

اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی / بیش فعالی (ADHD)

فاطمه قنبری^۱، قاسم نظیری^{۲*}، بنفشه امیدوار^۳

چکیده

هدف از مطالعه حاضر سنجش اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی برای کودکان (-MBT C) بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی / بیش فعالی (ADHD) است. جامعه آماری این پژوهش شامل کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی / بیش فعالی سنین مدرسه (۶ تا ۱۲ سال) شهر شیراز است و نمونه‌ی مورد پژوهش از بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک های سرپایی خدمات روانشناختی شهر شیراز انتخاب شدند و مطالعه بر روی آنها انجام شد. نمونه‌ی این پژوهش شامل ۶۰ نفر مراجعه کننده کودک مبتلا به ADHD بود. شرکت کنندگان به مدت حداقل ۱۲ هفته تحت درمان قرار گرفتند. این پژوهش به روش آزمایشی با اندازه گیری های مکرر با سه گروه مداخله انجام شد. نتایج نشان داد که این درمان بر کیفیت زندگی کودکان به خصوص در ترکیب با درمان دارویی در تمام ابعاد اثربخش بوده است. بنابراین می توان دریافت که این درمان از طریق ارتقاء ظرفیت ذهنی سازی در کودکان ADHD و والدینشان می تواند کیفیت زندگی این کودکان را به خصوص در کارکرد عاطفی و تنظیم هیجانی بهبود بخشد.

واژه های کلیدی: اختلال کم توجهی / بیش فعالی، درمان مبتنی بر ذهنی سازی، کیفیت زندگی.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

^۲ دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

^۳ دکتری تخصصی مشاوره خانواده، استادیار، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

مقدمه

اختلال کم توجهی/ بیش فعالی (ADHD) یکی از اختلالات رایج روانپزشکی در دوران کودکی است که علائم آن معمولاً ترکیب پیچیده‌ای از مولفه‌های عصب روانپزشکی و نوروتیک است. علائم اصلی این اختلال شامل بی توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری است (DSM-5, 2013) اما در حال حاضر بهترین مفهوم پردازی از آن مبتنی بر وجود اختلال وسیعی در خودتنظیمی است (Barkley, 1997) که ابعاد مختلف زندگی این کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اغلب علائم این اختلال با دارو بهبود پیدا می‌کنند اما در بسیاری از موارد همزمان با سایر رویکردهای درمانی پاسخ مطلوب تری را نشان می‌دهند (Gilmore, 2016).

اغلب کودکان ADHD مشکلاتی اساسی در درک حالت‌های روانی درونی خود و دیگران، تنظیم تجارب عاطفی، کارکردهای اجرایی و در نتیجه ایجاد خودی منسجم دارند که نهایتاً منجر به ارتباطی نابسامان با دنیای بیرونی می‌شود. مفهوم ذهنی سازی^۱ به توانایی درک اعمال روانی اعم از افکار، احساسات، آرزوها و تمایلات خود و دیگران دارد که این توانایی بشر پایه‌ی تمام فعالیت‌های روزمره‌ی او را می‌سازد و بدون این توانمندی قادر به ایجاد خودی^۲ منسجم، تعاملات اجتماعی سازنده، روابطی دوجانبه و احساس ایمنی شخصی نخواهد بود (Bateman & Fonagy, 2016).

درمان مبتنی بر ذهنی سازی (MBT)^۳ در اصل در دهه‌ی ۱۹۹۰ توسط بیتمن و فونگی معرفی شد. آن‌ها در ابتدا شروع به اصلاح روش درمانی روان‌پویشی با تمرکز بر توانایی ذهنی سازی برای بیماران بزرگسال مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و سپس سایر اختلالات شخصیت از جمله اختلال شخصیت ضد اجتماعی و طیف وسیعی از دیگر اختلالات کردند. بیتمن و فونگی ویژگی‌های کلیدی این رویکرد درمانی را در این موارد خلاصه کردند: (۱) از درمانگر انتظار می‌رود صرفاً بر حالت‌های روانی کنونی بیماران (شامل افکار، احساسات، آرزوها، و علایق) متمرکز شود و هدف ساختن بازنمایی‌هایی از حالت‌های درونی^۴ است، (۲) از آن‌ها خواسته می‌شود که از موقعیت‌هایی که در آن بیمار دارد از حالت‌های روانی خویش به گونه‌ای صحبت می‌کند که نمی‌توان آن‌ها را به واقعیت احساس شده ذهنی شده مرتبط ساخت، اجتناب کنند، بنابراین این رویکرد درمانی از تکنیک سنتی روان‌پویشی جدا شد، به طوری که، هدف درمان ایجاد بینش نیست بلکه بهبود ذهنی سازی، کسب بازنمایی منسجم و یکپارچگی در حالت‌های روانی است، درمانگران از شرح دادن حالت‌های روانی پیچیده (مانند تعارض، دودلی، ناخودآگاهی) اجتناب کرده و از آن‌ها خواسته می‌شود تا تفسیرهای

¹ Mentalizing

² self

³ Mentalization Based Treatment

⁴ internal states

کوتاهی درباره ایده پردازی هایی که اندکی به مرزهای تفکر خودآگاه بیمار اشاره دارد، بدهند (۳) بدین ترتیب این درمان، فضایی انتقالی از رابطه مندی را خلق می کند که در آن جا می توان با افکار و هیجان ها بازی کرد؛ (۴) اعمال متقابل بجاتناپ پذیر بیمار در دوره درمان تفسیر نمی شود و یا در قالب معانی ناخودآگاه شان درک نمی شوند بلکه متناسب با موقعیت و عواطفی که به طور آنی پیش از عمل متقابل بیمار ظاهر شده درک می شوند (Fonagy & Bateman, 2006).

در سال های اخیر MBT را برای کار با کودکان و خانواده ها مورد اصلاح قرار دادند که این درمان ها شامل درمان کوتاه مدت ذهنی سازی و ارتباطی (SMART)^۱ (Fearon, Sargent,) (Williams, McGregor, Bleiberg & Fonagy, 2006)، مداخله ای متمرکز بر خانواده با نام درمان مبتنی بر ذهنی سازی- برای خانواده (MBT-F)^۲ (Asen et al, 2012) و درمان مبتنی بر ذهنی سازی- برای کودکان (MBT-C)^۳ (Midgley et al, 2017) می شود. ارزیابی های اولیه نشان داده اند که این مداخلات برای طیف گسترده ای از مشکلات موجود کودکان اعم از اختلالات درونی سازی (مانند افسردگی و اضطراب) و برونی سازی می توانند کمک کننده باشند (Keaveny, 2002).

بر اساس مدل رشدی فونآگی و تارگت (۱۹۹۷) در بافتی که در آن والدینی امن و علاقه مند به ذهن و ذهنیت^۴ کودک حضور دارند به رشد خود^۵ و تنظیم عواطف و در نتیجه ایجاد خودی انعکاسی گر و اندیشمند^۶ و توانمند برای ذهنی سازی کمک می کنند. ذهنی سازی مجموعه ای از فرآیندها را دربرمی گیرد که هدفشان ایجاد تصویری از ذهن خود و دیگران (هم به لحاظ هیجانی و هم شناختی) در یک بافت بین فردی است (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Fonagy & Luyten, 2009). ذهنی سازی تنظیم شده به توجه به نشانه های درونی و بیرونی (مانند تغییرات بدنی) اشاره دارد تا بتوان آنچه کسی فکر و احساس می کند را تصور کرد. ذهنی سازی مستلزم توجه به خود و دیگران است و برعکس. این شیوه اندیشمندانه و انعکاس دهنده تفکر به فرد کمک می کند، رفتارها را پیش بینی، مدیریت و درک کند و تجربه های سردرگمی، فقدان کنترل و عدم اعتماد را در برخورد با هیجانات شدید کاهش دهد (Fonagy & Luyten, 2009).

