



عبداله زاده، زینب؛ مشهدی، علی؛ طیبی، زهرا (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود مشکلات درونی سازی شده نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۵ (۲)، ۱۵۱-۱۳۶.

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود مشکلات درونی سازی شده نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی

زینب عبدالله زاده^۱، علی مشهدی^۲، زهرا طیبی^۳

تاریخ دریافت: ۹۴/۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۳

چکیده

هدف: تعداد زیادی از افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی در دوران نوجوانی علاوه بر مشکلات اصلی مربوط به این اختلال از مشکلات درونی سازی شده اضطراب و افسردگی همبود نیز رنج می‌برند. از این رو این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود مشکلات درونی سازی شده نوجوانان مبتلا به اختلال ADHD به انجام رسید.

روش: پژوهش حاضر یک پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. نمونه هدف این پژوهش را ۳۰ نفر از دانش آموزان دختر دبیرستان‌های دوره اول و دوم شهرستان گناباد که مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی بودند، تشکیل دادند. ابزار مورد استفاده شامل مصاحبه بالینی، مقیاس درجه بندی اسنپ فرم والدین (SNAP-IV) و پرسشنامه خودسنجی آچنباخ (YSR) بودند. گروه آزمایش هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار داشتند. داده‌ها با کمک آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و نیز با روش تحلیل کوواریانس تک متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری مشخص گردید گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل مشکلات درونی سازی شده کمتری در پس آزمون گزارش کردند.

واژه‌های کلیدی: اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی، مشکلات درونی سازی شده، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد.

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد mashhadi@um.ac.ir

۳. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

دوران نوجوانی یکی از حساس‌ترین مراحل زندگی هر انسانی محسوب می‌شود. تغییر و تحولاتی که پیرامون ابعاد روان‌شناختی، جسمانی، اجتماعی و اخلاقی در این دوره اتفاق می‌افتد می‌تواند به نوبه خود، برای نوجوان تنیدگی‌زا باشد. اما گاهی علاوه بر این تغییرات اساسی ممکن است اختلال‌های روانی همزمانی هم به وجود آید و ادامه مسیر را با مشکل روبرو سازد. اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی (ADHD) یکی از انواع اختلال‌هایی است که معمولاً از دوران کودکی آغاز می‌شود و در صورت عدم درمان به موقع و مناسب تا نوجوانی و بزرگسالی تداوم می‌یابد (Barkley, 2005). امروزه وجود اختلال ADHD، در نوجوانی و بزرگسالی پذیرفته شده است. آنچه که ممکن است تشخیص و درمان این اختلال را در نوجوانی با دشواری‌هایی مواجه سازد، همزمان شدن آن با سایر مشکلات مانند اضطراب، افسردگی، مشکلات تحصیلی و مصرف مواد است (Wolraich et al, 2005). با این توصیف، هرچند که پیشرفت متخصصان در حوزه تشخیص و درمان ADHD امیدبخش بوده است اما با این حال نیاز به انجام مطالعات بیشتر همچنان وجود دارد به خصوص مطالعاتی که به ارائه مداخلاتی بپردازد که مشکلات چند بعدی نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه / فزون کنشی را پوشش دهد.

اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی شایع‌ترین اختلال روانی در بین کودکان سنین مدرسه است که سطح تحول و عملکرد آن‌ها را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (Woo & Keatinge, 2008). این اختلال شامل الگوی پایدار کم توجهی و / یا فزون کنشی و رفتار تکانشی می‌باشد که شدیدتر از حد مورد انتظار با توجه به سن و سطح تحول فرد است. علائم بالینی باید قبل از دوازده سالگی و در دو محیط یا بیشتر (مثلاً مدرسه و خانه، کار، در ارتباط با دوستان و آشنایان یا فعالیت‌های دیگر) وجود داشته باشند و عملکرد مناسب اجتماعی، تحصیلی فرد را مختل کنند (APA, 2013). در حال حاضر سه زیرگروه از ADHD شناسایی شده است که شامل اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی نوع عمدتاً نارسایی توجه، اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی نوع عمدتاً فزون کنشی / تکانش گری و زیرگروه ترکیبی می‌باشد (APA, 2013).

شیوع این اختلال در بین کودکان ۵٪ گزارش شده است (APA, 2013). پژوهش‌های دیگری نشان داده اند که ADHD تعداد ۱۰٪ از کودکان و نوجوانان را تحت تأثیر خود قرار داده است (Biederman, Faraone, 2005; Skounti, Philalithis & Galanakis, 2007). در ایران نیز شیوع این اختلال در سطح بالایی گزارش شده است (Abdollahian, Shakeri & Vosugh, 2003). شیوع ADHD را

در پسران قبل از دبستان ۱/۱۸٪ و در دختران این سن ۶/۷٪ گزارش کرده‌اند. همچنین نتایج پژوهشی که به بررسی میزان شیوع اختلال‌های رفتاری و نارسایی توجه در دانش‌آموزان ۷ تا ۱۲ سال شهرستان گناباد پرداخته بود، نشان داد ۱۷ درصد از افراد مورد بررسی از مشکلات رفتاری رنج می‌برند و در این میان، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی با ۹ درصد از شایعترین اختلال‌ها بود (Tavakkolizadeh, Bolhari, Mehryar & Dezhkam, 1997). نکته قابل توجه این است که تقریباً ۶۵ درصد از کودکان دارای اختلال ADHD، در دوران نوجوانی نیز با این اختلال مواجه هستند (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1990; Ingram, Hechtman & Morgenstern, 1999).

