نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره پنجم، زمستان ۱۴۰۰، شماره چهارم، صفحات ۵۴۷ تا ۵۵۳

پژوهشی

تفاوت توانایی ذهنی‌سازی در کودکان دارای اختلال یادگیری و اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی

فریبا قاسمی[۱]، حسن میرزاحسینی[۲*]، نادر منیرپور[۳]

۱. دانشجوی دکترای گروه روان‌شناسی تربیتی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی
۲. *نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، Mirzahoseini.hasan@yahoo.com
۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۱۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۲/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: هدف این پژوهش تعیین تفاوت توانایی ذهنی‌سازی در کودکان دارای اختلال یادگیری و اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی بود.

روش: روش پژوهش توصیفی از نوع علتی مقایسه‌ای و جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام دانش‌آموزان دچار بیش‌فعالی/ کم‌توجهی و اختلال‌های یادگیری پایه ششم مدارس مستقر در آموزش و پرورش منطقه ۱۳ شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود که از میان آن‌ها ۹۰ نفر کودک بیش‌فعال و ۹۰ نفر کودک دچار اختلال یادگیری که واجد شرایط بودند، به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه ذهنی‌سازی براون و رایان (۲۰۰۶) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس و نرم افزار SPSS-26 صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین دو گروه به لحاظ توانایی ذهنی‌سازی تفاوت وجود داشت، به‌طوری که کودکان دچار اختلال‌های یادگیری در مقایسه با کودکان دچار اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی از سطوح بالاتر توانایی ذهنی‌سازی برخوردار بودند (P۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش بین کودکان دچار اختلال بیش‌فعالی/ کم‌توجهی و کودکان دچار اختلال‌های یادگیری به لحاظ توانایی ذهنی‌سازی تفاوت وجود دارد و کودکان دچار اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی در مقایسه با کودکان دچار اختلال‌های یادگیری، کمتر از توانایی ذهنی‌سازی برخوردار هستند. پیشنهاد می‌شود با تلفیق آموزه‌های اسلامی و روان‌شناسی در زمینه ذهنی‌سازی مطالعات جامع‌تری طراحی شود.

کلیدواژه‌ها: بیش‌فعالی، ذهنی‌سازی، کم‌توجهی در کودکان پرتحرک، ناتوانی‌های یادگیری

مقدمه

اختلال بیش‌فعالی/ کم‌توجهی (Attention–Deficit Hyperactivity Disorder) به صورت رشد نامناسب توجه و یا بیش از حد بیش‌فعالی/تکانشگری تعریف شده است. سه زیرگروه اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی برپایه ارائه علائم وجود دارد: ۱) اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی، نوع عمدتاً بی‌توجه؛ ۲) اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی، نوع عمدتاً بیش‌فعال - تکانشگر؛ و ۳) اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی، نوع ترکیبی. علاوه بر علائم اصلی، کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی دارای اختلال در عملکرد اجرایی، کنترل احساسات، و مهارت‌های اجتماعی هستند (۱). اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی یک اختلال عصبی و ارثی است که مطالعات اخیر نشان داده‌اند، برخلاف آنچه تاکنون تصور می‌شد در بزرگسالان عمدتاً از بین نمی‌رود و حتی در بزرگسالان شیوع زیادی دارد؛ اما اغلب تشخیص داده نمی‌شود و علائم در ۴۵ تا ۸۵ درصد موارد باقی می‌ماند (۲). ۲۰ تا ۶۵ درصد از کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی نیز علائم قابل‌توجهی بالینی از خود نشان می‌دهند، از جمله نقص در ارتباطات اجتماعی، مشکلات رابطه با همسالان، عدم تقابل اجتماعی و عاطفی، مشکل سازگاری با تغییرات و رفتار محدود و تکراری (۳).

تشخیص اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی آسان نیست، زیرا به شرایط دیگری همچون: اختلال یادگیری (learning disorder)، اختلال‌های رفتاری (behavioral disorders)، اختلال‌های دو قطبی (bipolar disorders) و افسردگی (depression) نیز مرتبط است (۴). اختلال یادگیری خاص به نقایصی اطلاق می‌شود که در آن کودک مبتلا، در زمینه کسب مهارت‌های مورد انتظار از جمله خواندن، نوشتن، تکلم و ریاضیات نسبت به کودکان هم سن و دارای ظرفیت هوشی مناسب در سطحی پایین‌تر است. تاکنون تعاریف متعددی از اختلال‌های یادگیری ارائه شده است. طبق پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (Diagnostic And Statistical

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

Manual of Mental Disorders)، اختلال یادگیری زمانی تشخیص داده می‌شود که فرد حداقل به مدت ۶ ماه در یکی از موارد شامل: نادرست یا کند خواندن کلمات، درک معنی آنچه خوانده می‌شود، املاء، بیان نوشتاری، محاسبه و استدلال ریاضیات نقص و مشکل داشته باشد و این توانایی‌ها بسیار پایین‌تر از آن باشند که با توجه به سن تقویمی از فرد انتظار می‌رود و به میزان چشمگیری بافعالیت‌های روزمره زندگی و پیشرفت تحصیلی فرد تداخل کند (۵). بالا بودن تعداد نسبی آمار کودکان دچار مشکلات و اختلال‌های یادگیری در ایران در مقایسه با سایر کشورها لزوم توجه آن را بیش از پیش نمایان می‌سازد (۶).

