



Original Article

Comparing the Effectiveness of Attachment-Based Family Therapy and Transdiagnostic Integrated Therapy on Parenting Self-Efficacy and Subjective Well-Being of Adolescents with Self-Injurious Behaviors

Marzieh Shahriari¹ , Mahnaz Khosrow Javid^{1*} , Abbasali Hossein Khanzadeh¹ , Abbas Abolghasemi¹ 

¹ Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

Abstract

Article History:

Received: 20 July 2025

Revised: 06 September 2025

Accepted: 09 September 2025

ePublished: 21 December 2025

*Corresponding author: Mahnaz Khosrow Javid, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

E-mail: khosrojavid@guilan.ac.ir

Background and Objectives: Attachment-based family therapy interventions and transdiagnostic integrated therapy are considered cognitive-behavioral therapies that reduce psychological stress when practiced by individuals. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of attachment-based family therapy and transdiagnostic integrated therapy on parental self-efficacy and subjective well-being of adolescents with self-injurious behaviors.

Materials and Methods: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design and a control group. The statistical population included all female high school students in Kerman, Iran, and their mothers in the academic year 2023-2024. Of the students who scored above the cutoff on the Self-Injurious questionnaire, 36 adolescents and their mothers were randomly selected. Of these 36, 12 were randomly assigned to the attachment-based family therapy group, 12 to the integrated transdiagnostic therapy group, and 12 to the control group. Self-Injurious questionnaires, the Parental Self-Efficacy Scale by Domka et al., and the Renshaw Subjective Well-Being Scale were used to collect data. The collected data were analyzed using multivariate and univariate analysis of covariance and the Bonferroni post hoc test with the help of SPSS software (version 26).

Results: Based on the findings of the present research, attachment-based family therapy and integrated transdiagnostic therapy were effective in increasing the total score of parental self-efficacy and subjective well-being. In addition, between-group comparisons showed no significant difference between the two intervention groups in the post-test and follow-up stages ($p < 0.05$). Accordingly, it can be concluded that no difference was observed between the effectiveness of attachment-based family therapy and integrated transdiagnostic therapy in increasing the total score of variables.

Conclusion: According to the findings of this study, both intervention methods can be used to increase the level of parental self-efficacy and subjective well-being of adolescents with self-injurious behaviors, as the results indicate that the interventions are effective at an appropriate level.

Keywords: Attachment-based family therapy, Integrated transdiagnostic therapy, Parental self-efficacy, Self-injurious behaviors, Subjective well-being

Please cite this article as follows: Shahriari M, Khosrow Javid M, Khanzadeh AH, Abolghasemi A. Comparing the Effectiveness of Attachment-Based Family Therapy and Transdiagnostic Integrated Therapy on Parenting Self-Efficacy and Subjective Well-Being of Adolescents with Self-Injurious Behaviors. *Pajouhan Scientific Journal*. 2025; 23(4): 305-318 DOI: 10.53208/psj.23.4.305



Extended Abstract

Background and Objective

Adolescence is a period of transition from childhood to adulthood. Important physical and psychological changes occur during this period. When adolescents cannot successfully overcome developmental crises and conflicts, significant problems arise in the normal course of daily life and in their emotional, social, and cognitive aspects. One of these problems is the emergence of Self-Injurious behaviors. The main characteristic of Self-Injurious is that the individual repeatedly causes minor to moderate, often painful, injuries to his or her body surface without suicidal intent, and usually aims to reduce negative emotions, such as stress, anxiety, sadness, self-blame, or interpersonal problems. Given the importance of Self-Injurious behaviors and their consequences in adolescents, as well as the interactive role of parent-adolescent psychological characteristics in the emergence and continuation of these behaviors, it is noteworthy that psychological interventions in this area have mainly focused on communication elements. Interventions that simultaneously examine parent-child participation during the intervention have not yet been addressed. An important aspect of the innovation of the present study is its intention to apply two interventions: attachment-based family therapy and integrated transdiagnostic treatment, at both the parent and adolescent levels for individuals with Self-Injurious behaviors.

Materials and Methods

This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design and a control group. The statistical population included all female high school students in Kerman, Iran, and their mothers in the academic year 2023-2024. Of the students who scored above the cutoff on the Self-Injurious questionnaire, 36 adolescents and their mothers were randomly selected. Of these 36, 12 were randomly assigned to the attachment-based family therapy group, 12 to the integrated transdiagnostic therapy group, and 12 to the control group. Self-Injurious questionnaires, the Parental Self-Efficacy Scale by Domka et al., and the Renshaw Subjective Well-Being Scale were used to collect data. The collected data were analyzed using multivariate and univariate analysis of covariance and the Bonferroni post hoc test in SPSS software (version 26).

Results

The findings showed that although the average of all variables in the post-test in the experimental group increased compared to the pre-test, in the control group, no significant change was observed before and after the therapeutic intervention. It was also determined that attachment-based family therapy and integrated transdiagnostic therapy were effective in enhancing the total score of parental self-efficacy and subjective well-being. Additionally, between-group comparisons showed no significant difference between the two intervention groups in the post-test and follow-up stages ($p < 0.05$). Accordingly, it can be concluded that no difference was found between the

effectiveness of attachment-based family therapy and integrated transdiagnostic therapy in increasing the variables total score.

Discussion

The present study aimed to compare the effectiveness of attachment-based family therapy and transdiagnostic integrated therapy on parental self-efficacy and subjective well-being of adolescents with Self-Injurious behaviors. The results showed that attachment-based family therapy and transdiagnostic integrated therapy training were effective on parental self-efficacy. Part of the results of the study, which indicated the effectiveness of the attachment-based family therapy program and transdiagnostic integrated therapy on parental self-efficacy, are consistent with the results of a study by Abarshi et al. on the effect of such training on parental self-efficacy. To explain this finding, it can be stated that social support, which was provided through positive feedback from group members in positive parenting program sessions, has a favorable effect on parental self-efficacy. According to Bandura, many and close social relationships affect mothers' self-efficacy through direct and indirect effects. Furthermore, the results showed that attachment-based family therapy and integrated transdiagnostic treatment affect the mental well-being of self-harm adolescents. The results of this hypothesis were in line with some of the findings of the study by Karbasizadeh, Abedi, and Abedi. In explaining the results of the research hypothesis, it can be stated that the integrated transdiagnostic approach addresses the coexistence of disorders and employs an integrated approach to treat clients. This approach also considers other disorders an individual may have and helps reduce them, which in turn enhances the individual's mental well-being. It can also be stated that integrated transdiagnostic therapy is a treatment approach characterized by a set of treatment rules applicable to all emotional disorders. The basic assumption of this type of treatment is that emotional disorders are associated with core and common psychological processes, and effective treatment requires modifying these underlying structures. Therefore, this therapeutic approach enables psychological therapists to solve multiple problems with one treatment.

Conclusion

Overall, the findings showed that attachment-based family therapy intervention and transdiagnostic integrated therapy effectively enhance parental self-efficacy and mental well-being of adolescents with self-harm behaviors. Therefore, it is suggested that cognitive, behavioral, and emotional problems resulting from self-harm actions and thoughts be identified more accurately in future research and, if possible, necessary measures be taken to control or eliminate them. Conducting further research based on other therapeutic approaches and comparing their effects on problems resulting from self-harm thoughts can also help in selecting the most appropriate treatment model.

مقایسه اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی و درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خودکارآمدی والدینی و بهزیستی ذهنی نوجوانان با رفتارهای خودآسیب‌رسان

مرضیه شهریار^۱ , مهناز خسرو جاوید^{۱*} , عباسعلی حسین خازنده^۱ , عباس ابوالقاسمی^۱ 

^۱ گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

چکیده

سابقه و هدف: مداخلات مبتنی بر خانواده‌درمانی براساس دلبستگی و درمان یکپارچه فراتشخیصی یکی از درمان‌های شناختی- رفتاری قلمداد می‌شود که فراگیری آن در افراد سبب کاهش تنش‌های روانی می‌شود. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی و درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خودکارآمدی والدینی و بهزیستی ذهنی نوجوانان با رفتارهای خودآسیب‌رسان انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دختر متوسطه دوم شهر کرمان و مادران آن‌ها در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود و از میان دانش‌آموزانی که نمره بالاتری از نمره برش در پرسش‌نامه خودآسیب‌رسانی داشتند، تعداد ۳۶ نفر نوجوان به همراه مادرانشان به صورت تصادفی انتخاب و از میان این ۳۶ نفر، ۱۲ نفر در گروه خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی، ۱۲ نفر در گروه درمان یکپارچه فراتشخیصی و ۱۲ نفر در گروه گواه به صورت تصادفی قرار داده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های آسیب به خود، مقیاس خودکارآمدی والدینی دومکا و همکاران و مقیاس بهزیستی ذهنی رن شاو استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره، تک‌متغیره و آزمون تعقیبی بن فرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی و درمان یکپارچه فراتشخیصی در زمینه افزایش نمره کل خودکارآمدی والدینی و بهزیستی ذهنی اثربخش بودند. همچنین، مقایسه‌های بین‌گروهی نشان داد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، بین دو گروه مداخله تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0.05$). بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت بین اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی و درمان یکپارچه فراتشخیصی در زمینه افزایش نمره کل متغیرها، تفاوتی وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: بنابر یافته‌های حاصل از این پژوهش، می‌توان به منظور افزایش میزان خودکارآمدی والدینی و بهزیستی ذهنی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان، از هر دو روش مداخله بهره برد؛ زیرا براساس یافته‌ها، می‌توان نتایج اثربخشی از مداخله‌ها را در سطحی مناسب دریافت کرد.

