Journal of Cognitive psychology
Jun 2024, Volume 12, Issue 1

Comparing the effectiveness of mentalization-based treatment (MBT) and parent-child interaction therapy (PCIT) on executive functions and anxiety symptoms of anxious children

Shima Khajevand[1], Seyed Abdol Majid Bahrainian[2*], Maryam Nasri[3] , Fatemeh Shahabizadeh[4]

[1.] PhD student in clinical psychology, Birjand branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
[2..] (Corresponding Author): Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
[3.] Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
4. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand,

Citation Khajevand S, Bahrainian A, Nasri M, Shahabizadeh F,Investigating the effectiveness of metacognitive interpersonal therapy on the cognitive regulation of emotion and emotional inhibition in adolescents with high-risk behaviors**. J**ournal of **C**ognitive **P**sychology. 2023; 11 (4):91-105 [Persian].

Article Info:

Abstract

The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of mentalization-based therapy and parent-child relationship-based therapy on executive functions and anxiety symptoms of anxious children. The present research method was semi-experimental with pre-test, post-test and follow-up. The statistical population of the research included all the mothers of anxious children of the Bandar Abbas Oil Refining Company in 1402, and based on the entry and exit criteria, 45 eligible people were selected to enter the study by available sampling method and were randomly selected into two experimental groups and a control group. were assigned The subjects were evaluated using the behavioral rating questionnaires of Giova et al. (2000) and the children's anxiety scale of Spence-Parent Form (1998) in the pre-test, post-test and follow-up stages. The results of mixed variance analysis test showed that there is a significant difference between the control group with treatment based on mentalization and treatment based on parent-child relationship in the executive functions and anxiety symptoms of anxious children, and the treatment based on mentalization and parent-child relationship It has led to the reduction of anxiety symptoms and the increase of executive functions in anxious children. Also, treatment based on parent-child relationship is more effective than treatment based on mentalization in reducing anxiety symptoms. Therefore, according to the findings of the research, it can be concluded that treatment programs based on mentalization and parent-child relationship can be used as a suitable tool to improve executive functions and reduce anxiety symptoms in children. anxious used.

Key words
Therapy based on mentalization, therapy based on parent-child relationship, executive functions, anxiety symptoms

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.1.7.0]

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد_کودک بر کارکردهای اجرایی و علائم اضطرابی در کودکان مضطرب

شیما خواجه وند[۱]، سید عبدالمجید بحرینیان[۲*]، مریم نصری[۳]، فاطمه شهابی زاده[۴]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی ، واحد بیرجند ، دانشگاه آزاد اسلامی ، بیرجند ، ایران

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی ، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

Majid.bahrainian@gmail.com

۳. استادیار گروه روانشناسی ، دانشکده روانشناسی ، واحد بیرجند ، دانشگاه آزاد اسلامی ، بیرجند ، ایران

۴. دانشیار گروه روانشناسی ، دانشکده روانشناسی ، واحد بیرجند ، دانشگاه آزاد اسلامی ، بیرجند ، ایران

تاریخ دریافت

۱۴۰۲/۱۲/۱۳

تاریخ پذیرش نهایی

۱۴۰۲/۰۲/۱۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثریخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک بر کارکردهای اجرایی و علائم اضطرابی در کودکان مضطرب انجام شد. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی، همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران کودکان مضطرب شرکت پالایش نفت شهر بندرعباس در سال ۱۴۰۲ بودند که براساس ملاک های ورود و خروج ۴۵ نفر واجد شرایط ورود به مطالعه به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ازمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. آزمودنی‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های رتبه‌بندی رفتاری کارکردهای اجرائی جیوآ و همکاران (۲۰۰۰) و مقیاس اضطراب کودکان اسپنس- فرم والدین (۱۹۹۸) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه کنترل با درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک در کارکردهای اجرایی و علائم اضطرابی کودکان مضطرب وجود دارد و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رابطه والد-کودک منجر به کاهش علائم اضطرابی، و افزایش کارکردهای اجرایی در کودکان مضطرب شده است. همچنین درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک موثرتر از درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در کاهش علائم اضطرابی است. بنابراین باتوجه به یافته‌های پژوهش می توان نتیجه گرفت که از برنامه‌های درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی و رابطه والد-کودک می توان به عنوان مداخله‌ای مناسب در جهت بهبود کارکردهای اجرایی و کاهش علائم اضطرابی در کودکان مضطرب استفاده کرد.

واژگان کلیدی

درمان مبتنی بر ذهنی_سازی، درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک، کارکردهای اجرایی، علایم اضطراب

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.1.7.0]

مقدمه

یکی از شایع‌ترین مشکلات سلامت روان در میان کودکان، اضطراب است. از هر چهار کودک ۶ تا ۸ ساله، یک نفر و از هر سه نوجوان، یک نفر در مقطعی از اختلال اضطراب رنج می‌برند (هالند و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین اضطراب از شایع‌ترین اختلالات سلامت روان در طول عمر با شیوع جهانی بین ۴٫۷٪ تا ۹٫۱٪ در بین کودکان و نوجوانان می‌باشد (گرین و همکاران، ۲۰۲۳). سیستم‌های طبقه‌بندی تشخیصی نشان می‌دهد که کودکان می‌توانند با اشکال مختلف اختلالات اضطرابی همانند بزرگسالان از جمله اضطراب جدایی اجتماعی[1] اختلال اضطراب فراگیر[2] پانیک[3] آگورافوبیا[4] و فوبیاهای خاص[5]درگیر باشند (علی‌اکبری و همکاران، ۱۴۰۱). مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهند که شیوع علایم اضطرابی در کودکان ۲۶٫۶ درصد است (ابو و همکاران، ۲۰۱۳). علاوه بر این، بر اساس پژوهشی که محمدی و همکاران در ایران انجام دادند میزان شیوع اختلال اضطرابی کودکان و نوجوانان را در پسران ۱۳/۲ و در دختران ۱۵/۱ اعلام می‌کنند (محمدی و همکاران، ۲۰۲۰). اضطراب یک واکنش احساسی طبیعی است که نشانه تهدید است. اضطراب می‌تواند اشکال مختلفی داشته باشد، مانند نگرانی در مورد موضوعات خاص (مانند گرم شدن کره زمین)، واکنش‌های ترسناک در پاسخ به محرک‌های خاص ترسناک (مانند عنکبوت‌ها). اضطراب می‌تواند برای یک مرحله رشدی خاص و یا با توجه به موقعیت خاصی مانند یک ضربه عینی سازگار باشد. با این حال، اضطراب نامتناسب یا پایدار می‌تواند به مشکلات مرتبط با اضطراب یا حتی به اختلالات اضطرابی منجر شود (سیمون و همکاران، ۲۰۲۳). به‌طور معمول، اضطراب در دوران کودکی ظاهر می‌شود و بر بسیاری از جنبه‌های زندگی در دوران کودکی، نوجوانی و بزرگسالی تأثیر منفی می‌گذارد، ازجمله خطر بیشتری برای اختلالات روانی، ترک تحصیل، سوءمصرف مواد، حاشیه‌نشینی، بیکاری و مشکلات با همسالان و خانواده دارد (اوست و همکاران، ۲۰۱۷). علاوه بر این، اختلالات اضطرابی دوران کودکی می تواند تاثیرات منفی بر اموزش، عملکرد اجتماعی و سلامت داشته باشد (آسلمان و همکاران، ۲۰۱۸). تقریباً ۵۰ درصد از افراد مبتلا به اضطراب در طول عمر، ابتدا در دوران کودکی علایم مربوط به اضطراب را تجربه می‌کنند (بارت و همکاران، ۱۹۹۶؛ استراون و همکاران، ۲۰۲۱) که نشان‌دهنده ماهیت مزمن اضطراب دوران کودکی است. با این حال، شواهدی برای درمان موثر برای اضطراب مشکل‌ساز تثبیت‌شده در اوایل دوران کودکی که اغلب به‌عنوان سال‌های پیش‌دبستانی و ابتدایی مدرسه تعریف می‌شود، وجود ندارد (پالمر و همکاران، ۲۰۲۳).

