



The effectiveness of the Mentalization -based program (mother and child) in children's behavioral problems

Mostafa. Darabi¹, Davood. Manavipour^{2*}, Akbar. Mohammadi³

1. PhD student in educational psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran

ARTICLE INFORMATION

Article type

Original research

Pages: 303-314

Corresponding Author's Info

Email: Manavipor53@yahoo.com

Article history:

Received: 2022/05/23

Revised: 2022/08/20

Accepted: 2022/09/10

Published online: 2022/10/02

Keywords:

mentalization, behavioral problems, mother -child

ABSTRACT

Background and Aim: Children's behavioral problems have one of the highest importance in any society, so that its improvement has a fundamental role in the future of any society. Treatment based on mentalization is a psychoanalytic intervention that can play an important role in improving this problem. The aim of the present study was to investigate the effectiveness of treatment based on mentalization in children's behavioral problems. **Methods:** This semi-experimental research was a pre-test-post-test type with a control group. The sampling method was voluntary. The volunteers of the experimental group were given a pre-test before the implementation of mentalizing interventions, and after the intervention, the post-test and the control group did not receive any intervention, but they also took the pre-test and post-test. The sample group of first and second grade students had behavioral problems. The research tools included the Parental Reflective Functioning Questionnaire (PRFQ) and the Achenbach-Child Behavior Inventory (CBCL). In this research, analysis of variance and Bonferroni's post hoc test were used to check the difference in means and data analysis was done with the help of SPSS 24 software. **Results:** The results showed that treatment based on mentalization on children's behavioral problems in the areas of anxiety/depression ($P < 0.001$), withdrawal/depression ($P < 0.001$), physical complaints ($P < 0.001$), thinking problems ($P < 0.001$), law breaking behavior ($P < 0.001$) and aggressive behavior ($P < 0.001$) were effective. **Conclusion:** It can be concluded that treatment based on mentalization is effective in reducing children's behavioral problems as a treatment method and can be used to reduce children's problems.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence.

© 2022 The Authors.

How to Cite This Article:

Darabi, M., Manavipour, D., & Mohammadi, A. (2022). The effectiveness of the Mentalization -based program (mother and child) in children's behavioral problems. *jayps*, 3(1): 303-314



اثربخشی برنامه مبتنی بر ذهن‌سازی (مادر و کودک) در مشکلات رفتاری کودکان

مصطفی دارابی^۱، داود معنوی پور^{۲*}، اکبر محمدی^۳

۱. دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران
۲. دانشیار گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران
۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات رفتاری کودکان از حیث اهمیت دارای یکی از بالاترین حیث اهمیت را در هر جامعه ای دارد به طوری که بهبود آن نقش اساسی در آینده هر جامعه ای دارد. درمان مبتنی بر ذهنی سازی یک مداخله روانکاوانه است که میتواند در بهبود این مشکل نقش مهمی داشته باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی در مشکلات رفتاری کودکان بود. **روش پژوهش:** این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بوده است. روش نمونه گیری از نوع داوطلبانه بود. از داوطلبان گروه آزمایش پیش از اجرای مداخله های ذهنی سازی پیش آزمون گرفته شده و بعد از مداخله، پس آزمون و گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند ولی آنها نیز پیش آزمون و پس آزمون داده اند. گروه نمونه دانش آموزان مقطع دوره اول و دوم دبستان دارای مشکلات رفتاری بوده اند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه کارکرد تأملی والدینی (PRFQ) و پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک-آخبناخ (CBCL) بوده است. در این پژوهش، از آزمون تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی جهت بررسی اختلاف میانگین ها استفاده و تحلیل داده ها نیز به کمک نرم افزار SPSS ۲۴ انجام شده است. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر مشکلات رفتاری کودکان در حیطه‌های اضطراب/افسردگی ($P < 0/001$)، گوشه گیری/افسردگی ($P < 0/001$)، شکایات جسمانی ($P < 0/001$)، مشکلات تفکر ($P < 0/001$)، رفتار قانون شکنی ($P < 0/001$) و رفتار پرخاشگرانه ($P < 0/001$) موثر بوده است. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان به عنوان یک شیوه درمانی موثر است و می‌توان از آن در جهت کاهش مشکلات کودکان استفاده کرد.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: علمی - پژوهشی

صفحات: ۳۰۳-۳۱۴

اطلاعات نویسنده مسئول

ایمیل:

Manavipor53@yahoo.com

سابقه مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۳/۰۲

تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۵/۲۹

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۶/۱۹

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۷/۱۰

واژگان کلیدی

ذهنی سازی، مشکلات رفتاری، مادر-کودک

انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است. تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه استناد به این مقاله

دارابی، م.، معنوی پور، د.، و محمدی، ا. (۱۴۰۱). اثربخشی برنامه مبتنی بر ذهن‌سازی (مادر و کودک) در مشکلات رفتاری کودکان. *دوفصلنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۳(۱): ۳۰۳-۳۱۴.

مقدمه

به مشکلات روانی در طول بزرگسالی شود (کار و مارتین^۱، ۲۰۱۳).

