

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال پانزدهم شماره ۵۹ پاییز ۱۳۹۹

## اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر هیجان ابراز شده مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی

علی اقبالی<sup>۱\*</sup>، امید صفری<sup>۲</sup>

۱- استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، روان‌درمانگر مجتمع توانبخشی تبریز

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۴/۱۸

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۱/۲۹

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر هیجان ابراز شده‌ی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی بود. این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی بود. نمونه آماری شامل ۲۴ نفر از مادران دارای ناتوانی ذهنی مراجعه کننده به مجتمع توانبخشی تبریز در بهار ۱۳۹۷ بودند که بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه ابراز‌گری هیجانی بود. گروه آزمایش، به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. داده‌های جمع‌آوری شده با روش تحلیل کواریانس چند متغیره و با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی بر هیجان ابراز شده‌ی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی اثرات مثبتی دارد ( $p < 0.05$ ). بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که ابرازگری هیجان در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی ممکن است یکی از مهم‌ترین مهارت‌ها باشد که ارزش مداخله با رفتاردرمانی دیالکتیکی را دارد و این درمان به منظور بهبود هیجان ابراز شده مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی در کنار سایر درمان‌های اثربخش، قابلیت کاربرد دارد.

**واژه‌های کلیدی:** هیجان ابراز شده؛ ناتوانی ذهنی؛ رفتاردرمانی دیالکتیکی

email: aeghali88@gmail.com

\* (نویسنده مسئول)

این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز است.

## مقدمه

تولد فرزند واقعه مهمی است که به شدت بر پویایی خانواده تأثیر می‌گذارد و با شادی، رویاها، آرزوها و امیدها همراه است؛ با این حال، اگر کودک از معلولیتی مانند ناتوانی ذهنی رنج ببرد، مسئولیت‌های والدین بیشتر می‌شود (جیس وال، سابرامانیام، شام و کامات،<sup>۱</sup> ۲۰۱۸) و می‌تواند آثار مختلفی بر خانواده داشته باشد، طیف وسیعی از پاسخ‌های هیجانی را در پدر و مادر و سپس خانواده ایجاد کند. برای برخی این موضوع یک بحران و نیازمند تنظیم روانی است. برای برخی، تولد کودک معلول یک رویداد تأسف بار است و پاسخ اولیه می‌تواند به شکل فروپاشی عاطفی باشد (گوهل، موک هرچی و چودهاری،<sup>۲</sup> ۲۰۱۱).

استرس به عنوان "واکنش هیجانی و رفتاری یک فرد نسبت به برخی رویدادهای ناخوشایند" تعریف شده است (کرنیک، هافمن و گیز،<sup>۳</sup> ۲۰۰۵)، تا جایی که بر رفتار و عملکرد فرد تأثیر منفی می‌گذارد. استرس والدگری هم بخش طبیعی تجربه‌ی والدین است. این مسئله هنگامی بوجود می‌آید که تقاضاهای والدگری بیش از منابع مورد انتظار و واقعی در دسترس باشد که به آنها امکان موفقیت در نقش والدین را می‌دهد. فرضیه‌های مربوط به شکل‌گیری و حفظ روابط والدین و فرزند و دردهای روزانه در نظریه‌های استرس والدین برجسته است، چنین استرس‌های روزانه‌ی والدین نقش مهمی در فرزندپروری و متعاقب آن، در بهزیستی روانشناختی و رشد کودکان ایفا می‌کنند (دئاتر- دکارد، ۲۰۰۵؛ ۲۰۱۴). ناتوانی ذهنی کودک، توانایی تغییر روال روزانه، جو هیجانی و الگوهای عملکرد خانواده در طول زندگی را دارد (بیلی، گلدن، رابرتز، و فورد،<sup>۴</sup> ۲۰۰۷) و بر رشد جسمی، شناختی و هیجانی همه اعضای خانواده تأثیر می‌گذارد (پلکات و لفر،<sup>۵</sup> ۲۰۰۴)، در این بین، مادر کودک دارای ناتوانی که غالباً مراقب اصلی است و از ناتوانی‌های کودک خود آگاه است، سطح استرس و علایم روانپزشکی بالاتری نسبت به پدر تجربه می‌کند (بیلی، گلدن، رابرتز، و فورد، ۲۰۰۷؛ تداگارد، تداگارد، راستام، جانسون،<sup>۶</sup> ۲۰۲۰). موضوع مهم این است که هر نوع استرس، بر روابط والد- فرزند و رشد اجتماعی - هیجانی فرزندان تأثیر می‌گذارد (لی، فردمن و فینبرگ،<sup>۷</sup> ۲۰۱۷)، و والدین پر استرس ممکن است در رفتار فرزندپروری خود پاسخگویی کمتر، استبداد و غفلت کاری<sup>۸</sup> بیشتری داشته باشند (پونت و همکاران،<sup>۹</sup> ۲۰۱۳؛ روسو و همکاران،<sup>۱۰</sup> ۲۰۱۳).

هیجان ابراز شده‌ی<sup>۱۱</sup>، بواسطه‌ی میزان آگاهی افراد از تجربیات درونی و تمایل به ابراز هیجانات خود مشخص می‌شود (لانگ و همکاران،<sup>۱۲</sup> ۲۰۱۳) و سازه‌ای نگرشی است که در گفتار و سایر رفتارها منعکس می‌شود و سنجه‌ای از وضعیت هیجانی است که احتمالاً توسط اعضای خانواده تجربه می‌شود (هولی،<sup>۱۳</sup> ۲۰۰۷) و می‌تواند به صورت مثبت (مانند، ابراز خوشحالی، قدردانی، تحسین) یا منفی، مانند اقدام به صورت تهدیدآمیز و ابراز خشم باشد (گروسک، ۲۰۱۹). این سازه نخستین بار در بستگان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی کشف شد (ووقان و لف،<sup>۱۴</sup> ۱۹۷۶).

