Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2025, Volume 23, Issue 3

The Effect Of Mentalization-Based Therapy On Psychological Flexibility And Responsibility Of Single-Parent Male Students

Mohammad Abbasi[1], **Erfan Bahrami**[2], **Shirin Emami Al Agha**[3], **Ladan Jalalvand**[4]

1. (Corresponding author) * Associate professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.
2. PhD student, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.
3. PhD student, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.
4. Master's degree, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim and Background: The present study aimed to investigate the effect of mentalization-based treatment on psychological flexibility and responsibility among single-parent male high school students.

Methods and Materials: This study was an experimental design with a pretest–posttest and control group. The research population consisted of single-parent male students in the second level of high school in Khorramabad during the academic year 2023–2024. From this population, 30 students were selected through random sampling and assigned to experimental and control groups (15 students in each group). The experimental group received mentalization-based treatment in ten 90-minute sessions. Data collection tools included the Psychological Flexibility Scale (Azimi et al. 2020) and the Personal Responsibility Scale (Mergler & Shield, 2016). The data were analyzed using multivariate and univariate covariance analysis through SPSS-26 software.

Findings: The findings showed that mentalization-based treatment had a significant effect on psychological flexibility and responsibility among single-parent male high school students ($P < 0.001$).

Conclusions: Based on the results, mentalization-based treatment can be considered an important approach for enhancing psychological flexibility and responsibility among single-parent students in school and community settings.

Keywords: Mentalization-based treatment, Psychological flexibility, Responsibility

Citation: Abbasi M, Bahrami E, Emami Al Agha, Jalalvand L. **The Effect Of Mentalization-Based Therapy On Psychological Flexibility And Responsibility Of Single-Parent Male Students**. Res Behav Sci 2025; 23(3): 627-637.

* **Mohammad Abbasi,**
Email: abasi.mo@lu.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/.23.3.627]

تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان پسر تک والد

محمد عباسی [۱]، عرفان بهرامی [۲]، شیرین امامی آل آقا [۳]، لادن جلالوند [۴]

۱- (نویسنده مسئول)* دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۲- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۳- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۴- کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مسئولیت پذیری دانش‌آموزان پسر تک والد بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه آزمایشی در قالب طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه پژوهش شامل دانش‌آموزان پسر تک والد متوسطه دوم شهر خرم‌آباد در سال تحصیلی ۱۴۰۴– ۱۴۰۳ بود که از این میان تعداد ۳۰ دانش‌آموز به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گـواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایشی، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل؛ مقیاس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (عظیمی و همکاران، ۱۳۹۹) و مسئولیت‌پذیری (مرگلر و شیلد، ۲۰۱۶) بود. داده‌هـای حاصـل از پـژوهش بـه شـیوه تحلیل کوواریانس چند متغیری و تک متغیری با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان پسر تک والد متوسطه دوم تأثیر معنی‌داری دارد (P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌تواند به عنوان عامل مهمی در جهت افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان تک والد در محیط مدارس و جامعه بکار برده شود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، مسئولیت‌پذیری

ارجاع: عباسی محمد، بهرامی عرفان، امامی آل آقا شیرین، جلالوند لادن. **تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان پسر تک والد.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۴؛ ۲۳(۳): ۶۲۷-۶۳۷.

*- **محمد عباسی،**

رایانامه: abasi.mo@lu.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/23.3.627]

مقدمه

خانواده‌های تک‌والد یک بخش قابل توجه از آمار جمعیتی را تشکیل می‌دهند. کودکانی که در خانوارهای تک‌والد زندگی می کنند، با چالش‌های روان‌شناختی و رشدی منحصر به فردی مواجه‌اند که آن‌ها را از همسالانشان در خانواده‌های دو والد متمایز می‌کند (۱). این چالش‌ها می‌تواند بر عملکرد تحصیلی، رشد اجتماعی و دستاوردهای آموزشی بلندمدت فرزندان تأثیر بگذارد (۲). این دانش‌آموزان نرخ بالاتری از علائم افسردگی را تجربه می‌کنند که اغلب با فشارهای مالی و سایر خواسته‌های معمول خانوارهای تک‌والد، و همچنین وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر مرتبط با این خانواده‌ها، پیوند خورده است (۳). علاوه بر این، کودکانی که طلاق یا جدایی والدین را تجربه کرده‌اند، رفتارهای پرخطر بیشتری از خود نشان می‌دهند، از جمله شروع زودهنگام مصرف الکل، که می‌تواند بر سلامت روان آن‌ها در دوران نوجوانی تأثیر بیشتری بگذارد (۴).

چالش‌های سازگاری روان‌شناختی که دانش‌آموزان خانواده‌های تک‌والد با آن روبرو هستند، به دلیل سیستم‌های حمایتی نسبتاً ضعیف‌تر آن‌ها، به‌طور خاص مشهود است (۵). فقدان حمایت و تنظیم هیجانی از سوی هر دو والد، این کودکان را در مواجهه با ناملایمات و استرس آسیب‌پذیرتر می‌کند (۶). این آسیب‌پذیری به‌ویژه برای دانش‌آموزان پسر نگران‌کننده است، چرا که ممکن است بدون راهنمایی کافی پدری یا دو والد، در شکل‌گیری هویت و تنظیم رفتاری دچار مشکل شوند(۷). تحقیقات نشان می‌دهد که فرزندان خانواده‌های تک‌والد همچنین الگوهای شناختی متمایزی را بروز می‌دهند و در ابعاد شناختی خودخدمت‌رسان مانند کوچک‌نمایی و برچسب‌گذاری نادرست، نمرات بالاتری نسبت به همسالان خود که با هر دو والد بزرگ می‌شوند، کسب می‌کنند (۸). ترکیب کاهش حمایت خانوادگی، افزایش قرار گرفتن در معرض عوامل استرس‌زا و تحریف‌های شناختی بالقوه، یک محیط رشدی پیچیده ایجاد می کند که نیازمند مداخلات درمانی هدفمند برای ترویج سازگاری روان‌شناختی سالم در دانش‌آموزان پسر تک‌والد است(۹).