ذهنی سازی بیشتر فعالیت روانی نیمه هشیار و تصویری است که در آن شخص می بایست تصور کند که دیگران چه فکر یا احساسی می کنند و به خصوص در رویارویی با موقعیت های هیجانی شخص نیازمند است تصویری از درک خود از تجارب داشته باشد. این فرآیند تحت تأثیر شرایط پر

¹ Short-term Mentalization and Relational Therapy (SMART)

² Mentalization Based Treatment- for Family (MBT-F)

³ Mentalization Based Treatment- for Children (MBT-C)

⁴ subjectivity

⁵ self

⁶ reflective self

استرس، اضطراب، محیط بیرونی و واکنش های ناهشیار درونی قرار می گیرد و گاهی توانایی ذهنی سازی را دشوار می سازد. در حقیقت ذهنی سازی به دیدن خود از بیرون و دیدن دیگران از درون اشاره دارد (Bateman & Fonagy, 2016). بنابراین ذهنی سازی، خودتنظیمی و کارکرد اجتماعی را به خصوص از طریق کمک به فرد برای کنارآمدن با احساسات استرس آمیز، پرورش می دهد. علاوه بر این، ذهنی سازی دستاوردی فطری نیست بلکه ریشه در تعاملات اولیه با دیگران مهم زندگی دارد. کسب چنین ظرفیتی و نیز کارکرد سازگارانه آن در طول زندگی بر مهارت های کنترل توجه و تنظیم هیجان متکی است (Fonagy & Luyten, 2009). فوناگی در مطالعات خود بیان کرد تجارب ارتباطی با مراقب به ایجاد توانایی های فردی واقعیت می بخشد، مثلاً پاسخ های آینه ای مراقب به حالت های درونی کودک، رشد توانایی ذهنی سازی او را تسهیل می کند (Fonagy & Target, 2002). در مقابل، توانایی رشدنا یافته برای ذهنی کردن با شیوه های تفکر ناپخته مشخص می شود که این به نوبه ی خود منجر به بازداری دفاعی ذهنی سازی می گردد. از سوی دیگر دل بستگی آشفته می تواند منجر به حساسیت بیش از حد به حالت های روانی و در نتیجه "ذهنی سازی بیش فعالانه" می شود، بدین معنا که ذهنی سازی از طریق ایجاد دانش کاذب و اجتناب از معانی یا روابط، تحریف می شود. از دیدگاه فوناگی، روابط ابژه ناشی از دل بستگی آشفته و یا آسیب دیده، می تواند منجر به رفتارهای شبه ADHD شود (Fonagy & Target, 1996; Fonagy & Target, 2002).

علائم ADHD حوزه های وسیعی از عملکرد کودکان را به خصوص در سنین مدرسه تحت تأثیر قرار می دهد. آن ها فقدان مهارت های بین فردی متناسب با سن و آگاهی کمی از هیجانات، رفتارها و مقاصد دیگران دارند. بنابراین کارکردشان به لحاظ هیجانی مختل شده و توانایی کمی برای لذت بردن و علاقه مندی دارند. کیفیت زندگی این کودکان به دلیل مشکلات اجتماعی، هیجانی، روانشناختی و جسمانی توأم با این اختلال تحت تأثیر قرار می گیرد. کیفیت زندگی به ادراک و بازتاب ذهنی فرد از رضایتمندی و نارضایتی فرد از ابعاد اصلی زندگی اشاره دارد (Dehkordian et al., 2017). کاهش کیفیت زندگی مشکل اساسی افراد مبتلا به ADHD است (Gjervan et al., 2012) و می تواند هدف اصلی درمان باشد. این کاهش کیفیت زندگی کودکان ADHD می تواند پیامد های ناسازگار روانشناختی در سالهای بعدی زندگی آن ها را پیش بینی کند (Yang et al., 2013).

تاکنون علی رغم پژوهش های رو به رشد در حوزه درمان مبتنی بر ذهنی سازی برای کودکان پژوهش های بسیار اندکی بر روی بیماران مبتلا به ADHD صورت گرفته است. در این مطالعات تنها یک مقاله بر روی این کودکان به بررسی درمان روانپویشی مبتنی بر ذهنی سازی پرداخته و مقاله دیگری که بر روی افراد بزرگسال مبتلا به ADHD اثربخشی درمان ذهنی سازی مورد مطالعه واقع شده است.

درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یکی از مولفه های ذهنی سازی می تواند نتایج نزدیکی با بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی را تبیین کند. میلینک، بروین، باگلز (۲۰۱۶) در یک مطالعه آزمایش کنترل شده به مقایسه سودمندی و هزینه های اقتصادی و بیمه ای درمان دارویی و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان و نوجوانان ADHD پرداختند. نتایج آن ها سودمندی درمان ذهن آگاهی را در مقایسه با دارو درمانی در دو مرحله پیگیری نشان دادند (Meppelink et al., 2016).

در پژوهشی بر روی ۶۰ دانش آموز پسر ۸ تا ۱۲ ساله با تشخیص ADHD اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی والدینی^۱، برنامه تفکر اجتماعی و تمرین های حرکتی جسمانی بر کیفیت زندگی این کودکان و مقایسه آن با گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آن نشان داد که ذهن آگاهی والدینی و تمرین های جسمانی کیفیت زندگی کودکان ADHD را بهبود بخشید. اما تفکر اجتماعی در این پژوهش تغییر معناداری بر کیفیت زندگی این کودکان ایجاد نکرد (Dehkordian et al., 2017).

بادود، رافناش، دبانه و پرود (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان MBT زمان محدود در بیماران بزرگسال مبتلا به ADHD پرداختند. آن ها در این مطالعه مقدماتی بر اساس راهنمای اروپایی مدیریت ADHD، از مدل درمان مقدماتی ذهنی سازی MBT-I^۲ به شیوه گروهی و فردی که از نسخه اصلی درمان MBT (Karterud & Bateman, 2011) برای بیماران مرزی اقتباس شده بود و به شیوه آموزش روانی^۳ اجرا می شد، استفاده کردند. نتایج این پژوهش نشان داد که طی ۱۲ هفته MBT-I تنها یک شرکت کننده از جلسات خارج شد و همه شرکت کنندگان در ۷۳/۱٪ از کل جلسات حضور یافتند که این به معنای امکان این درمان در موقعیت های غیربستری است. نتایج این پژوهش میان پیش آزمون ها و پس آزمون ها در متغیرهای علائم ADHD، کارکرد انعکاسی و کیفیت زندگی تفاوت معناداری نشان ندادند اگر چه در برخی فاکتورها تغییراتی غیرمعنادار قابل مشاهده بود. نتایج به دست آمده بر روی بیماری که بیشترین تغییر را نشان داده بود حاکی از این بود که اگر چه این بیمار در نمره کلی کیفیت زندگی و شغلی تغییر معناداری نشان نمی داد اما در ابعاد روانشناختی کیفیت زندگی و ایجاد ارتباطات بهتر بهبود نشان می داد. همچنین نتایج این پژوهش بر روی متغیر تنظیم هیجان شامل حساسیت، شدت و دوام هیجان کاهش معناداری نشان دادند و به این معنی بود که این گروه در پایان مداخله مهارت های تنظیمی بهتری کسب کرده بودند (Badoud et al., 2018).

