

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی بر فاجعه سازی و نشخوار فکری در مادران کودکان کم توان ذهنی

آرزو امینی^{۱*}، آسیه شریعتمدار^۲

تاریخ پذیرش: ۹۷/۴/۶

تاریخ ارسال: ۹۶/۱۲/۱۶

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر فاجعه سازی و نشخوار فکری مادران کودکان کم توان ذهنی انجام شد. روش تحقیق از نوع نیمه آزمایشی با طرح دوگروهی پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. بدین منظور، از جامعه‌ی مادران دارای کودک کم توان ذهنی در منطقه ۵ شهر تهران، تعداد ۲۴ نفر انتخاب شده و پس از پاسخ به ابزارهای تحقیق به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش، مداخلات رفتاردرمانی دیالکتیک را به مدت ۸ جلسه‌ی ۱/۵ ساعته دریافت کرد. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان گارنسکی، کرایج و اسپینهاون (۲۰۰۱) و مقیاس پاسخ‌های نشخواری نولن هکسما و مارو (۱۹۹۱) استفاده شد و در نهایت داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس مورد تحلیل آماری قرار گرفتند. نتایج حاصل از پس‌آزمون مؤید کاهش معنادار نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مؤلفه‌های نشخوار فکری و فاجعه سازی بود ($p < 0/01$). بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت، رفتاردرمانی دیالکتیک تأثیر مثبت معناداری در کاهش فاجعه سازی و نشخوار فکری مادران کودکان کم توان ذهنی دارد و می‌تواند در بهبود وضعیت روانی این گروه مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیک، فاجعه سازی، کودکان کم توان ذهنی، نشخوار فکری،
مادران

۱. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبائی تهران. arezoo.amini70@gmail.com

۲. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی. s_shariatmadar@yahoo.com

مقدمه

با دقت در خلقت انسان‌ها می‌توان دید که هیچ دو انسانی شبیه به هم نیستند و با توجه به اصل تفاوت‌های فردی، تفاوت در حیطه‌های مختلف جسمی، ذهنی و رفتاری افراد، امری ملموس و قابل توجه است. بر این اساس می‌توان گفت، هر یک از انسان‌ها در مفهوم عام، استثنایی^۱ به شمار می‌رود اما چشمگیر نبودن تفاوت‌ها در اکثریت افراد، آن‌ها را در جمعیت بهنجار یا متوسط قرار می‌دهد. حال آنکه وجود تفاوت‌های فاحش برخی افراد در زمینه‌های گوناگون با گروه بهنجار یا متوسط، گروه‌بندی جدیدی به نام رده‌ی استثنایی^۲ ایجاد می‌کند (سیف نراقی و نادری، ۱۳۸۹).

یکی از این گروه‌های استثنایی را افراد کم‌توان ذهنی تشکیل می‌دهند. بنا به نظر انجمن کم‌توان ذهنی آمریکا^۳، کم‌توانی ذهنی^۴ به کنش هوش عمومی گفته می‌شود که به‌طور معنادار یا قابل ملاحظه‌ای کم‌تر از حد متوسط عمل کرده و با نقایصی در رفتار سازشی همراه است و در دوران رشد پدید می‌آید (شریفی درآمدی و مرادی، ۱۳۹۱؛ علیزاده، ۱۳۸۸). در تعریفی دیگر، کودکان کم‌توان ذهنی گروهی از کودکان استثنایی هستند که در مراحل پایین رشد هوشی متوقف شده و کنش‌های نهاد^۵ در آن‌ها قوی و فراوان است (میلانی فر، ۱۳۹۶). در تعریف انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۳) در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۶، بافت فرهنگی و اجتماعی نیز لحاظ شده است (هریس^۷، ۲۰۱۳).

این کودکان از منظر امور آموزشی و پرورشی نیز نمی‌توانند بهره‌ی کافی را از کلاس‌های عادی ببرند. اما با این وجود، توان یادگیری را داشته و قادر به فراگیری حداقلی از

-
1. unique
 2. exceptional category
 3. american association on mental retardation (AAMR)
 4. mental retardation
 5. id
 6. diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)
 7. Harris

اطلاعات عمومی و درس‌های رسمی هستند و می‌توانند در اداره‌ی زندگی از یادگیری خود بهره‌ی لازم را ببرند (افروز، ۱۳۸۸).

از آنجا که تولد چنین کودکانی معمولاً با استرس همراه است، وجود آن‌ها می‌تواند ضایعات روانی زیادی برای کل سیستم خانواده به‌ویژه مادر به‌عنوان مراقبت‌کننده‌ی اصلی ایجاد کند (گوپتا و کایور^۱، ۲۰۱۰). مادران این گروه به‌عنوان یک قشر در معرض تنش، اغلب با مسائل فراوانی از قبیل مشکل پذیرش ناتوانی فرزند، خستگی، مسائل مربوط به اوقات فراغت، مسائل آموزشی، پزشکی، توان‌بخشی و نابسامانی مسائل زناشویی خود مواجه هستند (وایتز^۲، ۲۰۰۳) که مجموع این عوامل، نه‌تنها سلامت جسمی و روانی مادر را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه عملکرد کلی سیستم خانواده را نیز مختل و معیوب می‌سازد و تبعات این اختلال عملکردی به جامعه به‌عنوان کلی بزرگ‌تر نیز سرایت خواهد کرد. بر اساس پژوهش رحیمی، افراسیابی، رستم پور و قدوسی نیا (۱۳۹۶)، تولد فرزند کم‌توان ذهنی، مادر را در معرض انواع مختلفی از مخاطرات قرار می‌دهد که در سه دسته‌ی ساختاری، درون فردی و بین فردی دسته‌بندی می‌شوند و با وجود سه عامل فقر اقتصادی، فرهنگی و حمایتی به‌عنوان شرایط علی تأثیرگذار بر پدیده‌ی مراقبت-مخاطره، تبعات دیگری از قبیل طلاق عاطفی، زوال روابط و انصراف از بارداری بعدی را نیز به دنبال دارد. بر این اساس به نظر می‌رسد یکی از رسالت‌های اصلی مشاوران در حوزه‌ی کم‌توانی ذهنی، پرداختن به مسائل خانواده‌های این افراد - به‌طور عام - و مادران در معرض تنش - به‌طور خاص - است که با توجه به ماهیت غیرخطی سیستم، نه‌تنها وضعیت کنونی مادران را تحت تأثیر قرار می‌دهد بلکه در بهبود حوزه‌های مختلف عملکردی کودک به‌عنوان یک جزء و خانواده به‌عنوان یک کل منسجم نیز مؤثر است (ولف و مش^۳، ۲۰۱۰).

