مجله علوم پزشکی رازی دوره ۳۲، شماره پیوسته ۵۵، ۲۰ خرداد ۱۴۰۴ https://doi.org/10.47176/rjms.32.55

پژوهشی

بررسی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی(MBCT) بر مشکلات تنظیم هیجانی و کینه‌ورزی در نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه

الناز بانیانی: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، واحد فسا، دانشگاه آزاد اسلامی، فسا، ایران

زهرا توانگر مروستی: استادیار، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، واحد فسا، دانشگاه آزاد اسلامی، فسا، ایران (* نویسنده مسئول) zahratavangar@iau.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: نوجوانان دارای «اختلال نافرمانی مقابله جویانه» در تنظیم هیجانات و کینه ورزی دچار مشکل شدید هستند. از این‌رو، هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی»(Mindfulness-Based Cognitive Therapy -MBCT) بر مشکلات تنظیم هیجانی و کینه‌ورزی در نوجوانان دارای «اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه» بود. MBCT شکل اصلاح شده‌ای از رفتاردرمانی شناختی (Cognitive Behavioral Therapy–CBT) است، که شامل شیوه‌هایی از ذهن‌آگاهی است.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری تحقیق شامل کلیهٔ نوجوانان دارای «اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه» بودند، که در پاییز ۱۴۰۳ به مراکز درمانی روان‌شناسی و مشاوره دولتی و غیردولتی شیراز مراجعه می‌کردند. با نمونه‌گیری هدفمند، ۳۰ نوجوان در دو گروه مساوی به قرار «MBCT»، و «کنترل» قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل: مقیاس خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان (Youth Selfreport) توسط ایشتنباخ (۱۹۷۸) ؛ پرسش نامهٔ تنظیم هیجان کودک و نوجوان (Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents)؛ و مقیاس تمایلات انتقام جویانه توسط فلورس–کاماچو و همکاران (۲۰۲۲) (Brief Scale of Vengeful Tendencies -11) بودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا) استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که کاربرد شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی(MBCT) بر بهبود تنظیم هیجانی و کاهش کینه‌ورزی نوجوانان تأثیرگذاراست.

نتیجه‌گیری: کاربرد «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی»، درمانی مفید در هدف قرار دادن مشکلات تنظیم هیجانی و کینه‌ورزی در نوجوانان دارای «اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه» می‌باشد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

کلیدواژه‌ها

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی،
تنظیم هیجانی،
کینه‌ورزی،
اختلال نافرمان مقابله‌جویانه

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۱۱
تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۰۳/۲۰

شیوه استناد به این مقاله:
Baniani E, Tavangar Marvasti Z. Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Emotional Regulation Problems and Spitefulness in Adolescents with ODD. Razi J Med Sci. 2025(10 Jun);32.55.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en).

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.55]

Razi Journal of Medical Sciences. 2025(10 Jun);32.55. https://doi.org/10.47176/rjms.32.55

Original

Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Emotional Regulation Problems and Spitefulness in Adolescents with ODD

Elnaz Baniani: Master's student in General Psychology, Department of Psychology and Educational Sciences, Fa.C., Islamic Azad University, Fasa, Iran

Zahra Tavangar Marvasti: Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Fa.C., Islamic Azad University, Fasa, Iran (* Corresponding Author) zahratavangar@iau.ac.ir

Abstract

Background & Aims: Oppositional Defiant Disorder (ODD) is one of the most common disorders among those referred to psychological and psychiatric treatment centers which have irreversible consequences if left untreated. The aim of this study was to the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on emotional regulation problems and spitefulness in adolescents with ODD. MBCT is a modified form of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) which includes mindfulness techniques. Researchers have now recognized the role of emotion regulation and spitefulness in the development and maintenance of various types of mental disorders. Targeting vulnerabilities such as emotion regulation and spitefulness that are present in disorders such as oppositional defiant disorder in adolescents should be a priority for new treatment approaches in this group of patients. A variety of approaches have been used to treat oppositional defiant disorder, one of which is cognitive behavioral therapy (Katzman et al., 2018). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) is a modified form of cognitive behavioral therapy (CBT) that incorporates elements of mindfulness. Mindfulness has been gaining attention in the West since the 1970s, and since then, more than 240 mindfulness-based programs have been conducted in North America and Europe (Kayon, 2011). Emotion regulation (another variable in the research) includes all conscious and unconscious strategies used to increase, maintain, and decrease the emotional, behavioral, and cognitive components of an emotional response (Garnevsky et al., 2001). According to research by Hayes and Feldman (2004), mindfulness training is a growing clinical intervention for enhancing emotion regulation. On the other hand, spitefulness (another variable in the study) is an important global phenomenon in interpersonal relationships (Elshat et al., 2015) and, according to DSM5, is one of the main criteria for diagnosing "oppositional defiant disorder."

Methods: This study was a quasi-experimental study using a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of the study included all adolescents with "oppositional defiant disorder" who were referred to government and non-government psychological treatment and counseling centers in Shiraz in the autumn of 2024. Through purposive sampling, 30 adolescents were divided into two equal groups: "MBCT" and "control". The research instruments included: the Self-Report Scale of Adolescent Behavior Problems (YSR) by Echtenbach (1978); the Child and Adolescent Emotion Regulation Questionnaire (ERQ-CA); and the Scale of Revenge Tendencies by Flores-Camacho et al. (2022) (BSVT-11). Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was used to analyze the data.

Results: The findings showed that the use of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) is effective in improving emotional regulation and reducing spitefulness in adolescents. Multivariate analysis of covariance was used to examine research

Keywords

Mindfulness-based Cognitive Therapy, Emotional Regulation, Spitefulness, Oppositional Defiant Disorder

Received: 01/03/2025

Published: 10/06/2025

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.55]

hypotheses. Before conducting this test, a multivariate analysis of variance test was first conducted to compare the variables of emotional regulation and spitefulness in the pre-test phase in the experimental and control groups, to ensure that there was no difference in the pre-test variables in the two groups. The results showed that the mean and standard deviation of the emotional regulation dimensions (reappraisal and suppression) of the MBCT treatment group and the control group were calculated in the pre-test and post-test stages.

Conclusion: The use of "mindfulness-based cognitive therapy" is a useful treatment in targeting emotional regulation problems and spitefulness in adolescents with "oppositional defiant disorder." One of the important elements in Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) is "mindfulness." Investigating how mindfulness affects "emotional regulation" has been the subject of much research in the past and today, all of which are consistent with the results of the present study. In explaining this research finding that MBCT led to a significant reduction in spitefulness in adolescents with ODD, it must be acknowledged that the mechanisms underlying this therapeutic approach, and especially the mindfulness elements present in MBCT, led to this therapeutic response.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:
Baniani E, Tavangar Marvasti Z. Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Emotional Regulation Problems and Spitefulness in Adolescents with ODD. Razi J Med Sci. 2025(10 Jun);32.55.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en).

*This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.55]

مقدمه

با توجه به روند رو به رشد اختلالات دوران کودکی و نوجوانی در طول زمان و هزینه‌های گزافی که در صورت درمان نشدن بر فرد، خانواده و جامعه تحمیل می‌شود، ضرورت توجه به درمان این اختلالات را دوچندان می‌کند. درصد بالایی از نوجوانان دارای «اختلالات رفتاری- هیجانی» ترک تحصیل می‌کنند و در عرض پنج سال، ۷۸ درصد از آن‌ها به زندان می‌روند و ۴۸ درصد نوجوانان دارای این اختلالات که ترک تحصیل نمی‌کنند، سرانجام کارشان به زندان منتهی می‌شود (۱). شیوع کلی اختلالات هیجانی- رفتاری در کودکان ایرانی ۲۳ درصد محاسبه شده است (۲). ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (DSM5) بیان می‌کند، ۵ درصد کودکان که نسبت جنسیتی آن در دورهٔ کودکی، پسران ۲ برابر دختران و در نوجوانی و بزرگسالی مردان ۱/۶ برابر زنان است به «اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه» مبتلا می‌شوند (۳).

نوجولنان دارای «اختلال نافرمانی مقابله جویلنه» در تنظیم هیجانات دچار مشکل شدید هستند. براساس پژوهش هادجیچارالامبوس و فانتی (۴)، مدت‌ها است تشخیص داده شده که «اختلال نافرمانی مقابله جویانه» ممکن است با اختلال در عملکرد اجرایی مرتبط باشد، یعنی فرآیندهای شناختی لازم برای انجام هدفمند رفتار ممکن است منجر به کاهش خودتنظیمی هیجانات شود. علاوه براین، این اختلال با مشکل در تشخیص دادن هیجانات هم مرتبط است(۵).

همچنین نوجوانان دارای «اختلال نافرمانی مقابله جویانه» در ارتباطات خود درگیر کینه‌ورزی غیرقابل کنترل هستند. رفتارهای مقابله‌ای مانند «کینه‌ورزی» در این اختلال می‌توانند پیامدهای منفی قانونی و ارتباطی جدّی را برای نوجوان در پی داشته باشد و آثار منفی آن محدود به خود نوجوان نیست و می‌تواند به دیگران نیز آسیب برساند.

