

## اثربخشی روان‌درمانی روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت (ISTDP) بر بهبود رابطه متعارض مادر- فرزند<sup>۱</sup>

محسن پاسبانی اردبیلی<sup>۲</sup>، احمد برجعلی<sup>۳</sup>، شهلا پزشک<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۰/۱۷

تاریخ وصول: ۹۶/۰۳/۲۲

### چکیده

رابطه با والدین نقش مهمی در زندگی نوجوانان دارد. بروز تعارض در این رابطه باعث آسیب‌های بلندمدت و جدی در نوجوانان می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر بهبود رابطه متعارض مادر- فرزند می‌باشد. این پژوهش به شیوه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با پیگیری ۲ ماهه صورت گرفت. ۱۶ نفر از مادران به همراه فرزندانشان که ملاک ورود به تحقیق را داشتند به صورت در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برای بررسی متغیر آزمایشی از پرسشنامه تعارض والد- فرزند (مروف) استفاده شد. مداخله به مدت ۸ جلسه بر روی مادران انجام شد. پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه بر روی فرزندان اجرا گردید. تحلیل واریانس چند متغیره - آمیخته (درون گروهی - بین گروهی) و تحلیل واریانس چند متغیره آمیخته دو راهه نشان داد که بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد ولی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل تفاوتی وجود نداشت. این تفاوت در پیگیری دو ماهه ماندگار بود. نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت در بهبود کیفیت رابطه متعارض مادر- فرزند تأثیر مثبت دارد و این تأثیر در سه مقیاس پرسشنامه معنی‌دار بود. همچنین یافته‌ها نشان داد که اثربخشی درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت بر روی هر دو جنس معنی‌دار بود و تفاوت معنی‌داری بین دختران و پسران در پیامدهای درمانی مشاهده نشد.

**واژگان کلیدی:** روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت، تعارض، رابطه والد- فرزند

۱. این مقاله مستخرج از رساله کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی می‌باشد.

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول)

۳. دانشیار روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی

۴. استادیار روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی

## مقدمه

نوجوانی دوره انتقالی است که در آن فرد از امنیت کودکی به سوی مسئولیت‌پذیری و امتیازات بزرگسالی حرکت می‌کند (موگلر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). زمانی که نوجوان تلاش برای دستیابی به استقلال را آغاز می‌کند و بیشتر و بیشتر تحت تأثیر دیدگاه‌های هم سن و سال‌هایش قرار می‌گیرد، ثبات خانواده ممکن است تحت تأثیر قرار بگیرد. این دوران دوره انرژی و رشد شگفت‌انگیز است. نوجوان به شکل حیرت‌آور و متفاوت فکر می‌کند. او در اوج سلامت جسمی خود قرار گرفته است. از دنیای کودکی خارج شده و با دنیایی مملوء از واسطه‌ها و آموزه‌ها سر و کار پیدا کرده است و در میان شبکه اجتماعی گسترده - خانواده، مدرسه، دوستان، خویشاوندان، همسایگان، رسانه‌ها و... مدام مشاهده می‌کند و به ذهن می‌سپارد. او در پی کشف خود است. باید بتواند در این دنیای جدید، بدون کمک دیگران به تعادل برسد، هویت خود را شکل دهد و به تدریج استقلال پیدا کند (لیسر، نیکوترا و جنسون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰).

زمانی که کودک وارد دوره نوجوانی می‌شود، ارتباطات خانوادگی به کلی دگرگون شده و شکل جدیدی به خود می‌گیرند. کارکرد اصلی واحد خانواده ایجاد موقعیتی برای رشد روانی، اجتماعی و زیستی و بقای اعضای خانواده است. در طی فرایند برآوردن این کارکرد، خانواده‌ها با مسایل و مشکلات و تکالیف مختلفی روبرو می‌شوند. برای اینکه والدین بتوانند این تکالیف را فراهم آورده و مشکلات را حل نمایند باید خود دارای سلامت روان نسبی و رویکرد حل مسئله مناسب باشند (ریان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). نوجوان باید بتواند با ایجاد ارتباطی کارآمد با والدین، هویت جنسی، اجتماعی، شناختی و خانوادگی جداگانه‌ای شکل داده و از زیر چتر حمایتگر والدین خارج شود. مشکلی که اکثر نوجوانان در این مسیر با آن مواجه هستند این است که آنها خودمختاری و استقلال را درون خانواده و از والدین می‌خواهند. به بیان دیگر، آنها در عین وابستگی، انتظار آزادی عمل و رفتارهای مستقلانه دارند. همین امر، نقش والدین در تعیین میزان خودمختاری نوجوان را برجسته می‌سازد (آسونی بار و اولونیرجوآرو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶).

هر اندازه میزان تعارض والدین و نوجوانان بیشتر باشد میزان هیجان‌ناات منفی و مشکلات رفتاری در نوجوانان بیشتر می‌شود. عنصر هسته‌ای در روابط خانوادگی تعامل سالم است که

- 
1. Mogler
  2. Laser, J.A.; Nicotera, N. & Jenson
  3. Asonibare, J. B. & Olowonirejuaro

با برقراری یک رابطه اثربخش شروع و با ایجاد رفتارهای مطلوب منجر به ایجاد تعاملی رضایت‌بخش و شاد در بین اعضاء می‌شود. بنابراین ارتباطات اثربخش در خانواده، شالوده انسجام و ثبات آن خانواده محسوب می‌شود (آسونی بار و اولونیرجو آرو، ۲۰۰۶). با توجه به اینکه تعارض مسئله‌ای است که می‌تواند به صمیمیت رابطه در بین اعضای خانواده آسیب برساند و همچنین صدمات جبران‌ناپذیری که برای افراد خانواده بخصوص فرزندان دارد، لازم است برای رفع آن به شیوه مناسب اقدام نمود (مرادی، امید و ثنایی ذاکر، باقر، ۱۳۸۵). خانواده کارکردهای فراوانی دارد و براساس همین کارکردها، بر فرزندان تأثیر می‌گذارد و به سهم خود شیوه رفتار آنها را در محیط تعیین می‌کند. الگوی ارتباطی خانواده یکی از کارکردهایی است که قادر به تأثیرگذاری بر فرزندان می‌باشد (کوئرنر و فیتزپاتریک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). الگوهای ارتباطی خانواده به ویژه ارتباط مؤثر والدین با فرزندان، به ایجاد و افزایش خودکارآمدی و اطمینان آنان در برخورد مؤثر با تکالیف و چالش‌های تحصیلی و اجتماعی کمک می‌کند (لنت، براون و جورج<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷).

تعارض کارکردی طبیعی در سیستم زوجی و حاصل وجود تفاوت‌های فردی است که می‌تواند به رشد رابطه‌ها کمک کند یا به آن آسیب برساند (مبسم و همکاران، ۱۳۹۱)؛ با این حال، تعارضات بین والدین و نوجوانان از جمله معضلاتی است که اگر به طرق صحیحی مورد بررسی قرار نگرفته و حل نشود مشکلاتی همچون بزهکاری، افسردگی، فرار از منزل، شخصیت ضداجتماعی، مشکلات جنسی، بی‌ثباتی هیجانی، پرخاشگری، خودکشی، اعتیاد و ... را به همراه خواهد داشت (لطفی، ۱۳۸۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بهبود رابطه والد و فرزند نقش مهمی در کاهش مشکلات رفتاری کودک ایفا می‌کند (پیرنیا و همکاران، ۱۳۹۶).

یکی از عواملی که در رویارویی با مشکلات بین‌فردی می‌تواند تأثیر مثبتی داشته باشد مداخله روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت است. با توجه به نقش تعارضات در کیفیت روابط بین‌فردی و نقش احساسات و اضطراب در شکل‌گیری تعارضات، می‌توان بر تأثیرگذاری و سودمندی درمان روان‌پویشی بر حل تعارضات و به مثابه آن بهبود روابط بین‌فردی اهمیت زیادی قائل شد.