واژگان کلیدی: خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی، درمان یکپارچه فراتشخیصی، خودکارآمدی والدینی، بهزیستی ذهنی، رفتارهای خودآسیب‌رسان

استناد: شهریار، مرضیه؛ خسرو جاوید، مهناز؛ خازنده، عباسعلی حسین؛ ابوالقاسمی، عباس. مقایسه اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی و درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خودکارآمدی والدینی و بهزیستی ذهنی نوجوانان با رفتارهای خودآسیب‌رسان. مجله علمی پژوهان، پاییز ۱۴۰۳؛ ۲۳(۴): ۳۰۵-۳۱۸

مقدمه

و شناختی آن‌ها، مشکلات زیادی بروز می‌کند. یکی از این مشکلات بروز رفتارهای خودآسیبی (Self-Harm Behaviors) است [۱] و در این دوران، شیوع و فراوانی رفتارهای خودآسیب‌رسان در مقایسه با دوره‌های دیگر زندگی بیشتر است [۲]. خودآسیبی بدون قصد

نوجوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی است. تغییرات مهم جسمی و روانی در این دوره اتفاق می‌افتد. هنگامی که نوجوان نمی‌تواند به طور موفقیت‌آمیز بر بحران‌ها و کشاکش‌های تحولی غلبه کنند، در جریان بهنجار زندگی روزمره و جنبه‌های عاطفی، اجتماعی

خودکشی عبارت است از آسیب عمدی و مستقیم شخص به بافت بدن خود در غیاب قصد خودکشی، به طوری که این رفتار جزء آداب و رسوم فرهنگی به حساب نیاید [۲].

در ویرایش سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی از خودآسیبی به عنوان یکی از نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی نام برده شده است، اما درباره این اختلال در نسخه پنجم تجدیدنظر شده و در دسته اختلالاتی قرار گرفته است که به بررسی بیشتر نیاز دارند. ویژگی اصلی خودآسیبی این است که فرد مکرراً به شکل‌ها و روش‌های مختلف، بدون اینکه قصد خودکشی داشته باشد، با جراحات اغلب دردناک جزئی تا متوسط به سطح بدن خود آسیب وارد می‌کند و معمولاً هدف او کاهش هیجان‌های منفی مثل استرس، اضطراب، غم، خودسرزنی یا مشکلات بین فردی است [۴-۵].

بسیاری از ویژگی‌ها و رفتارهای نوجوانان در بستر خانواده شکل می‌گیرد که نیازمند مطالعه است. در همین زمینه، یکی از بسترهای مطالعه، دیدگاه شناختی - بافتی است [۶] که در تدوین مدل به بروز ناسازگارهای نوجوانان توجه کرده است [۷]. این دیدگاه با بهره‌گیری از نظریه سیستم‌های خانواده بیان می‌کند که خانواده از زیرمنظومه‌های چندگانه تشکیل شده است که بر یکدیگر وابستگی متقابل دارند و هریک هم‌زمان از دیگری تأثیر می‌گیرند و در دیگری اثر می‌گذارند [۸]. یکی از این ویژگی‌ها خودکارآمدی والدینی است. براساس نظریه شناختی - اجتماعی بندورا (۱۹۷۷)، خودکارآمدی به باور فرد درباره توانمندی‌های خود برای انجام موفقیت‌آمیز یک کار خاص گفته می‌شود. واژه خودکارآمدی صفت شخصیتی فراگیر نیست، بلکه براساس تکالیف فرد در موقعیت‌های مختلف متفاوت است [۹]. همان‌طور که خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی هیجانی و خودکارآمدی جسمانی براساس نقش فرد در موقعیت‌های مختلف بیان شده‌اند، خودکارآمدی والدینی هم می‌تواند براساس نقش والدینی بررسی شود. اگر والدین درباره روش‌های مؤثر مراقبت از فرزندان، دانش و اطلاعات کافی داشته باشند، احساس خودکارآمدی می‌کنند [۱۰]. به دلیل نقش تعاملی والد - فرزند، ویژگی‌ها و رفتارهای نامطلوب و حوادث آسیب‌زا در نوجوان با وضعیت روانی والدین همبستگی بالا و تأثیرگذاری دارد، به طوری که باعث کاهش خودکارآمدی والدینی می‌شود [۱۱].

متغیر روان‌شناختی دیگری که درخصوص رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان به آن اشاره می‌شود، بهزیستی ذهنی است. بهزیستی ذهنی مفهومی چندبعدی است که شامل احساس خوشایند و ناخوشایند و خشنودی در قلمروهای مختلف زندگی، تعادل میان عاطفه مثبت و منفی، ارزیابی مثبت از زندگی، همچنین ادراک شناختی و عاطفی فرد از کل زندگی و به عبارتی، رضایت کلی فرد از زندگی می‌شود [۱۲]. در سال‌های اخیر، مفهوم بهزیستی ذهنی توسعه پیدا کرده و دامنه آن عملکرد فرد در زمینه تحصیلی، موفقیت در مدرسه و دستاوردهای علمی را نیز در بر گرفته است، تا حدی که بهزیستی ذهنی حوزه مدرسه، از لحاظ پیش‌بینی محتوا، در مقایسه

با بهزیستی حوزه عمومی، قوی‌تر عمل کرده است [۵].

منظور و همکاران [۱۳] بیان کردند افراد دارای بهزیستی ذهنی بالا، پیشرفت و موفقیت تحصیلی بهتری را نشان می‌دهند. همچنین، اگر شخص رضایت از زندگی و تنظیم هیجانی مناسبی داشته باشد، بهزیستی ذهنی بالاتری دارد. بهزیستی ذهنی کم پیش‌بینی‌کننده خودآسیبی است [۱۴]. بنابراین، از آنجاکه احتمال تبدیل رفتار خودآسیب‌رسان به خودکشی وجود دارد، لازم است که برای این رفتارها درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی استفاده شود. مطالعات ایرانی درباره درمان‌های روان‌شناختی مربوط به نوجوانان خودآسیب کم و به درمان‌های خاصی مانند رفتاردرمانی دیالکتیک ذهن‌آگاهی، درمان شناختی رفتاری و مهربانی به خود، ذهنی‌سازی و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت [۱۵] محدود است. ماهیت مشترک همه این مداخله‌ها آن است که بر یک عنصر ارتباطی، یعنی والد یا نوجوان، تأکید می‌شود. با توجه به آنچه تاکنون گفته شد، رفتارهای والد و نوجوان با هم در تعامل‌اند و از یکدیگر تأثیر می‌پذیرند، در نتیجه این تأثیرپذیری، بهره‌گیری از مداخلاتی که این دو عنصر را کنار هم در نظر بگیرند و آن‌ها را درگیر کنند، اهمیت زیادی دارد. به همین منظور، در پژوهش حاضر دو مداخله‌ای مورد توجه قرار گرفته‌اند که در فرایند درمان، هم والد و هم نوجوان را مشارکت می‌دهند؛ یکی از این مداخله‌ها خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی است [۱۶].

خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی از جمله درمان‌هایی است که به روابط شکل‌گرفته در گذشته فرد می‌پردازد، برای احیا و بازسازی این روابط اقدام می‌کند و به اصطلاح، نوعی درمان معطوف به گذشته است. چهارچوب این درمان با محوریت نظریه دلبستگی بالبی [۱۷] - [۱۸] است. در درمان مبتنی بر دلبستگی، تمرکز اصلی بر ترمیم مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی است که به دلیل مشکلات آشفته‌گی رابطه والد (مادر) و فرزند به وجود آمده‌اند. خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی رویکردی تجربی و متمرکز بر احساس و هیجان است که بر نیاز نوجوان به خودمختاری و دلبستگی تأکید می‌کند. لذا، بهبود دلبستگی و کیفیت رابطه والدین و فرزندان به کاهش رفتارهای خودآسیبی منجر می‌شود [۱۹].

مداخله تعاملی دیگری که می‌تواند در مشکلاتی که وجه بارز آن‌ها تجربه هیجان‌های خاص با فراوانی و شدت قابل توجه است، موثر باشد، درمان یکپارچه فراتشخیصی است که به فرد کمک می‌کند از راهبردهای متناسب با هیجان و مشکلی که در حال حاضر تجربه می‌کند بهره بگیرد و اصطلاحاً معطوف به زمان حال است. این مداخله در مقابل محدودیت‌های درمان شناختی - رفتاری معرفی شد؛ در آن از اصول درمانی یکسانی برای انواع اختلال‌های هیجانی استفاده می‌شود که از جمله پروتکل‌های درمان فراتشخیصی، پروتکل یکپارچه‌نگر است [۲۰]. در رویکرد فراتشخیصی، مشکلات و اختلالات روانی به صورتی در نظر گرفته می‌شوند که فرایندهای مشترک در تداوم آن‌ها نقش دارند. بنابراین، این رویکرد تلاش می‌کند طرح درمان مشترک و یکسانی برای این اختلالات بیان کند [۲۱-۲۲].

سن: ۱۴ تا ۱۸ سال؛

رضایت نوجوانان به‌منظور شرکت در پژوهش.

ملاک‌های ورود مادران

دامنه سنی: ۳۵ تا ۵۰ سال؛

سطح تحصیلات: سوم راهنمایی و بالاتر؛

زندگی هم‌زمان مادر و پدر در زمان اجرای پژوهش؛

رضایت مادران به‌منظور شرکت در پژوهش.

ملاک‌های خروج (از طریق پرسش از شرکت‌کنندگان)

تشخیص اختلال‌های جسمی مزمن و اختلالات روانی قابل

تشخیص؛

مصرف داروهای روان‌پزشکی؛

تجربه هم‌زمان درمان‌های دیگر روان‌شناختی و روان‌پزشکی؛

کامل نکردن صحیح پرسش‌نامه‌ها در مرحله اول پژوهش؛

غیبت بیش از سه جلسه در برنامه‌های آموزشی.

