

تأثیر روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر بن‌مایه تعارضی ارتباط بر بن‌مایه تعارضی ارتباط بر الگوهای ارتباطی مادر-کودک

The Effect of Short-Term Dynamic Psychotherapy Based on Core Conflictual Relationship Theme on Improvement of Mother-Child Interactional Patterns

Tayebeh Shahmoradifar
PhD in Psychology Trbiat
Modares University

Parviz Azad Fallah, PhD
Trbiat Modares University

پرویز آزادفلاح*
دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس

طیبه شاهرادی‌فر
دکتری روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس

Hojatollah Farahani, PhD
Trbiat Modares University

حجت‌الله فراهانی
استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس

چکیده

هدف این پژوهش بررسی تأثیر روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر بن‌مایه تعارضی ارتباط بر الگوهای ارتباطی مادر-فرزند بود. روش پژوهش شبه تجربی بود. شرکت‌کنندگان شامل ۳ مادر ساکن شهر تهران بودند و هر سه آنها دوره مداخله روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» را در ۱۲ جلسه ۱ ساعته گذراندند و هریک از آنها ۸ مرتبه (دومرتبه خط پایه، پنج مرتبه طی مداخله و یک مرتبه در دوره پیگیری یک‌ماهه) با مقیاس رابطه والد-کودک (پیانتا، ۱۹۹۸) و مقیاس کیفیت مراقبت مادرانه (قنبری، خدایناهی، مظاهری و لواسانی، ۲۰۱۲) ارزیابی شدند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری درون موقعیتی و برون موقعیتی داده‌ها استفاده شد. یافته‌ها نشان داد روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» در اصلاح الگوهای ارتباطی والدین با فرزندانشان مؤثر است. بر اساس یافته‌های این پژوهش، بسیاری از تعارض‌های ارتباطی والدین و فرزندان ناشی از بازنمایی‌های ذهنی ناهشیار روابط موضوعی در والدین است و هشیارسازی والدین در جریان درمان به کاهش این تعارض‌ها بسیار کمک می‌کند.

واژه‌های کلیدی: رابطه مادر و فرزند، روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت، بن‌مایه تعارضی ارتباط

Abstract

This study aimed to investigate The Effect of Short-Term Dynamic Psychotherapy Based on Core Conflictual Relationship Theme on Improvement of Mother-Child Interactional Patterns. The study was a quasi-experimental design. The participants included three mothers who lived in Tehran. All three participants took part in a 12 session that administered as one hour sessions per week and experienced brief psychodynamic psychotherapy. The participants were assessed eight times (2 baseline assessments, 5 during therapeutic session assessments, and 1 follow up assessment) by the Parent-Child Relationship Scale (Pianta, 2011) and the Maternal Caregiving Quality Scale (Ghanbari, Khodapanahi, Mazaheri, & Lavasani, 2012). Visual analysis Within-condition and Between-condition used to analyze the acquired information. The results revealed that the intervention improved the mother – child interactions. According to the research findings, many of the parent – child conflicts, rooted in the unconscious self-object mental representations of parents.

Keywords: mother-child relationship, short-term psychodynamic psychotherapy, core conflictual relationship theme

received: 6 October 2020

accepted: 22 May 2021

دریافت: ۹۹/۰۷/۱۴

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۰۱

*Contact information: azadfa_p@modares.ac.ir

برگرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی است.

مقدمه

خانواده، به‌عنوان مؤثرترین پایگاه اجتماعی در تحول کودک، بر فرایندهای ذهنی و سازگاری اجتماعی کودک تأثیر بسزایی دارد (دزولواسکی، وزگینا و یاشینا، ۲۰۱۶) و فضا و بافت روانی آن تحت تأثیر مزاج کودک، تنیدگی‌های روان‌شناختی و ظرفیت‌های حمایتی عرضه‌شده به او تغییر می‌کند، اما به نظر می‌رسد از مهم‌ترین متغیرهای مؤثر بر فضای خانواده الگوهای رفتاری، عاطفی و شناختی خاص والدین و ناشی از ویژگی‌های شخصیتی آنان است (پلوس و بلسکی، ۲۰۱۰). بدیهی است این الگوهای منحصربه‌فرد شخصیتی والدین ریشه در سال‌های کودکی و جریان تحول آنان دارد. پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که مراقبت‌ها و حمایت‌هایی که والدین در روند تحول خود دریافت کرده‌اند، در شکل‌گیری شخصیت و سلامت روان آن‌ها نقش دارد و به شکل‌گیری شخصیت سالم در آن‌ها منجر شده و این تجارب به‌نوبه خود بستری فراهم می‌آورد که آنان نیز، متأثر از همین تجارب، به روند تحول فرزند خود حساس باشند (بلسکی، ۱۹۸۴). در واقع روابط و الگوهای تعاملی فرد که در طول مراحل اولیه زندگی شکل می‌گیرد در تعاملات بعدی وی نقش دارد (بالبی، ۱۹۹۶). پژوهش‌هایی بر اساس نظریه‌های روابط موضوعی^۱ و دلبستگی نشان می‌دهد که تجربه اولیه زندگی فرد با نخستین مراقب درونی‌سازی^۲ می‌شود و بر چگونگی رفتار فرد با دیگران طی سال‌های بعد تأثیر می‌گذارد (گروسمن و گروسمن، ۱۹۹۱؛ هدلی، هالوی و ملینکرات، ۱۹۹۳).

در دیدگاه روابط موضوعی، برخلاف نظریه کلاسیک روان‌تحلیل‌گری، بیشتر بر تجارب اولیه با نخستین مراقبان کودک تأکید می‌شود (برگر،

۲۰۱۱) و عقیده بر این است که تعارض‌های ارتباطی اولیه با موضوع^۳، همراه با هیجان‌های حاکم بر آن درونی و در ارتباط‌های بعدی با افراد دیگر تکرار می‌شود (استاتر، ۲۰۰۹). روابط موضوعی بازنمایی‌های^۴ فرد از خود^۵ و موضوع و عواطف همراه با این بازنمایی‌ها یا به عبارتی ظرفیت افراد برای برقراری روابط انسانی است که در سال‌های نخست زندگی شکل می‌گیرد (مسگریان، آزادفلاح، فراهانی و قربانی، ۲۰۱۷). در نظام روانی هر شخص زوج‌های متعدد از بازنمایی‌های خود و موضوع وجود دارد، برگرفته از تجارب شخصی فرد و الگویی برای روابط بعدی او. این بازنمایی‌های درونی از طریق تجاربی شکل می‌گیرد که فرد با دیگران مهم (مادر یا نخستین مراقب) در نخستین روزهای زندگی داشته است (استاتر، ۱۹۹۶). محتوای روابط گذشته فرد به پیش‌بینی‌هایی منجر می‌شود که نقش تعیین‌کننده در روابط کنونی وی دارد (پالی، ۲۰۰۷). گرینبرگ و میشل (۱۹۸۳) نحوه سازماندهی و محتوای روابط موضوعی را، به‌ویژه روابط پیچیده‌ای که فرد به شکلی پیوسته با موضوع‌های درونی‌شده دارد، تعیین‌کننده محوری در تجارب و رفتارهای کنونی فرد می‌دانند. نظریه‌پردازان روابط موضوعی معتقدند بازنمایی‌های ناهشیار^۶ موضوع‌های مهم زندگی فرد، نقش مهمی در جریان تحول وی دارد. کودک، با توجه به این بازنمایی‌های ناهشیار، در نبود پدر و مادر تصویری ذهنی فراهم و این تصویر را درونی می‌کند و بازنمایی‌های این تصویر درونی‌شده، مبنای بر شکل‌دهی روابط آتی وی می‌شود. به عبارت دیگر، نوع دلبستگی کودک با والدین در توانایی برقراری روابط بعدی وی در بزرگسالی تأثیر دارد. (برگر، ۲۰۱۱).

والدین تصاویر و تجربیات درونی خود را به فرزندانشان فرافکنی^۷ می‌کنند. فرافکنی این تصاویر

1- object relations
2- internalization
3- object
4- representations

5 - self
6- unconscious Representations
7- projection

و تجربیات درونی به سه شکل در رابطه والد-کودک تأثیر می‌گذارد: ۱. کودک شخص مهمی از گذشته والد را بازآفرینی می‌کند. وی به‌اجبار در این تصویرسازی قرار می‌گیرد و نقش او زنده کردن آن شخص است؛ ۲. روابط والد - کودک بر اساس مضامین روابط سابق بازخوانی می‌شود؛ ۳. کودک بخشی از ناهشیار والدین، به‌خصوص بخش‌ها و عناصر منفی، را بازآفرینی می‌کند. فرافکنی به‌خودی‌خود پاتولوژیک نیست و حتی ممکن است به همدلی والد با کودک منجر شود. اگر والد متوجه شود که الگوهای ارتباطی آسیب‌زای گذشته او به رابطه کنونی او با فرزندش فرافکنی می‌شود، می‌تواند بر آن‌ها تأمل و رابطه بهتری با کودکش برقرار کند. با این حال، در حالت افراطی فرافکنی، والدین به آن انگیزه‌های درونی هشیار نیستند که بر رفتارشان تأثیر می‌گذارد و آن‌ها را حساس‌تر می‌کند. در واقع ممکن است والدین هشیار نباشند که روابط گذشته خود را بازسازی و همان نقش دوران کودکی خود را بازآفرینی می‌کنند. والدین، برای رهایی از درد و رنج الگوهای ارتباطی که در گذشته با مراقبان‌شان تجربه کرده‌اند، لازم است به این الگوهای غیر قابل‌مهار هشیار شوند. این کار به‌منزله سوگواری برای دوران کودکی گمشده است و والدین باید این رنج را تحمل کنند تا از گذشته رها شوند. تحلیل نکردن گذشته این الگوها را جاودانه می‌کند (شموتل، ۲۰۰۷).