1. Koerner, A. F., & Fitzpatrick, M. A
2. Lent, R. W., Brown, S. D., & Gorge, P. A.

تعارضات هیجانی درونی بوسیله گسستگی‌هایی<sup>۱</sup> در روابط دلبستگی در ۸ سال اول زندگی ایجاد می‌شوند (پاولی پات<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). فراوانی و استمرار این تجربیات گسستگی نشان دهنده شدت گسستگی دلبستگی می‌باشد (باند<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰؛ بیبی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). گسستگی دلبستگی، با تعارضات درونی باعث دردهای هیجانی از قبیل خشم، گناه، و غم می‌شود. اضطراب، بعنوان بخشی از سیستم دفاعی، برای جلوگیری از ورود این احساسات سرکوب شده به آگاهی هشیار تجربه می‌شود (گلووینسکی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). در طی زمان، این الگو بصورت خودکار در هر موقعیتی که توانایی راه اندازی احساسات سرکوب شده مربوط به گسستگی در دلبستگی درونی باشد فعال می‌شود (اموس<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱). در پاسخ به اضطراب، دفاع‌ها بصورت خودکار فعال می‌شوند (دوانلو، ۱۹۹۶). هدف درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت کمک به مراجع برای دستیابی به تجربه کامل احساسات سرکوب شده و خیالات و خاطراتی است که با این احساسات سرکوب شده‌اند (کنی، ۲۰۱۴).

دیدگاه روان‌پویشی بر این اندیشه استوار است که افکار و هیجان‌های ناخودآگاه علل مهم رفتار هستند. رویکرد روان‌پویشی به رفتار به درجات مختلف بر این فرض استوار است که رفتار قابل مشاهده (پاسخ‌های آشکار) تابعی از فرایندهای روانی داخلی (رویدادهای پنهان) است. رویدادهای درونی و منابع تحریک محیطی که از سوی نظریه پردازان روان‌پویشی مطرح شده با هم متفاوتند، اما همه آنها در این باره توافق دارند که شخصیت را ترکیبی از وقایع داخلی و خارجی شکل می‌دهد که از نظر آنها وقایع درونی در این زمینه نقش عمده‌تری دارند (ساراسون، ۲۰۰۵).

الگوی نظری عملیاتی روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت، کار بر عمل مثلث تعارض در سه گوشه مثلث شخص است (قربانی، ۱۳۹۳) بیمار در این رویکرد با رفع تعارضات ناهشیار خویش، شیوه‌های رضایت‌بخش‌تری برای رفع مشکلات می‌یابد (فردریکسون، ۲۰۱۳)، شواهد تجربی نیز نه تنها از اثربخش بودن این رویکرد درمانی در حل تعارضات بین فردی

- 
1. rupture
  2. Pauli pott
  3. Bond, A. H.
  4. Beebe, B.
  5. Glowinski, A. L.
  6. Amos, J.

حمایت می‌کند بلکه حتی نشان می‌دهد که افراد بعد از اتمام درمان نیز به پیشرفت و بهبودی ادامه می‌دهند (شدلر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰).

باند و پری<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) تغییرات طولانی مدت در سبک‌های دفاعی در پی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت بیماران افسرده، اضطرابی و اختلال شخصیت را مورد بررسی قرار دادند. بر اساس نتایج بدست آمده در پی چهل جلسه روان‌درمانی روان‌پویشی، سبک‌های دفاعی انطباقی‌تر شدند و نشانه‌ها بهبود پیدا کردند.

شکاری (۱۳۹۴) مدیریت دفاع‌های تاکتیکی براساس رویکرد روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت را بر روی تعارضات بین‌فردی به کار برد و نتایج نشان داد که این مداخله موجب کاهش معنی‌دار تعارضات بین‌فردی و بهبود مقیاس‌های آن می‌شود.

میلورد<sup>۳</sup> (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای اثربخشی درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت را بر اختلال هراس مورد بررسی قرار داد. نمونه پژوهش شامل ۲۱ بیمار مبتلا به اختلال هراس بودند که در ۲۴ جلسه مورد درمان قرار گرفتند. نتایج نشان داد بعد از درمان ۱۶ بیمار درمان شدند و در یک پیگیری ۶ ماهه هیچ نشانه‌ای از اختلال را نداشتند.

مبسم و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش تعارضات زناشویی در ایران به این نتیجه دست یافتند که مداخله روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت باعث کاهش تعارضات زناشویی و افزایش سازگاری و رضایت زناشویی در زنان می‌شود.

با توجه به نقش روان‌درمانی روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت در حل تعارضات بین‌فردی و نیز با توجه به نقش مادر در پرورش و تربیت فرزندان و اهمیت رابطه مادر-فرزندی در موفقیت‌های بعدی نوجوانان مسئله مورد پژوهش این است که آیا مداخله روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت بر حل تعارضات درونی مادر که در رابطه با فرزند تداخل ایجاد می‌کند، تأثیر مثبت داشته و باعث بهبودی رابطه متعارض مادر-فرزندی می‌شود؟

فرضیه‌های پژوهش

۱- مداخله روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت باعث بهبود رابطه متعارض مادر-فرزندی

می‌شود.

- 
1. Shedler, J.
  2. Bond, M., & Perry, J. C
  3. Milord, N.

۲- بین میزان اثربخشی مداخله روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت در بهبود رابطه متعارض مادر- دختر با مادر- پسر تفاوت وجود دارد.

## روش

در این مطالعه از طرح پژوهشی نیمه آزمایشی استفاده شد. طرح نیمه آزمایشی پژوهش حاضر طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری می‌باشد که شامل مراحل زیر است: ۱- اجرای آزمون رابطه والد- فرزند<sup>۱</sup> (مارک ای، فاین؛ جی ارمورلند و اندرو شوبل<sup>۲</sup>، ۱۹۸۳) و جمع‌آوری داده‌ها و ورود به تحقیق ۲- جایگزین کردن آزمودنی‌ها ۳- اجرای متغیر مستقل (درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت) بر روی گروه آزمایش ۴- اجرای پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها ۵- اجرای آزمون پیگیری دو ماهه.

مداخله بر روی مادران دارای رابطه متعارض با فرزند انجام گرفت و نتایج آن بوسیله پرسشنامه رابطه والد- فرزند که بر روی فرزندان اجرا شد گردآوری گردید. به منظور تحلیل داده‌ها با توجه به در نظر گرفتن مولفه‌های پرسشنامه و بررسی ارتباط آن‌ها با متغیر پژوهشی از تحلیل واریانس چند متغیره - آمیخته (درون گروهی- بین گروهی) یا طرح اندازه‌گیری‌های مکرر با عامل بین گروهی و تحلیل واریانس چند متغیره آمیخته دو راهه استفاده شد.

جامعه‌ی مورد پژوهش کلیه مادران دارای رابطه متعارض با نوجوانان (۱۴-۲۰ سال) خود در شهر تهران در سال ۱۳۹۴ می‌باشد. از بین جامعه فوق تعداد ۱۶ نفر از مادران دارای رابطه متعارض با فرزند در شهر تهران به صورت در دسترس و براساس ملاک‌های ورود به تحقیق انتخاب شدند. برای نمونه‌گیری بوسیله خط برش در پرسشنامه مادر- فرزند<sup>۱</sup> «مقیاس رابطه ولی- فرزند<sup>۲</sup> (م، روف)» ۱۶ مادر فرزند دارای رابطه متعارض انتخاب شدند. بعنوان نقطه برش پرسشنامه، حد بالای پرسشنامه فرم مادر ۱۲۰ و حد پایین آن ۱۰۰ محسوب شد. بدین معنی که نمرات بالاتر از ۱۲۰ نشان‌دهنده کیفیت مطلوب روابط مادر- فرزند<sup>۱</sup> و نمرات پایین‌تر از ۱۰۰ نشان‌دهنده کیفیت نامطلوب روابط مادر- فرزند<sup>۱</sup> است. این گزینش از بین مادران مراجعه کننده به سه مرکز خانه‌های سلامت، کلینیک روان‌شناسی و مراکز مشاوره مربوط به مدارس انجام گرفت که شکایت اصلیشان بر اساس مصاحبه اولیه تعارض با

1. Parent-child Relationship Survey (PCRS)

2. Fine, M. A., Moreland, J. R., & Schwebel, A. I.

نوجوانان خود بود. انتخاب گروه نمونه نیز بوسیله خط برش این پرسشنامه انجام شد؛ به این صورت که آزمودنی‌هایی که براساس این خط برش دارای رابطه متعارض در نظر گرفته شدند به تعداد ۱۶ نفر انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند.

