رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۱، شماره پیاپی۹۴، فروردین ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(1), 2024

اثربخشی درمان دیالکتیکی بر انعطاف پذیری شناختی و رفتارهای برون سازی شده نوجوانان تک والد

The effectiveness of dialectical therapy on cognitive flexibility and externalizing behaviors of single-parent adolescents

زهرا امیدی نژاد
کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت، گروه روانشناسی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران.
دکتر مریم قهرمانی (نویسنده مسئول)
استادیار گروه روانشناسی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران.

Zahra Omidinejad
Master of Personality Psychology, Department of Psychology, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran.
Dr. Maryam Ghahremani *
Assistant Professor, Department of Psychology, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran. *maryam_ghahremani@yahoo.com*

چکیده
هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان دیالکتیکی بر انعطاف‌پذیری شناختی و رفتارهای برون‌سازی شده نوجوانان تک والد بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون_ پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه نوجوانان تک والد مراجعه‌کننده به مراکز بهزیستی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود که از بین آن‌ها ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شد .ابزار گردآوری داده‌ها شامل مقیاس مشکلات رفتاری نوجوانان(CBCL) آخنباخ و رسکورلا (۲۰۰۱)، مقیاس انعطاف پذیری شناختی (CFI) مارتین و روبین (۲۰۱۳) بود. در نهایت داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیری تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد با کنترل اثر پیش آزمون تفاوت معناداری بین پس آزمون گروه آزمایش و گواه در انعطاف‌پذیری شناختی و رفتارهای برون‌سازی شده نوجوانان تک والد وجود داشت (P< ۰/۰۰۱). بنابر این می‌توان نتیجه گرفت درمان دیالکتیکی بر انعطاف‌پذیری شناختی و رفتارهای برون‌سازی شده نوجوانان تک والد مؤثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: *انعطاف‌پذیری شناختی، درمان دیالکتیکی، رفتارهای برون سازی شده، نوجوان تک والد.*

Abstract
The purpose of this research was to determine the effectiveness of dialectical therapy on cognitive flexibility and externalizing behaviors of single-parent adolescents. The current research was a semi-experimental type with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of this research was all single-parent teenagers who were referred to the welfare centers of Tehran in 1401, from which 30 people were selected as a sample using available sampling. The data collection tool included Achenbach and Rescorella's (2001) Adolescent Behavioral Problems Scale (CBCL), and Martin and Rubin's (2013) Cognitive Flexibility Scale (CFI). Finally, the data were analyzed using multivariate covariance analysis. Findings showed that by controlling the effect of the pre-test, there was a significant difference between the post-test of the experimental group and the control group in cognitive flexibility and extraverted behaviors of single-parent adolescents (P<0.001). Therefore, it can be concluded that dialectical therapy has been effective in cognitive flexibility and extraverted behaviors of single-parent teenagers.

Keywords: *cognitive flexibility, dialectical therapy, externalized behaviors, single-parent adolescent.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : خرداد ۱۴۰۲** | **پذیرش: خرداد ۱۴۰۲** | **ویرایش نهایی: اسفند ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

مقدمه

کودکان تک والد به واسطه شرایطی زندگی، دچار مسائل و مشکلات گوناگونی می‌شوند. اختلالات روانی به میزان بیشتری در خانواده‌های تک والد وجود دارد (نیلسن[1]، ۲۰۱۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که میانگین اضطراب در فرزندان خانواده‌های تک والد به طور معنی داری بیشتراز فرزندان سایر خانواده‌ها است (براون و میتچل[2]، ۲۰۱۷). همچنین گاهی تک والدها به دلیل فشارهای ناشی از مراقبت و مسئلولیت خود در انجام کارکردهای والدینی، با کودک خود تعاملات نامناسب دارند که این همین موضوع می‌تواند در ایجاد تکانشگری در کودکانشان مؤثر باشد (فاکس[3] و همکاران، ۲۰۱۷). کودکان و نوجوانان تک والد به دلیل وجود مشکلات مرتبط با سبک زندگی، معمولاً احساس ارزشمندی کمتری داشته و این موضوع باعث می‌گردد تا خلقیات منفی بالاتری را از خود بروز دهند (معتمدی شارک و همکاران، ۱۳۹۵). این افراد در مقایسه با افرادی که با هردو والد زندگی می‌کنند، احساسات منفی بیشتری نسبت به خود دارند و از عزت نفس پایین‌تری برخوردارند که این موضوع آن‌ها را بیش از پیش در معرض اختلالات روانی قرار می‌دهد؛ چراکه پندار منفی از خود وعدم احساس ارزشمندی می‌تواند خلقیات را تحت تأثیر قرار دهد (الهی و صادق آبادی، ۱۳۹۴). تغییرات خانوادگی مهم، همچون جدایی والدین می‌تواند بر فرزندان تأثیر گذارد و ضمن افزایش خلق منفی، بهزیستی روانی فرزندان را تهدید کند (هیرو[4]و همکاران ،۲۰۲۰). به طور کلی کودکان این خانواده‌ها مشکلات تحصیلی و رفتاری داشته و دچار هویت سردرگم شده که خود باعث ناتوانی در برقراری ارتباط با دیگران می‌شود (گلدشتاین[5] و همکاران ، ۲۰۱۵). در این بین رفتارهای برون‌سازی شده سهم زیادی در بروز آسیب‌های هیجانی و روانشناختی این افراد دارد. رفتارهای برون‌سازی شده یکی از شایع‌ترین دلایل ارجاع کودکان و نوجوانان به مراکز درمانی و مشاوره است. این نوجوانان دارای بازنمایی ذهنی منفی بالاتر و همچنین انسجام روانی پایین‌تری هستند (متین خواه و همکاران، ۲۰۱۹).