مطالعات مختلف نشان داده است که افرادی که در سنین دبستان مبتلا به ADHD بوده‌اند، نشانه‌های بالینی آن‌ها تا سن نوجوانی تداوم می‌یابد و به درمان احتیاج دارند (Barkley et al, 1990; Biderman et al, 1996; Ingram et al, 1999).

در نوجوانی نشانه‌های ADHD با کاهش فزون‌کنشی و تکانش‌گری همراه است (Biderman, Mick, Fraone, 2000; APA, 2013). در مقابل آسیب‌های شناختی در کنش‌های اجرایی شامل توجه، حافظه کاری و بازداری به صورت گسترده‌ای مشاهده می‌شود (Seidman, 2006). اما آنچه که اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی را در دوره نوجوانی در امر تشخیص و درمان با سختی مواجه می‌سازد همراه شدن این اختلال با مجموعه‌ای از مشکلات ثانویه است. این مشکلات ثانویه خود را به شکل‌های مختلفی مانند افسردگی، اضطراب، رفتارهای ضد اجتماعی، مصرف مواد، اعتماد به نفس پایین، ناهنجاری‌های اجتماعی و هیجانی بروز می‌دهند (Ingram, Hechtman & Morgenstern, 1999). مطالعات نشان داده تجربه این مشکلات ثانویه در دختران و پسران مبتلا به ADHD به گونه‌ای متفاوت است به طوری که اختلال‌هایی مانند افسردگی، اضطراب و مشکلات یادگیری در میان دختران مبتلا به ADHD نسبت به پسران مبتلا شیوع بیشتری دارد تا آن‌جا که می‌تواند نشانه‌های اختلال را تحت الشعاع قرار دهد (Mash & Barkley, 2007).

به طور کلی دختران نوجوان مبتلا به ADHD، عملکرد روانی و اجتماعی آسیب دیده‌ای دارند که از جمله می‌توان به سطوح افسردگی، اضطراب، استرس و عزت نفس پایین اشاره کرد. در طبقه‌بندی آکرسون (Ackerson, 1949) مشکلات رفتاری مانند اضطراب، افسردگی و شکایات جسمانی در گروه مشکلات درونی سازی و رفتارهای پر خاشگری و بزهکاری در طبقه مشکلات برون سازی جای می‌گیرد (Bakhtiari, 2005). افرادی با نشانه‌های درونی سازی شده، سطح بالایی از نگرانی و اضطراب، بازداری رفتاری شدید و میزان بالایی عاطفه‌ی منفی را تجربه می‌کنند و تعامل کمتری با محیط و دوستان خود دارند (Oland & Shaw, 2005). در این پژوهش نیز منظور از مشکلات درونی سازی شده، اضطراب و افسردگی همبود

با ADHD در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی است. جنسون، المپیا، فارلی و کلارک (Jenson, Olympia, Farley & Clark, 2004) معتقدند که در مقابل رفتارهای درونی سازی، رفتارهای برونی سازی، رفتارهایی هستند که به سمت بیرون از کودک جهت دارند و بیشتر افرادی را که با کودک رابطه متقابل دارند مانند والدین، معلمان و همسالان را تحت تأثیر قرار می دهد. ویژگی اصلی اختلال های برونی سازی، مانند اختلال سلوک (CD)^۱، اختلال نافرمانی مقابله ای (ODD)^۲ و ADHD، نابسامانی رفتاری است (Kovacs & Devlin, 1998). هر چند که توجه بیشتر پژوهشگران به سمت بررسی همبودی بین اختلال های رفتاری مخرب مانند ODD و CD با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی جلب شده است اما آنچه که امروزه قابل تأمل است افزایش بروز همزمان اختلال های درونی سازی شده و برونی سازی شده در کودکان و نوجوانان و بزرگسالان است (Zahn-waxler, Klimes & slattery, 2000; Oland & Show, 2005). از جمله اختلال های برونی سازی کهگاهی با رفتارهای درونی سازی شده همبودی دارد، ADHD است. در یک نمونه از شرکت کنندگان ۹ تا ۱۶ سال که ملاک های اختلال نارسایی توجه را با و بدون فزون کنشی دارا بودند (Bird, Gould & Staghezza, 1993) ۴۸ درصد به افسردگی، افسرده خوبی، ۳۶ درصد به اختلال سلوک و نافرمانی مقابله جویانه و ۳۶ درصد دیگر نیز به اختلال اضطرابی مبتلا بودند. در مطالعاتی با پیگیری های طولانی مدت مشخص شد که کودکان مبتلا به ADHD در اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی با خطر بیشتر اختلال های شخصیت ضد اجتماعی، مصرف مواد و افسردگی روبرو هستند (Rasmussen, Gillberg, 2000; Barkley, Fischer, Smallish & Fletcher, 2006).