#### فرایند اجرای متغیر مستقل

در این پژوهش فرایند اجرای متغیر مستقل در طی ۸ جلسه براساس پروتکل روان‌درمانی روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت دکتر حبیب دوانلو بصورت فردی صورت گرفت. این مداخله بر روی مادران انجام شد. محتوای جلسات بصورت کلی عبارت است از مراحل زیر:

۱- جلسه اول: پس از انجام مصاحبه و کسب اطلاعات اولیه به جستجوی علائم اختلال و مشکلات شخصی مراجع پرداخته شد. آنچه مورد تأکید قرار گرفت پاسخ‌های عینی و تمرکز بر احساسات بود. مراجعان مواردی از مشکلات را که اخیراً روی داده است بیان کردند و در صورتی که پاسخ‌های مراجعان مبهم، کلی و نامشخص بود با انجام مداخله مناسب گفتار و توصیف مشکل بصورت عینی تر بیان شد. در نهایت به مراجع کمک شد که احساسات خود را بیشتر و بهتر بشناسد و در بیان مشکلات بصورت عینی، واضح و مشخص عمل کند. با توجه به ظرفیت ایگو مراجع و بینش وی نسبت به مشکلات و احساسات، مراحل توالی پویشی تا حد امکان پیگیری شد.

۲- جلسه دوم: به مشکلات شخصی مراجعان به صورت عینی تر و جزئی تر پرداخته شد. با توجه به بررسی عمیق تر مشکلات و تعارضات درونی مراجعان، دفاع‌های روانی بیشتر فعال شد. لزوم آشناسازی مراجعان با دفاع‌های خود و تبدیل دفاع‌ها از شکل "همخوان با خود" به شکل "ناهمخوان با خود" از مهمترین اهداف این جلسه به حساب آمد. در انتهای جلسه، محتوای جلسه تحلیل شده و جمع بندی صورت گرفت. این امر در کنترل اضطراب عامل اساسی به شمار می‌رود.

۳- جلسه سوم: با توجه به روبرو شدن مراجع با احساسات عمیق تر و دفاع‌های روانی، تفسیر و بررسی بیشتر صورت گرفت. دفاع‌های ناهمخوان دوباره مورد هدف قرار گرفت و با توجه به آستانه تحمل اضطراب توسط فرد نسبت به چالش با دفاع‌ها اقدام شد. این چالش باعث بروز مقاومت انتقالی شده و محتوای مناسبی را در ارتباط با مفاهیم ناهشیار در اختیار قرار داد. تفسیر و آشکارسازی دفاع‌ها برای تجربه احساسات انتقالی از مهمترین فعالیت‌های این مرحله بود.

۴- جلسه چهارم: با پرسش درباره وضعیت فعلی و مشکل مطرح شده توسط مراجع آغاز شد. با توجه به افزایش ظرفیت مراجعان و تجربیات جلسات قبلی و نیز کسب بینش بیشتر، مداخله بصورت عمیق‌تر و عینی‌تر ادامه یافت. فشار برای تجربه احساسات انتقالی و سپس تفسیر آن از مهم‌ترین بخش‌های این جلسه به شمار می‌رفت. براساس پیشرفت مراجعان، دسترسی مستقیم به ناهشیار میسر شد و این امر بصورت کامل مورد تحلیل و تفسیر قرار می‌گرفت.

۵- جلسه پنجم: مشکلات و احساسات مراجع طی مراحل مشخص، مورد مداخله و بررسی قرار گرفت. (ارتباط مشکل مراجع با تعارضات با فرزندش) مطرح شد. از مراجع خواسته شد که با توجه به بینش جدیدی که طی جلسات بدست آورده است در مورد تعارضات موجود در رابطه‌اش به تفکر بپردازد. طی این جلسه، علاوه بر مطرح شدن اولیه تعارضات مراجع با فرزند، ادامه کاوش در احساسات و خنثی سازی دفاع‌ها و تلاش برای تجربه واقعی احساس صورت گرفت.

۶- جلسه ششم: موارد مطرح شده بیشتر عبارت بود از: کاوش در احساسات بیمار و بررسی چگونگی ارتباط یافتن این احساسات در رابطه‌اش با فرزند خود. فرایند کاوش، دفاع، خنثی سازی دفاع، تجربه احساسات، و فرایند تفسیر بصورت مداوم و با در نظر گرفتن ظرفیت ایگو مراجع صورت گرفت.

۷- جلسه هفتم: نیز روالی پویایی با بیان مشکلات مطرح در طی زندگی واقعی با فرزند مورد نظر قرار گرفت. مطرح شدن هر محتوایی در جلسه، پیگیری و کاوش و در نهایت تجربه واقعی احساسات را به دنبال داشت. در انتهای جلسه نیز الگوی تفکر مراجع در ارتباط با تعارضات درونی خود و نیز تعارضات با فرزندان مورد تحلیل و تفسیر قرار گرفت.

۸- جلسه هشتم: به جمع بندی تمام محتوای درمانی اختصاص یافت. بینش نسبت به احساسات زیربنایی خود، آشکار شدن ساز و کارهای دفاعی و الگوی فکری در ارتباط با تعارض درونی خود، چگونگی مطرح شدن این ساز و کارهای دفاعی در رابطه تعاملی با فرزند و مشکلات موجود در رابطه از مواردی بود که طی جلسه هشتم مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نکته قابل توجه این است که در طی جلسات، با توجه به ظرفیت مراجع در تحمل اضطراب و میزان بینش نسبت به تعارضات، توالی پویایی و فرایند درمانی در هر جلسه تا حد



امکان به پیش رفت. این توالی و این مراحل به صورت خطی مطرح نبود. طی جلسات، مراجعان بازگشت‌هایی به مراحل قبل تر داشتند و نیز پیشرفت‌هایی فراتر از حدود گفته شده از خود نشان دادند. مداخله محقق بصورت انعطاف پذیر و باتوجه به وضعیت موجود در هر جلسه پیش رفت و توالی پویشی مطرح، طبق اصول درمانی مداخله روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت پیگیری و انجام شد.

ابزار اندازه‌گیری: برای انجام پژوهش حاضر از مقیاس رابطه ولی-فرزند<sup>۱</sup> (۱۹۸۳)، که یک ابزار ۲۴ سوالی برای سنجش کیفیت رابطه نوجوانان با والدینشان است، استفاده گردید. این مقیاس توسط مارک ای، فاین؛ جی ارمورلند و اندرو شوبل تهیه شده است. عوامل پرسشنامه مادر از این قرار است:

عاطفه مثبت<sup>۲</sup> (سوال‌های ۱ تا ۳، ۶، ۷ و ۱۵ تا ۲۴)، آزردهی/سردرگمی نقش<sup>۳</sup> (سوال‌های ۹، ۱۴)، همانندسازی<sup>۴</sup> (سوال‌های ۱۳، ۲۳، ۲۴) و ارتباط یا گفت و شنود (سوال‌های ۴، ۵، ۷، ۸ و ۱۵ تا ۱۷).

اعتبار: «مقیاس رابطه ولی- فرزند» با ضرایب آلفای ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ برای خرده مقیاس‌های مربوط به پدر و نیز آلفای کلی ۰/۹۶ و ضرایب آلفای ۰/۶۱ (همانندسازی) تا ۰/۹۴ برای خرده مقیاس‌های مربوط به مادر و نیز آلفای کلی ۰/۹۶، از همسانی درونی عالی برخوردار است.

