

## اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای بر قلدری، قربانی و زدو خورد نوجوانان دختر

### دارای سابقه خودجراحی بدون خودکشی

### The effectiveness of Treatment based on Schema Modes on Bullying, Victimization, and Fighting in Adolescents with a History of Non-Suicidal Self-Injury

Zahra Adelnasab

Department of Clinical Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Hajar Torkan \*

Department of Clinical Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

[h.torkan@iau.ac.ir](mailto:h.torkan@iau.ac.ir)

زهرا عادل نسب

گروه روانشناسی بالینی واحد اصفهان (خوراسگان) دانشگاه آزاد اسلامی

اصفهان، ایران.

هاجر ترکان  
(نویسنده مسئول)

گروه روانشناسی بالینی واحد اصفهان (خوراسگان) دانشگاه آزاد اسلامی

اصفهان ایران.

## Abstract

The aim of the present study was to examine the effectiveness of schema mode therapy on bullying, victimization, and fighting among adolescent girls with a history of non-suicidal self-injury. This research employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest and control group. The statistical population consisted of adolescent girls aged 12 to 18, with a history of non-suicidal self-injury in Isfahan, during the fall of 2024. The sample included 30 participants selected through purposive sampling and randomly assigned to the experimental and control groups. The measurement tool used was the Bullying Questionnaire developed by Espelage and Holt (IBS, 2001). The experimental group underwent schema mode therapy in 10 weekly sessions, each lasting 90 minutes, while the control group received no intervention. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

The results indicated that, after controlling for the pretest scores, there was a significant difference at the 0.05 level between the experimental and control groups in posttest scores of bullying, victimization, and fighting. The findings suggest that schema mode therapy was effective in reducing bullying, victimization, and fighting among adolescent girls with a history of non-suicidal self-injury.

**Keywords:** Schema Modes, Bullying, Victimization, Fighting, Adolescents.

## چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای بر قلدری، قربانی و زدو خورد در نوجوانان دختر دارای سابقه خودجراحی بدون خودکشی بود. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان دختر ۱۲ تا ۱۸ ساله دارای سابقه خودجراحی بدون خودکشی شهر اصفهان در بازه زمانی پائیز ۱۴۰۳ بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ابزار سنجش شامل پرسشنامه قلدری اسپلاگه و هولت (IBS ۲۰۰۱) بود. گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یکبار قرار گرفت و گروه گواه هیچگونه مداخله درمانی دریافت نکرد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون بین میانگین پس‌آزمون قلدری، قربانی و زد و خورد در گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۵ وجود داشت. یافته‌های این پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای بر کاهش قلدری، قربانی و زد و خورد نوجوانان دختر دارای سابقه خودجراحی بدون خودکشی اثربخش بوده است.

**واژه‌های کلیدی:** ذهنیت‌های طرحواره‌ای، قلدری، قربانی، زدو خورد، نوجوانان.

ویرایش نهایی: فروردین ۱۴۰۵

پذیرش: مهر ۱۴۰۴

دریافت: مرداد ۱۴۰۴

نوع مقاله: پژوهشی

دوره نوجوانی<sup>۱</sup>، یکی از حساس‌ترین و مهم‌ترین مراحل رشد انسانی است که با تغییرات بنیادین زیستی، شناختی، هیجانی و اجتماعی همراه می‌شود. این دوره بستر شکل‌گیری هویت، تثبیت ارزش‌ها، توسعه روابط بین‌فردی و شکل‌گیری الگوهای پایدار رفتاری را فراهم می‌آورد (دی اولیورا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). دختران نوجوان به دلیل ویژگی‌های زیستی و اجتماعی خاص، در این دوره بیش از پیش در معرض فشارهای روانی و چالش‌های اجتماعی قرار دارند (شن<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). پژوهش‌های حوزه روان‌شناسی رشد و آسیب‌شناسی نشان داده‌اند که چگونگی سازگاری نوجوانان با این تغییرات، می‌تواند تعیین‌کننده مسیر سلامت روان و اجتماعی آنان در بزرگسالی باشد (لاتینو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). در کنار فرصت‌های رشد، نوجوانان ممکن است با مشکلاتی مواجه شوند که سلامت جسمی و روانی آنان را تهدید کند. قلدری<sup>۵</sup> به‌عنوان استفاده عمدی از قدرت یا موقعیت برای آسیب‌رسانی به دیگران (آجیبوا<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۵)، قربانی شدن<sup>۷</sup> به‌عنوان تجربه آسیب از سوی دیگران (وانگ<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۵)، و زد و خورد<sup>۹</sup> به‌عنوان درگیری فیزیکی با همسالان (میرندا<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۵)، از جمله رفتارهای پرخطر و آسیب‌زا محسوب می‌شوند که پیامدهای منفی فردی و اجتماعی قابل توجهی دارند. این رفتارها می‌توانند زمینه‌ساز کاهش عزت‌نفس (اسمیت<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۴)، اضطراب (میشل<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۴)، افسردگی (کین<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۵)، افت تحصیلی (گائو<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۵) و مشکلات روابط بین‌فردی (لو<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۵) باشند.