به‌منظور گردآوری داده‌ها از چهار ابزار استفاده شد:

پرسش‌نامه آسیب به خود: پرسش‌نامه آسیب به خود را

Sansone و همکاران به‌منظور استفاده در جمعیت‌های روان‌پزشکی

و جمعیت‌های غیرروان‌پزشکی طراحی کردند. این پرسش‌نامه ۲۲

سؤال دارد که به‌صورت بلی (۱) یا خیر (۰) پاسخ داده می‌شوند و

دامنه نمرات بین ۰ تا ۲۲ است. این پرسش‌نامه دارای نقطه برش ۵

و بیشتر است. به‌عبارتی، نمرات بالاتر از ۵ در این پرسش‌نامه

خودآسیب‌رسانی زیاد و نمره پایین‌تر از ۵ خودآسیب‌رسانی کم را

نشان می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۱ و روایی

هم‌زمان و اعتبار همگرایی این ابزار با ابزارهای خودگزارشی شخصیت

مرزی، افسردگی و سابقه آزاردیدگی در کودکی و پرسش‌نامه

تجدیدنظرشده تشخیص شخصیت ۰/۵۷ گزارش شده است [۲۳]. در

ایران، طاهباز حسین‌زاده و همکاران ضریب همسانی درونی را از طریق

آلفای کرونباخ ۰/۷۴ گزارش کردند [۲۴].

مصاحبه بالینی ساختاریافته: در این پژوهش به‌منظور

تشخیص خودآسیبی، در کنار پرسش‌نامه خودآسیبی از مصاحبه

بالینی ساختاریافته براساس DSM-5-TR استفاده شده است.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص‌گذاری اختلال‌های عمده

روان‌شناختی به کار می‌رود و بیش از هر مصاحبه تشخیصی معیارشده

دیگری در بررسی‌های روان‌پزشکی به کار رفته است. روایی محتوایی

و پایایی آن را متخصصان و صاحب‌نظران تأیید کرده‌اند [۵]. این

مصاحبه را محقق انجام داده است.

مقیاس خودکارآمدی والدینی: این مقیاس را Dumka و

همکاران در سال ۱۹۹۶، برای ارزیابی سطوح کلی خودکارآمدی

والدینی (مادر و پدر) ساختند که شامل ۱۰ سؤال است. سؤالات در

مقیاس لیکرته‌ی هفت‌درجه‌ای (۱=به‌ندرت تا ۷=همیشه) نمره‌گذاری

می‌شوند و دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۷۰ است. نمرات بالا در این

پرسش‌نامه خودکارآمدی زیاد و نمره پایین خودکارآمدی کم را نشان

حال با توجه به اهمیت رفتارهای خودآسیب‌رسان و پیامدهای آن

در نوجوانان، نقش تعاملی ویژگی‌های روان‌شناختی والد - نوجوان در

بروز و تداوم این رفتارها و از آنجا که مداخله‌های روان‌شناختی در این

حوزه عمدتاً بر یک عنصر ارتباطی تمرکز داشتند و تاکنون به

مداخلاتی که به‌شکل هم‌زمان مشارکت والد - فرزند را در جریان

مداخله بررسی کنند، پرداخته نشده است، یکی از جنبه‌های مهم

نوآوری پژوهش حاضر آن است که قصد دارد دو مداخله

خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی و درمان یکپارچه فراتشخیصی را

در سطح والد و نوجوان با رفتارهای خودآسیب‌رسان به کار گیرد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس

آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه پژوهش

شامل تمام دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر کرمان و

مادران آن‌ها در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود که براساس

اظهارات کارشناس متوسطه اداره آموزش و پرورش، جمعیت آن‌ها

حدود پنج هزار نفر است.

در این پژوهش انتخاب نمونه به‌صورت در دسترس انجام

گرفت، به این صورت که دختران نوجوان خودآسیب‌رسانی که

والدین، معلمان، مشاوران یا مدیران مدرسه، آن‌ها را در سال

تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر

کرمان معرفی کرده بودند، با استفاده از پرسش‌نامه

خودآسیب‌رسانی سانسون بررسی شدند و افرادی که از نمره برش

نمرات بالاتر را به دست آوردند، انتخاب شدند و در مرحله بعد،

پژوهشگر با افراد انتخاب‌شده مصاحبه بالینی انجام داد. در این

مرحله، به‌منظور افزایش اعتبار، از مطالعه‌ای با بیشترین انحراف

استاندارد که برابر است با ۲/۵۹ با میانگین ۷، با در نظر گرفتن سطح

اطمینان ۰/۹۵ و خطای قابل تحمل یک‌دهم نمره انحراف استاندارد

رفتار خودآسیب‌رسان، که با نمونه دانش‌آموزی در دختران نوجوان

خودآسیب‌رسان به دست آمده، با جایگذاری در فرمول برآورد

نسبت صفات، تعداد ۴۱۲ نفر به‌عنوان آزمودنی انتخاب شدند.

در این مرحله، از میان دانش‌آموزانی که نمره بالاتری از نمره برش

در پرسش‌نامه خودآسیب‌رسانی داشتند، در مصاحبه بالینی ملاک‌های

رفتار خودآسیب‌رسان را داشتند و واجد ملاک‌های ورود به پژوهش

بودند، تعداد ۳۶ نفر نوجوان به‌همراه مادرانشان به‌صورت در دسترس

انتخاب شدند. از میان این ۳۶ نفر، به‌صورت تصادفی ۱۲ نفر در گروه

خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی، ۱۲ نفر در گروه درمان یکپارچه

فراتشخیصی و ۱۲ نفر در گروه گواه قرار داده شدند. با توجه به اینکه

تحقیق حاضر در گروه تحقیقات نیمه‌آزمایشی قرار دارد، برای تعیین

حجم نمونه از جدول کوهن استفاده شد.

ملاک‌های ورود نوجوانان خود آسیب‌رسان

جنسیت: دختر؛

می‌دهند. برای این پرسش‌نامه خرده‌مقیاس و نقطه برشی ذکر نشده است. Dumka و همکاران [۲۵] ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و روایی سازه را مطلوب ارزیابی کردند. در ایران نیز علوی و همکاران [۲۶] ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را بالای ۰/۷۰ و روایی این پرسش‌نامه را مطلوب ارزیابی و گزارش کردند.

مقیاس بهزیستی ذهنی: این مقیاس را Renshaw و همکاران در سال ۲۰۱۵ ساخته و توسعه داده که شامل شانزده گویه است و روی طیف لیکرت چهارگزینه‌ای از (۱= تقریباً هرگز تا ۴= تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۶ تا ۶۴ متغیر است. کسب نمره بالاتر در این پرسش‌نامه به معنای بهزیستی ذهنی بیشتر است. چهار زیرمقیاس آن شامل: ارتباط با مدرسه (School Connectedness)، لذت از یادگیری (Joy of Learning)، اهداف

آموزشی (Educational Purpose) و کارآمدی تحصیلی (Academic Efficacy) است [۲۷]. سازندگان ضریب اعتبار مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۶ و هرکدام از زیرمقیاس‌ها را به ترتیب ارتباط با مدرسه ۰/۷۲، لذت‌بردن از یادگیری ۰/۷۴، اهداف آموزشی ۰/۷۲ و کارآمدی تحصیلی ۰/۷۸ محاسبه کردند. این مقیاس در مطالعه حاضر بررسی شد که ضریب پایایی کل آن ۰/۸۷ و برای هرکدام از خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۸۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۸ گزارش شد.

در جدول ۱ خلاصه جلسات خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی Diamond و همکاران [۲۸] و در جدول ۲ خلاصه جلسات درمان یکپارچه فراتشخیصی نوجوانان Ehrenreich و همکاران [۲۹] آمده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی Diamond و همکاران [۲۸]

جلسه	محتوا
اول	بازسازی رابطه خانوادگی (مشترک والد و نوجوان): با فراهم آوردن تعریفی از مشکل، به صورتی که سرزنش و انتقاد والدین کاهش یابد، حمایت و توجه والدین افزایش می‌یابد و مسئولیت تغییر به صورت مشترک، بر عهده والد و نوجوان گذاشته می‌شود.
دوم تا چهارم	رابطه‌درمانی نوجوان (نوجوان بدون حضور والد): درک دنیای نوجوان، اعم از سرگرمی‌ها، توانایی‌ها، استعدادها، موفقیت‌ها، ناکامی‌ها و آرزوها، تعریف مشکل و پیدا کردن نگرانی‌های نوجوان، درحالی‌که به ایجاد چهارچوبی می‌پردازد که اهداف نوجوان را به ارتقای روابط خانوادگی مرتبط می‌کند. زنده کردن میل نوجوان به گفت‌وگو درباره دلبستگی و امید به آن، بررسی دلایل خودآسیبی از نظر نوجوان، بررسی سهم خانواده در خودآسیبی نوجوان، بررسی تمایل نوجوان برای صحبت با مادر درباره مشکلاتش و دلایل کمک‌نگرفتن از مادر در گذشته، همچنین تشویق او در انجام این کار و آماده‌سازی نوجوان برای جلسه مشترک با مادر.
پنجم و ششم	رابطه‌درمانی والد (والد بدون حضور نوجوان): ایجاد جوی از حمایت و همدلی و قدردانی از تلاش‌های والدین در تربیت نوجوان، درک دنیای مادر، بررسی روابط مادر با والدین خودش، همسر و دوستانش، توجه به مشکلات ارتباطی که در شکاف هیجانی بین مادر و نوجوان نقش دارد. بحث درباره اینکه چگونه عوامل استرس‌زای حال و آینده ممکن است در قابلیت دسترسی‌پذیری هیجانی والدین در برابر فرزندانشان تأثیر بگذارد، تمرکز بر کیفیت رابطه والد و نوجوان، انعقاد قرارداد برای شرکت در مذاکرات ترمیم دلبستگی، آماده‌کردن نوجوان برای صحبت با نوجوان در جلسه بعد از طریق مجهز کردن والدین به ابزارهایی که بتوانند از لحاظ هیجانی در دسترس نوجوان باشند.
هفتم و هشتم	بهبود دلبستگی (مشترک والد و نوجوان): کمک به نوجوان که مادر را به عنوان منبع دلبستگی بپذیرد و مادر نیز فرزندش را به عنوان فردی قبول داشته باشد که نگرانی‌های بجا دارد و فردی باکفایت است. کمک به افشاگری والد، افشاگری نوجوان و مدیریت روند مکالمات مادر و نوجوان.
نهم تا یازدهم	ارتقای خودمختاری (مشترک والد و نوجوان): کمک به مادر و نوجوان تا پایگاه امن تازه تشکیل‌شده را برای ایجاد روابط هدفمند به کار ببرند. کمک به نوجوان و مادر برای شرح چالش‌های رشد عادی نوجوان، آگاه کردن مادر و نوجوان از هیجان‌ها و چگونگی تنظیم آن‌ها، پیاده کردن مهارت‌های یادگرفته‌شده در جلسات قبل روی استقلال و شایستگی نوجوان، کمک به والدین برای تبدیل شدن به عنوان منبعی کارآمد برای نوجوان.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان یکپارچه فراتشخیصی نوجوانان Ehrenreich و همکاران [۲۹]

جلسه	محتوا
اول	ایجاد انگیزه و حفظ کردن آن: ایجاد رابطه دوستانه با نوجوان، گفت‌وگو و هدف‌گذاری درباره خودآسیبی، ترغیب نوجوان به تغییر رفتارهای خودجرحانه و بحث و بررسی مزایا و معایب تغییر، اهداف به صورت عینی مشخص می‌شود.