اجرای مداخلات به هنگام در «اختلال نافرمانی مقابله جویلنه» می‌تولند از شیوع و گسترش آن به بزرگسالی بکاهد. در صورت عدم تشخیص و درمان به هنگام، احتمال بروز مشکلات رفتاری جدی، مهارت‌های اجتماعی ضعیف و مشکلات تحصیلی در زندگی آتی این افراد بالاست (۶). هدف قرار دادن آسیب‌پذیری‌هایی از قبیل تنظیم هیجانی و کینه‌ورزی در «اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه» در نوجوانان باید اولویت درمانی رویکردهای جدید درمانی در این گروه از بیماران باشد که در پژوهش حاضر این آسیب‌پذیری‌ها مورد هدف قرار گرفته شده‌اند.

از گذشته تاکنون تعدادی از درمان‌ها گسترش یافته‌اند تا مشکلات هیجانی و رفتاری در اختلالاتی مانند «اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه» را در نوجولنان نشانه بگیرند؛ با این وجود، علی‌رغم بهترین درمان استاندارد، مشکلات نوجوانان هم‌چنان ادامه دارد که این امر نیاز برای توسعهٔ روش‌های درمانی جدید را بیان می‌کند. در درمان‌های مبتنی بر «ذهن‌آگاهی»، نوجوان یاد می‌گیرد که چگونه به طور متفاوت با افکار و احساسات منفی خود رابطه برقرار کند و به جای درگیر شدن با افکار و احساسات، آن‌ها را قبول کند و به آن‌ها عکس العمل نشان ندهد. لذا در پژوهش حاضر، Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) که نوعی شناخت درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی است، به کار گرفته شده است تا مشکلات این گروه از نوجوانان را کاهش دهد.

«اختلالات رفتاری- هیجانی (Emotional and Behavioral Disorders (EBD))» در کودکان و نوجوانان چتری است که زیر آن تشخیص‌هایی از جمله «اختلال نافرمانی مقابله جویانه»، «اختلال سلوک (Conduct Disorder (CD))»، «اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی (Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD))»، و «اختلال نامنظمی خلقی اخلال‌گرانه (Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD))» قرار دارند. «اختلال نافرمانی مقابله‌ای» و «اختلال سلوک» هر دو خطر بالایی برای ناسازگاری در زندگی بعدی دارند (۷) و هر دو هزینه‌های زیادی برای فرد و جامعه به بار می‌آورند (۸). این اختلالات با نرخ بالاتری از بیماری‌های همراه در طول زندگی همراه هستند (۹)، به خصوص نوجوانانی که در مؤسسات رفاهی جوانان زندگی می‌کنند، بسیاری از علائم این اختلالات را نشان

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.55]

می‌دهند (۱۰). علاوه بر این، آن‌ها اغلب دارای تاریخچه تجربیات آسیب‌زا در دوران کودکی هستند و مشکل شدید در تنظیم هیجانات دارند (۱۱). این اختلالات با الگوهای مکرر رفتارهای قانون شکنی، پرخاشگرانه، یا سرکشی که بیش از حدی است که برای سن مناسب در نظر گرفته می‌شود، مشخص می‌شوند (۷). براساس پژوهش سادوک و همکاران (۱۲)، در رابطه با میزان شیوع «اختلالات رفتاری- هیجانی» کودکان و نوجوانان درصدهای متفاوتی گزارش شده است؛ به طوری که مطالعات همه گیرشناسی در جمعیت‌های غیربالینی حاکی از آن است که این رفتارها در ۲ تا ۱۶ درصد کودکان و نوجوانان دیده می‌شود.

تنظیم هیجانی متغیری در این تحقیق است که در نوجوانان دارای «اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه» به صورت واضح به صورت «مشکلات در تنظیم هیجانی» (Difficulties in Emotion Regulation) دیده می‌شود. تنظیم هیجانی همان گونه که از نامش پیداست به معنی متعادل ساختن هیجانات منفی و مثبت است و از آنجایی که در هر جامعه‌ای هنجارهای اجتماعی عکس‌العمل‌های نامناسب و کنترل نشدهٔ هیجانی را منع می‌کنند، افراد مجبورند در تمام مدت در تنظیم هیجانی خود درگیر باشند. نوجوانان دارای «اختلال نافرمانی مقابله جویانه» در تنظیم هیجانات دچار مشکل شدید هستند. براساس پژوهش هادجیچارالامبوس و فانتی (۱۳)، مدت‌ها است تشخیص داده شده که «اختلال نافرمانی مقابله جویانه» ممکن است با اختلال در عملکرد اجرایی مرتبط باشد؛ یعنی فرآیندهای شناختی لازم برای انجام هدفمند رفتار ممکن است منجر به کاهش خودتنظیمی هیجانات شود. علاوه براین، این اختلال با مشکل در تشخیص دادن هیجانات هم مرتبط است (۵). همچنین براساس پژوهش دیترز و همکاران (۱۴)، عملکرد اجرایی و تشخیص هیجانات در نوجوانان با «اختلال نافرمانی مقابله جویلنه» و «اختلال سلوک» دچار مشکل است.

کینه‌ورزی (Spitefulness) هم متغیر دیگری در این تحقیق است که در نوجوانان دارای «اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه» به صورت واضح دیده می‌شود. نوجوانان دارای «اختلال نافرمانی مقابله جویانه» در تعاملات خود کینه‌ورزی شدید دارند و این ویژگی منجر به رنج‌های شخصی و مشکلات قانونی بیشتری برای آن‌ها می‌شود. کینه‌ورزی یا کینه‌توزی یا انتقام جویی به عنوان یک احساس، عمل یا یک ویژگی شخصیتی، چندین معنای ممکن دارد. به گفتهٔ انجمن روان‌شناسی آمریکا «هیچ تعریف استانداردی از کینه‌توزی وجود ندارد، کینه‌توزی را می‌توان به‌طور کلی به گونه‌ای تعریف کرد که شامل هرگونه اقدام انتقام‌جویانه باشد. از طرف دیگر یک تعریف محدودتر شامل این شرط است که اعمال کینه‌توزانه شامل درجه‌هایی از آسیب رساندن به خود باشد» (۱۵). افراد کینه‌توز گاهی اوقات قید منافع خود را می‌زنند یا بهایی را می‌پردازند تا به دیگران آسیب وارد کنند که به نظر می‌رسد انگیزهٔ آن‌ها پیچیده‌تر از کسب منافع فوری یا اجتناب از هزینه‌های فوری باشد، زیرا این افراد تمایل دارند منافع خود را از طریق لذت ایجاد آسیب به دیگران جبران کنند (۱۵).

یافته‌های پژوهش ورابل و همکاران (۱۶) نشان می‌دهد افرادی که دارای سطوح بالایی از کینه‌توزی هستند، به احتمال بیشتری اقدام به رفتارهای پرخاشگرانه و یا خصومت‌آمیز می‌کنند و به نظر می‌رسد نگران عواقب اقدامات خود برای دیگران نیستند. برخی افراد انگیزهٔ منفی انتقام جویی مداوم را برای روزها، هفته‌ها، ماه‌ها یا حتی سال‌ها تجربه می‌کنند (۱۷). چنین انگیزه‌ای، با نشخوار انتقام‌جویی تحریک می‌شود (۱۸). تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که کینه‌توزی با خصوصیات مشکل دار متنوعی از قبیل: ویژگی‌های شخصیتی پاتولوژیک (۱۹)، رقابت ناسالم (۲۰)، سطوح پایین احساس گناه (۱۹)، مشکلات تنظیم هیجان (۲۱) و مشکل در درک حالات ذهنی دیگران (۲۲)، همراه است.

«شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی»(MBCT)، شکل اصلاح شده‌ای از «رفتاردرمانی شناختی»(CBT- Cognitive Behavioral Therapy) است که شامل

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.55]

شیوه‌هایی از «ذهن‌آگاهی» است و در پژوهش حاضر به کار رفته است. در سال‌های اخیر، تعدادی از پژوهشگران تلفیق رویکردهای مبتنی بر «ذهن‌آگاهی» را با مداخلات شناختی رفتاری (Cognitive Behavioral Interventions) موجود (موج سوم درمان‌های شناختی رفتاری (Third Wave Cognitive Behavior Therapy)) پیشنهاد کرده‌اند. این درمان‌ها با عنوان «درمان‌های موج سوم (Third Wave Therapies)» در روان‌شناسی شناخته می‌شوند. پژوهشگران بر این باورند که به کارگیری روش‌های درمانی مانند درمان مبتنی بر «ذهن‌آگاهی» به دلیل ساز و کارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از اجتناب هیجانی می‌تولند در تلفیق با فنون «رفتاردرمانی شناختی»، اثربخشی درمان‌ها را افزایش دهد. یکی از درمان‌های معروف در این زمینه، «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی» (MBCT) است. این درمان برگرفته از فعالیت‌های «جان کابات-زین»، خالق تکنیک Mindfulness-Based Stress Reduction است.

