MEJDS. 2022; 12:124.

Published online 2022 Sep. **Original Article**

The Effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy on Family Functioning and Communication Patterns of Mothers of Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder

*Mortazavi M [1], Rakebi N[2], Akbarinejad Mousavi M[3], Soleymani Rudbali Z[4]

Author Address
1. MA in Personality Psychology, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran;
2. MA in Clinical Psychology, Islamshahr Branch, Islamic Azad University, Islamshahr, Iran;
3. MA in General Psychology, Payame Noor University of Shiraz, Shiraz, Iran;
4. MA in General Psychology, Payam Noor University of Assaluyeh, Assaluyeh, Iran;
***Corresponding Author Email**: masoumehmortazavi68@gmail.com

Received: 2019 September 11; **Accepted:** 2019 October 13

Abstract

Background & Objectives: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common disorders in childhood and adolescence. Rearing a child with disabilities is often considered a stressor for the family and affects all its aspects, including family functioning. However, the concept of communication patterns has been considered to promote family functioning and health. Research suggests that psychosocial interventions can make parents more effective at improving their family's functioning, as well as reducing symptoms of ADHD in their children. In this regard, one of the most common therapies effective in this field that has received little attention from researchers is dialectical behavior therapy. This therapy is an approach that utilizes emotion regulation strategies to solve emotional and behavioral problems and emphasizes emotion training, acceptance, and accreditation in therapeutic interventions. The present study was conducted to determine the effectiveness of dialectical behavior therapy on family functioning and communication patterns of mothers of children with ADHD.

Methods: This study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the present study was all mothers of children with ADHD living in Baharestan City, Iran, during the academic year of 2018-2019. A total of 30 parents were selected by convenience sampling and randomly divided into the experimental (n=15) and control groups. The inclusion criteria included performing a 4-CSI questionnaire on mothers to screen for ADHD from other disorders with a score of 6, a clinical interview with a child psychiatrist or psychologist to diagnose the disorder, and mothers' literacy. We used parents of children with various ADHD disorders. The exclusion criteria comprised not participating in treatment sessions, participation of the mother in similar treatment sessions, a history of mental illness in the mother, and other concurrent disorders in the child such as mental retardation and psychotic disorders according to the child's record and psychiatrist diagnosis. The treatment sessions were based on Robbins et al. (2001) dialectical behavior therapy guide. The experimental group received dialectical behavioral therapy training interventions, but the control group did not receive training. The intervention comprised ten 60-min sessions, twice a week for five weeks. Family Assessment Device (Epstein et al., 1983) and Communication Patterns Questionnaire (Christensen & Sullaway, 1984) were used in the pretest and posttest stages. The collected data were described with descriptive statistics (mean and standard deviation). Data analysis was done by the univariate analysis of variance in SPSS 22 (α=0.05).

Results: According to the results, there was a significant difference between the experimental group and the control group in family functioning (p=0.008) and the communication patterns of mothers of children with ADHD, including the mutual constructive communication pattern (p<0.001), the mutual avoidance communication pattern (p<0.001), and the expectation/withdrawal communication pattern (p<0.001).

Conclusion: Based on the study results, dialectical behavior therapy is effective in improving family functioning, reducing mutual avoidance communication patterns and expectation/withdrawal communication, as well as increasing the constructive communication pattern in mothers of children with ADHD.

Keywords: Dialectical behavior therapy, Family function, Communication patterns, Attention-Deficit Hyperactivity Disorder.

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.125.4]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.119]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۱۲۴.

انتشار برخط شهریور ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر عملکرد خانواده و الگوهای ارتباطی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی

*معصومه مرتضوی[۱]، نازنین راکبی[۲]، ماندانا اکبری‌نژاد موسوی[۳]، زهرا سلیمانی رودبالی [۴]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر، آزادشهر، ایران؛

۲. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر، اسلامشهر، ایران؛

۳. دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام‌نور شیراز، شیراز، ایران؛

۴. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام‌نور عسلویه، عسلویه، ایران؛

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** masoumehmortazavi68@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۰ شهریور ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۱ مهر ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی با مشکلات زیادی برای خانواده همراه است؛ ازاین‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر عملکرد خانواده و الگوهای ارتباطی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌ـ‌پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش تمامی مادران با فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در ناحیهٔ یک شهر بهارستان در سال تحصیلی ۹۸ـ۱۳۹۷ بودند. تعداد ۳۰ نفر از والدین به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. در هر دو گروه آزمایش و گواه از پرسشنامهٔ سنجش عملکرد خانواده (اپشتاین و همکاران، ۱۹۸۳) و پرسشنامهٔ الگوهای ارتباطی (کریستین و سالاوی، ۱۹۸۴) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. جلسات درمان براساس راهنمای رفتاردرمانی دیالکتیکی رابینز و همکاران (۲۰۰۱) بود. گروه آزمایش ده جلسهٔ ۶۰ دقیقه‌ای مداخلات آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک را دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه آموزشی ارائه نشد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره به‌وسیلهٔ نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، بین گروه آزمایش و گروه گواه، تفاوت معناداری در عملکرد خانواده (p=۰/۰۰۸) و الگوهای ارتباطی مادران کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی شامل الگوی ارتباط سازندهٔ متقابل، الگوی ارتباط اجتنابی متقابل و الگوی ارتباط توقع/کناره‌گیری (p<۰/۰۰۱) مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود عملکرد خانواده، کاهش الگوهای ارتباطی اجتنابی متقابل و ارتباط توقع/کناره‌گیری و نیز افزایش الگوی ارتباطی سازنده در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: رفتاردرمانی دیالکتیکی، عملکرد خانواده، الگوهای ارتباطی، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ‌غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.125.4]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.119]

