

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر تعدیل روانسازدهای ناسازگار و کاهش عواطف منفی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ریاضی

Effectiveness of cognitive therapy based on "compassionate-mind" on the modification of maladaptive schemas and reduction of negative emotions in students with mathematics disorder

Ziba Barghi Irani

Payame Noor University

Mohammad Javad Bagiyankulemarz &

Mojtaba Bakhti

General Psychology

زیبا برقی ایرانی*

دانشگاه پیام نور تهران

محمدجواد بگیان کوله مرز و

مجتبی بختی

روانشناسی عمومی

چکیده

Abstract

One of the most important foundations for growth and development in individual and social life is learning. Today, mathematics disorder is considered as great obstacles to academic achievement and learning of individuals. The main objective of this study was to investigate the effectiveness of cognitive therapy based on "sympathetic mind" on modifying maladaptive schemas and reducing negative emotions in students with mathematics disorder. This research was an experimental study including pre-test and post-test with a control group. The statistical population of the study included 40 female middle school students in Delfan city, who were identified as having mathematical learning disabilities. After students were identified by the Key Math Scale (KMS) and a structured clinical interview they were randomly assigned to an experimental and a control group. The Short Early Maladaptive Schema Questionnaire (YSQ-SF) and the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) were used. For both groups the pre-test and post-test was performed. The intervention group received compassionate-mind training for 12 sessions of 90 minutes while the control group received no intervention. Results showed that intervention significantly reduced maladaptive schemas and negative emotions of female students with mathematics disorder. This finding has important implications as regards the education and mental health of students. It is suggested that this treatment program be used in schools and clinics as a complimentary method to other treatments in order to reduce negative emotions and prevent the formation of maladaptive schemas in high school students.

Keywords: sympathetic mind, maladaptive schema, negative emotion, mathematics disorder

یکی از مهم‌ترین ارکان رشد و توسعه زندگی فردی و اجتماعی یادگیری است. امروزه اختلال ریاضی به عنوان مانعی مهم در راه پیشرفت تحصیلی و یادگیری افراد تلقی می‌شود. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز، بر تعدیل روانسازدهای ناسازگار و کاهش عواطف منفی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ریاضی بود. این پژوهش نیمه‌آزمایشی و به شیوه پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. نمونه پژوهش، شامل ۴۰ نفر از دانش‌آموزان دختر ۱۴ تا ۱۶ ساله مبتلا به ناتوانی یادگیری ریاضی شهرستان دلفان بودند که بعد از شناسایی به وسیله آزمون ریاضی کی‌مت (KMS) و انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته، انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس دانش‌آموزان به پرسشنامه روانسازدهای ناسازگار اولیه (YSQ-SF) و فهرست عواطف مثبت و منفی (PANAS) پاسخ دادند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش ذهن شفقت‌ورز دریافت کردند. سپس از هر دو گروه، پیش‌آزمون- پس‌آزمون به عمل آمد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز، بر روانسازدهای ناسازگار و عواطف منفی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال ریاضی موثر است. بنابراین پیشنهاد می‌شود که این برنامه درمانی به منظور کاهش عواطف منفی و جلوگیری از شکل‌گیری روانسازدهای ناسازگار در دانش‌آموزان مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: ذهن شفقت‌ورز، روانسازدهای ناسازگار، عاطفه منفی، اختلال ریاضی

* نشانی پستی نویسنده مسوول: تهران، دانشگاه پیام‌نور، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی. پست الکترونیکی: healthpsychology@pnu.ac.ir

مقدمه

اختلالات یادگیری^۱ یک اصطلاح کلی است که در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ تحت عنوان مجموعه اختلالاتی که خصیصه آنها ایجاد مشکلاتی در پیشرفت تحصیلی یا کارکرد روزمره است، معرفی شده‌اند. به طور کلی، اصطلاح اختلال یادگیری شرایطی مانند ناتوانی‌های ادراکی، آسیب‌دیدگی‌های مغزی، نارسایی جزئی در کارکرد مغز و آفازی رشدی^۳ را در بر می‌گیرد. اختلالات یادگیری در DSM-5 در طبقه اختلالات عصبی - رشدی^۴ وارد شده است؛ که این طبقه شامل مجموعه‌ای از بیماری‌ها هستند که شروع آنها در مرحله پیش‌دبستانی و قبل از آن قرار دارد (مارگارت، اسنولینگ و چارلز، ۲۰۱۲). ناتوانی یادگیری^۵ اختلال در یک یا چند فرایند روانشناختی پایه است که شامل درک زبان یا کاربرد آن می‌شود. این اختلال خود را به صورت ناتوانی در گوش دادن، فکر کردن، صحبت کردن، خواندن، نوشتن، املا یا محاسبات ریاضی نشان می‌دهد؛ اما شامل آن دسته از مشکلات یادگیری نمی‌شود که نتیجه معلولیت‌های دیداری، شنیداری یا حرکتی، ناتوانی‌های عقلانی^۶، اختلال هیجانی، وضع نامساعد محیطی، فرهنگی یا اقتصادی است (مک‌کیلن، کلمن، توکر و تامپسون، ۲۰۱۱). ناتوانی در یادگیری ریاضی یک اشکال ویژه یادگیری است که مهارت‌های یادگیری ریاضی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد (شالو^۷، ۲۰۰۴؛ به نقل از اشرف، استکی و عشایری، ۱۳۹۰). توانایی ریاضی مانند توانایی خواندن در زندگی انسان نقش مهمی دارد، اما پژوهشگران معتقد هستند که بررسی‌های انجام شده در زمینه پردازش‌های روانشناختی^۸ برای صلاحیت ریاضی^۹ یا نارسایی‌های زیربنایی ناتوانی ریاضی، بسیار کمتر از ناتوانی خواندن بوده‌اند (گیری، هامسون و هوارد، ۲۰۰۰؛ مازکو و کوور، ۲۰۱۰). میزان شیوع ناتوانی ریاضی بین ۵ تا ۸ درصد

تخمین زده شده است (راما و گوراما، ۲۰۰۲؛ شالو، آریاخ، مانر و گراس-تسر، ۲۰۰۰؛ هیل، فیرو، برتین و شرمن، ۲۰۰۳). ناتوانی یادگیری ریاضی از سن دبستان شروع می‌شود و تا دوران دبیرستان ادامه می‌یابد (عابدی، فراهانی و باقرزاده، ۱۳۸۹). نتایج تحقیقات ویل‌کات و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که دانش‌آموزان با ناتوانی‌های یادگیری نسبت به هم‌تایان عادی خود در پنج عامل خواندن، حساب کردن، شناخت اجتماعی^{۱۰}، عواطف منفی^{۱۱} دارای مشکلات بیشتری هستند.

یکی از عواملی که کودکان مبتلا به اختلال ریاضی با آن درگیر هستند و تا کنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است، روانسازهای ناسازگار^{۱۲} است. ساختارهای شناختی، بنیان تفکر و رفتار افراد را سازمان می‌دهند و سایر عوامل مربوط به آنها احتمالاً نقش واسطه‌ای بر عهده دارند (لنگتون و مارشال، ۲۰۱۰؛ وارد، پلاس‌چک و بیچ، ۲۰۰۶). ژرف‌ترین ساختارهای شناختی روانسازها هستند (باکر و بیچ، ۲۰۰۴؛ سویتزر، ۲۰۰۶). روانسازها در رویارویی با محرک‌های جدید بر پایه ساختار پیشین خود، اطلاعات به دست آمده را سرند، رمزگردانی و ارزیابی می‌کنند (بک^{۱۳}، ۱۹۶۷؛ به نقل از جک کوپین، ۱۹۹۷) و به این ترتیب بر نوع نگرش افراد نسبت به خود و جهان پیرامون‌شان تاثیر می‌گذارند. یانگ (۱۳۸۴/۲۰۰۳) آن دسته از روانسازهایی را که به رشد و شکل‌گیری مشکلات روانشناختی می‌انجامند، روانسازهای ناسازگار اولیه^{۱۴} می‌نامد (نوردال، هولت و هاگوم، ۲۰۰۵؛ یانگ، کلاسکو و ویشار، ۲۰۰۳). پژوهش‌ها عواملی مانند مشکلات کنترل تکانه^{۱۵} (سویگات، کاراوس و منوگلا، ۲۰۱۳)، نارسایی شناختی، هیجانی و اجتماعی (گنون، کولی، وارد، تاکر، ۲۰۰۸؛ میکاییلی، بگیان کوله‌مرز، مقصود و عالی ساری نصیرلو، ۱۳۹۳)، کمبود مهارت‌های اجتماعی (وارد و بیچ، ۲۰۰۶)، مشکلات مربوط به برقراری روابط صمیمانه (وارد، کینان و هادسون، ۲۰۰۰)، سطح حرمت‌خود^{۱۶} پایین (لنگتون و مارشال^{۱۷}، ۱۹۹۶؛ به نقل از وارد و همکاران،

1. learning disorders (LD)
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Ed. (DSM-5)
3. developmental aphasia
4. neurodevelopmental disorders
5. learning disability
6. intellectual disabilities
7. Shalev, R. S
8. psychological processes
9. math competency

10. social cognition
11. negative emotions
12. maladaptive schemas
13. Beck, A
14. early maladaptive schema
15. impulse control
16. self-esteem
17. Langton, C. M., & Marshall, W. L.