مدل‌های عملکرد اجرایی فرض می‌کنند که کودکان و نوجوانان دارای نقص عملکرد اجرایی کمتر قادر به پردازش اطلاعات هیجانی هستند که منجر به کنترل انطباقی کمتر بر محیط خود و خطر بالاتر اسیب‌شناسی روانی می‌شود علاوه بر این، مشخص شده است که اضطراب در کودکان و نوجوانان با فعالیت مغزی نامنظم در قشر جلوی مغز مرتبط است که با عملکرد اجرایی مرتبط است (لو و همکاران، ۲۰۲۰). شواهد اولیه‌ای وجود دارد که نمونه‌های بالینی و غیر بالینی کودکان و نوجوانان مضطرب در معیارهای تغییر و به‌روزرسانی عملکرد بدتری دارند (تورن و همکاران، ۲۰۰۰؛ ویزوپترا و همکاران، ۲۰۱۴). کاستانیا و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند بین مهارت‌های وابسته به کارکردهای اجرایی و میزان اضطراب در کودکان (۸ تا ۱۲ ساله) رابطه وجود دارد. لو و همکاران (۲۰۲۰) تاکید می‌کند که عملکرد اجرایی به‌طور قابل‌توجهی با اضطراب در کودکان و نوجوانان مرتبط است. ظرفیت جابجایی ضعیف و کنترل هیجانی به‌طور قابل‌توجهی بیشتر در گروه‌های افسردگی و یا اضطراب طبقه‌بندی می‌شوند و حافظه کاری بدتر و بازداری به‌طور معنی‌داری بیشتر در گروه اضطراب طبقه‌بندی می‌شوند (سان و همکاران، ۲۰۲۳). کارکرد اجرایی اصطلاحی است که برای توصیف مجموعه متنوعی از مهارت‌های شناختی موردنیاز برای انجام فعالیت‌هایی است که نیاز به برنامه‌ریزی و نظارت بر رفتارهای عمدی

[1] social anxiety disorder
[2] generalized anxiety disorder
[3] panic disorder
[4] agoraphobia
[5] specific phobia

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.1.7.0]

دارند و به افراد اجازه می‌دهد با جهان به شیوه‌ای سازگار و مناسب تعامل داشته باشند (دیاموند، ۲۰۱۳). نقشی که توسط عملکرد اجرایی ایفا میشود، عامل مهمی در اشکار کردن مجموعه‌های پیچیده اثرات زیست‌شناختی و محیطی بر مشکلات سلامت روان است. کارکرد اجرایی به پردازش شناختی با مرتبه بالا اشاره دارد که امکان حل مسئله و سازگاری عمدی و هدفمند را فراهم می‌کند (شوایرز و همکاران، ۲۰۲۱).

با توجه به انچه در زمینه مشکلات اضطرابی کودکان و کارکردهای اجرایی در کودکان مضطرب بیان شد و اینکه اختلالات اضطرابی در صورت عدم درمان می‌تواند اثرات منفی قابل‌توجهی داشته باشد یافتن درمان‌های موثر و راهبردهای پیشگیری از گسترش علایم اضطرابی و کارکردهای اجرایی در کودکان مضطرب یکی از بسترهای عمده پژوهشی در این زمینه است، از انجایی که ویژگی‌های والدین و متغیرهای چارچوب خانوادگی بر چگونگی پاسخگویی والدین بر نیازهای فرزندانشان تاثیرگذار است، روش‌ها و برنامه‌های آموزشی و درمانی متفاوت والد محور ارایه شده است. در همین راستا باید گفت که درمان‌های والدمحور با تاکید و توجه به نقش محیط خانواده بر رفتار ناسازگارانه فرزندان و شکل‌گیری اختلال رفتاری در خانواده، بر بهبود تعاملات فرزندان و والدین درون بافت خانواده تاکید دارد و بیان شده که تغییر در شیوه والدگری منجر به کاهش مشکلات رفتاری، ساماندهی مشکلات کارکرد اجرایی و بهبود علاقه اجتماعی و رفتار اجتماعی میشود (کریستین و همکاران، ۲۰۱۷). از طرف دیگر در همین رابطه، یکی از درمان‌های جدیدی که در سال‌های اخیر بدین‌منظور تدوین شده است، درمان مبتنی بر ذهنی-سازی است. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی یک رویکرد نسبتاً جدید برای درمان روان‌شناختی است که پایه شواهدی را برای بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (بتمن و فوناگی، ۲۰۰۸) و نوجوانانی که به خود آسیب می‌زنند (روسود و فوناگی، ۲۰۱۲) و اخیراً اختلال شخصیت ضداجتماعی (بتمن و همکاران، ۲۰۱۶) توسعه داده شد. درمان مبتنی بر ذهنی-سازی ریشه در نظریه دلبستگی دارد (فوناگی و بیتمن، ۲۰۰۶؛ لورنس و همکاران، ۲۰۱۴) و این مفهوم را در بر می-گیرد که تجربیات دوران کودکی بر کیفیت روابط بین فردی آینده تاثیر می‌گذارد. هدف از افزایش مهارت‌های ذهنی افراد برای بهبود عملکرد آن‌ها در تعاملات اجتماعی روزانه و دستیابی به کیفیت زندگی بیشتر است (وگت و نورمن، ۲۰۱۹). ذهنی‌سازی، عملکرد درجه یک تشخیص و تفسیر حالات روانی خود و دیگران، در زمینه‌های اسیب‌شناسی روانی بالینی و رشدی مورد توجه قرار گرفته است. با این حال، اطلاعات کمی در مورد ارتباط ذهنی‌سازی با اضطراب و مشکلات درونی‌سازی گسترده‌تر وجود دارد (شوالیه و همکاران، ۲۰۲۳).

بررسی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر ذهنی-سازی بر مشکلات رفتاری کودکان (دارابی و همکاران، ۱۴۰۲) و اضطراب اجتماعی (گریفیث و همکاران، ۲۰۱۹) موثر است. شوالیه و همکاران (۲۰۲۳) نیز نشان دادند که یک ارتباط منفی بین ذهنی‌سازی و علایم کلی اضطراب وجود دارد. در مطالعات دیگری نشان داده شده است که درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک بر کارکردهای اجرایی دانش آموزان دارای بیش فعالی و نقص توجه (بیات و همکاران، ۱۴۰۲)؛ کنش‌های اجرایی کودکان دارای اختلال هیجانی رفتاری (میکاییلی و همکاران، ۱۴۰۲)، نشانه‌های برونی‌سازی‌شده دانش‌اموزان دوره اول ابتدایی (اوبالاسی و همکاران، ۱۴۰۱)، اضطراب اجتماعی کودکان (جهان‌بخشی و شعبانی، ۱۴۰۱) و علایم اضطراب در جوانان (فیلیپس و مایچایلیسین، ۲۰۲۱) موثر است. با بررسی پیشینه مشخص می‌شود که در حوزه کودکان مضطرب کمتر پژوهشی صورت گرفته است و از طرف دیگر پژوهشی دیده نشد که به مقایسه این دو درمان در حیطه مطالعه حاضر پرداخته باشد. باتوجه به انچه گفته شد، یافتن درمان‌های موثر و راهبردهای پیشگیری از گسترش مشکلات رفتاری در کودکان در معرض خطر یکی از دلایل انجام پژوهشی در این حیطه است، همچنین می‌توان گفت درمان-هایی که اهدافشان خانواده محور و بازسازی تعاملات والد-کودک باشد، می‌تواند در درمان اختلالات و مشکلات رفتاری کودکی مفید واقع شود. در این تحقیق پژوهشگر دو روش درمانی که عبارتند از: درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک که متمرکز بر آموزش مستقیم فرزندپروری و تعامل والد کودک است و ذهنی‌سازی که متمرکز بر دیدگاه‌های دلبستگی و رشدی است؛ انتخاب نموده است. ازانجاکه این دو روش

