



## اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر تعامل والد - فرزندی و تنیدگی والدگری: یک مطالعه کارآزمایی کنترل شده تصادفی بر روی کودکان مبتلا به نشانه‌های اختلال‌های تیک و مادران آن‌ها

فاطمه رضانی رند <sup>id</sup>

رسول حشمتی\* <sup>id</sup>

تورج هاشمی نصرت آبادی <sup>id</sup>

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد پردیس بین‌المللی ارس، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران  
دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران  
استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

psy.heshmati@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۱۳

دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۲۰

فصلنامه علمی پژوهشی  
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷  
<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۳ پیاپی ۱۱۷ | ۱۹۹-۲۱۴  
(مجموعه مقالات حوزه خانواده و فرزند)

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:  
درون متن:

(رضانی رند و همکاران، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

رضانی رند، فاطمه، حشمتی، رسول، هاشمی نصرت آبادی، تورج. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر تعامل والد - فرزندی و تنیدگی والدگری: یک مطالعه کارآزمایی کنترل شده تصادفی بر روی کودکان مبتلا به نشانه‌های اختلال‌های تیک و مادران آن‌ها. *خانواده درمانی کاربردی*. ۴(۳)، ۱۹۹-۲۱۴.

### چکیده

**هدف:** هدف اصلی این پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر تعامل والد-فرزندی و تنیدگی والدگری در یک مطالعه کارآزمایی کنترل شده تصادفی بر روی کودکان مبتلا به نشانه‌های اختلال‌های تیک و مادران آن‌ها بود. **روش پژوهش:** روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به همراه گروه گواه بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از مادران و کودکان آن‌ها با نشانه‌های اختلالات تیک بود که در نیمه دوم سال ۱۴۰۱ به مراکز و کلینیک‌های مشاوره شهر ماکو مراجعه کرده بودند که به صورت در دسترس انتخاب شده و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گماشته شدند. گروه آزمایش ۱۵ جلسه در برنامه مداخله گروهی درمان مبتنی بر ذهنی سازی شرکت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. آزمودنی‌های هر دو گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به سوالات مقیاس رابطه والد-فرزند، فرم کوتاه مقیاس تنیدگی والدین پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره مختلط انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس چند متغیره آمیخته دال بر اثربخشی درمان گروهی ذهنی سازی بر بهبود ابعاد رابطه والد-کودک و استرس والدگری کودکان بود ( $P < 0/001$ ). همچنین نتایج نشان داد که مداخله ذهنی سازی موجب کاهش نمرات استرس والدگری کودکان دارای نشانه‌های اختلال تیک می‌شود ( $P < 0/001$ ). **نتیجه‌گیری** بر این اساس می‌توان به این نتیجه رسید که مداخله گروهی ذهنی سازی درمانی موثر در بهبود ابعاد رابطه والد-کودک و استرس والدگری کودکان دارای نشانه‌های اختلال تیک است و می‌توان از این درمان در جهت کاهش مشکلات روانشناختی کودکان دارای نشانه‌های اختلال تیک بهره برد.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال تیک، ذهنی سازی، مادران، رابطه والد-کودک و استرس والدگری.

## مقدمه

اختلال تیک یک اختلال حرکتی رشد عصبی است که با علائم حرکات حرکتی ناگهانی، سریع، مکرر، غیر ریتمیک و صوتی مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلالات تیک شامل چهار دسته تشخیصی است: اختلال تیک موقت، اختلال تیک حرکتی یا صوتی پایدار (مزمین)، اختلال تورت و سایر اختلالات تیک مشخص و نامشخص (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). علائم تیک معمولاً در حدود سن ۶ تا ۸ سالگی شروع می‌شود و در دانش آموزان رایج است، به طوری که که ۱۵ تا ۲۵ درصد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کوهن و همکاران، ۲۰۱۳). با این حال، علائم تیک در اکثر موارد گذرا است و در دوره نوجوانی به شدت کاهش می‌یابد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). یافته‌های پژوهش فراتحلیل‌نگری میزان شیوع گسترده اختلال تیک گذرا را از ۰/۴۰ درصد تا ۱۸/۲۶ درصد با میانگین نرخ ۲/۹۹٪ گزارش کرد (نایت و همکاران، ۲۰۱۲). اختلال تیک مردان را بیشتر از زنان مبتلا می‌کند، با نسبت مرد به زن بین ۲:۱ و ۴:۱ (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

تیک‌ها می‌توانند تأثیر عاطفی و اجتماعی عمیقی بر کودکان و خانواده‌ها داشته باشند، که به نوبه خود می‌تواند تأثیر متقابلی بر تیک‌ها داشته باشد (ایوانز و همکاران، ۲۰۱۶). کودکان دارای تیک مزمین ممکن است ناراحتی ذهنی (درد یا آسیب)، مشکلات اجتماعی پایدار (انزوای اجتماعی یا قلدری) و مشکلات عاطفی (علائم افسردگی و اکنشی؛ روسنر و همکاران، ۲۰۱۱؛ بیرامی و همکاران، ۲۰۱۲) را تجربه کنند. آگوستین و همکاران (۲۰۱۷) بر این عقیده هستند که اختلال تیک مزمین می‌تواند بر افراد، خانواده‌ها و جوامع تأثیر بگذارد (دوتا و کاوانا، ۲۰۱۳؛ ایوانز و همکاران، ۲۰۱۵؛ کادام و چوان، ۲۰۱۶). نشان داده شده است که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، اضطراب و افسردگی نوجوانان (TS) و والدین آن‌ها تحت تأثیر (TS) قرار دارند (دوتا و کاوانا، ۲۰۱۳؛ ایوانز و همکاران، ۲۰۱۵؛ جالنگس و همکاران، ۲۰۱۷؛ کادام و چوان، ۲۰۱۶؛ حشمتی و قربانی، ۲۰۱۶). گوسه و همکاران (۲۰۱۶) دریافتند که اکثر والدین کودکان (TD) سطح بالایی از افسردگی داشتند. یک مطالعه مبتنی بر جمعیت کانادایی به این نتیجه رسید که افراد مبتلا به (TS) فراوانی بیشتری از اختلالات اضطرابی و خلقی را تجربه می‌کنند و به کمک بیشتری در فعالیت‌های روزمره زندگی نسبت به جمعیت عمومی نیاز دارند (حشمتی و همکاران، ۲۰۲۲؛ یانگ و همکاران، ۲۰۱۷).