می‌توان شواهدی را هم از قلمرو عصب‌روان‌شناسی^۱ مطرح کرد، که به نگاه نظریه‌پردازان روابط موضوعی شباهت دارد. الگوهای ارتباطی فرد با نخستین مراقبان خود مدلی برای ارتباط‌های بعدی زندگی است که به صورت ناهشیار بر ارتباط‌های بیرونی تحمیل می‌شود.

در سطح عصب‌شناختی هم بیشتر کنش‌وری‌های مغز بر اساس یادگیری‌های قبلی و در قالب غیرهشیار^۲ پردازش می‌شود. مغز گرایش به «تکرار»^۳ الگوهای قبلی دارد و هر بار که ارگانیزم در موقعیت جاری قرار می‌گیرد، بر مبنای وجود شباهت‌های محیط کنونی با شرایطی که یادگیری در آن صورت گرفته، شبکه‌های عصبی^۴ یکسانی فعال می‌شود که رفتار را در قالب خودکار و بدون هشیاری راه می‌اندازد و تغییر در این الگوی فعالیت عصبی شکل گرفته، نیاز به یادگیری سطح بالاتر یا یادگیری‌زدایی^۵ دارد. این یادگیری سطح بالاتر که شبکه‌های جدید عصبی را در قسمت‌های قشری^۶ مغز شکل می‌دهد، یادگیری‌های زیر قشری^۷ را بازدارد و رفتار را در قالب هشیار هدایت می‌کند. الگوهای شرطی و ناهشیار با تجارب اولیه زندگی فرد ارتباط دارد و نادیده‌گرفته‌شدن فرد در کودکی منبع این الگوهای شرطی محسوب می‌شود و در طول زندگی بر تعاملات فرد با دیگران اثر می‌گذارد. اصلاح این الگوهای تکراری، که تجربه تعاملات گذشته را به روابط فعلی فرد انتقال می‌دهد، لازم است خود نیازمند بینش و آگاهی فرد و تلاش و تمرین هشیارانه او برای تغییر آنهاست (پالی، ۲۰۰۷). روان‌درمانگری پویایی کوتاه‌مدت^۸ مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» از روش‌های درمانی است که در طول فرایند درمان به کاهش الگوهای ارتباطی سازش‌نایافته کمک می‌کند (مولین، هیلسنروث، گلد و فاربر، ۲۰۱۶). این درمان بر تعارضات بین فردی تأکید دارد و هدف آن از بین بردن، اصلاح و کاهش علائم، تقلیل یا فرونشانی الگوهای رفتاری ناکارآمد و تحول بالغانه شخصیت است. «بن‌مایه تعارضی ارتباط»^۹ شامل سه مؤلفه است: خواست^{۱۰}، که در بافت رابطه

1- neuropsychology
2 - non conscious
3 -repetition
4- neural networks
5- unlearning

6- cortical
7- sub-cortical
8- short-Term Psychodynamic Psychotherapy
9- core conflictual relationship theme
10- wish

رخ می‌دهد و پاسخ از سوی فردی دیگر، همان چیزی که فرد انتظار دارد که اگر مطابق با خواست خود عمل کند، رخ دهد و ممکن است بر اساس انتظار فرد یا واقعی باشد و پاسخ از سوی خویشتن که واکنش فرد در برابر پاسخ دیگری است و دو مؤلفه رفتاری و عاطفی دارد. منشأ بن‌مایه تعارضی ارتباط و قایع ارتباطی است که فرد از تعامل خود با شخص دیگر بازگو می‌کند و هدف درمان محقق کردن خواست‌های فرد، از طریق حل انتقال تحریف‌شده مبتنی بر پاسخ دیگری است (بوک، ۲۰۰۴). به عبارتی در فرایند درمان فرد با شناسایی بن‌مایه‌های تعارضی به حل و فصل آن‌ها اقدام می‌کند، بنابراین می‌توان گفت تا زمانی که فرد به تکرار این الگوها هشیار نشود، این الگوها در تعاملات وی تکرار خواهد شد.

هرچند به نظر می‌رسد مطالعه مستقیم اثر روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر بن‌مایه تعارضی ارتباط در اصلاح الگوهای ارتباطی والدین با فرزندان صورت نگرفته، در پیشینه نظری روان‌تحلیل‌گری به این مسئله اشاره شده که تعاملات والد و کودک ممکن است تحت تأثیر تجربیات گذشته والدین فرافکنی شود و بنابراین پیشنهاد شده که در برنامه‌های مداخله‌ای برای بهبود رابطه والد-کودک، والد و گذشته او نیز مورد توجه و خطاب قرار گیرد (شموتل، ۲۰۰۷). آنچه در این پژوهش اهمیت دارد، واریسی این احتمال است که مشکلات جاری بین مادران با فرزندان، بازتاب مسائلی است که در گذشته مادران و در چهارچوب روابط موضوعی آن‌ها با نخستین مراقبان دوره کودکی خودشان ریشه دارد. بر مبنای مفروضه‌های نظری، که به آنها اشاره شد، آنچه در رفتار والدین در فضای تعامل با فرزندان تجلی می‌یابد، نوعی همانندسازی با مؤلفه «خود» یا

«موضوع» (دیگری) در زوج «خود - موضوع» و مربوط به گذشته آن‌هاست. در این پژوهش، در قالب مداخله پویشی کوتاه‌مدت، نقش هشیارسازی مادران به این الگوها در مدیریت ارتباطی و تعامل با فرزندانشان بررسی و برای پاسخ به این سؤال تلاش شده که هشیارسازی مادران به الگوهای روابط موضوعی گذشته چه نقشی در تعدیل رفتار آن‌ها با فرزندانشان دارد؟

روش

این پژوهش مداخله بالینی شبه‌آزمایشی است در چارچوب طرح‌های آزمایشی تک‌موردی^۲ است و در آن از طرح AB استفاده شده که از طرح‌های پرکاربرد آزمایشی تک‌موردی و شامل دو خط پایه، پنج مرحله اندازه‌گیری طی آموزش و یک دوره پیگیری یک‌ماهه است. شرکت‌کنندگان در مطالعه سه زن دارای فرزند بودند که در الگوهای ارتباطی با فرزند خود مشکل داشتند و به صورت دردسترس از جمعیت مادران تهرانی انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش گستره سن ۲۵ تا ۴۰ سال، نداشتن بیماری جسمی خاص مادر که مانع همکاری او در روند پژوهش شود، داشتن حداکثر دو فرزند و نداشتن مشکل جدی با همسر و ملاک‌های خروج از پژوهش نداشتن ذهنیت روان‌شناختی و وجود سایر اختلالات همایند بود.

مقیاس رابطه والد - کودک^۳ (بیانتا، ۱۹۹۸). این مقیاس با ۳۳ ماده ادراک والدین را از رابطه با کودکان می‌سنجد و شامل مؤلفه‌های تعارض^۴ (۱۷ ماده)، نزدیکی^۵ (۱۰ ماده)، وابستگی^۶ (۶ ماده)، و رابطه مثبت^۷ کلی (مجموع همه مؤلفه‌ها) است. مقیاس رابطه والد-کودک ابزار خودگزارش‌دهی و نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (نمره ۵ قطعاً در مورد من صدق می‌کند و نمره ۱ قطعاً در مورد من صدق

1- response from Other

2- single-case experimental designs

3- parent-child relationship

4- conflict

5 - closeness

6- dependency

7- positive relationship

نمی‌کند) است. حداقل امتیاز ۳۳ و حداکثر امتیاز ۱۶۵ است و نمرات ۳۳ تا ۶۶ نشان‌دهنده کیفیت رابطه والد-کودک ضعیف، ۶۶ تا ۱۰۰ متوسط و بالاتر از ۱۰۰ متوسط به بالاست. این مقیاس برای سنجش رابطه والد و کودک در همه سنین استفاده شده است. این پرسشنامه را ابارشی، طهماسیان، مظاهری و پناغی (۲۰۰۹) ترجمه کرده‌اند و روایی محتوای آن نیز ارزیابی و ضریب آلفای مؤلفه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۰، ۰/۶۱ و ۰/۸۶ گزارش شده است. در اسکول و پیانتا (۲۰۱۱) در پژوهشی آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در هر یک از مؤلفه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۶۹، و ۰/۸۰ و وارسته، اصلانی و امان‌الهی (۲۰۱۷) ضریب آلفای آن را در مؤلفه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۶۹، ۰/۷۴ و ۰/۸۳ گزارش کردند.