<sup>1</sup> Jaiswal, Subramanyam, Shah, & Kamath

<sup>2</sup> Gohel, Mukherjee & Choudhari

<sup>3</sup> Crnic, Hoffman, & Gaze

<sup>4</sup> Bailey, Golden, Roberts, & Ford

<sup>5</sup> Pelchat & Lefebvre

<sup>6</sup> Tedgard, Tedgard, Rastam, & Johansson

<sup>7</sup> Le, Fredman, Feinberg

<sup>8</sup> neglectful

<sup>9</sup> Ponnet et al

<sup>10</sup> Rousseau et al

<sup>11</sup> expressed emotion

<sup>12</sup> Long, et al

<sup>13</sup> Hooley

<sup>14</sup> Vaughan & Leff

به نظر می‌رسد، با توجه به نوع اختلالات کودکان، نسبت هیجان ابراز شده در خانواده‌های صاحب حداقل یک کودک دارای اختلال روانی در مقایسه با گروه‌های غیربالینی بیشتر است (آسارنوا، تامپسون، هامیلتون و گلدشتاین<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴). از دیدگاه خانواده آلوده به استرس<sup>۲</sup>، سازه‌ی هیجان ابراز شده مورد توجه است، زیرا ممکن است یک الگوی ناسازگارانه در پاسخ به بیماری روانی باشد که در غیاب عوامل محافظت‌کننده (به عنوان مثال، گرمی والدین) رخ می‌دهد. یعنی در هنگام مواجهه با استرس بیماری نوظهور، والدینی که با انتقاد، سرزنش یا کنترل بیش از حد (یعنی محافظت بیش از حد) واکنش نشان می‌دهند، ممکن است محیط‌هایی با فشار هیجانی ایجاد کنند که علایم را تشدید می‌کند، که به نوبه‌ی خود ممکن است باعث تعامل منفی والدین / کودک شود و در راهبردهای سالم مدیریت رفتار تداخل ایجاد کند (پریس و میکلوویتز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). در این راستا، مقایسه‌ی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی و کودکان عادی نشان می‌دهد که این مادران تجارب هیجانی متفاوتی دارند (هاستینگ، دیلی، برنز و بک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). توصیف مادر از فرزند دارای ناتوانی ذهنی، منفی تر از توصیف مادران دارای فرزند عادی است (بک و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). علاوه بر این، تجربه‌ی عاطفی منفی مادران (نگرانی، درد و احساس بار) با رفتارهای عدم حساسیت و حمایت نسبت به فرزندان همراه بوده است (باتون و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱). مطالعات اخیر نشان می‌دهد که والدین کودکان ناتوان ذهنی نسبت به والدین فرزندان عادی، واکنش‌های غیرمسئولانه‌تری را گزارش می‌کنند (رودز، چویرا و باکر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷؛ رودز، زیدیک<sup>۸</sup> و باکر، ۲۰۱۶). در این راستا مک اینتایر (۲۰۰۸) مشاهده کرد که این والدین در طی فعالیت‌های غیرسازمان یافته، تعامل منفی بیشتری با فرزندان ناتوان ذهنی خود داشته‌اند، در مقایسه با مادران کودکان عادی، گفتگوهای کمتری درباره هیجان‌ات گزارش داده‌اند و هیجان‌ات مثبت کمتر و هیجان‌ات منفی بیشتری به فرزندان خود ابراز می‌کنند (گرین و باکر<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱). مادرانی که میزان استرس بالایی را گزارش می‌کنند، اغلب تمایل به دوری از مشکلات دارند و هیجان‌اتشان را خارج از کنترل می‌دانند. این مادران احتمالاً به دلیل تأثیر زیاد عاطفه‌ی منفی خود، به جای حل مسئله‌ی فعال، تمایل دارند راهبردهایی را انتخاب کنند که بر تنظیم هیجان‌ات تمرکز داشته باشند (نوجین و والاندرا<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۷).

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد هیجان ابراز شده‌ی مثبت با مهارت‌های اجتماعی خاص تر مانند قاطعیت بالا، همدلی، پیروی از قوانین اجتماعی و کنترل سریع همراه است. توانایی نظارت، ارزیابی و اصلاح شدت و مدت زمان واکنش‌های هیجانی برای عملکرد اجتماعی شایسته و بهزیستی روانشناختی بسیار مهم است. افراد بطور روزانه در معرض انواع محرک‌های برانگیزاننده‌ی - هیجانی قرار می‌گیرند و بنابراین نیاز به مکانیسم‌های نظارتی برای محدود کردن واکنش‌هایی دارند که از نظر اجتماعی نامناسب یا شدید تلقی می‌شوند (الدائو، نولن - هوکسما، اسکویزر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۰). چراکه اعتقاد بر این است که تنظیم هیجان‌ات و ابراز هیجان مثبت والدین بویژه مادر، نقش مهمی در رشد کودکان (باریولا، گلون و هیوز<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۱)، رشد اجتماعی (گرین و باکر، ۲۰۱۱) و جنبه‌های مختلف خودتنظیمی و عملکرد کودکان در محیط مدرسه (هاسکت، استلتر، پروفیت و نایس<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۲) ایفا می‌کند، بنابراین والدین باید یک حالت تنظیم شده را برای تسهیل تنظیم روابط خود با فرزندان، هنگام ارائه مراقبت حفظ کنند.

