

## معرفی و توسعه درمان کوتاه مدت پویشی مبتنی بر ذهن سازی؛

### درمانی نوین برای اختلالات کودکان

## Introduction and Development of Short-Term Dynamic Therapy Based on Mentalization (SDTBM); An Inovative Treatment of Children Disorders

**Dr. Walaa Musawi \***

Ph.D in Health Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

[walaa.hadi@ut.ac.ir](mailto:walaa.hadi@ut.ac.ir)

**Dr. Hadi Bahrami Ehsan**

Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

دکتر ولاء موسوی (نویسنده مسئول)

دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

دکتر هادی بهرامی احسان

استاد، گروه روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

### Abstract

Mental health experts have suggested various programs and interventions enhance parents' parenting levels. However, the emergence of new issues such as women's occupation growth, the tendency to have an only child, and the increasing usage of cyberspace have faced families with more problems and made mental disorders more complicated. Moreover, the increased number of divorces, substance abuse, and economic problems expose children to more problems. Therefore, newer and more preventive interventions to enhance families' well-being seem necessary. This study aims to describe the designing and development process of an innovative intervention based on mentalization theory. This intervention is developed to enhance parents' mentalization ability and to improve their relationship with their children. The general aim of this intervention is to treat different disorders in childhood and support family members' mental health and prevent transmission of destructive parenting models over generations. This study includes two sections. In the first section, by using the Delphi method, theoretical and pivotal basics of the designed therapy were extracted from relevant resources and evaluated. Then, the schema of the new mentalization-based therapeutic approach was designed. In the second section, through randomized controlled trials, the efficacy of this therapeutic approach was measured. In the end, the evaluation procedure of the designed intervention and limitations and suggestions will be discussed.

### چکیده

متخصصان حوزه سلامت روان، برنامه‌ها و مداخلات متنوعی را برای ارتقای سطح فرزندپروری والدین مطرح کرده‌اند. با این حال بروز مسائل جدیدی مانند اشتغال بیشتر زنان، تمایل به داشتن تک فرزند، و افزایش استفاده از امکانات فضای مجازی، خانواده‌ها را با مشکلات بیشتری مواجه کرده و اختلالات مختلف روان‌شناختی را پیچیده‌تر کرده است. همچنین افزایش آمار طلاق، شیوع بیشتر اعتیاد و مشکلات اقتصادی، کودکان را در معرض مشکلات بیشتری قرار داده است. لذا داشتن مداخلات جدیدتر و پیشگیرانه برای ارتقای سلامت خانواده‌ها ضروری به نظر می‌رسد. هدف از مطالعه حاضر شرح فرایند تدوین و تحول یک مداخله نوآورانه، در بستر نظریه ذهن‌سازی است که با هدف ارتقای توانایی ذهن‌سازی والدین و بهبود رابطه آنان با فرزندانشان ایجاد شده است. هدف کلی از این مداخله، درمان اختلالات مختلف دوران کودکی و حمایت از سلامت روان اعضای خانواده، و جلوگیری از انتقال الگوهای مخرب فرزندپروری به نسل‌های بعدی است. این مطالعه شامل دو مرحله است؛ در مرحله اول و با استفاده از روش دلفی، مبانی نظری و محوری درمان طراحی شده، از منابع مرتبط استخراج و مورد ارزیابی قرار گرفته و پس از آن پیش‌نویس رویکرد درمانی جدید مبتنی بر ذهن‌سازی تدوین شده است. در مرحله دوم و در قالب کارآزمایی - های تصادفی کنترل شده، اثربخشی این روش درمانی سنجیده شده است. در پایان روش ارزیابی مداخله تدوین شده و محدودیت‌ها و پیشنهادات مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

**Keywords:** Intervention, Innovative, Mentalization, Reflective Functioning, Mental Health

واژه‌های کلیدی: مداخله، نوآورانه، ذهن‌سازی، ظرفیت تأملی، سلامت روان.

## مقدمه

علیرغم وجود توافق کلی برای بهره‌گیری از درمان روان‌تحلیلی برای کودکان، به ویژه برای کودکان مضطربی که از سایر مشکلات هیجانی و رفتاری رنج می‌برند (فوناگی و تارگت<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸)، به کارگیری این نوع درمان چالشی جدی محسوب می‌شود. بنا به نظر کرنبرگ<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) برای اینکه کودک بتواند از خدمات روان‌تحلیلی بهرمنند شود باید شرایط زیر را دارا باشد:

۱. بهره‌مندی از هوش بالا، مهارت کلامی خوب و ظرفیت روان‌شناختی بالا.
۲. محیط حمایت‌کننده و پایدار که در خلال آن والدین بتوانند یک اتحاد درمانی خوب و با رعایت محدودیت‌های لازم را شکل دهند.
۳. شناسایی یک تعارض درونی که مسبب پیدایش علائم فعلی کودک شده است.
۴. عدم وجود اختلال روان‌شناختی شدید ناشی از نقص در ایگو، یا تعارضات ناهشیار درونی که با دادن بینش حل نخواهند شد.
۵. داشتن انگیزه برای انجام درمان طولانی مدت و گاه دشوار برای تجربه احساسات ناشی از اضطراب، گناه و شرم.
۶. ظرفیت برقراری ارتباط و داشتن اعتماد که زمینه‌ساز برقراری ارتباط با دیگران باشد (فوناگی، ۱۹۹۸، به نقل از کرنبرگ، ۱۹۹۵).

با نگاهی به ملاک‌های ورود به درمان روان‌تحلیلی به راحتی می‌توان دریافت که اغلب کودکان نمی‌توانند از اینگونه درمان‌ها بهره‌مند شوند. روان‌تحلیلی، درمانی گران‌قیمت محسوب می‌شود که طولانی مدت بودن آن باعث می‌شود اغلب افراد جامعه نتوانند از چنین خدماتی استفاده کنند (فوناگی و تارگت، ۱۹۹۸). همچنین برای اختلال‌های شدیدتر مانند اختلال سلوک و بیماران دارای تعارضات شدید ناهشیار، درمان‌های همراه با ارائه تفسیر، توصیه نمی‌شود. در همین راستا و به منظور بهره‌مندی سایر افراد از درمان‌های روان‌تحلیلی، فوناگی (۱۹۹۸) درمان‌های مبتنی بر ذهن‌سازی<sup>۳</sup> را پیشنهاد می‌کند. درمان‌های مبتنی بر ذهن‌سازی به علت پذیرش پیش‌فرض‌های بنیادین روانکاوی، درمان‌هایی روان‌تحلیل‌گرانه به شمار می‌روند؛ در عین حال رویکردهای مبتنی بر ذهن‌سازی رویکردهایی انسجام‌بخش محسوب می‌شوند که جنبه‌های مختلف سایر درمان‌ها از قبیل روان‌تحلیلی، شناختی - رفتاری، سیستمی و زیستی را کنار هم قرار می‌دهند (شارپ و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). مداخلات مبتنی بر ذهن‌سازی بر این اساس طراحی شده‌اند که بتوانند ظرفیت تأملی<sup>۵</sup> فرد را تحریک کرده و توانایی ذهن‌سازی ناقص یا از بین رفته او را احیا کنند (بایرن، اسلید، میدلی، فیرن، مین و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹).

واژه ذهن‌سازی<sup>۷</sup> به معنای توانایی تصور<sup>۸</sup> وضعیت روانی<sup>۹</sup> خود و دیگران است؛ وضعیت روانی شامل افکار، احساسات، تمایلات، آرزوها، اهداف و مقاصد فرد است (فوناگی، ۲۰۰۲). توانایی ذهن‌سازی اکتسابی نبوده و انسان از بدو تولد و در طی یک فرایند به این توانمندی دست پیدا می‌کند. فرایند رشد و تحول توانایی ذهن‌سازی، به رشد زبان تشبیه شده است؛ به این معنی که همه انسان‌ها با توانایی ذاتی و ژنتیکی برای صحبت کردن به دنیا می‌آیند، اما آن چیزی که بعداً فرد از محیط فرا خواهد گرفت و در تعامل با افراد خواهد آموخت دستور زبان است نه خود زبان، همانند توانایی ذهن‌سازی و ظرفیت تأملی که در تعامل با دیگران تقویت یا تضعیف می‌شود (ویلیام، بن، هاگورت، تونی و وارنی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۱). توانایی ذهن‌سازی و داشتن ظرفیت تأملی<sup>۱۱</sup> می‌تواند تعیین‌کننده میزان سلامت روان فرد باشد. اختلالات روان‌شناختی مختلف نشان دهنده عواقب ناامیدکننده و گاه ناگوار موقت یا مزمن نقص در این توانایی است؛ نقصی که موجب اختلال در روابط فرد با دیگران یا حتی رابطه فرد با خودش می‌شود و طیفی از اختلالات اטיسم تا روان‌پریشی را دربرمی‌گیرد (برنت، هولت، کشوان،

1 Fonagy, Target

2 Kernberg

3 Mentalization

4 Sharp, C., Shohet, C., Givon, D., Penner, F., Marais, L., & Fonagy, P.

5 Reflective function

6 Byrne, G., Slead, M., Midgley, N., Fearon, P., Mein, C., Bateman, A., & Fonagy, P

7 Mentalization

8 Imagination

9 Mental state

10 Willems, R. M., Benn, Y., Hagoort, P., Toni, I., & Varley, R

11 Reflective function

سیدمان و فوناگی<sup>۱</sup>، (۲۰۱۴). در هر دو سر طیف شاهد نقصان در ظرفیت ذهن سازی در افرادی هستیم که دچار اختلال شخصیت بوده و در فرآیندهای ذهن سازی مختلف دچار مشکل هستند (بیتمن<sup>۲</sup> و فوناگی، ۲۰۰۸).

