رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۱، شماره پیاپی ۱۰۶، فروردین ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(1), 2025

مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت و ذهنی‌سازی بر احساس شرم مادران کودکان با نارسایی هوشی آموزش‌پذیر شهر فارسان

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

فاطمه کافی‌نیا
دانشجوی دکترا روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران.
طیبه شریفی (نویسنده مسئول)
استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران.
احمد غضنفری
دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، شهر کرد، ایران.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت و ذهنی‌سازی بر احساس شرم مادران کودکان با نارسایی هوشی آموزش‌پذیر شهرستان فارسان انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعهٔ آماری شامل مادران کودکان با نارسایی هوشی آموزش‌پذیر شهرستان فارسان در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر از آنها انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه احساس شرم درونی‌شده (ISS؛ کوک، ۱۹۸۷) و مصاحبهٔ بالینی (CI، انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۲۲) بود. گروه آزمایش اول تعداد ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت و گروه آزمایش دوم ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان ذهنی‌سازی را دریافت کردند. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. نتایج نشان داد که پیش‌آزمون احساس شرم با نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشت (P<۰/۰۱). همچنین نتایج دلالت بر این داشت که هر دو درمان نسبت به گروه کنترل تغییرات معناداری در احساس شرم ایجاد کردند (P<۰/۰۱)؛ ضمن اینکه مشخص شد درمان ذهنی‌سازی نسبت به درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت در طول زمان تفاوت معنی‌دار بیشتری ایجاد کرد (P<۰/۰۵). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که هر دو درمان و به خصوص درمان ذهنی‌سازی روش درمانی کارآمدی در بهبود احساس شرم است.

واژه‌های کلیدی: *ذهنی‌سازی، ذهن‌آگاهی، احساس شرم، نارسایی هوشی.*

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 Pschology, Faculty of Humanities Science, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.
Ta.Sharifi@iau.ac.ir
Ahmad Ghazanfari
Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanitiea Science, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

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.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : شهریور ۱۴۰۳** **پذیرش: آذر ۱۴۰۳** **ویرایش نهایی: فروردین ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-08-02]

مقدمه

کودکانی که دارای چالش‌های رشدی و نیازهای یادگیری ویژه هستند، گروه قابل توجهی از جمعیت جامعه را تشکیل می‌دهند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[1]، ۲۰۲۲)؛ لذا ضرورت دارد که نظام‌های 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 ناتوان‌کننده‌ای مواجه‌اند و از سوی دیگر، وجود چنین کودکانی، می‌تواند سلامت روان سایر اعضای خانواده را نیز تحت تاثیر منفی قرار دهد (جویس[2]، ۲۰۲۴). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد، تولد کودک با ناتوانی‌های ذهنی و جسمی باعث ایجاد احساس ناامیدی و ناکامی و سایر هیجانات دشوار در والدین می‌شود (حیدری ترکمانی، ۱۴۰۱). والدین از اینکه یک موجود نیازمند و معلول به دنیا آورده‌اند که مورد انتظارشان نبوده، درگیر احساسات ناخودآگاه مانند خشم و اضطراب و خودآگاه مانند احساس گناه و شرم می‌شوند (دیزداریویچ[3] و همکاران، ۲۰۲۲). احساس شرم یکی از هیجانات خودآگاه به حساب می‌آید که با روابط بین‌فردی پیوند خورده و می‌تواند تحت تأثیر افراد مهم زندگی به خصوص والدین به وجود آید (دولزل[4]، ۲۰۲۴).

شرم هیجان بسیار قدرتمندی است که با احساس حقارت، احساس بی‌ارزشی و خود انگارهٔ آسیب‌دیده ارتباط تنگاتنگی دارد (ویتزل[5] و همکاران، ۲۰۲۴؛ کاناوو[6] و همکاران، ۲۰۲۴). شرم بعد از تخلف معیارهای مرتبط با اصول اخلاقی و عملکرد شایسته پدیدار می‌شود (قیناسی[7] و همکاران، ۲۰۲۵؛ عسگری‌زاده و قنبری، ۱۴۰۱). به عنوان مثال، رفتار کردن به طور نامناسب به هنگام مستی، خندیدن به یک جوک به هنگام مراسم تدفین غم‌انگیز، یا جریحه‌دار کردن احساسات دیگران، تخلفات اخلاقی به حساب می‌آیند (اسکامبلر[8]، ۲۰۲۰). کما اینکه به دنیا آوردن یک نوزاد معلول نیز می‌تواند به عنوان یک شکست و عدم به انجام رساندن شایسته یک کار، موجب ایجاد شرم شود (نتا و هیس[9]، 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 ذهن‌آگاهی (چن[10] و همکاران، ۲۰۲۴؛ ریبل[11] و همکاران، ۲۰۲۴) و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (همت‌یار و همکاران، ۱۴۰۳؛ عباسی و خادملو، ۱۳۹۷) روی تعدیل احساس شرم و مولفه‌های وابسته به آن موثرند. به نظر می‌رسد درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت[12] و درمان ذهنی‌سازی[13] که در پژوهش حاضر مورد مقایسه قرار گرفته‌اند، به واسطهٔ ساختار و محتوای مناسب خود از ظرفیت لازم برای تعدیل شرم مادران دارای کودک ناتوان برخوردارند.