۱ مقدمه

اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی (ADHD) یکی از رایج‌ترین اختلال‌ها در دوران کودکی و نوجوانی است. گاهی اوقات به آن اختلال عدم تمرکز یا اختلال فعالیت بیش‌ازحد نیز گفته می‌شود و اختلالی عصبی یا به عبارت دقیق‌تر زیستی‌ـ روان‌شناختی و اجتماعی است (۱). براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آمار اختلالات روانی[1]، نارسایی توجه/فزون‌کنشی به شرایط رفتاری و شناختی عصبی اطلاق می‌شود و با پرتحرکی حرکتی، بی‌توجهی و تکانشگری که از نظر تکاملی در سطح نامناسب یا مختل است، مشخص می‌شود (۲). این اختلال از اختلالات بسیار شایع‌تر روان‌پزشکی کودکان است که ۸تا۱۰درصد از کودکان سنین مدرسه را گرفتار می‌کند (۳). اغلب کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی مشکلاتی در زمینهٔ توجه دارند. این کودکان در توجه خودکار به اطلاعات بصری که میانجی آن مدارهای توجهی مغز است، نقص عمده‌ای ندارند؛ به‌جای آن، در ابعادی از توجه دارای مشکلات اساسی هستند که به تداوم تلاش یا حفظ توجه (پاسخ‌دهی) به تکلیف مربوط می‌شود (۴). نرخ شیوع نارسایی توجه/فزون‌کنشی در بزرگسالان ۴/۴ درصد است. علائم اصلی این اختلال شامل بیش‌فعالی، نقص توجه و تکانشگری می‌شود که هر کدام بسته به شرایط سنی کودک می‌تواند بارزتر باشد (۵). زندگی با کودک دارای اختلال یا ناتوانی اغلب به‌صورت عاملی تنش‌زا برای خانواده درک می‌شود و همهٔ جنبه‌های خانواده ازجمله عملکرد خانواده را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۶).

عملکرد خانواده یکی از متغیرهایی است که اوضاع و شرایط خانواده را در حوزه‌های مختلف ارزیابی می‌کند و نشان‌دهندهٔ توانایی خانواده در هماهنگی با تغییرات ایجادشده در طول حیات، رعایت حدومرزها، اجرای مقررات و اصول و الگوهای انضباطی است (۷). عملکرد خانواده در ابعاد هفت‌گانهٔ حل مشکل، ارتباط، نقش، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی تعریف می‌شود (۸). عملکرد سالم در محیطی خانوادگی با ارتباطات شفاف، نقش‌های واضح و روشن، پیوستگی و انسجام و تنظیم احساسی مناسب مشخص می‌شود؛ این در حالی است که عملکرد نامناسب در خانواده‌ای با سطوح بیشتر تعارضات، آشفتگی و کنترل رفتاری و احساسی ضعیف خود را نشان می‌دهد (۹). از سویی برای ارتقای عملکرد و سلامت خانواده مفهوم الگوهای ارتباطی نیز مدنظر قرار گرفته است. مطالعات پژوهشگران نشان می‌دهد خانواده‌هایی که در آن زن و شوهر باهم تفاهم دارند و رضایت بین آن‌ها وجود دارد، دارای عملکرد مناسب‌تری هستند و نقش‌های خود را بهتر ایفا می‌کنند (۱۰). نتایج مطالعهٔ بارتل‌ـ هرینگ حاکی‌از آن است که الگوهای ارتباطی سالم از تعیین‌کننده‌های بسیار مهم عملکرد سالم در نهاد خانواده است (۱۱). بایباخ معتقد است در نهاد خانواده زنان بیشتر از سایر اعضای خانواده درمعرض آسیب هستند و داشتن فرزند دارای اختلال یا ناتوانی می‌تواند نقشی منفی در عملکرد خانواده بر جای بگذارد (به نقل از ۷).

پژوهش‌ها حاکی‌از این است که مداخلات روانی‌ـ اجتماعی موجب می‌شود والدین کارایی بیشتری برای بهبود عملکرد خانوادهٔ خود به‌دست آورند و همچنین نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی کاهش یابد (۱۴ـ۱۲). در این راستا از روش‌های بسیار رایج درمانی که می‌تواند در این زمینه مؤثر باشد و کمتر مدنظر پژوهشگران قرار گرفته است، رفتاردرمانی دیالکتیکی است. رفتاردرمانی دیالکتیکی رویکردی است که از راهبردهای تنظیم هیجان برای حل مشکلات هیجانی و رفتاری بهره می‌گیرد و در مداخلات درمانی بر مهارت‌آموزی، پذیرش و اعتباربخشی هیجان تأکید می‌کند. رفتاردرمانی دیالکتیکی بر دو مفهوم اساسی تأکید دارد: بدتنظیمی هیجانی و محیط نامعتبرساز (۱۵). ابعاد مختلف این رویکرد شامل آموزش مهارت‌های تحمل آشفتگی، توجه آگاهی، نظم‌بخشی هیجانی و ارتباط مؤثر است. این رویکرد بر این نکته تأکید دارد که آسیب‌پذیری هیجانی به‌همراه پرورش در محیط نامساعد موجب می‌شود فرد با نقایصی در تنظیم هیجان و رفتارهای اجتماعی و ناکارآمدی در حل مشکلات زندگی خود روبه‌رو شود (۱۶)؛ به‌طورکلی رفتاردرمانی دیالکتیکی نوعی درمان رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی است که توازنی را بین استفاده از فنون تغییر و پذیرش برقرار می‌کند و درمانگر رفتاردرمانی دیالکتیکی با راهبردهای اعتباربخشی، راهبردهای مسئله‌گشایی، راهبردهای دیالکتیکی، راهبردهای سبک‌شناختی، راهبردهای مدیریت بیمار و راهبردهای اعتباربخشی به دستیابی به اهداف این رویکرد می‌پردازد (۱۷).

