



Efficacy of Mentalization-Based Treatment on the Self-Conscious Affect and Quality of Life among Mothers of Children with Intellectual Developmental Disorder

Karim Ali Sari Nasirlou¹ , Farah Naderi^{2*} , Rezvan Homaei³ , Behnam Makvandi⁴ 

1. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. Email: karim.aali8766@gmail.com
2. Corresponding Author, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. Email: naderi@iauahvaz.ac.ir
3. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. Email: homaei@iauahvaz.ac.ir
4. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. Email: makvandi@iauahvaz.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 3 Jan 2022
Revised: 7 May 2022
Accepted: 29 May 2022
Published Online: 10 Jan 2024

Keywords:
Intellectual Developmental Disorder, Mentalization based Treatment, Quality of Life, Self-Conscious Affect.

ABSTRACT

The purpose of the current study was to examine the effectiveness of mentalization-based treatment in improving the self-consciousness and quality of life of mothers who have children diagnosed with intellectual developmental disorder. The study was quasi-experimental in nature, employing a pretest-posttest control group design with a two-month follow-up period. The statistical sample for the spring and summer of 2021 comprised the mothers of children diagnosed with intellectual developmental disorder residing in the town of Ardebil. A purposive sampling method was employed to select 37 mothers of children diagnosed with intellectual developmental disorder. These mothers were then randomly assigned to either the experimental or control group. Over the course of two months, the mothers in the experimental group attended eight sessions of mentalization-based treatment. This research employed the Self-Conscious Affect Questionnaire (SCAQ) and the Quality of Life Questionnaire (FQLQ). The data were analyzed utilizing SPSS-25 software and the mixed variance analysis procedure. Positive self-conscious affect ($F=42.86$; $\eta^2=0.55$; $P=0001$), negative self-conscious affect ($F=51.84$; $\eta^2=0.59$; $P=0001$), and quality of life ($F=33.93$; $\eta^2=0.49$; $P=0001$) were all significantly improved by mentalization-based treatment in mothers of children with intellectual developmental disorder. On the basis of the study's results and findings, it is possible to conclude that mentalization-based treatment can be an effective method for enhancing the quality of life and self-awareness of mothers of children with intellectual developmental disorder. This is accomplished through the use of mindfulness-related techniques, including those involving thoughts, emotions, and behaviors.

Cite this article: Ali Sari Nasirlou, K., Naderi, F., Homaei, R., & Makvandi, B. (2024). Efficacy of Mentalization-Based Treatment on the Self-Conscious Affect and Quality of Life among Mothers of Children with Intellectual Developmental Disorder. *Journal of Applied Psychological Research*, 14(4), 285-300. doi: 10.22059/japr.2023.336809.644157.





اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر عاطفه خودآگاه و کیفیت زندگی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی^۱

کریم عالی ساری نصیرلو^۱، فرح نادری^{۲*}، رضوان همائی^۳، بهنام مکوندی^۴

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی کودکان، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. رایانامه:

karim.aali8766@gmail.com

۲. نویسنده مسئول، استاد، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. رایانامه: naderi@iauhvaz.ac.ir

۳. استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. رایانامه: homaei@iauhvaz.ac.ir

۴. دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. رایانامه: makvandi@iauhvaz.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر عاطفه خودآگاه و کیفیت زندگی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی انجام شد. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح قبل از مداخله-پس از مداخله با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی شهرستان اردبیل در شش ماهه اول ۱۴۰۰ بود. در این پژوهش ۳۷ مادر دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه های آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش هشت جلسه طی دو ماه درمان مبتنی بر ذهنی سازی را دریافت کردند. در این پژوهش از پرسشنامه عاطفه خودآگاه (SCAQ) و پرسشنامه کیفیت زندگی (FQLQ) استفاده شد. داده ها به شیوه تحلیل واریانس آمیخته تجزیه با نرم افزار SPSS-25 تحلیل شد. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر عاطفه خودآگاه مثبت ($F=۴۲/۸۶$; $\text{Eta}^2=۰/۵۵$; $P=۰۰۰۱$)، عاطفه خودآگاه منفی ($F=۵۱/۸۴$; $\text{Eta}^2=۰/۵۹$; $P=۰۰۰۱$) و کیفیت زندگی ($F=۳۳/۹۳$; $\text{Eta}^2=۰/۴۹$; $P=۰۰۰۱$) در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی تأثیر معنادار دارد. با توجه به نتایج پژوهش می توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر ذهنی سازی با بهره گیری از افکار، هیجان ها و رفتارهای همراه با ذهن آگاهی می تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت بهبود عاطفه خودآگاه و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی مورد استفاده گیرد.

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۳

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۰۲/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۰۸

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۰/۲۰

کلیدواژه ها:

اختلال رشد ذهنی، درمان مبتنی بر ذهنی سازی، عاطفه خودآگاه، کیفیت زندگی.

استناد: عالی ساری نصیرلو، ک.، نادری، ف.، همائی، ر.، و مکوندی، ب. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر عاطفه خودآگاه و کیفیت زندگی در مادران دارای کودک مبتلا

به اختلال رشد ذهنی. فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، ۱۴(۴)، ۲۸۵-۳۰۰. doi: 10.22059/japrr.2023.336809.644157

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japrr.2023.336809.644157>

© نویسندگان.



۱. مقدمه

خانواده نظامی پویا است که افرادی با احساس تعلق و هویت منحصر به فرد برای ایجاد محیطی امن آن را تشکیل داده‌اند. این نظام، افراد را از لحاظ عاطفی، اقتصادی و اجتماعی حمایت می‌کند. وجود اختلال در خانواده، عملکرد کل خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (غلامی، شفیع‌آبادی و محمدی‌پور، ۱۴۰۰). تولد فرزند، واقعه مهمی است که بر پویایی خانواده تأثیر می‌گذارد و با شادی، رؤیا، آرزو و امید همراه است؛ با این حال، اگر کودک از معلولیتی مانند اختلال رشد ذهنی^۱ رنج ببرد، مسئولیت‌های والدین بیشتر می‌شود و می‌تواند آثار مختلفی بر خانواده داشته باشد، طیف وسیعی از پاسخ‌های هیجانی را در پدر و مادر و سپس خانواده ایجاد کند. برای برخی این موضوع یک بحران و نیازمند تنظیم روانی است. برای برخی، تولد کودک اختلال رشد ذهنی یک رویداد غم‌انگیز است و پاسخ اولیه می‌تواند به شکل فروپاشی عاطفی باشد (جیس‌وال و همکاران^۲، ۲۰۱۹). اختلال رشد ذهنی نوعی اختلال عمومی است که در آن، عملکرد شناختی زیر میانگین و دارای تفاوت قابل توجه با همسالان در دو یا چند رفتار (هوشی، جسمی، روانی و اجتماعی) بوده و قبل از هجده سالگی در کودک مشاهده می‌شود (کونیشی، سو و یوشیمارا^۳، ۲۰۱۸). نگهداری از کودکان مبتلا به اختلال رشد ذهنی، مسیر هنجارمند و سازگارانه خانواده و اعضای آن را مختل می‌کند و سبب شکل‌گیری الگوهای رفتاری، هیجانی و روانی ناسازگارانه اعضای خانواده می‌شود. این فرایند در زندگی مادران به‌عنوان مراقبان اصلی کودک، برجسته‌تر است (میکونکی و همکاران^۴، ۲۰۲۰).