همچنین، اختلالات تیک و بیماری‌های همراه می‌تواند به شدت بر کودکان و خانواده‌ها تأثیر بگذارد. کودکان دارای اختلالات تیک نسبت به گروه کنترل، بیشتر احساس می‌کنند که توسط همسالان قربانی شده‌اند (استورچ و همکاران، ۲۰۰۷). مشکلات آموزشی (دبس و همکاران، ۲۰۱۰)، مشکلات هیجانی (کارتر و همکاران، ۲۰۰۰) و کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه می‌کنند (استورچ و همکاران، ۲۰۰۷). والدین باید از این نیازهای اضافی حمایت کنند، مشکلات همراه را مدیریت کنند و با تشخیص اختلال از جمله پیامدهای ژنتیکی مرتبط (ریورا ناوارو و همکاران، ۲۰۱۳؛ حشمتی و همکاران، ۲۰۱۰) سازگار شوند. از آنجایی که عوامل محیطی، اجتماعی و عاطفی می‌توانند بر شدت تیک تأثیر بگذارند (رابرتسون و کاوانا، ۲۰۰۸)، مدیریت و استرس والدین نیز ممکن است به طور ناخواسته تیک‌ها را تشدید کند و چرخه‌ای متقابل از افزایش مشکلات را ایجاد کند. ورمیلون و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود به این نتیجه

رسیدند که نوجوانان مبتلا به اختلال تیک کیفیت زندگی فردی و والدینی پایین تر و عملکرد خانواده بدتری نسبت به گروه شاهد داشتند. در پژوهش دیگری که توسط ژو و همکاران (۲۰۲۰) انجام شد، محققان به این نتیجه رسیدند که احتمال بروز علائم تیک در کودکان خانواده‌های هسته‌ای با روابط بد والدینی بیشتر است. مداخله خانواده در کودکان مبتلا به TD باید بر ساختار خانواده و روابط والدین متمرکز شود. تأثیر اختلالات تیک بر خانواده ممکن است پیامدهای مهمی برای رویکردهای ارائه مراقبت جامع به این خانواده‌ها داشته باشد. با توجه به این چالش‌های والدین، مداخلات مبتنی بر والدین توصیه شده است (کوپر و همکاران، ۲۰۰۳؛ ویلکینسون و همکاران، ۲۰۰۸).

یکی از درمان‌هایی که اخیراً برای کاهش مشکلات کودکان دارای اختلالات رشدی مورد استفاده قرار می‌گیرد، درمان مبتنی بر ذهنی سازی است. درمان مبتنی بر ذهنی سازی نوع خاصی از روان درمانی روان پویایی است که توسط بتمن و فوناگی ابداع شده است و مبتنی بر دو نوع مفهوم اساسی است: نظریه دلبستگی بالبی و ذهنی سازی. ذهنی سازی به عنوان شکلی از فعالیت ذهنی تخیلی غالباً نیمه هوشیار تعریف می‌شود، به عبارتی درک و تفسیر رفتارهای خود و دیگران است که از حالات ذهنی عمدی (مانند نیازها، خواسته‌ها، احساسات و باورها) ناشی شده است. این فعالیت ذهنی شامل توانایی فرد در تشخیص واقعیت درونی از بیرونی و فرایندهای هیجانی و ذهنی درونی از وقایع بین فردی است (فوناگی، تارگت، ۲۰۰۶). لیبرمن چهار بعد: ذهنی سازی خودکار در مقابل کنترل شده، ذهنی سازی خود در مقابل دیگری، ذهنی سازی ویژگی‌های درونی در مقابل ویژگی‌های بیرونی و ذهنی سازی شناختی در مقابل عاطفی را برای ذهنی سازی شناسایی کرد (لیبرمن، ۲۰۰۶). توانایی ذهنی سازی نیازمند این است که افراد بتوانند نه تنها نوعی تعادل را در این ابعاد حفظ کنند، بلکه باید بتوانند ابعاد را به طور مناسبی با توجه به شرایط محیطی مورد استفاده قرار دهند. این درمان بر اساس چند اصل پایه ریزی شده است: (۱) آگاهی درمانگر از حالات اولیه تفکر (حالات غیر ذهنی ساز) که شامل حالت هم ارزی روانی، حالت غایت شناختی و حالت وانمودی است؛ در حالت هم ارزی روانی، افکار و احساسات بیش از حد واقعی می‌شوند تا جایی که برای بیمار مورد توجه قرار دادن دیدگاه‌های جایگزین احتمالی بسیار دشوار است. در حالت غایت شناختی، حالات ذهن تنها در صورتی که پیامدهای آن‌ها به طور عینی قابل مشاهده باشد شناخته شده و باور می‌شود. در حالت وانمودی، افکار و احساسات از واقعیت جدا می‌شوند. به یک حد افراطی می‌رسند که ممکن است به احساساتی از مسخ واقعیت و گسستگی منجر شود (بتمن و فوناگی، ۲۰۱۶). (۲) درمانگر بایستی سطوح انگیختگی را با دقت کنترل کند، تا مطمئن شود که اضطراب نه خیلی کم و نه خیلی زیاد است چون که هر دو با ذهنی سازی تداخل دارند. (۳) درمانگر مطمئن باشد که ذهنی سازی شخصی او حفظ می‌شود. اگر ذهنی سازی درمانگر به خطر بیفتد، ارائه درمان مؤثر امکانپذیر نخواهد بود (بتمن و فوناگی، ۲۰۱۶). کانون اصلی این درمان کمک به درمانجو است تا تجربه‌های ذهنی خود را به سطح هشیاری بیاورد و احساس منسجم و کاملی از عاملیت روانی را تسهیل کند. هدف درمان نیز رشد و تقویت ظرفیت ذهنی سازی از طریق روابط درمانی و افزایش ظرفیت درمانجو برای بازشناسی افکار و احساساتی است که تجربه می‌کند (الیویرا و همکاران، ۲۰۱۶).

نتایج پژوهش‌های پیشین حاکی از اثربخشی درمان ذهنی سازی بر مشکلات روانشناختی کودکان بوده است. به عنوان مثال، پژوهش قنبری، نظیری، امیدوار (۱۳۹۹) نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی

بر کیفیت زندگی کودکان به خصوص در ترکیب با درمان دارویی در تمام ابعاد اثربخش بوده است. بنابراین می‌توان دریافت که این درمان از طریق ارتقاء ظرفیت ذهنی سازی در کودکان ADHD و والدینشان می‌تواند کیفیت زندگی این کودکان را به خصوص در کارکرد عاطفی و تنظیم هیجانی بهبود بخشد. همچنین پژوهش سیلبر (۲۰۲۱) نشان داد مداخله گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی برای والدین کودکان مبتلا به ADHD، می‌تواند تعامل والدین با فرزندشان، شناخت و پرورش ذهنی‌سازی در فرزندشان برای بهبود رابطه والد/کودک و کاهش علائم ADHD کودک منجر شود. پژوهش تابنر، هاوسچیلد، کاسپر، همکاران (۲۰۲۱) نشان داد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک موثر است. همچنین این پژوهش حاکی از آن بود که پرورش ظرفیت ذهنی کردن تعاملات اجتماعی که باعث رفتار غیرذهنی و پرخاشگرانه می‌شود ممکن است به افراد مبتلا به اختلال سلوک کمک کند تا سازگارتر رفتار کنند. با توجه به اینکه تاکنون هیچ‌گونه پژوهشی در زمینه اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهنی‌سازی در کاهش مشکلات مربوط به کودکان و نوجوانان دارای اختلالات تیک صورت نگرفته است، این پژوهش به منظور بسط ادبیات این حوزه و پر کردن خلاء پژوهشی و معرفی درمان موثر برای کاهش مسائل مرتبط با اختلالات تیک انجام می‌شود. اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تعامل والد-فرزندی و تنیدگی والدگری در یک مطالعه کارآزمایی کنترل شده تصادفی بر روی کودکان مبتلا به نشانه‌های اختلال‌های تیک و مادران آن‌ها شکل خواهد گرفت.

### روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به همراه گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران و کودکان آن‌ها با نشانه‌های اختلالات تیک می‌باشد که در نیمه دوم سال ۱۴۰۱ به مراکز و کلینیک‌های مشاوره شهر ماکو مراجعه کرده بودند. از بین جامعه آماری تعداد ۳۰ کودک داری اختلال تیک به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. سپس این ۳۰ نفر به دو گروه آزمایش و کنترل به طور تصادفی گماشته شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: الف) تشخیص اختلال تیک براساس پنجمین راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (ب) دامنه سنی بین ۶ تا ۱۲ سال (ج) مادران حداقل دارای تحصیلات دیپلم. همچنین معیارهای خروج عبارت بودند از: الف) سابقه ابتلا به بیماری جسمی مزمن مادران و کودکان (ب) سابقه مداخلات روان شناختی (ج) سابقه مصرف مواد و الکل (د) ابتلا به اختلالات شخصیت مادران (ه) ابتلا به اختلالات سایکوتیک (و) سابقه طلاق مادران. برای ارزیابی این معیارها یک مصاحبه نیمه‌ساختار یافته توسط تیم پژوهشی انجام شد. براساس این مصاحبه از بین شرکت‌کنندگان مادران و کودکان واجد شرایط انتخاب شده و به پرسشنامه‌های پژوهش به عنوان مرحله پیش تست پاسخ دادند. تیم پژوهش این افراد را از اهداف تحقیق آگاه ساخت و فرم رضایت آگاهانه از آن‌ها دریافت گردید. ارزیابی غربالگری و گمارش تصادفی توسط دستیار پژوهشی انجام شد که در طول فرآیند تصادفی‌سازی و تخصیص بی اطلاع (کور) باقی ماند. شرکت‌کنندگان به نسبت ۱:۱ به گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی یا لیست انتظار اختصاص داده شدند (یعنی ۱۵ واحد مادر-کودک به طور تصادفی

به هر گروه). برای تصادفی سازی، یک محقق خارج از تیم تحقیقاتی با استفاده از یک مولد اعداد تصادفی دیجیتال، یک توالی تصادفی سازی بلوک‌های جابجا شده تولید کرد.

### ابزار پژوهش

۱. **مقیاس رابطه والد- فرزند.** این مقیاس توسط پیاننا (۱۹۹۴) ساخته شد و شامل ۹۹ ماده می‌باشد که ادراک والدین را در مورد رابطه ی آن‌ها با کودک می‌سنجند. این مقیاس شامل حوزه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه ی مثبت و مجموع تمام حوزه‌ها می‌باشد. این ابزار یک مقیاس خود گزارش دهی است و نمره گذاری آن بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از نمره ۱ قطعاً صدق نمی‌کند تا نمره ۵ قطعاً صدق می‌کند) است. این مقیاس برای سنجش رابطه والد-کودک در تمام سنین استفاده شده است (تجربشی و همکاران، ۱۳۹۴). دریکسول و پیاننا (۲۰۱۱) در پژوهشی آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در هر یک از مولفه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه ی مثبت کلی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۶۵، ۰/۶۹ و ۰/۸۰ گزارش کرده اند. این پرسشنامه توسط طهماسیان (۱۳۸۶) ترجمه و روایی محتوایی آن نیز توسط متخصصین ارزیابی شده است. پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ توسط ابارشی و همکاران (۱۳۸۸) برای حوزه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۰، ۰/۶۱ و ۰/۸۶ گزارش شده است.

۲. **فرم کوتاه مقیاس تنیدگی والدین.** این ابزار پرسشنامه‌ای ۳۶ سوالی است که توسط عابدین (۱۹۸۳) از روی فرم خلاصه شده از نسخه ۱۲۰ سوالی تهیه شده است. سه زیر مقیاس آشفتگی والدین که شامل سوالات ۱ تا ۱۲، تعاملات ناکارآمد والد - فرزند که شامل سوالات ۱۳ تا ۲۴ و ویژگی‌های کودک مشکل آفرین که سوالات ۲۵ تا ۳۶ را در بر دارد، می‌باشد. در مطالعات عابدین روایی پیش بین و سازه تایید و ضریب پایایی بعد از اجرای اول، برای کل تنیدگی والدین با ۰/۷۵، برای زیر مقیاس آشفتگی والدین ۰/۸۲، برای زیر مقیاس تعامل ناکارآمد والد - کودک ۰/۷۳ و برای زیرمقیاس‌های ویژگی‌های کودک ۰/۷۱ بوده است. شیوه نمره گذاری به روش لیکرت از ۱ تا ۵ (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالف) انجام می‌شود. در پژوهش طهماسبی و انصاری (۱۳۸۸) پایایی از طریق آلفای کرونباخ در نمونه‌ای ۵۳۰ نفری از مادران که در فاصله زمانی ۶ ماه انجام شده و ضریب پایایی تنیدگی والدگری ۰/۸۴ به دست آمد.

۳. **درمان مبتنی بر ذهن آگاهی.** در جدول ۱ خلاصه الگوی مداخله‌ای مبتنی بر ذهنی سازی گزارش شده است.

### جدول ۱. شرح کلی جلسات درمان مبتنی بر ذهنی سازی (رابل و کیر، ۲۰۱۱)

جلسه	محتوای جلسه
اول	اتحاد درمانی و تفاهم درمانی (به منظور کمک به افراد برای رسیدن به اینکه درمان مفید و درمانگر قابل اعتماد است)، شرح حال افراد (با استفاده از سوالات باز و توصیفی)، ارائه درکی از درمان مبتنی بر ذهنی سازی و چگونگی کارکرد آن به افراد، ارائه تکلیف خانگی (پر کردن فایل روان‌درمانی)، خلاصه سازی جلسه درمانی با افراد
دوم	جمع‌آوری سابقه و شرح حال فرد، تدوین فهرست مشکلات آماجی فرد و ترغیب وی به کسب بینش و آگاهی نسبت به منبع اصلی مشکلات، ارائه تکلیف خانگی (ایجاد دفتر روزانه به منظور نشان دادن مشکلات هدف، بیان رفتارهای مرتبط با مشکل هدف و تعیین عوامل راه انداز)، خلاصه سازی جلسه درمانی با افراد
سوم	جمع‌آوری سابقه فرد (به منظور دستیابی به چرخه‌ای از تفکر و رفتارهای تکراری و ناکارآمد و دستیابی به نقش-

