



The Effect of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on Emotional Regulation and Distress Tolerance of addicted women leaving: The mediating role of Mindfulness, Effective Communication and Emotional Cognitive Regulation Strategies

تأثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی زنان معتاد در حال ترک: نقش میانجی ذهن آگاهی، ارتباط مؤثر و راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجانی

sohela esnaasharan, Ph.D of Student

Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Fariba Yazdkhasti, Ph.D

Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Himidreza Orayzi, Ph.D

Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

سهیلا اثنی‌عشران

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

فریبا یزدخواستی*

عضو هیئت‌علمی گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

حمیدرضا عریضی

عضو هیئت‌علمی گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effect of dialectical behavior therapy (DBT) on emotional regulation and distress tolerance of addicted women leaving by the mediating role of mindfulness, effective communication and emotional cognitive regulation strategies. The research method was quasi-experimental with pretest-posttest design and control group. The statistical population included all addicted women leaving in Isfahan city. The sample consisted of 60 women prisoners leaving drugs who were selected based on available sampling and randomly assigned to experimental and control groups. Measurement tools included the Negative Mood Regulation Questionnaire (Catanzaro & Mearns, 1990), the Distress Tolerance Scale (Simmons & Gaher, 2005) and the Researcher Made Behavioral-Emotional Questionnaire. Data were analyzed by using analysis of covariance and analysis of variance. Findings showed that dialectical behavior therapy has led to increased emotion regulation skills and tolerance of anxiety in the experimental group ($P < 0.001$), and the effect of this treatment remains until the quarterly follow-up. Also, the mediating role of mindfulness, effective communication and emotional cognitive regulation strategies in post-test was statistically significant ($P < 0.05$).

Keywords: dialectical behavior therapy, emotion regulation, distress tolerance, mindfulness, effective communication, addicted women.

چکیده

هدف این پژوهش بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی زنان معتاد در حال ترک با توجه به نقش میانجی ذهن آگاهی، ارتباط مؤثر و راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجانی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمام زنان معتاد در حال ترک شهر اصفهان و حجم نمونه ۶۰ زن در حال ترک زندانی بودند که بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار سنجش شامل پرسشنامه تنظیم خلق منفی (Catanzaro & Mearns, 1990)، مقیاس تحمل پریشانی (Simmons & Gaher, 2005) و پرسشنامه حالات رفتاری-هیجانی (Researcher made) بود. داده‌ها با استفاده از آزمونهای تحلیل کواریانس و تحلیل واریانس تجزیه و تحلیل شدند؛ یافته‌ها نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک منجر به افزایش مهارتهای تنظیم هیجان و نیز تحمل پریشانی در گروه آزمایش شده است ($P < 0/001$) و تثیر این درمان تا پیگیری سه ماهه باقی مانده است. همچنین نقش میانجی گر ذهن آگاهی، ارتباط مؤثر و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی در پس آزمون به لحاظ آماری معنادار بود ($P < 0/05$).

کلید واژه‌ها: رفتاردرمانی دیالکتیک، تنظیم هیجان، تحمل پریشانی، ذهن آگاهی، ارتباط مؤثر، زنان معتاد.

*. نویسنده مسئول: yazdkhastyfariba2018@gmail.com

مقدمه

امروزه وابستگی به مواد، یکی از مهمترین مشکلات مربوط به سلامت عمومی در جوامع به شمار می‌رود. افراد زیادی در طول زندگی خود از وابستگی به مصرف مواد رنج می‌برند و هر ساله تعداد بسیاری از این افراد، در اثر پیامدهای مستقیم یا غیرمستقیم مصرف مواد، جان خود را از دست می‌دهند (Martin, Weinberg & Bealer, 2007). مصرف مواد و پیامدهای ناخوشایند آن از مهمترین دغدغه‌های جوامع مختلف و یکی از جدی‌ترین آسیب‌های اجتماعی است که در سطح بین‌المللی نظر متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (Botvin, 2000). جامعه ایران نیز به دلایل مختلف، مخصوصاً همسایگی با کشور افغانستان به عنوان بزرگترین تولید کننده مواد مخدر در جهان، از این معضل جهانی مستثنا نیست و آمارهای مختلف از شیوع قابل توجه اعتیاد در کشور خبر می‌دهند (Sarami, Ghorbani & Minooei, 2013). اگرچه در گذشته در جوامع مختلف و بویژه در ایران، مشکل اعتیاد، بیشتر خاص جمعیت مردان، قلمداد می‌شد اما امروزه به دلایل مختلف از جمله تغییر نقش‌های کلیشه‌ای سنتی مردان و زنان در جامعه، رشد شهرنشینی و حضور فعال زنان در جامعه، زنان نیز همانند مردان، تحت تأثیر آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد، قرار گرفته‌اند؛ بنابراین شناسایی عوامل دخیل در رشد و گسترش اعتیاد به مواد مخدر، امروزه در مقایسه با گذشته، به طور مضاعف، مورد تأکید پژوهشگران علوم مختلف قرار گرفته است. در میان عوامل روانشناختی مختلف مطرح شده برای اعتیاد، به نظر می‌رسد عوامل مربوط به هیجان‌ات و بویژه تنظیم و کنترل هیجان‌ات، از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند.

«تنظیم هیجان» به اعمال ذهنی یا رفتاری اطلاق می‌شود که برای تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌روند (Kliem, 2013). دشواری کنترل و تنظیم هیجان‌ات، موضوعی است که در جمعیتا معتادان به مواد مخدر همواره مورد تأکید بوده است (Daily, 2012)؛ در واقع می‌توان گفت افراد مبتلا به اعتیاد، به طور کلی و به طور خاص در ارتباط با مصرف مواد مخدر، قادر به تحمل و مدیریت سالم فشار و ناراحتی‌های هیجانی نیستند و در نتیجه، به راحتی تسلیم میل و هوس آنی