در مطالعاتی که درباره اختلال یادگیری و اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی کودکان صورت گرفته است یکی از ویژگی‌هایی که مورد توجه روان‌شناسان واقع شده، ذهنی‌سازی (mentalization) در آن‌ها است. روان‌شناسان چهار بعد را برای توانایی ذهنی‌سازی شناسایی کرده‌اند. ۱) خودکار در مقابل کنترل شده، ۲) خود در مقابل دیگری، ۳) ویژگی‌های درونی در مقابل ویژگی‌های بیرونی و ۴) شناختی در مقابل عاطفی. توانایی ذهنی‌سازی مستلزم این است که افراد بتوانند نه تنها نوعی تعادل را در این ابعاد حفظ کنند، بلکه باید بتوانند ابعاد را به‌طور مناسبی با توجه به شرایط محیطی مورد استفاده قرار دهند (۷). علاوه بر حوزه روان‌شناسی، در قرآن کریم و آموزه‌های دینی و روایات اسلامی نیز به این مهم پرداخته شده است و نقش مادر را به عنوان مراقب اولیه و ایجادکننده دلبستگی ایمن مهم می‌شمارد. در آیه ۴ سوره طه و آیات ۱۰ تا ۱۳ سوره قصص به مسئله نقش مادر در رشد ذهنی کودک می‌پردازد و اشاره می‌کند هر کسی می‌کوشد تا بهترین نقش را در تربیت کودک داشته باشد؛ اما در این بازه زمانی مادر بهترین گزینه است (۸).

طبق نظریه دلبستگی، تعامل‌های اولیه والد- کودک منجر به گسترش بازنمایی‌های شناختی یا الگوهای مؤثر درونی (internal working models) در مورد خود و دیگران می‌شود که به‌عنوان یک راهنما برای رفتارهای خود و انتظار از دیگران در روابط نزدیک کمک می‌کند (۹). به‌طورکلی، اصطلاح سبک‌های دلبستگی بزرگسالان به مجموعه‌ای از اطلاعات، انتظارات و ناایمنی‌ها اشاره دارد که افراد در مورد خود و روابط نزدیک دارند (۱۰). کیفیت دلبستگی به والدین (attachment to parent) به عنوان محافظی در برابر توسعه و رشد مشکلات درونی و برونی‌سازی‌شده عمل می‌کند (۱۱). در ارتباط بین مشکلات رفتاری کودکان و سبک دلبستگی والدین بخصوص مادران، موضوعی که درمانگران را به خود مشغول کرده این است که به چه شکلی می‌توان با استفاده از ارتباطات عاطفی معمول و متداول موجود بین والدین و کودک، در راستای درمان دلبستگی ناایمن گام برداشت و اینکه چگونه والدین می‌توانند با آموزش و یادگیری برخی مهارت‌های درمانی، جایگزینی مناسب برای درمانگران باشند و بتوانند تبدیل به درمانگر یا عامل درمانی شوند که در محیط خانه به درمان مشکلات و اختلال‌های کودکانشان بپردازند (۱۲).

در کودکی وجود یک عملکرد ذهنی برای اینکه کودک بتواند حالت ذهنی خودش را از حالت ذهنی دیگران متمایز کند، ضرورت دارد. این توانایی که فوناگی به آن عملکرد بازتابی یا ذهنی‌سازی می‌گوید، عبارت است از توانایی کودک در فهم حالت‌های درونی مانند احساسات، باورها، خواسته‌ها و دیگر حالت‌های درونی در خود و دیگران. ذهنی‌سازی هم نوعی انعکاس خود و هم نوعی مؤلفه بین فردی است (۱۳). این ترکیب برای کودک ظرفیتی ایجاد می‌کند تا واقعیت درونی را از بیرونی تشخیص دهد و بتواند فرآیندهای ذهنی و هیجانی درون روانی را از تعاملات بین فردی متمایز کند. این توانایی در بطن یک رابطه دلبستگی ایمن شکل می‌گیرد (در مقابل گسستگی در روابط دلبستگی)، به‌ویژه وقتی با نقایص محیطی و آسیب‌پذیری ژنتیکی همراه می‌شود؛ با آسیب در ذهنی‌سازی ارتباط دارد (۱۴).