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.1.7.0]

درمانی ازلحاظ تاثیر بر علایم اضطرابی و کارکردهای اجرایی در کودکان مضطرب تاکنون مورد مقایسه قرار نگرفته است، محقق درصدد است با مقایسه‌ی تاثیر دو درمان، به این سوال پاسخ دهد که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد - کودک بر کارکردهای اجرایی و علایم اضطرابی در کودکان مضطرب تفاوت وجود دارد؟

روش

روش تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی است. طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی، همراه با پیش‌آزمون، پس‌ازمون و پیگیری است. جامعه آن شامل تمامی مادران کودکان مضطرب شرکت پالایش نفت شهر بندرعباس در سال ۱۴۰۲ بود. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به شیوه هدفمند بود. حجم نمونه ۴۵ نفر می‌باشد که از بین مادران کودکان مضطرب مراجعه‌کننده به کلینک‌های شرکت پالایش نفت شهر بندرعباس انتخاب شد. هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شده است. اندازه نمونه بر اساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی انتخاب شد (کوین و کیوگ، ۲۰۰۲).
تقسیم افراد در سه گروه به‌صورت تصادفی صورت گرفت. لذا تعداد نمونه ۴۵ نفر به‌طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند. معیارهای ورود شامل مادران دارای فرزند مضطرب: با توجه به نتایج پرسشنامه اضطراب اسپنس، کودک مبتلا به اضطراب تشخیص داده شود (نمره‌ی برش ۴۲)، سن کودک بین ۱۲-۶، مادر کودک باسواد باشد و تمایل به شرکت در پژوهش داشته باشد و اینکه تحت درمان دارویی و روان‌شناختی دیگری نباشد و معیارهای خروج شامل سن بالای ۱۲ سال و کمتر از ۶ سال، عدم رضایت از شرکت در پژوهش و شرکت نکردن در دو جلسه برنامه آموزشی بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. داده‌ها با استفاده از SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند

ابزار پژوهش

الف) پرسشنامه رتبه‌بندی رفتاری کارکردهای اجرائی[6] (BRIEF): پرسشنامه رتبه‌بندی رفتاری کارکردهای اجرایی در سال ۲۰۰۰ توسط جیویا و همکاران ساخته شده است، این پرسشنامه در دو فرم والد و معلم طراحی شده و برای کودکان و نوجوانان دختر و پسر سنین ۵ تا ۱۸ سال کاربرد دارد. در پژوهش حاضر از فرم والد استفاده شد. ضریب اعتبار این پرسشنامه برای نمونه‌های بالینی در فرم والدین آن ۰/۹۸- ۰/۸۲ می‌باشد و زمانی‌که برای ارزیابی جامعه بهنجار از آن استفاده می‌شود، این میزان به ۰/۹۷- ۰/۸۰ می‌رسد (بدری بگه‌جان و همکاران، ۱۳۹۹). در پژوهش حاضر اعتبار این پرسشنامه ۰/۹۳ میباشد .

ب) مقیاس اضطراب کودکان اسپنس- فرم والدین[7] P-SCAS): این مقیاس شامل ۳۸ پرسش ۴گزینه‌ای لیکرتی (صفر تا ۳) است و نمره برش آن ۴۲ تعیین شده است (زمانی و همکاران، ۱۳۹۸). بررسی‌های روانسنجی نشان می‌دهد که ضریب همسانی درونی برای نمره کل ۰/۹۲و برای خرده‌مقیاس از ۰/۶۵ تا ۰/۸۸ در نوسان است. همبستگی معنی‌دار و بالاتر این مقیاس با زیرمقیاس درونی‌سازی فهرست رفتاری کودک نسبت به زیرمقیاس برونی‌سازی، روایی همگرا و واگرای مقیاس را مورد تایید قرار داد .تحلیل عامل تاییدی نیز ساختار ۶ عاملی نسخه اصلی مقیاس را تایید کرد (ماگیاتی و همکاران، ۲۰۱۷، لی و همکاران، ۲۰۱۶). در ایران نیز تحلیل عامل اکتشافی و تاییدی، مدل شش عاملی مقیاس را مورد حمایت قرار داد. مقیاس اضطراب کودکان از همسانی درونی متوسط تا بالا ۶۵(۰/ -۰/۸۹) در تحقیق زمانی و همکاران (۱۳۹۸) ضرایب آلفای کرونباخ کل نمونه مادران برای نمره کل ۰/۸۸ و برای خرده‌مقیاس از ۰/۶۸ تا ۰/۸۴ برآورد شد (زمانی و همکاران، ۱۳۹۸).

[6] Behavior Rating Inventory of Executive Function

[7] Spence Children's Anxiety Scale-Parent Form

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.1.7.0]

در این پژوهش از پروتکل‌های زیر استفاده شد:

الف) درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک: این برنامه مداخله توسط شیلا آیبرگ بر اساس سابقه‌ای که او در زمینه نظریه‌های روان‌درمانی سنتی کودک و رشد نخستین او همچنین نظریه کنشگر داشته به‌عنوان یک برنامه کوتاه-مدت طرح‌ریزی‌شده است (تجمی و جانقریان، ۱۳۹۵).

ب) پروتکل ذهنی‌سازی: در این پژوهش برنامه آموزشی ذهنی‌سازی بر اساس پروتکل بیتمن و فوناگی (۲۰۰۱) ارائه خواهد شد (دارابی و همکاران، ۱۴۰۱).

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.1.7.0]

جدول ۱- مراحل و جلسات درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک

جلسه	موضوع	محتوای جلسه
اول	ارزیابی کارکرد کودک و خانواده قبل از درمان و آموزش مهارت‌های تعامل کودک‌مدار	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی با اعضا، بیان اهداف و چهارچوب برنامه درمانی، عقد وانجام ارزیابی اولیه. فقط والدین در این جلسه حاضر می‌شوند و مهارت-های انجام دادنی مثل تمجید عنوان‌دار و بی‌عنوان و مهارت‌های پرهیزی :دستور+ پرسش+انتقاد را آموزش می‌بینند.
دوم	هدایت و آماده‌سازی مهارت‌های تعامل کودک‌مدار	اجرای مهارت انجام‌دادنی و پرهیزی والدین با کودک و بررسی تکلیف جلسه قبلی
سوم	آموزش مهارت‌های تعامل والدمدار آموزش دستور دادن فقط به والدین	بررسی تکالیف، اجرای کودک مدار ۱۰ دقیقه و استفاده از فنون دستور دادن در طول روز
چهارم	آموزش و هدایت مهارت دستور دادن والدین و کودک	بررسی تکالیف، اجرای ۱۰ دقیقه‌ای مهارت‌های تعامل کودک‌مدار و استفاده از فنون دستور دادن در طول روز.
پنجم	آموزش محروم‌سازی همراه با چارت تشویقی (TIC) فقط به والدین	۱۰ دقیقه مهارت‌های تعامل کودک‌مدار، استفاده از فنون دستور دادن در طول روز. این هفته TIC در منزل انجام نشود.
ششم	هدایت و آموزش محروم سازی به والد و کودک و توضیح قوانین منزل	۱۰ دقیقه مهارت‌های تعامل کودک¬مدار استفاده از فنون دستور دادن در طول روز. استفاده از TIC برای نافرمانی در طول روز و یک قانون منزل.
هفتم	هدایت و آموزش محروم‌سازی همراه با تعلیق امتیازات (TSP) والدین و کودک	۱۰ دقیقه مهارت‌های تعامل کودک‌مدار، استفاده از مهارت TSP برای نافرمانی در طول روز و یک قانون منزل.
هشتم	هدایت و آموزش محروم‌سازی همراه با تعلیق امتیازات (TSP) والدین و کودک توضیح رفتار در اماکن عمومی. ارزیابی کارکرد کودک و خانواده پس از درمان و تکمیل پرسشنامه‌ها	۱۰ دقیقه مهارت‌های تعامل کودک‌مدار، استفاده از مهارت TSP برای نافرمانی در طول روز و یک قانون منزل توضیح رفتار در اماکن عمومی. برگزاری جلسه پرسش و پاسخ و مصاحبه با مادران در مورد میزان اثربخشی برنامه و دریافت نظرات آنها