هستند (راس، ۲۰۱۰). هم‌چنین این افراد در برخورد با رویدادهای منفی از جسارت بیشتری برخوردارند. وقتی از آنها خواسته می‌شود که تجربیات شکست خود را به یاد بیاورند از خودارزیابی‌های هیجانی و منفی کمتری استفاده می‌کنند (نف و همکاران، ۲۰۰۷). گیلبرت و سوپروکتر (۲۰۰۶) در یک رویکرد درمان گروهی نشان دادند که آموزش خودشفقت‌ورزی برای افراد دارای خود انتقادی^۶ و شرم^۷ بالا موثر است (سعیدی، قربانی، سرافراز و شریفیان، ۱۳۹۲) و نتایج کاهش معناداری را در افسردگی، اضطراب، خودانتقادی، شرم، خود کم‌بینی^۸ و رفتارهای سلطه‌پذیر^۹ نشان داد.

با توجه به این‌که پژوهش‌های اندکی به‌طور مستقیم این روش درمانی را روی روانسازهای ناسازگار کودکان مبتلا به اختلال ریاضی به‌کار گرفته‌اند، اما مونتگو (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسید که دانش‌آموزانی که در زمینه راهبردهای تنظیم هیجان آموزش دیده بودند، در مقایسه با همسالان خود در گروه کنترل نه تنها از عملکرد بهتری در حل مسایل ریاضی برخوردار بودند، بلکه هیجان‌های منفی کمتری نیز داشتند. اسمیت (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای دریافت که استفاده از راهبردهای شناختی باعث تعدیل روانسازهای ناسازگار مادران دارای فرزند ناتوانی عقلانی می‌شود. سلیمانی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان دادند که دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری در تعاملات اجتماعی و توانایی‌های هیجانی دچار مشکل هستند و نتیجه گرفتند که توجه به برنامه‌های آموزشی و درمانی ترکیبی موثر بر قابلیت‌های هیجانی و اجتماعی، عملکرد تحصیلی و هیجانی این دانش‌آموزان را بهبود می‌بخشد. پاترسون، راید و دیشیون (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز منجر به بهبود روانسازهای ناسازگار کودکان طرد شده می‌شود. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که روانسازهای ناسازگار اولیه در شکل‌گیری و گسترش بسیاری از مشکلات روانشناختی مانند اختلالات شخصیت، افسردگی مزمن و اختلالات اضطرابی نقش دارد (پلتز، تایسون و ماسون، ۲۰۰۲؛ ماسون، پلتز و تایسون، ۲۰۰۵؛ یانگ،

۲۰۰۰)، تحریفات شناختی^۱ (اندرسون و پریس، ۲۰۰۰؛ گنون و همکاران، ۲۰۰۸) و کاستی‌های مربوط به عواطف را در دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری نشان داده‌اند.

امروزه روش‌های جدیدی در حوزه روانشناسی شناختی به کار گرفته شده است. از جمله آنها می‌توان به درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز^۲ اشاره کرد. درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز، روشی برای کمک به افراد جهت گذر از رابطه سلطه‌گر تسلیم شده و گسترش بیشتر یک رابطه محبت‌آمیز با خود است (گیلبرت و آیرونز، ۲۰۰۵). در حالی‌که درمان‌های شناختی به طرز خاصی تفکراتی را که موجب حمله به کارکردهای معیوب و منشا آنها می‌شود، این رویکرد در مدل تکاملی نظریه ذهنیت اجتماعی^۳ ریشه دارد (گیلبرت و آیرونز، ۲۰۰۵). خود شفقت‌ورزی و آموزش آن به عنوان کیفیت مواجه شدن با رنج و آسیب خود و احساس کمک کردن کامل در جهت رفع مشکلات خود تعریف می‌شود (وارن، سومرس، ملیسا، گوتز، مارگ و همکاران، ۲۰۱۲). خودشفقت‌ورزی شامل مراقبت کردن و دلسوزی کردن نسبت به خود در مواجهه با سختی‌ها و یا نارسایی‌های ادراک شده است (نف، کرک‌پاتریک و رود، ۲۰۰۷). خودشفقت‌ورزی بالا با بهزیستی روانشناختی^۴ همراه است و از افراد در مقابل استرس حمایت می‌کند (نف و همکاران، ۲۰۰۷) و به معنای پذیرش احساسات آسیب‌پذیر، مراقبت و مهربانی نسبت به خود، نگرش غیرارزیابانه نسبت به نارسایی‌ها و شکست‌های خویش و بازشناسی تجربیات فرد، تعریف می‌شود (راس، ۲۰۱۰). هدف از درمان توصیف شده، تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود است که حمله به خود را تضعیف کرده، پذیرش خود را بیشتر و آشفتنگی عاطفی را کاهش می‌دهد. بنابراین فرد را قادر می‌سازد که بیشتر خود را تسکین داده و کنترل کند (گیلبرت، ۲۰۰۵). شواهد نشان می‌دهد افرادی که از خودشفقت‌ورزی بالاتری برخوردارند، افسردگی، اضطراب و نشخوارگری^۵ کمتری را در موقعیت‌های اجتماعی چالش‌انگیز تجربه می‌کنند و از رضایت بیشتری در زندگی برخوردار

1. cognitive distortions
2. Compassionate-Mind Training
3. social mentality theory
4. psychological Well-being
5. rumination

6. self-criticism
7. shame
8. inferiority complex
9. submissive behavior

۱۳۸۴/۲۰۰۳). هم‌چنین یانگ (۱۳۸۴/۲۰۰۳) در مطالعه‌ای دریافت که رشد روانسازیه‌های ناسازگار بیش از آنکه ناشی از رویدادهای آسیب‌زای منفرد باشد، از الگوهای مداوم آزاردهنده تعامل اعضای خانواده با کودک و هم‌سالانش سرچشمه می‌گیرد. موریسون (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای نشان داد که دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری در مقایسه با هم‌تایان عادی خود، روانسازیه‌های ناسازگار اولیه پررنگ‌تری دارند. ترچ (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان داد که درمان خودشفقت‌ورزی باعث کاهش نگرانی، ترس و حملات هراس^۱ در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی می‌شود. گیلبرت (۲۰۱۴) در مطالعه موردی کنترل‌شده‌ای نشان داد که آموزش درمان خودشفقت‌ورزی باعث کاهش مشکلات هیجانی می‌شود. الاین و هالینز (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای دریافتند که دانشجویانی که آموزش شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز دریافت کرده بودند، در مقایسه با هم‌تایان خود امید، حرمت خود، سلامت روانی و عواطف مثبت بیشتری را بعد از پیگیری دو ماهه گزارش کردند. برایانز و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای دریافتند که درمان متمرکز بر آموزش دلسوزی شناختی در میان افرادی که از مشکلات سلامت روانی مزمن رنج می‌بردند و در جلسات درمان دلسوزی شناختی شرکت کرده بودند، در کاهش مشکلات روانشناختی و از جمله نشانه‌های افسردگی موثر است. گل‌پور و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی دریافتند که آموزش خودشفقت‌ورزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان، در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان افسرده موثر بود. هم‌چنین نتایج پژوهش آنها نشان داد که آموزش خودشفقت‌ورزی شناختی در مقایسه با درمان متمرکز بر هیجان، بر بهبود افسردگی دانش‌آموزان موثرتر بود.