علاوه بر مشکلات فوق، مادران در نقش مراقبت‌کنندگان اصلی با مشکلات درون فردی دیگری از جمله خشم، کنترل‌گری، بی‌ثباتی عاطفی، استرس مضاعف و مستمر، بهزیستی روانی ضعیف، نارضایتی زناشویی و افسردگی شدید نیز مواجه هستند (رحیمی و همکاران،

1. Gupta & Kaur
2. Witter
3. Wolfe & Mash

(۱۳۹۶). در تبیین مکانیزم آغازگر افسردگی گفته می‌شود، با تولد کودک کم‌توان ذهنی، والدین به‌ویژه مادر دچار سرخوردگی شده و رؤیاهای خود را بر بادرفته تصور می‌کند (حسنی، ۱۳۹۱؛ رحیمی و همکاران، ۱۳۹۶). مطابق با دیدگاه آلیس، در این شرایط افرادی که از خطای ذهنی فاجعه‌سازی^۱ استفاده می‌کنند، ممکن است شرایط را بسیار وحشتناک و غیرقابل تحمل تفسیر کنند و از طریق ارزیابی مبالغه‌آمیز و غیرعقلانی، به احساس درماندگی، ناتوانی در حل مشکل و افسردگی برسند (بک؛ ترجمه‌ی فتی و فرید حسینی، ۱۳۹۲). از آنجا که احساس گناه یکی از رایج‌ترین عکس‌العمل‌های والدین در برابر کودک کم‌توان ذهنی است، غالباً احساس گناه مادر نسبت به خود از یک سو و ناتوانی کودک در برآورده کردن انتظارات والدین از سوی دیگر به افسردگی دامن زده و آن را تشدید می‌کند (اکبری‌فر، ۱۳۹۳). بر اساس یافته‌های پژوهش برآبادی (۱۳۹۴)، در این شرایط، ادراکات فرد افسرده در مورد خدا به‌عنوان منبع حمایتی نیز تا حد زیادی منفی‌نگر، مبالغه‌آمیز و غیر ایمن شده و سیکل معیوب افسردگی، درماندگی و تنهایی را تداوم می‌بخشد.

علاوه بر موارد ذکر شده که به‌صورت سیستمی در تشدید و تداوم افسردگی نقش دارند، یکی دیگر از عوامل تشدیدکننده و استمراربخش افسردگی، «نشخوار فکری^۲» است. نشخوار فکری به‌عنوان نوعی سبک مقابله‌ای منفعلانه تعریف می‌شود که در آن فرد به‌صورت دائم بر علائم، دلایل و پیامدهای مشکل متمرکز است و از اقدام مؤثر برای حل مسئله بهره نمی‌برد. پژوهش‌ها نیز از نشخوار فکری به‌عنوان یک عامل آسیب‌زای شناختی در عود افسردگی حمایت می‌کنند (حسن‌زاده، ۱۳۹۱).

بر اساس آنچه ذکر شد می‌توان گفت، وجود کودک کم‌توان ذهنی به‌خودی‌خود تبعات روانی زیادی به دنبال دارد که سلامت روان همه‌ی اعضای خانواده به‌ویژه مادر را تهدید می‌کند. اما در این شرایط، خطاهای شناختی فاجعه‌انگاری و نشخوار فکری به‌عنوان دو عامل مهم تداوم‌دهنده مطرح‌اند که می‌توانند منجر به تشدید و تداوم تبعات روانی‌ای از قبیل افسردگی و اضطراب در مادر به‌عنوان مراقبت‌کننده‌ی اصلی شوند و از این طریق به شرایط

1. catastrophe
2. rumination

تنش‌زای موجود دامن بزنند. حال آنکه در شرایط مشابه، مراقبت‌کنندگان فاقد دو خطای شناختی ذکر شده، از توانایی بیشتری برای مدیریت شرایط پرتنش موجود برخوردارند. با توجه به تأثیر تداوم‌دهنده‌ی فاجعه‌انگاری و نشخوار فکری در حالات خلقی منفی مادران کودکان کم‌توان ذهنی، نیاز به درمان‌های شناختی- رفتاری در جهت اصلاح سبک‌های شناختی منفی تنظیم هیجان احساس می‌شود. همچنین به نظر می‌رسد، این گروه به دلیل شرایط استرس‌زای خود نیاز دارند تا هم‌زمان با مداخلات شناختی، آموزش‌های هیجان‌محوری از قبیل مراقبه و آرام‌سازی را نیز دریافت کنند تا بتوانند ضمن چالش شناختی با مسئله، در خصوص آن به پذیرش^۱ رسیده و از عود مجدد آشفتگی‌های روانی خود پیشگیری کنند. همچنین به دلیل تأثیرات مخرب کم‌توانی ذهنی بر روابط و الگوهای رفتاری موجود در سیستم خانواده، ارائه‌ی آموزش‌هایی به‌منظور بهبود روابط والد- فرزند نیز ضروری است. با در نظر گرفتن مجموعه‌ی به‌هم‌پیوسته‌ی موارد فوق، ضرورت اتخاذ رویکرد درمانی جامعی که بتواند شناخت، هیجان، رفتار و ماهیت سیستمی را به‌صورت هم‌زمان مورد توجه قرار دهد آشکار می‌شود.

تاکنون از روش‌های درمانی متنوعی در جهت بهبود مؤلفه‌های مختلف سلامت روان در مادران کودکان کم‌توان ذهنی استفاده شده است که می‌توان به شیوه‌های شناختی رفتاری (اکبری فر، ۱۳۹۳؛ توکلی زاده، دشتی و پناهی، ۲۰۱۵)، ذهن آگاهی صرف (سید اسماعیلی، ۱۳۹۲)، آموزش صبر (زارع، ۱۳۹۲)، بخشش درمانی (حسینی، ۱۳۹۱)، درمان گروهی از طریق فیلم^۲ (عابدین و مولایی، ۲۰۱۵) آموزش مهارت‌های خودآگاهی و ابراز وجود (مرادپور، علی‌آبادی و پورصادق، ۱۳۹۲)، امید درمانی (عمادی، ۱۳۹۱) و آموزش مهارت‌های ویژه‌ی چندگانه (نعیمی و تاجری، ۱۳۹۶) اشاره کرد.