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.1.7.0]

جدول ۲- خلاصه برنامه آموزشی ذهنی‌سازی

جلسه	هدف	شرح جلسه
اول	تکمیل پرسشنامه‌ها	معرفی و شرح کلی برنامه آموزشی، مصاحبه کوتاه با مادران
دوم	تشریح نیازهای کودکان	تقسیم‌بندی نیازهای کودکان (بر مبنای نظریه TDS) و بیان اهمیت نیازها و سرچشمه‌های اضطراب در کودکان
سوم	نحوه گفتگو با کودکان	درک جنبه‌های رمزی گفتگو با کودکان، تلاش برای نشان دادن فهم و درک والد از ذهنیات کودک به خود کودک، پرهیز از گفتگوی‌های بی‌حاصل
چهارم	آموزش کودک در زمینه احساسات و عواطف به‌صورت تجربی و آنی	درک و پذیرش احساسات کودک بدون قضاوت و بیان احساسات کودک به زبان خودش، عدم انکار احساسات منفی و متناقض کودک و پذیرش آنها ، استفاده از تجارب عاطفی شخصی برای درک تجارب عاطفی کودک
پنجم	راه‌های درست انتقاد و تمجید از کودک	تطابق تمجید با تلاش‌ها موفقیت‌آمیز و تطابق انتقاد باکارهای اشتباه کودک نه شخصیت کلی او، حذف کلام نیشدار و پرهیز از الگوهای متناقض
ششم	ابراز خشم و کاربرد آن در تربیت کودک	شیوه‌های ابراز خشم در مقابل کودک، بیان احساس و نام-گذاری آن، برون‌ریزی بدون آسیب زدن به‌طرف مقابل، بیان تمایلات رفتاری خود در هنگام خشم
هفتم	مسئولیت و استقلال در کودکان	تعریف مسئولیت‌پذیری و راه‌های ایجاد مسئولیت در کودک
هشتم	تکمیل پرسشنامه‌ها	برگزاری جلسه پرسش و پاسخ در زمینه مواد آموزشی و مصاحبه با مادران در مورد میزان اثربخشی برنامه و دریافت نظرات آنها

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان شامل ۴۵ کودک بودند که بین ۷-۱۱ سال سن داشتند یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سن شرکت‌کننده‌ها ۸/۳۳ با انحراف معیار ۱/۷۵ بود. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول سه گزارش شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف‌استاندارد کارکردهای اجرایی و علائم اضطرابی درگروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی		درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک		کنترل	
متغیر	مراحل	میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار	میانگین
بازداری	پیش‌آزمون	۱۸.۵۳	۲.۳۲۶	۱۹.۵۳	۱.۵۵۲	**۱۹.۰۷**
	پس‌آزمون	۲۲.۹۳	۳.۵۹۵	۲۳.۹۳	۲.۸۹۰	**۱۹.۳۳**
	پیگیری	۲۴.۰۰	۴.۳۵۹	۲۴.۵۳	۳.۳۹۹	**۱۹.۶۷**

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.1.7.0]

جهت‌دهی	پیش‌آزمون	۱۵.۶۷	۲.۱۲۷	۱۴.۸۰	۱.۷۴۰	**۱۴.۰۷**
	پس‌آزمون	۱۹.۲۷	۳.۲۴۰	۱۷.۲۷	۳.۳۶۹	**۱۳.۹۳**
	پیگیری	۱۹.۸۷	۳.۸۱۵	۱۸.۶۷	۴.۴۹۹	**۱۳.۶۷**
کنترل هیجانی	پیش‌آزمون	۱۲.۱۳	۱.۶۸۵	۱۲.۲۷	۱.۷۵۱	**۱۲.۲۷**
	پس‌آزمون	۱۵.۲۷	۲.۴۳۴	۱۶.۲۷	۳.۳۴۸	**۱۲.۳۳**
	پیگیری	۱۴.۷۳	۲.۴۰۴	۱۴.۶۷	۲.۲۵۷	**۱۲.۲۷**
آغاز به کار	پیش‌آزمون	۱۰.۱۳	۱.۶۴۲	۱۰.۹۳	۱.۸۳۱	**۱۰.۰۰**
	پس‌آزمون	۱۳.۷۳	۲.۱۸۷	۱۴.۰۰	۳.۲۵۱	**۹.۶۰**
	پیگیری	۱۳.۷۳	۳.۲۶۲	۱۴.۳۳	۳.۱۰۹	**۹.۸۰**
حافظه فعال	پیش‌آزمون	۱۳.۵۳	۱.۵۰۶	۱۳.۷۳	۱.۷۹۲	**۱۳.۸۷**
	پس‌آزمون	۱۸.۳۳	۴.۵۹۳	۱۷.۶۰	۳.۷۷۶	**۱۳.۷۳**
	پیگیری	۱۹.۰۷	۴.۳۱۷	۱۹.۰۷	۴.۷۷۳	**۱۳.۸۰**
برنامه‌ریزی	پیش‌آزمون	۲۰.۷۳	۲.۷۳۸	۲۱.۲۰	۲.۷۵۷	**۲۱.۲۷**
	پس‌آزمون	۲۴.۸۷	۴.۱۹۰	۲۳.۹۳	۲.۸۶۵	**۲۱.۶۰**
	پیگیری	۲۶.۴۷	۳.۹۲۵	۲۷.۰۷	۳.۱۰۵	**۲۲.۰۷**
سازماندهی اجزا	پیش‌آزمون	۱۰.۶۷	۱.۵۴۳	۱۰.۸۰	۱.۸۵۹	**۱۰.۷۳**
	پس‌آزمون	۱۳.۸۰	۳.۳۸۵	۱۵.۳۳	۳.۵۹۹	**۱۰.۸۷**
	پیگیری	۱۵.۸۷	۳.۱۵۹	۱۶.۶۰	۴.۱۸۸	**۱۱.۰۷**
نظارت	پیش‌آزمون	۱۳.۹۳	۱.۸۳۱	۱۵.۰۰	۲.۷۲۶	**۱۴.۶۰**
	پس‌آزمون	۲۰.۰۷	۴.۷۴۳	۱۷.۶۰	۲.۸۷۴	**۱۴.۳۳**
	پیگیری	۱۹.۶۷	۵.۲۳۳	۱۹.۲۷	۲.۷۳۸	**۱۴.۱۳**
نمره کل کارکردهای اجرایی	پیش‌آزمون	۱۱۴.۴۷	۷.۱۸۰	۱۱۹.۱۳	۵.۹۰۲	**۱۱۵.۸۷**
	پس‌آزمون	۱۴۸.۲۷	۱۱.۳۹۸	۱۴۵.۹۳	۱۰.۶۸۷	**۱۱۵.۷۳**
	پیگیری	۱۵۳.۴۰	۱۰.۹۱۴	۱۵۴.۲۰	۱۲.۷۹۶	**۱۱۶.۴۷**
علائم اضطرابی	پیش‌آزمون	۵۸.۲۰	۳.۷۶۴	۶۰.۲۰	۲.۸۵۹	**۵۹.۴۷**
	پس‌آزمون	۴۹.۱۳	۷.۲۱۰	۴۲.۶۰	۳.۱۵۸	**۵۹.۹۳**