بروز ناکامی های مختلف می تواند تعیین کننده میزان شکست در فرایند ذهن سازی باشد؛ مطالعات نشان می دهد ظرفیت ذهن سازی ابتدا در بافت روابط دلبستگی رشد می کند که در این بین ظرفیت تأملی والدینی (PRF)<sup>۳</sup> به ویژه در مراحل اولیه رشد، نقش مهمی در ایجاد این ظرفیت ایفا می کند (انسینک و مایس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰؛ فوناگی، گرگلی و تارگت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷؛ شارپ<sup>۶</sup> و فوناگی، ۲۰۰۸؛ اسلید<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵). ویژگی حساس و پاسخگو بودن مادر بیشترین تأثیر را در رشد ظرفیت تأملی دارد. مادر به اندازه کافی رضایت بخشی که به اطوارهای نوزاد خود واکنش مناسبی نشان می دهد، زمینه رشد ظرفیت تأملی را در کودک فراهم می کند. هر چند باید متذکر شد که دلبستگی ایمن والدین و در دسترس بودن آنها از نظر هیجانی، لزوماً به معنای توانایی بالای آنها در ظرفیت تأملی نیست؛ علاوه بر این، بعدها و در مراحل بعدی رشد، گروه همسالان، معلمان، مربیان و بافت اجتماعی و فرهنگی نقش تعیین کننده تری در رشد این توانایی خواهند داشت (لویتن، نایسنس، فوناگی و مایس<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷).

با توجه به تاکید نظریه ذهن سازی بر شکل گیری توانایی ذهن سازی در خلال ارتباط مادر با کودک و اهمیت فوق العاده این ارتباط، می توان گفت یکی از ریشه های اصلی نظریه ذهن سازی، در اندیشه های وینیکات<sup>۹</sup> نهفته است؛ آنجا که توصیفی از مادر به اندازه کافی خوب ارائه می دهد و رابطه مادر - کودک را به عنوان مدلی برای درمان روانکاو مطرح می کند. در واقع آن چیزی که وینیکات در توصیف مادر رضایت بخش ارائه می دهد، در عمل همان داشتن ظرفیت تأملی و توانایی ذهن سازی است که در سیر رشد اولیه به کودک منتقل می شود، که در این بین، مادر نقش تسهیل کننده رشد کودک را بر عهده دارد. از دیدگاه وینیکات، اگر مادر به دلیل مشکلاتی که در دوران رشد خود داشته، نتواند خود را با نیازهای کودک تطبیق دهد و خواسته های مداخله گرانه ای داشته باشد، باعث بروز تسلیم زودرس در کودک می شود؛ کودک برای مدیریت تقاضاهای مادر و محافظت از خویشتن واقعی<sup>۱۰</sup> در برابر نیاز و مشغله ذهنی، چیزی می سازد که وینیکات آن را خویشتن کاذب<sup>۱۱</sup> می نامد (وینیکات، ۱۹۶۴).

وینیکات (۱۹۶۰) از جنبه های مختلف مراقبت مادرانه<sup>۱۲</sup> می گوید و مرحله نگهداری<sup>۱۳</sup> را مهمترین مرحله در طول رشد اولیه نوزاد می داند. وی در آغوش گرفتن نوزاد را مهمترین جلوه دوره نگهداری می داند و آن را مهمترین تجلی عشق و دوست داشتن می داند. جایی که مراقبت از نوزاد در ابتدا بیشتر جنبه فیزیولوژیکی دارد اما در عین حال جنبه های روان شناختی مهمی را در بر می گیرد. در این بین مادر با داشتن ویژگی همدلی<sup>۱۴</sup>، مهمترین نقش را در رشد روان شناختی نوزاد ایفا می کند. اگر چه بر اهمیت حساس و پاسخگو بودن والدین در شکل گیری دلبستگی ایمن تاکید شد، اما این نکته به این معنا نیست که صرفاً نشان دادن رفتارهای مربوط به حساسیت بتواند دلبستگی ایمن کودک را ارتقاء بخشد؛ بلکه این امر متأثر از نوع برخورد والدین با کودک است به این معنی که والدین باید قادر باشند کودک را به عنوان یک عامل روان شناختی ببینند که دارای احساسات، افکار، امیال و آرزوهای مربوط به خود است. در واقع توانایی دیدن کودک به عنوان یک عامل روان شناختی، با علاقمند بودن والدین به دانستن وضعیت روانی کودک متفاوت است (شارپ و فوناگی، ۲۰۰۸).

علیرغم تأکید مطالعات مختلف بر اهمیت دلبستگی مراقب اولیه و نقش آن در بروز اختلال در فرزندان، شکستن الگوهای مخرب در عمل زمان بر خواهد بود. در حالی که کودک یا نوجوانی که دچار مشکل یا اختلال است، به لحاظ زمانی در موقعیت بحرانی قرار دارد؛ بنابراین مداخلات باید به گونه ای تنظیم شوند که ضمن اثربخشی بر بهبود مشکلات والدین، کودک را از مرحله بحران خارج کرده و از

1 Brent, Holt, Keshavan, Seidman

2 Bateman

3 Parental reflective function

4 Ensink, K., & Mayes

5 Gergely, G., & Target, M

6 Sharpe

7 Slade

8 Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L., & Fonagy, P.

9 Winnicott

10 True Self

11 False Self

12 maternal care

13 Holding

14 empathy

پیشرفت اختلال جلوگیری کنند. بر همین اساس، ذهن‌سازی والدینی می‌تواند نقش واسطه‌ای در انتقال بین نسلی دلبستگی ایمن و نقش اساسی در شکستن زنجیره‌ی ارثی مدل‌های در معرض خطر والدینی داشته باشد (ساجمن و همکاران، ۲۰۱۲). اسلید و همکاران (۲۰۰۵) نیز تاکید کرده‌اند که توانایی پایین در ظرفیت تأملی والدینی با الگوی دلبسته‌ی مقاوم، متعارض و نابسامان در ارتباط است؛ که این ویژگی می‌تواند عامل خطر مهمی در ابتلای کودک به اختلالات روان‌پزشکی باشد (کاسیدی و همکاران، ۲۰۱۳). گرینبرگر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۵) نیز نشان دادند زمانی که مادران توانایی ضعیف و مختلی در ظرفیت تأملی دارند، در روابط عاطفی‌شان با کودک دچار مشکل می‌شوند؛ این مادران احساس ترس یا درماندگی کودک را به درستی تنظیم نکرده و بنابراین احساس امنیت را به آن‌ها نمی‌دهند. تصور می‌شود که چنین مادرانی توانایی تحمل و درک تجارب احساسی دردناک کودکان را نداشته و نمی‌توانند به کودک خود در تنظیم هیجاناتش کمک کنند.

مداخلات مبتنی بر ذهن‌سازی بر این اساس طراحی شده‌اند که بتوانند محدودیت‌های موجود در سایر درمان‌های رفتاری و روانی - آموزشی در زمینه‌ی ارتقای سطح والدگری را پوشش دهند (ساجمن و همکاران، ۲۰۰۶). بررسی انواع مداخلات در زمینه ذهن‌سازی کمک می‌کند تا علاوه بر شناخت سودمندی مداخلات بالینی و پیشگیرانه، به اهمیت و علیت ظرفیت تأملی والدینی و کیفیت رفتارهای والدگرانه پی برده شود. در واقع پی بردن به وجود رابطه‌ی بین ارتقای ظرفیت تأملی والدینی و تغییر در سبک‌های والدگری، که بر اثر مداخله‌ی مبتنی بر ذهن‌سازی اتفاق می‌افتد، می‌تواند پایه کشف یک ارتباط علی بین این دو عامل باشد؛ به این معنا که ارتقای ظرفیت تأملی والدینی موجب بهبود رفتارهای والدگرانه می‌شود (کامرانو، ۲۰۱۷). با توجه به اهمیت ظرفیت تأملی والدینی در مسیر رشد کودک، چندین مداخله‌ی مبتنی بر ذهن‌سازی طرح‌ریزی و اجرا شده است. هر چند این مداخلات برای جامعه‌های متفاوتی طراحی شده، اما در نهایت هدف مشترک آنها ارتقای ظرفیت تأملی والدینی، بهبودی رابطه‌ی والدین با کودک و کاهش خطر احتمال ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی است. به طور ویژه تمرکز این برنامه‌ها بر افزایش علاقمندی و کنجکاوی والدین به فهم و درک وضعیت روانی خود و فرزندشان بوده است. این امر باعث می‌شود از تمرکز صرف بر رفتارهای قابل مشاهده کاسته شده و به جای آن ابهامات موجود در ذهن والدین و کودک تشخیص داده شود تا از حالت پیش ذهن‌سازی به حالت ذهن‌سازی برسند (لویتن و همکاران، ۲۰۱۷).