یکی از گروه‌های پرخطر در این زمینه، دختران نوجوان دارای سابقه خودجراحی بدون قصد خودکشی<sup>۱۶</sup> هستند. این رفتار، که معمولاً شامل بریدن، سوزاندن یا ضربه‌زدن به بدن است، با هدف کاهش تنش هیجانی یا بیان درد روانی انجام می‌شود. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که خود جراحی بدون سابقه خودکشی با مشکلات شدید در تنظیم هیجان (زنگ<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۵)، تکانشگری بالا (هو<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۵)، احساس بی‌ارزشی و روابط ناسالم (دینگ و فان<sup>۱۹</sup>، ۲۰۲۵)، گره خورده است. این گروه، در تعامل‌های اجتماعی، بیش از دیگران در معرض نقش قلدر یا قربانی قرار می‌گیرند و احتمال درگیری فیزیکی در آنان بیشتر است (سپوس<sup>۲۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۵).

ذهنیت‌های طرحواره‌ای، حالت‌های روانی-هیجانی فعالی هستند که ترکیبی از هیجانات، افکار، خاطرات و رفتارها را در موقعیت‌های خاص شکل می‌دهند. این حالت‌ها از تکرار تجربیات اولیه زندگی و پاسخ‌های سازگار یا ناسازگار به آن‌ها شکل می‌گیرند (سالیکرو<sup>۲۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). در افراد با سابقه خودجراحی بدون قصد خودکشی، ذهنیت‌هایی مانند کودک آسیب‌پذیر، کودک خشمگین، والد منتقد یا کناره‌گیر به دفعات فعال می‌شوند و واکنش‌های ناسازگارانه شدید به محرک‌های اجتماعی ایجاد می‌کنند (نیکول<sup>۲۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). این ذهنیت‌ها می‌توانند مستقیم یا غیرمستقیم به رفتارهای قلدری، قربانی شدن و زد و خورد فیزیکی دامن بزنند. مثلاً ذهنیت کودک خشمگین، با واکنش‌های پرخاشگرانه شدید همراه است، یا ذهنیت کودک آسیب‌پذیر می‌تواند باعث پذیرش نقش قربانی در تعاملات همسالان شود (شی<sup>۲۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای<sup>۲۴</sup>، به شناسایی، تعدیل و جایگزینی ذهنیت‌های ناسازگار با ذهنیت‌های سالم می‌پردازد. این درمان، با ترکیبی از تکنیک‌های شناختی، تجربی و هیجانی، به فرد کمک می‌کند تا الگوهای مخرب را

1 Adolescence

2 de Oliveira

3 Shen

4 Latino

5 Bullying

6 Ajibewa

7 Victimization

8 Wang

9 Physical Fighting

10 Miranda

11 Smith

12 Mitchell

13 Qin

14 Gao

15 Luo

16 Non-Suicidal Self-Injury – NSSI

17 Zheng

18 Hou

19 Ding, Fang

20 Sipoş

21 - Salicru

22 Nicol

23 Shi

24 Schema Mode Therapy

بشکند و رفتارهای سازگارانه‌تری ایجاد کند (منش<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). در این درمان، فرد یاد می‌گیرد محرک‌های منفی را بشناسد، واکنش‌های هیجانی خود را تنظیم کند و بجای پاسخ‌های تکانه‌ای، گزینه‌های منطقی‌تر و سازگارانه‌تر را انتخاب کند. بدین ترتیب، احتمال بروز رفتارهای قلدری یا درگیری و شدت نقش قربانی کاهش می‌یابد (آهن و چانگ<sup>۲</sup>، ۲۰۲۴).

مطالعات نشان می‌دهند که آموزش و اجرای طرحواره‌درمانی در نوجوانان، منجر به کاهش معنادار تکانشگری، افزایش مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش رفتارهای پرخطر می‌شود (عباسی راد و همکاران، ۱۴۰۲ و لیو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین پژوهش‌ها روی گروه‌های دارای سابقه خودجرحی بدون قصد خودکشی نشان می‌دهند که این روش، با کاهش فعال‌سازی ذهنیت‌های ناسازگار، شدت رفتارهای آسیب‌زننده به خود و دیگران را کم می‌کند (زو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۵ و اسپیماس<sup>۵</sup>، ۲۰۲۳). پژوهش‌های متعدد در زمینه قلدری و قربانی شدن، ارتباط بین الگوهای شناختی-هیجانی و جایگاه اجتماعی فرد را تأیید کرده‌اند (کریسنتریتس<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۴ و شی و همکاران، ۲۰۲۳).

دوره نوجوانی، به‌ویژه برای دختران، مرحله‌ای حساس از رشد انسانی است که آنان را در معرض فشارهای روانی و رفتارهای پرخطر مانند قلدری، قربانی شدن و زد و خورد قرار می‌دهد. یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر در این زمینه، دختران دارای سابقه خودجرحی بدون قصد خودکشی هستند که با مشکلات تنظیم هیجان، تکانشگری و روابط ناسالم مواجه‌اند و بیش از دیگران نقش قلدر یا قربانی را تجربه می‌کنند. ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای ناسازگار، همچون کودک آسیب‌پذیر یا کودک خشمگین، در این افراد فعال‌تر بوده و در تشدید رفتارهای پرخطر نقش دارند. درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای با اصلاح این حالت‌ها می‌تواند موجب کاهش قلدری، قربانی شدن و درگیری فیزیکی شود. بنابراین هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای بر قلدری، قربانی و زدوخورد نوجوانان دختر دارای سابقه خودجرحی بدون خودکشی بود.

## روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری شامل نوجوانان دختر ۱۲ تا ۱۸ ساله دارای سابقه خودجرحی بدون قصد خودکشی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ بود که از میان آن‌ها ۳۰ نفر با توجه به معیارهای ورود و بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. جهت تعیین حجم نمونه از نرم افزار  $G^*Power-1/3$  استفاده شد. حجم نمونه مورد نیاز برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و کنترل برابر با ۱۴ نفر یعنی در مجموع ۲۸ نفر برای انجام پژوهشی با اندازه اثر ۰/۵ و توان ۰/۸۵ درصد که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار باشد، لازم بود. با توجه به احتمال افت شرکت کنندگان حجم نمونه برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و کنترل ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه برای حضور در جلسات مداخله، سابقه خودجرحی بدون قصد خودکشی (با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته و بر اساس ملاک‌های DSM-5) عدم دریافت درمان یا مداخلات همزمان (بر اساس پرونده روان‌شناختی)، فقدان مسمومیت‌های دارویی و مشکلات طبی بازدارنده، بازه‌ی سنی ۱۲ تا ۱۸ سال و معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه، اعلام انصراف از شرکت در پژوهش، ناقص بودن پرسشنامه‌ها، شروع به مصرف مواد مخدر و الکل و عدم همکاری شرکت‌کننده در انجام تکالیف و تمرینات در جلسه بود. اصول اخلاقی که در جریان پژوهش مورد تأکید قرار گرفته و رعایت شدند عبارتند از: ۱- رعایت اصل رازداری هم توسط خود پژوهشگر و هم توسط اعضا. درمانگر قبل از انتخاب اعضا برای مشارکت در پژوهش در قالب بیانی متعهد شد که اطلاعات جمع‌آوری شده در جریان پژوهش و تمامی اتفاقی که در طی اجرای کردن جلسات آموزشی به وقوع می‌پیوندد کاملاً محرمانه است و نه تنها خود وی بلکه اعضای گروه نیز باید متعهد باشند که به هیچ وجه این اطلاعات را به دنیای بیرونی انتقال ندهند. ۲- رعایت اصل رضایت آگاهانه. برای تحقق این اصل اخلاقی، رضایت آگاهانه از والدین و خود شرکت‌کننده دریافت شد و پژوهشگر اهداف، روش‌ها و دشواری‌های احتمالی نظیر مدت زمان حضور در جلسات یا تعداد جلسات را برای اعضا دقیقاً روشن کرد تا با آگاهی کامل از این موارد برای شرکت یا عدم شرکت در پژوهش تصمیم بگیرند. ۳- تعهد به پیشگیری از بروز آسیب. پژوهشگر به اعضا متعهد که تمامی تلاش خود را برای کاهش خطرات و

1 Manesh  
 2 Ahn, Chang  
 3 Liu  
 4 Zhou  
 5 SCHEMAS  
 6 Kresznertis

دشواری‌های پژوهش به کار بگیرد و از بروز هرگونه آسیب جبران ناپذیری به طور کامل پیشگیری کند. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره در نسخه ۲۶ نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### ابزار سنجش

**مقیاس قلدری ایلی نویز (IBS):** مقیاس قلدری ایلی نویز توسط اسپلاگه و هولت<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۱ ساخته شده است و شامل ۱۸ گویه و سه خرده مقیاس (قلدری ۹ سؤال، زدو خورد ۵ سؤال و قربانی ۴ سؤال) است که به منظور سنجش رفتارهای قلدری، قربانی و زدو خورد به کار می‌رود. زیر مقیاس قلدری عبارت‌های ۱۸، ۱۵، ۱۴، ۹، ۸، ۲ را شامل می‌شود همچنین عبارت‌های ۷، ۶، ۵، ۴ بیانگر زیرمقیاس قربانی بوده و عبارت‌های ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۳، ۱ بیانگر زیر مقیاس زدو خورد هستند. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است (۱= هرگز تا هفت بار و بیشتر= ۵) امتیاز در نظر گرفته می‌شود. اسپلاگه و همکاران (۲۰۰۱) برای بررسی پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده کردند و ضرایب مقیاس‌های قلدری، زدو خورد و قربانی شدن را به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۹ و ۰/۷۰ به دست آورده‌اند؛ همچنین روایی همگرا با مقیاس پرخشگری آخنباخ را (۰/۶۵) گزارش کردند. این مقیاس را در ایران چالمه (۱۳۹۲) ترجمه و اعتباریابی کرده است و ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس و زیر مقیاس‌های قلدری، زدو خورد و قربانی شدن به ترتیب، ۰/۸۹، ۰/۸۲، ۰/۷۳ و ۰/۸۱ گزارش شده است. شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که این مدل از برازش مناسبی برخوردار است و روایی سازه آن ۰/۹۱ به دست آمده است. در پژوهش حاضر، پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای این مقیاس و زیر مقیاس‌های قلدری، زدو خورد و قربانی شدن به ترتیب، ۰/۷۴، ۰/۷۳، ۰/۸۹ و ۰/۸۳ به دست آمده است.

**درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای (TBSM):** در این پژوهش از پروتکل مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای (فارل و شاو<sup>۴</sup>، ۲۰۲۲) استفاده و به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار اجرا شد. در پژوهش حاضر این پروتکل به صورت گروهی در گروه آزمایش گردید. خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. عناوین جلسات درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای (فارل و همکاران، ۲۰۲۲)

| جلسه       | محتوای جلسه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه اول   | ایجاد یک رابطه متقابل توأم با امنیت، همدلی و پذیرش جهت تسهیل پیوند باز والدینی؛ آموزش رویکرد درمانی طرحواره محور؛ ارائه پرسشنامه چندوجهی سرگذشت زندگی به شرکت کننده به عنوان تکلیف خانگی جهت تکمیل                                                                                                                                   |
| جلسه دوم   | شناسایی مستمر یادگیری‌ها و تجارب اولیه که با مشکلات فعلی مرتبط هستند؛ ارائه پرسش‌نامه‌های طرحواره و سبک فرزندپروری به شرکت کننده به عنوان تکلیف خانگی                                                                                                                                                                                |
| جلسه سوم   | وارسی پرسشنامه‌ها به همراه مراجع، بحث و تبادل نظر در مورد آن‌ها؛ شناسایی و ارزیابی سبک‌های مقابله‌ای و طرحواره‌های ناسازگار اولیه؛ فنون تجربی برای آشنایی با ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و درک راهکارهای ناسازگارانه ارضای نیازهای هیجانی؛ ارائه پرسش‌نامه‌های سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌های طرحواره‌ای به عنوان تکلیف خانگی جهت تکمیل |
| جلسه چهارم | وارسی پرسشنامه ذهنیت به همراه فرد شرکت کننده، ردیابی مستمر ذهنیت‌ها و شناسایی و نام‌گذاری آن‌ها؛ مفهوم‌سازی مشکل شرکت کننده بر اساس رویکرد طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهنیت                                                                                                                                                             |
| جلسه پنجم  | استفاده از شکایت‌های فعلی به عنوان اهرم برای ادامه درمان؛ تشویق شرکت کننده به ادامه درمان و تأکید بر پیامدهای منفی خود آسیبی و آگاه کردن شرکت کننده از رنج هیجانی                                                                                                                                                                    |
| جلسه ششم   | آشناسازی شرکت کننده با ذهنیت کودک تنها و کودک عصبانی و تکانشگر؛ کاوش ریشه‌های تحولی ذهنیت‌ها با به کارگیری فن تصویرسازی ذهنی                                                                                                                                                                                                         |
|            | پیوندهای درمانگر با ذهنیت کودک رها شده و تأکید بر پیامدهای منفی خود آسیبی                                                                                                                                                                                                                                                            |
| جلسه هفتم  | آموزش مذاکره بین ذهنیت‌ها و استفاده از فنون شناختی در جهت بی‌اعتبارسازی طرحواره‌های غالب؛ ایجاد فضای توجه مثبت بی‌قید و شرط                                                                                                                                                                                                          |
| جلسه هشتم  | ماندن با ذهنیت کودک تنها؛ تلاش برای ارضای نیازهای هیجانی اساسی و ارتباط با ذهنیت کودک آسیب‌پذیر؛ به کارگیری تکنیک باز والدینی حد و مرزدار به صورت مستمر در برابر طرحواره‌های نقص و محرومیت هیجانی                                                                                                                                    |

1. Illinois Bullying Scale

2. Espelage & Holt

3. Treatment based on Schema Modes

4. Farrell, Shaw

|          |                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه نهم | رویاروسازی هوشمندانه شرکت کننده با سبک چالش‌زا یا فخر فروشانه با رویکرد جرأت‌مندانه؛ به‌کارگیری فنون رویاروسازی همدلانه در مقابل استحقاق طلبی شرکت کننده؛ بازگود کردن حقوق به‌صورت مؤدبانه و با رعایت مرزها از طرف درمانگر                |
| جلسه دهم | ترغیب شرکت کننده در جهت رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه<br>آماده ساختن فهرستی از مهارت‌های آموخته شده در درمان و پیشگیری از عود؛ کمک به فرد شرکت کننده برای تعمیم دستاوردهای درمان به محیط واقعی |

## یافته ها

بر اساس مقطع تحصیلی، در هر دو گروه آزمایش و گواه، ۱۳ نفر (۴۳/۳ درصد) در مقطع متوسطه اول، ۱۷ نفر (۵۶/۷ درصد) در مقطع متوسطه دوم مشغول به تحصیل بودند. براساس متغیر سن در گروه آزمایش ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) در رده سنی ۱۲ تا ۱۴ سال، ۶ نفر (۴۰ درصد) در رده سنی ۱۴ تا ۱۶ سال و ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) در رده سنی ۱۶ تا ۱۸ سال قرار داشتند؛ در حالی که در گروه گواه، ۳ نفر (۲۰ درصد) در رده سنی ۱۲ تا ۱۴ سال، ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) در رده سنی ۱۴ تا ۱۶ سال و ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) در رده سنی ۱۶ تا ۱۸ سال قرار داشتند. میانگین و انحراف معیار سن گزارش شده برای نمونه پژوهش حاضر در گروه آزمایش  $16.7 \pm 0.6$  و گروه گواه  $17.8 \pm 0.6$  گزارش شد. میانگین سابقه خودجراحی در یک سال گذشته برای گروه آزمایش  $2.7 \pm 0.8$  و برای گروه کنترل  $2.4 \pm 0.7$  است. حداقل سابقه خودجراحی در یک سال گذشته یک بار و حداکثر ۴ بار است. جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای قلدری، قربانی و زد و خورد به تفکیک گروه

| متغیر     | گروه   | مرحله‌ی اجرا | میانگین | انحراف استاندارد |
|-----------|--------|--------------|---------|------------------|
| قلدری     | آزمایش | پیش آزمون    | ۳۴      | ۳/۲۰             |
|           |        | پس آزمون     | ۳۱      | ۲/۷۶             |
|           | گواه   | پیش آزمون    | ۳۳/۶    | ۳/۷۰             |
|           |        | پس آزمون     | ۳۴/۵    | ۳/۵۶             |
| قربانی    | آزمایش | پیش آزمون    | ۱۳/۶    | ۳/۲۲             |
|           |        | پس آزمون     | ۱۰/۶    | ۲/۴۵             |
|           | گواه   | پیش آزمون    | ۱۴/۱    | ۲/۷۲             |
|           |        | پس آزمون     | ۱۵/۲    | ۳/۱۳             |
| زد و خورد | آزمایش | پیش آزمون    | ۲۲/۶    | ۳/۳۷             |
|           |        | پس آزمون     | ۱۸      | ۲/۹۷             |
|           | گواه   | پیش آزمون    | ۱۹/۶    | ۳/۰۴             |
|           |        | پس آزمون     | ۲۰/۸    | ۳/۶۸             |