جدول ۳: خلاصه آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تفاوت‌های درون‌گروهی و بین گروهی کارکردهای اجرایی و علائم اضطرابی

متغییر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	□	معناداری‌سطح	اندازه اثر
بازداری	اثر زمان	۳۴۷.۷۹۳	۱.۲۵۹	۲۷۶.۲۳۸	۴۱.۱۳	.۰۰۰	.۴۹
	تعامل زمان* گروه	۱۳۰.۴۳۰	۲.۵۱۸	۵۱.۷۹۸	۷.۷۱	.۰۰۰	.۲۶
	اثر گروه	۲۶۶.۴۱۵	۲	۱۳۳.۲۰۷	۷.۱۵	.۰۰۲	.۲۵
جهت‌دهی	اثر زمان	۱۶۱.۶۴۴	۱.۲۸۲	۱۲۶.۱۱۱	۱۹.۴۹	.۰۰۰	.۳۱
	تعامل زمان* گروه	۱۰۹.۳۷۸	۲.۵۶۴	۴۲.۶۶۷	۶.۵۹	.۰۰۱	.۲۳
	اثر گروه	۴۵۲.۰۴۴	۲	۲۲۶.۰۲۲	۱۲.۵۹	.۰۰۰	.۳۷

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.1.7.0]

کنترل هیجانی	اثر زمان	۱۳۶.۱۳۳	۱.۶۶۶	۸۱.۶۹۸	۲۱.۳۸	.۰۰۰	.۳۳
	تعامل زمان* گروه	۶۹.۸۲۲	۳.۳۳۳	۲۰.۹۵۱	۵.۴۸	.۰۰۱	.۲۰
	اثر گروه	۱۱۴.۹۷۸	۲	۵۷.۴۸۹	۶.۷۳	.۰۰۳	.۲۴
آغاز به کار	اثر زمان	۱۴۲.۹۹۳	۱.۵۲۱	۹۳.۹۹۹	۲۵.۴۶	.۰۰۰	.۳۷
	تعامل زمان* گروه	۹۳.۱۸۵	۳.۰۴۲	۳۰.۶۲۸	۸.۲۹	.۰۰۰	.۲۸
	اثر گروه	۲۷۸.۹۴۸	۲	۱۳۹.۴۷۴	۱۳.۳۷	.۰۰۰	.۳۸
	اثر زمان	۳۲۴.۳۲۶	۱.۶۱۸	۲۰۰.۴۵۲	۳۹.۰۱	.۰۰۰	.۴۸
حافظۀ فعال	تعامل زمان* گروه	۱۷۴.۵۱۹	۳.۲۳۶	۵۳.۹۳۱	۱۰.۴۹	.۰۰۰	.۳۳
	اثر گروه	۲۸۶.۹۴۸	۲	۱۴۳.۴۷۴	۶.۰۴	.۰۰۵	.۲۲
برنامه-ریزی	اثر زمان	۳۸۷.۷۳۳	۲	۱۹۳.۸۶۷	۳۲.۸۲	.۰۰۰	.۴۳
	تعامل زمان* گروه	۱۳۸.۲۲۲	۴	۳۴.۵۵۶	۵.۸۵	.۰۰۰	.۲۱
	اثر گروه	۱۷۲.۸۴۴	۲	۸۶.۴۲۲	۴.۷۱	.۰۱۴	.۱۸
سازمانده ی اجزاء	اثر زمان	۳۳۶.۲۸۱	۱.۵۵۵	۲۱۶.۲۹۷	۴۹.۲۹	.۰۰۰	.۵۴
	تعامل زمان* گروه	۱۴۹.۱۸۵	۳.۱۰۹	۴۷.۹۷۸	۱۰.۹۳	.۰۰۰	.۳۴
	اثر گروه	۲۷۶.۴۵۹	۲	۱۳۸.۲۳۰	۷.۶۰	.۰۰۲	.۲۶
نظارت	اثر زمان	۲۷۲.۸۴۴	۲	۱۳۶.۴۲۲	۲۸.۳۸	.۰۰۰	.۴۰
	تعامل زمان* گروه	۲۲۰.۷۵۶	۴	۵۵.۱۸۹	۱۱.۴۸	.۰۰۰	.۳۵
	اثر گروه	۳۲۱.۷۳۳	۲	۱۶۰.۸۶۷	۷.۹۴	.۰۰۱	.۲۷
نمره کل کارکردها ی اجرایی	اثر زمان	۱۵۷۰۱.۸۸۱	۱.۶۵۳	۹۵۰۰.۲۸۵	۱۸۳.۵۳	.۰۰۰	.۸۱
	تعامل زمان* گروه	۷۸۰۶.۹۱۹	۳.۳۰۶	۲۳۶۱.۷۵۴	۴۵.۶۲	.۰۰۰	.۶۸
	اثر گروه	۱۶۱۸۷.۲۱۵	۲	۸۰۹۳.۶۰۷	۵۲.۷۸	.۰۰۰	.۷۱
علائم اضطرابی	اثر زمان	۲۳۱۷.۶۱۵	۱.۴۰۷	۱۶۴۶.۹۴۹	۹۶.۹۲	.۰۰۰	.۶۹۸
	تعامل زمان* گروه	۱۸۶۱.۴۰۷	۲.۸۱۴	۶۶۱.۳۷۹	۳۸.۹۲	.۰۰۰	.۶۵۰
	اثر گروه	۳۴۰۶.۳۲۶	۲	۱۷۰۳.۱۶۳	۳۳.۹۷	.۰۰۰	.۶۱۸

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون تحلیل واریانس در بخش دورن گروهی بیان‌گر آن است که تأثیر عامل زمان در متغیر کارکردهای اجرایی و مولفه‌های آن شامل بازداری ، جهت‌دهی، کنترل هیجانی ، آغاز به کار ، حافظۀ فعال ، برنامه‌ریزی، سازماندهی اجزاء ، نظارت و علائم اضطرابی (در گروه‌های موردمطالعه در سه‌مرحله اندازه‌گیری معنادار است به عبارت دیگر، کارکردهای اجرایی از جلسه‌ی پیش آزمون تا جلسه‌ی پیگیری افزایش و علائم اضطرابی کاهش معنی‌داری نشان داده است.