مقیاس کیفیت مراقبت مادرانه^۱

(قنبری، خداپناهی، مظاهری و لواسانی، ۲۰۱۲) این مقیاس به منظور بررسی مؤلفه‌های سبک مراقبتی مادر در تعامل با کودک، بر اساس نظریه دلبستگی و پیشینه موجود در پژوهش‌های مرتبط با رابطه مادر-کودک ساخته شده است. تحلیل عاملی اکتشافی سه عامل ابهام و سردگمی^۲ (۱۳ماده)، حساس و پاسخگو بودن^۳ (۱۰ماده) و دسترس‌پذیری^۴ (۱۱ماده) را نشان داد. این مقیاس بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (نمره ۵ قطعاً در مورد من صدق می‌کند و نمره ۱ قطعاً در مورد من صدق نمی‌کند)، نمره‌گذاری می‌شود. حداقل امتیاز ۳۲ و حداکثر ۱۶۰ و نمرات ۳۲ تا ۶۴ کیفیت مراقبت مادرانه ضعیف، ۶۴ تا ۹۶ متوسط و بالاتر از ۹۶ متوسط به بالا در نظر گرفته می‌شود. نمره آلفای کرونباخ این سه مؤلفه ۰/۸۲ تا ۰/۸۴ گزارش شده که نشان‌دهنده همسانی درونی مناسب این

مؤلفه‌هاست. اعتبار بازآزمایی (همبستگی‌های ۰/۶۸ تا ۰/۸۳) این مقیاس در یک بازه زمانی دوروزه نشان‌دهنده ثبات نمرات بوده است. همبستگی مثبت و معنادار مؤلفه ابهام و سردرگمی با نشانه‌های اضطرابی (۲=۰/۴۹) و همبستگی منفی و معنادار دو مؤلفه حساس و پاسخگو بودن (۲=-۰/۳۵) و دسترس‌پذیری (۲=-۰/۳۰) با نشانه‌های اضطرابی نشان‌دهنده روایی همگرایی مناسب مقیاس کیفیت مراقبتی مادرانه است (قنبری و دیگران، ۲۰۱۲).

سه شرکت‌کننده به صورت داوطلبانه از طریق مراجعان، دوستان پژوهشگر و فراخوان در گروه‌های مجازی مختلف به پژوهشگر مراجعه کردند. با شرکت‌کننده‌ها به صورت انفرادی در مورد روند جلسات و فرایند مداخله صحبت شد و برای همکاری با پژوهشگر ترغیب شدند. هر سه شرکت‌کننده مقیاس‌های رابطه والد-کودک و کیفیت مراقبت مادرانه را دومرتبه (مرتبه اول یک هفته و مرتبه دوم دو روز پیش از شروع جلسات) تکمیل کردند. شرکت‌کننده‌ها در ۱۲ جلسه مداخله روان‌پوشی کوتاه‌مدت مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» به صورت هر هفته یک جلسه (ساعته شرکت کردند. شایان ذکر است که در جلسات اولیه درمانگر شرکت‌کننده را ترغیب می‌کرد تاریخچه زندگی خود را بیان کند و از محتوای موقعیت‌های ارتباطی که مراجع بازگو می‌کرد، سه مؤلفه «بن‌مایه تعارضی ارتباط» (خواست، پاسخ‌پذیری و پاسخ خود) را استخراج و بن‌مایه تعارض‌های فردی شرکت‌کننده‌ها را شناسایی می‌کرد که به نحوی نوعی مصاحبه بالینی است. در جلسات دوم و سوم، بن‌مایه تعارضی شناسایی شده و قوانین جلسات را با هر فرد مطرح و تلاش می‌کرد در مورد هدف و فرایند مداخله توافق حاصل شود و در جلسات بعد، یعنی مرحله دوم مداخله (جلسات ۴ تا ۱۰) بر این بن‌مایه تعارضی شناسایی شده متمرکز می‌شد

1- maternal Caregiving Quality Scale
2- conflict and confusion

3 - sensitivity and responsiveness
4- availability

و تلاش می‌کرد فرد را از الگوهای ارتباطی خود هشیار کند تا خاطرات آزارنده و دردناک مربوط به بن‌مایه تعارض‌های خود را، که در جلسات آغازین شناسایی شده بود، در ارتباط با فرزندانش و احساس‌های مربوط به آن‌ها را بشناسد و برای تغییر آنها تلاش کند. جلسات ۱۰ تا ۱۲ مرحله پایانی بود. در جلسات آخر برخی از بن‌مایه‌های تعارضی ارتباط مراجع را تحریک می‌کرد. در این مرحله افراد نگرانی خود را از پایان یافتن جلسات نشان می‌دادند و درمانگر ضمن بررسی این نگرانی‌ها و همدلی با آن‌ها به مراجع‌ها اطمینان می‌داد که بعد از اتمام جلسات در صورت نیاز می‌توانند با او در تماس باشند. موضوع جلسات هر سه شرکت‌کننده معمولاً در مورد ترس از کافی نبودن برای فرزند، از دست دادن فرزند، طرد شدن از سوی فرزندان در صورت بیان خواسته‌های خود، احساس گناه و نارضایتی از خود در ارتباط با فرزندان بود. در مورد هر سه شرکت‌کننده این فرایند اجرا و توسط یکی دیگر از پژوهشگران تمام این مراحل ارزیابی شد. جلسات به صورت فردی و طی ۱۲ جلسه ۱ ساعته و به صورت هفتگی برای هر شرکت‌کننده در مکان، زمان و روز مشخصی توسط پژوهشگر اجرا شد. هر سه شرکت‌کننده ۲ بار قبل از شروع مداخله (یک‌مرتبه یک هفته و یک‌مرتبه دو روز پیش از شروع مداخله، ۵ بار در طول فرایند مداخله (یک‌مرتبه بعد از جلسه سوم و اتمام ارزیابی بالینی و شناسایی بن‌مایه تعارضی‌های فردی، یک‌مرتبه جلسه پنجم، یک‌مرتبه جلسه هفتم، یک‌مرتبه جلسه نهم و یک‌مرتبه پس از اتمام جلسات مداخله) و ۱ بار یک ماه بعد از اتمام آخرین جلسه مداخله، از نظر الگوهای ارتباطی و از طریق مقیاس‌های رابطه والد-کودک و کیفیت مراقبت مادرانه ارزیابی شدند. همان‌طور که اشاره شد، علاوه بر این

مقیاس‌ها، هر سه شرکت‌کننده را همکار دیگر پژوهشگر ارزیابی کرده و در قسمت یافته‌ها به این ارزیابی بالینی اشاره شده است.

اساس فرایند آموزش روان‌درمانی کوتاه‌مدت مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط»، از انواع روان‌درمانگری‌های روان‌پویشی کوتاه‌مدت است که بوک (۱۹۹۸) بر اساس درمان حمایتی-ابرازی^۱ لوبورسکی (۱۹۸۴) با ایجاد تغییرات و نوآوری‌هایی طراحی کرده است. بوک (۱۹۹۸) برای این روند سه مرحله در نظر می‌گیرد. در مرحله اول به فرد کمک می‌شود بفهمد «بن‌مایه تعارضی ارتباط» چه نقشی در روابطش با دیگران دارد. فرد کنجکاو است بداند چرا انتظار دارد دیگران به روش خاصی به او پاسخ دهند یا چرا دیگران گرایش دارند به شیوه‌ای خاص به او پاسخ دهند. در این مرحله درمانگر سعی می‌کند بر شناسایی الگوی «بن‌مایه تعارضی ارتباط» فرد تمرکز کند که در زندگی روزمره او مشاهده می‌شود. بنابراین فرد به الگوهای ارتباطی خود در زندگی هشیار می‌شود، که قبلاً به آن‌ها هشیار نبوده است. اکنون او می‌تواند رفتارهای ناهشیاری را مهار کند که قبلاً انجام می‌داده است. در مرحله دوم، تمرکز درمان بر پاسخ‌گیری (RO) به فرد است. این مرحله اصلی‌ترین مرحله درمان است و در طول آن، ریشه‌های کودکی پاسخ‌گیری (RO)، که ناشی از تحریف است، حل و فصل می‌شود. درمانگر تفسیر می‌کند که چطور انتظارات فرد از پاسخ‌گیری (RO) توسط نگرش‌ها، احساسات و رفتارهایی تأثیر می‌پذیرد که در گذشته از دیگران یاد گرفته و فرد یاد می‌گیرد چطور نگرش‌های ناهشیار گذشته بر روابط فعلی او تأثیر می‌گذارد. در این مرحله به فرد کمک می‌کنند دفاع‌ها^۲ و مقاومت‌ها^۳ را کنار بگذارد. درمانگر در رابطه درمانی با استفاده از تظاهرات انتقال^۴ و انتقال متقابل^۵، بینش^۶ لازم را برای

1 - supportive- expressive therapy

2- defenses

3- resistances

4- transference

5- countertransference

6- insight

حل و فصل تعارض‌های فرد فراهم و از تکنیک‌های سکوت^۱، پرسش، آشکارسازی^۲، مواجهه^۳ و تفسیر^۴ استفاده و بین ارتباط‌های فعلی فرد با ارتباط‌های او با والدینش در سال‌های کودکی رابطه برقرار می‌کند تا فرد از طریق فرایند حل و فصل و با رسیدن به موقعیت‌های کودکی به این شناخت برسد که پاسخ دیگری (RO) در واقع یک تحریف انتقال^۵ یا اجبار به تکرار^۶ است. در این صورت فرد می‌تواند خواست خود را محقق سازد، بدون اینکه پاسخ‌های قبلی او را متوقف کند. در پدیده انتقال تحریف‌شده فرد همان احساس‌های روابط قبلی را، به طور مثال ترسی که در روابط با والدین تجربه می‌کرد، در روابط فعلی (با درمانگر، فرزندان و سایر افراد) نیز تجربه می‌کند. در اجبار به تکرار، یا خود فرد الگویی را بدون تأمل تکرار می‌کند یا در روابط فعلی به گونه‌ای دیگران را برمی‌انگیزاند تا همان الگوهای رفتاری والدین را با او تکرار کنند، برای مثال فرد مقابل را تحریک به خشم می‌کند تا بر سر او فریاد بزند و بعد او کناره‌گیری می‌کند. مرحله پایانی^۷ سومین مرحله است. در این مرحله در مورد موضوعات جهان‌شمولی مانند ترس از رهاشدن^۸، جدایی^۹ و ازدست‌دادن^{۱۰} صحبت می‌شود. همچنین، درمانگر می‌تواند با فرد در مورد نگرانی‌های او از اینکه پیشرفت‌هایش در درمان تداوم دارد یا نه صحبت کند. در این مرحله این فرصت به درمانگر داده می‌شود که مجدداً بر الگوی «بن‌مایه تعارضی ارتباط» فرد تمرکز کند (احمدی، آزادفلاح و فراهانی، ۲۰۱۹).