باتوجه به این که پژوهش‌های اندکی در زمینه تأثیر درمان ترکیبی رابطه‌ای والد ـ کودک و درمان دلبستگی در مادران دلبسته ناایمن بر مشکلات رفتاری کودکان انجام شده و باتوجه به اهمیت و تأثیر مادر در تربیت کودک و لزوم آموزش و درمان مادران از دیدگاه روان‌شناسی و تأکیدات قرآن و روایات اسلامی، انجام چنین مطالعاتی می‌تواند آغازگر انجام مطالعاتی از این دست در حوزه رشد ذهنی کودکان باشد. با بهره‌گیری از کلام قرآن و روایات اسلامی به نظر می‌رسد، کودکان نیازمند آموزش‌های درست و کاملی هستند تا بتوانند به رشد ذهنی مناسبی دست یابند. در آیات ۵، ۶ و ۸ سوره نساء از مؤمنان خواسته شده شرایط رشد و بالندگی کودکان در حوزه‌های مختلف به خصوص رشد ذهنی را فراهم آورند (اهمیت بازی در کودکان) و برخوردی شایسته و سازنده در گفتار و رفتار در جهت تقویت احساس همدلی با کودکان داشته باشند. امام صادق (ع) نیز دوران کودکی را دوره رشد فکری، جسمی و جنسی می‌دانند (۱۵). با در نظر گرفتن آنچه که مرور شد به نظر می‌رسد در هر دو گروه کودکان دچار اختلال بیش‌فعالی/ کم‌توجهی و اختلال‌های یادگیری، به این مهم کمتر پرداخته شده و همین امر منجر به نمایش مشکلات رفتاری و هیجانی در موقعیت‌های اجتماعی می‌شود. پژوهشگران این مشکلات را به نواقص ذهنی‌سازی در این کودکان مرتبط ساخته‌اند. براساس آنچه گفته شد هدف این پژوهش تعیین تفاوت توانایی ذهنی‌سازی در کودکان دارای اختلال یادگیری و اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی بود.

روش

روش پژوهش توصیفی از نوع علتی مقایسه‌ای و جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام دانش‌آموزان دچار بیش‌فعالی/کم‌توجهی و اختلال‌های یادگیری پایه ششم مدارس مستقر در آموزش و پرورش منطقه ۱۳ شهر

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

تهران بود. با استفاده از نرم افزار جی پاور (G power) با در نظرگرفتن دو دامنه بودن فرضیه، سطح اطمینان ۰/۹۵ و خطای ۰/۰۵، توان ۰/۵۰ و اندازه اثر ۰/۴ تعداد نمونه مورد نیاز برای هر گروه ۸۴ نفر برآورد شد (۱۶) که با در نظر گرفتن احتمال ریزش خطا با انتخاب در دسترس ۲ مدرسه، ۹۰ نفر نوجوان بیش فعال و ۹۰ نفر نوجوان دچار اختلال یادگیری که واجد شرایط بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد پژوهش شدند که پس از ریزش نمونه تعداد هر گروه به ۸۹ نفر رسید. از جمله معیارهای ورود به پژوهش تشخیص اختلال‌های بیش‌فعالی/کم‌توجهی و اختلال‌های یادگیری توسط روان‌شناس کودک و اشتغال به تحصیل در مدارس استثنایی، عدم تشخیص اختلال‌های همانند بالینی، بیماری مزمن جسمانی و عقب ماندگی و از جمله معیارهای خروج از پژوهش پاسخ‌دهی ناقص به پرسشنامه‌ها بود.

پرسشنامه ذهنی‌سازی (Metallization Questionnaire): در این پژوهش برای سنجش ذهنی‌سازی آزمودنی‌ها از پرسشنامه ۱۵ سؤالی که توسط براون و رایان (۱۷) ساخته شده استفاده شد. پاسخ گویه‌های پرسشنامه در مقیاس لیکرت، از هرگز (۱)، تا همیشه (۶) درجه‌بندی می‌شود. حداقل نمره این پرسشنامه ۱۵، حداکثر نمره آن ۹۰ و نقطه برش آن نیز ۵۲/۵ است. کسب نمره بالا نشان‌دهنده وجود میزان ذهنی‌سازی مطلوب در بین آزمودنی‌ها است. براون و رایان (۱۷) روایی این مقیاس را با توجه به همبستگی منفی با ابزارهای سنجش افسردگی و اضطراب و همبستگی مثبت با سنجش عاطفه مثبت و حرمت خود کافی گزارش کرده و پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. دروگر و همکاران (۱۸) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و همبستگی این ابزار را با پرسشنامه سبک‌های دلبستگی (Attachment Styles Questionnaire) در دامنه‌ای از ۰/۲۱ تا ۰/۳۲ گزارش کردند.