^۱ mindful parenting

^۲ MBT- Introductory (MBT-I)

^۳ psychoeducation

استاورو (۲۰۱۹) نیز در پژوهشی به بررسی پیامدهای روان درمانی روانپوشی مبتنی بر رویکردهای متمرکز بر ذهنی سازی برای کودکان مبتلا به ADHD و اختلال ذهنی سازی پرداختند. نمونه آن‌ها شامل سه کودک ۶-۹ ساله بودند که تشخیص ADHD و نیز ذهنی سازی مختل دریافت کرده بودند و به مدت یک سال تحت روان درمانی روانپوشی مبتنی بر رویکرد ذهنی سازی قرار گرفتند. نتایج آن‌ها بر روی سه کودک مورد مطالعه شان نشان داد که درمان بلند مدت مبتنی بر ذهنی سازی بر علائم و کیفیت روابط این کودکان به طور مثبتی اثربخش بود (Stavrou, 2019). مطالعات بسیاری در مورد اثربخشی سایر رویکردهای روان درمانی بر ADHD و نیز مطالعات فراتحلیل در ایران و سایر کشورهای جهان صورت گرفته است.

سرانجام هدف مقاله حاضر بر سنجش اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی برای کودکان (MBT-C) بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به ADHD است. به خصوص با توجه به اینکه این درمان هنوز در ایران مورد مطالعه واقع نشده است و با توجه به آسیب‌هایی که کودکان ADHD حتی در مسیر دریافت مداخلات درمانی در ابعاد مختلف زندگی شان تجربه می‌کنند، ضرورت انجام این پژوهش برای پژوهشگر، بدیهی است. پرسش پژوهشگر این است که آیا درمان مبتنی بر ذهنی سازی برای کودکان (MBT-C) بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به ADHD اثربخشی دارد؟

روش

فرضیه این پژوهش در چارچوب یک مطالعه‌ی آزمایشی از نوع طرح یک عاملی با سه گروه به صورت اندازه‌گیری مکرر مورد بررسی قرار گرفت. متغیر مستقل در این پژوهش درمان (درمان مبتنی بر ذهنی سازی برای کودکان - زمان محدود، درمان دارویی با متیل فنیدیت و ترکیب درمان مبتنی بر ذهنی سازی با درمان دارویی متیل فنیدیت) و متغیر وابسته، تغییرات درمانی خاص (در کیفیت زندگی و مولفه‌های آن) در نتیجه‌ی کاربرد سه شیوه‌ی مختلف درمانی بودند. ابزارهای پژوهش به صورت پرسشنامه‌ی (قبل از مداخله، بعد از پایان مداخله و سه ماه پس از آن به منظور پیگیری) توسط والدین کودکان تکمیل می‌شد. جلسات درمان به مدت ۱۲ تا ۳۶ جلسه - به صورت هفتگی یک جلسه برای کودک و یک جلسه برای والد یا والدین کودک اجرا می‌شد. درمانگر حین جلسات درمان تحت جلسات سوپرویزن روان تحلیلی مبتنی بر ذهنی سازی قرار داشت. به منظور کنترل دارودرمانی شرکت کنندگان و نیز رعایت اصول اخلاقی هر سه گروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی برای کودکان، دارودرمانی و درمان ترکیبی تحت نظر روانپزشک قرار داشتند. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی/ بیش فعالی سنین مدرسه (۶ تا ۱۲ سال) شهر شیراز است و نمونه‌ی مورد پژوهش از بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های سرپایی خدمات روانشناختی شهر شیراز انتخاب شدند و مطالعه بر روی آنها انجام شد. نمونه‌ی این پژوهش شامل ۶۰

نفر (۳۰ نفر پسر و ۳۰ نفر دختر) مراجعه کننده کودک مبتلا به ADHD بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شده و به طور تصادفی در گروه‌ها جایگزین شدند. برای این منظور ابتدا کلینیک‌های درمانی بر اساس مناطق شهری به ۶ منطقه تقسیم شدند. پس از آن تعدادی از کلینیک‌ها به شیوه تصادفی ساده از میان کل کلینیک‌ها انتخاب شد و از بین آنها ۶ کلینیک (از هر منطقه یک کلینیک) جهت نمونه‌گیری انتخاب گردید. 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 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 نمونه‌ی پژوهش وارد درمان می‌گردید.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و روش‌های آمار استنباطی شامل آزمون تعقیبی بونفرونی، تحلیل واریانس ترکیبی با اندازه-گیری مکرر^۱، آزمونهای همگنی واریانس و تحلیل نموداری نتایج حاصل از این روش‌ها برای بررسی اثرات متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته و تغییرات درمانی در هر یک از گروه‌ها با استفاده از جدیدترین نسخه‌ی SPSS استفاده شد.

ابزارهای اندازه‌گیری

مصاحبه نیمه ساختاریافته اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان و نوجوانان، تشخیص فعلی و طول عمر^۲ (K-SADS-PL):

به منظور تشخیص اختلال بیش‌فعالی/ کم‌توجهی از فرم مصاحبه نیمه ساختاریافته 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.

¹ Repeated Measure ANOVA, mixed method

² Kiddie schedule for Affective Disorder and Schizophrenia- Present and Lifetime Version (K-SADS-PL DSM-5)

تشخیص های اولیه ای که به کمک این فرم می توان مطرح نمود عبارت اند از: افسردگی اساسی، کج خلقی، مانیا، هایپومانیا، سیکلوتایمیا، اختلالات دوقطبی، اختلالات اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوفرنی فرم، سایکوز واکنشی حاد، اختلال هراس، گذرهراسی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال اجتنابی دوران کودکی و نوجوانی، فوبی ساده، فوبی اجتماعی، اختلال بیش مضطرب، اضطراب منتشر، اختلال وسواسی جبری، اختلال کمبود توجه/بیش فعالی، اختلال سلوک، اختلال رفتار مقابله جویانه، شب ادراری، بی اختیاری دفع، بی اشتهاهی عصبی، پراشتهایی عصبی، اختلال تیک گذرا، اختلال توره، اختلال تیک حرکتی یا صوتی مزمن، سوءمصرف الکل، سوءمصرف مواد، اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات سازگاری.

غنی زاده، محمدی و یزدان شناس (۲۰۰۶) پایایی نسخه فارسی این ابزار را ۰/۸۱ و پایایی بین مشاهده کنندگان را بر اساس بازآزمایی ۰/۶۹ گزارش نمودند.

