



Research Paper

The Effectiveness of Mother–Child Mentalization-Based Therapy in Reducing Symptoms of Oppositional Defiant Disorder: A Case Study

Mostafa Valipour^{1*} 

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran

Article info:

Received: 09.01.2025

Revised: 15.05.2025

Accepted: 29.05.2025

Keywords:

oppositional defiant disorder, treatment based on the mother-child mentalization, case study



Publisher: University of Zanjan

Abstract

Among children referred to child psychotherapy centers, Oppositional Defiant Disorder (ODD) is considered one of the most common behavioral disorders. Within the framework of developmental psychopathology, ODD and its underlying factors can serve as precursors and predictors of more severe psychological disorders during adolescence and adulthood. Early identification and the application of appropriate therapeutic approaches are critical for reducing current symptoms and preventing long-term complications. The present study aimed to investigate the effectiveness of Mother–Child Mentalization-Based Therapy (MBT) in alleviating ODD symptoms in children aged 5 to 7 years in Zanjan City in 2020. This research employed a single-case study design, and data analysis was conducted using graphical representation, effect size calculation, and improvement percentage indices. From the population of children exhibiting ODD symptoms, four participants were selected through purposive sampling. Pre-intervention and post-intervention evaluations were performed using the Child Behavior Checklist (CBCL) along with structured clinical interviews. The results indicated that Mother–Child MBT led to noticeable symptom reduction for all four participants, with improvement rates of 53% for Participant 1, 67% for Participant 2, 73% for Participant 3, and 53% for Participant 4. Importantly, these therapeutic effects were largely maintained throughout the follow-up period, highlighting the stability of treatment outcomes. Additionally, favorable effect sizes were observed in all cases, suggesting robust clinical impact of the intervention. Taken together, these findings demonstrate that Mother–Child Mentalization-Based Therapy is an effective approach for reducing symptoms of ODD in young children, offering the dual benefit of improving current functioning while preventing future psychological difficulties, and thereby contributing significantly to the promotion of children’s long-term mental health and well-being.



Use your device to scan and read the article online.

Citation: Valipour, M. (2026). The Effectiveness of Mother–Child Mentalization-Based Therapy in Reducing Symptoms of Oppositional Defiant Disorder: A Case Study. *Iranian Journal of Psychoeducational Assessment*, 1 (2), 265-278. <https://doi.org/10.30470/ijpa.2025.733222>

* **Corresponding Author:** Mostafa Valipour

Address: Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran

Email: m.valipour@yahoo.com

Extended Abstract

Introduction

Mentalization refers to an imaginative mental activity through which individuals understand human behavior in terms of internal mental states such as beliefs, intentions, desires, needs, and emotions (Allen et al., 2008; Verheugt et al., 2020). Because access to another person's inner world is inherently uncertain, individuals rely on mental representations to interpret others' thoughts and feelings (Fonagy et al., 1997). Previous research has demonstrated that mentalization is associated with resilience (Ensink et al., 2017), emotion regulation (Fonagy, 2004), attachment-based peer relationships (Beck et al., 2017), and romantic relationships (Marsall & Janszak, 2018). Moreover, mentalization has been shown to mediate the relationship between antisocial traits and aggression, childhood maltreatment, and the development of personality disorders (Chiesa & Fonagy, 2014; Tanber et al., 2013). Externalizing disorders encompass a range of disruptive and antisocial behaviors, including oppositional defiant disorder (ODD) and conduct disorder (Rosado et al., 2023). Children with these disorders commonly experience interpersonal difficulties with both peers (Vitaro et al., 2001) and parents (Greenberg et al., 1991). ODD is characterized by a persistent pattern of angry or irritable mood, argumentative and defiant behavior, and vindictiveness toward authority figures (Dachou et al., 2021). Research indicates that ODD not only predicts later conduct disorder and antisocial behavior (Waldman et al., 2018), but is also associated with mood and anxiety disorders, suicidal tendencies, and interpersonal problems (Burke et al., 2005; Boylan et al., 2007; Nock et al., 2007; Burke et al., 2018; Levy et al., 2023). Prevalence rates range from 3% to 5%, with higher rates observed in boys (Hawes et al., 2023).

Studies suggest that some children with ODD exhibit distorted mentalization. These children show impairments in social information processing, including interpretation of social cues and attribution of intent, often perceiving hostility in ambiguous situations (Dodge et al., 2002; Meece & Pettit, 2008). Sharp (2008) reported difficulties in emotion recognition among children with externalizing disorders. In contrast, Sutton et al. (2000) identified a subgroup of children with severe externalizing behaviors who demonstrated advanced theory of mind abilities, conceptualized as "pseudo-mentalization," which is used manipulatively rather than reflectively. Mentalization-based treatment (MBT) aims to address these deficits by fostering genuine reflective functioning. Mother-child MBT emphasizes maternal mentalization as a key factor in the development of the child's mentalizing capacity. Higher maternal mentalization is associated with secure attachment (Slade et al., 2005) and inversely related to intrusive or rejecting caregiving behaviors (Greenberger et al., 2005). Accordingly, the present study aimed to evaluate the effectiveness of a mother-child mentalization-based intervention in reducing symptoms of oppositional defiant disorder in children.

Results

Data were analyzed using graphical and visual inspection methods to examine changes in symptom severity across assessment phases. Improvement was calculated using the following formula:

$$\Delta A\% = (B - A) / (|A|) \times 100$$

In this formula, $\Delta A\%$ represents the percentage of improvement, A refers to the baseline score, B indicates the posttest score, and $|A|$ denotes the absolute value of the baseline score. Results indicated a consistent reduction in oppositional defiant symptoms across all participants from baseline to posttest, with improvements largely maintained at follow-up. Improvement percentages ranged from 52.9% to 73.3%. Visual inspection showed a steep decline in symptoms during early treatment sessions, followed by more gradual improvement. Effect size was calculated using the Percentage of Data Exceeding the Median (PEM) method. All participants demonstrated PEM values above 90%, indicating high treatment effectiveness.

Conclusion

Mentalization is a complex psychological capacity that facilitates understanding behavior in terms of underlying mental states. Children with externalizing disorders often demonstrate reduced mentalizing capacity, which is associated with emotional dysregulation and interpersonal difficulties (Ensink et al., 2016a; Ensink et al., 2016b). Limited mentalization impairs the regulation of emotions such as anger and increases impulsive behavior (Adshead et al., 2013). Parents of these children also tend to exhibit lower parental reflective functioning (Centifanti et al., 2016; Meins et al., 2013). The findings of the present study demonstrated that mother-child mentalization-based treatment was associated with meaningful reductions in oppositional defiant symptoms. These results are consistent with previous research emphasizing relational and reflective interventions for children with ODD (Sadri et al., 2016; Shirjang et al., 2018; Taher et al., 2016; Valipour et al., 2024). By enhancing mutual understanding of mental states, this intervention supports differentiation between self and other and promotes more adaptive relational patterns (Adshead et al., 2013). Participants gradually moved from pre-mentalizing modes toward more integrated mental representations (Allen & Fonagy, 2006). Rather than directly targeting behavior, the intervention reduced oppositional behaviors by strengthening foundational mentalizing capacities (Zecho et al., 2020). Limitations include the small sample size, short follow-up period, and preliminary nature of the intervention.