خود به مصرف مواد مخدر می‌گردند (Brown et al. 2009; Chen, 2019). در این حالت، می‌توان صحبت از نقص در یکی از توانمندی‌های روانشناختی به نام «تحمل پریشانی» به میان آورد (Leyro, Zvolensky & Bernstein, 2010). این مفهوم به ظرفیت فرد برای پذیرش و تحمل فشارهای روانی در حد معقول و متعادل اشاره دارد؛ به طوری که فرد بتواند با میزانی از استرس که طبیعت و مقتضای زندگی عادی روزمره است، کنار آمده و سازگاری خود را حفظ کند. تحمل پریشانی، به‌ویژه به تحمل هیجان‌ات ناخوشایند در راه رسیدن به اهداف روانشناختی همچون ترک مواد مخدر و اعتیاد آور اشاره دارد (Daughters et al, 2009). این دو مفهوم یعنی دشواری تنظیم هیجان و تحمل پریشانی، از جمله موضوعاتی‌اند که در جریان ترک اعتیاد و یا تداوم ترک، می‌توانند نقش بسیار کلیدی داشته باشند زیرا تا زمانی که فرد نتواند هیجان‌ات خود را در موقعیت‌های مختلف، کنترل و تعدیل کند و فشارهای روانی وارد مخصوصاً فشارهای ناشی از عدم مصرف را تحمل نکند، هیچ برنامه درمانی امید بسیاری برای دستیابی به یک ترک پایدار نخواهد داشت؛ از این‌رو شناسایی و به‌کارگیری مداخلاتی که بتوانند به طور جدی و اثربخش به این دو مؤلفه بپردازند، حائز اهمیت است. از آنجا که این دو مؤلفه، از ابعاد پیچیده شناختی، هیجانی و رفتاری برخوردارند، لازم است که در این زمینه، مداخلاتی در نظر گرفته شوند که بتوانند ابعاد مختلف هیجانی- رفتاری افراد وابسته به مواد مخدر را مورد مداخله قرار دهند. در میان رویکردهای مختلف روان‌درمانی، رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیک به نظر می‌رسد از ویژگی‌های لازم برای کاربرد در این زمینه برخوردار است.

رفتاردرمانی دیالکتیک، شامل دامنه وسیعی از شیوه‌های درمانی شناختی و رفتاری است که به طور یکپارچه با مفاهیم موج سوم رفتاردرمانی، به‌ویژه ذهن‌آگاهی درآمیخته است و برای درمان و بهبود بسیاری از الگوهای مخرب رفتاری، هیجانی و شخصیتی کاربرد دارد (Deco, Comdoes & Lanses, 2019). شهرت اولیه این درمان، بیشتر در کار با درمانجویان خودکشی‌گرا رقم خورد اما امروزه کاربرد این رویکرد در مورد بسیاری از اختلالات دیگر از جمله سوء مصرف مواد و مسائل وابسته به آن نیز به تأیید رسیده است (Lane & Pederson,

مواد مخدر، به بهبود معناداری در تنظیم هیجانی اعضای تحت مداخله، دست یافتند.

با وجود اینکه رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیک از ظرفیت‌های مناسبی برای اثربخشی بر جنبه‌های مختلف هیجانی- رفتاری و نیز متغیرهای تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی برخوردار است، اثربخشی این رویکرد در جریان ترک اعتیاد و مؤلفه‌های روانشناختی مربوط، به طور جدی، مورد توجه پژوهش‌های پیشین قرار نگرفته است؛ بنابراین در این پژوهش سؤال اصلی این است که آیا رفتاردرمانی دیالکتیک بر تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی زنان در حال ترک اثربخش است؟ و سؤال دوم این است که آیا متغیرهای ذهن آگاهی، ارتباط مؤثر و تنظیم شناختی هیجان در اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی زنان در حال ترک نقش میانجی‌گرانه دارند؟

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی دوگروهی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری و گروه کنترل است. متغیر مستقل در این پژوهش رفتاردرمانی دیالکتیک، متغیرهای وابسته تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و متغیرهای میانجی حالات هیجانی- رفتاری شامل اجتناب از پذیرش احساسات، انعطاف‌پذیری اجتماعی، ارتباط مؤثر، تکانشگری هیجانی، ذهن آگاهی، حل مسأله اجتماعی، رفتارهای برونی شده، باورهای مؤثر در تنظیم شناختی هیجان، رفتارهای درونی شده، سازگاری و شادکامی در نظر گرفته شدند. جامعه در این پژوهش عبارت است از کلیه زنان وابسته به مواد مخدر که در سال ۱۳۹۵ در بند نسوان زندان اصفهان زندانی بودند. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر، نمونه-گیری در دسترس و حجم نمونه ۶۰ نفر بود که در یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل به صورت تصادفی قرار گرفتند (هر گروه ۳۰ نفر). نمونه‌گیری در این پژوهش با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است از جمله دارا بودن ملاکهای ورود به پژوهش، همچنین داشتن رضایت آگاهانه شرکت در مطالعه، که چنین مواردی محققان را با مشکل در انتخاب حجم نمونه بالاتر روبه‌رو کرده بود.

یکی از راهبردهای اختصاصی این رویکرد در جمعیت درمانجویان وابسته به مواد مخدر، تقویت جنبه‌های شناختی مربوط به تنظیم هیجان و رفتارها و به عبارت دیگر، تنظیم شناختی هیجان است (Dimeff, 2008). در واقع این اصل، به ریشه‌های شناختی- رفتاری این رویکرد برمی‌گردد. براساس مبانی رویکرد شناختی- رفتاری، هرگونه مداخله‌ای درباره هیجان‌ها، نیازمند مداخله در حیطه شناخت‌هاست زیرا فرآیندهای هیجانی افراد، مستقیماً معلول فرآیندهای شناختی آنان قرار دارد (Lih, 2011) با این حال، رفتاردرمانی دیالکتیک، صرفاً در حد مداخله شناختی، متوقف نشده و به مؤلفه‌های موج سوم رفتاردرمانی به‌ویژه ذهن آگاهی نیز نزدیک می‌شود. بر این اساس، رفتاردرمانی دیالکتیک بر شناسایی جنبه‌های شناختی متضاد ذهنی در هر لحظه، پذیرش این جنبه‌ها و ادغام آنها در یک چارچوب منسجم و سازگارانه، تأکید می‌کند. در واقع این رویکرد، از سویی مانند رویکرد شناختی- رفتاری بر چالش و از سوی دیگر مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر ذهن آگاهی و پذیرش ذهنی تأکید می‌کند (Dimeff & Corner, 2007). به علاوه، همانطور که از نام رفتاردرمانی دیالکتیک مشهود است، بعد رفتاری نیز یکی از ارکان اصلی این رویکرد را تشکیل می‌دهد؛ تأکید این درمان در بعد رفتاری، بیشتر بر بهبود روابط بین‌فردی است. کیفیت خاص ارتباط درمانگر با مراجع در جریان این درمان، خود به طور ضمنی به عنوان یکی از مداخلات مستقیم این درمان بر بهبود روابط بین‌فردی مراجع است زیرا درمانجو در حین ارتباط با درمانگر، با الگویی از یک ارتباط سالم، به طور ملموس و عینی آشنا می‌شود. به علاوه در این رویکرد، روابط بین‌فردی درمانجو، به طور دقیق کاوش شده و مسائل و مشکلات ارتباطی به طور مستقیم، مورد مداخله قرار می‌گیرند (Eich, 2015)؛ بنابراین با توجه به مطالب گفته شده می‌توان مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و ارتباط مؤثر را به عنوان سه مورد از مؤلفه‌های اصلی این درمان در نظر گرفت که ممکن است میانجی اثر این مداخله بر مؤلفه‌های مختلف سلامت روان محسوب گردند؛ به عنوان مثال در این زمینه (Axelrod, Perepletchikova, Holtzman & Sinha, 2011)، با اجرای ۲۰ جلسه رفتاردرمانی دیالکتیک برای زنان معتاد به

این مورد اشاره کرد: «داشتن احساس پریشانی برای من غیر قابل تحمل است.»

