رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۸، شماره پیاپی ۱۰۱، آبان ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(8), 2024

مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور بر شایستگی اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده

Comparing the Effectiveness of Unified Trans-Diagnostic Treatment and Adolescent Centered Mindfulness Therapy on Social Competence of Adolescents with Externalizing Behavioral-Emotional Disorder

آناهیتا قربانی
دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی عمومی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.
محمد زارع نیستانک (نویسنده مسئول)
گروه روان شناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.
حسن خوش‌اخلاق
گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.

Anahita Ghorbani
PhD student in general psychology, Nayin Branch, Islamic Azad University, Nayin, Iran.
Mohammad Zare Neyestanak*
Department of Psychology, Nayin Branch, Islamic Azad University, Nayin, Iran.
zarehneyestanak@yahoo.com
Hasan Khoshakhlagh
Department of Psychology, Nayin Branch, Islamic Azad University, Nayin, Iran.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور بر شایستگی اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده انجام شد. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دارای مشکلات رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده بود که در دوره اول متوسطه در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ در شهر اصفهان مشغول به تحصیل بودند. ۵۳ دانش‌آموز با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (هر گروه ۱۸ نفر). دانش‌آموزان گروه‌های آزمایش درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان ذهن‌آگاهی نوجوان محور را طی ده هفته در ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت جداگانه دریافت نمودند. در این پژوهش از سیاهه رفتاری- هیجانی کودکان و نوجوانان (CABEI؛ آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱) و پرسشنامه شایستگی اجتماعی (SCQ؛ فلنر و همکاران، ۱۹۹۰) استفاده شد. داده‌ها با تحلیل واریانس آمیخته تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور بر شایستگی اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده تأثیر معنادار دارد (P<۰/۰۰۰۱). همچنین نتایج آزمون تعقیبی بیانگر آن بود که بین اثربخشی این دو مداخله بر شایستگی اجتماعی تفاوت معنادار وجود نداشت (p≥۰/۰۵). بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، جهت بهبود شایستگی اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده می‌توان از دو روش مداخله‌ای درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: *اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده، شایستگی اجتماعی، درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور.*

Abstract
The present study was conducted to compare the effectiveness of unified trans-diagnostic treatment and adolescent-centered mindfulness therapy on the social competence of adolescents with externalizing behavioral-emotional disorders. The statistical population included students with externalized behavioral-emotional problems who were studying in the first period of secondary school in the academic year of 2022-2023 in Isfahan City. In this research, 53 students with externalized emotional-behavioral problems were selected by purposeful sampling and randomly assigned to experimental and control groups (18 students in the first experimental group, 18 students in the second experimental group, and 17 students in the control group). The students in the experimental groups received the unified trans-diagnostic treatment and adolescent-centered mindfulness therapy for ten weeks in ten 90-minute sessions separately. Children and Adolescents Behavioral- Emotional Inventory (CABEA; Achenbach and Rescorla, 2001) and Social Competence Questionnaire (SCQ; Felner et al., 1990) were used in the present study. The data were analyzed through mixed ANOVA. The results showed that unified trans-diagnostic treatment and adolescent-centered mindfulness therapy have a significant effect on social competence (p<0001) in adolescents with externalizing behavioral-emotional disorder. Based on the findings of the present research, to improve the social competence of adolescents suffering from externalizing behavioral-emotional disorder, two interventional methods of unified trans-diagnostic treatment and adolescent-centered mindfulness therapy can be used.

Keywords: *Externalized Behavioral-Emotional Disorder, Social Competence, Unified Trans-Diagnostic Treatment, Cognitive Fusion, Adolescent Centered Mindfulness Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : مرداد ۱۴۰۳** **پذیرش: مرداد ۱۴۰۳** **ویرایش نهایی: آبان ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

مقدمه

متخصصین روان‌شناسی بر این باورند که دوره نوجوانی حساس‌ترین و مهم‌ترین دوره رشد هر انسان است. در این دوره فرد به بلوغ می‌رسد، در پی کشف هویت خود تلاش می‌کند، به دنبال استقلال و جدایی از وابستگی‌های دوره کودکی است (وانگ[1] و همکاران، ۲۰۲۱)، به همین دلایل در این دوره نوجوانان دارای وضعیت روانی باثباتی نیستند و معمولاً بیشترین مشکلات رفتاری برای نوجوانان به وجود می‌آید (هوانگ[2] و همکاران، ۲۰۱۹). هرچند اندیشه غالب بر آن است که بیشتر افراد مرحله نوجوانی و وضعیت روان‌شناختی و هیجانی ناپایدار مربوط به آن را به سلامت می‌گذرانند، اما مطالعاتی اخیر نشان می‌دهد بر تعداد نوجوانانی که نشانه‌های آسیب‌شناسی رفتاری یا هیجانی را در خویش حمل می‌کنند، افزوده می‌شود (ترنت[3] و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از پدیده‌هایی که می‌تواند به سلامت روان‌شناختی نوجوانان آسیب جدی وارد کند، اختلال رفتاری- هیجانی است (هروارد[4] و همکاران، ۲۰۲۲). اختلال رفتاری- هیجانی نوجوانان مشخص کننده سیر رشد منفی و پیش‌بینی کننده اختلال در بزرگسالی مانند بزهکاری، مصرف مواد، سازگاری ضعیف و طرد بوسیله همسالان است (دراوشی و حاج-یحیی[5]، ۲۰۱۸). طبقه‌بندی اختلال دوران نوجوانی در قالب اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده[6] و اختلال رفتاری- هیجانی درونی‌سازی[7]، از گسترده‌ترین و پرکاربردترین طبقه‌بندی‌های موجود است (هروارد و همکاران، ۲۰۲۲). اختلال رفتاری- هیجانی درونی‌سازی شامل استرس، اضطراب و افسردگی است که به درون فرد مربوط بوده (چی و کای[8]، ۲۰۲۰) و آسیب آن بیشتر درون فردی و هسته اصلی آنها اختلال خلق یا هیجان است (سیلوا[9] و همکاران، ۲۰۱۷). اما اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده در برگیرنده دو گروه رفتارهای قانون‌شکنانه و پرخاشگرانه بوده و شامل اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای است (وو[10] و همکاران، ۲۰۱۸) و سبب تخریب عملکرد تحصیلی یا اجتماعی کودک و نوجوان می‌شود (ژانگ[11] و همکاران، ۲۰۲۳). مطالعات طولی شواهدی درباره رابطه حوادث استرس‌زای زندگی و آسیب‌شناسی روانی در دوران نوجوانی همانند اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده نشان داده‌اند (فینچ[12] و همکاران، ۲۰۲۳).