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[۱] یک مفهوم اصلی در پژوهش‌های نوین سلامت روان و بهزیستی است که توانایی حضور در لحظه حال و انجام اقداماتی را توصیف می‌کند که با ارزش‌های شخصی فرد هدایت می‌شوند؛ حتی زمانی که فرد با درد روان‌شناختی یا شرایط دشوار روبرو است (۱۰). این ظرفیت شامل تطبیق انعطاف‌پذیر رفتار با موقعیت‌های در حال تغییر و ارزش‌های بلندمدت است. تحقیقات کنونی اذعان دارند که ساختار خانواده نقش مهمی در رشد روان‌شناختی دانش‌آموز ایفا می‌کند و مطالعات بر لزوم بررسی ترتیبات خاص زندگی و تأثیر آن‌ها بر نتایج دانش‌آموزی تأکید دارند (۱۱). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به ظرفیت فرد در تطبیق رفتار با شرایط متغیر و ارزش‌های بلندمدت شخصی اشاره دارد؛ برای دانش‌آموزان خانواده‌های تک‌والد، این ظرفیت ممکن است از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد، زیرا آن‌ها چالش‌های منحصر به فرد مرتبط با ساختار خانواده خود را مدیریت می‌کنند (۱۲). با این حال، تحقیقات در این حوزه خاص همچنان محدود است و محققان خواستار تحلیل‌های جامع‌تری هستند که بین ساختارهای مختلف خانواده و پیامدهای روان‌شناختی آن‌ها تمایز قائل شوند (۱۳).

برای دانش‌آموزان پسر خانواده‌های تک‌والد، رشد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ممکن است به‌طور قابل توجهی تحت تأثیر عوامل استرس‌زای منحصر به فرد و منابع محدودی قرار گیرد که ویژگی ساختار خانواده آن‌ها است (۱۴). منابع محدود در رشد انعطاف‌پذیری، مانع از پاسخ‌های سازگارانه به موقعیت‌های چالش‌برانگیز می‌شوند. این امر ناشی از فقدان دیدگاه‌های چندگانه والدینی و کاهش قرار گرفتن در معرض رویکردهای متنوع حل مسئله و استراتژی‌های مقابله‌ای است که به‌طور معمول از الگوبرداری دو والد نشات می‌گیرد (۱۵؛ ۱۶).

مسئولیت‌پذیری یک جنبه حیاتی از بلوغ روان‌شناختی است که اغلب در دانش‌آموزان خانواده‌های تک‌والد دچار اختلال می شود (۱۷). این دانش‌آموزان به دلیل تغییر در پویایی‌های خانواده و توزیع نقش‌ها در خانه‌هایشان، با چالش‌های منحصر به فردی در یادگیری رفتارهای مناسب برای پذیرش مسئولیت روبرو هستند؛ ساختار خانواده تک‌والد می‌تواند شرایطی را ایجاد کند که در آن، مدل‌سازی سنتی مسئولیت ناهماهنگ باشدکه این امر منجر به سردرگمی درباره سطوح مناسب پاسخگویی شخصی در دوره‌های حساس رشدی می‌شود (۱۸). فرزندان خانواده‌های تک‌والد ممکن است دو الگوی متمایز از اختلال در مسئولیت‌پذیری را تجربه کنند: برخی از آن‌ها الگوهای اجتنابی را توسعه می‌دهند و به دلیل انتظارات ناهماهنگ یا استرس‌های خانوادگی طاقت‌فرسا که پاسخگویی شخصی را کم‌اهمیت جلوه

۱ Psychological flexibility

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/23.3.627]

می‌دهند، در پذیرش مسئولیت مناسب برای اعمال، عملکرد تحصیلی یا تصمیمات شخصی خود با مشکل مواجه می‌شوند؛ در مقابل، برخی دیگر ممکن است مسئولیت بیش از حد به عهده بگیرند و دغدغه‌هایی در سطح بزرگسالان و بارهای خانوادگی را بپذیرند که از لحاظ رشدی نامناسب است و در رشد طبیعی نوجوانی آن‌ها اختلال ایجاد می‌کند(۱۹؛ ۱). غیاب مدل‌سازی ثابت دو والدی به این معناست که این دانش‌آموزان ممکن است در معرض نمونه‌های سالمی از مسئولیت مشترک و پاسخگویی متعادل در روابط قرار نگیرند (۲۰). این کمبود در مدل‌سازی مسئولیت می‌تواند به دشواری در درک مرزهای مناسب بین مسئولیت شخصی و عوامل بیرونی منجر شود؛ این امر یا به خودسرزنش‌گری برای شرایط خارج از کنترل آن‌ها می‌انجامد یا به عدم تصدیق نقش خود در موقعیت‌هایی که در آن عاملیت دارند (۲۱). این الگوهای مسئولیت‌پذیری تحریف‌شده می‌توانند به‌طور چشمگیری بر عملکرد تحصیلی، روابط با همسالان و سازگاری روان‌شناختی کلی در دوره حیاتی نوجوانی تأثیر بگذارند (۲۲).