پرسشنامه حالت‌های هیجانی- رفتاری: این پرسشنامه محقق ساخته، به سنجش مجموعه‌ای از حیطه‌های رفتاری و هیجانی می‌پردازد که انتظار می‌رود در جمعیت معتادان با مشکلاتی همراه خواهند بود. در تدوین این پرسشنامه از نظر صاحب‌نظران و همچنین پرسشنامه‌های معتبری همچون مقیاس هیجان‌خواهی زاکرمن، مقیاس خشم چندبعدی، پرسشنامه هوش هیجانی دیویس، مقیاس پذیرش اجتماعی، پرسشنامه روش‌های مقابله‌ی لازاروس، پرسشنامه پرخاشگری، پرسشنامه اضطراب بک، پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه ارزیابی باورهای شخصی ایس، پرسشنامه پنج‌عاملی ذهن‌آگاهی، پرسشنامه حل مسأله هینر و پترسون و پرسشنامه شخصیت‌سنج نئو استفاده شده است. فرم اولیه پرسشنامه حالت‌های هیجانی- رفتاری دارای ۸۸ آیتم بود. روایی این پرسشنامه، به شیوه‌ی روایی محتوا و با ارزیابی کمی نظر متخصصان صورت گرفت که ضریب نسبت اعتبار محتوا (content validity ratio (CVR)) ۰/۴۹ برای آن محاسبه شد و کلیه آیت‌هایی که دارای ضریب پایین‌تر از میزان تعیین شده بودند، حذف شد؛ در نتیجه فرم نهایی این پرسشنامه دارای ۷۵ آیتم و ۱۱ زیر مقیاس بود. ضریب پایایی کل پرسشنامه، به شیوه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و به شیوه‌ی دونیمه‌سازی، ۰/۸۵ محاسبه شد. یک نمونه از گویه‌های این پرسشنامه این است: «برایم دشوار است که احساساتم را بر زبان بیاورم.»

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

در میان زنان داوطلب برای شرکت در پژوهش عده‌ای مایل به شرکت در جلسات آموزشی بودند و عده‌ای که اغلب نیز زنان ترک‌کرده و به عبارت دیگر عادی بودند، تمایلی به شرکت در جلسات آموزشی نداشتند و فقط پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند؛ به همین دلیل گروه ۳۰ نفری که اکثراً زنان در حال ترک بودند (هنوز به صورت کامل ترک نکرده بودند)، با عنوان زنان معتاد در گروه آزمایشی قرار داده شدند و زنانی که کاملاً ترک کرده بودند و تمایلی به شرکت در جلسات نداشتند با عنوان زنان عادی در گروه کنترل قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس تنظیم خلق منفی (Negative Mood Regulation Scale): این ابزار را (Catanzaro & Mearns, 1990) طراحی کرد؛ این پرسشنامه از ۳۰ گویه تشکیل شده است که به صورت لیکرت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره قابل اکتساب در این پرسشنامه ۳۰ و حداکثر نمره ۱۵۰ است. نمرات بالاتر در این مقیاس، نشانگر توانایی بالاتر در تنظیم هیجان‌ات منفی است. در پژوهش‌های انجام گرفته در خارج از کشور، روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه‌های معتبری همچون پرسشنامه افسردگی بک، مورد تأیید قرار گرفته است، همچنین آلفای کرونباخ ۰/۸۸ برای پرسشنامه ذکر شده است (Smith & Petty, 1995). در پژوهش حاضر نیز روایی همزمان این پرسشنامه از طریق همبستگی معنادار با مقیاس تحمل پریشانی ($r=0/23$; $p=0/02$) تأیید شد. همچنین ضریب پایایی این ابزار به دو شیوه‌ی آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی محاسبه شد که به ترتیب، ضرایب ۰/۷۹ و ۰/۸۱ داشت. یکی از گویه‌های این پرسشنامه «معمولاً می‌توانم یک جوری خودم را شاد کنم» است.

مقیاس تحمل پریشانی (Distress Tolerance Scale):

این پرسشنامه را (Simmons & Gaher, 2005) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر هیجان‌ات منفی و پریشانی روانشناختی، ساخته است. این پرسشنامه از ۱۵ آیتم ساخته شده که به صورت لیکرت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند و حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر ۶۰ است. آلفای کرونباخ ۰/۸۹ توسط مؤلفان پرسشنامه گزارش شده است (Simmons & Gaher, 2005). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تحمل پریشانی در ایران مورد بررسی و تأیید قرار گرفته، روایی ملاکی آن تأیید و ضریب پایایی آن به شیوه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شده است (Esmaeili Nasab, Andami Khoshk, Azarmi & Samar Rokhi, 2014). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی این ابزار به دو شیوه‌ی آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی محاسبه شد که به ترتیب، ضرایب ۰/۸۱ و ۰/۸۲ داشت. از نمونه سؤالات پرسشنامه می‌توان به

با استفاده از آزمون کالموگروف اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها. در آزمون کلمگروف-اسمرینف Z آزمون بین بازه ۰/۶۲ تا ۱/۶ قرار داشت که برای تمامی خرده مقیاس‌های مورد مطالعه در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار نبود که حکایت از نرمال بودن داده‌ها در هر دو گروه داشت. همچنین آماره آزمون F در آزمون لوین نیز برای هیچ از خرده مقیاس‌ها در هر دو گروه معنادار نبود و پیش فرض همگونی واریانس‌ها در هر دو گروه رعایت شده است.