با توجه به جدول ۲ می‌توان مشاهده کرد که در مرحله‌ی پیش آزمون بین نمرات متغیرهای قلدری، قربانی و زد و خورد در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت کمی وجود دارد، اما در مرحله پس آزمون تفاوت بیشتری در بین نمرات دو گروه وجود دارد به طوری که نمرات گروه آزمایش پس از دریافت درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای در متغیر قلدری، قربانی و زد و خورد کاهش بیشتری نسبت به گروه گواه پیدا کرده است و با بهبود همراه بوده است؛ مقدار معناداری آزمون کالموگراف اسمیرنف در متغیرهای قلدری ( $KS: 0.15$ )، قربانی ( $KS: 0.14$ ) و زد و خورد ( $KS: 0.19$ ) بالاتر از ۰/۰۵ بود که نشان داد این متغیرها در سطح خطای ۵ درصد دارای توزیع نرمال می‌باشند، بنابراین مفروضه‌ی نرمال بودن برقرار است. جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس خطا، نتایج آزمون لون نشان داد مقادیر احتمال در آزمون لون برای قلدری ( $F=0.319$ ،  $P=0.601$ )، قربانی ( $F=0.215$ ،  $P=0.525$ ) و زد و خورد ( $F=0.324$ ؛  $P=0.639$ ) بیشتر از ۰/۰۵ است؛ لذا فرض همگنی واریانس‌ها در سطح خطای ۰/۰۵ محقق شده است و واریانس‌های خطای قلدری، قربانی و زد و خورد در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون اختلاف معنی داری ندارند. پیش شرط لازم جهت بررسی نبودن تعامل بین گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون، بررسی پیش فرض همگنی شیب رگرسیون است که میزان  $F$  محاسبه شده در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود ( $P>0.05$ ) و بین گروه‌ها و پیش‌آزمون تعامل وجود نداشت.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های چند متغیری جهت بررسی معنی‌داری اثر عضویت گروهی متغیرهای پژوهش

| نام آزمون          | مقدار | F      | درجه آزادی | خطای درجه آزادی | سطح معناداری | توان آماری |
|--------------------|-------|--------|------------|-----------------|--------------|------------|
| اثر پیلای          | ۰/۶۸۳ | ۱۶/۵۲۹ | ۳          | ۲۳              | ۰/۶۸۳        | ۱          |
| لامبدای ویکلز      | ۰/۳۱۷ | ۱۶/۵۲۹ | ۳          | ۲۳              | ۰/۶۸۳        | ۱          |
| اثر هتلینگ         | ۲/۱۵۶ | ۱۶/۵۲۹ | ۳          | ۲۳              | ۰/۶۸۳        | ۱          |
| بزرگ‌ترین ریشه خطا | ۲/۱۵۶ | ۱۶/۵۲۹ | ۳          | ۲۳              | ۰/۶۸۳        | ۱          |

نتایج آزمون باکس براساس نتایج جدول (۳) به دست آمده از آزمون‌های چندمتغیری جهت بررسی معنی‌داری اثر عضویت گروهی و با توجه به سطح معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=16/529$ ، لامبدای ویکلز،  $P<0/05$ ). بررسی دقیق‌تر این تفاوت در جدول زیر مشخص شده است:

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت بررسی اثر درمان بر متغیرهای مورد مطالعه

| منبع تغییر | متغیر     | مجموع مجزورات | درجه آزادی | F     | P     | اندازه اثر | توان آماری |
|------------|-----------|---------------|------------|-------|-------|------------|------------|
| پیش‌آزمون  | قلدری     | ۰/۱۰۷         | ۱          | ۰/۰۳۱ | ۰/۸۶۱ | ۰/۰۰۵      | ۰/۱۱۵      |
|            | قربانی    | ۰/۰۳۸         | ۱          | ۰/۰۷۹ | ۰/۷۸۲ | ۰/۰۲۵      | ۰/۱۶۷      |
|            | زد و خورد | ۰/۶۲۵         | ۱          | ۰/۱۸۱ | ۰/۶۷۴ | ۰/۰۲۹      | ۰/۲۱۹      |
|            | قلدری     | ۲/۲۱          | ۱          | ۶/۳۹  | ۰/۰۳  | ۰/۳۹۰      | ۱/۰۰۰      |
|            | قربانی    | ۷/۶۳          | ۱          | ۱۰/۳  | ۰/۰۰۹ | ۰/۵۰۹      | ۰/۹۷۷      |
| گروه       | زد و خورد | ۳/۶۴          | ۱          | ۷/۳۴  | ۰/۰۲۲ | ۰/۴۲۳      | ۰/۸۹۰      |
|            | قلدری     | ۲/۸۵          | ۲۶         |       |       |            |            |
|            | قربانی    | ۰/۰۰۵         | ۲۶         |       |       |            |            |
| خطا        | زد و خورد | ۱/۶۴          | ۲۶         |       |       |            |            |
|            |           |               |            |       |       |            |            |