برای رعایت ملاحظات اخلاقی، پیش از شروع جلسات مداخله، پژوهشگر طی تماس تلفنی با هر کدام از شرکت‌کننده‌ها ضمن معرفی خود و توضیح در مورد روند پژوهش تلاش کرد اعتماد افرادی را که مایل به شرکت در پژوهش بودند جلب کند. هنگام اجرای جلسات نیز پژوهشگر مجدداً التزام خود را به رعایت اصول اخلاقی پژوهش نظیر رازداری، حفظ محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کننده‌ها و اجازه ترک پژوهش و ادامه ندادن جلسات یادآور شد.

به منظور تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری درون و برون موقعیتی استفاده شد. تحلیل‌های دیداری برای تعیین وجود یا نبود رابطه بین متغیر مستقل و وابسته صورت می‌پذیرد و اگر شواهد نشان دهد این رابطه وجود دارد، از تحلیل‌های آماری برای تعیین میزان اثر مداخله استفاده و آخر کار هم اندازه اثر برای همه شرکت‌کنندگان، با هدف برآورد متوسط کلی تأثیر مداخله، محاسبه می‌شود. تحلیل دیداری شامل ارزیابی سطح، روند و ثبات داده‌ها در هر مرحله است (بررسی درون موقعیتی) که با اثر بی‌درنگ، ثبات الگوهای داده‌ها و همپوشانی داده‌ها در هر مرحله مداخله (بررسی بین موقعیتی) همراه می‌شود (فراهانی، ۲۰۲۰).

یافته‌ها

در جدول ۱ نمرات خط پایه، مرحله مداخله و پیگیری هر سه شرکت‌کننده در مقیاس‌های رابطه والد - کودک و کیفیت مراقبت مادرانه گزارش شده است.

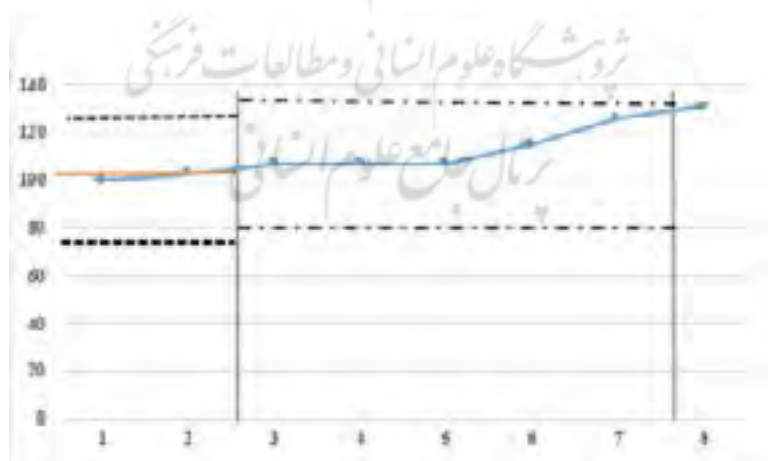
- 1- silence
- 2- clarification
- 3- confrontation
- 4- interpretation
- 5- transference Distortion

- 6- repetition Compulsion
- 7- termination phase
- 8- abandonment
- 9- separation
- 10- loss

نفر سوم		نفر دوم		نفر اول		مراحل سنجش
کیفیت مراقبت مادرانه	رابطه‌ی مثبت کلی	کیفیت مراقبت مادرانه	رابطه‌ی مثبت کلی	کیفیت مراقبت مادرانه	رابطه‌ی مثبت کلی	متغیرها
۱۱۶	۱۰۵	۹۷	۸۷	۹۹	۱۰۰	خط پایه‌ی اول
۱۱۵	۱۰۵	۹۶	۹۰	۹۷	۱۰۳	خط پایه‌ی دوم
۱۰۷	۱۱۵	۹۹	۹۳	۱۰۵	۱۰۷	ارزیابی اول در فرایند درمان
۱۲۰	۱۲۳	۱۰۳	۹۴	۱۰۳	۱۰۷	ارزیابی دوم در فرایند درمان
۱۲۰	۱۲۳	۱۰۴	۹۹	۱۱۳	۱۰۷	ارزیابی سوم در فرایند درمان
۱۲۵	۱۲۹	۱۰۶	۱۰۵	۱۱۶	۱۱۵	ارزیابی چهارم در فرایند درمان
۱۲۵	۱۲۹	۱۲۰	۱۲۰	۱۲۶	۱۲۶	ارزیابی پنجم در فرایند درمان
۱۴۴	۱۳۵	۱۳۲	۱۱۸	۱۲۸	۱۳۱	پیگیری

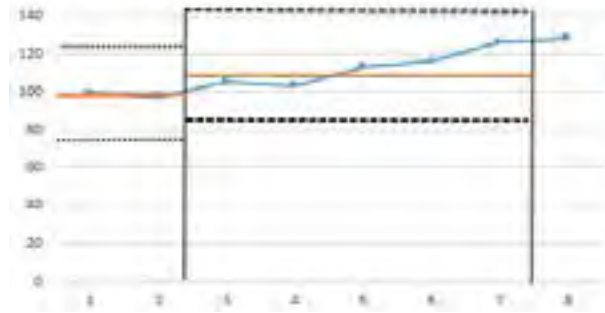
در شکل‌های ۱ تا ۶ تغییر نمرات و محفظه‌ی ثبات^۱ هر سه شرکت‌کننده، در مقیاس‌های رابطه‌ی والد - کودک و کیفیت مراقبت مادرانه در مرحله‌ی خط پایه، مداخله و پیگیری به صورت تصویری برای تحلیل دیداری درون موقعیتی داده‌ها ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، افزایش نمره‌های هر سه شرکت‌کننده طی فرایند مداخله و پیگیری در دو مقیاس رابطه‌ی والد - کودک و کیفیت مراقبت مادرانه نسبت به خط پایه نشان‌دهنده آن است که رابطه‌ی مادران با فرزندانشان بهتر شده است.



پیگیری مداخله خط پایه

شکل ۱. تغییرات نمرات و محفظه‌ی ثبات برای سطح در مرحله‌ی خط پایه و مداخله شرکت‌کننده اول در مقیاس رابطه‌ی والد - کودک

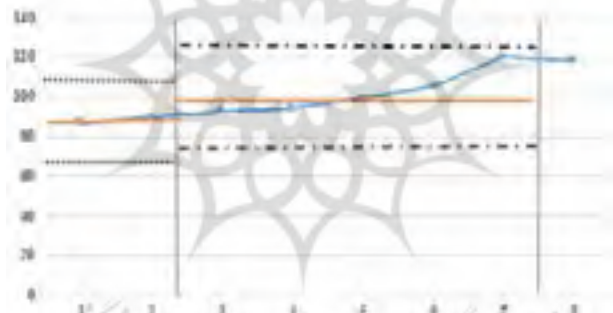


پیگیری مداخله خط پایه

شکل ۲. تغییرات نمرات و محفظه ثبات برای سطح در مرحله خط پایه و مداخله شرکت کننده اول در مقیاس کیفیت مراقبت مادرانه

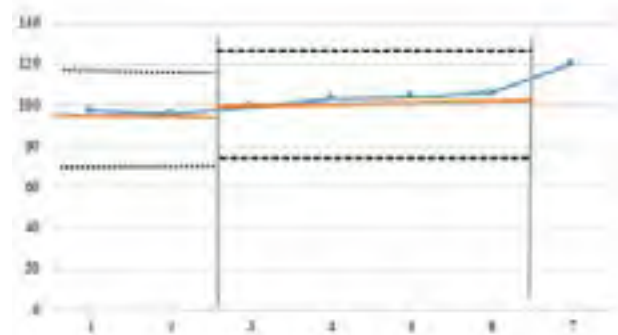
همچنین، ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله خط پایه و مرحله مداخله در محفظه ثبات قرار دارد و بنابراین بر اساس قانون ۲۰ تا ۸۰ درصدی روند تغییر داده‌ها نیز باثبات است، یعنی آهنگ تغییر داده‌ها نیز با یک تغییر ثابت در حال اتفاق افتادن است.

در شکل ۱ و ۲ تغییرات نمرات شرکت کننده اول در مقیاس‌های رابطه والد - کودک و کیفیت مراقبت مادرانه نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، نمرات شرکت کننده اول در مرحله مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه افزایش یافته است.