ذهنی‌سازی[۱] یک ظرفیت روان‌شناختی بنیادی است که شامل توانایی درک و تفسیر رفتار انسان بر اساس حالات ذهنی زیربنایی مانند افکار، احساسات، باورها، خواسته‌ها و مقاصد است (۲۳). این فرآیند شناختی–هیجانی به افراد امکان می‌دهد تا بفهمند که رفتار توسط حالات ذهنی هدایت می‌شود و آن‌ها را قادر می‌سازد تا اقدامات خود و دیگران را در زمینه‌های بین‌فردی درک کنند (۲۴؛ ۲۵). مداخلات مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌توانند با آموزش به کودکان برای شناخت و درک حالات هیجانی خود پیش از واکنش نشان دادن، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آن‌ها را افزایش دهند؛ این فرآیند، فضایی برای انتخاب‌های رفتاری سازگارانه‌تر ایجاد می‌کند (۲۶). هنگامی که کودکان توانایی ذهنی‌سازی بهتری پیدا می‌کنند، در شناسایی افکار و احساساتی که رفتار آن‌ها را هدایت می‌کند، ماهرتر می‌شوند و این امر به آن‌ها اجازه می‌دهد تا از واکنش‌های خودکار عقب‌نشینی کرده و روش‌های جایگزین برای مقابله با موقعیت‌های دشوار را در نظر بگیرند (۲۷)

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی[۲] یک مداخله درمانی ساختارمند است که به‌ویژه برای کودکان خانواده‌های تک‌والد ارزشمند است، زیرا آن‌ها ممکن است با تغییرات مکرر، ناهماهنگی در برنامه‌ها و سطوح متفاوتی از استرس مواجه شوند که نیازمند پاسخ‌های انعطاف‌پذیر باشند (۲۸). تحقیقات نشان می‌دهد کودکانی که حمایت متمرکز بر ذهنی‌سازی دریافت می‌کنند، بهبودهایی در تنظیم هیجانی و کاهش مشکلات رفتاری نشان می‌دهند که این موارد از مؤلفه‌های کلیدی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هستند (۲۹). این مداخلات به کودکان کمک می کنند تا از حالت غرق شدن در هیجانات به حالت کنجکاوی درباره تجربیات درونی خود تغییر وضعیت دهند و یک رویکرد بازتر و سازگارانه‌تر نسبت به چالش‌ها پرورش دهند (۳۰؛ ۳۱). برای دانش‌آموزان پسر تک‌والد، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می تواند به‌طور مستقیم چالش‌های مرتبط به هم‌چون انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، الگوهای تحریف‌شده مسئولیت‌پذیری و تنظیم هیجانی ناکارآمد را که معمولاً از شرایط خانوادگی آن‌ها ناشی می‌شود، مورد هدف قرار دهد (۳۲؛ ۳۳).

فرآیند درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تقویت ظرفیت دانش‌آموز برای شناخت و درک حالات هیجانی خود، همزمان با توسعه همدلی و توانایی در نظر گرفتن دیدگاه دیگران نسبت به حالات ذهنی آن‌ها تمرکز دارد. این تمرکز دوگانه به‌ویژه برای دانش‌آموزان تک‌والد مفید است، زیرا ممکن است در معرض مدل‌سازی هیجانی متنوعی قرار نگرفته باشند و در درک سطوح مناسب مسئولیت شخصی در مقابل عوامل بیرونی دچار مشکل باشند (۳۴؛ ۳۵). از طریق بهبود ذهنی‌سازی، این دانش‌آموزان می‌توانند پاسخ‌های شناختی انعطاف‌پذیرتری نسبت به استرس توسعه دهند و تفاوت بین موقعیت‌هایی را که در آن‌ها کنترل و عاملیت دارند و شرایط خارج از نفوذشان، بهتر تشخیص دهند. رویکرد درمانی ذهنی سازی ظرفیت تأملی و مهارت‌های تنظیم هیجانی را که ممکن است به دلیل مدل‌سازی کاهش‌یافته والدین و افزایش استرس‌های خانوادگی توسعه نیافته باشند، فراهم می‌کند. با تقویت توانایی‌های ذهنی‌سازی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و حس متعادلی از مسئولیت‌پذیری را که برای

۱ Mentalization

۲ Mentalization-Based Therapy

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/23.3.627]

موفقیت تحصیلی و روابط بین‌فردی سالم لازم است را می‌توان توسعه داد (۳۶).

