



اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر همدلی کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی

فاطمه قنبری: دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران
قاسم نظیری: استادیار، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران (* نویسنده مسئول) naziry@yahoo.com
بنفشه امیدوار: استادیار، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی،
اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی،
همدلی

زمینه و هدف: اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی (ADHD) یکی از اختلالات عصبی رشدی است که با اختلال قابل‌توجهی در حوزه‌های رشدی، شناختی، هیجانی و تحصیلی همراه است. هدف از انجام تحقیق حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر همدلی کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی بود.

روش کار: برای انجام تحقیق کاربردی و نیمه آزمایشی حاضر از بین کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی (۶ تا ۱۲ سال) شهر شیراز به صورت هدفمند ۳۰ پسر و ۳۰ دختر به عنوان نمونه انتخاب شده و پس از انجام پیش‌آزمون‌ها اعم از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته K-SADS-PL، تکمیل پرسشنامه همدلی-بهر-تحلیل‌بهر (EQ-SQ) و فرم رضایت آگاهانه، به صورت تصادفی به ۳ گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، درمان دارویی با متیل‌فنیدیت، درمان ترکیبی تقسیم شدند. سپس آزمودنی‌های هر گروه ۳۶ جلسه مداخله مربوط به خود را دریافت کرده و پس از خاتمه درمان و مجدداً سه ماه پس از درمان به منظور پیگیری پرسشنامه‌ها تکمیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر همدلی کودکان مبتلا به ADHD اثربخشی معناداری ($F=13/31, P<0/001$) داشت و درمان ترکیبی و MBT-C در مقایسه با دارو درمانی اثربخشی پایدارتری بر همدلی این کودکان داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج تأیید کننده تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان ترکیبی بر سطح همدلی کودکان مبتلا به ADHD می‌باشد. اما درمان ترکیبی با تمرکز بر تعامل دنیای درونی و بیرونی و تنظیم عواطف و روابط بین‌فردی می‌تواند مداخله‌ای اثربخش‌تری برای بهبود ظرفیت همدلی در کودکان مبتلا به ADHD باشد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Ghanbari F, Naziri G, Omidvar B. The Effectiveness of Mentalization-Based Treatment on Empathy among children with Attention Deficit- Hyperactivity Disorder. Razi J Med Sci. 2022;29(4):125-134.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

The Effectiveness of Mentalization-Based Treatment on Empathy among children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder

Fatemeh Ghanbari: Department of Psychology, Faculty of Economics & Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

Ghasem Naziri: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Economics & Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran (*Corresponding author) naziry@yahoo.com

Banafsheh Omidvar: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Economics & Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

Abstract

Background & Aims: Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the developmental neurological disorders, which is associated with significant disorders in developmental, cognitive, emotional, and educational issues. Mentalization-based therapy enhances the ability of ADHD children to empathize by increasing the reflective function of one's own and others' mentalizing capacity and improve the ability to see through the perspective-taking and understanding of one's own and others' feelings under the influence of ego functions reinforcement. From the theory of ego psychology and object-relations approach, Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a disorder in ego functions (executive functions, inability to regulate emotions, problem-solving, etc.) and the development of a coherent sense of self in relation to others. These children have serious problems in interpersonal relationships, and failure and the dyad of frustration and anger are characteristic of their relationships (1). According to Fonagy et al. (1996), mentalization is a psychological process that facilitates explicit and implicit meaningful interpretation of one's own and others' actions, desires, thoughts, and intentions (2, 3). Mentalization is the result of secure attachment and relationship with the early caregivers. Mentalization-Based Therapy (MBT) was originally developed by Bateman and Fonagy for adult patients with borderline personality disorder in the 1990s; but in recent years, this treatment has been used for a wide range of disorders, including childhood disorders. Its purpose is to improve the mentalization skills (understanding of the inner world, point of view and feelings, and one's own desires and others' intentions or theory of mind) in the child and the parent. The present study aimed to test the effectiveness of this treatment on the empathic function of children with ADHD, considering there are some deficits in empathic functions during developmental lines of such children.

Methods: The present study is an experimental study of a one-factor design with three groups of Repeated Measures. The study sample consisted of 60 children (30 girls and 30 boys) with school-age ADHD (6- to 12-year-old) who were selected by targeted sampling. These children first received an initial diagnosis by a psychiatrist and then were assessed by psychologists for entry and exit criteria using the K-SADS-PL DSM-5 diagnostic interview form. The participants' parents completed EQ-SQ questionnaire in three stages (pre-test, post-test, and follow-up), describing their child. Participating children were randomly assigned to three intervention groups including pharmacotherapy with methylphenidate, MBT-C, and combined method. The interventions lasted for 36 sessions and a follow-up session was held

Keywords

Mentalization-based Treatment, Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD), Empathy

Received: 07/05/2022

Published: 09/07/2022

again three months after the end of the treatment. To analyze the data, Repeated Measures ANOVA and Bonferroni Post Hoc tests were used. All participants signed an informed consent form for ethical considerations.