در این پژوهش یک فرضیه اول اصلی وجود داشت مبنی بر اینکه بین دو گروه آزمایشی که مداخله دریافت کردند و گروه کنترل که تا پایان مطالعه درمان نشدند، از نظر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی تفاوت وجود دارد. در این بخش بین زنان گروه آزمایشی و کنترل در خرده مقیاس‌های متغیرهای وضعیت تنظیم هیجان، تحمل پریشانی با کمک آزمون تحلیل کواریانس تفاوت دیده می‌شود؛ نتایج در جدول شماره ۲ آمده است.

همانطور که در جدول شماره ۲ مشخص است در تمام مؤلفه‌های تنظیم هیجان بجز متغیرهای ذهن آگاهی و سازگاری در بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین در رابطه با تحمل پریشانی نتایج نشان می‌دهد بین زنان عادی و معنادار از لحاظ تحمل پریشانی هیجانی و برآورد ذهنی پریشانی تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین فرضیه اصلی اول مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی زنان در حال ترک تأیید شده است. برای بررسی نقش متغیرهای میانجی ذکر شده در پژوهش، داده‌های مربوط به گروه آزمایش جداگانه بررسی شده است. در جدول شماره ۳ نتایج حاصل از آمار توصیفی برای گروه آزمایش در حالت‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

به صورت خلاصه مداخله حاضر در ده جلسه صورت پذیرفت و ایده کلی جلسات بر اساس پروتکل درمانی لینهان بوده است که توسط متخصص روانشناسی ناآگاه به روال این مطالعه اجرا شد. طرح نهایی جلسات، نیمه‌ساختاریافته بوده و تا پیش از اجرای جلسات، کاملاً از پیش تعیین نشده بود. محتوای جلسه اول مربوط به معارفه، توضیح درد هیجانی و رنج هیجانی، محتوای جلسات دوم و سوم آموزش مهارت تحمل آشفتگی، محتوای جلسات چهارم و پنجم آموزش مهارت توجه آگاهی، محتوای جلسات ششم و هفتم آموزش مهارت تنظیم هیجانی، محتوای جلسات هشتم و نهم آموزش مهارت ارتباط مؤثر و محتوای جلسه دهم به عنوان جلسه پایانی مرور تمام مفاهیم، پرسش و پاسخ و رفع ابهامات درباره مفاهیم آموزش داده شده بود. ملاک‌های ورود به پژوهش سن بالای بیست سال، اتمام دوره ترک توسط مداخلات پزشکی و دارویی و عدم استفاده از مداخلات روانشناختی در طول دوره ترک و ملاک‌های خروج عدم رضایت آگاهانه و استفاده از داروهای اعصاب و روان در طول جلسات بود.

تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از تحلیل کواریانس یک‌طرفه و واریانس مختلط از نوع یک-بین-یک درون (یکی از حالت‌های اندازه‌گیری مکرر) استفاده شده است. برای ورود داده‌ها از نرم‌افزار spss نسخه ۲۳ استفاده شد.

یافته‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع تحلیل کواریانس مختلط (یک-بین-یک درون) که یکی از انواع روش‌های اندازه‌گیری مکرر می‌باشد، بوده است. همانطور که در جدول شماره ۱ دیده می‌شود آمار توصیفی شامل معیارهای تمرکز میانگین و همچنین معیار پراکندگی انحراف معیار برای متغیر وضعیت تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و متغیرهای هیجانی-رفتاری مشکل‌آفرین است.

قبل از مقایسه بین زنان عادی و معنادار در متغیرهای پژوهشی، ابتدا پیش‌فرض‌های انجام آزمون تحلیل واریانس

جدول شماره ۱. آمار توصیفی مربوط به متغیر وضعیت تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و متغیر هیجانی-رفتاری مشکل‌آفرین

متغیر	گروه	حجم نمونه	میانگین	انحراف معیار
-------	------	-----------	---------	--------------

۰/۴۹	۲/۸۹	۳۰	زنان معتادگروه آزمایشی	اجتناب از پذیرش احساسات
۰/۵۴	۲/۴۲	۳۰	گروه کنترل	
۰/۶۴	۳/۰۷	۳۰	گروه آزمایشی	انعطاف‌پذیری اجتماعی
۰/۶۱	۳/۳۳	۳۰	گروه کنترل	
۰/۵۳	۳/۰۸	۳۰	گروه آزمایشی	ارتباط مؤثر
۰/۵۵	۳/۶۹		گروه کنترل	
۰/۴۳	۲/۸۸	۳۰	گروه آزمایشی	تکانشگری هیجان
۰/۵۷	۲/۵۲	۳۰	گروه کنترل	
۰/۶۶	۳/۰۹	۳۰	گروه آزمایشی	ذهن آگاهی
۰/۶۸	۳/۲۴	۳۰	گروه کنترل	
۰/۴۸	۳/۰۱	۳۰	گروه آزمایشی	حل مسأله اجتماعی
۰/۴۳	۳/۵۵	۳۰	گروه کنترل	
۰/۶۸	۳/۰۷	۳۰	گروه آزمایشی	رفتارهای برونی شده
۰/۶۳	۲/۳۰	۳۰	گروه کنترل	
۰/۴۷	۳/۰۶	۳۰	گروه آزمایشی	باورهای مؤثر در تنظیم شناختی هیجان
۰/۵۱	۳/۳۰	۳۰	گروه کنترل	
۰/۶۶	۳/۳۲	۳۰	گروه آزمایشی	رفتارهای درونی شده
۰/۷۶	۲/۹۵	۳۰	گروه کنترل	
۰/۶۶	۲/۸۸	۳۰	گروه آزمایشی	سازگاری
۰/۷۹	۳/۰۴	۳۰	گروه کنترل	
۰/۵۲	۳/۱۴	۳۰	گروه آزمایشی	شادکامی
۰/۶۵	۳/۶۵	۳۰	گروه کنترل	
۰/۹۳	۳/۸۲	۳۰	گروه آزمایشی	تحمل پریشانی هیجانی
۰/۹۳	۲/۹۴	۳۰	گروه کنترل	
۱/۰۲	۳/۷۳	۳۰	گروه آزمایشی	جذب شدن با هیجانات منفی
۰/۷۷	۴/۰۵	۳۰	گروه کنترل	
۳/۳۶	۳/۳۶	۳۰	گروه آزمایشی	برآورد ذهنی پریشانی
۲/۶۳	۲/۶۳	۳۰	گروه کنترل	
۳/۷۴	۳/۷۴	۳۰	گروه آزمایشی	تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی
۳/۷۷	۳/۷۷	۳۰	گروه کنترل	
۰/۵۵	۳/۳۰	۳۰	گروه آزمایشی	متغیر هیجانی-رفتاری مشکل‌آفرین
۰/۵۷	۳/۸۰	۳۰	گروه کنترل	