درمان مبتنی بر ذهنی سازی (MBT)^۲ نوع خاصی از روان درمانی روان پویشی است که بیتمن و فوناگی^۳ (۲۰۰۴) برای درمان بیماران مبتلا به BPD ابداع کرده اند (بیتمن و فوناگی، ۲۰۰۴). ظرفیت ذهنی سازی که یک کارکرد بازتابی تلقی می شود، توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است که از طریق روابط بین فردی در دوران کودکی به خصوص روابط دلبستگی بدست می آید و زیربنای رفتارهای آشکار است (بیتمن و فوناگی، ۲۰۱۶). یک درمان مبتنی بر ذهنی سازی رویکرد درمانی ساختار یافته ای است که به ۳ مرحله متمایز تقسیم می شود. اهداف کلی مرحله ی اولیه عبارت است از: ارزیابی ظرفیت ذهنی سازی بیمار، کارکرد شخصیت، قرار داد بستن و درگیر کردن بیمار در درمان و شناسایی مشکلاتی که ممکن است با درمان تداخل داشته باشند (بیتمن و فوناگی، ۲۰۱۶).

بعد از ارزیابی، هدف مرحله میانی، تحریک ظرفیت ذهنی سازی قوی تر در چارچوب برانگیختگی عاطفی و روابط دلبستگی است. در مرحله پایانی نیز آماده سازی بیمار برای پایان دادن به درمان انجام می شود. کانون اصلی ذهنی سازی کمک به درمانجو است تا تجربه های 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 می کند (کار و مارتین، ۲۰۱۳)؛ چهار بعد برای ذهنی سازی شناسایی کرده اند: خودکار در مقابل کنترل شده، خود در مقابل دیگری، ویژگی های درونی در مقابل ویژگی های بیرونی و شناختی در مقابل عاطفی. توانایی ذهنی سازی مستلزم 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. با توجه به مطالب فوق در این پژوهش در پی

کودکان با مشکلات رفتاری بخشی از افراد جامعه را تشکیل می دهند. اختلال های رفتاری و روانی دوران کودکی و نوجوانی درب رگیرنده رفتارهای هستند که دائمی بوده و با سن فرد متناسب نمی باشند و منجر به تضادهای اجتماعی، ناراضیاتی و ناشادی فردی و شکست در تحصیل می شود. این مشکلات حاصل تعامل کودک با محیط وی است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۷؛ به نقل از رضائی، ۱۳۹۷). مک ماهون (۲۰۱۴) در بررسی های مختلف به صورت پایدار و هماهنگ نشان داد مشکلات رفتاری در دوران کودکی پیش بینی کننده افزایش احتمال ابتلاء به اختلالات روان پزشکی در دوران نوجوانی و بزرگسالی است (حاتمی، ۱۳۹۴). بروز مشکلات رفتاری در طول سالهای اولیه زندگی تأثیر نامطلوبی بر فرآیند رشد طبیعی کودک دارد؛ خصوصاً مشکلات رفتاری برونسازي در کودکان (مانند بیش فعالی و پرخاشگری) که میتواند منجر به مشکلات روانشناختی مزمن و عملکرد تحصیلی ضعیف شود (میدوهاس و کوآنگ، ۲۰۱۴).

دوران کودکی دوره ای حیاتی است که مبنای عملکرد جسمانی و روانی- اجتماعی در آن شکل می گیرد؛ یک فرآیند رشدی که نسبت به شرایط پراسترس مانند بیماریهای جدی آسیب پذیر است. تجربه رویدادهای استرسزا در طول دوران کودکی میتواند منجر به آسیب به جنبه های عصبزیستی و غدد درون ریز شود. این رویدادها همچنین رشد کودکان را در حوزه های رفتاری، هیجانی، اجتماعی، جسمانی و شناختی تحت تأثیر قرار میدهد. تجربه استرس در دوران کودکی میتواند موجب احساس گناه، افسردگی، عزت نفس پایین، مهارتهای اجتماعی ضعیف، خشم و پرخاشگری و مشکلاتی در خودکنترلی. تجربه رویدادهای استرسزا در دوران کودکی رفتار اجتماعی آنان را در کوتاه مدت و بلندمدت شود و پیامدهای روانشناختی جدی در سراسر زندگی آنها به وجود آورد؛ همچنین میتواند منجر به آسیب پذیری بیشتر فرد در ابتلا

3. Bateman & Fonagy

1. Carr &, Martins
2. Mentalization based treatment

۱. پرسشنامه کارکرد تأملی والدینی (PRFQ): فونگای و همکاران (۱۹۹۱) برای آزمایش فرض اینکه ظرفیت والد برای دیدن فرزندش به عنوان یک کلیت روانشناختی که دارای تجارب ذهنی است و اینکه هم کوکی ۱ با وضعیت های روانی کودک می تواند نقشی کلیدی در فرزندپروری داشته باشد، مطالعه ای انجام داده اند. آنها برای آزمون فرضیه ی خود مقیاسی را برای سنجش ظرفیت والد برای درک وضعیت های روانی طراحی نمودند. در ابتدا نام این مقیاس «مقیاس ظرفیت تأملی خود ۲» بود و ظرفیت خود فرد برای تشخیص و پاسخ دادن به تجارب ذهنی خودش را بررسی می نمود. بازبینی این مقیاس توسط فونگای و همکاران (۱۹۹۸) منجر به ایجاد «مقیاس ظرفیت تأملی» شد. تا سال ۲۰۰۵ در هیچ مطالعه ای از این مقیاس برای سنجش ظرفیت تأملی والدین استفاده نشده بود. لویتن و همکاران (۲۰۰۹) «پرسشنامه ی ظرفیت تأملی والدینی» را طراحی نمودند. این پرسشنامه ظرفیت مراقب برای پاسخ دادن به تجارب درون روانی خودش و کودکش را می سنجد. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی چندبعدی است که ظرفیت تأملی والد را که ظرفیت او برای در نظر گرفتن فرزندش به عنوان یک واحد روانشناختی می باشد، را می سنجد. این پرسشنامه برای مادران با کودکان زیر ۵ سال طراحی شده است. این پرسشنامه از ۱۸ سوال تشکیل شده است که پاسخ دهنده بر اساس نمره دهی لیکرت بین ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) به سوالات پاسخ می دهند. امتیازات خیلی پایین در این پرسشنامه نشان دهنده ی نبود علاقه و توجه نسبت به وضعیت روانی فرزند و همچنین امتیازات خیلی بالا در آن نشاندهنده ی ذهنی سازی بیش از اندازه و مداخله آمیز است. طبق مطالعه لویتن و همکاران (۲۰۱۷)، آلفای کرونباخ برای حالت پیش ذهن سازی ۰/۷، برای قطعیت در حالت های ذهنی ۰/۸۲ و برای علاقه و کنجکاوای ۰/۷۴ گزارش شده است. بر اساس مطالعه گودرز و همکاران (زیر چاپ) روی این پرسشنامه، ویژگی های روانسنجی این ابزار مورد بررسی قرار گرفته است و همسانی درونی آن به روش آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس

پاسخ این مسئله مهم می باشیم که آیا برنامه مبتنی بر ذهن سازی (مادر و کودک) در مشکلات رفتاری دبستانی موثر است؟

روش پژوهش

در این پژوهش از روش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. گروه های آزمایش و کنترل به روش نمونه گیری داوطلبانه انتخاب و قبل از اعمال مداخله های درمانی در مورد گروه های آزمایش، پیش آزمون اجرا شد و پس آزمون نیز پس از اعمال متغیرهای مستقل در قالب دو روش درمانی مبتنی بر ذهن سازی و مبتنی بر ذهن آگاهی اجرا گردید. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش دانش آموزان مقطع دوره اول و دوم دبستان دارای مشکلات رفتاری و هیجانی مراجعه کننده به کلینیک های راه رشد و مطب دکتر شیرازی می باشند. نمونه پژوهش به روش نمونه گیری داوطلبانه ۲۴ نفر (شامل ۱۲ مادر و ۱۲ کودک) از افرادی که برای مشکلات رفتاری به کلینیک های راه رشد و دکتر شیرازی مراجعه کردند، می باشند و سپس به صورت تصادفی ۱۲ نفر در گروه آزمایش (که مادران در معرض درمان مبتنی بر ذهن سازی و کودکان در معرض درمان مبتنی بر ذهن آگاهی) و ۱۲ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. مادر و کودک در ۸ جلسه متوالی در ۸ هفته، آموزش را دریافت کردند؛ که طی این مدت جلسه ها به صورت مداوم و مستمر برگزار گردید و گروه آزمایش برنامه های ذهن سازی (مادر) به صورت جداگانه دریافت کردند. نهایتاً نتایج پژوهش پس از جمع آوری پرسشنامه ها و کدگذاری اطلاعات، با استفاده از نرم افزار آماری SPSS، از شاخص های آمار توصیفی و استنباطی شامل فراوانی، درصد، شاخصه های رایج مرکزی (میانگین) و پراکنندگی (انحراف استاندارد) تحلیل کویاریانس چند متغییره و قبل از آن آزمون های آماری مربوط به پیش فرض های این تحلیل شامل نرمال بودن توزیع متغیرها، یکسانی واریانس ها استفاده گردید.

ابزار پژوهش

رفتاری کودکان (CBCL) ترجمه مینایی (۱۳۸۵) استفاده خواهد شد. ابزاری که توسط یکی از والدین و فرد دیگری که با شایستگی‌ها و مشکلات رفتاری کودک به خوبی آشناست تکمیل می‌گردد. این ابزار را هم می‌توان به صورت خود گزارشی و هم به صورت مصاحبه اجرا کرد. همچنین CBCL را می‌توان به منظور اندازه‌گیری در زمان یا به دنبال درمان مورد استفاده قرارداد. ضرایب کلی اعتبار فرم‌های CBCL با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار باز آزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. روایی محتوایی (انتخاب منطق سؤالات و استفاده از تحلیل کلاس یک سؤالات)، روایی ملاکی (با استفاده از مصاحبه روان‌پزشکی با کودک و نیز همبستگی با مقیاس CSI-4) و روایی سازه (روابط درونی مقیاس‌ها و تمایز گذاری گروهی) این فرم‌ها مطلوب گزارش شده است (آخنباخ و رسکورا، ۲۰۰۷). این ابزار برای اولین بار در ایران توسط تهرانی دوست و همکاران (۱۳۸۱) ترجمه و هنجاریابی شده است. در پژوهش مینایی (۱۳۸۵) دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. ثبات زمانی مقیاس‌ها با استفاده از روش آزمون-باز آزمون با یک فاصله زمانی ۸-۵ هفته‌ای بررسی شده که دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است. همچنین توافق بین پاسخ‌دهندگان نیز مورد بررسی قرار گرفته است که دامنه این ضرایب از ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ نوسان داشته است. به‌طور کلی در تحقیق مینایی (۱۳۸۵) این نتیجه حاصل شده است که این پرسش‌نامه از اعتبار و روایی مطلوب و بالایی برخوردار است و با اطمینان می‌توان از آن برای سنجش اختلالات عاطفی- رفتاری کودکان و نوجوانان ۶-۱۸ سال استفاده کرد. یزد خواستی و عریضی (۱۳۹۰) ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه در سه فرم والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۸۲ به دست آوردند و در مورد اعتبار سازه همبستگی خرده مقیاس‌های بخش مشکلات رفتاری- هیجانی با نمره کلی این بخش در سه نسخه والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۸۸-۰/۶۲، ۰/۹۱-۰/۴۴ و ۰/۸۵-

