

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی کودک محور بر خودتنظیمی هیجانی و خودپنداره کودکان مبتلا به اختلال یادگیری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۲/۰۹ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۲۰

خلاصه

مقدمه: اختلال یادگیری، یک اختلال عصبی- تحولی است که با ناتوانی قابل توجه در کسب و به کارگیری مهارت‌های خواندن، نوشتن یا ریاضی مشخص می‌شود. این کودکان به دلیل مواجهه مکرر با شکست‌های تحصیلی و بازخوردهای منفی محیطی، اغلب دچار مشکلات هیجانی ثانویه مانند خودپنداره پایین و نقص در خودتنظیمی هیجانی می‌شوند. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی کودک محور بر خودتنظیمی هیجانی و خودپنداره کودکان مبتلا به اختلال یادگیری انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر کاربردی، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل کودکان مبتلا به اختلال یادگیری (دامنه سنی ۹ تا ۱۲ سال) بودند که در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵ به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر اصفهان مراجعه نموده بودند. در این پژوهش تعداد ۳۲ کودک با روش نمونه-گیری هدفمند انتخاب و با شیوه تصادفی در گروه های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۶ کودک در گروه آزمایش و ۱۶ کودک در گروه گواه). کودکان حاضر در گروه آزمایش درمان مبتنی بر ذهنی سازی کودک محور را طی ده هفته در ده جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. در این پژوهش از پرسشنامه اختلال یادگیری (LDQ)، پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی کودکان (CESRQ) و پرسشنامه خودپنداره کودکان (CSCQ) استفاده شد. داده‌های با تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS23 تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی کودک محور بر خودتنظیمی هیجانی کودکان دارای اختلال یادگیری تأثیر معنادار دارد. ($F=41/32$; $\text{Eta}=0/55$; $P<0/001$) و خودپنداره ($F=44/14$; $\text{Eta}=0/56$; $P<0/001$)

نتیجه گیری: در نتیجه درمان مبتنی بر ذهنی سازی کودک محور با بهره‌گیری از فنونی همانند شناسایی نشانه‌های بدنی هیجانات، ایجاد فاصله بین محرک و واکنش، کاهش شرم و افزایش پذیرش هیجانات، افزایش ذهنی سازی بین فردی برای کاهش واکنش‌های تکانشی و پیوند احساس با موقعیت و افکار می‌تواند به عنوان یک روش کارآمد جهت بهبود خودتنظیمی هیجانی و خودپنداره کودکان دارای اختلال یادگیری مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی

اختلال یادگیری، درمان مبتنی بر ذهنی سازی، خودتنظیمی هیجانی، خودپنداره
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

فاطمه اسلامیان^۱

سیده سارا سید کاوسی^۲

مریم السادات علایی الموتی^۳

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

^۳ کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشکده مشاوره، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

Email:

Sarakavoosi28@gmail.com

مقدمه

اختلالات یادگیری^۱، به عنوان یک اختلال رشدی-عصبی، با دشواری پایدار و معنادار در یادگیری و استفاده از مهارت‌های تحصیلی علیرغم هوش‌بهر هنجار و آموزش کافی تعریف می‌شود (سزینزی^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). انواع اصلی آن شامل اختلال خواندن (نارساخوانی^۳) با مشکل در تشخیص کلمات و درک متن، اختلال نوشتن (نارسا نویسی^۴) با ضعف در املا، دستخط و انشاء، و اختلال ریاضی (نارسا-حساب^۵) با نقص در درک اعداد و محاسبات است بود (فلورس- گالگوس^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). علل این اختلالات عمدتاً زیستی-عصبی بوده و ترکیبی از عوامل ژنتیکی (وراثت‌پذیری بالا) و نورویولوژیک (نابهنجاری در نواحی پراکنده قشر مخ مانند شکنج زاویه‌دار^۷ و لوب آهیانه^۸) را شامل می‌شود (کوکس^۹ و همکاران، ۲۰۲۴). آسیب‌های عصبی پیش‌از تولد (مانند مصرف الکل یا کم‌خونی جنین)، زایمان زودرس، و عوامل محیطی مانند سرب نیز می‌توانند خطر ابتلا را افزایش دهند (سیولی و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۸). پیامدهای این اختلالات فراتر از حوزه تحصیلی است و منجر به اضطراب مدرسه، کناره‌گیری اجتماعی، افزایش خطر ترک تحصیل و مشکلات رفتاری درون‌نمود می‌گردد (وانگ و چانگ^{۱۱}، ۲۰۲۴). کودکان مبتلا اغلب در مدرسه دچار طرد همسالان و برچسب‌زنی منفی می‌شوند. این اختلال با نارسایی در کارکردهای اجرایی (به ویژه حافظه فعال و بازداری پاسخ) و ضعف در

پردازش واجی و سریع خودکار همراه است (پاور^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۳). تشخیص به موقع و مداخلات آموزشی حمایتی می‌تواند مسیر تحولی این کودکان را به طور چشمگیری بهبود بخشد. در مجموع، اختلال یادگیری یک وضعیت مادام‌العمر با نرخ هم‌آبی بالا با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی و اضطراب است (کوکالی و آنتونیو^{۱۳}، ۲۰۲۴). کودکان دارای اختلال یادگیری در درک هیجان‌ها ضعیف بوده و احساسات بسیار سطحی دارند که از ناتوانی آنها در درک ارتباط‌های غیر کلامی- دیداری مایه می‌گیرد. این کودکان در مهارت‌های اجتماعی و ارتباطشان، پاسخ‌های ابتکاری غیر کلامی پایین‌تری دارند (خدابخش و همکاران، ۱۴۰۰). بر این اساس ناتوانی یادگیری، یکی از حوزه‌های بسیار مهمی است که علاوه بر تخریب روابط اجتماعی، در روابط عاطفی و هیجانی مانند خودتنظیمی هیجانی^{۱۴} نیز تأثیرگذار است (جدیدی و همکاران، ۱۴۰۱). خودتنظیمی هیجانی به عنوان ظرفیت فرد برای مدیریت، تعدیل و پاسخ‌دهی تطابق‌یافته به تجارب هیجانی تعریف می‌شود و یکی از مؤلفه‌های محوری شایستگی اجتماعی-هیجانی در دوران کودکی به شمار می‌رود (سورگی^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۰). این فرآیند شامل راهکارهایی مانند بازداری پاسخ، توجه مجدد، ارزیابی مجدد شناختی و کنترل تکانه است که کودکان را قادر می‌سازد در موقعیت‌های تنش‌زا، دلسردکننده یا ناکام‌کننده، آشفستگی هیجانی خود را کاهش دهند (جانستون^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۵). از منظر

⁹. Cox

¹⁰. Siouli

¹¹. Wang, Chung

¹². Power

¹³. Kokkali, Antoniou

¹⁴. emotional self-regulation

¹⁵. Sorgi

¹⁶. Johnston

¹. learning disabilities

². Szenczi

³. Dyslexia

⁴. Dysgraphia

⁵. Dyscalculia

⁶. Flores-Gallegos

⁷. Angular Gyrus

⁸. Parietal Lobe

تحصیلی، اجتماعی، جسمانی و هیجانی را در بر می‌گیرد. تجارب مکرر موفقیت یا شکست در موقعیت‌های کلیدی زندگی، به ویژه در مدرسه و تعامل با همسالان، به صورت معناداری بر شکل‌گیری مثبت یا منفی خودپنداره تأثیر می‌گذارد (وانگ^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). کودکان با خودپنداره مثبت، اعتماد به نفس بالاتری دارند، تکالیف چالش‌برانگیز را با انگیزه بیشتری دنبال می‌کنند و در برابر ناکامی‌ها تاب‌آوری بیشتری نشان می‌دهند (ژیانگ^۷ و همکاران، ۲۰۲۳). در مقابل، خودپنداره منفی با احساس ناکارآمدی، درماندگی آموخته‌شده، اجتناب از موقعیت‌های جدید و افزایش خطر ابتلا به اختلالات هیجانی همراه است. خودپنداره برخلاف عزت‌نفس که جنبه ارزشیابی‌گرانه دارد، بیشتر جنبه توصیفی و ادراکی دارد و می‌تواند هدف مداخلات روان‌شناختی برای تغییر تصویر ذهنی کودک از خود قرار گیرد (توه و وات^۸، ۲۰۲۲).