دوم و سوم

شناسایی هیجان‌ها و رفتارها:
آموزش دربارهٔ هیجان‌های مختلف، تمرین شناسایی هیجان‌ها، صحبت دربارهٔ اهداف هیجان‌ها، ترسیم نقشهٔ تجربه‌های هیجانی، بررسی نقش اجتناب در رشد و تداوم چرخهٔ هیجان، آشنایی با الگوهای پاسخ‌دهی هیجانی خود، آشنایی مادر با رفتارهای هیجانی نوجوان و چگونگی راه‌انداخته‌شدن هیجان‌های نوجوانان.

چهارم

معرفی آزمایش‌های رفتاری متمرکز بر هیجان:
معرفی مفهوم رفتار متضاد یا رفتار متفاوت با رفتار نا سازگارانه‌ای که در حالت هیجانی شدید گذشته انجام می‌شده است. تقویت هرچه بیشتر این مفهوم با درگیرشدن در مجموعه‌ای از آزمایش‌های رفتاری برای نشان‌دادن امکان‌پذیری این رفتارهای متضاد با تمرکز روی رفتارهای متضاد با خودآسیبی، کمک به نوجوان برای جای‌دهی فعالیت‌های لذت‌بخش بیشتری در زندگی روزانه‌اش، شناسایی فعالیت‌های لذت‌بخش برای نوجوان، آموزش والدین دربارهٔ رفتارهای متضاد با رفتار خودجرحانهٔ نوجوان و همچنین آشنایی با آزمایش‌های رفتاری متمرکز بر هیجان، کمک به مادر برای چگونگی حمایت از نوجوان در فعال‌سازی.

پنجم

آگاهی از حس‌های بدنی:
آگاهی نوجوان دربارهٔ واکنش‌های بدنی او به حالت‌های هیجانی شدید و پرتنش، آموزش دربارهٔ اصول مواجههٔ درونی یا مواجههٔ حسی برای سازگاری با حس‌های بدنی قوی یا تحمل‌کردن آن‌ها تا بازگشت بدن به حالت کم‌تنش، بحث با مادر دربارهٔ آگاهی از حس‌های بدنی هنگام هیجان در نوجوانان به‌منظور حمایت از نوجوان در افزایش آگاهی از حس‌های بدنی‌اش.

ششم و هفتم

انعطاف‌پذیری در تفکر:
کمک به نوجوان برای انعطاف‌پذیری بیشتر در شیوهٔ تفسیر نشانه‌ها یا موقعیت‌های مبهم، کمک به ارزیابی و شناسایی تفسیرهای خود که کدام تفسیرش منطقی و کدام غیرمنطقی و نادرست است. آشنایی با تحریف‌های شناختی، یاددادن حل مسئله و مشکل به نوجوان، صحبت با مادر دربارهٔ شیوهٔ تفسیرهای نوجوان از موقعیت‌ها و چگونگی کمک به نوجوان در انعطاف‌پذیری تفکرش.

هشتم

آگاهی از تجربه‌های هیجانی:
افزایش آگاهی نوجوان از تجربه‌هایش در زمان حال و کار روی راهبردهایی که آگاهی نوجوان را در موقعیت‌های هیجان‌برانگیز افزایش می‌دهند. بحث دربارهٔ تجربه‌های هیجانی در لحظهٔ حال و اهمیت آگاهی از لحظهٔ حال، انجام تمرین‌های آگاهی از لحظهٔ حال، معرفی منطق آگاهی غیرقضاوتگرانه و تمرین فعالیت‌های آن، معرفی مواجهه‌های هیجانی کلی و شناسایی رفتارهای اجتنابی نامحسوس نوجوان، آگاهی‌دادن به مادر دربارهٔ نقش آگاهی از زمان حال و چگونگی حمایت از آگاهی غیرقضاوتگرانهٔ نوجوانان.

نهم و دهم

مواجهه با هیجان‌های موقعیتی:
مرور مهارت‌های آموزش‌دادهٔ جلسات قبل، شناسایی موقعیت‌هایی که نوجوان در آن‌ها برای مقابله با هیجان‌های قوی، رفتارهای هیجانی ناسازگارانه، ازجمله خودآسیبی و اجتناب رفتاری و شناختی از خود نشان می‌دهد. مادرها دربارهٔ مواجهه با هیجان‌های موقعیتی نوجوانان می‌آموزند که چگونه حمایتگر باشند و چه کارهایی انجام دهند.

یازدهم

مرور دستاوردها و برنامه‌ریزی برای آینده:
مرور مهارت‌های آموخته‌شده، گرفتن بازخورد از نوجوان دربارهٔ مهارت‌هایی که در درمان آموخته است و همچنین تأکید بر مهارت‌هایی که از دید نوجوان مفید بوده است. چگونگی برنامه‌ریزی نوجوان دربارهٔ موارد استرس‌زای آینده و چگونگی انتخاب مهارت‌های مورد نیاز برای روبه‌روشدن با آن‌ها به‌منظور جلوگیری از عود، همچنین دربارهٔ چگونگی کمک به نوجوان راجع به دستاوردها و برنامه‌ریزی برای آینده، با مادر بحث و گفت‌وگو می‌شود.

یافته‌ها

در این بخش، ابتدا میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها

به تفکیک گروه آزمودنی‌ها گزارش شده است. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، مشخص است که میانگین (انحراف معیار) سن گروه شرکت‌کننده در جلسات درمان برای مادران برابر با $38/75$ ($5/65$) و گروه کنترل برابر با $41/30$ ($3/78$) است و برای نوجوانان برابر با $14/26$ ($4/15$) و گروه کنترل برابر با $14/57$ ($4/02$) است. جدول ۳ میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش را پس از دریافت پروتکل نشان داده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، میانگین همهٔ متغیرها در پس‌آزمون در گروه آزمایش در مقایسه با پیش‌آزمون، افزایش را نشان می‌دهد، ولی در گروه کنترل، تغییر چندانی در پیش و پس از مداخلهٔ درمانی مشاهده نمی‌شود.

در نهایت، به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی نظیر درصد، فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و همچنین روش‌های آمار استنباطی تحلیل کوواریانس تک‌متغیری، تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره و آزمون چندمقایسه‌ای بنفرونی، به‌شرط برقراری مفروضه‌ها به‌دلیل وجود پیش‌آزمون و کنترل اثر آن و همچنین برای بررسی تفاوت نمرات پس‌آزمون گروه‌ها بعد از اجرای مداخلات درمانی، از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ استفاده شد.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و مرحله سنجش

متغیر	خرده‌مقیاس	سنجش	خانواده درمانی (n=۱۲)		فرا تشخیصی (n=۱۲)		کنترل (n=۱۲)	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خودکارآمدی والدینی مادر	نمره کل	پیش‌آزمون	۴۲/۲۵	۱۰/۴۳	۴۳/۰۰	۱۱/۹۹	۳۹/۵۷	۷/۶۰
		پس‌آزمون	۴۵/۰۸	۹/۰۴	۴۱/۵۸	۷/۳۸	۴۵/۸۳	۷/۵۲
		پیگیری	۴۵/۷۵	۸/۰۸	۴۲/۱۷	۶/۷۷	۴۶/۷۵	۷/۰۰
	نمره کل	پیش‌آزمون	۴۱/۹۲	۹/۹۳	۴۳/۷۵	۶/۵۷	۴۴/۵۸	۱۱/۲۱
		پس‌آزمون	۵۱/۱۷	۷/۹۲	۴۹/۵۸	۸/۷۲	۳۴/۶۷	۱۰/۹۵
		پیگیری	۴۹/۶۷	۶/۲۰	۴۹/۷۵	۶/۰۹	۳۶/۵۰	۱۰/۱۶
	خرده‌مقیاس ارتباط با مدرسه	پیش‌آزمون	۱۰/۶۷	۲/۹۰	۹/۸۳	۲/۸۶	۱۱/۰۰	۲/۹۲
		پس‌آزمون	۱۲/۵۸	۲/۲۷	۱۱/۴۲	۲/۸۱	۹/۰۰	۲/۷۳
		پیگیری	۱۲/۹۲	۱/۸۳	۱۱/۸۳	۲/۱۷	۹/۳۳	۲/۸۷
بهزیستی ذهنی نوجوان	خرده‌مقیاس لذت از یادگیری	پیش‌آزمون	۱۰/۰۸	۳/۰۹	۱۰/۴۲	۲/۱۹	۱۱/۱۷	۳/۴۶
		پس‌آزمون	۱۲/۴۲	۳/۳۴	۱۲/۰۸	۳/۴۸	۸/۲۵	۲/۹۰
		پیگیری	۱۲/۵۸	۲/۷۸	۱۱/۹۲	۳/۲۶	۹/۱۷	۳/۱۰
	خرده‌مقیاس اهداف آموزشی	پیش‌آزمون	۱۰/۶۷	۳/۰۶	۱۲/۰۸	۲/۶۸	۱۱/۹۲	۳/۴۲
		پس‌آزمون	۱۳/۴۲	۲/۵۴	۱۳/۷۵	۱/۹۱	۹/۰۸	۳/۷۰
		پیگیری	۱۱/۷۵	۲/۶۷	۱۳/۷۵	۱/۶۰	۹/۴۲	۳/۵۵
	خرده‌مقیاس کارآمدی تحصیلی	پیش‌آزمون	۱۰/۵۰	۲/۴۳	۱۱/۴۲	۱/۸۳	۱۰/۵۰	۲/۹۷
		پس‌آزمون	۱۲/۷۵	۲/۰۵	۱۲/۳۳	۲/۷۷	۸/۳۳	۲/۶۱
		پیگیری	۱۲/۴۲	۲/۰۷	۱۲/۲۵	۱/۸۲	۸/۵۸	۲/۸۷