روش اجرای این پژوهش بدین صورت بود که ابتدا مجوزهای لازم از دانشگاه محل تحصیل و اداره کل آموزش و پرورش شهر تهران دریافت و سپس به مدارس استثنایی مستقر در محدوده آموزش و پرورش منطقه ۱۳ تهران مراجعه شد. با مدیران مدارس مذکور هماهنگی به عمل آمد و با دریافت رضایت آگاهانه دانش‌آموزان و والدین‌شان به صورت کتبی آزمون نظریه ذهن بر روی آنها اجرا شد. این توضیح لازم است که برای رعایت ملاحظات اخلاقی به تمام شرکت‌کننده‌ها این اطمینان خاطر داده شد که تمام اطلاعات حاصل از این پژوهش تنها به منظور ارائه نتایج در رساله است و تمام اطلاعات آن‌ها تا آخر محرمانه باقی خواهد ماند. پرسشنامه‌های تکمیل‌شده جمع آوری شد و از طریق روش‌های آماری توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در پژوهش حاضر برای توصیف داده‌ها از روش‌های آماری میانگین و انحراف معیار و برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری کلموگروف اسمیرنوف برای بررسی پیش فرض نرمال بودن، آماره لوین برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های دو گروه و آزمون‌های «خی دو» و «تی» برای مقایسه فراوانی‌ها و میانگین‌های دو گروه مستقل، نرم‌افزار SPSS و سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱ ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کننده‌ها را نشان می‌دهد.

همچنان‌که جدول ۱ نشان می‌دهد مقایسه میانگین‌های سنی دو گروه با استفاده از آزمون تی نشان داد که بین دو گروه از نوجوانان تفاوت معناداری وجود نداشت (P=۰/۵۲۰). مقایسه معدل‌های دو گروه با استفاده از آزمون خی دو نشان داد که بین معدل دو گروه از نوجوانان تفاوت معناداری وجود نداشت (P=۰/۵۱۸).

جدول ۱- توصیف سن و معدل دو گروه از کودکان دچار بیش‌فعالی/کم‌توجهی و اختلال یادگیری

گروه	متغیر	تعداد	درصد	میانگین ± انحراف معیار	آماره t	مقدار احتمال
	سن					
اختلال یادگیری	۱۱ سال	۷۸	۸۷/۶۴	۱/۶۳ ± ۱۴/۷۰	۰/۶۴۴	۰/۵۲۰
	۱۲ سال	۱۱	۱۲/۳۶			
اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی	۱۱ سال	۷۵	۷۰/۷۹	۲/۶۵ ± ۱۴/۴۲		
	۱۲ سال	۱۴	۲۹/۲۱			
گروه	**معدل**	**تعداد**	**درصد**	**آماره χ^2**		**مقدار احتمال**
اختلال یادگیری	کمتر از ۱۲	۵	۵/۶۲	۰/۴۱۹		۰/۵۱۸
	بین ۱۲/۰۱ تا ۱۴	۱۰	۱۱/۲۴			
	بین ۱۴/۰۱ تا ۱۶	۲۵	۲۸/۰۹			
	بین ۱۶/۰۱ تا ۱۸	۴۹	۵۵/۰۵			
اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی	کمتر از ۱۲	۶	۶/۷۴			
	بین ۱۲/۰۱ تا ۱۴	۳۰	۳۳/۷۱			
	بین ۱۴/۰۱ تا ۱۶	۲۴	۲۶/۹۷			
	بین ۱۶/۰۱ تا ۱۸	۲۹	۳۲/۵۸			

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

جدول ۲- نتایج بررسی همگنی واریانس خطای متغیر پژوهش در گروه‌ها

متغیر	آماره F لوین	سطح معنی‌داری
ذهنی‌سازی	۰/۵۶۹	۰/۴۵۱

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که آماره F آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس خطای متغیر ذهنی‌سازی در گروه‌های پژوهش (۰/۵۶۹) است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که واریانس خطای متغیر ذهنی‌سازی در گروه‌ها همگن است.

همان‌طوری که داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد بین نمره ذهنی‌سازی (P۰/۰۰۱، F= ۳۶۲/۵۰ و ۰/۵۸۴ = ضریب اتا) در دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. بنابراین می‌توان گفت بین کودکان دارای اختلال یادگیری و اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی در زمینه ذهنی‌سازی تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین تفاوت توانایی ذهنی‌سازی در کودکان دارای اختلال یادگیری و اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی بود. در پژوهش حاضر نتایج نشان داد بین کودکان دارای اختلال یادگیری و اختلال کم‌توجهی – بیش‌فعالی در زمینه ذهنی‌سازی تفاوت معنی‌داری وجود داشت، به‌طوری که کودکان دارای اختلال یادگیری از نمره بالاتری در توانایی ذهنی‌سازی برخوردار بودند.