کلاس و لیسمن (۲۰۰۲) معتقدند که ابرازگری درباره تجربیات یا مشکلات عاطفی گذشته بر سلامت روانی و جسمانی مؤثر است. ارتباط بین هیجان ابراز شده و حوزه‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی، محققان حوزه بالینی و درمانگری را در سال‌های اخیر بر

<sup>1</sup> Asarnow, Tompson, Hamilton, & Goldstein

<sup>2</sup> toxic family stress

<sup>3</sup> Peris, Miklowitz

<sup>4</sup> Hastings, Daley Burns, & Beck

<sup>5</sup> Rodas, Chavira, & Baker

<sup>6</sup> Zeedyk

<sup>7</sup> Green, & Baker

<sup>8</sup> Noojin & Wallander

<sup>9</sup> Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer

<sup>10</sup> Bariola, Gullone, & Hughes

<sup>11</sup> Haskett, Stelter, Proffitt, Nice

آن داشته است که به تدوین برنامه درمانی موثر بر هیجان ابراز شده اقدام نمایند. رفتار درمانی دیالکتیکی<sup>۱</sup> یکی از اشکال روان درمانی مبتنی بر شواهد است و فرآیندی تکامل یافته است که در آن درمانگر و مراجع روی پذیرش و راهبردهای تغییر کار می‌کنند (چاپمن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶)، این درمان ابتدا توسط لینهان به عنوان یک درمان سرپایی برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی توسعه داده شد. در این شیوه درمانی، ذهن آگاهی و تحمل پریشانی به عنوان مولفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مولفه‌های موثر تغییر در رفتار درمانی دیالکتیکی می‌باشند. تأکید این درمان بر آموزش فرد (۱) تعدیل هیجانات افراطی و کاهش رفتارهای منفی ناشی از آن احساسات و (۲) اعتماد به هیجانات، افکار و رفتارهای خود است (گروز، باکر، وان دن بوش، میلر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد رفتار درمانی دیالکتیکی می‌تواند در درمان اختلالات خلقی، ایده پردازی خودکشی و تغییر در الگوهای رفتاری مانند خود آسیب و سوء مصرف مواد، کاهش تکانشگری و بی‌ثباتی هیجانی مفید باشد (جبرئیلی، باباپور، محمودعلیلو، ۱۳۹۲؛ وندن بوش و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲؛ پانوز، جکسون، حسن و پانوز<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴، دکو، کومتیس، لنز<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸). اخیراً استفاده از این درمان در جمعیت‌هایی با تشخیص‌های گوناگون گسترش یافته است، به طور مثال نتایج مطالعه‌ی بیرامی، هاشمی، بخشی پور، محمودعلیلو و اقبالی (۱۳۹۳) نشان می‌دهد که آموزش تنظیم هیجان به عنوان یکی از مهارت‌های چهارگانه رفتار درمانی دیالکتیکی می‌تواند در کاهش پریشانی روانشناختی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی موثر واقع شود. همچنین نتایج مطالعه‌ی صادقی، لطیفی و آقابابایی (۱۳۹۷) نشان می‌دهد که آموزش گروهی ذهن آگاهی بر بهزیستی روان شناختی، تنظیم هیجان و تاب‌آوری مادران دارای کودکان کم توان ذهنی تأثیر داشته و می‌توان از این شیوه برای کمک به بهداشت و سلامت روانی والدین استفاده نمود.

هیجان ابراز شده‌ی والدین بواسطه کمک به کودکان در یادگیری در مورد هیجانات خود و دیگران، نقش مهمی در رشد کودکان ایفا می‌کند. کودکان عادی، فرصت بیشتری برای یادگیری درک و مهارت‌های تنظیم هیجانات دارند ولی این موضوع در مورد کودکان دارای ناتوانی ذهنی بسیار کم است. در مجموع، اگرچه تعدادی مطالعات در مورد تأثیر برنامه‌های مختلف آموزشی-درمانی و نیز برخی مهارت‌های مختلف رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش علایم روان شناختی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی تأیید شده است، لیکن، از مهارت‌های چهارگانه رفتار درمانی دیالکتیکی در کار با مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی بویژه بر متغیر هیجان ابراز شده در آن‌ها بسیار کم استفاده شده است، از این رو مطالعه حاضر تلاش دارد تأثیرات رفتار درمانی دیالکتیکی را بر هیجان ابراز شده نشان دهد و از این طریق به ادبیات پژوهشی موجود، یافته‌هایی را بیافزاید. با توجه به آنچه بیان شد، کاربست رفتار درمانی دیالکتیکی به دلیل برخورداری از دامنه‌ی گسترده‌ای از فنون و مهارت‌های پذیرش و تغییر، در این مادران مناسب به نظر می‌رسد و پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر هیجان ابراز شده‌ی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی انجام شد.

## روش پژوهش

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی بود. جامعه‌ی آماری پژوهش، مادران دارای کودک مبتلا به اختلال ناتوانی ذهنی مراجعه-کننده به مجتمع توانبخشی تبریز در بهار ۱۳۹۸ بوده‌اند. از جامعه آماری مورد اشاره، ۲۴ مادر، با احتساب ۱۲ نفر برای هر یک از گروه‌های پژوهش، به روش نمونه‌گیری هدفمند بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه قرار داده شدند. معیارهای ورود شامل: ۱- دارا بودن مدرک تحصیلی دیپلم، ۲- داشتن حداقل یک فرزند مبتلا به ناتوانی ذهنی، ۳-

<sup>1</sup> Dialectical Behavior Therapy

<sup>2</sup> Chapman

<sup>3</sup> Groves, Backer, van den Bosch, & Miller

<sup>4</sup> Vanden Bosch

<sup>5</sup> Panos, Jackson, Hasan, & Panos

<sup>6</sup> Decou, Comtois, & Landes

عدم ابتلا به اختلال روان‌شناختی یا روانپزشکی حاد یا مزمن، ۴- عدم ابتلا به بیماری جسمانی که موجب ناتوانی در برنامه‌های درمانی باشد، ۵- عدم شرکت در دوره درمانی موزی در طول زمان انجام پژوهش، معیارهای خروج نیز شامل: ۱- عدم همکاری و عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات، ۲- غیبت بیش از ۲ جلسه طی روند آموزش بودند. اصول اخلاقی رعایت شده شامل: ۱- رازداری، ۲- استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، ۳- آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و ۴- اطلاع‌رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج همراه با آموزش گروه کنترل پس از اتمام درمان دو گروه آزمایش بود.

