شود و متقابلاً هیجان شرم را تشدید می نماید، مدیریت نمایند (آورن شوارتز و همکاران، ۲۰۲۳). در واقع، درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت از یک سو با استفاده از ظرفیت های ذهن آگاهی باعث ایجاد زمینه پذیرش افکار منفی و احساسات دشواری مانند شرم می شود و از سوی دیگر با استفاده از ظرفیت های شفقت موجب می شود که افراد با خودشان مهربان تر باشند، مشکلات و کاستی های خود را بپذیرند و دست از انتقاد کردن بی رحمانه و ناعادلانه که زمینه بروز احساس گناه و شرم را ایجاد می کند، بردارند (چن و همکاران، ۲۰۲۴). ضمن اینکه مداخلات ذهن آگاهی و شفقت از طریق اصلاح چرخه های شناخت - هیجان - رفتار توانستند واکنش های هیجانی و رفتاری سالم تری را ایجاد نمایند (دمیر و همکاران، ۲۰۲۴)؛ در واقع، مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و شفقت با تکیه بر حلقه های حسی - هیجانی موجب شد، مادران از طریق بازآرایی مثبت فاجعه سازی ذهنی را کاهش دهند و بدین ترتیب بازآرایی مثبت، ذهن آگاهی و شفقت به صورت متوالی و متقابل باعث ارتقاء و بهبود یکدیگر شده و پویایی های مربوط به یک مارپیچ روبه بالا^۱ را به وجود آوردند که نقطه مقابل مارپیچ روبه پایین که موجب ایجاد نشخوار ذهنی و بروز هیجانات خودآگاه مانند شرم می شود، عمل کرد (استاینز و همکاران، ۲۰۲۲).

یافته دوم پژوهش مبین آن بود که درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر کاهش احساس شرم درونی مادران کودکان با نارسایی هوشی آموزش پذیر موثر بود. این یافته با نتایج پژوهش های شهبازی و همکاران (۱۳۹۹)، عباسی و خادملو (۱۳۹۷)، استاینز و همکاران (۲۰۲۲) و شولتز - ونرات (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته می توان گفت، ارائه درمان ذهنی سازی باعث بهبود دلبستگی و پیوند بین مادر و کودک می شود و از این طریق، احساس شرم که ناشی از مقصر بودن و ناقص بودن خود و در نتیجه ایجاد تناقض دوری - نزدیکی با کودک شده بود، بهبود می یابد (بیتمن و فونگی، ۲۰۲۰). در واقع، بر اساس، سه مرحله مهم درمان ذهنی سازی، در مرحله اول مراجع نسبت به مشکل اصلی خود که داشتن فرزند دارای نارسایی هوشی است، درگیر شد. در مرحله دوم یا میانی ظرفیت ذهنی سازی مادران تحریک شد که این موضوع موجب بهبود برانگیختگی عاطفی و روابط دلبستگی شد. در نهایت، مادران آنچه را در خلال جلسات درمان دریافت کرده بودند به سطح هوشیاری خود آوردند که این موضوع به نوبه خود موجب بهبود عزت نفس و کمرویی و در نهایت تعدیل احساس شرم درونی در آنها شد (ساندرگارد و همکاران، ۲۰۲۳). بدین ترتیب، دو انگیزه اصلی که برای ایجاد شرم لازم هستند محافظت کردن از خود و دیگری برای برگرداندن خود تهدید شده به حالت اول اصلاح شد و به جای آن خودانگاره مثبت که آسیب دیده بود، ترمیم شد و در نهایت عزت نفس مادران بهبود پیدا کرده و راحت تر توانستند با دیگران ارتباط برقرار نمایند که خود این موضوع بهبود کمرویی را به دنبال داشت (هاجک گراس^۲ و همکاران، ۲۰۲۴)، در نهایت نیز احساس شرم درونی شده مادران در اثر بهبود عزت نفس و کمرویی کاهش پیدا کرد (متاویا، ۲۰۲۴).