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس در متغیر ابعاد تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و حالات هیجانی-رفتاری مشکل‌آفرین

تأثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی زنان معنادار در حال ترک / ۷

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آزمون F	سطح معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
اجتناب از پذیرش احساسات	۸/۸۹	۱	۳۳/۰۴	۰/۰۰۱**	۰/۱۷۳	۱/۰
انعطاف پذیری اجتماعی	۲/۶۹۹	۱	۶/۹۴	۰/۰۰۹**	۰/۰۴۲	۰/۷۴۵
ارتباط مؤثر	۱۴/۲۲	۱	۴۸/۹۱	۰/۰۰۱**	۰/۲۳۶	۱/۰
تکانشگری هیجان	۵/۰۷	۱	۲۰/۷۵	۰/۰۰۱**	۰/۱۱۶	۰/۹۹۵
ذهن آگاهی	۰/۸۴	۱	۱/۸۸	۰/۱۷۳	۰/۰۱۲	۰/۲۷۵
تنظیم هیجان	۱۱/۳۰	۱	۵۳/۷۹	۰/۰۰۱**	۰/۲۵۴	۱/۰
رفتارهای برونی شده	۲۳/۲۷	۱	۵۴/۱۹	۰/۰۰۱**	۰/۲۵۵	۱/۰
باورهای مؤثر در تنظیم شناختی هیجان	۲/۴۴	۱	۱۰/۳۵	۰/۰۰۲**	۰/۰۶۱	۰/۸۹۲
رفتارهای درونی شده	۵/۵۱	۱	۱۱/۰۶	۰/۰۰۱**	۰/۰۶۵	۰/۹۱۱
سازگاری	۰/۹۷۶	۱	۱/۸۸	۰/۱۷۲	۰/۰۱۲	۰/۲۷۶
شادکامی	۹/۹۲	۱	۲۹/۸۹	۰/۰۰۱**	۰/۱۵۹	۱/۰
تحمل پریشانی هیجانی	۲۹/۹۵	۱	۳۴/۳۲	۰/۰۰۱**	۰/۱۷۸	۱/۰
تحمل پریشانی	۳/۱۹	۱	۳/۷۳	۰/۰۵۵	۰/۰۲۳	۰/۴۸۴
جذب شدن با هیجانان منفی	۲۱/۱۱	۱	۳۶/۸۵	۰/۰۰۱**	۰/۱۸۹	۱/۰
برآورد ذهنی پریشانی	۰/۰۲۳	۱	۰/۰۲۸	۰/۸۶۸	۰/۰۰۱	۰/۰۵۳
تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی						

جدول شماره ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایشی

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اجتناب از پذیرش احساسات	۲/۶۳	۰/۴۸	۳/۲۳	۰/۴۲	۳/۱۸	۰/۹۹
دیالکتیک	۲/۹۴	۰/۴۰	۲/۹۹	۰/۳۳	۲/۹۲	۰/۴۱
گروه کنترل	۳/۰۴	۰/۶۹	۳/۶۰	۰/۵۲	۳/۲۵	۰/۶۸
اجتناب از پذیرش اجتماعی	۲/۹۶	۰/۵۷	۳/۱۰	۰/۵۳	۳/۹۰	۰/۷۹
دیالکتیک	۳/۱۷	۰/۵۱	۳/۶۲	۰/۵۷	۳/۵۵	۰/۸۱
گروه کنترل	۲/۹۵	۰/۵۸	۳/۱۳	۰/۴۷	۲/۸۲	۰/۸۱
ارتباط مؤثر	۲/۸۹	۰/۵۳	۳/۵۱	۰/۷۹	۳/۳۲	۰/۹۵
دیالکتیک	۲/۹۰	۰/۳۶	۲/۲۸	۰/۵۴	۲/۷۹	۰/۵۸
گروه کنترل	۲/۹۹	۰/۷۵	۳/۷۰	۰/۴۷	۳/۶۴	۰/۸۱
تکانشگری هیجان						
ذهن آگاهی						

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
گروه کنترل	۰/۶۲	۳/۱۰	۰/۵۷	۳/۲۵	۰/۹۱	۳/۱۳
حل مسأله اجتماعی	۰/۵۸	۳/۱۵	۰/۴۹	۳/۵۷	۰/۶۰	۳/۳۲
گروه کنترل	۰/۳۸	۲/۹۹	۰/۳۳	۳/۰۹	۰/۶۸	۲/۹۹
رفتارهای بیرونی شده	۰/۸۹	۲/۷۴	۰/۵۳	۳/۱۹	۰/۷۳	۳/۰۹
گروه کنترل	۰/۴۵	۳/۱۴	۰/۴۴	۳/۰۶	۰/۷۲	۳/۰۳
باورهای مؤثر در تنظیم شناختی هیجان	۰/۵۱	۲/۹۷	۰/۳۶	۳/۴۴	۰/۷۳	۳/۴۸
گروه کنترل	۰/۴۳	۳/۰۷	۰/۳۹	۳/۰۴	۰/۴۴	۳/۰۹
رفتارهای درونی شده	۰/۸۰	۳/۲۲	۰/۶۸	۳/۶۲	۰/۷۲	۳/۴۶
گروه کنترل	۰/۶۷	۳/۲۹	۰/۵۹	۲/۹۵	۰/۶۱	۳/۰۷
سازگاری	۰/۸۲	۲/۸۷	۰/۷۷	۳/۴۱	۱/۰۴	۳/۳۱
گروه کنترل	۰/۵۶	۲/۸۹	۰/۶۲	۲/۷۵	۰/۸۱	۲/۸۵
شادکامی	۰/۶۷	۳/۲۷	۰/۵۱	۳/۷۰	۰/۸۲	۳/۵۱
گروه کنترل	۰/۳۷	۳/۰۸	۰/۴۲	۳/۰	۰/۳۸	۳/۰۲
تحمل پریشانی هیجانی	۱/۰۴	۳/۵۶	۰/۶۰	۴/۱۱	۰/۹۰	۳/۷۴
گروه کنترل	۰/۷۸	۳/۹۷	۱/۱۵	۳/۳۸	۱/۱۷	۳/۴۴
جذب شدن با هیجانات منفی	۱/۱۶	۳/۳۲	۰/۷۲	۴/۰۶	۰/۸۸	۳/۶۲
گروه کنترل	۰/۹۳	۳/۶۰	۱/۲۳	۳/۰۷	۱/۲۴	۲/۹۸
برآورد ذهنی پریشانی	۰/۶۴	۳/۳۱	۰/۵۹	۴/۰۴	۰/۶۴	۴/۰۱
گروه کنترل	۰/۷۱	۳/۵۶	۰/۷۹	۳/۵۲	۰/۷۳	۳/۵۸
تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی	۰/۹۳	۳/۹۴	۰/۵۳	۴/۲۷	۰/۷۰	۴/۰۳
گروه کنترل	۰/۸۱	۳/۶۷	۰/۷۵	۳/۵۷	۰/۷۷	۳/۶۰
متغیر هیجانی-رفتاری مشکل‌آفرین	۰/۵۸	۳/۴۵	۰/۴۷	۳/۷۶	۰/۵۹	۳/۳۲
گروه کنترل	۰/۵۴	۳/۱۸	۰/۷۳	۳/۰۳	۱/۰۱	۳/۰۹