Results: MANOVA results showed that in the intergroup effect test between the three interventions (pharmacotherapy, MBT-C, combined method), there was a significant difference ($P < 0.001$) in the empathy variable. The result of the intragroup effect test was also significant ($P < 0.001$). In addition, the results of the Post Hoc test in

efficacy comparisons for the two-way between the three interventions showed that mentalization-based therapy and combined method were significantly different from the pharmacotherapy group; And its effectiveness in improving empathy in children with ADHD was confirmed. There was no significant difference in effectiveness between MBT-C group and combined method ($P > 0.05$).

Conclusion: The results confirm that mentalization-based therapy increases the level of empathy in children with ADHD. Mentalization-based therapy is a process-oriented therapy that uses plays to enhance mentalization and introspection, trying to teach and improve the reflective function, thinking, and mentalization capacity of children's mentalization and empathetic companionship and curiosity about the relationship with the child's inner experiences by the parents. Thus, MBT-C can be an effective intervention to improve empathy capacity in children with ADHD by focusing on the interaction of the inner and outer worlds and the regulation of emotions and interpersonal relationships.

Data analysis of the present study showed that mentalization-based therapy was effective on empathy in children with ADHD and there was a significant difference between the three interventions of combined intervention, MBT-C, and pharmacotherapy with methylphenidate in the empathy variable. And combined intervention and MBT-C were more effective than pharmacotherapy on empathy in children with ADHD. Midgley et al. (2013) stated that the goal of Mentalization-Based Treatment for children (MBT-C) plants the seeds of curiosity and genuine empathy that create an atmosphere full of "emotional oxygen" for both the child and the parents so that they can face the pleasures and experience the challenges of life during the therapy(4). Taylor (2012) also utters that simple mentalization efforts such as support and empathy are effective in treating cases where there is high arousal in children (such as the emotional experiences seen in children with ADHD) (5).

Given that mentalization-based treatment seeks to improve children's capacity for reflective functions, thinking, and mentalization, as well as educating reflective functions and practice empathetic companionship and curiosity about the child's inner experiences to parents, it increases the effectiveness of treatment for ADHD children.

Mentalization-based treatment by use of play builds a powerful medium (for both the child and the parent and therapist) to explore relationships, to learn about the world of feelings, and to discover a psychological voice for oneself as a child. From a mentalization perspective, play is a form of social learning, as all kinds of experiences in daily life are rehearsed, changed, and completed, and integrated into the child's behavioral repertoire through this medium.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Ghanbari F, Naziri G, Omidvar B. The Effectiveness of Mentalization-Based Treatment on Empathy among children with Attention Deficit- Hyperactivity Disorder. Razi J Med Sci. 2022;29(4):125-134.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

مقدمه

اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی (Attention Deficit-Hyperactivity Disorder) یکی از اختلالات عصبی رشدی است که با اختلال قابل‌توجهی در حوزه‌های رشدی، شناختی، هیجانی و تحصیلی همراه است. کمبودهای موجود در این اختلال تقریباً بر تمام حیطه‌های زندگی تأثیر داشته و خودش را به شکل شکست در مدرسه و روابط بین‌فردی نشان می‌دهد. در همین رابطه مشخص شده است که رفتارهای مشکل‌ساز کودکان ADHD با پرخاشگری و مهارت‌های پایین همدلی رابطه داشته‌اند (۱). بطوریکه بارکلی (۲۰۰۶) اظهار داشت که وجود نواقصی در بازداری‌های رفتاری کودکان مبتلا به ADHD توانایی‌های آن‌ها را در حوزه‌های مختلف شناختی-اجتماعی مختل می‌کند. وی پیش‌بینی کرد که این کودکان به دلیل نواقص عصب‌شناختی برای کنترل بازداری (در قشر پیش‌پیشانی) همدلی پایین‌تر و کمبود در درک دیدگاه دیگران نشان می‌دهند (۲).

اما علی‌رغم پژوهش‌های رو به رشد درباره ADHA هنوز برای روانکاوان تردیدهایی نسبت به علائم این اختلال به عنوان تشخیصی مجزا وجود دارد. شکی نیست که این تردیدها در پاسخ به گریز از علائم مبتنی بر رفتار ایجاد شده است که بیشتر هدف نظریه‌ها و مفهوم‌پردازی‌های رفتاری می‌باشد. در همین رابطه و از دیدگاه روان‌تحلیلی دو دیدگاه اصلی بر سوابق پژوهشی ADHD حاکم است، که یکی مبتنی بر روانشناسی ایگو و دیگری بر پایه دیدگاه روابط ابژه است (۳). درحالی‌که روانشناسی ایگو، ADHD را بازتابی از اختلال در کارکردهای ایگو اعم از سازمان‌دهی تجارب، برنامه‌ریزی، یکپارچه‌سازی تکالیف پیچیده، کنترل تکانه، بازداری یا به تأخیر انداختن ارضا و واقعیت‌سنجی می‌داند، دیدگاه روابط ابژه مشکلات این کودکان را در حوزه رشد خود کودک در رابطه با دیگران (شامل احساس خود منسجم، ظرفیت ایجاد بازتابی‌های سالم از خود و دیگران به کمک نمادسازی، سرمایه‌گذاری هیجانی بر روابط و هویت منسجم خود) می‌بیند (۴). از این دیدگاه تجارب ارتباطی اولیه کودک و تجارب دلبستگی او بر کارکردهای ایگو اثر می‌گذارند. از دیدگاه فونانگی ماهیت دلبستگی میان مراقب و کودک نشان