فرزندپروری والدین کودکان مبتلا به اختلال رشد ذهنی بسیار استرس‌زاتر از والدین دارای فرزند عادی به‌عنوان یک تعهد طولانی‌مدت است (کوماری و کران^۵، ۲۰۲۰)؛ به‌گونه‌ای که وجود چنین فرزندانی، والدین را در معرض اختلالات روان‌پزشکی به‌ویژه اضطراب و افسردگی قرار می‌دهد (بکر و همکاران^۶، ۲۰۲۰). این مسئله در خانواده بیشتر از همه مادر را در مقابل مشکلات بهداشت روان آسیب‌پذیر می‌کند؛ چرا که مادران فرصت کمی برای کشف نیازها و خواسته‌های خود دارند (آریا و همکاران^۷، ۲۰۱۹) و این روند کاهش در مهارت عاطفه خودآگاه^۸ را در پی دارد. عاطفه خودآگاه، یک دسته خاص از احساسات است که به افراد کمک می‌کند با موفقیت در محیط اجتماعی حرکت کنند. در عاطفه خودآگاه، افراد به ارزیابی خود از چشم دیگران می‌پردازند. احساسات خودآگاه شامل احساس شرم، گناه و غرور^۹ است. در واقع این احساسات در تعامل فرد با دیگران بر رفتار نظارت دارد و به اصلاح اجتماعی و اخلاقی تخطی‌ها منجر می‌شود (موریس و مسترز^{۱۰}، ۲۰۱۹). کنترل عواطف اثرات گوناگونی بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد، تعاملات بین‌فردی، بهداشت روانی و سلامت فیزیکی فرد دارد (دانهام و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۸).

حضور کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی در خانواده سبب شکل‌گیری مشکل و تنیدگی در بین اعضای خانواده و به‌خصوص در والدین می‌شود؛ به‌صورتی که نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که پدر و مادر کودکان مبتلا به اختلال رشد ذهنی در مقایسه با پدر و مادر کودکان عادی، در مراقبت و آموزش کودک خود، زمان بسیار بیشتری نیاز دارند. در نتیجه این والدین با کاهش زمان مورد نیاز برای انجام فعالیت‌های فردی و زندگی اجتماعی مواجه می‌شوند که این روند با کاهش کیفیت زندگی^{۱۲} همراه است (ویلاویسنسیو و لوپز-لاروسا^{۱۳}، ۲۰۲۰). کیفیت زندگی خانوادگی را شرایطی تعریف می‌کند که براساس آن نیازهای خانواده تأمین می‌شود و اعضای آن از کنارهم‌بودن احساس رضایت می‌کنند و فعالیت‌هایی را که برایشان مهم است به‌خوبی انجام

1. Intellectual developmental disorder
2. Jaiswal et al.
3. Konishi, So, & Yoshimura
4. McConkey et al.
5. Kumari & Kiran
6. Baker et al.
7. Arya et al.
8. self-conscious emotions
9. feeling of shame, feeling of guilt & feeling of pride
10. Muris & Meesters
11. Dunham et al.
12. quality of life
13. Villavicencio & López-Larrosa

می‌دهند (داوودی و همکاران، ۱۳۹۳). کنود و همکاران^۱ (۲۰۱۶) معتقدند کیفیت زندگی بهتر به افراد امکان می‌دهد که در جهت دستیابی به اهداف خود حرکت کنند و خوش بینی، خودکارآمدی، فعالیت، انرژی و بهزیستی جسمی بیشتری را تجربه کنند؛ بنابراین می‌توان گفت خانواده‌ای که کیفیت زندگی بهتری را فراهم کرده است، در حیطه‌های مختلف زندگی خانوادگی عملکرد بهتری دارد و توان بیشتری برای مقابله مؤثر با معضلات و استرس‌ها را خواهد داشت (براون و براون^۲، ۲۰۱۴). از طرفی کیفیت زندگی، عرصه‌های متنوع زندگی همچون شرایط مالی، شغل، عشق، مذهب و همچنین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را شامل می‌شود. از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی عبارت است از ادراک افراد از شرایط خود در زندگی با در نظر گرفتن موقعیت بافت فرهنگی و سیستم‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند (کیم و همکاران^۳، ۲۰۱۹).

روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی برای مشکلات روان‌شناختی، شناختی، هیجانی، اجتماعی و خانوادگی مادران با کودکان مبتلا به اختلال رشد ذهنی به کار گرفته شده است. به عنوان یکی از روش‌های درمانی برای بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی این افراد می‌توان به درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی^۴ اشاره کرد که کارایی آن در پژوهش عینی و همکاران (۱۳۹۷)، کریمی و همکاران (۱۳۹۹)، محمدی و همکاران (۱۳۹۹)، بشرپور و عینی (۱۳۹۹)، حاج محمدحسینی و همکاران (۱۴۰۰)، استنمایر و همکاران^۵ (۲۰۲۱)، مالبرگ^۶ (۲۰۲۱)، پولنایو همکاران^۷ (۲۰۲۱)، سیمونسن و همکاران^۸ (۲۰۲۱) و یورگنسن و همکاران^۹ (۲۰۲۱) تأیید شده است. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، شاخه‌ای از روان‌درمانی روان‌پوشی به‌شمار می‌رود که نخستین بار توسط بتمن و فونایگی^{۱۰} (۲۰۱۶) تدوین و معرفی شد. این درمان دو مفهوم اصلی و بنیادی را در خود جای داده است: نخست نظریهٔ دلبستگی بالبی و دوم ذهنی‌سازی. ظرفیت ذهنی‌سازی را که به عنوان یک کارکرد بازتابی از آن نام برده می‌شود، می‌توان در قالب مهارت ادراک حالات ذهنی خود و دیگران مفهوم‌پردازی کرد. این فرایند از طریق شکل‌گیری روابط بین فردی در زمان کودکی به خصوص در چرخهٔ تحول دلبستگی به دست می‌آید و به عنوان زیربنای رفتارهای آشکار از آن نام برده می‌شود (سیمونسن و همکاران، ۲۰۲۱). لیبرمن^{۱۱} (۲۰۱۷) به عنوان یکی از نظریه‌پردازان مؤثر در حوزهٔ این درمان، چهار بعد ذهنی‌سازی خودکار در برابر کنترل شده، ذهنی‌سازی خود در مقابل دیگران، ذهنی‌سازی خصوصیات درونی در مقابل خصوصیات بیرونی و ذهنی‌سازی شناختی در مقابل عاطفی را برای ذهنی‌سازی شناسایی کرد. هدف این درمان، شکل‌دهی ظرفیت ذهنی‌سازی از مسیر رابطه‌های درمانی و گسترش ظرفیت درمان‌جو برای بازشناسی افکار، احساس‌ها و هیجان‌هایی است که تجربه می‌کند (اولیورو همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۸). در جهت ایجاد مهارت ذهنی‌سازی، افراد نیازمند آن هستند که افراد قادر شوند نه تنها نوعی تعادل را در این ابعاد حفظ کنند، بلکه باید قادر شوند ابعاد را به‌طور سازگارانه‌ای با توجه به اقتضات محیطی مورد استفاده قرار دهند (یورگنسن و همکاران، ۲۰۲۱).

در حوزهٔ ضرورت انجام پژوهش حاضر می‌توان گفت مادران به دلیل داشتن نقش سنتی مراقب، مسئولیت‌های بیشتری در قبال فرزند دارای اختلال رشد ذهنی خود احساس می‌کنند و به‌عده می‌گیرند که در نتیجه با فشارها و مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند. وجود کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی در بیشتر مواقع، اعضای خانواده را با آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی زیادی مواجه می‌سازد. میزان آسیب‌پذیری خانواده در مقابل آن، گاه به حدی است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدید می‌شود. این در حالی است که مادران کودکان مبتلا به اختلال رشد ذهنی در مقایسه با پدران آسیب‌های بیشتری را متحمل می‌شوند. با توجه به درگیر شدن بیش از حد مادران با کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی، ممکن است آنان دچار کمبود

1. Knod et al.
2. Brown, Brown
3. Kim et al.
4. mentalization based treatment
5. Steinmair et al.
6. Malberg
7. Polnay et al.
8. Simonsen et al.
9. Jørgensen et al.
10. Batman & Fonagy
11. Lieberman
12. Oliveira et al.