در یک نمونه ۷۸ نفری از کودکان و نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/ فزون کنشی، ۲۳ درصد از مبتلایان، نشانه های اختلال های اضطرابی را نیز دارا بودند (Souza Mattos & Pinheiro, 2005) در مطالعه ای دیگر حدود ۳۰ درصد از کودکان مبتلا به ADHD، با نشانه های اضطرابی مواجه بودند (Souza, Denardin, Mattos & Rohde, 2004). یافته های پژوهشی که در آن به بررسی فراوانی اختلال های همبود در کودکان مبتلا به ADHD در ایران پرداخته شده بود، نشان داد که ۷۲٪ از آزمودنی ها دارای حداقل یک اختلال همبود بودند و در این میان اختلال های اضطرابی با ۵۸٪ بیشترین میزان همبودی را داشتند (Mashhadi, Soltanifar, Moharreri and Noferesti, 2011). این میزان بروز، علاوه بر اینکه توجه به درمان های چند بعدی را در مورد نوجوانان ضروری می سازد، نشان دهنده ی افزایش چند برابری نشانه های افسردگی و افسرده خوبی در نوجوانان مبتلا به ADHD می باشد.

1. Conduct Disorder
2. Oppositional Defiant Disorder

درمان اختلال افسردگی و اضطراب با موفقیت‌های چشمگیری همراه بوده است. درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی در تاریخ پانزده ساله‌ی درمان‌های شناختی-رفتاری به عنوان رویکرد نسل سوم، معرفی می‌شوند (Hayes, 2004).

این نوع از درمان، با الگوهای سنتی مداخلات شناختی-رفتاری متفاوت است و در آن بر رویدادهای خاصی مانند تجربیات درونی شبیه افکار، احساسات و حس‌های بدنی به عنوان بخش اساسی در درمان تأکید می‌شود (Hayes & Greco, 2008). در درمان‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی، به جای اینکه هدف تلاش برای تغییر محتوا، فراوانی و شکل افکار و احساسات به طور مستقیم باشد، هدف تغییر در کارکرد درونی پدیده‌ها است تا از آن طریق تأثیرشان کاهش یابد (Hayes & Greco, 2008). کاربرد ذهن آگاهی در قالب مداخله رفتاری برای مشکلات بالینی با کارهای جان کابات زین بر روی افرادی که از دردهای مزمن رنج می‌بردند، آغاز گردید (Kabat-Zine, 1982). این روش امروزه تحت عنوان کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) شناخته می‌شود. در رویکردهای مبتنی بر پذیرش و از آن جمله MBSR، تأکید اصلی بر شناسایی احساسات و افکار قضاوتی همراه با تنیدگی است و عقیده بر این است که نیاز به پذیرش برای کاهش تنیدگی و آگاهی از رویدادهایی که به صورت خودکار ما را در مسیر وخیم تر شدن تنیدگی قرار می‌دهند می‌تواند کافی باشد. شایان ذکر است که مفهوم پذیرش در ذهن آگاهی نباید با انفعال یا تسلیم برابر دانسته شود. منظور از پذیرش، توانایی تجربه وقایع به طور کامل، بدون اشتغال ذهنی مفرط به آن یا سرکوب تجربه است (Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra & Farrow, 2008). اما رویکرد MBSR اساساً در باره توسعه حالت یا وضعیت خاصی در ذهن یا بدن نیست بلکه شامل بیدار بودن و آگاهی از آنچه در حال حاضر در حال رخ دادن است آن هم به کاملترین شیوه، می‌شود. MBSR در قالب یک درمان گروهی برای ۱۵ تا ۳۰ نفر اجرا می‌شود. فعالیت‌های گروهی به صورت انجام تمرین‌های ذهن آگاهی و بحث در باره تمرین‌ها می‌باشد. آنچه در این دوره‌ها اهمیت دارد نوع نگاه به ذهن آگاهی است که به صورت یک نوع روش برای زندگی و روبرو شدن با خواسته‌های زندگی تا یک نوع تکنیک صرف تلقی می‌شود (Mohamadkhani & Khanipur, 2012). مطالعات نشان داده آموزش ذهن آگاهی می‌تواند از این طرق باعث کاهش نشانه‌های افسردگی شود و از عود آن پیشگیری کند (Williams, 2008; Teasdel et al, 2000; Mccarney, Schulz & Grey, 2012). استفاده از این روش درمانی برای گروهی از نوجوانان هنگ‌کنگ که عملکرد تحصیلی ضعیفی داشتند باعث کاهش

معنادار نشانه‌های افسردگی شد (Lau & Hue, 2011). نتایج مطالعات تأیید کرده اند که روش درمانی MBSR موجب کاهش سطوح اضطراب (Anderson, Segal, Lau & Bishop, 2007) افسردگی (Anderson et al, 2007; Grossman et al, 2010) خشم (Anderson et al, 2007) می شود. مطالعه‌ای دیگر که اثربخشی درمان ذهن آگاهی را بر روی نشانه‌های اضطرابی و خلقی بررسی کرده بود بهبود متوسط این نشانه‌ها را گزارش کرد. (Hofman, Sawyer, Witt & Oh, 2010)

با توجه به اینکه همبندی افسردگی با اختلال‌های رفتاری مخرب می‌تواند یک عامل بالقوه تهدید زندگی باشد چرا که در این شرایط احتمال تلاش برای خودکشی افزایش می‌یابد (Lewinsohn, Rohde & Selley, 2000) به کارگیری مداخلاتی جهت کاهش این نشانگان می‌تواند نتایج خوبی را در بهبود اختلال ADHD به دنبال داشته باشد. به این ترتیب هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود مشکلات درونی سازی شده اضطراب و افسردگی در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی می‌باشد. در این راستا فرضیه مورد پژوهش عبارت است از اینکه: درمان مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش معنادار مشکلات درونی سازی نوجوانان مبتلا به ADHD گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل می‌شود.