قبل از ورود به تحلیل داده‌ها، همان‌طور که نتایج نشان داد، در ۱۷۴ مورد از ۱۸۹ آزمون انجام‌شده، متغیرها توزیع بهنجار داشتند ($p > 0.05$). در ۱۵ مورد از آزمون‌ها، توزیع متغیرها مقداری از توزیع بهنجار فاصله داشتند ($p < 0.05$). با این حال، آزمون تحلیل واریانس در برابر نقض خفیف تا متوسط پیش‌فرض بهنجاری خدشه‌ناپذیر است. بنابراین، مقداری انحراف از توزیع بهنجار در یک متغیر، مشکلی برای تحلیل واریانس ایجاد نمی‌کند. بر این اساس، مشکلی در این پیش‌فرض وجود نداشت. همچنین، جدول ۳ نشان می‌دهد در ۶۰ مورد از ۶۳ آزمون انجام‌شده، بین واریانس خطای گروه‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0.05$). در ۳ مورد از آزمون‌ها، مقداری

ناهمگونی واریانس مشاهده شد. با این حال، آزمون تحلیل واریانس در برابر نقض خفیف تا متوسط پیش‌فرض همگونی واریانس خدشه‌ناپذیر است. مطالعه‌های شبیه‌سازی نشان داده‌اند که اگر حجم گروه‌ها برابر باشد و نسبت بزرگ‌ترین به کوچک‌ترین واریانس خطای گروه‌ها (آماره F_{max}) کمتر از ۱۰ باشد، نقض پیش‌فرض همگونی واریانس باعث بی‌اعتبار شدن نتایج آزمون تحلیل واریانس نمی‌شود. بنابراین، با توجه به اینکه حجم هر سه گروه برابر با ۱۲ بود و میزان آماره F_{max} کمتر از ۱۰ بود، در این پیش‌فرض هم مشکلی وجود نداشت. **پیش‌فرض کرویت:** برای بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون ماچلی استفاده شد. نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده‌اند.

جدول ۴. نتایج آزمون ماچلی برای بررسی پیش‌فرض کرویت

متغیر	خرده‌مقیاس	آماره ماچلی	مجذور خی تقریبی	درجه آزادی	معناداری
خودکارآمدی والدینی مادر	نمره کل	۰/۰۶۸	۸۶/۳۸۸	۲	<۰/۰۰۱
	نمره کل	۰/۳۰۹	۳۷/۵۴۶	۲	<۰/۰۰۱
بهزیستی ذهنی نوجوان	ارتباط با مدرسه	۰/۵۵۵	۱۸/۸۲۳	۲	<۰/۰۰۱
	لذت از یادگیری	۰/۴۲۱	۲۷/۷۱۱	۲	<۰/۰۰۱
	اهداف آموزشی	۰/۴۷۱	۲۴/۱۱۴	۲	<۰/۰۰۱
	کارآمدی تحصیلی	۰/۷۹۰	۷/۵۳۶	۲	۰/۰۲۳

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، در هیچ‌یک از متغیرها پیش‌فرض کرویت برقرار نبود ($p < 0.05$). بر این اساس، برای تحلیل نتایج حاصل از تحلیل واریانس، در مواردی که این پیش‌فرض برقرار نبود، از تصحیح گرینهاوس-گیسر استفاده شد. این تصحیح تنها تغییرات کوچکی روی درجات آزادی عامل درون‌گروهی و تعامل عامل درون‌گروهی و بین‌گروهی ایجاد می‌کند و بدین وسیله سوگیری احتمالی ناشی از عدم برقراری پیش‌فرض کرویت را برطرف می‌کند. همان‌گونه که جدول ۵ نشان می‌دهد، در نمره کل خودکارآمدی والدینی، عامل زمان معنادار نبود ($F=2/342$, $p=0/134$, $\eta^2=0/066$). این بدان معناست که در این متغیر، بدون در نظر گرفتن عامل گروه، تفاوت معناداری بین زمان‌ها وجود نداشت. عامل گروه نیز معنادار

نبود ($F=0/361$, $p=0/700$, $\eta^2=0/021$). این بدان معناست که در این متغیر، بدون در نظر گرفتن عامل زمان، بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت. مهم‌تر از همه اینکه تعامل زمان و گروه نیز معنادار نبود ($F=1/352$, $p=0/273$, $\eta^2=0/076$). این بدان معناست که روند تغییر میانگین‌های این متغیر در طول زمان در گروه‌ها با هم متفاوت نبود. بنابراین با توجه به اینکه هیچ‌یک از عامل‌های زمان، گروه و تعامل معنادار نبودند، می‌توان گفت که نمره‌های هر سه گروه در پیش‌آزمون برابر بودند و در طول زمان نیز تغییری نکردند. بر این اساس، هیچ‌یک از مداخله‌ها بر این متغیر اثربخش نبودند. در نتیجه، فرضیه ۱ و ۲ تأیید نشدند و پاسخ به سؤال اول پژوهش نیز منفی بود.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته تک‌متغیره روی نمره کل خودکارآمدی والدینی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی*	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذوراتا	توان آماری
زمان	۲۱۳/۵۵۶	۱/۰۳۵	۲۰۶/۳۷۷	۲/۳۴۲	۰/۱۳۴	۰/۰۶۶	۰/۳۲۳	
خود	زمان×گروه	۲۴۵/۵۶۵	۲/۰۷۰	۱۳۴/۱۱۹	۱/۳۵۲	۰/۲۷۳	۰/۰۷۶	۰/۲۷۶
کارآمدی	خطای زمان	۳۰۰۸/۵۵۶	۳۴/۱۴۸	۸۸/۱۰۴	-	-	-	-
والدینی	گروه	۹۳/۷۲۲	۲	۴۶/۶۸۱	۰/۳۶۱	۰/۷۰۰	۰/۰۲۱	۰/۱۰۳
	خطای گروه	۴۲۸۴/۲۷۸	۳۳	۱۲۹/۸۲۷	-	-	-	-

*در مواردی که پیش‌فرض کرویت برقرار نبود، تصحیح گرینهاوس - گیسر روی درجات آزادی عامل زمان و تعامل انجام شد.

همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد، عامل گروه معنادار بود ($F=4/468$, $p < 0.01$, $\eta^2=0/366$). این بدان معناست که تفاوت آماری معناداری بین سنتروئید گروه‌ها وجود داشت. باین‌حال، عامل زمان معنادار نبود ($F=0/654$, $p=0/726$, $V=0/167$). این بدان معناست که بین سنتروئید زمان‌ها تفاوت آماری معناداری وجود نداشت. مهم‌تر از همه اینکه تعامل عامل زمان

و گروه معنادار بود ($F=2/396$, $p=0/045$, $\eta^2=0/298$). این بدان معناست که روند تغییر سنتروئیدها در طول زمان در گروه‌ها متفاوت بود. پس از مشخص شدن معناداری آزمون چندمتغیره، بررسی هر متغیر به‌صورت تک‌متغیره انجام گرفت. نتایج آزمون‌های تک‌متغیره در جدول ۷ آمده است.

جدول ۶. نتایج آزمون چندمتغیره اثر پیلایی روی برد بهزیستی ذهنی

منبع تغییرات	اثر پیلایی	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری	مجذوراتا	توان آماری
گروه	۰/۷۳۱	۴/۴۶۸	۸	۶۲	<0/001	۰/۳۶۶	۰/۹۹۲
زمان	۰/۱۶۷	۰/۶۵۴	۸	۲۶	۰/۷۲۶	۰/۱۶۷	۰/۲۳۷
گروه×زمان	۰/۵۸۵	۲/۳۹۶	۱۶	۵۴	۰/۰۴۵	۰/۲۹۸	۰/۷۴۱

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته تک‌متغیره روی نمره کل و خرده‌مقیاس‌های بهزیستی ذهنی نوجوان

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی*	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذوراتا	توان آماری
زمان	۷۸/۷۴۱	۱/۱۸۳	۶۶/۵۶۲	۰/۷۵۳	۰/۴۱۲	۰/۰۲۲	۰/۱۴۲	
زمان×گروه	۱۴۶۱/۱۴۸	۲/۳۶۶	۶۱۷/۵۷۷	۶/۹۸۹	۰/۰۰۲	۰/۲۹۸	۰/۹۳۶	
نمره کل	خطای زمان	۳۴۴۹/۴۴۴	۳۹/۰۳۸	۸۸/۳۶۱	-	-	-	-
	گروه	۱۹۶۸/۲۹۶	۲	۹۸۴/۱۴۸	۷/۳۶۸	۰/۰۰۲	۰/۳۰۹	۰/۹۱۷
	خطای گروه	۴۴۰۷/۸۰۶	۳۳	۱۳۳/۵۷۰	-	-	-	-
خرده‌مقیاس	زمان	۱۳/۴۶۳	۱/۳۸۴	۹/۷۲۵	۱/۳۸۴	۰/۲۵۵	۰/۰۴۲	۰/۲۴۰