توجه و محبت شوند یا مسئولیت بیشتری برای مراقبت از کودک برعهده آنان گذاشته شود. این امر گاه سبب احساس خشم، گناه، افسردگی و مشکلات روانی و هیجانی در آنان می‌شود. براین اساس به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی کارآمد برای این گروه از افراد جامعه بسیار ضروری است؛ بنابراین با توجه به موضوعات مطروحه و پژوهش‌های انجام‌یافته درمورد اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و از سوی دیگر با توجه به خلأ پژوهشی حاضر به‌دلیل عدم انجام پژوهشی مشابه، هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر عاطفه خودآگاه و کیفیت زندگی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی است.

۲. روش

۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

پژوهش حاضر یک طرح نیمه‌آزمایشی طرح پیش‌آزمون-پس از مداخله با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی شهرستان اردبیل در شش‌ماهه اول سال ۱۴۰۰ بود. در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر از مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال رشد ذهنی شهرستان اردبیل هستند که فرزندان آن‌ها در مدارس استثنایی دوره ابتدایی حضور داشتند. دلیل این روش نمونه‌گیری هدفمند، در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به پژوهش بود. براین اساس از بین شش مدرسه ابتدایی شهرستان اردبیل، سه مدرسه نزدیک به هم انتخاب شدند. سپس با مراجعه به مدارس منتخب، فرم شرکت داوطلبانه در پژوهش طی جلسه‌ای حضوری و با رعایت پروتکل بهداشتی و فاصله‌گذاری اجتماعی، در بین مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال رشد ذهنی توزیع شد و پس از جمع‌آوری، مادران داوطلب حضور در پژوهش شناسایی شدند. در این مرحله ۳۱۴ فرم شرکت داوطلبانه توزیع شد و ۲۴۹ مادر، داوطلب حضور در پژوهش بودند. سپس پرسشنامه‌های عاطفه خودآگاه و کیفیت زندگی به آن‌ها ارائه شد و افرادی که مطابق میانگین آماری پرسشنامه، نمرات پایین در پرسشنامه‌های عاطفه خودآگاه مثبت (نمره کمتر از ۳۵) و کیفیت خانواده (نمره کمتر از ۶۵) و نمرات بیشتر در عاطفه خودآگاه منفی (بالتر از ۹) کسب کرده بودند، مشخص شدند. در گام بعد از بین این مادران، ۴۰ مادر که کمترین نمرات را در پرسشنامه‌های عاطفه خودآگاه و کیفیت زندگی و بیشترین نمره را در عاطفه خودآگاه منفی داشتند انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند (۲۰ مادر در گروه آزمایش و ۲۰ مادر در گروه گواه). در گام بعد، مادران حاضر در گروه آزمایش، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای) در دو ماه دریافت کردند؛ درحالی‌که گروه گواه از دریافت این مداخله در فرایند پژوهش بی‌بهره بود. پس از شروع مداخله، دو نفر در گروه آزمایش و یک نفر در گروه گواه از ادامه پژوهش انصراف دادند (۱۸ مادر در گروه آزمایش و ۱۹ مادر در گروه گواه باقی ماندند). ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: داشتن سن ۲۵ تا ۴۵، داشتن فرزند دارای اختلال رشد ذهنی با توجه به ملاک‌های DSM-V (دچار اختلال در عملکرد ذهنی، سازگاران و مهارت‌های اجتماعی دارای سطوح متوسط و خفیف)، حداقل سواد سیکل، عدم ابتلا به مشکل جسمانی مزمن، عدم دریافت مداخله روان‌شناختی هم‌زمان و تمایل به شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت در دو جلسه آموزشی، انجام‌ندادن تکالیف خواسته‌شده، بروز حوادث پیش‌بینی‌نشده و انصراف از ادامه پژوهش بود. یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد میانگین سن مادران حاضر در گروه آزمایش $4/26 \pm 34/19$ و گروه گواه $4/12 \pm 33/25$ بود. همچنین مطابق نتایج، تحصیلات بیشتر افراد نمونه در گروه آزمایش (۸ نفر یا ۴۴/۴۴ درصد) و گروه گواه (۹ نفر یا ۴۷/۳۶ درصد) دیپلم بود.

۲-۲. ابزارهای پژوهش

۲-۲-۱. پرسشنامه عاطفه خودآگاه^۱ (SCAQ)

پرسشنامه عاطفه خودآگاه توسط تانگنی^۲ (۱۹۹۲) تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۱۶ سؤال است و ۱۶ موقعیت (سناریو) شرایط زندگی روزمره را به آزمودنی ارائه می‌کند و پاسخ‌دهندگان پاسخ‌های احساسی، هیجانی و رفتاری خود و احتمال پاسخ خود

1. Self-Conscious Affect Questionnaire (SCAQ)

2. Tangney

به آن‌ها را در یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (نمرات ۱ تا ۵) رتبه‌بندی می‌کنند. در این پرسشنامه ۱۱ وضعیت از نظر اجتماعی دارای ارزش مثبت (عاطفه خودآگاه مثبت) و ۵ وضعیت دارای ارزش منفی (عاطفه خودآگاه منفی) است. با توجه به میانگین آماری کسب‌شده، نمره کمتر از ۳۵ نشان‌دهنده عاطفه خودآگاه مثبت کم و نمرات بالاتر از ۹ بیانگر عاطفه خودآگاه منفی زیاد است (تانگنی، ۱۹۹۲). در پژوهش فرگوسن و همکاران^۱ (۲۰۰۷) به نقل از سعیدی و همکاران، (۱۳۹۲) که روی ۱۳۲ دانشجوی مقطع کارشناسی صورت گرفت، ضریب آلفای کرونباخ برای عاطفه خودآگاه مثبت ۰/۸۱ و برای عاطفه خودآگاه منفی ۰/۷۸ گزارش شده است. تانگنی و همکاران (۱۹۹۶) رویی سازه دو مقیاس عاطفه خودآگاه مثبت و عاطفه خودآگاه منفی را در حد مناسب گزارش کردند. روشن چسلی، عطری فرد و نوری مقدم (۱۳۸۶) رویی و پایایی این پرسشنامه را در ایران سنجیدند. نتیجه مطالعه آنان بیان‌کننده رویی و پایایی مناسب بود. در مطالعه سعیدی و همکاران (۱۳۹۲) نیز آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های عاطفه خودآگاه مثبت و عاطفه خودآگاه منفی به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۸ گزارش شد. در مطالعه حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های عاطفه خودآگاه مثبت و عاطفه خودآگاه منفی به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۹ به دست آمد.