از سوی دیگر، نتیجه پژوهش بیانگر آن بود که روش درمان ذهنی سازی نسبت به درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت روی کاهش احساس شرم درونی تاثیر بالاتری داشت. هرچند محقق تا زمان انجام پژوهش، به مطالعات چندانی که طی آن دو روش ذهن آگاهی و شفقت با روش ذهنی سازی مقایسه شده باشد دست پیدا نکرد؛ ولی در مطالعاتی که هر کدام از دو روش فوق با سایر شیوه های مداخله مورد مقایسه قرار گرفته اند، مشخص شده که اثربخشی آنها کم و بیش در حد روش های دیگر است (لوتانو و همکاران، ۲۰۲۴؛ دارابی و همکاران، ۱۴۰۲). با این حال، به نظر می رسد روش مداخله ذهنی سازی به دلیل تمرکز روی جنبه های تحولی احساس شرم و همچنین ایجاد ظرفیت لازم برای کنار آمدن با شرم، بهتر توانسته است روی کاهش احساس شرم موثر واقع شود. البته ذکر این نکته لازم است که در مطالعات قبلی مشخص شده که درمان های پایین - بالا روی تنظیم هیجانات دشوار موثرتر از درمان های بالا - پایین عمل می کنند (اسپری، ۲۰۱۶). ولی از آنجا که احساس شرم یک هیجان خودآگاه است و نه ناخودآگاه، و از طرفی مادران این احساس را از زمان به دنیا آوردن فرزند با نارسایی هوشی تجربه کردند و نه لزوماً از ابتدای دوره کودکی خود، لذا به نظر می رسد که درمان ذهنی سازی با مکانیزم اثر بالا - پایین خود، توانسته ظرفیت لازم برای دلبستگی امن تر با کودک را فراهم نماید و در نهایت اثر بیشتری روی این گروه از مادران به جای بگذارد.

در مجموع می‌توان گفت درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت به مادران یاد داد که واکنش‌پذیری هیجانی خود را نسبت به هیجانات دشوار و از جمله احساس شرم درونی کاهش دهند. مداخلات ذهن‌آگاهی و شفقت از طریق ارائه مهارت‌های ذهن‌آگاهی، استعاره‌ها و تمثیل‌های مناسب به مادران کمک کرد که خودشان را در زمان حال قرار دهند، از نشخوارهای ذهنی گذشته‌نگر و آینده‌نگر که بیشتر وقت آنها را تلف می‌کند، رها شوند. ضمن اینکه یاد گرفتند که چگونه نسبت به خود مشفقانه‌تر رفتار کنند و از این طریق با استفاده از توانمندی‌های رفتاری خود، مادر مناسب‌تر و به اندازه کافی خوبی برای فرزندان‌شان باشند. از سوی دیگر، درمان ذهنی‌سازی از طریق ایجاد بهبود در دلبستگی و پیوند بین مادر و کودک، باعث شد که مادران از احساس شرم درونی که ناشی از تصور ناقص بودن خود داشتند و باعث می‌شد که درگیر تناقض دوری - نزدیکی با فرزندشان شوند، رهایی یابند. بنابراین این دو روش مداخله با دو مکانیزم اثر متفاوت توانستند احساس شرم درونی مادران دارای کودک با نارسایی هوشی آموزش‌پذیر را کاهش دهند.

استفاده از طرح نیمه‌آزمایشی مهمترین محدودیت پژوهش حاضر بود، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی استفاده شود تا امکان تعمیم‌دهی نتایج افزایش پیدا کند. همچنین این پژوهش در نمونه‌ای از مادران دارای کودک با نارسایی هوشی آموزش‌پذیر شهرستان فارس انجام شد، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از پدران و سایر شهرستان‌ها و جوامع بزرگ‌تر نیز نمونه‌گیری انجام شود. از سوی دیگر، روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به روش هدفمند انجام شد، لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از روش‌های تصادفی استفاده شود. در حوزه کاربردی اجرای آموزش تنظیم هیجان و شفقت به خود به منظور بهبود کارکرد اجتماعی برای نوجوانان بزهکار پیشنهاد می‌شود.