در شیوه درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت به عنوان یک روش یکپارچه، سعی می‌شود به صورت همزمان از مداخلات ذهن‌آگاهی و شفقت‌درمانی استفاده شود (ویلسون[14]و همکاران، ۲۰۱۹؛ پاولوا[15] و همکاران، ۲۰۲۴). به همین دلیل، کاربرد این شیوه مداخله روی مشکلات هیجانی و روان‌شناختی روبه افزایش است (چن[16] و همکاران، ۲۰۲۴). در واقع، درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت یا شفقت مبتنی بر ذهن‌آگاهی روی مفاهیمی از قبیل توجه کردن نسبت به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و بدون قضاوت تاکید دارد (گیلبرت و سیمونز[17]، ۲۰۲۲؛ دمیر[18] و همکاران، ۲۰۲۴). داشتن ذهن‌آگاهی و شفقت نسبت به خود، باعث می‌شود که افراد یاد بگیرند که از احساسات دردناک‌شان اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند (گرمر و نف[19]، ۲۰۱۹). از این شیوهٔ درمان در موقعیت‌های بالینی و همچنین موقعیت‌هایی که افراد در شرایط سخت قرار می‌گیرند 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-08-02]

(استاینز[1] و همکاران، ۲۰۲۲؛ ژانگ و فتحی[2]، ۲۰۲۴؛ یوسفی سیاهکوچه و همکاران، ۱۴۰۳). از جمله، اُورن- شوارتز [3] 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 پویشی است که توسط بیتمن و فوناگی[4] (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[5]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[6]، ۲۰۲۱؛ متاویا[7]، 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[8]، 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[9] و همکاران، ۲۰۲۴). یافته‌های اخیر علوم اعصاب، بیان‌گر آن است که مداخلات روان‌شناختی با دو راهبرد متفاوت «بالا ـ زیر[10]» یا «زیر ـ بالا[11]» روی اختلالات و مشکلات روان‌شناختی تاثیر می‌گذارند (اسپری[12]، ۲۰۱۶). درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت به عنوان یک روش وابسته به موج سوم رفتاردرمانی یک درمان زیر ـ 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 ـ 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 پیش آزمون_ پس آزمون 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 فارسان مشغول به تحصیل بودند. بدین ترتیب با استفاده از شیوه نمونه‌گیری هدفمند و با انجام مصاحبهٔ 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. Metawea
8. Schultz-Venrath
9. Zipfel
10. top-down
11 .bottom-up
12.Sperry

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-08-02]

۷۰ در مقیاس شرم درونی شده، تحصیل فرزند در مدارس اشتنایی، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل به منظور توانایی استفاده مناسب از جلسات درمان، رضایت‌نامه کتبی یا حداقل شفاهی برای شرکت در پژوهش، عدم وجود اختلال‌های روان‌پزشکی حاد و مزمن (اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی) و اختلالات شخصیتی شدید بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی توسط روان‌شناس بالینی، توانایی و آمادگی حضور در جلسات درمانی به صورت هفته‌ای یک‌بار به مدت ۸ جلسه، عدم وابستگی و مصرف مواد و الکل. همچنین ملاک‌های خروج عبارت بودند از: دریافت هر گونه آموزش یا مشاوره به صورت هم‌زمان، غیبت بیش از دو جلسه متوالی یا غیرمتوالی، عدم همکاری در انجام تمرین‌ها و تکالیف. در این مطالعه رضایت اگاهانه از افراد دریافت شد و همه افراد نسبت به اهداف پژوهش آگاه بودند، ضمن اینکه هر زمان اراده می‌کردند، می‌توانستند از جریان پژوهش کنارگیری کنند. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۵ استفاده شد که طی آن روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بونفرونی به کار گرفته شدند.