حالت پیش ذهن سازی ۰/۶۷، برای قطعیت در مورد حالت ذهنی ۰/۷۴ و برای علاقه و کنجکاوی در حالات ذهنی ۰/۷۲ بدست آمده است. روش نمره دهی این پرسشنامه به این شکل است که پاسخ دهنده باید از امتیاز ۱ تا ۷ بر اساس شدت توافق یا عدم توافق به ۱۸ گزاره‌ی موجود نمره دهد. این پرسشنامه از سه زیر مقیاس تشکیل شده است؛ حالت پیش ذهنی سازی (PM^۱) شامل آیتم‌هایی است که برای ارزیابی حالت بدون ذهن سازی طراحی شده است که اغلب مشخصه‌ی والدینی است که در ظرفیت تاملی والدینی خود دچار اختلال شدید هستند. خرده مقیاس قطعیت در حالت‌های ذهنی (CM^۲) که ناتوانی در تشخیص اینکه حالت‌های ذهنی، واضح و مشخص نیستند را ارزیابی می‌کند. خرده مقیاس سوم به منظور ارزیابی علاقه و کنجکاوی (IC^۳) که یک والد در مورد حالت‌های ذهنی فرزندش دارد، طراحی شده است. نمره گذاری سوال ۱۱ و ۱۸ این پرسشنامه به صورت معکوس است. نمره گذاری معکوس به این شکل است: «۱=۷»، «۲=۶»، «۳=۵»، «۴=۴»، «۵=۳»، «۶=۲» و «۷=۱». نمره گذاری زیرمقیاس‌های این پرسشنامه به صورت زیر است: زیرمقیاس PM: جمع سؤالات ۱، ۴، ۷، ۱۰، ۱۶، ۱۳. زیرمقیاس CM: جمع سؤالات ۵، ۲، ۸، ۱۱، ۱۴، ۱۷ (نمره گذاری ۱۱ به صورت معکوس است). زیرمقیاس IC: جمع سؤالات ۳، ۶، ۹، ۱۲، ۱۵، ۱۸ (نمره گذاری ۱۸ به صورت معکوس است). این پرسشنامه توسط موسوی، بهرامی، رستمی و رحیمی نژاد با کسب اجازه از سازندگان آن، به فارسی ترجمه شده و اعتبار و روایی آن به دست آمده است. ضریب اعتبار خرده مقیاس‌های حالت پیش ذهن سازی از وضعیت روانی و علاقه‌مندی و کنجکاوی درباره وضعیت روانی در نمونه‌های ایرانی که از طریق آلفای کرونباخ محاسبه شد، به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۲ و ۰/۶۸ به دست آمد) قطر ماتریس همبستگی ضرایب اعتبار است). ضریب اعتبار کل آزمون نیز ۷۰/۰ بود.

۲. پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک-آخنباخ (CBCL): در پژوهش حاضر از نسخه فارسی سیاهه

3. Interest and curiosity in mental state

1. Pre-mentalizing
2. Certainty of mental states

ذهن آگاهی اقتباس شده از کتاب راهنمای آموزش مهارت های ذهن آگاهی برای کودکان و نوجوانان (بوردیک ۲۰۱۴؛ ترجمه منشئی، اصلی آزاد، حسینی و طیبی، ۱۳۹۶) بود. نهایتاً نتایج پژوهش پس از جمع آوری پرسشنامه ها و کدگذاری اطلاعات، با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ۲۴ از شاخص های آمار توصیفی و استنباطی شامل فراوانی، درصد، شاخص های رایج مرکزی (میانگین) و پراکندگی (انحراف استاندارد) تحلیل کواریانس چند متغیره و قبل از آن آزمون های آماری مربوط به پیش فرض های این تحلیل شامل نرمال بودن توزیع متغیرها، یکسانی واریانس ها استفاده گردید.

۰/۵۱ و همبستگی خرده مقیاس های بخش مهارت ها با نمره کلی این بخش در سه نسخه والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۸۲-۰/۲۴، ۰/۹۳-۰/۷۷ و ۰/۸۷-۰/۶۴ گزارش کرده اند.

روش اجرای پژوهش

مادر و کودک در ۸ جلسه متوالی در ۸ هفته، آموزش را دریافت کردند؛ که طی این مدت جلسه ها به صورت مداوم و مستمر برگزار گردید و گروه آزمایش برنامه های ذهن سازی (مادر) و ذهن آگاهی (کودک) را که در جدول های زیر آمده است به صورت جداگانه دریافت کردند. جلسات