با توجه به شیوع فزاینده خانواده‌های تک‌والد در جامعه ایران و افزایش آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی و رفتاری در دانش‌آموزان پسر این خانواده‌ها مانند نرخ بالاتر افسردگی، الگوهای تحریف‌شده مسئولیت‌پذیری و کاهش انعطاف‌پذیری روان شناختی، شناسایی مداخلات بومی و مؤثر یک ضرورت انکارناپذیر است. از آنجایی که این آسیب‌ها ریشه در ضعف زیربنایی ظرفیت ذهنی‌سازی و مدل‌سازی هیجانی دارند، اجرای این پژوهش برای ارزیابی کارایی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در تقویت مستقیم این مهارت‌ها حیاتی است. هدف این تحقیق، نه تنها افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این فرزندان در برابر استرس‌های محیطی است، بلکه به اصلاح الگوهای ناسازگار مسئولیت‌پذیری آن‌ها کمک کرده و گامی مهم در جهت ارتقای سازگاری کلی و بهزیستی آن‌ها در بستر فرهنگی ایران خواهد بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است و از لحاظ روش، نیمه آزمایشی در قالب طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر تک والد دوره متوسطه دوم شهر خرم‌آباد در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵ بود. از جامعه آماری مذکور تعداد ۳۰ نفر که شرایط ورود به پژوهش را داشتند به روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) به صورت تصادفی گمارش شدند. ملاک ورود به پژوهش: دامنه سنی بین ۱۴ تا ۱۸ سال، کسب نمره حداقل یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین در مقیاس‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مسئولیت‌پذیری، رضایت آگاهانه، عدم حضور در پژوهش مشابه و نداشتن مشکلات روان‌شناختی؛ ملاک خروج از پژوهش: داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف، رضایت نداشتن شرکت‌کننده به همکاری و شرکت در پژوهش مشابه پژوهش حاضر بود. سپس گروه آزمایش در معرض مداخله درمان مبتنی ذهنی‌سازی برگرفته از پروتکل مالبرگ (۳۷) قرار گرفتند در حالی که گروه گواه آموزشی دریافت نکرد. در پایان برای هر دو گروه پس‌آزمون اجرا شد. در انتها داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری در قالب نرم‌افزار SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

مقیاس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عظیمی و همکاران (۱۳۹۹): این مقیاس توسط عظیمی و همکاران (۳۸) به منظور اندازه‌گیری میزان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در نوجوانان طراحی شده است. این مقیاس ۲۹ گویه دارد و دارای سه عامل عمل متعهدانه (۱۷ گویه)، عدم کمال‌گرایی ناسازگارانه (۹ گویه) و گشودگی به تجربه (۱۱ گویه) است. هر گویه بر روی یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات مقیاس بین ۲۹ تا ۱۴۵ است. کسب نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالا در نوجوانان است. عظیمی و همکاران (۳۸) پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای عامل‌های عمل متعهدانه، عدم کمال‌گرایی ناسازگارانه، گشودگی به تجربه و کل ابزار به ترتیب ۰/۵۹، ۰/۷۷، ۰/۵۴ و ۰/۷۴ به دست آوردند. آنان همچنین روایی این مقیاس را به روش تحلیل عاملی تاییدی مطلوب گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ برآورد گردید.

مقیاس مسئولیت‌پذیری مرگلر و شیلد (۲۰۱۶): این مقیاس توسط مرگلر و شیلد (۳۹) به منظور اندازه‌گیری میزان مسئولیت‌پذیری در نوجوانان طراحی شده است. این مقیاس ۱۵ گویه دارد و دارای سه عامل پاسخگویی شخصی (گویه‌های ۱ تا ۷)، کنترل رفتاری–هیجانی (گویه‌های ۸ تا ۱۱) و کنترل شناختی (گویه‌های ۱۲ تا ۱۵) است. هر گویه بر روی یک طیف لیکرت چهار درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۴) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات مقیاس بین ۱۵ تا ۶۰ است. کسب نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده مسئولیت‌پذیری بالا در نوجوانان است. مرگلر و شیلد (۳۹) پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای عامل‌های پاسخ‌گویی شخصی، کنترل رفتاری/هیجانی و کنترل شناختی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۱ و ۰/۷۱ به دست آوردند. آنان همچنین روایی این مقیاس را به روش تحلیل عاملی تاییدی مطلوب گزارش کردند. در پژوهش جوکار و همکاران (۴۰)، پایایی کل مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و برای عامل‌های پاسخ‌گویی شخصی، کنترل شناختی و کنترل رفتاری/هیجانی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۷۰ برآورد گردید و همچنین روایی مقیاس مطلوب گزارش گردید. در

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/23.3.627]

پژوهش حاضر ضریب پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برآورد گردید.

شرح جلسات مداخله درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی

مداخله درمان مبتنی ذهنی‌سازی برگرفته از پروتکل مالبرگ (۳۷) است که اعتبار آن در ایران مورد تایید قرار گرفته است (۴۱). خلاصه جلسات درمانی به شرح زیر است.

جلسه اول: ذهنی‌سازی چیست: بیان اهداف جلسه، مرور بر ساختار و اهداف جلسات و قوانین اصلی. بیان ابعاد و مزایای ذهنی‌سازی.

جلسه دوم: مشکل داشتن با ذهنی‌سازی: شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب، مشکلات در ذهن‌خوانی خود و دیگران، و کنشگری و حساسیت بین‌فردی. شفاف‌سازی تفسیرهای شرکت کنندگان از سوی رهبر گروه. ارائه تکلیف خانگی.

جلسه سوم: هیجانات اصلی و ثانویه کدامند: شناسایی هیجانات اصلی و فرعی، هیجانات اولیه و ثانویه کدامند؟ توصیف انواع هیجانات و تفاوت‌های فردی در ابراز هیجانات. ارائه تکلیف خانگی.

جلسه چهارم: خودتنظیمی هیجانات چگونه است: مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف. بیان اهداف جلسه (چگونگی برخورد با هیجانات و احساسات)، تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خودمان و حالات هیجانی در دیگران. خودتنظیمی احساسات و این که چگونه دیگران می‌توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند. نحوه مدیریت کردن احساسات غیرذهنی ناراحت کننده. ارائه تکنیک آرمیدگی.