نوجوانان دارای اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده به دلیل وجود انزوای اجتماعی حاصل از تخریب روابط اجتماعی و همچنین تکانشگری، دارای کارآیی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی ضعیف‌اند (مونتلا- کاستینا[13] و همکاران، ۲۰۱۸) که این فرایند باعث می‌شود آنان تعاملات اجتماعی بهنجاری را از خود نمایان نساخته و شایستگی اجتماعی[14] پایینی را کسب نمایند (مانسینی[15] و همکاران، ۲۰۱۹). شایستگی اجتماعی توانایی عملکرد انسان در اجرای استقلال شخصی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی است. به عبارت دیگر شایستگی اجتماعی توانایی مراقبت از خود، یاری رساندن و مراقبت از دیگران است (کانگ[16] و همکاران، ۲۰۲۲). شایستگی اجتماعی چهار حوزه مهارت‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، شایستگی‌های هیجانی و آمایه‌های انگیزشی و انتظار را شامل می‌شود (کولی[17]، ۲۰۲۲).

تاکنون روش‌های درمانی مختلفی برای نوجوانان دارای اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده به کار گرفته شده است. یکی از روش‌های درمانی جدید که کارآیی آن بر بهبود مولفه‌های ارتباطی، هیجانی و روان‌شناختی افراد مختلف مورد تایید قرار گرفته است، درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر[18] است (بارلو[19] و همکاران، ۲۰۱۱). در این راستا مطالعات قبلی دلات بر این دارد که برنامه یکپارچه درمان

1 . Wang, Fu, Wang
2. Huang
3. Trent
4. Herwaarden
5. Darawshy, Haj-Yahia
6. externalized behavioral-emotional problems
7. Internalizing behavioral-emotional problems
8. Chi, Cui
9. Silva
10. Wu
11. Zhang
12. Finch
13. Montoya-Castilla
14. Social competence
15. Mancini
16. Kang
17. Collie
18. Unified Trans-Diagnostic Treatment
19. Barlow

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

فراتشخیصی بر استرس والدینی و افسردگی در نوجوانان (شهریاری و همکاران، ۱۴۰۱)، اجتناب تجربه‌ای و اندیشه پردازی خودکشی در دختران قربانی خشونت خانگی (گله‌گیریان و همکاران، ۱۴۰۱)، اضطراب نوجوانان و فرزندپروری مادران آن‌ها (هلاکویی و همکاران، ۱۴۰۱)، کاهش علائم اضطراب و افسردگی و بهبود رفتار اجتماعی (شور- زاوالا[1] و همکاران، ۲۰۲۰)، بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی (پریس- باکئرو[2] و همکاران، ۲۰۲۳؛ کاسیلو- رابینس[3] و همکاران، ۲۰۲۱) موثر بوده است؛ همچنین عثمانی و شکری (۱۳۹۸) اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه را بر نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برونی‌سازی شده و اخهارت[4] و همکاران (۲۰۱۹) و کندی[5] و همکاران (۲۰۱۹) اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر را بر تنظیم هیجانی کودکان را مورد ارزیابی و تایید قرار داده‌اند. درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در پاسخ به محدودیت درمان‌های شناختی- رفتاری از قبیل ناکامی این درمان‌ها در بهبودی بخش قابل ملاحظه‌ای از بیماران، وجود راهنماها و پروتکل‌های درمانی متعدد برای هریک از اختلال‌ها و گذراندن دوره‌های کارورزی طولانی‌مدت و متعدد برای هریک از اختلال‌ها و ایجاد سردرگمی در انتخاب دستورالعمل مناسب بیمار معرفی شده است (لیو[6] و همکاران، ۲۰۱۹). هدف اصلی در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر این است که مراجعان مهارت‌هایی را کسب کنند که بتوانند به شیوه موثر هیجانات منفی را مدیریت نمایند (اخهارت و همکاران، ۲۰۱۹). در این روش درمانی سعی بر آن است که با تنظیم عادت‌های هیجانی، شدت و وقوع آن‌ها را کاهش داده و میزان آسیب را تقلیل و کارکرد را افزایش دهند. در این رویکرد، افکار، رفتارها و احساسات باهم تعامل پویایی دارند و هریک در تجربه هیجانی تأثیر می‌گذارد و آموزش تکنیک‌های این روش درمانی به افراد می‌تواند موجب کاهش اجتناب شناختی و اضطراب آن‌ها شود. زیرا در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر افراد آموزش می‌بینند که بصورت ذهنی و تجسمی با هیجانات مواجه شوند (شور- زاوالا و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی دیگر از روش‌های درمانی جدید و موثر که کارآیی آن بر بهبود مولفه‌های ارتباطی، هیجانی و روان‌شناختی گروه نوجوانان با آسیب‌های رفتاری و هیجانی تایید شده، درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور[7] (بوردیک، ۲۰۱۴) است. کارآیی بالینی این درمان برای جامعه آماری نوجوانان (یو[8] و همکاران، ۲۰۲۱؛ مل[9] و همکاران، ۲۰۲۲؛ پاتاسری و دلاریارت[10]، ۲۰۲۳) نشان داده شده است. پایه درمان ذهن‌آگاهی برگرفته از تمرین‌های مراقبه بوداییسم است که قابلیت توجه و آگاهی پیگیر و هوشمندانه را افزایش می‌دهد (مالاساک و همکاران، ۲۰۱۸). درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روش‌های مراقبه‌ای مانند تکنیک بررسی بدن برای افزایش فهم و آگاهی از چگونگی افکار متکی است. این تکنیک در راستای ادراک حس‌های ارادی بدن مانند غذا خوردن و حرکت کردن و حس‌های غیرارادی بدنی مانند تنفس برنامه‌ریزی شده است تا با به کارگیری آن‌ها کنترل بیشتری بر پاسخ‌های غیرارادی مانند تنش‌های روانی و هیجانی اعمال شود. تمرین‌های ذهن‌آگاهی به بهبود مهارت خودآگاهی و پذیرش خود در افراد منجر می‌شود. ذهن‌آگاهی یک روش یا فن نیست، اگرچه در انجام آن روش ها و فنون مختلف زیادی به کار رفته است. ذهن‌آگاهی را می‌توان به عنوان یک شیوهٔ «بودن» با یک شیوه «فهمیدن» توصیف کرد که مستلزم درک احساسات شخصی و فردی است (یو و همکاران، ۲۰۲۱).

درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور دو رویکرد درمانی هستند که نقاط قوت منحصر به فردی را در پرداختن به مشکلات سلامت روان در نوجوانان ارائه می‌دهند. درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر یک مدل درمانی انعطاف‌پذیر، کوتاه مدت، دارای زبان ساده، جامع و دارای پیامدهای بلندمدت است (اخهارت و همکاران، ۲۰۱۹)؛ درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور یک درمان تخصصی برای نوجوانان است و دارای مزایایی همچون بهبود تنظیم هیجان و ارتقاء تاب‌آوری است که می‌تواند نقش موثری بر بهبود مشکلات روانشناختی نوجوانان داشته باشد (پاتاسری و دلاریارت، ۲۰۲۳). در مجموع هر دو درمان رویکردهای امیدوارکننده‌ای را برای رسیدگی به مشکلات مربوط به سلامت روان در نوجوانان ارائه می‌دهند که هر کدام دارای مجموعه ای از نقاط قوت خود هستند که می‌توانند به بهبود نتایج و بهزیستی نوجوانان کمک کنند.