روان‌شناسان حوزه کودک برای پیشگیری از مشکلات اجتماعی، رفتاری، روان‌شناختی و هیجانی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری روش‌های مختلفی را طراحی کرده‌اند. یکی از روش‌های درمانی که متمرکز بر خود کودک بود و کارآیی مناسبی دارد، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کودک محور^۹ است. چنانکه تایج پژوهش عباسی و همکاران (۱۴۰۱)؛ قنبری و همکاران (۱۴۰۱)؛ کریمی فارسانی و بهرامی پوراصفهان‌ی (۱۴۰۲)؛ هاشمی پورزوواره و همکاران (۱۴۰۳)؛ هیوان^{۱۰} و همکاران (۲۰۲۴)؛ پیچیاتا^{۱۱} و

عصب-شناختی، خودتنظیمی هیجانی به بلوغ قشر پیش‌پیشانی و ارتباط آن با ساختارهای زیرقشری مانند آمیگدال وابسته است. کودکان با خودتنظیمی هیجانی کارآمد، کمتر دچار طغیان‌های رفتاری، اضطراب یا کناره‌گیری می‌شوند و توانایی بیشتری برای حفظ تمرکز و پشتکار در تکالیف دشوار دارند (سالیاس^۱ و همکاران، ۲۰۲۵). در مقابل، نقص در خودتنظیمی هیجانی با افزایش آسیب‌پذیری در برابر استرس، اختلالات برون‌نمود (مانند پرخاشگری) و درون‌نمود (مانند افسردگی) همراه است. این مؤلفه به ویژه در کودکان مبتلا به مشکلات تحولی-آموزشی از اهمیت بالایی برخوردار است، زیرا آنان به طور مکرر با شکست مواجه می‌شوند (کراو^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر نقص در خودتنظیمی هیجانی، کودکان مبتلا به اختلال یادگیری از خودپنداره^۳ کمتری نسبت به همسالان خود برخوردارند (خیراله بیاتسانی و همکاران، ۱۳۹۹). چنانکه وانگ و چانگ (۲۰۲۴) نشان داده‌اند که کودکان مبتلا به اختلال یادگیری به دلیل ضعف در پردازش‌های شناختی، خودپنداره پایینی را تجربه می‌کنند. خودپنداره به عنوان مجموعه ادراکات، باورها و ارزیابی‌هایی تعریف می‌شود که فرد نسبت به ویژگی‌ها، توانایی‌ها و ارزش خود دارد و از طریق تعامل با محیط و بازخورد دیگران شکل می‌گیرد (چن^۴ و همکاران، ۲۰۲۴).. این سازه شناختی-هیجانی در دوران کودکی به تدریج از ابعاد عینی و رفتاری به سمت ابعاد انتزاعی و روان‌شناختی تکامل می‌یابد (باترفایلده^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). خودپنداره دارای ماهیتی چندبعدی است و حوزه‌های مختلفی از جمله خودپنداره

7. Xiang

8. Toh, Watt

9. child-centered mentalization-based treatment

10. Huan

11. Pischiutta

1. Salias

2. Crowe

3. Self-Concept

4. Chen

5. Butterfield

6. Wang

یادگیری به دلیل تجارب مکرر شکست، طرد همسالان و بازخوردهای منفی معلمان، به طور معناداری آسیب‌پذیری بیشتری در برابر نارسایی در خودتنظیمی هیجانی و شکل‌گیری خودپنداره منفی دارند. از سوی دیگر، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کودک-محور به عنوان رویکردی فراتشخیصی و تحولی-بنیان، علی‌رغم اثربخشی مستند در کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی جمعیت‌های بالینی مختلف، تاکنون به طور اختصاصی برای کودکان با اختلال یادگیری به کار گرفته نشده است. این در حالی است که مبانی نظری این رویکرد - یعنی تقویت ظرفیت درک حالات ذهنی خود و دیگری به عنوان زیربنای تنظیم هیجان و هویت منسجم - با نیازهای روان‌شناختی این کودکان همخوانی چشمگیری دارد. مرور نظام‌مند پیشینه پژوهش نشان می‌دهد هیچ مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده‌ای به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کودک-محور بر خودتنظیمی هیجانی و خودپنداره در این جمعیت نپرداخته است. همچنین پژوهش‌های موجود در حوزه اختلال یادگیری، متغیرهای وابسته هیجانی و خودانگاره را عمدتاً به صورت توصیفی و همبستگی بررسی کرده‌اند و مداخلات هدفمندی که همزمان هر دو سازه را در چارچوب یک رویکرد روان‌درمانی یکپارچه مورد توجه قرار دهند، به شدت نادر هستند. با توجه به اینکه ذهنی‌سازی ضعیف می‌تواند حلقه گمشده در تبیین زنجیره شکست تحصیلی، آشفتگی هیجانی و خودپنداره آسیب‌دیده در این کودکان باشد، بررسی تجربی این مداخله ضرورتی انکارناپذیر دارد. بنابراین انجام پژوهشی که اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کودک-محور را بر خودتنظیمی هیجانی و خودپنداره کودکان با اختلال یادگیری مورد آزمون قرار دهد، می‌تواند خلأ موجود در ادبیات پژوهشی را پر کرده و

همکاران (۲۰۲۳)؛ استنمایر^۱ و همکاران (۲۰۲۱)؛ مالبرگ^۲ (۲۰۲۱)؛ پولنای^۳ و همکاران (۲۰۲۱)؛ سیمونسن^۴ و همکاران (۲۰۲۱) و یورگنسن^۵ و همکاران (۲۰۲۱) تایید شده است. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به عنوان شاخه‌ای از روان‌درمانی روان‌پویشی به شمار می‌رود که نخستین بار توسط بتمن و فوناگی^۶ (۲۰۱۶) و توسط میجلی و همکاران (۱۴۰۱) برای کودکان دارای آسیب‌های روانی، هیجانی و ارتباطی تدوین و معرفی شده است. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کودک‌محور یک رویکرد روان‌درمانی زمان‌محدود، فراتشخیصی و مبتنی بر شواهد است که با تلفیق اصول روان‌پویشی، نظریه دلبستگی و پژوهش‌های تجربی درباره ذهنی‌سازی، به کودکان در درک حالات ذهنی خود و دیگران کمک می‌کند (پولنای و همکاران، ۲۰۲۱). این درمان به طور خاص بر پرورش ظرفیت ذهنی‌سازی به عنوان هسته مرکزی تاب‌آوری هیجانی، خودتنظیمی و روابط موفق متمرکز است (سیمونسن و همکاران، ۲۰۲۱). رویکرد درمانگر در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مبتنی بر کنجکاوی، ندانستن و پرهیز از قضاوت است و هدف آن کمک به کودک و خانواده برای خروج از حالت‌های غیرذهنی‌سازی مانند هم‌ارزی روانی (تفکر سیاه‌وسفید و انعطاف‌ناپذیر) و حالت شب‌نمایی (هماندسازی افراطی با حالات هیجانی) است (یورگنسن و همکاران، ۲۰۲۱).

در باب ضرورت انجام پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد، پژوهش در حوزه اختلالات یادگیری عمدتاً معطوف به مداخلات شناختی و آموزشی برای جبران نقایص تحصیلی بوده است، در حالی که ابعاد هیجانی و هویتی این کودکان به طور نظام‌مند در طراحی برنامه‌های درمانی مغفول مانده است. این غفلت نظری در حالی رخ می‌دهد که شواهد پژوهشی گسترده نشان می‌دهند کودکان مبتلا به اختلال

4. Simonsen

5. Jørgensen

6. Batman and Fonagy

1. [Steinmair](#)2. [Malberg](#)3. [Polnay](#)

چشم‌انداز جدیدی برای مداخلات روان‌شناختی در این حوزه بگشاید.

روش کار

پژوهش حاضر کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل کودکان مبتلا به اختلال یادگیری (دامنه سنی ۹ تا ۱۲ سال) بودند که در سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر اصفهان مراجعه نموده بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند (با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش) استفاده شد. بدین صورت که با مراجعه به ۲ مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهر اصفهان، کودکان دبستانی ۹ تا ۱۲ سال که با علائم اختلال یادگیری به این مراکز ارجاع داده شده بودند، مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس پرسشنامه اختلال یادگیری به والدین این دانش‌آموزان ارائه شد تا با پاسخگویی به آن یقین حاصل شود که کودکان معرفی شده دارای اختلال یادگیری هستند. ملاک کسب نمرات بالاتر از ۶۰ در پرسشنامه اختلال یادگیری بود. پس از اجرای پرسشنامه اختلال یادگیری، از بین کودکان ۹ تا ۱۲ ساله‌ای که تشخیص اختلال یادگیری را دریافت نمودند (تعداد ۶۹ کودک)، تعداد ۴۰ دانش‌آموز به تصادف انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و شاهد قرار گرفتند (۲۰ کودک گروه آزمایش و ۲۰ کودک در گروه گواه). سپس کودکان حاضر در گروه آزمایش مداخلات مربوط به درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کودک محور را دریافت نمودند. این در حالی بود که کودکان حاضر در گروه گواه آموزشی دریافت نکردند. پس از شروع مداخله تعداد ۴ کودک در گروه آزمایش و ۴ کودک در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۳۲ کودک دارای اختلال یادگیری در پژوهش باقی ماندند (۱۶ کودک در گروه آزمایش و ۱۶ کودک در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب نمره

بالاتر از ۶۰ و بالاتر در پرسشنامه اختلال یادگیری، داشتن سن ۹-۱۲ سال (حضور در پایه سوم تا پنجم دبستان)، رضایت کودک و والدین جهت شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان) و عدم دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش و عدم پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش در یکی از مراحل پس‌آزمون و یا پیگیری بود.