یافته‌های پژوهش زمانی و همکاران نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش خشم‌های انفجاری و رفتارهای تکانشی مؤثر است (۱۸). در پژوهش نریمانی و همکاران مشخص شد که آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و بهبود کیفیت زندگی اثر دارد (۱۹). براتون و همکاران درمطالعه‌ای به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تک‌والدین دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی پرداختند. آن‌ها دریافتند رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش تبادلات همدلانهٔ والدین با کودکان، بهبود الگوهای ارتباطی مادران و پذیرش والدینی و نیز کاهش مشکلات رفتاری کودکان مؤثر بوده است (۲۰). نتایج مطالعهٔ میرنسب نشان‌دهندهٔ تأیید درمانگری‌های رفتاری و شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش نشانه‌های بالینی اصلی اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و تعمیم آن‌ها از موقعیت مدرسه‌محور به موقعیت خانه‌محور بود (۲۱).

تنش ناشی‌از وجود کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در خانواده می‌تواند به ساختار روابط خانوادگی و عملکرد خانواده و نیز الگوهای تبادلی والدین صدمه بزند و موجب کاهش رضایت زناشویی و سلامت ذهن و کیفیت زندگی شود (۲۲). با توجه به این مطلب و همچنین باتوجه به شیوع این اختلال و همراهی آن با مشکلات روان‌شناختی در خانواده به‌خصوص ایجاد افسردگی و احساس گناه در مادران و نظر به اینکه یکی از محورهای ارزیابی سلامتی خانواده، سلامت عملکرد آن خانواده و الگوهای صحیح ارتباطی است، بی‌شک این محور ارزیابی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی خانواده

[1]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-5)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.125.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.119]

ایفا می‌کند؛ بنابراین لازم است تدابیری با هدف بهبود و ارتقای عملکرد خانواده و نیز الگوهای تبادلی اندیشیده شود. اهمیت این نکته در مواقعی که عملکرد خانواده کاهش می‌یابد، بیشتر می‌شود؛ ازاین‌رو انجام مداخلات مرتبط با عملکرد خانواده و الگوهای درست ارتباطی از اهمیت زیادی برخوردار است. از سویی پس از بررسی‌های محقق مشخص شد که رویکرد درمانی دیالکتیکی برای مادران با کودکان نارسایی توجه/فزون‌کنشی استفاده نشده است و در این زمینه خلأ پژوهشی احساس می‌شود؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌روش گروهی بر عملکرد خانواده و الگوهای تبادلی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شده است.

۲ روش‌بررسی

روس پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش مادرانی با کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی از ناحیهٔ یک شهر بهارستان در سال تحصیلی ۹۸ ـ ۱۳۹۷ بودند. با بررسی پرونده‌های مشاوره‌ای در هستهٔ مشاورهٔ آموزش‌وپرورش ناحیهٔ یک بهارستان که کودکان تشخیص با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی را توسط روان‌شناسان و مشاوران آموزش‌وپرورش دریافت کرده بودند و نیز ازطریق نمونه‌گیری دردسترس و باتوجه به ملاک‌های ورود مادران به پژوهش و خروج آن‌ها از پژوهش، ۳۰ نفر از مادران به‌صورت دردسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. حداقل نمونه در طرح‌های آزمایشی ۳۰ نفر توصیه شده است (۲۳). ملاک‌های ورود مادران به پژوهش شامل اجرای پرسشنامهٔ علائم مرضی کودکان ـ ویرایش چهارم[1] (۲۴) در بین مادران به‌منظور غربال‌کردن اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی کودکان آن‌ها از سایر اختلالات با نقطهٔ برش نمرهٔ ۶ و استفاده از مصاحبهٔ بالینی روان‌پزشک کودک و روان‌شناس بالینی برای تشخیص‌گذاری اختلال، سطح سواد مادران در حد خواندن و نوشتن و استفاده از مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بود. ملاک‌های خروج مادران از پژوهش عبارت بود از: شرکت‌نکردن آن‌ها در جلسات درمانی؛ شرکت‌کردن آن‌ها در جلسات درمانی مشابه؛ وجود سابقهٔ بیماری روانی در مادر براساس خوداظهاری؛ وجود اختلالات هم‌زمان دیگر در کودک ازقبیل عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات روان‌پریشی برحسب پروندهٔ کودک و تشخیص روان‌پزشک. در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط ازجمله محرمانه‌بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانهٔ شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شد.

برای گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ها و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

ـ پرسشنامهٔ علائم مرضی کودکان ـ ویرایش چهارم: این پرسشنامه از ابزارهای غربالگری رایج برای اختلال‌های روان‌پزشکی است که توسط اسپرافگین و گادو در سال ۱۹۹۴ ساخته شد (۲۴). در پژوهش حاضر، فرم والدین به‌کار رفت که ۱۱۲ سؤال دارد. هریک از عبارات مذکور، در مقیاس چهاردرجه‌ای هرگز، گاهی، اغلب اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده می‌شود (۲۴). شیوهٔ نمرهٔ برش غربال‌کننده و شیوهٔ نمره برحسب شدت نشانه‌های مرضی و پرسشنامهٔ علائم مرضی کودکان در پژوهش‌های متعددی بررسی شده است و اعتبار، پایایی، حساسیت و ویژگی آن محاسبه شده است. در پژوهشی که توسط گراسیون و کارلسون روی CSI-3R انجام گرفت، حساسیت آن برای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی ۰/۷۷ گزارش شد (۲۵). محمداسماعیل در پژوهشی بر ۶۸۰ نمونهٔ عادی و ۴۰۸ نمونهٔ بالینی از کودکان ۶تا۱۴ساله، ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه را بررسی کرد. براساس یافته‌های پژوهش وی، نمرهٔ ۹ با حساسیت ۰/۹۱ و ویژگی ۰/۹۷ در اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی می‌تواند کودکان با و بدون این اختلال را غربال کند. ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه برای اختلال‌های گوناگون در دامنه‌ای از ۰/۲۹ تا۰/۷۶ برآورد شد (۲۶).