با توجه به مطالب گفته شده و لزوم اهمیت دادن به مشکلات تنظیم هیجانی و کینه‌ورزی در نوجوانان دارای «اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه»، این سؤال پژوهشی به ذهن می‌رسد که آیا با به کارگیری «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی» می‌توان باعث کاهش مشکلات تنظیم هیجانی و کینه‌ورزی در نوجوانان دارای این اختلال شد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر، بررسی «شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی» (MBCT) بر مشکلات تنظیم هیجانی و کینه‌ورزی در نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه می‌باشد.

روش کار

طرح پژوهش، نیمه آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون و پس آزمون (با یک گروه آزمایشی) و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش عبارت بودند از کلیه نوجوانانی که با استفاده از مصاحبه با نوجوان و والدین آن‌ها و همچنین مقیاس خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان ایشنباخ (Youth Selfreport) و تشخیص «اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه» را دریافت کردند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱. سن دختران و پسران بین ۱۸-۱۳ سال، ۲. ارجاع روان پزشک یا پزشک با تشخیص اولیهٔ «اختلال نافرمانی مقابله جویانه» بر طبق معیارهای تشخیصی پنجمین ویراست تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM5))، ۳. مصاحبه با نوجوان و والدین آن‌ها و انجام آزمون مشکلات رفتاری نوجوانان (YSR) جهت تکمیل تشخیص «اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه»، ۴. عدم شرکت همزمان در برنامه‌های دیگر درمانی در زمان پژوهش، ۵. عدم محدودیت تحصیلی، ۶. نداشتن هیچ اختلال همبود دیگر و ۷. عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی.

با توجه به معیارهای ورودی ذکر شده، از بین کلیه نوجولنان دارای «اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه» که به مراکز مشاوره و روان‌شناسی دولتی و غیردولتی شیراز و همچنین مراکز مشاوره و روان‌شناسی آموزش و پرورش مناطق مختلف شیراز در پاییز ۱۴۰۳ مراجعه می‌کردند (نمونه‌گیری هدفمند)، تعداد ۳۰ نوجوان به صورت تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه به ترتیب زیر گنجانده شدند: ۱۵ نفر در گروه آزمایش که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی دریافت کردند؛ و ۱۵ نفر در گروه کنترل که هیچ درمانی دریافت نکردند. در ادامه به بررسی ابزارهای پژوهش پرداخته می شود.

ابزار تشخیص مشکلات در تنظیم هیجانی:

پرسش نامهٔ تنظیم هیجان کودک و نوجوان(ERQ-CA (Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents)) در واقع فرم تجدید نظر شده‌ای از پرسش نامهٔ ERQ است. این پرسش نامه در سال ۲۰۰۳ توسط گراس (۲۳)، برای ارزیابی راهبردهای تنظیم هیجان در افراد غیر بزرگسال، یعنی کودکان و نوجوانان ۹ تا ۱۸ سال، ساخته شده است. در فرم ERQ-CA معیارها از نظر جمله‌بندی تغییراتی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.55]

یافته‌اند تا مناسب ارزیابی افراد غیر بزرگسال شود. بنابراین، این پرسش نامه از نظر مفهومی دقیقاً همسو با فرم بزرگسال پرسش نامه ERQ است، اما معیارهای متفاوتی دارد. گراس روایی و پایایی پرسشـ نامه فوق را مطلوب و با ضریب همسانی درونی ۰/۷۳ و ضریب بازآزمایی برای هر دو راهبرد ۰/۶۹ گزارش کرده است (۲۴). به دلیل وجود ارتباط نظری میان راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان با آسیب شناسی روانی و در نظر گرفته شدن مشکلات در تنظیم هیجان به عنوان یک مؤلفه فراتشخیصی در اختلالات روانی (۲۴) و به منظور بررسی روایی همگرا و واگرای پرسش ـنامه ERQ-CA همبستگی عوامل آن با پرسشـ نامه‌های عاطفه مثبت و منفی، اضطراب و افسردگی کودکان نیز محاسبه شد (۲۴). آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل پرسش ـنامه ۰/۸۱ و برای دو عامل ارزیابی مجدد و سرکوبی به ترتیب مقادیر ۰/۷۹ و ۰/۶۸ بوده است. همچنین، همبستگی محاسبه شده برای ارتباط میان دو عامل «ارزیابی مجدد و سرکوبی» با زیر مقیاس‌های عاطفه مثبت و منفی، نشانگان اضطرابی(به استثنای وسواس فکری- عملی) و افسردگی نشان‌دهنده رابطه معنادار(در سطح خطای ۰/۰۱ و ۰/۰۵) بوده است. به طور کلی، با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان ادعا کرد که فرم فارسی پرسشنامه ERQ-CA از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب برخوردار بوده و با اطمینان می توان از آن جهت ارزیابی پژوهشی و بالینی راهبردهای تنظیم هیجان در کودکان و نوجوانان ایرانی استفاده کرد.

ابزار تشخیص کینه‌ورزی: ابزار مورد استفاده برای سنجش کینه‌ورزی در نوجوانان، مقیاس تمایلات انتقام جویانه توسط فلورس-کاماچو و همکاران است(۲۵). فلورس-کاماچو، کاستیلو-وردخو و پناگوس-کورزو در سال ۲۰۲۲ (۲۵) مقیاس مختصری از ۱۱ ماده انتقام جویانه را تهیه کردند (۲۶). این مقیاس که در ایران برای اولین بار توسط طراویان و همکاران هنجاریابی شد و سه بعد را ارزیابی می‌کند که عبارتند از: ۱. رنجش (معیارهای ۲،۸،۵ و ۱۱)؛ ۲. برنامه‌ریزی برای انتقام (معیارهای ۴،۱،۱۰، و ۷)؛ و ۳. توجیه انتقام (معیارهای ۹،۳، و ۶). برای پاسخ به سؤالات از مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم»(۱) تا «کاملاً موافقم»(۵) استفاده می‌شود.

در ابتدای مقیاس، شرکت‌کنندگان دستورالعمل زیر را می‌خوانند: «در زیر مجموعه‌ای از عبارات ارئه می‌شوند، لطفاً گزینه‌ای را که بهترین توصیف شما است را مشخص کنید». از آلفای کرونباخ برای ارزیابی سازگاری درونی کل مقیاس و خرده مقیاس‌ها استفاده شد. مقادیر آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های کینه‌ورزی، برنامه‌ریزی برای انتقام، توجیه انتقام، و نمره کل به ترتیب ۷۵/. و ۸۸/. و ۷۰/. و ۸۷/. به دست آمد. همچنین در پژوهش طراویان و همکاران (۲۷) نیز پایایی مؤلفه‌های کینه‌ورزی، برنامه‌ریزی برای انتقام، توجیه انتقام و نمره کل به ترتیب ۷۹/. و ۸۱/. و ۷۶/. و ۹۲/. بوده است.

ابزار تشخیص اختلال «نافرمانی مقابله‌جویانه»: ابزار مورد استفاده برای سنجش اختلال «نافرمانی مقابله‌جویانه» در نوجوانان، مقیاس خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان ایشتنباخ (YSR (Youth Self Report)) بود. فرم مشکلات رفتاری نوجوانان، یک مقیاس خودارزیابی برای سنین ۱۱ تا ۱۸ سال است که برای نوجوانان با حداقل تحصیلات در حد پایه پنجم ابتدایی در مدت زمان ۱۵ دقیق قابل پاسخگویی است. این مقیاس ۱۲۲ سؤالی، شامل بخش شایستگی‌ها از چهار قسمت فعالیت‌ها، عملکرد تحصیلی، کارآیی اجتماعی و شایستگی کلی تشکیل شده است (۲۸). در مطالعه‌ای(جهت سنجش روایی تشخیصی) بر روی ۲۱۰۸ آزمودنی، رابطه بین نمره‌های زیر مقیاس‌ها و وضعیت فعلی آزمودنی‌ها را ارزیابی کردند؛ در گروه غیر بالینی در مقایسه با گروه بالینی نمرات بالاتر در زیر مقیاس کفلیت با نمرات پایین‌تر در زیرمقیاس‌های مشکلات رفتاری همبستگی معنی داری از لحاظ آماری نشان داد. در مجموع، یافته‌های پژوهش کاکابرایی و همکاران (۲۸) در مورد «مقیاس خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان ایشتنباخ» روی دانش‌آموزان مقطع متوسطه استان کرمانشاه رضایت

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.55]

بخش بود. عوامل به دست آمده از تحلیل عاملی شبیه عوامل مطالعه اصلی بود و به ترتیب با عناوین اضطراب/افسرده، گوشه‌گیری/افسرده، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکل تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون گریز، رفتار پرخاشگرانه و مشکلات دیگر نامگذاری شدند. نتایج از حاکی از وجود شواهد لازم در خصوص کارایی از نظر ویژگی‌های روانسنجی روی دانش‌آموزان استان کرمانشاه و روایی بین فرهنگی این مقیاس است.