ابزار های سنجش

پرسشنامه اختلال یادگیری (LDQ): پرسشنامه اختلال یادگیری توسط ویلکات^۲ و همکاران (۲۰۱۱) تهیه شده و اختلال یادگیری را متشکل از پنج عامل اساسی خواندن، شناخت اجتماعی، اضطراب اجتماعی، عملکردهای فضایی و حساب کردن می‌داند که موجب اختلال یادگیری می‌شوند. این پرسشنامه که از ۲۰ آیتم تشکیل شده است، توسط والدین کودکان تکمیل می‌شود. پاسخ به هر عبارت در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً (۱) تا همیشه (۵) می‌باشد. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. کسب نمرات بالاتر از ۶۰ نشان دهنده وجود اختلال یادگیری در کودک است. روایی محتوایی این پرسشنامه و مولفه‌های آن، توسط سازندگان پرسشنامه با روش‌های همسانی درونی و بازآزمایی بررسی شده و مقادیر قابل قبولی را بدست داده است. روایی تفکیکی و روایی سازه پرسشنامه مذکور در حد مطلوب گزارش شده است. همچنین روایی همگرای مولفه‌های این پرسشنامه با پرسشنامه‌های پیشرفت تحصیلی استاندارد به این ترتیب گزارش شده است: خواندن ۰/۶۴؛ ریاضی ۰/۴۴؛ شناخت اجتماعی ۰/۶۴؛ اضطراب اجتماعی ۰/۴۶ و فضایی ۰/۳۰ (ویلکات و همکاران، ۲۰۱۱). در پژوهش حاجلو و

². Willcutt

¹. Learning Disability Questionnaire

با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای دو بعد خودتنظیمی هیجانی مثبت و خودتنظیمی هیجانی منفی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۹۰ گزارش کردند. اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط مشهدی، حسنی و میردورقی (۱۳۹۱) انجام شده است. در یک مطالعه مقدماتی که توسط مشهدی، حسنی و میردورقی (۱۳۹۱) بر روی ۷۰ دانش آموز انجام شد، نتایج نشان داد که ضرایب آلفای کرونباخ به دست آمده برای همه خرده مقیاس‌ها از نظر روان‌شناختی بهینه بود. میانگین ضریب آلفای کرونباخ ۷۹/۵ بود. همچنین روایی همزمان^۴ این پرسشنامه توسط مشهدی، حسنی و میردورقی (۱۳۹۱) بررسی شد. برای این منظور نسخه فارسی پرسشنامه خودتنظیمی هیجان نسخه کودک، مقیاس اضطراب چندبعدي کودک و مقیاس افسردگی کودک به صورت همزمان اجرا شد. ضرایب همبستگی به دست آمده از رابطه بین خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه خودتنظیمی هیجان با مقیاس اضطراب چند بعدی و مقیاس افسردگی کودک نشان‌دهنده روایی ملاکی همزمان یک معیار خوب از مقیاس است (مشهدی، حسنی و میردورقی، ۱۳۹۱). در این پژوهش ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خودتنظیمی هیجانی منفی ۰/۷۶ و خودتنظیمی هیجانی مثبت ۰/۷۷ محاسبه شد.

پرسشنامه خودپنداره کودکان (CSCQ):^۵ پرسشنامه خودپنداره کودکان توسط پیرز-هریس^۶ (۱۹۶۹) تهیه شده است. این پرسشنامه جهت سنجش میزان خودپنداره کودکان و نوجوانان طرح‌ریزی شده است و در جهت نگرش و احساس فرد نسبت به خودش، خلاصه می‌شود. به بیان دیگر، خودپنداره‌ای که در این مقیاس سنجش می‌شود، به عنوان مجموعه نسبتاً ثابت نگرش فرد نسبت به خود، تعریف شده است. این پرسشنامه شامل ۸۰ سوال است که سوالات پرسشنامه به صورت گزارش شخصی درباره اینکه کودکان

رضایی شریف (۱۳۹۰)، به منظور واری اعتبار پرسشنامه اختلال یادگیری از دو روش همسانی درونی و بازآزمایی استفاده شده است. همسانی درونی کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ مطلوب برآورد گردید. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاجلو و رضایی شریف (۱۳۹۰) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی کودکان^۱ (CESRQ): پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی کودکان توسط گارنفسکی^۲ و همکاران (۲۰۰۷) تهیه شده است. بر اساس نسخه اصلی پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی کودکان به منظور استفاده در جمعیت ۹ تا ۱۲ ساله تدوین شده است. پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی کودکان یک پرسشنامه چند بعدی است که برای شناسایی راهبردهای مقابله هیجانی کودکان پس از تجربه رویدادهای منفی استفاده می‌شود (آمونه پلاک^۳ و همکاران، ۲۰۰۷). این پرسشنامه ۳۶ سوالی با دو بعد خودتنظیمی هیجانی مثبت و خودتنظیمی هیجانی منفی را مورد اندازه‌گیری قرار می‌دهد. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) متغیر است. خودتنظیمی هیجانی مثبت شامل ۱۶ مورد و خودتنظیمی هیجانی منفی شامل ۲۰ گویه است. نمره کل برای هر خرده مقیاس با اضافه کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید. اگر کودکی در بعد خودتنظیمی هیجانی منفی بالای ۵۰ و در بعد خودتنظیمی هیجانی مثبت کمتر از ۴۵ باشد، در خودتنظیمی هیجانی دچار مشکل است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۷). گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۷) با بررسی مشخصات روان‌سنجی پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی کودکان، میزان روایی سازه آن را مطلوب و به میزان ۰/۹۱ گزارش کردند. همچنین آنان میزان پایایی این پرسشنامه را

4. Simultaneous Reliability

5. Children's Self-Concept Questionnaire

6. Piers-Harissis

1. Children's Emotional Self-Regulation Questionnaire

2. Garnefski

3. Amone-P'Olak

و نوجوانان درباره خودشان چه احساسی دارند، طرح‌ریزی شده‌اند. سوالات این مقیاس هم در جهت مثبت و هم در جهت منفی و در بعد خودسنجی، نمره‌گذاری شده است. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت بلی و خیر است. بر این اساس دامنه نمرات پرسشنامه بین صفر تا ۸۰ است. نمره بالا در این پرسشنامه نشان دهنده خودسنجی مثبت و نمره پایین، نشان دهنده خودسنجی منفی است. پیرز-هریس (۱۹۶۹) روایی سازه پرسشنامه را ۰/۹۱ و پایایی آن را نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش نمود. حیدری و همکاران (۱۳۹۱) نیز روایی محتوایی پرسشنامه را با استفاده از نظر متخصصان ۰/۸۹ و میزان پایایی آن را نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش نمودند. در این پژوهش نیز ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

روند اجرای مداخله درمانی

پس از اخذ مجوزهای لازم از مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر اصفهان، در این پژوهش ابتدا با روش نمونه‌گیری هدفمند، نمونه پژوهش جمع‌آوری شد (۴۰ کودک مبتلا به اختلال یادگیری). سپس طی جلسه آموزشی روند اجرای پژوهش و اهداف بسته درمانی برای کودکان و والدین آنان توسط پژوهشگر شرح داده شد تا این افراد آگاهی و رضایت لازم جهت شرکت فرزندشان در پژوهش را اعلام نمایند. در گام بعد همه کودکان دو گروه (گروه آزمایش و گروه گواه) به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند (مرحله پیش‌آزمون). سپس کودکان مبتلا به اختلال یادگیری حاضر در گروه آزمایش، درمان مبتنی بر

ذهنی‌سازی کودک محور را در ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای در طی ده هفته به صورت هفته‌ای یک جلسه دریافت کردند. پس از شروع مداخله تعداد ۴ کودک در گروه آزمایش و ۴ کودک در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۳۲ کودک دارای اختلال یادگیری در پژوهش باقی ماندند (۱۶ کودک در گروه آزمایش و ۱۶ کودک در گروه گواه). پروتکل درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کودک محور برگرفته از پروتکل میجلی و همکاران (۲۰۱۸) است که توسط سیدموسوی، رئیسی و ابراهیمی (۱۴۰۱) ترجمه و برای کودکان مورد استفاده است. در پژوهش حاضر، ملاحظات اخلاقی زیر رعایت شده است: ابتدا برای تمامی والدین کودکان شرکت‌کننده، توضیحات کامل درباره اهداف پژوهش، روش اجرا، مدت زمان جلسات و نقش آن‌ها ارائه شد و رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی و نمرات آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند و صرفاً برای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین، به آنان حق انصراف از پژوهش در هر مرحله بدون هیچ‌گونه عواقب منفی در روند خدمات درمانی یا آموزشی ایشان گوشزد شد. گروه گواه نیز پس از پایان دوره پژوهش، درمان مشابه را به صورت رایگان دریافت کردند تا از محرومیت درمانی آنان جلوگیری شود. در نهایت، تمامی جلسات مداخله در محیطی امن، بدون هرگونه فشار روانی و با رعایت اصل احترام به کرامت و شأن کودکان اجرا گردید.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کودک‌محور (میجلی و همکاران، ۲۰۱۸؛ ترجمه سیدموسوی، رئیسی و