منابع

- حیدری ترکمانی، ر. (۱۴۰۱). رابطه بین شفقت به خود با تاب‌آوری و کیفیت رابطه مادر کودک در مادران دارای کودکان با کم‌توانی‌های ذهنی تحولی: نقش میانجی ظرفیت ذهنی‌سازی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. دانشگاه تبریز: دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
<https://doi.org/10.22055/jacp.2024.45235.1326>
- دارابی، م.، معنوی‌پور، د.، و محمدی، الف. (۱۴۰۲). اثربخشی برنامه مبتنی بر ذهن‌سازی و ذهن‌آگاهی (مادر و کودک) در مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان دبستانی. خانواده درمانی کاربردی، ۴(۱)، ۱۳۳-۱۱۵.
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.27172430.1402.4.1.6.1>
- شهبازی، ج.، خدابخشی کولایی، الف.، داوودی، ح.، و حیدری، ح. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی الگوی شفقت به خود متمرکز بر ذهن‌آگاهی و درمان دلبستگی محور بر احساس شرم نوجوانان پسر با آمادگی به اعتیاد. پرستاری کودکان، ۷(۱)، ۲۲-۱۲.
<https://civilica.com/doc/1358251>
- عباسی، ر.، و خادم‌لو، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر طرح‌واره نقص/شرم، نشخوار ذهنی و انزوای اجتماعی زنان کمال‌گرا. مطالعات روان‌شناختی، ۱۴(۱)، ۱۴۴-۱۲۸.
<https://doi.org/10.22051/psy.2018.13131.1304>
- عسگری‌زاده، الف.، و قنبری، س. (۱۴۰۱). تحلیلی بر استعداد شرم از منظر نظریه‌های دلبستگی و ذهنی‌سازی. نشریه علمی رویش روان‌شناسی، ۱۱(۳)، ۱۱۴-۱۰۱.
<http://frooyesh.ir/article-1-3369-fa.htm>
- همت‌یار، الف.، آقاییوسفی، ع. ر.، آقایی، ح.، و طباطبایی، س. م. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تجربه شرم بیرونی و درونی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. فصلنامه پژوهش‌های نوین در روان‌شناسی، ۷۵، ۱-۱۰.
https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18570.html?lang=en
- یوسفی سیاهکوجه، ع.، نریمانی، م.، و حاجلو، ن. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شفقت به خود ذهن‌آگاه بر پریشانی روان‌شناختی و کیفیت خواب زنان شاغل مبتلا به سردرد میگرنی. نشریه علمی رویش روان‌شناسی، ۱۳(۵)، ۴۵-۳۴.
<http://frooyesh.ir/article-1-5220-fa.html>
- American Psychiatric Association. (APA) (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V) (5th edn TR, text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
<https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Asen, E., Fonagy, P. (2021). *Mentalization-based treatment with families*. New York: Guilford Press.
<https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9781615370887>
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2020). Mentalization-based treatment for BPD. In *Borderline Personality Disorder* (pp. 187-201). Routledge.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1002%2Fj.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Cannavò, M., Cella, S., Gullo, J., Barberis, N. (2024). Self-compassion and body shame: Observing different pathways from body surveillance to eating disorders symptoms. *Journal of Affective Disorders Reports*, 17, 100816.
<https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100816>

مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت و ذهنی سازی بر احساس شرم مادران کودکان با نارسایی هوشی آموزش پذیر شهر فارسان
Comparing of the effectiveness of compassion-based mindfulness therapy and mentalization on the feelings of shame ...