پروتکل «شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی» (MBCT): این درمان در پژوهش حاضر، برگرفته از کتاب «درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی» با مقدمه‌ای از جان کلبات-زین (۲۹) بود. براساس پروتکل استاندارد درمانی، این درمان ۸ هفته به طول انجامید و هر هفته یک جلسه با آزمودنی‌ها کار کرده شد. در این روش درمانی، ایده‌های شناخت درمانی (Cognitive Therapy) (CT) برگرفته از CBT با شیوه‌ها و نگرش‌های مراقبه‌ای مبتنی بر «ذهن‌آگاهی» ترکیب شده‌اند. هدف درونی این کار، آشنایی با حالت‌های ذهنی مانند مشکل در تنظیم هیجانی و کینه‌ورزی در Oppositional Defiant Disorder و مدیریت آن‌ها است. در طی درمان MBCT افراد یاد می‌گیرند رابطهٔ جدیدی با حلت‌های ذهنی‌اشان ایجاد کنند.

در آموزش ذهن‌آگاهی، نوجوان یاد می‌گیرد که چگونه به طور متفاوت با افکار و احساسات منفی خود رابطه برقرار کند و به جای درگیر شدن با افکار و احساسات، آن‌ها را قبول کند و به آن‌ها عکس العمل نشان ندهد. همچنین یاد می‌گیرد که افکار خودآیند، عادات، نشخوارهای فکری، هیجانات ناخوشایند، و افکار و احساسات منفی خود را چگونه تغییر جهت دهد، نسبت به آن‌ها آگاه شود و در چشم انداز وسیع‌تری افکار و احساسات خود را ببیند. در ادامه ساختار جلسات درمانی به‌صورت خلاصه ارائه می‌گردد (جدول ۱).

روش اجرای پژوهش: با انجام مصاحبهٔ تشخیصی با نوجوان و والدین او (به عنوان تکمیل تشخیص توسط روان‌پزشک) و همچنین اجرای مقیاس خودگزارشی

جدول ۱- پروتکل «شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT)» بر اساس طرح درمانی سگال و همکاران (ترجمهٔ اوتادی و آصف آگاه، ۱۴۰۲) (۲۹).

شرح جلسات	هدف از جلسه	محتوای جلسه
جلسهٔ اول	۱. ایجاد ارتباط بیشتر اعضا با یکدیگر و نحوهٔ بازخورد دادن ۲. ایجاد انگیزه و تشویق و تأکید بر حضور مفید و مؤثر در جلسات آینده و تأثیرش بر روابط ۳. آمادگی برای شروع جلسات آموزش ذهن‌آگاهی ۴. آشنایی با قواعد و قوانین شرکت در جلسات آموزش ذهن‌آگاهی ۵. اجرای پیش آزمون	۱. معارفه ۲. اجرای پیش آزمون ۳. تمرین خوردن کشمش ذهن‌آگاهانه ۴. وارسی بدنی(یک مراقبهٔ هدایت شدهٔ ۴۵ دقیقه‌ای که در آن شرکت‌کنندگان با کمک تنفس، توجّه خودشان را به حس‌های موجود در قسمت‌های مختلف بدن معطوف می‌کنند) ۵. تکلیف خانگی(انجام ذهن‌آگاهانهٔ یک فعالیت عادی روزمره و پر کردن جدول موقعیت هیجان‌زا و کینه‌ورزی)
جلسهٔ دوّم	۱. تمرکز بر افکار و احساسات و ارتباط بین وقایع و احساسات ۲. تمرکز بر وقایع خوشایند ۳. مقابله با موانع	۱. بازنگری تکالیف خانگی جلسهٔ قبل ۲. توضیح مفهوم ذهن‌آگاهی ۳. توضیح تله‌های ذهنی ۴. تمرین افکار و احساسات ۵. تکلیف خانگی(ثبت تله‌های ذهنی)
جلسهٔ سوّم	۱. تمرکز بر افکار و احساسات و ارتباط بین وقایع و احساسات ۲. تمرکز بر وقایع خوشایند ۳. حضور ذهن با تکنیک تنفس	۱. بازنگری تکالیف خانگی جلسهٔ قبل ۲. مراقبهٔ نشستهٔ ۱۰ دقیقه‌ای ۳. مراحل آرامش پیشرونده ۴. تکلیف خانگی(راه رفتن ذهن‌آگاهانه) ۵. تکلیف خانگی فضای تنفس سه دقیقه‌ای و یادگیری این تکلیف ۶. تکلیف خانگی ثبت وقایع ناخوشایند

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.55]

جدول ۱- ادامه

شرح جلسات	هدف از جلسه	محتوای جلسه
جلسهٔ چهارم	۱. استفاده از تمرین‌های یاد گرفته شده در شرایط ناخوشایند واسترس‌زا ۲. ماندن در زمان حال	۱. بازنگری تکالیف خانگی جلسهٔ قبل ۲. مراقبهٔ دیدن/ مراقبهٔ شنیدن ۳. آموزش رسمی تنفس ذهن‌آگاهانه ۴. تمرین مراقبهٔ نشستن ۵. تکلیف خانگی(مراقبهٔ نشستن)
جلسهٔ پنجم	۱. پذیرش تجارب فردی ۲. آگاهی از افکار، احساسات و تجارب خوشایند و ناخوشایند لحظهٔ حال	۱. چگونگی بیدار شدن از خواب ذهن‌آگاهانه ۲. دوش گرفتن ذهن‌آگاهانه ۳. خوردن ذهن‌آگاهانه ۴. تمرین مراقبهٔ نشستن هدایت شده ۵. تکلیف خانگی
جلسهٔ ششم	۱. آگاهی از اینکه افکار حقایق نیستند ۲. رها شدن از وابستگی به افکار ۳. رها شدن از موضع گرفتن و برنامه‌های ذهنی از پیش تعیین شده	۱. ارتباط ذهن‌آگاهانه با همسالان ۲. مراقبهٔ نشستن تجسمی ۳. تمرین سناریوهای مبهم ۴. تکلیف خانگی
جلسهٔ هفتم	۱. افزایش سطح انرژی و خلق افراد ۲. مراقبت از خود ۳. رهایی از استرس و تنیدگی‌های روزمره	۱. آموزش خودسنجی ذهن‌آگاهانه ۲. وارد کردن ذهن‌آگاهی در روابط بین فردی ۳. آموزش ویژگی‌های ارتباط ذهن‌آگاهانه ۴. تکلیف خانگی
جلسهٔ هشتم	۱. استفاده از آموخته‌ها ۲. کاهش استرس و تنیدگی ..... پس از جلسات تشکیل شده و در دنیای واقعی ۳. ختم جلسات و نتیجه‌گیری ۴. اجرای پس‌آزمون	۱. چک کردن ذهن‌آگاهی ۲. برنامه‌ریزی برای آینده ۳. وارسی و کاووش بدنی ۴. وارد کردن ذهن‌آگاهی در افکار و هیجانات ۵. مراقبهٔ عشق و محبت ۶. اجرای پس آزمون

مشکلات رفتاری نوجوانان ایشتنباخ (YSR)، نوجوانانی که تشخیص «اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه» را دریافت کردند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، در یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل جایگذاری شدند. پس از توضیح

درباره هدف و روند درمان، از آنان رضایت شفاهی و کتبی گرفته شد. پس از دادن اطمینان به آنان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات مربوطه، اجرای پژوهش دنبال شد. در صورت عدم تمایل به همکاری در هر مرحله از آزمون، آزمودنی‌ها از مطالعه خارج می‌شدند. در ادامهٔ اجرای پژوهش، بر روی آزمودنی‌های هر دو گروه، پرسش نامه‌های تنظیم هیجانی و کینه‌ورزی به عنوان پیش آزمون اجرا شد و سپس جلسات آموزشی گروهی برای گروه آزمایش آغاز شد.

مداخله ارائه شده در این پژوهش برای گروه آزمایش «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی»(MBCT) بود. گروه کنترل هم هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. مداخلات درمانی ارائه شده در گروه آزمایش در پژوهش حاضر به صورت گروهی انجام شد. در نهایت پس از نمره‌گذاری پرسش نامه‌ها، تحلیل آماری مناسب با اهداف پژوهش صورت گرفت. جهت تجزیه و تحلیل تغییرات تنظیم هیجانی و کینه‌ورزی در گروه‌های مختلف در پس‌آزمون از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا) استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی: در این پژوهش به‌منظور توافق در بارهٔ اهداف، موضوع، نحوهٔ اجرا و زمان برگزاری جلسات، با نوجوان و والدین او بحث و گفتگو شد. در این بحث و گفتگو ضمن احترام و ارزش دادن به شأن

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.55]

نوجوان و خانواده‌اش، به آنان در مورد گمنام ماندنشان، رازداری و حفظ اطلاعات محرمانهٔ ایشـــان، اطمینـان کـامل داده شـــد. اطلاعات به گونه‌ای ثبت و ذخیره می‌شدند که امکان دسترسی افراد غیر مجاز به داده‌ها وجود نداشـت. در ضـمن به آزمودنی‌ها و والدین آن‌ها اجازه داده شـد که در هر زمان بخواهند قادر باشـند به طرح‌نامه و دسـتورالعمل پژوهشـی دسـترسـی داشـته باشند.

