

اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر سبک‌های دلبستگی و ابعاد تحول هویت در نوجوانان

لاله یاری ۱، ناهید زینی حسنونند* ۲، مهدی یوسف وند ۳

چکیده

مقدمه: نوجوانی دوره مهمی از رشد اجتماعی، روانی و جسمانی است که بزرگسالی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. لذا این پژوهش با هدف، بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر سبک‌های دلبستگی و ابعاد تحول هویت در نوجوانان انجام شد.

روش پژوهش: روش پژوهش به صورت نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه نوجوانان دختر ۱۳ تا ۱۶ ساله ناحیه ۱ شهرستان بهارستان که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در کلاس‌های هفتم تا دهم بودند که در سال ۱۴۰۱ به مرکز مشاوره آموزش و پرورش ارجاع داده شدند. از این تعداد، ۲ گروه ۲۰ نفره با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به گروه آزمایش و گروه کنترل تقسیم شدند و به پرسشنامه سبک‌های دلبستگی هازن و شیور و پرسشنامه‌ی ابعاد هویت برزونسکی در سه نوبت پیش- پس آزمون و پیگیری پاسخ دادند. آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت رفتار درمانی دیالکتیک، به صورت هفته‌ای ۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند ولی به گروه کنترل آموزشی داده نشد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و سطح معنی‌دار $p < 0/05$ تجزیه و تحلیل آماری شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک بر سبک‌های دلبستگی و ابعاد تحول هویت تأثیر معناداری دارد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت رفتاردرمانی دیالکتیک منجر به افزایش سبک دلبستگی ایمن و سالم و تحول هویت سالم در نوجوانان می‌شوند.

کلیدواژه‌ها: تحول هویت، رفتاردرمانی دیالکتیک، سبک‌های دلبستگی، نوجوان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۳/۱۱ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۴/۲۰

استناد: یاری لاله، زینی حسنونند ناهید، یوسف وند مهدی. اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر سبک‌های دلبستگی و ابعاد تحول هویت در نوجوانان، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(۴): ۱۹۴-۲۱۲

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران lalehyari7@gmail.com

۲ - (نویسنده مسئول): استادیار و عضو هیئت علمی دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آیت اله بروجردی (ره). بروجرد. ایران.
Email: N.Hasanvand@abru.ac.ir, tell: 02123224567

۳ - گروه آموزش علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، صندوق پستی ۵۶۴۴۱-۸۸۸ تهران، ایران
mehdiyousefvand3@gmail.com

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز

است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.



مقدمه :

دوره نوجوانی یک مرحله انتقالی از رشد جسمانی و روانی در زندگی است که با قرار گرفتن در مرز بین دوره کودکی و بزرگسالی تغییرات عمیقی را با خود به همراه دارد (۱). مهم‌ترین چالش تحولی در نوجوانی کسب هویت است. نمی‌توان گفت که چه کسی برای اولین بار بحث هویت را مطرح کرد (۲). این موضوع به دلیل عمیق و ریشه‌ای بودن آن چیزی است که انسان همیشه با آن برخورد داشته دارد و خواهد داشت؛ اما اولین کسی که هویت را به صورت واژه‌ی هویت مطرح ساخت و آن را موضوع بحث علمی قرار داد اریکسون بود (۳). اریکسون اساس نظریه‌ی روانی اجتماعی خود را در ۸ مرحله و بر پایه‌ی مفهوم هویت بنا کرد و سؤال مشهور خود تحت عنوان من کیستم؟ (۴). مارسیا^۱ هویت را سازمان درونی خودجوش و پویا می‌داند که از کشاننده‌ها توانایی‌ها باورها و تجربه‌ی گذشته‌ی فرد نشئت می‌گیرد و از دو عنصر تعهد و کاوش به عنوان ملاک‌های طبقه‌بندی افراد در چهار پایگاه هویت کسب شده، کسب هویت پراکندگی هویت خویشتن‌یابی سود می‌برد (۵). سبک‌های هویت تلاشی در جهت پوشش دادن به نقص‌های پایگاه هویت و ارزیابی دقیق‌تر از هویت افراد توسط برزونسکی^۲ ارائه شد. براساس الگوی پردازش شناختی- اجتماعی هویت، هویت یک ساختار شناختی و چارچوب خود ارجاعی است که برای تفسیر تجربه‌ها و اطلاعات مربوط به خود و پاسخ به پرسش‌هایی درباره‌ی مفهوم معنی‌داری و مقصود زندگی به کار گرفته می‌شود و سه سبک پردازش هویت شناختی - اجتماعی فرض شده در این مدل عبارتند از: اطلاعاتی، هنجاری و سردرگم - اجتنابی (۶).

افراد با سبک هویتی اطلاعاتی به صورت فعال و تعمیدی پیش از حل و فصل تعارض‌های هویتی و ساخت الزام و تعهد نسبت به آن اطلاعات مرتبط با خود را جستجو پردازش و ارزیابی می‌کنند. آنها درباره دیدگاه‌های خود مردد هستند و علاقه‌مند به یادگیری چیزهای جدید درباره‌ی خودشان می‌باشند و حاضر به ارزیابی و اصلاح ساختار هویتی‌شان در بازخورد ناهمساز هستند (۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهند سبک هویتی اطلاعاتی با بینش درباره‌ی خود، فکر باز راهبرد مقابله‌ای متمرکز بر مشکل، تصمیم‌گیری هوشیار و حساس پیچیدگی شناختی، استقلال عاطفی، همدلی خودتنظیمی انطباقی، سطوح بالای تعهد و پایگاه هویت کسب شده ارتباط دارد (۶). افراد با نمره‌ی بالا در هویت اطلاعاتی خودشان را اشخاصی با صفت‌هایی همچون ارزش هدفمند الگو یا معیار تعریف می‌کنند (۸). اشخاص با سبک هویت هنجاری پایین خود را به طور غیرارادی باهدف‌ها و معیارهای افراد مهم و گروه‌های مرجع انطباق می‌دهند و آن را درونی سازی می‌کنند (۹). سبک هنجاری با سطوح بالای تعهد کنترل خود و احساس هدف که نیاز به ساختار و شناخت، بسته قدرت طلبی انعطاف ناپذیری رابطه دارد سبک هویت هنجاری با پایگاه هویتی و تحمل کم و ناپردباری برای ابهام ارتباط دارد (۱۰)، اشخاصی که نمره‌های بالا در هویت هنجاری به دست می‌آورند، خودشان را برحسب صفت‌های جمعی همچون دین خانواده و ملیت تعریف می‌کنند (۱۱). سبک هویتی سردرگم- اجتنابی به واسطه‌ی تعویق و اجتناب تدافعی مشخص می‌شود و این افراد کوشش در جهت حل تعارض‌های هویتی را تا حد ممکن به تأخیر می‌اندازند و هنگامی که مجبور به کنش یا تصمیم گرفتن باشند، رفتارشان عمدتاً از طریق درخواست‌ها و پیامدهای ضروری بیرونی هدایت می‌شود و طبق مدل برزونسکی، هویت سردرگم اجتنابی بیشتر خود چندپاره یا گم گشته است و با تعهد ضعیف، امکان کنترل بیرونی تکانشگری، خود ناتوان و پراکندگی هویت رابطه دارد (۱۲).

^۱ Marcia^۲ Berzonsky

یکی از عواملی که می‌تواند نقش مهمی در تصمیمات نوجوانان داشته باشد، سبک‌های دلبستگی می‌باشد (۱۳)، افکار، انتظارات و احساساتی که در نتیجه تجرب دلبستگی اولیه در کودک ایجاد می‌شود، الگوهای فعال درونی یا نگرش‌های شناختی هیجانی را ایجاد می‌کند که به موجب آن در مدل مثبت کودک خود را ارزشمند و دوست داشتنی، دیگران را قابل اعتماد و در مدل خود منفی دیگران را بی‌کفایت و حساس به طرد و غیر قابل اعتماد و بی‌ارزش تلقی می‌کند. بنابراین سبک دلبستگی می‌تواند پیش‌بینی کننده تصمیمات بعدی نوجوان باشد (۱۴). به عبارتی، سبک‌های دلبستگی الگوی، انتظارات، نیازها هیجان‌ها و رفتارهای اجتماعی هستند که از سابقه خاص تجربیات دلبستگی و معمولاً در روابط با والدین ناشی می‌شوند (۱۵).