1. Sauer-Zavala
2. Peris-Baquero
3. Cassiello-Robbins
4. Eckhardt
5. Kennedy
6. Liu
7. adolescent-centered mindfulness therapy
8. Yu
9. Mele
10. Puthusserry, Delariarte

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

در خصوص ضرورت پژوهش حاضر می‌توان گفت در هر جامعه سلامت روانی، هیجانی، رفتاری، اجتماعی و جسمانی نوجوانان اهمیت بسیاری دارد و توجه به بهداشت روانی و هیجانی آنان یاری می‌رساند تا از نظر روانی و جسمی سالم بوده و نقش اجتماعی و تحصیلی خود را بهتر اجرا کنند. از طرفی پژوهش‌های انجام شده پیشین نشان داده است میزان و درصد قابل‌توجهی از نوجوانان دچار اختلال رفتاری- هیجانی هستند (وانگ، فو و وانگ، ۲۰۲۱). اختلال رفتاری- هیجانی نوجوانان، اختلالات شایع و ناتوان کننده‌ای هستند که برای خانواده‌ها و نوجوانان مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کنند. این دسته از نوجوانان، مشکلات گوناگونی دارند، فراخنای توجه کمی دارند، عزت‌نفس آن‌ها پایین است و در ارتباط با اعضای خانواده، اطرافیان و مردم مشکل داشته و به آسانی ناکام می‌شوند (فینچ و همکاران، ۲۰۲۳). این فرایند بیانگر آن است که ارائه و بکارگیری مداخلات روان‌شناختی مناسب و کارآمد می‌تواند ضرورتی اجتناب‌ناپذیر قلمداد شود. علاوه بر این در حوزه موضوع پژوهش حاضر خلا پژوهشی نیز احساس می‌شود. چنانکه با جستجو در پایگاه داده‌های علمی داخلی و خارجی مشخص شد که تاکنون پژوهشی مشابه انجام نشده است. بنابراین با توجه به موضوعات و تحقیقات بیان شده در مورد اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور در جهت کاستن مشکلات رفتاری، شناختی، هیجانی و اجتماعی نوجوانان، هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور بر شایستگی اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده بود.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده بود که در دوره اول متوسطه در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ در شهر اصفهان مشغول به تحصیل بودند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت ابتدا از بین نواحی ششگانه آموزش و پرورش شهر اصفهان یک ناحیه به تصادف انتخاب شد (ناحیه ۶). سپس با مراجعه به ۱۰ آموزشگاه دوره اول متوسطه دخترانه و پسرانه ناحیه منتخب (مکتبی ۱ و ۲، آسیه، علامه طباطبایی، همدانیان، سلمان فارسی، فرهنگیان، شهید قیصری، نبوت و زینب)، از مشاوران و معلمان این آموزشگاه‌ها درخواست شد، دانش‌آموزان دارای علائم پرخاشگری، نافرمانی و خشونت کلامی و جسمانی را معرفی نمایند. پس از معرفی دانش‌آموزان از طرف مشاوران و معلمان، به آنها سیاهه رفتاری- هیجانی کودکان و نوجوانان ارائه شد تا بدین وسیله از وجود اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده اطمینان حاصل شود. سپس از بین دانش‌آموزانی که با این پرسشنامه دارای اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده تشخیص داده شدند (کسب نمرات بالاتر از ۶۳: یعنی یک انحراف معیار بالاتر از میانگین)، تعداد ۶۰ دانش‌آموز به ترتیب نمره مکتسب در سیاهه رفتاری- هیجانی کودکان و نوجوانان انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۲۰ دانش‌آموز دارای اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده در گروه آزمایش اول، ۲۰ دانش‌آموز دارای اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده در گروه آزمایش دوم و ۲۰ دانش‌آموز دارای اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده در گروه گواه) در نهایت در زمان تحلیل هر یک از گروه‌ها به ۱۸ نفر تقلیل یافتند. تعداد نمونه با در نظرگرفتن احتمال ریزش مشخص شد. سپس از این دانش‌آموزان جهت شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. در صورت انصراف هر یک از دانش‌آموزان، پژوهشگر دانش‌آموز حائز شرایط دیگری را به پژوهش وارد کرد. پس از آن دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده حاضر در گروه آزمایش مداخله مربوط به درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور را به شکل جداگانه در محل مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش و پرورش ناحیه ۶ دریافت نمودند. این در حالی بود که دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده گروه گواه هیچگونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکرده و در انتظار دریافت مداخلات حاضر بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب نمره ۶۳ و بالاتر در سوالات مربوط به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده در سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان، داشتن سن ۱۶-۱۳ سال (حضور در پایه تحصیلی هفتم، هشتم و نهم)، رضایت نوجوان و والد جهت شرکت فرزند خود در پژوهش و نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان) بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از سه جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش و دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان بود. رضایت و علاقه جهت شرکت در پژوهش و تکمیل فرم رضایت آگاهانه توسط والدین از اصول اولیه اخلاق در پژوهش بود؛ به همه شرکت‌کنندگان اهداف پژوهش شرح داده شد و به آن‌ها رازداری و حفظ حریم خصوصی اطمینان داده

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

شد. در این تحقیق برای تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد. نتایج آماری با بهره گیری از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان[1] (CABI): در پژوهش حاضر جهت تشخیص و سنجش اختلال رفتار درونی‌سازی شده از سیاهه رفتار کودکان و نوجوانان استفاده شد. این سیاهه توسط آخنباخ و رسکورلا[2] در سال ۲۰۰۱ تدوین شده و برای گروه کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۶ ساله مورد استفاده قرار گرفته است (به نقل از گلپایگانی و همکاران، ۱۳۹۷). سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان آسیب‌های روانی- رفتاری کودکان و نوجوانان را در دو قسمت عمده رفتار درونی‌سازی شده و اختلال رفتار برون سازی شده را در طی ۱۱۳ گویه مورد ارزیابی قرار می‌دهد. علاوه بر این در بخش ابتدایی سیاهه، ۱۳ گویه به بررسی فعالیت اجتماعی و مدرسه‌ای آنان می‌پردازد. در این سیاهه نمره‌دهی مطابق مقیاس لیکرت انجام می‌گیرد (نادرست: نمره صفر، گاهی اوقات درست: نمره یک و اغلب درست: نمره دو). دامنه نمرات اختلال رفتار درونی و برونی‌سازی شده از صفر تا ۲۴۰ انجام می‌شود. در این سیاهه کسب نمرات بالاتر از ۶۳ در هر یک از اختلال‌های رفتار درونی و برونی‌سازی شده است (گلپایگانی و همکاران، ۱۳۹۷). پایایی بازآزمایی و همسانی درونی برای این سیاهه به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۷، برای اختلال رفتار برونی‌سازی ۰/۹۲ و ۰/۹۴ و برای اختلال رفتار درونی‌سازی ۰/۹۱ و ۰/۹۰ گزارش گردیده است (گلاسر[3]، ۲۰۱۱؛ به نقل از گلپایگانی و همکاران، ۱۳۹۷). ناکامورا[4] و همکاران (۲۰۰۹) نیز در بررسی خود آلفای کرونباخ سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان ۰/۸۱ گزارش کرده که نشان‌گر پایایی مناسب این سیاهه رفتاری است؛ همچنین روایی همگرای این آزمون با پرسشنامه اضطراب کودکان ۰/۶۵ محاسبه شد. در ایران گلپایگانی و همکاران (۱۳۹۷)، میزان پایایی دو قسمت اختلال رفتار برونی و اختلال رفتار درونی‌سازی را در سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۰ گزارش کردند. همچنین این محققین روایی محتوایی این پرسشنامه را مطلوب و به میزان ۰/۸۷ برآورد کردند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه در بخش اختلال رفتار برونی‌سازی شده با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد.