پرسشنامه کیفیت زندگی کودکان^۱ (PedsQL)

دارای نسخه های مختلفی برای سنجش کیفیت زندگی کودکان سنین مختلف است. پرسشنامه حاضر برای سنجش کیفیت زندگی کودکان ۸ تا ۱۲ ساله طراحی شده است و دارای ۲۳ سؤال است. گزینه های پرسشنامه در طیف لیکرت و از هرگز (نمره ۰) تا همیشه (نمره ۴) نمره گذاری میشود. در نهایت یک نمره کلی و چهار زیرمقیاس برای این پرسشنامه به دست میآید که عبارتاند از: زیرمقیاس عملکرد جسمانی، زیرمقیاس عملکرد عاطفی، زیرمقیاس عملکرد اجتماعی و زیرمقیاس عملکرد تحصیلی. همچنین دوزیرمقیاس کلی سلامت روانشناختی و سلامت جسمانی و یک نمره کل نیز برای این پرسشنامه قابل محاسبه است. در مطالعه وارنی، سید و کورتین (۲۰۰۱) روایی و پایایی این ابزار در آمریکا بررسی شد. در این مطالعه آلفای کرونباخ برای نسخه ی کودکان ۰/۸۸ و نسخه ی والدین ۰/۹۰ محاسبه شد (Varni et al, 2001). محمدیان و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود به بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه در کودکان شهر کاشان پرداختند. در مطالعه آنان برای بررسی روایی محتوایی، دیدگاه ۹ تن از اعضای هیئت علمی دانشگاهها سنجیده شد و با استفاده از روش شاخص روایی محتوایی (CVI) روایی ابزار سنجیده شد. در این مطالعه برای کل ابزار ۰/۸۴ و برای چهار زیرمقیاس عملکرد جسمانی ۰/۸۰، عملکرد عاطفی ۰/۸۶، عملکرد اجتماعی ۰/۸۳ و عملکرد مدرسه ۰/۸۸ محاسبه شد. محاسبه ی آلفای کرونباخ نیز برای نمره ی کل ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس ها ۰/۶۵ تا ۰/۷۷ محاسبه شد (Mohammedian et al, 2014).

^۱ Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL)

نتایج پژوهش

در این پژوهش مداخله بر روی ۶۰ نفر دختر و پسر ۶ تا ۱۲ ساله (۲۰ نفر گروه دارو درمانی، ۲۰ نفر گروه MBT و ۲۰ نفر گروه ترکیبی) انجام گرفت. میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها در گروه دارو درمانی $1/84 \pm 8/95$ ، در گروه MBT $2/02 \pm 8/30$ و در گروه ترکیبی $2/18 \pm 9/05$ بود. همچنین ۵۰ درصد از افراد نمونه را دختران و ۵۰ دیگران را پسران تشکیل داده اند بنابراین گروه‌ها از لحاظ متغیر جنسیت همگن هستند. 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 یک‌طرفه استفاده گردید نتایج آزمون F جهت بررسی معنی‌داری تفاوت میانگین سن در سه گروه (دارو درمانی، MBT و ترکیبی) حاکی از عدم وجود تفاوت معنی‌دار در میانگین سن در بین سه گروه بود ($F=0/808, P=0/451$) در نتیجه همگن بودن گروه‌ها بر اساس متغیر سن مورد تایید قرار می‌گیرد.

بررسی یافته‌ها نشان می‌دهد بین سه گروه از نظر نمرات پیش‌آزمون (عملکرد عاطفی، عملکرد اجتماعی، عملکرد تحصیلی، عملکرد جسمانی و کیفیت زندگی) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($0/05 > P$) بنابراین همگن بودن گروه‌ها از نظر متغیر پیش‌آزمون مورد تایید قرار می‌گیرد.

نتایج جدول ۱ نشان داد بین میانگین پیش‌آزمون متغیرها در سه گروه دارو درمانی، MBT و ترکیبی تفاوت قابل ملاحظه‌ای دیده نمی‌شود. یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد که هر سه مداخله (دارو درمانی، MBT و درمان ترکیبی) باعث افزایش میانگین متغیرهای عملکرد عاطفی، عملکرد اجتماعی، عملکرد تحصیلی، عملکرد جسمانی و کیفیت زندگی در پس‌آزمون و پیگیری شده است که در این میان روش مداخله ترکیبی بیشترین افزایش میانگین در نمرات پس‌آزمون و پیگیری نسبت به دو روش دارو درمانی و MBT داشته است.

جهت بررسی فرضیات از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بررسی می‌شود. نتایج آزمون شاپیرو ویلکس نشان داد که متغیرهای وابسته نرمال هستند ($0/05 >$). نتایج آزمون ام‌باکس جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس بررسی شد که نشان داد این مفروضه برای مؤلفه‌های مورد بررسی برقرار نمی‌باشد ($0/001$) که البته با توجه به بالا بودن حجم نمونه در سه گروه می‌توان گفت این آزمون نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است.

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری عملکرد عاطفی، عملکرد اجتماعی، عملکرد تحصیلی، عملکرد جسمانی و کیفیت زندگی به تفکیک سه گروه

متغیر وابسته	شاخص	گروه دارو درمانی			گروه MBT			گروه ترکیبی		
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
عملکرد عاطفی	میانگین	۲/۰۳	۲/۶۲	۲/۵۲	۲/۱۵	۳/۰۷	۳/۱۰	۲/۰۳	۳/۴۳	۳/۵۴
	انحراف معیار	۰/۴۲۶	۰/۴۲۷	۰/۴۲۶	۰/۴۶۷	۰/۴۷۸	۰/۴۶۷	۰/۴۳۷	۰/۴۲۸	۰/۴۳۷
عملکرد اجتماعی	میانگین	۱/۷۵	۲/۳۶	۲/۲۲	۱/۶۷	۲/۷۷	۲/۸۷	۱/۷۴	۳/۱۴	۳/۲۶
	انحراف معیار	۰/۳۹	۰/۳۸	۰/۳۹	۰/۵۳	۰/۵۴	۰/۵۳	۰/۵۵	۰/۵۵	۰/۵۵
عملکرد تحصیلی	میانگین	۱/۹۲	۲/۵۲	۲/۳۸	۱/۸۱	۲/۴۱	۲/۴۸	۲/۱۲	۲/۹۱	۳/۰۶
	انحراف معیار	۰/۴۳	۰/۴۳	۰/۴۳	۰/۵۸	۰/۵۸	۰/۵۸	۰/۵۴	۰/۵۴	۰/۵۴
عملکرد جسمانی	میانگین	۱/۹۲	۲/۵۲	۲/۴۲	۱/۹۱	۲/۵۰	۲/۵۹	۱/۹۸	۲/۷۸	۲/۹۱
	انحراف معیار	۰/۵۶	۰/۵۶	۰/۵۶	۰/۷۳	۰/۷۳	۰/۷۳	۰/۵۴	۰/۵۴	۰/۵۴
کیفیت زندگی	میانگین	۱/۹۱	۲/۵۱	۲/۳۸	۱/۸۸	۲/۶۹	۲/۷۶	۱/۸۸	۲/۶۹	۲/۷۶
	انحراف معیار	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۳۱	۰/۳۲	۰/۳۱	۰/۳۱	۰/۳۲	۰/۳۱

سپس مفروضه کرویت با استفاده از آزمون موچلی برای تمامی متغیرهای مورد بررسی اجرا شد و نتایج این آزمون نشان داد که این مفروضه برای متغیرهای عملکرد عاطفی، عملکرد اجتماعی، عملکرد تحصیلی، عملکرد جسمانی و کیفیت زندگی برقرار نیست ($P < 0/01$) و باید از نتایج تصحیح شده گرین هاوس گیسر استفاده کرد. سپس مفروضه همگنی واریانس خطا با استفاده از آزمون لون بررسی شد (جدول ۳) و نتایج این تحلیل نشان داد این مفروضه برای عملکرد عاطفی، عملکرد اجتماعی، عملکرد تحصیلی، عملکرد جسمانی و کیفیت زندگی در سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برقرار می باشد ($P > 0/05$).