### مروری بر مداخلات مبتنی بر ذهن‌سازی و ظرفیت تأملی

با توجه به محدودیت‌های موجود در درمان‌های روان‌تحلیل‌گرانه، پیتر فوناگی در سال ۱۹۹۸ برای اولین بار تغییر مسیر در اجرای تکنیک‌های تحلیلی را مطرح کرد؛ وی پیشنهاد می‌دهد تا برای درمان کودکان آشفته و آسیب دیده به جای تمرکز بر روش‌های مبتنی بر تعارض و بینش، به سمت استفاده از تکنیک‌های مبتنی بر ذهن‌سازی حرکت کنیم؛ تکنیک‌های که در نهایت باعث تقویت توانایی ذهن‌سازی و ظرفیت تأملی در کودک می‌شود. البته این تکنیک‌ها تا پیش از این نیز در رویکردهای مختلف مورد استفاده قرار می‌گرفته است ولی تمرکز اساسی بر آنها نبوده است.

فرایند تکوین ظرفیت تأملی کودک در طول رشد اتفاق می‌افتد و سال‌های اولیه زندگی نقش تعیین‌کننده‌تری در طول این زمان دارند. از منظر ذهن‌سازی هر چقدر والدین توانایی بهتری در درک دنیای درونی فرزند داشته باشند و وضعیت روانی خود را از وضعیت روانی فرزندشان افتراق دهند، ظرفیت ذهن‌سازی کودک ساختار بهتری خواهد داشت؛ فرافکنی و همانندسازی فرافکنانه والدین باعث تخریب توانایی والدین در دیدن دنیا از نگاه کودک می‌شود؛ کودکی که در واقع احساسات و افکار مجزا و مستقلی دارد (اسلید، ۲۰۰۸). در رویکردهای مبتنی بر ذهن‌سازی، درمانگر به دنبال پیاده کردن تکنیک‌های اساسی روانکاوی نیست بلکه وی تلاش می‌کند تا با شناسایی مکانیسم‌های دفاعی و مقاومت والدین، ماهیت پویای آن‌ها را به والدین نشان داده و تأثیرشان بر ارتباط با کودک را برای‌شان روشن کند (فوناگی، ۲۰۱۲).

پیچیده بودن برخی مشکلات و اختلالات کودکان باعث شده تا درمانگران حوزه روان‌تحلیلی به فکر تکنیک‌های جدیدتری باشند تا یک درمان یکپارچه برای اینگونه مشکلات داشته باشند، درمانی که همزمان هم برای رویکردهای شناختی-رفتاری و هم برای رویکردهای تحلیلی، کاربردی و مورد قبول باشد (اسمیت<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). در کنار کودکانی که به هر دلیلی دچار مشکلات و تاخیر در رشد هستند، کودکانی وجود دارند که در سطوح مختلف تفکر دچار مشکل و نقص هستند (فوناگی و بیتمن، ۲۰۰۶)؛ هر چقدر کودک آسیب بیشتری دیده باشد، ساحت‌های بیشتری از تفکر وی درگیر شده و این تجارب آسیب‌زا سیستم دلبستگی کودک را مختل کرده و اختلال

1 Grienberger

2 Schmeets

در ذهن‌سازی را شدیدتر می‌کند (آلن، ۲۰۰۰). آنچه اکنون به عنوان روان‌درمانی کودک مبتنی بر ذهن‌سازی مطرح می‌شود، در گذشته و در بافتار نظریه روان‌تحلیلی به عنوان درمان‌های رشدی یا درمان مربوط به رشد شناخته می‌شده است که در آن لزوم یکپارچه‌سازی رویکردهای مختلف در اولویت قرار دارد (فوناگی و بیتمن، ۲۰۰۴). از طرفی تکنیک‌های درمانی برای کودکان منبعت از تکنیک‌های مبتنی بر ذهن‌سازی بزرگسالان است؛ به عنوان مثال آسن و فوناگی (۲۰۱۲) خانواده‌درمانی مبتنی بر ذهن‌سازی<sup>۱</sup> (MBFT) با حداقل بیست جلسه درمانی را برای خانواده‌هایی پیشنهاد می‌کنند که نیازمند درمان کوتاه‌مدت هستند. علیرغم اینکه این روش به عنوان کوتاه‌مدت شناخته شده است، اما ۲۰ جلسه درمان همچنان طولانی بوده و نیاز است تا جلسات کوتاه‌تر با سرعت اثربخشی بیشتری تدوین شود؛ به ویژه در خانواده‌های که با مسائلی درگیر هستند که آنها را دچار بحران حاد کرده است.

در مطالعه‌ای مروری موسوی، بهرامی، رستمی و سرافراز (۱۳۹۹) مداخلات مبتنی بر ذهن‌سازی و ظرفیت تأملی را مورد بررسی قرار داده‌اند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که در اغلب مداخلات انجام شده، جامعه هدف، مادران در معرض خطر یا مبتلا به اختلالات شدید روانی مانند اختلال شخصیت مرزی و یا دارای سابقه سوء‌مصرف مواد بوده‌اند. این مطالعه مروری نشان داد، با تمرکز بر ظرفیت ذهن‌سازی مادر، هدف مداخلات موجود پیشگیری از انتقال الگوهای مخرب والدگری به نسل‌های بعدی است؛ پژوهشگران با بررسی گذشته مادر (سابقه تجاوز یا خشونت، نوع والدگری، سابقه نادیده گرفته شدن) در تلاش هستند تا از انتقال این آسیب‌ها و الگوهای فرزندپروری به نسل‌های بعدی جلوگیری کنند. در این بخش اصول کلی برنامه‌های مبتنی بر ذهن‌سازی و ظرفیت تأملی مطرح خواهد شد.

### اصول کلی برنامه‌های والدگری تأملی

والدگری پدیده‌ای استرس‌زا است بنابراین به طور طبیعی می‌تواند در بسیاری از افراد منجر به نقص مکرر و قابل توجه در توانایی ذهن‌سازی شود. احساساتی مانند گناه، تحقیر، نگرانی، حمایتگری، عشق، ناامیدی و خشم جزئی از احساسات معمول در تجارب والدگری است که در حالت‌های شدیدتر والدین را نسبت به تجارب‌شان کنجکاو می‌کند (بایرن و همکاران، ۲۰۱۹). تجربه‌ی روابط دلبستگی ایمن و مسنجم با مراقبان اولیه به طور طبیعی، یک تصویر ذهنی پایدار از خود<sup>۲</sup> را در ذهن کودک شکل می‌دهد؛ تصویری که توانایی انعکاس دادن تجربیات درونی خود و دیگران را به فرد می‌دهد (برون، دیماجیو و ادل<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳).

ذهن‌سازی حوزه‌ی بسیار مناسبی برای مداخلات درمانی در مورد خانواده‌های است که فرزندپروری آسیب‌زایی دارند؛ چرا که عموماً سوءرفتار با کودک و یا غفلت از کودک معمولاً ناشی از دو حالت است: فقدان ظرفیت ذهن‌سازی و خطاهای جدی در فرایند ذهن‌سازی و یا ترکیبی از هر دو. معمولاً والدینی دچار این مشکلات در فرایند ذهن‌سازی می‌شوند که تجارب کودکی نامناسبی در زمینه ذهن‌سازی با والدین‌شان داشته‌اند؛ این امر باعث می‌شود والدین نتوانند نیازهای روانی فرزندشان را درک کرده و مطابق با ادراک‌شان برخورد کنند (بایرن و همکاران، ۲۰۱۹). به عنوان مثال والدی که دلبستگی ناایمن و اجتنابی داشته باشد در پاسخ به گریه‌ی کودک که می‌تواند ناشی از گرسنگی، ترس و یا احساس تنهایی باشد، نمی‌تواند پاسخ همدلانه‌ی مناسبی به او بدهد. در مقابل والدی که در احساس علاقمندی‌اش نسبت به والدین خودش دچار تعارض باشد، ممکن است نسبت به گریه‌های کودک واکنش مبالغه‌آمیزی داشته باشد. در هر صورت در هر دوی این برخوردها احساس واقعی کودک و وضعیت روانی او نادیده گرفته شده است (بوسمن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). در سایر مداخلات حوزه ذهن‌سازی و ظرفیت تأملی، اصولی مطرح می‌شود که رعایت آنها می‌تواند به فرایند فرزندپروری سالم و شکل‌گیری دلبستگی ایمن کمک کننده باشد.