پرسشنامه شایستگی اجتماعی[5] (SCQ): فلنر[6] و همکاران (۱۹۹۰) پرسشنامه ۴۷ گویه‌ای شایستگی اجتماعی را در تدوین کردند. نمره دهی این پرسشنامه در جهت محاسبه نمره کل با بهره بردن از مقیاس ۷ درجه ای لیکرت (کاملاً موافقم: نمره ۷ تا کاملاً مخالفم: نمره ۱) انجام می‌شود (فلنر و همکاران، ۱۹۹۰). بر این اساس این شیوه نمره دهی کمینه نمره ۴۷ و بیشینه نمره نیز ۳۲۹ به دست می‌آید. نمره بالای ۱۹۰ نشان دهنده شایستگی اجتماعی است (فلنر و همکاران، ۱۹۹۰). فلنر و همکاران (۱۹۹۰) میزان روایی سازه[7] این پرسشنامه را مطلوب و به میزان ۰/۸۹ گزارش کردند. همچنین میزان پایایی آن نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ برآورد گردید (فلنر و همکاران، ۱۹۹۰). پرسشنامه حاضر توسط پرندین (۱۳۸۵) در کشور ایران مورد بررسی قرار گرفته و در نهایت ساختار نسخه خارجی این پرسشنامه تایید شد. همچنین این محقق با بهره بردن از ضریب آلفای کرونباخ میزان پایایی پرسشنامه را ۰/۸۸ گزارش نمودند که نشان دهنده ضریب همسانی درونی مناسب است. روایی محتوایی[8] پرسشنامه مربوط به شایستگی اجتماعی نیز مورد بررسی قرار گرفته که مورد تایید واقع شد (پرندین، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد.

جلسات مداخله‌ای درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر برگرفته از پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بارلو و همکاران (۲۰۱۳) است. این در حالی بود که این پروتکل در ایران نیز توسط قاسم زاده و سالک ابراهیمی (۱۴۰۰) مورد ترجمه و کیفیت آن در پژوهش قاسم‌زاده و همکاران (۱۴۰۰) تایید شده است.

1. Children and Adolescents Behavioral Inventory
2. Achenbach & Rescorla
3. Glosser, S.
4. Nakamura
5. Social Competence Questionnaire
6. Felner
7. Construct validity
8. Content validity

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه (بارلو و همکاران،۲۰۱۳؛ به نقل از قاسم‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰)

جلسه	محتوا
اول	مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و مشارکت نوجوانان در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمانی.
دوم	بازشناسی هیجان‌های اولیه و ثانویه و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه‌ای تجارب هیجان و مدل مربوط به درک هیجانات و رفتارهای برخواسته از آنها.
سوم	مشاهده تجارب هیجانی (هیجانات و واکنش به هیجانات) به ویژه با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و استفاده از استعاره‌های متناسب با سطح شناختی نوجوان
چهارم	ایجاد آگاهی از تأثیر و روابط متقابل افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک‌های و زمینه‌های مشترک تفکر و ارزیابی مجدد شناختی، و افزایش انعطاف‌پذیری تفکر با استفاده از تکنیک‌های بازی فکری و گروهی و استفاده از استعاره‌های خاص نوجوانی.
پنجم	آشنایی با راهبردهای مختلف پرهیز از هیجان و تأثیر آنها بر تجربیات عاطفی و تأثیرات متناقض اجتناب از هیجان. آشنایی با تاثیر انکار هیجانی بر کاهش سلامت روانی، شناختی و هیجانی.
ششم	آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از عواطف در تعامل با همسالان و درک تأثیر آنها بر تجارب هیجانی، شناسایی هیجان‌های ناسازگارانه و ایجاد زمینه برای بروز هیجانات و رفتارهای مثبت در تعامل با همسالان.
هفتم	افزایش آگاهی از نقش احساسات بدنی در تجارب عاطفی و تمرینات مقابله‌ای عمیق برای آگاهی از احساسات بدنی و افزایش تحمل نسبت به این علایم.
هشتم	آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب‌های مقابله‌ای هیجانی تکراری و موثر به صورت بصری و عینی و ممانعت از اجتناب. آموزش مقابله و پذیرش احساسات و عواطف مخرب.
نهم	آموزش جهت شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، مواجهه، آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تقویت تقویت کننده‌های محیطی، آموزش تخلیه هیجانی، آرمیگی و عمل معکوس.
دهم	مروری بر مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی. پایان جلسات.

جلسات مداخله‌ای درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور نیز برگرفته از پروتکل درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور بوردیک (۲۰۱۴) است که در پژوهش منشئی و همکاران (۱۳۹۶) مورد استفاده و کارآیی آن تایید شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور (بوردیک، ۲۰۱۴)

جلسه	محتوا
اول	معرفی آموزش ذهن‌آگاهی و تعریف آن و توضیح دلیل اجرای این دوره آموزشی برای شرکت کنندگان، توضیح نحوه برنامه ریزی برای تمرینات ذهن‌آگاهی و گنجاندن این تمرینات در زندگی روزمره، مشارکت والدین و نکات روزانه در مورد آموزش ذهن‌آگاهی، آموزش و انجام تمرینات مربوط به حالات تمرینات مدیتیشن ذهن‌آگاهی (نشستن روی صندلی، دراز کشیدن، چهار زانو نشستن، وضعیت لوتوس کامل، وضعیت دست‌ها) و ارائه تکالیف.
دوم	صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان در مورد ذهن‌آگاهی، تمرین تنفس آگاهانه و آموزش تنفس شکمی، تمرین ذهن آشفته در برابر ذهن آرام با کمک بطری اکلیلی، ارایه تکلیف خانگی.
سوم	صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان از ذهن‌آگاهی و تکرار تنفس ذهن‌آگاهانه و آموزش اسکن بدن، ارایه تکلیف خانگی
چهارم	تکرار تمرینات پایه تنفسی و آموزش آگاهی نسبت به زمان حال با کمک تمرین لیوان آب، انجام حرکات ذهن‌آگاهانه، ارایه تکلیف خانگی.
پنجم	صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان از تمرینات ذهن‌آگاهی و آموزش تمرکز حواس پنج‌گانه (خوردن ذهن‌آگاه، گوش‌دادن آگاهانه، لمس ذهن‌آگاه، بوییدن آگاهانه، دیدن ذهن‌آگاه) همراه با تکرار تمرین تنفس ذهن آگاهانه و ارائه تکالیف
ششم	انجام تنفس آرمیدگی مقدماتی، انجام تمرین ذهن‌آگاهی نسبت به هیجان‌ها و یادداشت‌نویسی درباره ذهن‌آگاهی نسبت به هیجان‌ها، استفاده از سناریوهای " بازرس مفید و بازرس غیر مفید". ارایه تکلیف خانگی
هفتم	مرور تمرینات تنفسی و اسکن بدن و انجام تمرین ذهن‌آگاهی نسبت به افکار"مراقبه رودخانه روان". ارایه تکلیف خانگی
هشتم	تکرار تمرینات پایه تنفسی (تنفس آرمیدگی) و تمرین تن‌آرامی عضلانی تدریجی، انجام بازی "عوض کردن کانال". ارایه تکلیف خانگی
نهم	انجام تمرینات تنفسی پایه (مراقبه تنفسی"، انجام حرکات ذهن آگاهانه، تکرار سناریوی"بازرس مفید و غیر مفید" و ارایه تکلیف خانگی
دهم	مرور تمرینات ذهن‌آگاهی که در جلسات قبل آموزش داده شد و آموزش "ذهن‌آگاهی در فعالیت‌های روزانه". مراقبه محبت آمیز مشفقانه (آرزوهای دوستانه). ارائه تکالیف خانگی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