ابزار سنجش

مقیاس شرم درونی شده[1](ISS) : این پرسشنامه توسط کوک[2] (۱۹۸۷) تهیه شد و شامل ۳۰ ماده و دو خرده مقیاس کمرویی (۲۴ ماده) و عزت‌نفس (۶ ماده) می‌باشد. پاسخ به هر ماده این مقیاس به صورت ۵ رتبه‌ای از نوع لیکرتی (هرگز=۰، خیلی کم=۱، گاهی اوقات=۲، اغلب=۳ و همیشه=۴) است؛ سئوالات مربوط به عزت نفس معکوس نمره‌گذاری می‌شوند 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 مقیاس‌های کمرویی و عزت‌نفس را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. ضمن اینکه برای روایی ملاکی هم‌زمان کمرویی و عزت‌نفس نمره‌های 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[3] 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)[4]: برای بررسی و تشخیص عدم وجود اختلال روانی شدید یا اختلال شخصیت و وجود سابقه مصرف مواد از مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲) استفاده شد که توسط دکتری روان‌شناسی صورت گرفت.

برنامه‌های درمانی: به اعضای گروه آزمایش (۱) درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت گروهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس پروتکل گرمر و نف (۲۰۱۹) به صورت گروهی هفته ای یک جلسه به شرح جدول (۱) ارائه شد.

جدول ۱. محتوای جلسات پروتکل درمان ذهن‌آگاهی 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 ذهن‌آگاهی، مقاومت، برخورد با آن	تمرین ذهن‌آگاهی (آرام نشستن) و توضیح مقاومت در ذهن‌آگاهی و برخورد با پریشانی‌ها. تمرین و آموزش ذهن‌آگاهی و شفقت به خود در زندگی، دادن تکلیف خانگی
سوم	تمرین ذهن‌آگاهی، 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 (انگیزه دادن به خود با شفقت)، تکلیف منزل
پنجم	مراقبه ابرازو دریافت شفقت	بررسی تکلیف، مراقبه ابراز و دریافت شفقت، مطالبی در مورد عمیق زندگی کردن، تمرین کلاسی (آرام نشستن، کشف ارزش‌های اصلی خود)، تکلیف

1. The internalized shame Scale (ISS)
2 Cook
3 Rosenberg's Self-Esteem Scale
4 Clinical Interview (CI)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-08-02]

ششم	کناره‌گیری	بررسی تکلیف، آشنایی با کناره‌گیری، تمرین کلاسی کناره‌گیری (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 چالش‌برانگیز،تمرین کلاسی، جمع‌بندی و پس‌آزمون

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

جدول ۲. محتوای جلسات درمان ذهنی‌سازی

جلسه	هدف	محتوای جلسه
اول	ذهنی‌سازی و موضع ذهنی‌سازی	آشنایی اعضا با همدیگر، ایجاد رابطه درمانی، توضیح ابعاد شکل‌گیری و مزایای ذهنی‌سازی، آشنایی با شیوه درمان، بیان اهداف جلسات
دوم	مشکل داشتن در ذهنی‌سازی	مرور جلسه قبل، بیانشاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب، ایرادات در ذهن‌خوانی خود و دیگران، مشکلات تکانشگری و تنظیم هیجان
سوم	ذهنی‌سازی 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 ذهنی‌سازی	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 ذهنی‌سازی	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف خانگی، بیان اهداف جلسه، درمان و آموزش مبتنی بر ذهنی‌سازی، بیان مشخصات و اهداف اختصاصی درمان،
ششم	حمایت و تأیید همدلانه و شفاف‌سازی	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف خانگی و بیان اهداف جلسه، پرسش در مورد مشکلات و شفاف‌سازی 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	ذهنی‌سازی ارتباط و خلاصه و نتیجه‌گیری	جمع‌بندی و بازبینی، نتیجه‌گیری 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 ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت (۶/۶۵±۳۴/۳۱)، گروه درمان ذهنی‌سازی (۷/۷۱±۳۵/۰۹) و گروه کنترل (۶/۴۵±۳۶/۷۱) بر حسب سال همگن بود. از لحاظ مدرک تحصیلی در گروه درمان ذهنی‌آگاهی زیر دیپلم ۷ نفر (۴۶/۶۰ درصد)، دیپلم ۴ نفر (۲۷/۷۰ درصد) و دانشگاهی ۴ نفر (۲۷/۷۰ درصد)؛ در گروه درمان ذهنی‌سازی زیردیپلم 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 ذهن‌آگاهی 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 ذهنی‌سازی 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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-08-02]