Ethical considerations

This study was conducted in accordance with ethical principles, including informed consent and confidentiality. Participation was voluntary, and parents received full information about study procedures.

Funding

All expenses related to this article were covered by the author, and no financial support was received.

Author contributions

All aspects of the study, including design, implementation, data analysis, and manuscript preparation, were conducted by Mostafa Valipour.

Conflict of interest

The author declares no conflicts of interest.



مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی مادر-کودک در کاهش علائم اختلال نافرمانی
مقابله‌ای: مطالعه موردیمصطفی ولی پور^{*۱}

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران

چکیده

در میان ارجاع‌شدگان به مراکز روان‌درمانی کودک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از شایع‌ترین و پرتکرارترین اختلالات رفتاری محسوب می‌شود که می‌تواند عملکرد هیجانی، اجتماعی و تحصیلی کودک را تحت تأثیر قرار دهد. این اختلال و عوامل بنیادین یا زیربنایی آن، در چارچوب آسیب‌شناسی روانی تحولی، نه تنها با مشکلات رفتاری دوران کودکی پیوند دارد، بلکه می‌تواند به‌عنوان زمینه‌ساز و پیش‌بینی‌کننده بروز اختلالات شدیدتر و پیچیده‌تر در دوره نوجوانی و بزرگسالی عمل کند. بنابراین، شناسایی و به‌کارگیری روش‌های درمانی متناسب با ویژگی‌های این اختلال، از اهمیت زیادی برای کاهش نشانه‌های فعلی و پیشگیری از آسیب‌های روانی و اجتماعی آتی برخوردار است. هدف پژوهش حاضر، بررسی میزان اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک در کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان ۵ تا ۷ ساله شهر زنجان در سال ۱۳۹۹ بود. این پژوهش با استفاده از طرح مطالعه‌ی موردی انجام شد و تحلیل داده‌ها بر اساس روش‌های نموداری-ترسیمی، محاسبه اندازه اثر و بررسی درصد بهبودی صورت گرفت. از میان جامعه کودکانی که علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای داشتند، ۴ کودک به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و پیش و پس از مداخله، با استفاده از پرسشنامه سیاهه رفتاری کودکی (CBCL) و مصاحبه بالینی ساختار یافته ارزیابی شدند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک در هر ۴ شرکت‌کننده منجر به کاهش قابل توجه علائم شده است؛ به طوری که درصد کاهش علائم در شرکت‌کننده اول ۵۳٪، دوم ۶۷٪، سوم ۷۳٪ و چهارم ۵۳٪ گزارش شد. این بهبود در دوره پیگیری نیز تا حد زیادی پایدار ماند. همچنین، اندازه اثر به‌دست‌آمده برای تمام شرکت‌کنندگان مطلوب و نشان‌دهنده تأثیر بالای این رویکرد درمانی بود. بر اساس یافته‌ها، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک می‌تواند رویکردی کارآمد برای بهبود علائم کنونی و پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی آینده در این گروه سنی باشد و به ارتقای سلامت روان کودکان کمک شایانی کند.

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۲۰

تاریخ داوری: ۱۴۰۴/۰۲/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۰۸

واژه‌های کلیدی:

اختلال نافرمانی مقابله‌ای، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک، مطالعه موردی



ناشر: دانشگاه زنجان

استناد: ولی پور، م. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک در کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای:

مطالعه موردی. *سنجش روانی تربیتی*، ۱(۲)، ۲۶۵-۲۷۸.<https://doi.org/10.30470/ijpa.2025.733222>

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



* نویسنده مسئول: مصطفی ولی پور

نشانی: دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران

پست الکترونیکی: m.valipour@yahoo.com

ذهنی‌سازی^۱ نوعی فعالیت تصویری ذهنی است که ما را در درک رفتار انسان‌ها در قالب حالات روانی درونی، باورها، اهداف، نیات، نیازها و احساسات یاری می‌کند (آلن^۲ و همکاران، ۲۰۰۸؛ ورس‌تین^۳ و همکاران ۲۰۲۰). از آنجا که ما به‌طور قطع نمی‌دانیم در ذهن دیگری چه اتفاقی می‌افتد، مجبور به این هستیم که درباره افکار و احساسات دیگران تصویرسازی بکنیم (فوناگی^۴ و همکاران، ۱۹۹۷). پژوهشگران زیادی به بررسی نقش توانایی ذهنی‌سازی در عملکرد-های گوناگون روان‌شناختی پرداخته‌اند. نتایج به دست‌آمده نشان داده است که این توانایی با تاب‌آوری (انسینک^۵ و همکاران، ۲۰۱۷)، تنظیم هیجانات (فوناگی، ۲۰۰۴)، شکل‌گیری رابطه دل‌بستگی محور با همسالان (بک^۶ و همکاران، ۲۰۱۷) و روابط عاشقانه (مارسال و جانزاک^۷، ۲۰۱۸) ارتباط دارد. همچنین بر اساس یافته‌های موجود توانایی ذهنی‌سازی بین رگه‌های ضداجتماعی و پرخاشگری (تانبور^۸ و همکاران، ۲۰۱۳)، بدرفتاری‌های دوره کودکی و شروع اختلالات شخصیت (چیسا^۹ و فوناگی، ۲۰۱۴) نقش میانجی دارد.