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی*	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
ارتباط با مدرسه	زمان*گروه	۷۶/۲۰۴	۲/۷۶۹	۲۷/۵۲۳	۳/۹۱۷	۰/۰۱۶	۰/۱۹۲	۰/۷۷۳
	خطای زمان	۳۲۱/۰۰۰	۴۵/۶۸۵	۷/۰۲۶	-	-	-	-
	گروه	۹۳/۶۸۵	۲	۴۶/۸۴۳	۴/۲۸۹	۰/۰۲۲	۰/۲۰۶	۰/۷۰۷
	خطای گروه	۳۶۰/۴۱۷	۳۳	۱۰/۹۲۲	-	-	-	-
خرده‌مقیاس لذت از یادگیری	زمان	۸/۰۱۹	۱/۲۶۶	۶/۳۳۲	۰/۷۱۹	۰/۴۳۳	۰/۰۲۱	۰/۱۴۱
	زمان*گروه	۱۱۲/۴۸۱	۲/۵۳۳	۴۴/۴۱۲	۵/۰۴۱	۰/۰۰۷	۰/۲۳۴	۰/۸۵۱
	خطای زمان	۳۶۸/۱۶۷	۴۱/۷۸۹	۸/۸۱۰	-	-	-	-
	گروه	۱۰۲/۲۹۶	۲	۵۱/۱۴۸	۲/۹۲۶	۰/۰۶۸	۰/۱۵۱	۰/۵۳۲
	خطای گروه	۵۷۶/۹۱۷	۳۳	۱۷/۴۸۲	-	-	-	-
خرده‌مقیاس اهداف آموزشی	زمان	۵/۷۹۶	۱/۳۰۸	۴/۴۳۲	۰/۴۳۰	۰/۵۶۹	۰/۰۱۳	۰/۱۰۴
	زمان*گروه	۱۲/۰۳۷	۲/۶۱۶	۴۵/۸۹۳	۴/۴۵۲	۰/۰۱۱	۰/۲۱۳	۰/۸۱۱
	خطای زمان	۴۴۴/۸۳۳	۴۳/۱۵۷	۱۰/۳۰۷	-	-	-	-
	گروه	۱۶۹/۹۰۷	۲	۸۴/۹۵۴	۷/۵۱۳	۰/۰۰۲	۰/۳۱۳	۰/۹۲۲
	خطای گروه	۳۷۳/۱۶۷	۳۳	۱۱/۳۰۸	-	-	-	-
خرده‌مقیاس کارآمدی تحصیلی	زمان	۲/۲۹۶	۱/۶۵۳	۱/۳۸۹	۰/۲۱۸	۰/۷۶۳	۰/۰۰۷	۰/۰۸۰
	زمان*گروه	۷۲/۹۸۱	۳/۳۰۶	۲۲/۰۷۴	۳/۴۶۶	۰/۰۱۹	۰/۱۷۴	۰/۷۷۴
	خطای زمان	۳۴۷/۳۸۹	۵۴/۵۵۳	۶/۳۶۸	-	-	-	-
	گروه	۱۸۹/۱۳۰	۲	۹۴/۵۶۵	۱۳/۴۹۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۵۰	۰/۹۹۶
	خطای گروه	۲۳۱/۱۹۴	۳۳	۷/۰۰۶	-	-	-	-

*در مواردی که پیش‌فرض کرویت برقرار نبود، تصحیح گرینه‌هاوس - گیسر روی درجات آزادی عامل زمان و تعامل انجام شد.

متغیر، بدون در نظر گرفتن عامل گروه، بین زمان‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت. عامل گروه نیز معنادار نبود ($F=۲/۹۲۶$, $p=۰/۰۶۸$, $\eta^2=۰/۱۵۱$). این بدان معناست که در این متغیر، بدون در نظر گرفتن عامل زمان، بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت. مهم‌تر از همه اینکه تعامل زمان و گروه معنادار بود ($F=۵/۰۴۱$, $p=۰/۰۰۷$, $\eta^2=۰/۲۳۴$). این بدان معناست که روند تغییر میانگین‌های این متغیر در طول زمان در گروه‌ها با هم متفاوت بود و بررسی این موضوع به آزمون تعقیبی نیاز دارد.

در خرده‌مقیاس اهداف آموزشی، عامل زمان معنادار نبود ($F=۰/۴۳۰$, $p=۰/۵۶۹$, $\eta^2=۰/۰۱۳$). این بدان معناست که در این متغیر، بدون در نظر گرفتن عامل گروه، بین زمان‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت. با این حال، عامل گروه معنادار بود ($F=۷/۵۱۳$, $p=۰/۰۰۲$, $\eta^2=۰/۳۱۳$). این بدان معناست که در این متغیر، بدون در نظر گرفتن عامل زمان، حداقل بین دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت. مهم‌تر از همه اینکه تعامل زمان و گروه معنادار بود ($F=۴/۴۵۲$, $p=۰/۰۱۱$, $\eta^2=۰/۲۱۳$). این بدان معناست که روند تغییر میانگین‌های این متغیر در طول زمان در گروه‌ها با هم متفاوت بود و بررسی این موضوع به آزمون تعقیبی نیاز دارد.

در نهایت اینکه در خرده‌مقیاس کارآمدی تحصیلی، عامل زمان معنادار نبود ($F=۰/۲۱۸$, $p=۰/۷۶۳$, $\eta^2=۰/۰۰۷$). این بدان معناست که در این متغیر، بدون در نظر گرفتن عامل گروه، بین زمان‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت. با این حال، عامل گروه معنادار بود

همان‌گونه که جدول ۷ نشان می‌دهد، در نمره کل بهزیستی ذهنی عامل زمان معنادار نبود ($F=۰/۷۵۳$, $p=۰/۴۲۳$, $\eta^2=۰/۰۲۲$). این بدان معناست که در این متغیر بدون، در نظر گرفتن عامل گروه بین زمان‌ها، تفاوت معناداری وجود نداشت. با این حال، عامل گروه معنادار بود ($F=۷/۳۶۸$, $p=۰/۰۰۲$, $\eta^2=۰/۳۰۹$). این بدان معناست که در این متغیر، بدون در نظر گرفتن عامل زمان، حداقل بین دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت. مهم‌تر از همه اینکه تعامل زمان و گروه معنادار بود ($F=۶/۹۸۹$, $p=۰/۰۰۲$, $\eta^2=۰/۲۹۸$). این بدان معناست که روند تغییر میانگین‌های این متغیر در طول زمان در گروه‌ها با هم متفاوت بود و بررسی این موضوع به آزمون تعقیبی نیاز دارد.

در خرده‌مقیاس ارتباط با مدرسه، عامل زمان معنادار نبود ($F=۱/۳۸۴$, $p=۰/۲۵۵$, $\eta^2=۰/۰۴۲$). این بدان معناست که در این متغیر، بدون در نظر گرفتن عامل گروه، بین زمان‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت. با این حال، عامل گروه معنادار بود ($F=۴/۲۸۹$, $p=۰/۰۲۲$, $\eta^2=۰/۲۰۶$). این بدان معناست که در این متغیر، بدون در نظر گرفتن عامل زمان، حداقل بین دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت. مهم‌تر از همه اینکه تعامل زمان و گروه معنادار بود ($F=۳/۹۱۷$, $p=۰/۰۱۶$, $\eta^2=۰/۱۹۲$). این بدان معناست که روند تغییر میانگین‌های این متغیر در طول زمان در گروه‌ها با هم متفاوت بود و بررسی این موضوع به آزمون تعقیبی نیاز دارد.

در خرده‌مقیاس لذت از یادگیری، عامل زمان معنادار نبود ($F=۰/۷۱۹$, $p=۰/۴۳۳$, $\eta^2=۰/۰۲۱$). این بدان معناست که در این

($F=13/498$, $p<0/001$, $\eta^2=0/450$). این بدان معناست که در این متغیر، بدون در نظر گرفتن عامل زمان، حداقل بین دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت. مهم‌تر از همه اینکه تعامل زمان و گروه معنادار بود ($F=3/466$, $p=0/019$, $\eta^2=0/174$). این بدان معناست که روند تغییر میانگین‌های این متغیر در طول زمان در گروه‌ها با هم متفاوت بود و بررسی این موضوع به آزمون تعقیبی نیاز دارد.

با توجه به اینکه اثرهای تعامل در نمره کل بهزیستی ذهنی و تمامی خرده‌مقیاس‌های آن معنادار بودند، این اثرها با آزمون تعقیبی بونفرونی بررسی شدند تا روند تغییرات میانگین‌های هر متغیر در طول زمان و در هر گروه به‌صورت جداگانه بررسی شود. نتایج آزمون‌های تعقیبی بونفرونی مربوط به نمره کل بهزیستی ذهنی در جدول ۸ ارائه

شده است.

همان‌طور که جدول ۸ نشان می‌دهد، مقایسه‌های درون‌گروهی حاکی از آن‌اند که نمره کل بهزیستی ذهنی هر دو گروه مداخله در پس‌آزمون به‌صورت معناداری افزایش یافت ($p<0/01$) و این افزایش تا مرحله پیگیری نیز حفظ شد. هرچند مقایسه‌های بین‌گروهی نیز نشان می‌دهند که هر دو گروه مداخله در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، نمره‌های معنادار بالاتری از گروه کنترل داشتند ($p<0/001$), این واقعیت که میانگین‌های گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت معناداری کاهش یافته‌اند ($p<0/05$), در تفاوت‌های بین گروه‌های مداخله و کنترل بیش از حد اغراق کرده است.