با توجه به مشکلات هیجانی فراوان دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری، توجه به روش‌های مذکور بیش از پیش مورد اهمیت قرار می‌گیرد. هم‌چنین پژوهش‌های معدود در این زمینه و فقدان پژوهش در مورد اثربخشی درمان ذهن شفقت‌ورز بر مشکلات هیجانی و اجتماعی دانش‌آموزان دچار ناتوانی یادگیری، استفاده از نتایج این پژوهش در حوزه‌های درمان و مشاوره، از دلایل انجام این پژوهش محسوب

می‌شوند. بنابراین این پژوهش در صدد پاسخگویی به این سوال است که آیا روش درمانی شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز در تعدیل روانسازیه‌های ناسازگار و کاهش هیجان‌های منفی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ریاضی تاثیر دارد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: این پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر ۱۴ تا ۱۶ سال شهرستان دلفان بودند. نمونه پژوهش شامل ۴۰ دانش‌آموز دختر مبتلا به اختلال ریاضی بود که از میان دانش‌آموزان مدارس راهنمایی شهرستان دلفان پس از مصاحبه و تشخیص به‌وسیله مقیاس ریاضی کی‌مت^۲ (KMS) به روش تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش آزمایشی باید هر زیر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد. در پژوهش حاضر برای این‌که نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش روایی بیرونی^۳ بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد (دلاور، ۱۳۹۰). پس از کسب مجوز از اداره آموزش و پرورش شهر نورآباد دلفان، هماهنگی با مربیان والدین، جلب رضایت شرکت‌کنندگان و شناسایی، و تشخیص و مصاحبه با دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی، ابتدا هدف پژوهش برای آنها بیان شد و در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت. از شرکت‌کنندگان خواسته شد که به دقت سوالات را بخوانند و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب نمایند و سوالی را تا حد امکان بی‌جواب نگذارند. سپس دانش‌آموزان دچار ناتوانی در یادگیری ریاضی به صورت تصادفی در گروه آزمایشی و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایشی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برنامه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز را به صورت گروهی و هفته‌ای یک بار، در مکانی که توسط اداره آموزش و پرورش شهر دلفان تعیین شد، دریافت کردند. یک هفته پس از اتمام دوره آموزش از هر دو

2. Key Math Scale (KMS)
3. external validity

1. panic attacks

درصد زیر دیپلم، ۳۹ و ۲۳ درصد دیپلم، ۶ و ۶ درصد فوق دیپلم و ۲ و ۳ درصد دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند. شیوه مداخله در این پژوهش، درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بود. آموزش ذهن شفقت‌ورز یکی از روش‌های روان‌درمانی است که در آن همدلی، همدردی، دلسوزی، پذیرش و تحمل مسایل، مسوولیت‌پذیری و احساس ارزشمندبودن آموزش داده می‌شود (گیلبرت، ۲۰۰۹). این شیوه درمانی توسط فعالیت‌های پژوهشی گیلبرت (۲۰۰۵) طراحی شده است. در پژوهش حاضر، این روش درمانی در ۱۲ جلسه، هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه و به صورت گروهی هفته‌ای یک‌بار برگزار شد. محتوای جلسات درمانی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز در جدول ۱ ارائه شده است.

گروه پس‌آزمون به عمل آمد. سرانجام، داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون تحلیل واریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. هم‌چنین اطمینان بخشی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آزادی انتخاب برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده این پژوهش بود.

میانگین و انحراف استاندارد سنی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ریاضی در دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر با ۱۵/۱۷، ۲/۲۱ و ۱۵/۳۳، ۲/۳۶ بود. در نمونه مورد بررسی، سطح تحصیلات پدران و مادران در گروه آزمایش ۵۹ و ۵۳ درصد زیر دیپلم، ۳۲ و ۳۸ درصد دیپلم، ۷ و ۶، فوق دیپلم و ۲ و ۳ درصد لیسانس و بالاتر بودند. هم‌چنین در گروه کنترل سطح تحصیلات پدران و مادران به ترتیب برابر با ۵۳ و ۶۸

جدول ۱

شرح جلسات برنامه آموزشی

جلسه	محتوای جلسه
اول	برقراری ارتباط اولیه با دانش‌آموزان، مروری بر ساختار جلسات، آگاهی از هدایت خودکار با استفاده از تمرین واریسی بدنی (آگاهی جز به جز از اجزای بدن)، آگاهی از هدایت خودکار و ارائه تکلیف خانگی.
دوم	در این جلسه به دانش‌آموزان آموزش داده شد که وقتی با حس‌های ناراحت‌کننده یا سرگردانی ذهنی مواجه می‌شوند، با استفاده از واریسی بدنی با آنها روبه‌رو شوند. هم‌چنین آموزش پنج مهارت دانش‌افزایی، به منظور تعریف بی‌تفاوتی نسبت به موقعیت‌ها. کار بستن، اینکه وقتی بی‌تفاوت هستیم چه می‌کنیم؟ دیگران وقتی بی‌تفاوت هستند چه می‌کنند؟ ارزشیابی، وقتی بی‌تفاوت هستیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران نسبت به ما بی‌تفاوت هستند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ تحلیل، آیا لازم است بی‌تفاوت باشیم؟ و ترکیب، کجا باید بی‌تفاوت باشیم؟
سوم	مرور تمرین جلسه قبل، آگاهی از رابطه بین خلق، افکار، احساسات و وقایع است. با فضای تنفس سه دقیقه‌ای سپس تعریف اینکه همدردی چیست؟ وقتی همدردی می‌کنیم چه می‌کنیم و اینکه دیگران وقتی همدردی می‌کنند چه می‌کنند؟ وقتی همدردی می‌کنیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران با ما همدردی می‌کنند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ آیا لازم است همدردی کنیم؟ کجا باید همدردی کنیم؟ در نهایت، ارائه تکلیف خانگی.
چهارم	تمرین و مرور جلسات قبل، تمرین تنفس. در واقع تنفس به عنوان وسیله‌ای برای مراقبه ^۱ محسوب می‌شود. تعریف این که همدلی چیست؟ وقتی همدلی می‌کنیم چه می‌کنیم؟ دیگران وقتی همدلی می‌کنند چه می‌کنند؟ وقتی همدلی می‌کنیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران با ما همدلی می‌کنند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ آیا لازم است همدلی کنیم؟ کجا باید همدلی کنیم؟ فرق بی‌تفاوتی، همدردی و همدلی کدام است؟ در نهایت (مراقبه نشسته) حضور ذهن نسبت به تنفس و بدن (تمرین به‌شیری ^۲).
پنجم و ششم	برای همدلی چه مهارت‌هایی نیاز داریم؟ خطاهای تفسیری ^۳ یعنی چه و انسانیت‌زدایی ^۴ در روابط یعنی چه؟ دو مورد از خطاهای تفسیری و انسانیت‌زدایی خودتان و دوستانتان را نام ببرید؟ چرا باید همدلی را یاد بگیریم؟ نداشتن مهارت و تفسیرهای ناروا در روابط ما با دیگران چه تاثیری می‌گذارند؟ برای جلوگیری از تفسیرهای ناروا چه مهارت‌هایی لازم دارید؟ هم‌چنین در این جلسات در مورد مشکلات حاضر و پذیرش بدون قضاوت، شناسایی افکار خودآیند منفی ^۵ ، آموزش داده می‌شود.

1. meditation
2. mindfulness
3. interpretive errors
4. dehumanization
5. negative automatic thoughts

ادامه جدول ۱

هفتم	خطاهای تفسیری کدامند؟ هر یک از خطاهای تفسیری خودتان و دوستانتان را نام ببرید. این خطاها چه نقشی در روابط ما دارند؟ برای جلوگیری از خطاهای تفسیری چکار کنیم؟ نتیجه خطاهای تفسیری در روابط ما با دیگران چیست؟ در پایان، آموزش در مورد تحریف‌های شناختی، پیامدها و روش‌های مقابله با آن ارائه شد.
هشتم و نهم	در این جلسات در مورد راهبردهای ایمنی و رفتارهای سلطه‌پذیرانه و رابطه آن با خودانتقادی (به چالش طلبیدن بیمار از طریق گفتگوی سقراطی) و ارائه تکلیف خانگی.
دهم تا دوازدهم	در این جلسات از بیماران خواسته شد که همراه با توجه، تفکر و رفتار دلسوزانه و تمرین برای ایجاد احترام، در مورد حمله به خود صحبت کنند و نحوه ایجاد تصاویر دلسوزانه با ارائه مراقبه‌های لازم آموزش داده شد. پس از یک هفته پس از هر دو گره به عمل آمد.