یافته ها

پس از شروع مداخله تعداد ۲ دانش‌آموز در گروه آزمایش اول، ۲ دانش‌آموز در گروه آزمایش دوم و ۳ دانش‌آموز در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند و تعداد ۵۳ دانش‌آموز دارای اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده در پژوهش باقی ماندند. یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که نوجوانان حاضر در پژوهش دارای دامنه سنی ۱۳ تا ۱۶ سال بودند که در گروه آزمایش اول میانگین و انحراف استاندارد سن دانش‌آموزان ۱/۲۵ ± ۱۴/۲۵، در گروه آزمایش دوم ۱/۴۷ ± ۱۵/۱۱ و در گروه گواه ۱/۲۹ ± ۱۴/۷۲ سال بود. همچنین در گروه آزمایش اول تعداد ۱۱ دانش‌آموز پسر (معادل ۶۱/۱۱ درصد) و ۷ دانش‌آموز دختر (معادل ۳۸/۸۹ درصد) بودند. در گروه آزمایش دوم تعداد ۱۲ دانش‌آموز پسر (معادل ۶۶/۶۷ درصد) و ۶ دانش‌آموز دختر (معادل ۳۳/۳۳ درصد) بودند. در گروه گواه نیز تعداد ۱۳ دانش‌آموز پسر (معادل ۷۶/۴۷ درصد) و ۴ دانش‌آموز دختر (معادل ۲۳/۵۳ درصد) بودند. میانگین و انحراف استاندارد شایستگی اجتماعی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد شایستگی اجتماعی در دو گروه آزمایش و گروه گروه گواه

گروه‌ها		مرحله پیش‌آزمون		مرحله پس‌آزمون		مرحله پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شایستگی اجتماعی	گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر	۱۷۸/۷۷	۲۰/۸۶	۱۹۷/۷۲	۲۱/۱۲	۱۹۴	۲۰/۲۰
	گروه درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور	۱۷۴/۵۵	۱۷/۳۱	۱۹۵/۳۸	۱۹/۰۳	۱۹۱/۳۳	۱۷/۴۶
	گروه گواه	۱۶۹/۳۵	۲۲/۲۰	۱۶۶/۷۰	۲۲/۲۸	۱۶۷/۲۹	۲۲/۷۸

نتایج جدول توصیفی در جدول شماره ۳ حاکی از آن است که میزان شایستگی اجتماعی نوجوانانی که در گروه‌های آزمایش اول و دوم حضور داشته و روش درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور را دریافت نموده‌اند، نسبت به گروه گواه افزایش یافته است که در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار استنباطی مورد بررسی قرار می گیرد. 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 متغیر شایستگی اجتماعی (P=۰/۲۰؛ F=۰/۱۴) برقرار بود. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیر شایستگی اجتماعی (P=۰/۵۸؛ F=۰/۱۶) رعایت شده بود. این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیر شایستگی اجتماعی (P=۰/۷۴؛ Mauchlys W=۰/۹۶) رعایت شده بود.

جدول ۴: تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای متغیر شایستگی اجتماعی

متغیر		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
شایستگی اجتماعی	زمان	۴۵۶۴/۲۱	۲	۲۲۸۲/۱۰	۱۷۴/۹۵	۰/۰۱	۰/۷۴	۱
	زمان*گروه	۳۳۰۵/۵۲	۴	۸۲۶/۳۸	۶۳/۳۵	۰/۰۱	۰/۶۹	۱
	بین گروهی	۱۵۳۰۷/۸۲	۲	۷۶۵۳/۹۱	۴۷/۴۷	۰/۰۱	۰/۵۳	۱
	خطا	۱۳۰۴/۳۸	۱۰۰	۱۳/۰۴				

نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته که در جدول شماره ۴ 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 شایستگی اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده داشته و ۷۴ درصد از تفاوت در واریانس نمرات شایستگی اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده را تبیین می‌کند. از طرفی نتایج نشان داد که نوع درمان‌های دریافتی (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر شایستگی اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده تاثیر معنادار داشته و ۶۹ درصد از تفاوت در نمرات شایستگی اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده را تبیین می‌کند. همچنین نتایج مقایسه بین گروهی نشان داد که عامل عضویت گروهی (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان ذهن‌آگاهی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

نوجوان‌محور) یا نوع درمان‌های دریافتی بر شایستگی اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده تاثیر معنادار داشته و ۵۳ درصد از تفاوت در نمرات شایستگی اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده را تبیین می کند، در واقع بین حداقل دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۵). در ادامه تحلیل استنباطی، جدول ۴ نشان دهنده تفاوت زوجی نمرات متغیر وابسته بر اساس گروه‌های پژوهش و مراحل سنجش با بهره گیری از آزمون تعقیبی بونفرونی است.

جدول ۵: آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه گروه‌ها و مراحل سنجش

گروه مبنا (میانگین)	گروه مقایسه	بین گروهی تفاوت میانگین‌ها	بین گروهی معناداری	پیش آزمون * پس آزمون	درون گروهی پیش آزمون * پیگیری	پس آزمون * پیگیری
گروه درمان ذهن‌آگاهی	گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر	۳/۰۷	۰/۱۴	MD=۱۹/۶۶ P=۰/۰۱	MD=۱۵/۱۱ P=۰/۰۱	MD=۴/۵۵ P=۰/۰۷
	گروه گواه	۲۲/۳۸	۰/۰۱	MD=۱/۷۶ P=۱/۰۰	MD=۰/۴۴ P=۱/۰۰	MD=۰/۵۵ P=۱/۰۰
گروه گواه	گروه درمان ذهن‌آگاهی	۱۹/۳۰	۰/۰۱	MD=۱۵/۲۹ P=۰/۰۱	MD=۱۲/۵۲ P=۰/۰۱	MD=۲/۷۶ P=۰/۴۴