داده است که چگونه تروماهای ارتباطی (دلبستگی آشفته و یا آسیب‌دیده) می‌تواند منجر به رفتارهای شبه ADHD شوند. دنیای ارتباطی کودک عامل ضروری برای رشد کافی کارکردهای ایگو و معنا بخشیدن به تجارب درونی و بیرونی است که ظرفیت‌های کودک برای خودتنظیمی کارکردهای روانی، توجه، بازداری رفتاری، و تجارب هیجانی شدید را پرورش می‌دهد (۵). در ابتدا نوزادان نسبت به حالت‌های هیجانی متفاوت به‌طور درون‌نگرانه آگاه نیستند. در عوض بازتابی‌هایشان از این هیجانات در ابتدا مبتنی بر الگوهای جسمانی و محرک‌های احشایی همراه با این هیجانات است که از طریق مشاهده پاسخ‌های آینه‌ای چهره‌ای و صوتی مراقبان‌شان نسبت به این هیجانات حاصل می‌شود (۶). کودک متوجه ارتباط کنترل خود بر تظاهرات بازتابی و تأملی والدین با بهبود حالت‌های هیجانی‌اش می‌شود و این پایه و اساسی برای رشد نهایی ظرفیت خودتنظیمی هیجانی می‌شود. استقرار بازتابی‌های مرتبه دوم حالت‌های عاطفی پایه‌ای برای تنظیم عواطف و کنترل تکانه خلق می‌کند؛ عواطف می‌توانند به طور درونی دستکاری و تخلیه شوند، و نیز از طریق عمل می‌توانند به عنوان چیزی قابل تشخیص تجربه شوند و بنابراین به اشتراک گذاشته شوند (۷). مطالعات نشان داده‌اند که مشکلات برونی‌سازی دوران کودکی با ذهنی‌سازی پایین کودک و والدین ارتباط دارد (۸، ۹). در ارتباط با مکانیسم‌های مرتبط با ذهنی‌سازی پایین والدین و رفتارهای برونی‌سازی کودکان، تمرکز والد بر رفتار به‌جای تلاش برای دنبال کردن پیشینه و ماقبل آن رفتار و در نتیجه گفتن چیزی درباره احساس کودک و آنچه با آن درگیر است، ممکن است به کژتنظیمی کودک کمک کند (۷). برای کودکانی که مشکلات برونی‌سازی دارند، داشتن مشکلات بین‌فردی یکی از ویژگی‌های کلیدی است، و در پژوهشی نشان داده شده است که اغلب طیفی از نواقص اجتماعی-شناختی، شامل نقص در درک هیجانی و تئوری ذهن در این کودکان مشاهده می‌شود (۱۰). اختلال ADHD با اختلالات برونی‌سازی همپوشانی بسیاری دارد. کانوی (۲۰۱۵) بیان می‌کند که اغلب کودکان ADHD مشکلاتی اساسی در تنظیم تجارب دردناک عاطفی دارند. نقص در توانایی تأمل

بهبود ظرفیت همدلی در این کودکان انجام شده است (۱۳-۱۶). کونلو، باربوسا، ریزوتی، بونو و میداندا (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای با ارائه مداخله گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر روی کودکان ۷ تا ۱۴ ساله مبتلا به ADHD نشان دادند که ترکیب درمان CBT و درمان دارویی منجر به بهبودی قابل توجهی در مهارت‌های اجتماعی از جمله همدلی، قاطعیت و خودکنترلی داشتند (۱۷).