	های متقابل مهم فرد)، فرمول بندی مجدد بر اساس چگونگی بروز و پیدایش مشکلات و نشانه‌های بیماری، خلاصه سازی جلسه درمانی با فرد.
<b>چهارم</b>	فرمول بندی مجدد براساس افکار ناکارآمد، نظام‌های باورها و رفتارهای فرد با تمرکز بر روابط موضوعی، مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد و قدرت ایگو و در نهایت نوشتن نامه فرمول بندی مجدد به فرد، خلاصه سازی جلسه ی درمانی با فرد.
<b>پنجم</b>	بررسی فیدبک فرد به نامه ی فرمول‌بندی، تعیین اهداف درمانی و تدوین فرمول بندی نهایی براساس فرمول‌بندی اولیه مربوط به مشکلات، علائم و نشانگان بالینی، خلاصه سازی جلسه درمانی با فرد.
<b>ششم</b>	بازشناسی رخداد‌های آشکارساز رفتارهای ناکارآمد، نقاط قوت و توانمندی فرد، شناسایی روندهای ناسازگار متوالی و نقش‌های متقابل ناسازگار با کمک درمانگر، ارائه تکلیف خانگی (مشخص کردن فراوانی الگوهای رفتاری ناکارآمد)، خلاصه سازی جلسه ی درمانی با فرد.
<b>هفتم</b>	بازشناسی مشکلات و بی‌ثباتی عواطف و تدوین فهرستی جهت شناخت رویه‌ها و افکار ناکارآمد با همکاری افراد، شناسایی روندهای ناسازگار در زمینه بین فردی در طی جلسه درمان، شناسایی دقیق روندهای ناسازگار رخ داده در طول جلسه و استفاده از آن‌ها به عنوان وسیله‌ای برای تغییر و یادگیری، پیش بینی دقیق احساسات انتقال و انتقال متقابل بر اساس نامه فرمول‌بندی مجدد، خلاصه‌سازی جلسه درمانی با فرد.
<b>هشتم</b>	بازبینی و بازشناسی و چالش با الگوهای قدیمی اکتسابی و تاثیر گذار در زندگی از طریق روابط بین فردی و آموزش فنون بازبینی رویه‌های ناکارآمد و اصلاح این روابط، نشانه‌ها و رویش زندگی، خلاصه سازی جلسه ی درمانی با فرد
<b>نهم</b>	بازشناسی در رویه ارزیابی علائم و نشانه‌ها و اصلاح بازبینی‌های انجام گرفته توسط فرد، کمک به فرد برای فهم اینکه هر یک از رفتارهای ناکارآمد در کجای دیگران قرار دارد و افزایش آگاهی از چرخه ی رفتارهای تکراری، خلاصه سازی جلسه درمانی با فرد.
<b>دهم</b>	تجدید نظر رویه‌ای براساس شناخت تاثیر هیجان و رفتارهای بیمار بر علایم بیماری و آگاهی از نحوه استمرار طرحواره‌های قدیمی مرتبط با مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد، روابط موضوعی و قدرت ایگو، تحلیل روندهای ناسازگار و مشخص کردن جایگاه این روندها در دیگران، کمک به فرد برای رفتار کردن به شیوه‌ای جدید، خلاصه‌سازی جلسه درمانی با فرد
<b>یازدهم</b>	تجدید نظر رویه‌ای بر اساس شناسایی و ترسیم نمودار رویه‌ای در مورد ارزش گذاری هیجانات منفی فرد و ارزیابی افکار خود آیند منفی، خلاصه سازی جلسه ی درمانی با فرد.
<b>دوازدهم</b>	تجدیدنظر رویه‌ای براساس اصلاح روند ارزشیابی وضعیت فعلی فرد، استفاده از فنون تقویتی گوناگون در جهت تسریع تغییرات و بهبودی (ارائه تقویت مثبت، بازی نقش و تفکر در مورد ایده‌های جدید یا حل مسئله)، کمک به فرد برای بینش نسبت به مسائل و چگونگی تایید و تثبیت نقش‌های واقع گرایانه، خلاصه سازی جلسه درمانی با فرد.
<b>سیزدهم</b>	تجدید نظر رویه‌ای بر اساس اصلاح نقش‌های بین فردی و حمایت‌های اجتماعی، خلاصه سازی جلسه درمانی با فرد
<b>چهاردهم</b>	تجدید نظر بر اساس کمک به فرد در دستیابی به الگوهای کارآمدتر رفتاری، کمک به فرد برای شناسایی در تله و موانع رشد درون فردی و بین فردی، خلاصه سازی جلسه ی درمانی با فرد
<b>پانزدهم</b>	تجدید نظر رویه‌ای براساس بینش افزایشی و آگاه سازی فرد از مسیر تکاملی مشکلاتش در جهت کاهش استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد، بهبود روابط موضوعی و قدرت ایگو، نوشتن نامه خداحافظی، توانایی مدیریت رفتار خود در محیط‌های خارج از درمان و در زندگی واقعی، خلاصه‌سازی جلسه درمانی با فرد

**شیوه اجرا.** پس از گمارش تصادفی، مداخله بر روی گروه آزمایش بر اساس الگوی مداخله‌ای رابل و کیر (۲۰۱۱) به صورت برنامه ۱۵ جلسه در قالب جلسات ۲ ساعته، هفته‌ای یک‌بار و در کلینیک روان درمانی برگزار شد. در حالی که گروه کنترل در این مرحله هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و منتظر دریافت مداخله پس از اتمام جلسات گروه آزمایش ماندند. مداخلات توسط درمانگر با تجربه حداقل ۵ سال کار بالینی انجام شد. شرکت‌کنندگان هر دو گروه در سه مرحله به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. در این مرحله نیز دستورالعمل نحوه پاسخ دادن به آیت‌ها به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی محاسبه و مورد استفاده قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره مختلط انجام شد. برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع پراکندگی متغیرهای وابسته، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. جهت بررسی پیش فرض همگنی ماتریس کواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لوین استفاده شد.

#### یافته‌ها

میانگین سن کودکان گروه آزمایش برابر با ۹/۴۰ (با انحراف معیار ۲/۶۱) و میانگین سن کودکان گروه کنترل برابر با ۸/۹۳ (با انحراف معیار ۲/۷۶) است. نتیجه آزمون تی مستقل گویای این است که هیچ تفاوت معنی داری از نظر آماری بین دو گروه از نظر سن کودکان وجود ندارد. همچنین میانگین سن مادران گروه آزمایش برابر با ۳۷/۸۶ (با انحراف معیار ۴/۴۸) و میانگین سن مادران گروه کنترل برابر با ۳۴/۳۳ (با انحراف معیار ۴/۷۰) است که آزمون تی مستقل دال بر عدم تفاوت معنی دار دو گروه در سن مادران است. همچنین نتایج آزمون خی دو گویای این است که تفاوت معنی داری از نظر توزیع فراوانی جنسیت کودکان و تحصیلات مادران بین دو گروه وجود ندارد.