اختلال‌های برونی سازی [6] در برگیرنده دو گروه رفتارهای قانون شکنانه و پرخاشگرانه بوده و شامل اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای است (خانجانی و هداوند خانی، ۱۳۹۱). پیش آگهی این اختلالات نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در معرض خطر مشکلات دیگری هم چون اختلالات یادگیری، اختلال خلقی، اضطرابی، مصرف مواد و الکلیسم، شخصیت ضداجتماعی و مجرمیت دوران بلوغ و بزرگسالی، رفتارهای پرخطر، روابط اجتماعی ضعیف و خطر بستری شدن‌های مکرر (فانتی و هنریچ[7] ،۲۰۱۰) هستند. با توجه به یافته پژوهشی بورلاکا[8] (۲۰۱۶) نقش مهم والدگری را در مشکلات برون‌سازی شده داشته و در خانواده‌های تک والد بخاطر ایفا نشدن این نقش، فرزندانشان بیشتر در خطر این مشکلات رفتاری هستند. چارلز[9] (۲۰۱۱) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که کودکان تک سرپرست در روابط خود با دیگران دارای مشکلات هیجانی و روانی و سازگاری بیشتری هستند. درگاهی و همکاران (۱۳۹۵) نشان دادند که نوجوانان تک والد تحت سرپرستی مادر به لحاظ همنشینی با همسالان بزهکار و رفتارهای پرخطر در سطح بالاتری نسبت به دو والدها قرار دارند. همچنین از جمله مسائل مهم در این افراد سطوح انعطاف‌پذیری شناختی است. به طوری که مشخص شده نوجوانان با تقاضاهای محیطی در حال تغییر همراه هستند که نیاز به مهارت‌های سازگاری عالی و انعطاف پذیری شناختی بالا دارند (هوسر[10] و همکاران، ۲۰۱۵).

انعطاف‌پذیری شناختی [11] می‌تواند به صورت توانایی تغییر دادن برداشت‌ها و راهبردهای مقابله‌ای هنگام مواجه با شرایط فشارزا در نظر گرفته می‌شود شود وعدم توانایی در انجام آن ویژگی اصلی مشکلات روانی است (داجانی و یودین[12]، ۲۰۱۶). دیک[13] (۲۰۱۵): شناخت انعطاف‌پذیر شامل فعال‌سازی و اصلاح پویای فرایندهای شناختی در پاسخ به ضرورت‌های زندگی است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به توانایی فرد در تماس با لحظه کنونی آن‌گونه که هست و بدون هیچ دفاع روان شناختی و نیز همسو با ارزش‌های برگزیده فرد اشاره دارد

1 Nilsen
2 Brown & Mitchell
3 Fox
4 Herrero
5 Goldstein
6 externalizing disorders
7 Fanti & Henrich
8 Burlaka
9 Charles
10 Hauser
11 cognitive flexibility
12 Dajani & Uddin
13 Deak

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

(هایز[1]، ۲۰۱۳). انعطاف پذیری شناختی در پیش بینی ترجیحات و انتظارات مرتبط با آینده اثر مستقیم و معنادار دارد. (دینگ[2] و همکاران، ۲۰۲۳). که می‌تواند حس قدرت را به طور مثبت و معنا دار توضیح می‌دهد. (لئوریو و همکاران، ۲۰۲۳). تا به حال مداخلات متفاوت و اثربخشی در رابطه با مشکلات نوجوان تک والد طراحی شده است. که توانسته گستره‌ای از متغیرهای هیجانی و رفتاری را در آن‌ها تعدیل و بهبود ببخشد. یکی از آن مداخلات درمان دیالکتیکی است.

یکی از مهم‌ترین رویکردهایی مداخلاتی گروه درمانی دیالکتیکی است. که با ترکیب پذیرش و همدلی مراجع محور، حل مساله شناختی- رفتاری، آموزش‌های مرتبط با مولفه‌های اجتماعی و تجربه ذهن آگاهی رویکردی جامع و چندبعدی محسوب می‌شود (فلین[3] و همکاران، ۲۰۲۱). رفتار درمانی دیالکتیکی یک درمان موثر برای تعداد فزاینده‌ای از اختلالات روانی است. کاربرد فزاینده آن برای طیف وسیعی از اختلالات ناشی از شناخت این موضوع است که **DBT** اختلال در تنظیم احساسات را هدف قرار می‌دهد، که یک ویژگی فرا تشخیصی زیربنای چندین اشکال آسیب‌شناسی روانی است (زلونسکی[4] و همکاران، ۲۰۱۸). درمان دیالکتیکی نوعی روان درمانی است که بر ابعاد روانشناختی درمان تمرکز دارد. این رویکرد معتقد است برخی انسان‌ها نسبت به موقعیت‌های هیجانی، بازخوردهای شدیدتر و خارج از قاعده نشان می دهند (می[5] و همکاران، ۲۰۱۶). این درمان به فرد کمک می‌کند تا با شناسایی نقاط قوت خود به احساس مناسب‌تری نسبت به خود و جهان پیرامون دست پیدا کند (مک کاردی[6] و همکاران، ۲۰۱۷). درمان دیالکتیکی شامل چهار محور مهم در استفاده از تکنیک‌های مداخله‌ای است. این چهار محور عبارت است از تنظیم هیجانات، روابط اجتماعی و بین فردی، تحمل بلاتکلیفی و موقعیت‌های مبهم و در آخر ذهن آگاهی است. که در این بین تجربه ذهن آگاهی یکی از مهمترین مولفه‌های این درمان است. که به وسیله آن می‌توان تا حدود بسیاری از مشکلات هیجانی، شناختی و رفتاری جلوگیری به عمل آورد و یا آن‌ها را برطرف نمود (ناراروهارو[7] و همکاران، ۲۰۱۶). در درمان دیالکتیکی به فرد آموزش داده می‌شود که با تغیر نگرش‌ها و تفسیرهای خود نسبت به اتفاقات و چالش‌های زندگی راه حل‌ها و دیدگاه‌های واقع بینانه‌تری نسبت به آن‌ها اتخاذ کنند (کوهن[8] و همکاران، ۲۰۲۱).

حسینی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهش خود نشان دادند تلفیق رفتاردرمانی دیالکتیکی با دارودرمانی بر خودمهارگری و انعطاف‌پذیری شناختی در افراد موثر است و تأثیر درمان تلفیقی بیشتر است. کشاورز و همکاران (۱۴۰۰) در تحقیق خود نشان دادند رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودشفقتی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تاثیر معنادار داشته است. دماوندیان و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود نشان داد رفتار درمانی دیالکتیکی به صورت پایدار موجب کاهش پرخاشگری می‌شود. صفری (۱۴۰۰) در پژوهش خود نشان داد رفتار درمانی دیالکتیکی بر دشواری تنظیم هیجان موثر است. کاظمی رضایی (۱۳۹۹) در پژوهش خود نشان داد نظم جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر پریشانی روانشناختی و انعطاف‌پذیری شناختی افراد موثر است. خاکشور و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش مؤلفه‌های شناختی، انعطاف‌پذیری شناختی و استرس اکسیداتیو مؤثر است. کاظمی و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش اضطراب و خشم دانش آموزان موثر است. زمانی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش خود نشان دادند رفتار درمانی دیالکتیکی خشم‌های انفجاری را به طور معنی‌داری کاهش می‌دهد. سیسنیکی و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود نشان داد یافته‌های که **DBT** اثربخشی را در کاهش خشم نامنظم نشان می‌دهد.

نوجوانان تک والد دارای مشکلات متعدد هیجانی و رفتاری می‌باشند. لذا جهت کاهش مشکلات این دسته از نوجوانان با آسیب می‌بایست پژوهش‌های عملی و علمی صورت گیرد. با بررسی‌های صورت گرفته توسط محققان این پژوهش، پژوهشی که به تعیین اثربخشی درمان دیالکتیک بر رفتارهای برون‌سازی شده و انعطاف‌پذیری شناختی نوجوانان تک والد پرداخته باشد یافت نشده است. این خلا باعث می‌شود در ارزیابی اثربخشی مداخلات سهم درمان دیالکتیک مورد غفلت واقع شود و پژوهشگران از نتایج ارزنده این درمان بی‌بهره بماند. لذا پرداختن به این موضوع با توجه به خلا موجود از اهمیت پژوهشی و اجرایی برخوردار است. همچنین نتایج این تحقیق می‌تواند راهنما و هادی پژوهش‌های آینده در زمینه‌های مشابه و مرتبط با این درمان و نوجوانان تک والد باشد. لذا با توجه به مطالب فوق پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان دیالکتیکی بر انعطاف¬پذیری شناختی و رفتارهای برون‌سازی شده نوجوانان تک والد صورت گرفت.

1 Hayes
2 Ding
3 Flynn
4 Zalewski
5 May
6 McCredie
7 Nararro
8 Cohen

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون_ پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه نوجوانان تک والد مراجعه کننده به مراکز بهزیستی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بوده است که از بین آن‌ها ۳۰ نفر به شیوه نمونه¬گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) جایگزین شدند. تعداد ۴ نفر نیز بعلت ریزش احتمالی شرکت¬کنندگان در لیست انتظار قرار گرفتند. حجم نمونه به پیشنهاد گال و همکاران (۱۹۹۶) که معتقدند در تحقیقات آزمایشی و نیمه آزمایشی حجم نمونه در هر گروه آزمایش و کنترل باید بین ۱۵ تا ۲۰ نفر باشد در نظر گرفته شد. گروه‌های آزمایش و گواه به لحاظ متغیرهای اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و تحصیلی همگن شدند. معیار ورود نوجوانان تک والد، سن حداقل ۱۳ سال و حداکثر ۱۸ سال، دارا بودن سطح تحصیلات حداقل متوسطه اول، توانایی پاسخ به سوالات پرسشنامه، عدم دریافت درمان دیالکتیکی در گذشته، پذیرفتن فرد برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت نامه کتبی و معیار خروج انجام ندادن تکالیف، وقوع اتفاقات خارج از کنترل شرکت¬کنندگان، غیبت بیش از ۲ جلسه و ایجاد آشوب در حین مداخله بود. گروه گواه تحت مداخله قرار نگرفتند، در صورتی که گروه آزمایش طی مدت ۱۰ جلسه هر هفته یک جلسه ۷۵ دقیقه‌ای تحت درمان دیالکتیکی قرار گرفتند. محرمانه بودن اطلاعات افراد شرکت کننده در پژوهش، جلب رضایت از نمونه شرکت کننده، عدم انتشار اطلاعات‌ها به دیگری و ایجاد جو اطمینان بخش از جمله رعایت موازین و ملاحضات اخلاقی در این پژوهش بود. در نهایت داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیری و با کمک نرم افزا spss نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

ابزار سنجش

سیاهه انعطاف پذیری شناختی[1](CFI) : این سیاهه توسط مارتین و روبین (۱۹۹۵) ساخته شده است و برای اندازه گیری انعطاف‌پذیری شناختی با استفاده از سه مؤلفه ارتباط، انعطاف و خشکی نگرش‌ها و عادات شخصی می‌باشد. این سیاهه دارای ۱۲ سؤال می‌باشد که سازه انعطاف‌پذیری را در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از خیلی کم (نمره ۱) تا خیلی زیاد (نمره ۵) را می‌سنجد. پایایی این سیاهه توسط مارتین و روبین (۱۹۹۵) با آلفای کرونباخ ۸۰ ٪محاسبه نموده است. همچنین روایی محتوایی آن برای همه گویه‌ها بالاتر از ۰/۸۵ گزارش شده است. در پژوهش رستمی (۱۳۹۵) مجدداً همسانی درونی این پرسشنامه برای نمونه دانشجویان بررسی و میزان آن از طریق آلفای کرونباخ ٪۷۴ محاسبه شد. همچنین روایی صوری توسط متخصصین تایید و روایی محتوایی آن برای سوالات پرسشنامه ۰/۸۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۶ برآورد شده است.

چک لیست مشکلات رفتاری نوجوانان[2] (CBCL) : این چک لیست در سال ۱۹۹۱ توسط آخنباخ ساخته شده است. تعداد سوالات این چک لیست ۱۱۵ سوال است. چک لیست رفتاری کودک از مجموعه فرم‌های موازی آخنباخ ASEBA بوده و مشکلات عاطفی-رفتاری کودکان و نوجوانان را در ۸ عامل اضطراب/ افسردگی، انزوا/ افسردگی، شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. دو عامل نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه عامل مرتبه دوم مشکلات برون سازی شده را تشکیل می‌دهند. پاسخ به سوالات این چک لیست به صورت لیکرت ۳ گزینه‌ای از ۰ تا ۲ می‌باشد. بدین ترتیب که نمره "۰" به مواردی تعلق می‌گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد؛ نمره "۱" به حالات و رفتارهایی داده می‌شود که گاهی اوقات در کودک مشاهده می‌شود و نمره "۲ "نیز به مواردی داده می‌شود که بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد. ضرایب کلی پایایی فرم‌های CBCL با استفاده از آلفای کرانباخ ۰/۹۷ گزارش شده است. روایی همگرا با استفاده از مقیاس کوای_پیترسون (۱۹۸۳) ۰/۸۸ گزارش شده است (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۷). در پژوهش مینایی (۱۳۸۵) دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. پایایی مقیاس‌ها با استفاده از روش بازآزمایی با یک فاصله زمانی ۵-۸ هفته بررسی شده که دامنه ضرایب ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است. روایی محتوایی آن ۰/۶۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۰ برآورد شده است.

1 Cognitive flexibility inventory
2 Child Behavior Checklist

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

پروتکل درمان دیالکتیکی[1] (DBT) : مداخله‌ای در ۱۰ جلسه آموزش ۷۵ دقیقه ای، هفته‌ای یک جلسه در طی ۲ ماه و نیم روی شرکت¬کنندگان گروه آزمایش بر اساس جدول معین در جلسات تعیین شده و با توجه به سرفصل‌های پکیج درمان دیالکتیکی (لینهان، ۲۰۰۸؛ به نقل از نوعی ایران و همکاران، ۱۳۹۸) اجرا شد.

جدول ۱. پروتکل درمان دیالکتیکی لینهان(۲۰۰۸)

جلسات	هدف	شرح جلسه
اول	آشنایی مراجعان با همدیگر، آشنایی با اهداف و قوانین	ابتدا محقق، ضمن خوش آمدگویی و سپاسگزاری از آزمودنی ها، هدف از تشکیل جلسات آموزش، طول مدت زمان آن، تعداد جلسات، شرایط خروج از جلسات و تکالیف خانگی در بین جلسات را برای آنها توضیح می دهد، سپس آزمودنی ها با یگدیگر آشنا می {شوند.
دوم	کسب توانش و آشنایی با هیجانات	سؤال در مورد اینکه: چرا باید این مهارت را بیاموزیم؟ دیدگاه های درست در مورد هیجان ها کدامند؟ مروری بر هیجان های اولیه و ثانویه. خودنظم جویی هیجانات به افراد کمک می کند تا با هیجان های اولیه و ثانویه به شیوه های مؤثرتری کنار بیایند.
سوم	نامگذاری هیجانات و توجه به عملکرد آن ها	سؤال در مورد اینکه چگونه هیجان ها عمل می کنند؟ نامگذاری هیجان ها و تحلیل عملکردی، مباحثه در مورد تفاسیری که هر فرد در مورد هیجان هایش دارد، توجه به نقش ذهن هیجانی و ذهن منطقی و ذهن خردمندانه در مورد پاسخ به هیجان ها.
چهارم	مشاهده گری هیجانات	مشاهده و توصیف هیجان ها، نقش خودگویی های مثبت در هیجان ها. اگر افراد رفتارهای سالم تری بروز دهند و افکار خودتأییدگرایانه بیشتری داشته باشند، باعث می شود تجارب هیجانی رضایت بخش تری برای آن ها پیش بیاید.
پنجم	کسب توانش جهت کاهش آسیب پذیری	آموزش توانش کاهش آسیب پذیری جسمانی (برنامه ریزی برای خواب کافی، برنامه ریزی برای رفع کسالت جسمانی و روانی، تغذیه کافی و مناسب، ورزش کردن). عادت های صحیح بخش مهمی از مدیریت افسردگی، خشم، کج خلقی یا زودرنجی هستند.
ششم	آموزش توانش حل مسئله	اتخاذ تصمیماتی در راستای توانش کاهش آسیب پذیری شناختی. آموزش توانش حل مسئله، توانش حل مسئله این توانایی را به افراد می دهد که با توجه به تجارب عملی و توانمندی های ذهنی خود بتوانند در جهت حل مسئله قدم بردارند.
هفتم	تسلط بر دنیای خود	آموزش برنامه ریزی برای افزایش تجارب مثبت، تهیه فهرستی از فعالیت های لذت بخش.
هشتم	عمل مخالف هیجانات آسیب زننده	آگاهی بر هیجان ها و انجام عمل مخالف در برابر ترس، احساس گناه و شرم، خشم و افسردگی. عمل مخالف در مورد ترس و خشم و احساس گناه و غمگینی. برعکس تمایل های هیجانیتان عمل کنید. ذهن خود را از حس جاری و کنونی پر کنید.
نهم	جلسه اول آموزش توانش های تحمل پریشانی	راهبردهای پرت کردن حواس، ارتقا لحظه جاری، خودآرام بخشی با استفاده از حواس پنجگانه، تکنیک سود و زیان. بیشتر افراد ترجیح می دهند هیجان های دردناک را تجربه نکنند؛ بنابراین آن را نادیده می گیرند و نمی توانند تحمل کنند، پس دست به رفتارهای غیرانطباقی می زنند. درمانگر در تحمل پریشانی به فرد کمک می کند تا هیجان دردناک را تجربه کند و بتواند آن را تحمل کند.
دهم	جلسه دوم آموزش توانش های تحمل پریشانی	آموزش توانش های تحمل پریشانی: تعریف پذیرش بنیادین و چگونگی استفاده از این توانش، آموزش تغییر شیوه های تفکر، ایجاد انگیزه (اراده) برای عمل متعهدانه. اجرای پس آزمون.

یافته ها

داده‌های جمعیت شناختی پژوهش نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار سن در شرکت کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب ۱۵/۴۶ و ۱/۳۵ و در گروه گواه ۱۵/۰۲ و ۱/۱۹ بوده است. در جدول شماره ۲ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار مرتبط با هر گروه به تفکیک گزارش شده است. همچنین آماره کالموگروف _ اسمیرنوف که جهت بررسی نرمالیتی داده‌ها استفاده می‌شود. برای هر گروه گزارش شده است.

1 Dialectical behavior therapy

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

جدول ۲. شاخص توصیفی متغیرهای پژوهش

		پیش آزمون		پس آزمون		کالموگروف _ اسمیرنوف	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره	sig
انعطاف پذیری شناختی	آزمایش	۲/۴۶	۰/۳۱	۳/۲۸	۰/۳۸	۰/۱۹۹	۰/۰۶۸
	گواه	۲/۴۱	۰/۳۵	۲/۳۰	۰/۲۹	۰/۱۶۵	۰/۰۵۲
رفتار برون سازی شده	آزمایش	۲/۲۶	۰/۷۰	۱/۰۱	۰/۵۹	۰/۲۰۳	۰/۰۸۹
	گواه	۱/۲۳	۰/۳۶	۱/۳۸	۰/۴۳	۰/۲۱۱	۰/۰۹۹

همان طور که در جدول شماره ۲ قابل مشاهده است که آماره کالموگروف _ اسمیرنوف برای خرده مقیاس‌های انعطاف‌پذیری شناختی و رفتار برون‌سازی دارای سطوح معناداری بالاتر از مقدار مفروض (۰/۰۵) هستند که نشان می‌دهد از مفروضه طبیعی و نرمال بودن داده‌ها در گروه‌ها تخطی نشده است. همچنین یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد میانگین نمره‌های گروه آزمایش از پیش آزمون تا پس آزمون برای انعطاف‌پذیری شناختی افزایش و برای رفتارهای برون‌سازی شده کاهش یافته است. نتیجه بررسی پیش فرض‌های تحلیل کواریانس به این شرح بود در ابتدا جهت بررسی وجود داده پرت از باکس پلات استفاده شد که داده پرتی مشاهده نگردید. همگنی شیب رگرسیون بدین معنی است که شیب رگرسیونی خطوط مختلف در بین گروه‌ها باید برابر باشد که می‌تواند با یک آزمون F بر روی تعامل متغیرهای مستقل با کووریت‌ها ارزیابی شود. ملاحظه شد سطح معنی داری تعامل گروه تحقیق*پیش آزمون انعطاف‌پذیری شناختی برابر ۰/۶۶۱ و بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد. این امر نشان دهنده این است که پیش فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت می‌شود. همچنین ملاحظه شد سطح معنی داری تعامل گروه تحقیق*پیش آزمون رفتار برون‌سازی برابر ۰/۳۰۱ و بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد. این امر نشان دهنده این است که پیش فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت می‌شود. جهت بررسی تجانس ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون Box M استفاده شد. این آزمون این فرض صفر را مورد آزمون قرار می دهد که ماتریس های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه های مختلف برابرند. مشاهده شد چون مقدار F (۲/۰۰۱) در سطح خطای داده شده (۰/۱۶۳) معنی دار نیست بنابراین فرض صفر رد نمی شود. به این معنی که ماتریس های کوواریانس مشاهده شده بین گروه های مختلف با هم برابرند. از آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس ها استفاده شد. فرضیه صفر این آزمون بیان می کند داده ها به لحاظ واریانس همگن هستند. مشاهده شد برای متغیر انعطاف پذیری شناختی چون مقدار F (۱/۳۲۱) از سطح خطای داده شده (۰/۸۱) بزرگ تر است لذا این پیش فرض برای متغیر انعطاف پذیری شناختی رعایت شده است. همچنین برای متغیر برون سازی چون مقدار F (۱/۲۹۹) از سطح خطای داده شده (۰/۶۱) بزرگ تر است لذا این پیش فرض برای متغیر رفتار برون سازی رعایت شده است. بنابراین از آزمون های اثر پیلایی، لامبدای ویلکز ، اثرهلتینگ و بزرگترین ریشه روی جهت اعتبار تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳. شاخص های اعتباری تحلیل کواریانس چند متغیره متغیرهای پژوهش

آزمون	مقدار	F	df	Error df	Sig.	مربع اتای جزئی	توان آزمون
اثر پیلایی	۰/۴۴	۸/۱۲۴	۱	۹۳	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱
لامبدای ویلکز	۰/۷۷	۸/۱۲۴	۱	۹۳	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱
اثر هتلینگ	۰/۴۵	۸/۱۲۴	۱	۹۳	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱
بزرگترین ریشه روی	۰/۴۵	۸/۱۲۴	۱	۹۳	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱

با توجه به نتایج شاخص‌های فوق می‌توان استنباط کرد که با کنترل اثر پیش آزمون، درمان دیالکتیکی بر ترکیب خطی متغیر وابسته (مولفه‌های انعطاف‌پذیری شناختی و رفتار برون‌سازی شده) اثربخش است. همچنین جدول فوق نشان می‌دهد حداقل در یک از متغیرهای مورد مطالعه بین دو گروه تفاوت معنادار است و تفاوت مشاهده شده در متغیرهای مورد مطالعه ناشی از تاثیر، درمان دیالکتیکی شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

جدول۴. خلاصه تحلیل کواریانس (MANCOVA) بر روی متغیرهای پژوهش

منبع	متغیر	مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	F	Sig.	ضریب اتا
پیش آزمون	انعطاف پذیری شناختی	۰/۲۳۴	۱	۰/۲۳۴	۳/۸۵۲	۰/۰۰۱	۰/۲۰۱
	رفتار برون سازی شده	۰/۱۰۱	۱	۰/۱۰۱	۱/۵۳۳	۰/۰۰۱	۰/۱۹۱
گروه	انعطاف پذیری شناختی	۰/۴۶۷	۱	۰/۴۶۷	۶/۹۱۶	۰/۰۱۴	۰/۳۷۲
	رفتار برون سازی شده	۰/۱۳۸	۱	۰/۱۳۸	۲/۲۰۲	۰/۰۰۱	۰/۲۱۹
خطا	انعطاف پذیری شناختی	۰/۰۹۸	۱۵	۰/۰۳۲			
	رفتار برون سازی شده	۰/۰۶۲	۱۵	۰/۰۲۰			

با توجه به مقادیر جدول فوق می‌توان استنباط کرد بین دو گروه مورد مطالعه از نظر هریک از مولفه های مورد بررسی تفاوت معنادار وجود دارد چرا که مقادیر F محاسبه شده در سطح $p< ۰/۰۵$ معنی دارند و با توجه به میانگین های برآورد شده این معنی داری به نفع گروه آزمایش بوده است و لذا درمان دیالکتیکی بر انعطاف پذیری شناختی و رفتارهای برون سازی شده نوجوانان تک والد اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان دیالکتیکی بر انعطاف¬پذیری شناختی و رفتارهای برون‌سازی شده نوجوانان تک والد بود. با توجه به یافته‌های پژوهش درمان دیالکتیکی بر انعطاف¬پذیری شناختی و رفتارهای برون‌سازی شده نوجوانان تک والد اثربخش بوده است. با توجه به شدت اثر، آموزش درمان دیالکتیکی بر انعطاف‌پذیری شناختی تاثیر بیشتری نسبت به رفتارهای برون‌سازی شده نوجوانان تک والد داشته است.

یافته اول پژوهش نشان داد که درمان دیالکتیکی بر انعطاف¬پذیری شناختی نوجوانان تک والد اثربخش بوده است. در واقع درمان دیالکتیکی موجب بهبود انعطاف‌پذیری شناختی نوجوانان تک والد می‌گردد. این یافته با نتایج بهاران (۱۳۹۹)، موسوی و عبدالهی (۱۳۹۷)، رحمت آبادی و همکاران (۱۳۹۵)، درگاهی و همکاران (۱۳۹۵)، زلونسکی و همکاران (۲۰۱۸)، می‌و همکاران (۲۰۱۶) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی فرآیندی است که می‌تواند با استفاده از احساس، حتی با وجود موانع به فرد کمک کند که به اهدافش دست یابد. رفتاردرمانی دیالکتیکی به فرد کمک می‌کند تا برای رسیدن به اهداف، هیجان را بهتر تنظیم کند، با احساس‌هایش بدون ترس و وحشت مواجه شود، حس هویت شخصی را افزایش دهد، قضاوتش را بهبود بخشد مهارت‌های مشاهده‌ای را بهتر کند و احساس بحران در زندگی را کاهش دهد (کربلایی و همکاران، ۱۳۹۵). رفتار درمانی دیالکتیکی با استفاده از اهداف راهبردی و توجه به نیازها و خواسته‌های متضاد و رفتار کمک می‌کند، نوجوانان تک والد دارای انعطاف‌پذیری شناختی بیشتری شوند به این صورت که به توانایی فرد در تماس با لحظه کنونی آن‌گونه که هست و بدون هیچ دفاع روان شناختی و نیز همسو با ارزش‌های برگزیده فرد همچنین توانایی انسان برای سازگار کردن راهکارهای فرایند شناختی که به منظور مواجهه با شرایط جدید و غیر منتظره در محیط به کار می‌رود.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان دیالکتیکی بر رفتارهای برون‌سازی شده نوجوانان تک والد اثربخش بوده است. در واقع درمان دیالکتیکی موجب کاهش رفتارهای برون‌سازی شده نوجوانان تک والد می‌گردد. این یافته با نتایج رحمت آبادی و همکاران (۱۳۹۵)، درگاهی و همکاران (۱۳۹۵) درگاهی و همکاران (۱۳۹۴)، کوهن (۲۰۲۱)، تاراروهارو (۲۰۱۶) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت دیالکتیک بر پیچیدگی کلیات نیز تمرکز می‌کند. از اینرو افرادی که دچار اختلال رفتاری هستند نوعاً نسبت به سلامت و خوشی دیگران بی‌توجهند. حس همدردی در آن‌ها پایین است و غالباً رفتارهای دیگران را برای خود تهدیدآمیز و خصمانه تلقی می‌کنند. در نتیجه، غالباً واکنش پرخاشگرانه‌ای به این تهدیدهای خیالی نشان می‌دهند و رفتارهای خود را این گونه توجیه می‌کنند (دیویدسون، ۲۰۱۳). این درمان به فرد کمک می‌کند تا با شناسایی نقاط قوت خود به احساس مناسب‌تری نسبت به خود و جهان پیرامون دست پیدا کند (مک کاردی و همکاران، ۲۰۱۷). این درمان با کمک تغیر در نگرش‌ها و تجربه ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا حدود بسیاری از مشکلات هیجانی، شناختی و رفتاری جلوگیری به عمل آورند و یا آن‌ها را برطرف کنند (ناراروهارو و همکاران، ۲۰۱۶). در درمان دیالکتیکی به فرد آموزش

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

داده می‌شود که با تغیر نگرش‌ها و تفسیرهای خود نسبت به اتفاقات و چالش‌های زندگی راه حل‌ها و دیدگاه‌های واقع بینانه‌تری نسبت به آن‌ها اتخاذ کنند (کوهن و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیکی به نوجوانان تک والد که بیشتر در معرض مشکلات رفتاری هستند کمک میکند تا با استفاده از اهداف استراتژیک و توجه به نیازها و خواسته‌های متضاد رفتارهای ناسازگارانه کمتری و سازش بیشتری نسبت به خود و محیط¬شان داشته باشند.

به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت درمان دیالکتیکی بر انعطاف¬پذیری شناختی و رفتارهای برون‌سازی شده نوجوانان تک والد اثربخش بوده است. با توجه به شدت اثر، آموزش درمان دیالکتیکی بر انعطاف‌پذیری شناختی تاثیر بیشتری نسبت به رفتارهای برون‌سازی شده نوجوانان تک والد داشته است. رفتار درمانی دیالکتیکی یک روان درمانی با پشتیبانی تجربی قوی است که انعطاف ناپذیری روانی و عملکرد بین فردی را در چارچوب کنترل بیش از حد ناسازگارانه هدف قرار می‌دهد (گیلبرت و همکاران، ۲۰۲۳). این درمان به عنوان یک روان درمانی یکپارچه + مداخله مدیریت مورد برای رسیدگی به طیف پیچیده از رفتارهای جرم زا، سلامت روان، مصرف مواد، و... قابل کاربست و توسعه است (اوارد و همکاران، ۲۰۲۳). پس می‌توان از آن جهت کاهش مشکلات نوجوانان تک والد نیز بهره گرفت و از نتایج کارآمد آن سود برد.

بدیهی است که رفع محدودیت‌ها ی پژوهش زیربنای پژوهش‌های بعدی قرار می‌گیرد و این امر موجب شکوفایی در امر علم و پژوهش خواهد بود پژوهش حاضر نیز از این محدودیت‌ها مستثنی نبوده است، از جمله می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد: مهم‌ترین محدودیت این پژوهش نمونه گیری در دسترس و نداشتن دوره پیگیری بود. از آنجایی که جامعه آماری این تحقیق تاثیر درمان دیالکتیکی بر انعطاف‌پذیری شناختی و رفتارهای برون‌سازی شده نوجوانان تک والد می‌باشد بودند، لذا نتایج بدست آمده نیز قابل استفاده در این جامعه آماری می‌باشد. با توجه به نتایج به دست آمده، در پژوهش و تایید فرضیات پژوهش می‌توان پیشنهادات ارائه کرد: افراد با کمک رفتار درمانی دیالکتیکی رفتارهای سالم‌تری بروز دهند و افکار خود تائیدگرایانه بیشتری داشته باشند. این باعث می‌شود تجارب هیجانی رضایتبخش‌تر و انعطاف‌پذیری شناختی بیشتری برای آن‌ها پیش بیاید. درمانگر به فرد آموزش دهد رفتارهای انطباقی تقویت شوند، به خصوص آن‌هایی که در رابطه درمانی رخ می‌دهد. تاکید بر آموزش مراجعین برای اینکه چگونه به جای کاهش رفتارهای مخرب، آن را مدیریت کنند. به پژوهشگران دیگر پیشنهاد می‌گردد برای افزایش اعتبار بیرونی این پژوهش پژوهش‌های مشابهی را در مناطق مختلف انجام دهند. انجام پژوهش مشابه با ابزارهای اندازه گیری متفاوت و روش‌هایی نظیر مشاهده و مصاحبه در کنار پرسشنامه نیز پیشنهادمی‌شود.

منابع

بهاران، ن. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی درمان دیالکتیک بر روی سلامت روان افراد دچار اختلال شخصیت،کنفرانس ملی سلامت اجتماعی در شرایط بحران،اهواز. https://civilica.com/doc/1140393

جعفری فر، م؛ شاکری نسب، م ؛ زهدی، ف .(۱۴۰۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش افسردگی دختران تک والد. *دو فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۹ (۲): ۱۰۰-۹۱. https://doi.org/10.22070/cpap.2021.7282.0

حسینی, ا, نصری, م. (۱۴۰۱). اثربخشی تلفیق رفتاردرمانی دیالکتیکی با لیتیوم کربنات در مقایسه با دارو درمانی تنها، بر تنظیم هیجان، خودمهارگری و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی. *روان شناسی بالینی*, ۱۴(۱), ۱۳-۲۴. doi: 10.22075/jcp.2021.21997.2030

خاکشورشاندیز، ف، سوداگر، ش، عنانی، غ، ملیحی الذاکرینی، س، زربان، ا.(۱۳۹۹). مقایسه تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مؤلفه‌های شناختی (آمیختگی، اجتناب و انعطاف‌پذیری‌شناختی) و استرس اکسیداتیو زنان مبتلا به دیابت نوع دو. *پژوهش های مشاوره*. ۱۹ (۷۵) :۵-۳۳. http://dx.doi.org/10.29252/jcr.19.75.5

خانجانی، ز؛ و هداوند خانی، ف.(۱۳۹۱). رابطه ابعاد شخصیت مادران با اختلال های برونی سازی و درونی سازی دختران. *روانشناسی معاصر*، ۷(۱): ۱۰۸-۹۹. http://bjcp.ir/article-1-29-fa.html

دماوندیان, ا, گلشنی, ف, صفاری نیا, م, باغداساریانس, آ. (۱۴۰۰). مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیک بر پرخاشگری، رفتار های خود آسیب رسان و خود تنظیمی هیجانی نوجوانان بزهکار کانون اصلاح و تربیت شهر تهران. *پژوهش های روانشناسی اجتماعی*, ۱۱(۴۱), ۳۱-۵۸. doi: 10.22034/spr.2021.253334.1579

رحمت آبادی، ش؛ یزدخواستی، ف ؛ عریضی، ح .(۱۳۹۵). اثربخشی روان نمایشگری بر طرحواره های ناسازگار اولیه و مشکلات رفتاری- هیجانی نوجوانان دختر تک والد. *پژوهشنامه تربیتی*، ۱۱ (۴۷): ۱۳۲-۱۱۳. https://edu.bojnourd.iau.ir/article_527336.html

زمانی، ن، فرهادی، م، جمیلیان، ح، حبیبی، مجتبی.(۱۳۹۴). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش خشم‌های انفجاری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*. ۱۸ (۸) :۴۴-۳۵. http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-2994-fa.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

صفری، آ، آفتاب، ر. (۱۴۰۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی برخط بر دشواری تنظیم هیجان، احساس گناه و نشانگان تجزیه‌ای در افراد افسرده. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۵* (۴)، ۱۷۹-۲۰۶. doi: 10.52547/apsy.2021.223466.1132

کاظمی رضایی، و، کاکابرایی، ک، حسینی، س.(۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مهارت نظم جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر پریشانی روانشناختی و انعطاف پذیری شناختی بیماران قلبی و عروقی. *روان پرستاری. ۷* (۳) :۳۱-۴۰

کاظمی، ا، پیمان، ع، کاظمی رضایی، و، صالحی، ا.(۱۳۹۹). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش اضطراب و خشم دانش-آموزان. *ارمغان دانش*. ۲۵ (۴) :۴۵۱-۴۶۵. http://dx.doi.org/10.52547/armaghanj.25.4.451

کشاورز محمدی، ر، جراره، ج، خوبینی، ف. (۱۴۰۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودشفقتی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کارکنان دارای تعارض کار و خانواده. مشاوره شغلی و سازمانی، ۱۳(۴)، ۹-۲۸. doi: 10.29252/jcoc.2021.215847.0

معتمدی شارک، ف؛ غباری بناب، ب؛ ربیعی، ع.(۱۳۹۵). مشکلات رفتاری دانش‌آموزان خانواده‌های تک‌والدی و دو والدی از دیدگاه معلمان آنها. فصلنامه سلامت روان کودک. ۳ (۲) :۸۷-۹۶. http://childmentalhealth.ir/article-1-91-fa.html

موسوی، ا؛ برزگر، م؛ اصغری، ف . (۱۳۹۷). تبیین احساس شکست و ناکامی بر اساس انعطاف پذیری شناختی در دانشجویان ورزشکار و غیر ورزشکار دانشگاه علوم پزشکی ایران .*روانشناسی ورزش*، ۳(۱)، ۵۷-۶۸. doi: 10.29252/mbsp.3.1.57

موسوی، ا؛ عبدالهی، د .(۱۳۹۷). بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک DBT بر کاهش علایم اختلال شخصیت مرزی، دومین کنفرانس بین المللی دستاوردهای نوین پژوهشی در علوم اجتماعی، علوم تربیتی و روانشناسی، کرج.

نقی پور، م ؛ اعراب شیبانی، خ.(۱۴۰۱). بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر سازگاری دانش آموزان دبیرستانی شهر مشهد،دومین کنفرانس بین المللی یافته های پژوهشی در روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی،تهران،https://civilica.com/doc/1510061

الهی، ط ؛ صادق آبادی، م .(۱۳۹۴). بررسی و مقایسه ی افسردگی کودکان تک والدی و دو والدی در شهر اصفهان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۹۹ (۳): ۱۱۵-۱۰۴. http://zums.ac.ir/journal/article-1-3212-fa.html

Alba, M. C., Bailey, K. T., Coniglio, K. A., Finkelstein, J., & Rizvi, S. L. (2022). Risk management in dialectical behavior therapy: Treating life-threatening behaviors as problems to be solved. *Psychotherapy*, *59*(2): 163–167. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pst0000376

Brown S, Mitchell TB, Fite PJ, Bortolato M.(2017). Impulsivity as a moderator of the associations between child maltreatment types and body mass index. *Child Abuse Negl*; 67: 137-146. https://doi.org/10.1016%2Fj.chiabu.2017.02.029

Burlaka, V. (2016). Externalizing behavior problems of Ukrainian children: The role of parenting. *Child Abuse & Neglect*, 54:23-32. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.12.013

Canas J, Quesada J, Antolí A, Fajardo I. (2003). Cognitive flexibility and adaptability to environmental changes in dynamic complex problem-solving tasks. *Ergonomics*;46(5):482-501. http://dx.doi.org/10.1080/0014013031000061640

Charles R. Is there any empirical support for Bowen's concepts of differentiation of self, triangulation, and fusion? *Am J Fam Ther*. 2011; 29(4): 279–292. http://dx.doi.org/10.1080/01926180126498

Ciesinski, N. K., Sorgi-Wilson, K. M., Cheung, J. C., Chen, E. Y., & McCloskey, M. S. (2022). The effect of dialectical behavior therapy on anger and aggressive behavior: A systematic review with meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 104122. https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104122

Cohen JM, Norona JC, Yadavia JE, Borsari B. (2021). Affirmative dialectical behavior therapy skills training with sexual minority veterans. Cognitive and Behavioral Practice; 28(1): 77 -91. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.05.008

Dajani, D.R., & Uddin, L.Q. (2015). Demystifying cognitive flexibility: Implications for clinical and developmental neuroscience.*Trends in neurosciences*, 38(19): 571- 578. https://doi.org/10.1016/j.tins.2015.07.003

Ding, N., Miller, R., & Clayton, N. S. (2023). Inhibition and cognitive flexibility are related to prediction of one's own future preferences in young British and Chinese children. *Cognition*, *236*, 105433. https://doi.org/10.1016/j.cognition.2023.105433

Edwards, E. R., Epshteyn, G., Snyder, S., Gorman, D., Coolidge, B., Marcano, E., Tsai, J., & Goodman, M. (2023). Dialectical behavior therapy for justice-involved veterans: Changes in treatment targets in a small, pre–postdesign clinical trial. *Psychological Services.* Advance online publication. https://doi.org/10.1037/ser0000766

Fanti, K. A., & Henrich, C. C. (2010). Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: findings from the national institute of child health and human development study of early child care. *Developmental psychology*, 46(5): 1159. https://doi.org/10.1037/a0020659

Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 5(3): 1-10. https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-3

Flynn D, Kells M, Joyce M. (2021). Dialectical behaviour therapy: Implementation of an evidence - based intervention for borderline personality disorder in public health systems. Current Opinion in Psychology; 37: 152 -157. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.01.002

Fox HC, Axelrod SR, Paliwal P, Sleeper J, Sinha R.(2017). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug Alcohol Depend*; 89(2-3): 298-301. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.12.026

Gilbert, K., Codd, R. T. III, Hoyniak, C., Tillman, R., Baudinet, J., Pires, P. P., Hempel, R., Russell, I., & Lynch, T. R. (2023). Processes of change in a randomized clinical trial of radically open dialectical behavior therapy (RO DBT) for adults with treatment-refractory depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *91*(2), 71–81. https://doi.org/10.1037/ccp0000795

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

Goldstein, T. R., Fersch-Podrat, R. K., Rivera, M., Axelson, D. A., Merranko, J., Yu, H., ... & Birmaher, B. (2015). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: results from a pilot randomized trial. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 25(2): 140-149. https://doi.org/10.1089/cap.2013.0145

Hauser, T. U., Iannaccone, R., Walitza, S., Brandeis, D., & Brem, S. (2015). Cognitive flexibility in adolescence: Neural and behavioral mechanisms of reward prediction error processing in adaptive decision making during development. *NeuroImage*, *104*, 347-354. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2014.09.018

Hayes,S.C, Levin,M.E, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. (2013).Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*,44(2):180-98. https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002

Herrero, M., Martínez-Pampliega, A., & Alvarez, I.(2020). Family Communication, Adaptation to Divorce and Children's Maladjustment: The Moderating Role of Coparenting. *Journal of Family Communication*; 20: 114-128. https://doi.org/10.1080/15267431.2020.1723592

MatinKhah, F., Amiri, S., Mazaheri, M. A., & Ghanbari, S. (2020). The Mental Representation of Attachment and Narrative Coherence in Children with and without Externalizing Disorders. *Early Child Development and Care*, *190*(16), 2543-2550. https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/03004430.2019.1590350

May, JM., Richardi, TM., Barth. KS. (2016). Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. Mental Health Clinical, 6(2), 62 -7. https://doi.org/10.9740/mhc.2016.03.62

McCredie, MN., Quinn, CA., & Covington, M. (2017). Dialectical behavior therapy in adolescent residential treatment: Qutcoms and effectiveness. Residential Treatment for Children & Youth, 34(2), 84 -106. https://doi.org/10.1080/0886571X.2016.1271291

Miller ،A.L. ،& Rathus ،J. H. ،& Linehan ،M. (2007) .*Dialectical Behavior therapy with suicidal Adolescents*. NewYork/London: Guilford Press

Nararro -Haro, M. V., Hoffman, H. G., Garcia -Palacios, A., Sampaio, M., Alhalabi, W., Hall, K., & Linehan, M. (2016). The Use of Virtual Reality to Facilitate Mindfulness Skills Training in Dialectical Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder: A Case Study. Front Psychol, 7, 1573. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01573

Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 59: 40-51. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.005

Nilsen A.(2018). Divorce and family structure in Norway: associations with adolescent mental health. *J Divorce Remarriage*; 59(3): 175-194. https://doi.org/10.1080/10502556.2017.1402655

Shalini C & Thapa k .(2011). Dialectical Behavior Therapy for Managing Interpersonal Relations. *Psychol Stud* ،571:46 – 54. http://dx.doi.org/10.1007/s12646-011-0132-8

Sieh, D. S., Visser-Meily, J. M. A., & Meijer, A. M.(2013). The relationship between parental depressive symptoms, family type, and adolescent functioning. PloS one; 8: 69-80. https://doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0080699

Walsh, B. W., & Eaton, J. E. (2014). *Dialectical Behavior Therapy. In Non-Suicidal Self-Injury in Eating Disorders* (pp. 127-145). Springer Berlin Heidelberg

Zalewski, M., Lewis, J. K., & Martin, C. G. (2018). Identifying novel applications of dialectical behavior therapy: considering emotion regulation and parenting. *Current opinion in psychology*, *21*, 122-126. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.013

Zong J-G, Cao X-Y, Cao Y, Shi Y-F, Wang Y-N, Yan C, et al.(2010). Coping flexibility in college students with depressive symptoms. *Health Qual life Outcom*, 8(1):1. https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-66

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]