### ایجاد موضع تأملی و تسهیل کنجکاوی

فوناگی و همکاران (۲۰۰۲) تمامی ابعاد ظرفیت تأملی را کمکی به والدین می‌دانند که بتوانند از این طریق روابطشان را با کودک بهبود بخشند؛ رابطه‌ای که در گذر زمان پیچیده‌تر نیز خواهد شد. هدف اولیه در هر برنامه تأملی والدینی ایجاد موضع تأملی<sup>۵</sup> در والدین است؛ به این معنی که از والدین خواسته می‌شود بدون این‌که بخواهند کاری انجام دهند صرفاً به کودک خود توجه کنند و دقت کنند که او با رفتارهایش چه چیزی را می‌خواهد به آنها انتقال دهد. در واقع هدف برنامه‌ی تأملی والدینی، تقویت کنجکاوی در والدین است، تقویت تفکر در مورد دنیای درونی کودک به جای توجه صرف به رفتارهای وی. فوناگی (۲۰۰۰) اظهار می‌دارد که غالباً والدین به گونه‌ای

1 Mentalization-Based Family Therapy

2 self

3 Brune, Dimaggio, Edell

4 Buisman

5 Reflective Stance

فرزندشان را توصیف می‌کنند که گویی کودک آنها فاقد هرگونه احساس یا تفکر است: "او نمی‌خواهد"، "مدام در حال جنب و جوش است"، "کودکان دیگر را آزار می‌دهد". در تمامی این حالت‌ها توجه والدین صرفاً به رفتارهای کودک است که در این شرایط ما به جای موضع تأملی در واقع "موضع فیزیکی" داریم؛ یعنی تمایل به پاسخ‌گویی و واکنش نشان دادن به ویژگی‌های بیرونی (رفتارها) به جای پاسخ‌گویی و واکنش به ویژگی‌های درونی (افکار، احساسات، تمایلات، آرزوها و باورها) دیگران.

غالباً کنجکاوی در مورد تجارب کودک و آگاهی از اینکه این تجارب درونی جدای از خود والدین است، به آرامی و عمدتاً ناهشیار صورت می‌گیرد؛ همین تصورات ساده و مختصر از تجارب کودک است که به فهم والدین کمک کرده و می‌تواند در جهت تغییر بازنمایی ذهنی والدین از کودک‌شان مفید و مؤثر باشد. همه‌ی این‌ها زمانی اتفاق می‌افتد که والدین طبق راهنمایی‌ها و آگاهی‌بخشی‌ها درگیر کنجکاوی در مورد کودک‌شان شوند (اسلید، ۲۰۰۶). برخی والدین به سختی قادر به تشخیص وضعیت روانی خود یا فرزندشان هستند، در حالی که والدین دیگر قادرند راجع به تجارب ذهنی خود و فرزندشان توصیفی غنی، پویا و جزئی‌نگر داشته باشند. چنین والدینی غالباً قادر خواهند بود تا توصیف پویایی از رابطه وضعیت روانی خودشان با وضعیت روانی فرزندشان ارائه کنند. برای روشن‌تر شدن مطلب، نمونه‌ای از توصیف فعال و تأملی یک مادر آورده شده است (برگرفته از یکی از جلسات درمانی محقق):

"خیلی لجبازی می‌کند و برای هر چیزی شروع به بهانه‌گیری می‌کند (وضعیت روانی کودک) گاهی شک می‌کنم که قصد آزار من را دارد یا چیزی درونش می‌گذرد که باعث می‌شود با من لجبازی کند. سعی می‌کنم خواسته‌هایش را اجابت کنم تا آرام شود ولی مطمئن نیستم که دارم کار درستی انجام می‌دهم (ابهام در تشخیص) گاهی گیج و سردرگم می‌شوم که آیا من قادر خواهم بود او را درک کنم و علت رفتارهایش را بفهمم (وضعیت روانی مادر). گاهی او را در آغوش می‌گیرم می‌بوسم و سعی می‌کنم ارتباط بهتری با او برقرار کنم و حتی با او بیشتر بازی می‌کنم اما احساس می‌کنم این کار من را نمی‌بیند و حتی خوشحال هم نمی‌شود که من دارم به او محبت می‌کنم (تمایز میان وضعیت روانی خود و فرزند). حتی گاهی احساس می‌کنم محبت من باعث خشمش می‌شود تا اینکه بخواهد او را آرام کند (مادر می‌تواند تشخیص دهد که وضعیت روانی‌اش بر وضعیت روانی کودک تأثیر می‌گذارد و برعکس)."

آن‌چه در این مثال قابل توجه است این است که مادر می‌داند که رفتارهای ظاهری فرزندش می‌تواند متأثر از وضعیت روانی، یعنی احساسات، افکار و تمایلاتش باشد. هر چند در این زمینه ممکن است ابهام داشته باشد که دقیقاً چه احساسی و یا چه تمایلی موجب فلان رفتار می‌شود، اما همین که می‌داند رفتارش یک زیربنای ذهنی دارد، می‌تواند درمانگر را امیدوار کند که بینش مادر و ظرفیت تأملی وی تا حدی خوب است و می‌توان با آموزش بیشتر آن را ارتقا داد. نکته دیگر اینکه علیرغم بینش متوسط مادر در این مثال، اهمیت نیاز کودک به ارتباط و خودمختاری نادیده گرفته می‌شود که این امر در تجربه والدینی اکثر مادران و پدران شایع است.

برای بسیاری از والدین تجربیات درونی فرزندشان می‌تواند ترسناک به نظر برسد و ممکن است در مورد آن‌چه کودک سعی دارد به والدین بگوید دیدگاهی بسیار پیچیده و مبهم داشته باشند (کالاند و همکاران، ۲۰۱۶). آموزش چنین والدینی باید متناسب با سطح ظرفیت تأملی آنها باشد. شروع کار دقیقاً باید در سطحی باشد که والدین بتوانند در کار مشارکت فعالی داشته و تجربیات درونی‌شان را منسجم کنند. والدینی که ظرفیت تأملی ضعیفی دارند و توانایی ذهن‌سازی آنان دچار اختلال جدی است، تفکر در مورد مسائلی که کودک را آرام و خوشحال می‌کند بسیار راحت‌تر از مسائلی است که دقیقاً مربوط به نوع ارتباط و نحوه تعامل آنها است. پیش‌بینی می‌شود در نهایت ترغیب این والدین به تفکر در مورد دنیای ذهنی کودک و ارتقای سطح همدلی آنها، منجر به تقویت دلبستگی ایمن خواهد شد.

### استنباط عواطف به عنوان ابزاری برای ذهن‌سازی

یکی از مهمترین راهکارها برای ترغیب ذهن‌سازی و فعال‌سازی ظرفیت تأملی والدین، تشویق والدین به بیان تجارب ذهنی‌شان در موقعیت‌های مشابه با فرزندشان است. باید گفت تغییر زمانی اتفاق می‌افتد که والدین در حال تجربه کردن احساسات عمیق خود هستند؛ این به این دلیل است که مداخلات موفق مادر - کودک غالباً زمانی اثربخشند که متمرکز بر لحظه باشند (فراایبرگ، ۱۹۸۰، به نقل از اسلید، ۲۰۰۶). والدین معمولاً تلاش می‌کنند راجع به آنچه اتفاق افتاده صحبت کنند: آن‌چه احساس می‌کنند، آن‌چه کودک احساس می‌کند و اینکه چطور خود والدین این‌ها را متوجه می‌شوند. همه‌ی این‌ها در بافت یک گفتگوی حقیقی اتفاق می‌افتد جایی که هیجانات شدید و افکار ترسناک برانگیخته می‌شوند. در این شرایط کمک به والدین برای تنظیم هیجانات در لحظه یک امر اساسی است. این فرایند ممکن است در چهارچوب خود مداخله صورت بگیرد، یا اینکه در قالب درمان گروهی یا انفرادی و در حین گفتگو، این افکار و احساسات مجدداً تجربه شوند. در هر حالت، تجربه‌ی هیجانات شدید در قالب درمان، برای ظهور ظرفیت ذهن‌سازی امری حیاتی است.

فرزندان والدینی که ظرفیت تأملی پایینی دارند، بیش از سایر کودکان در معرض ابتلا به انواع اختلالات روان پزشکی هستند. از این رو رویکردهای مبتنی بر ذهن‌سازی تمرکز ویژه‌ای بر خانواده‌های در معرض خطر بالا دارند چرا که شواهد محکم پژوهشی حاکی از اثربخشی این مداخلات بر خانواده‌هایی است که والدین آنها دارای تاریخچه‌ای پیچیده‌ای از آسیب در روابط دلبستگی، نادیده گرفته شدن، تنظیم هیجانات ضعیف و دشواری در برقراری روابط پایدار و قابل اعتماد هستند (فوناگی و بیتمن، ۲۰۰۸).