نتایج آزمون‌های چند متغیری برای متغیر کیفیت زندگی نشان داد که ارائه برنامه درمان مبتنی بر ذهنی سازی در عامل زمان ($F=97$ ، $P < 0/001$)، مجذور اتا، ($F=104$ ، $P < 0/001$)، اثر پیلایی) و اثر تعاملی زمان و گروه ($F=539$ ، $P < 0/001$)، مجذور اتا، ($F=104$ ، $P < 0/001$)، اثر پیلایی) معنی دار می باشد. نتایج آزمون‌های چند متغیری سایر مولفه‌ها به صورت کامل در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون های چند متغیری جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر ابعاد مورد بررسی

متغیر	منبع تغییرات واریانس	آزمون	مقدار	F	Sig	مجذوراتا
عملکرد عاطفی	زمان	اثربیلابی	۰/۸۸۷	۱۶۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸۷
	زمان × گروه	اثربیلابی	۰/۸۳۱	۱۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶۱۵
عملکرد اجتماعی	زمان	اثربیلابی	۰/۸۱۲	۱۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹۸
	زمان × گروه	اثربیلابی	۰/۸۱۷	۱۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳۱
عملکرد تحصیلی	زمان	اثربیلابی	۰/۸۹۸	۱۷۳	۰/۰۰۱	۰/۶۷۲
	زمان × گروه	اثربیلابی	۰/۸۳۰	۱۳۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱۴
عملکرد جسمانی	زمان	اثربیلابی	۰/۷۹۸	۱۰۹	۰/۰۰۱	۰/۶۷۲
	زمان × گروه	اثربیلابی	۰/۷۲۱	۹۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱۱
کیفیت زندگی	زمان	اثربیلابی	۰/۷۳۷	۹۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲۳
	زمان × گروه	اثربیلابی	۰/۷۵۶	۱۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۳۹

سپس نتایج آزمون اثر بین گروهی در جدول ۳ نشان داد که بین سه گروه دارو درمانی، MBT و ترکیبی در متغیر عملکرد عاطفی ($F=9/76, P<0/001$)، عملکرد اجتماعی ($F=7/27, P<0/001$)، عملکرد تحصیلی ($F=4/74, P=0/012$) و کیفیت زندگی ($F=16/91, P<0/001$)، تفاوت معنی داری وجود دارد اما تفاوت بین سه گروه در متغیر عملکرد جسمانی معنادار نشده است ($P > 0/05$). نتایج آزمون اثر درون گروهی نشان داد که اثر عامل زمان برای متغیرهای عملکرد عاطفی، عملکرد اجتماعی، عملکرد تحصیلی، عملکرد جسمانی و کیفیت زندگی معنی دار است ($P<0/001$). اثر تعاملی زمان × گروه نیز معنادار است ($P<0/001$) که نتایج این تحلیل به صورت کامل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون جهت مقایسه اثر درون گروهی و بین گروهی در سه گروه دارو درمانی، MBT و درمان ترکیبی دارو و MBT

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذور	F	Sig	مجذور اتا
عملکرد عاطفی	گروه	۱۱/۵۳	۲	۵/۷۶	۹/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۲۵۵
	زمان	۳۸/۳۵	۱	۳۸/۳۵	۱۷۳۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸۷
	زمان × گروه	۵/۸۳	۲	۲/۹۱	۱۳۱۸/۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱۵
عملکرد اجتماعی	گروه	۱۱/۰۰۴	۲	۵/۵۰	۷/۲۷	۰/۰۰۲	۰/۲۰۳
	زمان	۴۳/۸۲	۱	۴۳/۸۲	۲۷۷۵۷۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹۸
	زمان × گروه	۶/۲۷	۲	۳/۱۳	۱۹۸۷۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳۱
عملکرد تحصیلی	گروه	۷/۹۰	۲	۳/۹۵	۴/۷۴	۰/۰۱۲	۰/۱۴۴
	زمان	۱۸/۴۵	۱	۱۸/۴۵	۱۶۶۷۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷۲
	زمان × گروه	۱/۲۴	۲	۰/۶۲۰	۵۵۹۸/۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱۴
عملکرد جسمانی	گروه	۲/۴۶	۲	۱/۲۳	۱/۰۶	۰/۳۵۳	۰/۰۳۶
	زمان	۱۸/۵۶	۱	۱۸/۵۶	۱۴۰۴۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷۲
	زمان × گروه	۱/۲۵	۲	۰/۵۶	۴۲۵۴/۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱۱
کیفیت زندگی	گروه	۶/۹۸	۲	۳/۴۹	۱۶/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۳۷۲
	زمان	۲۸/۶۶	۱	۲۸/۶۶	۱۷۹۱۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۲۳
	زمان × گروه	۲/۹۶	۲	۱/۴۸	۹۲۵۸/۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳۹

پس از اینکه اثرات درون گروهی بررسی شد در ادامه به کمک آزمون تعقیبی بنفرونی سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو به دو به تفکیک هر متغیر مقایسه و تحلیل گردید که نتایج حاصل در جدول ۴ گزارش شده است.

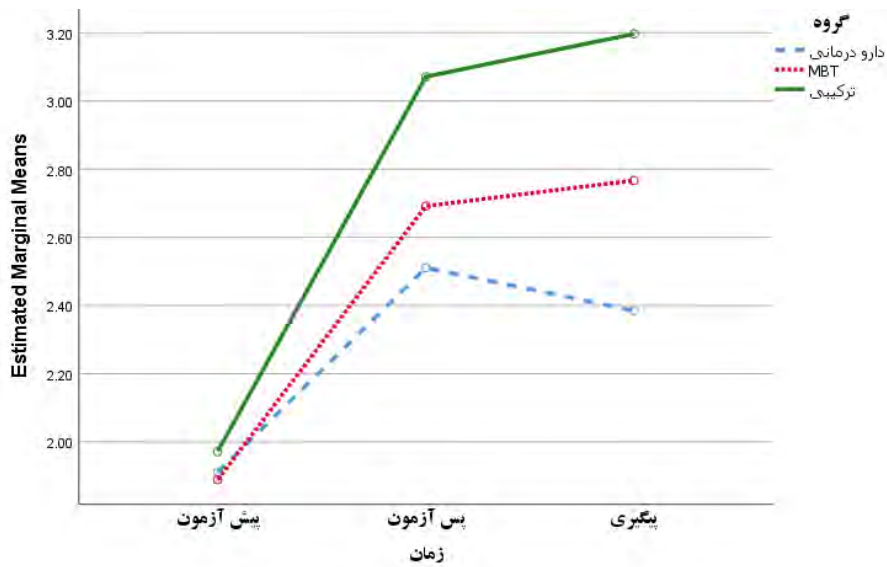
جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی در طی زمان

مقایسه	عملکرد عاطفی	عملکرد اجتماعی	عملکرد تحصیلی	عملکرد جسمانی	کیفیت زندگی
پیش آزمون- پس آزمون	-۰/۹۳۷**	-۱/۰۳**	-۰/۶۶۵**	-۰/۶۶۵**	-۰/۸۳۴**
پس آزمون- پیگیری	-۰/۰۱۲	-۰/۰۲۹	۰/۰۲۷	۰/۰۳۱	۰/۰۲۵
پیش آزمون- پیگیری	-۰/۹۸۵**	-۱/۰۶**	-۰/۶۹۲**	-۰/۶۹۶**	-۰/۸۵۹**
*: معناداری در سطح خطای ۰/۰۵		**: معناداری در سطح خطای ۰/۰۱			