قنبری و همکاران (۱۳۹۹) در تحقیقی تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی به این نتیجه رسید که این درمان بر کیفیت زندگی کودکان به‌خصوص در ترکیب با درمان دارویی در تمام ابعاد اثربخش بوده است و این درمان از طریق ارتقای ظرفیت ذهنی‌سازی در کودکان ADHD و والدین آنها می‌تواند کیفیت زندگی این کودکان را به خصوص در کارکرد عاطفی و تنظیم هیجانی بهبود بخشد (۱۹).

میکائیلی و اسماعیلی (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان مقایسه ذهنی‌سازی و کارکرد اجرایی در دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری و عادی نتیجه گرفتند که بین دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری تفاوت معنی‌داری وجودداشت. همچنین بر اساس نتایج دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری و دانش‌آموزان عادی در کارکردهای اجرایی تفاوت معنی‌داری داشتند (۲۰).

در پژوهش‌های حاضر اثربخشی آموزش ذهنی‌سازی در هر دو گروه از کودکان (اخلال یادگیری و اخلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی) مشخص شده است؛ اما اختلافی که از نظر نمره ذهنی‌سازی در هر دو گروه از دانش‌آموزان به‌دست آمده است به دلیل نوآوری موضوع در پژوهش داخلی و خارجی مطالعه نشده و یا هنوز در دسترس پژوهشگران قرار نگرفته است و توصیه می‌شود پژوهش‌های آتی به این مهم بپردازند تا آموزش ذهنی‌سازی در کودکان دارای اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی نیز در اولویت قرار بگیرد.

از آنجا که مادر اولین کسی است که نوزاد با او ارتباط برقرار می‌کند؛ لذا، مهم‌ترین نقش را در پرورش توانایی‌های روانی و عاطفی کودک به عهده دارد و آموزه‌های اسلامی نیز با یافته‌های علوم تربیتی در خصوص نقش مادر در دلبستگی ایمن فرزند تا حد زیادی هم‌راستا است، با این تفاوت که آنچه در نظریه دلبستگی درباره نقش مادر در تربیت و آینده فرزند مطرح می شود همگی مربوط به بعد از تولد است، درحالیکه در اسلام براساس آنچه درخصوص نقش وراثتی و محیطی مادر درباره کودک بیان شد، آغاز تربیت و تأثیرگذاری مادر بر کودک و رشد عاطفی و ذهنی او از قبل از تولد و دوران بارداری است. همچنین اسلام در تبیین تأثیر مادر در رشد همه‌جانبه فرزند از نقش تربیتی غیرمستقیم و مکملی پدر نیز سخن به میان آورده است؛ اما در نظریات دلبستگی اشاره‌ای مستقیم به نقش پدر نشده است (۲۱). نظریه دلبستگی، عام‌ترین نظریه برای تبیین رفتار والد- کودک به شمار می‌رود. چنانچه کودکی نتواند رابطه دلبستگی ایمن را با یک بزرگسال برقرار کند معمولاً در بزرگسالی، در برقراری رابطه سالم با همتاها، اعضای خانواده و سایرین دچار مشکل شده و در معرض مشکلات بسیاری قرار می‌گیرد (۲۲). مدت‌هاست که کیفیت مراقبت‌های اولیه به عنوان عاملی تأثیرگذار در شکل‌گیری رشد انسان برجسته شده است. یکی از راه‌های مفهوم‌سازی کیفیت مراقبت‌های اولیه، استفاده از نظریه دلبستگی است که پیشنهاد می‌کند نوزادان از طریق تعاملات مکرر و دوگانه با مراقبان خود، الگوهایی را برای تسلّی و ایمنی در محیط خود شکل می‌دهند. افرادی که در دوران کودکی از مراقبت قابل اعتماد و مداوم برخوردار هستند قادر به ایجاد الگوهای دلبستگی ایمن هستند. بااین‌حال، کسانی که مراقبت‌های غیرحساس و ناسازگار را تجربه می‌کنند، همانطور که در موارد سوءاستفاده و غفلت مشاهده می‌شود، به احتمال زیاد بازنمایی‌های ذهنی نامطمئن و غیرقابل اعتمادی را از مراقبان خود شکل می‌دهند و به دنبال آن به رشد دلبستگی ناامن و

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه تفاوت ذهنی‌سازی در بین کودکان دارای اختلال یادگیری و اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
گروه	ذهنی‌سازی	۱۷۴۱۱/۴۵	۱	۱۷۴۱۱/۴۵	۳۶۲/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸۴

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

غیرسازمان‌یافته کمک می‌کنند. نظریه دلبستگی بزرگسالان ممکن است به عنوان الگوهای تعاملات در روابط صمیمی توصیف شود که به‌طور نسبی پایدار و منسجم است و از روابط دلبستگی اولیه ناشی می‌شود (۲۳). چنانچه افرادی نتوانند رابطه دلبستگی ایمن را با یک بزرگسال برقرار کنند، معمولاً در بزرگسالی، در برقراری رابطه سالم با همتاها، اعضای خانواده و سایرین دچار مشکل شده، در معرض مشکلات بسیاری قرار می‌گیرند. دلبستگی سازوکاری است که طی تکامل برای حفاظت از نوزاد انسان به وجود آمده است تا احتمال بقای او و رسیدنش به سن بزرگسالی و انتقال ژن‌هایش به نسل بعدی را افزایش دهد. روابط دلبستگی، گسترش توانایی‌های مقابله با استرس و موقعیت‌های جدید را در فرد تسهیل می‌کند (۲۴). افرادی که سبک دلبستگی ناایمن دارند دارای کنترل شدید عاطفی هستند و هیجانات‌شان بیشتر از نوع منفی است. اغلب افراد با سبک‌های دلبستگی اضطرابی از راهبردهای منفی نظم جویی هیجانی و نارسایی در تنظیم هیجان‌ها استفاده می‌کنند. این درحالی است که افراد دارای سبک‌های دلبستگی ایمن در مقایسه با افراد دارای سبک‌های دلبستگی ناایمن، از راهبردهای تنظیم هیجانی استفاده می‌کنند که استرس رابه حداقل می‌رساند و هیجان‌های مثبت را فعال می‌سازد. بنابراین، استفاده از راهبردهای ناکارآمد از سوی افراد دارای دلبستگی اضطرابی باعث می‌شود که از توان آنها در مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا کاسته شود و آنها را در برابر مشکلات آسیب‌پذیرتر سازد (۲۵). حضور مظاهر دلبستگی که معمولاً شامل والدین، فرزندان، همسر یا معشوق می‌شود، منجر به احساس آرامش و امنیت و برعکس در دسترس نبودن آنها منجر به پریشانی می‌شود. به‌عبارتی، نزدیکی به فرد مورد علاقه سیستم عصبی را آرام ساخته و یک پادزهر طبیعی بر علیه احساس اضطراب و آسیب‌پذیری قلمداد می‌شود. دلبستگی‌های مثبت، پناهگاهی ایمن را خلق می‌کند که ذخیره امنی را بر علیه اثرات پریشانی و عدم اطمینان فراهم می‌سازند. بنابراین مهارت‌های بین‌فردی نیز بر اساس این قاعده پرورش خواهند یافت و یا اینکه از پرورش جا خواهند ماند. در مقایسه با افرادی که در دوره اولیه رشد خود، تجارب ناخوشایندی از دلبستگی‌های ناایمن داشته‌اند، دلبسته‌های ایمن از حس همکاری، تعاون بیشتر و صمیمیت بیشتر نسبت به اطرافیان خود برخوردار بوده‌اند و همیشه رفتاری دوستانه تر با دیگران داشته و با اطرافیان خود ماهرانه تر و مؤثرتر برخورد می‌کنند (۲۶). در همین رابطه فوناگی (۱۳) ذهنی‌سازی را به عنوان توانایی شخص برای فهم یا توضیح رفتار خود یا دیگری توضیح داده‌اند، به عبارتی این توانایی شامل درک وضعیت ذهنی و قصد و نیت افراد است. در واقع از یک سو شامل درک فرضیات، افکار، اهداف و دیگر فرآیندهای شناختی ذهن و از سوی دیگر به معنای درک احساسات، علایق، نیازها و دیگر فرایندهای عاطفی ذهن است. این توانایی توضیح می‌دهد که هر شخص به چه صورت فکر و احساس می‌کند (۱۳)، ذهنی‌سازی، به عنوان یک فرایند اولیه و تحولی به تلاش یا خودآگاهی خاصی نیاز ندارد و در کوتاه‌ترین شکل ممکن می‌توان ذهنی‌سازی را توجه و تمرکز بر روی ذهن یا توجه به خود از بیرون و توجه به دیگران از درون تعریف کرد (۲۷).