جلسه پنجم: اهداف ذهنی‌سازی کدام است: مرور مطالب جلسه قبل و بررسی تکالیف. بیان مشخصات و اهداف اختصاصی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی. آموزش و تمرین ذهنی‌سازی در گروه. ارائه تکلیف خانگی.

جلسه ششم: ذهنی‌سازی مدیریت خشم: مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف. اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران و انجام فعالیت گروهی. ارائه آموزش در مورد دوره و مدیریت خشم بر اساس ذهنی‌سازی. ارائه تکلیف خانگی.

جلسه هفتم: شفاف‌سازی مشکلات: بررسی تکالیف. پرسش از اعضای گروه در مورد مشکلاتی که می‌خواهند در گروه مطرح شود. تأیید مطرح شدن اعضای گروه. شفاف‌سازی مباحث مطرح شده اعضای گروه توسط درمانگر.

جلسه هشتم: شناسایی عواطف: کاوش مشکلات و در صورت لزوم به چالش کشیدن آن‌ها. شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی بر روی مباحث مطرح شده از سوی گروه. ارائه تکلیف خانگی.

جلسه نهم: آموزش ذهنی‌سازی: آموزش ذهنی‌سازی برای تسهیل اعتماد معرفتی. ذهنی‌سازی ارتباط با توجه به ردیاب‌های انتقال.

جلسه دهم: آماده‌سازی برای پایان دادن به درمان: آماده‌سازی برای پایان دادن به درمان. تمرکز بر احساسات فقدان در زمینه پایان دادن درمان.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که دانش‌آموزان حاضر در پژوهش دارای سن ۱۴ تا ۱۸ سال بودند که در گروه آزمایش میانگین سنی ۱/۱۲±۱۵/۸۶ و در گروه گواه ۱/۲۲±۱۶/۰۹ سال بود. علاوه بر این، دانش‌آموزان در پایه‌های دهم، یازدهم و دوازدهم مشغول به تحصیل بودند که بیشترین فراوانی در گروه آزمایش مربوط به پایه یازدهم (۴۵/۱۲ درصد) و در گروه گواه مربوط به پایه یازدهم (۴۳/۶۸ درصد) بود. یافته‌های توصیفی پژوهش مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه گردید.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد انعطاف‌پذیری شناختی و مسئولیت‌پذیری در گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه		میانگین	انحراف معیار
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	آزمایش	پیش‌آزمون	۷۹/۰۹	۴/۱۲
		پس‌آزمون	۹۱/۱۳	۳/۹۲
	گواه	پیش‌آزمون	۷۸/۳۲	۵/۰۴
		پس‌آزمون	۷۹/۲۸	۵/۸۳
مسئولیت‌پذیری	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۲/۶۴	۴/۵۱
		پس‌آزمون	۴۰/۵۳	۳/۸۰

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/23.3.627]

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد انعطاف‌پذیری شناختی و مسئولیت‌پذیری در گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه		میانگین	انحراف معیار
	گواه	پیش‌آزمون	۳۳/۴۰	۴/۲۵
		پس‌آزمون	۳۴/۱۱	۵/۸۶

نتایج ارائه شده در جدول ۱ حاکی از آن است که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به تغییر در میانگین نمره‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان پسر تک والد در مرحله پس‌آزمون منجر شود. قبل از ارائه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مسئولیت‌پذیری در گروه‌های آزمایش و گواه برقرار بود ($p>۰/۰۵$). همچنین نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p>۰/۰۵$). نتایج اثر متقابل متغیر مستقل و پیش‌آزمون‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مسئولیت‌پذیری معنادار نبود ($p>۰/۰۵$). بنابراین فرضیه همگنی شیب رگرسیون نیز تأیید شد. همچنین با توجه به اینکه کوواریانس‌های متغیرهای پس‌آزمون در دو گروه با هم برابر بود و تفاوت معنی‌داری نداشتند ($p>۰/۰۵$)، بنابراین فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس نیز برقرار بود. جهت بررسی تغییرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مسئولیت‌پذیری از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نمرات پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

اثر	نام آزمون	مقدار	F	درجات آزادی فرضیه	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
گروه	اثر پیلایی	۰/۸۳۸	۳۹/۸۲۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۳۱۹	۳۹/۸۲۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۳/۹۲۷	۳۹/۸۲۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۳/۹۲۷	۳۹/۸۲۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، با توجه به معنی-داری تحلیل کوواریانس چندمتغیری، این نتیجه حاصل می‌گردد که باید حداقل در یکی از متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مسئولیت‌پذیری، بین دو گروه آزمایش و گواه در اثر ارائه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تفاوت معنی‌دار وجود داشته باشد. جهت بررسی این نکته که معنی‌داری مشاهده شده در کدام یک از متغیرها است، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری جهت مقایسه نمرات پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه

منبع واریانس	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۱۱۹/۵۸۱	۱	۱۱۹/۵۸۱	۲۰/۲۴۰	۰/۰۰۹	۰/۲۹
	مسئولیت‌پذیری	۱۰۷/۸۳۵	۱	۱۰۷/۸۳۵	۲۴/۲۲۹	۰/۰۰۴	۰/۳۸
گروه	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۷۴۵/۰۴۶	۱	۷۴۵/۰۴۶	۴۳/۴۵۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	مسئولیت‌پذیری	۶۰۵/۵۲۷	۱	۶۰۵/۵۲۷	۵۲/۲۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳
خطا	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۱۱۹/۴۴۵	۲۶	۴/۵۹۴			
	مسئولیت‌پذیری	۳۸۴/۴۹۳	۲۶	۱۴/۷۸۸			

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/.23.3.627]

همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، با کنترل اثر پیش‌آزمون در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و گواه وجود دارد (p<۰/۰۱، F=۴۳/۴۵۶). اندازه اثر نشان می‌دهد که عضویت گروهی (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی)، ۵۹ درصد از تفاوت در نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دانش‌آموزان را تبیین می‌کند. بنابراین ۵۹ درصد از تفاوت بین میانگین نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه آزمایش در دو سطح پیش‌آزمون (M=۷۹/۰۹) و پس‌آزمون (M=۹۱/۱۳) ناشی از درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی است. همچنین با کنترل اثر پیش‌آزمون در مسئولیت‌پذیری، تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و گواه وجود دارد (p<۰/۰۱، F=۵۲/۲۴۵). اندازه اثر نشان می‌دهد که عضویت گروهی (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی)، ۶۳ درصد از تفاوت در نمرات مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان را تبیین می‌کند. بنابراین ۶۳ درصد از تفاوت بین میانگین نمرات مسئولیت‌پذیری در گروه آزمایش در دو سطح پیش‌آزمون (M=۳۲/۶۴) و پس‌آزمون (M=۴۰/۵۳) ناشی از درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مسئولیت‌پذیری در دانش‌آموزان پسر تک والد در شهرکرمانشاه انجام گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تاثیر مثبتی بر انعطاف پذیری روان‌شناختی در دانش آموزان پسر تک والد داشته‌است. این یافته ها با یافته های پژوهش چلوش-دوئک و فونگی (۲۹)، گراس و همکاران (۳۱)، هالفون و همکاران (۳۲)، کریمی فارسانی و بهرامی‌پور (۳۴) همراستا بوده است. در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با هدف تقویت توانایی دانش‌آموزان در تفسیر رفتار خود و دیگران بر اساس حالات ذهنی درونی (مانند افکار و احساسات)، مستقیماً هسته‌ی اصلی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در پسران تک‌والد تقویت می‌کند. زندگی در خانواده‌های تک‌والد غالباً با فشارهای روانی مزمن و تجربه‌ی غم و فقدان همراه است که تنظیم هیجانات را دشوار می‌سازد. ذهنی‌سازی در این شرایط با افزایش ظرفیت ذهنی‌سازی، به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا احساسات شدید خود را به‌طور مؤثرتری شناسایی و تنظیم کنند (۲۷). علاوه بر این، این درمان با توانمندسازی فرزند در درک دیدگاه‌ها و فشارهای والد تنها، سوءتفاهم‌های بین‌فردی را کاهش داده و به‌جای واکنش‌های انزوا یا درگیری، اتخاذ پاسخ‌های انعطاف‌پذیر و امکان حل مسئله ی مشترک در تنش‌های خانوادگی را فراهم می‌سازد. در نهایت، با حفظ ظرفیت تأملی دانش‌آموز حتی در مواجهه با استرس ناشی از دلبستگی ناایمن یا شکست ذهنی‌سازی، این درمان مانع از واکنش‌های دفاعی شده و به او امکان می‌دهد موقعیت‌ها را با تفکر عمیق‌تر و غیرواکنشی ارزیابی و مدیریت کند (۳۵).

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین نشان داد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تاثیر مثبتی بر مسئولیت‌پذیری در دانش آموزان پسر تک والد دارد. این یافته همراستا با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های میدگلی و همکاران (۳۶)، شارپ و روسو (۳۳) بوده است. تبیین این نتایج نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی، با تقویت توانایی دانش‌آموزان پسر تک‌والد در تأمل بر حالات ذهنی درونی، به ارتقاء مسئولیت‌پذیری شخصی آن‌ها منجر می‌شود (۳۳). این درمان از طریق برجسته کردن مفهوم عاملیت، به دانش‌آموز می‌آموزد که رفتارهای او نه معلول محیط، بلکه ناشی از افکار، احساسات و نیت‌های درونی او هستند. این درکِ عمیق، مبنای اصلی توسعه‌ی مسئولیت‌پذیری است؛ زیرا دانش‌آموز به‌جای سرزنش عوامل بیرونی یا والد غایب، به تدریج مالکیت انتخاب‌های خود و پیامدهای مستقیم آن‌ها را می‌پذیرد (۳۵). در واقع، با تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی، تنظیم هیجانی بهبود یافته و توانایی تحمل ناراحتی‌های مرتبط با وظایف افزایش می‌یابد؛ بدین ترتیب، دانش‌آموزان قادر خواهند بود مسئولیت‌های خود را در قبال وظایف، تصمیمات و روابط خود، با پایداری و بالغ‌تر مدیریت کنند (۲۶).