اختلالات برونی‌سازی شده به دامنه گسترده‌ای از رفتارهای ضداجتماعی و مخل مانند اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای اشاره دارد (روسادو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۳). یکی از ویژگی‌های بارز اختلالات برونی‌سازی شده مشکل در روابط بین فردی است. کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده در برقراری رابطه باهم سالان (ویتارو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۱) و والدین (گرینبرگ^{۱۲} و همکاران، ۱۹۹۱) مشکل دارند. اختلال نافرمانی مقابله‌ای به عنوان یکی از اختلالات برونی‌سازی شده یک اختلال رفتاری است که با ویژگی‌هایی مانند خلق خشمگین/تحریک‌پذیر، رفتار جروبحث/مقابله‌ای و کینه‌توزی توصیف می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال الگویی از منفی‌گرایی، نافرمانی و رفتار پرخاشگرانه را در مقابل مراجع قدرت اتخاذ می‌کنند (داچو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس یافته‌های پژوهشی اختلال نافرمانی مقابله‌ای نه‌تنها به‌عنوان پیش‌درآمد اختلال سلوک^{۱۴} و رفتارهای ضداجتماعی^{۱۵} عمل می‌کند (والدمن^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۸) بلکه اختلالات خلقی، اضطرابی، گرایش‌های خودکشی و مشکلات ارتباط بین فردی را نیز پیش‌بینی می‌کند (بورکی و همکاران، ۲۰۰۵؛ بویلان^{۱۷} و همکاران، ۲۰۰۷؛ ناک^{۱۸} و همکاران، ۲۰۰۷؛ بورکی^{۱۹} و همکاران، ۲۰۱۸؛ لوی^{۲۰} و همکاران، ۲۰۲۳). این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلالات دوره کودکی در بین جمعیت بالینی است. هاووز^{۲۱} و همکاران (۲۰۲۳) شیوع این اختلال را بین ۳ تا ۵ درصد گزارش داده‌اند؛ همچنین بر اساس گزارش این پژوهشگران شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای در بین پسران بیشتر از دختران است.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند برخی از کودکان مبتلا به اختلالات نافرمانی مقابله‌ای دچار ذهنی‌سازی تحریف‌شده هستند. کودکان دارای مشکلات رفتاری در تمام جنبه‌های پردازش اطلاعات اجتماعی مانند رمزگشایی اطلاعات اجتماعی، تفسیر و بازنمایی علت اتفاقات، تصمیم‌گیری برای پاسخ و انتخاب رفتار مناسب مشکل دارند (دوج^{۲۲} و همکاران، ۲۰۰۲؛ میز و پتیت^{۲۳}، ۲۰۰۸). گرایش کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری در نسبت دادن نیات پرخاشگرانه به دیگران در شرایط مبهم از مسائل مورد توجه نظریه‌های ذهنی‌سازی است. احتمالاً اینکه این کودکان حتی در غیاب شواهد از اطرافیان انتظار رفتار پرخاشگرانه دارند، باعث می‌شود که به دیگران با پرخاشگری جواب دهند. شارپ (۲۰۰۸) نشان داد که کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده در درک هیجانات دیگران مشکل دارند. ساتون^{۲۴} و همکاران (۲۰۰۰) با در نظر گرفتن این واقعیت که این کودکان در ارزیابی‌های ذهنی‌سازی و نظریه ذهن از خود مشکلاتی را بروز می‌دهند، به پژوهش درباره گروه متفاوتی از کودکان مبتلا به اختلالات شدید برونی‌سازی پرداختند.

آنها نظریه ذهن این کودکان را با آزمون‌های مناسب موردبررسی قرار داده به این نتیجه رسیدند که بین ذهنی‌سازی و اختلالات برونی‌سازی شده ارتباطی وجود ندارد. درواقع آنها دریافته‌اند که کودکان قلدری که به‌طور فعالانه درگیر قلدری هستند در مهارت‌های ذهنی‌سازی درواقع پیشرفته‌تر هستند. از نظر ساتون و همکاران این کودکان در پاسخ به محیط آزاردهنده که با قوانین مستبدانه و سرسخت اداره می‌شده‌اند توانایی ذهن‌خوانی بالایی دارند. این توانایی ذهن‌خوانی که در اصل فاقد بخش‌هایی از ذهنی‌سازی واقعی و کامل است را ذهنی‌سازی کاذب می‌نامند. برخلاف ذهنی‌سازی کامل که در آن کنجکاو واقعی و احترام به حالات ذهنی دیگران وجود دارد، در ذهنی‌سازی کاذب از توانایی ذهنی‌سازی برای کنترل و دست‌کاری دیگران استفاده می‌شود. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به دنبال برطرف کردن نقاط ضعف این کودکان در این توانایی پیچیده است.

1 Mentalizaion

2 Allen

3 Kvarstein

4 Fonagy

5 Ensink

6 Beck

7 Marszał& Jańczak

8 Taubner

9 Chiesa

10 Rosado

11 Vitaro

12 Greenberg

13 Dachew

14 Conduct disorder

15 Antisocial behavior

16 Waldman

17 Boylan

18 Nock

19 Burke

20 Levy

21 Hawes

22 Dodge

23 Mize & Pettite

24 Sutton

در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک علاوه بر کودک به مادر کمک می‌شود تا کودک را در قالب حالات روانی او درک کند. این کار به مادر در درک حالات روانی خود نیز کمک می‌کند. نکته حائز اهمیت این است که توانایی ذهنی‌سازی مادر که این درمان بر آن متمرکز است در رشد ظرفیت ذهنی‌سازی کودک نقش اساسی دارد. بالا بودن توانایی ذهنی‌سازی مادر با دل‌بستگی ایمن کودک رابطه معناداری دارد (اسلید^۱ و همکاران، ۲۰۰۵)؛ همچنین بالا بودن این توانایی در مادر، با الگوهای مراقبتی مداخله جویانه، پرخاشگرانه یا طرد کننده او رابطه منفی دارد (گریبنرگر و همکاران ۲۰۰۵). از این منظر هدف قرار دادن توانایی ذهنی‌سازی می‌تواند عنصر اصلی هر مداخله درمانی دوره کودکی باشد.

نکته قابل توجه این است که افزایش ذهنی‌سازی مادرانه یکی از پیامدهای درمان‌های مبتنی بر رابطه‌ی موفق است. به طور خاص این درمان می‌تواند به مادر کمک کند تجارب کودک و درک خود از آنها را از فرافکنی‌ها و عواطف آشفته خود تفکیک دهد. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، سازوکاری را فراهم می‌کند که به‌وسیله آن هم‌بازنمایی و هم رفتار تغییر می‌کند. این درمان به مادر کمک می‌کند تا کودک (حتی اگر فقط یک نوزاد باشد) را به عنوان موجودی با نیازها، آرزوها و مقاصد متمایز از خود و خاص کودک ببیند. در سطوح بالاتر مادر نه تنها کودک بلکه خود را به عنوان موجودی قصدمند و پیچیده می‌بیند که حالات روانی‌اش در رابطه با مراقبانش نمود پیدا کرده است (آلن^۲ و فوناگی، ۲۰۰۶).