ابراهیمی، ۱۴۰۱)

تکالیف خانگی	محتوا	هدف	جلسه
فردا در سه موقعیت مختلف، احساس اصلی خود را روی کاغذ نقاشی کن و نام آن احساس را بنویس.	درمانگر با استفاده از کارت‌های حالت‌های چهره، از کودک خواست احساسات شاد، غمگین و عصبانی را نام ببرد و نمایش دهد. سپس داستان کوتاهی درباره موقعیت‌های روزمره (مانند گم کردن مداد یا برنده شدن در بازی) تعریف شد و کودک تصویر احساس مرتبط را انتخاب کرد. درمانگر با لحنی پذیرا، تجربیات مشابه خود را به اشتراک گذاشت تا کودک احساس امنیت کند. در ادامه، از عروسک‌ها برای شبیه‌سازی یک دعوی فرضی بر سر تکالیف مدرسه استفاده شد و کودک نقش هر عروسک را توضیح داد. درمانگر به کودک بازخورد داد که همه احساسات قابل قبول هستند، حتی اگر یادگیری درس برایش سخت باشد. جلسه با یک تمرین تنفس عمیق برای آرام‌سازی پایان یافت.	برقراری ارتباط ایمن و آشنایی کودک با مفهوم احساسات از طریق بازی.	جلسه اول: آشنایی و ایجاد امنیت برای شروع ذهنی‌سازی
در دفترچه هیجانانت، هر روز ثبت کن که چه نشانه‌های بدنی را در شکم، دست‌ها یا صورت خود حس کرده‌ای.	شرح جلسه: درمانگر از کودک خواست آخرین باری که خیلی عصبانی شده بود را به خاطر بیاورد و بگوید کجای بدنش داغ یا منقبض شده است. کودک گفت مشت‌هایش را گره می‌کند و قلبش تند می‌زند. سپس درمانگر تصاویر بدن انسان را نشان داد و از کودک خواست با رنگ قرمز محل تنش و با رنگ آبی محل آرامش را علامت بزند. با هم موقعیت خجالت‌هنگام خواندن در کلاس را نقش بازی کردند و درمانگر اشاره کرد که چگونه صورت کودک سرخ می‌شود. کودک یاد گرفت که این نشانه‌ها مانند یک زنگ هشدار به او کمک می‌کنند. درمانگر داستان کوتاهی از یک کودک با اختلال یادگیری تعریف کرد که با دیدن نشانه‌های بدنی، قبل از انفجار هیجانی از کلاس خارج می‌شد. در پایان، کودک دو نشانه بدنی مخصوص به خود را نام برد.	آموزش ارتباط بین تغییرات بدنی و هیجانان درونی.	جلسه دوم: شناسایی نشانه‌های بدنی هیجانان
هفته آینده، هر شب یک موقعیت واقعی از مدرسه را در سه ستون (اتفاق، فکر، احساس) در دفترچه بنویس.	درمانگر سه کارت سناریو (مانند «معلم از من خواست پای تخته بروم اما نتوانستم جواب دهم») را جلو کودک گذاشت و از او خواست برای هر کدام یک احساس و یک فکر بگوید. کودک برای سناریوی شکست در حل مسئله ریاضی، احساس ناراحتی و فکر «هیچ وقت یاد نمی‌گیرم» را انتخاب کرد. درمانگر با پرسش‌های چرخشی ذهنی‌سازی مثل «از کجا می‌دانی معلم فکر می‌کند تنبلی؟» کودک را به چالش کشید. سپس خود کودک یک موقعیت واقعی از مدرسه را تعریف کرد و درمانگر به او کمک کرد بین «اتفاق»، «فکر» و «احساس» خط بکشد. کودک متوجه شد که گاهی افکارش واقعی نیستند. جلسه با جمع‌بندی این زنجیره سه حلقه‌ای تمام شد.	تقویت توانایی نسبت دادن احساسات به رویدادها و باورهای خاص.	جلسه سوم: پیوند احساس با موقعیت و افکار

<p>هر روز حداقل یک بار که احساس خشم یا ناراحتی کردی، سه ثانیه مکث کن و بعد به من بگو چه اتفاقی افتاد.</p>	<p>درمانگر یک جعبه صدادار ناگهانی را روشن کرد و از کودک خواست بدون هیچ کاری فقط سه نفس عمیق بکشد. کودک در ابتدا پرید، ولی بعد از نفس دوم آرام تر شد. درمانگر بازی توقف با چراغ راهنمای بزرگ را معرفی کرد: چراغ قرمز یعنی بایست و به بدنت نگاه کن، زرد یعنی دو گزینه انتخاب کن، سبز یعنی عمل کن. با هم سناریوی گم کردن دفتر مشق را نقش بازی کردند و کودک سه بار پشت سر هم تمرین کرد که قبل از گریه کردن، دستش را بالا بگیرد و بگوید «ایست». درمانگر الگوی اشتباه قبلی کودک را با صدای بلند بازگو کرد و سپس روش جدید را تحسین نمود. کودک در پایان توانست بدون کمک، توالی توقف - نگاه - گوش را بگوید.</p>	<p>جلسه چهارم: تمرین توقف و مشاهده (گام اول خودتنظیمی)</p> <p>ایجاد فاصله بین محرک و واکنش با تکنیک «ایست، نگاه کن، گوش کن».</p>
<p>هر روز صبح جلوی آینه، سه جمله بگو: هر کاهش شرم و افزایش پذیرش هیجانها به ویژه در شکستهای تحصیلی.</p>	<p>درمانگر برگه‌ای با جمله «احساس ... کردن وقتی در درس عقب می‌افتم، طبیعی است» را به کودک نشان داد و از او خواست جاهای خالی را پر کند. کودک کلمه «خجالت» و «عصبانیت» را نوشت. درمانگر با لحن مهربان گفت که همه کودکان حتی خود درمانگر هم در مدرسه چنین احساساتی داشته‌اند. سپس آینه کوچکی آورد و از کودک خواست در حالی که می‌گوید «الان احساس ... دارم و این اشکالی ندارد» به چشم‌های خود نگاه کند. کودک ابتدا در حین گفتن «ناتوانی» خندید، ولی در مرتبه سوم جدی شد. با هم برجسب‌های قضاوتی مثل «نمی‌توانم» را به «الان سخت است» تغییر دادند.</p>	<p>جلسه پنجم: نامگذاری و پذیرش هیجانها بدون قضاوت</p>
<p>هفته آینده، هر شب یک کار خوب که در آن روز انجام دادی (مربوط به مدرسه نباشد) را به نقاشی خود اضافه کن.</p>	<p>درمانگر از کودک خواست خودش را در مرکز یک دایره بزرگ بکشد و در دایره‌های اطراف، کارهایی که در آنها خوب است (مانند فوتبال، کمک به مادر، حل پازل) را نقاشی کند. کودک ابتدا گفت «هیچ کاری بلد نیستم» ولی با یادآوری کمک به برادر کوچکش توسط درمانگر، سه توانمندی کشید. سپس درمانگر هر نقاشی را با جزئیات تحسین کرد و پرسید: «اگر دوستت در ریاضی ضعیف است اما در نقاشی قوی باشد، او را چطور می‌بینی؟» کودک پاسخ داد «بازنده نیست». درمانگر جمله «من فقط در چند درس مشکل دارم، نه در تمام زندگی» را با صدای بلند تکرار کرد و کودک آن را سه بار همراه با اشاره به نقاشی‌اش بازگفت. جلسه با چسباندن نقاشی به دیوار اتاق بازی پایان یافت.</p>	<p>جلسه ششم: بازسازی نقاط قوت غیرتحصیلی برای بهبود خودپنداره.</p>
<p>اگر تا جلسه بعد با کسی دعوا کردی، فردای آن روز داستان را از چشم سناریوی جایگزین ساخت: شاید همکلاسی خودت در امتحان مردود شده</p>	<p>درمانگر داستان واقعی دعوی کودک با همکلاسی را که قبلاً ثبت کرده بود، آورد و از کودک خواست ماجرا را از زبان همکلاسی (با عروسک) بازگو کند. کودک در ابتدا گفت «او عمداً مرا مسخره کرد» ولی بعد از پرسش «اگر همکلاسی تو خسته یا ناراحت بوده باشد؟» کمی مکث کرد. درمانگر سناریوی جایگزین ساخت: شاید همکلاسی خودت در امتحان مردود شده</p>	<p>افزایش ذهنی‌سازی بین فردی برای کاهش واکنش‌های تکانشی.</p>