همانگونه نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات متغیر شایستگی اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده گروه آزمایش درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با گروه آزمایش درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور معنادار نبوده و این یافته بدین معناست که بین میزان اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور بر شایستگی اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده تفاوت معنادار وجود ندارد. همچنین نتایج نشان داد که در گروه‌های درمانی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون (P=۰/۰۱) و پیش‌آزمون و پیگیری (P=۰/۰۱) در متغیر شایستگی اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد؛ اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار نیست؛ در واقع این نتایج دلالت بر این دارد که هر دو درمان در طول زمان اثر پایداری دارند (P<۰/۰۵)؛ اما در گروه گواه بین مراحل سنجش تفاوت معناداری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور بر شایستگی اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور بر شایستگی اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده تأثیر معنادار دارد. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بیانگر آن بود که بین میزان اثربخشی این دو مداخله بر شایستگی اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده تفاوت معنادار وجود ندارد. اولین یافته مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر شایستگی اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده با نتایج پژوهش عثمانی و شکری (۱۳۹۸)، شهریاری و همکاران (۱۴۰۱)، گله گیریان و همکاران (۱۴۰۰)، شور-زاوالا و همکاران (۲۰۲۰)، هلاکویی و همکاران (۱۴۰۱)، قاسم‌زاده و همکاران (۱۴۰۰) و محمدی و همکاران (۱۳۹۸) همسو بود. در تبیین احتمالی یافته اول مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر شایستگی اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده، باید گفت یکی از تکنیک‌های درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، ارزیابی مجدد شناختی است که از طریق آن فرد از تأثیر ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها آگاه شده و باعث شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک می‌شوند (شور-زاوالا و همکاران،۲۰۲۰)؛ بنابراین می‌توان گفت که این تکنیک در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر می‌تواند نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده را از فرآیندهای شناختی و اجتماعی ناکارآمد که منجر به اضطراب فردی و اجتماعی مضاعف می‌شود آگاه کند و در نتیجه در فرآیندهای شناختی و اجتماعی تجدیدنظر کرده و افکار نشخوارگونه خود مربوط به تعاملات اجتماعی و ادراکات محیطی را کنار گذاشته و تلاش نمایند رفتارهای اجتماعی سازگارانه‌تری را از خود به نمایش

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

گذارزند. بهبود رفتارها و مهارت‌های اجتماعی در نزد نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده نیز باعث می‌شود تا آنان شایستگی اجتماعی بالاتری را ادراک نمایند. علاوه بر این درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به افراد می آموزد که چگونه با هیجانات و شناخت‌های ناخوشایند خود کنار بیایند و با مسئولیت‌پذیری بیشتری به هیجانات و شناخت‌های خود پاسخ دهند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). بر این اساس این درمان به نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده کمک می‌کند تا تعامل افکار، احساسات و رفتارها را در ایجاد تجربیات هیجانی درونی بهتر درک کنند. نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده یاد می‌گیرند که از تجربیات هیجانی و شناختی خود آگاه‌تر شوند، هیجانات و عواطف منفی را با ارزیابی‌های شناختی منفی به چالش بکشند، رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و تصحیح کنند، آگاهی و تحمل احساس‌های منفی در طی مواجهه درون‌زاد را کسب کنند و در بافت‌های موقعیتی و درون‌زاد با تجربه‌های هیجانی خود مواجه شوند (محمدی و همکاران، ۱۳۸۹). علاوه بر این درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به درمانجویان می‌آموزد که چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مواجه شوند و به شیوه‌ی سازگارانه‌تری به آنها پاسخ دهند. هدف درمان بروز تجربه‌ی هیجانی سازگارانه و بهبود کارکرد درمانجویان، به دنبال اصلاح عادت‌های واکنشی پیرامون مشکلات هیجانی و شناختی است. اصلاح عادت‌های شناختی و هیجانی ناکارآمد سبب می‌شود تا پردازش‌های شناختی و اجتماعی دچار اصلاح گردیده و بدین صورت شایستگی اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده بهبود یابد.

یافته دوم پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور بر شایستگی اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده با نتایج پژوهش به آیین و همکاران (۱۴۰۲)، شریعتی و کریمی (۱۳۹۹)، پاتاسری و دلاریارت (۲۰۲۳)، دنگ و همکاران (۲۰۱۹)، پیشخور و همکاران (۱۴۰۰)، سلطانی پناه و همکاران (۱۴۰۰) و ریاضی و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین احتمالی یافته کنونی در رابطه با اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور بر شایستگی اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده، باید گفت درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور باعث ایجاد عوامل مختلفی از جمله مشاهده، عدم قضاوت، عدم واکنش و اقدام با هوشیاری در نوجوانان می‌شود (دنگ و همکاران، ۲۰۱۹). رشد این عوامل همچنین باعث رشد مهارت‌های روانی، هیجانی و اجتماعی در نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده می‌شود. علاوه بر این، می‌توان بیان کرد که درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور با تشویق این نوجوانان به تمرین مکرر توجه متمرکز بر موضوع مورد نظر و آگاهی عمدی نسبت به موضوع، پاسخ فرد را به موقعیت‌های تعارض از حالت خودکار به حالت آگاهانه و مناسب تغییر می‌دهد. بنابراین، نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده که در خلال جلسات درمانی مهارت‌های ذهن‌آگاهی بالایی کسب می‌کنند، توجه و تمرکز بیشتری دارند و می‌توانند روابط اجتماعی سازنده‌تری برقرار کنند و در نتیجه شایستگی اجتماعی بیشتری کسب کنند. همچنین، درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور با استفاده از تمرینات تنفسی اولیه و با تحریک سیستم پاراسمپاتیک، احساس آرامش را در کودکان و نوجوانان ایجاد می‌کند (شریعتی و کریمی، ۱۳۹۹).

یافته دیگر نشان داد که بین درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور در بهبود شایستگی اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی تفاوت معناداری یافت نشد؛ در بررسی پیشینه پژوهشی یافت نشد که به مقایسه این دو مدل درمانی بپردازید، بر این اساس امکان مقایسه یافته حاضر با پژوهش‌های قبلی وجود ندارد. اما در تبیین می‌توان گفت که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور هر دو بر شایستگی اجتماعی نوجوانان تأثیر می‌گذارند زیرا چالش‌های بهداشت روانی اساسی را که می‌تواند بر عملکرد اجتماعی تأثیر بگذارد، مورد توجه قرار می‌دهد. نوجوانی یک دوره حیاتی از رشد است که با تغییرات سریع جسمی، شناختی و عاطفی مشخص می شود که می‌تواند استعداد ابتلا به مسائل بهداشت روانی مانند آسیب در شایستگی اجتماعی را افزایش دهد (کونینقام[1] و همکاران، ۲۰۲۱). درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به‌طور کلی به بهبود سلامت روان می‌پردازد و عوامل مشترک را در بین اختلالات هدف قرار می‌دهد تا عملکرد کلی را بهبود بخشد (احدیان‌فرد و همکاران، ۲۰۲۳). به طور مشابه، درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور، مهارت‌هایی مانند تنظیم هیجانی و مدیریت استرس را آموزش می‌دهد که می‌تواند شایستگی اجتماعی را افزایش دهد (اسکونرت-ریچال و لالر[2]، ۲۰۱۰). با پرداختن به علل ریشه‌ای چالش‌های سلامت روان، این درمان‌ها می توانند به نوجوانان کمک کنند تا ظرفیت‌های شناختی، عاطفی و رفتاری مورد نیاز برای تعاملات و روابط اجتماعی مثبت را توسعه دهند (کازدین[3]، ۱۹۹۳). این یافته نشان می‌دهد که چگونه نوجوانی یک دوره حیاتی از رشد است، و اینکه مداخلات بهداشت روانی ارائه شده در این دوران می‌تواند تأثیر قابل‌توجهی بر