پیگیری مداخله خط پایه

شکل ۳. تغییرات نمرات و محفظه ثبات برای سطح در مرحله خط پایه و مداخله شرکت کننده دوم در مقیاس رابطه والد - کودک

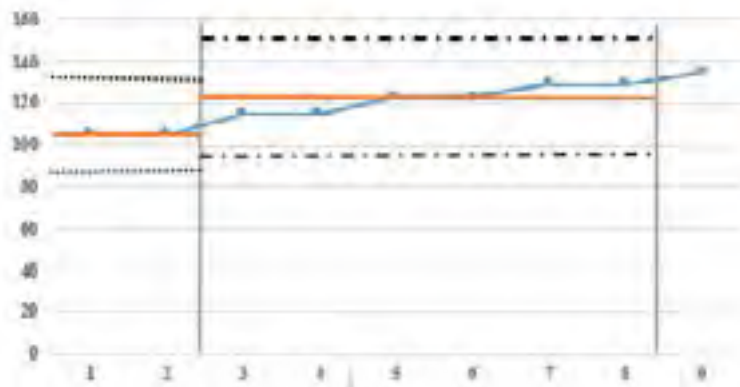


پیگیری مداخله خط پایه

شکل ۴. تغییرات نمرات و محفظه ثبات برای سطح در مرحله خط پایه و مداخله شرکت کننده دوم در مقیاس کیفیت مراقبت مادرانه

همچنین، ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله خط پایه و مرحله مداخله در محفظه ثبات قرار دارد و بنابراین بر اساس قانون ۲۰ تا ۸۰ درصدی روند تغییر داده‌ها نیز باثبات است، یعنی آهنگ تغییر داده‌ها نیز با شیب ثابت در حال اتفاق افتادن است.

در شکل ۳ و ۴ تغییرات نمرات شرکت‌کننده دوم در مقیاس‌های رابطه والد - کودک و کیفیت مراقبت مادرانه مشهود است. همان‌طور که نشان داده شده، نمرات شرکت‌کننده دوم در مرحله مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه افزایش یافته است.



پیگیری مداخله خط پایه

شکل ۵. تغییرات نمرات و محفظه ثبات برای سطح در مرحله خط پایه و مداخله شرکت‌کننده سوم در مقیاس رابطه والد - کودک



پیگیری مداخله خط پایه

شکل ۶. تغییرات نمرات و محفظه ثبات برای سطح در مرحله خط پایه و مداخله شرکت‌کننده سوم در مقیاس کیفیت مراقبت مادرانه

پایه و مرحله مداخله در محفظه ثبات قرار دارد و بنابراین بر اساس قانون ۲۰ تا ۸۰ درصدی روند تغییر داده‌ها نیز باثبات است، یعنی تغییر داده‌ها نیز با آهنگ ثابت در حال اتفاق افتادن است. در جدول ۳ خلاصه‌ای از تحلیل دیداری و آماری بین موقعیتی داده‌ها آمده است.

در شکل ۵ و ۶ تغییرات نمرات شرکت‌کننده سوم در مقیاس‌های رابطه والد - کودک و کیفیت مراقبت مادرانه آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، نمرات شرکت‌کننده سوم در مرحله مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه افزایش یافته است، همچنین ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله خط

مقایسه موقعیت A به B		نفر اول		نفر دوم		نفر سوم	
کیفیت مراقبت مادرانه	کیفیت مراقبت مادرانه	رابطه مثبت کلی	کیفیت مراقبت مادرانه	کیفیت مراقبت مادرانه	رابطه مثبت کلی	کیفیت مراقبت مادرانه	کیفیت مراقبت مادرانه
تغییر در جهت روند	مثبت به مثبت	منفی به مثبت	مثبت به مثبت	مثبت به مثبت	منفی به مثبت	مثبت به مثبت	منفی به مثبت
تغییر بر اثر روند	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت
تغییر بر ثبات روند	با ثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات
تغییر نسبی سطح	۱۰۷-۱۰۱/۵۰	۱۰۴/۵۰-۹۸	۹۳/۵۰-۸۸/۵۰	۱۰۱/۵۰-۹۶/۵۰	۱۱۹-۱۰۵	۱۱۳/۵۰-۱۱۱/۵۰	۱۱۳/۵۰-۱۱۱/۵۰
تغییر مطلق سطح	۱۰۷-۱۰۳	۱۰۵-۹۷	۹۳-۹۰	۹۹-۹۶	۱۱۵-۱۰۵	۱۰۷-۱۱۵	۱۰۷-۱۱۵
تغییر در میانه‌ها	۱۰۷-۱۰۱/۵۰	۱۱۳-۹۸	۹۹-۸۸/۵۰	۱۰۴-۹۶/۵۰	۱۲۳-۱۰۵	۱۲۰-۱۱۵/۵۰	۱۲۰-۱۱۵/۵۰
تغییر در میانگین‌ها	۱۱۲/۴۰-۱۰۱/۵۰	۱۱۲/۶۰-۹۸	۱۰۲-۸۸/۵۰	۱۰۴/۶۰-۹۶/۵۰	۱۲۴-۱۰۵	۱۱۹/۴۰-۱۱۵/۵۰	۱۱۹/۴۰-۱۱۵/۵۰
PND	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۸۰	۸۰
POD	۲۰	۲۰
IRD	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۰/۲۰	۰/۲۰
RCI	۸/۸۶	۱۸/۴۸	۱۰/۹۸	۲۴/۷۵	-	۹/۷۵	۹/۷۵
PEM	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۰/۸۰	۰/۸۰
PZD	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

بین خط پایه و مرحله مداخله ۱۰۰ درصد است. نمره شاخص تغییر پایا (RCI) بیشتر از ۱/۹۶ (۸/۸۶) است و نشان می‌دهد که تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است تا خطای اندازه‌گیری از درصد عبور داده‌ها از میانه (PEM) مشخص می‌شود که ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از میانه خط پایه قرار می‌گیرد و همچنین درصد داده‌های صفر (PZD) با نمره ۱۰۰ نشان‌دهنده اثر قوی مداخله است. همچنین میانگین نمره مقیاس کیفیت مراقبت مادرانه در شرکت‌کننده اول نشان می‌دهد که میانگین مرحله مداخله (X=۱۱۲/۶۰) نسبت به میانگین خط پایه (X=۹۸) افزایش یافته است. به علاوه تغییر مثبت در جهت روند دیده می‌شود و داده‌ها در خط پایه و مرحله مداخله ثبات خود را حفظ کرده است. درصد داده‌های ناهمپوش (PND) نشان می‌دهد ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه و همچنین درصد داده‌های همپوش (POD) نشان می‌دهد صفر درصد داده‌ها در مرحله مداخله پایین‌تر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه است. تفاوت میزان بهبودی (IRD) نشان می‌دهد که تفاوت میزان بهبودی

PND = درصد داده‌های ناهمپوش، POD = درصد داده‌های همپوش، IRD = تفاوت میزان بهبودی، RCI = شاخص تغییر پایا، PEM = درصد عبور داده‌ها از میانه، PZD = درصد داده‌های صفر همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در شرکت‌کننده اول، میانگین نمره مقیاس رابطه والد - کودک در مرحله مداخله (X=۱۱۲/۴۰) نسبت به میانگین خط پایه (X=۱۰۱/۵۰) افزایش یافته است. به علاوه تغییر در جهت روند دیده می‌شود که تغییر مثبت است و داده‌ها در خط پایه و مرحله مداخله ثبات خود را حفظ کرده است. درصد داده‌های ناهمپوش (PND) نشان می‌دهد ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه و همچنین درصد داده‌های همپوش (POD) نشان می‌دهد صفر درصد داده‌ها در مرحله مداخله پایین‌تر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه است. تفاوت میزان بهبودی (IRD) نشان می‌دهد که تفاوت میزان بهبودی

نشان می‌دهد صفردرصد داده‌ها در مرحلهٔ مداخله پایین‌تر از بزرگ‌ترین داده در مرحلهٔ خط پایه است. تفاوت میزان بهبود (IRD) نشان می‌دهد تفاوت میزان بهبود بین خط پایه و مرحلهٔ مداخله ۱۰۰ درصد است و نمرهٔ شاخص تغییر پایا (RCI) بیشتر از $1/96$ ($18/48$) است که نشان می‌دهد تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است تا خطای اندازه‌گیری. بر اساس درصد عبور داده‌ها از میانه (PEM) ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحلهٔ مداخله بالاتر از میانهٔ خط پایه قرار می‌گیرد و درصد داده‌های صفر (PZD) با نمرهٔ ۱۰۰ نشان‌دهندهٔ اثر قوی مداخله است.