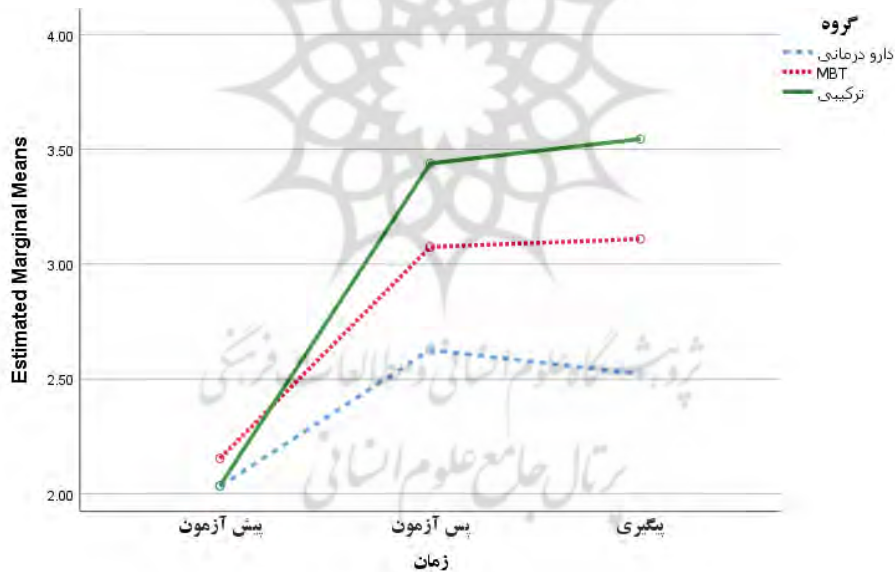
یافته ها در جدول ۴ نشان می دهد بین پیش آزمون-پس آزمون در متغیر کیفیت زندگی و چهار مولفه آن (عملکرد عاطفی، عملکرد اجتماعی، عملکرد تحصیلی و عملکرد جسمانی) تفاوت معنادار وجود دارد به عبارت دیگر اثر مداخله مورد تایید قرار می گیرد ($P < 0/01$). همچنین بین پیش آزمون-پیگیری نیز در متغیر کیفیت زندگی و چهار مولفه آن تفاوت معنادار وجود دارد به عبارت دیگر اثر زمان مورد تایید قرار می گیرد ($P < 0/01$) اما بین پس آزمون و پیگیری در متغیر کیفیت زندگی و چهار مولفه آن تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$) به عبارت دیگر اثر مداخله در متغیر کیفیت زندگی و چهار مولفه آن در طی زمان تثبیت شده است. در نگاره ها ۱ تا ۵ میانگین تعدیل شده^۱ متغیر کیفیت زندگی و مولفه های آن بصورت نموداری ترسیم شده است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

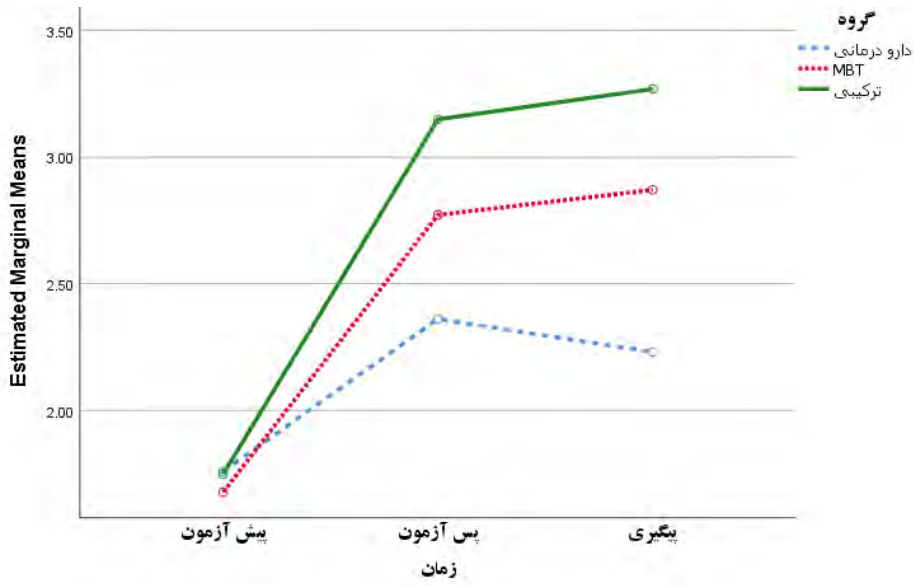
^۱ Marginal Mean



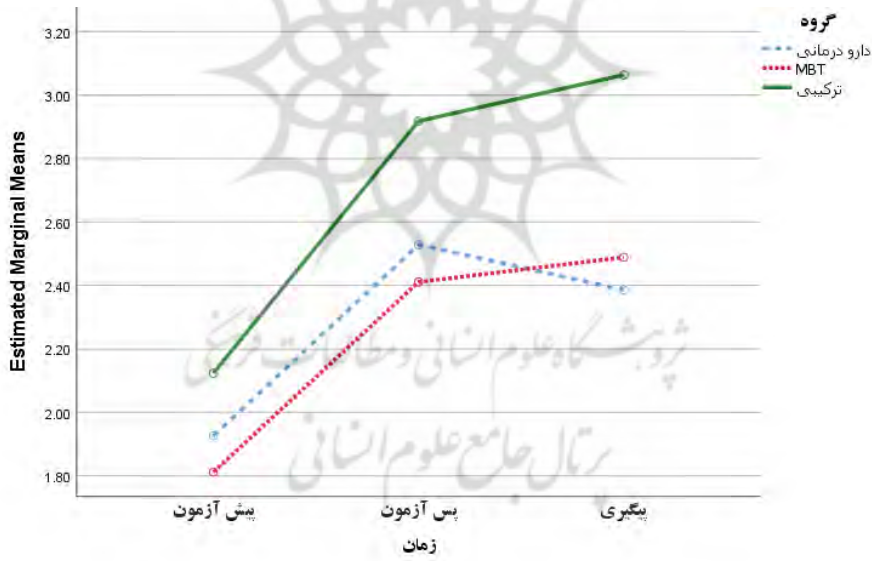
نمودار ۱: مقایسه میانگین تعدیل شده متغیر کیفیت زندگی در سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک سه گروه



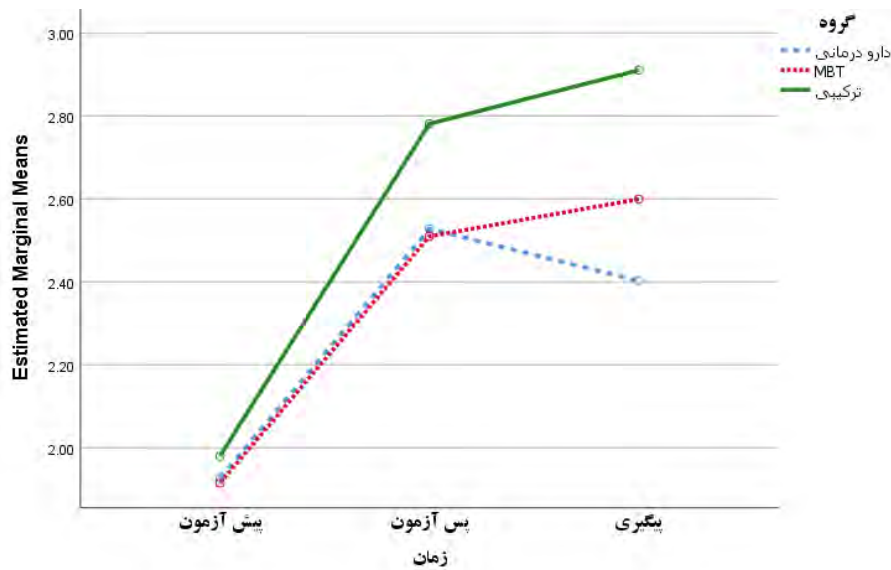
نمودار ۲: مقایسه میانگین تعدیل شده مولفه عملکرد عاطفی در سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک سه گروه