<p>بود. کودک با تعجب پذیرفت که شاید تقصیر همیشه دیگران نیست. سپس او برای مامان یا بابا دو نقش را با هم بازی کردند و کودک جمله «ممکن است اشتباه متوجه شده باشم» را تمرین کرد. درمانگر بازخورد مثبت داد که این یعنی ذهنی‌سازی قوی. در انتها کودک سه موقعیت فرضی را از دو دیدگاه تحلیل کرد.</p>	<p>جلسه هفتم: مدیریت خشم با بازگویی داستان از دید دیگران</p>
<p>درمانگر یک دماسنج بزرگ کاغذی از ۰ تا ۱۰ (از آرام تا طوفانی) کشید و از کودک خواست برای سه خاطره اخیر، شماره شدت خشم را بدهد. شدت هیجان خود کودک برای گم کردن خمیر بازی عدد ۷ و برای شنیدن صدای بلند عدد ۴ گذاشت. درمانگر برای هر بازه راهکاری تعریف کرد: ۱-۳: نفس عمیق، ۴-۶: آب خوردن و دور زدن، ۷-۱۰: رفتن به گوشه آرام. کودک با کمک راهکار متناسب با درمانگر، سناریوی شدت ۸ را نقش کرد و بعد از دو دقیقه آرام‌سازی با توپ آن عدد را انجام استرس، عدد را به ۳ رساند. درمانگر اشاره کرد که خودتنظیمی یعنی دیدن عدد و انتخاب راهکار نه فریاد زدن. کودک دفترچه مقیاس خود را ساخت و تمرین کرد که قبل از واکنش، از خود بپرسد «الان چند هستم؟».</p>	<p>جلسه هشتم: تمرین خودتنظیمی با ابزار مقیاس حرارت سنج هیجانی</p>
<p>درمانگر از کودک خواست نامه‌ای به «خود یک سال بعد» بنویسد و در آن بگوید که با وجود سخت بودن خواندن و نوشتن، چه چیزهایی را در خودش دوست دارد. کودک با کمک درمانگر جملاتی مثل «تو درک کردن دیگران قوی هستی» و «اگر ناراحت بشوی، می‌ایستی و فکر می‌کنی» نوشت. درمانگر نیز نامه کوتاهی از طرف کودک به خودش نوشت که در آن موفقیت‌های جلسات قبل (مثل توقف قبل از گریه) را فهرست کرد. سپس با هم نامه را با صدای بلند خواندند و کودک آن را در پاکت مهر و موم کرد. درمانگر تأکید کرد که اختلال یادگیری فقط یک بخش از اوست نه همه او. کودک با لبخند گفت «من آدمی هستم که می‌توانم تغییر کنم».</p>	<p>جلسه نهم: تثبیت خودپنداره مثبت با نامه به خود</p>
<p>درمانگر همه کارت‌ها و نقاشی‌های جلسات قبل را روی زمین پهن کرد و از کودک خواست سه مهارتی را که بیشتر به کارش آمده انتخاب کند. کودک «توقف و مشاهده»، «دماسنج هیجانی» و «نامه به خود» را برگزید. سپس با هم یک پوستر یادآوری پنج مرحله‌ای طراحی کردند: حس بدنی → اسم گذاری → مکث → انتخاب راهکار → یادآوری توانمندی. درمانگر از کودک خواست برای هفته آینده سناریوی مشکل‌ساز املاء را دوباره نقش کند و کودک این بار بدون کمک، کل زنجیره را اجرا کرد. درمانگر گواهی «مهندس هیجانات» را به کودک اهدا کرد و تأکید کرد که اختلال یادگیری هرگز مانع ذهنی‌سازی نمی‌شود. جلسه با یک بازی گروهی با عروسک‌ها و مرور همه موفقیت‌ها پایان یافت.</p>	<p>جلسه دهم: تثبیت و انتقال یادگیری به محیط واقعی در مدرسه و خانه</p>

در این پژوهش از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. در سطح آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی، آزمون شاپیرو ویلک^۱ برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها (حد مطلوب بیشتر از ۰/۰۵)، آزمون لوین^۲ برای بررسی برابری واریانس‌ها (بهینه) برای بررسی فرضیه کرویت بودن داده‌های تحقیق از تحلیل مولجی^۳ (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵) و تحلیل واریانس آمیخته^۴ و آزمون تعقیبی بون‌فرونی^۵ برای آزمون فرضیه‌ها استفاده شد. نتایج آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که کودکان مبتلا به اختلال یادگیری حاضر در پژوهش دارای دامنه سنی ۹ تا ۱۲ سال بودند که در گروه آزمایش میانگین و انحراف استاندارد سن کودکان $10/97 \pm 1/33$ و در گروه گواه $10/53 \pm 1/44$ سال بود. همچنین در گروه آزمایش تعداد ۱۰ کودک پسر (معادل ۶۰ درصد) و ۶ کودک دختر (معادل ۴۰ درصد) بودند. در گروه گواه نیز تعداد ۱۱ کودک پسر (معادل ۵۳/۳۳ درصد) و ۵ دانش آموز دختر (معادل ۴۶/۶۷ درصد) بودند. میانگین و انحراف استاندارد خودتنظیمی هیجانی و خودپنداره در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد خودتنظیمی هیجانی و خودپنداره در دو گروه آزمایش و گواه

گروه‌ها	مرحله پیش‌آزمون		مرحله پس‌آزمون		مرحله پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودتنظیمی هیجانی	۳۹/۸۷	۶/۹۲	۴۵/۳۷	۸/۴۳	۴۴/۳۱	۷/۷۹
مثبت	۴۰/۷۵	۵/۸۳	۳۹/۸۰	۵/۷۶	۳۹/۸۰	۵/۹۹
خودتنظیمی هیجانی	۵۲/۰۶	۶/۳۸	۴۵/۶۲	۵/۱۸	۴۶/۴۳	۵/۶۰
منفی	۵۵/۲۰	۷/۶۶	۵۶/۲۵	۷/۳۲	۵۵/۲۰	۶/۵۰
خودپنداره	۳۸	۷/۱۰	۴۷/۳۱	۸/۴۷	۴۶/۴۳	۸/۵۳
گروه گواه	۳۸/۹۰	۹/۶۲	۳۸/۴۰	۹/۴۳	۳۸/۵۵	۹/۴۷

اختلال یادگیری که در گروه آزمایش حضور داشته و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کودک محور را دریافت نموده‌اند،

نتایج جدول توصیفی در جدول شماره ۲ حاکی از آن است که میزان خودتنظیمی هیجانی و خودپنداره کودکان مبتلا به

1. Shapiro-Wilk test

2. Levine test

3. Mauchly's Test

4. Mixed variance analysis

5. Bonferroni follow-up test

نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر خودتنظیمی هیجانی ($F=0/55$ ؛ $P=0/16$) و خودپنداره ($F=0/51$ ؛ $P=0/36$) رعایت شده است. این در حالی بود که نتایج آزمون موجلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای خودتنظیمی هیجانی ($Mauchlys W=0/95$ ؛ $P=0/36$) و خودپنداره ($Mauchlys W=0/96$ ؛ $P=0/54$) رعایت شده است.

نسبت به گروه گواه افزایش یافته است که در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار استنباطی مورد بررسی قرار می‌گیرد. قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای خودتنظیمی هیجانی ($F=0/14$ ؛ $P=0/18$) و خودپنداره ($F=0/15$ ؛ $P=0/17$) برقرار است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که

جدول ۳. تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای خودتنظیمی هیجانی و خودپنداره

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
زمان	۱۰۰/۷۲	۲	۵۰/۳۶	۱۹/۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶	۱
خودتنظیمی	۲۵۱/۴۶	۱	۲۵۱/۴۶	۱۷/۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵	۱
هیجانی مثبت	۲۱۲/۶۲	۲	۱۰۶/۳۰	۴۱/۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۱
خطا	۱۷۴/۹۲	۶۸	۲/۵۷				
زمان	۱۷۹/۹۱	۲	۸۹/۹۶	۲۶/۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳	۱
خودتنظیمی	۱۵۰۳/۳۳	۱	۱۵۰۳/۳۳	۱۷/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۴	۱
هیجانی منفی	۲۷۰/۱۴	۲	۱۳۵/۰۷	۳۹/۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱
خطا	۲۳۴/۶۷	۶۸	۳/۴۵				
زمان	۴۲۵/۴۶	۲	۲۱۲/۷۳	۳۶/۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۱
خودپنداره	۷۴۹/۰۶	۱	۷۴۹/۰۶	۲۱/۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷	۱
تعامل زمان و گروه	۵۱۷/۲۰	۲	۲۵۸/۶۰	۴۴/۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱
خطا	۳۹۸/۴۰	۶۸	۵/۸۶				

ترتیب ۳۶، ۴۳ و ۵۱ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات خودتنظیمی هیجانی مثبت، خودتنظیمی هیجانی منفی و خودپنداره کودکان مبتلا به اختلال یادگیری را تبیین می‌کند. علاوه بر این، عامل عضویت گروهی (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کودک محور) یا نوع مداخله دریافتی هم بر خودتنظیمی هیجانی مثبت، خودتنظیمی هیجانی منفی و

نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته که در جدول شماره ۳ ارائه شده است، بیانگر آن بود که بر اساس ضرایب F به دست آمده، عامل مداخله‌گر زمان یا مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری) توانسته اثر معناداری بر نمرات خودتنظیمی هیجانی مثبت، خودتنظیمی هیجانی منفی و خودپنداره کودکان مبتلا به اختلال یادگیری داشته و به

درصد از تفاوت در نمرات خودتنظیمی هیجانی مثبت، خودتنظیمی هیجانی منفی و خودپنداره کودکان مبتلا به اختلال یادگیری را تبیین می کند. جهت بررسی کفایت حجم نمونه نیز توان آماری ۱۰۰ درصدی نشانگر آن بود که دقت آماری و کافی بودن حجم نمونه در این پژوهش و نتایج وجود دارد. در ادامه تحلیل استنباطی، جدول ۴ نشان دهنده تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مرحله ارزیابی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) با بهره گیری از آزمون تعقیبی بون فرونی است.