با وجود تأیید اثربخشی رویکردهای مذکور، رفتاردرمانی دیالکتیکی^۳ (DBT)، به‌عنوان شکل جدیدی از درمان مطرح است که با ترکیب پذیرش و همدلی مراجع‌محور با حل مسئله‌ی شناختی- رفتاری، آموزش مهارت‌های اجتماعی و ذهن آگاهی، رویکردی جامع و

1. acceptance
2. group movie therapy
3. dialectical behavior therapy

چندبعدی محسوب می‌شود. می‌توان گفت، این نوع درمان نه مانند شیوه‌های ذهن آگاهی، صرفاً بر پذیرش متمرکز است و نه مانند شیوه‌های شناختی- رفتاری تجویزکننده‌ی تغییر صرف است، بلکه پذیرش و تغییر را به صورت هم‌زمان مورد توجه قرار می‌دهد. این درمان بر اساس اصول فلسفه‌ی هگل بر این اصل استوار است که تنش دائمی بین اهداف و موضوعات به ظاهر متضاد، منجر به شکل‌گیری حقیقت می‌شود. لینهان^۱ (۱۹۹۲) با استفاده از این فلسفه نشان داد که می‌توان در درمان نیز به سنتزی از موضوعات متضاد رسید؛ به عبارت دیگر به جای اینکه اتفاقی بسیار بد تلقی شود، می‌توان مجموعه‌ای از پیامدهای خوب و بد برای آن متصور شد. در بررسی پیشینه‌ی پژوهشی نیز تأثیر مثبت معنادار این روش در درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، سوء مصرف مواد، خودکشی و پرخوری عصبی ثابت شده است (معمدی، ۱۳۹۲؛ سلیمانی، ۱۳۸۶). علوی (۱۳۸۸) نیز تأثیر این روش بر افسردگی، تحمل پریشانی و هوشیاری فراگیر دانشجویان دختر را بررسی و نتیجه را مثبت گزارش کرده است. همچنین تحقیقات خارجی نیز مؤید تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود وضعیت روانی زنان دارای اختلال شخصیت مرزی از طریق تغییر در چندین حوزه‌ی هیجانی شامل ثبات عاطفی، خشم، افسردگی و اضطراب هستند (لینهان، ۱۹۹۲؛ ریچاردز و سر^۲، ۲۰۱۵).

علی‌رغم ویژگی‌های متمایزکننده‌ی رفتاردرمانی دیالکتیک از سایر رویکردها، تاکنون از این روش در جهت کاهش نشخوار فکری و فاجعه‌سازی - به‌عنوان دو عامل زیربنایی تداوم‌دهنده و تشدیدکننده‌ی مشکلات روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی - استفاده نشده است و با توجه به خلأ موجود، پژوهش حاضر به دنبال بررسی این سؤال است که آیا رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی، در کاهش نشخوار فکری و فاجعه‌سازی مادران کودکان کم‌توان ذهنی مؤثر است؟

1. Linehan, M
2. Recharads & Sehr

روش پژوهش

روش تحقیق در این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با استفاده از طرح دو گروهی پیش آزمون-پس آزمون بود. در این طرح، محقق قبل از اعمال متغیر مستقل، پیش آزمون را در مورد هر دو گروه کنترل و آزمایش انجام می‌دهد. همچنین قرار دادن تصادفی شرکت کنندگان در دو گروه می‌تواند علاوه بر کنترل متغیرهای تأثیرگذار احتمالی، تأثیر هرگونه عامل تهدیدکننده‌ی روایی را نیز خنثی کند.

جامعه‌ی آماری پژوهش عبارت است از مادران کودکان کم‌توان ذهنی منطقه ۵ تهران که پس از اطلاع‌رسانی‌های انجام‌شده از طریق سازمان بهزیستی، تعداد ۲۴ نفر از آن‌ها به‌عنوان نمونه، جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند و به پرسشنامه‌ی تنظیم‌شده‌ی شناختی هیجان^۱ و مقیاس پاسخ‌های نشخواری^۲ پاسخ دادند. سپس شرکت کنندگان مایل به حضور در برنامه‌ی رفتاردرمانی دیالکتیک، به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره قرار گرفتند تا ضمن کنترل متغیرهای تأثیرگذار احتمالی، تأثیر هرگونه عامل تهدیدکننده‌ی روایی نیز از طریق گزینش تصادفی خنثی شود. سپس اعضای یک گروه به مدت ۸ جلسه‌ی ۱/۵ ساعته در جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک شرکت کردند. درحالی‌که گروه دوم آموزشی دریافت نکردند. پس از پایان جلسات، پرسشنامه‌های مذکور مجدداً اجرا شد و سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. همچنین عدم دریافت خدمات مشاوره، روان‌درمانی یا روان‌پزشکی به‌صورت هم‌زمان و رضایت آگاهانه‌ی اعضا برای شرکت در جلسات به‌عنوان ملاک‌های ورود به پژوهش و عدم تمایل به ادامه‌ی جلسات، به‌عنوان ملاک خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. ابزارهای مورد استفاده در این تحقیق به شرح زیر است:

مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS). مقیاس پاسخ‌های نشخواری نولن هکسما و مارو^۳ (۱۹۹۱) مقیاسی ۲۲ ماده‌ای است که ماده‌های آن روی یک مقیاس ۴ نقطه‌ای قرار گرفته‌اند

1. cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ)

2. ruminative response scale (RRS)

3. Nolen-Hoksema & Marrow

(۱: تقریباً هرگز تا ۴: تقریباً همیشه). حداقل نمره به‌دست آمده در این مقیاس، ۲۲ و حداکثر نمره، ۸۸ است و نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی نشخوار فکری بیشتر است. پایایی این مقیاس با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۰ قرار دارد که نشان‌دهنده همسانی درونی بالای آن است. همچنین همبستگی باز آزمایی برای مدت بیشتر از ۱۲ ماه، ۰/۶۷ گزارش شده است (باکرا و بوگایا، ۲۰۱۰). این مقیاس در ایران توسط باقری نژاد، صالحی فدری و طباطبایی (۱۳۸۹) به فارسی ترجمه شده است و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ شاخصی از همسانی درونی بالای آن است. در تحقیق منصوره (۱۳۸۸) نیز آلفای کرونباخ به‌دست آمده در نمونه ایرانی ۰/۹۰ گزارش شده است که مقداری قابل قبول است. همچنین ضریب روایی هم‌زمان این مقیاس با آزمون افسردگی بک ۰/۸۷ گزارش شده است که از معناداری آماری برخوردار است و ضریب اعتبار باز آزمایی ۰/۷۸. نیز یکی از معیارهای مؤید روایی این ابزار است (فرخی، سیدزاده و مصطفی پور، ۱۳۹۶).