جدول ۲. آمار توصیفی رابطه والد-کودک و استرس والدگری به تفکیک گروه

متغیرهای پژوهش	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
پیش آزمون تعارض	آزمایش	۵۷/۰۶	۶/۲۲	۱۵
	کنترل	۵۵/۰۰	۷/۴۱	۱۵
پس آزمون تعارض	آزمایش	۴۱/۳۳	۴/۹۶	۱۵
	کنترل	۵۴/۳۳	۷/۲۰	۱۵
پیگیری تعارض	آزمایش	۴۴/۱۸	۴/۹۶	۱۵
	کنترل	۵۴/۱۰	۷/۰۲	۱۵
پیش آزمون نزدیکی	آزمایش	۱۹/۴۶	۲/۷۷	۱۵
	کنترل	۲۱/۴۰	۲/۶۴	۱۵
پس آزمون نزدیکی	آزمایش	۲۴/۰۶	۳/۲۸	۱۵
	کنترل	۲۱/۱۳	۲/۵۰	۱۵
پیگیری نزدیکی	آزمایش	۲۳/۵۹	۳/۱۷	۱۵
	کنترل	۲۱/۰۶	۲/۴۱	۱۵

۱۵	۱/۹۲	۲۲/۰۰	آزمایش	پیش آزمون وابستگی
۱۵	۳/۲۴	۱۹/۵۳	کنترل	
۱۵	۱/۵۷	۱۷/۲۶	آزمایش	پس آزمون وابستگی
۱۵	۲/۸۹	۱۹/۳۳	کنترل	
۱۵	۱/۴۵	۱۷/۱۴	آزمایش	پیگیری وابستگی
۱۵	۲/۷۵	۱۹/۰۳	کنترل	
۱۵	۶/۷۲	۳۴/۵۳	آزمایش	پیش آزمون آشفتگی والدینی
۱۵	۵/۶۶	۳۴/۰۰	کنترل	
۱۵	۴/۹۴	۲۸/۰۰	آزمایش	پس آزمون آشفتگی والدینی
۱۵	۵/۷۸	۳۳/۴۶	کنترل	
۱۵	۴/۵۶	۲۸/۲۹	آزمایش	پیگیری آشفتگی والدینی
۱۵	۵/۶۴	۳۳/۱۴	کنترل	
۱۵	۵/۷۸	۲۸/۹۳	آزمایش	پیش آزمون تعاملات ناکارآمد
۱۵	۴/۷۸	۲۹/۹۳	کنترل	
۱۵	۵/۰۴	۲۲/۷۳	آزمایش	پس آزمون تعاملات ناکارآمد
۱۵	۳/۲۱	۳۰/۰۶	کنترل	
۱۵	۵/۱۶	۲۲/۱۴	آزمایش	پیگیری تعاملات ناکارآمد
۱۵	۳/۱۳	۳۰/۱۹	کنترل	
۱۵	۶/۳۱	۳۲/۰۶	آزمایش	پیش آزمون کودک مشکل آفرین
۱۵	۵/۲۳	۳۰/۱۳	کنترل	
۱۵	۴/۷۹	۲۵/۰۰	آزمایش	پس آزمون کودک مشکل آفرین
۱۵	۴/۳۰	۳۰/۱۳	کنترل	
۱۵	۴/۵۷	۲۵/۴۶	آزمایش	پیگیری کودک مشکل آفرین
۱۵	۴/۴۵	۳۰/۳۷	کنترل	

یافته‌های آزمون شاپیرو-ویلک گویای این است که هر سه بعد رابطه والد-کودک در هر دو مرحله برای هر دو گروه از توزیع پراکندگی نرمال برخوردار است. جهت بررسی پیش فرض همگنی ماتریس کواریانس-ها از آزمون ام‌باکس استفاده شد. چون اندازه آزمون ام‌باکس برابر با  $41/620$  بود و این مقدار از آزمون ام‌باکس معادل با آزمون  $F$  برابر با  $1/517$  است، این مقدار از آزمون  $F$  معنی‌دار نیست که به معنای همگنی ماتریس کواریانس‌ها بود. مطابق با یافته‌های گزارش شده مشخص است که اندازه آزمون لوین در هیچ مرحله سنجش و برای هیچ یک از ابعاد از نظر آماری معنی‌دار نیست که دلالت بر همگنی ماتریس‌های خطا دارد. با توجه به اینکه هر سه پیش فرض آماری برآورده کننده شروط آزمون تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر بین گروهی و درون گروهی چند متغیره هستند در ادامه به گزارش نتایج آزمون‌های چند متغیره پرداخته می‌شود.



جدول ۳. آزمون‌های چند متغیره برای آزمون تعامل گروه و عامل مکرر (رابطه والد-کودک)

اثر درون آزمودنی	مقدار F	درجه آزادی درجه فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجذور ای تا
زمان	۰/۹۱	۳/۰۰	۲۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
اثر پیلایی	۹۴/۷۰	۳/۰۰	۲۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
لامبدای ویلک	۰/۰۸	۳/۰۰	۲۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
اثر هاتلینگ	۱۰/۹۲	۳/۰۰	۲۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
بزرگترین ریشه روی	۱۰/۹۲	۳/۰۰	۲۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
تعامل گروه و زمان اندازه گیری	۰/۹۰	۳/۰۰	۲۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۰
اثر پیلایی	۸۴/۸۰	۳/۰۰	۲۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۰
لامبدای ویلک	۰/۰۹	۳/۰۰	۲۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۰
اثر هاتلینگ	۹/۷۸	۳/۰۰	۲۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۰
بزرگترین ریشه روی	۹/۷۸	۳/۰۰	۲۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۰

با توجه به نتیجه گزارش شده در جدول ۳، تمام آزمون‌های آماری دال بر معنی داری تعامل بین گروه و عامل مکرر است (برای مثال اثر پیلایی برابر با  $0/907$  با  $(F_{1, 28} = 84/80, p < 0/01)$ ). این نتیجه در تحلیل واریانس آمیخته دال بر تفاوت بین گروه‌ها در میانگین یکی از نمرات اندازه گیری مکرر متغیر رابطه والد-کودک است. به عبارت دیگر معنی داری کنش متقابل در تحلیل واریانس آمیخته نشان دهنده اثربخشی مداخله می‌باشد. تحلیل گزارش شده در جدول ۳، بسیار کلی است و بر روی نمره ترکیبی ابعاد رابطه والد-کودک صورت گرفته است، به منظور تعیین اثربخشی مداخله درمانی بر روی هر یک از ابعاد رابطه والد-کودک از آزمون‌های یک متغیره استفاده شد (جدول ۴).