خودپنداره کودکان مبتلا به اختلال یادگیری تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۳۵، ۳۴ و ۳۷ درصد از تفاوت در نمرات خودتنظیمی هیجانی مثبت، خودتنظیمی هیجانی منفی و خودپنداره کودکان مبتلا به اختلال یادگیری را تبیین می کند. از طرفی نتایج نشان داد که نوع مداخله دریافتی (درمان مبتنی بر ذهنی سازی کودک محور) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر خودتنظیمی هیجانی مثبت، خودتنظیمی هیجانی منفی و خودپنداره کودکان مبتلا به اختلال یادگیری تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۵۵، ۵۳ و ۵۶

جدول ۴. تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مرحله ارزیابی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) با بهره گیری از آزمون تعقیبی بون فرونی

متغیر	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین ها	خطای انحراف معیار	معناداری
خودتنظیمی	پیش آزمون	پس آزمون	-۲/۲۷	۰/۴۸	۰/۰۰۰۱
هیجانی مثبت		پیگیری	-۱/۷۴	۰/۴۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	۲/۲۷	۰/۴۸	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۰/۵۳	۰/۲۳	۰/۱۷
خودتنظیمی	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۶۹	۰/۴۹	۰/۰۰۰۱
هیجانی منفی		پیگیری	۲/۸۱	۰/۴۸	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	-۲/۸۱	۰/۴۹	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۰/۱۲	۰/۳۳	۰/۵۹
	پیش آزمون	پس آزمون	-۴/۴۰	۰/۷۴	۰/۰۰۰۱
خودپنداره		پیگیری	-۴/۰۴	۰/۶۳	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	۴/۴۰	۰/۷۴	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۰/۳۶	۰/۱۹	۰/۲۲

پیگیری در مقایسه با ابتدای پژوهش (مرحله پیش آزمون) تفاوت دارد. بدان معنا که مداخله به کار گرفته شده در این پژوهش (درمان مبتنی بر ذهنی سازی کودک محور) میانگین نمرات متغیرهای وابسته پژوهش (خودتنظیمی هیجانی مثبت،

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بون فرونی در جدول ۴ حاکی از آن است که نمرات متغیرهای وابسته پژوهش (خودتنظیمی هیجانی مثبت، خودتنظیمی هیجانی منفی و خودپنداره کودکان مبتلا به اختلال یادگیری) در مرحله پس آزمون و

خودتنظیمی هیجانی منفی و خودپنداره کودکان مبتلا به اختلال یادگیری) را در دو مرحله پس از مداخله (پس از آزمون و پیگیری) نسبت به مرحله پیش از آزمون تغییر معنادار داده است. اما این تغییرات در مقایسه مراحل پس از آزمون با پیگیری وجود ندارد. چرا که اثر مداخله توانسته ماندگار باشد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کودک‌محور بر خودتنظیمی هیجانی و خودپنداره کودکان مبتلا به اختلال یادگیری انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کودک‌محور بر خودتنظیمی هیجانی و خودپنداره کودکان مبتلا به اختلال یادگیری تأثیر معنادار داشته و توانسته خودتنظیمی هیجانی و خودپنداره کودکان مبتلا به اختلال یادگیری را افزایش دهد. اولین یافته مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کودک‌محور بر خودتنظیمی هیجانی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری با نتایج پژوهش‌های عباسی و همکاران (۱۴۰۱)؛ هاشمی پورزواره و همکاران (۱۴۰۳)؛ هیوان و همکاران (۲۰۲۴)؛ سیمونسن و همکاران (۲۰۲۱) و یورگنسن و همکاران (۲۰۲۱) همسویی داشت.

اثر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کودک‌محور بر خودتنظیمی هیجانی کودکان دارای اختلال یادگیری را می‌توان بر اساس نقش مدارهای پیشانی-آمیگدال و نظریه فراشناخت هیجانی تبیین کرد. این کودکان به دلیل مواجهه مکرر با شکست تحصیلی و سرزنش محیطی، الگوی ناکارآمدی از پاسخ‌دهی تکانشی به محرک‌های هیجانی منفی (مانند خشم، ناامیدی و اضطراب) یاد گرفته‌اند. درمان ذهنی‌سازی با آموزش توقف و تأمل پیش از واکنش به کودک، فرصت رمزگردانی مجدد هیجانی را فراهم می‌کند. به این معنا که کودک به

جای واکنش خودکار آمیگدال، مدار اوربیتوفرونتال را فعال کرده و از خود می‌پرسد: «الان چه حسی دارم و دلیل آن چیست؟». این فرآیند بازنمایی ذهنی هیجان، زمان لازم برای انتخاب پاسخ تنظیم‌شده را افزایش داده و تکانشگری رفتاری را کاهش می‌دهد (هیوان و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، درمانگر با مدل‌سازی ذهنی‌سازی به عنوان یک دلبستگی ایمن، ظرفیت خودآرام‌سازی از طریق کلمات درونی را در کودک تقویت می‌کند. به تدریج، کودک می‌آموزد که هیجان‌ها نه تهدید، بلکه نشانه‌هایی قابل تفسیر هستند و می‌توان آن‌ها را بدون عمل تکانشی مدیریت کرد. این تغییر بازنمایی هیجانی، هسته اصلی ارتقای خودتنظیمی هیجانی در این کودکان محسوب می‌شود. تبیین دیگر برای اثربخشی این درمان بر خودتنظیمی هیجانی، به مفهوم انعطاف‌پذیری شناختی در مواجهه با موقعیت‌های یادگیری دشوار بازمی‌گردد. کودکان مبتلا به اختلال یادگیری معمولاً در موقعیت تکالیف تحصیلی، دچار درهم‌تنیدگی هیجانی می‌شوند که به دلیل ناتوانی در بازداری پاسخ غالب (مانند گریه کردن، پرخاشگری یا کناره‌گیری) است. درمان ذهنی‌سازی کودک‌محور به آنان می‌آموزد که میان رویداد بیرونی (تکلیف سخت)، برداشت ذهنی از آن (من نمی‌توانم) و «هیجان ناشی از برداشت تمایز قائل شوند (هاشمی پورزواره و همکاران، ۱۴۰۳). این تمایزگذاری، زیربنای مهارت جداسازی شناختی است که از مکانیسم‌های کلیدی تنظیم هیجان به شمار می‌رود. با تمرین ذهنی‌سازی، کودک یاد می‌گیرد که برداشت منفی خود از تکلیف را به چالش بکشد. این فرآیند، حساسیت نسبت به محرک‌های هیجانی را کاهش داده و ظرفیت تحمل ناکامی را افزایش می‌دهد. به عبارت دیگر، ذهنی‌سازی به کودک اجازه می‌دهد از حالت هیجانی لحظه‌ای فاصله گرفته و پاسخ

تنظیم شده‌ای مبتنی بر ارزیابی مجدد شناختی انتخاب کند. در نتیجه، خودتنظیمی هیجانی نه به عنوان سرکوب هیجان، بلکه به عنوان نظارت فعالانه بر بازنمایی‌های ذهنی هیجان‌ها ظاهر می‌شود و این دستاورد اصلی درمان ذهنی‌سازی کودک محور است.