۲-۲-۲. پرسشنامه کیفیت زندگی^۲ (QLQ)

پرسشنامه کیفیت زندگی یک ابزار خودگزارش دهی ۲۵ سؤالی است که توسط بیچ سنتر^۳ (۲۰۰۵) ارائه شده و پنج حیطه تعاملات خانوادگی^۴ (سؤال‌های ۱، ۱۷، ۱۰، ۱۱، ۱۸، ۱۲)، والدگری^۵ (سؤال‌های ۲، ۵، ۸، ۱۴، ۱۷، ۱۹)، بهزیستی هیجانی^۶ (سؤال‌های ۳، ۴، ۹، ۱۳)، بهزیستی جسمی^۷ (سؤال‌های ۶، ۱۵، ۱۶، ۲۰، ۲۱) و حمایت از عضو ناتوان خانواده^۸ (سؤال‌های ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵) را می‌سنجد. نحوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به این صورت است که از گزینه خیلی ناراضی (۱) تا خیلی راضی (۵) نمراتی را در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (۱ خیلی ناراضی تا ۵ خیلی راضی) به خود اختصاص می‌دهند و تمامی سؤال‌ها به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین دامنه نمرات پرسشنامه ۱ تا ۱۲۵ است. مطابق میانگین آماری پرسشنامه، نمرات کمتر از ۶۵ نشان‌دهنده کیفیت پایین زندگی است (هافمن و همکاران^۹، ۲۰۰۶). هافمن و همکاران (۲۰۰۶) و ساموئل و همکاران^{۱۰} (۲۰۱۶) رویی محتوایی این ابزار را به روش تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول به دست آوردند و نتایج، برازش مناسب و خطای اندک را در مدل پنج بعدی تأیید کرد. همچنین هافمن و همکاران (۲۰۰۶) میزان پایایی پرسشنامه را برای حیطه‌های پنج‌گانه ۰/۶۹ تا ۰/۷۳ به دست آوردند و تمامی این مقادیر در سطح خطای ۰/۰۱ معنادار بود. در ایران پرسشنامه کیفیت زندگی را قدمی، سیاح و آزادی (۱۳۹۷) هنجاریابی کردند. نتایج تحلیل عاملی تأییدکننده پنج عامل تعاملات خانوادگی، والدگری، بهزیستی هیجانی، بهزیستی جسمی و حمایت از عضو ناتوان خانواده در بین ۳۸۴ دانشجوی ایرانی بود. همچنین قدمی و همکاران (۱۳۹۷) میزان پایایی پنج عامل تعاملات خانوادگی، والدگری، بهزیستی هیجانی، بهزیستی جسمی و حمایت از عضو ناتوان خانواده را به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۱، ۰/۷۳، ۰/۸۰ و ۰/۷۹ گزارش کردند. در مطالعه حاضر، میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ محاسبه شد.

۲-۳. روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم و فرایند نمونه‌گیری، مادران کودکان مبتلا به اختلال رشد ذهنی انتخاب‌شده (۳۷ کودک) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۸ نفر در گروه آزمایش و ۱۹ نفر در گروه گواه). گروه آزمایش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را در ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای طی دو ماه و در گروه‌های چهارنفره دریافت کردند، اما گروه گواه از دریافت این مداخله

1. Ferguson et al.
2. Quality of Life Questionnaire (QLQ)
3. Beach Center
4. Family interactions
5. parenthood
6. emotional well-being
7. physical well-being
8. supporting a disabled family member
9. Hoffman et al.
10. Samuel et al.

درمانی در طول اجرای پژوهش بی‌بهره بودند و مقرر شد آن‌ها نیز پس از اتمام پژوهش، این مداخله را در صورت تمایل به‌صورت رایگان دریافت کنند. پس از اتمام پژوهش، از گروه گواه برای دریافت درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی دعوت شد. پنج مادر در جلسات مداخله حضور یافتند و این درمان را به شکل رایگان دریافت کردند. شایان ذکر است مداخله پژوهش حاضر در محیطی بهداشتی و با رعایت پروتکل‌های بهداشتی و فاصله‌گذاری اجتماعی اجرا شد. در پژوهش حاضر از پروتکل درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (بلیبرگ^۱، ۲۰۱۳) استفاده شد که در پژوهش کریمی و همکاران (۱۳۹۹) استفاده و کارایی آن تأیید شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی

جلسات	خلاصه جلسه
اول	توضیح جلسه‌ها، اهداف و سیر درمان، تعهد در درمان، طرح مسئله، روشن‌سازی مسئله، تشخیص نشانه‌های آسیب به خود و شدت نشانه‌ها، بررسی ظرفیت ذهنیت‌سازی با بررسی ذهنیت خودکار، تحریک‌پذیری، فشار و استرس، بررسی قوت‌های ذهنیت‌سازی و آسیب‌پذیری و زمینه‌های احساسی و بین‌فردی که در آن مشکلات ذهنیت‌سازی ظاهر می‌شوند
دوم	بازسازی، وساطت، امید، مشارکت، آموزش مهارت‌ها و نگرش‌های دخیل در ذهنیت‌سازی مانند کنجکاوی، پذیرا بودن، وساطت و امید، تقویت انعطاف‌پذیری و مقابله با استرس
سوم	اصلاح نشانه‌های خودآسیب‌زنی با آموزش مهارت‌های مقابله با درگیری و احساس‌های آسیب‌پذیر، مقابله با ذهنیت خودکار، تمرین مدیریت سازگارانۀ هیجان‌های کنترل‌ناپذیر
چهارم	حفظ و نگهداری اتحاد، همکاری و ذهنیت‌سازی شخص، خانواده و گروه، بررسی عملکرد خانوادگی، شناسایی عوامل استرس‌زا در خانواده و توانایی ذهنیت‌سازی خانواده در ارتباط با وضع عاطفی با به‌چالش کشیدن آن، تمرین ذهنیت‌سازی از طریق تقویت صمیمیت، اعتماد، همدلی، حمایت و درک در گروه و خانواده
پنجم	مدیریت شکست ذهنیت‌سازی و انتقال متقابل، تمرین درک افکار و احساس‌های خود و خانواده و دیگران، شناخت و مقابله با نشانه‌های اضطراب و افسردگی، اکتشاف تجربه درمان‌جو در روابط فعلی با درمانگر، تشخیص احساس‌ها و افکار و تعامل‌های مرتبط با این احساس‌ها، مشارکت درمانگر در ایجاد دیدگاه جایگزین ناشی از رابطه درمانی
ششم	یکپارچه‌سازی دیدگاه شخص، خانواده و گروه، افزایش ظرفیت ارتباطی باز و پذیرا بودن به دیدگاه دیگران، علاقه و احترام به افکار و احساس‌های دیگران، تمایل به کشف و تمایل نداشتن به پیش‌بینی یا پیشگیری از تعصب درباره آنچه دیگران فکر یا احساس می‌کنند، آگاهی از تأثیر افکار، احساس‌ها و اعمال شخص بر دیگران
هفتم	تمرین ذهنیت‌سازی با به‌چالش کشیدن اوضاع عاطفی و بین‌فردی، ایجاد ذهنیت‌سازی موفق با درگیر کردن ذهن فرد در موقعیت‌های چالش‌برانگیز، ایجاد تعادل بین جنبه‌های مختلف ذهنی مثل خودکار و کنترل‌شده، عاطفه و شناخت، خود و دیگران، تقویت حمایت خانوادگی و بین‌فردی مبتنی بر ذهنیت‌سازی و نزدیکی عاطفی
هشتم	برنامه‌ریزی برای حفظ ذهنیت‌سازی و تحریک توان‌بخشی و تغییر، تقویت توانایی‌های روان‌شناختی برای بهره‌گیری از ظرفیت ذهنی‌سازی، تحریک زندگی غنی و مؤثر، تقویت مهارت‌های تفسیری و شنیداری پیشرفته و اعتقاد به تغییرپذیری

۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک به‌منظور بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی برای بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس آمیخته به‌منظور بررسی فرضیه استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS-23 تجزیه و تحلیل شدند.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت‌شناختی