در دامنه‌ای از ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ و همسانی درونی^۵ آن را ۰/۹۴ گزارش کرده است.

فهرست عواطف مثبت و منفی: فهرست عواطف مثبت و منفی^۶ (PANAS؛ واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸) مقیاسی است متشکل از ۱۰ عاطفه مثبت و ۱۰ عاطفه منفی. این فهرست دو زیرمقیاس عاطفه مثبت و عاطفه منفی را، به منزله دو بعد متعامد^۷، در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره شرکت‌کننده در هر یک از زیرمقیاس‌های فهرست به ترتیب ۱۰ و ۵۰ خواهد بود. فهرست عواطف مثبت و منفی، بر حسب دستورالعمل اجرایی تعیین شده برای شرکت‌کننده، عواطف مثبت و منفی را به دو صورت صفت^۸ و/یا حالت^۹ می‌سنجد. ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های مربوط به عاطفه مثبت از ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و برای عاطفه منفی از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (گومز، کوپر و گومز، ۲۰۰۰؛ واتسون و همکاران، ۱۹۸۸). پایایی بازآزمایی^{۱۰} فهرست عواطف مثبت و منفی در یک دوره دو ماهه برای عاطفه مثبت ۰/۶۸ و برای عاطفه منفی ۰/۷۱ محاسبه شده است (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸). روایی فهرست عواطف مثبت و منفی نیز از طریق ضرایب همبستگی زیرمقیاس‌های عاطفه مثبت و عاطفه منفی با مقیاس افسردگی بک^{۱۱} به ترتیب ۰/۳۶- و ۰/۵۸ و با زیرمقیاس اضطراب آشکار در پرسشنامه اضطراب آشکار-نهان^{۱۲} به ترتیب ۰/۳۵- و ۰/۵۱ گزارش شده است (واتسون

ابزار سنجش

مقیاس ریاضی کی مت (KMS). برای اندازه‌گیری ناتوانی یادگیری ریاضی دانش‌آموزان از آزمون ریاضی کی مت که کانولی (۱۹۹۸) تهیه و آماده اجرا کرد، استفاده شد. این آزمون به منظور شناسایی دانش‌آموزان دچار ناتوانی یادگیری ریاضی کاربرد فراوان دارد و از لحاظ محتوا و توالی شامل سه بخش (۱) مفاهیم اساسی؛ شامل سه زیرمقیاس شمارش، اعداد گویا و هندسه، (۲) بخش عملیات؛ شامل زیرمقیاس‌هایی در حوزه جمع، تفریق، ضرب، تقسیم و محاسبه ذهنی، و (۳) بخش کاربرد؛ شامل سوالاتی برای اندازه‌گیری، زمان، پول، تخمین، تفسیر داده‌ها و حل مساله، است (عابدی، ۱۳۸۷). محمد اسماعیل و هومن (۱۳۸۱) به نقل از خدای، عابدی و آتش پور، (۱۳۹۰) این آزمون را در ایران برای دانش‌آموزان ۶/۶ تا ۱۱/۸ سال هنجاریابی و آماده اجرا کردند و روایی^۱ آن را با استفاده از تحلیل عاملی، مستند ساختند و آلفای کرونباخ ۰/۵۷، ۰/۶۲، ۰/۶۷، ۰/۵۶، ۰/۵۵ را برای آزمون گزارش کردند.

نسخه کوتاه پرسشنامه روانسازهای ناسازگار اولیه: پرسشنامه روانسازهای ناسازگار اولیه^۲ (YSQ-SF)، توسط یانگ و برون^۳ (۱۹۹۴) به نقل از برازنده، (۱۳۸۴) ساخته شده و با ۷۵ ماده، ۱۵ روانساز ناسازگار اولیه را ارزیابی می‌کند. پایایی^۴ این پرسشنامه برای کل آزمون ۰/۹۶ و برای تمام زیرمقیاس‌ها بالاتر از ۰/۸۰ گزارش شده است (والر، میر و اوهانویون، ۲۰۰۱). در ایران نیز حمیدپور (۲۰۱۱) پایایی این پرسشنامه را به وسیله آلفای کرونباخ برای همه زیرمقیاس‌ها

5. internal consistency
6. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)
7. orthogonal
8. trait
9. state
10. test-retest reliability
11. Beck Depression Scale
12. State-Trait Anxiety Inventory

1. validity
2. Young Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-SF)
3. Young, J. E., & Brown, I.
4. reliability

فهرست عواطف مثبت و منفی را مورد تایید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۷).

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات روانی براساس *DSM-IV*: تران و هاگا^۶ (۲۰۰۲)، به نقل از تران و اسمیت، (۲۰۰۴) برای مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات روانی براساس *DSM-IV*^۷ ضریب پایایی ۰/۶۰ را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیابها برای آن گزارش کرده‌اند. شریفی و همکاران (۱۳۸۳) پس از ترجمه به زبان فارسی، آن را روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیص برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (پایایی بالاتر از ۰/۶۰). توافق کلی نیز مطلوب گزارش شد. ضریب کاپای^۸ مجموع برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ به دست آمد. بر اساس پژوهش‌ها، می‌توان گفت که پایایی و قابلیت این ابزار در زبان فارسی قابل قبول است (حمیدپور، دولتشاهی، پورشهباز و دادخواه، ۱۳۸۹).

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد نمره کلی پیش‌آزمون دانش‌آموزان گروه آزمایش در روانسازهای ناسازگار ۲۲۵/۴۹ و ۱۶/۸۵ و در عواطف مثبت و منفی ۶۸/۱۷ و ۹/۸۹ به دست آمد. هم‌چنین نمره کلی پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه آزمایش در روانسازهای ناسازگار ۲۰۶/۸۱ و ۱۱/۵۵ و در عواطف مثبت و منفی ۶۲/۰۶ و ۸/۸۷ بود. از سوی دیگر، میانگین و انحراف استاندارد نمره کلی پیش‌آزمون دانش‌آموزان گروه کنترل در روانسازهای ناسازگار ۲۲۳/۴۴ و ۱۵/۳۶ و در عواطف مثبت و منفی ۶۳/۸۹ و ۸/۶۴ بود. نمره کلی پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه کنترل در روانسازهای ناسازگار ۲۲۱/۰۵ و ۱۳/۴۷ و در عواطف مثبت و منفی ۶۱/۰۸ و ۷/۷۶ به دست آمد.

و همکاران، ۱۹۸۸). نتایج به دست آمده در پژوهشی که بخشی‌پور و دژکام (۱۳۸۴) روی یک نمونه دانشجویی مبتلا به اختلال‌های افسردگی و اضطرابی انجام دادند، ساختار دو عاملی فهرست عواطف مثبت و منفی را تایید کرد و ضرایب آلفای کرونباخ برای هر دو زیرمقیاس ۰/۸۷ محاسبه شد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، فهرست عواطف مثبت و منفی می‌تواند بین بیماران افسرده و مضطرب تمایز ایجاد کند. ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی فهرست عواطف مثبت و منفی در چندین پژوهش دیگر نیز، که طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۵ در نمونه‌های بیمار و بهنجار انجام شده‌اند، مورد بررسی و تایید قرار گرفته‌اند (بشارت، ۱۳۸۷). در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های مربوط به عاطفه مثبت از ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ و برای عاطفه منفی از ۰/۸۱ تا ۰/۸۹ برای بیماران به دست آمد. این ضرایب در نمونه‌های بهنجار برای پرسش‌های مربوط به عاطفه مثبت از ۰/۸۵ تا ۰/۹۰ و برای عاطفه منفی از ۰/۸۳ تا ۰/۸۸ محاسبه شد. این ضرایب که همه در سطح $p < 0.001$ معنادار بودند، همسانی درونی زیرمقیاس‌های فهرست عواطف مثبت و منفی را تایید می‌کنند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۱۸۴ نفر از نمونه‌های بیمار در دو نوبت با فاصله چهار تا شش هفته برای عاطفه مثبت از ۰/۶۹ تا ۰/۷۳ و برای عاطفه منفی از ۰/۶۷ تا ۰/۷۰ محاسبه شد و در مورد نمره‌های ۲۳۳ نفر از نمونه‌های بهنجار در همین فاصله زمانی برای عاطفه مثبت از ۰/۶۶ تا ۰/۷۱ و برای عاطفه منفی از ۰/۶۹ تا ۰/۷۴ به دست آمد. این ضرایب که همه در سطح $p < 0.001$ معنادار بودند، پایایی بازآزمایی فهرست عواطف مثبت و منفی را تایید می‌کنند. روایی همگرا^۱ و تشخیصی^۲ نسخه فارسی فهرست عواطف مثبت و منفی از طریق اجرای همزمان مقیاس افسردگی بک، مقیاس اضطراب بک^۳ و مقیاس سلامت روانی^۴ در مورد شرکت‌کنندگان دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز با تعیین دو عامل عاطفه مثبت و عاطفه منفی، روایی سازه^۵ نسخه فارسی