در این مدل درمانی هدف بر این است تا به مادر یاد داده شود تا حالت انعکاسی به خود بگیرد. منظور از حالت انعکاسی یعنی مادر بتواند حالات روانی خود و کودک را به خوبی درک کند. این حالت با درک وضعیت‌های روانی پایه و مقدماتی شروع می‌شود. منظور از وضعیت‌های روانی پایه، نام‌گذاری احساسات، آرزوها، قصدها نیات و باورها در خود و دیگری و سپس استفاده از این توانایی برای فکر کردن و تصویرسازی درباره خود و دیگران به روش‌های مختلف است (آلن و فوناگی، ۲۰۰۶). برای این که مادر بتواند کودک را درک کرده و تجارب و رفتارهای او را بر اساس حالات ذهنی کودک تعبیر و تفسیر بکند ابتدا باید بتواند حالات روانی خود را درک کند. مادر باید بتواند افکار، آرزوها، نیات و قصدهای خود را درک کرده و بتواند تجارب درونی خود را در قالب کلمات بیان کند. تنها در این صورت است که او می‌تواند حالات روانی کودک را درک کرده و به او کمک کند تا تجارب خودش را تنظیم کند. در واقع درک مادر از اینکه کودک دارای احساسات، آرزوها و افکار خاص خود هست، یکی از دستاوردهای این روش درمانی است. برای این منظور در ابتدا از مادر خواسته می‌شود تا برای درک حالات روانی فرزندش، بر روی علائم ظاهری او تمرکز داشته باشد. این علائم می‌توانند به سطح فعالیت کودک، گریه، ساکت بودن و خواب‌آلودگی او اشاره داشته باشند. فن‌هایی مانند حرف زدن با کودک و تقلید از او می‌توانند به مادر در درک این که او دارای نیازها، مقاصد، انتظارات و احساسات خاص خود هست کمک بکنند. بدیهی است در سنین بالاتر مادر باید آموزش ببیند علاوه بر علائم عینی، بر روی حالات و نشانه‌های پیچیده‌تر متمرکز شده و آنها را درک نماید (کارتر^۳ و همکاران، ۱۹۹۱). به محض اینکه مادر شروع به شناسایی و اسم گذاری افکار و احساسات می‌کند توانایی ذهنی‌سازی در دسترس قرار می‌گیرد. بر اساس توصیفات فوناگی و همکاران کلید اصلی حالت تأملی^۴، هوشیاری به ماهیت حالات روانی، ظرفیت درک حالات روانی زیرین رفتارها و شناسایی و درک ماهیت رشدی حالات روانی است (فوناگی و همکاران، ۱۹۹۸). هر چقدر مادر بتواند حالات روانی زیرین یک رفتار را به خوبی درک کند می‌تواند پاسخ همراه با حساسیت^۵ بالا نسبت به این رفتار بدهد (فوناگی و تارگت، ۲۰۰۵).

همان‌طور که اشاره شد، برای درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای مدل‌های متنوعی ارائه شده است. روش‌هایی که از مفهوم‌سازی‌های متفاوتی برخاسته و چهارچوب‌های مختلفی دارند. این روش‌ها دارای نقاط قوت و ضعف و اثربخشی متفاوتی هستند؛ همچنین ذکر این نکته مهم است که روش درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی باوجود ریشه‌های کهنی که دارد خود یک روش نوپا است و نیاز به بررسی و محک خوردن بیشتری دارد. پژوهش حاضر به دنبال به کارگیری و ارزیابی بسته درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک در کاهش علائم نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان است.

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر با توجه به اهداف پژوهش و محدودیت‌های اجرایی از نوع طرح تجربی تک آزمودنی با خط پایه چندگانه با پیگیری است؛ که جزئیات آن در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱

طرح پژوهش به کار گرفته شده به تفکیک مراحل ارزیابی و مداخله

T1	T2	x	T3	x	T4	T5
پیش‌آزمون ۱ (هفته قبل)	پیش‌آزمون قبل از جلسه اول	مداخله (۵ جلسه)	آزمون میانی (ارزیابی میان جلسات)	مداخله (۷ جلسه دوم)	پس‌آزمون	پیگیری ۱ ماهه

¹ Slade

² Allen

³ Carter

⁴ Reflective stance

⁵ Sensitivity

مشارکت‌کنندگان

جامعه این پژوهش شامل تمامی کودکان ۷-۵ ساله‌ای است که در سال ۹۹ ساکن شهر زنجان بوده و تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای دریافت نموده‌اند. از بین مراجعه‌کنندگان به یکی از کلینیک‌های تخصصی کودک و نوجوان زنجان، ۴ نفر از کودکانی که واجد ملاک‌های ورودی و خروجی بودند، انتخاب شده و وارد برنامه درمانی شدند. ملاک‌های ورود شامل داشتن علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای طبق ارزیابی روانشناس بالینی کودک و آزمون معتبر، دامنه سنی ۷-۵ سال، داوطلب شرکت بودن و رضایت آگاهانه والدین برای شرکت در جلسات؛ ملاک‌های خروج مصرف داروهای روان‌پزشکی مانند ریتالین، میتلا بودن به اختلالات عصبی‌رشدی دیگر، درمان هم‌زمان با سایر روش‌های روان‌شناختی، ناتمام گذاشتن شرکت در روش‌های درمانی موردنظر و غیبت بیش از ۳ جلسه بود. روش نمونه‌گیری هدفمند بود. شرکت‌کنندگان پس از ارزیابی و ورود به فرآیند پژوهش در ابتدا مورد ارزیابی قرار گرفته و دو نمره خط پایه با دوهفته فاصله برای آنان ثبت می‌شد. در ادامه جلسات به صورت فردی یا والد کودک (مطابق با برنامه درمان پیشنهادی) در قالب یک جلسه هفتگی برگزار شد. بلافاصله بعد از جلسه آخر، ارزیابی مجدد با آزمون علائم مرضی کودکان انجام شده و در انتها این کودکان یک ماه و دو ماه بعد از پایان درمان نیز مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه علائم مرضی کودک^۱ (CSI): این پرسشنامه به وسیله اسپیرافکین و گادو در سال ۱۹۸۴ بر اساس طبقه‌بندی DSM-II به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان و نوجوانان ساخته شد. در نهایت آزمون در سال ۱۹۹۴ با چاپ چهارم DSM تغییرات اندکی کرد و مورد تجدید نظر قرار گرفت. CSI علائم کودکان ۵ تا ۱۲ سال را ارزیابی می‌کند. این ابزار دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والدین که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است، ۱۱۲ سؤال دارد که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلالات رفتاری تنظیم شده است. این آزمون زمینه‌های نارسایی توجه-بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، اختلال اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال وسواس فکری و عملی، هراس خاص، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسرده خویی، اسکیزوفرنی، اختلال رشدی فراگیر، اختلال اسپرگر، تیک‌های صوتی و حرکتی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال‌های دفع را می‌سنجد. پرسشنامه علائم مرضی کودک دارای دو روش نمره گذاری نمره‌ی برش غربال کننده و نمره‌ی شدت علامت است. در این پژوهش از روش نمره‌ی شدت علامت استفاده شد. بر این اساس نمره‌ی زیر ۸ دامنه‌ی نرمال، ۹ تا ۱۲ مشکل جدی و بالای ۱۳ اختلال به حساب می‌آید. در بررسی روایی^۲ این آزمون لوینگستون^۳ و همکاران (۱۹۹۲) به وسیله رگرسیون چندگانه نشان دادند نمرات اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک و اختلال نقص توجه بیش‌فعالی این آزمون به‌طور معنی‌داری نمرات اختلالات برونی‌سازی شده آزمون آنباخ را پیش‌بینی می‌کنند؛ همچنین نمرات اضطراب و اختلالات خلقی پرسشنامه علائم مرضی کودک اختلالات درونی‌سازی شده این آزمون را پیش‌بینی می‌کنند. اسپیرافکین و گادو^۴ (۱۹۹۷) پایایی^۵ باز آزمایی پرسشنامه را پس از ۶ هفته بررسی کردند که برای تمام طبقه‌ها معنادار بود. گریسون و کارلسون^۶ (۱۹۹۱) حساسیت این پرسشنامه را برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک و اختلال نقص توجه بیش‌فعالی به ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۷۷ گزارش نموده‌اند. ویژگی‌های روانسنجی این آزمون در ایران توسط فرزاد و همکاران، (۱۳۹۰) بر روی ۳۰۰ نفر (۱۳۲ دختر و ۱۶۸ پسر) مورد بررسی قرار گرفته است. بر این اساس ضریب پایایی آزمون برای فرم والد ۰/۹۴ و برای فرم معلم ۰/۹۶ به دست آمد. تحلیل عاملی انجام شده روایی سازه آزمون را تأیید کرد. همچنین همبستگی‌های متقابل بین خرده مقیاس‌های دو فرم والد و معلم معنادار بود. ابراهیمی (۱۳۷۷) بعد از تأیید اعتبار صوری، نمرات پایایی چک‌لیست والدین و معلمان را از طریق باز آزمایی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۹ به دست آورد.