با توجه به مطالب فوق و تاثیر ADHD بر زندگی فردی و اجتماعی کودکان مبتلا از یک طرف، نقش همدلی در زندگی و عدم وجود اجماع نظر قطعی در زمینه تاثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و ترکیبی بر همدلی، محقق درصدد پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر همدلی کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی تاثیر دارد یا خیر؟

روش کار

برای انجام تحقیق کاربردی و نیمه آزمایشی حاضر که از نوع طرح یک عاملی با سه گروه به صورت اندازه‌گیری مکرر بود از بین کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی (۶ تا ۱۲ سال) مراجعه‌کننده به کلینیک‌های سرپایی خدمات روانشناختی شهر به صورت هدفمند ۳۰ پسر و ۳۰ دختر به عنوان نمونه انتخاب شده و پس از انجام پیش‌آزمون‌ها اعم از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته K-SADS-PL، تکمیل پرسشنامه همدلی‌بهر-تحلیل‌بهر (EQ-SQ) و فرم رضایت آگاهانه، به صورت تصادفی به ۳ گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، درمان دارویی با متیل‌فنیدیت، درمان ترکیبی تقسیم شدند. سپس آزمودنی‌های هر گروه ۳۶ جلسه مداخله (که به صورت هفتگی یک جلسه برای کودک و یک جلسه برای والد یا والدین کودک اجرا می‌شد) را دریافت کردند. درمانگر حین جلسات درمان تحت جلسات سوپرویزن روان-تحلیلی مبتنی بر ذهنی‌سازی قرار داشت. به منظور کنترل دارودرمانی شرکت‌کنندگان و نیز رعایت اصول اخلاقی هر سه گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای کودکان، دارودرمانی و درمان ترکیبی تحت نظر روانپزشک قرار داشتند. پس از خاتمه درمان و مجدداً سه ماه پس از درمان به منظور پیگیری پرسشنامه‌ها

درباره خود و همدلی در کودکان ADHD بر موفقیت ایگو برای مذاکره با فرآیندهای ارتباطی پیچیده اثر می‌گذارد. بنابراین ظرفیت ذهنی‌سازی و رشد نظریه ذهن پایه‌ای برای رشد همدلی است (۴). علاوه‌براین، پژوهش‌های عصب‌شناختی بر روی ADHD بر وجود نواقصی در نواحی متعدد مغز تمرکز دارند که نشان‌دهنده نقص در همدلی است. عصب‌شناسان از اصطلاح "چرخه همدلی" استفاده می‌کنند و نواحی از مغز را در این چرخه شناسایی کرده‌اند که عبارتند از: آمیگدالا که مسئول تنظیم یادگیری هیجانی و خواندن ابرازهای هیجانی است، کورتکس سینگولیت قدامی (ACC) که هنگام مشاهده یا تجربه درد در خود و دیگران فعال می‌شود، قشر اینسولای قدامی (AI) که در پاسخ به درد خود و درد فردی دوست‌داشتنی نقش دارد (۱۱). عصب‌شناسان در مطالعات ADHD وجود نقص در این نواحی مغز را با علائم تکانشگری و ضعف در کنترل تکانه مرتبط می‌دانند (۱۲). کانوی (۲۰۱۵) بر اساس این مطالعه کیفی خود بیان می‌کند که با توجه به اینکه مطالعات عصب‌شناختی کودکان ADHD بر این نواقص در نواحی متعدد مغز تمرکز می‌کند که نشان‌دهنده نقص در ظرفیت همدلی کردن است، باید به اهمیت همدلی در درمان‌های روان‌تحلیلی کودکان ADHD توجه داشت. وی اظهار می‌دارد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به عنوان فرآیندی که پتانسیل تقویت کارکردهای ایگو در بافتی از روابط ایژه‌ای همدلانه را دارد می‌تواند به افزایش ظرفیت تأمل یا ذهنی‌سازی درباره خود با ظرفیت تأمل درباره دیگران و توانایی همدلی با آن‌ها منجر شود و به کودک کمک کند تحت تاثیر تقویت کارکردهای ایگو در پاسخ به فشارهای سوپرایگو بهتر عمل کند (۴).

مطالعات نشان داده‌اند که تجارب اجتماعی، رشد همدلی را فعال می‌سازد، بنابراین کودکان خردسالی که نقص در همدلی نشان می‌دهند نیاز به فرصتی دارند تا آن را در مداخله‌های درمانی ارتباطی پرورش دهند. علی‌رغم اینکه پژوهش‌هایی از جمله مارتین، وینر و راجرز (۲۰۰۹)، دیمیرسی، اوزمن، کیلیک و اوزتاپ (۲۰۱۶) نشان داده‌اند که کودکان مبتلا به ADHD در مقایسه با سایر کودکان کمتر همدلانه به نظر می‌رسند، پژوهش‌های کمی با هدف ارائه مداخله‌های مبتنی بر

تکمیل شدند.

لازم به ذکر است که روش نمونه‌گیری در کلینیک‌ها بدین شکل بود که در یک فاصله زمانی هشت ماهه، سه روز در هفته به کلینیک‌های انتخاب شده مراجعه می‌شد و پس از آن، روانپزشکان و روانشناسان آن کلینیک‌ها و مراکز بیماران کودک ۶ تا ۱۲ ساله با شکایت اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی را در جریان پژوهش قرار داده و به درمانگر ارجاع می‌کردند. پس از آن بیماران جهت ارزیابی با فرم مصاحبه‌ای تشخیصی K-SADS-PL DSM-5 و نیز مصاحبه تشخیصی به روانشناسان و روانپزشکان همکار در طرح ارجاع داده می‌شدند و پس از تشخیص‌گذاری و انطباق با ملاک‌های ورود و خروج، درمانگر فرم رضایت آگاهانه را در اختیار والدین بیمار قرار می‌داد. در صورت اعلام موافقت و امضای فرم مذکور، بیمار به عنوان نمونه پژوهش وارد درمان می‌گردید.