در این بخش، نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها ارائه می‌شود. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سن در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی		گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن مادر	۳۴/۱۹	±۴/۲۶	۳۴/۱۲	±۴/۱۹	۳۳/۲۵	±۴/۱۲
سن فرزند	۸/۶۵	±۱/۷۵۵	۸/۸۵	±۱/۷۴	۸/۷۵	۱/۱۱
تحصیلات مادر	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
زیردیپلم	۲	۱۰	۱	۵	۳	۱۵
دیپلم	۴	۲۰	۴	۲۰	۹	۴۵
کاردانی و بالاتر	۱۴	۷۰	۱۵	۷۵	۸	۴۰
کل	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

۳-۲. توصیف شاخص‌ها

یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و گواه

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	قبل از مداخله		پس از مداخله		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
عاطفه خودآگاه مثبت	گروه آزمایش	۳۲/۵۰	۵/۸۱	۴۰/۱۶	۵/۰۷	۲۸/۹۴
	گروه گواه	۳۰/۸۴	۵/۸۹	۳۰/۲۶	۵/۹۱	۳۱
عاطفه خودآگاه منفی	گروه آزمایش	۹/۶۶	۲/۹۴	۷/۲۷	۱/۶۷	۷/۷۷
	گروه گواه	۹/۳۶	۲/۵۷	۹/۶۸	۲/۹۷	۹/۴۷
کیفیت زندگی	گروه آزمایش	۶۲/۷۲	۹/۷۲	۷۱/۳۸	۱۲/۳۱	۷۰/۵۵
	گروه گواه	۵۹/۲۱	۱۰/۶۷	۵۸/۳۶	۱۰/۴۱	۵۸/۱۰

نتایج جدول ۳ توصیفی حاکی از آن است که میزان عاطفه خودآگاه مثبت و کیفیت زندگی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی حاضر در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه افزایش و عاطفه خودآگاه منفی آنان کاهش یافته است که در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار استنباطی بررسی می‌شود.

۳-۳. آزمون پیش‌فرض‌های تحلیل‌های پارامتریک

پس از بررسی نتایج آمار توصیفی باید پیش‌فرض‌های تحلیل‌های پارامتریک که در تحلیل واریانس آمیخته مورد نیاز است، ارزیابی شود. بر همین اساس با بررسی نتایج آزمون شاپیرو-ویلک^۱ مشخص شد توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای عاطفه خودآگاه مثبت ($F=۰/۱۴$; $P=۲۰$)، عاطفه خودآگاه منفی ($F=۰/۱۰$; $P=۲۰$) و کیفیت زندگی ($F=۰/۱۵$; $P=۱۷$) نرمال است. علاوه بر این نتایج آزمون لوین^۲ برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس حاکی از آن بود که این پیش‌فرض در سه متغیر عاطفه خودآگاه مثبت ($F=۰/۵۵$; $P=۰/۴۷$)، عاطفه خودآگاه منفی ($F=۰/۵۳$; $P=۰/۳۹$) و کیفیت زندگی ($F=۰/۲۱$; $P=۰/۶۱$) رعایت شده است. نتایج آزمون موچلی^۳ نیز در متغیرهای عاطفه خودآگاه مثبت ($Mauchly's W=۰/۹۶$; $P=۵۹$)، عاطفه خودآگاه منفی ($Mauchly's W=۰/۸۹$; $P=۱۷$) و کیفیت زندگی ($Mauchly's W=۰/۹۳$; $P=۴۷$) نشان داد پیش‌فرض کرویت داده‌ها برقرار بوده است.

1. Shapiro-Wilk Test
2. Levene's Test
3. Mauchly's Test

۳-۴. آزمون فرضیه‌ها

جدول ۴. تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تأثیرات درون و بین گروهی متغیرهای عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
عاطفه خودآگاه مثبت	مراحل	۲	۱۴۴/۹۰	۳۶/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱
	گروه‌بندی	۱	۱۱۷۲/۲۸	۱۷/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۱۷۱/۵۳	۴۲/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱
	خطا	۷۰	۲۸۰/۱۳	۴			
عاطفه خودآگاه منفی	مراحل	۲	۱۱/۶۵	۳۳/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱
	گروه‌بندی	۱	۴۴/۵۸	۱۴/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۹
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۱۸/۱۷	۵۱/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱
	خطا	۷۰	۲۴/۵۳	۰/۳۵			
کیفیت زندگی	مراحل	۲	۱۶۵/۹۰	۲۱/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۱
	گروه‌بندی	۱	۲۵۸۸/۰۵	۱۵/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۱	۲۶۲/۸۷	۳۳/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱
	خطا	۷۰	۵۴۲/۳۳	۷/۷۴			

نتایج آزمون واریانس آمیخته و ضرایب F محاسبه شده در جدول ۴ مشخص کرد عامل زمان یا مرحله ارزیابی تأثیر معناداری بر نمرات عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی داشته است ($P < ۰/۰۰۱$). اندازه اثر نشان می‌دهد عامل زمان به ترتیب ۵۶، ۴۸ و ۵۷ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی را تبیین می‌کند. علاوه بر این، براساس ضریب F محاسبه شده، تأثیر عامل عضویت گروهی (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی) هم بر نمرات عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت عامل عضویت گروهی یا نوع درمان دریافتی بر عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی تأثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد عضویت گروهی (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی) به ترتیب ۴۴، ۳۷ و ۴۶ درصد از تفاوت در نمرات عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی را تبیین می‌کند. در نهایت اثر متقابل نوع درمان و عامل زمان بر نمرات عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$)؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود نوع درمان دریافتی در مراحل مختلف ارزیابی بر عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی به میزان ۶۸، ۵۶ و ۶۷ درصد تأثیر معنادار داشته است. توان آماری نیز حاکی از دقت آماری فراوان و کفایت حجم نمونه است. در جدول ۴ مقایسه زوجی میانگین نمرات عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی آزمودنی‌ها برحسب مرحله ارزیابی ارائه می‌شود.

جدول ۵. مقایسه زوجی میانگین نمرات عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی آزمودنی‌ها برحسب مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله مینا (میانگین)	مرحله (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
عاطفه خودآگاه مثبت	قبل از مداخله	پس از مداخله	-۳/۵۴	۰/۵۱	۰/۰۰۱
	پس از مداخله	پیگیری	-۳/۳۰	۰/۵۳	۰/۰۰۱
	قبل از مداخله	پیگیری	۳/۵۴	۰/۵۱	۰/۰۰۱
	پس از مداخله	پیگیری	۰/۲۴	۰/۳۱	۰/۷۸
عاطفه خودآگاه منفی	قبل از مداخله	پس از مداخله	۱/۰۳	۰/۱۶	۰/۰۰۱
	پس از مداخله	پیگیری	۰/۸۹	۰/۱۱	۰/۰۰۱
	قبل از مداخله	پیگیری	-۱/۰۳	۰/۱۶	۰/۰۰۱
	پس از مداخله	پیگیری	-۰/۱۴	۰/۱۲	۰/۶۲
کیفیت زندگی	قبل از مداخله	پس از مداخله	-۳/۹۱	۰/۷۷	۰/۰۰۱
	قبل از مداخله	پیگیری	-۳/۳۶	۰/۷۴	۰/۰۰۱

متغیر	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
کیفیت زندگی	پس از مداخله	قبل از مداخله	۳/۹۱	۰/۷۷	۰/۰۰۱
		پیگیری	۰/۵۵	۰/۳۲	۰/۲۹