پروتکل اجرایی

این بسته درمانی بر اساس تجارب یک دهه مطالعه و درمان کودک و با تکیه بر نظریه ذهنی سازی و مدل درمان‌های مبتنی بر آن توسط پژوهشگر آماده شده است. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر - کودک در اتاق بازی درمانی با حضور درمانگر، مادر و کودک (بسته به طرح جلسه) اجرا می‌شود. این برنامه شامل گام‌هایی در ۱۲ جلسه به شرح زیر است:

جلسه اول و دوم: ارزیابی خانواده، ارزیابی کودک، به اشتراک‌گذاری نتایج ارزیابی.

جلسه سوم با کودک: تمرکز بر درگیر کردن کودک با درمان. آموزش طرح و گام‌های درمان به کودک. با والدین: تمرکز بر درگیر کردن والد با درمان. آموزش طرح و گام‌های درمان به والدین. کار با والدین بر روی مفهوم‌سازی هدف و والدگی تأملی.

جلسات چهارم تا نهم: تمرکز بر روی والدین و کودک در جلسات مشترک برای رشد ظرفیت ذهنی‌سازی. کمک به مادر برای تمرکز بر فکر و احساس و رفتار خود توسط صفحه شن و صورتک‌های طراحی شده. کمک به کودک برای تمرکز بر فکر و احساس و رفتار خود توسط صفحه شن و صورتک‌های

1 Child Symptom Inventory

2 Validity

3 Livingston

4 Sprafkin & Gadow

5 Reliability

6 Grayson & Carlson

طراحی شده. بازی تعاملی درمانگر به همراه مادر و کودک در جلسه بر روی صفحه شن و تغییر نقش‌ها. مربی گری و هدایت گری والد برای شناخت نقاطی که دچار پیش ذهنی سازی شده یا ذهنی سازی تحت تاثیر برانگیختگی قرار می گیرد.

جلسه دهم: بررسی پیشرفت درمان و تحقق اهداف درمانی. تصمیم‌گیری برای پایان درمان، ادامه جلسات و یا استفاده از روش‌های درمانی دیگر.

جلسه یازدهم: در صورت تصمیم بر پایان درمان، آماده کردن والدین برای پایان درمان و بهره‌برداری هرچه بیشتر از درمان.

جلسه دوازدهم: جلسه پیگیری و تقویت‌کننده دو هفته بعد از جلسه یازدهم. بررسی وضعیت بعد از درمان و ارائه راهنمایی.

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده شده و بر اساس روند نیمرخ، اثرات متغیر مستقل روی متغیر وابسته بررسی شد. همچنین برای محاسبه درصد بهبودی فرمول زیر به کار گرفته شده است:

فرمول شماره ۱. درصد بهبودی با استفاده از فرمول زیر محاسبه شد:

$$\Delta A\% = \frac{B - A}{|A|} * 100$$

در فرمول بالا، $\Delta A\%$ نشان‌دهنده درصد تغییر بهبودی است؛ A نمره پایه (پیش‌آزمون)، B نمره پس‌آزمون، و |A| قدرمطلق نمره پایه را نشان می‌دهد.

جدول ۲

اطلاعات جمعیت‌شناختی، درصد بهبودی و شاخص پایایی بهبودی

شرکت‌کننده ۱	شرکت‌کننده ۲	شرکت‌کننده ۳	شرکت‌کننده ۴	مراحل
۵	۷	۶	۶	سن
پسر	پسر	دختر	پسر	جنسیت
۱۳	۱۶	۱۴	۱۷	پیش‌آزمون ۱
۱۳	۱۵	۱۶	۱۷	پیش‌آزمون ۲
۸	۸	۶	۱۰	آزمون میانی (ارزیابی میان جلسات)
۶	۵	۴	۸	پس‌آزمون
۶	۶	۴	۷	پیگیری
۵۳/۸	۶۷/۷	۷۳/۳	۵۲/۹	درصد بهبودی (بر اساس میانگین پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون)
۵۳/۸	۶۳/۳	۷۳/۳	۵۸/۸	درصد پایایی بهبودی (بر اساس میانگین پیش‌آزمون‌ها و پیگیری)
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	اندازه اثر (PEM)

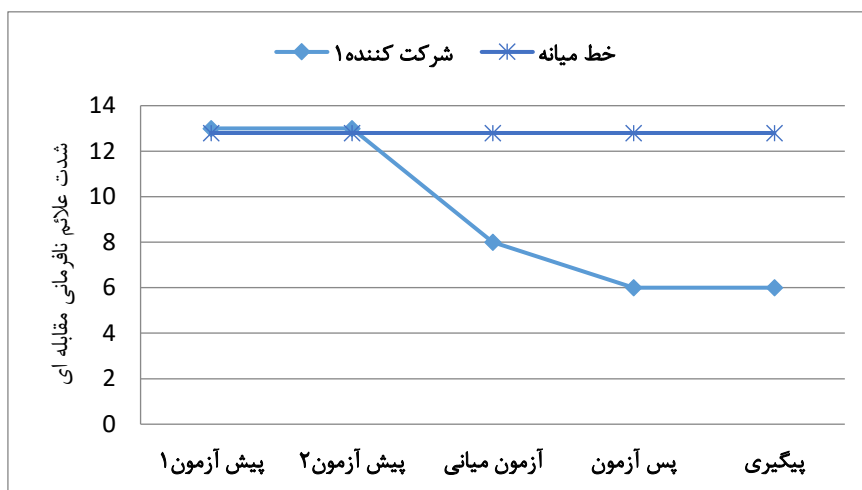
برای سنجش مقابله در کودکان از پرسشنامه علائم مرضی کودکان استفاده شد. نمرات علائم اختلال نافرمانی در خط پایه، آزمون میانی، پس از درمان و پیگیری یک‌ماهه مراجعه‌کننده‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

در ادامه با استفاده از نمودارهای ۱ تا ۴ نمرات و روند تغییر شدت علائم هر شرکت‌کننده به تفکیک از پیش‌آزمون ۱ تا پیگیری ارائه می‌گردد.