مقیاس تنظیم شناختی هیجان (CERQ). این مقیاس چندبعدی توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون^۲ (۲۰۰۱) در کشور هلند تهیه شده و دارای دو نسخه‌ی انگلیسی و هلندی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی پس از تجربه‌ی وقایع یا موقعیت‌های منفی در افراد بالای ۱۲ سال مورد استفاده قرار می‌گیرد. این ابزار خود گزارشی از ۹ خرده مقیاس اصلی به شرح زیر تشکیل شده است: ۱) سرزنش خود، ۲) پذیرش، ۳) نشخوار ذهنی، ۴) توجه مجدد مثبت، ۵) توجه مجدد به برنامه‌ریزی، ۶) ارزیابی مجدد مثبت، ۷) اتخاذ دیدگاه، ۸) سرزنش دیگران و ۹) فاجعه‌آمیز پنداری^۳ که شامل عبارات ۲۶، ۳۵، ۱۷ و ۸ از آزمون اصلی است و با توجه به هدف پژوهش از این خرده مقیاس به‌منظور سنجش فاجعه سازی آزمودنی‌ها استفاده خواهد شد.

در این مقیاس، دامنه‌ی نمرات از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) است و بنابراین دامنه‌ی نمرات بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود (اندامی خشک، ۱۳۹۲). نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه در ایران توسط بشارت و بزازیان (۱۳۹۳) اعتباریابی شده است و ویژگی‌های روان‌سنجی این

1. Bakera & Bugaya
2. Garnefski, Kraaij & Spinhoven
3. catastrophizing

فرم شامل همسانی درونی، پایایی باز آزمایی، روایی محتوایی، روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مطلوب گزارش شده است. در این مطالعه، روایی محتوایی بر اساس داوری ۸ نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی و ضرایب توافق کندال برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ گزارش شد. نتایج مطالعه‌ی حسنی (۱۳۸۹) نیز نشان‌دهنده‌ی آن است که ۹ زیرمقیاس نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه از همسانی درونی خوبی برخوردارند. دامنه‌ی آلفای کرونباخ در این مطالعه، ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ گزارش شده است و ارزش ضرایب همبستگی باز آزمایی (۰/۵۱ تا ۰/۷۷) نیز بیانگر ثبات مقیاس مذکور است. خلاصه‌ی جلسات آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیک اجراشده در جلسات به شرح زیر است:

جدول ۱. خلاصه‌ی جلسات آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک

جلسات	هدف	محتوا
جلسه اول	آشنایی با رفتاردرمانی دیالکتیکی	۱) آشناسازی فرد با رفتاردرمانی دیالکتیکی، ۲) گرفتن تعهد صریح از شرکت‌کنندگان برای اجتناب از رفتارهای مخل درمان، همکاری با درمانگر و ادامه‌ی جلسات در بازه‌ی زمانی مشخص، ۳) شرح اساس رفتاردرمانی دیالکتیکی و درخواست از شرکت‌کنندگان برای یادداشت ذهنیت‌های خود در رابطه با داشتن فرزند کم‌توان ذهنی.
جلسه دوم	کنترل رفتار و ثبت ذهنیت‌های مثبت و منفی	۱) تمرکز بر کنترل رفتارهای عمدی آسیب‌رسان، ۲) نمایش ویدئو کودکان کم‌توان ذهنی موفق به همراه خواندن و به اشتراک گذاشتن ذهنیت‌های مثبت و منفی خود در رابطه با داشتن فرزند کم‌توان ذهنی با دیگران.
جلسه سوم	شناسایی و کاهش رفتارهای مخل درمان	۱) تمرکز بر کاهش رفتارهای مخل درمان ۲) درخواست از شرکت‌کنندگان برای ثبت رفتارهای تأثیرگذار بر روند درمان در دو هفته‌ی آتی، گزارش رفتارهای مخل درمان انجام‌شده توسط درمانگر و جدی گرفتن تکالیف.
جلسه چهارم	شناسایی آنتی‌تزاها	تمرکز بر کاهش رفتارهای مخل زندگی، ۲) درخواست از شرکت‌کنندگان برای یادداشت همه رفتارهای مخل زندگی خود و ۳) توجه به آنتی‌تزاها و نوشتن برداشت‌های مثبت در مقابل برداشت‌های کاملاً سیاه.
جلسه پنجم	مهارت‌آموزی رفتاری، ترغیب به تجربه کامل	۱) تمرکز بر آموزش مهارت‌های رفتاری شامل آموزش مهارت‌های بین فردی، حل مسئله، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و مهارت‌های هشجاری فراگیر مرکزی، ۲) تشویق درمان‌جو به تجربه کامل افکار و هیجانات خود بدون سرکوب، قضاوت ارزشی و هیجانات ثانویه‌ای مثل شرم یا گناه، ۳) آموزش نداشتن دیدگاه قضاوت‌گرایانه و یادگیری تعیین اهداف واقع‌بینانه، ۴) تحلیل رفتاری.

جلسات	هدف	محتوا
جلسه ششم	تمرکز بر کاهش فشار روانی پس از سانحه	۱) بازنویسی برداشت‌های شرکت‌کنندگان از داشتن کودک کم‌توان ذهنی و گفت‌وگو در مورد آن‌ها، ۲) گفت‌وگو در مورد موضوعات جلسه در منزل و ۳) ایجاد شکاف بین احساس و واقعیت از طریق تأکید بر اینجا و اکنون.
جلسه هفتم	تمرکز بر افزایش احترام به خویشتن	۱) پرورش جنبه‌های گوناگون مثبت «خود»، مانند: احترام به خود، اعتماد به خود و آرام کردن یا تسکین خود، ۲) بهبود اعتباربخشی، هویت و حس کنترل، ۳) گفت‌وگو در مورد نائل آمدن به اهداف فردی، حل و فصل احساس بی‌کفایتی و دستیابی به احساس رهایی و شادکامی.
جلسه هشتم	جمع‌بندی، بررسی روند درمان و توصیه‌های پیشگیری از عود	۱) مرور مطالب و تجربیات گروهی، ۲) صحبت در مورد تأثیر جلسات بر تغییر تدریجی دیدگاه‌های خود، ۳) به همراه داشتن کلیه یادداشت‌ها به منظور بررسی روند درمان، ۴) درخواست از شرکت‌کنندگان به منظور ادامه‌ی روند طی شده به مدت یک سال و کمک گرفتن از روانشناس در طول این مدت.

یافته‌های پژوهش

جدول ۲. آمار توصیفی مقیاس فاجعه سازی

گروه	مرحله	تعداد	مجموع نمرات	میانگین	واریانس	انحراف معیار
آزمایش	پیش‌آزمون	۱۲	۲۱۳	۱۷/۷۵۰	۴/۰۶۰	۲/۰۱۵
	پس‌آزمون	۱۲	۷۳	۶/۰۸۳	۱/۲۸۱	۱/۱۳۲
کنترل	پیش‌آزمون	۱۲	۲۰۲	۱۶/۸۳۳	۳/۷۱۳	۱/۹۲۷
	پس‌آزمون	۱۲	۱۸۸	۱۵/۶۶۷	۳/۳۶۰	۱/۸۳۳

جدول ۳. آمار توصیفی مقیاس نشخوار فکری

گروه	مرحله	تعداد	مجموع نمرات	میانگین	واریانس	انحراف معیار
آزمایش	پیش‌آزمون	۱۲	۹۰۲	۷۵/۱۷	۹/۶۲۲	۳/۱۰۲
	پس‌آزمون	۱۲	۴۹۴	۴۱/۱۷	۰/۹۶۴	۰/۹۸۲
کنترل	پیش‌آزمون	۱۲	۸۸۰	۷۳/۳۴	۱۳/۳۴۴	۳/۶۵۳
	پس‌آزمون	۱۲	۸۷۶	۷۳	۱۰/۵۴۳	۳/۲۴۷

تحلیل توصیفی یافته‌های تحقیق بر اساس جدول شماره ۲، نشان‌دهنده‌ی آن است که در مقیاس فاجعه سازی، مجموع نمرات گروه آزمایش در پیش‌آزمون، ۲۱۳ و با میانگین ۱۷/۷۵ و مجموع نمرات این گروه در پس‌آزمون ۷۳ و با میانگین ۶/۰۸۳ است که نشان از

کاهش ۴۰ نمره در مجموع نمرات و کاهش ۱۱/۶۶۷ نمره در میانگین نمرات دارد. این اختلاف نشان‌دهنده‌ی کاهش معنادار فاجعه سازی در گروه آزمایش است. همچنین مجموع نمرات گروه کنترل در پیش‌آزمون فاجعه سازی، ۲۰۲ و با میانگین ۱۶/۸۳۳ و مجموع نمرات این گروه در پس‌آزمون، ۱۸۸ و با میانگین ۱۵/۶۶۷ است که نشان از کاهش ۱۴ نمره در مجموع نمرات و کاهش ۱/۱۶۶ نمره در میانگین نمرات دارد. این اختلاف، کاهش قابل‌ملاحظه‌ای را در فاجعه سازی گروه کنترل نشان نمی‌دهد. همچنین مطابق با اطلاعات جدول شماره ۲، در بخش پس‌آزمون نیز، کاهش ۱۴۰ نمره‌ای با میانگین ۲۳/۵ در نمرات پس‌آزمون فاجعه سازی گروه آزمایش به‌طور قابل‌توجهی بیشتر از گروه کنترل است.

در بررسی توصیفی یافته‌های مقیاس نشخوار فکری نیز، مجموع نمرات گروه آزمایش در پیش‌آزمون، ۹۰۲ با میانگین ۷۵/۱۷ و مجموع نمرات این گروه در پس‌آزمون، ۴۹۴ با میانگین ۴۱/۱۷ است که نشان از کاهش ۴۰۸ نمره‌ای در مجموع نمرات و کاهش ۳۴ نمره‌ای در میانگین نمرات دارد که این اختلاف، کاهش معناداری را در نمرات نشخوار فکری گروه آزمایش نشان می‌دهد. بر اساس اطلاعات جدول ۱، مجموع نمرات گروه کنترل در پیش‌آزمون نشخوار فکری، ۸۸۰ با میانگین ۷۳/۳۴ و مجموع نمرات این گروه در پس‌آزمون، ۸۷۶ و با میانگین ۷۳ است که نشان از کاهش ۴ نمره در مجموع نمرات و کاهش ۰/۳۴ نمره در میانگین نمرات دارد که کاهش قابل‌ملاحظه‌ای را در میزان نشخوار فکری گروه کنترل نشان نمی‌دهد. همچنین تفاوت میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در هر دو مقیاس فاجعه سازی و نشخوار فکری در نمودارهای شماره ۱ و ۲ قابل‌مشاهده است که تأثیر مثبت معنادار آموزش‌ها بر کاهش نشخوار فکری و فاجعه سازی گروه آزمایش را روشن می‌سازد. پس از بررسی برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس (همگنی واریانس‌ها، نرمال بودن توزیع، خطی بودن رابطه و همگنی شیب رگرسیون) به‌وسیله‌ی آزمون‌های ذکرشده در جدول‌های شماره ۳ و ۴، فرضیه‌های پژوهش با استفاده از روش ANCOVA موردبررسی قرار گرفتند.

جدول ۳. آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	F	df1	df2	.Sig
فاجعه سازی	۲/۳۹	۱	۲۲	۰/۱۴
نشخوار فکری	۳/۶۷	۱	۲۲	۰/۰۹۷

جدول ۴. آزمون F جهت بررسی خطی بودن رابطه و همگنی شیب رگرسیون

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	sig
فاجعه سازی	۴۵۶/۲۱۶	۱	۳۸/۰۱۸	۰/۱۱۵	۰/۵۹۸
نشخوار فکری	۶۴۰/۶۰۸	۱	۵۳/۳۸۴	۰/۲۶۵	۰/۵۹۴

نتایج تحلیل کوواریانس برای فرضیه‌ی اول مطابق با اطلاعات جدول شماره‌ی ۲، نشان‌دهنده‌ی آن است که رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی بر فاجعه سازی مادران کودکان کم‌توان ذهنی اثربخشی معنادار دارد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس برای فرضیه اول

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	اندازه‌ی اثر	توان آماری
نمره پیش‌آزمون	۵۴/۹۰۶	۱	۵۴/۹۰۶	۱۱/۵۸۰	۰/۰۰۱	۰/۳۵۵	۰/۵۴
گروه	۲۶/۳۷۱	۱	۲۶/۳۷۱	۲۲/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳۰	۰/۶۱
خطا	۳۲۱۲/۷۸۹	۱۳	۲۴۷/۱۳۸				
کل	۳۷۶۸۸/۰۰۰	۱۶					

پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌دار برنامه‌ی رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی بر شرکت‌کنندگان به دست آمد ($F_{(14,1)} = ۲۲/۳۱$) و ($\eta^2 = ۰/۶۳$ Partial $P < ۰/۰۱$). بنابراین با توجه به نمرات میانگین تعدیل‌شده می‌توان گفت، گروهی که تحت برنامه رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی قرار گرفته بودند در مقایسه با گروهی که این آموزش را دریافت نکرده‌اند، نمرات پایین‌تری را در فاجعه سازی کسب کردند. بنابراین برنامه‌ی رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی تأثیر مثبت معناداری بر کاهش فاجعه سازی گروه آزمایش داشته است.

بر اساس اطلاعات جدول ۶، نتایج تحلیل کوواریانس فرضیه‌ی دوم نیز تأثیر مثبت معنادار رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش نشخوار فکری آزمودنی‌های گروه آزمایش را تأیید می‌کند.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس برای فرضیه دوم

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	P	اندازه‌ی اثر	توان آماری
نمره پیش‌آزمون	۶/۷۳۰	۱	۶/۷۳۰	۰/۳۴۸	۰/۰۰۱	۰/۰۱۶	۰/۸۷
گروه	۴۸/۶۱	۱	۴۸/۶۱	۱۸/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۴
خطا	۲۳۹۵/۳۲۸	۱۳	۱۸۴/۲۵۶				
کل	۵۱۲۱۴/۹۸۴	۱۶					

پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌دار این برنامه در کاهش نمرات آزمودنی‌ها قابل مشاهده است ($F_{(14,1)} = 18/32$)، ($\eta^2 = 0/48$ Partial $P < 0.01$) و با توجه به نمرات میانگین تعدیل شده می‌توان گفت، گروهی که تحت رفتاردرمانی دیالکتیک قرار گرفتند در مقایسه با گروه کنترل، نمرات پایین‌تری در نشخوار فکری کسب کرده‌اند. بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی تأثیر مثبت معناداری بر کاهش نشخوار فکری گروه آزمایش به‌عنوان فرضیه‌ی دوم تحقیق دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی بر فاجعه سازی و نشخوار فکری مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام شد. تحلیل یافته‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مؤید تأثیر مثبت معنادار آموزش‌ها در کاهش نشخوار فکری و فاجعه سازی شرکت‌کنندگان در پژوهش بود. بر اساس یافته‌های ارائه شده در جدول ۲، فاجعه سازی و نشخوار فکری در اعضای گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌صورت معناداری کاهش یافته است.

این نتایج با نتایج پژوهش تقوایی، مسجدی و جعفری (۱۳۹۴) مبنی بر تأثیر مثبت معنادار رفتاردرمانی دیالکتیکی بر ملامت خود و دیگران، نشخوار گری و فاجعه سازی زنان مبتلا به سرطان پستان همسو است. بر اساس این تحقیق، رفتاردرمانی دیالکتیک از طریق تغییر راهبردهای شناختی منفی تنظیم هیجان می‌تواند از طولانی شدن و عود سرطان جلوگیری کرده و به‌عنوان مداخله‌ی روان‌شناختی مؤثر در درمان بیماران مبتلا به سرطان استفاده شود.

نتایج پژوهش معتمدی (۱۳۹۲) نیز از تأثیر این روش در بهبود وضعیت روانی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، خودکشی و پرخوری عصبی حمایت می‌کند. همچنین سلیمانی (۱۳۸۶) تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش مشکلات روان‌شناختی و پرخوری عصبی زنان مراجعه‌کننده به مراکز کاهش وزن را مثبت و معنادار گزارش کرده است و ریچاردز و سر (۲۰۱۵) نیز تأثیرات این نوع درمان در کاهش مشکلات مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی را از طریق تغییر در چندین حوزه‌ی هیجانی شامل ثبات عاطفی، خشم، افسردگی و اضطراب، معنادار گزارش کرده‌اند که اگرچه مستقیماً به بررسی نشخوار فکری و فاجعه‌سازی نپرداخته اما با نتایج تحقیق حاضر همسو می‌باشند.

علی‌رغم اینکه تاکنون از رویکردهای درمانی متعدد از قبیل روش‌شناختی - رفتاری (اکبری فر، ۱۳۹۳)، ذهن آگاهی صرف (سید اسماعیلی، ۱۳۹۲)، آموزش صبر (زارع، ۱۳۹۲)، بخشش درمانی (حسنی، ۱۳۹۱) و درمان گروهی از طریق فیلم^۱ (عابدین و مولایی، ۲۰۱۵) به منظور کاهش مشکلات روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی استفاده شده است، بر اساس نتایج تحقیق به نظر می‌رسد رفتاردرمانی دیالکتیک به‌عنوان نوع جدیدی از درمان‌های چندبعدی به‌طور قابل ملاحظه‌ای در کاهش نشخوار فکری و فاجعه‌سازی مادران کودکان کم‌توان ذهنی مؤثرتر و قابل حمایت‌تر است. در بررسی مکانیزم اثر این روش، به نظر می‌رسد با توجه به ماهیت چندبعدی این درمان، مجموعه‌ای از عوامل در قالبی سیستمی مؤثر واقع شده‌اند که در ادامه به بررسی آن‌ها پرداخته خواهد شد.

در تبیین تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی بر کاهش فاجعه‌سازی مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌توان گفت، برخی مادران، نسبت به کم‌توانی ذهنی فرزند خود ذهنیتی فاجعه‌آمیز و غیرقابل تحمل دارند که از نوعی برداشت کاملاً منفی (سیاه) در مورد رویدادهای زندگی نشأت می‌گیرد. بر این اساس، تأکید بر پذیرش به‌عنوان یکی از محورهای درمان دیالکتیک، به مراجع کمک می‌کند تا رویداد داشتن کودک کم‌توان ذهنی را درک کند و بپذیرد؛ سپس ارائه‌ی آنتی‌تزیهای از همین رویداد که کاملاً سیاه نیستند،

1. group movie therapy

سنتزی از برداشت‌های کاملاً سیاه و سفید در ذهن بیمار ایجاد کرده و در نهایت، پس از پایان جلسات درمان، مادر کودک کم‌توان ذهنی به جمعی از واقعیت‌های مثبت و منفی در رابطه با موقعیت فرزند خود رسیده و از این طریق با رسیدن به سنتزی جدید از وقایع، داشتن چنین فرزندى را نه تنها فاجعه‌آمیز برداشت نمی‌کند، بلکه قاب‌گیری‌های مجدد مثبتی نیز در مورد آن ارائه می‌دهد. در توضیح بیشتر این فرایند باید گفت، رفتار درمانی دیالکتیک از طریق تأکید بر پذیرش موقعیت و اتخاذ دیدگاه جدید در مورد آن، مراجع را به شیوه‌ای متفاوت با روش‌های شناختی- رفتاری به چالش با تفکرات فاجعه‌آمیز و سیاه و سفید دعوت می‌کند و با ایجاد سنتز جدیدی از رویداد، سطح نشخوار فکری و فاجعه سازی را کاهش می‌دهد.

در اینجا مسئله‌ی قابل‌بررسی آن است که چالش با فاجعه سازی و نشخوار فکری به‌عنوان دو راهبرد شناختی منفی، در روش‌های دیگر نیز به کرات استفاده شده است. بنابراین ضرورت مفهوم‌سازی مجدد دو مؤلفه‌ی مذکور در قالب رفتار درمانی دیالکتیک و درمان آن چیست؟ در بررسی این سؤال، اشاره به وجه تمایز روش دیالکتیکی از روش‌های شناختی- رفتاری ضروری است. از آنجا که تولد کودک کم‌توان ذهنی می‌تواند به‌عنوان واقعه‌ای دور از تصور و ناگهانی عمل کند، می‌توان گفت مادر کودک کم‌توان ذهنی در بدو تولد فرزند، حدی از استرس پس از سانحه^۱ را تجربه می‌کند که با وجود فاجعه سازی و نشخوار فکری می‌تواند در قالب یک وضعیت ترومایی نهفته در دوره‌های بعدی رشد نیز تداوم یابد. بر اساس ماهیت ترومای نهفته، حمل‌زهر کهنه‌ی این هیجان مخرب، می‌تواند به فاجعه سازی و نشخوار فکری بیشتر در مادر منجر شود و علاوه بر آن، کنش‌های حال و آینده‌ی او را نیز به شکل منفی تحت تأثیر خود قرار دهد که مواردی از قبیل ترس از آینده، ترس از بارداری مجدد و مرور مداوم تولد فرزند به‌عنوان فاجعه‌ای فراموش‌نشده از مصادیق تأثیر این ترومای نهفته بر کنش‌های حال و آینده‌ی مادر به حساب می‌آیند. به نظر می‌رسد تأکید بر «تجربه‌ی مجدد رویداد» به‌منظور کاهش فشار روانی پس از سانحه در رویکرد دیالکتیک، به‌عنوان بخش متمایزکننده و هیجان‌محور این رویکرد مطرح است که در سطحی عمیق‌تر از چالش‌های

1. post-traumatic stress

شناختی صرف، به مسئله‌ی هیجان‌ات و خنثی‌سازی بار منفی نهفته‌ی آن‌ها می‌پردازد و ضرورت مفهوم‌سازی نشخوار فکری و فاجعه‌سازی در قالب این رویکرد چندبعدی را آشکار می‌سازد.

همچنین این نوع درمان با کاهش رفتارهای تهدیدکننده‌ی زندگی، کاهش رفتارهای مخل درمان، کاهش رفتارهای مخل کیفیت زندگی، افزایش مهارت‌های رفتاری و افزایش احترام به خویش، موجب می‌شود تا تصویر وحشتناک رویدادهای زندگی در ذهن افراد دارای تفکر فاجعه‌سازی کمرنگ شده و توان برخورد منطقی‌تر با وقایع در آن‌ها پرورش یابد.

علاوه بر موارد فوق، در تبیین تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی بر کاهش نشخوار فکری گروه آزمایش باید گفت، مادران کودکان کم‌توان ذهنی دچار نشخوار فکری، با افکار بازگشت‌پذیر و ناامیدکننده‌ی مکرر در ارتباط با کودک و مسائلی از قبیل آینده‌ی او درگیر هستند. رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی از طریق آموزش «تحمل پریشانی»، بیمار را جهت پذیرش و کنار آمدن با محیط و هیجان‌ات دردناک به‌صورت هم‌زمان آماده می‌کند. بنابراین، یک عمل دیالکتیکی میان دو گروه از مهارت‌ها صورت می‌گیرد. در اینجا تحمل پریشانی، مربوط به توانایی دیدن و آگاهی داشتن از هیجان‌ات، افکار و محیط، بدون اقدام به تغییر و یا کنترل هرگونه عامل است. این نوع آموزش به فرد می‌آموزد تا هم هیجان‌ات و هم محیط فعلی پیرامون خود را با نگاهی عاری از قضاوت بپذیرد و درمانگر این نکته را برای بیمار روشن می‌سازد که تحمل پریشانی به معنای تسلیم شدن و یا رها کردن و بی‌تفاوت بودن نیست، بلکه در بسیاری از موقعیت‌ها تحمل ناراحتی و پریشانی، نهایتاً به نتیجه‌ی دلخواه منجر خواهد شد. در واقع آموزش‌های مربوط به تحمل پریشانی، با بالا بردن میزان پذیرش موقعیت توسط فرد، از سطح نگرانی‌های او در مورد آینده، کاسته و اقدامات قابل‌اجرا در لحظه‌ی اینجا و اکنون را فعال می‌سازند که نتیجه‌ی آن، کاهش نشخوار فکری مادران و بهبود وضعیت موجود برای مادر و کودک از طریق پذیرش، اقدام و عمل است. همچنین به نظر می‌رسد ارائه‌ی راهکارهای تقویت و تعمیم مهارت‌های آموزش داده شده نیز در اثربخشی بیشتر این روش نقشی قابل توجه و غیرقابل‌انکار دارد.

با خلاصه کردن موارد به هم پیوسته‌ی فوق می‌توان نتیجه گرفت، رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی به صورت معناداری فاجعه سازی و نشخوار فکری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی را کاهش می‌دهد و از این طریق در ارتقا سلامت روان مادر، کودک و به تبع آن جامعه به عنوان اجزایی از یک سیستم واحد مؤثر است. لذا با توجه به ماهیت پیش‌رونده‌ی این ناتوانی و تأثیرات آن بر حوزه‌های مختلف عملکرد خانواده و کودک، پیشنهاد می‌شود تا مشاوران و درمانگران، در کار بالینی با خانواده‌ی کودکان کم‌توان ذهنی، از فواید این رویکرد بهره ببرند و تأثیرات مخرب کم‌توانی ذهنی بر کودک، سیستم خانواده به‌ویژه مادر و جامعه را خنثی کنند. همچنین تحقیق حاضر در جامعه‌ی مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهر تهران انجام شده است و تعمیم نتایج آن به سایر مناطق نیازمند احتیاط است.

پژوهش حاضر با مشکلاتی نیز مواجه بود که می‌توان به مواردی از قبیل دشواری جلب همکاری مادران برای حضور در جلسات و مشکلات مربوط به هماهنگی زمان جلسات اشاره نمود. همچنین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی، از مداخلات مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک به صورت هم‌زمان در گروه مادر و کودک استفاده شود و نتایج با تحقیق حاضر مقایسه شود. علی‌رغم مشکلات موجود، امید است اطلاعات حاصل از این پژوهش مقدمه‌ی تحقیقات بیشتر در حوزه‌ی کم‌توانی ذهنی کودکان و خانواده‌های آنها به عنوان قشر نیازمند به دریافت مداخلات یاورانه در جامعه قرار گیرد.

منابع

- افروز، غلامعلی (۱۳۸۸). روان‌شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی. تهران: دانشگاه تهران.
 اکبری فر، حسین (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر کاهش رفتار تنبیهی مادران کودکان کم‌توان ذهنی خفیف (پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد). دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
 اندامی خشک، علیرضا (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی با رضایت از زندگی (پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد). دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

- باقری نژاد، مینا؛ صالحی فدوی، جواد؛ طباطبایی، محمود (۱۳۸۹). رابطه‌ی بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. *مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*، ۱۱(۱)، ۲۱-۳۸.
- برآبادی، حسین احمد (۱۳۹۴). مقایسه‌ی کیفیت تصور از خدا در بیماران افسرده و افراد سالم (۱۳۹۴). *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۶(۲۳)، ۷۰-۹۶.
- بشارت، محمدعلی؛ بزازیان، سعیده (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *نشریه علمی-پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی*، ۲۴(۸۴)، ۶۱-۷۰.
- بک، جودیت (۱۹۹۵). *شناخت درمانی: مبانی و فراتر از آن*. ترجمه‌ی لادن فتی و فرهاد فرید حسینی (۱۳۹۲). تهران: دانژه.
- تقوایی، داوود؛ مسجدی، عباس؛ جعفری، مهدی (۱۳۹۴). اثربخشی درمان دیالکتیک بر ملامت خود و دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی زنان مبتلا به سرطان پستان. *اندیشه و رفتار*، ۹(۳۵)، ۶۷-۷۶.
- حسن‌زاده، نسرين (۱۳۹۱). *اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی اساسی (پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد)*. دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- حسینی، اکرم (۱۳۹۱). *اثربخشی آموزش بخشش درمانی بر رضایت زناشویی مادران و پذیرش کودکان کم‌توان ذهنی (پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد)*. دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- حسینی، جعفر (۱۳۸۹). *خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه‌ی نظم جویی شناختی هیجان*. *روان‌شناسی بالینی*، ۳، ۷۳-۸۸.
- رحیمی، مهدی؛ افراسیابی، حسین؛ رستم پور، طیبه؛ قدوسی نیا، عطیه (۱۳۹۶). تأثیر داشتن کودک با کم‌توانی ذهنی بر زندگی مادران: رویکرد کیفی، *روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۷(۲۶)، ۴۵-۷۰.
- زارع، راضیه (۱۳۹۲). *اثربخشی آموزش صبر بر امید و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی (پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد)*. دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

- سلیمانی، مهسا (۱۳۸۶). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش مشکلات روان‌شناختی و میزان پرخوری عصبی زنان مراجعه‌کننده به کلینیک کاهش وزن (پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد). دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- سید اسماعیلی، نسترن (۱۳۹۲). تأثیر آموزش روش ذهن آگاهی بر کاهش فشار روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی (پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد). دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- سیف نراقی، مریم؛ نادری، عزت‌الله (۱۳۸۹). روان‌شناسی آموزش کودکان استثنایی. تهران: سمت.
- علوی، خدیجه (۱۳۸۸). رفتاردرمانی دیالکتیکی. تازه‌های روان‌درمانی. شماره‌ی ۵۷ و ۵۸، ۶۴-۸۹.
- علیزاده، حمید (۱۳۸۷). تغییر اصطلاح‌شناسی عقب‌ماندگی ذهنی به کم‌توانی ذهنی. پژوهش در حیطه‌ی کودکان استثنایی، ۸(۲)، ۱۲۷-۱۴۰.
- عمادی، اعظم (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش امید‌درمانی بر تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی در شهرستان گناوه (پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد). دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- فرخی، حسین؛ سیدزاده، ایمان؛ مصطفی پور، وحید (۱۳۹۶). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و پایایی فرم فارسی مقیاس باورهای مثبت و منفی نشخوار فکری و مقیاس پاس‌های نشخواری. پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۲(۱۴)، ۲۱-۳۷.
- مرادپور، جاماسب؛ علی‌آبادی، سمانه؛ پورصادق، عباس (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های خودآگاهی و ابراز وجود بر سازگاری و عزت‌نفس مادران کودکان کم‌توان ذهنی. مراقبت‌های نوین. ۱۰(۱)، ۴۳-۵۲.
- مش، اریک؛ ولف، دیوید (۲۰۱۰). روان‌شناسی مرضی کودک با تأکید بر آسیب‌شناسی روانی تحولی کودکی و نوجوانی. ترجمه‌ی پرویز شریفی در آمدی و حسین مرادی (۱۳۹۱) تهران: آوای نور.
- معتمدی، هادی (۱۳۹۲). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر افزایش تاب‌آوری و پیشگیری از بازگشت در افراد وابسته به مواد (پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد). دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

منصوری، احمد (۱۳۸۸). بررسی مقایسه‌ای نگرانی، وسواس فکری و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، افسردگی و افراد بهنجار (پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد). دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز.

میلانی فر، بهروز (۱۳۹۶). روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی. تهران: قومس.

نعیمی، ابراهیم؛ تاجری، زهره (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مهارت‌های ویژه‌ی چندگانه بر کاهش استرس و افزایش شادکامی مادران دانش‌آموزان اتیسم. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. ۸ (۳۲)، ۱۷-۳۷.

- Abedin, A., & Molaie, A. (2015). The effectiveness of Group Movie Therapy on Parental stress reduction in mothers of children with mild mental retardation in tehran. *Journal of Social and Behavioral Sciences*, 5, 988-993.
- Bakera, O. E., & Bugaya, A. (2010). The short version of ruminative response scale: reliability, validity and its relation to psychological symptoms. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 2178-2181.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. H. (2001). Negative life effects, Cognitive Emotion Regulation and Depression. *Journal of Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Gupta, R. K., & Kaur, H. (2010). Stress among parents of children with intellectual disability. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 21(2), 118-126.
- Harris, J. C. (2013). New terminology for mental retardation in DSM-5 and ICD-11. *Current opinion in psychology*, 26(3), 260-262.
- Linehan, M. M., & Heard, H. I. (1992). *Dialectical therapy for borderline personality disorder*. New York: Guiliford.
- Nolen-Hoksema, S., & Marrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after the natural disaster: The 1980 loma prieta earthquake. *Journal of personality and social psychology*, (61), 115-121.
- Rechards, R. S., & Sehr, D. P. (2015). *The usefulness of dialectical behavior therapy in substance abuse group*, Dissertation in partial satisfaction of the requirement for the degree of master social work. California state university, Sacramento.
- Tavakolizadeh, J., Dashti, S., & Panahi, M. (2015). The effect of Rational-Emotional Traning on Mothers` Mental Health Condition of Children with Mental Retardation. *Journal of Social and Behavioral Sciences*, 69(24). 649-658.
- Witter, D. D. (2003). *Parent reaction to having a child with Disabilites*. U.S.A: Education.