به شـــرکت‌کنندگان در مورد فواید و زیان روش‌های درمانی به کار رونده در پژوهش، آگاهی کافی داده شد؛ به عنوان مثال به افراد در گروه آزمایش اول این موضوع انتقال داده شـد که آن‌ها علاوه بر مزایای درمان CBT از روش درمانی ذهن‌آگاهی و فواید آن ســود خواهند برد.

از ابتدای شـروع درمان تا انتها و پس از آن تلاش بر این بود که ضـمن توجه به تنوع‌ها در بین نوجوانان شـرکت‌کننده در پژوهش از نظر سـن، جنسـیت، و رفتارهای خاص، و ... برخورد مناسـب با آن‌ها وجود داشته باشد. به عنصر نیاز نوجوانان برای صحبت کردن در مورد مشکلاتشان توجه زیاد شد. ضمن اینکه تلاش بر این بود که نقش ابزاری محقق به نقش مشـاور یا درمانگر تبدیل نشـود و یافته‌های نهایی پژوهش دچار سوگیری نشود. زمانی به بازخورد و شرح احساسات و صحبت‌های آزمودنی‌ها اختصاص داده شد و بعضی از مشـکلات آن‌ها با دیگر کارکنان مرکز بازتوانی پیگیری شدند.

در نهایت برای رعایت اصل «اختیار» از آزمودنی‌ها یا وللدین آن‌ها به منظور شـرکت در پژوهش رضـایت شـفاهی و کتبی گرفته شـد. در متن مکتوب رضـایت نـامـه، منـافع و مضـرات بـالقوه مورد انتظـار برای شرکت‌کنندگان به صورت واضح نوشته شده بود.

پس از اجرای مداخلات درمانی و اتمام جلسـات آموزشی در گروه آزمایشی، مجددا پرسش نامه ها (به عنوان پس آزمون) در بین گروه آزمایشـی و گروه کنترل توزیع و اجرا شد.

در انتها به لحاظ رعایت جوانب اخلاقی پژوهش، به گروه CBT و گروه کنترل پس از پایان پژوهش، همانند گروه‌های آزمایشی، بستهٔ آموزشی داده شـد. ضـمن اینکه به آنان در مورد کاربرد آن آموزش داده شد.

یافته‌ها

داده‌های خام پرسـش نامه‌ها بعد از جمع‌آوری در دو سـطح توصـیفی واسـتنباطی به وسـیله نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در ابتدا در سـطح توصـیفی به محاسـبه شـاخص‌های توصـیفی متغیرهای دموگرافیک و محاسـبه شـاخص‌هایی نظیر میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اصلی پژوهش پرداخته شد و سـپس در مرحلـه اسـتنبـاطی بـا آزمون تحلیـل کوواریـانس چنـد متغیره، فرضـیـه‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۲ فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شـناختی گروه‌های شـرکت‌کننده شـامل جنسیت و سن آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد.

- همان‌گونه که در توضیح ابزارهای مورد استفاده در پژوهش گفته شد، سوالات پرسش نامه تنظیم هیجان کودک و نوجوان(ERQ-CA) از دو عامل(بعد) «ارزیـابی مجـــدد و ســـرکوبی» تشکیل شده‌اند؛ بدین معنا که

جدول ۲- مشخصات توصیفی و فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	گروه	گروه درمانی MBCT		گروه کنترل	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنسیت	دختر	۸	۵۳	۹	۶۰
	پسر	۷	۴۷	۶	۴۰
سن	۱۳ تا ۱۵ سال	۴	۲۷	۶	۴۰
	۱۵ تا ۱۷ سال	۶	۴۰	۵	۳۳
	۱۸ سال	۵	۳۳	۴	۲۷

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.55]

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد ابعاد تنظیم هیجانی در مراحل پیش‌آزمون و پس آزمون

ابعاد	مرحله	شاخص آماری گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
ارزیابی مجدد	پیش‌آزمون	کنترل	۱۸/۷۳	۲/۶۰	۱۵
		گروه درمانی MBCT	۱۸/۹۳	۲/۲۸	۱۵
	پس‌آزمون	کنترل	۱۸/۴۰	۲/۸۹	۱۵
		گروه درمانی MBCT	۲۵/۷۳	۲/۷۱	۱۵
سرکوبی	پیش‌آزمون	کنترل	۱۹/۶۰	۲/۱۳	۱۵
		گروه درمانی MBCT	۱۹/۹۳	۱/۹۸	۱۵
	پس‌آزمون	کنترل	۱۹/۸۶	۱/۹۹	۱۵
		گروه درمانی MBCT	۱۴/۰۶	۲/۲۵	۱۵

جدول ٤- میانگین و انحراف استاندارد کینه‌ورزی در مراحل پیش‌آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
کینه‌ورزی	پیش‌آزمون	کنترل	۳۷/۴۰	۳/۰۱	۱۵
		گروه درمانی MBCT	۳۸/۲۰	۳/۳۴	۱۵
	پس‌آزمون	کنترل	۳۷/۱۳	۳/۷۷	۱۵
		گروه درمانی MBCT	۳۰/۶۶	۲/۸۲	۱۵

«ارزیابی مجدد» هیجانات نقش مثبت و «سرکوبی» هیجانات نقش منفی در تنظیم هیجانی دارند. جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد ابعاد تنظیم هیجانی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس آزمون را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین و انحراف استاندارد ابعاد تنظیم هیجانی (ارزیابی مجدد و سرکوبی) گروه درمانی MBCT، و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس آزمون محاسبه شده است. جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد کینه‌ورزی گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس آزمون را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است میانگین و انحراف استاندارد کینه‌ورزی گروه درمانی MBCT و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس آزمون محاسبه شده است.

جهت بررسی سؤال‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. قبل از انجام این آزمون، ابتدا با انجام آزمون تحلیل واریانس چند متغیره به مقایسه متغیرهای تنظیم هیجانی و کینه‌ورزی در مرحلهٔ پیش آزمون در گروه آزمایش و کنترل پرداخته شد تا از عدم تفاوت متغیرهای پیش آزمون در دو گروه کسب اطمینان کرد. نتایج حاصل از این آزمون در جدول ۵ ارائه شده است.

با توجه به نتایج، مشخص می‌شود که مقدار F در نمره پیش آزمون ارزیابی مجدد [(p>۰/۸۴۸ ، ۰/۱۶۶= F] معنادار نشده است. همچنین مقدار F در نمره پیش آزمون سرکوبی [(p>۰/۹۱۱ ، F=۰/۰۹۳] معنادار نشده است و مقدار F در نمره پیش آزمون کینه‌ورزی[(p>۰/۷۶۳ ، F =۰/۲۷۲] معنادار نشده است. در کل نتایج نشان می‌دهد بین متغیرهای تنظیم هیجانی و کینه‌ورزی در مرحلهٔ پیش آزمون در گروه‌های آزمایشی و کنترل هیچ تفاوت معناداری وجود ندارد.

جهت بررسی سوال اصلی پژوهش که آیا شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی(MBCT) بر بهبود تنظیم هیجانی و کینه‌ورزی نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه ثاثیر دارد، از آزمون تحلیل

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.55]

جدول ۵- آزمون تحلیل واریانس چند متغیره جهت مقایسه متغیرهای تنظیم هیجانی و کینه‌ورزی در مرحلهٔ پیش آزمون در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
ارزیابی مجدد	۱/۶۴۴	۲	۰/۸۲۲	۰/۱۶۶	۰/۸۴۸
سرکوبی	۰/۸۴۴	۲	۰/۴۲۲	۰/۰۹۳	۰/۹۱۱
کینه‌ورزی	۵/۲۰۰	۲	۲/۶۰۰	۰/۲۷۲	۰/۷۶۳

جدول ٦- بررسی آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه

	آزمون لوین		
متغیر	درجهٔ آزادی اول	مقدار F	سطح معناداری
ارزیابی مجدد	۱	۰/۱۹۵	۰/۶۶۲
سرکوبی	۱	۰/۰۶۵	۰/۸۰۰
کینه‌ورزی	۱	۳/۲۴۲	۰/۰۸۳

جدول ۷- نتایج آزمون M باکس برای تساوی ماتریس کوواریانس دو گروه

M باکس	درجهٔ آزادی اول	درجهٔ آزادی دوم	ضریب F	معناداری(p)
۴/۲۶۸	۶	۵۶۸۰/۳۰۲	۰/۶۲۸	۰/۷۰۸

جدول ۸- آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت بررسی تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی(MBCT) بر تنظیم هیجانی و کینه‌ورزی

متغیر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
ارزیابی مجدد	۹۲/۷۷۱	۱	۹۲/۷۷۱	۶۶/۱۶۹	۰/۰۰۱
سرکوبی	۱۱/۳۵۱	۱	۱۱/۳۵۱	۷/۱۲۵	۰/۰۱۳
کینه‌ورزی	۳۱۰/۰۹۱	۱	۳۱۰/۰۹۱	۳۰۶/۶۴۷	۰/۰۰۱

کوواریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جداول ۶ ارائه شده است. قبل از انجام آزمون تحلیل کوواریانس ابتدا پیش‌فرض‌های این آزمون شامل آزمون لوین(جهت بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه) و آزمون M باکس انجام شد.