بر اساس اطلاعات ارائه‌شده در جدول ۲ و نمودارهای ۱ تا ۴ به نظر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک در کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان مؤثر بوده است. چراکه بهبود شرکت‌کننده اول پس از درمان ۵۳/۸ درصد بوده و این حد از بهبودی در مرحله پیگیری نیز پابرجا بوده است. در رابطه با شرکت‌کننده دوم بهبودی ۶۷/۷ درصد در مرحله پس از درمان و ۶۳/۳ درصد پایایی بهبودی به دست آمده است. شرکت‌کننده سوم در مرحله پایان درمان ۷۳/۳ درصد و در پیگیری ۷۳/۳ درصد بهبود داشته است. این اعداد برای شرکت‌کننده چهارم ۵۲/۹ درصد در پایان درمان و ۵۸/۸ درصد در مرحله پیگیری بوده است. بر اساس اطلاعات ارائه شده در نمودارها تمامی شرکت‌کننده‌ها از جلسه اول تا مرحله میانی درمان با شیب بالایی کاهش علائم را تجربه کرده و پس از آن شیب بهبود ملایم‌تر شده است. برای محاسبه‌ی اندازه اثر از روش درصد داده‌های افزون بر میانه^۱ استفاده شد. این روش برای طرح‌های تک‌آزمودنی که تقاط داده‌ها در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون کم است کاربرد مناسبی دارد (موسی‌نژادجیدی و همکاران، ۱۳۹۷). برای محاسبه‌ی اندازه اثر به این روش بعد از تعیین هدف درمان، ترسیم خط میانه و شمارش نقاط پایین خط، مقدار به دست آمده بر تعداد کل نقاط مرحله‌ی درمان تقسیم شد. بر این اساس مقادیر بالای ۹۰ درصد اثربخشی بالا، بین ۷۰ تا ۹۰ درصد متوسط و زیر ۷۰ درصد حاکی از تأثیر کم یا

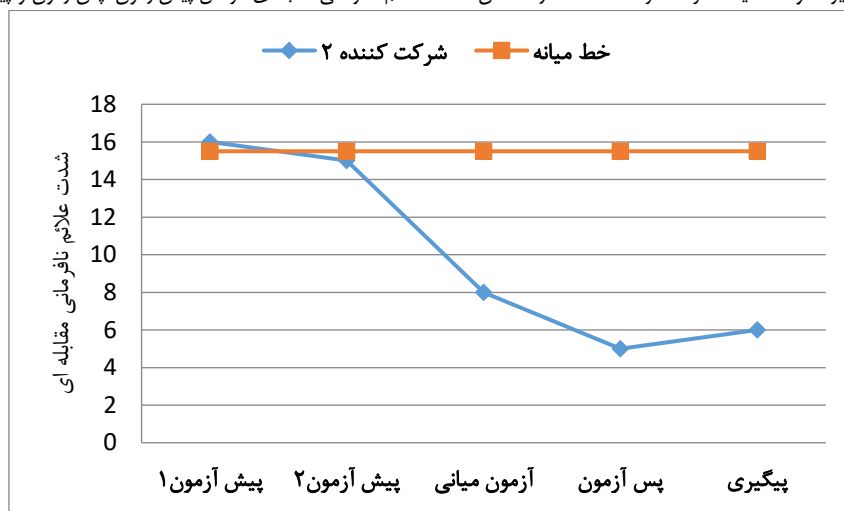
¹ Percentage of data points exceeding the median (PEM)

فقدان تأثیر است (موسی‌نژادجادی و همکاران، ۱۳۹۷). بر اساس مندرجات جدول یک مستخرج از نمودارهای ۱ تا ۴ اثربخشی درمان در تمامی موارد بیشتر از ۹۰ درصد و در سطح بالایی قرار دارد.



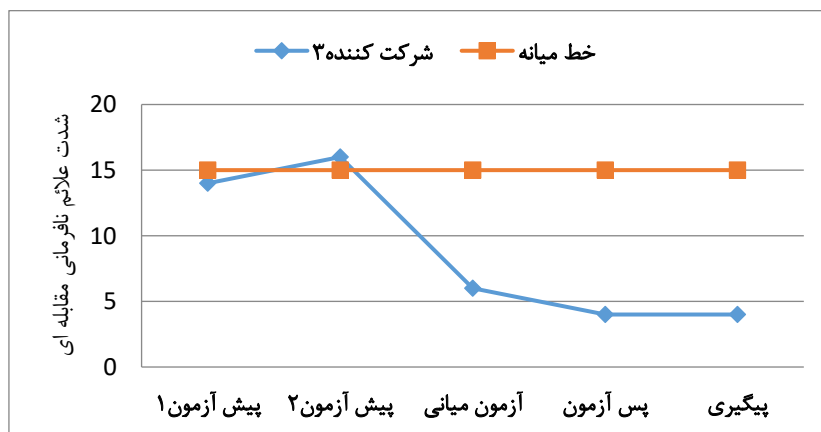
نمودار ۱

تغییرات و خط میانه نمرات شرکت‌کننده ۱ در شاخص شدت علائم نافرمانی مقابله‌ای مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری



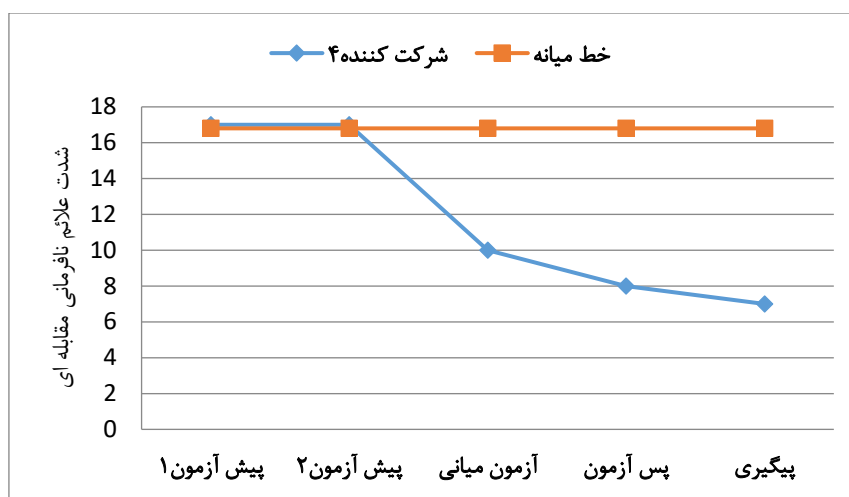
نمودار ۲

تغییرات و خط میانه نمرات شرکت‌کننده ۲ در شاخص شدت علائم نافرمانی مقابله‌ای مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری



نمودار ۳

تغییرات و خط میانه نمرات شرکت‌کننده ۳ در شاخص شدت علائم نافرمانی مقابله‌ای مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری



نمودار ۴

تغییرات و خط میانه نمرات شرکت کننده ۴ در شاخص شدت علائم

بحث و نتیجه گیری

ذهنی سازی به عنوان یک توانایی پیچیده و پیشرفته‌ی انسانی به درک رفتار انسان‌ها در قالب حالات روانی درونی، نیازها، احساسات، باورها، اهداف و نیت آنها کمک می‌کند. همان‌طور که گفته شد کودکان مبتلا به اختلالات برونی سازی شده در برقراری رابطه با هم‌سن و سالان و والدین مشکل داشته و این اختلالات با سطح پایین توانایی ذهنی سازی در کودکان و والدین در ارتباط است (انسینگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۶؛ انسینگ و همکاران، ۲۰۱۶). بر این اساس فرد با توانایی ذهنی سازی محدود یا کاهش یافته در مدیریت هیجانات عادی مانند خشم ناتوان بوده و به سرعت کنترل خود را از دست می‌دهد (ادشد^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). والدین این کودکان نیز از سطوح پایین تر ذهن گرایی والدینی^۳ برخوردار بوده و در تعاملات خود کمتر از اصطلاحات مربوط به حالات روان استفاده می‌کنند (سنتیفانتی^۴ و همکاران، ۲۰۱۶؛ مینز و همکاران، ۲۰۱۳).