بر اساس جدول ۳، در شرکت‌کنندهٔ دوم، میانگین نمرهٔ مقیاس رابطهٔ والد - کودک در مرحلهٔ مداخله ($X=102$) نسبت به میانگین خط پایه ($X=88/50$) افزایش یافته و تغییر در جهت روند دیده می‌شود که تغییر مثبت است و داده‌ها در خط پایه و مرحلهٔ مداخله ثبات خود را حفظ کرده است. درصد داده‌های ناهمپوش (PND) نشان می‌دهد ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحلهٔ مداخله بالاتر از بزرگ‌ترین داده در مرحلهٔ خط پایه و همچنین درصد داده‌های همپوش (POD) نشان می‌دهد صفر درصد داده‌ها در مرحلهٔ مداخله پایین‌تر از بزرگ‌ترین داده در مرحلهٔ خط پایه است. تفاوت میزان بهبود (IRD) بین خط پایه و مرحلهٔ مداخله ۱۰۰ درصد است. نمرهٔ شاخص تغییر پایا (RCI) بیشتر از $1/96$ ($10/98$) و نشان‌دهندهٔ این است که تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است تا خطای اندازه‌گیری. بر اساس درصد عبور داده‌ها از میانه (PEM) ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحلهٔ مداخله بالاتر از میانهٔ خط پایه قرار می‌گیرد و درصد داده‌های صفر (PZD) با نمرهٔ ۱۰۰ نشان‌دهندهٔ اثر قوی مداخله است. همچنین میانگین نمرهٔ مقیاس کیفیت مراقبت مادرانه در شرکت‌کنندهٔ دوم، نشان می‌دهد که میانگین مرحلهٔ مداخله ($X=104/60$) نسبت به میانگین خط پایه ($X=96/50$) افزایش

یافته است. به‌علاوه تغییر در جهت روند دیده می‌شود که تغییر مثبت است و داده‌ها در خط پایه و مرحلهٔ مداخله ثبات خود را حفظ کرده است. درصد داده‌های ناهمپوش (PND) نشان می‌دهد ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحلهٔ مداخله بالاتر از بزرگ‌ترین داده در مرحلهٔ خط پایه و همچنین درصد داده‌های همپوش (POD) نشان می‌دهد صفردرصد داده‌ها در مرحلهٔ مداخله پایین‌تر از بزرگ‌ترین داده در مرحلهٔ خط پایه است. تفاوت میزان بهبود (IRD) بین خط پایه و مرحلهٔ مداخله ۱۰۰ درصد و نمرهٔ شاخص تغییر پایا (RCI) بیشتر از $1/96$ ($24/75$) است که نشان می‌دهد تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است تا خطای اندازه‌گیری. بر اساس درصد عبور داده‌ها از میانه (PEM) ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحلهٔ مداخله بالاتر از میانهٔ خط پایه قرار می‌گیرد و درصد داده‌های صفر (PZD) با نمرهٔ ۱۰۰ نشان‌دهندهٔ اثر قوی مداخله است.

طبق جدول ۳، در شرکت‌کنندهٔ سوم، میانگین نمرهٔ مقیاس رابطهٔ والد - کودک در مرحلهٔ مداخله ($X=124$) نسبت به میانگین خط پایه ($X=105$) افزایش یافته و تغییر در جهت روند دیده می‌شود که مثبت است و داده‌ها در خط پایه و مرحلهٔ مداخله ثبات خود را حفظ کرده است. درصد داده‌های ناهمپوش (PND) نشان می‌دهد ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحلهٔ مداخله بالاتر از بزرگ‌ترین داده در مرحلهٔ خط پایه و درصد داده‌های همپوش (POD) نشان می‌دهد صفردرصد داده‌ها در مرحلهٔ مداخله پایین‌تر از بزرگ‌ترین داده در مرحلهٔ خط پایه است. تفاوت میزان بهبود بین خط پایه و مرحلهٔ مداخله ۱۰۰ درصد است. از آنجا که بین نمرات خط پایه تفاوت وجود ندارد و انحراف استاندارد صفر است، نمرهٔ شاخص تغییر پایا (RCI) قابل گزارش نیست. بر اساس درصد عبور داده‌ها از میانه (PEM) ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحلهٔ مداخله بالاتر از میانهٔ خط پایه قرار می‌گیرد و درصد داده‌های صفر (PZD)

با نمره ۱۰۰ نشان‌دهنده اثر قوی مداخله است. میانگین نمره مقیاس کیفیت مراقبت مادرانه در شرکت‌کننده سوم، نشان می‌دهد که میانگین مرحله مداخله ($X=119/40$) نسبت به میانگین خط پایه ($X=115/50$) افزایش یافته و تغییر در جهت روند دیده می‌شود که مثبت است و داده‌ها در خط پایه و مرحله مداخله ثبات خود را حفظ کرده است. درصد داده‌های ناهمپوش (PND) نشان می‌دهد ۸۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه و درصد داده‌های همپوش (POD) نشان می‌دهد ۲۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله پایین‌تر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه است. تفاوت میزان بهبود (IRD) بین خط پایه و مرحله مداخله ۲۰ درصد است که اثر ناچیز مداخله را نشان می‌دهد. نمره شاخص تغییر پایا (RCI) بیشتر از $1/96$ ($9/75$) و نشان‌دهنده این است که تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است تا خطای اندازه‌گیری. بر اساس درصد عبور داده‌ها از میانه (PEM) ۸۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از میانه خط پایه قرار می‌گیرند و درصد داده‌های صفر (PZD) با نمره ۱۰۰ نشان‌دهنده اثر قوی مداخله است.

یافته‌ها

اسامی شرکت‌کننده‌ها، برای حفظ اطلاعات آن‌ها به صورت مستعار انتخاب شده است.

شرکت‌کننده اول: غزل خانمی ۳۸ ساله، دارای مدرک کارشناسی و شاغل که یک برادر دارد. او در خانواده‌ای با شرایط مالی مناسبی به دنیا آمده. پدرش سخت‌گیر و مستبد بوده و به نظر بقیه اهمیت نمی‌داده است. غزل برای جلب رضایت پدر و قدردانی از او، همه تلاشش این بوده که مطابق میل او رفتار کند و اعتراض نداشته باشد. مادر غزل زنی مطیع بوده و فرزندانش را تشویق می‌کرده از دستورات پدر اطاعت کنند و همیشه به آن‌ها گوشزد می‌کرده که پدر برای آن‌ها خیلی زحمت می‌کشد و آن‌ها باید با اطاعت از پدر

نشان دهند که قدردان زحمات او هستند. خودش هم مخالفتی نمی‌کرده و اگر اعتراضی هم داشته از طریق فرزندان به همسرش انتقال می‌داده است. او، برعکس همسرش، مهربان بوده و رابطه نزدیک با فرزندانش داشته است. غزل با همسر و دو دختر نه و هفت‌ساله‌اش زندگی می‌کند و شرایط مالی خوبی دارد. او ۱۳ سال پیش با همسرش ازدواج کرد، و چهار سال بعد دختر اول آن‌ها به دنیا آمده. غزل بیشتر وقت خود را با دو فرزندش سپری می‌کند و وقتی برای خودش در نظر نمی‌گیرد. همیشه نیازهای فرزندانش را بر نیازهای خود اولویت می‌دهد. ارزیابی اولیه غزل نشان می‌دهد که او خواسته‌هایش را نادیده می‌گیرد و جرئت ابراز آن‌ها را ندارد، چون می‌ترسد دیگران فکر کنند قدردان زحمات آن‌ها نیست و او را طرد کنند، حتی این الگو در جلسات مداخله نیز در ارتباط با درمانگر نشان داده می‌شود. در مقابل نه گفتن دیگران به نیازهای او هم باعث می‌شود فکر کند آنها قدردان زحمات او نبوده‌اند و شروع به پرخاشگری کند. الگوی همانندسازی غزل بیشتر با پدر است. نکته جالب در ارتباط غزل با فرزندانش ارتباط متفاوت او با دو فرزندش است. او به راحتی به خواسته‌های دختر بزرگش نه می‌گوید، ولی این جسارت را در ارتباط با دختر دومش ندارد و با واریسی بیشتر مشخص می‌شود که دختر بزرگش را بسیار شبیه خودش و دختر دومش را بسیار شبیه پدر خودش می‌داند. در ارتباط با دختر دومش همان احساسی که با پدرش داشته تکرار و غزل تسلیم خواسته‌های او می‌شود و به نوعی پدرش را می‌بیند نه دختر ۷ ساله‌اش را. در حالی که در ارتباط با دختر بزرگش این الگو برعکس بود و بیشتر با نقش پدر همانندسازی می‌کرد. دختر بزرگش از مادر می‌ترسید و همیشه برای کسب رضایت والدین از خواسته‌های خود صرف‌نظر می‌کرد، او طی جلسات مداخله متوجه شد دختر بزرگش که در دنیای واقعی رفتارهای او را تکرار می‌کند و همیشه به دنبال جلب رضایت

دیگران است؛ اما در بازی که دنیای نمادین است همیشه بقیه باید با خواسته‌هایش موافقت کنند. در طول فرایند مداخله درمانگر سعی کرد در فضای همدلانه و امن به صورت مکرر ارتباطی بین روابط فعلی غزل و تجارب گذشته‌اش برقرار و او را به این الگوها هشیار کند. در طول فرایند مداخله و ارزیابی پایانی غزل نشان داد که در ارتباطات خود با فرزندانش توانمندتر شده و طی روز ساعتی را به علائق خودش اختصاص می‌دهد؛ درحالی‌که قبلاً فکر می‌کرد اگر این کار را بکند مادر خوبی نیست و در ارتباط با دختر بزرگش فضایی فراهم می‌کند که او بتواند خواسته‌های خودش را مطرح کند و به او نشان می‌دهد اگر خواسته‌هایش را بیان کند دیگران ناراحت نمی‌شوند (وقتی غزل در جشن تولد دخترش، بر اساس رفتارهای او، متوجه می‌شود که به خاطر اینکه والدینش ناراحت نشوند از انتخاب یک تولدش صرف نظر کرده، به این جریان واکنش نشان می‌دهد و فضایی فراهم می‌کند که او خودش انتخاب کند و همچنین به او اجازه می‌دهد خودش برای آینده‌اش برنامه‌ریزی کند نه بر اساس خواسته‌های مادرش) و درمقابل دختر دومش هم راحت‌تر می‌تواند نه بگوید و تسلیم خواسته‌های او نمی‌شود.