نتایج جدول ۶ حاکی از آن است که با توجه به سطوح معناداری به دست آمده از این آزمون، پیش‌فرض‌های مربوط به برابری واریانس‌ها برای متغیرهای تنظیم هیجانی و کینه‌ورزی برقرار بوده و می‌توان آزمون تحلیل کوواریانس را برای متغیرهای این سؤال پژوهش مورد استفاده قرار داد.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود با توجه به سطح معناداری به دست آمده، نشان داده شد پیش فرض مربوط به تساوی ماتریس کوواریانس دو گروه برقرار است. بنابراین می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکووا) استفاده کرد.

با توجه به نتایج جدول۸ مشخص می‌شود که مقدار F در نمره پس از آزمون ارزیابی مجدد [(p<۰/۰۰۱ ، F =۶۶/۱۶۹] معنادار شده است. همچنین مقدار F در نمره پس از آزمون سرکوبی [(p<۰/۰۱۳ ، F=۷/۱۲۵] معنادار شده است و مقدار F در نمره پس از آزمون کینه‌ورزی [(p<۰/۰۱۳ ، F=۳۰۶/۶۴۷] معنادار شده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی(MBCT) بر بهبود تنظیم هیجانی و کینه‌ورزی نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه می‌باشد که در ادامه به بررسی نتایج حاصل از پژوهش پرداخته می شود.

در پاسخ به این پرسش که آیا شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی(MBCT) بر بهبود تنظیم هیجانی نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه تأثیر معناداری دارد، باید گفت که شناخت‌درمانی مبتنی بر

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.55]

ذهن‌آگاهی(MBCT) بر بهبود تنظیم هیجانی نوجولنان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه تأثیر معناداری دارد.

یکی از عناصر مهم در شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی(MBCT)، «ذهن‌آگاهی» است. بررسی چگونگی تأثیر ذهن‌آگاهی بر «تنظیم هیجانی» مورد تحقیقات زیادی در گذشته و امروزه بوده است که همگی همسو با نتایج پژوهش حاضر هستند. در نوشتارهای مربوط به سنت بودا، از ذهن‌آگاهی به عنوان راهی به سوی سلامتی یاد شده است؛ بدین صورت که این مراقبه با کاهش دادن بیش درگیری با پدیده‌های داخلی و خارجی، «تنظیم هیجانی» را تسهیل می‌کند (۳۰). جدا از نوشتارهای سنتی، امروزه هم در مورد چگونگی تأثیر ذهن‌آگاهی بر «تنظیم هیجانی» به نتایج مشابهی رسیده‌اند. در تمرین‌های غرب، فرض بر این است که مراقبهٔ ذهن‌آگاهی باعث ارتباطی مبتنی بر تمرکززدایی با تجربیات داخلی و خارجی می‌شود که این امر منجر به کاهش عکس العمل‌های هیجانی و تسهیل بازگشت به حالت قبل، بعد از عکس العمل می‌شود (۳۱). نشان داده شده است که مراقبهٔ ذهن‌آگاهی خود تنظیمی توجه و «تنظیم هیجانی» را تسهیل می‌کند (۳۲). کومار و همکاران (۳۳) از تمرین‌های ذهن‌آگاهی به عنوان سنت تاریخی و غنی برای افزایش «ثبات هیجانی» یاد می‌کنند. فلدمن و همکاران (۳۴) در تحقیق خود همسانی نیرومندی بین ذهن‌آگاهی و کاربرد استراتژی‌های «تنظیم هیجانی» انطباقی یافتند. به گفتهٔ گراس (۲۳)، تنظیم هیجان سازگارانه با عزت نفس و تعاملات اجتماعی مثبت مرتبط است و افزایش در فراوانی تجربهٔ هیجانی مثبت باعث مراقبهٔ مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود.

همچنین نتایج پژوهش‌های کیانی و همکاران (۳۶)، هیز و همکاران (۳۷)، آرچ و کراسک (۳۸)، رومر و همکاران (۳۹) و گلدین و گراس (۴۰) همسو با نتیجه پژوهش حاضر است. گلدین و گراس (۴۰) از پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که ذهن‌آگاهی منجر به تقویت «تنظیم هیجانی» در افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود.

از نظر فیزیولوژیکی هم ارتباط بین تمرین‌های ذهن‌آگاهی و تغییر در نواحی مغزی مرتبط به «تنظیم هیجانی» به اثبات رسیده است. به‌عنوان مثال لوتز و همکاران (۴۱) در تحقیق خود توانستند فعال شدن نواحی عصبی مرتبط با هیجانات را در مراقبه‌کنندگان ورزیده (افرادی که ۱۰۰۰۰ ساعت یا بیشتر مراقبه انجام داده بودند) به اثبات برسانند. براساس نتایج پژوهش عالم دیانتی و محب (۴۲)، آموزش ذهن‌آگاهی با کاهش تداخل عاطفی رابطه دارد. رابطهٔ منفی تداخل عاطفی با ذهن‌آگاهی، از هدفمندی عاطفه (از جمله اطلاعات حسی بی خطر به جای تهدید تأثیرگذار در پاسخ مورد نیاز خود تنظیمی) نشات می‌گیرد. آموزش ذهن‌آگاهی با کاهش فعالیت مغزی مربوط به واکنش عاطفی، افزایش در شبکه‌های مغزی مبتنی بر توجه، باعث کاهش علائم بالینی و واکنش عاطفهٔ منفی در مواجهه با عقاید منفی نسبت به خود می‌گردد (۳۹).

همچنین، به جهت بررسی اینکه آیا شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی(MBCT) بر کاهش کینه‌ورزی نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه تأثیر معناداری دارد، در ادامه به تبیین یافته‌ها پرداخته شد. در تبیین این یافتهٔ پژوهش که MBCT منجر به کاهش معنادار کینه‌ورزی در نوجوانان دارای ODD شده است، باید اذعان کرد که ساز و کارهای نهفته در این شیوهٔ درمانی و به خصوص در عناصر ذهن‌آگاهی موجود در MBCT منجر به این پاسخ درمانی شده است. عواملی مانند نشخوار فکری، تحریک‌پذیری، خشم و غضب، نشخوار خشم، نفرت، و حسادت در بروز رفتارهای کینه‌توزانه نقش مهمی دارند. مضاف بر اینکه این مقوله‌های ذکر شده، از پیامدهای کینه‌توزی هم هستند. کینه‌توزی هنگامی رخ می‌دهد که افراد، یک واقعه، پیامدهای آن، واکنش‌هایشان نسبت به آن، انگیزه‌های فرد خطاکار، و واکنش‌های بالقوه خود یا فرد خطاکار را «نشخوار فکری» کنند. این نشخوار فکری می‌تواند حالات هیجانی رنجش، ناخشنودی، نفرت، دشمنی، خشم درون مانده و ترس را موجب شود و در واقع این حالت‌های هیجانی را کینه‌توزی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.55]

می‌نامند (۴۳).

همچنین نوجولنان دارای ODD، «تحریک‌پذیری» و «خشم» دارند که منجر به کینه‌ورزی در آن‌ها می‌شود. در واقع تحریک‌پذیری و خشم، پایهٔ کینه‌ورزی در آن‌ها است. براساس پژوهش بورکه (۴۴) «کینه‌ورزی»، تحریک‌پذیری را به بهترین نحو اندازه‌گیری می‌کند. این بدان معناست که کینه‌ورزی در ODD حاصل تحریک‌پذیری است و درجهٔ تحریک‌پذیری را می‌توان با میزان کینه‌ورزی سنجید. از سویی، این تحریک‌پذیری و خشم مزمن، منجر به «نشخوار خشم» و در نهایت کینه‌ورزی می‌شود. نشخوار خشم یکی از مکانیسم‌های شناختی درگیر در بروز رفتار پرخاشگرانه است که فرآیند شناختی اجتناب ناپذیر و تکرار شونده‌ای است که در جریان تجربهٔ خشم ظاهر می‌شود، پس از آن ادامه می‌یابد و با احساسات یا افکار خشمگینانه در مورد انتقام و کینه‌ورزی همراه است (۴۵). فردی که نشخوار خشم دارد، وقتی در موقعیتی غیرقابل پیش‌بینی و مبهم قرارمی گیرد، آن را به گونهٔ منفی تفسیر می‌کند و بدین ترتیب نشخوار خشم افزایش می‌یابد (۴۶) که در نهایت منجر به کینه‌ورزی می‌شود.