روش

این پژوهش از نوع کاربردی و شبه آزمایشی است که با گروه کنترل و آزمایش به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون اجرا شد. جامعه پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر ۱۲ تا ۱۸ سال دبیرستان‌های عادی و دولتی دوره اول و دوم شهرستان گناباد بود. برای جذب نمونه مورد نظر، فرآیند کار با غربالگری آغاز شد به طوری که مقیاس درجه بندی SNAP-IV (Friedman & Dvyal, 2002) در اختیار والدین ۲۰۰ دانش‌آموز دو دبیرستان دوره اول و دوم مرکز شهر که با نظر اداره آموزش و پرورش شهرستان گناباد از بین چهار دبیرستان انتخاب شدند، قرار گرفت. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌های تکمیل شده، دانش‌آموزانی که نمرات کسب شده آن‌ها در کل مقیاس ۱/۵۷ و یا در هر یک از خرده مقیاس‌های نارسایی توجه و فزون کنشی به ترتیب ۱/۴۵ و ۱/۹ (Sdralsadat, Hoshiary, Zamani & Sdralsadat, 2007) بود، شناسایی شدند و فهرستی از تعداد ۱۱۵ نفر تهیه گردید. پس از انجام مصاحبه تشخیصی توسط پژوهشگر بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV با دانش‌آموزان داوطلبی که نمره لازم را کسب کرده بودند، از میان تعداد ۱۱۰ دانش‌آموز، ۴۰ دانش‌آموز، تشخیص ADHD را دریافت کردند. سپس، نمونه مورد نظر از بین دانش‌آموزان داوطلب انتخاب شد. پس از انجام نمونه‌گیری، یک جلسه به عنوان پیش‌آزمون تشکیل شد که طی آن از

دختران نوجوان خواسته شد به پرسشنامه مشکلات رفتاری آجنباخ پاسخ دهند. قبل از توزیع پرسشنامه، توضیحات لازم در خصوص هدف پژوهش، داده شد و پس از تکمیل پرسشنامه در مورد محتوا، طول مدت، مکان و زمان جلسات اطلاعات لازم در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت. به موازات این جلسه پرسشنامه‌های مذکور توسط اعضای گروه کنترل نیز تکمیل گردید. گروه آزمایش، هشت جلسه به مدت ۹۰ دقیقه تحت درمان قرار گرفتند اما گروه کنترل، درمانی دریافت نکرد.

اعضای گروه آزمایش در طول جلسات، ضمن آشنا شدن با ماهیت اختلال و منطق تأثیرگذاری مداخله ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌ها، از نگرش‌های بنیادی ذهن آگاهی و چگونگی تقویت آن آگاه شدند. آنچه که در بیشتر جلسات به آن پرداخته می‌شد، تمرینات عملی ذهن آگاهی و به دنبال آن تمرین‌های خانگی بود. در پایان دوره، تعداد آزمودنی‌ها در هر یک از گروه‌های کنترل و آزمایش، به تعداد سیزده نفر کاهش یافته بود. با پایان یافتن جلسات، پرسشنامه مشکلات رفتاری آجنباخ، به عنوان پس آزمون توسط گروه آزمایش و کنترل تکمیل گردید.

همانطور که مطرح شد در این پژوهش مصاحبه بالینی مقیاس درجه بندی SNAP-IV و پرسشنامه مشکلات رفتاری آجنباخ مورد استفاده قرار گرفت که در ادامه به تفصیل توضیح داده می‌شود.

مصاحبه بالینی: مصاحبه بالینی مبنای یک سیستم سنجش چند بعدی مهم در زمینه تشخیص ADHD می‌باشد. در این پژوهش مصاحبه بالینی ساخت یافته بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV با دانش آموزانی که در مقیاس درجه بندی SNAP-IV نمره لازم را کسب کرده بودند، توسط پژوهشگر انجام گرفت.

مقیاس درجه بندی SNAP-IV: این آزمون اولین بار توسط سوانسون، نولان و پلهام در سال ۱۹۸۰ و براساس نشانه‌های اختلال در DSM ساخته شد که با تجدید نظرهایی که در DSM صورت گرفت ویرایش‌های اصلاح شده این آزمون نیز در دسترس قرار گرفت. مقیاس درجه بندی SNAP دارای یک فرم واحد جهت پاسخگویی والدین و معلمان است که شامل ۱۸ سوال می‌باشد، ۹ سوال جهت شناسایی زیر نوع نارسایی توجه ADHD و ۹ سوال برای تشخیص گذاری زیر نوع فزون کنشی/تکانش گری ADHD در آن وجود دارد. نحوه محاسبه نمره آزمودنی پس از اجرا بدین شرح می‌باشد که هر سوال از ۰ تا ۳ نمره دهی می‌گردد سپس نمره کل فرد بر ۱۸ و نمره وی در هر یک از زیر نوع‌ها بر ۹ تقسیم می‌شود. این مقیاس دارای اعتبار و روایی مناسب می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ جهت کل آزمون ۰/۹۷ و برای زیر نوع‌ها ۰/۹۰ و ۰/۷۶ بوده است (Hoseinzadeh, 2012). صدرالسادات، هشیاری، زمانی و صدرالسادات (Sdralsadat)

(Hoshiary, Zamani & Sdralsadat, 2007) ضریب اعتبار این آزمون را با استفاده از شیوه های باز آزمایی، آلفای کرونباخ و ضریب دو نیمه کردن به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۹۰ و ۰/۷۶ گزارش نموده اند. این مقیاس در پژوهش حاضر هم به عنوان یک آزمون تشخیصی و نیز به صورت پیش آزمون و پس آزمون در جهت بررسی کاهش نشانه ها مورد استفاده قرار گرفت.