1. convergent validity
2. discriminate validity
3. Beck Anxiety Inventory (BAI)
4. Mental Health Inventory (MHI)
5. construct validity

6. Tran, G., & Hagga, M.
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Four Edition (DSM-IV)
8. kappa coefficient

جدول ۲

میانگین و انحراف استاندارد نمرات روانسازهای ناسازگار اولیه و عواطف مثبت و منفی در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

کنترل		آزمایش				موقعیت		متغیر	زیر مقیاس
پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون			
SD	M	SD	M	SD	M	SD	M		
۳/۳۶	۱۴/۶۳	۴/۱۲	۱۶/۱۲	۲/۳۳	۱۳/۳۳	۳/۴۵	۱۵/۲۳	محرومیت هیجانی	
۴/۱۵	۱۶/۱۳	۳/۹۵	۱۵/۸۹	۱/۸۹	۱۴/۶۹	۴/۱	۱۶	رهاشده‌گی/ بی‌ثباتی	
۴/۲۳	۱۵/۶۹	۳/۲۱	۱۴/۲۳	۲/۱۸	۱۰/۲۳	۴/۲۳	۱۶/۳۶	بی‌اعتمادی/ بدرفتاری	
۳/۸۹	۱۴/۴۴	۴/۲	۱۶/۱	۲/۶۵	۱۴/۲۴	۵	۱۷/۱۴	انزوای اجتماعی/ بیگانگی	
۴	۱۵/۱	۳/۶۳	۱۴/۵۵	۱/۶۳	۱۱/۵۹	۳/۲	۱۴/۲۳	نقص/ شرم	
۴/۲۳	۱۶/۲۳	۴/۵۲	۱۷	۲/۱	۱۵	۴/۲	۱۶/۲۳	شکست	
۵/۱	۱۵/۶۹	۳/۳۶	۱۶	۱/۴۵	۱۱/۶۹	۳/۲۳	۱۴/۲۳	وابستگی/ بی‌کفایتی	
۴/۶۳	۱۵/۲	۴/۶۸	۱۵/۲۳	۱/۲۳	۱۴/۴۱	۳/۶۳	۱۵/۲۴	روانسازها خودتحوّل نیافته/ گرفتار	
۳/۹۴	۱۳/۶۳	۳/۵۴	۱۴/۵۶	۲/۴	۱۵/۲۱	۵/۱	۱۷/۴۲	آسیب‌پذیری به زیان/ بیماری	
۳/۶۵	۱۴/۲۶	۳/۱۲	۱۳/۶۳	۱/۳۶	۱۱/۶۹	۳/۲۱	۱۴/۵۲	استحقاق/ بزرگ‌منشی	
۴/۱۲	۱۶/۲۱	۳/۵۷	۱۵/۴۵	۲/۴۵	۱۵/۲۱	۵/۱۲	۱۸	خویش‌تن‌داری ناکافی	
۲/۶۳	۱۱/۳۶	۲/۲۳	۱۰/۶۳	۴/۳۳	۱۷/۶۳	۲/۸۹	۹/۸۵	اطاعت	
۳/۱	۱۲/۱۲	۳/۱	۱۱/۲۳	۳/۳۸	۱۵/۱۶	۲/۲۹	۹/۲۳	از خود گذشتگی	
۴/۵۶	۱۶/۱	۵/۶۵	۱۷/۴۶	۲/۸۵	۱۴/۴۷	۶/۲۳	۱۷/۴۵	بازداری هیجانی	
۴/۷۱	۱۴/۲۶	۴/۶۸	۱۵/۳۶	۲/۲۳	۱۲/۳۶	۴/۳۳	۱۴/۶۳	معیار سرسختانه/ عیب‌جویی	
۱۳/۴۷	۲۲۱/۰۵	۱۵/۳۶	۲۲۳/۴۴	۱۱/۵۵	۲۰۶/۸۱	۱۶/۸۵	۲۲۵/۴۹	کل	
۵/۸۹	۳۶/۶۳	۶/۸۷	۳۷/۴۲	۵/۲۳	۲۷/۳۲	۷/۶۳	۳۹/۶۳	عواطف منفی	
۶/۸۸	۲۴/۴۵	۵/۷۸	۲۶/۴۷	۵/۸۹	۳۴/۷۴	۶/۴۵	۲۸/۵۴	عواطف مثبت	
۷/۷۶	۶۱/۰۸	۸/۶۴	۶۳/۸۹	۸/۸۷	۶۲/۰۶	۹/۸۹	۶۸/۱۷	کل	

قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری، معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/ کواریانس رعایت پیش‌فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف نشان داد که فرض نرمال بودن واریانس‌ها به درستی رعایت شده است. همچنین براساس آزمون M باکس که برای هیچ یک از متغیرها رعایت شده که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳

نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در نمرات مولفه‌های روانسازهای ناسازگار و کنترل عواطف در گروه‌های مورد بررسی

P	F	df2	df1	متغیر
۰/۷۶۸	۰/۲۶	۳۸	۱	محرومیت هیجانی
۰/۴۱۵	۰/۹۰	۳۸	۱	رهاشده‌گی/ بی‌ثباتی
۰/۳۹۸	۰/۸۰	۳۸	۱	بی‌اعتمادی/ بدرفتاری
۰/۶۴۷	۰/۳۲	۳۸	۱	انزوای اجتماعی/ بیگانگی
۰/۹۶	۱/۲۳	۳۸	۱	نقص/ شرم
۰/۸۷	۱/۸۴	۳۸	۱	شکست
۰/۹۴	۱/۲۳	۳۸	۱	وابستگی/ بی‌کفایتی
۰/۳۴۸	۰/۷۹	۳۸	۱	خودتحوّل نیافته/ گرفتار

ادامه جدول ۳

۰/۷۸۱	۰/۲۶	۳۸	۱	آسیب پذیری به زبان/ بیماری
۰/۴۵۶	۰/۷۱	۳۸	۱	استحقاق/ بزرگ منشی
۰/۱۳۶	۰/۹۲	۳۸	۱	خوشتن داری ناکافی
۰/۵۱۲	۰/۴۲	۳۸	۱	اطاعت
۰/۴۶۱	۰/۶۵	۳۸	۱	از خود گذشتگی
۰/۴۰۲	۰/۴۲	۳۸	۱	بازداری هیجانی
۰/۲۱۱	۰/۷۱	۳۸	۱	معیار سرسختانه/ عیب جویی
۰/۴۲۸	۰/۵۴	۳۸	۱	کل
۰/۲۱۳	۰/۸۵	۳۸	۱	عواطف منفی
۰/۸۹	۱/۳۲	۳۸	۱	عواطف مثبت
۰/۹۹	۱/۳۴	۳۸	۱	کل

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مولفه‌های روانسازهای ناسازگار اولیه و عواطف مثبت و منفی معنادار است ($F=0.319, p=0.001$). آزمون فوق بررسی بین دو گروه مورد بررسی، تفاوت معنادار وجود دارد. قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز شمرد. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی بین دو گروه مورد بررسی، تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۴

اطلاعات مربوط به شاخص‌های آزمون تحلیل واریانس چند متغیری

نام آزمون	ارزش	df فرضیه	df خطا	F	P	ES
اثربیلابی	۰/۶۷	۱۹	۲۰	۲۳/۱۸	۰/۰۰۰	۰/۶۷
لامبدای ویلکز	۰/۳۳	۱۹	۲۰	۲۳/۱۸	۰/۰۰۰	۰/۶۷
اثرهتلینگ	۷/۶۵	۱۹	۲۰	۲۳/۱۸	۰/۰۰۰	۰/۶۷
بزرگترین ریشه خطا	۷/۵۷	۱۹	۲۰	۲۳/۱۸	۰/۰۰۰	۰/۶۷

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات روانسازهای ناسازگار کل با $F=126/13$ و عواطف مثبت و منفی با $F=89/97$ بین گروه‌های آموزش شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر، این یافته‌ها بیانگر کاهش روانسازهای ناسازگار و عواطف منفی و بهبود عواطف مثبت در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است.