جدول ۸. نتایج مربوط به آزمون تعقیبی بونفرونی برای بررسی روند تغییر میانگین‌های نمره کل بهزیستی ذهنی

نوع مقایسه	میانگین‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
درون‌گروهی	پس‌آزمون - پیش‌آزمون	۹/۹۲۵	۳/۶۲۰	۰/۰۳۶
	خانواده‌درمانی	۷/۷۵۰	۳/۳۹۱	۰/۰۴۷
	پیگیری - پس‌آزمون	-۱/۵۰۰	۱/۲۳۷	۰/۷۰۲
	پس‌آزمون - پیش‌آزمون	۵/۸۳۳	۳/۶۲۰	۰/۰۴۶
	فراتشخیصی	۶/۰۰۰	۳/۳۹۱	۰/۰۴۲
	پیگیری - پس‌آزمون	۰/۱۶۷	۱/۲۳۷	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون - پیش‌آزمون	-۹/۹۱۹	۳/۶۲۰	۰/۰۳۰
	کنترل	۸/۰۸۳	۳/۳۹۱	۰/۰۴۹
بین‌گروهی	پیگیری - پس‌آزمون	۱/۸۳۳	۱/۲۳۷	۰/۴۴۴
	خانواده‌درمانی - کنترل	-۲/۶۶۷	۳/۸۵۵	۱/۰۰۰
	پیش‌آزمون	-۰/۸۳۳	۳/۸۵۵	۱/۰۰۰
	خانواده‌درمانی - فراتشخیصی	-۱/۸۳۳	۳/۸۵۵	۱/۰۰۰
	خانواده‌درمانی - کنترل	۱۶/۵۰۰	۳/۷۹۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۴/۹۱۷	۳/۷۹۱	۰/۰۰۱
	خانواده‌درمانی - فراتشخیصی	۱/۵۸۳	۳/۷۹۱	۱/۰۰۰
	خانواده‌درمانی - کنترل	۱۳/۱۶۷	۳/۲۳۳	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۳/۲۵۰	۳/۲۳۳	<۰/۰۰۱
	خانواده‌درمانی - فراتشخیصی	-۰/۰۸۳	۳/۲۳۳	۱/۰۰۰

در مجموع، می‌توان نتیجه گرفت که هم خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی و هم درمان یکپارچه فراتشخیصی در زمینه افزایش نمره کل بهزیستی ذهنی اثربخش بودند. همچنین مقایسه‌های بین‌گروهی نشان می‌دهند که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری بین دو گروه مداخله وجود نداشت ($p>0/05$). بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که بین اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی و درمان یکپارچه فراتشخیصی در زمینه افزایش نمره کل بهزیستی ذهنی تفاوتی وجود نداشت.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی و درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خودکارآمدی والدینی و

بهزیستی ذهنی نوجوانان با رفتارهای خودآسیب‌رسان انجام پذیرفت. نتایج نشان داد آموزش خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی و درمان یکپارچه فراتشخیصی در خودکارآمدی والدینی مؤثر بوده است. بخشی از نتایج پژوهش که حاکی از اثربخشی برنامه خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی و درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خودکارآمدی والدینی بود، با نتایج پژوهش Abarshi و همکاران مبنی بر تأثیر چنین آموزش‌هایی در خودکارآمدی والدینی، همسو است [۳۰]. همچنین با نتایج تحقیق Roushanbin و همکاران هم‌خوانی دارد که تأثیر آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت را در کاهش تنیدگی والدگری و افزایش خودکارآمدی مادران نشان می‌دهد [۳۱]. علاوه بر آن، با نتایج مطالعه Hanna و همکاران مبنی بر تأثیر آموزش مهارت‌های والدگری، رشد ارتباط و حمایت اجتماعی در افزایش

اعتماد و خودکارآمدی والدگری همسو است [۳۲]. به‌منظور تبیین این یافته می‌توان گفت حمایت‌های اجتماعی که از طریق پسخوراند مثبت اعضای گروه در جلسات برنامه والدگری مثبت فراهم شد، در خودکارآمدی والدینی تأثیر مطلوبی دارد.

به اعتقاد Bandura و Hall، روابط اجتماعی زیاد و نزدیک از طریق تأثیر مستقیم و غیرمستقیم مانند بازسازی رابطه خانوادگی، رابطه درمانی والد، بهبود دلبستگی، ارتقای خودمختاری، شناسایی هیجان‌ها و رفتارها و انعطاف‌پذیری در تفکر، در خودکارآمدی مادران تأثیر می‌گذارد. از طرف دیگر، از طریق آموزش مادران در جهت ارتقای تحول کودک، می‌توان دستیابی به حس شایستگی اجتماعی و خویشتن‌داری را در والدین هموار کرد [۳۳] در این زمینه، احتمال می‌رود خودکارآمدی والدینی افزایش یابد. همچنین باید گفت خانواده درمانی دلبستگی محور رویکردی درمانی است که از طریق بهبود دلبستگی، به بهبود رابطه عاطفی بین والدین و کودک کمک می‌کند. این رویکرد با ایجاد فضایی امن و حمایتگر، به والدین امکان می‌دهد تا با مشاهده و درک بهتر زبان بدن و نشانه‌های عاطفی کودک خود، نیازهای او را شناسایی کنند و به آن‌ها پاسخ دهند. در نتیجه، این موضوع می‌تواند به افزایش احساس امنیت و اعتماد به نفس در کودک و همچنین، افزایش خودکارآمدی والدینی در مادر منجر شود. در ادامه نیز نتایج نشان داد خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی و درمان یکپارچه فراتشخیصی در بهزیستی ذهنی نوجوانان خودآسیب‌رسان مؤثر است. نتیجه این فرضیه با بخشی از نتایج پژوهش کرباسی‌زاده و همکاران [۳۴] همسو بود؛ زیرا در پژوهش خود اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه روی بهزیستی ذهنی نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا را بررسی و در نتایج پژوهش خود بیان کردند که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهزیستی ذهنی نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا اثربخش است و باعث افزایش سطح بهزیستی ذهنی نوجوانانی می‌شود که تحت درمان این پروتکل درمانی قرار گرفته بودند.

در تبیین نتایج فرضیه پژوهش می‌توان بیان کرد در رویکرد فراتشخیصی یکپارچه به همبودی اختلالات توجه و برای درمان مراجعان و افراد تحت درمان از رویکردی یکپارچه استفاده می‌شود [۳۵]. این موضوع خود می‌تواند به اختلال‌های دیگری، که ممکن است فرد به آن‌ها مبتلا باشد، نیز توجه کند و سبب کاهش این اختلالات در فرد شود. این کاهش اختلالات، افزایش بهزیستی ذهنی آن‌ها را به همراه خواهد داشت. همچنین می‌توان گفت که درمان فراتشخیصی یکپارچه از درمان‌هایی به شمار می‌رود که مجموعه‌ای قوانین درمانی دارد و درباره همه اختلال‌های هیجانی به کار برده می‌شود. فرض اساسی این نوع درمان این است که اختلال‌های هیجانی با فرایندهای روان‌شناختی هسته‌ای و مشترکی همبسته‌اند و برای درمان باید به تغییر این سازه‌های زیربنایی پرداخت. بنابراین، این رویکرد درمانی درمانگران روان‌شناختی را قادر می‌کند تا چندین مشکل را با یک درمان حل کنند [۳۶]. لذا، می‌توان انتظار داشت که این درمان بتواند سبب افزایش بیشتر و بهتر بهزیستی ذهنی در

درمان‌جویان نیز شود. این رویکردهای درمانی موجب ایجاد توانایی‌هایی می‌شوند که به نوجوان کمک می‌کنند تا از عواطف و هیجانات خود آگاهی بیشتری به دست آورد و این موضوع باعث افزایش آگاهی هیجانی آن‌ها می‌شود [۳۷] و افزایش آگاهی هیجانی کفایت هیجانی را در آن‌ها به همراه خواهد داشت؛ این موضوع به بهزیستی منجر خواهد شد.

محدودیت‌ها: از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که از لحاظ روش‌شناختی شامل گروه خاصی از مادران بود و پدران در مداخلات آموزشی شرکتی نداشتند. همچنین این مطالعه تنها روی دختران نوجوان انجام شد و در تعمیم نتایج آن به جوامع دیگر با تفاوت‌های جنسیتی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی محدودیت وجود دارد. بنابراین، انجام مطالعه در جوامع دیگر توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

در کل، یافته‌ها نشان داد مداخله خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی و درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خودکارآمدی والدینی و بهزیستی ذهنی نوجوانان خودآسیب‌رسان مؤثر است. لذا، پیشنهاد می‌شود مشکلات شناختی، رفتاری و هیجانی ناشی از اقدام و افکار خودآسیب‌رسانی به‌طور دقیق‌تر در تحقیقات آینده شناسایی شود و در صورت امکان، برای کنترل یا رفع آن‌ها اقدامات لازم صورت گیرد. انجام پژوهش‌های بیشتر براساس رویکردهای درمانی دیگر و مقایسه میزان تأثیر آن‌ها در مشکلات ناشی از افکار خودآسیب‌رسانی نیز می‌تواند در انتخاب مناسب‌ترین الگوی درمانی کمک‌کننده باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول مقاله در دانشگاه گیلان است. بدین وسیله از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش و همه عزیزانی که ما را در این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

نضاد منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سهم نویسندگان

مرضیه شهریاری و مهناز خسرو جاوید: همکاری در طراحی مسئله و نگارش مقدمه، روش‌شناسی و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و مهناز خسرو جاوید نویسنده مسئول؛ عباسعلی حسین خانزاده: همکاری در تجزیه و تحلیل داده‌ها و جمع‌آوری داده؛ عباس ابوالقاسمی همکاری در مشاوره علمی مطالعه، تنظیم اولیه و تنظیم نهایی مقاله.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر با کد اخلاق IR.GUILAN. REC.1402.043 انجام پذیرفته است. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، در ابتدای پژوهش، با توضیح صادقانه اهداف طرح، رضایت آگاهانه افراد برای

شرکت در پژوهش جلب شد و با برقراری ارتباط مؤثر با آزمودنی‌ها، آن‌ها از لحاظ مشکلات احتمالی مانند اضطراب ناشی از پاسخ‌دادن، حمایت شدند. رازداری و محرمانه‌ماندن اطلاعات از جانب پژوهشگران کاملاً حفظ شده است.

حمایت مالی

از این مطالعه حمایت مالی نشده است.