1 Cunningham
2 Schonert-Reichl & Lawlor
3 Kazdin

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

بهزیستی نوجوان داشته باشد. به نظر می‌رسد هر دو درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور به عوامل زمینه‌ای سلامت روانی می‌پردازند که می‌توانند شایستگی اجتماعی را در این گروه سنی مختل کنند، و آن‌ها را به رویکردهای مؤثری برای حمایت از رشد نوجوان تبدیل می‌کنند.

دامنه محدود پژوهش به دانش‌آموزان دوره متوسطه اول با اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده شهر اصفهان و عدم استفاده از روش پژوهش تمام آزمایشی به دلیل شیوه نمونه گیری غیرتصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. علاوه بر این در جمع‌آوری داده‌های پژوهش فقط از پرسشنامه استفاده شده است. همچنین این پژوهش به صورت مطالعه مقطعی صورت گرفته است. پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری، در سطح پژوهشی، این پژوهش در شهرها و مناطق و جوامع با فرهنگ‌های مختلف، دانش‌آموزان مقاطع دیگر، سایر اختلالات روان‌شناختی مانند دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بدتنظیمی هیجانی و اختلال رفتار درونی‌سازی شده اجرا گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود تا با انتخاب تصادفی نمونه‌ها زمینه برای انجام پژوهشی با روش تمام آزمایشی مهیا شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی غیر از پرسشنامه از دیگر ابزارهای پژوهشی همانند مشاهده و مصاحبه نیز بهره برده شود. با توجه به اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور بر شایستگی اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده، پیشنهاد می‌شود در سطح عملی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور با تهیه برشور و کتابچه‌های علمی به مشاوران، کارشناسان مراکز مشاوره ارائه شود تا با استفاده از محتوای این مداخله در جهت ارتقای شایستگی اجتماعی نوجوانان مبتلا به اختلال رفتاری- هیجانی برونی‌سازی شده گام‌های عملی بردارند. چنانکه این روند می‌تواند علاوه بر کاهش مشکلات اجتماعی، رفتاری و شناختی این دانش‌آموزان، زمینه را برای بهبود وضعیت تحصیلی آنان نیز فراهم سازد. این در حالی است که با چنین روندی می‌توان کاهش مشکلات در سطح کلاس و مدرسه را نیز انتظار داشت.

منابع

به آیین، ن.، فارسی، ع.، فرانز، ا.، و لیپوفسکی، م.. (۱۴۰۲). تاثیر یک دوره تمرینات ذهن‌آگاهی بر شاخص‌های حافظه کارکردی افراد نوجوان. *روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۱۰(۳)، ۹۴-۱۰۳. https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1685-fa.html

پرندین، ش. (۱۳۸۵). *ساخت و هنجاریابی کفایت اجتماعی در نوجوانان شهر تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.

پیشخور، ب.، خوش‌کنش، ا.، زاده محمدی، ع.، قنبری، س.، و بیات، م. (۱۴۰۰). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان دختر. *مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، ۲(۲)، ۳۲-۳۷. https://www.sid.ir/paper/1000308/fa

شریعتی، س.، و کریمی، ب. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش تکنیک‌های ذهن‌آگاهی بر شادکامی، بهزیستی ذهنی و نشخوار فکری دختران. *خانواده درمانی کاربردی، ۱(۱)*، ۱۲۵-۱۴۷. https://www.aftj.ir/article_111429.html

شهریاری، ی.، قاسم زاده، س.، کاشانی وحید، ل.، و وکیل ها، س. (۱۴۰۱). اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر استرس والدینی و افسردگی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک. *دانشور پزشکی*، ۳۰(۱۵۸)، ۷۲-۸۳. https://daneshvarmed.shahed.ac.ir/article_3569.html

عثمانی، ه.، و شکری، ل. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نظم جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش آموزان با اختلال رفتار برونی سازی شده. *توانمند سازی کودکان استثنایی*، ۱۰(۱)، ۱۲۵-۱۳۶. https://www.ceciranj.ir/article_91938.html

فرهادی، ط.، اصلی‌آزاد، م.، و شکرخدایی، ن. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر کارکردهای اجرایی و همجوشی شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. *نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی، ۹(۴)*، ۸۱-۹۲. https://www.ceciranj.ir/article_91194.html

قاسم‌زاده، س.، نقش، ز.، غلامی فشارکی، م.، و شفیعی، ا. (۱۴۰۰). اثربخشی برنامه درمان فراتشخیصی بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک: یک مطالعه تجربی. *مجله علوم اعصاب شفای خاتم*، ۹(۴)، ۷۱-۸۰. http://shefayekhatam.ir/article-1-2194-fa.html

گلپایگانی، ف.، بیات، ب.، مجدیان، و.، و آقابزرگی، س. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت دلبستگی و نوع دوستی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده. *فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۸(۴)*، ۷۷-۸۸. https://joec.ir/article-1-834-fa.html

منصورنژاد، ز.، ملک پور، م.، و قمرانی، ا. (۱۳۹۸). تبیین تجارب خودتعیین گری دانش آموزان با اختلال رفتاری برونی سازی شده: رویکردی پدیدارشناسانه. *تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۸(۲)، ۱۸۳-۱۹۱. https://www.sid.ir/paper/215442/fa

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

گله گیریان، ص.، دیره، ع.، قمرانی، ا.، و پولادی ریشهری، ع. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اجتناب تجربه ای و اندیشه پردازی خودکشی در دختران قربانی خشونت خانگی. *روشها و مدلهای روان شناختی*، ۱۲(۴۶)، ۶۹-۸۴. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_5098.html

محمدی، ر.، نهنگ، ع.ا.، و حسینی، م.ا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراتشخیص یکپارچه بر خودپنداشت و آشفتگی روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۶(۴)، ۱۰۸-۱۱۸. https://childmentalhealth.ir/article-1-470-fa.html

وجدیان، م.، عارفی، م.، و منشئی، غ. (۱۳۹۹). تاثیر آموزش ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور بر افسردگی و اضطراب دختران دارای شکست عاطفی. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۳(۳)، ۵۱-۶۱. https://mjms.mums.ac.ir/article_16178.html