همان‌گونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله قبل از مداخله با پس از مداخله و پیگیری در متغیرهای عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معنا است که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی توانسته به شکل معناداری نمرات پس از مداخله و پیگیری عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال رشد ذهنی را نسبت به قبل از مداخله دچار تغییر کند. یافته دیگر این جدول نشان می‌دهد بین میانگین نمرات مرحله پس از مداخله و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می‌توان چنین جمع‌بندی کرد که نمرات عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی که در مرحله پس از مداخله دچار تغییر معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ کند.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر عاطفه خودآگاه و کیفیت زندگی در مادران کودکان مبتلا به اختلال رشد ذهنی انجام شد. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر عاطفه خودآگاه مثبت، عاطفه خودآگاه منفی و کیفیت زندگی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی تأثیر معنادار دارد. یافته اول پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر عاطفه خودآگاه مثبت و منفی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی با نتایج پژوهش‌های زیر هم‌راستا است: عینی و همکاران (۱۳۹۷) با اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر عملکرد افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، کریمی و همکاران (۱۳۹۹) با اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر میزان تعامل افراد خانواده و کیفیت روابط بین آنان در نوجوانان دختر، حاج محمدحسینی و همکاران (۱۴۰۰) با اثربخشی درمان ذهنی‌سازی بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی، پولنای و همکاران (۲۰۲۱) با کارایی بالینی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در بهبود سلامت روان افراد، سیمونسن و همکاران (۲۰۲۱) با اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر سلامت هیجانی افراد مبتلا به شخصیت اجتنابی، و یورگنسن و همکاران (۲۰۲۱) با اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود پردازش هیجانی نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. در تبیین این یافته می‌توان گفت در مادران کودکان مبتلا به اختلال رشد ذهنی به دلیل مشکلات مزمن کودک، نوعی آزرده‌گی روانی و بدکارکردی هیجانی و عاطفی ایجاد شده است که مانع پردازش عاطفی و هیجانی سازنده می‌شود (کوماری و همکاران، ۲۰۲۰)؛ بنابراین درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با به‌کاربردن نشانه‌های ذهن‌خواهی و همچنین فعالیت ذهن‌آگاهانه موجب افزایش پردازش عاطفی و هیجانی کارآمد در این افراد می‌شود. شکل‌گیری چنین روندی از طریق درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی طی درمان، به مادران اجازه می‌دهد تا مسائل و مشکلات عاطفی خود را بهتر درک کنند و ذهنشان را برای فهمیدن احساس‌های خود بگشایند. از سوی دیگر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در خلال جلسات (به‌خصوص جلسه دوم)، انعطاف‌پذیری روانی و عاطفی این مادران را افزایش می‌دهد. افزایش انعطاف‌پذیری عاطفی سبب می‌شود مادران کودکان مبتلا به اختلال رشد ذهنی در دام عواطف منفی نیفتند و هنگام بروز چنین عواطفی بتوانند عملکرد هیجانی و عاطفی سنجیده‌ای از خود نشان دهند و در نتیجه عاطفه مثبت بیشتر و عاطفه منفی کمتری تجربه کنند. در تبیینی دیگر باید به شرح جلسه سوم درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی اشاره کرد. در این جلسه به مادران آموزش داده شد تا به شکل سازگارانه‌ای هیجان‌های کنترل‌ناپذیر خود را مدیریت کنند. این روند سبب می‌شود این افراد بتوانند هیجان‌ها و عواطف منفی خود را مدیریت و از تداخل این عواطف در عملکرد خود پیشگیری کنند. علاوه بر این براساس مبانی نظری مطرح‌شده در پژوهش پولنای و همکاران (۲۰۲۱) درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با بهبود عملکرد شناختی، عاطفی و هیجانی ذهن‌آگاهانه سبب می‌شود افراد به پردازش‌های رخ داده در فرایندهای شناختی و عاطفی آگاهی یابند و بتوانند عاطفه خودآگاه بیشتری تجربه کنند.

یافته دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کیفیت زندگی در مادران کودکان مبتلا به اختلال رشد ذهنی با یافته‌های پژوهش‌های زیر هم‌سو است: محمدی و همکاران (۱۳۹۹) با اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر میزان

رفتارهای ارتقادهنده سلامت در افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی، بشرپور و همکاران (۱۳۹۹) با اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر میزان بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، استنمیر و همکاران (۲۰۲۱) با اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود عملکرد ذهن‌خوانی افراد و مالبرگ (۲۰۲۱) با اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان والدین دارای کودکان مبتلا به اوتیسم.

در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، افراد را با موضعی مواجه می‌سازد تا پایه‌ای برای جست‌وجوی دیدگاه فرد باشد؛ چنان‌که این درمان بر این نگرش استوار است که درمانگر باید با تأیید همدلانه و شکل‌دهی یک الگوی عاطفی بین خود و بیمار، او را به چنین ادراکی برساند که در فرایند درمانی خود تنها نیست. شکل‌گیری چنین نگرشی سبب می‌شود مراجعه به این نوع نگرش برسد که ذهن دیگری می‌تواند برای مشخص کردن حالات ذهنی و افزایش پویایی مفید باشد (باتمن و فوناکی^۱، ۲۰۱۶)؛ بنابراین این درمان قادر است بیگانگی در مراجع را کاهش دهد. تمرکز بیشتر بر عاطفه و تعامل بین فردی در طول یک جلسه و در طول زمان، زمینه‌ای فراهم می‌کند که در آن، این مادران بتوانند تعامل بین‌فردی سازگارانه‌تر و بیشتری با اعضای خانواده داشته باشند و کیفیت زندگی بالاتری را تجربه کنند. علاوه‌براین باید اشاره کرد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی سبب می‌شود تا افراد آموزش‌دیده ذهنیت‌سازی موفق برای درگیر شدن ذهن در موقعیت‌های چالش‌برانگیز داشته باشند (استنمیر و همکاران، ۲۰۲۱). با این توانایی، مادران کودکان مبتلا به اختلال رشد ذهنی می‌آموزند از موقعیت‌های چالش‌برانگیز فرار نکنند و با تاب‌آوری و تحمل روانی با این شرایط مواجه شوند. افزایش توان درونی و قدرت مقابله‌ای در این مادران نیز با ادراک بیشتر کیفیت زندگی همراه است. در تبیینی دیگر باید به مفاهیم مطرح‌شده در مبانی نظری پژوهش مالبرگ (۲۰۲۱) مبنی بر نقش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در تقویت حمایت خانوادگی و بین‌فردی و ایجاد نزدیکی عاطفی اشاره کرد. این درمان قادر است با افزایش توان ذهنیت‌سازی، نزدیکی عاطفی و هیجانی افراد خانواده را فراهم کند و سبب شود کیفیت ارتباط آنان نیز با هم افزایش یابد. نتیجه چنین روندی بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال رشد ذهنی است؛ چرا که افزایش مهارت ارتباطی بین اعضای خانواده سبب می‌شود آنان بتوانند هیجان‌های مثبت و منفی خود را به زبان بیاورند و در هنگام مواجهه با مشکل‌ها و چالش‌های پیش‌آمده، از همفکری با خانواده بهره ببرند و به شکل سازگارانه‌تری با رویدادهای زندگی مواجه شوند.