ـ پرسشنامهٔ سنجش عملکرد خانواده[2] : این پرسشنامه مقیاسی ۶۰سؤالی است که توسط اپشتاین و همکاران در سال ۱۹۸۳ طراحی شد (۲۷). نمره‌گذاری براساس طیفی چهاردرجه‌ای از کاملاً موافقم، نمرهٔ یک تا کاملاً مخالفم، نمرهٔ چهار است و به هر سؤال ۱ تا۴ نمره داده می‌شود. عبارات توصیف‌کنندهٔ عملکرد ناسالم، نمرهٔ معکوس دارند. این سؤالات در قالب شش خرده‌مقیاس حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی را می‌سنجد (۲۷) که در این پژوهش در تحلیل نتایج از نمرات خرده‌مقیاس عملکرد کلی خانواده استفاده شد. چاوشی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامهٔ عملکرد خانواده را ۰/۸۸ و زیرمقیاس‌های آن را بین ۰/۷۱ تا۰/۸۰ و روایی همگرا و واگرایی این پرسشنامه را در دامنه‌ای بین ۰/۳۸ ـ تا ۰/۴۶ ـ گزارش کردند (۲۸).

ـ پرسشنامهٔ الگوهای ارتباطی[3]: این پرسشنامهٔ ۳۵سؤالی را کریستین و سالاوی در سال ۱۹۸۴ در مقیاس ۹درجه‌ای لیکرتی از اصلاً امکان ندارد (۱ نمره) تا خیلی امکان دارد (۹ نمره) تنظیم کردند (۲۹). پرسشنامه دارای سه خرده‌مقیاس ارتباط سازنده، ارتباط توقع/کناره‌گیری و ارتباط اجتناب متقابل است و شامل دو قسمت مرد متوقع/زن کناره‌گیر و زن متوقع/مرد کناره‌گیر می‌شود. نمرهٔ بیشتر در خرده‌مقیاس سازندهٔ متقابل بیانگر ارتباط مناسب و نمره‌های کمتر نشان‌دهندهٔ ارتباط نامناسب است؛ اما نمرهٔ بیشتر در دو خرده‌مقیاس ارتباط اجتنابی متقابل و توقع/کناره‌گیر نشان‌دهندهٔ ارتباط نامناسب و نمرهٔ کم بیانگر ارتباط مناسب است (۲۹). در ایران نتایج تحقیق صمدزاده و همکاران نشان داد که پرسشنامهٔ الگوهای ارتباطی از اعتبار مناسبی (آلفای کرونباخ ۰/۷۶) برخوردار است. علاوه بر این، روایی همگرای پرسشنامه با مقیاس‌های ذکرشده از ۰/۳۰ تا۰/۹۵ به‌دست آمد (۳۰).

پس از پرکردن پرسشنامه‌ها توسط مادران، آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی بر ۳۰ نفر از آن‌ها (گروه آزمایش و گروه گواه) طی ده جلسه انجام شد. ۱۵ نفر از آزمودنی‌ها که در گروه گواه قرار داشتند، هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. جلسات درمان براساس راهنمای

[1]. Children Symptom Inventory-4 (CSI-4)

[2]. Family Assessment Device (FAD)

[3]. Communication Patterns Questionnaire (CPQ)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.125.4]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.119]

رفتاردرمانی دیالکتیکی رابینز و همکاران (۳۱) برای ده جلسهٔ درمانی ۶۰دقیقه‌ای بود که هفته‌ای دو جلسه و در پنج هفته انجام شد. خلاصهٔ جلسات مطابق جدول ۱ است.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسه	شرح جلسه	تمرین
اول	برقراری ارتباط اولیه و آشنایی، آشنایی با کارت یادداشت روزانه	انجام‌دادن کارهای ذکرشده در جلسهٔ اول در برگهٔ تحلیل زنجیره‌ای رفتار مشکل‌ساز
دوم	معرفی سه حالت ذهن (ذهن منطقی، ذهن هیجانی، ذهن خردمند)	تمرین مراقبه/یوگا
سوم	آشنایی با مهارت‌های مفهومی ذهن‌آگاهی شامل مشاهده‌کردن، توصیف‌کردن، شرکت‌کردن، آموزش مهارت تسمه‌نقاله	تمرین خوردن کشمش
چهارم	آشنایی با مهارت‌های کاربردی ذهن‌آگاهی (غیرقضاوت‌گرایانه‌بودن، بهوشیاری)	فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای
پنجم	آشنایی با مدل توصیف هیجان‌ها، آشنایی با هیجان‌های اولیه و ثانویه	آموزش نحوهٔ ثبت هیجان‌ها
ششم	آموزش مهارت ذهن‌آگاهی از هیجان کنونی، آموزش عملکرد هیجان‌ها	ثبت هیجان‌های روزمره
هفتم	آموزش راه‌های کاهش آسیب‌پذیری دربرابر ذهن هیجانی، ایجاد تجارب مثبت آموزش ذهن‌آگاهی دربارهٔ هیجان‌های مثبت، آموزش انجام‌دادن عمل متضاد با هیجان فعلی	تمرین مشاهدهٔ ارتباط فعالیت و خلق
هشتم	بحث کلی دربارهٔ منطق مهارت‌های تحمل پریشانی، بحث دربارهٔ آموزش مهارت‌های پذیرش واقعیت (شامل مهارت مشاهده‌کردن نفس‌کشیدن خود، تمرینات آگاهی و پذیرش بنیادین)	تمرین «دیدن» یا «شنیدن»
نهم	آموزش مهارت پرت‌کردن حواس، آموزش مهارت خودآرام‌بخشی، مهارت بهبود لحظهٔ حال	تمرین خودآرام‌بخشی
دهم	مرور همهٔ مهارت‌های آموخته‌شده، برنامه‌ریزی برای آینده با آموزش مهارت مقابله در آینده، گرفتن بازخورد از درمانجو دربارهٔ درمان و مهارت‌ها	تمرین وارسی بدن و بازنگری تکالیف