«مقیاس رابطه ولی- فرزند» در پژوهش کردلو (۱۳۸۰) روی ۱۵۱ آزمودنی دختر (N=۹۷) و پسر (N=۵۴) با استفاده از پرسشنامه ۴۸ سوالی، (۲۴ سؤال برای پدر و ۲۴ سؤال برای مادر) اجرا شد. ضریب آلفای کل آزمودنی‌ها برابر ۰/۹۴۹۹ و برای آزمودنی‌های دختر ۰/۹۳ به دست آمد. این ضرایب نشانه «همسانی درونی بالای مجموعه پرسش‌هایی که این مقیاس را تشکیل داده‌اند و بالا بودن آن‌ها نشانی از روایی سازه مقیاس است. بدین معنا که پرسش‌های مقیاس خصیصه واحدی را اندازه می‌گیرد. از سوی دیگر، می‌توان چنین نتیجه گرفت که هر یک از پرسش‌ها در سنجش خصیصه مورد نظر سهمی دارد».

- 
1. Parent-child relationship survey (PCRS)
  2. positive affect
  3. resentment role confusion
  4. identification

در پژوهش پرهیزکار به منظور برآورد همسانی درونی آزمون از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب محاسبه برای پرسشنامه فرم پدر ۰/۹۳ و برای پرسشنامه فرم مادر ۰/۹۲ بود که نشان می‌دهد پرسشنامه از همسانی درونی عالی برخوردار است.

در پژوهش فعلی نیز آلفای با استفاده از روش آلفای کرونباخ بر روی نمونه اولیه پژوهش برابر با ۰/۹۲ بدست آمد. همچنین مقادیر ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه نیز بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۱ بدست آمد.

روایی: در پژوهش پرهیزکار، روایی محتوایی هر دو فرم «مقیاس رابطه ولی-فرزند» مورد تأیید اساتید دانشگاه‌های تربیت معلم و الزهرا قرار گرفت. اجرای آن روی یک نمونه ۶۰ نفر از دختران دبیرستانی نشان داد که به جز دو سؤال ۹ و ۱۲ بقیه سؤال‌ها برای آزمودنی‌ها روشن بود.

در پژوهش پرهیزکار، سؤالات اجرا شده روی یک گروه ۱۲۰ نفری، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بعد از انجام تحلیل عاملی سؤالات هر دو فرم پدر و مادر زیر یک عامل اصلی قرار گرفت که این عامل به طور کلی به سنجیدن کیفیت روابط ولی-فرزند می‌پردازد. در فرم پدر سؤالات ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، و در فرم مادر سؤالات ۴، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ زیر عامل اصلی قرار نداشتند. ماتریکس تحلیل عاملی هر دو پرسشنامه نشان می‌دهد ارزش محض کلیه سؤالات زیر عامل اصلی بالای ۰/۵۰ است.

تهیه کنندگان این آزمون مارک ای، فاین و همکاران (۱۹۸۳) ضریب آلفای ۰/۶۱ (همانند سازی) تا ۰/۹۴ را برای خرده مقیاس‌های مربوط به مادر و نیز آلفای کلی ۰/۹۶ را گزارش کرده‌اند که بر این اساس از همسانی درونی عالی برخوردار است.

### یافته‌ها

فرضیه اول: مداخله روانپوشی فشرده و کوتاه مدت باعث بهبودی رابطه متعارض مادر فرزندی می‌شود.

به منظور بررسی فرضیه اول پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیره - آمیخته (درون گروهی - بین گروهی) یا طرح اندازه گیری‌های مکرر با عامل بین گروهی استفاده شد. علت استفاده از این روش آماری برای تحلیل داده‌ها به این مساله بر می‌گردد که در اینجا دو گروه (عامل بین گروهی) وجود دارد و محقق قصد دارد تغییر نمرات رابطه متعارض مادر/فرزند

را در سه مرحله سنجش (عامل درون گروهی) بین این دو گروه مورد مقایسه قرار دهد و از آنجا که رابطه ابعاد چهارگانه رابطه متعارض مادر/ فرزند از نظر مفهومی مربوط به یک سازه هستند از تحلیل واریانس چند متغیری به این منظور استفاده شد.

قبل از بررسی نتایج مربوط به تحلیل واریانس چند متغیره آمیخته باید از برقراری یکی از مهمترین مفروضه‌های این آزمون یعنی مفروضه کرویت<sup>۱</sup> اطمینان حاصل کرد. جدول ۱ به بررسی مفروضه کرویت داده‌های عامل وهله یا مکرر اندازه‌گیری می‌پردازد. با توجه به اینکه اندازه آزمون موخلی برای هر چهار بعد رابطه متعارض والد/ فرزند معنی دار است، بنابراین مفروضه کرویت برقرار نمی‌باشد.

جدول ۱. آزمون موخلی برای بررسی مفروضه کرویت داده‌ها (ابعاد رابطه متعارض مادر/ فرزند)

Sig	df	$\chi^2$	W موشلی	مقیاس	آثار درون آزمودنی
۰/۰۰۱	۲	۱۹/۵۸۲	۰/۲۲۲	عاطفه مثبت	عامل مکرر
۰/۰۰۱	۲	۲۱/۷۶۴	۰/۱۸۷	آزردگی	
۰/۰۰۱	۲	۳۰/۷۵۸	۰/۰۹۴	همانند سازی	
۰/۰۰۱	۲	۱۶/۷۶۸	۰/۲۷۵	ارتباط	

بنابراین در تفسیر یافته‌ها باید از تصحیح گرین هاوس یا سایر تصحیح‌های آماری استفاده کرد. نتیجه تحلیل واریانس آمیخته با تصحیح گرین هاوس برای تعامل بین عامل گروهی و اندازه‌گیری مکرر در جدول ۲ نشان داده شده است.

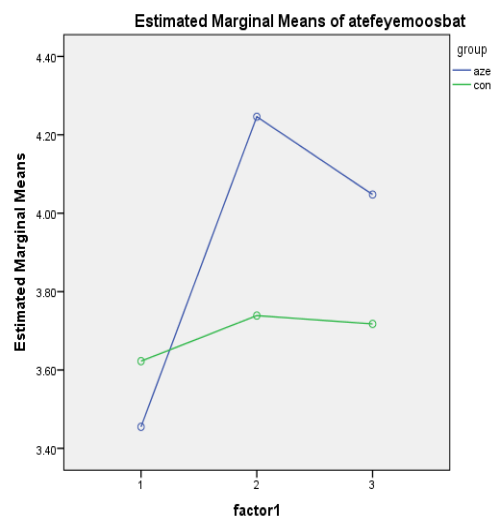
جدول ۲. تحلیل واریانس چند متغیره با تصحیح گرین هاوس برای تعامل گروه و عامل مکرر

منبع	مقیاس	Df میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری مربع ایبا
عاطفه مثبت	۱/۱۲۵	۰/۸۷۱	۹/۸۴۲	۰/۰۰۵
آزردگی	۱/۱۰۳	۰/۲۲۳	۰/۶۶۹	۰/۰۴۶
همانند سازی	۱/۰۴۹	۳/۰۷۶	۷/۸۰۸	۰/۰۱۳
تعامل گروه و عامل مکرر				
ارتباط	۱/۱۶۰	۲/۸۰۹	۲۶/۲۹۷	۰/۰۰۱

## 1. Sphericity

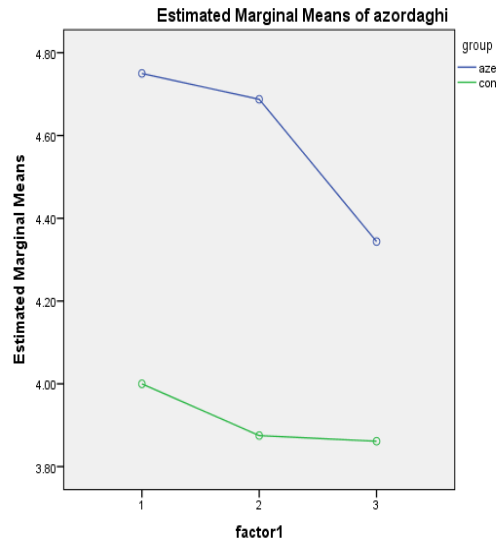
در تفسیر نتایج تحلیل واریانس چند متغیری آمیخته برای بررسی اثربخشی مداخله همواره به بررسی تعامل بین عامل گروهی و عامل مکرر پرداخته می‌شود. به همین خاطر در جدول ۲ تعامل بین عامل گروهی و عامل مکرر مورد بررسی قرار گرفته است. با توجه به جدول ۲ مشخص است که به جز بعد آزدگی بقیه ابعاد تاثیر مثبتی از درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت گرفته‌اند. اندازه اثر بدست آمده برای این سه متغیر عاطفه مثبت و همانندسازی متوسط و برای بعد ارتباط قوی است. در نمودارهای ۱ تا ۴ تعامل گروه و عامل مکرر برای هر یک از متغیرهای وابسته نشان داده شده است.