نمودار ۳: مقایسه میانگین تعدیل شده مولفه عملکرد اجتماعی در سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک سه گروه



نمودار ۴: مقایسه میانگین تعدیل شده مولفه عملکرد تحصیلی در سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک سه گروه



نمودار ۵: مقایسه میانگین تعدیل شده مولفه عملکرد جسمانی در سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک سه گروه

با توجه به اینکه در آزمون بین گروهی تفاوتی بین اکثر متغیرها معنادار شد (جدول ۳) در ادامه به کمک آزمون تعقیبی بنفرونی سه گروه دارو درمانی، MBT و ترکیبی دو به دو مقایسه و تحلیل گردید که نتایج حاصل در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بین سه گروه

مقایسه	عملکرد عاطفی	عملکرد اجتماعی	عملکرد تحصیلی	عملکرد جسمانی	کیفیت زندگی
دارو درمانی - MBT	اختلاف میانگین	اختلاف میانگین	اختلاف میانگین	اختلاف میانگین	اختلاف میانگین
	-۰/۳۸۶۳*	-۰/۳۲۳۱	۰/۰۴۳۰	-۰/۰۵۵۶	-۰/۱۸۰۵
دارو درمانی - ترکیبی	-۰/۶۱۳۲**	-۰/۶۰۵۲**	-۰/۴۲۱۶*	-۰/۲۷۱۴	-۰/۴۷۷۷**
MBT - ترکیبی	-۰/۲۲۶۸	-۰/۲۸۲۱	-۰/۴۶۴۵*	-۰/۲۱۵۹	-۰/۲۹۷۲*

*: معناداری در سطح خطای ۰/۰۵ **: معناداری در سطح خطای ۰/۰۱

یافته‌ها در جدول ۵ نشان می‌دهد بین دارو درمانی و روش ترکیبی در متغیر کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین بین روش ترکیبی و روش MBT نیز در متغیر کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$) اما بین روش دارو درمانی و روش MBT در متغیر کیفیت زندگی تفاوت معناداری مشاهده نگردید ($P > 0/05$). سایر یافته‌ها نشان داد بین روش دارو درمانی و روش MBT در مولفه عملکرد عاطفی تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$). در مقایسه دو روش دارو درمانی و روش ترکیبی مولفه‌های عملکرد عاطفی، عملکرد اجتماعی و عملکرد تحصیلی تفاوت معنادار دارند ($P < 0/05$) و در مقایسه دو روش ترکیبی و MBT فقط مولفه عملکرد تحصیلی تفاوت معنادار دارد ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی برای کودکان بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به ADHD در سنین مدرسه صورت گرفت. نتایج نشان دادند که هر سه مداخله درمانی شامل درمان مبتنی بر ذهنی سازی (MBT-C)، درمان دارویی با متیل فنیدیت و درمان ترکیبی بر کیفیت زندگی این کودکان اثربخش بودند، اما در این میان درمان ترکیبی اثربخشی بیشتری در مقایسه با درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان دارویی به تنهایی بر کیفیت زندگی این کودکان داشت. در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی برای کودکان بر مولفه‌های کیفیت زندگی آن‌ها نیز، نتایج نشان دادند که MBT-C در فرآیند آزمایشی تا مرحله پیگیری در مقایسه با درمان دارویی به خصوص در عملکرد عاطفی این کودکان اثر بخشی بیشتری داشت اگر چه در سایر مولفه‌ها تفاوت معناداری یافت نشد. علاوه بر این درمان ترکیبی MBT-C همراه با درمان با متیل فنیدیت در مقایسه با درمان دارویی به تنهایی، عملکرد عاطفی، اجتماعی و تحصیلی این کودکان را بهبود بخشید، حال آن‌که کودکان در مقایسه میان درمان MBT-C به تنهایی با درمان ترکیبی، تنها در کارکرد تحصیلی در درمان ترکیبی عملکرد بهتری نشان دادند. به علاوه نتایج نشان داد که در عملکرد جسمانی این کودکان، میان سه مداخله تفاوت معناداری وجود نداشت.

اگر چه تاکنون مطالعه‌ای به طور مستقیم در ارتباط با اثربخشی MBT-C بر کودکان مبتلا به ADHD انجام نشده اما نتایج این پژوهش همسو با سایر مطالعات اثربخشی دیگر رویکردهای روان‌درمانی به ویژه درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ و بازی درمانی‌ها، برای کودکان مبتلا به کم‌توجهی/ بیش‌فعالی (ADHD) اثربخش بوده به ویژه اگر در ترکیب با درمان دارویی مورد استفاده قرار گیرد. برای نمونه اصغری نکاح و عابدی (۲۰۱۴) در پژوهشی بر روی کودکان ۷ تا ۱۲ ساله مبتلا

¹ mindfulness based psychotherapies

به ADHD به بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر بهبود بازداری پاسخ، برنامه ریزی و حافظه کاری این کودکان پرداختند. نتایج آن‌ها نشان داد این درمان بر این کارکردهای شناختی کودکان اثربخش بود (Asghari Nekah & Abedi, 2014). در یک مطالعه فراتحلیلی بر اثرات مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم کودکان ADHD نیز نتایج نشان داد که این مداخله‌ها اثرات بالایی بر کاهش علائم ADHD دارند (Xue, Zhang, & Huang, 2019). هم چنین عافی، استکی، مداحی و حسنی (۲۰۲۰) به مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و نوروفیدبک بر خودتنظیمی هیجانی کودکان ADHD پرداخته بودند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی اثر بیشتری در مقایسه با نوروفیدبک بر خودتنظیمی هیجانی این کودکان داشت (Afi et al, 2020).

نتایج پژوهش حاضر نیز همسو با این مطالعات و نیز بر اساس مبانی نظری این درمان به ویژه با اثربخشی قابل ملاحظه در کارکردهای عاطفی و اجتماعی این کودکان نشان می‌دهد که می‌تواند به تنظیم‌های هیجانی و ارتباطی این کودکان کمک کند و از این طریق سطح کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود بخشد. این درمان همچنین به این دلیل که به موازات جلسات کودک با والدین نیز با هدف ارتقاء ذهنی سازی والدین کار می‌کند شانس این کودکان را برای بهبود روابط بین فردی با والدینشان را نیز افزایش می‌دهد. به علاوه این درمان به دلیل زمان محدود بودن برای کودکان مبتلا به ADHD یا به طور کلی کودکان مبتلا به اختلالات برونی سازی مزایا و معایبی دارد. از آن جایی که اکثر شرکت کنندگان در این پژوهش با جلسات اضافه درمان را ادامه دادند (بیش از ۱۲ جلسه اول) بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که برای این کودکان مدت زمان حضور در مداخله طولانی تر است اما در نهایت زمان محدود بودن این درمان به لحاظ هزینه‌های درمان و نیز دادن امید به کودک و والدینی که تا آن لحظه درمانده شده بودند، نقش موثری دارد.