به‌طورکلی می‌توان گفت مشکل فرد در واکنش به خود و دیگران و نقص در ایجاد یک گفتگوی انعکاسی در مورد هیجانات و افکار خود و دیگران، با دامنه وسیعی از مشکلات سلامت روانی مرتبط است. بنابراین مکانیسم‌های اساسی مطرح‌شده در درمان‌های مبتنی بر ذهنی‌سازی، که برای تغییر فرایندی مهم فرض شده‌اند، می‌توانند مکانیزم‌هایی فراتشخیصی باشند که برای بسیاری از اختلالات به کار گرفته شوند. پژوهش‌ها به رابطه بین توانایی ذهنی‌سازی با اختلال‌های مختلف توجه کرده‌اند. ذهنی‌سازی یک توانایی مهم برای عملکردهای اجتماعی روزانه است و آسیب به آن می‌تواند منجر به اختلال‌های شدیدی در تعاملات اجتماعی که نقش محوری در بیماری‌های روانی دارد، شود. از سوی دیگر در تبیین این یافته می‌توان چنین نوشت که با توجه به رابطه بین ذهنی‌سازی و دلبستگی فرض می‌شود تغییرات کیفیت دلبستگی به تغییر ذهنی‌سازی منجر می‌شود. شکل‌گیری ظرفیت ذهنی‌سازی مانند دلبستگی در ابتدا به رابطه مادر (مراقب) و کودک بستگی دارد. به طوری که میزان پاسخ‌دهی والدین، ذهنی‌سازی را در کودکان موجب می‌شود؛ اما هنگامی که والدین از انعکاس حالت ذهنی کودکان ناتوان باشند کودکان از توسعه کامل ظرفیت ذهنی‌سازی ناتوان می‌شوند. پیوندهای مادر و کودک مسؤل تنظیم تجربه‌های عاطفی و رفتاری کودک است. به‌طوریکه کاستی‌ها در این زمینه باعث بروز مشکلات ارتباطی و میان فردی می‌شود. بنابراین شاید بتوان رفتار مراقب را به عنوان یک عامل مشترک تأثیرگذار بر روی دلبستگی و ذهنی‌سازی شرح داد و اینگونه نتیجه گرفت که این یافته‌ها نمی‌توانند نه براساس تأثیرات ذهنی‌سازی بر روی دلبستگی و نه تأثیرات دلبستگی بر روی ذهنی‌سازی شرح داده شوند؛ بلکه یک عامل مشترک تأثیرگذار بر روی دلبستگی و ذهنی‌سازی مورد نیاز است. برای مثال ناهمسانی‌های رفتار مراقب که باعث راهبردهای اضطرابی دلبستگی است می‌تواند یک عامل اثرگذار باشد و می‌توان انتظار داشت که توسعه ذهنی‌سازی را پیچیده‌تر کند و یا از آن ممانعت به عمل آورد. همچنین به نظر می‌رسد رابطه دلبستگی و ذهنی‌سازی احتمالاً در طول زندگی و به‌خصوص بین نوجوانی و بزرگسالی تغییر کند. احتمالاً با افزایش سن، نقش دلبستگی با تغییراتی مواجه می‌شود و ممکن است از والدین به دوست یا شریک عاطفی منتقل شود.

از آنجاییکه نقص در توانایی ذهنی‌سازی مشکلات شناختی و عاطفی را ایجاد می‌کند و اهمیت به آموزش توانایی ذهنی‌سازی در هر دو گروه اختلال باید مورد توجه قرار بگیرد؛ اما با توجه به اینکه کودکان دارای اختلال یادگیری در زمینه توانایی ذهنی‌سازی نمرات بالاتری دارند و از

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

مشکلات هیجانی و شناختی کمتری رنج می‌برند، سیستم آموزشی باید اولویت آموزش در زمینه توانایی ذهنی‌سازی را به کودکان ADHD اختصاص دهد تا با احتمال کمتری به سمت مشکلات روانی و عاطفی سوق داده شوند و رنج کمتری را تحمل کنند.

هر پژوهشی در بطن خود محدودیت‌هایی دارد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم توانایی پژوهشگر در دسترسی به نمونه‌ها و بنابراین عدم تمایز کودکان دچار اختلال بیش‌فعالی/ کم‌توجهی و یا کودکان دچار اختلال‌های یادگیری با تظاهرات متفاوت اشاره کرد. بنابراین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با تمایز انواع مختلف این اختلال‌ها به بررسی و مقایسه ذهنی‌سازی در این کودکان بپردازند و با تلفیق آموزه‌های اسلامی و روان‌شناسی در زمینه ذهنی‌سازی مطالعات جامع‌تری را طراحی کنند چرا که در خصوص تأثیرات این مهم هنوز مطالعات جامع و کاربردی انجام نشده است.

Original

Mentalization in Children with Learning Disorders and Those with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Fariba Ghasemi[1], Hasan Mirzahoseini[2*], Nader Monirpor[3]

1. Student, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University
2. ***Corresponding Author:** Assistant professor, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Mirzahoseini.hasan@yahoo.com
3. Assistant professor, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University

Abstract

Background: This study sought to determine the difference between mentalization in children with learning disorders and those with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).

Methods: Our study employed a descriptive causal-comparative research design. Its statistical population consisted of all six-grade students with ADHD and learning disorders in the 13th district of Tehran in 2020; 90 children with ADHD and 90 with learning disorders were selected via a convenience sampling technique. The Mentalization Questionnaire (Brown & Ryan, 2003) was used as the data collection instrument. ANOVA was employed for data analysis using SPSS(v.26) software.