جدول ۱. خلاصه برنامه های آموزشی ذهن سازی برای مادران

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول تکمیل پرسشنامه ها	معرفی پژوهش، شرحی کلی از رئوس برنامه ی آموزشی، مصاحبه ی کوتاه با تک تک مادران و بحث و مورد مشکلات رفتاری کودکانشان
جلسه دوم تشریح نیازهای کودکان	تقسیم بندی نیازهای کودکان: نیازهای جسمی، نیازهای روانی، تبیین سه نیاز اصلی روانی (بر مبنای نظریه SDT)، نیاز به خودمختاری، نیاز به شایستگی و نیاز به ارتباط، اهمیت نیاز به ارتباط و سرچشمه های اضطراب در کودکان
جلسه سوم نحوه گفتگو با کودکان	درک جنبه های رمزی گفتگو با کودکان، تلاش برای نشان دادن فهم و درک والد از ذهنیات کودک به خود کودک، پرهیز از گفتگوی های بی حاصل (گفتگوهای منطقی والدین با کودکان)، اساس ارتباط با کودک: مهارت، احترام، تمرکز بر رابطه تا حادثه، تمرکز بر احساسات تا حادثه، اهمیت تفاوت های فردی
جلسه چهارم آموزش کودک در زمینه احساسات و عواطف به صورت تجربی و آبی	درک احساسات کودک، پذیرش احساسات کودک، قضاوت نکردن در مورد احساسات کودک، بیان احساسات کودک به زبان خودش (ایفای نقش آینه برای کودک)، عدم انکار احساسات منفی و متناقض کودک و پذیرش آن ها (بیان و تصدیق این احساسات و کاهش دادن احساس اضطراب و گناه در کودک)، استفاده از تجارب عاطفی شخصی برای درک تجارب عاطفی کودک، راه های غلط مواجهه با احساسات کودکان به ویژه احساسات منفی: انکار، سلب کردن، سرکوب کردن، ظاهر بهتر دادن
جلسه پنجم راه های درست انتقاد و تمجید از کودک	تطابق تمجید با تلاش ها و کارهای موفقیت آمیز کودک، تطابق انتقاد با کارهای اشتباه کودک نه شخصیت و صفات کلی او، حذف کلام نیشدار ضمن انتقاد، پرهیز از الگوهای متناقض: تهدید، رشوه، وعده، موعظه و سخنرانی، آموزش ادب با بی ادبی و بی احترامی، تهدید عامل به خطر افتادن خودمختاری کودک و علل دروغ گویی در کودکان و شیوه برخورد با آن.
جلسه ششم ابراز خشم و کاربرد آن در تربیت کودک	شیوه های ابراز خشم در مقابل کودک، بیان احساس و نام گذاری آن، برون ریزی خشم بدون آسیب زدن به طرف مقابل، بیان تمایلات رفتاری خود در هنگام خشم
جلسه هفتم مسئولیت و استقلال در کودکان	تعریف مسئولیت پذیری، راه های ایجاد مسئولیت در کودک: انطباق، هم چسبی و رقابت، و الگوپذیری و مسئولیت حق بیان، مسئولیت حق انتخاب

جلسه هشتم تکمیل پرسشنامه‌ها	برگزاری جلسه سه‌ساعته پرسش و پاسخ در زمینه مواد آموزشی و مصاحبه با تک‌تک مادران در مورد میزان اثربخشی برنامه و دریافت نقاط قوت و ضعف برنامه
--------------------------------	---

جدول ۲. خلاصه برنامه‌های آموزشی ذهن آگاهی برای مادران	
جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	معرفی آموزش ذهن آگاهی و تعریف آن و توضیح پیرامون علت اجرای این دوره آموزشی برای کودکان، توضیح پیرامون چگونگی برنامه‌ریزی برای تمرینات ذهن آگاهی و گنجاندن این تمرینات در زندگی روزانه، مشارکت والدین و یادداشت‌های روزانه درباره تمرین ذهن آگاهی، آموزش و انجام تمرینات مربوط به وضعیت‌های تمرینات مراقبه ذهن آگاهی (وضعیت نشست روی صندلی، وضعیت خوابیده، نشستن به حالت چهار زانو، حالت لوتوس کامل، وضعیت دست‌ها).
جلسه دوم	صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان در مورد ذهن آگاهی، تمرین تنفس آگاهانه و آموزش تنفس شکمی، تمرین ذهن آشفته در برابر ذهن آرام با کمک بطری اکلیلی.
جلسه سوم	صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان از ذهن آگاهی و تکرار تنفس ذهن آگاهانه و آموزش بادی اسکن.
جلسه چهارم	تکرار تمرینات پایه تنفسی و آموزش آگاهی نسبت به زمان حال با کمک تمرین لیوان آب. آموزش خوردن ذهن آگاهانه به همراه تکرار تمرین تنفس ذهن آگاهانه و بادی اسکن.
جلسه پنجم	تکرار تمرینات پایه تنفسی و تکرار تمرین خوردن ذهن آگاهانه و آموزش تمرین بوییدن ذهن آگاهانه و لمس کردن ذهن آگاهانه و انجام حرکات کششی ذهن آگاهانه.
جلسه ششم	مرور تمرینات جلسات قبل، آموزش تمرین گوش دادن ذهن آگاهانه و انجام تمرین ذهن آگاهی نسبت به افکار "مراقبه رودخانه روان"، "تخته سفید نانوشته"، "ورود به شکاف بین افکار"
جلسه هفتم	تکرار تمرینات پایه تنفسی و بادی اسکن، انجام تمرین ذهن آگاهی "عوض کردن کانال" و "افکار خود آیند منفی"
جلسه هشتم	مرور تمرینات جلسات قبل و آموزش مراقبه ذهن آگاهی نسبت به هیجانات و بازی "من احساس می‌کنم" و یادداشت نویسی یا نقاشی درباره احساسات و هیجانات. تکرار تمرینات پایه تنفسی و ذهن آگاهی نسبت به حس‌های بدنی و انجام مراقبه "رهایی از افسردگی در لحظه حال".

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد در گروه آزمایش ۷ پسر و ۵ دختر، و در گروه کنترل ۵ پسر و ۷ دختر حضور داشتند. در گروه آزمایش ۶ نفر در کلاس اول دبستان و ۷ نفر در کلاس دوم دبستان، همچنین در گروه کنترل نیز، ۷ نفر در کلاس اول دبستان و ۵ نفر در کلاس دوم دبستان حضور داشتند. در گروه آزمایش ۴ نفر فرزند اول، ۳ نفر فرزند دوم، ۳ نفر فرزند سوم و ۴ نفر فرزند چهارم و بالاتر و در گروه کنترل ۴ نفر فرزند اول، ۳ نفر فرزند دوم، ۴ نفر فرزند سوم و ۱ نفر فرزند چهارم و بالاتر می‌باشند.