با وجود نتایج به‌دست‌آمده، این پژوهش با محدودیت‌های روش‌شناختی قابل توجهی مواجه بود؛ از جمله حجم نمونه‌ی محدود و همگن که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش می‌دهد و نیز وابستگی به ابزارهای خودگزارشی در اندازه‌گیری سازه‌های اصلی. بر این اساس، برای تحقیقات آتی پیشنهاد می‌شود که جامعه‌ی آماری گسترش یابد و مطالعات مشابه بر روی دختران تک‌والد یا والدین آن‌ها انجام شود تا درک جامع‌تری از تأثیرات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT) بر پویایی خانواده و ابعاد دیگر به دست آید. علاوه بر این، استفاده از ابزارهای عینی‌تر مانند مصاحبه‌های ساختاریافته یا گزارش‌های والدین و معلمان برای سنجش ظرفیت تأملی و مسئولیت‌پذیری، می‌تواند عمق و اعتبار داده‌ها را افزایش دهد. در نهایت، انجام پژوهش‌هایی با

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/23.3.627]

گروه‌های مقایسه‌ی بیشتر مانند رویکردهای مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT) ، یا درمان مبتنی بر شفقت (CFT) ، برای تعیین کارآمدی نسبی MBT در بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مسئولیت‌پذیری ضروری است.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله فاقد هرگونه تعارض منافع است.

حمایت مالی

پژوهشگران پژوهش حاضر از هیچ سازمانی کمک مالی دریافت نکرده‌اند.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه اصول اخلاقی پژوهش شامل اخذ رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و حفظ اطلاعات محرمانه آن‌ها رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول بر اجرای تمامی مراحل پژوهش نظارت داشت. نویسنده دوم انجام تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش و نوشتن قسمت روش و یافته‌ها را بر عهده داشت. نویسنده سوم در جمع‌آوری پیشینه پژوهشی و نوشتن مقدمه و بحث مشارکت داشت و نویسنده چهارم در جمع‌آوری داده‌های پژوهش مشارکت داشت.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران مراتب قدردانی و تشکر خود را از کلیه شرکت‌کنندگان این پژوهش که در روند انجام همکاری داشتند، اعلام می‌دارند.

References

1. Varga I. The Impact of Single-Parent Familie's Social Vulnerabilities on Children. The Annals of the University of Oradea Economic Sciences. 2021 Dec;30(2):166–73.
2. Rees EA, Beeber SN, Sampson RN, Lietz JP. Empowering Single Parents: Navigating Socio-Economic Challenges and Fostering Resilience in Family Well-being. Law and Economics. 2023 Jun 30;17(2):131–50.
3. Tullius JM, De Kroon MLA, Almansa J, Reijneveld SA. Adolescents' mental health problems increase after parental divorce, not before, and persist until adulthood: a longitudinal TRAILS study. European Child & Adolescent Psychiatry [Internet]. 2021 Feb 10;31(6):969–78.
4. Lynch BA, Lewis CP, Vande JL, Nandakumar AL, Brennan RM, Cole KC, et al. Impact of Family Structure on Adolescent Depression Outcomes in a Collaborative Care Program. Journal of Primary Care & Community Health. 2024 Jan 1;15.
5. Dai B, He Y, Peng M. Enhancing resilience in single-parent family adolescents in China: a randomized controlled trial based on home-school collaborative intervention. BMC Public Health. 2025 Apr 28;25(1).
6. Tian T, Fang J, Liu D, Qin Y, Zhu H, Li J, et al. Long-term effects of childhood single-parent family structure on brain connectivity and psychological well-being. Brain imaging and behavior. 2024 May 29;
7. Richardson F, Harrington C. Single Mother Students are Lacking Sufficient Support to Persist to Graduation in Community Colleges. Impacting Education: Journal on Transforming Professional Practice. 2022 May 9;7(2):26–31.
8. Vrucinic Z. Socio-Demographic Characteristics of Pupils as Determinants of self-serving cognitive distortions. Sociological Discourse. 2022 Oct 15;12(23-24).
9. Tarar AH, Asghar H, Ijaz MM, Tarar MA. Psychological wellbeing and Adjustment of Single parents: Psychological Economic Challenges. PAFMJ. 2021 Jan 27;71(Suppl-1): S76-81.
10. Lucas JJ, Moore KA. Psychological flexibility: Positive implications for mental health and life satisfaction. Health Promotion International. 2019 May 9;35(2).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/.23.3.627]

11. Saleh AY. The Effects of Family Functioning Dimensions on the Subjective Well-Being among High School Students. Psychological Research on Urban Society. 2021 May 28;4(1):3.

12. Kim I. Transition from a Two-Parent to a Single-Parent Household and Child Development. KDI Policy Forum No. 2021;282.

13. Zhou J, Wei X, Xue L. Father presence, adolescent girls' resilience, psychological security, and achievement goal orientation: examining direct and indirect associations. Frontiers in Psychology. 2024 Oct 4;15.

14. Marasigan P. Cognitive Vulnerabilities and Depression of Children with Single Parents. The Research Probe. 2021;1(2):1–20.

15. Omidinejad Z, Ghahremani M. The effectiveness of dialectical therapy on cognitive flexibility and externalizing behaviors of single-parent adolescents. Rooyesh. 2024;13(1):113–22. [in Persian]

16. XIONG M, LIU R, YE Y. Reciprocal relations between relative deprivation and psychological adjustment among single-parent children in China: A longitudinal study. Acta Psychologica Sinica. 2021;53(1):67.

17. Angella, FJ, Ambarwati, KD. The Relationship Between Parenting Style and Emotional Maturity of Adolescents from Single-Parent Families. Analitika: Jurnal Magister Psikologi UMA. 2025;17(1):11–21.