همچنین در بخش بین‌گروهی تفاوت میانگین کارکردهای و مولفه‌های آن شامل بازداری، جهت‌دهی ، کنترل هیجانی ، آغاز به کار، حافظۀ فعال ، برنامه‌ریزی، سازماندهی اجزاء ، نظارت و علائم اضطرابی در سه گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک و کنترل معنی‌دار است. با توجه به معنادار شدن انجام مقایسه‌های پس از تجربه ضروری به نظر میرسد، بنابراین از آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی مقایسه‌ای گروه‌های درمان با گروه کنترل و مقایسه دوبه‌دو میانگین‌ها در مراحل مختلف آزمون استفاده شد و نتایج آن گزارش شده است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.1.7.0]

جدول ۴: مقایسه دوبه‌دو با آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه گروه‌ها

گروه‌ها←	ذهنی‌سازی ـ رابطه والد- کودک		ذهنی‌سازی ـ کنترل		رابطه والد- کودک ـ کنترل	
متغیر	تفاوت میانگین‌ها	sig	تفاوت میانگین‌ها	sig	تفاوت میانگین‌ها	sig
بازداری	-۰/۸۴	۱/۰۰	۲/۴۶	۰/۰۲۹	۳/۱۳	۰/۰۰۲
جهت‌دهی	۱/۳۵	۰/۴۱	۴/۳۷	۰/۰۰۱	۳/۰۲	۰/۰۰۵
کنترل هیجانی	-۰/۳۵	۱/۰۰	۱/۷۵	۰/۰۲۰	۲/۱۱	۰/۰۰۴
آغاز به کار	-۰/۵۵	۱/۰۰	۲/۷۳	۰/۰۰۱	۳/۲۸	۰/۰۰۱
حافظهٔ فعال	۰/۱۷	۱/۰۰	۳/۱۷	۰/۰۱۱	۳/۰۰	۰/۰۱۷
برنامه‌ریزی	-۰/۰۴	۱/۰۰	۲/۳۷	۰/۰۳	۲/۴۲	۰/۰۳
سازماندهی اجزاء	-۰/۸۰	۱/۰۰	۲/۵۵	۰/۰۲	۳/۳۵	۰/۰۰۲
نظارت	۰/۶۰	۱/۰۰	۳/۵۳	۰/۰۰۲	۲/۹۳	۰/۰۱۱
کارکردهای اجرایی	-۱/۰۴	۱/۰۰	۲۲/۶۸	۰/۰۰۱	۲۳/۷۳	۰/۰۰۱
علائم اضطرابی	۳/۸۴	۰/۰۴	-۸/۲۰	۰/۰۰۱	-۱۲/۰۴	۰/۰۰۱

مقایسه دو به دوی گروه‌ها (جدول ۴) نشان می‌دهد، بین دو گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک در کارکردهای اجرایی تفاوت معناداری وجود ندارد اما بین گروه‌های درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک با گروه کنترل در کارکردهای اجرایی تفاوت معنادار وجود دارد. در نتیجه می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک منجر به افزایش کارکردهای اجرایی در کودکان مضطرب شده است. همچنین بین دو گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک در علائم اضطرابی تفاوت معناداری وجود دارد و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک موثرتر از درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در کاهش علائم اضطرابی است. همچنین بین علائم اضطرابی گروه‌های درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد .در نتیجه می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک منجر به کاهش علائم اضطرابی در کودکان مضطرب شده است.

جدول۸: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه مراحل آزمون

مراحل←	پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون		پیش‌آزمون- پیگیری		پس‌آزمون- پیگیری	
متغیر	تفاوت میانگین‌ها	sig	تفاوت میانگین‌ها	sig	تفاوت میانگین‌ها	sig
بازداری	-۳/۰۲	۰/۰۰۱	-۳/۶۸	۰/۰۰۱	-۰/۶۶	۰/۰۲
جهت‌دهی	-۱/۹۷	۰/۰۰۱	-۲/۵۵	۰/۰۰۱	-۰/۵۷	۰/۰۸
کنترل هیجانی	-۲/۴۰	۰/۰۰۱	-۱/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۰/۲۸
آغاز به کار	-۲/۰۸	۰/۰۰۱	-۲/۲۶	۰/۰۰۱	-۰/۱۷	۱/۰۰
حافظهٔ فعال	-۲/۸۴	۰/۰۰۱	-۳/۶۰	۰/۰۰۱	-۰/۷۵	۰/۰۵۷
برنامه‌ریزی	-۲/۴۰	۰/۰۰۱	-۴/۱۳	۰/۰۰۱	-۱/۷۳	۰/۰۰۵
سازماندهی اجزاء	-۲/۶۰	۰/۰۰۱	-۳/۷۷	۰/۰۰۱	-۱/۱۷	۰/۰۰۱
نظارت	-۲/۸۲	۰/۰۰۱	-۳/۱۷	۰/۰۰۱	-۰/۳۵	۱/۰۰
کارکردهای اجرایی	-۲۰/۱۵	۰/۰۰۱	-۲۴/۸۶	۰/۰۰۱	-۴/۷۱	۰/۰۰۱
علائم اضطرابی	۸/۷۳	۰/۰۰۱	۸/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۱۱	۱/۰۰

مقایسه دو به دوی آزمودنی‌ها در سه زمان متفاوت نشان می‌دهد، در نمره کل کارکردهای اجرایی و مولفه‌های آن شامل بازداری، برنامه‌ریزی و سازماندهی اجزاء بین پیش-آزمون با پس‌آزمون، پیگیری و پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد ($p<۰/۰۵$) در نتیجه می‌توان گفت که

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.1.7.0]

میزان کارکردهای اجرایی و مولفه‌های بازداری، برنامه‌ریزی و سازماندهی اجزاء، به‌طور معناداری افزایش پیداکرده است و این افزایش به‌مرور زمان پایدار مانده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد در جهت‌دهی، کنترل هیجانی، آغاز به کار، حافظهٔ فعال و نظارت بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد اما بین پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد.. در نتیجه می‌توان گفت که جهت‌دهی، کنترل هیجانی، آغاز به کار، حافظهٔ فعال و نظارت به‌طور معناداری افزایش پیداکرده است و این تغییرات به‌مرور زمان ثابت مانده است. همچنین نشان می‌دهد، در علائم اضطرابی بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد اما بین پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد . در نتیجه می‌توان گفت که علائم اضطرابی به‌طور معناداری کاهش پیداکرده است و این تغییرات به‌مرور زمان ثابت مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از فرضیه‌ی اول پژوهش بیانگر آن بود که، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک منجر به کاهش علائم اضطرابی در کودکان مضطرب شده است و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک موثرتر از درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در کاهش علائم اضطرابی کودکان مضطرب است. در تبیین اثربخشی ذهنی‌سازی میتوان گفت که در کودکان دارای مشکلات اضطرابی والدین نمیتوانند احساسات، خواسته‌ها و نیازهای کودک را درک کنند و توافق نداشتن کودک و والدین در زمینه های مختلف وجود دارد. فرض بر این است که اختلالات دلبستگی و نقایص ذهنی‌سازی یکی از علل زمینه‌ای مشکلات رفتاری مانند علائم اضطرابی است(گرین و همکاران، ۲۰۲۳).کمبودهای ذهنی-سازی به عنوان افزایش ادراک تهدید در سیگنال های اجتماعی یا کاهش حساسیت نسبت به پریشانی دیگران، تحریک رفتار پرخاشگرانه به عنوان مکانیسم بقا، یا زمینه ساز شکست در مهار رفتار توصیف می شود اما تمرکز درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی حول به دست آوردن درک روانشناختی از اضطراب کودکان است و والدین را قادر می سازد تا با ذهنی سازی احساساتی که اضطراب را برمی انگیزند، برانگیختگی خود را از نظر روانی "حفظ" کنند (پالمر و همکاران، ۲۰۲۳).