گام‌های درمانی به کار گرفته شده در این پژوهش بر اساس مدل‌های درمانی موجود و تجارب درمانگر تدوین شده و به کار گرفته شد. مقایسه نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داد که علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان شرکت کننده در این پژوهش کاهش معنی داری پیدا کرده است؛ بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر ذهنی سازی مادر-کودک تأثیر معنی داری بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان دارد. این یافته با نتایج پژوهش طاهره^۵ و همکاران (۲۰۱۶) که در آن بر اهمیت آموزش همدلی بر بهبود سازش یافتگی کلی، عاطفی و اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأکید شده و یافته‌ها (صدری و همکاران، ۱۳۹۵؛ شیرجنگ و همکاران، ۱۳۹۷ و ولی پور و همکاران، ۱۴۰۳) هم‌سوست.

برنامه درمانی مبتنی بر ذهنی سازی مادر-کودک علائم رفتاری کودکان را از مسیر افزایش توانایی درک حالات ذهنی و نیت یکدیگر مورد هدف قرار می‌دهد. در این بسته درمانی مادر و کودک می‌توانند رفتارها و الگوهای ارتباطی خویش و طرف مقابل را در قالب حالات روانی زیر بنایی درک و تعبیر کنند. همچنین مادر بر تأثیر خود در شکل‌گیری توانایی ذهنی سازی کودک وقوف بیشتری پیدا می‌کند. تقویت مهارت ذهنی سازی از طریق این روش درمانی به کودک و مادر در تمایز خود و دیگری کمک می‌کند؛ از این طریق هم کودک و هم مادر می‌آموزند که هر یک دارای ذهنی مجزا و درعین حال در تأثیر و تأثر بر یکدیگر هستند (ادشد و همکاران، ۲۰۱۳).

به تعبیر دیگر در این برنامه درمانی مادر و کودک واجد مهارت‌هایی می‌شوند تا از ساحت‌های پیش ذهنی سازی شده (برابری روانی^۶، وانمودی^۷، حالت غایت شناسانه^۸) (آلن و فوناگی، ۲۰۰۶) به سمت ساخت بازنمایی‌ها^۹ و رسیدن به توانایی ذهنی سازی حرکت کنند. به نظر این روش درمانی می‌تواند به دور از ارائه راه‌حل‌های درمانی و صرفاً از طریق افزایش توانایی بنیادی ذهنی سازی، باعث کاهش رفتارهای قانون شکنانه کودکان شود (ژکو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰).

1 Ensink

2 Adshad

3 Maternal mindedness

4 Centifanti

5 Tahir

6 psychic equivalence

7 Pretend mode

8 teleological mode

9 Representations

10 Djeko

این پژوهش در مسیر خود چالش‌هایی مانند شیوع و ویروس کوید ۱۹ را پیش رو داشته است. یکی از محدودیت‌های این پژوهش دوره پیگیری یک‌ماهه است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگر این دوره ۳ تا ۶ ماه در نظر گرفته شود؛ همچنین می‌توان عواملی مانند جنسیت را در پژوهش وارد کرده و تأثیر آن را مورد بررسی قرار داد. یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش حجم نمونه‌ی محدود و همچنین اولیه بودن برنامه مداخله بود.

در انتها پیشنهاد می‌شود پژوهش با حجم نمونه بزرگ‌تر انجام شود. در فرآیند مداخلات درمانی هر دو نفر پدر و مادر حضور داشته باشند و تفاوت آن با حضور یکی از آنها مقایسه شود. پیشنهاد می‌شود درمانگران کودک با شرکت در کارگاه‌های آموزشی روش‌های جدیدتر درمانی را فرا گرفته و بسته به مشکلات مراجعه‌کنندگان به کارگیرند.

سپاس‌گزاری

نویسنده صمیمانه از شرکت‌کنندگان محترم که با همکاری ارزشمند خود، اجرای این پژوهش را امکان‌پذیر ساختند، کمال تشکر را دارد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با رعایت موازین اخلاقی چون کسب رضایت آگاهانه و محرمانگی انجام شده است. تمامی شرکت‌کنندگان پس از دریافت توضیحات درباره اهداف پژوهش و نحوه اجرا، داوطلبانه و با رضایت در پژوهش مشارکت نمودند.

حامی مالی

هزینه‌های انجام این پژوهش و نگارش مقاله به طور کامل توسط نویسنده تأمین شده و تحقیق حاضر از هیچ‌گونه منابع حمایتی برخوردار نبوده است.

مشارکت نویسندگان

همه فعالیتها شامل جستجو و ارزیابی منابع، اجرا، تدوین و نگارش مقاله بر عهده مصطفی ولی پور بوده است.

تعارض منافع

نویسنده اعلام می‌کند که هیچ‌گونه تعارض منافی در این پژوهش وجود ندارد.

منابع

- شیرجنگ، ل.، مهربار، ا.، جاویدی، ح.، و حسینی، س. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۹(۳۴)، ۱۷۵-۲۰۳.
- صدری، م.، زارع بهرام‌آبادی، م.، و غیائی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر کیفیت دلبستگی و مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *سلامت روان کودک (روان کودک)*، ۳(۲)، ۲۱-۳۰.
- فرزاد، و.، امامی‌پور، س.، و وکیل قاهانی، ف. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار، روایی و هنجاریابی پرسشنامه علائم مرضی کودکان بر روی کودکان کار. *تحقیقات روان‌شناختی*، ۳(۱۱)، ۱-۱۰.
- موسی‌نژادجیدی، ا.، واحدی، ش.، نظری، م.، و هاشمی، ت. (۱۳۹۷). محاسبه اندازه اثر در طرح‌های تک‌آزمودنی با استفاده از روش‌های ناهمپوش. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۹(۳۴)، ۱۱۵-۱۳۰.
- ولی‌پور، م.، خانجانی، ز.، هاشمی، ت.، و علیلو، م. (۱۴۰۳). مقایسه تأثیر رفتاردرمانی تعدیل‌شده، درمان تعاملی والد-کودک و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک بر بهبود نافرمانی مقابله‌ای کودکان پیش‌دبستانی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲(۹۵)، ۷۳-۸۶.