همان‌گونه که از نتایج جدول شماره ۳ مشخص است در تمام خرده مقیاس‌های تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در مرحله ارزیابی پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون مکرر است، استفاده شد و حالت‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و افزایش وجود داشته است؛ برای بررسی معناداری این تفاوت‌ها از تحلیل واریانس مختلط که حالتی از اندازه‌گیری مکرر است، استفاده شد و حالت‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

با توجه به نتایج این جدول تعامل بین سطوح متغیر درون آزمودنی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) و همچنین تعامل کلی بین متغیر درون آزمودنی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و متغیر بین آزمودنی (شش سطح: ذهن‌آگاهی زیاد-ذهن‌آگاهی کم، ارتباط مؤثر زیاد-ارتباط مؤثر کم و تنظیم شناختی هیجان زیاد-تنظیم شناختی هیجان کم)، معنادار به دست آمد ($p < 0/01$) بنابراین می‌توان گفت حداقل بین یکی از حالت‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در شش گروه تفاوت معناداری وجود داشته است.

پیگیری به عنوان متغیر درون آزمودنی و شش سطح برای گروه آزمایشی در نظر گرفته شد. گروه آزمایشی یا ذهن‌آگاهی زیاد، ذهن‌آگاهی کم، ارتباط مؤثر زیاد، ارتباط مؤثر کم، تنظیم شناختی هیجان زیاد و تنظیم شناختی هیجان کم سطوح متفاوت گروه آزمایشی در نظر گرفته شد. برای اجرای آزمون کواریانس مختلط پیش‌فرض آزمون کرویت ماچلی نیز بررسی شد و نتایج این آزمون حاکی از رعایت پیش‌فرض بود (خی دو تقریبی $0/089$ ، $d=4$ ، $0/456$ ، $\text{sig} =$ در جدول شماره ۴ نتایج آزمون مختلط بیان شده است؛

جدول ۴. نتایج آزمون واریانس مختلط

شاخص آماری اثر	آزمون	ارزش	F	df	معناداری	اندازه اثر
عامل	اثر پیلاهی	۰/۸۹۱	۶/۳۲۱	۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲۳
درون	لامبدای ویلکز	۰/۲۱۶	۶/۳۲۱	۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲۳
آزمودنی	اثر هتلینگ	۴/۵۶۹	۶/۳۲۱	۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲۳
	بزرگترین ریشه روی	۵/۳۰۲	۶/۳۲۱	۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲۳
تعامل	اثر پیلاهی	۰/۸۰۲	۵/۲۱	۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸۱
عوامل بین	لامبدای ویلکز	۰/۶۰۱	۹/۳۸	۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۷
آزمودنی و	اثر هتلینگ	۴/۳۶۹	۵/۵۹۶	۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲۹
درون آزمودنی	بزرگترین ریشه روی	۶/۲۳۶	۱۰/۵۳۲	۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴۸

تمرکز بر ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی به عنوان مؤلفه‌های پذیرش و تنظیم هیجان و کارآمدی بین فردی، به فرد کمک می‌کند تا بتواند به احساسات خود شناخت پیدا کند. همچنین با توجه به نظر لینهان، در رفتاردرمانی دیالکتیک، به فرد آموزش داده می‌شود که لازم نیست حتماً هیجان‌ها تأیید یا سرکوب شوند بلکه پذیرش در لحظه صرف کفایت می‌کند و آن‌ها را به سطح راحتی بخش می‌رساند (Sarami, Yazdkhasti & Orayzi, 2015). همچنین این درمان با تمرکز درمانگر بر مواجه ساختن فرد با احساساتش و نشان دادن نوع هیجان به فرد، وی را به سطحی از توانایی و قابلیت در زمینه شناخت هیجان خود و نرسیدن از مواجه شدن با احساسات قادر می‌سازد؛ بنابراین نپذیرفتن احساسات و اجتناب از رویارویی با هیجان‌ها در زنان معتاد کاهش یافته و این دسته از افراد بیشتر قادر خواهند بود عواطف و احساسات خود را تشخیص داده

همان‌گونه که از نتایج جدول شماره ۴ مشخص است تفاوت‌ها معنادار بوده، حکایت از اثرگذاری متغیرهای در نظر گرفته شده به عنوان میانجی دارد؛ بنابراین فرضیه اصلی دوم مبنی بر وجود نقش میانجی‌گرانه ذهن‌آگاهی، ارتباط مؤثر و تنظیم شناختی هیجان در اثرگذاری رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانس تأیید شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک بر دو متغیر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی و همچنین شناسایی مؤلفه‌های هیجانی-رفتاری میانجی اثربخش در این مداخلات در جمعیت زنان دارای اعتیاد بود. نتایج پژوهش نشان داد که این درمان بر مؤلفه‌های تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی تأثیر معناداری دارد و رفتاردرمانی دیالکتیک با

در راستای هیجان وارد را تعدیل نموده، رفتار خود را با کنترل بیشتری ابراز کند. همچنین طبق نظر Linhan, Bohus & Lynch (2007) همهٔ مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک تنظیم هیجانی را مد نظر قرار می‌دهند. مهارت مرکزی تنظیم هیجان نیز ذهن‌آگاهی است که برگرفته از فنون و تمرین‌های مراقبه و شامل مشاهده، توصیف کردن و به طور همزمان شرکت کردن خودکار، قضاوت، نکردن آگاهی متمرکز بر لحظه و تمرکز بر مؤثر بودن به جای درست بودن است؛ بنابراین با توجه به ادبیات موجود دربارهٔ رفتاردرمانی دیالکتیک و یافته‌های این پژوهش، ارتقاء مهارت ذهن‌آگاهی را در ازاء آموزش‌های رفتاردرمانی دیالکتیک، می‌توان ناشی از تمرین‌های موجود در این درمان ساختاریافته دانست. نتایج همچنین نشان داد روش درمانی رفتاردرمانی دیالکتیک بر مهارت حل مسئلهٔ اجتماعی تأثیر معناداری دارد. این یافته هم‌راستا با پژوهش James et al (2016) بوده است که با کمک تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیک مهارت حل مسئلهٔ اجتماعی-هیجانی را در نوجوانان ارتقا داد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تکنیک‌های رفتاردرمانی با آموزش تنظیم هیجانی و تحمل ابهام، فرد را قادر به کنترل بیشتر احساسات و عواطف می‌کند که این کنترل هیجانی، خود باعث افزایش قدرت شناختی شده و فرد را قادر به حل مسائل اجتماعی بیشتری می‌کند؛ همچنین این مهارت با ایجاد فرصت تمرین، در فرد بیشتر نهادینه می‌شود.