REFERENCES

- Moore TR, Lee S, Freeman R, Mahmoudi M, Dimian A, Riegelman A, et al. A meta-analysis of treatment for self-injurious behavior in children and adolescents with intellectual and developmental disabilities. *Behav Modif.* 2024;**48**(2):216-56. PMID: 38197303 DOI: 10.1177/01454455231218742
- Gorodetsky C, Mithani K, Breitbart S, Yan H, Zhang K, Gouveia FV, et al. Deep brain stimulation of the nucleus accumbens for severe self-injurious behavior in children: a phase I pilot trial. *Biol Psychiatry.* 2025;**97**(12):1116-26. PMID: 39645140 DOI: 10.1016/j.biopsych.2024.12.001
- Ayer L, Ohana E, Ivanova MY, Frering HE, Achenbach TM, Althoff RR. Emotional and behavioral problem profiles of preteens with self-injurious thoughts and behaviors: a multicultural study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2024;**63**(9):931-42. PMID: 38280415 DOI: 10.1016/j.jaac.2023.11.012
- Chen Y, Luo J, Jiang L, Shi W, Jia P, Zhang J, et al. Association between positive youth development and non-suicidal self-injury: a longitudinal survey of children and adolescents in southwest China, 2019–21. *J Affect Disord.* 2024;**350**:755-60. PMID: 38211752 DOI: 10.1016/j.jad.2024.01.072
- Grzejszczak J, Strzelecki D, Gabrylska A, Kotlicka-Antczak M. Evaluation of COVID-19 effect on mental health, self-harm, and suicidal behaviors in children and adolescents population. *J Clin Med.* 2024;**13**(3):744. PMID: 38337437 DOI: 10.3390/jcm13030744
- Greenhalgh I, Tingley J, Taylor G, Medina-Lara A, Rhodes S, Stallard P. Beating adolescent self-harm (BASH): a randomised controlled trial comparing usual care versus usual care plus a smartphone self-harm prevention app (Bluecel) in young adolescents aged 12–17 who self-harm: study protocol. *BMJ Open.* 2021;**11**:e049859. PMID: 34815279 DOI: 10.1136/bmjopen-2021-049859
- Lozano-Blasco R, Barreiro-Collazo A, Romero-Gonzalez B, Soto-Sanchez A. The family context in cybervictimization: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse.* 2024;**25**(3):2143-57. PMID: 37947083 DOI: 10.1177/15248380231207894
- Hernandez JM, Ben-Joseph EP, Reich S, Charmaraman L. Parental monitoring of early adolescent social technology use in the US: a mixed-method study. *J Child Fam Stud.* 2024;**33**(3):759-76. PMID: 40621594 DOI: 10.1007/s10826-023-02734-6
- Rumjaun A, Narod F. Social learning theory—Albert Bandura. In: Science education in theory and practice. Cham: Springer Nature Switzerland; 2025. p.65-82. DOI: 10.1007/978-3-030-43620-9_7
- Glatz T, Lippold M, Chung G, Jensen TM. A systematic review of parental self-efficacy among parents of school-age children and adolescents. *Adolesc Res Rev.* 2024;**9**(1):75-91. DOI: 10.1007/s40894-023-00216-w
- Gessulat J, Klucznik K, Oppermann E, Anders Y. Relationships among parental self-efficacy, home learning activities, and child skills. *Fam Relat.* 2024;**73**(4):2602-20. DOI: 10.1111/fare.13031
- Wong ZY, Liem GA, Chan M, Datu JA. Student engagement and its association with academic achievement and subjective well-being: a systematic review and meta-analysis. *J Educ Psychol.* 2024;**116**(1):48-75. DOI: 10.1037/edu0000833
- Zhang CB, Li TG, Li YN, Chang Y, Zhang ZP. Fostering well-being: exploring the influence of user-AI assistant relationship types on subjective well-being. *Int J Inf Manag.* 2024;**79**:102822. [Link]
- Manzoor A, Aisha S, Riaz F, Riaz A. Determining the impact of subjective well-being on academic achievement of children in district faisalabad. *Mediterr J Soc Sci.* 2014;**5**(23):2673-78. DOI: 10.5901/mjss.2014.v5n23p2673
- Karimi Yousefi S, Abolghasemi A, Kafi SM, Hossein Khanzadeh A. The effectiveness of self-compassion training on emotional dysregulation and academic burnout in self-harming female students. *Psychol Stud.* 2021;**17**(1):41-58. [Link]
- Schulte-Frankenfild PM, Breedvelt JJ, Brouwer ME, van der Spek N, Bosmans G, Bockting CL. Effectiveness of attachment-based family therapy for suicidal adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Eur.* 2024;**6**(4): e13717. PMID: 40177611 DOI: 10.32872/cpe.13717
- Diamond G, Rivers AS, Winston-Lindeboom P, Russon J, Roeske M. Evaluating attachment-based family therapy in residential treatment in the United States: does adolescents' increased attachment security to caregivers lead to decreases in depressive symptoms? *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2024;**18**(1):147. PMID: 39538270 DOI: 10.1186/s13034-024-00833-w
- Trial AO. Attachment-based family therapy for adolescents and young adults with suicide ideation and depression. *Crisis.* 2024;**45**(1):48-56. PMID: 37644809 DOI: 10.1027/0227-5910/a000916
- Diamond G, Diamond GM, Levy S. Attachment-based family therapy: Theory, clinical model, outcomes, and process research. *Journal of affective disorders.* 2021. 286-95. PMID: 34304083 DOI: 10.1016/j.jad.2021.07.005
- Adams SW, Possemato K, Kuhn E. Identifying transdiagnostic and multidimensional prognostic indicators among veterans with PTSD symptoms in brief integrated care settings. *Psychol Trauma.* 2024. PMID: 39480318 DOI: 10.1037/tra0001809
- Wiesepape CN, Smith EA, Hillis-Mascia JD, Queller Soza SE, Morris MM, James AV, et al. Metacognition as a transdiagnostic determinant of recovery in schizotypy and schizophrenia spectrum disorders. *Behav Sci.* 2024;**14**(4):336. PMID: 38667132 DOI: 10.3390/bs14040336
- Behr S, Fenski F, Boettcher J, Knaevelsrud C, Hammelrath L, Kovacs G, et al. TONI-One for all? Participatory development of a transtheoretic and transdiagnostic online intervention for blended care. *Internet Interv.* 2024;**35**:100723. PMID: 38370289 DOI: 10.1016/j.invent.2024.100723
- Sansone RA, Gage MD, Wiederman MW. Investigation of borderline personality disorder among non-psychotic, involuntarily hospitalized clients. *J Ment Health Couns.* 1998;**20**:133-40. [Link]
- Tahbaz Hosseinzadeh S, Ghorbani N, Nabavi S. Comparison of self-destructive personality tendency and cohesive self-knowledge in patients with multiple sclerosis and healthy individuals. *J Contemp Psychol.* 2011;**6**(2):35-44. [Link]
- Dumka LE, Stoerzinger HD, Jackson KM, Roosa MW. Examination of the cross-cultural and cross-language equivalence of the Parenting Self-Agency Measure. *Fam Relat.* 1996;**45**(2):216-22. DOI: 10.2307/585293
- Alavi Z, Ghasemzadeh S, Arjomandnia A, Lavasani M, Vakili S. The effectiveness of an integrated transdiagnostic treatment protocol on the social skills of anxious students and the self-efficacy of their mothers. *Q Appl Psychol Res.* 2021;**13**(3):225-41. DOI: 10.22059/japrr.2022.330196.643986
- Renshaw TL, Long AC, Cook CR. Assessing adolescents' positive psychological functioning at school: development

- and validation of the Student Subjective Wellbeing Questionnaire. *Sch Psychol Q*. 2015;**30**(4):534-52. [PMID: 25180834](#) [DOI: 10.1037/spq0000088](#)
28. Diamond G, Levy S, Brennan B. Attachment-based family therapy: theory, clinical model, and training. In: Training in integrated relational psychotherapy. Cham: Springer Nature Switzerland; 2024. p.329-42. [DOI: 10.1007/978-3-031-71904-2_15](#)
 29. Ehrenreich M, Kennedy S, Sherman J, Bilek E, Bazla B, Bennett S, et al. Integrated transdiagnostic treatment protocols for emotional disorders in children and adolescents. Tehran: Arjomand; 2008. [\[Link\]](#)
 30. Abarashi Z, Tahmasian K, Mazaheri MA, Panaghi L. The impact of psychosocial child development training program on parental self-efficacy and mother-child relationship under age three. *J Res Psychol Health*. 2009;**3**(3):49-58. [DOI: 20.1001.1.20080166.1388.3.3.5.5](#)
 31. Roushanbin M, Pouretemad HR, Khoushabi K. The effect of group positive parenting program training on parenting stress in mothers of ADHD children. *Fam Res Q*. 2007;**3**(10):555-72. [\[Link\]](#)
 32. Hanna B, Edgecombe G, Jackson CA, Newman S. The importance of first-time parent groups for new parents. *Nurs Health Sci*. 2002;**4**(4):209-14. [PMID: 12406208](#) [DOI: 10.1046/j.1442-2018.2002.00128.x](#)
 33. Bandura A, Hall P. Albert bandura and social learning theory. *Learning theories for early years*. 2018;**78**:35-6. [\[Link\]](#)
 34. Karbasi Zade F, Abedi A, Abedi MR. The effectiveness of Barlow's transdiagnostic treatment on the emotional well-being of adolescents with nomophobia. *J Psychol Sci*. 2023;**22**(130):187-202. [DOI: 10.52547/JPS.22.130.2135](#)
 35. Avedissian T, Alayan N. Adolescent well-being: a concept analysis. *Int J Ment Health Nurs*. 2021;**30**(2):357-67. [PMID: 33394556](#) [DOI: 10.1111/inm.12833](#)
 36. Wiguna T, Anindyajati G, Kaligis F, Ismail RI, Minayati K, Hanafi E, et al. Adolescent mental well-being and school closures during the COVID-19 pandemic in Indonesia. *Front Psychiatry*. 2020;**11**:598756. [PMID: 33312144](#) [DOI: 10.3389/fpsyt.2020.598756](#)
 37. Shoshani A, Steinmetz S. Positive psychology at school: a school-based intervention to promote adolescents' mental health and well-being. *J Happiness Stud*. 2014;**15**(6):1289-311. [DOI: 10.1007/s10902-013-9476-1](#)