References

- Adshead, G., Moore, E., Humphrey, M., Wilson, C., & Tapp, J. (2013). The role of mentalising in the management of violence. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(1), 67-76.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (Eds.). (2006). *The handbook of mentalization-based treatment*. John Wiley & Sons.
- Arabadzhev, Z., & Paunova, R. (2024). Complexity of mentalization. *Frontiers in Psychology*, 15.
- Beck, E., Sharp, C., Poulsen, S., Bo, S., Pedersen, J., & Simonsen, E. (2017). The mediating role of mentalizing capacity between parents and peer attachment and adolescent borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 23.

- Boylan, K., Vaillancourt, T., Boyle, M., & Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(8), 484–494.
- Burke, J. D., & Romano-Verthelyi, A. M. (2018). Oppositional defiant disorder. In *Developmental pathways to disruptive, impulse-control and conduct disorders* (pp. 21–52). Elsevier.
- Burke, J. D., Loeber, R., Lahey, B. B., & Rathouz, P. J. (2005). Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(11), 1200–1210.
- Carter, S., Osofsky, J., & Hann, D. (1991). Speaking for the baby: A therapeutic intervention with adolescent mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*, 12, 291–301.
- Centifanti, L. C., Meins, E., & Fernyhough, C. (2016). Callous-unemotional traits and impulsivity: Distinct longitudinal relations with mind-mindedness and understanding of others. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57, 84–92.
- Chiesa, M., & Fonagy, P. (2014). Reflective function as a mediator between childhood adversity, personality disorder and symptom distress. *Personality and Mental Health*, 8(1), 52–66.
- Dachew, B. A., Scott, J. G., Heron, J. E., Ayano, G., & Alati, R. (2021). Association of maternal depressive symptoms during the perinatal period with oppositional defiant disorder in children and adolescents. *JAMA Network Open*, 4(9), e2125854.
- Dejko-Wańczyk, K., Janusz, B., & Józefik, B. (2020). Understanding the externalizing behavior of school-age boys: The role of a mother's mentalization and attachment. *Journal of Child and Family Studies*, 29(1), 155–166.
- Dodge, K. A., Laird, R., Lochman, J. E., Zelli, A., & Conduct Problems Prevention Research Group. (2002). Multidimensional latent-construct analysis of children's social information processing patterns: Correlations with aggressive behavior problems. *Psychological Assessment*, 14(1), 60–73.
- Ebrahimi, A. (1998). *Epidemiological study of bullying disorders and lack of attention in primary school students in Esfarayen* (Unpublished master's thesis). Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran.
- Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., & Fonagy, P. (2016a). Maternal and child reflective functioning in the context of child sexual abuse: Pathways to depression and externalizing difficulties. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 30611.
- Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., Godbout, N., & Fonagy, P. (2017). Mentalization and dissociation in the context of trauma: Implications for child psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(1), 11–30.
- Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., Godbout, N., & Fonagy, P. (2016b). Mentalization and dissociation in the context of trauma: Implications for child psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17, 1–20.
- Fonagy, P. (2004). Early-life trauma and the psychogenesis and prevention of violence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1036, 181–200.
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). *Short-term mentalization and relational therapy (SMART) for families of children with emotional or conduct problems*. Unpublished conference paper, Yale Child Study Center.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., & Target, M. (1997). *Reflective-functioning manual (Version 4.1) for application to adult attachment interviews*. University College London.

- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective functioning manual (Version 5.0) for application to adult attachment interviews*. University College London.
- Grayson, P., & Carlson, G. A. (1991). The utility of a DSM-III-R-based checklist in screening child psychiatric patients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 669-673.
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L., DeKlyen, M., & Endriga, M. C. (1991). Attachment security in preschoolers with and without externalizing behavior problems: A replication. *Development and Psychopathology*, 3, 413-430.
- Grienenberger, J., Slade, A., & Kelly, K. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment. *Attachment & Human Development*, 7, 299-311.
- Hajek Gross, C., Oehlke, S. M., Prillinger, K., Goreis, A., Plener, P. L., & Kothgassner, O. D. (2024). Efficacy of mentalization-based therapy in treating self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.
- Hawes, D. J., Gardner, F., Dadds, M. R., Frick, P. J., Kimonis, E. R., Burke, J. D., & Fairchild, G. (2023). Oppositional defiant disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 9(1), 31.
- Kvarstein, E. H., Folmo, E., Antonsen, B. T., Normann-Eide, E., Pedersen, G., & Wilberg, T. (2020). Social cognition capacities as predictors of outcome in mentalization-based treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 691.
- Levy, T., Kil, H., Schachar, R. J., et al. (2024). Suicidality risk in children and adolescents with externalizing disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 811-820.
- Livingston, R., Adam, B. S., & Dykman, R. A. (1992). Concurrent validity of the Stony Brook DSM-III-R Checklist. Paper presented at the Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Washington, DC.
- Marszał, M., & Jańczak, A. (2018). Emotion dysregulation, mentalization and romantic attachment in nonclinical adolescent females. *Current Psychology*, 37(4), 894-904.
- Meins, E., Centifanti, L. C. M., Fernyhough, C., & Fishburn, S. (2013). Maternal mind-mindedness and children's behavioral difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 543-553.
- Mize, J., & Pettit, G. S. (2008). Social information processing and the development of conduct problems. In C. Sharp, P. Fonagy, & I. M. Goodyer (Eds.), *Social cognition and developmental psychopathology* (pp. 141-174). Oxford University Press.
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 703-713.
- Sharp, C. (2008). Theory of mind and conduct problems in children. *Cognition and Emotion*, 22(6), 1149-1158.
- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap. *Attachment & Human Development*, 7, 283-298.
- Sprafkin, J., Gadow, K. D., Salisbury, H., Schneider, J., & Loney, J. (2002). Reliability and validity of the Child Symptom Inventory-4. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(4), 513-524.
- Sutton, J., Reeves, M., & Keogh, E. (2000). Disruptive behaviour, avoidance of responsibility and theory of mind. *British Journal of Developmental Psychology*, 18(1), 1-11.

- Taubner, S., White, L. O., Zimmermann, J., Fonagy, P., & Nolte, T. (2013). Attachment-related mentalization moderates proactive aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(6), 929–938.
- Torres-Rosado, L., Lozano, O. M., Sanchez-Garcia, M., Fernández-Calderón, F., & Diaz-Batanero, C. (2023). Measurement of externalizing behavior problems. *World Journal of Psychiatry*, 13(6), 278–297.
- Vitaro, F., Tremblay, R. E., & Bykowski, W. M. (2001). Friends, friendships and conduct disorders. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 346–376). Cambridge University Press.
- Waldman, I. D., Rowe, R., Boylan, K., & Burke, J. D. (2018). External validation of a bifactor model of oppositional defiant disorder. *Molecular Psychiatry*, 26(2), 682–693.