محدودبودن دامنه تحقیق به مادران کودکان مبتلا به اختلال رشد ذهنی شهرستان اردبیل، نمونه‌گیری غیرتصادفی و مهارنشدن متغیرهای فردی (ویژگی‌های زیستی و فیزیولوژیکی)، اجتماعی (محیط زندگی و دامنه ارتباط‌های اجتماعی)، خانوادگی (شیوه‌های تعاملی بین اعضای خانواده و تقسیم امور مربوط به فرزند مبتلا به اختلال رشد ذهنی) و شخصیتی اثرگذار بر عاطفه خودآگاه و کیفیت زندگی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، این پژوهش در میان دیگر مادران مانند مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و کودکان پرخاشگر انجام شود. همچنین عوامل مؤثر احتمالی ذکرشده با پژوهشی کیفی مطالعه عمیق شود و در صورت تأثیر بر نتایج پژوهش، اثر آنان از اثر اصلی پژوهش تفکیک شود. علاوه‌براین در پژوهش‌های آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود تا روایی درونی و بیرونی پژوهش افزایش یابد. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر عاطفه خودآگاه و کیفیت زندگی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی، پیشنهاد می‌شود درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای بهبود وضعیت شناختی و روان‌شناختی مادران به کار گرفته شود؛ چرا که این درمان با بهره‌گیری از افکار، هیجان‌ها و رفتارهای همراه با ذهن‌آگاهی نشان داده است توانایی اثربخشی بر مؤلفه‌های روانی مادران کودکان مبتلا به اختلال رشد ذهنی را دارد. علاوه‌براین پیشنهاد می‌شود درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به مسئولان حوزه پرورشی آموزش و پرورش استثنایی معرفی شود تا این مسئولان با برگزاری کارگاه‌هایی با محوریت درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، در وضعیت روان‌شناختی و عاطفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی اقدام عملی و کاربردی انجام دهند.

۵. ملاحظات اخلاقی

اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع‌رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج همراه با آموزش گروه گواه پس از اتمام درمان گروه آزمایش بود. شایان ذکر است رساله حاضر در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز با شناسه IR.IAU.AHVAZ.RES.1400.074 ثبت شده است.

۶. حمایت مالی و اسپانسراری

برای این پژوهش، هیچ‌گونه حمایت مالی دریافت نشده است. این مقاله برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول است. از همه مسئولان آموزش و پرورش شهرستان اردبیل، مدیران و مسئولان مدارس کودکان استثنایی دوره ابتدایی و خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال رشد ذهنی که در انجام پژوهش حاضر ما را یاری کردند، قدردانی می‌شود.

۷. تعارض منافع

در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- بشرپور، س.، و عینی، س. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر میزان بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *فصلنامه علوم اعصاب شفای خاتم*. ۳/۱، ۴۱-۵۲. <http://dx.doi.org/10.29252/shefa.8.3.10.41-52>
- حاج محمدحسینی، ط.، میرزاحسینی، ح.، و زرغام حاجبی، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان ذهنی‌سازی و عاطفه‌هراسی بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی. *نشریه روان‌شناسی اجتماعی*. ۹(۶۱)، ۶۵-۵۸. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23455098.1400.9.61.10.2>
- داوودی، ح.، شریفی، ح.، پ.، شفیع‌آبادی، ع.، و فرزاد، و. (۱۳۹۳). پیش‌بینی کیفیت زندگی خانواده براساس خصیصه‌های شخصیتی و انواع هوش در زنان. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*. ۱(۳)، ۱۱۵-۱۰۳. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.25886657.1393.1.3.8.7>
- روشن چسلی، ر.، عطری‌فرد، م.، و نوری‌مقدم، ث. (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و پایایی سومین نسخه تجدیدنظرشده مقیاس عاطفه خودآگاهی برای بزرگسالان. *دانشور رفتار*. ۲۵(۱۴)، ۴۶-۳۱. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1386.5.2.4.0>
- سعیدی، ض.، قربانی، ن.، سرافراز، م.، ر.، و شریفیان، م. ح. (۱۳۹۲). اثر القای شفقت به خود و حرمت خود بر میزان تجربه شرم و گناه. *مجله روان‌شناسی معاصر*. ۱(۱)، ۹۱-۱۰۲.
- عینی، س.، نریمانی، م.، عطادخت، ا.، بشرپور، س.، و صادقی موحد، ف. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان شناختی-تحلیلی بر بهبود روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *مجله پایش*. ۱۷(۳)، ۱۳۳-۱۲۴. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.16807626.1397.17.3.7.5>
- غلامی، ن.، شفیع‌آبادی، ع.، و محمدی‌پور، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی «گروه‌درمانی شناختی-رفتاری» با «گروه‌درمانی وجودی» بر روابط مادر-فرزند مادران کودکان استثنایی. *مدیریت ارتقای سلامت*. ۱۰(۳)، ۱۴۹-۱۳۶. <http://jhpm.ir/article-1-1418-fa.html>
- قدمی، ا.، سیاح، س.، و آزادی، ف. (۱۳۹۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه کیفیت زندگی خانواده (FQOL) براساس نظریه سؤال-پاسخ (IRT). *فصلنامه روان‌سنجی*. ۷(۲۵)، ۳۷-۲۳. https://jpsy.riau.ac.ir/article_1494.html
- کریمی، ف.، فرحبخش، ک.، سلیمی بجستانی، ح.، و معتمدی، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی الگوی مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT-A) بر کیفیت روابط خانواده و رفتار آسیب به خود در نوجوانان دختر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*. ۲۷(۲)، ۹۳-۱۰۵. https://jsums.medsab.ac.ir/article_1295.html

محمدی، ع.، تاجری، ب.، سوداگر، ش.، بهرامی هیدجی، م.، و عطادخت، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر میزان رفتارهای ارتقادهنده سلامت در افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی. *فصلنامه علوم اعصاب شفای خاتم*. ۱۸(۳)، ۶۹-۷۷.
<http://dx.doi.org/10.29252/shefa.8.3.39>

References

- Arya, A., Verma, S., Roy, D., Gupta, P. K., & Jawaid, F. (2019). A study of burden of care among mothers of mentally retarded children and adolescents attending child and adolescent psychiatry OPD in a tertiary care center in North India. *Delhi Psychiatry Journal*, 22(2), 238-249.
- Baker, K., Devine, R. T., Ng-Cordell, E., Raymond, F. L., & Hughes, C. (2020). Childhood intellectual disability and parents' mental health: Integrating social, psychological and genetic influences. *The British Journal of Psychiatry*, 9, 1-8. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.38>
- Basharpour, S., & Einy, S. (2020). The effectiveness of mentalization-based therapy on emotional dysregulation and impulsivity in veterans with post-traumatic stress disorder. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*, 8(3), 10-19. <http://dx.doi.org/10.29252/shefa.8.3.10> (In Persian)
- Batman, P., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders* (1st Ed.). United Kingdom: Oxford University Press.
- Beach Center on Disability (2005). Beach center family quality of life scale user's manual. University of Kansas, Lawrence, KS.
<https://beachcenter.lsi.ku.edu/sites/default/files/inlinefiles/1.%20Beach%20Center%20Quality%20of%20Life%20Scale.pdf>
- Bleiberg, E. (2013). Mentalizing-Based Treatment with Adolescents and Families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 22, 295-330. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.01.001>
- Brown, R. I., & Brown, I. (2014). *Family quality of life*. In *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (pp. 2194-2201). Springer, Dordrecht.
https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-94-007-0753-5_1006
- Davoodi, H., Sharifi, H., Shafiabady, A., & Fazad, V. (2015). The prediction of quality of life based on personality traits and type of intelligence in women. *Shenakht-Journal of Psychology and Psychiatry*, 1(3), 103-115. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.25886657.1393.1.3.8.7> (In Persian)
- Dunham, A., Kinnear, D., Allan, L., & Smiley, E. (2018). The relationship between physical ill-health and mental ill-health in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual and Disability Research*, 62(5), 444-453. <https://doi.org/10.1111/jir.12483>
- Ferguson, T. J., Brugman, D., White, J., & Eyre, H. L. (2007). Shame and guilt as morally warranted experiences. *The Self-Conscious Emotions: Theory and Research*, 330-348.
- Ghadami, A., Sayah, S., & Azadi, F. (2018). Psychometric properties of family quality of life questionnaire (FQOL) based on Item-Response Theory (IRT). *Psychometry*, 7(25), 23-37.
https://jpsy.riau.ac.ir/article_1494.html (In Persian)
- Gholami, N., Shafiabadi, A., & Mohammadipour, M. (2021). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy with existential group therapy on mother-child relationships of mothers of exceptional children. *Journal of Health Promotion Management*, 10(3), 136-149.
<http://jhpm.ir/article-1-1418-fa.html> (In Persian)
- Hajmohammadhoseini, T., Mirzahosini, H., & Zargham, M. (2021). Comparison of the effectiveness of mentalization and Affect phobia therapy treatment in reducing the symptoms of borderline personality disorder. *Scientific Journal of Social Psychology*, 9(61), 133-148.
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.23455098.1400.9.61.10.2> (In Persian)
- Hoffman, L., Marquis, J., Poston, D., Summers, J. A., & Turnbull, A. (2006). Assessing family outcomes: psychometric evaluation of the beach center family quality of life scale. *Journal of*