بررسی‌های انجام شده در سایر مداخلات مبتنی بر ذهن‌سازی و ظرفیت تأملی، نشان می‌دهد که علیرغم تأکید بر تقویت دلبستگی ایمن از طریق ارتقای ظرفیت تأملی و توانایی ذهن‌سازی کودک، در این مداخلات تمرکز عمده بر رفع اختلالات روان‌شناختی مادر است. علاوه بر این علیرغم تأکید پژوهشگران حوزه ذهن‌سازی بر شناسایی مکانیسم‌های دفاعی مخرب کودک و جایگزین کردن آنها با رفتارهای سازگارانه (مالبرگ، ۲۰۱۲)، در برنامه‌ها و مداخلات موجود، تمرکز خاصی بر مکانیسم‌های دفاعی مشاهده نمی‌شود. در مجموع می‌توان عمده‌ترین محدودیت‌های مداخلات موجود را به صورت زیر عنوان کرد:

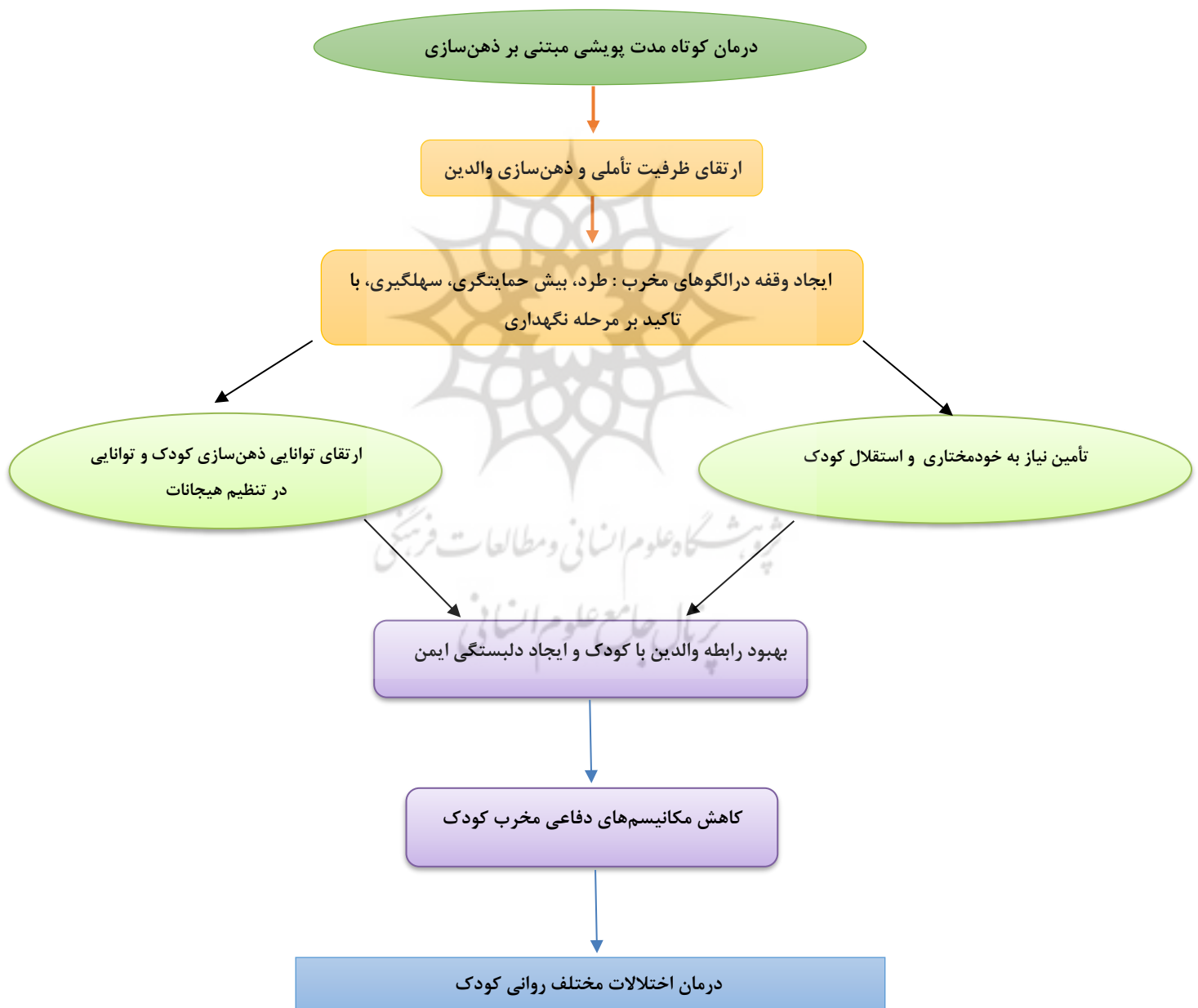
- تمرکز ویژه بر اختلالات و مشکلات روانی مادر (دلبستگی مادر و تجارب گذشته وی) و عدم توجه به اختلالات فعلی کودک
  - نادیده گرفتن مکانیسم‌های دفاعی فعال در کودک
  - تمرکز غالب مداخلات بر پیشگیری و عدم توجه به ظرفیت تأملی فعلی کودک
  - نادیده گرفتن اجزای سه‌گانه احساس علیرغم تأکید بر محوریت تنظیم هیجانی در مداخلات مبتنی بر ذهن‌سازی
- با توجه به محدودیت‌های استنباط شده از مداخلات موجود مبتنی بر ذهن‌سازی، این مطالعه در نظر دارد یک مدل مداخله مبتنی بر ذهن‌سازی ارائه داده و با رفع محدودیت‌های موجود، در جهت درمان اختلالات دوران کودکی درمانی نوین را پیشنهاد دهد.

## روش

انجمن تحقیقات پزشکی (MCR)<sup>۱</sup> در انگلیس، یک چهارچوب گام‌به‌گام برای طراحی و ارزیابی مداخلات پیچیده ارائه کرده است (انجمن تحقیقات پزشکی، ۲۰۰۰). گام اول پیش - بالینی یا مرحله‌ی نظری است و به این سوال پاسخ خواهد داد که چرا این مداخله اثربخش خواهد بود. گام دوم مکانیسم اثربخشی مداخله را بررسی خواهد کرد. گام بعدی انجام یک آزمایش تصادفی است که با یک آزمایش کنترل شده‌ی دقیق پیگیری می‌شود و در نهایت گام آخر اجرایی کردن مداخله خواهد بود. بعدها کریگ<sup>۲</sup> و همکاران (گریگ و همکاران، ۲۰۰۸، به نقل از کالاند و همکاران، ۲۰۱۶) نسخه اصلاح شده‌ی چهارچوب MCR را که بر اساس محدودیت‌های به دست آمده از چندین مطالعه بود منتشر کردند. در نسخه جدید تأکید بیشتری بر اجرای آزمایشی مداخلات و در نظر گرفتن بافت فرهنگی صورت گرفته است. بر مبنای این چهارچوب و در قالب گام اول که همان گام پیش بالینی است، با استفاده از روش دلفی<sup>۳</sup> (گودمن، ۱۹۸۷)، مبنای نظری و محورهای مدنظر روش درمانی جدید، از متون تخصصی نظریات مربوطه استخراج شد. در این راستا ابتدا پیشینه درمان‌های مبتنی بر ذهن‌سازی و ظرفیت تأملی بررسی شد. همچنین کاربری نظریات وینیکات در قالب درمان کودک مورد بررسی قرار گرفت. در گام دوم تدوین روش درمانی نوین و بر اساس محدودیت‌های موجود در مطالعات قبلی، طرح اولیه درمان کوتاه‌مدت پویایی مبتنی بر ذهن‌سازی، زیر نظر اساتید حوزه روان‌شناسی تدوین شد. اصول درمان کوتاه‌مدت پویایی مبتنی بر ذهن‌سازی با صاحب‌نظران حوزه روان‌شناسی مطرح شده و نظرات ایشان در تدوین بهتر اصول اعمال شد و طرح مفهومی این روش درمانی ترسیم شد (شکل ۱). در گام بعدی پیش‌نویس طرح درمان کوتاه‌مدت پویایی مبتنی بر ذهن‌سازی نوشته شده و مجدداً در اختیار صاحب‌نظران این حوزه قرار گرفت تا ارزیابی نهایی صورت بگیرد. در گام بعدی و در قالب پایان نامه ارشد محقق، این روش برای اولین بار در سال ۱۳۹۲ در قالب یک آزمایش تصادفی قرار گرفته و ۱۵ نفر از مادران دارای کودک ۳ تا ۷ سال تحت درمان این روش قرار گرفتند.

درمان اولیه به صورت ملاقات هفتگی مادران و آموزش آنان صورت گرفت. البته لازم به ذکر است با توجه به نوع مداخلات که متمرکز بر مصاحبه با والدین و آموزش آنان است، جامعه هدف زوج والد - کودک بوده است؛ با این حال سایر مراجعین کودک ارجاع داده شده، حداقل یک جلسه مورد ارزیابی دقیق روان‌پزشکی قرار گرفته و پس از آن مداخلات از طریق والدین و به ویژه مادر مورد اجرا قرار گرفته است. پس از آن و با الهام از نتایج درمانی به دست آمده از مطالعه مقدماتی، در طی ۷ سال بعدی در کلینیک‌های مختلفی از جمله کلینیک

دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تهران، کلینیک آتیه و کلینیک آگاه، این پروتکل درمانی مورد اجرا قرار گرفت. همچنین در طول دوره شیوع ویروس کرونا و با توجه به رغبت افراد به شرکت در جلسات آنلاین، بیش از ۱۵۰ مراجع به صورت آنلاین تحت درمان قرار گرفته‌اند. لازم به ذکر است در طول تدوین این روش در مقاطع مختلف با پروفیسور پیتر فوناگی مشورت‌های لازم انجام گرفته است. از آنجایی که برای تدوین این روش درمانی نوآورانه از روش دلفی استفاده شده است، پیش از اجرایی شدن درمان، جزئیات روش، اصول درمان و تکنیک‌های مدنظر این درمان مورد ارزیابی متخصصین این حوزه قرار گرفته است. فرایند آزمایشی درمان کوتاه‌مدت پویایی مبتنی بر ذهن‌سازی در طی سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۹ توسط محقق این پژوهش انجام گرفته است. اصلی‌ترین بخش این کار در قالب پایان‌نامه ارشد انجام گرفته که توسط اساتید محترم و داوران مورد ارزیابی و تجدید نظر قرار گرفته است. از آنجایی که هدف این مداخله درمان اختلالات دوران کودکی و بهبود و ارتقای توانایی ذهن‌سازی والدین است، لازم است تا در قالب مطالعات آزمایشی کنترل شده اثربخشی این مداخله سنجیده شود.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش حاضر