Results: The results showed a difference between the two groups in terms of mentalization ability; children with learning disorders had greater levels of mentalization than those with ADHD (P<0.001).

Conclusion: Based on our research findings, we recommended more comprehensive studies to assess integration of the Islamic and psychological concepts in the field of mentalization.

Keywords: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Hyperkinesis, Learning Disabilities, Mentalization

منابع

1. Miller M, Hinshaw SP. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). In: Aminoff MJ, Daroff RB, editors. Encyclopedia of the Neurological Sciences (Second Edition). Oxford: Academic Press; 2014. p. 320-2.
2. Ellison AT, Johnson BB, Noelle Harrell M. Attention Deficit/Hyperactivity Disorders (ADHD). Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology: Elsevier; 2019.
3. Salley B, Gabrielli J, Smith CM, Braun M. Do communication and social interaction skills differ across youth diagnosed with autism spectrum disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder, or dual diagnosis? Res Autism Spectr Disord 2015; 20:58-66.
4. Malekpour M, Shariat A, Ghamarani A. The Effectiveness of Couples' Communication Model Training on Children with ADHD Symptoms. Research in Cognitive and Behavioral Sciences 2015;5(1):95-106.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
6. Mohammadi Molod S, Mesrabadi J, Habibi Kaleybar R. Effectiveness of educational and therapeutic interventions on specific learning disorder: a meta-analysis study. J Except Child 2020; 20(2):115-30.
7. Badoud D, Rüfenacht E, Debbané M, Perroud N. Mentalization-based treatment for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a pilot study. Res Psychother 2018;21(3):317-.
8. Shokouhi M. Islamic Education. Tehran: Education; 1994.
9. Marchand-Reilly JF. Attachment Anxiety, Conflict Behaviors, and Depressive Symptoms in Emerging Adults' Romantic Relationships. J Adult Dev 2012;19(3):170-6.
10. Fraley RC, Roisman GI. The development of adult attachment styles: four lessons. Curr Opin Psychol 2019;25:26-30.
11. Tambelli R, Laghi F, Odorisio F, Notari V. Attachment relationships and Internalizing and Externalizing problems among Italian adolescents. Child Youth Serv Rev 2012;34(8):1465-71.
12. Sullivan JM. Parents of Children with High-Functioning Autism: Experiences in Child Parent Relationship Therapy (CPRT). Denton, Texas: University of North Texas Libraries; 2015.
13. Fonagy P. The mentalization-focused approach to social development. The handbook of mentalization-based treatment.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 2006. p. 53-99.
14. Koster A. Mentalization, embodiment, and narrative: Critical comments on the social ontology of mentalization theory. Theory Psychol 2017;27(4):458-76.
15. Shamshiri Z. Parents' role, shared and specific responsibilities in training children Khorasan: Islamic Seminary of Khorasan; 2012.
16. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods 2007;39(2):175-91.
17. Brown KW, Ryan RM. Perils and Promise in Defining and Measuring Mindfulness: Observations From Experience. Clin Psychol (New York) 2004;11(3):242-8.
18. Drogar E, Fathi-Ashtiani A, ashrafi e. Validation and reliability of the Persian version of the Mentalization Questionnaire. J Clin Psychol 2020;12(1):1-12.
19. Ghanbari F, naziri G, Omidvar B. The effectiveness of mentalization-based treatment on quality of life among children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Psychological Methods and Models 2020;11(40):151-72.
20. Mikaeili N, Esmaeili M. Comparison theory of mind and executive function in the students with learning disabilities and normal. Psychology of Exceptional Individuals 2016;6(21):81-100.
21. Tabatabayi SM. Almizan. Qom; 1995. [In Persian]
22. Chris Fraley R, Hudson NW. 17 - The development of attachment styles. In: Specht J, editor. Personality Development Across the Lifespan: Academic Press; 2017. p. 275-92.
23. Cooke JE, Racine N, Plamondon A, Tough S, Madigan S. Maternal adverse childhood experiences, attachment style, and mental health: Pathways of transmission to child behavior problems. Child Abuse Negl 2019;93:27-37.
24. Jewell T, Gardner T, Susi K, Watchorn K, Coopey E, Simic M, et al. Attachment measures in middle childhood and adolescence: A systematic review of measurement properties. Clin Psychol Rev 2019;68:71-82.
25. Debbané M. 3 - Attachment and mentalization in contemporary psychodynamic psychotherapy. In: Kealy D, Ogrodniczuk JS, editors. Contemporary Psychodynamic Psychotherapy: Academic Press; 2019. p. 33-
26. Manicavasagar V, Silove D. Chapter 5 - Adult Separation Anxiety and Attachment Theory. In: Manicavasagar V, Silove D, editors. Separation Anxiety Disorder in Adults: Academic Press; 2020. p. 63-73.
27. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. World Psychiatry 2010;9(1):11-5.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]