در پایان فوناگی و کمپیل (۲۰۱۷) بیان می‌کنند که در دهه‌های گذشته مطالعات فراتحلیل تقریباً در یافتن تفاوت‌های بالینی معنادار در اثربخشی میان روان‌درمانی‌های گوناگون مبتنی بر شواهد شکست خورده‌اند. آن‌ها بیان کردند که این فرمول بندی "حکم پرنده دودو" در داستان آلیس در سرزمین عجایب را دارد که استدلال می‌کند که تمام روان‌درمانی‌ها در این رقابت برنده‌اند و باید جایزه دریافت کنند یا به عبارتی همه روان‌درمانی‌ها اثربخش‌اند. بنابراین صاحب‌نظران در این حوزه، این مسئله را زیر سوال برده‌اند که، آیا تکنیک‌ها و مداخله‌های ویژه هر نظریه‌مانند شناخت‌های ناکارآمد در درمان شناختی- رفتاری یا ارتباط میان گذشته و حال در درمان روان‌تحلیلی مسئول اصلی پیامدهای درمانی است؟ آن‌ها اظهار می‌کنند که در عوض عوامل رایج در درمان‌های موثر امید بخشیدن به بیمار با کمک نظریه‌ای جامع که شکایت‌های بیمار را شرح دهد،

است و معمولاً این عامل است که به میزان بیشتری، پیامد درمانی را شرح می دهد. به ویژه اگر درمانگر قادر باشد ارتباط درمانی گرم و همدلانه ای با بیمار برقرار سازد (Fonagy & Campbell, 2017). بنابراین بر اساس دیدگاه این نظریه پردازان و اصول درمانی شان برای درمانگران MBT-C و نتایج حاصل از این پژوهش می توان نتیجه گرفت، این درمان با توجه به اهمیتی که به نقش تنظیم هیجانی و ایجاد رابطه ای دلبسته در اتاق درمان قائل است و نیز با تاکید بر روابط بیناسوژه ای و با توجه به این که درمانگر در درمان مبتنی بر ذهنی سازی می بایست خود نیز ظرفیت ذهنی سازی داشته و تحت نظارت یک سوپروایزر جلسات را پیش برد، این درمان می تواند در راس اولویت های درمانی این کودکان قرار گیرد. با این وجود پژوهش حاضر به دلیل وجود محدودیت هایی از جمله عدم دسترسی به ابزارهای اندازه گیری ذهنی سازی کودکان پیشنهاد می دهد که اثربخشی درمان بر ظرفیت ذهنی سازی آن ها و نیز مقایسه اثربخشی این درمان با سایر رویکردهای روان درمانی نیز در پژوهش های آتی مورد توجه و بررسی قرار گیرند.

References:

- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۹۴). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی: ویرایش پنجم (DSM-5): ترجمه رضاعی و همکاران. تهران: ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۳).
- Afi, A., Esteki, M., Madahi, M. E., Hasani, F. (2020). Comparing the effects of mindfulness-based cognitive therapy and neurofeedback on emotional self-regulation in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *MEJDS*, 10, 75.
- Asen, E., & Fonagy, P. (2012a). Mentalization-based family therapy. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 107–129). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Asen, E., & Fonagy, P. (2012b). Mentalization-based therapeutic interventions for families. *Journal of Family Therapy*, 34, 347–370.
- Asgari Nekah, S. M., & Abedi, Z. (2014). The effectiveness of executive functions based play therapy on improving response inhibition, planning and working memory in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Cognitive Psychology*, 2 (1), 41-51.
- Badoud, D., Rufenacht, E., Debbane, M., Perroud, N. (2018). Mentalization-based treatment for adults with attention- deficit/hyperactivity disorder: a pilot study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 21, 149-154.
- Barkley, R. A. (1997) *ADHD and the nature of self-control*. New York, NY: Guilford Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. New York: Oxford University Press.

- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135.
- Dehkordian, P., Hamid, N., Beshlideh, K., & Mehrabizade, H. M. (2017). The effectiveness of mindful parenting, social thinking and exercise on quality of life in ADHD children. *Int J Pediatr*, 5, 4295-4302.
- Fearon, P., Target, M., Sargent, J., Williams, L. L., McGregor, JM, Bleiberg, E., & Fonagy, P. (2006). Short-term mentalization and relational therapy (SMART): An integrative family therapy for children and adolescents. In J. G Allen & P. Fonagy (Eds), *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 201-222). Chichester, England: Jone Wiley & Sons.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalisation-based therapy with BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (4), 411-430.
- Fonagy, P., & Campbell, C. (2017). Mentalizing attachment and epistemic trust: how psychotherapy can promote resilience. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag Tudomanyos Folyoirata*, 32(3), 283-287.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization- based approach to the understanding and treatmentof borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York, NY: Other Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 217-233.
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, 22(3), 307-335.
- Ghanizadeh, A., Mohammadi, MR., Yazdanshenas, A. (2006). Psychometric properties of the Farsi translation of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version. *BMC Psychiatry*, 6: 10.
- Gilmore, K. (2016). A psychoanalytic perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pennsylvania State Univ*, 1260-1293.
- Gjervan, B., Torgersen, T., Rusmussen, k., & Nordahl, H. G. (2012) ADHD symptoms are defferentially related to specific aspects of quality of life. *J. Of Atten. Disorders*, 18(7), 1-9.
- Karterud S, & Bateman A. (2011). *Manual for mentalization based psycho educational group therapy (MBT-I)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Keaveny, E., & Midgley, N., Asen, E., Bevington, D., Fearon, P., Fonagy, P., ... Wood, S. (2012). Minding the family mind: The development and initial evaluation of mentalization based treatment for families. In N. Midgley & I.

- Vrouva (Eds.), *minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 98-112). London, England: Routledge.
- Meppelink, R., Bruin, E. I., & Bögels, S. M. (2016). Meditation or Medication? Mindfulness training versus medication in the treatment of childhood ADHD: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16, 267.
- Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N., & Muller, N. (2017). *Mentalization-based treatment for children: A time-limited approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Mohammedian, H., Akbari, H., Gilasi, H. R., Gharlipour, A., Moazemi Goudarzi, A., Aghajani, M., Monsef A. M., Tahvilian, H., & Azar-Abdar, A. (2014). Validation of Pediatric Quality of Life Questionnaire (PedsQL) in Kashan city. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 22 (3), 10-18.
- Stavrou, P. D. (2019). Outcomes of psychodynamic psychotherapy with incorporated mentalization-focused approaches for children with ADHD and mentalization impairment. *EC Psychology and Psychiatry*, 8 (11), 155-179.
- Varni, J. W., Seid, M., & Kurtin, P. S. (2001). PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations. *Medical care*, 39(8), 800-812.
- Xue, J., Zhang, Y., & Huang, Y. (2019). A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on ADHD symptoms. *Medicine*, 98:23.
- Yang, H. S., Tai, Y. M., Yang, L. K., Gau, S. F. S. (2013). Prediction of childhood ADHD symptoms to quality of life in young adults: adult ADHD and anxiety/depression as mediators. *Res Dev Disabil*, 34, 3168-3181.