در خیلی از موارد، «کینه» منجر به بروز خشم و غضب شده و هرگاه که خشم و غضب شدت پیدا کند، ممکن است حس انتقام جویانه بروز پیدا کند. بنابراین می‌توان آن‌ها را در یک منظومهٔ به هم پیوسته در نظر گرفت (۴۳). مجتبی تهرانی (۴۷) در یک دسته‌بندی پیامدهای کینه را سلب آرامش، خشم، درگیری، فتنه، آشوب و هلاکت معرفی می‌کند. باتوجه به اینکه کینه‌توزی هم متأثر از عوامل فردی و هم اجتماعی است، می‌توان به پیامدهای آن از دو بعد کلی فردی و اجتماعی پرداخت. «نیچه» معتقد است کینه‌توزی، «خشم ابراز نشده» است. اگر در موقعیتی که باید واکنشی نشان دهیم به دلیل عجز یا مصلحت واکنشی نشان ندهیم و خشم خود را فرو خوریم، آن خشم به کینه و نفرت تبدیل می‌شود. کینه‌توزی نوعی واکنش دفاعی است که به تخریب شخص کینه‌توز و همچنین دیگری منتهی می‌شود. همان‌گونه که اکمن و همکاران (۴۸) اشاره کرده‌اند، کینه‌توزی و نفرت هیجان نیستند زیرا عمری طولانی‌تر از هیجان‌ها دارند. آن‌ها خلق نیز نیستند زیرا می‌دانیم، چرا از فردی متنفریم در حالی که معمولاً علت تجربهٔ خلقی بر ما روشن نیست. «آکمن» کینه‌توزی را یک «نگرش هیجانی» و نفرت را یک «دلبستگی هیجانی» می‌داند. هردوی این خصایص گرانبار از خشم‌اند، اما با خشم برابر نیستند.

براساس پژوهش‌های مختلف، آموزش‌های ذهن‌آگاهی بر کاهش میزان خشم و پرخاشگری مؤثر هستند: که با پژوهش‌های جدیدی محمدآبادی و درتاج (۴۹)، مهدیان فر و همکاران (۵۰)، عباسی و همکاران (۵۱)، جهانگیری و مهدیان فر (۵۲)، رضایی خیرآبادی و عابدین (۵۳) و کاسیلو-روبینز و همکاران (۵۴) همسو می‌باشد، که این امر به نوبهٔ خود منجر به کاهش کینه‌ورزی در نوجوان دارای ODD می‌شود.

نتیجه‌گیری

ذهن‌آگاهی گرایش به کینه‌ورزی را با جهت دهی مجدد توجه و دور کردن آن از جریان فکری نشخوارگرانه کاهش می‌دهد. از طریق تمرین‌های ارائه شده در جلسات این درمان، نوجوانان یاد گرفتند که حس‌های بدنی شدید و هیجانات ناراحت خود را بپذیرند و با مهارت‌های شناختی کسب شده، فرصت بازشناسی فعال شدن خودکار فرایندهای شناختی ناکارآمد و عادت‌وار را به خود بدهند بدون اینکه نسبت به آن‌ها واکنش نشان داده یا از آن‌ها اجتناب کنند. علاوه بر موارد فوق، بخش ذهن‌آگاهانهٔ این دوره، معطوف به قادر ساختن نوجوانان دارای ODD به توجه کردن به علائم هشدار دهندهٔ کینه‌ورزی، چرخه‌های عاطفه و افکار مکرر، و تمرکز زدایی از افکار منفی بود. بخش الحاقی ذهن‌آگاهی به CBT به نوجوانان دارای ODD برای به کار بردن یک موضع مشاهده‌گر ذهن‌آگاه نسبت به تجربهٔ کینه‌ورزی در لحظه حال، رها کردن الگوهای عادتی پاسخ دادن به تهدیدات ادراک شده و ایجاد فضا و زمان برای آگاه‌تر شدن و تصمیمات مبتنی بر واقعیت در بارهٔ رابطه با همسالان و ... کمک نموده و در کاهش تعارضات بین فردی آنان

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.55]

مؤثر است.

محدودیت‌ها

محدودیت‌های پژوهش شامل موارد زیر می‌باشد:

- در ملاک‌های ورود به پژوهش، سن دختران و پسران بین ۱۸-۱۳ سال تعیین شده است. در صورتی که سن شروع بلوغ و ورود به نوجوانی در دختران و پسران با هم متفاوت است که این مسئله احتمالاً نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

- پژوهش نیمه آزمایشی و نمونه‌گیری هدفمند بود، لذا امکان نمونه‌گیری تصادفی از جمعیتی با تعداد بالاتر مقدور نبود که این مسئله احتمالاً تعمیم‌پذیری پژوهش را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

- آزمودنی‌ها از مراکز درمانی مشاوره و روان‌شناسی شیراز و مراکز مشاوره و روان‌شناسی آموزش و پرورش شیراز انتخاب شدند، که این مسئله احتمالاً تعمیم‌پذیری پژوهش را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

پیشنهادات

در راستای بررسی پیشنهادات پژوهشی به موارد زیر اشاره می‌شود:

اجرای پژوهشی که کاربرد «شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی» (MBCT) در اختلالات روانی که مشکلات «تنظیم هیجانی» در آن‌ها بارز است: مانند «اختلال شخصیت مرزی» (BPD) در نوجوانان را بررسی کند.

اجرای پژوهشی که کاربرد «شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی» (MBCT) در اختلالات روانی که مشکل «کینه‌ورزی» در آن‌ها بارز است: مانند «اختلال سلوک»(CD) در نوجوانان را بررسی کند.

اجرای پژوهش‌هایی که اثربخشی MBCT را در دیگر اختلالات روانی و جسمی بررسی کند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان از تمام افرادی که در انجام این پژوهش یاری‌رسان بودند، تقدیر و تشکر می‌نمایند.

ملاحظات اخلاقی

در جریان اجرای این پژوهش و تهیهٔ مقاله، کلیه اصول اخلاق حرفه‌ای از جمله رعایت حقوق آزمودنی‌ها رعایت شده است. همکاری مشارکت‌کنندگان در تحقیق حاضر به صورت داوطلبانه بود و فرم‌های رضایت نامه آگاهانه توسط تمامی آزمودنی‌ها تکمیل شد. هویت مشارکت‌کنندگان به صورت محرمانه حفظ شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول در این پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها و نگارش مقاله را بر عهده داشته است. نویسندهٔ دوم استاد راهنما بودند که بر فرآیند گردآوری تحلیل و نگارش مقاله نظارت داشته‌اند.

References

1. Alam N. Practice Note: Using Yoga for Emotional Regulation in Intermediate School Teenagers. Sport Soc Work J. 2022;2:42-47.
2. Mohammadi M, Vaisirayegani AA, Jalali R, Ghobadi A, Abbasi P. Prevalence of behavioral disorders in Iranian children. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2018;28(169): 191-181.
3. Moharramzadeh S, Taher M, Aghaei H, Hossein Khanzadeh AA. The effectiveness of anger management and parenting training on response inhibition of students with oppositional defiant disorder. Quarterly Journal of Exceptional Children. 2022;22(4): 117-130.
4. Hadjicharalambous MZ, Fanti KA. Self regulation, cognitive capacity and risk-taking investigating heterogeneity among adolescents with callous-unemotional traits. Child Psychiatry Hum Dev. 2018;49(3): 331–340.
5. Dawel A, O'Kearney R, McKone E, Palermo R. Not just fear and sadness: meta-analytic evidence of pervasive emotion recognition deficits for facial and vocal expressions in psychopathy. Neurosci Biobehav Rev. 2012;36(10): 2288–2304.
6. Farmer C, Butter E, Mazurek MO, Cowan C, Lainhart J, Cook EH, et al. Aggression in children with autism spectrum disorders and a clinic-referred comparison group. Autism. 2015;19(3): 281-291.
7. Stadler Ch, Freitag ChM, Popma A, et al. START NOW: a cognitive behavioral skills training for

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.55]

adolescent girls with conduct or oppositional defiant disorder-a randomized clinical trial. J Child Psychol Psychiatry. 2024;65(3): 316-327.

8. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edn). Washington, DC: American Psychiatric Press.

9. Konrad K, Kohls G, Baumann S, Bernhard A, Martinelli A, Ackermann KK, Freitag CM. Sex differences in psychiatric comorbidity and clinical presentation in youths with conduct disorder. J Child Psychol Psychiatry. 2022;63:218–228.