جدول ۳. میانگین، انحراف استاندارد برای نمرات مشکلات رفتاری کودکان در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری			
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
ظرفیت تاملی والدینی	آزمایش	۴۰/۴۱	۲/۶۴
	پس آزمون	۵۲/۱۶	۲/۴۴
	پیش آزمون	۵۰/۰	۲/۴۱
	کنترل	۴۲/۰	۲/۲۷

۲/۶۲	۴۱/۰	پس آزمون		
۲/۰	۴۰/۲۵	پیگیری		
۲/۱۸	۱۹/۶۷	پیش آزمون	آزمایش	مهارت های ذهنی سازی
۱/۶۲	۳۴/۰۸	پس آزمون		
۱/۵۵	۲۹/۶۶	پیگیری		
۲/۲۶	۲۰/۷۵	پیش آزمون	کنترل	
۲/۴۳	۲۱/۵	پس آزمون		
۲/۶۴	۲۱/۳۳	پیگیری		
۵/۸۴	۲۰۷/۲۵	پیش آزمون	آزمایش	مشکلات رفتاری - هیجانی
۴/۳۷	۱۳۸/۷۵	پس آزمون		
۴/۲۴	۱۵۴/۶۶	پیگیری		
۴/۰۵	۲۰۳/۳۳	پیش آزمون	کنترل	
۴/۳۷	۲۰۹/۴۱	پس آزمون		
۴/۷۱	۲۱۴/۶۶	پیگیری		
۲/۶۰	۳۱/۵۸	پیش آزمون	آزمایش	متغیر اضطراب - افسردگی
۱/۵۴	۲۳/۲۵	پس آزمون		
۱/۳۱	۲۴/۹۱	پیگیری		
۲/۳۰	۳۰/۲۵	پیش آزمون	کنترل	
۲/۶۴	۳۰/۹۱	پس آزمون		
۲/۶۳	۳۱/۷۵	پیگیری		
۱/۵۶	۱۶/۰۸	پیش آزمون	آزمایش	متغیر گوشه گیری - افسردگی
۱/۱۳	۸/۷۵	پس آزمون		
۱/۵۶	۱۱/۰۸	پیگیری		
۱/۴۲	۱۵/۷۵	پیش آزمون	کنترل	
۱/۶۲	۱۶/۹۱	پس آزمون		
۲/۰۲	۱۷/۵	پیگیری		
۱/۷۲	۱۸/۹۱	پیش آزمون	آزمایش	متغیر شکایات جسمانی
۱/۶۲	۱۲/۵	پس آزمون		
۱/۵۹	۱۴/۰	پیگیری		
۲/۱۷	۱۹/۰	پیش آزمون	کنترل	
۲/۲۳	۱۹/۹۱	پس آزمون		
۲/۱۰	۲۰/۵۸	پیگیری		
۱/۷۲	۲۳/۵۸	پیش آزمون	آزمایش	متغیر مشکلات اجتماعی
۱/۷۳	۱۵/۵۰	پس آزمون		
۱/۴۴	۱۷/۰۸	پیگیری		
۱/۷۸	۲۱/۹۱	پیش آزمون	کنترل	
۱/۰۸	۲۲/۵۸	پس آزمون		
۱/۴۱	۲۳/۰	پیگیری		
۱/۲۴	۳۵/۵۰	پیش آزمون	آزمایش	
۱/۴۴	۲۳/۵۰	پس آزمون		

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جان کلیم انسانی

۱/۱۶	۲۶/۰۸	پیگیری		متغیر مشکلات
۱/۴۱	۳۵/۰	پیش آزمون	کنترل	توجه
۱/۵۰	۳۵/۰۸	پس آزمون		
۱/۷۲	۳۵/۶	پیگیری		
۱/۴۴	۱۹/۹۱	پیش آزمون	آزمایش	متغیر مشکلات
۱/۶۴	۱۳/۱۶	پس آزمون		تفکر
۱/۳۵	۱۵/۲۵	پیگیری		
۱/۴۸	۲۰/۲۵	پیش آزمون	کنترل	
۱/۶۱	۲۱/۳۳	پس آزمون		
۱/۷۴	۲۲/۱۶	پیگیری		
۱/۰۸	۲۵/۰۸	پیش آزمون	آزمایش	متغیر رفتار قانون
۱/۵۰	۱۶/۵۸	پس آزمون		شکنی
۱/۳۰	۱۸/۶۶	پیگیری		
۰/۸۳	۲۶/۱۶	پیش آزمون	کنترل	
۱/۱۱	۲۶/۸۳	پس آزمون		
۰/۹۹	۲۷/۵۸	پیگیری		
۱/۲۴	۳۶/۵۸	پیش آزمون	آزمایش	متغیر رفتار
۱/۰	۲۵/۵۰	پس آزمون		پرخاشگرانه
۰/۸۶	۲۷/۷۵	پیگیری		
۱/۱۲	۳۵/۰	پیش آزمون	کنترل	
۱/۵۲	۳۵/۸۳	پس آزمون		
۱/۱۶	۳۶/۴۱	پیگیری		

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که نمره مشکلات رفتاری کودکان، در دو گروه آزمایش و کنترل، در مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری دارند اما در مرحله پیش آزمون تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشته است. همچنین در پژوهش حاضر نرمال بودن داده‌ها و پراکندگی جهت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری ابتدا پیش-فرض‌های اساسی این روش شامل آزمون نرمال بودن، همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس، و همگنی واریانس گروه‌ها، همگنی واریانس‌ها و همگنی ضرایب رگرسیون، مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در پس-آزمون