همچنین ابزارهای اندازه‌گیری متغیرهای تحقیق به ترتیب زیر بود:

به منظور تشخیص اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی از فرم مصاحبه نیمه ساختار یافته اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان و نوجوانان، تشخیص فعلی و طول عمر (K-SADS-PL DSM 5) استفاده شد. این مصاحبه تشخیصی برای ارزیابی دوره‌های کنونی و پیشین آسیب‌شناسی روانی در کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال بر پایه ملاک‌های تشخیصی DSM تدوین شده است. غ. نی‌زاده، محمدی و یزدان‌شناس (۲۰۰۶) پایایی نسخه فارسی این ابزار را ۰/۸۱ و پایایی بین مشاهده کنندگان را بر اساس بازآزمایی ۰/۶۹ گزارش نمودند (۱۸).

پرسشنامه همدلی‌بهر و تحلیل‌بهر (EQ-SQ) که توسط آیونگ و همکاران (۲۰۰۹) ساخته شده و دارای ۵۵ ماده می‌باشد که بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (کاملاً درست تا کاملاً غلط) نمره‌گذاری می‌شود (۱۹). ۲۷ ماده مقیاس همدلی‌بهر و ۲۸ ماده آن، تحلیل‌بهر کودک را می‌سنجند. در این پژوهش از خرده مقیاس همدلی‌بهر برای سنجش همدلی در کودکان استفاده شد. در مطالعه آیونگ و همکاران (۲۰۰۹) همسانی درونی گویه‌های همدلی‌بهر ۰/۹۳ و گویه‌های تحلیل‌بهر ۰/۷۸ محاسبه شد (۱۹). پایایی بازآزمایی بعد

از ۶ ماه برای همدلی‌بهر ۰/۸۶ و برای تحلیل‌بهر ۰/۸ گزارش شد. آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس همدلی-بهر که در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت برابر با ۰/۹۲۴ محاسبه شد، که پایایی بالایی را نشان می‌دهد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و روش‌های آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل واریانس ترکیبی با اندازه‌گیری مکرر، آزمون‌های همگنی واریانس، تعقیبی بونفرونی با استفاده از جدیدترین نسخه SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها در گروه دارودرمانی $1/84 \pm 8/95$ ، در گروه $2/02 \pm MBT$ بود. به $8/30$ و در گروه مداخله ترکیبی $2/18 \pm 9/05$ بود. به منظور بررسی این مطلب که آیا بین سه گروه از نظر سن و نمرات پیش‌آزمون متغیرهای تحقیق، تفاوت معنی‌داری وجود دارد یا خیر، از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد نتایج تفاوت معنی‌داری در میانگین سن در بین سه گروه وجود ندارد ($P=0/451$ ، $F=0/808$) در نتیجه همگن بودن گروه‌ها بر اساس متغیر سن مورد تایید قرار گرفت.

از طرف دیگر مشخص شد که بین میانگین پیش-آزمون متغیر مورد مطالعه در سه گروه دارو درمانی، MBT و ترکیبی تفاوت قابل ملاحظه‌ای دیده نمی‌شود. یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد که هر سه مداخله (دارودرمانی، MBT و ترکیبی) باعث افزایش میانگین متغیر همدلی‌بهر در پس‌آزمون و پیگیری نمرات شده است که در این میان درمان MBT و درمان ترکیبی در مقایسه با گروه دارو بیشترین اثربخشی را دارند. سایر نتایج نشان می‌دهد درمان دارویی در نمره همدلی تفاوتی ایجاد نکرده است (جدول ۱).

نتایج آزمون‌های چند متغیری نشان داد که ارائه مداخله درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در عامل زمان ($F=13/4$ ، $P<0/001$)، $F=0/828$ ، اثر پیلاپی) و اثر تعاملی زمان و گروه ($F=0/31$)، مجذور اتا، $F=13/31$ ، $P<0/001$ ، اثر پیلاپی) معنی‌دار است (جدول ۲).