در پژوهش حاضر برای انجام دادن مداخله و جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، پس از اخذ مجوز و معرفی نامه از دانشگاه برای مجتمع توانبخشی تبریز، بر اساس معیارهای ورود و خروج، از بین مادران داوطلب، ۲۴ مادر انتخاب شدند و از آنان خواسته شد تا در جلسه‌ی توجیهی که در مرکز مشاوره تشکیل شد، حضور بهم برسانند. بعد از برگزاری جلسه توجیهی، پژوهشگر با انجام قرعه‌کشی شرکت‌کنندگان را در دو گروه، آزمایش (رفتاردرمانی دیالکتیکی) و کنترل جایگزین نمود و با استفاده از پرسشنامه‌ی هیجان ابراز شده، پیش‌آزمون به صورت گروهی اجرا شد. سپس گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه توسط درمانگر مجرب و بیش از ۱۰ سال تجربه، تحت درمان و آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفت. گروه گواه در این مدت، در لیست انتظار بودند. در هر جلسه‌ی درمان، درمانگر با بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل متوجه شد که مطالب جلسه گذشته، بدون مشکل بوده و به خوبی تفهیم شده است. پس از پایان جلسات درمان، هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون، پرسشنامه‌ی هیجان ابراز شده را دوباره تکمیل نمودند.

### ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه هیجان ابرازشده (EEQ)<sup>۱</sup>**: پرسشنامه هیجان ابرازشده توسط کینگ و امونز (۱۹۹۰) ساخته شده است که از ۱۶ گویه و ۳ خرده‌مقیاس ابراز هیجان مثبت (۷ سوال)، ابراز صمیمیت (۵ سوال) و ابراز هیجان منفی (۴ سوال) تشکیل شده است که به منظور بررسی اهمیت نقش ابراز هیجان در سلامت بکار می‌رود. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای است که برای گزینه‌های «کاملاً مخالفم»، «تاحدی مخالفم»، «نه مخالف و نه موافقم»، «تاحدی موافقم» و «کاملاً موافقم» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می‌شود. گویه‌های شماره ۷، ۸ و ۹ بصورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. براساس این شیوه نمره گذاری، نمره کل یک فرد از ۱۶ تا ۸۰ متغیر خواهد بود. نمره ی بالاتر، بیانگر هیجان ابراز شده‌ی بیشتر است. کینگ و امونز (۱۹۹۰) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس و مقیاس‌های فرعی ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ۰/۷، ۰/۷۴، ۰/۶۳ و ۰/۶۷ بدست آوردند و به منظور بررسی روایی همگرایی پرسشنامه EEQ، بین نمره‌ها در پرسشنامه ابرازگری هیجانی و اندازه «پرسشنامه شخصیت چند بعدی» و «مقیاس عاطفه مثبت برادبرن<sup>۲</sup>» همبستگی مثبت معنادار یافتند. رفیعی‌نیا (۱۳۸۱) اعتبار این مقیاس را با استفاده از روش همسانی درونی بررسی و ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس و مقیاس‌های فرعی ذکرشده، به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۵، ۰/۵۹ و ۰/۶۸ بدست آورد.

<sup>۱</sup> Emotional Expressiveness Questionnaire

<sup>۲</sup> Bradburn

## برنامه درمانی

خلاصه محتوای جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی در جدول زیر ارائه شده است.

## جدول (۱) خلاصه جلسات درمانی

جلسه	شرح اختصاری جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی
جلسه اول	معرفی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد فضایی امن و قابل اعتماد، اجرای پیش آزمون، آشنایی با قوانین کلی درمان.
جلسه دوم	ارایه تعریفی از رفتاردرمانی دیالکتیک، معرفی مهارت های رفتاردرمانی دیالکتیکی (ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی، بین فردی موثر)، آموزش بخش اول مهارت های ذهن آگاهی (مهارت های اساسی ذهن آگاهی) شامل سه مهارت: مشاهده، توصیف، مشارکت
جلسه سوم	بررسی تکالیف خانگی، آموزش بخش دوم مهارت های ذهن آگاهی (مهارت های پیشرفته ذهن آگاهی) شامل: تقویت ذهن خردمند (ذهن منطقی، هیجانی، خردمند)، پذیرش اساسی، ذهن آگاهی به شیوه ای موثر، ذهن آگاهی در زندگی روزمره، غلبه بر موانع، بدون قضاوت انجام دادن کارها
جلسه چهارم	بررسی تکالیف خانگی، توضیح در مورد چگونگی بخش اول مهارت های تحمل پریشانی یعنی مهارت های پذیرشی شامل: توجه برگردانی، مشاهده تنفس، تمرین های آگاهی، لبخند ملایم.
جلسه پنجم	بررسی تکالیف خانگی، آموزش بخش دوم مهارت های تحمل پریشانی یعنی مهارت های مقابله ای یا تغییر شامل: توجه برگردانی، آرمیدگی با حواس، آرمیدگی، بهبود بخشیدن به لحظه، تحلیل سود و زیان.
جلسه ششم	بررسی تکالیف خانگی، آشنایی با مهارت های اساسی تنظیم هیجانی شامل: شناسایی هیجان ها، غلبه بر موانع ابراز هیجان های سالم، کاهش آسیب پذیری جسمانی و شناختی، افزایش هیجان مثبت.
جلسه هفتم	بررسی تکالیف خانگی، آشنایی با بخش دوم مهارت های تنظیم هیجانی یعنی راهبردهای پیشرفته تنظیم هیجانی شامل: آگاهی از هیجان ها بدون قضاوت، رویارویی هیجانی، انجام دادن اعمالی خلاف تکانه های هیجانی.
جلسه هشتم	بررسی تکالیف خانگی، آموزش مهارت های بین فردی موثر شامل: مهارت های بین فردی کلیدی آگاهی از خواسته در رابطه، درخواست شفاف، مذاکره برای حل کشمکش، کسب اطلاعات، مهارت نه گفتن، عمل مطابق با ارزش ها و مهارت بین فردی پیشرفته آگاهی از آنچه می خواهید، مهارت درخواست کردن، مهارت قاطعیت، مهارت گوش دادن فعال، مهارت مذاکره و حل اختلاف، جمع بندی و نظر سنجی

## یافته ها

در تحلیل آماری داده ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پیش از اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره، در راستای بررسی پیش فرض های این نوع تحلیل آزمون لون نشان داد برابری واریانس خطا بین دو گروه پژوهش رعایت شده است ( $p > 0/05$ )، آزمون امباکس نیز برابری ماتریس واریانس-کوواریانس را تایید نمود ( $p > 0/05$ ). آزمون کرویت بارتلت، برقراری پیش فرض کرویت برای همه نمرات را تایید نمود ( $p < 0/05$ ) پس از بررسی پیش فرض ها، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شد. سطح معناداری قابل قبول مورد استفاده در پژوهش حاضر حداکثر ۰/۰۵ و حداقل ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد.

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار متغیر هیجان ابراز شده در گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	ابراز هیجان مثبت	۱۷/۰۸	۴/۷۵	۲۵/۵۰	۵
	ابراز صمیمیت	۱۲/۷۵	۲/۲۲	۱۸/۱۶	۳/۱۸
	ابراز هیجان منفی	۱۱/۰۸	۲/۵۳	۱۳/۲۵	۳/۴۹
کنترل	ابراز هیجان مثبت	۱۷/۴۱	۴/۸۷	۱۹/۰۸	۴/۷۷
	ابراز صمیمیت	۱۲/۹۱	۳/۸۷	۱۳/۰۸	۴/۱۶
	ابراز هیجان منفی	۱۱/۴۱	۲/۷۱	۹/۱۶	۲/۴۴

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد بسته‌ی آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیکی توانسته منجر به تغییر در میانگین نمرات هیجان ابراز شده‌ی مادران کودکان کم توان ذهنی در مرحله پس‌آزمون شود.

جدول (۲) نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در هیجان ابراز شده

منبع تغییر	لامبدای ویلکز	F	سطح معنی داری	Eta <sup>2</sup>
گروه (آزمایش و کنترل)	۰/۳۱۵	۱۲/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸

بر اساس نتایج جدول ۲، بین گروه آزمایش و کنترل در ابعاد هیجان ابراز شده تفاوت معناداری وجود دارد ( $p = ۰/۰۰۱$ ). عبارت دیگر می‌توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه بیان‌کننده این مطالب است که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر هیجان ابراز شده‌ی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی موثر است، با در نظر گرفتن مجذور اتا، می‌توان گفت ۶۸ درصد این تغییرات ناشی از رفتاردرمانی دیالکتیکی (مداخله) است.

جدول (۳) نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره مولفه‌های هیجان ابراز شده

منبع	متغیرهای وابسته	SS	df	MS	F	سطح معنی داری	Eta <sup>2</sup>
گروه	ابراز هیجان مثبت	۳۷۱/۰۳۲	۱	۳۷۱/۰۳۲	۲۷/۷۸۰	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱
	ابراز صمیمیت	۴۵۸/۷۹۶	۱	۴۵۸/۷۹۶	۳۰/۶۹۴	۰/۰۰۱	۰/۵۰۶
	ابراز هیجان منفی	۶۷۶/۳۱۰	۱	۶۷۶/۳۱۰	۴۰/۶۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۷۵

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه زمانی که اثر پیش‌آزمون از روی نتایج پس‌آزمون مربوط به گروه‌ها حذف شود، در سطح ۹۵ درصد اطمینان برای مولفه‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی معنادار است. بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیکی بر هیجان ابراز شده‌ی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی موثر است.

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر هیجان ابراز شده‌ی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی انجام شد، بر اساس نتایج بدست آمده، رفتاردرمانی دیالکتیکی بر هیجان ابراز شده‌ی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی اثرات معناداری داشته است. اگرچه، پژوهشی که به طور خاص این تاثیر را مطالعه کرده باشد، یافت نشد، ولی پژوهش‌هایی که به شکلی مرتبط با این یافته باشند، انجام شده‌اند، مانند پژوهش‌های بیرامی و همکاران (۱۳۹۳)، ندیمی (۱۳۹۵)، آندرادا، ناکسیو، جرمی، ابرلیه، گرامر، ویسمن و لینهان (۲۰۱۴)، کریستینا، لزی، مارین و نیکول (۲۰۱۶)، زمانی، فرهادی، جمیلیان و حبیبی (۱۳۹۴)، برکینگ، می یو و وودپرمن (۲۰۱۰)، کمبل-سیلز، بارلو، براون و هافمن (۲۰۰۶)، اسمیت و آرگیو (۲۰۰۹)، میلر و همکاران (۲۰۰۷)، وندن بوش و همکاران (۲۰۰۲)، که یافته‌های پژوهش حاضر با بخشی از نتایج آن‌ها همسو است.

با توجه به تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر هیجان ابراز شده‌ی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی در این پژوهش و نتایج پژوهش‌های پیشین می توان در مورد مکانیسم این اثر، یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های DBT، یعنی "دیالکتیک" پذیرش و تغییر را مورد توجه قرار داد. به این معنی که در این روش درمانی درمانگران از یک سو بیماران را همانطور که هستند، قبول می‌کنند و برای افکار، احساسات و رفتارهای آن‌ها اعتبار قایل می‌شوند و از طرف دیگر نیاز به تغییر را مورد تأکید قرار می‌دهند و باعث تقویت یادگیری مهارت‌های جدید برای مقابله با مشکلات و رسیدن به اهداف شخصی می‌شوند (لینهان، ویلکز، ۲۰۱۵). همچنین باید اشاره کرد که بیشتر درمان‌های مبتنی بر شواهد از جمله رفتار درمانی دیالکتیکی بر دستیابی و استفاده از راهبردهایی برای تنظیم هیجانات منفی تأکید دارند، از آنجایی که این روش درمانی عمدتاً بر تنظیم هیجان، ذهن آگاهی، روابط و تحمل پریشانی تمرکز می‌کند و تقریباً تمامی این فنون بدتنظیمی هیجان را هدف قرار می‌دهند، منطقی به نظر می‌رسد که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر هیجان ابراز شده‌ی این مادران تأثیر بگذارد، چرا که در این روش مداخله بر تمرینات و مهارت‌هایی تأکید می‌شود که کاربرد آن‌ها منجر به کنترل بیشتر افراد روی هیجان‌های آشفته‌ساز خود می‌شود، علاوه بر این، کاربرد های مثبت هیجان، مواجهه و زنجیره تحلیل رفتاری نمونه‌هایی از فنون رفتاری است که به منظور تنظیم هیجان به افراد آموزش داده می‌شود. در نتیجه، پذیرش مشکلات هیجانی، پرورش سبک زندگی سالم، انجام عمل مخالف در برابر هیجان‌های منفی، به تسهیل تغییرات منجر می‌شود و با کاهش ناکارآمدی در تنظیم هیجانات و تشویق افراد برای در نظر گرفتن اهداف کوتاه مدت و بلند مدت، انجام فعالیت‌های لذت بخش روزانه و تمرین‌هایی جهت مقابله با خشم و احساس گناه می‌تواند راهبردهای مقابله‌ای موثری را در اختیار مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی قرار دهد (لینهان، ۲۰۱۴). به این صورت که این برنامه به آن‌ها می‌آموزد چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شده و آن‌ها را تجربه کنند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند؛ ضمن اصلاح عادت‌های تنظیم هیجانی، موجب کاهش شدت و بروز تجربه‌ی هیجانی ناسازگارانه و بهبود کارکرد آن‌ها شود. همچنین به آن‌ها کمک می‌کند تا فهم بهتری از تعامل افکار، احساس‌ها و رفتارها در ایجاد تجربه‌های هیجانی درونی داشته باشند. علاوه بر این، آگاهی بهتری از تجربه‌های هیجانی خود (شامل برانگیزاننده‌ها و پیامدهای رفتاری) کسب کنند و نگاه عینی‌تری نسبت به هیجان‌های خود داشته باشند تا اینکه درگیر پاسخ‌های هیجانی خود باشند. به عبارت دیگر در تبیین نتیجه بدست آمده و مکانیسم اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر هیجان ابراز شده می‌توان گفت که برنامه‌ی مداخله و جلسات درمانی توانسته به مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی کمک کرده تا در رویارویی با هر آنچه آزاردهنده است، احساس‌های خود را تشخیص دهند، مفاهیم ضمنی آن را درک کنند و به گونه مؤثرتری حالت‌های هیجانی خود را برای دیگران بیان کنند. این افراد در مقایسه با افرادی که مهارت و توانایی ابراز مناسب هیجان‌های خود



را نداشته اند، در کنار آمدن با تجربه‌های منفی از موفقیت بیشتری برخوردار شده و سازگاری مناسب‌تری را در ارتباط با محیط و دیگران نشان دهند (دوولد، ریکسن-والراون، دورث<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲).

در تبیین دیگر می‌توان اظهار داشت که تلاش‌های ناکام مانده افراد در ابراز احساساتشان سبب گزارش فهرست‌های بلند بالایی از شکایت‌ها و مهم پنداشتن جزئیات بی‌اهمیت اتفاق‌هایی که معمولاً باعث بروز هیجان نمی‌شوند، می‌گردد (لان، سچرست، ریدل، ولدون، کازنیاک و شوارتز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶). بنابراین، کمک به ابراز هیجان، نقش بسیار مهمی در کاهش هیجانات منفی دارد (کلاس و لیسمن، ۲۰۰۲؛ هاشمیان، شمس، عشایری، مدرس غروی، ۲۰۱۶) و به تبع آن، همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، هیجان ابراز شده افزایش می‌یابد. روی هم رفته، این یافته‌ها نشان می‌دهد که DBT دارای تأثیرات بی‌نظیری بر بیان و پذیرش هیجانات (از جمله هیجانات منفی) است و همزمان به افراد می‌آموزد که چگونه تجربه و ابراز احساسات منفی را به صورت مؤثرتری داشته باشند (ناسیو، لانگو، هارند، ریزوی و لینهان<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). از این رو می‌توان گفت که بهبود مهارت‌ها به طور کلی، و مهارت‌های تنظیم هیجانات به طور خاص، ممکن است در اثربخشی درمان نقش اساسی داشته باشد (ناسیو، ریزوی و لینهان، ۲۰۱۰).

در مجموع، با توجه به اینکه جامعه مطالعه‌ی پژوهش حاضر مادران دارای کودک مبتلا به ناتوانی ذهنی بودند، از این رو یافته‌های بدست آمده در این پژوهش قابلیت تعمیم به سایر گروه‌های جنسیتی، سنی و جمعیتی را ندارد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نبود مرحله‌ی پیگیری برای اطمینان از نتایج بلندمدت تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر هیجان ابراز شده‌ی مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود به منظور پیشگیری از پیامدهای روان شناختی داشتن کودک دارای ناتوانی ذهنی، در مدارس دانش آموزان با نیازهای ویژه و مراکز توانبخشی، با اجرای مداخلات روان شناختی بهنگام بویژه با استفاده از رفتاردرمانی دیالکتیکی برای والدین، گام‌های موثری در بهبود وضعیت روان شناختی افراد خانواده‌های دارای کودک مبتلا به ناتوانی ذهنی، برداشته شود. چراکه کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی مطمئناً از نوع واکنش و هیجان ابراز شده والدینشان تأثیر می‌پذیرند، از این رو متخصصان در کار با آن‌ها می‌توانند با تشویق و حمایت از این روش‌ها و تأکید بر تأثیرات بالقوه مثبت آن‌ها، والدین را از این نیاز آگاه سازند، چون توجه به این مقوله می‌تواند به والدین بویژه مادر کمک کند تا در رشد فرزندان خود سهم موثرتری داشته باشند. بطور کلی براساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان این نتیجه‌گیری کلی را کرد که هیجان ابراز شده مادران در تعاملات طبیعی و عادی روزمره ممکن است یکی از مهم‌ترین مهارت‌ها باشد که ارزش مداخله در مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی را دارد.

### سیاسگزاری

این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز بود، بدین‌وسیله نویسندگان مقاله، کمال تشکر و قدردانی خود را از مدیریت و کارکنان مجتمع توان بخشی تبریز و مادران کودکان ناتوان ذهنی که در اجرای این مطالعه همکاری کردند، ابراز می‌نمایند.

### منابع

بیرامی، منصور؛ هاشمی، تورج؛ بخشی پور، عباس؛ محمودعلیلو، مجید؛ و اقبالی، علی (۱۳۹۳). مقایسه تأثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر پریشانی روانشناختی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مادران کودکان عقب مانده ذهنی، **فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی**، ۹(۳۳)، ۴۳-۵۹.

جبرئیلی، شهلا؛ باباپور خیرالدین، جلیل؛ و محمود علیلو، مجید (۱۳۹۲). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش نشانه‌های نوسان خلقی و رفتارهای خودکشی گریانه در اختلال شخصیت مرزی، **فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی**، ۸(۳۲)، ۷۵-۸۸.

<sup>1</sup> de Veld, Riksen-Walraven, & de Weerth

<sup>2</sup> Lane, Sechrest, Reidel, Weldon, Kaszniak & Schwartz

<sup>3</sup> Neacsiu, Lungu, Harned, Rizvi, & Linehan

زمانی، نرگس؛ فرهادی، مهران؛ جمیلیان، حمیدرضا؛ و حبیبی، مجتبی. (۱۳۹۴). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش خشم های انفجاری. **مجله**

**دانشگاه علوم پزشکی اراک**، ۱۸(۸)، ۳۵-۴۴.

صادقی، زیبا؛ لطیفی، زهره؛ و آقابابایی، سارا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی گروهی بر بهزیستی روان شناختی، تنظیم هیجان و تاب آوری مادران

کودکان کم‌توان ذهنی مقطع دبستان شهر اصفهان، **فصلنامه کودکان استثنایی**، ۱۸، ۳، ۱۰۵-۱۱۶.

ندیمی، محسن. (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی (مبتنی بر آموزش مهارتها) بر کاهش تکانشگری و افزایش تنظیم هیجانی زنان وابسته به

متامفتامین، **ماهنامه رویش روان شناسی**، ۵(۱۴)، ۴۷-۷۵.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.

Andrada, D., Neacsiu, A., Jeremy, W., Eberle, R., Kramer, R., Wiesmann, T, Linehan, M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 59(12), 40-51.

Asarnow, J.R., Tompson, M., Hamilton, E.B., Goldstein, M.J.(1994). Family expressed emotion, childhood-onset depression, and childhood-onset schizophrenia spectrum disorders: is expressed emotion a nonspecific correlate of child psychopathology or a specific risk factor for depression? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22(2), 129-146.

Bailey, D. B., Golden, R. N., Roberts, J., & Ford, A. (2007). Maternal depression and developmental disability: Research critique. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(4), 321-329.

Bariola, E., Gullone, E., & Hughes, E. K. (2011). Child and adolescent emotion regulation: The role of parental emotion regulation and expression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(2), 198-212.

Beck, A., Daley, D., Hastings, R. P. & Stevenson, J. (2004). Mothers' expressed emotion towards children with and without intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48 (7), 628-638.

Berking M., Meier, C., & Wupperman, P. (2010). Enhancing emotion-regulation skills in police officers: results of a pilot controlled study. *Behavior Therapy*, 41(3), 329-39.

Button, S., Pianta, R. C. & Marvin, R. S. (2001). Mothers' representations of relationships with their children: relations with parenting behavior, mother characteristics, and child disability status. *Social Development*, 10(4), 455-472.

Campbell-Sills, L., Barlow, D.H., Brown, T.A., & Hofmann, S.G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1251-1263.

Chapman, A. L. (2006). Dialectical Behavior Therapy: Current Indications and Unique Elements. *Psychiatry*, 3 (9), 62-68.

Crnic, K.A, Hoffman, C, Gaze, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant and Child Development*, 14(2), 117 - 132.

Christina, G. M., Leslie E. R., Maureen, Z., & Nicole G. (2016). A Dialectical Behavior Therapy Skills Group Case Study on Mothers with Sever Emotion Dysregulation. *Cognitive and Behavioral Practice*. Available online 30 September 2016. Countries".

Deater-Deckard K. (2005). Parenting stress and children's development: introduction to the special issue. *Infant and Child Development*, 14(2), 111 - 115.

Deater-Deckard K. (2014). Parenting stress, Yale University Press.

De Veld, D.M.J., Riksen-Walraven, J. M., de Weerth, C. (2012). The relation between emotion regulation strategies and physiological stress responses in middle childhood. *Psychoneuroendocrinology*, 37(8), 1309-1319.

Decou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2018). Dialectical Behavior Therapy Is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 50(1), 60-72.

Gohel, M., Mukherjee, S., Choudhary, S.K. (2011). Psychosocial impact on the parents of mentally retarded children in Anand District. *Health line*, 2(2), 62-66.

Green, S., & Baker, B. (2011). Parents' Emotion expression as a predictor of child's social competence: Children with or without Intellectual Disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(3), 324-338.

Groves, S., Backer, H., van den Bosch, W., Miller, A. (2011). Dialectical Behaviour Therapy with Adolescents: A Review, *Child and Adolescent Mental Health*, 17(2), 65-75.

Grusec, J. E. (2019). Principles of Effective Parenting: How Socialization Works. New York: Guilford Press.

- Hashemian, S., Shams, G., Ashayeri, H., Modarres Gharavi, M. (2016). Investigating the impact of emotional display rules on the positive/negative affect. *Fundamentals of Mental Health*, 18(6), 338–42.
- Hastings, R. P., Daley, D., Burns, C. & Beck, A. (2006) Maternal distress and expressed emotion: cross-sectional and longitudinal relationships with behavior problems of children with intellectual disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 111(1), 48-61.
- Hooley, J.M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 329–352.
- Jaiswal, S.V., Subramanyam, A.A., Shah, H.R., Kamath, R.M. (2018). Psychopathology and coping mechanisms in parents of children with intellectual disability. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(3), 312-317.
- King, L.A, Emmons, R.A. (1990). Conflict over emotional expression: Psychological and physical Correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 864-877.
- Kloss, J. D., Lisman, S. A. (2002). An exposure-based examination of the effects of written emotional disclosure. *British Journal of Health Psychology*, 7(1), 31–46.
- Lane, R.D., Sechrest, L., Reidel, R., Weldon, V., Kaszniak, A., Schwartz, G.E. (1996). Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, 58(3), 203–10.
- Le, Y, Fredman, S.J., Feinberg, M.E. (2017). Parenting stress mediates the association between negative affectivity and harsh parenting: a longitudinal dyadic analysis. *Journal of Family Psychology*, 31(6), 679–688.
- Linehan, M. M. (2014). DBT Skills Training Manual (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., and Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*. 69(2), 97-110.
- Long, K. A., Lobato, D, Kao, B, Plante, W, et al (2013). Perceptions of Emotion Expression and Sibling–Parent Emotion Communication in Latino and Non-Latino White Siblings of Children With Intellectual Disabilities, *Journal of Pediatric Psychology*, 38(5), 551–562,
- McIntyre, L. L. (2008). Parent Training for Young Children with Developmental Disabilities: Randomized Controlled Trial. *American Journal on Mental Retardation*, 113(5), 356-368.
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behavior Research & Therapy*, 48(9), 832-839.
- Neacsiu, A.D., Lungu, A., Harned, M.S., Rizvi, S.L., & Linehan, M.M. (2014). Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 53(1), 47-54.
- Noojin, A. B., & Wallander, J. L. (1997). Perceived problem-solving ability, stress, and coping in mothers of children with physical disabilities: Potential cognitive influences on adjustment. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 415–432.
- Panos, P.T., Jackson, J.W., Hasan, O., Panos, A. (2014). Meta-Analysis and Systematic Review Assessing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT), *Research on Social Work Practice*, 24(2), 213–223.
- Pelchat, D., Lefebvre, H., & Perreault, M. (2003). Differences and similarities between mothers' and fathers' experiences of parenting a child with a disability. *Journal of Child Health Care*, 7(4), 231-247.
- Peris, T.S., Miklowitz, D.J. (2015). Parental Expressed Emotion and Youth Psychopathology: New Directions for an Old Construct, *Child Psychiatry & Human Development*, 46(6), 863-873.
- Ponnet, K, Mortelmans, D, Wouters, E, Van Leeuwen, K, Bastaits, K, Pasteels, I. (2013). Parenting stress and marital relationship as determinants of mothers' and fathers' parenting. *Personal Relationships*, 20(2), 259-276.
- Rodas, N. V., Chavira, D. A., & Baker, B. L. (2017). Emotion Socialization and Internalizing Behavior Problems in Diverse Youth: A Bidirectional Relationship across Childhood. *Research in Developmental Disabilities*, 62(3), 15-25.
- Rodas, N. V., Zeedyk, S. M., & Baker, B. L. (2016). Unsupportive Parenting and Internalising Behaviour Problems in Children with or without Intellectual Disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(12), 1200-1211.
- Rousseau, S., Grietens, H., Vanderfaellie, J., Hoppenbrouwers, K., Wiersema, J., Van L.K. (2013). Parenting stress and dimensions of parenting behavior: Cross-sectional and longitudinal links with adolescents' somatization, *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 46(3), 243-270.
- Smyth J. M., Arigo D (2009). Recent evidence supports emotion-regulation interventions for improving health in at-risk and clinical populations. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(2), 205-10.

- Tedgard, E., Tedgard, U., Rastam, M & Johansson, B.A. (2020). Parenting stress and its correlates in an infant mental health unit: a cross-sectional study, *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(1), 30-39.
- Vanden Bosch, L. M. C., Verhuel, R., Schippers, G. M., & Brink, W. (2002). Dialectical Behavior therapy of borderline patient with and without substance use problems Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27(6), 911-923.
- Vaughan, C, Leff, J. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *The British Journal of Psychiatry*, 129(2), 125–137.

## Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy in Expressed Emotion of Mothers of Children with Intellectual Disabilities: A randomized Clinical Trial Study

Egbali, A<sup>1\*</sup>., Safari, O<sup>2</sup>

\*<sup>1</sup>PhD, Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Farhangian University

Email: aeghali88@gmail.com (Corresponding author)

<sup>2</sup>MA, Clinical Psychology, Islamic Azad University of Tabriz

### *Abstract*

The purpose of the present study was to determine the effectiveness of dialectical behavior therapy in the expressed emotion of mothers of children with intellectual disabilities. This study was a randomized clinical trial. The sample consisted of 24 mothers with intellectual disabilities referred to Tabriz Rehabilitation Complex in spring 2019 that were selected based on inclusion and exclusion criteria and randomly assigned into experimental and control group. They were assessed by emotional expressiveness questionnaire. The experimental group received 8 sessions of dialectical behavior therapy and the control did not receive any treatment. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance using SPSS software. Results showed that dialectical behavior therapy had positive effects on the expressed emotion, of mothers of children with intellectual disability ( $p < 0.05$ ). Therefore, it can be concluded that expressing emotion in mothers of children with intellectual disabilities may be one of the most important skills that is worthy of intervention with dialectical behavior therapy and it can be used to improve the excitement of mothers of intellectually disabled children, along with other effective treatments.

*Keywords:* Expressed emotion; Intellectual disability; Dialectical Behavior Therapy