## نتایج

با توجه به مطالعات انجام شده و تدوین طرح اولیه درمان کوتاه مدت پویشی مبتنی بر ذهن‌سازی، اصول کلی این درمان به شرح زیر خواهد بود:

- محوریت نقش والدین در بهبود مشکلات ارتباطی کودک به جای درمانگر
- تمرکز بر نیازهای بنیادین روان‌شناختی و آموزش والدین در این زمینه (با در نظر گرفتن نیازهای بنیادین مدنظر نظریه خودتعیین‌گری و تأکید بر ایجاد انگیزش درونی)
- تمرکز بر بهبود رابطه والدین با کودک با هدف تقویت دلبستگی ایمن
- تمرکز بر مکانیسم‌های دفاعی کودک و آموزش والدین در این زمینه (با در نظر گرفتن اصول بنیادین روانکاوی)
- شبیه‌سازی مداخلات روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت (ISTDP) برای کودکان
- تمرکز بر تنظیم هیجانات با تأکید بر شناسایی ابعاد سه‌گانه احساس: شناختی (برچسب زدن و نام بردن احساس)، فیزیکی (تغییرات جسمانی هنگام تجربه احساس) و بیان تمایلات رفتاری (با در نظر گرفتن دایره هیجانات مورد تأکید در نظریات روان‌پویشی)
- و تأکید ویژه بر شناسایی علائم اضطراب در کودک و تنظیم آن

### تکنیک‌های درمان کوتاه مدت پویشی مبتنی بر ذهن‌سازی

تکنیک‌های درمانی موجود در حیطه ذهن‌سازی منبعث از روش‌های درمانی بزرگسالان است. اما در درمان نوین مبتنی بر ذهن‌سازی (SDTBM) با در نظر گرفتن کمبودهای روش‌های موجود، تکنیک‌های موجود مناسب‌سازی شده و برخی تکنیک‌ها هم منبعث از نظریه خودتعیین‌گری (SDT)<sup>۱</sup>، طراحی شده است. در این روش درمانی تمرکز مداخلات بر والدین است؛ به این معنی که درمانگر صرفاً با والدین وارد مداخله شده و والدین و به ویژه مادر واسطه مداخلات خواهند بود. در این قسمت به تشریح هر یک از تکنیک‌های پیش‌بینی شده برای جلسات درمانی والدین، پرداخته خواهد شد.

#### ۱- ایجاد موضع تأملی همراه با مداخله متمرکز بر احساس فعلی کودک

این تکنیک در قالب تشویق والدین به کنجکاو در مورد وضعیت روانی کودک انجام می‌گیرد (اسلید، ۲۰۰۶). می‌توان گفت این تکنیک مقدم بر سایر تکنیک‌ها است؛ مادر تشویق می‌شود تا اتفاقات مختلف را زاویه دید کودک و با توجه به نیازهای روان‌شناختی و رشدی او ببیند. هر چند این روش در سایر مداخلات مرتبط با ذهن‌سازی والدین موجود است اما عملاً به مادران آموزش داده نمی‌شود که مثلاً در قبال احساس خشم کودک یا پرخاشگری او چه واکنشی نشان دهند. اما با تغییراتی که در این تکنیک داده شده است مادر تشویق می‌شود تا احساسات مختلف کودک را شناسایی کرده و در مورد آنها و افکار زیرین آنها با کودک سخن بگوید.

#### ۲- تمرکز بر نیاز کودک به ارتباط و تعلق

یکی از اهداف مداخلات مبتنی بر ذهن‌سازی، ایجاد دلبستگی ایمن برای کودک و جلوگیری از انتقال الگوهای دلبستگی معیوب به کودک، در مراحل بعدی رشد است (لویتن و همکاران، ۲۰۱۷). بر همین اساس یکی از تکنیک‌های این درمان، آگاهی دادن به والدین در مورد نیاز کودک به ارتباط و تعلق و ارتباط این نیاز با سایر مشکلات و اختلالات کودک یا نوجوان است. در سایر مداخلات یا برنامه‌های آموزشی، والدین معمولاً تشویق می‌شوند تا ارتباط بیشتری با فرزند خود داشته باشند و در موقعیت‌های مختلف به او محبت کنند. این رفتار شاید از جهاتی تقویت‌کننده ارتباط مادر - کودک باشد، اما روشن‌کننده چرایی الزام به اینگونه ارتباط نیست و دیگر اینکه برای مادر روشن نمی‌شود که نیاز کودک به ارتباط به چه معناست. نیازی که در نهایت به دوست داشتنی بودن کودک نزد مادر منتهی می‌شود و هر گونه رفتار مادر در راستای همین تفکر دوست داشتنی بودن یا نبودن تفسیر می‌شود. آگاه شدن مادر به این دغدغه ذهنی کودک به او کمک می‌کند تا تفسیر دقیق‌تری از رفتارهای فرزندش داشته باشد و به تناسب تعامل بهتری با وی برقرار کند.

#### ۳- تمرکز بر نیاز کودک به استقلال و خودمختاری با اجرای تکنیک ایجاد وقفه

ارتقای توانایی ظرفیت تأملی کودک در نهایت به رشد احساس عاملیت و خودمختاری وی منجر می‌شود (کوپر و ردفرن ۲۰۱۶). علیرغم تأکید نظریه ذهن‌سازی بر اهمیت نیاز به استقلال و خودمختاری کودک، تکنیک خاصی که مستقیماً در این مورد به والدین آموزش دهد

وجود ندارد. نیاز به خودمختاری و استقلال، ارتباط تنگاتنگی با نیاز به ارتباط یا تعلق دارد؛ به این معنی که برآورده شدن هر کدام از این نیازها عملاً منجر به تقویت نیاز دوم می‌شود. بنابراین با آموزش والدین در مورد نیاز فرزندشان به استقلال و احساس او در مورد به مخاطره افتادن این نیاز، ریشه بسیاری از مشکلات برای آنان مشخص خواهد شد. برای ارتقای توانایی والدین در این زمینه از تکنیک ایجاد وقفه استفاده می‌شود. این تکنیک منحصر به فرد، برای اولین بار در این درمان مورد استفاده قرار گرفته است و به والدین کمک می‌کند تا ضمن ایجاد وقفه در الگوهای ارتباطی فعلی، به علت آسیب‌زا بودن این الگوهای پی ببرند.

#### ۴ - تمرکز بر شناسایی مکانیسم‌های دفاعی کودک

شناسایی مکانیسم‌های دفاعی مخرب و جایگزین کردن آنها با مهارت‌های جدید (ایجاد توانایی ذهن‌سازی نسبت به خود و دیگران) یکی از اهداف اساسی مداخلات مبتنی بر ذهن‌سازی است (مالبرگ، ۲۰۱۲) همچنین اسلید (۲۰۰۶) یادآور شده است که مداخلات مبتنی بر ذهن‌سازی و ظرفیت تأملی در نهایت منجر به رشد آرام ظرفیت دیدن و تفکر در مورد تجربیات درونی، و کاهش مکانیسم‌های دفاعی (به ویژه فراقنی، همانندسازی فراقنانه، انکار و تجزیه) و رشد عملکرد ایگوی فرد می‌شود. در برنامه‌های مبتنی بر ظرفیت تأملی والدینی تکنیک مجزایی برای هدف قرار دادن مکانیسم‌های دفاعی وجود ندارد و توقع این است که بالا رفتن ظرفیت تأملی مادر، منجر به ارتقای ظرفیت تأملی کودک و در نهایت کاهش مکانیسم‌های دفاعی مخرب می‌شود. در این درمان به والدین در مورد مکانیسم‌های دفاعی کودک به صورت ویژه آموزش داده می‌شود و هدف هر مکانیسم دفاعی که کودک درگیر آن است برای آنان شرح داده می‌شود. به عنوان مثال در مورد لجبازی‌های کودک، آموزش داده می‌شود که در واقع لجبازی ابراز خشم کودک در قبال والدی است که نیاز به خودمختاری کودک را زیر سوال برده است.

#### ۵ - بازی حدس زدن؛ با تمرکز بر تجربه احساس در اینجا و اکنون<sup>۱</sup>

فونگی و بیتمن (۲۰۱۲) بازی حدس زدن را در درمان مبتنی بر ذهن‌سازی بزرگسالان پیشنهاد می‌کنند؛ همچنین این روش در مداخلات مربوط به ظرفیت تأملی نیز کاربرد فراوانی دارد و به درمانگران کودک توصیه می‌شود تا در حین جلسات درمانی یا بازی‌درمانی، با ایجاد موقعیت‌های فرضی در مورد احساسات مختلف کودک پرس و جو شود؛ پیش‌فرض این است که این تکنیک به شناسایی و تنظیم احساسات توسط کودک کمک کند. همچنین والدین ترغیب می‌شوند تا در موقعیت‌های مختلف راجع به احساسات فرزندش بیان‌دیشند و به چرایی رفتار وی پی ببرند.