همچنین تجزیه‌وتحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. ابتدا با استفاده از روش آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار، داده‌ها توصیف شدند. سپس برای تحلیل فرضیه‌ها بعد از تأیید مفروضه‌های تحلیل کوواریانس (نرمال‌بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون ام‌باکس، یکسان‌بودن شیب خط رگرسیونی و همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین)، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

براساس یافته‌های توصیفی، از لحاظ سنی در گروه گواه ۶ نفر ۲۵تا۳۵ سال (۴۰درصد)، ۴ نفر ۳۶تا۴۵ سال (۲۶/۷درصد) و ۵ نفر ۴۶تا۵۵ سال (۳۳/۳درصد) داشتند؛ اما در گروه آزمایش ۵ نفر در دامنهٔ سنی ۲۵تا۳۵ سال (۳۳/۳درصد)، ۷ نفر ۳۶تا۴۵ سال (۴۶/۷درصد) و ۳ نفر ۴۶تا۵۵ سال (۲۰درصد) بودند.

قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، برای رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های کولموگروف‌اسمیرنوف، باکس و لون استفاده شد. سطح معناداری آمارهٔ محاسبه‌شده برای تمامی متغیرها بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود؛ بنابراین فرض نرمال‌بودن توزیع نمرات پذیرفته شد. براساس آزمون باکس که برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس به‌درستی رعایت گردید (p=۰/۱۰۶). براساس آزمون لون و معنادارنبودن آن برای همهٔ متغیرها، شرط برابری واریانس‌ها رعایت شد (p>۰/۰۵).

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیر الگوهای ارتباطی و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به‌همراه نتایج آنالیز کوواریانس

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
ارتباط سازندهٔ متقابل	آزمایش	۷/۹۷	۳/۳۶۹	۱۰/۰۵	۳/۱۵۹	۱۳/۴۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۴۹
	گواه	۹/۱۰	۴/۸۹۶	۹/۴۱	۵/۰۷۰			
ارتباط اجتنابی متقابل	آزمایش	۱۹/۴۳	۲/۰۸۶	۱۵/۳۴	۲/۱۲۷	۲۳/۴۲۰	<۰/۰۰۱	۰/۴۸۴
	گواه	۱۸/۰۳	۲/۹۹۷	۱۷/۵۵	۲/۷۷۵			
ارتباط توقع/کناره‌گیری	آزمایش	۳۱/۹۷	۳/۰۲۱	۲۷/۹۳	۲/۸۰۹	۱۶/۵۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۸
	گواه	۳۱/۱۳	۳/۱۵۴	۳۰/۴۳	۳/۴۷۴			
عملکرد خانواده	آزمایش	۱۲۶/۶۷	۳۳/۵۲۳	۱۳۰/۷۳	۳۴/۱۴۸	۸/۲۳۸	۰/۰۰۸	۰/۲۳۴
	گواه	۱۲۷/۸۷	۴۰/۰۳۲	۱۲۸/۹۱	۳۸/۴۹۷			

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.125.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.119]

باتوجه به نتایج جدول ۲، در گروه آزمایش، میانگین نمرات الگوی ارتباط سازندهٔ متقابل به‌طور معناداری افزایش یافته است ($p<۰/۰۰۱$)، اما میانگین نمرات الگوهای ارتباط اجتنابی متقابل ($p<۰/۰۰۱$) و ارتباط توقع/کناره‌گیری ($p<۰/۰۰۱$) به‌طور معناداری کاهش یافته است. همچنین باتوجه به بیشتربودن میانگین نمرات عملکرد خانواده در گروه آزمایش در پس‌آزمون ($p=۰/۰۰۸$)، می‌توان نتیجه گرفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی مؤثر بوده است و موجب بهبود عملکرد مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی شده است.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر عملکرد خانواده و الگوهای ارتباطی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شد. نتایج نشان داد که بین عملکرد مادران با کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت؛ همچنین باتوجه به بیشتربودن میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی مؤثر بوده است و موجب بهبود عملکرد مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی شده است. مطالعه‌ای به‌طور مستقیم همسو با نتایج پژوهش یافت نشد؛ اما این پژوهش به‌طور غیرمستقیم با مطالعات پیشین همسوست؛ برای مثال یافته‌های پژوهش زمانی و همکاران نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش خشم‌های انفجاری و رفتارهای تکانشی مؤثر است (۱۸). در پژوهش نریمانی و همکاران مشخص شد که آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و بهبود کیفیت زندگی اثر دارد (۱۹).

در تبیین یافتهٔ مذکور پژوهش می‌توان گفت، شناخت‌درمانی با تغییر سبک زندگی افراد، تغییر در نقش‌ها و درنتیجه تغییر در روابط اجتماعی اشخاص و نیز منطقی‌اندیشیدن و عینی‌اندیشیدن به‌جای اغراق دربارهٔ رویدادهای اضطراب‌برانگیز، به‌نحو مؤثری می‌تواند کارکردهای روان‌شناختی افراد را تحت‌تأثیر قرار دهد؛ بنابراین می‌توان گفت افرادی که نوع نگاه خود را به رویدادها تغییر می‌دهند و رویدادها را به شکل‌های مختلف تعبیر و تفسیر می‌کنند، می‌توانند با استفاده از این روش مهارت‌هایی را به‌دست آورند؛ مانند تعاریف متفاوت از یک مشکل یا مسئلهٔ خاص، شکل‌دهی افکار و ایده‌های مختلف و متنوع دربارهٔ یک رویداد خاص، سبک و سنگین‌کردن تفسیرها دربارهٔ یک رویداد خاص و لحاظ‌کردن نفع یا زیان هریک از آن‌ها و درنهایت تصمیم‌گیری در زمینهٔ انتخاب تعبیر و تفسیر بهتر که ناگفته پیداست به فرد، در پشت‌سرگذاشتن موانع یا حل مسائل کمک می‌کند. اشخاص دارای این مهارت‌ها درمقایسه با سایر افرادی که فاقد این مهارت‌ها هستند، اعتمادبه‌نفس قوی‌تر، احساس خودکارآمدی بیشتر و آرامش خاطر زیادی خواهند داشت و استفاده از تجارب قبلی در حل مسائل گوناگون زندگی، از آن‌ها افرادی متکی به خود خواهد ساخت. بدیهی است که همهٔ این موضوعات می‌توانند عملکرد و کارایی فرد را در خانواده در سطح مطلوبی نگه دارند (۳۲). در تبیینی دیگر می‌توان گفت که در رفتاردرمانی دیالکتیک اکتساب مهارت‌ها و ایجاد انگیزش‌های رفتاری اساس تغییر است؛ لذا بهره‌گیری از اصول و راهبردهای دیالکتیکی، اعتباربخشی، حل مسئله، سبک شناختی و مدیریت بیمار با تکیه بر آموزش مهارت‌های رفتاری (مهارت‌های بین‌فردی، مهارت‌های تحمل پریشانی، مهارت‌های تنظیم هیجانی، مهارت‌های ذهن‌آگاهی یا هشیاری فراگیر)، اساس کار درمانگر قرار می‌گیرد؛ همچنین به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی کمک می‌کند تا اصول رفتاردرمانی دیالکتیکی را به موقعیت‌های زندگی خویش تعمیم دهند و باعث ارتقای سطح عملکرد خانوادهٔ مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی می‌شود.

دیگر یافتهٔ پژوهش نشان داد که بین الگوهای ارتباطی گروه آزمایش و گروه گواه، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت. براساس نتایج به‌دست‌آمده در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون، میانگین نمرات الگوی ارتباط سازندهٔ متقابل به‌طور معناداری افزایش یافت و میانگین نمرات الگوهای ارتباط اجتنابی متقابل و ارتباط توقع/کناره‌گیری به‌طور معناداری کاهش یافت. این یافته‌ها با نتایج مطالعهٔ براتون و همکاران همسوست. آن‌ها در مطالعه‌ای اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تک‌والدین دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی را بررسی کردند. آن‌ها دریافتند رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش تبادلات همدلانهٔ والدین با کودکان، بهبود الگوهای ارتباطی مادران و پذیرش والدینی و نیز کاهش مشکلات رفتاری کودکان مؤثر بوده است (۲۰). نتایج مطالعهٔ میرنسب نشان‌دهندهٔ تأیید درمانگری‌های رفتاری و شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش نشانه‌های بالینی اصلی اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و تعمیم آن‌ها از موقعیت مدرسه‌محور به موقعیت خانه‌محور است (۲۱).

در تبیین یافته‌های مذکور می‌توان گفت، رفتاردرمانی دیالکتیک از مدلی ترکیبی انگیزشی و نقص توانایی ریشه می‌گیرد که ترکیبی از روش‌های مربوط به درمان‌های حمایتی، شناختی و رفتاری است؛ بنابراین مفهوم راهبرد دیالکتیکی دقیقاً همین برقراری تعادل میان ارتباط گرم متقابل و حمایت‌کننده (تز) دربرابر لحن غیرمؤدبانه و گستاخانه (آنتی‌تز) است. بدین ترتیب، تعادلی میان پذیرش و تغییر رخ می‌دهد که در آن متخصص بالینی پذیرش و همدلی مراجع‌محور را با حل مسئلهٔ رفتاری‌ـ شناختی و آموزش مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند و با پذیرش بیمار تغییر او را تسهیل می‌کند و تأکید بر تغییر نیز موجب تسهیل پذیرش می‌شود. همچنین رفتاردرمانگری دیالکتیکی با آموزش مهارت‌هایی چون تحمل درماندگی با افزایش انعطاف‌پذیری و ارائهٔ راه‌حل‌های جدید و تعدیل آثار شرایط ناراحت‌کننده به فرد در کنارآمدن بهتر با وقایع دردناک کمک می‌کند (۳۳). همچنین رفتاردرمانگری دیالکتیکی با استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان به درمانجویان کمک می‌کند تا احساس خود را دقیق‌تر تشخیص دهند و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان‌شدن دربرابر آن بررسی کنند. هدف، تعدیل احساسات بدون رفتاری واکنشی و مخرب است. از سوی دیگر در رفتاردرمانی دیالکتیکی چهار دسته از مهارت‌ها آموزش داده می‌شود: ۱. مهارت‌های ذهن‌آگاهی؛ ۲. مهارت‌های کارآمدی بین‌فردی؛ ۳. مهارت‌های تنظیم

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.125.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.119]

هیجانی؛ ۴. مهارت‌های تحمل پریشانی (رنج). درواقع با آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی مادران از حواس‌پرتی آن‌ها جلوگیری می‌شود. درحقیقت فقدان توانایی در هدایت توجه منجربه مشکلات شایع متعددی می‌شود که شامل ناتوانی در متوقف‌سازی فکرکردن دربارهٔ گذشته، آینده یا مشکلات فعلی، بی‌برنامگی و ناتوانی در تمرکز بر تکالیف مهم است؛ به‌طورکلی‌تر، در رفتاردرمانی دیالکتیکی، هدف مهارت‌های ذهن‌آگاهی رشد خردورزی مادران، توانایی دیدن آنچه درست است، عمل‌کردن به‌صورت عاقلانه به دور از هرگونه خودآسیبی و خودجرحی و مشارکت کامل و عاری از قضاوت در تجارب زندگی رضایت‌بخش به‌منظور تسهیل ظهور رفتار مؤثر و ماهرانه است. درمجموع می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی ازطریق راهبردهایی چون شناسایی هیجان‌های منفی و نحوهٔ مقابله با آن‌ها، سرزنش، خوداشتغالی و خیال‌پردازی برای تعدیل موقعیت استفاده می‌شود و موجب افزایش الگوهای ارتباطی سازنده در زندگی می‌شود (۳۴). در تبیینی دیگر برای یافته‌های مذکور می‌توان گفت که تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی شامل تکنیک‌های بنیادی به‌کاررفته در درمان شناختی‌ـ رفتاری مانند مواجهه، زنجیرهٔ تحلیل رفتاری، ثبت هیجان‌ها و بازسازی شناختی و همچنین تکنیک‌هایی مختص خود شامل اعتباربخشی تفکر دیالکتیکی و ذهن‌آگاهی است؛ درنتیجه ازیک‌سو رفتاردرمانی دیالکتیکی روشی درمانی است که ساختار روشنی دارد و از تکنیک‌های رفتاری استفاده می‌کند و از سوی دیگر این روش ازطریق پذیرش مشکلات هیجانی باعث تسهیل تغییرات و بهبود الگوهای ارتباطی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی می‌شود.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به مقطعی‌بودن اجرای پژوهش، اجرانشدن دورهٔ پیگیری و محدودبودن نتایج به گروه مادران اشاره کرد که در تعمیم نتایج به پدران باید جانب احتیاط رعایت شود. باتوجه به تأثیر آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش عملکرد خانواده و الگوهای ارتباطی در مادران دارای فرزند نارسایی توجه/فزون‌کنشی، به تمامی مشاوران و روان‌شناسان پیشنهاد می‌شود که با آموزش این مهارت‌ها به کودکان مذکور از مشکلات آنان بکاهند. پیشنهاد می‌شود که به مداخلهٔ رفتاردرمانی دیالکتیکی بر سایر گروه‌های خاص ازجمله اختلال یادگیری، کم‌توان ذهنی و... پرداخته شود؛ همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، دورهٔ پیگیری برگزار شود و رویکرد درمانی رفتاردرمانی دیالکتیک با سایر رویکردهای درمانی ازجمله رویکردهای خانواده‌درمانی مقایسه شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج این پژوهش نتیجه‌گرفته می‌شود، رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود عملکرد خانواده، کاهش الگوهای ارتباطی اجتنابی متقابل و ارتباط توقع/کناره‌گیری و نیز افزایش الگوی ارتباطی سازنده در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی مؤثر است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود رفتاردرمانی دیالکتیکی، به‌طور مستقل یا در کنار سایر روش‌های درمانی به‌کار گرفته شود.

۶ تشکروقدردانی

از همهٔ افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، ازجمله مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی ناحیهٔ یک شهر بهارستان، مدیران مدارس و کارشناس مشاورهٔ ادارهٔ آموزش‌وپرورش شهر بهارستان، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط ازجمله محرمانه‌بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانهٔ شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شد. مجوز اجرای این پژوهش با شمارهٔ ۳۶۲ از مرکز مشاورهٔ بهنود در تاریخ ۱۳۹۸/۱۱/۱۲ صادر شده است.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش حاصل طرح پژوهشی مستقلی است که بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است و همهٔ هزینه‌های مالی توسط نویسندهٔ اول تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول در ارائهٔ ایدهٔ پژوهشی و جمع‌آوری داده‌ها، نویسندهٔ دوم در طراحی مطالعه، نویسندهٔ سوم در آنالیز و تفسیر داده‌ها و نویسندهٔ چهارم در نگارش و ویراستاری مقاله مشارکت داشتند.

References

1. Ougrin D, Chatterton S, Banarsee R. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): review for primary care clinicians. London J Prim Care (Abingdon). 2010;3(1):45–51. doi: 10.1080/17571472.2010.11493296
2. Hartung CM, Lefler EK, Canu WH, Stevens AE, Jaconis M, LaCount PA, et al. DSM-5 and other symptom thresholds for adhd: which is the best predictor of impairment in college students? J Atten Disord. 2019;23(13):1637–46. doi: 10.1177/1087054716629216
3. Lindblad I, Gillberg C, Fernell E. ADHD and other associated developmental problems in children with mild mental retardation. The use of the "Five-To-Fifteen" questionnaire in a population-based sample. Res Dev Disabil. 2011;32(6):2805–9. doi: 10.1016/j.ridd.2011.05.026
4. Farid A, Najafzadeh A. The effectiveness of drawing therapy on attention deficit – hyperactivity disorders of elementary students ducation (teacher evaluation). J Sabzevar Uni Med Sci. 2017;24(5):353–8. [Persain] http://jsums.medsab.ac.ir/article_997_b61728a7d1b31ba8a0e3147a7ce9663f.pdf

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.125.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.119]

5. Nejati, Mosavi, Roshan, Mahmodigharaei. Effectiveness of child-parent relationship therapy (CPRT) on the improvement of mothers' parenting of children 8 - 11 years with ADHD. J Cli Psy. 2016;8(1):37–49. [Persian] doi: 10.22075/jcp.2017.2225
6. Motahhari ZS, Ahmadi K, Behzadpoor S, Azmoodeh F. Effectiveness of mindfulness in marital burnout among mothers of ADHD children. Family Counseling and Psychotherapy. 2014;3(4):591–613. [Persian] http://fcp.uok.ac.ir/article_9642_7e2b4bfaafd6e04ad3699821815f6182.pdf
7. Seyyed Moharrami I, Ghanbary Hashem Abady B, Asghari Ebrahim Abad M. Effectiveness of group counseling with structured approach on family function and marital satisfaction. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2017;4(2):32–8. [Persian] doi: 10.22067/ijap.v6i2.48906
8. Nikzad Z, Keshvari M, Farajzadegan Z. The role of family function in locus of control of adolescent girls in Isfahan. Journal of Pediatric Nursing. 2017;4(2):32–8. [Persain] doi: 10.21859/jpen-04025
9. Landreth GL. Play Therapy: the art of the relationship. New York: Brunner-Routledge; 2012.
10. Bakhshi H, Asadpour M, Khodadadizadeh A. Correlation between marital satisfaction and depression among couples in Rafsanjan. J Qazvin Med Sci. 2007;11(2):37–43. [Persian] http://journal.qums.ac.ir/article-1-78-en.pdf
11. Bartle-Haring S. The relationships among parent–adolescent differentiation, sex role orientation and identity development in late adolescence and early adulthood. Journal of Adolescence. 1997;20(5):553-65. https://doi.org/10.1006/jado.1997.0109
12. Faramarzi S, Karamimanesh V, Mahmoudi M. Meta-analysis of effectiveness of psychological interventions in mental health of families with children with mental disabilities (2012-2013). Clinical Psychology Studies. 2013;4(13):89–106. [Persian] https://jcps.atu.ac.ir/article_545_b337bc402957f5fc368cc73895acf191.pdf
13. Jamali Paghale S, Abedi A, Aghaie E. Meta-analysis effectiveness of psychological intervention on rate of ADHD symptoms. Journal of Exceptional Children. 2012;11(4):321–34. [Persain] http://joec.ir/article-1-211-en.pdf
14. Abedi A, Jamali S, Faramarz S, Aghaie E, Behruz M. A comprehensive meta-analysis of the common interventions in ADHD. Contemporary Psychology. 2012;7(1):17–34. [Persian] http://bjcp.ir/article-1-23-en.pdf
15. Swales MA, Heard HL. Dialectical Behaviour Therapy: distinctive features. London ; New York: Routledge; 2016.
16. Alavi K, Modares Gharavi M, Amin-Yazdi SA, Salehi Fardadi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2011;13(50):35–124. [Persain] doi: 10.22038/jfmh.2011.881
17. Zargar F, Mohammadi A, Omidi A, Bagherian Saraverdi R. The third wave of behavior therapy with emphasis on Acceptance- Based Behavior Therapy. J Res Beh Sci. 2013;10(5):383–90. [Persian] http://rbs.mui.ac.ir/article-1-270-en.pdf
18. Zamani N, Farhadi M, Jamilian HR, Habibi M. Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy (Based on Core Distress Tolerance and Emotion Regulation Components) on Expulsive Anger and Impulsive Behaviors. J Arak Uni Med Sci. 2015;17(11):53–61. [Persain] http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-2993-en.pdf
19. Narimani M, Bagiyan-Kulemarez MJ, Ahadi B, Abolghasemi A. The study of effectiveness of group training of Dialectical Behavioral Therapy (DBT) on reducing of symptoms of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) and promoting quality of life of students. Journal of Clinical Psychology. 2014;6(1):39–51. [Persian] doi: 10.22075/jcp.2017.2153
20. Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. the efficacy of play therapy with children: a meta-analytic review of treatment outcomes. Professional Psychology: Research and Practice. 2005;36(4):376–90. doi: 10.1037/0735-7028.36.4.376
21. Mirnasab M. Barrasi asar–bakhshi darmangar-haye raftari va shenakhti dar kahesh neshane-haye balini ekhtelal naresaie tavajoh/fozoun koneshi koodakan [The effectiveness of behavioral and cognitive-behavioral therapies in reducing the clinical symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder in children] [Ph.D. dissertion in Education of Exceptional Children]. [Tehran, Iran]: University of Tehran; 2006. [Persian]
22. Beyrami M, Hekmati I, Soudmand M. Comparison of family functioning of mothers with and without ADHD children. Journal of Modern Psychological Researches. 2010;4(16):21–41. [Persian] https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4312_5895c3353c1af689fd1358296d5a7447.pdf
23. Delavar A. Educational and Psychological Research. Tehran: Virayesh Pub; 2015. [Persian]
24. Sprafkin J, Gadow K. Early Childhood Symptom Inventories Manual. New York: Checkmate Plus. 1994.
25. Grayson P, Carlson GA. The utility of a DSM-III-R-based checklist in screening child psychiatric patients. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1991;30(4):669–73. 10.1097/00004583-199107000-00021
26. Mohammad Esmaeel E. Adaptation and standardization of Child Symptom Inventory-4 (CSI-4). Journal of Exceptional Children. 2007;7(1):79–96. http://joec.ir/article-1-388-en.pdf

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.125.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.119]

27. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. Journal of Marital and Family Therapy. 1983;9(2):171–80. doi: 10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x
28. Chavoshi M, Yazdi S, Hosseinian S. Effectiveness based on the Indigenous Happiness-Oriented Family Model on the Function of Family. Journal of Woman and Family Studies. 2019;7(1):97-115. DOI: 10.22051/JWFS.2019.16771.1529
29. Christensen A, Sullaway M. Communication Patterns Questionnaire. Unpublished manuscript. Los Angeles: University of California: 1984.
30. Samadzadeh M, Shaieri MR, Javidi N. Communication patterns questionnair: the reliability and validity. Family Counseling and Psychotherapy. 2013;3(1):124–50. [Persian] http://fcp.uok.ac.ir/article_9782_01d1da2abc0ce13200d85004b419fbc1.pdf
31. Robins CJ, Ivanoff AM, Linehan MM. Dialectical Behavior Therapy. In: Handbook of Personality Disorders: Theory, research, and treatment. New York, US: Guilford Press; 2001. pp: 437–59.
32. Najarpour S, Khalatbari J. The effectiveness of group cognitive therapy and dialectical behavior therapy on students' general health. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2016;10(38):17–26. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_274_791b540b5f68a8f7b41b7097664d0dc5.pdf
33. Miller AL, Rathus JH, Linehan M. Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents. New York: Guilford Press; 2007.
34. Van Dijk S, Jeffrey J, Katz MR. A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. J Affect Disord. 2013;145(3):386–93. doi: 10.1016/j.jad.2012.05.054

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.125.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.119]