مرحله پژوهش	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	P	η^2
پس-آزمون	لامبدای ویلکز	۰/۰۰۹	۶۰۳/۱۲۲	۳/۰	۱۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹

براساس جدول ۴ مشخص می‌شود که آماره لامبدای ویلکز معنادار است. به عبارت دیگر، بین آزمودنی‌هایی که مداخلات را دریافت کرده‌اند (گروه آزمایش) و آزمودنی‌هایی که مداخلات را دریافت نکرده‌اند (گروه کنترل) در

مرحله پس-آزمون، حداقل به لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰,۰۱$). میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۷۹ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۷۹ درصد تغییر متغیرهای وابسته در نمرات پس-آزمون مربوط

به تاثیر درمان مبتنی بر ذهن سازی در مادران در کودکان بر مشکلات رفتاری-هیجانی می‌باشد. توان آماری نیز برابر با ۱/۰۰ است. به این معنی که اگر این تحقیق ۱۰۰۰ مرتبه تکرار شود، هیچگاه فرضیه صفر از روی اشتباه تایید نخواهد شد.

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پیگیری متغیرهای وابسته

منابع تغییر متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اضطراب/افسردگی	۳۵۲/۰۸۱	۴	۸۸/۰۲۰	۹۲/۷۱	۰/۰۰۱
گوشه گیری/افسردگی	۳۰۷/۱۴۳	۴	۷۶/۷۸	۱۲۳/۴۷۷	۰/۰۰۱
شکایات جسمانی	۳۱۶/۴۶۴	۴	۷۹/۱۱۶	۷۳/۳۴	۰/۰۰۱
مشکلات اجتماعی	۰/۶۲۹	۴	۲/۳۵۷	۲/۹۶	۰/۱۰۱
مشکلات توجه	۱۹/۳۶۳	۴	۱۱/۹۲	۳/۹۵	۰/۰۶
مشکلات تفکر	۳۲۹/۳۷۲	۴	۸۲/۳۴۳	۱۳۵/۰۳۶	۰/۰۰۱
رفتار قانون شکنی	۴۹۶/۰۷۳	۴	۱۲۴/۰۱۸	۲۲۳/۲۹	۰/۰۰۱
رفتار پرخاشگرانه	۴۶۷/۱۵۱	۴	۱۱۶/۷۸	۳۳۲/۰۴۱	۰/۰۰۱

است (P<۰/۰۵). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن سازی (مادر) بر متغیرهای وابسته تا مرحله پیگیری بطور کلی تداوم داشته است. نشان می‌دهد وقتی مادران تنیده یا افسرده هستند یا از استرس حاد رنج می‌برند و یا تعارضاتی در روابط شان تجربه می‌کنند، احتمالاً در فرزندپروری کارآمد که پاسخگو و حساس نسبت به فرزندانشان باشند، با مشکلاتی مواجه می‌شوند (دانکن و شادیکس، ۲۰۱۵). از این رو شناسایی موقعیت‌های تنیدگی زای والدین، فرزندان و کسب مهارت‌های برخورد صحیح با فرزندان از الزامات فرزندپروری است که در این پژوهش به اثرات آن از رویکرد فرزندپروری ذهن آگاهانه پرداخته شد. یکی از اهداف فرزندپروری ذهن آگاهانه، پیشرفت در فرزندپروری تحت شرایط تنیدگی زیاد است. در این رویکرد، تمرکز اولیه آموزش به جای مشکلات رفتاری کودک بر تنیدگی، رنج و آسیب‌شناسی روانی والدین می‌باشد. در تبیین اثربخشی ذهنی سازی می‌توان گفت که در کودکان دارای مشکلات رفتاری و هیجانی والدین نمی‌

مطابق با یافته‌های مندرج در جدول ۵ نتیجه آزمون تک متغیری برای یکایک متغیرهای وابسته به جز مشکلات توجه و مشکلات اجتماعی در مرحله پیگیری نیز معنادار

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی در مشکلات رفتاری کودکان بود. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر مشکلات رفتاری کودکان در حیطه‌های اضطراب/افسردگی (P<۰/۰۰۱)، گوشه گیری/افسردگی (P<۰/۰۰۱)، شکایات جسمانی (P<۰/۰۰۱)، مشکلات تفکر (P<۰/۰۰۱)، رفتار قانون شکنی (P<۰/۰۰۱) و رفتار پرخاشگرانه (P<۰/۰۰۱) موثر بوده است. نتایج با تحقیقات ولی پور و همکاران (۷)، کریمی و همکاران (۱۳۹۹) و فوناگی و باتمن (۸)، سمیل و همکاران (۹)، بوگلس و همکاران (۱۰) همسو می‌باشد. از منظر تکاملی استرس و تنیدگی در موقعیتهای تنش زای فرزندپروری منجر به فرزندپروری واکنشی، مضطربانه و فوق حفاظتی می‌شود. تنیدگی مادران حاصل تنش افراطی وابسته به تعاملات مادر و کودک است. شواهد

توان گفت که درمان مبتنی بر ذهن سازی و ذهن آگاهی نقش بی نظیری در درمان مشکلات رفتاری-هیجانی کودکان داشته است. بنابراین به والدین و درمانگران پیشنهاد می شود که جهت رشد و بالندگی و غنی تر شدن روابطشان با فرزندانشان از این تکنیکها زیر نظر متخصصان استفاده بیشتری نمایند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین 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، شرکت کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همه کسانی که در انجام دادن پژوهش یاری رساندند، سپاسگزاری می شود.