نتایج حاکی از اثربخشی معنادار روش درمانی بر سازگاری اجتماعی است، این یافته این‌گونه تبیین می‌شود که در روش درمانی مذکور، فرد با تمرکز بر بعد هیجانی و تعدیل و کنترل هیجانی و در نهایت ایجاد دانش و آگاهی مکفی دربارهٔ تنظیم هیجان و ایجاد شناخت در این زمینه، به توانایی سازگاری اجتماعی دست پیدا می‌کند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت مصرف مواد و وجود نگرش منفی و برچسب معنادان، این افراد را دچار نوعی عزت نفس کاهش یافته می‌کند که در روش‌های درمانی موجود در این پژوهش (رفتاردرمانی دیالکتیک)، با وجود فضای چندنفره و گروهی ایمن و فرصت ایجاد تجارب جدید، این عزت نفس معیوب اصلاح شده و منجر به بروز رفتارهایی می‌شود که معنادار را بیشتر به سمت

و بپذیرند. همچنین رفتاردرمانی دیالکتیک با تمرین و به عبارت دیگر بازسازی رفتاری، فرد را به نوعی از شناخت از توانایی خود می‌رساند. از آنجایی که رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر پذیرش و تغییر در یک زمان است، درمانی منحصر به فرد در ایجاد تعادل به شمار می‌رود. در راستای تبیین تأثیر این روش درمانی بر انعطاف‌پذیری زنان معتاد به این نکته نیز باید اشاره کرد که در آموزش‌های رفتاردرمانی دیالکتیک به‌خصوص مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی، فرد به توانایی در پذیرش واقعیت‌های زندگی دست پیدا می‌کند؛ بنابراین با بالا رفتن توان فرد در این زمینه، قدرت ارزیابی مجدد و یا همان انعطاف‌پذیری دربارهٔ امور بیشتری را کسب خواهد کرد. این یافته هم‌راستا با پژوهش Haghayegh et al (2012) است که رفتاردرمانی دیالکتیک را بر انعطاف‌پذیری در افراد با سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر مؤثر دانسته‌اند. از سوی دیگر رفتاردرمانی دیالکتیک که مبتنی بر تضادها و به تبع آن ایجاد اندیشه است که فرد را وادار به تولید نوعی شناخت جدید می‌سازد؛ به عبارت دیگر فردی که دربارهٔ ارتباط مؤثر مهارت کافی نداشته، همیشه درگیر این افکار که نمی‌تواند با کسی ارتباط مؤثر برقرار کند بوده و متقابلاً دغدغهٔ فکری ایجاد ارتباط مفید و مناسب را نیز داشته است. با کمک رفتاردرمانی دیالکتیک این فرد توانسته فرایند ارتباط مؤثر را تولید و تجربه کند؛ بنابراین این روش درمانی مفید و مؤثر بوده است.

این درمان همچنین بر تکانشگری افراد معتاد نیز تأثیر معناداری داشته است؛ تکانشگری رفتاری چندبعدی است که به صورت ارتکاب رفتارهای بدون دوراندیشی و پاسخ‌دهی شتابزده به محرک‌ها تعریف شده و اغلب عواقب نامطلوبی در پی دارد (Mooler et al, 2007)؛ با توجه به نتایج حاصل از مطالعهٔ حاضر و تحقیقات پیشین در این زمینه از جمله پژوهش Zamani et al (2014), Imam Gholipour et al (2015), Fleischaker et al (2011). رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش تکانشگری در افراد معتاد تأثیر دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیک با تمرکز بر بعد هیجانی رفتار تکانشگری، فرد را به سطحی از ثبات هیجانی می‌رساند و در طی این فرایند، فرد یاد می‌گیرد در پی استیلای هیجانی خاص، با به تعویق انداختن تصمیم‌های آنی و فوری، احساسات خود

این روش درمانی دانست. همچنین نتایج نشان داد روش درمانی بر تنظیم تلاش برای تسکین پریشانی مؤثر بوده است. این یافته را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که روش درمانی رفتاردرمانی دیالکتیک با آموزش‌های رفتاری ویژه تخلیه هیجانی، فرد را مجهز به مهارت‌های رفتاری تعدیل هیجان‌های منفی می‌کند. همچنین با وجود کارگروهی در این نوع از درمان‌ها، الگوبرداری از دیگران نیز صورت گرفته و افراد به این بینش اشراف پیدا می‌کنند که دیگران در مواقع پریشانی برای تسکین خود چه می‌کنند.

به عنوان نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت این درمان تأثیر بسزایی در بهبود وضعیت زنان وابسته به مواد دارد و از این رو می‌توان از نتایج آن در بهبود بسیاری از زنان وابسته به مواد بهره برد؛ با توجه به اینکه درمان رفتاردرمانی دیالکتیک ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی که درمانی مقاوم به درمان است طراحی شده است؛ امید است که کاربرد آن در درمان اعتیاد نیز ثمربخش باشد و بتواند با کاهش علائم و نقایص همراه با اعتیاد به بهبود وضعیت افراد وابسته به مواد کمک کند. گفتنی است که هر پژوهش در کنار دستاوردهای پژوهشی و کاربردی دارای محدودیت‌هایی است که با رفع آن‌ها می‌توان به نتایج قابل توجه‌تر دست یافت. در پژوهش حاضر به محدودیت‌هایی از قبیل بررسی در نمونه زنان، آزمون پیگیری با فاصله کوتاه، عدم امکان مداخله در سطح خانواده و یا وسیع-تر و جمع‌آوری داده‌ها با آزمون‌های قلم کاغذی که منجر به نگرش بهبودی پاسخ می‌گردد، می‌توان اشاره داشت. در این راستا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی در نمونه‌های مختلط (هم زنان و هم مردان)، بررسی در نمونه با سنین متفاوت به عنوان مثال نوجوان، استفاده از مصاحبه به عنوان روش دقیق‌تر برای جمع‌آوری داده‌ها، انجام مطالعات طولی و بلندمدت و مطالعات در سطح خانواده اقدام گردد تا نتایج معتبرتری به دست آید.