با توجه به نمودار ۱ مشخص است که پیش آزمون عاطفه مثبت برای گروه آزمایش تاحدی پایین‌تر از گروه کنترل است. در پس آزمون این مقدار برای گروه آزمایش افزایش محسوسی پیدا کرده و در پیگیری نیز بین گروه پیش آزمون و پس آزمون اختلاف محسوسی وجود دارد.



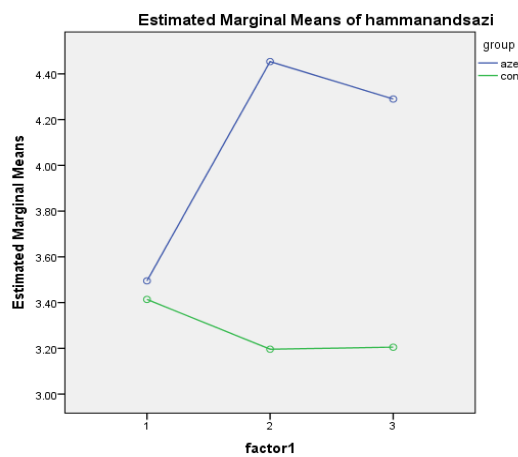
نمودار ۱. تعامل بین گروه و عامل مکرر برای بعد عاطفه مثبت

در نمودار ۲ مشخص است که بین دو گروه در پیش آزمون بعد روان آزدگی اختلاف محسوسی وجود دارد. ولی در پس آزمون و پیگیری این اختلاف کمتر شده است. به عبارت دیگر، درمان روان‌پویشی تاثیر مثبتی بر روی بعد روان آزدگی نداشته است.



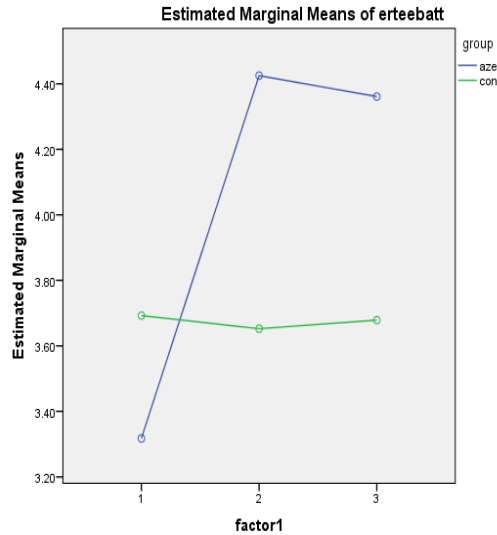
نمودار ۲. تعامل بین گروه و عامل مکرر برای بعد آزرده‌گی

نمودار ۳ به وضوح نشانگر این است که بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پیش آزمون همانند سازی تفاوتی بسیار کم وجود دارد. این در حالی است که در پس آزمون و پیگیری بعد همانند سازی اختلاف زیادی بین دو گروه وجود دارد. این نتیجه حاکی از تاثیر درمان روان‌پویشی کوتاه مدت بر روی بعد همانند سازی است.



نمودار ۳. تعامل بین گروه و عامل مکرر برای بعد عاطفه همانندسازی

نمودار ۴ به وضوح گویای افزایش نمرات بعد ارتباط در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری است.



نمودار ۴. تعامل بین گروه و عامل مکرر برای بعد ارتباط

فرضیه دوم: بین میزان اثربخشی مداخله روان‌پوشی فشرده و کوتاه مدت در بهبود رابطه متعارض مادر- دختر با مادر- پسر تفاوت وجود دارد.

برای بررسی این فرضیه از تحلیل واریانس چند متغیره آمیخته دو راهه استفاده شد.

جدول ۳. تحلیل واریانس چند متغیره- دو راهه آمیخته برای بررسی نقش تعدیل کننده جنسیت

آثار درون آزمودنی	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	محدودرابط
اثر پیلایی	۰/۸۶۹	۴/۲۲۸	۸/۰۰۰	۴۴/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳۵
اثر لامبدا	۰/۲۰۳	۶/۴۰۱ <sup>d</sup>	۸/۰۰۰	۴۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴۹
اثر هوتلینگ	۳/۵۶۹	۸/۹۲۲	۸/۰۰۰	۴۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴۱

۰/۷۷۶	۰/۰۰۱	۲۲/۰۰۰	۴/۰۰۰	۱۹/۰۶۷ <sup>d</sup>	۳/۴۶۶	بزرگترین ریشه روی	
۰/۳۸۱	۰/۰۰۴	۴۴/۰۰۰	۸/۰۰۰	۳/۳۸۹	۰/۷۶۲	اثر پیلائی	
۰/۴۷۱	۰/۰۰۱	۴۲/۰۰۰	۸/۰۰۰	۴/۶۷۰ <sup>d</sup>	۰/۲۸۰	اثر لامبدا	
۰/۵۴۷	۰/۰۰۱	۴۰/۰۰۰	۸/۰۰۰	۶/۰۴۷	۲/۴۱۹	اثر هوتلینگ	تعامل گروه و عامل مکرر
۰/۷۰۲	۰/۰۰۱	۲۲/۰۰۰	۴/۰۰۰	۱۲/۹۴۷ <sup>d</sup>	۲/۳۵۴	بزرگترین ریشه روی	
۰/۰۵۱	۰/۹۶۳	۴۴/۰۰۰	۸/۰۰۰	۰/۲۹۷	۰/۱۰۳	اثر پیلائی	
۰/۰۵۲	۰/۹۶۵	۴۲/۰۰۰	۸/۰۰۰	۰/۲۹۱ <sup>d</sup>	۰/۸۹۸	اثر لامبدا	
۰/۰۵۴	۰/۹۶۸	۴۲/۰۰۰	۸/۰۰۰	۰/۲۸۳	۰/۱۱۳	اثر هوتلینگ	تعامل جنسیت و عامل مکرر
۰/۰۹۸	۰/۶۶۸	۲۲/۰۰۰	۴/۰۰۰	۰/۵۹۸ <sup>d</sup>	۰/۱۰۹	بزرگترین ریشه روی	
۰/۰۴۰	۰/۹۸۳	۴۴/۰۰۰	۸/۰۰۰	۰/۲۳۰	۰/۰۸۰	اثر پیلائی	
۰/۰۴۰	۰/۹۸۵	۴۲/۰۰۰	۸/۰۰۰	۰/۲۲۰ <sup>d</sup>	۰/۹۲۱	اثر لامبدا	
۰/۰۴۰	۰/۹۸۷	۴۰/۰۰۰	۸/۰۰۰	۰/۲۱۱	۰/۰۸۴	اثر هوتلینگ	تعامل جنسیت عامل مکرر گروه
۰/۰۵۷	۰/۸۵۲	۲۲/۰۰۰	۴/۰۰۰	۰/۳۳۴ <sup>d</sup>	۰/۰۶۱	بزرگترین ریشه روی	

در جدول ۳ نتیجه آزمون تحلیل واریانس چند متغیره مختلط دو راهه نشان داده شده است. چون در این فرضیه تعامل بین جنسیت و عامل مکرر اندازه‌گیری مورد نظر است، بنابراین بررسی این تعامل گویای این است که هیچ تعاملی بین جنسیت و عامل مکرر وجود ندارد. چرا که اندازه آزمون  $F$  برای این تعامل برای هیچ یک از متغیرها معنی دار نیست. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که هیچ تفاوت معنی داری بین میزان اثربخشی مداخله روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت در بهبود رابطه متعارض مادر- دختر با مادر-پسر تفاوت وجود ندارد.