همچنین نتایج آزمون اثر بین گروهی نشان داد که

جدول ۱- مقایسه میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری همدلی‌بهر به تفکیک سه گروه

| متغیر وابسته | شاخص | گروه دارودرمانی | | | گروه MBT | | | گروه ترکیبی | |
|--------------|---------|-----------------|----------|--------|-----------|----------|--------|-------------|------|
| | | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری | پس | پیش |
| همدلی‌بهر | میانگین | ۱/۲۲ | ۱/۱۷ | ۱/۱۷ | ۱/۲۳ | ۱/۲۷ | ۱/۲۷ | ۱/۸۱ | ۱/۸۳ |
| انحراف معیار | | ۰/۴۲ | ۰/۴۲ | ۰/۴۲ | ۰/۲۷ | ۰/۲۶ | ۰/۴۳ | ۰/۳۰ | ۰/۲۸ |

جدول ۲- نتایج آزمون‌های چند متغیری جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر ابعاد مورد بررسی

| متغیر | منبع تغییرات واریانس | آزمون | مقدار | F | Sig | مجذور اتا |
|-------|----------------------|---------|-------|-------|-------|-----------|
| همدلی | زمان | اثربخشی | ۰/۸۲۸ | ۱۳۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۲ |
| | زمان × گروه | اثربخشی | ۰/۶۳۷ | ۱۳/۳۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۱ |

جدول ۳- نتایج آزمون جهت مقایسه اثر درون‌گروهی و بین‌گروهی در سه گروه دارودرمانی، MBT و ترکیبی

| متغیر وابسته | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | Df | میانگین مجذور | F | Sig | مجذور اتا |
|--------------|--------------|---------------|----|---------------|-------|-------|-----------|
| همدلی | گروه | ۶/۵۵ | ۲ | ۳/۲۷ | ۹/۸۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۵۷ |
| | زمان | ۷/۱۸ | ۲ | ۳/۵۹ | ۲۰۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۸۰ |
| | زمان × گروه | ۲/۸۷ | ۴ | ۰/۷۱۸ | ۴۰/۴۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۸۷ |

جدول ۴- نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در طی زمان

| مقایسه | همدلی |
|---|----------------|
| پیش‌آزمون - پس‌آزمون | اختلاف میانگین |
| ۰/۰۵ | ۰/۴۲* |
| پس‌آزمون - پیگیری | ۰/۰۸ |
| پیش‌آزمون - پیگیری | ۰/۴۲۸* |
| *: معناداری در سطح خطای ۰/۰۵ **: معناداری در سطح خطای ۰/۰۱ | |

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی تفاوت بین سه گروه

| مقایسه | همدلی |
|---|----------------|
| دارودرمانی - MBT | اختلاف میانگین |
| دارودرمانی - ترکیبی | ۰/۳۷۸* |
| MBT - ترکیبی | ۰/۴۲۶* |
| | ۰/۴۸ |
| *: معناداری در سطح خطای ۰/۰۵ **: معناداری در سطح خطای ۰/۰۱ | |

بین سه گروه دارو درمانی، MBT و ترکیبی در متغیر همدلی ($F=9/86, P<0/001$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج آزمون اثر درون‌گروهی نشان داد که اثر عامل زمان برای متغیرهای همدلی معنی‌دار است ($P<0/001$). اثر تعاملی زمان × گروه نیز معنادار است ($P<0/001$) (جدول ۳). یافته‌های آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد بین پیش‌آزمون-پس‌آزمون در متغیر همدلی تفاوت معناداری وجود دارد به عبارت دیگر اثر مداخله مورد تایید قرار می‌گیرد ($P<0/001$). همچنین بین پیش‌آزمون-پیگیری

نیز در متغیر همدلی تفاوت معنادار وجود دارد به عبارت دیگر اثر زمان مورد تایید قرار می‌گیرد ($P<0/001$) اما بین پس‌آزمون و پیگیری در متغیر همدلی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$) به عبارت دیگر اثر مداخله در متغیر همدلی در طی زمان تثبیت شده است (جدول ۴).

نهایتاً اینکه مشخص شد بین دارو درمانی و روش MBT در متغیر همدلی تفاوت معنادار وجود دارد ($P<0/05$). همچنین بین روش دارو درمانی و روش ترکیبی نیز در متغیر همدلی تفاوت معنادار وجود دارد

یافته‌های آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد بین پیش‌آزمون-پس‌آزمون در متغیر همدلی تفاوت معناداری وجود دارد به عبارت دیگر اثر مداخله مورد تایید قرار می‌گیرد ($P<0/001$). همچنین بین پیش‌آزمون-پیگیری

($P < 0.05$) اما بین روش ترکیبی و روش MBT در متغیر همدلی تفاوت معناداری مشاهده نگردید ($P > 0.05$) (جدول ۵).