18. Saiin A, Macsudov NVG, Amsalu NA. Single Parent Responsibilities and Efforts to Children Education: Analysis of Physical, Intellectual and Spiritual. Multicultural Islamic Education Review. 2024 Nov 21;2(2):85–96.

19. Hertz R, Mattes J, Shook A. When paid work invades the family: Single mothers in the COVID-19 pandemic. Journal of Family Issues. 2020 Oct 9;42(9):2019–45.

20. Adegboyega LO. Single Parenting and Emotional Development of Primary School Students as Viewed by Nigerian Primary School Teachers. Mimbar Sekolah Dasar. 2019 Apr 7;6(1):116.

21. Chavda K, Nisarga V. Single Parenting: Impact on child's development. Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health [Internet]. 2023 Aug 5;19(1):14–20.

22. Setyaningsih R, Khodijah N, Munir M. The Effect of Single-Parent Parenting, Peer Conformity, and Self-Concept on Adolescent Religiosity. AL-ISHLAH: Jurnal Pendidikan. 2021 Dec 31;13(3):2951–64.

23. Kivity Y, Levy KN, Johnson BN, Rosenstein LK, LeBreton JM. Mentalizing in and out of awareness: A meta-analytic review of implicit and explicit mentalizing. Clinical Psychology Review. 2024 Mar 1; 108:102395.

24. Arabadzhiev Z, Paunova R. Complexity of mentalization. Frontiers in Psychology. 2024 Feb 29;15(3).

25. Dejko–Wańczyk K, Janusz B, Józefik B. Understanding the Externalizing Behavior of School-Age Boys: The Role of a Mother's Mentalization and Attachment. Journal of Child and Family Studies. 2019 Sep 14;29(1):155–66.

26. Salaminios G, Debbané M. A Mentalization-Based Treatment Framework to Support the Recovery of the Self in Emerging Psychosis During Adolescence. Routledge eBooks. 2021 May 18;12–35.

27. Byrne G, Murphy S, Connon G. Mentalization-based treatments with children and families: A systematic review of the literature. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2020 Jun 3;25(4):1022–48.

28. Sicilia MGS, Hillman S. Being able to see your child: the journey of a single mother in a MBT group for high-risk parents, through her representations of the child. Journal of Child Psychotherapy. 2024 Jan 2;50(1):53–81.

29. Chelouche-Dwek G, Fonagy P. Mentalization-based interventions in schools for enhancing socio-emotional competencies and positive behaviour: a systematic review. European Child & Adolescent Psychiatry. 2024 Sep 12.

30. Zhao Y. An exploration of the social-emotional development of single parenting: a comparison between Chinese and British mothers. Open Access at Essex (University of Essex). 2025 Jan 1;

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/.23.3.627]

31. Gross CH, Oehlke S, Prillinger K, Goreis A, Plener PL, Kothgassner OD. Efficacy of mentalization-based therapy in treating self-harm: A systematic review and meta-analysis. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2024 Jan 27;54(2).

32. Halfon S, Beşiroğlu B, Bulut P, Epözdemir Ş, Aydın Gİ, Koç HB, et al. The Efficacy of Mentalization-Based Treatment for Children with Internalizing and Externalizing Problems: A Randomized Controlled Trial. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry [Internet]. 2024 Dec 25.

33. Sharp C, Rossouw T. Mentalization-Based Treatment for Adolescents (MBT-A). Psychodynamic Psychiatry. 2024 Dec;52(4):542–62.

34. Karimi Farsani, A, Bahramipour Isfahani, M. The Effectiveness of Mentalization based Treatment for Children (MBT-C) on Parental Reflective Functioning of Divorced Parents with Children Aged Five to Twelve. Journal of Pediatric Nursing. 2023 Jul 10;9(4):32–43. [in Persian]

35. Smits ML, Luyten P, Feenstra DJ, Bales DL, Kamphuis JH, Dekker JJM, et al. Trauma and Outcomes of Mentalization-Based Therapy for Individuals With Borderline Personality Disorder. American Journal of Psychotherapy. 2022 Jan 1;75(1):12–20.

36. Midgley N, Sprecher EA, Sleed M. Mentalization-Based Interventions for Children Aged 6-12 and Their Carers: A Narrative Systematic Review. Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy. 2021 Jun 4;20(2):1–21.

37. Malberg NT. Working with Autistic Children and their Families from a Mentalization Based Therapy for Children (MBT-C) Approach. Psychoanalytic Perspectives. 2021 Jan 2;18(1):22–42.

38. azimi , A, yazdkhasti F, ebrahimi A, maracy M. Designing a scale for the psychological flexibility of adolescent girls and examining its psychometric characteristics. Quarterly of Educational Measurement. 2020;11(40):115–36. [in Persian]

39. Mergler A, Shield P. Development of the Personal Responsibility Scale for adolescents. Journal of Adolescence. 2016 Aug;51:50–7.

40. Jowkar H, Fooladchang M, Anjomshoa MR, Korhani N. The study of the Reliability and Validity of Personal Responsibility Scale for Adolescents. Rooyesh. 2019;8(10):161–70. [in Persian]

41. Mirza Yosefkhani, N, Rostami Ahmadkandi, S. The Effectiveness of Treatment Based on Mentalization on Internalizing and Externalizing Disorders and Altruism of Students with Bullying Behaviors. Journal of Modern Psychological Researches. 2025;19(76):176–84. [in Persian]

© 2025 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/.23.3.627]