شرکت‌کننده دوم: نیوشا خانمی ۳۵ساله، دارای مدرک کاردانی و خانه‌دار با دو خواهر و یک برادر. پدر نیوشا رابطه عاطفی خوبی با فرزندانش نداشت و همیشه، دیگران برای او مهم‌تر از خانواده‌اش بودند. پدر عصبی و بداخلاق بود و فضای متشنجی در خانه ایجاد می‌کرد و فرزندان در آن فضا جرئت نداشتند خواسته‌های خود را مطرح کنند و با فرمان‌برداری از خواسته‌های پدر سعی می‌کردند رضایت او را کسب کنند. مادر بی‌اعتنا و بی‌مسئولیت بود و به احساسات فرزندانش توجهی نمی‌کرد. او نزد فرزندان از رفتار پدر شکایت می‌کرد و با صحبت‌هایش احساس گناه شدید در فرزندانش به وجود می‌آورد. نیوشا با همسر و دختر

پنج‌ساله‌اش زندگی می‌کند. او هفت سال پیش با همسرش ازدواج کرده و دو سال بعد از ازدواجشان دخترش به دنیا آمده است. نیوشا از زندگی خود رضایت چندانی ندارد و فکر می‌کند مادر خوبی برای فرزندش نیست. او بیشتر اوقات بی‌حوصله و خسته است. بر اساس ارزیابی اولیه نیوشا می‌ترسد با بیان نظر و خواسته‌های خودش دیگران را ناراحت کند و آن‌ها او را دعوا و طرد کنند و بنابراین سکوت می‌کند، اما وقتی فکر می‌کند دیگران او را درک نمی‌کنند سکوتش تبدیل به پرخاشگری می‌شود. همچنین او به خودش بی‌اعتنا و همیشه از خودش ناراضی است، احساس گناه زیادی دارد و خودش را به‌شدت سرزنش می‌کند. نیوشا در برخی رفتارهایش با پدر و در برخی رفتارها با مادر همانندسازی می‌کند و رفتارهایی با خودش می‌کند که آن‌ها با او می‌کردند. این الگوها در تعاملات نیوشا با دخترش مشهود است، گاهی بیش‌ازحد به نیازهای دخترش توجه می‌کند و برخی اوقات هم توجهی به او ندارد و با اینکه دخترش دوست دارد با او بازی کند او حوصله بازی کردن ندارد و همیشه خسته و بی‌حوصله است. او عذاب وجدان زیادی دارد و به‌شدت خودش را سرزنش می‌کند. نیوشا در جلسات مداخله متوجه شد که دخترش در بازی با همسالانش، از ترس اینکه همبازی‌اش ناراحت نشود و با او بازی نکند، خواسته‌های خودش را مطرح نمی‌کند و هر چه همبازی‌اش بگوید بدون چون‌وچرا می‌پذیرد. در فرایند مداخله، درمانگر تلاش کرد در بستری امن، بین ارتباطات گذشته و روابط فعلی نیوشا پلی بزند و او را هشیار کند. در خلال جلسات مداخله و ارزیابی نهایی رفتار نیوشا نشان می‌داد که در تعامل با دخترش تعادلی برقرار کرده است، گاهی که لازم باشد، بدون اینکه خودش را سرزنش کند به دخترش نه می‌گوید و گاهی وقتی را برای بازی با او اختصاص می‌دهد و مواقعی که نمی‌تواند به او توضیح می‌دهد و به او می‌گوید

که حتماً در زمان مناسب دیگری با او بازی خواهد کرد. احساس گناه و خودسرزنشگری‌های او کمتر و رضایت از خودش هم بیشتر شده. ابراز خواسته‌ها و نیازهایش پرخاشگری او را کمتر کرده بود. نیوشا سعی می‌کرد در بازی به دخترش یاد بدهد که او هم می‌تواند خواسته‌های خود را مطرح کند و همیشه نباید مطابق نظر بقیه رفتار کند.

شرکت‌کننده سوم: سمانه خانمی ۳۶ساله دارای مدرک کارشناسی ارشد و خانه‌دار، که سه خواهر و دو برادر داشت. پدر سمانه به دلیل نوع شغلش خیلی در خانه نبود و سمانه می‌گفت پدرش، بی‌خیال بوده و به مسائل خانه اهمیت چندانی نمی‌داده و زمانی هم که در منزل بود مدام با مادر بحث می‌کردم و پدر و مادرش رابطه خوبی باهم نداشته‌اند. سمانه خاطرات اندکی از پدر داشت و در این خاطرات ترجیح دیگران به فرزندان در رفتار پدر مشهود بود. این رفتار پدر همواره سمانه را آزار می‌داد. مادر مسئول مراقبت و بزرگ کردن بچه‌ها بود. سمانه وابستگی زیادی به مادرش داشت و برای اینکه مادرش ناراحت نشود، هیچ اعتراضی نمی‌کرد؛ چون می‌ترسید مادرش ناراحت شود و او را از دست بدهد. سمانه با همسر و پسر سه‌ساله‌اش زندگی می‌کند. او سیزده سال پیش با همسرش ازدواج کرد و نه سال پس از ازدواجشان پسرش به دنیا آمده است. سمانه خودش را مادر خوبی نمی‌داند و فرزند و همسرش را مانعی برای موفقیت‌های خود در نظر می‌گیرد. او در کنار آن‌ها نمی‌تواند زمانی را به خود و علاقتش اختصاص بدهد. ارزیابی اولیه سمانه نشان داد او همیشه از دیگران مراقبت می‌کند و حتی اگر او را ناراحت کنند نادیده می‌گیرد، چون نگران است که اگر ناراحتی‌اش را نشان دهد آن‌ها را از دست بدهد. گاهی بی‌خیالی‌های پدر در طول جلسات در او هم دیده می‌شد و چندان جلسات مداخله را جدی نمی‌گرفت. از اینکه خواسته‌های خودش را قربانی رابطه زناشویی و به‌خصوص فرزندش کرده بود

خشمی در او دیده می‌شد و همیشه فکر می‌کرد اگر بخواهد به خواسته‌های خودش اهمیت بدهد، دیگر نمی‌تواند مادر خوبی باشد؛ هرچند به خاطر اینکه پسرش را مانع تحقق آرزوهایش می‌دید احساس گناه داشت و خودش را سرزنش می‌کرد. در طول فرایند جلسات، درمانگر در جوی آرام و همدلانه ارتباط بین الگوهای گذشته و روابط فعلی را به او نشان داد و او را هشیار کرد. در طول فرایند مداخله و ارزیابی پایانی سمانه ساعاتی از روز را به علایق خود اختصاص می‌داد و عذاب وجدان و خودسرزنشگری کمتری در او دیده می‌شد و احساس بهتری به نقش مادری خود داشت و به‌نوعی سعی می‌کرد به اندازه کافی خوب باشد.

بحث

هدف این پژوهش تعیین تأثیر روان‌درمانگری پویایی کوتاه‌مدت مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» در اصلاح الگوهای ارتباطی مادران با فرزندانشان بود. با نگاهی به نتایج پژوهش می‌توان ادعان کرد که روان‌درمانگری پویایی کوتاه‌مدت مبتنی بر «بن‌مایه تعارضی ارتباط» با هشیار کردن والدین به بن‌مایه‌های تعارضی میزان رابطه مثبت کلی و کیفیت مراقبت مادرانه را افزایش می‌دهد و از سویی ارزیابی بالینی نشان می‌دهد که شرکت‌کننده‌ها از ریشه تعارض‌های ارتباطی خود با فرزندانشان آگاه شده و، با کاهش این تعارض‌ها، روابط بهتری با آن‌ها برقرار و برای بیان احساسات و خواسته‌های خود و فرزندانشان فضای امن‌تری ایجاد و چالش‌هایشان را به شیوه مسالمت‌آمیز حل کنند.

همخوان با این نتایج، شواهد نشان می‌دهد که استفاده از روش «بن‌مایه تعارضی ارتباط» در ارزیابی و فهم تعارضات ارتباطی به تغییرات سودمند منجر می‌شود. کریتس - کریستوف و لوبورسکی (۱۹۹۸) در پژوهشی نشان دادند که کشف الگوهای ارتباطی غیرقابل انعطاف تغییرات مثبت معنادار در فرایند درمان به وجود می‌آورد. کاجل، دنگلر،

اکرت و شکبرگر (۱۹۹۰) نشان دادند که روش بن‌مایهٔ تعارضی ارتباطی در ایجاد تغییرات مثبت در الگوهای ارتباطی در فرایند درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت مفید است.

همچنین، نتایج نشان می‌دهد که ناتوانی والد در تصدیق گذشتهٔ دردناک و درک و پذیرش غیرقابل بازگشت بودن آن، به حفظ بازنمایی‌های خشک و غیرقابل‌انعطاف منجر می‌شود و تجربه‌های دردناک گذشته را پایدار می‌کند. درمقابل، فرایندهای سوگواری موفقیت‌آمیز، راه حل واقعی کنار آمدن با این تجربیات است و این فرایند به فرد کمک می‌کند تا حدودی از اجبار به تکرار گذشته یا اصلاح آن رهایی یابد. بازآفرینی و شرح هشیارانهٔ آرزوهای ناهشیار گذشته، برای حل موضوعات آسیب‌زا، به فرد کمک می‌کند کودکی ایده‌آل خود را بفهمد و امیدوار باشد که زندگی بهتری را برای خود و فرزندش بسازد و این مسئله باعث می‌شود هرزمان که لازم باشد والد با ابتکار خود الگوهای منعطف‌تری به کار ببرد. به‌کاربردن الگوی منعطف به والدین کمک می‌کند حتی، وقتی فرزندانشان مشکلاتی هم دارند، بهتر بتوانند با آنها کنار بیایند و روش فرزندپروری خود را با نیازهای فرزندانشان منطبق کنند (شموئل، ۲۰۰۷). فریبرگ، آدلسون و شاپیرو (۱۹۷۵) در پژوهش خود به استعاره اشباح در مهدکودک^۱ اشاره کرده است. این مفهوم به تجارب منفی اولیهٔ والد اشاره دارد که در شیوهٔ تربیت و سبک‌های فرزندپروری والدین آشکار می‌شود. کودکانی که توسط والدینشان مورد آزار قرار می‌گیرند، وقتی خودشان والد می‌شوند، رفتار مشابهی نشان می‌دهند. گاهی اوقات آن‌ها این آزار و اذیت را سرکوب می‌کنند و گاهی این الگوهای رفتاری را به‌نجار می‌دانند، چون خودشان با همین الگو بزرگ شده‌اند. این اشباح از طریق انتقال بین‌نسلی^۲ مجدداً ظاهر می‌شوند و چرخهٔ