بر اساس جدول ۴، با توجه به مقادیر F برای پس‌آزمون قلدری ( $F=6/39$  و  $P<0/05$ )، قربانی ( $F=10/3$  و  $P<0/01$ ) و زد و خورد ( $F=7/34$  و  $P<0/05$ ) و سطح معناداری آن‌ها کوچک‌تر از  $P<0/05$  است. مشاهده می‌شود که درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای بر قلدری، قربانی و زد و خورد در نوجوانان دارای سابقه خودجراحی بدون خودکشی اثربخش بوده است؛ از این رو، فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای بر قلدری، قربانی و زدو خورد نوجوانان دختر دارای سابقه خودجراحی بدون خودکشی بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای می‌تواند به کاهش چشمگیر رفتارهای قلدری در نوجوانان دختر دارای سابقه خودجراحی بدون قصد خودکشی منجر شود. این نتیجه همسو با نتایج پژوهش سالیکرو و همکاران (۲۰۲۴)، شی و همکاران (۲۰۲۳) و نیکول و همکاران (۲۰۲۲) بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که این درمان با شناسایی ذهنیت‌های ناسازگار مانند «کودک خشمگین» و «والد منتقد»، و آموزش جایگزینی آنها با ذهنیت‌های سالم، باعث کاهش پردازش‌های خودکار و واکنش‌های شرطی منفی در موقعیت‌های اجتماعی می‌شود (سالیکرو و همکاران، ۲۰۲۴). تعدیل این ذهنیت‌ها موجب می‌شود که نوجوانان در مواجهه با موقعیت‌هایی که قبلاً محرک رفتارهای قلدرانه بودند، از الگوهای ارتباطی سازگار استفاده کنند و واکنش‌های هیجانی شدید را کنترل نمایند (آهن و چانگ، ۲۰۲۴). همچنین، بازسازی شناختی ناشی از این مداخله، ارزیابی‌های مثبت‌تری از خود و دیگران ایجاد کرده و جو تعاملات همسالانه را به سمت احترام و همکاری هدایت می‌کند. شواهد مشابه در پژوهش‌های زنگ و همکاران (۲۰۲۵) و هو و همکاران (۲۰۲۵) نشان داده که ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش تکانشگری از طریق مداخلات طرحواره‌ای، کاهش معناداری در رفتارهای خشونت‌آمیز ایجاد می‌کند.

نتایج همچنین نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای، نقش قربانی را در تعاملات اجتماعی نوجوانان مورد مطالعه کاهش داده است. این یافته همسو با پژوهش سیپوس و همکاران (۲۰۲۵)، دینگ و همکاران (۲۰۲۵) و شی و همکاران (۲۰۲۳) بود. در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت که این درمان با ایجاد آگاهی از فعال‌سازی این ذهنیت‌ها، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و اعتمادبه‌نفس، و تقویت خودپنداره،

به نوجوانان کمک می‌کند تا مرزهای شخصی خود را حفظ کنند و در برابر رفتارهای آزارگرانه از خود دفاع کنند. کنار گذاشتن قضاوت‌های منفی درباره خود و دیگران (دینگ و همکاران، ۲۰۲۵)، و مواجهه مؤثر با موقعیت‌های اضطراب‌آور می‌تواند احتمال پذیرش نقش قربانی را کاهش دهد. همان‌طور که در مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی مشاهده شده است (شی و همکاران، ۲۰۲۳). ارتقای عزت‌نفس و خودکارآمدی از طریق این رویکرد باعث می‌شود نوجوانان کنترل بیشتری بر روابط بین‌فردی خود داشته باشند و با اطمینان بیشتری مرزهای سالم ارتباطی خود را تنظیم کنند. این روند در نتایج پژوهش‌های کریسنزنتریس و همکاران (۲۰۲۴) نیز گزارش شده که بازسازی شناختی - هیجانی جایگاه اجتماعی افراد را ارتقا داده و میزان قربانی شدن آنان را کاهش می‌دهد.

نتایج همچنین نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای در کاهش رفتارهای زد و خورد فیزیکی میان نوجوانان دختر این گروه مؤثر بوده است. این نتیجه با یافته‌های لو و همکاران (۲۰۲۵) و سیپوس و همکاران (۲۰۲۵) همسو بود. در تبیین این نتیجه باید گفت که درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای، با آموزش تکنیک‌های تنظیم هیجان، کاهش تمرکز بر احساسات مضر، و ایجاد فاصله شناختی میان رویداد و واکنش، همان‌طور که در مدل‌های ذهن‌آگاهی مطرح شده (آهن و همکاران، ۲۰۲۴)، باعث می‌شود نوجوان پیش از واکنش بدنی، فرصت پردازش منطقی و انتخاب پاسخ سازگانه را داشته باشد. استفاده از استعاره‌ها و تمرین‌های تجربی در این درمان، مشابه رویکردهای ذکر شده توسط نیکول و همکاران (۲۰۲۲) در زمینه ذهن‌آگاهی، می‌تواند کنترل رفتاری و بازداری تکانشی را بهبود دهد، بنابراین احتمال ورود به درگیری بدنی کاهش می‌یابد. شواهد مشابه از پژوهش‌های عباسی‌راد و همکاران (۱۴۰۲) و لئو و همکاران (۲۰۲۳) تأیید می‌کند که ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان و تفکر منطقی در لحظات پرتنش، به کاهش پایدار رفتارهای پرخطر از جمله زد و خورد منجر می‌شود.