در پژوهش حاضر بازی حدس زدن به منزل و به ارتباط والد با کودک در یک محیط واقعی و غیر فرضی منتقل می‌شود. به این صورت که هر زمان کودک در حال تجربه احساسی است، والد با کودک وارد گفتگو شده و راجع به احساس او و تفکراتی که زیر این احساس وجود دارد شروع به حدس زدن می‌کند. تفاوتی دیگری که در این روش وجود دارد این است که والد راجع به احساس کودک از او سؤال نمی‌پرسد بلکه صرفاً حدس می‌زند و آن احساس را به کودک القا نمی‌کند. در پیش گرفتن این روش موجب تقویت مستقیم ارتباط والدین با کودک شده و اثربخشی تکنیک را بالا می‌برد. این در حالی است که در روش‌های موجود پیش فرض این است که درمانگر ابتدا با کودک یک ارتباط خوب و سالم برقرار می‌کند و به تبع آن سایر روابط کودک تحت تأثیر این ارتباط بهبود یافته و آنها را اصلاح می‌کند. از دیگر مزیت‌های این روش تمرکز ویژه بر اینجا و اکنون است؛ علیرغم تأکید نظریه ذهن‌سازی بر اینجا و اکنون (بیتمن، ۲۰۱۲)، عملاً احساسات کودک در اتاق بازی یا اتاق درمان بررسی می‌شود و این فرایند فرصت تجربه کامل احساس را از کودک خواهد گرفت.

#### بحث و نتیجه‌گیری

ظرفیت تأملی و توانایی ذهن‌سازی والدینی یکی از مؤلفه‌های تاثیرگذار بر رشد روان‌شناختی کودک و ایجاد دلبستگی ایمن است. ارتقای ظرفیت تأملی والدینی یا توانایی ذهن‌سازی والدین موجب بهبود رابطه والدین با مراقب با کودک شده و تاثیر مستقیمی بر بهبود این توانایی در کودک دارد؛ به تبع آن و با ارتقای توانمندی والدین در درک وضعیت روانی کودک، و ایجاد تعامل مناسب با او، مشکلات رفتاری - هیجانی کودک نیز حل خواهد شد. رویکردهای مختلف به دنبال بهبود رابطه والدین با کودک هستند و اساساً مداخلات مبتنی بر ذهن‌سازی بر این اساس طراحی شده‌اند که بتوانند محدودیت‌های موجود در سایر درمان‌های رفتاری و روانی - آموزشی در زمینه‌ی ارتقای سطح والدگری را پوشش دهند (ساجمن و همکاران، ۲۰۰۶). طرح درمانی ابداع شده در این پژوهش که مبتنی بر مبانی نظری

1 Guessing game

2 here and now

ذهن سازی و نظریات و بینیکات است، یک طرح مفهومی (شکل ۱) را به دست داده و امکان تبیین اثربخشی این نوع درمان را ممکن می سازد. بررسی بیش از ۴۰۰ پرونده موجود در کلینیک های مختلف نشان می دهد که این درمان در زمینه سایر اختلالات روان شناختی حوزه کودک اثربخش بوده و اثربخشی آن در طول زمان و در پیگیری های بعدی همچنان قابل مشاهده بوده است. علاوه بر این بررسی ها نشان داد که مشکلات رفتاری - هیجانی مراجعین به صورت میانگین در طول ۵ هفته درمان شده است. در مجموع نتایج به دست آمده نشان دهنده اثربخشی درمان کوتاه مدت پویسی مبتنی بر ذهن سازی بر بهبود سایر اختلالات دوران کودکی است. هر چند این روش درمانی نوآورانه به شمار می آید اما پژوهش های مشابه بسیاری با نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن سازی و ظرفیت تأملی، همسو هستند و نشان می دهند که آموزش والدین در زمینه ظرفیت تأملی موجب ارتقای این توانایی در مادر می شود (اسلید و همکاران، ۲۰۰۵؛ پایلو و همکاران، ۲۰۰۶؛ سادلر و همکاران، ۲۰۰۶؛ اسلید، ۲۰۰۷؛ ساچمن و همکاران، ۲۰۱۱، ۲۰۱۲؛ نایسنس و همکاران، ۲۰۱۲؛ سادلر و همکاران، ۲۰۱۳). زمانی که والدین یا مراقبان کودک از دلبستگی نایمن رنج می برند توانایی برقراری روابط به ویژه روابطی که مستلزم نزدیکی هیجانی باشد را ندارند. این امر حاکی از ضعف فرد در توانایی ذهن سازی یا ظرفیت تأملی است به این معنی که فرد توانایی درک وضعیت روانی خود و دیگران را ندارد.

بنابراین یکی از راه های اساسی برای ارتقای ظرفیت تأملی والدین آموزش آنان و تشویق آنان برای کنجکاوی در وضعیت روانی خود و فرزندشان است. آموزش والدین در زمینه توانایی ذهن سازی می تواند یکی از بهترین روش ها برای ارتقای توانمندی والدین و شکل گیری دلبستگی ایمن کودکان آنها باشد. اتخاذ موضع تأملی توسط مادر یا مراقب، کنجکاوی در مورد وضعیت روانی کودک را به دنبال دارد؛ در این شرایط والد تلاش می کند قبل از واکنش به هیجان یا عمل کودک به ریشه های زیرین رفتار وی بیندیشد و وضعیت روانی فرزندش را حدس بزند.

طرد، بیش حمایتگری، سهلگیری و پذیرش، مهمترین الگوهای ارتباطی والدین با کودک است که یکی از اهداف درمان کوتاه مدت پویسی مبتنی بر ذهن سازی، و با الهام از اهمیت مرحله نگهداری در نظریه و بینیکات، به تعادل رساندن این چهار الگوی ارتباطی است. یافته های مطالعه کالاند و همکاران (۲۰۱۶) نشان می دهد آموزش والدین می تواند مانع از انتقال الگوهای ناسالم فرزندپروری به نسل های بعدی شود. در جلسات آموزشی به والدین کمک می شود تا الگوهای ارتباطی خود را با کودک شناسایی کرده و روش های والدگری خود را بهبود بخشند. مهمترین اتفاقی که در خلال آموزش والدین می افتد این است که والد در می یابد که فرزندش یک فرد مستقل است که احساسات و افکار مربوط به خود را دارد. بنابراین تغییر ادراک والد از کودک و تفکر در مورد چرایی رفتارهای کودک به بهبود رابطه کمک خواهد کرد؛ در واقع ارتقای ظرفیت تأملی والدینی موجب ارتقای رابطه والد با کودک خواهد شد (اسلید، ۲۰۰۶)؛ کامرانو (۲۰۱۷) نیز بین ارتقای ظرفیت تأملی مادر با بهبود رابطه مادر - کودک یک رابطه علی را ترسیم کرده است. نکته قابل توجه این است که ادراک صحیح والد از فرزندش، در قالب فهم نیازهای بنیادین روان شناختی کودک صورت می گیرد. زمانی که والد نیاز فرزند به ارتباط، خودمختاری و شایستگی را به رسمیت بشناسد، به احساس عاملیت کودک کمک می کند. اگر والدین نقش تسهیلگر داشته باشند و به دور از کنترل گری، تشویق کننده استقلال و خودمختاری فرزندشان باشند، انگیزش های درونی را به جای انگیزش های بیرونی وابسته به تشویق و تنبیه، تقویت خواهند کرد. در پژوهشی آنولا و همکاران (۲۰۱۳) دریافتند که حمایت و پذیرش مادران از احساس خودمختاری، شایستگی و ارتباط کودکان، پیش بینی کننده ی عملکرد بهتر آنان در سایر زمینه ها خواهد بود.

پیش فرض اصلی در این درمان این است که مشکلات و اختلالات روانی شایع در دوران کودکی، ناشی از داشتن الگوهای مخرب ارتباطی والد با فرزند است. لذا هدف اولیه در این درمان ایجاد وقفه در استمرار این الگوهای مخرب است. الگوهای مخربی که خود ناشی از توانایی ضعیف والدین در ذهن سازی است. والدینی که از دلبستگی نایمن رنج می برند و توانمندی آنان در ذهن سازی و ظرفیت تأملی در سطح پایینی باشد، قادر به درک نیازهای روانی فرزندشان نیستند و این امر موجب انتقال بازنمایی هایی ذهنی معیوبشان به کودک خواهد شد. تجربه ی مشترک کودکان چنین والدینی، احساس عدم درک شدن، بی ارزشی و عدم شناخته شدن به عنوان عاملی است که افکار، احساسات، آرزوها و تمایلات خودش را دارد. غالباً این تجربه برای کودکان به شدت دردناک است و ممکن است هسته ی اصلی تجربه ی نادیده گرفته شدن و سوء استفاده هیجانی باشد (لویتن، نایسنس، فوناگی و مایس؛ ۲۰۱۷). این در حالی است که حمایت از حس خودمختاری، موجب فعال سازی انگیزش درونی فرد شده و آن را درونی می سازد. زمانی که نیازهای اولیه روان شناختی یعنی خودمختاری، شایستگی و ارتباط تأمین شده باشند، احتمال بیشتری وجود دارد که فرد رفتارهای سالم داشته یا اینکه به سمت اصلاح رفتارهای ناسالم حرکت کند (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۹).