آزار و اذیت را تدوام می‌بخشند. فریبرگ و دیگران (۱۹۷۵) در روش درمانی خود از مفهوم اجباربه‌تکرار فریبرگ استفاده و به‌نوعی ادعا کرده‌اند که اشباح بازنمایی از تکرار گذشته در حال است و از روش درمانی تحلیل کلاسیک استفاده و وقایع گذشته را بازآفرینی و تکرار عواطف آزارندهٔ گذشته در حال را خنثی کردند و به‌نوعی به والدین کمک کردند که اشباح گذشتهٔ خود را بشناسند تا روابط والدین و فرزندانشان بهبود یابد. درمقابل مفهوم اشباح در مهدکودک، لیبرمن، پادرن، ون هورن و هریس (۲۰۰۵) مفهوم «فرشتگان در مهدکودک»^۳ را مطرح کردند که این مفهوم بازنمایی از رابطهٔ مثبت اولیهٔ بین والد و فرزند است که به احساس امنیت و اعتمادبه‌نفس در فرزند منجر می‌شود. لیبرمن و دیگران (۲۰۰۵)، با بازبازی این تجارب مثبت به‌عنوان ابزار درمانی، تلاش کردند چرخهٔ تجارب آسیب‌زا را در رابطهٔ والد و کودک قطع کنند و رابطهٔ والد و کودک را بهبود ببخشند. در این پژوهش نیز هشیار شدن به تجارب نخستین سال‌های زندگی والد به بهبود رابطهٔ وی با فرزندش منتهی شد.

درواقع باید تأکید کرد که روان‌درمانی ماهیتی بین‌فردی دارد و روش بن‌مایهٔ تعارضی ارتباط از شناخته‌ترین روش‌هایی است که در فرایند درمان بر الگوهای بین‌فردی تأکید می‌کند. این روش مبتنی بر این فرض است که افراد بن‌مایهٔ ارتباطی خاص یا الگوهای انتقالی را در ارتباط با دیگران نشان می‌دهند و به‌عبارتی افراد الگوهای ارتباطی مشابه را با دیگران و ازجمله در ارتباط درمانی خود تکرار می‌کنند (تلیبرگ، آلبرگ، جانسون دال و هاگلند، ۲۰۲۰). لایبورسکی (۱۹۸۴)، (۱۹۶۲) چنین مطرح کرد که فرایند درمان با تغییر بن‌مایهٔ تعارضی به تغییر نشانه‌های آسیب‌شناختی فرد منجر می‌شود. این روش به درمانگر امکان می‌دهد انتقال‌های تحریف‌شده و اجبار به تکرار را شناسایی و مفهوم‌پردازی کند. آن را را مورد اشاره

1- ghosts in the nursery

2- intergenerational transmission

3- angels in the Nursery

در نظر گرفته شود. نخست آنکه در این پژوهش به دلیل اهمیت نشان دادن مکانیسم اثر و پرداختن به عمق آن از مطالعه تکموردی استفاده شده است. بدیهی است که، گرچه با هدف کنترل دقیق تر در این نوع مطالعات روایی درونی افزایش می یابد، از نظر روایی بیرونی باید با احتیاط به نتایج پرداخت. از سوی دیگر این مطالعه به دلیل اهمیت بیشتر مادر در الگوهای تربیتی کودکان، فقط در مورد مادران صورت گرفته و مناسب است که این الگو در مورد پدران نیز ارزیابی شود. همچنین مناسب است که اعتبار نتایج با پیگیری هایی با فاصله زمانی بیشتر نیز مورد نظر قرار گیرد.

قرار دهد، حل کند و برای حل آن ها راه حل های سازش یافته پیدا کند. این فرایند به کاهش نشانه ها و بلوغ توانایی های فرد منجر می شود (بوک، ۲۰۰۴). والد، با هشیار شدن به دو پدیده انتقال تحریف شده و اجبار به تکرار، به این بینش می رسد که تکرار الگوهای او با والدینش در تعامل او با فرزندش به مشکلاتی بین آن ها منجر شده و هشیار شدن به این فرایند، اصلاح الگوهای ارتباطی او را با فرزندش ممکن می کند. درونی کردن این فرایند، به کاهش تعارضات والدین با فرزندانشان منجر می شود و به روند کاهش این تعارضات در آینده نیز کمک می کند. در این پژوهش لازم است چندین محدودیت

منابع

- Crits-Christoph, P., & Luborsky, L. (1998). *Changes in CCRT pervasiveness during psychotherapy*. In L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method* (pp. 151-164). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Driscoll, K., Pianta, R.C. (2011). Mother's and father's perceptions of conflict and closeness in parent-child relationships during early childhood. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, 7, 1-18.
- Dzherelievskaya, M. A., Vizgina, A. V., & Yashina, L. L. (2016). Adolescents' world image in families with various parent-child interaction styles. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 233, 73 - 77.
- Farahani, H. (2020). Visual and statistical analysis of data in single-case experimental design (SCEDs): Best practice. *Journal of Clinical Psychology & Personality*, 18(2), 183-195. [In Persian].
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387-421.
- Ghanbari, S., Khodapanahi, M. K., Mazaheri, M. A. & Gholamali Lavasani, M. (2012). Development and preliminary evaluation of the reliability and validation the maternal Caregiving Quality Scale. *Journal of Psychology*, 15 (4), 322-335. [In Persian].
- Abarashi, Z., Tahmasian, K., Mazaheri, M. A., & Pannaghi, L. (2009). The impact of psychosocial child development training program, done through improvement of mother-child interaction, on parental self-efficacy and relationship between mother and child under three. *Journal of Research in Psychological Health*, 3(3), 49-57. [In Persian].
- Ahmadi, SH., Azad Fallah, P., & Farahani, H. (2019). The effect of core conflictual relationship theme (CCRT) based brief psychodynamic psychotherapy on marital satisfaction. *Journal of Family Research*, 14(4), 497-514. [In Persian].
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83- 69
- Book, H. E. (1998). *How to practice brief psychodynamic psychotherapy: The core conflictual relationship theme method*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Book, H. (2004). The CCRT approach to working with patient narratives in psychodynamic psychotherapy. In Lynne E. Angus & John McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy*. London: Sage Publications.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. New York: Basic Books.
- Burger, J. M. (2011). *Personality*. 8th ed. USA: Thomson.

- anisms in social anxiety. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 14(53), 3-14. [In Persian].
- Mullin, A. S. J., Hilsenroth, M. J., Gold, J., & Farber, B. A. (2016). Facets of object representation: Process and outcome over the course of psychodynamic psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 100(2), 145-155.
- Pally, R. (2007). The predicting brain. *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 861-881.
- Pluess, M., & Belsky, J. (2010). Differential susceptibility to parenting and quality child care. *Developmental Psychology*, 46(2), 379-390.
- Shmuel, S. (2007). Wondering and beyond: Discussion of Arietta Slade's reflective parenting programs. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), 658-667.
- Stadter, M. (1996). *Object relations brief therapy*. N.J.: Jason Aronson.
- Stadter, M. (2009). *Object relations brief therapy: the therapeutic relationship in short-term work*. Maryland: Roman and Littlefield.
- Strand, P. S., & Wahler, R. G. (1996). Predicting maladaptive parenting: Role of maternal object relations. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(1), 43-51.
- Tallberg, P., Ulberg, R., Johnsen Dahl, H.-S., & Høglend, P. A. (2020). Core conflictual relationship theme: The reliability of a simplified scoring procedure. *BMC Psychiatry*. Retrieved 6 Apr. 2020 from <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32252696>.
- Varasteh, M., Aslani, K., & Amanuelahi, A. (2017). Effectiveness of positive parenting program training on parent-child interaction quality. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 7(28), 183-201. [In Persian].
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Grossman, K. E., & Grossman, K. (1991). Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. In C. M. Parkes, J., Stevenson-Hinde & P. Manis, *Attachment across the life cycle* (pp.93-114). London: Rutledge.
- Hadley, J. A., Halloway, E. L., & MaUinckrad, B. (1993). Common aspects of object relations and self-representations in offspring from disparate dysfunctional families. *Journal of Counseling Psychology*, 40(3), 348-356.
- Kachele, H., Dengler, D. Eckert, R., & Schneckeburger, S. (1990). Change in the central relationship conflict by short-term therapy. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 40 (5), 178-185.
- Lieberman, A. F., Padrón, E., Van Horn, P., & Harris, W. W. (2005). Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health Journal*, 26(6), 504-520.
- Luborsky, L. (1962). The patient's personality and psychotherapeutic change. In H. Strupp & L. Luborsky, *Research Psychotherapy*, Vol. II (pp.115-133). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York, NY: Basic Books.
- Mesgarian, F., Azad Fallah, P., Farahani, H., & Ghorbani, N. (2017). Object relations and defense mech-