هلاکویی، آ.، قاسم زاده، س.، و ارجمندنیا، ع. (۱۴۰۱). اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر اضطراب نوجوانان و فرزندپروری مادران آن‌ها. *علوم پزشکی رازی*، ۲۹(۴)، ۱۵۰-۱۵۹. https://sjsph.tums.ac.ir/article-1-6026-fa.html

Ahadianfard, P., Gharraee, B., Aghebati, A., & Asgarabad, M. H. (2023). Effectiveness of unified protocol for trans diagnostic treatment in children with anxiety disorders: A randomized control trial. *Journal of Education and Health Promotion*, *12*(1), 387. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1578_22

Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011).*The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*: Client workbook. New York: Oxford University Press. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5710228/

Cassiello-Robbins, C., Rosenthal, M. Z., & Ammirati, R. J. (2021). Delivering Transdiagnostic Treatment Over Telehealth During the COVID-19 Pandemic: Application of the Unified Protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, *28*(4), 555-572. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34108830/

Chi, X., & Cui, X. (2020). Externalizing problem behaviors among adolescents in a southern city of China: Gender differences in prevalence and correlates. *Children and Youth Services Review*, *119*, 1056-1059. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105632

Collie, R. J. (2022). Perceived social-emotional competence: A multidimensional examination and links with social-emotional motivation and behaviors. *Learning and Instruction*, *82*, 1016-1020. https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2022.101656

Cunningham, L. D., Salgado, E. F., Aalsma, M. C., Garabrant, J. M., Staples, J. K., Gordon, J. S., & Salyers, M. P. (2021). Do adolescents consider mind-body skills groups an acceptable treatment for depression: results from a pilot study. *BMC pediatrics*, *21*, 1-9. https://doi.org/10.1186/s12887-021-02942-3

Darawshy, N.A., Haj-Yahia, M.M. (2018). Palestinian adolescents' exposure to community violence and internalizing and externalizing symptoms: Parental factors as mediators. *Children and Youth Services Review*, *95*, 397-406. https://psycnet.apa.org/record/2018-64496-043

Eckhardt, S., Martell, C., Lowe, K. D., Grange, D., & Ehrenreich-May , J. (2019). An ARFID case report combining family-based treatment with the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. *Journal of Eating Disorder*, *34*, 154-165. https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-019-0267-x

Finch, J. E., Akhavein, K., Patwardhan, I., & Clark, C. A. C. (2023). Teachers' self-efficacy and perceptions of school climate are uniquely associated with students' externalizing and internalizing behavior problems. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *85*, 1015-1019. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2023.101512

Herwaarden, A., Schuiringa, H., Nieuwenhuijzen, M., Castro, B., Lochman, J. E., & Matthys, W. (2022). Therapist alliance building behavior and treatment adherence for dutch children with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning and externalizing problem behavior. *Research in Developmental Disabilities*, *128*, 1042-1047. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35810544/

Huang, C., Chen, Y., Greene, L., Cheung, S., & Wei, Y. (2019). Resilience and emotional and behavioral problems of adolescents in China, Effects of a short-term and intensive mindfulness and life skills training. *Children and Youth Services Review*, *100*, 291-297. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.03.015

Kang, Y., Ha, J., Ham, G., Lee, E., & Jo, H. (2022). A structural equatin model of the relationships between social-emotional competence, social support, depression, and aggression in early adolescents in South Korea. *Children and Youth Services Review*, *138*, 1064-1068. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106498

Kazdin, A. E. (1993). Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *American Psychologist*, *48*(2), 127. https://psycnet.apa.org/record/1993-23004-001

Kennedy, S. M., Bilek, E. L., & Ehrenreich-May, J. (2019). A Randomized Controlled Pilot Trial of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children. *Behavior Modification*, *43*(3), 330-360. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29374963/

Kennedy, S. M., Tonarely, N. A., Sherman, J. A., & Ehrenreich-May, J. (2018). Predictors of treatment outcome for the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children (UP-C). *Journal of Anxiety Disorders*, *57*, 66-75. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29776708/

Liu, G., Fang, L., Pan, Y., Zhang, D. (2019). Media multitasking and adolescents' sleep quality, The role of emotional-behavioral problems and psychological sushi. *Children and Youth Services Review*, *100*, 415-421. https://ideas.repec.org/a/eee/cysrev/v100y2019icp415-421.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

Mele, C., Hulett, J., Goldschmidt, K. (2022). User-friendly mindfulness-based interventions (MBI) for children and adolescents with childhood cancer. *Journal of Pediatric Nursing, 63*, 168-170. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34980526/

Nakamura, B., Ebesutani, C., Bernstein, A., & Chorpita, B. (2009). A psychometric analysis of the Child Behavior Checklist DSM-oriented Scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*, 178-189. https://psycnet.apa.org/record/2009-10228-005

Peris-Baquero, O., Moreno-Pérez, J. D., Navarro-Haro, M. V., Díaz-García, A., & Osma, J. (2023). Emotion dysregulation and neuroticism as moderators of group Unified Protocol effectiveness outcomes for treating emotional disorders. *Journal of Affective Disorders, 331*, 313-321. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36977435/

Puthusserry, S. T., & Delariarte, C. F. (2023). Development and implementation of mindfulness-based psychological intervention program on premenstrual dysphoric symptoms and quality of life among late adolescents: A pilot study. *Journal of Affective Disorders Reports, 11*, 10046-10052. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2022.100461

Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Steele, S. J., Tirpak, J. W., Ametaj, A. A., Nauphal, M., Cardona, N., Wang, M., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). Treating depressive disorders with the Unified Protocol: A preliminary randomized evaluation. *Journal of Affective Disorders, 264*, 438-445. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31759672/

Schonert-Reichl, K. A., & Lawlor, M. S. (2010). The effects of a mindfulness-based education program on pre-and early adolescents' well-being and social and emotional competence. *Mindfulness, 1*, 137-151. https://doi.org/10.1007/s12671-010-0011-8

Silva, C. T. B., Costa, M. A., Kapczinski, F., Aguiar, B. W., Salum, G. A., Manfro, & G. G.(2017). Inflammation and internalizing disorders in adolescents. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 77*, 133-137. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.03.023

Trent, E. S., Viana, A.G., Raines, E. M., Woodward, E. C., Storch, E. A., & Zvolensky, M. J. (2019). Parental threats and adolescent depression, The role of emotion dysregulation. *Psychiatry Research, 276*, 18-24. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30981831/

Wang, Y., Fu, C., & Wang, M. (2021). The additive and interactive effects of parental harsh discipline and boys' gender-related traits on boys' externalizing problem behaviors. *Children and Youth Services Review, 112*, 1059-1064. https://psycnet.apa.org/record/2021-24080-001

Wu, X.Y., Bastian, K., Ohinmaa, A., & Veugelers, P. (2018). Influence of physical activity, sedentary behavior, and diet quality in childhood on the incidence of internalizing and externalizing disorders during adolescence: a population-based cohort study. *Annals of Epidemiology, 28*(2), 86-94. https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.12.002

Yu, M., Zhou, H., Xu, H., & Zhou, H. (2021). Chinese adolescents' mindfulness and internalizing symptoms: The mediating role of rumination and acceptance. *Journal of Affective Disorders, 280*, 97-104. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33207286/.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]