- Marriage and Family*, 68(4), 1069-1083. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2006.00314.x>
- Jaiswal, S. V., Subramanyam, A. A., Shah, H. R., & Kamath, R. M. (2019). Psychopathology and coping mechanisms in parents of children with intellectual disability. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(3), 312-317. https://doi.org/10.4103%2Fpsychiatry.IndianJPsychiatry_259_17
- Jørgensen, M. S., Storebø, O. J., Bo, S., Poulsen, S., Gondan, M., Beck, E., ... & Simonsen, E. (2021). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with Borderline Personality Disorder: 3- and 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 30, 699–710. <https://doi.org/10.1002/cpp.2854>
- Karimi, F., Farahbakhsh, K., Salimi Bajestani, H., & Moatamedi, A. (2020). The Effectiveness of Mentalization Based Therapy (MBT-A) on Increasing the Quality of Family Relationships and Reducing Self harm in Adolescent Girls. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 27(2), 257-265. https://jsums.medsab.ac.ir/article_1295.html (In Persian)
- Kim, C., Park, H., Schlenk, E.A., Kang, S., & Se, E. W. J. (2019). The moderating role of acculturation mode on the relationship between depressive symptoms and health-related quality of life among international students in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(6), 192-197. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.08.003>
- Knod, J. L., Holder, M., Cortez, A. R., Martinez-Leo, B., Kern, P., Saeed, S., ... & Frischer, J. S. (2016). Surgical outcomes, bowel habits and quality of life in young patients after ileoanal anastomosis for ulcerative colitis. *Journal of Pediatric Surgery*, 51(8), 1246-1250. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2016.03.002>
- Konishi, A., So, R., Yoshimura, B. (2018). Mother-infant separation among mothers with mental illness: An exploratory observational study in Japan. *Asian Journal of Psychiatry*, 32, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.024>
- Kumari, S., & Kiran, M. (2020). Parenting stress, psychological wellbeing and social support in mothers of children with mental retardation. *International Journal of Scientific Research*, 9(1), 57-60. <https://www.doi.org/10.36106/ijsr>
- Lieberman, M. D. (2017). Social cognitive neuroscience: A review of core processes. *Annul Review Psychology*, 58, 259-289. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085654>
- Malberg, N. T. (2021). Working with autistic children and their families from a mentalization based therapy for children (MBT-C) approach. *Psychoanalytic Perspectives*, 18(1), 22-42. <https://doi.org/10.1080/1551806X.2021.1845033>
- McConkey, R., Truesdale-Kennedy, M., Chang, M. Y., Jarrah, S., & Shukri, R. (2020). The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 65-74. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.007>
- Mohammadi, I., Tajeri, B., Sodager, S., Bahrami Heidaji, M., & Atadokht, A. (2020). The effect of mentalization-based therapy on the amount of health promoting behaviors in people with coronary heart disease. *Shefaye Khatam*, 8(3), 39-48. <http://dx.doi.org/10.29252/shefa.8.3.39> (In Persian)
- Muris, P., & Meesters, C. (2019). Small or big in the eyes of the other: on the developmental psychopathology of self-conscious emotions as shame, guilt, and pride. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(1), 19-40. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10567-013-0137-z>
- Narimani, M., Atadokht, A., Basharpour, S., & Movahhed, F. S. (2018). Effectiveness of mentalization based therapy and cognitive-analytical therapy on improved object relationship of people with borderline personality disorder: a comparison. *Payesh (Health Monitor)*, 17(3), 275-287. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.16807626.1397.17.3.7.5> (In Persian)
- Oliveira, C. D., Rahioui, H., Smadja, M., Gorsane, M. A., & Louppe, F. (2016). Mentalization based treatment and borderline personality disorder. *L'Encéphale*, 43(4), 340-345. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.020>

- Polnay, A., McIntosh, L. G., Burnett, A., Williams, A., Cahill, C., Wilkinson, P., ... & Patrick, J. (2021). Examining the factor structure, reliability, and validity of the main outcome measure used in mentalization-based therapy skills training, *Health Science Reports*, 4(1), 245-254. <https://doi.org/10.1002/hsr2.245>
- Roshan Chesli, R., Atrifard, M., & Noori Moghaddam, S. (2007). An Investigation of Reliability and Validity of the Third Version of. *Clinical Psychology and Personality*, 5(2), 31-46. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1386.5.2.4.0> (In Persian)
- Saeedi, Z., Ghorbani, N., Sarafraz, M. R., & Sharifian, M. H. (2013). The effect of inducing self-compassion and self-esteem on the level of the experience of shame and guilt. *Contemporary Psychology*, 8(1), 91-102. (In Persian)
- Samuel, P. S., Pociask, F. D., DiZazzo-Miller, R., Carrellas, A., & LeRoy, B. W. (2016). Concurrent Validity of the International Family Quality of Life Survey. *Occupational Therapy in Health Care*, 30(2), 187-201. <https://doi.org/10.3109/07380577.2015.1116129>
- Simonsen, S., Popolo, R., Juul, S., Frandsen, F. W., Sørensen, P., & Dimaggio, G. (2021). Treating avoidant personality disorder with combined individual metacognitive interpersonal therapy and group mentalization-based treatment: A pilot study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 26, 213-219. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001432>
- Steinmair, D., Horn, R., Richter, F., Wong, G., & Löffler-Stastka, H. (2021). Mind reading improvements in mentalization-based therapy training. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 85(1), 128-133. <https://doi.org/10.1521/bumc.2021.85.1.59>
- Tangney, J. P. (1992). Situational detenninants of shame and guilt in young adulthood. *Personality and Social psychology bulletin*, 18(2), 199-206. <https://doi.org/10.1177/0146167292182011>
- Tangney, J. P., Wagner, P. E., Hill-Barlow, D., Marschall, D. E., & Gramzow, R. (1996). Relation of shame and guilt to constructive versus destructive responses to anger across the lifespan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(4), 797-809. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.70.4.797>
- Villavicencio, C. E., & López-Larrosa, S. (2020). Ecuadorian mothers of preschool children with and without intellectual disabilities: Individual and family dimensions. *Research in Developmental Disabilities*, 105, 1037-1041. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103735>