مداخله روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت باعث بهبود رابطه متعارض مادر- فرزند می‌شود.

نتایج بررسی‌های آماری و تجزیه و تحلیل‌ها نشان می‌دهد که مداخله روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت باعث بهبود رابطه متعارض مادر- فرزند می‌شود. این بهبود در سه مقیاس از چهار مقیاس پرسشنامه تعارض والد- فرزند (مارک ای، فاین؛ جی آرمورلند و اندرو شوبل، ۱۹۸۳) قابل مشاهده است. بدین ترتیب که مداخله روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت بر بعد آزرده‌گی/سردرگمی نقش تأثیر مثبتی نداشته است. اندازه اثر بدست آمده برای متغیر عاطفه مثبت و همانندسازی متوسط و برای بعد ارتباط قوی است.

این یافته پژوهش با نتایج لیچسرنینگ و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۴)، دورهام و همکاران<sup>۲</sup> (۱۹۹۵)، فرور و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۷)، دهشیری و همکاران (۱۳۸۹)، جراره (۱۳۸۶)، عباس، جوفریس و اوگرو دینکوزک<sup>۴</sup> (۲۰۰۸)، رحمانی، صالحی و رضایی (۱۳۸۸)، ویبورگ<sup>۵</sup> (۱۹۹۶) همسو است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پیش فرض محقق در خصوص انجام این تحقیق عبارت از این موضوع است که در رابطه مادر و فرزند بخشی از تعارض به دلیل دنیای درونی ذهن مادر به وجود می‌آید. بدین معنی که احساسات ناخوشایند و تعارضات درونی مادر بر رابطه وی با فرزند خویش فراقنی می‌شود. بدین ترتیب آنچه که در رابطه وی با فرزندش ایجاد تعارض می‌کند دفاع‌های روانی مادر برای روپرو نشدن با احساسات دردناک خود است. این فرایند مادر را از فرایند حل مسئله و سایر اعمال سودمند محروم می‌گرداند (ریان، ۲۰۰۵). طبق دیدگاه روان‌شناسی خود، یک شخص با هیجانات پردازش نشده و ناهشیار از اوایل زندگی قدرت تمیز گذشته را از زمان حال ندارد (کوهات، ۱۹۸۴). هر وقت محرکی رخ دهد، فرد احساسی واکنشی حس می‌کند. این اضطراب برمی‌انگیزد. اضطراب دفاع‌ها را برمی‌انگیزد. و دفاع‌ها موجب

1. Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E
2. Durham, R. C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treliving, L. R., & Fenton, G. W
3. Ferrero, A., Pierò, A., Fassina, S., Massola, T., Lanteri, A., Daga, G. A., & Fassino, S.
4. Abbass, A. A., Joffres, M. R., & Ogrodniczuk, J. S
5. Wiborg, I. M.



نشانه‌ها و مشکلات حاضر می‌شوند. احساس، اضطراب و دفاع، باهم، مثلث تعارض را تشکیل می‌دهند (فردریکسون، ۲۰۱۴). این درمورد فرزندان نیز مصداق دارد. بدین معنی که در هر رابطه تعاملی هر دو طرف رابطه در پدید آیی و تداوم مشکلات نقش دارند. به عبارت دیگر، تعارض وقتی به وجود می‌آید که مسئله‌ای در رابطه دو طرفه به احساسات دردناک و دفاع‌های روانی مادر اشاره داشته باشد؛ بدین معنی که موضوعی به احساسات سرکوب شده مادر اشاره داشته و بنابراین باعث فعال شدن دفاع‌های مادر شود؛ پس سبک حل مسئله و مدیریت موضوع توسط مادر همانند شیوه‌ای خواهد بود که در ارتباط با احساسات دردناک خود انجام می‌دهد (کنی، ۲۰۱۴). دفاع‌ها بصورت خودکار و ناخودآگاه، جنبه‌هایی از واقعیت و احساسات را که اضطراب‌آورند دور می‌کنند. چون دفاع‌ها مانع می‌شوند واقعیت صحیح دیده شود، نمی‌توانیم انطباقی پاسخ نشان دهیم. در نتیجه، در دستیابی به اهدافمان شکست می‌خوریم و احساسات منفی بیشتری را تجربه می‌کنیم. برعکس، سازوکارهای سازگاری راهبردهایی خودآگاه هستند که با انعطاف‌پذیری، برای حل مشکلات بیرونی به کار می‌بندیم. آنها احساسات منفی را کاهش می‌دهند و به ما کمک می‌کنند کارایی داشته باشیم، به طوری که بتوانیم مشکلاتمان را حل یا ساماندهی کنیم (کرامر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). بنابراین در رابطه تعاملی نیز دفاع‌های روانی مادر در حل مسئله ناتوان خواهد بود یا توسط فرزندان پذیرفته نخواهد شد. برای اینکه فرد احساساتش را، عمیق، حس کند، باید قادر باشد آنها را مشاهده و در آنها دقت کند. این امر باعث ایجاد اضطراب می‌شود که باید تنظیم شده و کاهش یابد. سپس مراجع به دفاع‌های خود متوجه شود و رنج ناشی از آنها را مشاهده کند، بدین ترتیب به کمک درمانگر آنها را کنار گذارده، احساسات پشت آنها را تجربه کرده و در نهایت پاسخ‌های سازگارانه‌تری برای حل مشکلات اتخاذ کند (فردریکسون، ۲۰۱۴). زمانی که این مادران وارد فرایند درمانی می‌شوند، الگوهای ارتباطیشان سریعاً خودشان را در قالب انتقال نشان می‌دهد (برای مثال: رابطه بین درمانگر و مراجع) (والین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). در طی جلسات مادران تشویق شدند که از دفاع‌های خود عبور کرده و احساسات و هیجانات سرکوب شده خودشان را تجربه نمایند تا بتوانند شیوه‌های برقراری ارتباط موثرتری با دنیای بیرون و فرزندان برقرار نمایند (کنی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). در طی مداخله اضطراب تجربه شده توسط درمانگر

1. Cramer, p.
2. Wallin, D. J.
3. Kenny, D. T.

کنترل شده و سطح آن با اهداف درمانی تنظیم شد. اولین جنبه از رابطه که از این مداخله بیشترین تأثیر را پذیرفته است، بعد ارتباط می‌باشد.

در تحلیل این فرایند می‌توان گفت؛ با توجه به اینکه مادران طی جلسات روان‌پویشی با احساسات خود روبرو شده‌اند و سازوکارهای منطقی‌تری را برای کنار آمدن با احساسات و تجربیات خود فرا گرفته‌اند، این امر باعث افزایش کارکرد روانی آن‌ها شده است (فردریکسون، ۲۰۱۳) و بدین ترتیب مادران توانسته‌اند در ارتباط با تعارضات موجود در رابطه با فرزندان روش حل مسئله بهتر و منطقی‌تری اتخاذ کنند و تعارضات را براساس اصول منطقی و با آرامش بیشتر مورد بررسی قرار داده و حل و فصل نمایند. در انتهای جلسات روان‌درمانی مادران احساسات خوشایندی را تجربه کردند. اظهارات مادران درخصوص تعامل با فرزندانشان حاکی از روشن‌تر شدن رابطه خود با فرزندانشان بود. پنج نفر از مادران بیان داشتند که به فهم جدیدی از خویشتن رسیده‌اند و این موضوع باعث بهبود رابطه آن‌ها با فرزندانشان شده است. دلیل اصلی بهبود در رابطه با فرزندانشان را تغییر نگرش نسبت به زندگی و رابطه با فرزندانشان و نیز فراهم شدن ظرفیت گفت‌وگوی بیشتر و تحمل راحت‌تر ناسازگاری‌ها توسط خودشان در رابطه دانستند. دو نفر از مراجعان نیز بیان داشتند که مشکلی با فرزندان خود نداشته‌اند و در واقع ناسازگاری‌های موجود امری طبیعی بوده است و مشکل اصلی درون خود آن‌ها بوده است. این امر را نیز زمانی متوجه شده‌اند که طی جلسات نسبت به رفتار، احساسات و افکار خود بینش بیشتری حاصل کرده‌اند.