اینسورث^۱ (۱۹۷۸) در پژوهشی گسترده سه سبک عمده دلبستگی ایمن و نایمن اجتنابی، دلبستگی نایمن دوسوگرا را توصیف کرد. افراد ایمن در برقراری روابط صمیمی راحت هستند تمایل دارند برای دریافت حمایت به دیگران وابسته باشند و اطمینان دارند که دیگران آنها را دوست دارند. افراد مضطرب دوسوگرا برای برقراری روابط نزدیک تمایل شدیدی دارند؛ اما در عین حال نگرانی بسیاری از طرد شدن دارند. این افراد تصویر منفی نسبت به خود دارند ولی نسبت به دیگران نگرش مثبت دارند (۱۶). برای افراد اجتنابی مسئله ارزشمند، خوداتکایی است این افراد زمانی که احتمال می‌رود از طرف دیگران طرد شوند، با انکار نیاز دلبستگی در حفظ تصویر مثبت از خود سعی می‌کنند افراد اجتنابی نسبت به دیگران انتظارات و نگرش منفی دارند (۱۷). بر مبنای تحقیقات متعددی مشخص گردید که ارتباط نزدیکی بین این سبک‌های شکل گرفته از تجربیات اولیه کودکی با رفتارهای پرخطر و وضعیت سازگاری در بزرگسالی فرد برقرار خواهد بود. افزون بر آن می‌توان اذعان داشت در سازه دلبستگی عنصر هیجانی وجود دارد و تعامل‌های هیجانی و نظم جویی هیجان در شکل‌گیری دلبستگی نقش اساسی را ایفا می‌کند (۱۸-۲۴).

به اهمیت دوران نوجوانی و نقش مهم آن در شکل‌گیری شخصیت سالم و نیز با توجه به ماهیت سبک‌های دلبستگی و ابعاد تحول هویت در این سن و هزینه‌های ناشی از آن برای خانواده و جامعه (۲۵)، می‌بایست درمان مناسبی برای شکل‌گیری هویت سالم و هیجانات مناسب در کنار دلبستگی سالم در جامعه ایجاد گردد. یکی دیگر از روش‌های درمانی برای کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری در کودکان و نوجوانان استفاده از روش رفتار درمانی دیالکتیک می‌باشد (۲۶). رفتار درمانی دیالکتیک ابتدا در سال ۱۹۹۳ توسط لینهان به وجود آمد (۲۷) که به شیوه‌ی شناختی- رفتاری عمل می‌کند (۲۸) و ترکیب نوید بخش از فنون شناختی رفتاری، روان‌تحلیلی و آموزش ذهن آگاهی آیین‌های روان‌شناختی و معنوی شرقی عمدتاً هدفش کمک به مراجعان برای پذیرش هیجانات خود و همچنین تغییر تجربه‌ی هیجانی آن‌هاست (۲۹). به طور کلی، در رفتار درمانی دیالکتیک جهت پذیرش زندگی به شکلی که هست به مراجعان مهارت‌هایی آموزش داده می‌شود (۳۰). مهم‌ترین این مهارت‌ها عبارتند از مهارت‌های آگاهی ذهنی، شناسایی و توصیف احساسات، پذیرش همه‌ی احساسات، توجه به هیجانات بدون تلاش برای اجتناب در صورت دردناک بودن آن‌ها و مهارت روابط بین فردی است که در تحقیقات گذشته دیده می‌شود (۳۱).

با توجه به افزایش روز افزون مشکلات هیجانی در نوجوانان، شناسایی و بکارگیری مداخلات موثر در زمینه کاهش اینگونه آسیب‌ها به ویژه مشکلات هیجانی، دلبستگی و هویتی ضروری است و لازم است در مورد روش‌های مداخله‌ای درمانی و اثر بخش برای کاهش آسیب‌های موجود و برون رفت نوجوانان از این گونه مشکلات در قالب پژوهش‌های کاربردی اقدام شود.

نتایج این پژوهش برای کلیه نوجوانان دختر و پسر دارای مشکلات هیجانی، دلبستگی و هویتی کاربرد خواهد داشت. لذا این پژوهش با هدف، بررسی تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر سبک‌های دلبستگی و ابعاد تحول هویت در نوجوانان شد.

روش پژوهش:

روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری ۱ ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی نوجوانان دختر ۱۳ تا ۱۶ ساله ناحیه ۱ شهرستان بهارستان بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در کلاس‌های هفتم تا دهم تحصیل می‌کردند. انتخاب نمونه با استفاده از نمونه گیری در دسترس و تعداد نمونه بر اساس مطالعات مشابه، مانند پژوهش لینهان و دیمف و همکاران (۳۲) با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد، برای هر گروه ۲۰ نفر محاسبه شد که با گمارش تصادفی، ۲۰ نفر در گروه مداخله (رفتار درمانی دیالکتیک) و ۲۰ نفر در گروه کنترل تقسیم شدند و به پرسشنامه‌های مورد نیاز در ۳ مرحله پاسخ دادند. معیارهای ورود شامل: ۱. دانش آموزان ۱۳ تا ۱۶ سال بودند؛ ۲. دانش آموزان ناحیه ۱ شهرستان بهارستان که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲؛ ۳. دانش آموزان کلاس‌های هفتم تا دهم و معیار خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود.

ابزار پژوهش عبارت بود از؛ ۱) پرسشنامه سبک‌های دلبستگی هازن و شیور^۲: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۷ توسط هازن و شیور طراحی شده و دارای ۳۶ سوال می باشد. این آزمون از سه خرده مقیاس (دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برخوردار است. میزان آلفای کرونباخ در پژوهش هازن و شیور برای زیر مقیاس‌های ایمن اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴ و ۰/۸۵ گزارش شد. ضرایب توافق کندال برای سبک‌های دلبستگی ایمن اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۵۷، ۰/۶۱ و ۰/۸۰ محاسبه شد (۳۳). در ایران، فرم ۱۵ سوالی پرسشنامه سبک‌های دلبستگی هازن و شیور با استفاده از مواد پرسشنامه سبک‌های دلبستگی هازن و شیور ساخته و همانند پرسشنامه اصلی ۳ خرده مقیاس دارد. این پرسشنامه توسط افروز در سال ۱۳۸۸ هنجاریابی شد و میزان آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های ایمن اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۷۳ بود (۳۴). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای سبک دلبستگی اجتنابی ۰/۷۷ و برای سبک دلبستگی دو سوگرا (اضطرابی) ۰/۷۰ برآورد شد.

پرسشنامه‌ی ابعاد هویت برزونسکی (۱۹۹۲): پرسشنامه‌ی ابعاد هویت اولین بار توسط برزونسکی برای اندازه‌گیری فرآیندهای شناختی - اجتماعی که نوجوانان در برخورد با مسائل مربوط به هویت از آن استفاده می‌کنند طراحی شد (۳۵). این پرسشنامه سه سبک هویتی شامل، اطلاعاتی هنجاری و سردرگم / اجتنابی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و شامل ۴۰ سؤال است. سؤالات بر روی یک مقیاس پنج درجه ای کاملاً) مخالف ۱، مخالف ۲ تا حدودی موافق ۳ موافق ۴ کاملاً موافق (۵) نمره‌گذاری می‌شوند. برزونسکی در آخرین نسخه‌ی تجدیدنظر شده پرسشنامه‌ی خود ضرایب آلفای کرونباخ با نمونه (۶۱۸) برای هر یک از خرده مقیاس‌ها را ۰/۶۴، ۰/۷۰، ۰/۷۱ و ۰/۷۶ به ترتیب برای سبک اطلاعاتی هنجاری سردرگم / اجتنابی و تعهد هویت گزارش کرده است (۳۶). طهماسب پور و زاکری برای بررسی ویژگی‌های مقیاس تجدید نظر شده، برزونسکی آن را بر روی یک نمونه ۳۶۱ نفری از دانشجویان با میانگین سنی ۵/۲۱ سال که ۷۶٪ آن مرد بودند اجرا کردند آنها با استفاده از

۱ Linehan, Dimeff

۲ Hazen and Shaver attachment styles questionnaire

روش همسانی درونی ضریب آلفای کرونباخ را برای سه سبک هویت اطلاعاتی، هنجاری و سردرگم / اجتنابی به ترتیب ۰/۵۹، ۰/۶۴، ۰/۷۸ محاسبه کردند (۳۷). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل ۰/۸۸ و برای سبک هویت اطلاعاتی (۰/۷۷)، هنجاری (۰/۸۱) و سردرگم / اجتنابی (۰/۸۳) به دست آمد.

داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند.

یافته‌ها:

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر سبک‌های دلبستگی و ابعاد تحول هویت در نوجوانان بوده است. یافته‌های توصیفی پژوهش حاضر شامل میانگین و انحراف معیار مربوط به نمره متغیرهای مورد مطالعه شامل سبک‌های دلبستگی، ابعاد تحول هویت و راهبردهای شناختی نظم‌جویی هیجانی بوده است که در جدول شماره ۱ درج شده‌اند.

جدول ۱- یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

Table 1- Descriptive findings of research variables

		گروه رفتار درمانی دیالکتیک						گروه کنترل	
متغیر		پیش-آزمون	پس-آزمون	پیگیری	پیش-آزمون	پس-آزمون	پیگیری	پیش-آزمون	پس-آزمون
		۱۱/۴۱	۱۹/۵۲	۱۷/۷۶	۱۱/۶۵	۱۲/۲۰	۱۱/۹۵	۱۱/۴۱	۱۹/۵۲
سبک دلبستگی	میانگین	۱۱/۴۱	۱۹/۵۲	۱۷/۷۶	۱۱/۶۵	۱۲/۲۰	۱۱/۹۵	۱۱/۴۱	۱۹/۵۲
	انحراف معیار	۲/۲۴	۲/۳۲	۲/۵۶	۲/۲۰	۱/۴۷	۱/۴۳	۲/۲۴	۲/۳۲
سبک دلبستگی اجتنابی	میانگین	۱۹/۷۶	۱۲/۵۲	۱۴/۰۵	۱۹/۹۵	۱۸/۳۰	۱۹/۴۰	۱۹/۷۶	۱۲/۵۲
	انحراف معیار	۲/۲۸	۲/۱۵	۲/۴۱	۱/۷۹	۲/۲۲	۲/۰۸	۲/۲۸	۲/۱۵
سبک دلبستگی دوسوگرا	میانگین	۱۸/۶۵	۱۳/۲۳	۱۵/۰۵	۱۸/۵۰	۱۷/۲۵	۱۸/۱۵	۱۸/۶۵	۱۳/۲۳
	انحراف معیار	۲/۲۱	۲/۲۲	۲/۵۳	۱/۷۳	۱/۴۰	۱/۷۸	۲/۲۱	۲/۲۲
هویت اطلاعاتی	میانگین	۲۵/۸۸	۳۲/۵۲	۳۱/۷۰	۲۶/۱۵	۲۷/۹۰	۲۷/۲۰	۲۵/۸۸	۳۲/۵۲
	انحراف معیار	۳/۶۰	۳/۳۵	۲/۴۶	۳/۴۳	۳/۰۲	۳/۰۳	۳/۶۰	۳/۳۵

۲۹/۷۵	۳۰/۶۰	۲۹/۳۵	۳۶/۲۳	۳۷/۹۴	۲۸/۸۲	میانگین	
۲/۲۶	۳/۱۱	۲/۷۱	۳/۵۲	۳/۴۷	۳/۴۷	انحراف معیار	هویت هنجاری
۳۶/۹۰	۳۵/۸۵	۳۷/۲۵	۳۱/۷۰	۲۹/۹۴	۳۶/۴۱	میانگین	
۲/۶۱	۲/۷۱	۲/۶۱	۳/۹۱	۳/۷۳	۳/۶۴	انحراف معیار	هویت سردرگم/اجتنابی
۲۲/۴۰	۲۲/۷۵	۲۱/۳۰	۲۷/۲۹	۳۰/۱۱	۲۱/۷۶	میانگین	
۲/۳۴	۲/۱۷	۲/۴۵	۳/۷۸	۳/۱۷	۲/۲۸	انحراف معیار	هویت تعهد

همان گونه که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود، میانگین نمره های سبک دلبستگی ایمن در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش رفتار درمانی دیالکتیک (۱۱/۴۱، ۱۹/۵۲ و ۱۷/۷۶) و در گروه کنترل (۱۱/۶۵، ۱۲/۲۰ و ۱۱/۹۵) به دست آمده است. میانگین نمره های سبک دلبستگی اجتنابی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش رفتار درمانی دیالکتیک (۱۹/۷۶، ۱۲/۵۲ و ۱۴/۰۵) و در گروه کنترل (۱۹/۹۵، ۱۸/۳۰ و ۱۹/۴۰) به دست آمد. میانگین نمره های سبک دلبستگی دوسوگرا در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش رفتار درمانی دیالکتیک (۱۸/۶۵، ۱۳/۲۳ و ۱۵/۰۵) و در گروه کنترل (۱۸/۵۰، ۱۷/۲۵ و ۱۸/۱۵) شده است.

میانگین نمره های هویت اطلاعاتی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش رفتار درمانی دیالکتیک (۲۵/۸۸، ۳۲/۵۲ و ۳۱/۷۰) و در گروه کنترل (۲۶/۱۵، ۲۷/۹۰ و ۲۷/۲۰) به دست آمد. میانگین نمره های هویت هنجاری در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش رفتار درمانی دیالکتیک (۲۸/۸۲، ۳۷/۹۴ و ۳۶/۲۳) و در گروه کنترل (۲۹/۳۵، ۳۰/۶۰ و ۲۹/۷۵) به دست آمده است. میانگین نمره های هویت سردرگم/اجتنابی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش رفتار درمانی دیالکتیک (۳۶/۴۱، ۲۹/۹۴ و ۳۱/۷۰) و در گروه کنترل (۳۷/۲۵، ۳۵/۸۵ و ۳۶/۹۰) محاسبه شد. میانگین نمره های هویت تعهد در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش رفتار درمانی دیالکتیک (۲۱/۷۶، ۳۰/۱۱ و ۲۷/۲۹) و در گروه کنترل (۲۱/۳۰، ۲۲/۷۵ و ۲۲/۴۰) به دست آمد.

در این پژوهش به منظور آزمون فرضیه ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. استفاده از تحلیل کوواریانس، نیازمند رعایت چند مفروضه اصلی و مهم است. به همین منظور برای اطمینان از اینکه داده های این پژوهش مفروضه های اصلی تحلیل کوواریانس را برآورد می کنند، به بررسی آن ها پرداخته شده است. این مفروضه ها شامل آزمون خطی بودن، آزمون هم خطی بودن چندگانه، همگنی واریانس ها و همگنی شیب های رگرسیون است که به ترتیب ذکر شده است. (۱) آزمون خطی بودن، آزمون هم خطی بودن چندگانه، هنگامی که متغیرهای کمکی (کوواریت ها) با یکدیگر همبستگی بالایی در حدود $r=0/90$ دارند، با شرایطی مواجه می شویم که هم خطی چندگانه نامیده می شود. این پدیده مهمی است که در آزمون های تحلیل چند متغیری باید از آن اجتناب کرد.

در پژوهش حاضر، پیش‌آزمون‌های سبک‌های دلبستگی و ابعاد تحول هویت به عنوان متغیرهای کمکی (کوواریت) تلقی شدند. همبستگی بین پیش‌آزمون‌های سبک دلبستگی ایمن با سبک دلبستگی اجتنابی ($r = -0.468$, $p < 0.001$)، سبک دلبستگی ایمن با سبک دلبستگی دوسوگرا ($r = -0.355$, $p < 0.008$)، سبک دلبستگی ایمن با هویت اطلاعاتی ($r = 0.330$, $p < 0.014$)، سبک دلبستگی ایمن با هویت هنجاری ($r = 0.322$, $p < 0.017$)، سبک دلبستگی ایمن با هویت سردرگم/اجتنابی ($r = -0.303$), سبک دلبستگی ایمن با هویت تعهد ($r = 0.618$, $p < 0.001$)، سبک دلبستگی اجتنابی با سبک دلبستگی دوسوگرا ($r = 0.397$, $p < 0.003$)، سبک دلبستگی اجتنابی با هویت اطلاعاتی ($r = -0.323$, $p < 0.016$)، سبک دلبستگی اجتنابی با هویت سردرگم/اجتنابی ($r = 0.354$), سبک دلبستگی اجتنابی با هویت تعهد ($r = -0.408$, $p < 0.002$)، سبک دلبستگی دوسوگرا با هویت اطلاعاتی ($r = -0.318$, $p < 0.018$)، سبک دلبستگی دوسوگرا با هویت هنجاری ($r = -0.309$, $p < 0.022$)، سبک دلبستگی دوسوگرا با هویت سردرگم/اجتنابی ($r = 0.449$, $p < 0.001$)، سبک دلبستگی دوسوگرا با هویت تعهد ($r = -0.375$, $p < 0.005$)، هویت اطلاعاتی با هویت هنجاری ($r = 0.362$, $p < 0.007$)، هویت اطلاعاتی با هویت سردرگم/اجتنابی ($r = -0.410$, $p < 0.002$)، هویت اطلاعاتی با هویت تعهد ($r = 0.318$, $p < 0.018$)، هویت هنجاری با هویت تعهد ($r = 0.362$, $p < 0.007$)، هویت سردرگم/اجتنابی با هویت تعهد ($r = -0.330$, $p < 0.014$)، با توجه به همبستگی به دست آمده، از مفروضه هم‌خطی بودن چندانکه بین متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) اجتناب شده است (محقق نشده است).

همگنی واریانس‌ها: تحلیل کوواریانس دارای این فرض است که واریانس درون هر خانه از جدول داده‌ها باید یکسان باشد. اندازه نامساوی خانه مسئله جدی ایجاد نمی‌کند اما نباید مقدار هر خانه چهار برابر کوچکترین خانه باشد. اگر چنین باشد (به دلیل افت آزمودنی‌ها یا هر علت دیگری) واریانس‌های خانه‌ها باید مورد بررسی قرار گیرند تا اطمینان حاصل شود که هیچ خانه‌ای واریانسی به بزرگی ۱۰ برابر اندازه کوچکترین واریانس نداشته باشد. اگر چنین شد داده‌ها را باید یا تبدیل لگاریتمی یا تبدیل به نمرات معیار (Z) کرد. در پژوهش حاضر قبل از تحلیل داده‌ها برای بررسی همگنی واریانس متغیرها از آزمون لوین ۱ استفاده شد. جدول شماره ۲ نتایج آزمون‌های همگنی واریانس لوین متغیرهای وابسته پژوهش را در مرحله پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۲- نتایج آزمون لوین جهت برابری واریانس خطای متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون

Table 2- The results of Levin's test for equality of error variance of the dependent variables in the post-test stage

متغیر وابسته	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی‌داری
سبک دلبستگی ایمن	۲	۵۲	۲/۰۸۰	۰/۱۳۵
سبک دلبستگی اجتنابی	۲	۵۲	۰/۸۷۹	۰/۴۲۱

سبک دلبستگی دوسوگرا	۲	۵۲	۱/۱۹۷	۰/۳۱۰
هویت اطلاعاتی	۲	۵۲	۱/۹۲۵	۰/۱۵۶
هویت هنجاری	۲	۵۲	۱/۹۱۲	۰/۱۵۸
هویت سردرگم/اجتنابی	۲	۵۲	۰/۷۰۴	۰/۴۹۹
هویت تعهد	۲	۵۲	۰/۸۱۲	۰/۴۴۹

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۲-۴ نشان می‌دهند، آزمون لوین در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای سبک دلبستگی ایمن ($F=۲/۰۸۰$ و $p>۰/۱۳۵$)، سبک دلبستگی اجتنابی ($F=۰/۸۷۹$ و $p>۰/۴۲۱$)، سبک دلبستگی دوسوگرا ($F=۱/۱۹۷$) و $p>۰/۳۱۰$)، هویت اطلاعاتی ($F=۱/۹۲۵$ و $p>۰/۱۵۶$)، هویت هنجاری ($F=۱/۹۱۲$ و $p>۰/۱۵۸$)، هویت سردرگم/اجتنابی ($F=۰/۷۰۴$ و $p>۰/۴۹۹$)، هویت تعهد ($F=۰/۸۱۲$ و $p>۰/۴۴۹$)؛ بنابراین واریانس خطای سه گروه در متغیرهای سبک‌های دلبستگی، ابعاد تحول هویت به طور معنی‌داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس آن‌ها در مرحله پس‌آزمون تأیید می‌شود.

همگنی شیب رگرسیون: در حالی که این فرض وجود دارد که متغیرها در تحلیل کوواریانس در کل داده‌ها باید خطی بودن را نشان دهند، این فرض نیز باید در نظر گرفته شود که خطوط رگرسیون برای هر گروه در پژوهش باید یکسان باشند. اگر رگرسیون ناهمگن باشد، آنگاه کوواریانس تحلیل مناسبی نخواهد بود. فرض همگنی رگرسیون یک موضوع کلیدی در کوواریانس است. لازم به توضیح است که در پژوهش حاضر نمرات پس‌آزمون متغیرهای سبک‌های دلبستگی، و ابعاد تحول هویت به عنوان متغیر وابسته و پیش‌آزمون آن‌ها به عنوان متغیر کمکی (کوواریت) تلقی شدند. زمانی فرض همگنی شیب‌ها برقرار خواهد بود که میان متغیر کمکی (پیش‌آزمون) و متغیر وابسته (پس‌آزمون) در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گروه کنترل) برابری حاکم باشد. آنچه مورد نظر خواهد بود تعاملی غیرمعنی‌دار بین متغیرهای وابسته و کمکی است. جدول شماره ۳ نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) را در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۳- نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون) و وابسته (پس‌آزمون) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گروه کنترل)

Table 3- Homogeneity results of regression slopes between auxiliary (pre-test) and dependent (post-test) variables at factor levels (experimental and control groups)

متغیر	شاخص آماری	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
سبک دلبستگی ایمن	۸/۴۹۱	۲	۴/۲۴۶	۲/۱۹۱	۰/۱۲۳	

۰/۱۵۳	۱/۹۵۰	۷/۹۸۸	۲	۱۵/۹۷۶	سبک دلبستگی اجتنابی
۰/۱۹۰	۱/۷۲۱	۲/۶۷۳	۲	۵/۳۴۶	سبک دلبستگی دوسوگرا
۰/۴۹۸	۰/۷۰۸	۱/۴۲۹	۲	۲/۸۵۹	هویت اطلاعاتی
۰/۲۳۱	۱/۵۱۰	۹/۹۸۸	۲	۱۹/۹۷۶	هویت هنجاری
۰/۷۲۱	۰/۳۳۰	۰/۸۴۶	۲	۱/۶۹۳	هویت سردرگم/اجتنابی
۰/۱۹۶	۱/۶۸۳	۸/۹۳۰	۲	۱۷/۸۵۹	هویت تعهد

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول بالا نشان می‌دهد، تعامل متغیر کمکی (پیش‌آزمون سبک دلبستگی ایمن) و وابسته (پس‌آزمون سبک دلبستگی ایمن) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گروه کنترل) معنی‌دار نیست ($F=2/191$ و $p>0/123$). بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون در پیش‌آزمون و پس‌آزمون سبک دلبستگی ایمن در سطوح عامل تأیید می‌شود. تعامل متغیر کمکی (پیش‌آزمون سبک دلبستگی اجتنابی) و وابسته (پس‌آزمون سبک دلبستگی اجتنابی) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گروه کنترل) معنی‌دار نیست ($F=1/950$ و $p>0/153$). بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون در پیش‌آزمون و پس‌آزمون سبک دلبستگی اجتنابی در سطوح عامل تأیید می‌شود. تعامل متغیر کمکی (پیش‌آزمون سبک دلبستگی دوسوگرا) و وابسته (پس‌آزمون سبک دلبستگی دوسوگرا) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گروه کنترل) معنی‌دار نیست ($F=1/721$ و $p>0/190$). بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون در پیش‌آزمون و پس‌آزمون سبک دلبستگی دوسوگرا در سطوح عامل تأیید می‌شود. تعامل متغیر کمکی (پیش‌آزمون هویت اطلاعاتی) و وابسته (پس‌آزمون هویت اطلاعاتی) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گروه کنترل) معنی‌دار نیست ($F=0/708$ و $p>0/498$). بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون در پیش‌آزمون و پس‌آزمون هویت اطلاعاتی در سطوح عامل تأیید می‌شود. تعامل متغیر کمکی (پیش‌آزمون هویت هنجاری) و وابسته (پس‌آزمون هویت هنجاری) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گروه کنترل) معنی‌دار نیست ($F=1/510$ و $p>0/231$). بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون در پیش‌آزمون و پس‌آزمون هویت هنجاری در سطوح عامل تأیید می‌شود. تعامل متغیر کمکی (پیش‌آزمون هویت سردرگم/اجتنابی) و وابسته (پس‌آزمون هویت سردرگم/اجتنابی) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گروه کنترل) معنی‌دار نیست ($F=0/330$ و $p>0/721$). بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون در پیش‌آزمون و پس‌آزمون هویت سردرگم/اجتنابی در سطوح عامل تأیید می‌شود. تعامل متغیر کمکی (پیش‌آزمون هویت تعهد) و وابسته (پس‌آزمون هویت تعهد) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گروه کنترل) معنی‌دار نیست ($F=1/683$ و $p>0/196$). بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون در پیش‌آزمون و پس‌آزمون هویت تعهد در سطوح عامل تأیید می‌شود.

جدول ۴- نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل شده سبک دلبستگی در پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

Table 4- Ben-Ferroni post hoc test results to compare the adjusted averages of attachment style in the post-test of the experimental and control groups.

متغیر	میانگین‌های تعدیل شده	تفاضل میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
سبک دلبستگی ایمن	۱۲/۰۳۹-۱۹/۵۹۶	۷/۵۵۷	۰/۰۰۱
سبک دلبستگی اجتنابی	۱۸/۰۲۱-۱۲/۳۷۸	-۵/۵۶۳	۰/۰۰۱
سبک دلبستگی دوسوگرا	۱۷/۲۲۳-۱۳/۱۴۹	-۴/۰۷۴	۰/۰۰۱
هویت اطلاعاتی	۲۷/۸۰۹-۳۲/۷۶۸	۴/۹۵۸	۰/۰۰۱
هویت هنجاری	۳۰/۴۹۱-۳۸/۱۸۵	۷/۶۹۴	۰/۰۰۱
هویت سردرگم/اجتنابی	۳۵/۵۸۶-۳۰/۵۲۹	-۵/۰۵۷	۰/۰۰۱
هویت تعهد	۲۲/۶۶۳-۲۹/۹۰۳	۷/۲۴۰	۰/۰۰۱

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول شماره ۴ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون تفاوت میانگین تعدیل شده نمره‌های سبک دلبستگی ایمن گروه آزمایش رفتار درمانی دیالکتیک و گروه کنترل ۷/۵۵۷، سبک دلبستگی اجتنابی -۵/۵۶۳، سبک دلبستگی دوسوگرا -۴/۰۷۴، هویت اطلاعاتی ۴/۹۵۸، هویت هنجاری ۷/۶۹۴، هویت سردرگم/اجتنابی -۵/۰۵۷، هویت تعهد ۷/۲۴۰ شده است و این تفاوت در سطح $p < 0/001$ از لحاظ آماری معنی‌دار بوده است. این نتیجه نشان داد که گروه آزمایشی رفتار درمانی دیالکتیک در مقایسه با گروه کنترل در متغیرهای سبک دلبستگی و ابعاد هویت یابی در مرحله پس‌آزمون عملکرد بهتری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج این یافته‌ها نشان داد که بین گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک و گروه کنترل از لحاظ سبک دلبستگی ایمن تفاوت وجود دارد. در واقع، در مرحله پس‌آزمون تفاوت میانگین تعدیل شده نمره‌های سبک دلبستگی ایمن، گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک و گروه کنترل ۷/۵۵۷ شده است و این تفاوت در سطح $p < 0/001$ از لحاظ آماری معنی‌دار است. این نتیجه نشان داد که گروه آزمایش رفتار درمانی دیالکتیک در مقایسه با گروه کنترل در متغیر سبک دلبستگی ایمن در مرحله پس‌آزمون عملکرد بهتری داشته است. نتیجه این یافته با یافته‌های مظاهری تهرانی، کوکلی، صوابی نیری و بی کس یکانی (۳۸) و نصیری، محمود علیلو و بخشی پور (۳۹) همسو بوده است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، رفتاردرمانی دیالکتیکی یک روش شناختی رفتاری است که برای اولین بار برای درمان بیماران مرزی به کار رفت و هسته اصلی آن تنظیم هیجان است. تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی شامل تکنیک‌های بنیادی به کار رفته در درمان‌های شناختی- رفتاری مانند زنجیره تحلیل رفتاری، مواجهه، برگه ثبت هیجانات و بازسازی شناختی و همچنین، تکنیک‌هایی است که منحصر در این درمان به کار می‌روند، مانند: اعتباربخشی، تفکر دیالکتیکی و ذهن آگاهی (۱۳). ذهن آگاهی به صورت زندگی آگاهانه در هر لحظه بدون دلبستگی به آن، قضاوت کردن درباره آن و یا پذیرش احساسات و عواطف منفی، تعریف می‌شود. ذهن آگاهی هسته اصلی رفتاردرمانی دیالکتیکی است که فرایند تنظیم هیجان را تسهیل می‌کند (۱۹). نتایج پژوهش‌های متعدد حاکی از رابطه بین ایمنی دلبستگی با مفاهیم مربوط به ذهن آگاهی می‌باشد (۱۳-۱۵). کودکانی که دلبستگی ایمن دارند، به هنگام جدا شدن از پرستار یا مراقب، چندان احساس ناراحتی نمی‌کنند. این کودکان به هنگام ترس، برای کسب آرامش و آسایش به والدین یا پرستار روی می‌آورند. این کودکان هرگونه تماسی که از سوی والد برقرار شود را با آغوش باز می‌پذیرند و با رفتار مثبت به آن واکنش نشان می‌دهند. این کودکان با وجودی که از غیبت والدین خیلی احساس ناراحتی نمی‌کنند اما آن‌ها را به وضوح بر بیگانگان ترجیح می‌دهند. والدین این کودکان معمولاً تمایل بیشتری برای بازی با کودکانشان دارند. به علاوه، این والدین به سرعت به نیازهای کودکانشان واکنش نشان می‌دهند و به طور کلی نسبت به والدین کودکانی که دلبستگی نامطمئن دارند، به فرزندانشان پاسخگوترند. در بزرگسالان، کسانی که دلبستگی مطمئن دارند معمولاً به دنبال روابط قابل اعتمادتر و پایدارتری هستند. سایر ویژگی‌های کلیدی دلبستگی مطمئن در بزرگسالان شامل خودباوری زیاد، لذت بردن از روابط صمیمانه، جستجوی حمایت اجتماعی و توانایی در به اشتراک گذاشتن احساسات با دیگران است. پژوهشگران در یک مطالعه دریافتند که زنانی که دارای سبک دلبستگی مطمئن هستند، احساسات مثبت تری درباره روابط عاطفی و عاشقانه خود دارند (۲۷).

نتایج دیگر این یافته‌ها نشان داد که بین گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک و گروه کنترل ۵/۵۶۳- شده است و این تفاوت در سطح $p < 0/001$ از لحاظ آماری معنی‌دار است. این نتیجه نشان داد که گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه با گروه کنترل در متغیر سبک دلبستگی اجتنابی در مرحله پس‌آزمون عملکرد بهتری داشته است. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید شده است. نتیجه این یافته نیز با یافته‌های نصیری، محمود علیلو و بخشی پور (۳۹) و جلالوند، گودرزی، کریمی و یعقوبی (۴۰)، مبنی بر اینکه مهارت‌های رفتاردرمانی بر سبک دلبستگی ناایمن موثر است، همسو بوده است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، رفتاردرمانی دیالکتیک رویکردی است که پذیرش و همدلی مراجع محور را با حل مسئله‌ی رفتاری-شناختی و آموزش مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند (۳۷). همچنین، رفتاردرمانی دیالکتیکی استاندارد از چهار نوع مداخله تشکیل می‌شود: جلسات درمانی ساختاریافته‌ی گروهی (برای مهارت آموزی) به مدت ۲ ساعت در هفته، جلسات انفرادی به مدت یک ساعت در هفته، تماس‌ها یا مشاوره‌های تلفنی با درمانگر (برای کاهش رفتارهای خودکشی گریانه و اطمینان از تعمیم مهارت آموزی به خارج از جلسات درمانی) و جلسات تیم متخصصان به منظور حمایت از درمانگران رفتاردرمانی دیالکتیک و جلوگیری از فرسودگی (۳۹) انجام شده است که با توجه به ماهیت سبک دلبستگی اجتنابی و رفتارهایی شبیه به مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، این درمان تاثیر گذار بوده است. به عبارتی دیگر، دیالکتیک اصلی در این رویکرد، یکپارچگی یا وحدت پذیرش و تغییر است. به این معنا که آرزوی تغییر هر تجربه‌ی دردناک، باید با تلاشی مشابه برای یادگیری پذیرش دردهای غیرقابل اجتناب و ناگزیر زندگی متعادل شود. اگر درمانجو نتواند دست کم به طور موقت-درد ناشی از مشکلات دیگر را تحمل کند، کار کردن بر روی مشکلات او ناممکن است. ناتوانی برای پذیرش رفتار خود، هر گونه

توانایی برای تغییر را منع می‌کند، زیرا به کناره‌گیری و اجتناب، و یا به واکنش‌های هیجانی (مثل، خشم یا تکانشگری و شرمناکی شدید) منتهی می‌شود. تصور بر آن است که اگر درمانگر در درمان تنها بر راهبردهای تغییر متمرکز شود، بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اغلب احساس خواهند کرد که سطح پریشانی و ناراحتی آنها درک نمی‌شود و حتی این احساس در آنها ایجاد می‌شود که به خاطر مشکلاتشان سرزنش می‌شوند و در نتیجه، ممکن است با خشم نسبت به درمانگر یا کناره‌گیری از درمان واکنش نشان دهند. از سوی دیگر، درمانی که کاملاً بر پذیرش متمرکز باشد، جدی بودن رنج بیمار و نیاز فوری به ایجاد تغییر نادیده می‌گیرد. از این روست که رفتاردرمانی دیالکتیک راهبردهای تغییر درمان‌های سنتی رفتاردرمانی شناختی را با راهبردهای پذیرش برگرفته از آموزه‌ها و اعمال ذن، ترکیب می‌کند (۲۷).

نتایج دیگر این یافته‌ها نشان داد که تفاوت میانگین تعدیل شده نمره‌های سبک دلبستگی دوسوگرا گروه آزمایش رفتار درمانی دیالکتیک و گروه کنترل ۴/۰۷۴- بوده است و این تفاوت در سطح $p < 0.001$ از لحاظ آماری معنی‌دار است. این نتیجه نشان داد که گروه آزمایش رفتار درمانی دیالکتیک در مقایسه با گروه کنترل در متغیر سبک دلبستگی دوسوگرا در مرحله پس-آزمون عملکرد بهتری داشته است. بنابراین این فرضیه تأیید شد. نتیجه این یافته با یافته‌های جلالوند، گودرزی، کریمی و یعقوبی (۴۰) و عقیلی، کلتی، بابائی (۴۱) همسو بوده است.

دلبستگی ایمن زمانی اتفاق می‌افتد که والدین یا سایر مراقبان در دسترس، حساس، پاسخگو و پذیرا هستند. کودکانی که به طور ایمن دلبسته هستند، معمولاً وقتی مراقبانشان را ترک می‌کنند، ناراحت می‌شوند و با بازگشت والدینشان خوشحال می‌شوند. هنگامی که این کودکان ترسیده اند، به دنبال آرامش از والدین یا مراقب هستند. تماسی که توسط والدین ایجاد می‌شود به آسانی توسط کودکانی که به آنها وابسته هستند پذیرفته می‌شود و آنها با رفتار مثبت از بازگشت والدین استقبال می‌کنند. در حالی که این کودکان می‌توانند در غیاب والدین یا مراقب تا حدودی توسط افراد دیگر تسلی یابند، آنها به وضوح والدین را به غریبه‌ها ترجیح می‌دهند ولی کودکانی که به صورت دوسوگرا دلبسته هستند، نسبت به غریبه‌ها به شدت مشکوک هستند. این کودکان هنگام جدا شدن از والدین یا مراقب خود ناراحتی قابل توجهی از خود نشان می‌دهند، اما به نظر نمی‌رسد که از بازگشت والدین اطمینان یا آرامش پیدا کنند. در برخی موارد، کودک ممکن است منفعلانه والدین را با امتناع از راحتی طرد کند، یا ممکن است آشکارا پرخاشگری مستقیم نسبت به والدین نشان دهد. طبق نظر لینهان (۳۱)، دلبستگی دوسوگرا نسبتاً غیر معمول است، تنها ۷ تا ۱۵ درصد از نوزادان این سبک دلبستگی را نشان می‌دهند. همچنین، آنها همچنین دریافتند که تحقیقات مشاهده‌ای پیوسته دلبستگی ناایمن دوسوگرا را با در دسترس بودن کم مادر مرتبط می‌سازد. همانطور که این کودکان بزرگتر می‌شوند، معلمان اغلب آنها را چسبنده و بیش از حد وابسته توصیف می‌کنند. از آنجایی که در این نوع دلبستگی کودک نمی‌تواند در صورت احساس خطر به حضور والدین خود تکیه کند، به راحتی از والدین خود برای کاوش دور نمی‌شوند. کودک بیشتر نیازمند و حتی چسبنده می‌شود، به این امید که ناراحتی اغراق آمیز آنها والدین را مجبور به واکنش کند. در دلبستگی دوسوگرا، فقدان قابلیت پیش بینی به این معناست که کودک در نهایت نیازمند، عصبانی و بی اعتماد می‌شود (۴۱). در بزرگسالی، کسانی که دارای سبک دلبستگی دوسوگرا هستند، اغلب نسبت به نزدیک شدن به دیگران احساس بی میلی می‌کنند و نگران هستند که شریک زندگی آنها احساسات آنها را متقابل نکند، وقتی روابطشان تمام می‌شود بسیار احساس پریشانی می‌کنند. این منجر به جدایی‌های مکرر می‌شود، اغلب به این دلیل که رابطه سرد و دور به نظر می‌رسد. این افراد به خصوص پس از پایان یک رابطه احساس پریشانی می‌کنند. بزرگسالان دوسوگرا به کودکان خردسال به عنوان منبع امنیت می‌چسبند (۴۰).

علاوه بر این، گاهی اوقات، والدین در پذیرش و پاسخگویی حساس به نیازهای فرزندشان مشکل دارند. والدین به جای دلداری دادن به کودک؛ احساسات آنها را به حداقل می‌رسانند، خواسته‌های آنها را رد می‌کنند، در کارهای دشوار کمکی نمی‌کند و این منجر به دلبستگی اجتنابی می‌شود. علاوه بر این، ممکن است از کودک انتظار برود که در رفع نیازهای خود به والدین کمک کند. کودک می‌آموزد که بهتر است از کمک گرفتن اجتناب کند. از این گذشته، والدین به شیوه‌ای مفید پاسخ نمی‌دهند. در دلبستگی اجتنابی، کودک می‌آموزد که بهترین گزینه این است که احساسات خود را خاموش کرده و به خود متکی شود (۱۹) و از آنجایی که رفتاردرمانی دیالکتیک، رویکردی مادرانه است و اهداف اصلی آن این است که به مردم بیاموزد چگونه در لحظه زندگی کنند و راه‌های سالم برای کنار آمدن با استرس، کنترل احساسات و بهبود روابطشان با دیگران ایجاد کنند.

نتایج بعدی این یافته‌ها نشان داد که تفاوت میانگین تعدیل شده نمره‌های هویت اطلاعاتی گروه آزمایشی رفتار درمانی دیالکتیک و گروه کنترل ۴/۹۵۸ شده است و این تفاوت در سطح $p < 0.001$ از لحاظ آماری معنی‌دار است. این نتیجه نشان می‌دهد گروه آزمایشی رفتار درمانی دیالکتیک در مقایسه با گروه کنترل در متغیر هویت اطلاعاتی در مرحله پس‌آزمون عملکرد بهتری داشته است، بنابراین فرضیه پژوهش تأیید شده است. تاکنون پژوهش‌های زیادی بر روی تاثیر اقربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر اختلالات شخصیت، اضطراب و افسردگی و اختلالات خلقی انجام شده است که از مهمترین معیارها در این اختلالات، سبک هویت اطلاعاتی بوده است ولی پژوهشی که بر روی این متغیر به تنهایی پژوهشی انجام داده باشد، یافت نشد.

سبک هویت اطلاعاتی (دانش گرا، داده‌ای) ظاهراً سازگارانه‌ترین سبک هویت یا جهت‌گیری هویت در انسان است و ساز و کار کنار آمدن برای اداره موقعیت‌های روزانه می‌باشد. دانش آموزانی که با سبک هویت اطلاعاتی وارد مدرسه می‌شوند، بهترین حالت را برای داشتن عملکرد موفق در دانشگاه دارند. آنها سطوح بالایی از استقلال تحصیلی را از خود نشان می‌دادند (۲۶). استفاده از سبک هویت اطلاعاتی با احساس نیاز به شناخت، پیچیدگی شناختی، تعمق درباره خود، تلاش مقابله مسئله مدار، سبک معرفتی منطقی، تصمیم گیری هدفمند و آگاهانه (۴۱)، وظیفه شناسی، پذیرش، بهزیستی ذهنی (۱۳). سازگاری، وظیفه شناسی، هویت موفق و توافق رابطه مثبت نشان می‌دهد (۲۸) و با حل مسئله مشکل محور، انگیزه شناختی و باز بودن نسبت به سایر ایده ها ارتباط داشته (اسکندری و قادری بگه جان، ۱۳۹۶). با تمرکز بر مسئله، خود کاوشی فعال، منبع کنترل درونی، نیاز بالا برای شناخت و اضطراب تسهیل کننده همبسته‌اند رویکرد اطلاعاتی با مقابله موفقیت آمیز با استرس و اضطراب، مقابله مسئله مدار و گشودگی رابطه مثبت، و با جهت‌دهی توسط دیگران، اثرات ناتوان کننده اضطراب، تفکر آرزومندانه و با فاصله گیری عاطفی رابطه منفی نشان می‌دهد (۲۲). همین طور از رویکرد مساله مدار استفاده می‌کنند و وظیفه شناس هستند و نسبت به اطلاعات مربوط به خود اعتماد دارند و هدفمند می‌باشند. لذا تکالیف و اعمال خود را به تاخیر نمی‌اندازند (۴۱).

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت، رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌های روانی اجتماعی که بخش مهمی از این شیوه درمان است (۴۰) و تاکید بر ذهن آگاهی که توازن بین استفاده از فنون تغییر و پذیرش است، می‌تواند ساختار هویتی فرد را تغییر دهد. در واقع، رفتاردرمانی دیالکتیک، مجموعه‌ای از مهارت‌های انطباقی و ازجمله شناسایی هیجان‌ها، درک هیجان‌ها، کنترل رفتارهای تکانه‌ای و استفاده از راهبردهای انطباقی در موقعیت‌های مربوطه جهت تنظیم پاسخ‌های هیجانی به‌منظور

یاری دادن بیماران در جهت غلبه بر ترس خود و اجتناب از هیجان‌ها و نیز افزایش قدرت پذیرش تجارب هیجانی است (لیهی، ۱، ۲۰۲۲). این رویکرد درمانی به علت تمرکز بر جلسات فردی و تفاوت‌های فردی، جلسات گروهی و همراهی در شرایط اجتماعی بر هویت یابی موثر بوده است.

نتایج این یافته‌ها نشان داد که تفاوت میانگین تعدیل شده نمره‌های هویت هنجاری گروه آزمایشی رفتار درمانی دیالکتیک و گروه کنترل ۷/۷۹۴ شده است و این تفاوت در سطح $p < 0/001$ از لحاظ آماری معنی‌دار بوده است، این نتیجه نشان داد گروه آزمایشی رفتار درمانی دیالکتیک در مقایسه با گروه کنترل در متغیر هویت هنجاری در مرحله پس‌آزمون عملکرد بهتری داشته است در نتیجه فرضیه پژوهش (رفتار درمانی دیالکتیک بر هویت هنجاری نوجوانان اثر دارد) تأیید شده است.

تاکنون پژوهش‌های زیادی بر روی تاثیر ابربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر اختلالات شخصیت مرزی که پایه اصلی آن هویت‌یابی است، انجام شده است ولی پژوهشی که بر روی این متغیر به تنهایی پژوهشی انجام داده باشد، یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، جست‌وجو و سردرگمی شاید گاهی مفید باشد. افرادی که پس از یک دوره جست‌وجوی فعالانه، به احساس هویتی قوی دست یافته‌اند، در مقایسه با آن‌ها که هویتشان شکل گرفته، بی‌آن که این دوره را گذرانیده باشند، استقلال رأی بیشتری دارند، خلاق ترند و از تفکر پیچیده‌تری برخوردارند. این گروه همچنین توانایی بیشتری برای برقراری ارتباط نزدیک دارند. از هویت جنسی با ثبات تری برخوردارند، به خود با دیدی مثبت نگاه می‌کنند و استدلال اخلاقی رشد یافته تری ارائه می‌دهند، در عین حال که به طور کلی روابط مطلوبی با والدین دارند از خانواده‌های خود به نحو چشم‌گیری مستقل شده‌اند. علاوه بر هویت‌یابی، یکی از مهمترین تغییرات در دوران نوجوانی تغییرات در هیجان است که در هویت‌یابی و شکل‌گیری هویت نقش دارد (۱۱) و گسستگی هویت در سنین نوجوانی افراد را به سمت اختلال شخصیت سوق می‌دهد، همان طور که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مرز روان‌نژندی و روان‌پریشی قرار دارند و مشخصه آن‌ها ناپایداری حالت عاطفی، خلق پریشان، ترس شدید از رها شدن، روابط پر تنش و ناپایدار و خودانگاره آن‌هاست (۴۱).

از مهمترین معیارهای تشخیصی اختلال شخصیت مرزی به شکل اختلال و اشکال در هویت، بی‌ثبات بودن واضح و دائم خودانگاره یا احساس فرد در مورد خودش است که با رفتاردرمانی دیالکتیک درمان شده است لذا می‌توان گفت، دلایل اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک، تغییر باورهای بنیادین و پذیرش و درک متقابل در کنار تغییر است که منجر به هویت هنجاری می‌گردد. نتایج آخر این یافته‌ها نشان داد که تفاوت میانگین تعدیل شده نمره‌های هویت سردرگم/اجتنابی گروه آزمایشی رفتار درمانی دیالکتیک و گروه کنترل ۵/۰۵۷- شده است و این تفاوت در سطح $p < 0/001$ از لحاظ آماری معنی‌دار بوده است. این نتیجه نشان می‌دهد گروه آزمایشی رفتار درمانی دیالکتیک در مقایسه با گروه کنترل در متغیر هویت سردرگم/اجتنابی در مرحله پس‌آزمون عملکرد بهتری داشته است در نتیجه فرضیه پژوهش (رفتار درمانی دیالکتیک بر هویت سردرگم/اجتنابی نوجوانان اثر دارد) تأیید شد.

تاکنون پژوهش‌های زیادی بر روی تاثیر ابربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر اختلالات شخصیت مرزی که پایه اصلی آن هویت‌یابی است، انجام شده است ولی پژوهشی که بر روی این متغیر به تنهایی پژوهشی انجام داده باشد، یافت نشد.

سبک هویتی سردرگم / اجتنابی (ناخودآگاه، خود انگیخته، سردرگم/ پرهیزی) نماد برخورد طفره آمیز در مشکلات است. افراد اجتنابی تعلل و درنگ می کنند و می کوشند تا حد امکان از مواجهه با موضوعات مرتبط با هویت و تصمیم گیری اجتناب کنند، یعنی آنها تمایل به تعلل و به تأخیر انداختن تصمیم گیری های شخصی و اجتناب از پرداختن به موضوعات هویت است، از خود نشان می دهند. در واقع، راهبردهای متمرکز بر هیجان که با سطح پایینی از تعهد و اعتماد به نفس و نیز بی ثباتی خودپنداری همراه می باشد. افراد با سبک هویت سردرگم/اجتنابی، تعلل و درنگ می کنند و تا حد ممکن سعی در اجتناب از پرداختن به موضوعات هویت و تصمیم گیری دارند. در موقعیت های تصمیم گیری، آنها ضمن اطمینان کمی به توانایی شناختی خود دارند، معمولاً پیش از تصمیم گیری، احساس ترس و اضطراب نیز دارند (۳۷) و در تصمیم گیری معمولاً از راهبردهای نامناسب مانند اجتناب کردن، بهانه آوردن و دلیل تراشی استفاده می کنند. همواره به پیامدها و درخواست های موقعیتی واکنش نشان می دهد، یک پردازش سست سازمان یافته درباره خود، او را به پرهیز از مقابله با تصمیم ها و تعارض های فردی و می دارد (همان). همچنین، سبک هویت سردرگم/اجتنابی با راهبردهای مقابله ای هیجان مدار، انتظارات کنترل بیرونی، راهبردهای تصمیم گیری غیر انطباقی، تغییرپذیری مقطعی، روان رنجورخویی و واکنش های افسرده گون رابطه مثبت و با آگاهی از خود، مقاومت شناختی، وظیفه شناسی و شاخص های بهزیستی رابطه منفی نشان می دهد (۳۹) و رفتاردرمانی دیالکتیک با شناسایی و شناخت رفتارها و عواطف هر شخص به تغییر نقاط ضعف و الگوهای منفی می پردازد. به طوری که این نوع رفتار درمانی به بررسی انواع تفکرهای منفی افراد در حوزه های مختلف می پردازد و به همین ترتیب به تغییر آن ها و بهبود آن ها در جهت ایجاد افکار مثبت پرداخته می شود.

محدودیت های پژوهش: محدودیت زمانی، پیگیری تداوم زمانی و انتقال بلندمدت مهارت ها بر بهبود عملکرد از محدودیت های این پژوهش هستند. علاوه بر این، یافته های پژوهش به آن دسته از نوجوانانی قابل تعمیم است که درصد درمان برمی آیند، در نهایت، این که گروه نمونه تنها از نوجوانان دختر تشکیل شده بودند، بنابراین، یافته های این پژوهش تنها به دختران نوجوان قابل تعمیم است.

کاربرد پژوهش: به منظور بررسی دقیق تر اثر بخشی این رویکرد پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده از طرح هایی با کنترل و جایگزینی تصادفی استفاده شود و زیرگروه های بیماران مد نظر قرار گیرد. اثربخشی این رویکرد با رویکردهای دیگر مقایسه شود. دوره طولانی تر پیگیری در نظر گرفته شود، اثر بخشی این رویکرد در بیماری های مختلف نیز مطالعه گردد.

ملاحظات اخلاقی: پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه دکتری تخصصی رشته روانشناسی نویسنده اول است و در شورای تخصصی پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.B.REC.1401.025 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد به تأیید رسیده است. پژوهشگران این مطالعه بر خود لازم می دانند، از کلیه شرکت کنندگان که در این پژوهش ما را یاری دادند و امکان انجام مطالعه را فراهم کردند، تشکر کنند.

تضاد منافع: در این پژوهش هیچگونه تعارض منافع در آن وجود ندارد و سهم نویسندگان به ترتیب اسامی آنها در مقاله ذکر شده است.

تشکر و قدردانی: از تمامی کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می شود.

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش شامل موارد ذیل بود: الف) کلیه شرکت کنندگان در پژوهش با اختیار و تمایل خود شرکت کردند. ب) درباره اصول رازداری و محرمانه بودن هویت شرکت کنندگان به آنان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات به صورت محرمانه باقی خواهد ماند ج) شرکت کنندگان در صورت تمایل هر زمانی که میخواستند از ادامه مشارکت می توانستند انصراف دهند و د) در پایان از شرکت کنندگان گروه کنترل نیز برای اجرای درمان دعوت گردید. همچنین این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IAU.B.REC.1401.025 بود.

Reference:

1. Erikson E. Identity: Youth and crisis. New York: Norton; 1968.
1. Imtiaz S, Naqvi I. Parental Attachment and Identity Styles among Adolescents: Moderating Role of Gender. Pakistan Journal of Psychological Research. 2012; 27(2).
2. Perkins A, Gracey F, Kelly G, Jim J. A new model to guide identity-focused multidisciplinary rehabilitation for children and young people following acquired brain injury: I-FoRM. Neuropsychological Rehabilitation. 2022; 32(8): 1928-1969.
3. Szabó Á, Ward C, Meca A, Schwartz SJ. Testing the construct validity and empirical distinctiveness of the Multicultural Identity Styles Scale (MISS) and the Bicultural Identity Integration Scale (BIIS-2). Psychological assessment. 2022; 32(7):705.
4. Erikson E. Identity: Kouth and crisis. New York: Northon & Company. In: Inc; 1968.
5. Joanne S, Eugene F, James E.M. Identity in adolescence. Handbook of adolescent psychology. 1992; 15 (3): 283-300. [https://doi.org/10.1016/0140-1971\(92\)90031-Y](https://doi.org/10.1016/0140-1971(92)90031-Y)
6. Berzonsky MD, Cieciuch J, Duriez B, Soenens B. The how and what of identity formation: Associations between identity styles and value orientations. Personality and Individual differences. 2011; 50(2): 295-299. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.10.007>
7. Hashemi Z, Shahjoe T. Comparison of Oppositional Defiant Disorder, Self-Control and Attachment Styles in Children with Addicted and Non-Addicted Parent. J Child Ment Health. 2022; 9 (3) :47-61. URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1213-fa.html>
8. Borjali M, Alizadeh H, Ahadi H, Farrokhi N, Sohrabi F, Mohamadhi M. A comparative study on three therapeutic programs including parent encouraging training, behavioral training and pharmacotherapy for increasing self-control among children with attention deficit hyperactive disorder. Clin Psychol Stud. 2013; 4(16): 153-175. https://jcps.atu.ac.ir/article_61.html?lang=en
9. Fuchshuber J, Hiebler-Ragger M, Kresse A, Kapfhammer HP, Unterrainer HF. The influence of attachment styles and personality organization on emotional functioning after childhood trauma. Front psychiatry. 2019; 10: 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00643>
10. Moosavian Z, Mohammadi M, Sarlak N, Ghodrat G. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Students' Attributional Styles and Academic Optimism. J Child Ment Health. 2023; 9(4): 40-60. URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1134-fa.html>

11. Babosalam S, Ghazanfari A, Ahmadi R. Modeling Academic Engagement Based on Academic Identity with the Mediating Role of Academic Wellbeing of Students. *J Child Ment Health*. 2022; 9(3): 62-77. URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1284-fa.html>
12. Greenwood CR, Beecher C, Atwater J, Petersen S, Schiefelbusch J, Irvin D. An ecobehavioral analysis of child academic engagement: Implications for preschool children not responding to instructional intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*. 2018; 37(4): 219-233. <https://doi.org/10.1177/02711214177419>
13. Shaukatpour Lotfi S, Moghtadar L, Akbari B. Comparing the effectiveness of parent-child interaction training, attachment-based therapy and self-regulation skill training on children's emotion control. *Jayps*. 2023; 4(2): 159-173. <http://jayps.iranmehr.ac.ir/article-1-261-fa.html>
14. Cooper ML, Collins NL, Shaver PR. Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence, *Journal of Personality and Social Psychology*. 2014; 74(5), 1380 – 1397. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1380>
15. Moradi M, Farhangi A, Tizdast T. Modeling children's behavioral problems based on attachment styles with parent-child relationship mediation. *Jayps*. 2023; 4(2): 12-23. <http://jayps.iranmehr.ac.ir/article-1-466-fa.html>
16. Ainsworth, MS. Attachments beyond infancy. *American Psychologist*. 1989; 44(4): 709–716. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709>
17. Di Tella M, Castelli L. The secure attachment style oriented psycho -educational program for reducing intolerance of uncertainty and academic procrastination. *Current Psychology*. 2016; 1 -14.
18. Galvez-Sánchez CM, Reyes GA, Duschek S. Cognitive impairments in oppositional defiant disorder: Associations with positive and negative affect, alexithymia, pain catastrophizing and self-esteem. *Frontiers in Psychology*. 2018; 9 (1):377.
19. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30(2):217-237.
20. Diedrich A, Hofmann SG, Cuijpers P, Berking M. Self-compassion enhances the efficacy of explicit cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy in individuals with major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2016; 82: 1 10. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2016.04.003>.
21. Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, Van-Den-Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Personality and Individual Differences*. 2004; (36):267-276
22. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, Kivlahan DR. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend*. 2002 Jun 1; 67(1):13-26. doi: 10.1016/s0376-8716(02)00011-x. PMID: 12062776.
23. Garnefski N, Van-Der-Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Tein EO. The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Problems:

- Comparison between a Clinical and a Non-Clinical Sample. *European Journal of Personality*. 2002; 16(5): 403-420. DOI: 10.1002/per.458
24. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press. 2009: 154-196.
25. Entezari S, Taher M, Aghaei H. The Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy on Depression, Suicide Ideation, and Masochistic Aggression in Individuals with Subclinical Symptoms of Body Dysmorphic Disorder. *J Child Ment Health*. 2021; 7 (4): 1-18. URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1069-fa.html>
26. Hassani M, Nadi M, Sajjadian I. The Effect of the Cognitive-Emotional-Social Working Memory Training Package on the Improvement of Metacognition and Emotional Creativity in Students. *J Child Ment Health*. 2020; 7 (3): 108-127. URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-635-fa.html>
27. Tankamani N, Saffarinia M, aghayousefi A, alipour A. A review of the relationship between attachment styles and mental rumination with psychological response to coronavirus (Covid-19). *Clin Exc*. 2021; 11 (S2): 64-75. URL: <http://ce.mazums.ac.ir/article-1-668-fa.html>
28. Koen Luyckx TAK, Bart Duriez, Stijn Van Petegem, Wim Beyers, Eveline Teppers, Luc Goossens. Personal identity processes and self-esteem: Temporal sequences in high school and college students. *Journal of Research in Personality*. 2013; 47: 159-70.
29. Tahmasbipour N, Zakeri F S. Predicting the Dimensions of Girls' Identity Based on Their Dimensions of Self-Esteem and Body Image. 2021; 12(46):66-76.
30. Katz LY, Cox BJ, Gunasekara S, Miller AL. Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *J Am Acad Child Psychol*. 2004; 43: 276-82.
31. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther*. 2001; 32: 371-90.
32. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM, Watzler S, Leigh E. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal patients. *J Pract Psychiatr Behav Health*. 1997; (2): 76-86.
33. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*. 1987; 52(3): 511 -23.
34. Tankamani N, Saffarinia M, aghayousefi A, alipour A. A review of the relationship between attachment styles and mental rumination with psychological response to coronavirus (Covid-19). *Clin Exc*. 2021; 11 (S2): 64-75. URL: <http://ce.mazums.ac.ir/article-1-668-fa.html>
35. Koen Luyckx TAK, Bart Duriez, Stijn Van Petegem, Wim Beyers, Eveline Teppers, Luc Goossens. Personal identity processes and self-esteem: Temporal sequences in high school and college students. *Journal of Research in Personality*. 2013; 47: 159-70.
36. Tahmasbipour N, Zakeri F S. Predicting the Dimensions of Girls' Identity Based on Their Dimensions of Self-Esteem and Body Image. 2021; 12(46):66-76.

37. Garnefski N, Kraaij V. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire “Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults”. Eur J Psych Asse. 2007; 23(3): 141-149.
38. Mazaheri Tehrani F, Kokali M, Savabi Niri V, Bikas Yekani M. The Effectiveness of Reality Therapy on Cognitive Flexibility and Self-Differentiation in Mothers with Children with Special Learning Disorders. J Child Ment Health 2022; 9 (1) : 6 URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1129-fa.html>
39. Nasiri F, Mahmoodaliloo M, Bakhshipoor A. The Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Treating People with Generalized Anxiety Disorder. Research in Clinical Psychology and Counseling, 2015; 5(1): 116-133. doi: 10.22067/ijap.v5i1.40703
40. Jalalvand D, Goodarzi K, Karimi J, Yaghoobi A. The Effectiveness of Behavioral-integrated couple therapy and couple therapy by Guttman method on the Quality of Marital Relationships and Marital Intimacy. Journal of Family Research, 2023; 19(1): 107-124. doi: 10.48308/JFR.19.1.107
41. Aghili M, Kalteh M, Babae E. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Self-disclosure, Self-compassion and Self-injurious Behaviors of Female Students. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2024; 30(6): 742-755. doi: 10.30468/jsums,2024.7569.2920