منابع

Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., & Sinha, R. (2011). Emotion Regulation and Substance Use Frequency in Women with Substance Dependence and Borderline Personality Disorder Receiving Dialectical Behavior Therapy.

سازگاری اجتماعی متمایل می‌کند. همچنین در توجیه تأثیر این درمان بر شادکامی می‌توان چنین عنوان کرد که با توجه به اینکه این درمان نوعی روش درمانی تجربی‌گراست یا به عبارتی سبک فعال دارد و فرد را وادار به بروز رفتارهایی خاص می‌کند که بر اساس مبانی نظری پایه فیزیولوژیک در زمینه شادکامی افزایش رفتار با آزادسازی هورمون‌های اندروینی همراه است و بر میزان شادی فرد می‌افزاید؛ بنابراین فرد با انجام حرکات روان‌نمایشی یا تمرینات رفتاردرمانی دیالکتیک در معرض انجام بیشتر رفتار قرار خواهد گرفت؛ این نوع از درمان‌های فعال به‌خصوص در زنان معنادار که ممکن است به علت گرفتاری در دام اعتیاد با کاهش چشمگیر رفتار مواجه باشند؛ می‌تواند بسیار مفید باشد. همچنین در تبیین اثربخشی این درمان بر تحمل پریشانی می‌توان گفت افرادی که تحمل پریشانی کمی دارند، هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های تنش‌زا به سختی قادر به کنترل و تنظیم هیجان‌های خودند؛ به همین دلیل به دنبال راهبردهای فوری برای کاهش رنج ذهنی واردند. یکی از فوری‌ترین راهکارها، مصرف مواد و روی آوردن به تسکین دهنده‌های خارجی است؛ بنابراین روش‌های درمانی که زمان‌بر بوده بر روی آن مؤثر نبوده است.

همچنین با توجه به پیشینه پژوهشی و نظری، در تبیین این یافته می‌توان گفت روش‌های درمانی با تمرکز بر هیجان‌های مثبت‌تر و افزایش دخیله رفتاری درباره کنترل و تعدیل هیجان‌های منفی، زنان معنادار را به سمت مخالف جذب شدن با هیجان‌های منفی یعنی به سمت کشش به هیجان‌های مثبت و یا روش‌های اجتناب از احساسات منفی و تنش‌زا متمایل می‌کند. همچنین برآورد ذهنی پریشانی یکی از خرده‌مقیاس‌های تحمل پریشانی است که با توجه به نتایج، روش درمانی مورد استفاده در این مطالعه بر آن تأثیر معناداری داشته و باعث بهبود این نوع از تفکر شده است. از زاویه دید به ادبیات نظری در این زمینه، می‌توان علت بهبود این نوع ارزیابی شناختی را در منشا شناختی هیجان‌ها دانست. از آنجایی که روش درمانی رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر رهایش هیجان‌ها و یادگیری و ابراز رفتارهای متناسب‌تر است و فرایندهای هیجانی، معلول فرایندهای شناختی است (Lih, 2011)؛ بنابراین بهبود برآورد ذهنی هیجان را می‌توان در بهبود نوع ارزیابی شناختی حاصل از

- Esmailinasab M, Andami Khoshk A, Azarmi H, Samar Rakhi A.(2014). The Predicting Role of Difficulties in Emotion Regulation and Distress Tolerance in Students' Addiction Potential, *Research on Addiction*, V. 8, N. 29. [Persian]
- Kirk, K., Farrall, M., & Holmes, P. (2014). *Empowering therapeutic practice: Integrating psychodrama into other therapies*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Leyro, M.T., Zvolensky, M.J., & Bernstein, A. (2010). Distress Tolerance and Psychopathological Symptoms and Disorders: A Review of the Empirical Literature among Adults. *Psychological Bulletin*. 136(4), 576–600.
- Martin, P. R., Weinberg, B. A., & Bealer, B. K. (2007). *Healing addiction: An integrated pharmacopsychosocial approach to treatment*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Rabert, L.(2011). (S, Shakila. S, Tahmasebi Moradi. H, Naseri. K, Ziyaei, Trans), Tehran: Danzheh. [Persian]
- Sarrami H, Ghorbani M, Minooei M. (2013). Survey of Four Decades of Addiction Prevalence Researches in Iran, *Research on Addiction*, V. 7, N. 26(29-52). [Persian]
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 20 (9), 83-102.
- Smith, S. M., & Petty, R. E. (1995). Personality moderators of mood congruency effects on cognition: The role of self-efficacy and negative mood regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (6), 1092-1107.
- American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37 (1), 37–42.
- Botvin, G. J. (2000). Preventing Drug abuse in the schools: social and competence enhancement approaches targeting Individual drug level etiological factors. *Journal of Addictive Behaviors*, 25(6), 887- 897.
- Brown, R. A., Lejuez, C. W., Strong, D. R., Kahler, C. W., Zvolensky, M. J., Carpenter, L. I., Niaura, R., & Price, L. H. (2009). A prospective examination of distress tolerance and early smoking lapse in adult self-quitters. *Nicotine & Tobacco Research*, 11(5), 493–502.
- Catanzaro, S. J., & Mearns, J. (1990). Measuring generalized expectancies for negative mood regulation: Initial scale development and implications. *Journal of Personality Assessment*, 54, 546-563.
- Chen, A. (2019). From attachment to addiction: The mediating role of need satisfaction on social networking sites. *Computers in Human Behavior*, 98:80-92.
- Daughters, S.B., Reynolds, E.K., MacPherson, L., Kahler, C.W., Danielson, C.K., Zvolensky, M., & Lejuez, C.W. (2009). Distress Tolerance and Early Adolescent Externalizing and Internalizing Symptoms: The Moderating Role of Gender and Ethnicity. *Behavior Research Therapy*, 47(3), 198–205.
- Deco, C. R., Comtois, K. A. & Landes, S. A. (2019). Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behavior Therapy*, 50: 60-72.
- Dimeff, L.A. (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Dimeff, L.A., & Linehan M.M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abuser. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(2): 39-47.
- D'Zurilla, T. J., & Neau, A. M. (2010). *Problem-solving therapy*. In: K. Dobson (Ed), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp.197-225). New York: Guilford Press.
- Eich, J. (2015). *Dialectical Behavior Therapy skills training with adolescents*. Eau Claire: PESI.