فرم خود گزارشی مشکلات رفتاری آچنباخ (YSR): در این پژوهش برای سنجش مشکلات همبود با ADHD در نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی از مقیاس خود گزارشی مشکلات رفتاری که توسط آچنباخ (۱۹۹۱) ساخته شده است، استفاده شد. این مقیاس برای سنین ۱۱ تا ۱۸ سال با حداقل تحصیلات در حد پایه پنجم ابتدایی در مدت زمان ۱۵ دقیقه قابل پاسخگویی است (HabibiAsgarabad, Basharat, Fadaee & Najafi, 2009). این مقیاس شامل بخش شایستگی ها و سندرم ها است. بخش سندرم ها شامل ۱۱۲ عبارت است و آزمودنی طبق یک مقیاس سه نمره ای (۰، ۱، ۲) دور عددی را که با وضعیت آن ها مطابقت دارد، خط می کشد. این مقیاس ها عبارتند از:

- ۱) گوشه گیری
- ۲) شکایت جسمانی
- ۳) افسردگی/اضطراب
- ۴) مشکلات اجتماعی
- ۵) مشکلات تفکر
- ۶) مشکلات توجه
- ۷) رفتار بزهکارانه
- ۸) رفتار پرخاشگرانه

همچنین زیر مقیاس سایر مشکلات رفتاری که مجموعه ناهمگونی از ناراحتی های مختلف مثلنافرمانی، غذانخوردن و غیره را تشکیل می دهد. از جمع مقیاس های اول، دوم و سوم (به استثنای عبارت ۱۰۳)، مقیاس رده دومی به نام درون ریزی و از جمع مقیاس های هفتم و هشتم، مقیاس رده دوم دیگری به نام برون ریزی بدست می آید.

از جمع تمامی موارد مربوط به مشکلات، یک نمره کلی حاصل می شود (Kakabaraee, HabibiAsgarabad & Fadaee, 2007). روایی این پرسشنامه مکرراً مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب

همبستگی مقیاس YSR با پرسشنامه شخصیتی نوجوان آیزنک بین ۰/۳۹ تا ۰/۶۸ (HabibiAsgarabad, , ۲۰۰۹) و با فرم والد پرسشنامه علائم مرضی کودک کان-4CSI بین ۰/۱۵ تا ۰/۲۴ (Basharat, Fadaee & Najafi, 2009) به دست آمده است. همچنین ضرایب پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای مشکلات کلی ۰/۸۵ (Minaee, 2006)، ۰/۹۳ (HabibiAsgarabad, Basharat, Fadaee & Najafi, 2009)، ۰/۹۱ (Zargar, Mohammadi, Bahramabadi & BassakNagad, 2012) بدست آمده است. در این پژوهش، جهت سنجش مشکلات درونی سازی شده همبود با اختلال ADHD، این پرسشنامه به کار گرفته شد.

یافته‌ها

فرضیه پژوهش بیان می‌کرد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش معنا دار مشکلات درونی سازی شده همبود نوجوانان مبتلا به ADHD گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل می‌شود. به منظور بررسی این فرضیه، نمره مشکلات درونی سازی شده بدست آمده از مقیاس آچنباخ مورد توجه قرار گرفت. آنچه که در جدول ۱ می‌آید، برخی از آماره‌های توصیفی متغیر مشکلات درونی سازی شده شامل می‌شود.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیر مشکلات درونی سازی شده

متغیر وابسته	زمان	گروه	میانگین	انحراف معیار
مشکلات درونی سازی شده	پیش آزمون	آزمایش	۱۴/۳	۴/۷۱
		کنترل	۱۵/۸۵	۳/۱۸
	پس آزمون	آزمایش	۸/۳۱	۴/۶۰
		کنترل	۱۶/۱۵	۳/۴۶

آنچه در جدول ۱ گزارش شده، میانگین و انحراف معیار متغیر مشکلات درونی سازی شده در پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل و آزمایش است. همانطور که مشاهده می‌شود کمترین میانگین به پس آزمون گروه آزمایش تعلق دارد.

قبل از انجام تحلیل کوواریانس، ملاک‌های لازم از جمله وضعیت توزیع داده‌ها در متغیر مشکلات درونی سازی شده، همگنی واریانس‌های متغیر در دو گروه و همگونی شیب خط رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. آزمون کالموگراف اسمیرنوف نشان داد توزیع بهنجار می‌باشد ($P > 0/05$)، آزمون لوین نیز در

متغیر مورد نظر معنادار نبود ($P > 0.05$) و واریانس‌ها همگن بودند.