از نگاهی دیگر می‌توان گفت که فرایند ۸ جلسه‌ای مداخله باعث تخلیه هیجانی و فراهم شدن آرامش روانی بیشتر برای مادران شده است که این امر به نوبه خود بر ارتباط بهتر با جهان بیرون و نیز با فرزند خود تأثیر مثبت گذاشته است.

درخصوص بعد عاطفه مثبت می‌توان گفت که حل و فصل منطقی‌تر تعارضات و ایجاد شرایط بهتر ارتباطی توسط مادر برای فرزندان باعث شکل‌گیری امنیت روانی برای فرزندان شده است. علل دیگری که برای تبیین بهبود بعد عاطفه مثبت می‌توان مطرح کرد عبارتند از: به اشتراک‌گذاری دنیای درونی با مادر، رهایی از تنهایی وجودی، شکل‌گیری باور به قابل حل بودن مشکلات و کاهش افکار و احساسات منفی در فرزندان می‌باشد.

در تبیین اثربخشی درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت بر بهبود بعد همانندسازی پرسشنامه می‌توان گفت که با بهبود کارکرد مادران در جنبه‌های شخصی و ارتباطی و نیز

افزایش توانایی حل مسئله و به‌طور کلی افزایش سلامت روانی مادران، فرزندان مادر را بعنوان الگویی مناسب و فردی با کارکرد مطلوب در زندگی در نظر گرفته و به همانندسازی بیشتر با وی پرداخته‌اند. علاوه بر این، مطرح شدن عاطفه مثبت بیشتر در رابطه تعاملی مادران و فرزندان، این جنبه نیز خود باعث الگوگیری از مادر و همانندسازی بیشتر با وی توسط فرزندان شده است. مادران در این خصوص اظهار داشتند که از فرزندان انتقاد کمتری کرده‌اند و تفاوت‌ها و مشکلات آن‌ها را بیشتر پذیرفته‌اند. این امر باعث شده است که فرزندان سؤالات بیشتری از آن‌ها بپرسند و زمان بیشتری را برای گفت و گو اختصاص دهند. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که گفت‌وگوی بیشتر با مادران و دریافت پاسخ‌های منطقی بیشتر توسط فرزندان تصویر ذهنی نوجوانان را از مادر خود تحت تأثیر قرار داده است که منجر به همانندسازی بیشتر با مادران شده است. این بهبود در بعد همانندسازی پرسشنامه قابل مشاهده است.

علاوه بر این، بررسی آماری و نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که اثربخشی مداخله روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت بر بعد آزرده‌گی/سردرگمی نقش معنادار نبوده است و نمی‌توان این مداخله را برای بهبود عملکرد این بعد در رابطه مادر-فرزندی مورد استفاده قرار داد.

در تبیین این امر می‌توان گفت که با توجه به اینکه احساسات تنها زمانی تجربه شده و بار هیجانی آن‌ها تخلیه می‌شوند که (۱) مورد توجه واقع شوند؛ (۲) بطور صحیح نامگذاری شوند؛ (۳) در بدن تجربه شوند و (۴) گرایش‌های عملی کردن احساسات تجربه شوند (فردریکسون، ۲۰۱۳)، می‌توان گفت که با وجود بهبودی الگوی ارتباطی فرزندان و مادران، احساسات سرکوب شده فرزندان نسبت به مادر که حاصل از پیشینه تعاملات نامناسب بوده است بطور کامل حل و فصل نشده است. با توجه به اظهارات مادران در خصوص رابطه با فرزندان و الگوی ارتباطی گذشته که نامناسب بوده است؛ فرزندان برای اینکه بتوانند تمام آزرده‌گی تجربه شده خود را در ارتباط با مادران حل و فصل نمایند نیازمند مداخلات درمانی هستند. ماهیت احساسات منفی سرکوب شده به گونه‌ای می‌باشد که با بهبود رابطه تعاملی از بین نرفته است. به نظر می‌رسد که مداخله برای بهبود این بعد باید بر روی خود فرزندان انجام گیرد، چرا که این مسئله درون ذهن فرزندان می‌باشد و بهبود آن مستلزم تخلیه احساسات و کسب بینش نسبت به آن‌ها است. بهبود بعد همانندسازی و ارتباط مقدماتی را

برای ورود فرزندان به این مداخله فراهم آورده است. چرا که این بهبود نشان دهنده سطح اضطراب پایین در رابطه با مادر است و این امر از آمادگی نسبی برای پذیرفتن احساسات خبر می‌دهد.

بین میزان اثربخشی مداخله روان‌پویشی فشرده کوتاه مدت در بهبود رابطه متعارض مادر- دختر با مادر- پسر تفاوت وجود دارد.

بررسی آماری و نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که در اثربخشی مداخله روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت بین رابطه مادر- دختر و مادر- پسر تفاوت معناداری وجود ندارد. بدین معنی که متغیر آزمایشی در اثرگذاری بر رابطه مادر- پسر و مادر- دختر به‌طور یکسان عمل کرده و تفاوت معناداری را نشان نداده است. با توجه به اینکه دختران در نقش‌پذیری جنسیتی و الگوی عمل اجتماعی با مادران ارتباط نزدیک‌تری دارند و نیز زمان بیشتری را در کنار مادر می‌گذرانند، محقق این مسئله را بعنوان متغیر مستقل دوم در نظر گرفته است که می‌تواند عاملی افتراقی در اثربخشی درمان روان‌پویشی باشد؛ اما با توجه به نتایج حاصل از پرسشنامه‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها مشخص شد که جنسیت بعنوان عاملی افتراقی در اثرگذاری درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت مطرح نیست و بدین ترتیب فرضیه محقق رد می‌شود.

بین میزان زمانی که مادران با پسران می‌گذرانند با زمانی که با دختران می‌گذرانند تفاوت زیادی وجود نداشت؛ چرا که سن آزمودنی‌ها به گونه‌ای است که افتراق قائل شدن بین دختر و پسر در استقلال از خانواده به صورت یک قاعده کلی امکان‌پذیر نیست. مبتنی بر ذهنیت محقق در طرح فرضیه دوم؛ این امر بعنوان یکی از دلایل رد فرضیه دوم در نظر گرفته می‌شود.

با توجه به اینکه اثرگذاری درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت در بهبود کیفیت رابطه مادر- فرزندی در پسران و دختران به صورت توأمان مشاهده شد، و نیز اظهارات مادران درخصوص این تأثیر در رابطه با فرزندانشان نتیجه می‌گیریم که قدرت اثرگذاری این متغیر بر مادران به اندازه و به صورتی بوده است که هر دو جنس پسر و دختر در رابطه خود با مادرانشان از این امر تأثیر پذیرفته‌اند و همین موضوع باعث رد فرضیه دوم مبتنی بر قائل شدن افتراق در اثرگذاری مداخله در بین دختران و پسران شده است.

درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت در رابطه مادر-فرزند با مواردی سر و کار داشته است که در رابطه مادر با هر دو جنس دختر و پسر مطرح بوده است. مواردی مانند ارتباط مناسب، گفت‌وگوی منطقی، عاطفه مثبت بین مادران و فرزندان و.... به همین دلیل این عوامل مشترک مانع از ایجاد تمایز در اثرگذاری متغیر آزمایشی بین دو جنس شده است.

با توجه به اینکه در پژوهش حاضر چهار بعد از رابطه تعاملی مادر-فرزند مورد بررسی قرار گرفت، سوالی که مطرح می‌شود این است که تأثیرگذاری مداخله روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت بر ابعاد دیگر رابطه مادر و فرزند به چه صورت می‌باشد؟ همچنین با توجه به انجام مداخله بر روی مادران، پیشنهاد می‌شود که اثرات مداخله روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت در بهبود کیفیت رابطه مادر-فرزند از طریق مداخله بر روی فرزندان نیز مورد بررسی قرار گیرد.