نتایج این مطالعه نشان‌دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای بر قلدری، قربانی و زدوخورد نوجوانان دختر دارای سابقه خودکشی بدون خودکشی بود. این یافته‌ها برای مشاوران و درمانگران تلویحات کاربردی فراوانی دارد. براساس نتایج این مطالعه، به منظور ارتقای توانمندی نوجوانان در سازگاری با بحران‌های دوره نوجوانی و کاهش عوارض روان‌شناختی ناشی از آن در نوجوانان می‌توان از درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای در کنار سایر روش‌های درمانی و آموزشی مؤثر بهره برد.

پژوهش حاضر دارای برخی محدودیت‌ها بود که هنگام تفسیر و تعمیم دهی به گروه‌های دیگر در نظر داشت. با توجه به محدود بودن نمونه پژوهش به نوجوانان دختر ۱۲ تا ۱۸ ساله در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳، تعمیم آن به سایر جوامع باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین با توجه به اینکه نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت هدفمند بود و امکان گزینش تصادفی وجود نداشت، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش تصادفی برای گزینش نمونه پژوهش استفاده شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نبود جلسه‌های پیگیری درمان به علت دسترسی نداشتن به افراد نمونه در طولانی مدت اشاره نمود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، نتایج در مراحل پیگیری کوتاه مدت و بلند مدت بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود از مصاحبه ساختار یافته و مشاهده برای جمع‌آوری داده‌ها و سنجش متغیرها استفاده شود تا سوگیری‌ها به حداقل برسد. در نهایت پیشنهاد می‌شود درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای به عنوان یک مداخله اثربخش توسط مراکز مشاوره مدارس به کار گرفته شود.

## منابع

- چالمه، ر. (۱۳۹۲). کفایت روانسنجی مقیاس قلدری ایلی نويز در دانش‌آموزان ایرانی: بررسی روایی، پایایی و ساختار عاملی. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۱۱، ۳۹-۵۲. [https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article\\_238.html](https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_238.html)
- عباسی راد، آ؛ بهرامی هیدجی، م؛ تاجری، ب؛ محمدی شیر محله، ف؛ و رنجبری پور، ط. (۱۴۰۲). اثربخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر مدل ذهنیت مدار بر بد تنظیمی هیجانی و خودشناسی انسجامی در نوجوانان بزهکار خود آسیب‌رسان. *رویش روان‌شناسی*، ۱۲ (۷): ۱۰۲-۹۳. <http://frooyesh.ir/article-1-۹۳-۱۰۲>
- Ahn, H. J., & Chang, S. J. (2024). The Relationship among Disconnection and Rejection Schema, Difficulties in Emotion Regulation, Mindfulness, Self-Compassion, and Undergraduate Student NSSI: A Moderated-Moderated Mediation Effect Study. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4003901/v1>
- Ajibewa, T. A., Kershaw, K. N., Carnethon, M. R., Heard-Garris, N. J., Beach, L. B., & Allen, N. B. (2025). Peer bullying victimization, psychological distress, and the protective role of school connectedness among adolescents. *BMC public health*, 25(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-24002-6>
- de Oliveira, B. N., Lopes, M. V. V., da Costa, B. G. G., de Mello, G. T., Maciel, G. P., & Silva, K. S. (2025). Bullying in adolescents across three years in the context of the COVID-19 pandemic: a repeated cross-sectional and prospective analysis. *BMC public health*, 25(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21391-6>
- Ding, D., & Fang, S. (2025). Non-Suicidal Self-Injury-Related Implicit Cognition Among Chinese Adolescents: The Roles of Psychological Flexibility and School Climate. *Journal of Youth and Adolescence*, 1-19. <https://doi.org/10.1007/s10964-025-02200-0>