بحث

تحلیل داده‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر همدلی کودکان مبتلا به ADHD اثربخش بوده است و میان سه مداخله درمان ترکیبی، MBT-C، و درمان دارویی با متیل‌فنیدیت در متغیر همدلی تفاوت معناداری وجود داشت. در مقایسه‌های دوتایی نتایج نشان دادند که درمان ترکیبی و MBT-C اثربخشی بیشتری در مقایسه با درمان دارویی بر همدلی کودکان مبتلا به ADHD دارد. و در این متغیر تفاوت معناداری میان درمان ترکیبی و درمان ذهنی‌سازی وجود نداشت. اثربخشی این دو مداخله در مرحله پیگیری نیز حفظ شد. آکرمن و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که میان ADHD و اختلال در شناخت اجتماعی از جمله هیجان چهره‌ای و درک آهنگ صدا ارتباط وجود دارد و شواهدی دال بر نقص در تئوری ذهن و کاهش همدلی در کودکان ADHD نیز دیده می‌شود. در پژوهش لوزینگر-بولبر و همکاران (۲۰۱۱) نیز در مطالعه پیشگیرانه فرانکفورت، کودکان ADHD با کمبود همدلی مواجه بودند. بنابراین استفاده از مداخله‌های همدلانه در درمان برای کودکان مبتلا به ADHD ضروری است (۲۰).

نتایج حاصل در پژوهش حاضر دیدگاه کانوی (۲۰۱۵) را مورد تایید قرار داد. وی بیان کرد با توجه به اینکه مطالعات عصب‌شناختی کودکان ADHD بر نواقصی از نواحی متعدد مغز تمرکز می‌کند که نقص در همدلی را نشان می‌دهند، به اهمیت همدلی در درمان‌های روان-تحلیلی کودکان ADHD تأکید می‌کند. وی اظهار می‌دارد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به عنوان فرآیندی که پتانسیل تقویت کارکردهای ایگو در بافتی از روابط ابژه-ای همدلانه را دارد می‌تواند به افزایش ظرفیت‌تأملی یا ذهنی‌سازی همراه با توانایی همدلی با دیگران منجر شود و به کودک کمک کند کارکردهای ایگورا بهبود بخشد (۴). نتایج به دست آمده تایید می‌کند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی سطح همدلی کودکان مبتلا به ADHD را بالا می‌برد و همان‌طور که انتظار می‌رفت بر

پایه مبانی عصب‌زیست‌شناسی بعد شناختی و عاطفی ذهنی‌سازی در تئوری ذهنی‌سازی کارکرد همدلانه این کودکان را افزایش داده است. در این راستا، پیش از این میگلی و همکارانش (۲۰۱۲) اظهار کردند که هدف درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای کودکان کاشتن بذر کنجکاوی و همدلی اصیلی است که فضایی سرشار از "اکسیژن هیجانی" هم برای کودک و هم برای والدین بسازد تا بتوانند در طول درمان لذت‌ها و چالش‌های زندگی را تجربه کنند (۷). تیلور (۲۰۱۲) نیز بیان می‌کند در درمان مواردی که برانگیختگی بالایی در کودکان وجود دارد (مانند تجربیات هیجانی که در کودکان ADHD می‌توان مشاهده کرد) تلاش‌های ساده ذهنی‌کردن مانند حمایت و همدلی کارساز است (۲۱). علاوه‌براین، با توجه به اینکه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی همزمان تلاش می‌کند در جهت ارتقاء ظرفیت تأمل کردن، اندیشیدن و ذهنی‌سازی ذهن کودکان و همراهی همدلانه و کنجکاوی نسبت به تجارب درونی کودک به والدین نیز آموزش دهد بر اثربخشی این درمان برای کودکان ADHD می‌افزاید. کوپر و ردفرن (۲۰۱۶) در کتابی درباره والدگری تأملی برای والدین از اصطلاحی به نام "اپلیکیشن والد" استفاده می‌کنند و اظهار می‌دارند که والدگری تأملی و همراه با ذهنی‌سازی به آن‌ها کمک می‌کند با تجارب کودکشان همساز شوند و روابطشان را بهبود بخشند. آن‌ها سه مولفه اصلی برای موضع والدین در رابطه با کودک معرفی کردند که عبارتند از: توجه، دگراندیشی و همدلی. همچنین درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با تمرکز بر بازی در درمان کودکان محیط میانی نیرومندی را (هم برای کودک، و هم برای والدین و درمانگر) می‌سازد تا روابط را کشف کند، دنیای احساسات را بیاموزد، و صدای روانشناختی خودش را به‌عنوان یک کودک کشف کند (۲۲). از دیدگاه ذهنی‌سازی بازی شکلی از یادگیری اجتماعی است، چرا که همه انواع تجربیات در زندگی روزمره در آن مجدداً تمرین می‌شوند، تغییر می‌یابند و کامل می‌شوند، و از طریق این منطقه میانی در خزانه رفتاری کودک یکپارچه می‌شود. بازی عواطف منفی را تنظیم کرده و استرس را کاهش می‌دهد، رویدادهای مهم زندگی را دگرگون می‌سازد، دانش عاطفی و شناختی جدیدی را در روان منسجم می‌سازد،

context of child sexual abuse: Pathways to depression and externalising difficulties. *Eur J Psychotraumatol*. 2016;7(1):30611.

9. Ensink K, Bégin M, Normandin L, Godbout N, Fonagy P. Mentalization and dissociation in the context of trauma: Implications for child psychopathology. *J Trauma Dissoc*. 2017;18(1):11-30.