جدول ۵

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون نمرات مولفه‌های روانسازهای ناسازگار اولیه و عواطف مثبت و منفی در دو گروه آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز و گروه کنترل

متغیر	زیرمقیاس	SS	df	MS	F	P
محروریت هیجانی	۱۲۳/۳۶	۱	۱۲۳/۳۶	۱۲۳/۳۶	۱۲/۳۳	۰/۰۰۱
رهاشدگی/ بی‌ثباتی	۲۱۲/۸۹	۱	۲۱۲/۸۹	۲۱۲/۸۹	۱۳/۴۵	۰/۰۰۱
بی‌اعتمادی/ بد رفتاری	۱۲۴/۳۶	۱	۱۲۴/۳۶	۱۲۴/۳۶	۱۰/۱۴	۰/۰۰۱
انزوای اجتماعی/ بیگانگی	۸۸/۱۴	۱	۸۸/۱۴	۸۸/۱۴	۱۱/۲۶	۰/۰۰۱
نقص/ شرم	۱۰۶/۷۹	۱	۱۰۶/۷۹	۱۰۶/۷۹	۱۲/۳۲	۰/۰۰۱
شکست	۶۹/۲۶	۱	۶۹/۲۶	۶۹/۲۶	۱۳/۲۱	۰/۰۰۱

ادامه جدول ۵

۰/۰۰۱	۱۴/۴۵	۱۱۴/۲۴	۱	۱۱۴/۲۴	وابستگی / بی‌کفایتی	
۰/۰۰۱	۱۹/۵۴	۱۲۱/۳۶	۱	۱۲۱/۳۶	خود تحول نیافته / گرفتار	روانسازه‌های ناسازگار اولیه
۰/۰۰۱	۲۱/۷۸	۳۱۱/۴۲	۱	۳۱۱/۴۲	آسیب‌پذیری به زیان / بیماری	
۰/۰۰۱	۱۸/۱۵	۱۱۶/۸۸	۱	۱۱۶/۸۸	استحقاق / بزرگ‌منشی	
۰/۰۰۱	۱۳/۲۵	۱۰۲/۲۴	۱	۱۰۲/۲۴	خویشتن‌داری ناکافی	
۰/۰۰۱	۹/۱۲	۹۷/۶۲	۱	۹۷/۶۲	اطاعت	
۰/۰۰۱	۱۰/۱۵	۱۱۷/۴۱	۱	۱۱۷/۴۱	از خود گذشتگی	
۰/۰۰۱	۳۲/۱۴	۲۵۴/۳۹	۱	۲۵۴/۳۹	بازداری هیجانی	
۰/۰۰۱	۱۲۶/۳۳	۳۲۴۷/۵۹	۱	۳۲۴۷/۵۹	کل	
۰/۰۰۱	۱۶/۲۳	۹۷/۱۳	۱	۹۷/۱۳	معیار سرسختانه / عیب‌جویی	
۰/۰۰۱	۱۵/۲۳	۱۴۱/۲۲	۱	۱۴۱/۲۲	عواطف مثبت	عواطف
۰/۰۰۱	۱۴/۲۶	۱۱۰/۱۹	۱	۱۱۰/۱۹	عواطف منفی	
۰/۰۰۱	۸۹/۹۷	۲۱۳۴/۴۶	۱	۲۱۳۴/۴۶	کل	

بحث

فرد از خود و جهان پیرامونش دارد مشخص می‌کنند. ادراکی که به دلیل ماهیت تداوم‌بخش روانسازه‌ها در سراسر زندگی ادامه می‌یابد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). در دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری به علت روابط محدود با دیگران به مرور زمان و براساس نشخوارهای ذهنی، روانسازه‌های ناسازگار شکل می‌گیرد. این ساختارها نمی‌توانند از فرد در برابر هیجان‌های منفی محافظت کنند و دانش‌آموزان مبتلا، به نوعی احساس تنهایی و طرد شدگی می‌کنند. این روانسازه‌ها با گستره‌ای از مشکلات روانشناختی در این دانش‌آموزان همراه هستند و به طیف گسترده‌ای از نارسایی‌های شناختی، هیجانی و اجتماعی مانند تحریفات شناختی (گنون و همکاران، ۲۰۰۸)، مشکلات مربوط به صمیمیت (وارد و همکاران، ۲۰۰۰)، احساس تنهایی و پایین بودن سطح حرمت خود (وارد و همکاران، ۲۰۰۶) در این دانش‌آموزان منجر می‌شود. اما درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز در برگیرنده نوعی رابطه شفقت‌آمیز با خود است. درمان ذهن شفقت‌ورز بیشتر از این که به حل اختلافات درونی بپردازد؛ از طریق ایجاد مراقبت، توجه جدید به خود و پیشنهاد فرایندهای درونی دلسوزانه به تغییر افراد کمک می‌کند. این تغییرات می‌تواند به صورت نوعی از درمان فیزیولوژی- روانی- عصبی تعبیر و تفسیر شود (گیلبرت، ۲۰۰۵). از سوی دیگر، چون درمان شناختی مبتنی بر ذهن

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز، بر تعدیل روانسازه‌های ناسازگار و کاهش عواطف منفی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ریاضی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز باعث تعدیل روانسازه‌های ناسازگار دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ریاضی می‌شود. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های دیگر (الاین و هالینز، ۲۰۱۶؛ برایانز و همکاران، ۲۰۱۴؛ پاترسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ گل‌پور و همکاران، ۱۳۹۳؛ گیلبرت و پروکتر، ۲۰۰۶؛ مونتاگو، ۲۰۱۰) مبنی بر این که درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز می‌تواند در تعدیل روانسازه‌های ناسازگار مانند شرم، شکست، بازداری هیجانی، انزوای اجتماعی و رها شدگی موثر باشد همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که طبق نظر یانگ (۱۳۸۴/۲۰۰۳)، روانسازه‌ها هسته خودپنداره^۱ هر فرد را شکل می‌دهند، بر شیوه تعامل افراد با محیط پیرامون خود تاثیر می‌گذارند و این روانسازه‌های گوناگون می‌توانند افراد را نسبت به مشکلات روزمره آسیب‌پذیر کنند. در واقع روانسازه‌ها به عنوان الگوهایی برای پردازش تجربیات افراد به کار گرفته می‌شوند. به این ترتیب، روانسازه‌ها اندیشه و روابط فرد با دیگران را تعیین می‌نمایند و چگونگی درکی را که هر

سبب می‌شود بخشی از عواطف که از طریق یادگیری و تقلید از والدین آموخته می‌شود، در محیط سرد و به دور از عاطفه مناسب آموخته شود. این امر سبب بی تفاوتی تمام‌عیار کودک به هیجان‌ها و عواطف خود و دیگران می‌شود و وی قادر نیست آنها را در موقعیت‌های مناسب ابزار نماید. در نتیجه، این محرومیت عاطفی و ناکامی‌های پی در پی در برقراری ارتباط با منبع دل‌بستگی باعث شکل‌گیری و رشد عواطف منفی از جمله اضطراب، افسردگی، خشم، ناامیدی و نازنده‌سازی خود^۱ می‌شود. امروزه چگونگی ارتباط والد-کودک یکی از اساسی‌ترین زمینه‌های پژوهشی است. یافته‌های پژوهشی مربوط به کودکان، به صراحت نشان داده‌اند که کودک موجود فعل‌پذیر مطلق نیست و از ویژگی‌های خانوادگی، شیوه‌های فرزندپروری، روابط زناشویی و چگونگی ابراز و بیان هیجان‌ها و نحوه مدیریت عواطف والدین تاثیر می‌پذیرد (رادریگز و روت، ۲۰۰۹). از سوی دیگر، نوجوانانی که در رابطه با شناخت خود دچار مشکل هستند و توانایی‌های لازم را برای تنظیم هیجان‌ها ندارند، در شرایط پرسترس از کنترل خوبی برخوردار نیستند، ماهیت استرس را با شدت بالاتری درک می‌کنند و از سازگاری روانشناختی کمتری برخوردارند (پکران، الیوت و مایر، ۲۰۱۲؛ کومز و همکاران، ۲۰۰۰).

درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز موجب تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود می‌شود، قابلیت پذیرش ناراحتی‌ها را بالا می‌برد و آشفتگی‌های عاطفی را کاهش می‌دهد. این روش درمانی فرد را قادر می‌سازد که بیشتر خود را تسکین دهد و کنترل کند (گیلبرت، ۲۰۰۵). در واقع این درمان می‌تواند رفتارهای اخلاص‌گرانه^۲ را در کودکان دچار ناتوانی یادگیری کاهش دهد و با آموزش خود نظم‌دهی هیجان^۳، کنترل عواطف و نشخوارگری به این کودکان کمک کند تا توانایی تنظیم رفتار نامناسب خود را بیاموزند و سلامت روانی خود را بهبود بخشند (بروان و پرسی، ۲۰۱۰).

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه داشت که از جمله آن، عدم اجرای پیگیری است تا بتوان اثربخشی روش‌های آموزشی مورد استفاده را در درازمدت مورد بررسی

شفقت‌ورز همراه با نوعی مراقبه و آرامش جسمانی است، می‌تواند به عنوان یک عامل واسطه‌ای بر افزایش عملکرد روانشناختی، بهبود کیفیت زندگی و کاهش اضطراب اجتماعی این دانش‌آموزان بیانجامد (آرچ، لندی و وارن برون، ۲۰۱۶).

هم‌چنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز باعث کاهش عواطف منفی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ریاضی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های دیگر (الاین و هالینز، ۲۰۱۶؛ آیزنبرگ، کامبرلن، اسپینارد، فییز، شپارد و همکاران، ۲۰۰۱؛ یانگ، ۱۳۸۴/۲۰۰۳) مبنی بر این‌که درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز باعث کاهش عواطف منفی در بیماران افسرده، وسواسی و کم‌توان ذهنی می‌شود همخوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری، به دلیل روابط بین شخصی محدود، عمدتاً تمایل به درگیری و رویارویی با محیط اجتماعی ندارند. این افراد در برخورد با موقعیت‌ها و مشکلات، خود را بی‌پناه و تنها احساس می‌کنند، نیرو و انرژی لازم را برای رویارویی با رویدادهای استرس‌زا ندارند و بیشتر به تنهایی و انزوایی روی می‌آورند. از سویی، افراد دارای عاطفه مثبت فعالانه، توأم با شور و نشاط و اعتماد به زندگی روی می‌کنند (بشارت، دهقانی، غلامعلی لوسانی و ملک‌زاده، ۱۳۹۴). همراهی با دیگران را جستجو می‌کنند، از آن لذت می‌برند و در تعاملات اجتماعی خود از اعتماد و رضایت برخوردارند. این افراد تجارب هیجان‌انگیز را دوست دارند و از این‌که کانون توجه قرار گیرند، ابایی ندارند. از سوی دیگر، افراد دارای عاطفه منفی، فاقد انرژی، اشتیاق و اعتماد هستند. آنها درون‌گرا و از نظر اجتماعی گوشه‌گیر هستند، از تجارب پرشور پرهیز می‌کنند و در کل از درگیر شدن فعالانه با محیط خودداری می‌کنند. این افراد به ناراحتی و ناخرسندی گرایش داشته و دید منفی نسبت به خود، دنیا و آینده دارند (پلیتری، ۲۰۰۲؛ مازوکو و کور، ۲۰۱۰). هم‌چنین می‌توان گفت که مهم‌ترین مساله مربوط به یک دانش‌آموز مبتلا به ناتوانی یادگیری، بعد تربیتی است. از آنجا که بیشترین بار تربیتی بر عهده مادر است (تران و اسمیت، ۲۰۰۴؛ کارمودی و بایر، ۲۰۰۸)، دوری کودک از مادر و محرومیت عاطفی

1. self-devaluation
2. disruptive behavior
3. emotional self-regulation

قرار داد. هم‌چنین در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان فقط از دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان بودند و مشخص نیست که آیا روش مداخله‌ای مورد استفاده برای گروه‌های دیگر، از جمله پسران و گروه‌های مختلف سنی موثر است. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به کوچک بودن حجم نمونه و عدم امکان مقایسه متغیرهای مورد بررسی در دانش‌آموزان دختر سایر مدارس بود. بنابراین تعمیم‌پذیری

مراجع

اشرف، م.، استکی، م.، و عشایری، ح. (۱۳۹۰). تاثیر آموزش صفحه مفهوم اعداد بر پیشرفت ریاضی دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی‌های یادگیری ریاضی. *فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۰۷، ۱۶-۴.

بخشی پور، ع.، و دژکام، م. (۱۳۸۴). تحلیل عاملی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. *مجله روانشناسی*، ۳۶، ۳۶۵-۳۵۱.

برازنده، ه. (۱۳۸۴). *بررسی ارتباط روانسازیه های ناسازگار اولیه با سازگاری زناشویی*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۷). *بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی فهرست عواطف مثبت و منفی*. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.

بشارت، م. ع.، دهقانی، س.، غلامعلی لوانسانی، م.، و ملک‌زاده، رضا. (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی در رابطه بین روانسازیه‌های ناسازگار اولیه و شدت نشانه‌ها در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. *روانشناسی معاصر*، ۱۰، ۷۳-۸۴.

حمیدپور، ح.، دولتشاهی، ب.، پورشهباز، ع.، و دادخواه، ا. (۱۳۸۹). کارایی روانسازیه درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۴، ۴۳۱-۴۲۰.

خدای، ن.، عابدی، ا.، و آتش پور، ح. (۱۳۹۰). تاثیر آموزش حافظه فعال و فراشناخت بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دختر ناتوان در یادگیری ریاضی. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱، ۴۵-۵.

دلاور، ع. (۱۳۹۰). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: انتشارات رشد.

سعیدی، ض.، قربانی، ن.، سرافراز، م. ر.، و شریفیان، م. ح.

نتایج بایستی با احتیاط صورت گیرد؛ اما با توجه به یافته‌های به دست آمده، پیشنهاد می‌شود که از روش‌های مطالعه‌ی حاضر برای بهبود سایر نشانه‌های روانشناختی و هم‌چنین در سنین مختلف مطالعاتی صورت پذیرد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، این روش درمانی برای والدین و دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در مدارس به عنوان مکمل سایر درمان‌ها به کار گرفته شود.

(۱۳۹۲). اثر القای شفقت خود و حرمت خود بر میزان

تجربه شرم و گناه. *روانشناسی معاصر*، ۸، ۹۱-۱۰۲.

سلیمانی، ا.، زاهد بابلان، ع.، فرزانه، ج.، و ستوده، م. ب.

(۱۳۹۰). مقایسه نارسایی هیجانی و مهارت‌های اجتماعی

دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری و بهنجار. *مجله*

ناتوانی‌های یادگیری، ۱، ۹۳-۷۸.

شریفی، و.، اسعدی، س. م.، محمدی، م. م.، امینی، ه.،

کاوایی، ح.، سمنانی، ی.، و همکاران (۱۳۸۳). پایایی و

قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته

تشخیصی برای DSM-IV (SCID). *فصلنامه تازه‌های*

علوم شناختی، ۶، ۲۲-۱۰.

عابدی، ا. (۱۳۸۷). اثر مداخلات عصب‌روانشناختی بر بهبود

عملکرد تحصیلی کودکان دچار ناتوانی‌های یادگیری

ریاضی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۲، ۲۴-۱۳.

عابدی، ا.، فراهانی، ح.، و باقرزاده، ب. (۱۳۸۹). مقایسه

ویژگی‌های عصب‌روانشناختی کودکان با ناتوانی‌های

یادگیری ریاضی و عادی دوره دبستان. *مجله روانشناسی*

معاصر، ۵، ۵۸-۴۷.