همچنین سطح معناداری شیب خط رگرسیون بیشتر از 0.05 بدست آمد ($P > 0.05$) و به این ترتیب همگونی شیب خط رگرسیون در متغیر مشکلات درونی سازی شده تأیید شد. با توجه به اینکه متغیر مشکلات درونی سازی شده، شرایط لازم برای تحلیل کوواریانس از جمله توزیع نرمال، همسانی واریانس و همگونی شیب خط رگرسیون را دارا بود، برای تحلیل داده‌های استنباطی آن از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس اثر مداخله بر متغیر مشکلات درونی سازی شده

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	اندازه اثر
مشکلات درونی سازی شده	پیش آزمون	۱۹۹/۰۵۹	۱	۱۹۹/۰۵۹	۲۲/۹۶***	۰/۵۰
	اثر مداخله	۲۸۴/۴۴۰	۱	۲۸۴/۴۴۰	۳۲/۸۰***	۰/۵۸
	خطا	۱۹۹/۴۰۳	۲۳	۸/۶۷۰		

*** $P < 0.001$

همانطور که نتایج موجود در جدول ۲ نشان می‌دهد، با حذف اثر متغیر مشکلات درونی سازی شده پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش، اثر اصلی متغیر مداخله که همان متغیر مستقل است، بر نمره‌های پس آزمون متغیر مشکلات درونی سازی شده معنادار است ($P < 0.001$ و $F_{1,23} = 32/80$). به عبارت دیگر فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌شود. به علاوه اندازه اثر ($\eta^2 = 0.58$) partial نشان می‌دهد که ۵۸ درصد از تغییرات ایجاد شده در نمرات پس آزمون مشکلات درونی سازی شده نتیجه اثر مداخله است.

نتیجه

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود مشکلات درونی سازی شده نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی به انجام رسید. در این پژوهش مداخله آزمایشی در گروه آزمایش اجرا شد و نمرات مربوط به مشکلات درونی سازی شده با استفاده از پرسشنامه آچنباخ به تفکیک دو گروه مقایسه شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی مشکلات درونی سازی شده همبود با ADHD را کاهش داده است. نتیجه بدست آمده، با نتایج پژوهش‌های گروسمن و همکاران (Grossman et al, 2010)، هافمن، سویر، ویت و او (Hofmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010)، لو و هیو (Lau & Hue, 2011) و اندرسون، لیو، سگال و بیشاپ (Anderson, Lau, Segal & Bishop, 2007) که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی را در کاهش سطوح اضطراب و افسردگی در جمعیت نوجوانان

و بزرگسالان بررسی کردند، همسو است. همچنین با نتایج پژوهش‌های عبدالقادری، کافی، صابری و آریانپور (Abdolghaderi, Kafi, Saberi & Arianpoor, 2013)؛ معصومیان، گلریز، شاعری و مومن زاده (Bayrami & Abdi, Masumian, Golzari, Shaeri & Momenzadeh, 2012)؛ بیرامی و عبدی (2009)؛ کاویانی، حاتمی و جواهری (Kaviani, Hatami & Javaheri, 2008)؛ و کاویانی، جواهری و بهیرایی (Kaviani, Javaheri & Bahirae, 2005) که نشان داد مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش افسردگی، اضطراب، افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی شده است همسویی دارد. در تبیین اینکه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی چگونه باعث کاهش مشکلات درون سازی شده در نوجوانان مبتلا به ADHD شده است می توان گفت آسیب کنش‌های اجرایی شامل توجه، حافظه کاری و بازداری که به صورت گسترده‌ای در مبتلایان به ADHD مشاهده می شود، مشکلاتی را در انگیزش و نظم جویی هیجان افراد مبتلا به دنبال دارد. آسیب در نظم جویی هیجان مبتلایان به ADHD ؛ (Braaten & Rosen, 2000) (Rapport, Friedman, Tzelepis & VanVoorhis, 2002) با افزایش میزان همبندی سایر اختلال‌های روانپزشکی با ADHD مانند اضطراب، افسردگی، سوء مصرف مواد مرتبط است (Kessler et al, 2006). این در حالی است که نظم جویی هیجان به عنوان یک مکانیزم و پیامد در تمرینات ذهن آگاهی مورد توجه قرار گرفته است (Brown & Ryan, 2003). در طول تمرینات ذهن آگاهی، افراد یاد می گیرند که انگیزش خود را از طریق تنفس کاهش دهند و نسبت به تجربیات خود نگرشی باز و همراه با پذیرش داشته باشند (Zylowska, Smalley & Schwartz, 2009). آموزش ذهن آگاهی پرداختن به هیجان‌ها را نه به صورت اجتناب از آن و نه به صورت غرق شدن در آن مطرح می‌سازد بلکه مشاهده آگاهانه هیجان‌ها و ماندن در لحظه با احساسات و هیجان‌ها را سرلوحه کار خود قرار داده است. این شیوه درمان، باز بودن، پذیرا بودن، گرایش به تجربیات هیجانی و حفظ فاصله لازم از هیجان‌ها و یکی نشدن با آن‌ها را به ارمان می‌آورد، که این فاکتورها برای افرادی که بیش از حد با هیجان‌هاشان درگیر می‌شوند مانند افراد مبتلا به افسردگی و افرادی که از هیجان‌هاشان اجتناب می‌کنند مانند اختلال‌های اضطرابی، کمک کننده است (Zylowska, Smalley & Schwartz, 2009). در ذهن آگاهی به جای اینکه بر ارزیابی تجارب هیجانی و شناختی تأکید شود، بر مشاهده این رویدادها تأکید می‌شود. ذهن آگاهی موجب کاهش گرایش به طبقه بندی جزئی تجارب می‌شود و از این حیث می‌تواند به عنوان راهبردی برای تقویت و سازگار کردن اعمال رفتاری و شناختی تلقی گردد (Moore & Malinowski, 2009). همچنین تقویت نگرش پذیرش موجب تغییر در شرایط روانی است. این شیوه از درمان، سه هدف را برای تلفیق پذیرش و ذهن آگاهی برشمرده