- Chen, D., Wang, P., Liu, L., Wu, X., & Wang, W. (2024). Mindfulness affected post-traumatic stress symptoms and posttraumatic growth: Adaptive and maladaptive sides through trauma-related shame and guilt. *PsyCh Journal*, 12, 1-12. <https://doi.org/10.1002/pchj.798>
- Chen, Y., Liu, R., Xiao, J., Wang, Y., Yang, Y., Fan, H., Li, D., Xu, Ch., Yan, X., Chen, M., Peng, L., Li, M. (2024). Effects of online mindful self-compassion intervention on negative body image in breast cancer patients: A randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 72, 102664. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102664>.
- Demir, V., Eryürek, S., & Savaş, E. (2024). The effect of mindfulness-based art therapy on psychological symptoms and happiness levels in patients with migraine: a pilot study. *Current Psychology*, 3, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05634-0>.
- Dizdarevic, A., Memisevic, H., Osmanovic, A., & Mujezinovic, A. (2022). Family quality of life: perceptions of parents of children with developmental disabilities in Bosnia and Herzegovina. *International Journal of Developmental Disabilities*, 68(3), 274-280. <https://doi.org/10.1080%2F20473869.2020.1756114>.
- Dolezal, L. (2024). Shame. In *The Routledge Handbook of Contemporary Existentialism* (pp. 220-227). Routledge.
- Germer, C., & Neff, K. (2019). Mindful self-compassion (MSC). In *handbook of mindfulness-based programmes* (pp. 357-367). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315265438-28>.
- Ghinassi, S., Fioravanti, G., & Casale, S. (2025). The role of parental overcontrol in psychological distress of vulnerable narcissists: The burden of shame. *Personality and Individual Differences*, 232, 112848. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2024.112848>
- Gilbert, P., & Simos, G. (2022). *Compassion focused therapy: clinical practice and applications*. New York: Routledge. <http://dx.doi.org/10.4324/9781003035879>.
- Hajek Gross, C., Oehlke, S. M., Prillinger, K., Goreis, A., Plener, P. L., & Kothgassner, O. D. (2024). Efficacy of mentalization-based therapy in treating self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 54(2), 317-337. <https://doi.org/10.1111/sltb.13044>
- Ioannou, A., Lycett, M., & Marshan, A. (2024). The role of mindfulness in mitigating the negative consequences of technostress. *Information Systems Frontiers*, 26(2), 523-549. <https://doi.org/10.1007/s10796-021-10239-0>
- Joyce, A. (2024). A settings and systems approach to promoting the health and wellbeing of people with an intellectual disability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(4), 409. <https://doi.org/10.3390/ijerph21040409>
- Metawea, M. (2024). The effectiveness of the mentalization based therapy on borderline personality disorder and emotion regulation. *Difficulties among under Achievers Student*, 77, 2067-2121. <https://doi.org/10.1002%2Fj.2051-5545.2010.tb00255.x>.
- Neta, N., & Haas, I. (2019). *Emotion in the mind and body*. New York: Springer International Publishing. <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-27473-3>.
- Oren-Schwartz, R., Aizik-Reeb, A., Yuval, K., Hadash, Y., & Bernstein, A. (2023). Effect of mindfulness-based trauma recovery for refugees on shame and guilt in trauma recovery among African asylum-seekers. *Emotion*, 23(3), 622-632. <https://doi.org/10.1037/emo0001126>.
- Pavlova, A., Paine, S. J., Tuato, A., Consedine, N. S. (2024). Healthcare compassion interventions co-design and feasibility inquiry with clinicians and healthcare leaders in Aotearoa/New Zealand. *Social Science & Medicine*, 360, 117327. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117327>.
- Riebel, M., Krasny-Pacini, A., Manolov, R., Rohmer, O., & Weiner, L. (2024). Compassion focused therapy for self-stigma and shame in autism: a single case pre-experimental study. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1281428. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1281428>
- Scambler, G. (2020). *A sociology of shame And blame*. New York: Springer. <http://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-030-23143-9.pdf>
- Schultz-Venrath, U. (2021). *Mentalizing shame, shamelessness and Fremdscham (shame by proxy) in groups*. In *Shame Matters*. Routledge. <http://dx.doi.org/10.4324/9781003175612-7>.
- Søndergaard, A. A., Juul, S., Poulsen, S., & Simonsen, S. (2023). Mentalizing the therapist – Therapist experiences with short-term mentalization-based therapy for borderline personality disorder: A qualitative study, 14, 1088865. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1088865>.
- Sperry, L. (2016). *Handbook of diagnosis and treatment of DSM-5 Personality disorder: Assessment, case conceptualization, and treatment*. New York: Routledge.
- Stynes, G., Leão, C. S., & McHugh, L. (2022). Exploring the effectiveness of mindfulness-based and third wave interventions in addressing self-stigma, shame and their impacts on psychosocial functioning: a systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 23, 174-189. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jcbs.2022.01.006>.
- Weitzl, W. J., Hutzinger, C., & Wagner, U. (2024). I am ashamed of my brand-self! Consumer-brand identification as a moderator of emotional reactions following symbol-laden brand failures. *Journal of Product & Brand Management*, 33(1), 1-13. <https://doi.org/10.1108/JPBm-02-2022-3853>
- Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. (2019). Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 10, 979-995. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1037-6>
- Zhang, L. J., & Fathi, J. (2024). The mediating role of mindfulness and emotion regulation in the relationship between teacher self-compassion and work engagement among EFL teachers: A serial mediation model. *System*, 125, 103433. <http://dx.doi.org/10.1016/j.system.2024.103433>.
- Zipfel, S., Lutz, W., Schneider, S., Schramm, E., Delgadillo, J., & Giel, K. E. (2024). The future of enhanced psychotherapy: towards precision psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 93(4), 230-236. <https://doi.org/10.1159/000539022>