جدول ۴. آزمون‌های یک متغیره برای تعیین اثربخشی مداخله درمانی بر روی ابعاد رابطه والد-کودک

منبع	بعد	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور ای تا
عامل مکرر	تعارض	۱۰۰۸/۶۰	۱	۱۰۰۸/۶۰	۱۸۹/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۸۷
	نزدیکی	۷۰/۴۱	۱	۷۰/۴۱	۳۷/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷
	وابستگی	۹۱/۲۶	۱	۹۱/۲۶	۸۹/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶
تعامل گروه و عامل مکرر	تعارض	۸۵۱/۲۶	۱	۸۵۱/۲۶	۱۵۹/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۸۵
	نزدیکی	۸۸/۸۱	۱	۸۸/۸۱	۴۷/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	وابستگی	۷۷/۰۶	۱	۷۷/۰۶	۷۵/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲
خطا	تعارض	۱۴۹/۱۳	۲۸	۵/۳۲			
	نزدیکی	۵۲/۲۶	۲۸	۱/۸۶			
	وابستگی	۲۸/۶۶	۲۸	۱/۰۲			

یافته‌های گزارش شده در جدول (۴) دلالت بر این دارد که تعامل گروه و عامل مکرر برای هر سه بعد رابطه والد-کودک از نظر آماری معنی دار است. بطوریکه برای بعد تعارض ( $F_{1,28}=189/27, p<0/01$ )، بعد نزدیکی ( $F_{1,28}=47/58, p<0/01$ ) و برای بعد وابستگی ( $F_{1,28}=75/27, p<0/01$ ) این رابطه معنی دار است که نشان می‌دهد مداخله گروهی ذهنی سازی موجب کاهش نمرات بعد تعارض و وابستگی و افزایش نمرات بعد نزدیکی می‌شود. اندازه اثر بدست آمده برای بعد تعارض برابر با  $0/85$  است که حاکی از اثربخشی بسیار قدرتمند مداخله گروهی ذهنی سازی بر روی این بعد از تعامل والد-کودک است و برای بعد نزدیکی برابر با  $0/65$  و برای بعد وابستگی برابر با  $0/72$  است که دلالت بر تاثیر قدرتمند ذهنی سازی گروهی بر ابعاد نزدیکی و وابستگی است.

جدول ۵. آزمون‌های چند متغیره برای آزمون تعامل گروه و عامل مکرر (تنیدگی والدگری)

اثر درون آزمودنی	مقدار F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معنی مجذور	مقدار	اثر پیلایی
		فرضیه	آزادی خطا	داری	ایتا	
زمان	۰/۸۸	۳/۰۰	۲۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۸	اثر پیلایی
	۰/۱۱	۳/۰۰	۲۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۸	لامبدای ویلک
	۷/۳۷	۳/۰۰	۲۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۸	اثر هاتلینگ
	۷/۳۷	۳/۰۰	۲۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۸	بزرگترین ریشه روی
تعامل گروه و زمان اندازه گیری	۰/۸۷	۳/۰۰	۲۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷	اثر پیلایی
	۰/۱۲	۳/۰۰	۲۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷	لامبدای ویلک
	۶/۹۱	۳/۰۰	۲۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷	اثر هاتلینگ
	۶/۹۱	۳/۰۰	۲۶/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷	بزرگترین ریشه روی

با توجه به نتیجه گزارش شده در جدول (۵) تمام آزمون‌های آماری دال بر معنی داری تعامل بین گروه و عامل مکرر است (برای مثال اثر پیلایی برابر با  $0/874$  ( $F_{1,28}=59/92, p<0/01$ )). این نتیجه در تحلیل واریانس آمیخته دال بر تفاوت بین گروه‌ها در میانگین یکی از نمرات تنیدگی والدگری است. به عبارت دیگر معنی داری کنش متقابل در تحلیل واریانس آمیخته نشان دهنده اثربخشی مداخله می‌باشد. تحلیل گزارش شده در جدول (۶) بسیار کلی است و بر روی نمره ترکیبی ابعاد تنیدگی والدگری صورت گرفته است، به منظور تعیین اثربخشی مداخله درمانی بر روی هر یک از ابعاد تنیدگی والدین از آزمون‌های یک متغیره استفاده شد (جدول ۶).

جدول ۶. آزمون‌های یک متغیره برای تعیین اثربخشی مداخله درمانی بر روی ابعاد تنیدگی والدگری

منبع	بعد	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور ای‌تا
عامل	آشفته‌گی والدینی	۱۸۷/۲۶	۱	۱۸۷/۲۶	۵۵/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۶
مکرر	تعاملات ناکارآمد	۱۳۸/۰۱	۱	۱۳۸/۰۱	۶۲/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	ویژگی‌های کودک مشکل آفرین	۱۸۷/۲۸	۱	۱۸۷/۲۸	۵۴/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶
تعامل	آشفته‌گی والدینی	۱۳۵/۰۰	۱	۱۳۵/۰۰	۱۳۹/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸
گروه و عامل	تعاملات ناکارآمد	۱۵۰/۴۱	۱	۱۵۰/۴۱	۶۷/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۷۰
مکرر	ویژگی‌های کودک مشکل آفرین	۱۸۷/۲۶	۱	۱۸۷/۲۶	۵۴/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶
خطا	آشفته‌گی والدینی	۹۴/۷۳	۲۸	۳/۳۸			
	تعاملات ناکارآمد	۶۲/۰۶	۲۸	۲/۲۱			
	ویژگی‌های کودک مشکل آفرین	۹۵/۴۶	۲۸	۳/۴۱			

یافته‌های گزارش شده در جدول (۶) دلالت بر این دارد که تعامل گروه و عامل مکرر برای هر سه بعد تنیدگی والدگری از نظر آماری معنی دار است. بطوریکه برای بعد آشفته‌گی والدینی ( $p < 0.01$ )،  $F(1, 28) = 30.90$ ، بعد تعاملات ناکارآمد ( $F(1, 28) = 67.85, p < 0.01$ ) و برای بعد ویژگی‌های کودک ناکارآمد ( $F(1, 28) = 54.92, p < 0.01$ ) این رابطه معنی دار است که نشان می‌دهد مداخله گروهی ذهنی سازی موجب کاهش نمرات هر سه بعد تنیدگی والدینی می‌شود. اندازه اثر بدست آمده برای بعد آشفته‌گی والدینی برابر با  $0.588$  است که حاکی از اثربخشی متوسط مداخله گروهی ذهنی سازی بر روی این بعد از تنیدگی والدینی است و برای بعد تعاملات ناکارآمد برابر با  $0.70$  و برای بعد ویژگی‌های کودک مشکل آفرین برابر با  $0.662$  است که دلالت بر تاثیر قدرتمند ذهنی سازی گروهی بر ابعاد تعاملات ناکارآمد و ویژگی‌های کودک مشکل آفرین است.

### بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی این پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر تعامل والد-فرزند و تنیدگی والدگری در یک مطالعه کارآزمایی کنترل شده تصادفی بر روی کودکان مبتلا به نشانه‌های اختلال‌های تیک و مادران آنها بود. فرضیه نخست پژوهش حاضر، اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تعامل والد-فرزند در مادران با فرزندان مبتلا به نشانه‌های اختلال تیک بود. نتایج این فرضیه حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تعامل والد-فرزند در مادران با فرزندان مبتلا به نشانه‌های اختلال تیک موثر بود. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های میدلی و ورووا،  $2021$ ؛ بیرن، مورفی، کانن،  $2020$ ؛ سوچمن و همکاران،  $2016$ ؛ سادلر و همکاران،  $2013$ ؛ اسلید و همکاران،  $2020$ ؛ میدگلی و همکاران،  $2019$ ؛

میدگلی، آلیازا، لاورنس، بلو، ۲۰۱۸؛ ادکینز، لویتن و فوناگی، ۲۰۱۸؛ ادکینز و همکاران، ۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که ذهنی‌سازی والدین نقش کلیدی در کمک به مادران برای پاسخگویی همه‌جانبه به پریشانی فرزندان‌شان ایفا می‌کند، زیرا آن‌ها را قادر می‌سازد تا چرخه‌های رفتار منفی را در لحظات اضطراب کودک به روشی بهتر مدیریت کنند. یکی از اهداف اصلی مداخلات مبتنی بر ذهنیت با والدین، افزایش «عملکرد بازتابی» والدین است (نصرتی و نعمت‌طاوسی، ۲۰۲۰). مداخله ذهنی‌سازی موجب می‌شود مادران حساسیت‌های فرزندان خود را بهتر درک کرده و اینکار موجب می‌شود تا مهارت‌های فرزندپروری آن‌ها بهبود یابد (بورلی، وست، دکوست و ساچمن، ۲۰۱۲؛ رستاد و ویتاکر، ۲۰۱۶). و این عامل می‌تواند در ایجاد دلبستگی ایمن بین کودک و مادر سهیم باشد و در نتیجه در ایجاد رابطه مثبت والد-کودک تأثیر گذار باشد (انسینک و همکاران، ۲۰۱۶). از طرف دیگر مداخله ذهنی‌سازی با مراقبت حساس‌تر، مهارت‌های فرزندپروری مثبت و رضایت مادران مرتبط است. همچنین به نظر می‌رسد که این یک عامل کلیدی در ایجاد دلبستگی ایمن بین کودک و مراقب است و بنابراین بر توانایی کودک برای ایجاد حس خود تأثیر می‌گذارد (فوناگی و تارگت، ۱۹۹۸). ذهنی‌سازی یک فعالیت ذهنی است که به والدین اجازه می‌دهد تا به رفتارهای دشوار کودک پاسخ دهند و در عین حال سلامت عاطفی کودک را نیز در نظر بگیرند (کوپر و ردفرن، ۲۰۱۵). فرضیه دوم پژوهش حاضر، اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تنیدگی والدگری در مادران با فرزندان مبتلا به نشانه‌های اختلال تیک بود. نتایج این فرضیه حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تنیدگی والدگری در مادران با فرزندان مبتلا به نشانه‌های اختلال تیک موثر بود. یافته‌های این پژوهش همسو با یافته‌های کومویرانو، ۲۰۱۷؛ رادرفورد و همکاران، ۲۰۱۳؛ یاتزیو، گورن-سلا، همکاران، ۲۰۱۸؛ زیگرس و همکاران، ۲۰۱۷؛ بورلی و همکاران، ۲۰۱۶؛ گرش و گری، ۲۰۲۰؛ کوهن و همکاران، ۲۰۲۲) بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت والدینی که ذهن کودک را در نظر می‌گیرند و به رفتارهای کودک در حین انجام تکالیف در ارتباط با حالات روانی زمینه‌ای فکر می‌کنند، به نیازهای کودک به شیوه‌ای حساس و احتمالی پاسخ داده و به شایستگی‌ها و استقلال کودک احترام گذاشته و تشویق می‌کنند؛ بدین ترتیب، این مساله می‌تواند در کاهش استرس والدگری موثر باشد. از سوی دیگر، مادران با سطح ذهنی‌سازی کافی تمایل دارند دنیای درونی خود و دیگران را از نظر حالات روانی برای کودک توضیح دهند که به کودک امکان می‌دهد خود و دیگران را بهتر درک کند و در نتیجه از میزان تنیدگی کمتری برخوردار باشند (اسن و میدگلی، ۲۰۱۹؛ دیلمان و همکاران، لویتن و همکاران، ۲۰۱۷). از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به ابزارهای غیر بومی اشاره کرد که با توجه به سبک و شیوه فرزندپروری و فرهنگ زندگی ایرانی نتایج را تحت تأثیر قرار دهد از این رو پیشنهاد می‌شود ابزار پژوهش بومی در دستور تدوین و هنجاریابی قرار گیرد.

### موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند.

## سیاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از افرادی در پژوهش شرکت نمودند کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

## مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله فرآیند انجام پژوهش و نگارش مقاله نقش برابری داشتند.

## تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

## References

- Adkins, T., Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). Development and preliminary evaluation of family minds: a mentalization-based psychoeducation program for foster parents. *Journal of Child and Family Studies*, 27(8), 2519-2532.
- Adkins, T., Reisz, S., Hasdemir, D., & Fonagy, P. (2021). Family Minds: A randomized controlled trial of a group intervention to improve foster parents' reflective functioning. *Development and psychopathology*, 1-15.
- Asen, E., & Midgley, N. (2019). "Working with families." In Bateman, A., Fonagy, P. (Eds.). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*, 135-150. The American Psychiatric Association Publishing.
- Augustine F., Singer H.S. (2019). Merging the Pathophysiology and Pharmacotherapy of Tics. *Tremor Other Hyperkinet. Mov.* 8:595.
- Bayrami, M., Heshmati, R., Ghotbi, M., Ghoradel, J. A., Hojatipor, H., & Moslemifar, M. (2012). Relationship between personality dimensions and hopelessness: a study on college students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 46, 848-852.
- Borelli, J. L., West, J. L., Decoste, C., & Suchman, N. E. (2012). Emotionally avoidant language in the parenting interviews of substance dependent mothers: Associations with reflective functioning, recent substance use, and parenting behavior. *Infant mental health journal*, 33(5), 506-519.
- Borelli, J. L., John, S., K, H., & Cho, E. (2016). Reflective functioning in parents of school-aged children. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 86(1), 24-36.
- Byrne, G., Murphy, S., & Connon, G. (2020). Mentalization-based treatments with children and families: A systematic review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(4), 1022-1048.
- Camoirano A. Mentalizing Makes Parenting Work: A Review about Parental Reflective Functioning and Clinical Interventions to Improve It. *Front. Psychol.* 2017;8:14.
- Carter A.S., O'Donnell D.A., Schultz R.T., Scahill L., Leckman J.F., Pauls D.L. (2000). Social and emotional adjustment in children affected with Gilles de la Tourette's syndrome: Associations with ADHD and family functioning. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. J. Child Psychol. Psychiatry.* 41:215-223.
- Cavanna A.E., Robertson M.M., Critchley H.D. (2007). Schizotypal personality traits in Gilles de la Tourette syndrome. *Acta Neurol. Scand.* 116:385-391.
- Cohen, SC., Leckman, JF., Bloch, MH. (2013). Clinical assessment of Tourette syndrome and tic disorders. *Neurosci Biobehav Rev.* 37:997-1007.