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی احساس شرم درونی

متغیر	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون شاپیرو و ویلک	
					آماره	معنی‌داری
احساس شرم درونی‌شده	پیش‌آزمون	درمان ذهنی‌سازی	۸۰/۲۰	۷/۰۹	۰/۱۶	۰/۴۳
		درمان ذهن‌آگاهی	۷۷/۸۷	۶/۸۵	۰/۲۲	۰/۰۸
		کنترل	۷۲/۸۰	۱۸/۷۲	۰/۱۰	۰/۷۱
	پس‌آزمون	درمان ذهنی‌سازی	۴۳/۲۷	۵/۲۱	۰/۲۴	۰/۰۶۵
		درمان ذهن‌آگاهی	۵۳/۸۰	۶/۲۳	۰/۱۳	۰/۵۲
		کنترل	۷۹/۰۰	۷/۱۱	۰/۱۸	۰/۱۱
	پیگیری	درمان ذهنی‌سازی	۴۶/۲۷	۶/۸۰	۰/۱۵	۰/۳۵
		درمان ذهن‌آگاهی	۵۲/۶۰	۵/۱۹	۰/۱۲	۰/۶۶
		کنترل	۷۹/۰۷	۳/۹۷	۰/۱۹	۰/۱۳

نتایج حاصل از جدول ۴ نشان داد که احساس شرم درونی شده در هر دو گروه درمان ذهنی‌آگاهی مبتنی بر شفقت و درمان ذهنی‌سازی پس از مداخله و در مرحلهٔ پس‌آزمون کاهش داشته که این میزان برای درمان ذهنی‌سازی بیشتر از درمان ذهن‌آگاهی بود. در دوره پیگیری نیز میزان تغییرات نسبت به مرحلهٔ پس‌آزمون قابل ملاحظه نبود. در گروه کنترل نیز در زمان‌های مختلف روند ثابتی مشاهده شد. آزمون شاپیرو و ویلک نیز بر اساس زمان‌های مختلف و به تفکیک گروه‌ها نشان از نرمال بودن داده ها داشت (P-value<۰/۰۵). جهت بررسی همگونی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که میزان آن برای پیش‌آزمون (P-value=۰/۲۵۰)، پس‌آزمون (P-value=۰/۰۶۲) و پیگیری (P-value=۰/۱۲۳) حاصل شد که تخطی از همگونی واریانس‌ها دیده نشد. نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چند متغیره برقرار بود (P-value=۰/۲۱۱). آزمون کرویت موخلی نیز برای احساس شرم (P-value=۰/۰۱۶ ، ۸/۶۹= χ^2) و معنی دار به دست آمد که بیانگر وجود تفاوت بین کواریانس‌ها است و بدین ترتیب برای گزارش اثرات درون آزمودنی از آزمون اصلاح شده گرین‌هاوس ـ گیسر در جدول ۴ استفاده شد.

جدول ۴: روش‌های مختلف تک متغیره برای بررسی زمان احساس شرم درونی شده

آزمون	میانگین مربعات	درجه آزادی	مقدار F	سطح معنی‌داری	توان آماری	ضریب مجذور اتا
گرین هاوس گریزر	۵۹۹۶/۸۳	۲/۴۹۰	۵۵/۲۷	<۰/۰۰۱	۱	۰/۷۲۵
هیون فیلد	۵۶۳۲/۲۰	۲/۶۵				
تصحیح اپسلون	۷۴۶۵/۱۱	۱				

برای احساس شرم در روند زمانی روش تصحیح گرین هاوس گریزر، هیون فیلد و تصحیح اپسیلون تفاوت معنی‌داری را بین زمانها نشان داد، از این رو می‌توان نتیجه گرفت که احساس شرم درونی شده در طول زمان تفاوت معنی‌داری را در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ داشت (P-value <۰/۰۰۱). برای بررسی دقیق‌تر روند تغییرات درون‌گروهی و بین‌گروهی و اثر متقابل آنها نتایج تحلیل اندازه‌های تکراری برای آنها درجدول ۵ ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-08-02]

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 مجذورات	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 اندازه‌گیری‌های مکرر نشان می‌دهد که برای احساس شرم درونی شده در بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ وجود داشت و این تفاوت دارای اندازه اثر شدیدی بود (P-value <۰/۰۰۱ ، η^2 =۱۶/۰۹). این تفاوت برای اختلاف زمان‌ها (P-value <۰/۰۰۱ ، F =۲۶/۱۱ ، η^2 =۰/۵۶) نیز دیده شد. جهت بررسی مقایسه‌های زوجی زمان‌ها و گروه‌های مربوط به احساس شرم درونی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که در جدول ۶ ارایه 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 معنی‌داری
زمان	پیش آزمون	پس آزمون	۲۴/۳۶	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۲۳/۰۹	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۳/۷۸	۰/۴۲
گروه	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 زمان‌ها بین پیش آزمون با پس آزمون (P-value <۰/۰۰۱ ، MD =۲۴/۳۶) تفاوت معنی‌داری را نشان داد که بر اساس آن افزایش احساس شرم درونی نسبت به پیش‌آزمون را می‌توان مشاهده کرد. اختلاف بین پیش‌آزمون و پیگیری کاهش احساس شرم درونی در دوره پیگیری نسبت به پیش‌آزمون و معنی‌دار بودن اختلاف آنها را نشان داد (P-value <۰/۰۰۱ ، MD =۲۳/۰۹). اختلاف بین پس‌آزمون و پیگیری نشان داد هرچند بین این دو مرحله تفاوت وجود دارد ولی این اختلاف معنی‌دار نیست (P-value =۰/۴۲ ، MD =۳/۷۸). در اختلاف بین گروه ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت با گروه کنترل کمتر بودن احساس شرم درونی در گروه ذهن‌آگاهی را نشان داد (P-value <۰/۰۰۱ ، MD =۱۷/۰۴). کمتر بودن میزان کاهش احساس شرم درونی برای گروه درمان ذهنی‌سازی در مقابل گروه کنترل نیز برقرار بود (P-value <۰/۰۰۱ ، MD =۱۲/۲۰). اختلاف بین درمان ذهن‌آگاهی با درمان ذهنی‌سازی نیز به سود درمان ذهن‌سازی بود (P-value =۰/۰۱۶ ، MD =۴/۸۴).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت و ذهنی‌سازی بر احساس شرم مادران کودکان با نارسایی هوشی آموزش‌پذیر شهرستان فارسان انجام شد. یافته اول نشان داد که درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت بر کاهش احساس شرم درونی مادران کودکان با نارسایی هوشی آموزش‌پذیر موثر بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های یوسفی سیاهکوچه و همکاران (۱۴۰۳)، اُورن- شوارتز و همکاران (۲۰۲۳)، استاینز و همکاران (۲۰۲۲) و چن و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت با استفاده از ساختار و محتوای مداخلات موج سوم که مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شفقت هستند، عمدتاً روی کاهش واکنش‌پذیری هیجانی نسبت به هیجانات دشوار استوار است (استاینز و همکاران، ۲۰۲۲). در واقع، مداخلات ذهن‌آگاهی و شفقت این فرصت را برای افراد فراهم می‌کنند تا با استفاده از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، استعاره‌ها و تمثیل‌های مناسب در جهت افزایش شفقت و

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-08-02]

پذیرش نسبت به خود، قابلیت‌های رفتاری خود را به منظور خودکنترلی به عنوان یک روش خودکارآمدی توسعه دهند (دمیر و همکاران، ۲۰۲۴). به بیان دیگر، افراد خود ـ نظم‌بخشی را در خود بهبود می‌بخشند و روی منابع درونی سلامت و یکپارچگی و مشاهده انفصالی حالت‌های درونی خود تمرکز می‌کنند. بدین ترتیب، افراد یاد می‌گیرند که چگونه با شرم به عنوان یک هیجان خودآگاه روبه‌رو شوند و چگونه نشخوارهای ذهنی خود را که منجر به ایجاد تجربه هیجان شرم می‌شود و متقابلاً هیجان شرم را تشدید می‌نماید، مدیریت نمایند (اُورن شوارتز و همکاران، ۲۰۲۳). در واقع، درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت از یک سو با استفاده از ظرفیت‌های ذهن‌آگاهی باعث ایجاد زمینه پذیرش افکار منفی و احساسات دشواری مانند شرم می‌شود و از سوی دیگر با استفاده از ظرفیت‌های شفقت موجب می‌شود که افراد با خودشان مهربان‌تر باشند، مشکلات و کاستی‌های خود را بپذیرند و دست از انتقاد کردن بی‌رحمانه و ناعادلانه که زمینه بروز احساس گناه و شرم را ایجاد می‌کند، بردارند (چن و همکاران، ۲۰۲۴). ضمن اینکه مداخلات ذهن‌آگاهی و شفقت از طریق اصلاح چرخه‌های شناخت ـ هیجان ـ رفتار توانستند واکنش‌های هیجانی و رفتاری سالم‌تری را ایجاد نمایند (دمیر و همکاران، ۲۰۲۴)؛ در واقع، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شفقت با تکیه بر حلقه‌های حسی ـ هیجانی موجب شد، مادران از طریق بازارزیابی مثبت فاجعه‌سازی ذهنی را کاهش دهند و بدین ترتیب بازارزیابی مثبت، ذهن‌آگاهی و شفقت به صورت متوالی و متقابل باعث ارتقاء و بهبود یکدیگر شده و پویایی‌های مربوط به یک مارپیچ روبه بالا[1] را به وجود آوردند که نقطهٔ مقابل مارپیچ روبه پایین که موجب ایجاد نشخوار ذهنی و بروز هیجانات خودآگاه مانند شرم می‌شود، عمل کرد (استاینز و همکاران، ۲۰۲۲).