گل‌پور، ر.، ابوالقاسمی، ع.، احدی، ب.، و نریمانی، م. (۱۳۹۳).

اثربخشی آموزش خود دلسوزی شناختی و درمان

متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان

مبتلا به افسردگی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۶، ۶۴-۵۳.

محمدخانی، پ.، جهانی، ع.، و تمنایی‌فر، ش. (۱۳۸۴).

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات دی اس ام.

تهران، انتشارات فرادید.

میکاییلی، ن.، بگیان کوله‌مرز، م. ج.، مقصود، ن.، و عالی‌ساری

نصیرلو، ک (۱۳۹۲). مقایسه عواطف مثبت و منفی و

نارسایی شناختی در دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی‌های

یادگیری. *فصلنامه کودکان استثنایی*. زیر چاپ.

References

- Accardo, P. M., & Capute, A. J. (2011). *Mental retardation, developmental disabilities, infancy and childhood*. Baltimore: Paul H Brookes.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5 Th Ed)*. Washington, DC London, England: APA.
- Andersson, P., & Perris, C. (2000). Attachment styles and dysfunctional assumptions in adults. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 47-53.
- Arch, J. J., Landy, L. N & Warren Brown, K. (2016). Predictors and moderators of biopsychological social stress responses following brief self-compassion meditation training. *Psychoneuroendocrinology*, 69, 35-40.
- Baker, E., & Beech, A. R. (2004). Dissociation and variability of adult attachment dimensions and early maladaptive schemas in sexual and violent offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 1119-1136.
- Breines, J. G., Thoma, M. V., Gianferante, D., Hanlin, L., Chen, X., & Rohleder, N. (2014). Self-compassion as a predictor of interleukin-6 response to acute psychosocial stress. *Journal of Brain, Behavior, and Immunity*, 37, 109-114.
- Brown, I., & Percy, M. (2010). *A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities*. London: Powl. H. Brookes.
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 23-33.
- Connolly, E. D. (1998). *KeyMath: A Diagnostic inventory of essential mathematics*. U. S. A: Guidance Service. Inc.
- Eisenberg, N., Cumberlan, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., & et al (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development*, 72, 1112-1134.
- Elaine Beaumont, C. J & Hollins, M. (2016). Exploration of a training programme for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 5-13.
- Gannon, T. A., Collie, R. M., Ward, T., & Thakker, J. (2008). Rape: Psychopathology, theory and treatment. *Clinical Psychology Review*, 28, 982-1008.
- Gartland, D., & Strosnider, R. (2007). Learning disabilities and young children: Identification and intervention. *Learning Disability Quarterly*, 30, 63-72.
- Geary, D. C., Hamson, C. O., & Hoard, M. K. (2000). Numerical and arithmetical cognition: A longitudinal study of process and concept deficits in children with learning disability. *Journal of Experimental Child Psychology*, 73, 236-263.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9-74). Hove, UK: Routledge.
- Gilbert, P. (2009). Introducing comp-assion-focused therapy. *Journal of Advances in psychiatric treatment*, 2, 199-208.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263-325). London: Routledge.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 335-379.
- Gomez, R., Cooper, A., & Gomez, A. (2000). Susceptibility to positive and negative mood states: Test of Eysenck's, Gray's and Newman's theories. *Personality and Individual Differences*, 29, 351-365.
- Hale, J. B., Fiorello, C. A., Bertin, M., & Sherman, R. (2003). Predicting math

- achievement through neuropsychological interpretation of WISC-III variance components. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 21, 358-380.
- Hamidpour, H. (2011). The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. *Journal of Iranian Psychiatry and Clinical Psychology*, 4, 420-443.
- Jacquín, K. M. (1998). The effects of maladaptive schemata on information processing. *Dissertation Abstracts International*, 59, 435B.
- Langton, C. M., & Marshall, W. L. (2010). Cognition in rapists: Theoretical patterns by typological breakdown. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 499-518.
- Margaret, J., Snowling, M., & Charles, H. (2012). Annual research review: The nature and classification of reading disorders – a commentary on proposals for DSM-5. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 593-607.
- Mason, O., Platts, H., & Tyson, M. (2005). Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. *Psychology and Psychotherapy*, 78, 549-564.
- Mazzocco, M. M. M., & Kover, S. T. (2010). A longitudinal assessment of executive function skills and their association with math performance. *Child Neuropsychology*, 13, 18-45.
- Mcquillan, M. K., Coleman, G. A., Tucker, C. R., & Thompson, A. L. (2011). Guideline for identifying children with learning disability. Department of Education. New York: Science and Education Publishing.
- Montague, M. (2010). The effects of cognitive and metacognitive strategy instruction on the mathematical problem solving of middle school students with learning disabilities. *Journal Learning Disability*, 25, 230-248.
- Morrison, N. (2011). Schema focused therapy for complex long standing problem: A single case study. *Behavioral and cognitive psychotherapy*, 28, 269-283.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Nordahl, H. M., Holthe, H., & Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 142-149.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (2008). *Anti-social boys*. Eugene: Social learning center & Castilian publishing.
- Pekrun, R. A. J., Elliot, M. A., & Maier, S. (2012). Achievement goals and achievement emotions: Testing a model of their joint relations with academic performance. *Journal of Educational Psychology*, 101, 115-135.
- Pellittery, J. (2002). The relationship between emotional intelligence and ego defense mechanism. *Journal of Psychology*, 36, 182-194.
- Platts, H., Tyson, M., & Mason, O. (2002). Adult attachment style and core beliefs: Are they linked? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 332-348.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Journal of Personality and Individual Differences*, 48, 757-761.
- Ramaa, S., & Gowramma, I. P. (2002). A systematic procedure for identifying and classifying children with dyscalculia among primary school children in India. *Dyslexia*, 8, 67-85.
- Rodriguez, C.M., & Routh, D. K. (2009). Depression, anxiety, and performance experience of learning disabled and non-learning disabled children. *Journal of clinical child psychology*, 18, 299-304 .
- Shalev, R. S., Auerbach, J., Manor, O., & Gross-Tsur, V. (2000). Developmental dyscalculia: Prevalence and prognosis. *European Child and Adolescent Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 549-564.
- Smith, D. D. (2010). *Introduction to special education: Teaching in an age of opportunity*. Boston: Allyn and Bacon.
- Soygut, G., Karaos, A., & Manoglu, A. C. (2013). Assessment of early maladaptive schemas: A psychometric study of the Turkish Young schema Questionnaire-short form-3. *Turkish Journal of psychiatry*, 13, 112-122.
- Switzer, I. (2006). *Early maladaptive schemas predict risky sexual behaviors*. Unpublished thesis masters, Mississippi State University.

- Tirch, D. (2012). The compassionate-mind approach to overcoming anxiety: Using the compassion-focused therapy (CFT) to treat worry, panic, and fear. *American institute for cognitive therapy*, 38, 6-29.
- Tran, G. Q., & Smith, G. P. (2004). Behavioral assessment in the measurement of treatment outcome. In S. N. Haynes, & E. M. Heiby (Eds.), *Comprehensive handbook of psychological assessment* (pp. 269-290). New York: Wiley.
- Waller, G., Meyer, C., & Ohanion, V. (2001). Psychometric properties of the long and short versions of the young schema questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison woman. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 137-147.
- Ward, T., & Beech, A. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 44-63.
- Ward, T., Keenan, T., & Hudson, S. M. (2000). Understanding cognitive, affective and intimacy deficits in sexual offenders: A developmental perspective. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 41-62.
- Ward, T., Polaschek, D. L. L., & Beech, A. R. (2006). *Theories of sexual offending*. England: Leicestershire, Wiley.
- Watson, D., Clarke, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Willcutt, E. G., Boada, R., Riddle, M. W., Chhabildas, N., DeFries, J. C., & Pennington, B. F. (2011). Colorado Learning Difficulties Questionnaire: Validation of a Parent-Report Screening Measure. *Psychological Assessment*, 3, 778-791.
- Wren, A., Somers, J., Melissa, A. W., Goetz, M. C., Leary, M. R., Fras, A. M., & et al (2012). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: Relationship of self-compassion to adjustment to persistent. *Journal of Pain Symptom Management*, 43, 759-770.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Publication.