در عین حال، کودک به عنوان فردی با حالات ذهنی مهمی که رفتارشان را هدایت می‌کنند، تجربه می‌کنند که فرض بر این است که احساس عاملیت و خودمختاری کودک را تقویت می‌کند و علائم اضطراب را کاهش می‌دهد (هوسچیلد و همکاران، ۲۰۲۳). نشانگرهای ذهنی سازی از جمله کنجکاوی، احترام، همدلی، همدردی و وساطت در مادر بررسی می‌شود، آن گاه تعامل کودک و والدین برای ارزیابی ظرفیت‌های ذهنی سازی اتفاق میافتد (دارابی و همکاران، ۱۴۰۲) و در نهایت کاهش علائم اضطرابی در کودک ظاهر می‌شود .مادران با ذهنی‌سازی بالا بهتر می توانند احساسات، نیات و اعمال خود و کودک را درک کنند و این توانایی به افزایش توانایی در تنظیم عواطف منجر می شود بنابراین، ذهنی‌سازی راهی برای مطالعه سیستماتیک شناخت‌ها ارائه می‌کند که در جهت مهار تأثیر تشدیدکننده و مخرب احساسات منفی مانند اضطراب است ذهنی‌سازی کافی در مادر او را قادر می‌سازد نه تنها احساس اضطراب کند، بلکه در فکر و زبان بیان کند که احساس «اضطراب» چگونه است، دلایل احساس اضطراب، و چگونه می‌توان چنین احساساتی را تنظیم یا اصلاح کرد(سان و همکاران، ۲۰۲۳). از آنجایی که رابطه والد-کودک مستقیماً الگوهای ناسازگار و نظم و انضباط ناسازگاری را که در میان والدین با سبک فرزندپروری سرد و طردکننده در زمینه رفتارهای مخرب کودک مشاهده می‌شود، شناسایی و هدف قرار می‌دهد(روشا و همکاران، ۲۰۱۹). بسیاری از اختلالات رفتاری کودکان در تعاملات منفی والد-کودک ریشه دارد. پس می‌توان گفت جو خانوادگی خشن، خشک و متعصبانه زمینه ظهور مشکلات رفتاری مانند اضطراب، پرخاشگری و نافرمانی را ممکن می‌سازد و بدیهی است که تغییر این فضا و سبک تعاملی والد- فرزند و بهبود بافت خانواده می‌تواند سبب کاهش علائم اضطرابی در کودک شود(شوایرز و همکاران، ۲۰۲۱). درمان تعامل والد-کودک با تقویت تعاملات مثبت و آموزش والدین به اینکه با ثبات باشند و تکنیک‌های غیر خشونت‌آمیز را به کار برند، این چرخه معیوب را می‌شکند (حسینی و همکاران، ۱۴۰۰) .با توجه به نقش اصلی تقویت در درمان مؤثر اضطراب کودک، تأکید رابطه والد-کودک بر افزایش توانایی والدین برای استفاده استراتژیک از توجه خود با فرزندانشان ممکن است مزیت

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.1.7.0]

خاصی از رویکرد مبتنی بر رابطه والد-کودک برای درمان مشکلات اضطرابی باشد (فیلیپس و مایچایلیسین، ۲۰۲۱) در نهایت، مجموعه رو به رشدی از ادبیات نشان می دهد که والدین کودکان مضطرب اغلب روابط تیره ای را با فرزندان خود به دلیل درگیری بر سر علائم کودک تجربه می کنند. در حالی که رابطه والد-کودک مستقیماً به ترمیم روابط متشنج والدین-کودک می پردازد (کارپنتر و همکاران، ۲۰۱۴).در نهایت با توجه به آنچه گفته شد برتری درمان تعاملی والد-کودک را می‌توان چنین تبیین کرد: درمان تعاملی والد-کودک بر اهمیت تعامل پایدار و تک به تک والد-کودک تأکید کرده و اشاره می‌نماید که کیفیت پیوند والد-کودک برای اثبات پذیرش و حمایت رفتارها و واژه‌ها مورد استفاده‌ی کودک مهم است(فیلیپس و مایچایلیسین، ۲۰۲۱). یافته‌ی دیگر پژوهش بیانگر آن بود که، تفاوت بین کارکردهای اجرایی در گروه‌های موردمطالعه در سه‌مرحله اندازه‌گیری معنادار است به صورتی که میزان کارکردهای اجرایی و مولفه-های بازداری، برنامه‌ریزی و سازماندهی اجزاء، به‌طور معناداری افزایش پیداکرده است و این افزایش به‌مرور زمان پایدار مانده است. و میزان جهت‌دهی، کنترل هیجانی، آغاز به کار، حافظۀ فعال و نظارت به‌طور معناداری افزایش پیداکرده است و این تغییرات به‌مرور زمان ثابت مانده است. همچنین در بخش بین‌گروهی تفاوت میانگین کارکردهای اجرایی و مولفه‌های آن در سه گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک و کنترل معنی‌دار است و بین دو گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک در کارکردهای اجرایی تفاوت معناداری وجود ندارد. اما درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک منجر به افزایش کارکردهای اجرایی در کودکان مضطرب شده است. این یافته همسو با پژوهش‌های بیات و همکاران (۱۴۰۲) و حسینی و همکاران (۱۴۰۰) می‌باشد که نشان دادند درمان مبتنی بر تعامل والد – کودک بر کارکردهای اجرایی تاثیر گذار است. ذهن سازی والدین به عنوان تمایل مراقب به مشاهده فرزند خود به عنوان داشتن یک ذهن مستقل تعریف می شود که آنها را قادر می سازد اعمال و رفتارهای کودک خود را معنادار و بر اساس حالات ذهنی خود تفسیر کنند (آلدریچ و همکاران، ۲۰۲۱). به طور کلی، ذهنی‌سازی مادر - یعنی توانایی مادر برای درک حالات ذهنی زیربنای رفتارهای فرزندشان به شیوه‌ای مثبت، پذیرنده و انعطاف‌پذیر - یک عامل محافظتی در برابر مشکلات نقص در کارکردهای اجرایی کودک است، در حالی که مشکل والدین در درک دقیق حالات روانی فرزندشان با داشتن توانایی ذهنی ناقص در خواندن رفتارهای فرزندشان – نشان دهنده عوامل خطر در مواردی است که چنین مشکلاتی وجود دارد(هاکانسون و همکاران، ۲۰۱۵). پژوهش حاضر، همانند هر پژوهش دیگر محدودیت‌هایی داشته است، محدودیت عمده این پژوهش مربوط به روایی بیرونی می‌باشد چراکه جامعه آماری پژوهش گروه خاصی از جامعه، یعنی مادران کودکان مضطرب شرکت پالایش نفت شهر بندرعباس بودند، لذا امکان تعمیم نتایج به‌کل جامعه با محدودیت روبرو است. همچنین جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش بر اساس مقیاس‌های پرسشنامه بود. پشنهاد می‌شود از مداخلات انجام شده در این پژوهش جهت آموزش به دیگر سنین و پدران آنها انجام و در قالب طرح‌های پژوهشی، فرایندهای مختلف این دو رویکرد را مورد بررسی قرار دهند و در پژوهش‌های آتی از مصاحبه و مشاهده به‌جای ابزار خود گزارشی استفاده گردد. همچنین با توجه به اثربخشی و تاثیرگذاری این دو رویکرد بر مشکلات کودکان مضطرب پیشنهاد می‌شود تا مشاوران و درمانگران مراکز مشاوره از این رویکرد درمانی در گروه‌های درمانی و کلاس‌های آموزشی جهت بهبود مشکلات علائم اضطرابی و کارکردهای اجرایی کودکان مضطرب بهره ببرند.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.1.7.0]

.