است. هدف اول بسط آگاهی از تجربه است زیرا مشخصه اصلی برخی اختلال‌ها مانند اضطرابی و افسردگی محدود شدن تمرکز توجه به محرک‌های مرتبط با اضطراب و افسردگی است. به این ترتیب بیمار ترغیب می‌شود تا پاسخ‌های هیجانی خود را با وضوح بیشتری بنگرد و به مشاهده کارکرد این تجارب درونی بنشیند. هدف دوم ترغیب بیمار برای تغییر دیدگاه نسبت به تجارب درونی از حالت قضاوتی و کنترل کننده به سوی حالتی توأم با پذیرش است. هدف سوم بالابردن کیفیت زندگی بیماران است (Ivanovski & Malhi, 2007).

به این ترتیب درمان مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق سازوکارهای مطرح شده بهبود مشکلات درونی سازی شده ای همچون اضطراب و افسردگی همبود با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی را به دنبال داشت. بر اساس نتایج بدست آمده از این پژوهش به کارگیری درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی در افرادی که از اضطراب و افسردگی با عنوان اختلال اصلی و یا با عنوان مشکلات همزمان با اختلال های دیگری مانند ADHD رنج می برند توصیه می شود. از جمله محدودیت های این پژوهش به کارگیری آزمودنی ها در یک گروه جنسیتی است که تعمیم پذیری آن به سایر گروه ها امکان پذیر نیست از این رو پیشنهاد می شود که در مطالعات بعدی سایر گروههای سنی و جنسی مدنظر قرار بگیرند.

References

- Abdolgaderi, M, Kafi, M, Saberi, A, Arianpoor, S. (2013). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and cognitive-behavioral therapy on pain, depression and anxiety in patients with chronic back pain. *Journal of ShaeedSdoughiUniversity of Medical Sciences Yazd*, 6, 795-807. (In Persian)
- Abdollahian, A., shakeri, M., Vosugh, E.(2003). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children ages preschool. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 85,275-280.(In Persian)
- American Psychiatric Association.(2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(fifth ed)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, N. D., Lau, M. A., Segal, Z. V., & Bishop, S. R. (2007). Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 449-463.
- Bagwell, C. L., Molina, B. S., Kashdan, T. B., Pelham, W. E., &Hoza, B. (2006). Anxiety and mood disorders in adolescents with childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14(3), 178-187.
- Barkley, R. A. (2005). Comparison of the DSM-IV combined typed of ADHD in a school-based sample of Latino Hispanic children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 46(2), 166-179.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: An 8-year prospective study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557.
- Bayrami, M., Abdi, R. (2009). The effects of mindfulness-based techniques to reduce test

- anxiety students. *Journal of Educational Sciences*. 6, 35-54. (In Persian)
- Biederman, J., Faraone, S. V.(2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lacenet*, 366, 237-248.
- Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Guite, J., Mick, E., Chen, L. & Perrin, J. (1996). A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Archives of general psychiatry*, 53(5), 437.
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *American journal of psychiatry*, 157(5), 816-818.
- Bird, H., Gould, M.S., Staghezza, B.M.(1993). Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 361–368.
- Braaten, E. B., & Rosen, L. A. (2000). Self-regulation of affect inattention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD boys: Differences in empathic responding. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 313-321.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848.
- Cardaciotto, J. , L., Herbert D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15, 204–223.
- Fischer, M., Barkley, R. A., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). Young adult follow-up of hyperactive children: self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(5), 463-475.
- Friedman R, Dvyal G.(2002). *Treatment of children with attention deficit – hyperactivity*. Translated by Jalal Sdralsadat, Mohammad Reza Mohammadi, Leila Sdralsadat. Tehran: Antibacterial Art. (In Persian)
- Gilliom, M., & Shaw, D. S. (2004). Co-development of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Development and Psychopathology*, 16(2), 313–333.
- Grossman, P., Kappos, L., Gensicke, H., D'Souza, M., Mohr, D. C., Penner, I. K., et al.(2010). MS quality of life, depression, and fatigue improve after mindfulness training: A randomized trial. *Neurology*, 75, 1141–1149.
- Habibi Asgarabad, M., Basharat, M., Fadaee, Z., Najafi, M.(2009). Confirmatory factor structure, reliability and validity of self-report scale Akhnbakh adolescent behavior problems (YSR). *Journal of Psychology*, 1, 1-18.(In Persian).
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., & Greco, L. A. (2008). Acceptance and mindfulness for youth: It's time. In L. A. Greco & S. C. Hayes (Eds.), *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: A practitioner's Guide*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169.
- Hoseinzadehmaleki, Z.(2012). *Efficacy of working memory training, parent education*

- programs Barkley and combine the two intervention on improving executive functions and clinical symptoms in children with ADHD*. Master's thesis. Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad. (In Persian)
- Ingram S, Hechtman L, Morgenstern G. (1999). Outcome issues in ADHD: adolescent and adult long-term outcome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* , 5, 43–250.
- Jenson, W. R., Olympia, D., Farley, M., & Clark, E. (2004). Positive psychology and externalizing students in a sea of negativity. *Psychology in the Schools*, 41(1), 67-79.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33–47
- Kakabaraee, K., HabibiAsgarabad, M., Fadaee, Z. (2007). Normalized scale behavioral problems Akhnbakh. *Research on mental health*, 1, 50-66. (In Persian)
- Kaviani, H., Hatami, N., Javaheri, F. (2008). reducing effect of mindfulness-based cognitive therapy on automatic thoughts and dysfunctional attitudes. *Journal of Research in mental health*, 2, 5-14. (In Persian)
- Kaviani, H., Javaheri, F., Bahirae, H. (2005). Effect of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in reducing the negative automatic thoughts, dysfunctional attitudes, depression and anxiety. *Journal of Cognitive Science*. 1, 49-59. (In Persian)
- Kessler, R., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, CK., Faraone, VS., et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal Of Psychiatry*, 163(4), 716–723.
- Kovacs, M., & Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(1), 47-63.
- Lau, N. S., & Hue, M. T. (2011). Preliminary outcomes of a mindfulness-based progame for Hong Kong adolescents in schools: well-being, stress and depressive symptoms. *International Journal of Children's Spirituality*, 16(4), 315-330.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (2000). Adolescent psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(4), 510-519.
- Bakhtiari, M. (2005). *The relationship between beliefs about the exocrine and endocrine control of psychopathology in children*. PhD thesis, Iran University of Medical Sciences. (In Persian)
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (Eds.). (2007). *Assessment of childhood disorders*. New York: Guilford Press.
- Mashhadi, A., Soltanifar, A., Moharreri, F., Noferehi, F. (2011). Prevalence of comorbid psychiatric disorders and their impact on the response to methylphenidate in children with ADHD. *Journal of Shahid Beheshti University of Medical Sciences*, 4, 162-168. (In Persian)
- Masumian, S., Golzari, M., Shaeri, M., Momenzadeh, S. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction program on depression in patients with chronic back pain. *Journal of Anesthesiology and Pain*, 2, 82-87. (In Persian)
- McCarney, R. W., Schulz, J., & Grey, A. R. (2012). Effectiveness of mindfulness-based

- therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14(3), 279-299.
- Minaee, A (2006). Adaptation and standardization of the Child Behavior Checklist Khnbakh, self-assessment questionnaire and Teacher Report Form. *Journal of Exceptional Children*, 10, 529-558. (In Persian)
- Mohamad khani, P., Khanipur, H. (2012). *Mindfulness-based therapy*. Tehran: university of social welfare and rehabilitation sciences. (In Persian)
- Oland, A. A., & Shaw, D. S. (2005). Pure versus co-occurring externalizing and internalizing symptoms in children: The potential role of socio-developmental milestones. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(4), 247-270.
- Rappoport, L. J., Friedman, S. R., Tzelepis, A., & Van Voorhis, A. (2002). Experienced emotion and affect recognition in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 16(1), 102-111.
- Rasmussen, P., & Gillberg, C. (2000). Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1424-1431.
- Sdralsadat J, Hoshiary Z, Zamani R, Sdralsadat L. (2007). Determination of Psychometric Indices of SNAP-IV Rating Scale in Parent Execution. *Journal of Rehabilitation*, 3, 53-57 (In Persian).
- Seidman, L. J. (2006). Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan. *Clinical Psychology Review*, 26(4), 466-485.
- Skounti, M., Philalithis, A., & Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European Journal of Pediatrics*, 166(2), 117-123.
- Souza, I., Denardin, D., Mattos, P.E., Rohde, L. A. (2004). Comparisons between tworeferred samples. *European Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 243-248.
- Souza, I., Pinheiro, M. A., & Mattos, P. (2005). Anxiety disorders in an attention-deficit/hyperactivity disorder clinical sample. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 63(2), 407-409.
- Tavakkolizadeh, J., Bolhari, J., Mehryar, A., Dezhkam, M. (1997). Epidemiology of attention deficit and disruptive behaviour disorders in elementary school children of Gonabad town, north east iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 3, 40-52. (In Persian)
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/ recurrence in major depression by mindfulness based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-623.
- Williams, J. M. G. (2008). Mindfulness, depression and modes of mind. *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 721-733.
- Wolraich, L., Wibbelsman, J., Brown, E., Steven W. Evans, W., Gotlieb, M., John R. Knight, R., Ross, E.C., Shubiner, H., Esther, H. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Adolescents: A Review of the Diagnosis, Treatment, and Clinical Implications. *Pediatrics*, 115(6), 1734-1746.
- Woo, S. M., & Keatinge, C. (2008). *Diagnosis and treatment of mental disorders across the*

- .Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Zahn-Waxler, C., Klimes, D. B., & Slattery, M. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, 12, 443-466.
- Zargar, Y., Mohammadi Bahramabadi, R. & Bassak Nagad, S. (2012). A study of family processes as predictors of behavior problems among second grade high school students in Yasuoj. *Journal of School Psychology*, 2, 77-103. (In Persian)
- Zylowska, L., Smalley, S.L. and Schwartz, J.M. (2009). Mindful Awareness and ADHD - in F. Didonna, *Handbook of Mindfulness-based interventions in an inpatient setting* (pp. 447-462). Springer New York.