یافته دوم پژوهش مبین آن بود که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کاهش احساس شرم درونی مادران کودکان با نارسایی هوشی آموزش‌پذیر موثر بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های شهبازی و همکاران (۱۳۹۹)، عباسی و خادملو (۱۳۹۷)، استاینز و همکاران (۲۰۲۲) و شولتز- ونرات (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، ارائه درمان ذهنی‌سازی باعث بهبود دلبستگی و پیوند بین مادر و کودک می‌شود و از این طریق، احساس شرم که ناشی از مقصر بودن و ناقص بودن خود و در نتیجه ایجاد تناقض دوری ـ نزدیکی با کودک شده بود، بهبود می‌یابد (بیتمن و فوناگی، ۲۰۲۰). در واقع، بر اساس، سه مرحلهٔ مهم درمان ذهنی‌سازی، در مرحلهٔ اول مراجع نسبت به مشکل اصلی خود که داشتن فرزند دارای نارسایی هوشی است، درگیر شد. در مرحلهٔ دوم یا میانی ظرفیت ذهنی‌سازی 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 نوبهٔ 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 خودانگارهٔ مثبت که آسیب دیده بود، ترمیم شد و در نهایت عزت نفس مادران بهبود پیدا کرده و راحت‌تر توانستند با دیگران ارتباط برقرار نمایند که خود این موضوع بهبود کمرویی را به دنبال داشت (هاجک گراس[2] و همکاران، ۲۰۲۴)، در نهایت نیز احساس شرم درونی شده مادران در اثر بهبود عزت نفس وکمرویی کاهش پیدا کرد (متاویا، ۲۰۲۴).

از سوی دیگر، نتیجه پژوهش بیانگر آن بود که روش درمان ذهن‌سازی نسبت به درمان ذهن‌آگاهی 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 ذهن‌آگاهی و شفقت با روش ذهنی‌سازی مقایسه شده باشد دست پیدا نکرد؛ ولی در مطالعاتی که هر کدام از دو روش فوق با سایر شیوه‌های مداخله مورد مقایسه قرار گرفته‌اند، مشخص شده که اثربخشی آنها کم و بیش در حد روش‌های دیگر است (لوئانو و همکاران، ۲۰۲۴؛ دارابی و همکاران، ۱۴۰۲). با این حال، به نظر می‌رسد روش مداخله ذهن‌سازی به دلیل تمرکز روی جنبه‌های 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 درمان‌های پایین ـ بالا روی تنظیم هیجانات دشوار موثرتر از درمان‌های بالا ـ پایین عمل می‌کنند (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 می‌رسد که درمان ذهنی‌سازی با مکانیزم اثر بالا ـ پایین خود، توانسته ظرفیت لازم برای دلبستگی امن‌تر با کودک را فراهم نماید و در نهایت اثر بیشتری روی این گروه از مادران به جای بگذارد.

1. upward spiral
2. Hajek Gross

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-08-02]

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 اندازهٔ 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 ـ 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 فارسان 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.، آقایوسفی، ع. ر.، آقایی؛ ح.، و طباطبایی، س. م. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی 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 سیاهکوچه، 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). D*iagnostic 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-08-02]

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). ffects of online mindful self-compassion intervention on negative body image in breast cancer patients: A randomized controlled trail. *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 andhappiness 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-Reebs, 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/fpsyt.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/fpsyt.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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-08-02]