مشارکت نویسندگان

نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم سازی، روش-شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش-نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

تعارض منافع

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

منابع

رضایی فرح آبادی، سمانه؛ مظاهری، محمدعلی؛ امیری، شعله؛ طالبی، هوشنگ. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر دل بستگی بر کاهش رفتار پر خاشگرانه و قانون شکنی در دختران نوجوان. فصلنامه خانواده و پژوهش، ۱۱۳، ۲۴-۹۷.

ساطوریان، سید عباس؛ هراتیان، عباسعلی؛ طهماسیان، کارینه؛ احمدی، محمدرضا. (۱۳۹۴). مشکلات درونی سازی شده و برونی سازی شده در کودکان: ترتیب تولد و فاصله سنی. مجله روانشناسی تحولی روانشناسان ایران، ۱۲(۹۴)، ۱۸۷-۱۷۳.

ولی پور، مورینا؛ حسینیان، سیمین؛ پورشهریاری، مهسپما. (۱۳۹۶). تاثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر

توانند احساسات، خواسته‌ها و نیازهای کودک را درک کنند و توافق نداشتن کودک و والدین در زمینه‌های مختلف وجود دارد. از نظر بلیبرگ (۲۰۱۳) این مساله همچون گفت و گویی در بین ناشنویان است چرا که تعارضات حل نشده والدین مانع فهم نیازهای طبیعی کودک می شود. در این گونه مواقع کسی که احساس شنیده نشدن یا درک نشدن می کند و هیچ امیدی ندارد که کس دیگر بتواند از دیدگاه فردی او قدردانی کند، تطبیق بسیار کمتر شده و نیازها و احساس‌های او در نظر گرفته نمی شود. درمان مبتنی بر ذهنی سازی به فرد کمک می کند تا کیفیت روابط بین فردی از طریق شناسایی عوامل استرس زا در خانواده و توانایی ذهنی سازی مادر در وضعیت‌های هیجانی و عاطفی افزایش یابد. نشانگرهای ذهنی سازی از جمله کنجکاو، احترام، همدلی، همدردی و وساطت در مادر بررسی می شود، آن گاه تعامل کودک و خانواده برای ارزیابی ظرفیتهای ذهنی سازی اتفاق می افتد. پیشنهاد می شود از مداخلات انجام شده در این پژوهش جهت آموزش به دیگر سنین در دیگر مقاطع تحصیلی و خانواده‌های آنان (پدران و مادران) بر سایر متغیرهای روانشناختی انجام و در قالب طرح‌های پژوهشی، فرایندهای مختلف این دو رویکرد را مورد بررسی قرار دهند. با توجه به اثربخشی و تاثیرگذاری این دو رویکرد بر مادران و کودکان، پیشنهاد می شود تا مشاوران و درمانگران مراکز مشاوره از این رویکرد درمانی در گروه‌های درمانی و کلاس‌های آموزشی جهت بهبود مشکلات رفتاری-هیجانی کودکان و نوجوانان بهره ببرند. تدوین برنامه‌هایی جهت آگاهی دادن به والدین در زمینه مشکلات رفتاری-هیجانی کودکان و تاثیر آنها در شکل گیری رفتار و شخصیت آنان. شناسایی متغیرهای مرتبط با مشکلات رفتاری-هیجانی، کمرویی، پر خاشگری و... و سعی در ارتقاء این متغیرها تا نهایتاً با افزایش کیفیت و رضایت از زندگی در فضایی توأم با آرامش و اعتماد کودکان نیز بهبود یابند. شناسایی مشکلات هیجانی-رفتاری کودکان و نوجوانان و سعی در تغییر این مشکلات از طریق سایر روش‌های آموزشی و مداخله‌های درمانی. بر مبنای یافته‌های این پژوهش می

- Semple, R. J., Lee, J., Rosa, D., & Miller, L. F. (2010). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 218-229.
- ذهن آگاهی بر مشکلات رفتاری کودکان. فصلنامه سلامت روان کودک، ۴(۴)، ۳۴-۴۶.
- Bögels S, Hoogstad B, van Dun L, De Schutter S, Restifo K.(2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behav Cogn Psychother*.36(02): 193-209.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218.
- Fonagy, P, Target, M.(1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *The International Journal of International Perspective*, 8(1), 87-114.
- Fonagy, P. & Allison, E. (2012). What is mentalization? In N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child* (pp. 11-34). London: Routledge.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2016). Psychic reality and the nature of consciousness. *The International Journal of Psychoanalysis*, 97(1), 5-24.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive psychiatry*, 64, 59-66.
- Galle Girian S, Deireh E.(2017). Comparison of the effect of metacognitive therapy and attachment based therapy on externalizing problems in aggressive children. *Journal of Child Mental Health*. 4(1):24-34. [Persian].
- McMahon R. (2014). Diagnosis assessment and treatment of externalizing problems in children: the yole of longitudinal. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 62: 901-917.
- Midouhas E, Kuang Y, Flouri E. (2014). Neighbourhood human capital and the development of childrens emotional and behavioural problems: the mediating role of parenting and schools. *Health Place*.27:155-61.
- Oliveira CD, Rahioui H, Smadja M, Gorsane MA, Louppe F. (2017). Mentalization based treatment and borderline personality disorder. *L'Encéphale*; 43:340-345.
- Sharp C. (2014). The social-cognitive basis of BPD: A theory of hypermentalizing. In C. Sharp & J. L. Tackett (Eds.), *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents*. 1st Edition, NY: Springer: New York,