در این پژوهش رابطه مادر-فرزندی از طریق مداخله بر روی مادران انجام گرفت. انجام درمان بر روی فرزندان نیز می‌توانست اثرات بیشتری بر رابطه مادر-فرزندی داشته باشد. علاوه بر چهار بعدی که در پژوهش مورد بررسی قرار گرفت توجه به ابعاد بیشتر این رابطه ممکن است در ارزیابی بهتر مسئله تأثیر داشته باشد. با توجه به نتایج بدست آمده پیشنهاد می‌شود در بررسی و درمان اختلالات روانی و تعارضات ارتباطی به این مداخله توجه بیشتری شود. همچنین در زمینه تشخیص و بهبود تعارضات مادر-فرزندی علاوه بر جنبه‌های تحولی و مشکلات بیرونی، سهم خود افراد نیز از دیدگاه روان‌پویشی مورد بررسی قرار گیرد.

## منابع

ساراسون، اروین؛ ساراسون، باربارا. (۲۰۰۵). *روانشناسی مرضی*. ترجمه: محسن دهقانی، محمدعلی اصغری مقدم، بهمن نجاریان (۱۳۸۷). چاپ پنجم. تهران: انتشارات رشد.

پرهیزکار، آذر دخت. (۱۳۸۱). «مقایسه کیفیت رابطه ولی-فرزندی در دانش‌آموزان دارای بحران هویت و فاقد بحران هویت دبیرستان‌های دخترانه شهرستان کازرون (سال تحصیلی ۸۰-۸۱)». پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی.

پیرنیا، بیژن؛ سلیمانی، علی؛ پیرنیا، کامبیز. (۱۳۹۶). «مشکلات رفتاری و درمان‌های روان‌شناختی، اثر بخشی درمان تعاملی والد-کودک بر پرخاشگری کودکان، یک

کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی مقدماتی». فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی ۷ (۲۷) ۶۹-۴۷.

جراره، جمشید؛ اعتمادی، احمد؛ نورانی‌پور، رحمت‌الله؛ شفیق‌آبادی، عبدالله. (۱۳۸۶). «مقایسه اثربخشی زوج درمانی فشرده کوتاه‌مدت و ارتباطی بر ارتقاء سلامت روانی و رضامندی زوجین». فصلنامه علوم تربیتی و روان‌شناسی ۲ (۷)، ۱-۲۷.

دهشیری، غلامرضا. (۱۳۸۹). «بررسی و مقایسه اثربخشی درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت و درمان شناختی رفتاری بر اختلال اضطراب فراگیر». پایان‌نامه دکتری، تهران: دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.

رحمانی، فاتح؛ صالحی، مهدی؛ رضایی، فرزین. (۱۳۸۸). «درمان اختلال اضطرابی تعمیم‌یافته با استفاده از روی آوردهای درمانگری دارویی و روان‌پوشی». فصلنامه روانشناسان ایرانی، ۵ (۲۰) ۲۷۷-۲۷۸.

رایان، کریستین ای و همکاران. (۲۰۰۵). ارزیابی و درمان خانواده‌ها. ترجمه: محسن دهقانی و مریم عباسی. (۱۳۹۰). چاپ اول. تهران: جوانه رشد.

شکاری، حسین. (۱۳۹۴). «مدیریت دفاع‌های تاکتیکی و تأثیر آن بر تعارضات بین‌فردی». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

فردریکسون، جان. (۲۰۱۳). هم‌آفرینی تغییر: فنون تأثیرگذار درمان‌پوشی. ترجمه، عنایت خلیقی سیگارودی (۱۳۹۴). چاپ اول. تهران: انتشارات ارجمند.

قربانی، نیما. (۱۳۹۳). روان‌درمان‌گری پوشی فشرده و کوتاه‌مدت: مبادی و فنون. چاپ ششم. تهران: سمت.

لطفی، بهرام. (۱۳۸۵). «تأثیر آموزش مهارت‌های هوش هیجانی بر کاهش تعارضات والد-فرزندی شهر کرمان». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

مبسم، سولماز؛ دلاور، علی؛ کرمی، ابوالفضل؛ ثنایی، باقر؛ شفیق‌آبادی، عبدالله. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی روان‌درمانی پوشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش تعارضات زناشویی در ایران. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی ۳ (۹) ۷۷-۹۷.

مرادی، امید و ثنایی ذاکر، باقر. (۱۳۸۵) بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های حل مسئله بر تعارضات والد-فرزند، تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، جلد ۵، شماره ۲۰، ص ۲۳-۳۸.

- Abbass, A. A., Joffres, M. R., & Ogrodniczuk, J. S. (2008). A naturalistic study of intensive short-term dynamic psychotherapy trial therapy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 8(2), 164.
- Amos, J., Furber, G., & Segal, L. (2011). Understanding maltreating mothers: a synthesis of relational trauma, attachment disorganization, structural dissociation of the personality, and experiential avoidance. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(5), 495-509.
- Asonibare, J. B. & Olowonirejuaro, O. A. (2006). *Family cohesion and level of communication between parents and their adolescent children*. TNJGC, 11, 52\_60.
- Beebe, B., Jaffe, J., Markese, S., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., & Feldstein, S. (2010). The origins of 12-month attachment: A microanalysis of 4-month mother–infant interaction. *Attachment & human development*, 12(1-2), 3-141.
- Bond, A. H. (2010). New aspects of infantile trauma. *Psyc critiques*, 2010; 55(36): np. Available from: doi: Electronic Collection: 2010-13180-001.
- Bond, M., & Perry, J. C. (2005). Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Focus*.
- Cramer, P. (2006). *Protecting the self: Defense mechanisms in action*. Guilford Press.
- Davanloo, H. (1996). Management of tactical defenses in intensive short-term dynamic psychotherapy, Part I: Overview, tactical defenses of cover words and indirect speech. *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 11(3), 129-152.
- Durham, R. C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treiving, L. R., & Fenton, G. W. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalised anxiety disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 165(3), 315-323.
- Ferrero, A., Pierò, A., Fassina, S., Massola, T., Lanteri, A., Daga, G. A., & Fassino, S. (2007). A 12-month comparison of brief psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalised anxiety disorders in a community setting. *European Psychiatry*, 22(8), 530-539.
- Glowinski, A. L. (2011). Reactive attachment disorder: an evolving entity.
- Kenny, D. T., Arthey, S., & Abbass, A. (2014). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for Severe Music Performance Anxiety. *Medical problems of performing artists*, 29(1), 3-7.
- Koerner, A. F., & Fitzpatrick, M. A. (2002). Toward a theory of family communication. *Communication Theory*, 12, 70-91.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure Chicago*.
- Laser, J.A.; Nicotera, N. & Jenson, J.M. (2010). *Working with adolescents: A guide for practitioners*. US: Gilford press.
- Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders: A Meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 61(12), 1208-1216.

- Lent, R. W., Brown, S. D., & Gorge, P. A. (1997). Discriminate and predictive validity of academic self-concept, academic self-efficacy, and mathematics-specific self-efficacy. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 307-315.
- Fine, M. A., Moreland, J. R., & Schwebel, A. I. (1983). Long-term effects of divorce on parent-child relationships. *Developmental Psychology*, 19(5), 703.
- Milord, N., Busch, F. & Leon, AC. (2001). A pilot open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *Journal of psychotherapy practis Research* 10:239-245.
- Mogler, C. (2009). *The physical, cognitive, social, personality, moral and faith development of adolescence*. English: Sprache.
- Pauli-Pott, U., & Mertesacker, B. (2009). Affect expression in mother-infant interaction and subsequent attachment development. *Infant Behavior and Development*, 32(2), 208-215.
- Shedler, J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol*. 2010; 65(2):98-109.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. Guilford press.
- Wiborg, I. M., & Dahl, A. A. (1996). Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder?. *Archives of General Psychiatry*, 53(8), 689-694.