References

. Mikaeili, N., Salmani, A., & Sharei, A. (2023). The effect of communication skills training on family adaptability/cohesion and coping strategies in parents of female students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, *13*(1), 42-56.
. Abbasi, N., Dehghani, A., Ghamarani, A., & Abedi, M. R. (2022). The Effect of Mentalization-based Treatment (MBT) on Sluggish Cognitive Tempo and Clinical Syndrome (Symptoms) in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine, 11(5), 692-703. [Persian]
. Adili, S., Rayisi, Z., & Ghasemi, N. (2022). The Effectiveness of online intervention of fillial therapy on preschool Children's Eating Behavior. Journal of Educational Psychology Studies, 19(45), 54-42. [Persian]
. Baltalı O (2017). Eating Problems in Early Childhood. Child health follow-up in the first five years. Gökçay G, Beyazova U (ed): Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 405-416.
. Basharpoor S, Einy S. The Effectiveness of Mentalization-Based Therapy on Emotional Dysregulation and Impulsivity in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. Shefaye Khatam 2020; 8 (3) :10-19. [Persian]
. Bjørseth, Å., & Wichstrøm, L. (2016). Effectiveness of parent-child interaction therapy (PCIT) in the treatment of young children's behavior problems. A randomized controlled study. PloS one, 11(9), e0159845
. Byrne, G., Murphy, S., & Connon, G. (2020). Mentalization-based treatments with children and families: A systematic review of the literature. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 135910452092068.
. Cifuentes, L., Campos, A., Silgado, M. L. R., Kelpin, S., Stutzman, J., Hurtado, M. D., ... & Acosta, A. (2022). Association between anxiety and eating behaviors in patients with obesity. Obesity Pillars, 3, 100021.
. Daniels, L.A., (2019). Feeding Practices and Parenting: A Pathway to Child Health and Family Happiness. Annals of Nutrition and Metabolism. 74(2),29–42.
. Ensink K, Normandin L, Target M, Fonagy P, Sabourin S, Berthelot N.(2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: an initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. Br J Dev Psychol.;33(2):203–17.
. Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., & Fonagy, P. (2017). Parental reflective functioning as a moderator of child internalizing difficulties in the context of child sexual abuse. Psychiatry Research, 257, 361-366
. Erdem, E., Efe, Y. S., & Özbey, H. (2023). A predictor of emotional eating in adolescents: Social anxiety. Archives of Psychiatric Nursing, 43, 71-75.
. Erriu M, Cimino S, Cerniglia L. (2020).The Role of Family Relationships in Eating Disorders in Adolescents: A Narrative Review. Behav Sci (Basel).;10(4):7
. Esmailian, N., Dehghani, M., & Fallah, S. (2016). Evaluating the Psychometric Features of Emotion Regulation Checklist (ERC) in Children and Adolescents. Clinical Psychology Achievements, 2(1), 15-34. [Persian]
. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2018). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. Routledge.
. Gökalp, C., & Yıldız, S. (2021). Eating Behaviors in Early Childhood (1-5 Years) and Their Association With Sociodemographic Characteristics in Turkey. Cureus, 13(8), e16876-e16876.
. Gökalp, C., & Yıldız, S. (2021). Eating Behaviors in Early Childhood (1-5 Years) and Their Association With Sociodemographic Characteristics in Turkey. Cureus, 13(8), e16876-e16876.
. Golombek, K., Lidle, L., Tuschen-Caffier, B., Schmitz, J., & Vierrath, V. (2020). The role of emotion regulation in socially anxious children and adolescents: a systematic review. European Child & Adolescent Psychiatry, 29, 1479-1501..
. Griffiths, H., Duffy, F., Duffy, L., Brown, S., Hockaday, H., Eliasson, E., ... & Schwannauer, M. (2019). Efficacy of Mentalization-based group therapy for

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.1.7.0]

psychological trauma (Doctoral dissertation, University of Zagreb. School of Medicine).
. Pezeshki P, Doos Ali Vand H, Aslzaker M. Psychometric properties of children's emotional regulation checklist in preschool children in Tehran. Zanko J Med Sci 2021; 22 (74) :36-49. [Persian]
. Phillips, S., & Mychailyszyn, M. (2021). A review of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT): Applications for youth anxiety. Children and Youth Services Review, 125, 105986.
. Pirnia B, Rasoulzadeh Tabatabaei S K, Pirkhaefi A, Soleimani A. Comparison of the Effectiveness of Two Cognitive-Behavioral and Mother-Child Interactive Therapies on Anxiety of Children With Under-Methadone Treatment Mother. IJPCP 2017; 23 (2) :136-147. [Persian]
. Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A., & Rohde, L.A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56, 345– 365.
. Scaglioni, S., De Cosmi, V., Ciappolino, V., Parazzini, F., Brambilla, P., & Agostoni, C. (2018). Factors influencing children's eating behaviours. Nutrients, 10(6), 706.
. Schneider RL, Arch JJ, Landy LN, Hankin BL.(2016). The longitudinal effect of emotion regulation strategies on anxiety levels in children and adolescents. J Clin Child Adolesc Psychol. ;00:1–14.
. Shafietabar M, Akbari Chermahini S, Molaei Yasavoli M. Factorial Structure and Psychometric Properties of the Emotion Regulation Checklist – Parent Form. J Child Ment Health 2020; 7 (3) :80-95. [Persian]
. Sharma, T., & Ayyub, S. (222). Impact of Mentalization Based Treatment in Emotional Eating Behaviour.
. Shirini Bonab M, Seyed Mousavi P S, Panaghi L. Comparison of the Effect of Child-Parent Relationship Therapy (CPRT) and Parent Management Training (PMT) on Nutritional Problems in children 3 to 6 years. J Child Ment Health 2020; 6 (4) :85-96. [Persian]
. Skarderud, F., & Fonagy, P. (2012). Eating disorders. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), Handbook of mentalizing in mental health practice (pp. 347–384). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

adolescents: the results of a pilot randomised controlled trial. BMC psychiatry, 19, 1-13.
. Haghyesh, SA., Babakhanlou, A., Moradimanesh, F., &Dehghani, A. (2023). Presenting Structural Model of Emotional Eating in People with Obesity based on Self-Regulation with the Mediating Role of Emotional Processing. Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD), 2(2), 30-40. [Persian]
. Hannesdóttir, D. K., & Ollendick, T. H. (2017). Emotion regulation and anxiety: Developmental psychopathology and treatment. Emotion regulation and psychopathology in children and adolescents, 154-170.
. Loevaas, M. E. S., Sund, A. M., Patras, J., Martinsen, K., Hjemdal, O., Neumer, S. P., ... & Reinfjell, T. (2018). Emotion regulation and its relation to symptoms of anxiety and depression in children aged 8–12 years: does parental gender play a differentiating role?. BMC psychology, 6(1), 1-11.
. Luo, R., Tamis-LeMonda, C. S. & Song, L. (2013). Chinese parents' goals and practices in early childhood. Early Childhood Research Quarterly, 28(4), 843- 857
. Lyons, E. R., Nekkanti, A. K., Funderburk, B. W., & Skowron, E. A. (2022). Parent–Child Interaction Therapy Supports Healthy Eating Behavior in Child Welfare-Involved Children. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(17), 10535.
. Martin, E. A. (2022). Mentalization, emotion regulation and daily wellbeing in help seeking adolescents: an experience sampling method study.
. Mazzer, C. (2023). Examining the Impact of Standard Parent-Child Interaction Therapy on Children's Emotion Regulation. Hofstra University.
. Melfsen, S., Jans, T., Romanos, M., & Walitza, S. (2022). Emotion regulation in selective mutism: A comparison group study in children and adolescents with selective mutism. Journal of Psychiatric Research, 151, 710-715.
. Mirzay Razaz J, Mohebi Z, Haji Faraji M, Houshiarrad A, Eini-Zinab H, Agah Haris M. The association between depression, anxiety, stress and dietary behavior in female students. Tehran Univ Med J 2019; 76 (10) :672-677. [Persian]
. Parezanović, C. S. M. (2023). Transgenerational transmission of

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.1.7.0]

. Weiss, J. A., Riosa, P. B., Mazefsky, C. A., Beaumont, R., Essau, C. A., LeBlanc, S., & Ollendick, T. H. (2017). Emotion regulation and psychopathology in children and adolescents. CA Essau, SS LeBlanc, & TH Ollendick, Emotion regulation and psychopathology in children and adolescents, 235-258.

. Wu, D., Chen, S., Lin, S., Huang, R., Li, R., Huang, Y., ... & Li, X. (2023). Eating behavior-mediated association between attention deficit hyperactivity disorder and body fat mass. Heliyon, 9(3).

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.1.7.0]