یافته دوم مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کودک محور بر خودآگاهی شناختی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری، با نتایج پژوهش‌های قبلی و همکاران (۱۴۰۱)؛ کریمی فارسانی و بهرامی پوراصفهان (۱۴۰۲)؛ پیچیاتا و همکاران (۲۰۲۳)؛ استنمایر و همکاران (۲۰۲۱)؛ مالبرگ (۲۰۲۱)؛ پولنای و همکاران (۲۰۲۱) همسویی داشت. اثر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کودک محور بر خودپنداره کودکان مبتلا به اختلال یادگیری را می‌توان بر اساس نظریه خودبازتابی و فرآیند درون‌سازی تبیین کرد. این کودکان به دلیل سال‌ها تجربه شکست تحصیلی، بازخوردهای منفی معلمان و مقایسه با همسالان، تدریجاً صفاتی مانند تنبل، بی‌استعداد یا بازنده را به عنوان بخشی از هویت خود درونی می‌سازند. درمان ذهنی‌سازی کودک محور با ایجاد یک فضای امن بازتابی، به کودک اجازه می‌دهد تا برای اولین بار این برجسب‌ها را از فاصله‌ای ذهنی مشاهده کند و درستی آن‌ها را بررسی نماید (قنبری و همکاران، ۱۴۰۱). درمانگر با پرسش‌های ذهنی‌ساز مانند «آیا همیشه ناتوان هستی یا فقط در بعضی درس‌ها؟»، کودک را به تمایزگذاری میان عملکرد در یک تکلیف خاص و ارزش کلی خود دعوت می‌کند. این فرآیند برون‌سازی انتقادی نام دارد که کودک می‌آموزد تجارب منفی یادگیری، تمام هویت او را تعریف نمی‌کند. همچنین، تکرار تمرین ذهنی‌سازی در مورد حالات ذهنی خود در موقعیت‌های شکست، به تدریج خودپنداره را از حالت وابسته به موفقیت

عملکردی به مبتنی بر شایستگی‌های درونی و هیجانی تغییر می‌دهد. در نتیجه، خودپنداره کودک شکنندگی خود را از دست داده و ساختاری منسجم‌تر، پایدارتر و مثبت‌تر پیدا می‌کند. تبیین مکمل دیگر به نقش درمان ذهنی‌سازی در کاهش خودسرزنشگری خودکار و افزایش خودشفقتی شناختی برمی‌گردد که مستقیماً خودپنداره را ارتقا می‌بخشد. کودکان با اختلال یادگیری غالباً یک صدای درونی منتقد قوی دارند که حاصل تعمیم‌دهی افراطی تجارب شکست است. درمان ذهنی‌سازی کودک محور با آموزش منظورگیری از حالات ذهنی خود با لحن دلسوزانه، این صدای منتقد را شناسایی کرده و آن را به چالش می‌کشد (پیچیاتا و همکاران، ۲۰۲۳). درمانگر به کودک نشان می‌دهد که چگونه می‌توان به جای سرزنش خود، با عباراتی مانند «من در این تکلیف مشکل دارم، اما تمام من نیستم» با خود گفت‌وگو کرد. این تغییر در کیفیت بازنمایی ذهنی از خود، به تدریج خودپنداره را از یک ساختار ارزیابانه و شرطی به یک ساختار توصیفی و شفق‌آمیز تبدیل می‌کند. همچنین، ذهنی‌سازی موفق درباره حالات ذهنی درمانگر (که کودک را شایسته، قابل درک و دوست‌داشتنی می‌بیند)، به عنوان یک مدل بیرونی دلبستگی درونی شده و خودپنداره مثبت جدیدی را بازنمایی می‌کند. نهایتاً کودک یاد می‌گیرد که «من دارای اختلال یادگیری» فقط یک بخش از خودپنداره اوست و در کنار آن، «من توانمند در تنظیم هیجان»، «من خلاق» و «من ارزشمند» نیز وجود دارند. این یکپارچگی چندبعدی از خود، هسته اصلی ارتقای خودپنداره در این درمان است.

محدودیت پژوهش حاضر استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند به جای تصادفی‌سازی کامل است که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به کل جامعه کودکان مبتلا به اختلال یادگیری

روانشناسان شاغل در مراکز اختلالات یادگیری آموزش و پرورش سراسر کشور ضروری است. همچنین به کارگیری این مداخله در قالب کارگاه‌های گروهی برای والدین و معلمان به منظور تداوم ذهنی‌سازی در محیط خانه و مدرسه توصیه می‌شود. در نهایت، ادغام پروتکل ذهنی‌سازی با نظام ارزشیابی توصیفی مدارس و آموزش آن به آموزگاران دوره ابتدایی می‌تواند به ارتقای خودپنداره این کودکان در بافت طبیعی آموزشی کمک کند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام کودکان حاضر در پژوهش، والدین آنان و مسئولین مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر اصفهان که در پژوهش حاضر همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

حمایت مالی

هیچ سازمان دولتی و خصوصی از این پژوهش حمایت مالی نکرده است.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

کاهش می‌دهد. همچنین، اجرای پژوهش صرفاً بر روی کودکان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر اصفهان، احتمال سوگیری نمونه را افزایش داده و نتایج را به سایر مناطق جغرافیایی یا فرهنگ‌های متفاوت قابل تعمیم نمی‌سازد. دوره پیگیری دوماهه نیز برای بررسی ماندگاری طولانی‌مدت اثر درمان بر خودپنداره کوتاه بوده و احتمال بازگشت به وضعیت پیشین پس از مدت بیشتر وجود دارد. علاوه بر این، عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده، سطح تحصیلات والدین و همبودی با سایر اختلالات (مانند اضطراب یا نقص توجه) از دیگر محدودیت‌ها به شمار می‌رود. از نظر پیشنهادت پژوهشی، انجام کارآزمایی‌های تصادفی‌شده با کنترل گروه گواه فعال، استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای یا طبقه‌ای در چندین شهر مختلف و در نظر گرفتن دوره پیگیری حداقل شش تا دوازده ماهه توصیه می‌گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود اثر درمان ذهنی‌سازی کودک‌محور بر متغیرهای وابسته دیگر نظیر تاب‌آوری تحصیلی، کارکردهای اجرایی یا کیفیت رابطه والد-کودک بررسی شود. در حوزه پیشنهادت کاربردی، طراحی بسته آموزشی ذهنی‌سازی کودک‌محور و ارائه آن به مشاوران و

منابع

- جدیدی، س.، وحیدی فرد، م.، عسگری، ر.، عباسی، ن.، و ابوبکری ماکویی، س. (۱۴۰۱). تاثیر آموزش خودتنظیمی شناختی هیجانی بر خودکارآمدی و نارسایی هیجانی دانش‌آموزان با اختلال ناتوانی یادگیری. کودکان استثنایی، ۲۲(۲)، ۱۱۷-۱۲۸.
- حاجلو، ن.، رضایی شریف، ع. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه مشکلات یادگیری کلورادو، مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۱(۱)، ۲۴-۴۳.
- حیدری، ط.، امیری، ش.، و مولوی، ح. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش به روش دیویس بر خودپنداره کودکان دارای نارساخوانی. مجله علوم رفتاری، ۶(۲)، ۱۳۱-۱۳۹.
- خدابخش، م.، هاشمی زرینی، ه.، و نوری قاسم آبادی، ر. (۱۴۰۰). الگوی ساختاری مهارت اجتماعی کودکان با ناتوانی‌های یادگیری بر اساس سبک‌های دلبستگی با نقش واسطه‌ای خودکارآمدی تحصیلی. سلامت روان کودک، ۸(۱)، ۱-۱۳.
- خیراله بیاتانی، غ.، حافظی، ف.، عسگری، پ.، و نادری، ف. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش نظریه ذهن بر خودپنداره و اضطراب در دانش‌آموزان ناتوان یادگیری با نقش تعدیل‌کنندگی اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۱۱(۴۱)، ۷۱-۸۸.