ارتقای توانایی ذهن‌سازی والدین و به تبع آن توانایی ذهن‌سازی کودک، منجر به ارتقای توانایی آنان در شناخت و تنظیم هیجانات می‌شود. از آنجایی که تنظیم هیجانات در قلب توانایی ذهن‌سازی و ظرفیت تأملی قرار دارد، و بهبود رابطه والد - کودک (به ویژه مادر) موجب رشد دلبستگی ایمن در کودک می‌شود (بایرن و همکاران، ۲۰۱۹). آموزش والدین در این زمینه به آنان کمک می‌کند که ابتدا نسبت به تنظیم هیجانات خودشان تسلط پیدا کنند و در نهایت تسهیلگر تنظیم هیجانات کودکشان باشند. مطالعات در این زمینه نیز نشان می‌دهد که ظرفیت تأملی والدینی نقش مهمی در رشد ظرفیت کودک در ظرفیت تأملی داشته و به نوبه خود و در بستر یک رابطه دلبسته ایمن، باعث تقویت توانایی او در تنظیم هیجانات، بازدارندگی و در نهایت رشد احساس خودمختاری و عاملیت او می‌شود (کوپر و ردفرن؛ ۲۰۱۶؛ انسینگ و مایس، ۲۰۱۰؛ اسلید، ۲۰۰۵). بنابراین توانایی ذهن‌سازی والدینی می‌تواند نقش واسطه‌ای در انتقال بین نسلی دلبستگی ایمن و نقش اساسی در شکستن زنجیره‌ی ارثی و انتقالی مدل‌های در معرض خطر والدینی داشته باشد (ساجمن و همکاران، ۲۰۱۲). ارتقای ظرفیت تأملی والدین سبب درک بهتر آنان از نیازهای بنیادین روان‌شناختی خواهد شد و در نتیجه تفسیری بهتری از مشکلات و مکانیسم‌های دفاعی کودک خواهد داشت؛ از این جهت که درک خواهد کرد که هر کدام از این رفتارها و مکانیسم‌های دفاعی در ارتباط با نادیده گرفتن کدام یک از نیازهای بنیادین کودک است. از آنجایی که هدف غایی مداخلات مبتنی بر ذهن‌سازی ساده‌سازی مداخلات برای استفاده سایر متخصصان حوزه کودک است، و با توجه به تکنیک‌های پیشنهادی، این نوع درمان قابلیت اجرا به صورت گروه‌درمانی را دارا است و می‌توان این مداخله را به افرادی که با کودک سروکار دارند آموزش داد تا بتوانند به صورت گروهی والدین را آموزش دهند. لازم است متخصصینی که قصد درمان با این روش را دارند، قبلاً توسط درمانگران این حوزه آموزش دیده باشند و در ضمن دانش درمان‌های روانکاوانه به ویژه روان‌پویایی فشرده و کوتاه مدت را داشته باشند. از آنجایی که پژوهش حاضر منبعث از تجارب بالینی محقق در طی سالهای ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۹ است، لازم است تا تحقیقات بیشتری در این زمینه صورت بگیرد؛ به این معنی که در زمینه تک اختلالات حیطة کودک، یک کارآزمایی بالینی با اندازه گیری‌های کیفی و کمی صورت بگیرد تا بتوان درمان حاضر را به صورت پروتکل درمانی ارائه کرد. همچنین لازم است مکانیسم اثربخشی این درمان، مورد ارزیابی صاحب نظران مختلف این حیطة قرار بگیرد. در پایان پیشنهاد می‌شود هر یک از اصول درمانی مطرح شده در این پژوهش و تکنیک‌های این روش درمانی، در قالب مطالعات جداگانه‌ای مورد بحث و بررسی قرار بگیرد.

## منابع

- موسوی، ولاء، بهرامی احسان، ه.، رستمی ر.، و سرافراز م. ر. (۱۳۹۹). مروری بر مداخلات مبتنی بر ذهن‌سازی و کارکرد تأملی والدینی (PRF)؛ مقدماتی بر معرفی روش‌های نوین. *رویش روان‌شناسی*، ۲، ۱۵-۲۶.
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (Eds.). (2006). The handbook of mentalization-based treatment. *John Wiley & Sons*.
- Aunola, K., Viljaranta, J., Lehtinen, E., & Nurmi, J. E. (2013). The role of maternal support of competence, autonomy and relatedness in children's interests and mastery orientation. *Learning and Individual Differences*, 25, 171-177.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (Eds.). (2012). Handbook of mentalizing in mental health practice. *American Psychiatric Pub*.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9, 11-15.
- Borg-Laufs, M. (2013). Basic Psychological Needs in Childhood and Adolescence. *Journal of Education and Research*, 3(1), 41-51.
- Brent, B. K., Holt, D. J., Keshavan, M. S., Seidman, L. J., & Fonagy, P. (2014). Mentalization-based treatment for psychosis: Linking an attachment-based model to the psychotherapy for impaired mental state understanding in people with psychotic disorders. *Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 51, 17-24.
- Britton, P. C., Williams, G. C., & Conner, K. R. (2008). Self-determination theory, motivational interviewing, and the treatment of clients with acute suicidal ideation. *Journal of clinical psychology*, 64(1), 52-66.
- Brüne, M., Dimaggio, G., & Edell, M. A. (2013). MENTALIZATION-BASED GROUP THERAPY FOR INPATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: PRELIMINARY FINDINGS. *Clinical Neuropsychiatry*, 10(5).
- Byrne, G., Slead, M., Midgley, N., Fearon, P., Mein, C., Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). Lighthouse Parenting Programme: Description and pilot evaluation of mentalization-based treatment to address child maltreatment. *Clinical child psychology and psychiatry*, 24(4), 680-693.
- Cavanagh, J.T.O., Carson, A.J., Sharpe, M., & Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405.
- Cooper, A., & Redfern, S. (2016). Reflective parenting: A guide to understanding what's going on in your child's mind. *Abingdon, UK: Routledge*.
- Deci, E. L., Ryan, M., & Williams, G. C. (1996). Need satisfaction and the self-regulation of learning. *Learning and Individual Differences*, 8, 165-183.

- Ensink, K., & Mayes, L. C. (2010). The development of mentalization in children from a theory of mind perspective. *Psychoanalytic Inquiry*, 30, 301-337. doi: 10.1080/07351690903206504
- Fonagy, P., & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic dialogues*, 8(1), 87-114.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 288-328. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x
- Fonagy, P., Steele, H., Moran, G., Steele, M., Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parents and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12, 201-218.
- Goodman, C. M. (1987). The Delphi technique: a critique. *Journal of advanced nursing*, 12(6), 729-734.
- Gottfried, A. E. (1990). Academic intrinsic motivation in young elementary school children. *Journal of Educational Psychology*, 82, 525–538.
- Grolnick, W. S., & Fargas, M. (2002). Parenting and the development of children's self-regulation. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting* (pp. 89–110). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kalland, M., Fagerlund, Å., von Koskull, M., & Pajulo, M. (2016). Families First: the development of a new mentalization-based group intervention for first-time parents to promote child development and family health. *Primary health care research & development*, 17(1), 3-17.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., & Heard, H.L., et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757–766.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L., & Fonagy, P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: *Development and preliminary validation. PLoS one*, 12(5), e0176218.
- Pomerantz, E. M., Moorman, E. A., & Litwack, S. D. (2007). The how, whom, and why of parents' involvement in children's academic lives: More is not always better. *Review of Educational Research*, 77, 373–410.
- Rutherford, H. J., Goldberg, B., Luyten, P., Bridgett, D. J., & Mayes, L. C. (2013). Parental reflective functioning is associated with tolerance of infant distress but not general distress: Evidence for a specific relationship using a simulated baby paradigm. *Infant Behavior and Development*, 36, 635-641. doi: 10.1016/j.infbeh.2013.06.008
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *The European health psychologist*, 10(1), 2-5.
- Ryan, R. M., Stiller, J., & Lynch, J. H. (1994). Representations of relationships to teachers, parents, and friends as predictors of academic motivation and self-esteem. *Journal of Early Adolescence*, 14, 226–249.
- Sharp, C., Shohet, C., Givon, D., Penner, F., Marais, L., & Fonagy, P. (2020). Learning to mentalize: A mediational approach for caregivers and therapists. *Clinical Psychology: Science and Practice*, e12334.
- Slade, A. (2007). Reflective parenting programs: Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 640-657. doi: 10.1080/07351690701310698
- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005a). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment and Human Development*, 7, 283-298. doi: 10.1080/14616730500245880
- Soenenes, B., & Vansteenkiste, M. (2005). Antecedents and outcomes of selfdetermination in 3 life domains: The role of parents' and teachers' autonomy support. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 589–604.
- Willems, R. M., Benn, Y., Hagoort, P., Toni, I., & Varley, R. (2011). Communicating without a functioning language system: implications for the role of language in mentalizing. *Neuropsychologia*, 49(11), 3130-3135.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 585-595.
- Zevalkink, D. J. (2008). Mentalizing in child therapy: Guidelines for clinical practitioners (Vol.2). Karnac Books.



شپوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی