رویش روان شناسی، سال۹ ، شماره ۱۰، شماره پیاپی ۵۵، دی ۱۳۹۹
Rooyesh-e-Ravanshenasi,9(10), 2021

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و واقعیت‌درمانی بر کنترل عواطف در مادران کودکان کم‌توان ذهنی

Comparing the effects of Dialectical behavior therapy and Reality therapy on Affective Control in Mothers of Children with Intellectual Disability

مریم توفیقی
دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر، ابهر، ایران
دکتر وحیده باباخانی *(نویسنده مسئول)
استادیار، گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.
دکتر محمد قمری
دانشیار، گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.
دکتر جعفر پویامنش
استادیار، گروه روانشناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و واقعیت‌درمانی بر کنترل عواطف مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام شد. به منظور دستیابی به هدف از بین تمامی مادران کودکان کم‌توان ذهنی (آموزش‌پذیر) که فرزندشان در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ در مدارس استثنایی دوره ابتدایی منطقه ۴ شهر تهران مشغول به تحصیل بودند، ۴۵ نفر بصورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و بطور تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. سپس آزمودنی‌های گروه آزمایش اول و دوم هر یک طی ۸ جلسه به ترتیب رفتاردرمانی دیالکتیکی و واقعیت‌درمانی دریافت کردند. مقیاس کنترل عواطف (ویلیامز کمبل و آهرانز، ۱۹۹۷) بعنوان ابزار پژوهش در سه مرحله قبل و بعد از آموزش، و پیگیری سه ماهه در هر سه گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. در پایان یافته‌های به دست آمده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد هر دو رویکرد درمانی موجب بهبود کنترل عواطف مادران شده است و تأثیر هر دو رویکرد در طی زمان دارای پایداری اثر است ($P\leq ۰/۰۱$). نتایج آزمون بونفرنی نشان داد اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک نسبت به واقعیت‌درمانی بر کنترل عواطف بیشتر است. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، در حوزه درمان و مشاوره مادران کودکان دارای ناتوانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی و واقعیت‌درمانی بسیار کارآمد و نویدبخش به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیکی، واقعیت‌درمانی، کنترل عواطف، مادران کودکان ناتوان ذهنی.

Maryam Tofighi
PhD Student, Consulting Department, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.
Dr. Vahideh Babakhani *
Assistant Professor, Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.
Vahideh_Babakhan@yahoo.com
Dr. Mohammad Ghamari
Associate Professor, Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.
Dr. Jafar Pooyamanesh
Assistant Professor, Department of Psychology, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

Abstract

The present study aims to compare the effectiveness of dialectical behavioral therapy and reality therapy on affective control in mothers of mentally disabled (educatable) children. To fulfill this purpose, out of all mothers of mentally disabled children whose children were studying at the exceptional primary school of district 4 of Tehran during the academic year of 2019-2020, 45 subjects were selected using the convenience method as the research sample and were randomly divided into three groups (a control group and two experimental groups). Then, the subjects of the first and second experimental groups received dialectical behavior therapy and reality therapy in 8 sessions, respectively. The effective control Scale (Williams, Chambless & Ahrens 1997) was used as a research tool in three stages: before and after education and a three-month follow-up for all three groups (2 experimental groups and a control group). In the end, the findings of the mixed analysis of variance test showed that both of the implemented therapeutic approaches have led to an improvement in the effective control of mothers and the impact of both approaches has been significant and consistent over time ($P\leq 0.01$). In addition, the results of the Bonferroni test have shown that dialectical behavioral therapy has been more impactful on affective control than reality therapy. According to the findings of the present study, in the field of treatment and counseling of mothers of children with disabilities, dialectical behavior therapy, and reality therapy seems to be very effective and promising.

Keywords: *dialectical behavioral therapy, reality therapy, affective control , mothers of mentally disabled children.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : شهریور ۹۹** **پذیرش: مهر ۹۹** **ویرایش نهایی : دی ۹۹**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.14.5]

مقدمه

فرزندپروری والدین کودکان کم‌توان ذهنی نسبت به والدین دارای فرزند عادی بعنوان یک تعهد طولانی‌مدت، بسیار استرس‌زا است (کوماری و کران[1]، ۲۰۲۰). به گونه‌ای که وجود چنین فرزندانی، والدین را در معرض خطر اختلالات روانپزشکی به ویژه اضطراب[2] و افسردگی[3] قرار می‌دهد (بکر[4] و همکاران، ۲۰۲۰). این مشکلات در خانواده بیشتر از همه مادر را در مقابل مشکلات مربوط به بهداشت روان آسیب‌پذیر می‌کند، چرا که مادران فرصت کمی برای کشف نیازها و خواسته‌های خود دارند که موجب پایین‌تر بودن کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود، و با وجود کمک همسرشان برای کنار آمدن با این شرایط استرس‌زا، به نظر می‌رسد که بیشترین مشکل را در حوزه‌های ادراک از ناکافی بودن و بار عاطفی دارند (آریا[5] و همکاران، ۲۰۱۹). تولد فرزند کم‌توان ذهنی مادر را در معرض انواع مختلفی از مخاطرات قرار می‌دهد که در سه دسته ساختاری، درون‌فردی و بین‌فردی قرار می‌گیرند (رحیمی، افراسیابی، رستم‌پور و قدوسی‌نیا، ۱۳۹۶). در دسته مخاطرات درون‌فردی می‌توان به مهارت کنترل‌عواطف‌اشاره کرد.

کنترل عواطف اثرات گوناگونی بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد، تعاملات بین‌فردی، بهداشت روانی و سلامت فیزیکی فرد دارد (دآن‌هام، کاینر، آلن و اسمایلی[6]، ۲۰۱۸). از نظر گروس[7] (۱۹۹۸) منظور از کنترل عواطف این است که فرد چگونه در موقعیت‌های مختلف هیجانات و عواطف خود را تشخیص داده و آن‌ها را ابراز و کنترل کند (دآن‌هام و همکاران، ۲۰۱۸). کنترل عواطف از عواملی است که به منظور سازگاری با رویدادهای استرس‌زای زندگی ضروری است (اعیادی، عباسی، پیرانی و تقوایی، ۱۳۹۵). بر اساس نظر اندیشمندان بهتر است به جای جلوگیری از بروز هیجان‌ها، آثار واکنشی آن‌ها را کاهش دهیم تا فرصت کافی برای تصمیم‌های بهتر، آینده‌نگری و خلاقیت وجود داشته باشد (کاظم‌آبادی فراهانی و کرمی، ۱۳۹۸). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد مادران کودکان استثنائی در مقایسه با مادران کودکان عادی از پرخاشگری، اضطراب، استرس، افسردگی بیشتری رنج می‌برند (التوراه، ال‌انصاری، و جهرام[8]، ۲۰۲۰؛ شرر، ورهئی و کوپر[9]، ۲۰۱۹؛ رحیمی، امین‌یزدی، و افروز، ۱۳۹۹؛ کمندلو، حقدادی، حسین‌زاده اسکوئی، و صمدی کاشانی، ۱۳۹۹). بر این اساس، بهبود مهارت کنترل عواطف در این مادران ضروری به نظر می‌رسد.

یکی از رویکردهایی که امروزه در درمان اختلالات خلقی و عاطفی مطرح است، رفتاردرمانی دیالکتیکی[10] (DBT) است (دکو، کومتوس، لاندز[11]، ۲۰۱۹). از نظر لینهان[12] (۱۹۹۳) DBT از لحاظ استفاده از اصول پایه‌ای مانند حل مسئله، مهارت‌آموزی، مدیریت بحران و رفتاردرمانی به درمان‌های شناختی رفتاری[13] (CBT) شباهت دارد و از لحاظ تأکید بر مفهوم دیالکتیکی در تغییر رفتار، تشویق افراد به پذیرش خودشان همانطور که هستند و بازسازی شناخت‌ها و تغییر رفتارهای معطوف به آینده‌شان از CBT متمایز می‌شود (محمدی و همکاران، ۱۳۹۸). در یک چهارچوب درمانی کلی CBT در تلاش برای مورد هدف قرار دادن رفتارهای ناکارآمد از طریق تکنیک‌های تنظیم هیجان[14]، روابط بین‌فردی مؤثر[15]، تحمل پریشانی، خودآگاهی هیجانی یا ذهن‌آگاهی[16] و مهارت‌های مدیریت خود[17] است. DBT خواستار وارد کردن افراد به روند درمان، ایجاد انگیزه و حمایت از تغییر با تأکید بر مدیریت رفتارهای داخل جلسه درمان و روابط بین درمانگر و مراجع است (کاتز و کورسلاند[18]، ۲۰۲۰). این رویکرد درمانی پذیرش و تغییر را به صورت هم‌زمان مورد توجه قرار می‌دهد. به عبارت دیگر پذیرش و همدلی مراجع‌محور را با حل مسئله رفتاری-شناختی و آموزش مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند (دیویدسون، نیل، گرینج، و جانسون[19]، ۲۰۰۷). پژوهش‌ها اثربخشی DBT را بر متغیرهایی چون تنظیم هیجان منفی (افسردگی، اضطراب و استرس، خشم، ثبات عاطفی) بررسی و تأیید کرده اند (زمانی، حبیبی و

[1] Kumari & Kiran
[2] anxiety
[3] depression
[4] Baker
[5] Arya
[6] Dunham, Kinnear, Allan, & Smiley
[7] Gross
[8] AlTourah, Al Ansari, & Jahrami
[9] Scherer, Verhey, & Kuper
[10] Dialectical behavior therapy (DBT)
[11] DeCou, Comtois, & Landes
[12] Linehan
[13] cognitive behavioral therapy
[14] emotional regulation
[15] interpersonal effectiveness
[16] mindfulness
[17] self-management skills
[18] Katz, & Korslund
[19] Davison, Neal, Kring & Johnson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.14.5]

درویشی، ۱۳۹۴؛ کلیبر[1] و همکاران، ۲۰۱۷؛ فاسبیندر[2] و همکاران، ۲۰۱۶). مارتین، روس، زالوسکی، و کامینز[3] (۲۰۱۷) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که مادران دارای بی‌نظمی احساسات، بعد از قرار گرفتن تحت تأثیر DBT ، پیشرفت خوبی در حس مسئولیت‌پذیری از خود نشان دادند.

از دیگر رویکردهای آموزشی که می‌تواند بر بهبود سلامت روان والدین کودکان استثنایی کمک‌کننده باشد، واقعیت‌درمانی[4] است. واقعیت‌درمانی نظامی را ارائه می‌دهد که به افراد کمک می‌کند زندگی خود را به طور مؤثر کنترل نمایند و در برابر مشکلات عاطفی قبول مسئولیت کنند و با شناخت امور درست از نادرست و شناسایی نیازهای افراد در فرآیند زندگی به ایجاد احساسات مثبت کمک نمایند (فرامرز، کریمی‌منش، محمودی، ۲۰۱۶). در این نظریه بر مواجه شدن با واقعیت، مسئولیت‌پذیری و ارزشیابی در مورد رفتارهای درست و نادرست تأکید می‌شود. بر اساس این رویکرد، فرد نه تنها در مقابل اعمال خود، بلکه در برابر تفکرات و احساسات خود نیز مسئول است (پرزمن و مورفی[5]، ۲۰۱۶). هدف واقعیت‌درمانی این است که با آموزش مسئولیت‌پذیری، نحوه کنترل انتخاب‌ها و کمک به ارضای صحیح نیازهای عاطفی از جمله مبادله عشق و محبت و نیاز به احساس ارزشمندی، بتواند افراد را در کسب هویت موفق و در نهایت تأمین سلامت روانی بیشتر مساعدت کرد (بهارگاوا[6]، ۲۰۱۳). در واقعیت‌درمانی که بر اساس نظریه انتخاب بنا شده اعتقاد بر این است که تمامی اعمالی که انجام می‌دهیم، رفتار است و تقریباً تمامی رفتارهای ما انتخاب می‌شوند. گلسر[7] رفتار را شامل چهار مؤلفه عملکرد، تفکر، احساس و فیزیولوژی می‌داند که بر دو مؤلفه عملکرد و تفکر به طور مستقیم و بر احساس و فیزیولوژی بطور غیرمستقیم کنترل وجود دارد. تأکید اساسی نظریه انتخاب بر دو مؤلفه عملکرد و تفکر است (گیلکریست بنکس[8]، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش‌ها اثربخشی واقعیت‌درمانی را بر افسردگی و اضطراب، مشکلات شدید درونی و عاطفی در مادران کودکان استثنایی تأیید نموده‌اند (کشاورز و رضوی، ۱۳۹۵؛ فرناندز-اکانترا[9] و همکاران، ۲۰۱۶؛ کیم، ایکاس و هوک[10]، ۲۰۱۶).

با توجه به مطالب فوق به نظر می‌رسد یکی از رسالت‌های اصلی مشاوران در حوزه آموزش کودکان کم‌توانی ذهنی، پرداختن به مسائل خانواده‌های این افراد به طور عام و مادران در معرض تنش به طور خاص است که با توجه به ماهیت غیرخطی سیستم، علاوه بر بهبود حوزه‌های مختلف عملکردی کودک به عنوان یک جزء و خانواده به عنوان یک کل منسجم نیز مؤثر است (مش و ولف[11]، ۲۰۱۰)، براین اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی دو رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیک و واقعیت‌درمانی بر کنترل عواطف مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انجام شده است.

روش

روش پژوهش نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران کودکان کم‌توان ذهنی (آموزش‌پذیر) بود که فرزندشان در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ در مدارس استثنایی دوره ابتدایی منطقه ۴ شهر تهران مشغول به تحصیل بودند. ۴۵ نفر بصورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و بطور تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. بدین صورت که دو مدرسه (پسرانه شهید بهشتی و دخترانه شهید صیاد شیرازی) به صورت در دسترس انتخاب، و با اعلام فراخوان ۸۰ نفر از مادران کودکان کم‌توان ذهنی (آموزش‌پذیر) که دارای ملاک‌های اولیه ورود به پژوهش بودند ثبت نام کردند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: دامنه سنی ۴۵-۲۵ سال، حداقل سطح تحصیلات دیپلم، عدم برخورداری از اختلال روانی بارز و مصرف داروی روانپزشکی یا بیماری مزمن جسمانی که با بررسی پرونده دانش‌آموزان و مصاحبه در زمان ثبت نام اولیه مشخص شد، علاقمند به شرکت منظم در جلسات آموزشی. لازم به ذکر است ملاک خروج از پژوهش غیبت بیش از دو جلسه در گروه‌های آزمایش بود. سپس پرسشنامه‌های موردنظر با هدف انتخاب آزمودنی‌ها و اجرای پیش‌آزمون برگزار شد و ۴۵ نفر از مادران که نمره بالاتر از میانگین در مقیاس کنترل عواطف[12] (ACS) کسب کردند به عنوان نمونه نهایی انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند.

[1] Kleiber
[2] Fassbinder
[3] Martin, Roos, Zalewski, & Cummins
[4] Reality therapy
[5] Prezman, & Murphy
[6] Bhargaqa
[7] Glasser
[8] Gilchrist Banks
[9] Fernández-Alcántara
[10] Kim, Ekas, & Hock
[11] Mash, & Wolf
[12] Affective Control Scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.14.5]

ابزار سنجش

مقیاس کنترل عواطف (ACS): یک مقیاس خودسنجی است که توسط ویلیامز کمبل و آهرانز[1] (۱۹۹۷) طراحی شده و شامل ۴۲ گویه است. پاسخ به گویه‌ها در مقیاس ۷ گزینه‌ای طیف لیکرت (به شدت مخالف=۱ تا به شدت موافق= ۷) تنظیم شده است. ۱۲ گویه به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالا در این مقیاس نشان‌گر مهارت کمتر در کنترل عواطف است. ویلیامز و همکاران (۱۹۹۷) اعتبار درونی و بازآزمایی آزمون را به ترتیب برای کل مقیاس ۰/۹۴ و ۰/۷۸ گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ برای گروه دانش‌آموزان در پژوهش طهماسبیان و همکاران (۱۳۹۳) ۰/۷۸ گزارش شده است. همچنین دهش (۱۳۸۸) مقدار آلفای کرونباخ نمره کل این مقیاس را ۰/۸۴ گزارش کرده است.

آزمودنی‌های گروه آزمایش اول و دوم طی ۱۶ جلسه (هر گروه آزمایش ۸ جلسه) تحت تأثیر متغیرهای مستقل (رفتاردرمانی دیالکتیکی و واقعیت‌درمانی) قرار گرفتند. خلاصه مباحث جلسات آموزشی که توسط پژوهشگر با استفاده از منابع معتبر تدوین شد (مک‌کی و وود، ترجمه راجی، ۱۳۹۵؛ مک‌کی، وود، و برنتلی، ترجمه جوکار، حسینی و خرم‌آبادی، ۱۳۹۵؛ گلسر، ترجمه صاحبی، ۱۳۹۵؛ هریس، ترجمه صاحبی و اسکندری، ۱۳۹۶؛ ایفرت و همکاران، ترجمه صاحبی و اسکندری، ۱۳۹۷) و روایی آن‌ها به تأیید اساتید متخصص در حوزه رفتاردرمانی دیالکتیکی و واقعیت‌درمانی رسید، در جدول شماره ۱ و ۲ ارائه شده است. در پایان جلسات آموزشی و ۳ ماه پس از آن مجدداً مقیاس کنترل عواطف در مورد گروه های آزمایش و کنترل به عنوان پس‌آزمون و آزمون پیگیری اجرا شد؛ و در پایان اطلاعات جمع‌آوری شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱. خلاصه مباحث جلسات آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیک

جلسه	اهداف جلسه
اول	خوش‌آمدگویی، معارفه و آشنایی اعضای گروه با هم و با مشاور. آشنایی با اهداف کلی جلسات آموزشی، قوانین، گروه شامل: رازداری، ورود و خروج به موقع، احترام به یکدیگر و...، مشخص نمودن اهداف خاص شامل: آموزش کارآمدی بین‌فردی، آموزش تنظیم هیجان، آموزش تحمل پریشانی، آموزش ذهن‌آگاهی بنیادین. آشنایی مقدماتی و ارائه تعریف دیالکتیک، اصول و راه‌های تفکر، عمل به شیوه دیالکتیکی. بستن قرارداد.
دوم	گام اول: مروری بر مباحث عنوان شده در جلسه اول، بررسی تکالیف منزل و پاسخگویی به شبهات و ابهامات باقی‌مانده؛ آشنایی با مفهوم مهارت و انواع مهارت‌ها؛ آشنایی با پنج مهارت اول از مهارت ده‌گانه تحمل پریشانی؛ تمرین مهارت‌ها در جلسه؛ تکلیف خانگی.
سوم	مروری بر مباحث عنوان شده در جلسه قبل، بررسی تکالیف منزل و پاسخگویی به شبهات و ابهامات باقی‌مانده؛ اجرای تکنیک برای مهارت تحمل پریشانی؛ آشنایی با پنج مهارت دوم از مهارت ده‌گانه تحمل پریشانی؛ تمرین مهارت‌ها در جلسه؛ تکلیف خانگی.
چهارم	مروری بر مباحث عنوان شده در جلسه قبلی، بررسی تکالیف منزل و پاسخگویی به شبهات و ابهامات باقی‌مانده؛ آشنایی با مهارت توجه آگاهی و چهار مهارت تنفس آگاهانه، استفاده از ذهن خردمند، تمرین ذهن مبتدی، انجام کارها با توجه آگاهی؛ تمرین مهارت‌ها در جلسه. تکلیف خانگی.
پنجم	مروری بر مباحث عنوان شده در جلسه قبلی، بررسی تکالیف منزل و پاسخگویی به شبهات و ابهامات باقی‌مانده؛ آشنایی با هیجان و انواع آن، اهمیت هیجان، آشنایی با فواید هیجان و چگونگی شناسایی هیجانات؛ کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی؛ آشنایی با ۳ مهارت(تنظیم جسمی، برنامه‌ریزی برای رویدادهای مثبت و نام‌گذاری افکار و خروج از آن‌ها) از مهارت‌های تنظیم هیجان؛ تمرین مهارت‌ها در جلسه؛ اتکلیف خانگی.
ششم	مروری بر مباحث عنوان شده در جلسه قبلی، بررسی تکالیف منزل و پاسخگویی به شبهات و ابهامات باقی‌مانده؛ آشنایی با ۴ مهارت تنظیم هیجان؛ آموزش بخش دوم مهارت‌های تنظیم هیجان شامل ۴ مهارت: تمرین مهارت‌ها در جلسه؛ تکلیف خانگی.
هفتم	مروری بر مباحث عنوان شده در جلسه قبلی، بررسی تکالیف منزل و پاسخگویی به شبهات و ابهامات باقی‌مانده؛ آشنایی با مهارت ارتباط مؤثر، و ۵ مهارت ارتباط مؤثر ؛ تمرین مهارت‌ها در جلسه؛ تکلیف خانگی.
هشتم	مروری بر مباحث عنوان شده در جلسه قبلی، بررسی تکالیف منزل و پاسخگویی به شبهات و ابهامات باقی‌مانده؛ مروری بر تکنیک‌های آموزش داده شده؛ بررسی نظرات اعضای گروه در رابطه با میزان توانایی آنان در بکارگیری تکنیک‌های آموخته شده و میزان رضایت آنان در این زمینه. پرسش و پاسخ به ابهامات و معرفی کتاب؛ اجرای پس آزمون.

[1] Williams, Chambless, & Ahrens

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.14.5]

جدول ۲. خلاصه مباحث جلسات آموزشی واقعیت‌درمانی

جلسه	اهداف جلسه
اول	معارفه و آشنایی اعضای با هم و با مشاور؛ مشخص نمودن اهداف جلسات آموزشی و آشنایی با قوانین گروه (رازداری، احترام به یکدیگر، و....)، بستن قرارداد، آشنایی با چهارچوب کار و فرآیند کلی جلسات؛ آشنایی کلی با رویکرد واقعیت‌درمانی و همچنین مفاهیم تمایزیافتگی، تحمل پریشانی و کنترل عواطف، پاسخ به سؤال‌ها و ابهامات. ارائه تکلیف جلسه بعد.
دوم	بحث و بررسی تکلیف جلسه گذشته؛ گفتگوی گروهی راجع به عواطف و هیجان‌ها و سرمنشاء تکاملی آن‌ها و پیام‌هایی که عواطف و احساسات و هیجان‌ها می‌توانند به ما بدهند؛ پاسخ به ابهامات؛ ارائه تکلیف جلسه بعد.
سوم	مرور مطالب جلسه قبل و پاسخ به سؤال‌ها؛ آشنایی با پنج نیاز اساسی در نظریه گلسر؛ تبیین (تمایزیافتگی، تحمل پریشانی و کنترل عواطف) بر اساس تمثیل ماشین کلی رفتار گلسر(عمل، فکر، احساس، فیزیولوژی)؛ ارائه تکلیف جلسه بعد.
چهارم	مرور مطالب جلسه قبل و بررسی تکلیف؛ آشنایی با سیستم ادراکی و دنیای مطلوب، آشنایی با ترازوی ادراکی، تبیین ماشین رفتار بر اساس دنیای ادراکی و دنیای مطلوب و نیازها؛ ارائه تکلیف جلسه بعد.
پنجم	بررسی تکلیف جلسه گذشته، آشنایی با چگونگی تنظیم ترازوی خواسته‌ها و داشته‌ها، آشنایی با مثلث قربانی کارپمن، و چگونگی خروج از مثلث و ورود به مثلث (مبدع، چالش‌گر و مربی)؛ ارائه تکلیف جلسه بعد.
ششم	بررسی تکلیف جلسه گذشته، توضیح و تبیین تمایزیافتگی و تحمل پریشانی و کنترل عواطف بر اساس اصول تئوری انتخاب و واقعیت‌درمانی؛ ارائه تکلیف جلسه بعد.
هفتم	مرور مطالب و بررسی تکلیف جلسه گذشته، گفتگوی درباره اقدامات و افکاری که منجر به بهبود احساسات و فیزیولوژی مادران شده؛ آشنایی با سه اصل اساسی از اصول ده‌گانه تئوری انتخاب؛ آشنایی با کنترل بیرونی و ابزارهای آن، و رفتارهای جایگزین؛ ارائه تکلیف جلسه بعد.
هشتم	مرور مطالب و بررسی تکلیف جلسه گذشته؛ مرور ماشین رفتار کلی و تأکید بر تغییر مسیر چرخ عمل با.... ؛ کار بر روی چرخ فکر ماشین رفتار کلی با تمرین برگ‌های روی آب؛ جمع‌بندی مباحث، پاسخ به سؤال‌ها، ارائه پیشنهاد از سوی اعضا، اجرای پس آزمون.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌ها در گروه آزمایش اول و دوم و گروه کنترل، در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار کنترل عواطف در گروه آزمایش ۱ و ۲ و گروه کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنترل عواطف	آزمایش ۱ (DBT)	۱۸۲/۲۷	۲۴/۲۷	۱۶۳/۶	۲۳/۸	۱۶۷/۶	۲۳/۵۴
	آزمایش ۲ (واقعیت‌درمانی)	۱۵۳/۵۳	۲۲/۳۳	۱۴۱/۴۷	۳۰/۰۹	۱۴۲/۲۷	۲۴/۵۵
	کنترل	۱۵۸/۷۳	۲۵/۶۲	۱۵۵/۸	۲۵/۸	۱۶۰/۴۷	۲۵/۲۸

n=۴۵

با توجه به یافته‌های جدول ۳ ملاحظه می‌شود که میانگین نمره کنترل عواطف در دو گروه آزمایش اول و دوم در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل بطور معناداری کاهش یافته است؛ که به معنای بهبود مهارت کنترل عواطف است.

به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد و نتایج نشان داد واریانس‌ها برای نمرات کنترل عواطف یکسان است (P> ۰/۰۵) و مفروضه واریانس‌های مشابه در گروه‌های آزمایش و کنترل رعایت شده است. خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط برای عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی متغیر کنترل عواطف در جدول ۴ ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.14.5]

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط با عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی متغیر کنترل عواطف

عوامل	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
کنترل عواطف	مراحل زمان	۲۷۱۰/۷۱۱	۲	۱۳۵۵/۳۵۶	۴۹/۸۹۸	/۰۰۰۱	۰/۵۴۳
	گروه	۳۲۸۶۶/۹۷۸	۲	۱۶۴۳۳/۳۵۶	۸/۹۳۷	۰/۰۰۱	۰/۲۹۹
	تعامل مراحل * گروه	۱۶۹۸/۳۱۱	۴	۴۲۴/۵۷۸	۱۵/۶۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۷

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون‌گروهی متغیر کنترل عواطف، مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح کوچکتر از ۰/۰۱ معنادار است. در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری کنترل عواطف در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین برای عامل بین‌گروهی مقدار F محاسبه شده در سطح ۰/۰۱ معنادار است، در نتیجه بین میانگین کلی کنترل عواطف در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. آزمون تعقیبی بونفرنی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در متغیر کنترل عواطف محاسبه شد که نتایج در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

جدول۵. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی برای کنترل عواطف

متغیر		مراحل/ گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	Sig
کنترل عواطف	مراحل	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۹/۶۸۹*	۱/۳۸۹	۰/۰۰۰۱
		پیش‌آزمون- پیگیری	۹/۳۱۱*	۱/۱۸۷	۰/۰۰۰۱
		پس‌آزمون- پیگیری	۰/۳۷۸	۰/۵۳۳	۱
	گروه‌ها	رفتاردرمانی دیالکتیکی- واقعیت‌درمانی	۲۵/۳۵۶*	۹/۰۴	۰/۰۲۳
		رفتاردرمانی دیالکتیکی- کنترل	۳۷/۴۴۴*	۹/۰۴	۰/۰۰۰۱
		واقعیت‌درمانی- کنترل	۱۲/۰۸۹*	۹/۰۴	۰/۰۲۵

*P≤ ۰/۰۱

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد بین نمرات پس آزمون و پیگیری متغیر کنترل عواطف در گروه‌های آزمایش اول و دوم، که تحت آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی و واقعیت‌درمانی قرار گرفتند در مقایسه با نمرات پس آزمون گروه کنترل که آموزشی دریافت نکرده‌اند تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنا که آموزش‌ها در گروه‌های آزمایش موجب کاهش نمرات کنترل عواطف مادران شده است، که نشان از بهبود مهارت کنترل عواطف در آنها دارد. میزان اثربخشی در طی زمان دارای پایداری اثر است. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد در مقایسه دو رویکرد، رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه با واقعیت‌درمانی دارای اثربخشی بیشتری است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و واقعیت‌درمانی بر کنترل عواطف مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری مادران کودکان کم‌توان ذهنی در گروه آزمایش اول و دوم با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر رفتاردرمانی دیالکتیک و واقعیت‌درمانی بر کنترل عواطف مادران تأثیرگذار بوده و میزان اثربخشی در طی زمان دارای پایداری اثر است. همچنین نتایج نشان داد اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک نسبت به واقعیت‌درمانی بیشتر است. یافته به دست آمده مبنی بر اثربخشی DBT با نتایج پژوهش زمانی و همکاران (۱۳۹۴)، مارتین و همکاران (۲۰۱۶)، کلیبر و همکاران (۲۰۱۷)، فاسبیندر و همکاران (۲۰۱۶)، و اثربخشی واقعیت‌درمانی با نتایج پژوهش کشاورز و رضوی (۱۳۹۵)، فرناندز-اکانترا و همکاران (۲۰۱۶) و کیم و همکاران (۲۰۱۰) همسو است.

همه رفتارها و از جمله رفتارهای ناسازگار فرد، کوششی است که فرد برای کنترل ادراک‌های خود به عمل می‌آورد. رفتار ناسازگار شخص باعث می‌شود کنترل اثربخش خود را بر ادراک‌هایش و در نتیجه آن، کنترل اثربخش خود را بر زندگی‌اش از دست بدهد (ساعتچی، ۱۳۹۲). گلسر بر این باور است که مردم انواع مختلف ناراحتی‌ها و احساس‌های بیچاره‌کننده خود مثل افسردگی، اضطراب یا احساس گناه را شخصاً و به دلایل زیر انتخاب می‌کنند: خشم خویش را تحت کنترل درآورند، دیگران را برای کمک به خود وادار سازند، کنترل خویش را بر دیگران اعمال کنند، برای عدم تمایل خود نسبت به انجام دادن کاری اثربخش‌تر، عذر و بهانه بیاورند

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.14.5]

(به نقل از ساعتچی، ۱۳۹۲). از سویی دیگر، گلسر اذعان می‌دارد که هرفرد، زمانی می‌تواند احساس توانمندی و اعتماد و احترام به خویشتن و در نهایت تحمل آشفتگی کند که بتواند نیازهای اساسی خود را به طور مؤثر برآورده سازد و باور کند که سررشته امور زندگی‌اش در دست خودش است و خود می‌تواند شرایط بهتری برای خود فراهم سازد (گلسر، ترجمه صاحبی، ۱۳۹۵). رویکرد واقعیت‌درمانی نیز روی آنچه که درمانجویان می‌توانند در روابط کنترل کنند، تمرکز می‌کند و معتقد است که مشکلات روانی ناشی از این است که فرد فکر می‌کند توسط نیروهای بیرونی جهان کنترل می‌شود و یک فرد ناامید و افسرده نیز حالت ناشاد خود را به گردن دیگران، جامعه، یا گذشته اسفبار می‌اندازد و لذا مسئولیت آن را نمی‌پذیرد (وبولدینگ و بریکل [1]، ۲۰۰۶).

در تبیین نتایج به دست آمده مبنی بر اثربخشی بیشتر رفتاردرمانی دیالکتیک بر کنترل عواطف مادران می‌توان چنین استنباط نمود که تکنیک‌ها و مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت ویژه برکاهش علائم افسردگی، اضطراب، کنترل خشم و عاطفه مثبت کاربرد دارد (لانگو و لینهان [2]، ۲۰۱۷). در آموزش مؤلفه‌های تنظیم هیجانی در DBT بر شناسایی هیجان‌ها، برچسب‌زنی، آگاهی از عواطف و شیوه‌های کنترل عواطف تأکید می‌شود (هاگن، گیسکامب، چانگ، و بیبر [3]، ۲۰۱۴). از آنجا که کنترل عواطف شامل مؤلفه‌هایی چون کنترل خشم، خلق افسرده و اضطراب می‌شود که عوامل و شرایط درونی ارگانیزم را برای برانگیختگی آماده می سازد، تنظیم هیجان در DBT کمک می‌کند بطور مستقیم بر این مؤلفه‌ها تأثیر داشته باشد و موجب کاهش و بهبود کنترل عواطف شود. رفتاردرمانی دیالکتیک با برون‌ریزی هیجان‌های محصور شده و آموزش تعدیل هیجانی که منجر به تنظیم عواطف می‌شود و با آموزش تکنیک‌های رفتاری موجب می‌شود فرد کمتر به سوی هیجان‌های منفی جذب شوند. به دیگر سخن، افراد در حال تمرین‌های رفتاری دیالکتیکی، با هیجانات خود رو به رو می‌شوند (همانگونه که قبلا مواجه می‌شدند)، با این تفاوت که بعد از آموزش‌های دیالکتیکی، ابزار لازم برای رویارویی را دارند. بدین مفهوم که تا قبل از این به محض مستولی شدن هیجان‌ها غرق در احساسات و عواطف ضد و نقیض می‌شوند و برای جلوگیری از تشویش و به هم ریختگی با یادگیری راهبردهای رفتاری به محض بروز هیجان خاصی ابزار لازم برای تنظیم آن را در اختیار دارند و می‌توانند با درک شرایط و به کارگیری رهنمودها از به هم ریختگی عاطفی رهایی یابند. علاوه بر این در خلال جلسات این افراد با الگوبرداری از دیگر شرکت‌کنندگان، با عواطف خود بیشتر آشنا می‌شوند که داشتن این آگاهی می‌تواند در کنترل عواطف آنان بسیار مفید واقع گردد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به وجود شرایط خاص (حداقل تحصیلات و سن) و همچنین اجرای پژوهش بر روی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی اشاره کرد، که این شرایط امکان تعمیم نتایج را محدود می‌سازد. استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی به جای مطالعه رفتار واقعی و استفاده از مصاحبه و مشاهده، از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. با توجه به این که مداخلات در هر دو گروه آزمایش توسط یک آزماینده اجرا شد، این احتمال وجود دارد که ویژگی‌های شخصیتی آزماینده در به کارگیری مداخلات اثر تعاملی داشته باشد. با توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر مشاوران و درمانگران متخصص مشاوره و روانشناسی می‌توانند از این روش‌ها بویژه رفتاردرمانی دیالکتیک در جهت بهبود مشائل روانشناختی مادران کودکان دارای ناتوانی استفاده نمایند.

منابع

اعیادی، ن.، عباسی، م.، پیرانی، ذ.، تقوایی، د.، و پیرانی، آ. (۱۳۹۵). رابطه کنترل عواطف و تحمل پریشانی با استفاده آسیب‌زا از تلفن همراه در میان دانشجویان. *فصلنامه فن‌آوری اطلاعات و ارتباطات در علوم تربیتی*، ۷(۱)، ۱۶۲-۱۴۵.

ایفرت، ج.، مک کی، م.، و فورسایت، ج. (۱۳۹۷). *زیستن با ریتم زندگی و نه با آهنگ خشم*. ترجمه علی صاحبی و مهدی اسکندری. تهران: سایه سخن.

دهش، زهرا. (۱۳۸۸). تأثیر تلفیقی رفتاری و هیجان محور بر کنترل عواطف در نوجوانان دختر شهر کشکوئیه رفسنجان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

رحیمی، م.، افراسیابی، ح.، پور گیلانی، ر.، و قدوسی‌نیا، ط. (۱۳۹۶). تأثیر داشتن کودک با کم توانی ذهنی بر زندگی مادران: رویکرد کیفی. *روانشناسی افراد استثنائی*، ۷(۲۶)، ۴۵-۷۰.

رحیمی، س.، امین یزدی، س.ا.، افروز، غ. (۱۳۹۹). مقایسه کارکرد تحولی خانواده، ویژگی های شخصیتی و استرس والدگری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و همتایان دارای کودک رشد بهنجار. *پرستاری کودکان*، ۶(۳)، ۱۵-۲۱.

زمانی، ن.، حبیبی، م.، و درویشی، م. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانگری دیالکتیکی با گروه درمانی شناختی رفتاری برکاهش افسردگی مادران کودکان معلول. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۸(۹۴)، ۳۲-۴۲.

ساعتچی، م. (۱۳۹۲). *نظریه های مشاوره و روان‌درمانی*. تهران: ویرایش.

کاظم‌آبادی فراهانی، ز.، و کرمی، ا. (۱۳۹۸). تأثیر درمان گروهی بر مبنای تئوری انتخاب بر کنترل عواطف و امید به زندگی بیماران مبتلا به MS استان تهران. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۰(۴)، ۳۷-۴۵.

کشاورز، ه.، و رضوی، و. (۱۳۹۵). اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر افسردگی مادران دانش آموزان مقطع ابتدایی شهرستان یزد. *چهارمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی*، تهران، https://civilica.com/doc/546827

[1] Wubbolding, & Brickel
[2] Lungu, & Linehan
[3] Hagen, Giscombe, Chang, & Beeber

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.14.5]

کمندلو، ز.، حقدادی، ه.، حسین‌زاده اسکوئی، ع.، صمدی کاشان، س. (۱۳۹۹). مقایسه استرس، اضطراب، افسردگی و کیفیت خواب مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم، کم توجهی-بیش فعالی و آهسته گام. *توانمندسازی کودک استثنائی*، ۱۱(۲)، ۱۳-۲۲.

گلسر، و. (۱۳۹۵). *واقعیت‌درمانی*. ترجمه علی صاحبی. تهران: سایه سخن.

طهماسبیان، ح.، خزایی، ح.، عارفی، م.، سعیدی‌پور، م.، و حسینی، ع. (۱۳۹۳). هنجاریابی آزمون مقیاس کنترل عواطف. *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۸(۶)، ۳۴۹-۳۵۴.

محمدی، ا.، زرگر، ف.، امیدی، ع.، محرابی، ع.، اکبری، م.، بقولی، ح.، تویسرکانی راوری، م.، امیری، م.، میرزایی، م.، نونهال، س.، طاهری‌فر، ز. (۱۳۹۸). *مقدمه‌ای بر نسل سوم درمان‌های شناختی-رفتاری*. تهران: ارجمند.

مک‌کی، کم.، و وود، ج. (۱۳۹۵). روزنگار رفتاردرمانی دیالکتیک(تنظیم هیجان خود را هرروز بازبینی کنید). ترجمه علیرضا راجی. تهران: ارجمند.

مک‌کی، م.، وود، ج.، و برنتلی، ج. (۱۳۹۵). مهارتهای رفتاردرمانی دیالکتیک(کتاب کار). ترجمه مهناز جوکار، فریده سادات حسینی و راضیه خرم‌آبادی. بوشهر: دانشگاه خلیج فارس.

هریس، ر. (۱۳۹۶). *سیلی واقعیت*(چگونه در هنگام سختی‌های زندگی می‌توان رضایتمند بود؟). ترجمه علی صاحبی و مهدی اسکندی. تهران: سایه سخن.

AlTourah, A. J., Al Ansari, A. M., & Jahrami, H. A. (2020). Depression, Anxiety and Stress among Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *Bahrain Medical Bulletin*, *42(2)*, 125-128.

Arya, A., Verma, S., Roy, D., Gupta, P. K., & Jawaid, F. (2019). A study of burden of care among mothers of mentally retarded children and adolescents attending child and adolescent psychiatry OPD in a tertiary care center in North India. *Delhi Psychiatry Journal*, *22(2)*, 238-249.

Baker, K., Devine, R. T., Ng-Cordell, E., Raymond, F. L., & Hughes, C. (2020). Childhood intellectual disability and parents' mental health: integrating social, psychological and genetic influences. *The British Journal of Psychiatry*, 9, 1-8.

Bhargava R. (2013).The Use of Reality Therapy With a Depressed Deaf Adult. *Clin Case Stud*, *12(5)*, 388-96.

Davison, D., Neal, j., Kring, A., & Johnson, S. (2007). *Abnormal Psychology*. New York: Wiley.

DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior therapy*, *50(1)*, 60-72.

Dunham, A., Kinnear, D., Allan, L., & Smiley, E. (2018).The relationship between physical ill-health and mental ill-health in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual and Disability Research*, *62(5)*, 444-453.

Faramarze, S., Karami Mansh, V., Mahmoudi, M.(2016). Meta-analysis of the effectiveness of psychological intervention on mental health of parents with mental defects. *J Clin Psychol*, *13(4)*, 13-7.

Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2016). Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in psychology*, *7*, 1373.

Fernández-Alcántara, M., Garcia-Caro, M.P., Laynez-Rubio, C., Perez-Marfil, M.N., Marti-Garcia, C., Benitez-Feliponi, A., Berrocal-Castellano, M., Cruz-Quintana, F. (2016). Feelings of loss in parents of children with infantile cerebral palsy. *Disability and Health Journal*, 8, 93–101.

Gilchrist Banks, S. (2009). *Using choice theory and reality therapy to enhance student achievement.* Alexandria, VA: American School Counseling Association.

Hagen, S., Giscombe, C., Chang, J., & Beeber, L.(2014). Potential benefits of dialectical behavioral therapy for adolescents receiving treatment for borderline personality disorder traits: Implications for psychiatric nurses. *Nurs health*, 2(5), 86-99.

Katz, L.Y., & Korslund, K.E. (2020). Principles of behavioral assessment and management of "life-threatening behavior" in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, *27(1)*, 30-38.

Kim, I., Ekas, N.V., Hock, R. (2016).Associations between child behavior problems, family management, and depressive symptoms for mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *26*, 80-90.

Kleiber, B. V., Felder, J. N., Ashby, B., Scott, S., Dean, J., & Dimidjian, S. (2017). Treating depression among adolescent perinatal women with a dialectical behavior therapy–informed skills group. *Cognitive and Behavioral Practice*, *24*(4), 416-427.

Kumari, S., & Kiran, M. (2020). Parenting Stress, Psychological Wellbeing and Social Support in Mothers of Children With Mental Retardation. *International Journal of Scientific Research*, *9(1)*, 57-60.

Lungu, A., & Linehan, M.M.(2017). Dialectical Behavior Therapy: Overview, Characteristics, and Directions. In The Science of Cognitive Behavioral Therapy(pp. 429-459). Academic Press.

Mash, E.J., & Wolf, D .A .(2010). Abnormal Child Psychology. Handbook of Psychopathology. *4th Edition. Belmont CA: Wadsworth CENGAGE Learning*, *6291*, 475-528.

Martin, C. G., Roos, L. E., Zalewski, M., & Cummins, N. (2017). A dialectical behavior therapy skills group case study on mothers with severe emotion dysregulation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(4), 405-415.

Prezman, S., & Murphy, R.M. (2016). Effects of teaching control theory and reality therapy as an approach to reducing disruptive behaviors in middle school physical education. *International Journal of Reality Therapy*, 57(1), 149-150.

Scherer, N., Verhey, I., & Kuper, H. (2019). Depression and anxiety in parents of children with intellectual and developmental disabilities: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 14(7), 1-18.

Wubbolding, R.E., & Brickel, J. (2006). Role play and the art of teaching choice theory reality therapy and lead management. *International journal of reality therapy*, *22(2)*, 225-246.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.14.5]