- Conelea, CA., Woods, DW. (2008). The influence of contextual factors on tic expression in Tourette's syndrome: a review. *J Psychosom Res.* 65:487–496.
- Cooper, A., & Redfern, S. (2015). *Reflective parenting: A guide to understanding what's going on in your child's mind.* Routledge.
- Cooper, C., Robertson, MM., Livingston, G. (2003). Psychological morbidity and caregiver burden in parents of children with tourette's disorder and psychiatric comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42:1370–5.
- Dieleman, L. M., Soenens, B., De Pauw, S. S., Prinzie, P., Vansteenkiste, M., & Luyten, P. (2020). The role of parental reflective functioning in the relation between parents' self-critical perfectionism and psychologically controlling parenting towards adolescents. *Parenting*, 20(1), 1–2.
- Ensink, K., Normandin, L., Plamondon, A., Berthelot, N., & Fonagy, P. (2016). Intergenerational pathways from reflective functioning to infant attachment through parenting. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 48(1), 9.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (Eds.). (2018). *Affect regulation, mentalization and the development of the self.* Routledge.
- Gershly, N., & Gray, S. (2020). Parental emotion regulation and mentalization: Buffering roles for coercive and hostile parenting in families of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 24(14), 2084–2099.
- Heshmati, R., Gharadaghi, A., Jafari, E., & Gholizadehgan, M. (2022). The prediction of marital burnout in couples seeking divorce with awareness of demographic features, mindfulness, and emotional resilience. *Family Counseling and Psychotherapy*, 7(1), 1-22.
- Heshmati, R., & Ghorbani, F. (2016). The effect of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) program on physical functioning and health related quality of life (HRQOL) in people with coronary artery disease (CAD). *Iranian journal of Cardiovascular Nursing*, 5(3), 16-25.
- Heshmati, R., Ghorbani, N., Rostami, R., Ahmadi, M., & Akhavan, H. (2010). Comparative study of alexithymia in patients with psychotic disorders, non psychotic and normal people. *Avicenna Journal of Clinical Medicine*, 17(1), 56-61.
- Knight, T., Steeves, T., Day L., Lowerison, M., Jette, N., Pringsheim, T. (2012). Prevalence of tic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Neurol.* 47:77–90.
- Lieberman J.A. (2004). 3rd Metabolic changes associated with antipsychotic use. *Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry.* 6(Suppl. S2):8–13.
- Midgley, N., & Vrouva, I. (Eds.). (2013). *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families.* Routledge.
- Midgley, N., Alayza, A., Lawrence, H., & Bellew, R. (2018). Adopting Minds—a mentalization-based therapy for families in a post-adoption support service: preliminary evaluation and service user experience. *Adoption & Fostering*, 42(1), 22-37.
- Midgley, N., Cirasola, A., Austerberry, C., Ranzato, E., West, G., Martin, P., ... & Park, T. (2019). Supporting foster carers to meet the needs of looked after children: A feasibility and pilot evaluation of the Reflective Fostering Programme. *Developmental Child Welfare*, 1(1), 41-60.
- Nosrati, M., & Nemattavousi, M. (2020). The Effectiveness of Parent-Child Relationship-Based Play Therapy in Improving Parent-Child Conflict and Maternal Parenting

- Self-Efficacy. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*, 2(1), 87-104.
- Ordway, M. R., Sadler, L. S., Dixon, J., & Slade, A. (2014). Parental reflective functioning: Analysis and promotion of the concept for pediatric nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24), 3490-3500.
- Pianta, R. C. (1994). Patterns of relationships between children and kindergarten teacher. *Journal of school psychology*, 32, 15-32.
- Roessner, V., Hoekstra, P.J., Rothenberger, A. (2011). Tourette's disorder and other tic disorders in DSM-5: A comment. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. 20:71-74.
- Rostad, W. L., & Whitaker, D. J. (2016). The association between reflective functioning and parent-child relationship quality. *Journal of Child and Family Studies*, 25(7), 2164-2177.
- Rutherford, H. J. V., Booth, C. R., Luyten, P., Bridgett, D. J., & Mayes, L. C. (2013). Investigating the association between parental reflective functioning and distress tolerance in motherhood. *Infant Behavior & Development*, 40, 54-63.
- Sadler, L. S., Slade, A., Close, N., Webb, D. L., Simpson, T., Fennie, K., & Mayes, L. C. (2013). Minding the baby: Enhancing reflectiveness to improve early health and relationship outcomes in an interdisciplinary home visiting program. *Infant mental health journal*, 34(5), 391-405.
- Suchman, N. E., Ordway, M. R., de las Heras, L., & McMahon, T. J. (2016). Mothering from the Inside Out: Results of a pilot study testing a mentalization-based therapy for mothers enrolled in mental health services. *Attachment and Human Development*, 18, 596-617.
- Yatziv, T., Gueron-Sela, N., Meiri, G., Marks, K., & Atzaba-Poria, N. (2018). Maternal mentalization and behavior under stressful contexts: The moderating roles of prematurity and household chaos. *Infancy*, 23(4), 591-615.
- Zeegers, M. A. J., Colonnesi, C., Stams, G. -J. -J.M., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant-parent attachment. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1245-1272.

## The effectiveness of mentalization-based therapy on parent-child interaction and parenting stress: a randomized controlled trial study on children with symptoms of tic disorders and their mothers

Fatemeh. Ramezani Rend<sup>1</sup>, Rasoul. Heshmati<sup>2\*</sup> & Tooraj. Hashemi Nosratabadi<sup>3</sup>

### Abstract

**Aim:** The main objective of this research was the effectiveness of mentalization-based therapy on parent-child interaction and parenting stress in a randomized controlled trial study on children with symptoms of tic disorders and their mothers.

**Methods:** The method of the current research was quasi-experimental with a pre-test, post-test and follow-up plan with a control group. The research sample consisted of 30 mothers and their children with symptoms of tic disorders who had referred to counseling centers and clinics in Mako city in the second half of 2022. They were selected as available and randomly divided into two groups. Experiment and control (15 people in each group) were assigned. The experimental group participated in 15 sessions of the mentalization-based therapy group intervention program, and the control group did not receive any intervention. The subjects of both groups answered the questions of the parent-child relationship scale and the short form of the parental stress scale in the pre-test and post-test phases. Data analysis was done using mixed multivariate analysis of variance test. **Results:** The results of mixed multivariate analysis of variance indicated the effectiveness of mentalizing group therapy on improving the dimensions of parent-child relationship and parenting stress of children ( $P < 0.001$ ). Also, the results showed that mentalization intervention reduces the parenting stress scores of children with tic disorder symptoms ( $P < 0.001$ ). **Conclusion:** It can be concluded that the therapeutic mentalization group intervention is effective in improving the dimensions of the parent-child relationship and parenting stress of children with symptoms of tic disorder, and this treatment can be used to reduce the psychological problems of children with tic disorder. Symptoms of tic disorder.

**Keywords:** tic disorder, mentalization, mothers, parent-child relationship and parenting stress.

1. PhD student, Department of Psychology, Aras International Campus, University of Tabriz, Tabriz, Iran

2. \*Corresponding author: Associate Professor, Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

Email: psy.heshmati@gmail.com

3. Professor, Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran