

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی در زنان دارای همسر وابسته به مواد

فاطمه کریمی^۱، فریبا زرگرشیرازی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۱/۰۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۲۴

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی در زنان دارای همسر وابسته به مواد بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان دارای همسر وابسته به مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اهواز در سال ۱۴۰۲ بود. از این بین، ۳۲ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) قرار گرفتند. شرکت کنندگان هر دو گروه پرسشنامه های تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی را در پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. درمان شناختی-رفتاری در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای با فراوانی یک جلسه در هفته بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته ها:** نتایج نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود داشت و درمان شناختی-رفتاری باعث افزایش تحمل پریشانی و بهبود مهارت های تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای همسر وابسته به مواد شد. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده، متخصصین حوزه ی اعتیاد می توانند با استفاده از روش درمان شناختی-رفتاری بر افزایش توانمندی های مرتبط با تحمل پریشانی و مهارت های تنظیم شناختی هیجان تأکید کنند.

کلیدواژه ها: درمان شناختی-رفتاری، تحمل پریشانی، تنظیم شناختی هیجان، زنان دارای همسر وابسته به

مواد

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رامهرمز، رامهرمز، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان شناسی، واحد آبادان، دانشگاه آزاد اسلامی، آبادان، ایران. پست الکترونیک:

Fzsh3705@gmail.com

مقدمه

امروزه اعتیاد^۱ به عنوان یک آسیب اجتماعی رو به افزایش در جامعه، شناخته می‌شود که پیامدهای مربوط به آن دامنه نوینی پیدا نموده و به شکل مخاطره‌آمیز و پیچیده‌ای سلامت خانواده‌ها را تهدید می‌نماید (بنچایا^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). وابستگی به مواد^۳ در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۴ با عنوان اختلال اعتیادی و مرتبط با مواد معرفی شده است و به عنوان مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی تعریف شده که نشان می‌دهند فرد با وجود مشکلات قابل ملاحظه مرتبط با مواد، به مصرف مواد ادامه می‌دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۵، ۲۰۲۲). وابستگی به مواد مخدر یکی از بزرگترین معضلاتی است که در طی زمان‌های مختلف، جوامع بشری را درگیر مشکلات و پیامدهای شوم خود نموده است (رگینسون^۶ و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس گزارش جهانی مواد مخدر سازمان ملل در سال ۲۰۲۰، مصرف مواد مخدر در سراسر جهان در حال افزایش است. در مقایسه با سال ۲۰۰۹، تا سال ۲۰۱۸ میزان اعتیاد به مواد مخدر ۳۰ درصد افزایش داشته است (ما، لیو، وان، لی و ژانگ^۷، ۲۰۲۲). آمار کشوری اعتیاد به علت دشواری در تشخیص و گزارش صحیح موارد، آمار دقیقی نمی‌باشد؛ ولی به نظر می‌رسد بین ۱/۲ تا ۶ میلیون نفر در ایران به صورت وابستگی یا تغنی مواد مصرف می‌کنند و بر اساس پژوهش‌ها، تعداد معتادان تقریباً هر ۱۲ سال، دو برابر شده و سالانه ۸ درصد بر جمعیت آنان افزوده می‌گردد (تقوائی‌نیا، ۱۴۰۱). شیوع وابستگی به مواد مخدر به سرعت در ایران و در سطح جهانی در حال افزایش است و به یک نگرانی مهم در زمینه بهداشت عمومی تبدیل شده است (عامری، ۱۴۰۱). اعتیاد علاوه بر این که دشواری‌های زیادی را برای سلامتی جسم و روان فرد وابسته به مواد ایجاد می‌کند، منجر به آشفته‌گی در انسجام خانواده و کارکرد اعضای آن به عنوان یک واحد، تغییر ناگهانی وضعیت اقتصادی

1. addiction
2. Benchaya
3. substance-dependent
4. diagnostic and statistical manual of mental disorders

5. American psychiatric association
6. Reginsson
7. Ma, Liu, Wan, li & Zhang

اجتماعی، عدم همخوانی درآمد با انتظارات و تغییر در هرم نقش‌های خانواده می‌گردد و خطر مواجهه با عواقب سرنوشت‌ساز را در پی دارد (شاری^۱ و همکاران، ۲۰۱۷).

ازجمله افرادی که نقش کلیدی در خانواده ایفا می‌کنند، زنان هستند که در این میان زنان دارای همسر وابسته به مواد در معرض جدی انواع آسیب‌های مصرف مواد قرار می‌گیرند. تعارض‌های شدید، گسستگی‌های عاطفی، طلاق و ازهم پاشیدگی کانون خانواده از عوارض سوء این امر به شمار می‌آید. زنان دارای همسر وابسته به مواد به دلیل تلاش برای حفظ و مدیریت خانواده ناگزیر به پذیرش مسئولیت سرپرستی خانواده نیز هستند و ممکن است متحمل فرسودگی و فشارهای زیادی شوند که کیفیت زندگی آن‌ها را به شدت کاهش دهد (نیلانکاویل و دی‌گوزمن^۲، ۲۰۱۹). از سوی دیگر، بسیاری از زنان دارای همسر وابسته به مواد علاوه بر امور خانه‌داری و تربیت فرزندان ناگزیر هستند مسائل مالی و سرپرستی خانواده را نیز بر عهده بگیرند. این زنان متحمل فشارهای زیادی هستند و به دلیل نقشی که به عنوان مراقبت‌کننده از فرد همسر وابسته به مواد خود ایفا می‌کنند، تحت فشار و محدودیت هستند. آن‌ها ممکن است که با عدم حمایت خانواده اصلی، انتظارات مالی و سرزنش به خاطر اعتیاد همسر مواجه شوند (امیدیان، کاظمیان‌مقدم و هارون‌رشیدی، ۱۴۰۱). همچنین فشارهای روحی و روانی، بحران‌های هیجانی، تخطی از توافق جنسی، احساس بی‌کفایتی، سرخوردگی و کاهش رضایت از زندگی و اختلال در مناسبات و تعاملات اجتماعی از جمله آثار و پیامدهای منفی وابستگی به مواد می‌باشد. بنابراین، می‌توان گفت زنان دارای همسر وابسته به مواد، جزء اقشار آسیب‌پذیر جامعه هستند که چالش‌های زندگی آن‌ها زیاد و از امور مهم برای توجه است؛ از این رو لازم است به گروه زنان توجه شایانی شود، بدین منظور که انجام مداخله‌های روان‌شناختی در این راستا بسیار ضروری است. یکی از این اقدامات، شناسایی عوامل و متغیرهایی است که می‌توان با دستکاری آن‌ها زمینه بروز مشکل را کاهش داد. به نظر می‌رسد از جمله این عوامل توانایی تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی است.

طبق نتایج مطالعات، یکی از متغیرهایی که نارسایی آن در زنان دارای همسر وابسته به مواد مشاهده می‌شود، مشکلاتی از راهبردهای تنظیم شناخت و هیجان منفی و رفتار بین فردی مختل می‌باشد (اوکاتی و عرب، ۱۴۰۱). هیجان، واکنش کلی فرد به یک موقعیت است که اغلب با یک حالت عاطفی خوشایند یا ناخوشایند همراه می‌باشد و هیجان‌ها به صورت الگوهای رفتاری مخصوص به نوع و یا پاسخ‌های فیزیولوژیکی هستند (آناستازیا، اکاترین، آنا و پاول^۱، ۲۰۲۳). با اینکه هیجان‌ات منبایی زیستی دارند اما فرد می‌تواند بر شیوه‌ی ابراز هیجان‌ات تاثیر بگذارد که توانایی تنظیم هیجان نام دارد (میلر^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). تنظیم هیجان به عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در شدت و استمرار احساس درونی و هیجان برای رسیدن به اهداف فرد تعریف می‌شود (آناستازیا و همکاران، ۲۰۲۳). راهبردهای تنظیم هیجان به معنای آگاهی، فهم، پذیرش هیجان‌ها، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی هستند و شامل رفتارهای سازگارانه با هدف‌های شخصی در موقعیت‌هایی که هیجان‌های منفی تجربه می‌شود و توانایی استفاده از راهبردهای هیجانی منعطف و متناسب با موقعیت است (هارون رشیدی، کاشی‌زاده و کاظمیان‌مقدم، ۱۳۹۹). تنظیم هیجان به معنای تلاش افراد برای تأثیر گذاشتن روی تجربه و چگونگی بیان آن و شدت فرایندهای رفتاری و تجربی هیجان است، که از طریق به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان صورت می‌گیرد (کرمی، شریفی، نیک‌خواه و غضنفری، ۱۳۹۸). بر اساس مدل گراس^۳ (۲۰۰۲) تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه‌ای می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کاربرده می‌شود؛ بنابراین، مدل فرایند تنظیم هیجان گراس شامل پنج مرحله بوده و هر مرحله شامل راهبردهای سازگار و راهبردهای ناسازگار است. درحقیقت، تنظیم هیجان، شامل استفاده از راهبردهای رفتاری و شناختی برای تغییر در مدت زمان یا شدت تجربه‌ی یک هیجان است و مشخص شده است که افراد هنگام مواجهه با رویدادهای تنش‌زا، از راهبردهای تنظیم هیجانی متفاوتی جهت اصلاح یا تعدیل

تجارب هیجانی خود استفاده می‌کنند. یکی از متداول‌ترین این راهبردها، تنظیم هیجان با استفاده از راهبردهای شناختی است. شناخت‌ها یا فرآیندهای شناختی به افراد کمک می‌کند تا هیجانات و احساس‌های خود را تنظیم نمایند و توسط شدت هیجانات مغلوب نشود. در همین راستا گارنفسکی، کرایج و اسپینوهن^۱ (۲۰۰۱) استراتژی‌های تنظیم شناختی هیجان را ارائه کردند که شامل سرزنش خود (افکاری که فرد را به دلیل چیزهایی که تجربه کرده است سرزنش می‌کند)، سرزنش دیگران (افکاری که دیگران را برای آنچه که اتفاق افتاده سرزنش می‌کند)، پذیرش (افکاری که فرد آنچه را که اتفاق افتاده می‌پذیرد و خود را کنار می‌کشد)، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی (افکاری مربوط به چگونگی طی کردن مراحل و مدیریت وقایع منفی)، تمرکز مجدد مثبت (فکر کردن به موضوعات لذت‌بخش به جای رویداد واقعی)، نشخوارفکری (فکر کردن درباره‌ی احساسات و افکار مرتبط با رویدادهای ناخوشایند)، ارزیابی مجدد مثبت (افکار مربوط به دستاوردهای مثبت رویداد یا رشد شخصی)، اتخاذ دیدگاه (تفکرات مربوط به کم اهمیت بودن رویداد یا تاکید بر نسبی بودن آن در مقایسه با دیگر رویدادها) و فاجعه‌آمیزپنداری (افکاری که به صراحت بر وحشت از حادثه تاکید می‌کند) می‌باشد. در صورتی که در فرایند نظم‌دهی هیجانی افراد اختلالی به وجود بیاید می‌تواند باعث آسیب‌های روانی و پیدایش اضطراب در فرد شود (رجب‌زاده، ۱۳۹۶). آنستاسین و همکاران (۲۰۲۳) در بررسی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در زنان دارای همسر وابسته به مواد نشان دادند تمام ۹ راهبرد تنظیم هیجان در سطوح مختلف در میان این افراد تأیید شده است و عدم کنترل کافی در رفتار این افراد علت شایع اختلالات هیجانی می‌باشد. لئون، جارنک، گیل‌مور و فلانگان^۲ (۲۰۲۲) نیز نشان دادند راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در زنان دارای همسر وابسته به مواد مشکل وجود دارد. باتوجه به این موارد می‌توان نتیجه گرفت که رشد راهبردهای تنظیم هیجان در سلامت روان زنان با همسر وابسته به مواد نقش دارند؛ لذا مصرف مواد

توسط همسر در این گروه از زنان، می تواند مهارت های فرد در تنظیم شناختی هیجان و پیامدهای ناشی از آن را تحت تاثیر قرار دهد.

از دیگر مشکلات قابل توجه در زنان دارای همسر وابسته به مواد، تحمل پریشانی^۱ است. تحمل پریشانی به عنوان توانایی ذهنی یا عینی برای مقاوم ماندن در برابر حالت های درونی مضر و رویدادهای بیرونی ناسازگار تعریف شده است (روینسون^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). درواقع، تحمل پریشانی به توانایی مقابرت در مقابل هیجانات منفی، مشکلات جسمانی و حالات پریشانی درونی که توسط عوامل بیرونی ایجاد می شوند، اشاره دارد (هارون رشیدی، ۱۴۰۲). افرادی که تحمل پریشانی ضعیفی دارند، از افکار و احساسات منفی اجتناب می کنند و به احتمال بیشتر اجتناب تجربی را نشان می دهند. افزون بر این عدم تحمل پریشانی عامل خطر بالقوه ای جهت رفتارهای پیشگیرانه ناسازگار نظیر نگرانی بوده و نوعی تنظیم هیجان ضعیف تلقی می شود که گستره وسیعی از علائم روان شناختی را تحت تاثیر قرار می دهد (لاس و وینر^۳، ۲۰۲۰). در واقع آگاهی افراد از پریشانی جهت کارکرد کلی آنان ضروری است؛ زیرا تحمل پریشانی سازگار مانند آگاهی از هیجانات، خواسته ها و احساسات فردی تلقی می شود. شاری و همکاران (۲۰۱۷) با بررسی تحمل پریشانی در زنان دارای همسر وابسته به مواد به این نتیجه رسیدند زنانی که همسر وابسته به مواد دارند سطح تحمل پریشانی پایین تری را نسبت به سایرین نشان دادند. همچنین زنانی که توانایی کمتری در تحمل پریشانی و ناملايمات دارند معمولاً برای مقابله با هیجانات منفی به رفتارهای مخرب گرایش می یابند که می تواند موجب کاهش فوری و تسکین لحظه ای هیجانات منفی شود. به نظر می رسد کارکرد ضعیف زنان دارای همسر وابسته به مواد در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی، زمینه ساز آسیب های روانی در آنها می شود و اختلال عملکردی خانواده را افزایش می دهد (تقوایی نیا، ۱۴۰۱). با توجه به اهمیت متغیرهای مورد اشاره، شناسایی عواملی که بتواند موجب دستکاری مطلوب و بهبود آنها شود، مسئله ای ضروری و حائز اهمیت برای متخصصان بهداشت روان می باشد.

1. distress tolerance
2. Robinson

3. Lass & Winer

با در نظر گرفتن اهمیت سلامت روان و آرامش زنان در خانواده و جامعه، به ویژه همسران افراد در حال ترک اعتیاد و گزارش نرخ بالای اختلالات اعم از مشکلات رفتاری مانند مصرف مواد، افکار خودکشی، افسردگی و اضطراب، تجربه خشونت فیزیکی از جانب همسر و همچنین روابط فرازناشویی در میان زنان دارای همسر مصرف کننده مواد، این مسئله بیانگر لزوم انجام برنامه‌هایی به منظور پیشگیری و مداخله است (شیری، گودرزی، مرادی و احمدیان، ۱۳۹۹)؛ امروزه رویکردهای گوناگون درمانی با هدف کاهش تنش و مشکلات هیجانی به وجود آمده است. هدف درمان شناختی رفتاری کمک به فرد برای سازگاری با مشکلات جاری و یادگیری روش‌های مؤثر تنظیم هیجان است (اپستین و ژانگ^۱، ۲۰۱۷). درمان شناختی-رفتاری مداخله‌ای است که بر باورهای فرد در مشکلات زندگی متمرکز است و به افراد کمک می‌کند تا مشکلات خود را برطرف کنند. در عین حال، راهکارهای رفتاری به آن‌ها را ارائه می‌دهد که می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا مشکلات احتمالی خود را پیدا و برطرف کنند؛ به عبارت دیگر، هدف اصلی این روش تنها حل مسئله نیست؛ بلکه آموزش است تا افراد بیاموزند که چگونه با مشکلات جدید مواجه شوند (باکام، فیشر، هالوگ و اپستین^۲، ۲۰۱۹). به طور کلی می‌توان چنین نتیجه گرفت که مبانی درمان شناختی-رفتاری بر شناخت افراد از باورها و مشکلات تأکید دارد و شناخت را بخش جدایی‌ناپذیر فرآیند تغییر می‌داند (مک‌هاگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۴)؛ لذا، به نظر می‌رسد بتواند اثرگذاری مطلوبی در کاهش پریشانی و بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی نیز داشته باشد. یافته‌های پژوهش بیگی، نجفی، محمدی‌فر و عبداللهی (۱۳۹۷) حاکی از آن است که این شیوه درمانی در افزایش تاب‌آوری و تحمل پریشانی مؤثر است. در همین راستا حسین‌زاده، اسبقی و نصیری (۱۳۹۹) در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب و بهبود مهارت‌های شناختی تنظیم هیجان تأثیر معناداری داشته است؛ چنان که این درمان توانسته منجر به بهبود مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان در مرحله درمان و پیگیری شود. الهی، نجفی و محمدی‌فر (۱۴۰۲)

در پژوهشی نشان دادند درمان شناختی-رفتاری و درمان فراشناختی جهت ارتقای سلامت روان افراد وابسته به مواد اثربخش است. یافته‌های حاصل از پژوهش اوتول، منین، هوگارد، زاچاریا و روزنبرگ^۱ (۲۰۱۵) نیز نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان زنان متأهل، اثربخش است. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که این درمان بر تحمل پریشانی زنان متأهل نیز اثربخش بوده است. علاوه بر این، نتایج مک‌هاگ و همکاران (۲۰۱۴) حاکی از آن بود که میزان تحمل پریشانی گروه آزمایش پس از انجام مداخله شناختی رفتاری به طور معناداری افزایش پیدا کرده و مداخله موجب بهبود تحمل پریشانی آن‌ها شده بود. همچنین ضرابی، طباطبایی نژاد و لطیفی (۱۴۰۰) نشان دادند درمان شناختی رفتاری در بهبود تحمل پریشانی زنان اثربخش بوده است. کاتز، رکتور و لاپوسا^۲ (۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان داد که درمان شناختی رفتاری قادر است بر تحمل پریشانی افراد گروه نمونه تأثیر گذاشته و موجب بهبود روابط و نگرش آن‌ها در روابط می‌شود.

مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد اگرچه شواهد تحقیقاتی مختلف از اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر متغیرهای روان‌شناختی مختلف در نمونه‌های مختلف بررسی شده است، اما این گونه پژوهش‌ها کمتر در نمونه‌های زنان همسران معتاد انجام شده است. از آن جایی که یکی از ریشه‌های اصلی توانایی تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی باورها و شناخت‌های افراد است، لذا از درمان شناختی-رفتاری جهت بهبود توانایی تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی زنان با همسر وابسته به مواد می‌توان استفاده کرد. از سویی جایگاه زنان دارای همسر معتاد، با توجه به مسائل فردی آنان و نقش‌هایی که در برابر همسر، فرزندان و جامعه دارند، از اهمیت خاصی برخوردار است و توجه به این گروه ضروری می‌باشد. همچنین با بررسی پیشینه پژوهشی، پژوهش‌هایی در خصوص اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود توانایی تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی در این گروه از افراد یافت نشد که همین امر هم خلأ پژوهشی در این زمینه را پر می‌کند و هم بر جنبه نوین بودن پژوهش می‌افزاید. بنابراین درمان شناختی-رفتاری و اثرات آن غیرقابل

اجتناب به نظر می‌رسد، اما تاکنون مطالعات منظمی به بررسی اثربخش آن بر توانایی تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی نپرداخته‌اند و موارد مذکور به عنوان اهداف اساسی پژوهش حاضر به شمار می‌روند؛ لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان شناختی رفتاری بر توانایی تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی زنان دارای همسر وابسته به مواد اثربخش است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌آماري پژوهش شامل تمامی زنان دارای همسر معتاد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اهواز در سال ۱۴۰۲ بودند. در پژوهش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر یک از زیرگروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (دلاور، ۱۴۰۰)؛ بنابراین، از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۳۲ نفر (۱۶ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری در دسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک ورود به پژوهش گذشتن حداقل دو سال از زندگی مشترک، داشتن تحصیلات بالاتر از دیپلم، رضایت‌مندی برای شرکت در پژوهش و عدم دریافت درمان همزمان با مداخله پژوهش و ملاک خروج از پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه، عدم مشارکت منظم در جلسات و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم‌افزار اسپاس‌اس تحلیل شدند.

ابزار

۱- پرسشنامه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان: این پرسشنامه توسط توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) طراحی شده و ۳۶ آیتم دارد. پاسخ به سوالات این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) است. این پرسشنامه راهبردهای منفی شامل سرزنش خود (سوالات ۱، ۱۰، ۱۹ و ۲۸)، سرزنش دیگران (سوالات ۹، ۱۸، ۲۷ و ۳۶)، فاجعه‌پنداری (سوالات ۸، ۱۷، ۲۶ و ۳۵) و نشخوار فکری (سوالات ۳، ۱۲، ۲۱ و ۳۰) و

راهردهای مثبت شامل پذیرش (سوالات ۲، ۱۱، ۲۰ و ۲۹)، تمرکز مجدد مثبت (سوالات ۴، ۱۳، ۲۲ و ۳۱)، برنامه‌ریزی (سوالات ۵، ۱۴، ۲۳ و ۳۲)، بازاریابی مثبت (سوالات ۶، ۱۵، ۲۴ و ۳۳) و اتخاذ دیدگاه (سوالات ۷، ۱۶، ۲۵ و ۳۴) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پایایی این آزمون را براساس ضریب آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱ و برای راهبردهای منفی ۰/۸۷ گزارش نموده‌اند. همچنین در مطالعه گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) با استفاده از روش بازآزمایی، ضریب پایایی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با فاصله زمانی ۱۴ ماه، بین ۰/۴۸ تا ۰/۶۱ به دست آمده است. در ایران نیز روایی ساختاری و پایایی این مقیاس مورد تایید قرار گرفت و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۲ برای هر زیرمقیاس محاسبه شده است (عبدی، باباپور خیرالدین و فتحی، ۱۳۸۹).

۲- پرسشنامه تحمل پریشانی^۱: این پرسشنامه توسط سیمونز و گاهر^۲ (۲۰۰۵) تدوین شد که دارای ۱۵ گویه و ۴ مولفه است. مولفه‌های این پرسشنامه شامل تحمل پریشانی (گویه‌های ۱، ۳ و ۵)، جذب شدن با هیجانات منفی (گویه‌های ۲، ۴ و ۱۵)، برآورد ذهنی پریشانی (گویه‌های ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲) و تنظیم تلاش‌ها جهت تسکین پریشانی (گویه‌های ۸، ۱۳ و ۱۴) هستند و گویه ۶ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری سوالات بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافق (۱) تا کاملاً مخالف (۵) انجام می‌شوند و کسب نمرات بالا در این مقیاس نشان‌دهنده تحمل پریشانی بالاست. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند؛ آن‌ها همچنین گزارش کرده‌اند که این پرسشنامه دارای روایی همگرایی و ملاکی مطلوبی است. تقوایی‌نیا (۱۴۰۱) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۵ گزارش نمود.

روش اجرا

در این مطالعه، درمان شناختی-رفتاری به صورت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و با فراوانی یک جلسه در هفته انجام شد. همچنین اجرای آزمون‌های تحقیق، قبل از شروع مداخله (پیش

آزمون) و بعد از اتمام جلسات آموزشی (پس آزمون) اجرا شد. پروتکل مراحل درمان شناختی-رفتاری به صورت خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شرح مختصر جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسات	محتوا	تکلیف
اول	ارتباط و ایجاد آمادگی توضیح روش و اهداف جلسات، بیان طرح درمان شناختی-رفتاری، اعلام قوانین برنامه درمانی	-
دوم	شناسایی باورها و انتظارات غیرواقع‌بینانه، بررسی انتظارات و باورها، نشان دادن تأثیر باورهای مخرب بر احساسات و رفتارهای فرد، شناخت انواع مختلف خطاهای تفکر و افکار ناکارآمد	شناسایی و ثبت افکار ناکارآمد
سوم	آموزش و بررسی مدل شناختی فکر و رفتار شناختی-رفتاری، ارائه توضیحات درباره افکار خودآیند منفی، معرفی و شناسایی خطاهای شناختی با میزان اعتقاد به آن‌ها، آموزش اصلاح خطاهای شناختی	شناسایی و ثبت خطاهای شناختی
چهارم	آموزش مدل ABCD؛ A: حوادثی که اتفاق افتاده است؛ B: عقاید فرد درباره حوادث؛ C: پیامدهای شایسته فکر کردن؛ D: تشخیص افکار خودآیند منفی و بحث درباره آن‌ها، درگیر شدن با افکار خودآیند و جایگزینی افکار مثبت و منطقی با آن‌ها	جایگزینی افکار مثبت با افکار منفی در مدل ABCD
پنجم	تمرین و آموزش مهارت‌های پذیرش، برنامه‌ریزی، تمرکز مجدد مثبت و بازاریابی مثبت، آموزش جایگزینی افکار منفی با افکار مثبت	جایگزینی افکار مثبت با افکار منفی در مدل ABCD
ششم	ایجاد مهارت‌های درک همدلانه، ارزیابی الگوها و موانع تنظیم هیجانی سازگارانه، تمرین و آموزش مهارت‌های ارتباط کارآمد	تمرین مهارت‌های تنظیم هیجانی
هفتم	آموزش تکنیک‌های کارآمد در مواقع مواجهه با مشکلات روان-شناختی مانند ریلکسیشن و مراقبه، افزایش تبادلات رفتاری مثبت، شناخت الگوهای تقویت و تنبیه، افزایش تقویت‌کننده‌های مثبت و کاهش تنبیه، درک و عینی‌سازی رفتار	اجرای ریلکسیشن و مراقبه
هشتم	آموزش مهارت حل مسئله، بررسی مشکلات موجود و ارزیابی روش‌های حل مسئله، آموزش و تمرین مراحل روش حل مسئله جهت افزایش تحمل پریشانی، اجرای پس آزمون	-

یافته‌ها

گروه نمونه شامل ۳۲ نفر از زنان دارای همسر معتاد در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال بود. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ($31/87 \pm 3/22$) و گروه کنترل ($31/40 \pm 3/18$) بود. از لحاظ تحصیلات ۱۸ نفر ($56/2$ درصد) از شرکت کنندگان دارای تحصیلات دانشگاهی و ۱۴ نفر ($43/7$ درصد) دیپلم بودند. کلیه شرکت کنندگان دارای فرزند و حداقل ۲ سال از زمان ازدواج‌شان گذشته بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها		پیش آزمون		پس آزمون	
گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
تنظیم شناختی هیجان مثبت	۴۱/۶۹	۱۴/۴۱	۴۹/۶۹	۱۸/۳۲	آزمایش
تنظیم شناختی هیجان منفی	۴۲/۱۹	۱۵/۲۰	۴۱/۰۱	۱۵/۳۷	کنترل
تحمل پریشانی هیجانی	۴۴/۳۷	۱۴/۲۱	۳۵/۰۱	۱۳/۹۶	آزمایش
جذب شدن به هیجانات منفی	۴۳/۸۱	۱۵/۵۱	۴۲/۶۹	۱۴/۲۵	کنترل
برآورد ذهنی پریشانی	۶/۸۸	۲/۲۷	۹/۶۹	۲/۷۹	آزمایش
تلاش برای تسکین پریشانی	۶/۰۶	۲/۸۱	۶/۳۸	۲/۱۲	کنترل
نمره کل تحمل پریشانی	۷/۰۹	۱/۹۱	۱۰/۶۹	۳/۸۷	آزمایش
تلاش برای تسکین پریشانی	۶/۶۲	۲/۶۳	۶/۸۱	۳/۰۳	کنترل
نمره کل تحمل پریشانی	۱۱/۸۱	۵/۰۳	۱۷/۸۸	۶/۷۸	آزمایش
تلاش برای تسکین پریشانی	۱۰/۶۳	۵/۴۷	۱۱/۰۶	۴/۹۱	کنترل
نمره کل تحمل پریشانی	۷/۷۵	۳/۰۴	۹/۷۵	۳/۲۹	آزمایش
تلاش برای تسکین پریشانی	۷/۳۸	۳/۵۵	۷/۳۸	۳/۱۱	کنترل
نمره کل تحمل پریشانی	۳۳/۵۰	۱۰/۱۳	۴۷/۰۱	۱۱/۸۱	آزمایش
تلاش برای تسکین پریشانی	۳۲/۶۹	۷/۸۵	۳۱/۶۳	۷/۴۱	کنترل

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه پژوهش در متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد اما در مرحله پس آزمون، میانگین گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش تغییرات محسوسی داشته است. برای تجزیه نتایج اصلی از

آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس، نرمال بودن توزیع داده‌هاست. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنف حاکی از آن بود که نمرات مقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی دارای توزیع نرمال بودند ($p > 0/05$). همچنین هیچ کدام از مقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی در آزمون لوین معنادار نبودند ($p > 0/05$)، لذا می‌توان گفت که همگنی واریانس‌ها برقرار بود. بررسی همگنی رگرسیون، از دیگر پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس است. با توجه به اینکه هیچ کدام از مقیاس‌ها در بررسی همگنی رگرسیون معنادار نبودند ($p > 0/05$)، می‌توان نتیجه گرفت که فرض همگنی رگرسیون برقرار است. در ادامه پس از کنترل اثر پیش آزمون جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل بر طبق نمره‌های پس آزمون، در تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی زنان دارای همسر وابسته به مواد از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. نتایج مرحله پس آزمون در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: بررسی کوواریانس چندمتغیره پس آزمون تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	ارزش	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا
اثر پیلائی	۰/۷۹	۱۱/۸۷	۶	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶
لامبدای ویکلز	۰/۲۱	۱۱/۸۷	۶	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶
اثر هتلینگ	۳/۷۵	۱۱/۸۷	۶	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶
بزرگترین ریشه روی	۳/۷۵	۱۱/۸۷	۶	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد نتایج آزمون لامبدای ویکلز به عنوان رایج ترین آزمون نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری در مرحله پس آزمون وجود داشت و ۷۶ درصد تغییرات مربوط به عضویت گروهی بود. در ادامه برای بررسی دقیق این تفاوت‌ها نتایج بررسی تحلیل کوواریانس در نمره‌های پس آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس بر روی نمرات تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان دو گروه

متغیر	مؤلفه‌ها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا
تنظیم شناختی	تنظیم شناختی هیجان مثبت	۷۰۸/۸۶	۷/۸۰	۰/۰۱۰	۰/۲۴
هیجان	تنظیم شناختی هیجان منفی	۹۳۱/۳۵	۱۲/۸۳	۰/۰۰۲	۰/۳۴
تحمل پریشانی	تحمل پریشانی هیجانی	۷۶/۶۴	۴۴/۴۱	۰/۰۰۳	۰/۳۲
	جذب شدن به هیجانات منفی	۵۵/۴۶	۸/۳۴	۰/۰۰۸	۰/۲۵
	برآورد ذهنی	۳۰۴/۴۴	۲۰/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵
	تلاش برای تسکین	۴۳/۸۲	۴/۵۹	۰/۰۴۲	۰/۱۶

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، در تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به طوری که گروه آزمایش در تمامی مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی منفی نمرات کمتر و در تمامی مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی مثبت و تحمل پریشانی نمرات بیشتری را نسبت به گروه کنترل کسب کرده بودند. به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری باعث شد که گروهی که از این روش بهره برده بودند توانایی تنظیم شناختی هیجان بهتری را کسب کنند و بر افزایش تحمل پریشانی در پس‌آزمون اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی زنان دارای همسر وابسته به مواد بود. نتایج حاصل از یافته‌ها نشان داد بین گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری با توجه به میانگین تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایشی نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش معنی‌دار تنظیم شناختی هیجان مثبت و کاهش معنی‌دار تنظیم شناختی هیجان منفی در گروه آزمایشی شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های کاتز، رکتور و لپوزا^۱ (۲۰۱۷)، باکام و همکاران (۲۰۱۹)، هارون رشیدی (۱۴۰۲) و حسین‌زاده و همکاران

(۱۳۹۹) همسو است. در تبیین این یافته با توجه به نظریه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، می‌توان گفت تنظیم هیجان سازه‌ای چند بعدی است و شامل مؤلفه‌هایی چون خودآگاهی هیجانی، پردازش هیجانات، تفکیک و کنترل هیجانات مثبت و منفی است (باکام و همکاران، ۲۰۱۹). از سوی دیگر با توجه به ماهیت درمان شناختی رفتاری بر این اصل که درمانی مبتنی بر کنترل هیجانات، عواطف، آگاهی و پردازش بدون نقص و تحریف و کارآمد هیجانات است؛ لذا می‌توان انتظار داشت که بیشتر از هر مؤلفه‌ای درمان شناختی-رفتاری بر مولفه تنظیم هیجان تأثیرات قابل توجهی داشته باشد. ضمناً رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر کاهش خطاهای شناختی است و برای هر مسئله و مشکلی خطاهای شناختی مرتبط با آن مشکل و یا مسئله شناسایی و کنترل می‌گردد و در حیطه مشکلات مرتبط با تنظیم هیجان خطاهای شناخته شده‌ای را که به مشکلات هیجانی در افراد منجر می‌شوند؛ از قبیل ذهن خوانی، پیشگویی، فاجعه‌سازی انتزاعی انتخابی، تعمیم بیش از حد و استدلال هیجانی را شناسایی می‌نماید؛ بنابراین طبق این اصول می‌توان انتظار داشت که تعدیل و کنترل تحریف‌های شناختی تأثیرات قابل توجهی بر کاهش و درمان مشکلات تنظیم شناختی هیجان دارد. علاوه بر این، در تبیین این نتایج نیز می‌توان به اصول زیربنایی درمان شناختی رفتاری توجه کرد که بر اساس تغییر شناخت، هیجان و رفتار استوار است. در طی درمان شناختی رفتاری افراد به اصلاح باورهای نادرست خود می‌پردازند و با بهره‌گیری از آن در ارتباط با دیگران می‌توانند دیدگاه مثبتی نسبت به خود داشته باشند که این امر سبب شده درمان شناختی و رفتاری بر تنظیم هیجان اثرگذار باشد. این رویکرد با استفاده از ترکیب راهبردهای شناختی و رفتاری، فرد را قادر می‌سازد تا در جهت تغییرات رفتاری جدی تلاش نماید و عواقب این تغییرات را ارزیابی کند؛ سپس به وسیله تغییر افکار و شناخت، مهارت‌های یاد گرفته شده قابل انتقال به زندگی روزمره فرد می‌شود؛ بر این اساس فرد خودش قادر است هیجانات خود را مدیریت نماید و می‌توان بیان داشت در هر جایی مهارت‌های کنترل هیجان و تنظیم هیجانی باشد، تکنیک‌های شناختی رفتاری نیز کارآمد خواهد بود. در نتیجه درمان شناختی-رفتاری از طریق

فرایندهای توضیح داده شده باعث بهبود مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای همسر وابسته به مواد می‌گردد.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد بین گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود دارد. درمان شناختی رفتاری باعث شد که گروه آزمایش، تحمل پریشانی بیشتری را نسبت به گروه کنترل کسب کنند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های شاری و همکاران (۲۰۱۷)، مک‌هاگ و همکاران (۲۰۱۴) و ضرابی و همکاران (۱۴۰۰) همسو است و یافته‌های پژوهشی آن‌ها را مورد تأیید قرار می‌دهد. در تبیین این یافته می‌توان گفت رویکرد شناختی-رفتاری به فرد این دیدگاه را می‌دهد که اگرچه نمی‌تواند وقایع و حالت زندگی‌اش را تغییر دهد، اما می‌تواند روش مقابله و رویارویی با آنها را تغییر دهد. مداخله شناختی رفتاری با آموزش تکنیک‌ها و روش‌های رفتاری مانند آرام‌سازی و مراقبه به زنان دارای همسر وابسته به مواد کمک می‌کند تا با بهره‌گیری از این فنون تنش‌ها و فشارهای روانی خود را مدیریت نمایند و یا کاهش دهند. علاوه بر این افراد در درمان شناختی-رفتاری با فراگیری مهارت‌های ارتباطی، قادرند روابط و فعالیت‌های اجتماعی خود را بهبود بخشند و گسترش دهند که این روابط به افزایش تحمل پریشانی آنان کمک می‌کند. همچنین این درمان به افراد آموزش داد از تفکرات اغراق‌آمیز و فاجعه‌بار پرهیز نمایند و آن را با تفکرات سازنده و مثبت جایگزین کنند. مبارزه و به چالش کشیدن باورهای تحریف‌شده و اغراق‌آمیز باعث می‌شود که افراد روحیه سرسختانه‌ای را در خود پرورش دهند و جهت بهبودی شرایط خود، با چالش کشیدن افکار غیرمنطقی مصمم‌تر شوند و در نتیجه توانایی تحمل آنان در برابر پیامدها و حالات روان‌شناختی منفی افزایش می‌یابد. در تبیین دیگر نیز می‌توان گفت در جلسات درمانی شناختی رفتاری از فنون شناختی رفتاری مانند توقف فکر، مهارت‌های مقابله‌ای بین فردی، مهارت‌های حل مسئله و خودگویی مثبت استفاده می‌شود. پس از دریافت درمان از یک طرف افکار خودآیند منفی به افکار هدفمندی که با واقعیت عینی سازگاری بیشتری دارد تبدیل می‌شود و پردازش شناختی آنان منطقی‌تر می‌شود و فرایندهای شناختی معیوب کم‌رنگ‌تر می‌شود و فرد قادر است واقعیت شرایط خود را بدون تحریف بپذیرد و از

طرف دیگر فرد با کسب مهارت‌های مقابله‌ای مانند مهارت‌های حل مسئله، مدیریت رفتار، جرات‌ورزی، ابراز وجود و مهارت‌های بین فردی می‌تواند به شایستگی شناختی و کفایت رفتاری دست یابد و متناسب با شرایط و تقاضاهای محیطی می‌تواند رفتارهای منطقی از خود بروز دهد؛ به عبارت دیگر تحمل پریشانی افراد در مقابل مشکلات افزایش می‌یابد. به طور کلی فرآیند آموزش شناختی-رفتاری می‌تواند سبب تحمل پریشانی و بهبود مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای همسر وابسته به مواد شود و در نتیجه زمینه بهبود کیفیت زندگی را فراهم سازد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش، این بود که به دلیل محدودیت زمانی و عدم دسترسی به مراجعان مطالعات پیگیری صورت نگرفته است. بنابراین اطلاعاتی در دسترس نیست که نشان دهد در طولانی مدت تغییرات ایجاد شده در طی این درمان پایدار باقی مانده است. برای این اساس پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی دوره‌های پیگیری جهت بررسی میزان پایداری تاثیرات درمان شناختی رفتاری در این گروه از افراد نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شد که جنبه خودگزارشی دارد؛ لذا امکان سوگیری در جمع‌آوری اطلاعات وجود دارد؛ برای این اساس در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود از ابزارهای چندوجهی عینی نظیر مصاحبه، مشاهده رفتار در محیط واقعی جهت دستیابی به نتایج قابل تعمیم بهره گرفته شود. پژوهش حاضر با پررنگ‌سازی نقش درمان شناختی-رفتاری در زنان دارای همسر وابسته به مواد توجه پژوهشگران، درمانگران، مراکز مشاوره و ... را به این درمان خواستار است.

منابع

امیدیان، سارا؛ کاظمیان مقدم، کبری و هارون رشیدی، همایون (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی در زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۴)، ۳۰۹-۳۲۷.

اوکاتی، مریم و عرب، علی (۱۴۰۱). مقایسه دشواری تنظیم هیجانی، ترس از ارزیابی‌های منفی اجتماعی و تمایل به خودکشی در زنان دارای همسر معتاد و غیرمعتاد. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۶(۱)، ۲۷۵-۲۶۷.

بیگی، علی؛ نجفی، محمود؛ محمدی‌فر، محمدعلی و عبداللهی، عباس (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر بر تاب‌آوری و عزت نفس نوجوانان دارای علایم افسردگی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۶(۱)، ۴۷-۵۳.

تقوایی‌نیا، علی (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری زناشویی و احساس تنهایی در زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد‌پژوهی*، ۱۶(۶۶)، ۲۴-۷.

حسین‌زاده، اعظم؛ اسبقی، مریم و نصیری، اعظم (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود رضایت زناشویی و تنظیم شناختی هیجان در همسران مبتلا به افسردگی. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره*، ۳(۳)، ۱۴۵-۱۲۳.

دلاور، علی (۱۴۰۰). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: نشر رشد. رجب‌زاده، امینه (۱۳۹۶). مقایسه نشخوار فکری، تنظیم شناخت هیجان و مهارت‌های ارتباط با والدین در دانش‌آموزان طلاق و عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی واحد مرودشت.

شیری، فاطمه؛ گودرزی، محمود؛ مرادی، امید و احمدیان، حمزه (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی زوج درمانی خودتنظیم‌گری-دلبستگی و زوج درمانی سیستمی-رفتاری بر عملکرد خانواده در زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد‌پژوهی*، ۱۴(۵۶)، ۲۶۶-۲۴۷.

ضرابی، شراره؛ طباطبایی‌نژاد، فاطمه سادات و لطیفی، زهره (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و خودشفابخشی بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹(۲)، ۳۸۰-۳۶۹.

عامری، نرجس (۱۴۰۱). روابط ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون: نقش میانجی شفقت به خود، *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۶(۶۶)، ۷۰-۴۷.

عبدی، سلمان؛ باباپورخیرالدین، جلیل و فتحی، حیدر (۱۳۸۹). رابطه سبک‌های تنظیم شناختی هیجان و سلامت عمومی دانشجویان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش*، ۸(۴)، ۲۶۴-۲۵۸.

کرمی، رزاق؛ شریفی، طیه؛ نیک‌خواه، محمد و غضنفری، احمد (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر کاهش نشخوار فکری و اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دختر با پیگیری ۶۰ روزه. *فصلنامه علمی پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۷(۱)، ۹-۱.

هارون رشیدی، همایون (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر تحمل ابهام و پریشانی روان‌شناختی زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۷(۶۸)، ۳۰۳-۳۲۶.

هارون رشیدی، همایون؛ کاشی‌زاده، پرینسا و کاظمیان‌مقدم، کبری (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی بر ادراک خود و ابراز وجود دانش‌آموزان با نارسایی یادگیری. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۲۰(۳)، ۴۸-۳۷.

الهی، محمد؛ نجفی، محمود و محمدی فر، محمدعلی (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان فراشناختی بر پریشانی روان‌شناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) افراد وابسته به مصرف مواد. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۸(۷۱)، ۲۲-۱۳.

References

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. Washington, DC: Auth.
- Anastasia, K., Ekaterina, D., Anna, K., & Pavel, E. (2023). Personality traits, approval motivation, and empathy as predictors of cognitive regulation of emotions and behavioral self-control in codependent women. *International Journal of Cognitive Research in Science, Engineering and Education*, 11(2), 187-197.
- Baucom, D. H., Fischer, M. S., Hahlweg, K., & Epstein, N. B. (2019). Cognitive behavioral couple therapy. In B. H. Fiese, M. Celano, K. Deater-Deckard, E. N. Jouriles, & M. A. Whisman (Eds.), *APA handbook of contemporary family psychology: Family therapy and training* (pp. 257-273). US: American Psychological Association.
- Benchaya, M. C., Moreira, T. D. C., Constant, H. M. R. M., Pereira, N. M., Freese, L., Ferigolo, M., & Barros, H. M. T. (2019). Role of parenting styles in adolescent substance use cessation: Results from a Brazilian prospective study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 34-52.
- Epstein, N. B., & Zheng, L. (2017). Cognitive-behavioral couple therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13, 142-147.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.

- Katz, D., Rector, N. A., & Laposa, J. M. (2017). The interaction of distress tolerance and intolerance of uncertainty in the prediction of symptom reduction across CBT for social anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(6), 459-477.
- Lass, A. N., & Winer, E. S. (2020). Distress tolerance and symptoms of depression: A review and integration of literatures. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(3), 123-136.
- Leone, R. M., Jarnecke, A. M., Gilmore, A. K., & Flanagan, J. C. (2022). Alcohol use problems and conflict among couples: A preliminary investigation of the moderating effects of maladaptive cognitive emotion regulation strategies. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 11(4), 290-310.
- Ma, Z., Liu, Y., Wan, C., Li, X., & Zhang, Y. (2022). Health-related quality of life and influencing factors in drug addicts based on the scale QLICD-DA: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 20, 101-109.
- McHugh, R. K., Kertz, S. J., Weiss, R. B., Baskin-Sommers, A. R., Hearon, B. A., & Björgvinsson, T. (2014). Changes in distress intolerance and treatment outcome in a partial hospital setting. *Behavior Therapy*, 45(2), 232-240.
- Miller, A. B., McLaughlin, K. A., Busso, D. S., Brueck, S., Peverill, M., & Sheridan, M. A. (2018). Neural correlates of emotion regulation and adolescent suicidal ideation. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(2), 125-132.
- Neelankavil, R. J., & De Guzman, R. (2019). Development of cognitive based acceptance program (CAP) for wives of alcoholics: A pilot study. *Indian Journal of Positive Psychology*, 10(4), 267-271.
- O'Toole, M. S., Mennin, D. S., Hougaard, E., Zachariae, R., & Rosenberg, N. K. (2015). Cognitive and emotion regulation change processes in cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(6), 667-676.
- Reginsson, G. W., Ingason, A., Euesden, J., Bjornsdottir, G., Olafsson, S., & Sigurdsson, E. (2018). Polygenic risk scores for schizophrenia and bipolar disorder associate with addiction. *Addiction Biology*, 23(1), 485-492.
- Robinson, M., Ross, J., Fletcher, S., Burns, C. R., Lagdon, S., & Armour, C. (2019). The mediating role of distress tolerance in the relationship between childhood maltreatment and mental health outcomes among university students. *Journal of Interpersonal Violence*, 1(1), 1-36.
- Shorey, R. C., Gawrysiak, M. J., Elmquist, J., Brem, M., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2017). Experiential avoidance, distress tolerance, and substance use cravings among adults in residential treatment for substance use disorders. *Journal of Addictive Diseases*, 36(3), 151-157.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.