10. Hughes C, Ensor R. Social cognition and disruptive behavior disorder in young children: Families matter. *Social cognition and developmental psychopathology* Oxford: OUP. 2008.

11. Honigsbaum M. Barack Obama and the 'empathy deficit'. *Guardian*. 2013;4(01):2013.

12. Bledsoe JC, Semrud-Clikeman M, Pliszka SR. Anterior cingulate cortex and symptom severity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Psychol*. 2013;122(2):558.

13. Braaten EB, Rosén LA. Self-regulation of affect in attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD boys: differences in empathic responding. *J Consul Clin Psychol*. 2000;68(2):313.

14. Demirci E, Ozmen S, Kilic E, Oztup DB. The relationship between aggression, empathy skills and serum oxytocin levels in male children and adolescents with attention deficit and hyperactivity disorder. *Behav Pharmacol*. 2016;27(8):681-8.

15. Dyck MJ, Ferguson K, Shochet IM. Do autism spectrum disorders differ from each other and from non-spectrum disorders on emotion recognition tests? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2001;10(2):105-16.

16. Marton I, Wiener J, Rogers M, Moore C, Tannock R. Empathy and social perspective taking in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 2009;37(1):107-18.

17. Coelho LF, Barbosa DLF, Rizzutti S, Bueno OFA, Miranda MC. Group cognitive behavioral therapy for children and adolescents with ADHD. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2017;30.

18. Ghanizadeh A, Mohammadi MR, Yazdanshenas A. Psychometric properties of the Farsi translation of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia-present and lifetime version. *BMC Psychiatry*. 2006;6(1):1-5.

19. Auyeung B, Wheelwright S, Allison C, Atkinson M, Samarawickrema N, Baron-Cohen S. The children's empathy quotient and systemizing quotient: Sex differences in typical development and in autism spectrum conditions. *J Autism Dev Disord*. 2009;39(11):1509-21.

20. Leuzinger-Bohleber M, Laezer KL, Pfenning-Meerkoetter N, Fischmann T, Wolff A, Green J. Psychoanalytic treatment of ADHD children in the frame of two extraclinical studies: The Frankfurt Prevention Study and the EVA Study. *J Infant Child Adolesc Psychother*. 2011;10(1):32-50.

21. Taylor C. Empathic Care for Children with Disorganized Attachments: A model for mentalizing,

تلاش می‌کند فضایی ایجاد کند که رفتارها و راه‌حل‌های جدید در آن مورد آزمون قرار گیرد، خیال‌پردازی را تحریک می‌کند و خلاقیت را پرورش می‌دهد، رشد همدلی و ذهنی‌سازی را تحریک می‌کند (۲۳).

در پایان، قابل ذکر است که تعمیم نتایج حاصل از این پژوهش به تمام گروه‌های کودکان مبتلا به ADHD با توجه به محدودیت‌های موجود باید با احتیاط صورت گیرد. به‌خصوص مشخص نیست که با توجه به پژوهش‌های بسیار محدودی که در این زمینه انجام گرفته این نتایج قابل تعمیم برای اختلالات شدید بیش‌فعالی و کم‌توجهی باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج تایید کننده تاثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان ترکیبی بر سطح همدلی کودکان مبتلا به ADHD می‌باشد. اما درمان ترکیبی با تمرکز بر تعامل دنیای درونی و بیرونی و تنظیم عواطف و روابط بین‌فردی می‌تواند مداخله‌ای اثربخش‌تری برای بهبود ظرفیت همدلی در کودکان مبتلا به ADHD باشد.

References

- Hastings PD, Zahn-Waxler C, Robinson J, Usher B, Bridges D. The development of concern for others in children with behavior problems. *Dev Psychol*. 2000;36(5):531.
- Barkley RA. A theory of ADHD. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. 2006:297-334.
- Conway F. Psychodynamic psychotherapy of ADHD: A review of the literature. *Psychotherapy*. 2012;49(3):404.
- Conway F. Current research and future directions in psychodynamic treatment of ADHD: Is empathy the missing link? *J Infant Child Adolesc Psychother*. 2015;14(3):280-7.
- Fonagy P, Target M. Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanal Inq*. 2002;22(3):307-35.
- Legerstee M, Varghese J. The role of maternal affect mirroring on social expectancies in 6-three-month-old infants. *Child Dev*. 2001;72(5):1301-13.
- Midgley N, Vrouva I. *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families*: Routledge; 2013.
- Ensink K, Bégin M, Normandin L, Fonagy P. Maternal and child reflective functioning in the

attachment and trauma-informed care: Jessica Kingsley Publishers; 2012.

22. Cooper A, Redfern S. Reflective parenting: A guide to understanding what's going on in your child's mind: Routledge; 2015.

23. Tessier V, Normandin L, Ensink K, Fonagy P. Fact or fiction? A longitudinal study of play and the development of reflective functioning. *Bull Menninger Clin.* 2016;80(1):60-79.