10. Bronsard G, Alessandrini M, Fond G, Loundou A, Auquier P, Tordjman S, Boyer L. The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system: A systematic review and metaanalysis. Medicine (Baltimore). 2016;95:e2622.

11. Gordon CT, Nguyen PT, Mitchell AKK, Tyler PM. Profiles of childhood adversity and associated psychopathology in youth entering residential care. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2023;15(S1):S82–S91.

12. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Sadock BJ, eds. Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. Philadelphia: Wolters Kluwer. 2017.

13. Hadjicharalambous MZ, Fanti KA. Self regulation, cognitive capacity and risk-taking investigating heterogeneity among adolescents with callous-unemotional traits. Child Psychiatry Hum Dev. 2018;49(3): 331–340.

14. Deters RK, Naaijen J, Rosa M, Pascal M. Aggensteiner PMM, et al. Executive functioning and emotion recognition in youth with oppositional defiant disorder and/or conduct disorder. The World Journal of Biological Psychiatry. 2020;21(7): 539-551. ISSN: 1562-2975(Print) 1814-1412(Online)

15. Marcus DK, Norris A L. Spite. In V. Zeigler-Hill & D. K. Marcus (Eds.): The dark side of personality: Science and practice in social, personality, and clinical psychology (121–133). American Psychological Association. 2016b.

16. Vrabel JK, Zeigler-Hill V, Shango RG. Spitefulness and humor styles. Pers Indiv Diff. 2017;105:238-243.

17. Maltby J, Wood AM, Day L, Kon TWHH, Colley A, Linley PA. Personality Predictors of Levels of Forgiveness Two and a Half Years after the Transgression. J Res Personal. 2008;42:1088–1094.

18. Barcaccia B, Salvati M, Pallini S, Saliani AM, Baiocco R, Vecchio GM. The Bitter Taste of Revenge: Negative Affect, Depression and Anxiety. Curr Psychol. 2022;41:1198–1203.

19. Marcus DK, Zeigler-Hill V, Mercer SH, Norris AL. The Psychology of Spite and the Measurement of Spitefulness. Am Psychol Assoc. 2014. doi.org/10.1037/a0036039.

20. Gardner A, West SA. Spite and the scale of competition. Blackwel Lpublishing LTD. 2004;17:1195-1203.

21. Zeigler-Hill V, Noser AE, Roof C, Vonk J, Marcus DK. Spitefulness and moral values. Personality and Individual Differences. 2015;77:86-90.

22. Eving TD, Vonk J, Zeigler-Hill V. Spitefulness and deficits in the social–perceptual and social–cognitive components of Theory of Mind. Personality and Individual Differences. 2016;91:7-13.

23. Gross JJ. Emotion regulation. In: L. Feldman-Barrett and P. Salovery (Eds.): the wisdom in feeling. America, New York: The Guilford Press; 2002a;pp. 297-318.

24. Lotfi M, Bahrampouri L, Amini M, Fatemi-Tabar R, Birshak B, Entezari M, Shiasi Y. Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA) into Persian. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences, 2019;29(175):117-128.

25. Flores-Camacho AL, Castillo-Verdejo DL, Penagos-Corzo JC. Development and Validation of a Brief Scale of Vengeful Tendencies (BSVT-11) in a Mexican Sample. Behav Sci. 2022;12:215.

26. Ricciardi E, Rota G, Sani L, Gentili C, Gaglianese A, Guazzelli M, Pietrini P. How the Brain Heals Emotional Wounds: The Functional Neuroanatomy of Forgiveness. Hum Neurosci. 2013;7:839.

27. Taravian S, Nikdel F, Taghvae-Nia A. A study of the psychometric properties of the Antisocial Behavior Questionnaire in Iranian Adolescents. J Behav Sci Res. 2024;22(2).

28. Kakabrai K, Habibi-Askarabadi M, Fadaei Z. Normative evaluation of the Ystenbach Behavioral Problems Scale (YSR): Self-report form for children and adolescents aged 11-18 years on high school students. Quarterly Journal of Psychological Health Research. 2007;1(4).

29. Segal Z, Williams M, Tizdel J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression with an introduction by Jon Kabat-Zinn (2nd edition), translated by Otadi and Asef Aghah. Tehran: Arjomand Publications (not published in the original language). 2022.

30. Wallace BA, Shapiro SL. Mental balance and well-being: Building bridges between Buddhism and western psychology. Am Psychol. 2006;61:690–701.

31. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapses. New York: Guilford Press. 2012.

32. Kabat-Zinn J. Indra's net at work: The mainstreaming of dharma practice in society. The Psychology of awakening: Buddhism, science, and our day-to-day lives. London: Rider; 1999:pp. 225-249.

33. Kumar S, Fledman G, Hayes A. Ghanges in Mindfulness and Emotion Regulation in an

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.55]

Exposure-Based Cognitive Therapy for Depression. Cogn Ther Res. 2008.
34. Feldman G, Hayes A, Kumar S, Greeson J, Laurenceau JP. Mindfulness and Emotion Regulation: The Development and Initial Validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). J Psychopathol Behav Assess. 2007;29:177-190.
35. Izadi M, Taghizadeh ME. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on emotional regulation and self-awareness of adolescent girls. 2017.
36. Kiani AR, Ghasemi N, Pourabbas A. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment group psychotherapy and mindfulness on craving and cognitive emotion regulation in crystal meth users. Addict Res. 2012;6(24):27-36.
37. Hayes SC, Luoma JB, Bond F. Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. Behav Res Ther. 2006;44, 125.
38. Arch JJ, Craske MG. Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following a focused breathing induction. Behav Res Ther. 2006;44(12): 1849-1858.
39. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DS. Mindfulness and Emotion Regulation Difficulties in Generalized Anxiety Disorder: Preliminary Evidence for Independent and Overlapping Contributions. Behavior Therapy. 2009;40, 142–154.
40. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. Emotion. 2010;10:83-91.
41. Lutz A, Brefczynski-Lewis JA, Johnstone T, Davidson RJ. Voluntary regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of expertise. PLoS One. 2008;3(3): e1897.
42. Alam Dianti F, Mohib N. The effect of mindfulness-based cognitive therapy training on reducing negative cognitive emotion regulation strategies in patients with obsessive-compulsive disorder. Scientific-Research Journal of Education and Evaluation, 2017;10(40):188-171.
43. Shirvani A, Shamshiri B. The roots, causes and consequences of spitefulness from the perspective of Islamic teachings and ethics. Educational Sciences from the Perspective of Islam. 2019;8(14): 164-143.
44. Burke JD. An affective dimension within oppositional defiant disorder symptoms among boys: personality and psychopathology outcomes into early adulthood. J Child Psychol Psychiatry. 2012;53(11): 1176–1183.
45. Denson TF. The multiple systems models of angry rumination. Pers Soc Psychol Rev. 2013;17(2): 103-123.
46. Pourmohseni Kaluri F, Ranjbar H. Sensitivity to victimization, hostile attribution bias, and anger rumination as predictors of marital status. Fam Psychol. 2021;8(2):85-73.
47. Tehran M. Divine Ethics, The Evils of the Language (Volume 4). Tehran: Islamic Culture and Thought Research Institute Publication Organization. 2008.
48. Ekman P, Davidson RJ, Friesen WV. Emotional expression and brain physiology II: The Duchenne smile. Journal of Personality and Social Psychology. 1990;58:342-353.
49. Jadidi Mohammadabadi A, Dartaj F. Determining the effectiveness of mindfulness training on anger control and quality of couples' communication. Culture of Counseling and Psychotherapy. 2023;15(59): 33-56.
50. Mehdianfar A, Mehdian H, Jahangiri A. Investigating the effectiveness of mindfulness on anger management, marital conflict and quality of life. Journal of the Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, 2022;65(6): 2441-2455.
51. Abassi A, Kahrizi M, Ebrahimi S, Zehtabi R, Haji-Alyani V. Comparing the effectiveness of mindfulness training on anger control, perceived stress and quality of life in students with migraine, Second National Congress of the Third Wave of Behavioral Therapies. Kashan. 2020. https://civilica.com/doc/960925
52. Jahangiri A, Mahdianfar E. The effectiveness of mindfulness on anger and marital conflict in married students, Third International Conference on Humanities and Social Studies. Tehran. 2017. https://civilica.com/doc/800391
53. Rezaei Khairabadi A, Abedin H. Investigating the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the quality of life of postmenopausal women (review), Fifth Student Research Congress of the Southwest Region of the Country. Behbahan. 2018. https://civilica.com/doc/858476
54. Cassiello-Robbins C, Sauer-Zavala S, Brody LR, Barlow DH. Exploring the Effects of Mindfulness and Countering Emotional Behaviors Modules from the Unified Protocol on Dysregulated Anger in the Context of Emotional Disorders. Behav Ther J. 2020;51:933-945.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.47176/rjms.32.55]