- Espelage, D. L., & Holt, M. K. (2001). Bullying and victimization during early adolescence: Peer influences and psychosocial correlates. *Journal of Emotional Abuse*, 2(2-3), 123-142. [https://doi.org/10.1300/J135v02n02\\_08](https://doi.org/10.1300/J135v02n02_08)
- Farrell, J., & Shaw, I. A. (2022). Schema therapy: Conceptualization and treatment of personality disorders. <https://doi.org/10.1037/0000310-013>
- Gao, Y., Ge, Y., Chen, Y., Huang, H., & Ge, Z. (2025). Qualitative study on teachers' psychological experience and coping styles regarding adolescents with non-suicidal self-injury behavior. *BMC psychology*, 13(1), 978. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03053-9>
- Hou, X., Wu, Y., Zhao, J., Luo, J., He, J., Kang, Q., ... & Luo, J. (2025). Clustering analysis of risk factors for non-suicidal self-injury behaviors in adolescents: a cross-sectional study of western China. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1436868. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1436868>
- Kresznerits, S., Zinner-Gérecz, Á., Miklósi, M., Szekeres, T., & Perczel-Forintos, D. (2024). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy group in reducing engagement in non-suicidal self-injury among borderline personality disorder patients: a time-series investigation* (Doctoral dissertation, Semmelweis University). <https://assets-eu.researchsquare.com/files/rs-4551164/v1/d5404048-5ee7-4714-8494-3df0c16e9ad4.pdf>
- Latino, F., Tafuri, D., & Tafuri, F. (2025). Understanding the Psycho-Physiological Impact of Bullying on Adolescents: A Focus on Movement-Based Educational Interventions. *Education Sciences*, 15(5), 521. <https://doi.org/10.3390/educsci15050521>
- Liu, J., Wang, Y., Liu, X., Li, J., & Xing, S. (2023). Experiencing stress impact on adolescent repetitive nonsuicidal self-injury: the mediating role of emotion dysregulation and maladaptive cognitive schemas. *Journal of affective disorders*, 339, 392-399. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.074>
- Luo, W., Gong, J., Zhou, H. Y., Guo, J., Xiao, J., Yan, C., & Chen, Y. (2025). Network of cognitive, emotional, and pain perception factors linked to non-suicidal self-injury in Chinese adolescents. *BMC psychology*, 13(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03296-6>
- Manesh, S. E., Nejad, F. G., Moosivand, M., Zaremozhzabieh, Z., & Kulemarzi, M. J. B. (2024). Structural Pattern of Emotional Schemas with Adolescents' Self-Injury Behavior Based on Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4357284/v1>
- Miranda, V. I. A., Coll, C. V., Matijasevich, A., Santos, I. S., Gonçalves, H., Barros, A. J., ... & Murray, J. (2025). Time Trends and Socioeconomic Inequalities in Parental Physical Aggression and Adolescent Physical Fighting: Three Brazilian Birth Cohort Studies Over Twenty Years, 2000-2020. *Journal of Adolescent Health*, 76(5), 821-829. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2025.01.019>
- Mitchell, B., Min, J., Brogan, L., Carroll-Scott, A., & Fein, J. A. (2024). Fighting behavior, conflict perceptions, and firearm access among US adolescents in a pediatric emergency department. *Preventive medicine*, 185, 108052. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2024.108052>
- Nicol, A., Kavanagh, P. S., Murray, K., & Mak, A. S. (2022). Emotion regulation as a mediator between early maladaptive schemas and non-suicidal self-injury in youth. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 32(3), 161-170. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2022.05.001>
- Qin, Y., Chen, H., Liu, F., Zou, T., Jin, K., Teng, Z., ... & Huang, J. (2025). Intermittent theta burst stimulation for non-suicidal self-injury in adolescents with major depressive disorder: a randomized, sham-controlled trial. *Molecular Psychiatry*, 1-9. <https://doi.org/10.1038/s41380-025-03183-x>
- Rana, M., Gupta, M., Malhi, P., Grover, S., & Kaur, M. (2025). Effectiveness of Stop Bullying-School Intervention Program (SB-SIP) to reduce bullying among adolescents in Chandigarh, India: A quasi-experimental study. *International Journal of Bullying Prevention*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s42380-025-00294-5>
- Salicru, S. (2024). Schema Therapy: The Healthy Adult Meets Sherlock Holmes—An Enactivist and Embodied Cognition Perspective of Metaphor. *Psychology*, 15(2), 173-214. <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=131574>
- SCHEMAS, E. M. (2023). Scratching Beneath the Surface of Non-Suicidal Self-Injury: The Relationship Between Early Maladaptive Schemas and Non-Suicidal Self-Injury in Youth. [https://researchsystem.canberra.edu.au/ws/portalfiles/portal/88495594/Nicol\\_Annemarie.pdf](https://researchsystem.canberra.edu.au/ws/portalfiles/portal/88495594/Nicol_Annemarie.pdf)
- Shen, Y., Zhou, Y., Ren, S., Li, Y., Liu, Y., Zhou, R., ... & Xie, G. (2025). Relations between peer bullying and adolescent depression: the mediating effect of cellphone usage. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1486628. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1486628>
- Shi, Y., Song, Y., Wang, L., Liu, J., & Chen, I. J. (2023). Early maladaptive schemas and the risk of nonsuicidal self-injury in college students: A retrospective study. *Medicine*, 102(47), e35584. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01166-7>
- Șipoș, R., Văidean, T., & Predescu, E. (2025). Risk Factors and Clinical Predictors of Suicidal Behaviors and Non-Suicidal Self-Injury Among Pediatric Psychiatry Emergency Admissions Pre-and Post-Pandemic: A Retrospective Cohort Study. *Children*, 12(1), 81. <https://doi.org/10.3390/children12010081>
- Smith, L., Sánchez, G. F. L., Oh, H., Jacob, L., Kostev, K., Rahmati, M., ... & Koyanagi, A. (2024). Temporal trends of physical fights and physical attacks among adolescents aged 12-15 years from 30 countries from Africa, Asia, and the Americas. *Journal of Adolescent Health*, 74(5), 996-1005. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.12.005>
- Wang, J., Liu, Y., Xiao, T., & Pan, M. (2025). The relationship between bullying victimization and adolescent sleep quality: the mediating role of anxiety and the moderating role of difficulty identifying feelings. *Psychiatry*, 1-22. <https://doi.org/10.1080/00332747.2025.2484147>
- Zheng, M., Gao, Y., Li, J., & Liu, X. (2025). Longitudinal relationship between aggressive behavior and non-suicidal self-injury among adolescent boys and girls: The mediating role of peer victimization. *Journal of Youth and Adolescence*, 54(6), 1506-1519. <https://doi.org/10.1007/s10964-025-02149-0>
- Zhou, Q., Liang, Y., & Liu, X. (2025). Profiles and transitions of non-suicidal self-injury with addictive features in adolescents: Predictive role of maladaptive cognitive schemas. *Journal of Behavioral Addictions*. <https://doi.org/10.1556/2006.2025.00065>