- عباسی، ن.، دهقانی، ا.، قمرانی، ا.، و عابدی، م. (۱۴۰۱). تاثیر درمان مبتنی بر ذهنی سازی در بر ضرب آهنگ شناختی کند و نشانگان بالینی (علائم) کودکان با اختلال بیش فعالی-نقص توجه. طب توانبخشی، ۱۱(۵)، ۶۹۲-۷۰۳.
- قنبری، ف.، نظیری، ق.، و امیدوار، ب. (۱۳۹۹). اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی/ بیش فعالی (ADHD). روش ها و مدل های روان شناختی، ۱۱(۴۰)، ۱۵۱-۱۷۲.
- کریمی فارسانی، آ.، و بهرامی پوراصفهانی، م. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی کودک بر ظرفیت تاملی والدین مطلقه دارای کودکان پنج تا دوازده سال. پرستاری کودکان، ۹(۴)، ۳۲-۴۳.
- مشهدی، ع.، حسنی، ح.، و میردورقی، ف. (۱۳۹۱). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان- فرم کودکان. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۴(۳)، ۲۵۹-۲۴۶.
- میجلی، ن.، انسینک، ک.، لیندکوئیست، ک.، مالبرگ، ن.، مولر، ن. (۱۴۰۱). درمان مبتنی بر ذهنی سازی، رویکردی کوتاه مدت، ترجمه پریساسادات سیدموسوی، فاطمه رئیسی و فاطمه ابراهیمی، تهران: انتشارات ارجمند. ۲۸۸ صفحه.
- هاشمی پورزواره، م.، بهرامی پور اصفهانی، م.، سجادیان، ا. (۱۴۰۳). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی کودک محور بر کارکرد تاملی و آگاهی هیجانی در کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱. تحقیقات علوم رفتاری، ۲۲(۳)، ۵۶۲-۵۵۲.
- Amone-P'Olak, k., Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). Adolescents caught between fires: Cognitive emotion regulation in response to war experiences in Northern Uganda. *Journal of Adolescent*, 30(4), 655-669.
- Batman, P., Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders. 1 st ed. United Kingdom: Oxford University Press.*
- Butterfield, R.D., Grad-Freilich, M., Silk, J.S. (2023). *The role of neural self-referential processes underlying self-concept in adolescent depression: A comprehensive review and proposed neurobehavioral model. Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 149, 1051-1055.
- Chen, Z., Jin, L., Hao, H., Zhao, Y., Joyce, R.L., Lyu, H. (2024). *The relationship of self-concept clarity, future time perspective, grit, and life satisfaction among Chinese adolescents: A cross-sectional and longitudinal study. Personality and Individual Differences*, 230, 1127-1131.
- Cox, A., Ip, A., Watkin, S., Matuska, G., Bunford, S., Gallagher, A., Taylor, C. (2024). *Implementing and evaluating resources to support good maternity care for parents with learning disabilities: A qualitative feasibility study in England. Midwifery*, 133, 104-109.
- Crowe, E., Staiger, P.K., Bowe, S.J., Rehm, I., Moulding, R., Herrick, C., Hallford, D.J. (2024). *The association between trichotillomania symptoms and emotion regulation difficulties: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders*, 346, 88-99.
- Flores-Gallegos, R., Rodriguez-Leis, P., Fernández, T. (2022). *Effects of a virtual reality training program on visual attention and motor performance in children with reading learning disability. International Journal of Child-Computer Interaction*, 32, 1003-1006.
- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, M.M., & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children: The development of an instrument. *Eurly Children and Adolescent Psychiatry*, 16, 1-9.
- Huan, T., Intrator, O., Simning, A., Boockvar, K., Grabowski, D.C., Cai, S. (2024). *Mental Health Treatment Among Nursing Home Residents With Alzheimer's Disease and Related Dementias. Journal of the American Medical Directors Association*, In Press, Uncorrected Proof.
- Johnston, T.E., Gross, J.J., Chen, W., McEvoy, P., Becerra, R., Preece, D.A. (2025). *Emotion beliefs and emotion regulation strategy use. Personality and Individual Differences*, 240, 1130-1135.
- Jørgensen, M.S., Storebø, O.J., Bo, S., Poulsen, S., Gondan, M., Beck, E., Chanen, A.M., Bateman, A., Pedersen, J., Simonsen, E. (2021). *Mentalization-based treatment in groups for adolescents with Borderline Personality Disorder: 3- and 12-month follow-up of a randomized controlled trial. European Children and Adolescent Psychiatry*, 30, 699-710.

- Kokkali, V., Antoniou, F. (2024). A meta-analysis of almost 40 Years of research: Unreleasing the power of written expression in students with learning disabilities. *Educational Research Review*, 42, 1005-1009.
- Pischiutta, L., Garzitto, M., Zamparutti, G., Moratti, E., Albert, U., Colizzi, M., Balestrieri, M. (2023). Mentalization in young patients undergoing opioid agonist treatment: Implications for clinical management. *Addictive Behaviors Reports*, 17, 1004-1009.
- [Polnay, A.](#), [McIntosh, L.G.](#), [Burnett, A.](#), [Williams, A.](#), [Cahill, C.](#), [Wilkinson, P.](#), [Mohammad, F.](#), [Patrick, J.](#) (2021). Examining the factor structure, reliability, and validity of the main outcome measure used in mentalization-based therapy skills training. *Health Science Reports*, 4(1), 245-254.
- Power, N., Harrison, T.L., Hackett, S., Carr, C. (2023). Art therapy as a treatment for adults with learning disabilities who are experiencing mental distress: A configurative systematic review with narrative synthesis. *The Arts in Psychotherapy*, 86, 1020-1025.
- Salias, C., Gross, J.J., Petrova, K., Forbush, K.T., Preece, D.A. (2025). Eating disorder symptoms and profiles of emotion regulation strategy use. Journal of Affective Disorders*, 380, 94-103.
- Simonsen, S., Popolo, R., Juul, S., Frandsen, F.W., Sørensen, P., Dimaggio, G. (2021). Treating Avoidant Personality Disorder With Combined Individual Metacognitive Interpersonal Therapy and Group Mentalization-Based Treatment: A Pilot Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 26, 213-219.
- Siouli, S., Makris, S., Romanopoulou, E., & Bamidis, P.D. (2018). Cognitive computer training in children with cognitive and learning disabilities: Two interesting case studies. In 2018 2nd International Conference on Technology and Innovation in Sports, Health and Wellbeing (TISHW) (pp. 1-6). IEEE.
- Sorgi, K.M., Ammerman, B.A., Cheung, J.C., Fahlgren, M.K., Puhalla, A.A., McCloskey, M.S. (2020). Relationships between non-suicidal self-injury and other maladaptive behaviors: Beyond difficulties in emotion regulation. *Archives of Suicide Research*, 29, 1-22.
- Szenczi, B., Kis, N., Józsa, K. (2018). Academic self-concept and mastery motivation in students with learning disabilities. *Journal of Psychological & Educational Research*, 26(2), 213-217.
- Toh, L., Watt, H.M.G. (2022). How do adolescent mathematical self-concept and values explain attainment of different kinds of STEM degrees in adulthood? Contemporary Educational Psychology*, 69, 1020-1024.
- Wang, Y., Yan, X., Liu, L., Lu, X., Luo, L., Ding, X. (2024). The Influence of Vulnerable Narcissism on Social Anxiety among Adolescents: The Mediating Role of Self-Concept Clarity and Self-Esteem. International Journal of Mental Health Promotion*, 26(6), 429-438.
- Wang, L., Chung, K.K. (2024). The influences of cognitive abilities on self-regulated learning in online learning environment among Chinese university students with learning disabilities. *The Internet and Higher Education*, 62, 1009-1012.
- Willcutt, E.G., Boada, R., Riddle, M.W., Chhabildas, N., DeFries, J.C., & Pennington, B.F. (2011). Colorado Learning Difficulties Questionnaire: Validation of a Parent-Report Screening Measure. *Psychological Assessment*, 3, 778-791.
- Xiang, G., Li, W., Xiao, Y., Liu, Y., Du, X., He, Y., Chen, H. (2023). Mediation of self-concept clarity and self-control between negative emotional states and emotional eating in Chinese adolescents. Appetite*, 183, 1064-1068.

Original Article

The Effectiveness of Child-Centered Mentalization-Based Treatment on Emotional Self-Regulation and Self-Concept In Children with Learning Disorder

Received: 29/04/2024 - Accepted: 11/07/20220254

Fatemeh Eslamian¹
Seyyede Sara Kavooosi^{2*}
Maryam Alsadat Alaei Almoti³

¹ *Ma in Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.*

² *Ma in Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.*

³ *Ma in Counseling and Guidance, Faculty of Counseling, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.*

Email: s.khanjani@edu.ui.ac.ir

Abstract

Introduction: Learning disorder is a neurodevelopmental disorder characterized by a significant disability in acquiring and applying reading, writing, or math skills. These children, due to repeated exposure to academic failures and negative environmental feedback, often develop secondary emotional problems such as low self-concept and deficits in emotional self-regulation. Accordingly, this study aimed to investigate the effectiveness of child-centered mentalization-based treatment on emotional self-regulation and self-concept in children with learning disorder.

Methods: The present study was an applied, quasi-experimental research with a pretest-posttest control group design and a two-month follow-up period. The statistical population included children with learning disorders (age range 9–12 years) who had referred to education counseling centers in Isfahan city during the 2025–2026 academic year. A total of 32 children were selected using purposive sampling and were randomly assigned to the experimental and control groups (16 children in the experimental group and 16 in the control group). Children in the experimental group received child-centered mentalization-based treatment over ten weeks in ten 75-minute sessions. The Learning Disorder Questionnaire (LDQ), the Children's Emotional Self-Regulation Questionnaire (CESRQ), and the Children's Self-Concept Questionnaire (CSCQ) were used in this study. Data were analyzed using mixed analysis of variance (ANOVA) and Bonferroni post-hoc test via SPSS-23.

Results: The results showed that child-centered mentalization-based treatment had a significant effect on emotional self-regulation ($F = 41.32$; $\eta^2 = 0.55$; $P < 0.0001$) and self-concept ($F = 44.16$; $\eta^2 = 0.56$; $P < 0.0001$) in children with learning disorders.

Conclusion: Consequently, child-centered mentalization-based treatment, utilizing techniques such as identifying bodily signs of emotions, creating a gap between stimulus and reaction, reducing shame and increasing emotional acceptance, enhancing interpersonal mentalizing to reduce impulsive reactions, and linking feelings to situations and thoughts, can be used as an effective method to improve emotional self-regulation and self-concept in children with learning disorders.

Keywords: Learning Disorder, Mentalization-Based Treatment, Emotional Self-Regulation, Self-Concept

Acknowledgement: There is no conflict of interest