

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان
و ذهنی سازی زنان دارای همسران معتاد خمینی شهر

**The effectiveness of cognitive behavioral therapy
on the cognitive regulation of emotion and mentalization
of women with addicted husbands of Khomeini Shahr**

Sabihe Rezaie

Master's degree in psychology, Hasht Behesht non-profit educational institute, Isfahan, Iran.

Email: sabiherezaie1363@gmail.com

Latife Madanian

Assistant Professor of Psychology, Hasht Behesht Non-Profit Higher Education Institute, Isfahan, Iran.

Mahnaz Edalatpanah

Assistant Professor of Psychology, Hasht Behesht Non-Profit Higher Education Institute, Isfahan, Iran.

صبیحه رضایی*

دانشجوی ارشد رشته روانشناسی، موسسه آموزش علی غیر انتفاعی هشت بهشت، اصفهان، ایران.

لطیفه مدنیان

استادیار روانشناسی، موسسه آموزش علی غیر انتفاعی هشت بهشت، اصفهان، ایران.

مهناز عدالت پناه

استادیار روانشناسی، موسسه آموزش علی غیر انتفاعی هشت بهشت، اصفهان، ایران.

Abstract

The aim of the present study was the effectiveness of cognitive behavioral therapy on the cognitive regulation of emotion and mentalization of women with drug addict spouses in Khomeini Shahr. The semi-experimental research method of pre-test and post-test type has been implemented with an experimental group and a control group. The statistical population included all women with husbands with a history of addiction for at least one year in Khomeini Shahr. 30 women with addicted husbands were selected by available sampling method and were randomly replaced in two groups of 15 people in two experimental groups and a control group. The experimental group received cognitive-behavioral therapy consisting of 11 therapy sessions (each session lasting 60-90 minutes) and the control group did not receive any intervention. Data were obtained using Granofsky's cognitive emotion regulation questionnaire and reflective function questionnaire (R.F.Q). Data were analyzed using

چکیده

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان و ذهنی سازی زنان دارای همسران معتاد خمینی شهر بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه آزمایش و گروه کنترل اجرا گردیده است. جامعه آماری شامل کلیه زنان با همسران دارای سابقه اعتیاد حداقل یک سال در خمینی شهر بودند. ۳۰ زن با همسر معتاد با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره در دو گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش، درمان شناختی-رفتاری مشتمل بر ۱۱ جلسه درمانی (هر جلسه ۶۰-۹۰ دقیقه) دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. داده ها با استفاده از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی، و پرسشنامه کارکرد تاملی (R.F.Q) کسب شد. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم افزار نسخه SPSS-۲۳ تجزیه و تحلیل شدند. یافته ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر مولفه های تنظیم شناختی هیجان (تنظیم شناختی هیجان مثبت $F=764/496$)

multivariate analysis of covariance in SPSS-23 software. The findings showed that cognitive behavioral therapy on the components of cognitive regulation of emotion (cognitive regulation of positive emotion ($F = 764.496$, $\eta^2 = 0.932$); and cognitive regulation of negative emotion ($F = 205.52$, $\eta^2 = 0.786$)); and mentalization and uncertainty ($F=55.078$, $\eta^2=0.496$) of these women had a significant effect ($p>0.05$).

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, cognitive emotion regulation, mentalization, female.

$F=20.5/52$); و تنظیم شناختی هیجان منفی ($\eta^2=0.932$); و ذهنی سازی و عدم اطمینان ($F=55.078$, $\eta^2=0.786$); و این زنان تاثیر معناداری داشت ($p<0.05$).

نتیجه گیری: مرور پژوهش های موجود پیرامون برنامه والدگری
واژه های کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، تنظیم شناختی هیجان، ذهنی سازی، زنان

نوع مقاله : پژوهشی	دریافت : دی ۱۴۰۲	پذیرش: اسفند ۱۴۰۲
--------------------	------------------	-------------------

مقدمه

یکی از مهم ترین مشکلات عصر حاضر که گسترش جهانی پیدا کرده است اعتیاد می باشد. گزارش سالانه سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۹ نشان می دهد که در دنیا حدود ۴۵۶ میلیون نفر معتاد به انواع مواد افیونی وجود دارد و هرروز به شمار قربانیان مصرف کنندگان مواد افزوده می شود و عوارض آن (اختلالات روانی، جسمانی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی) همه مرزهای فرهنگی و اجتماعی را در بر می گیرد و سلامت بشر را مورد تهدید قرار می دهد (تمبلتون، زوحدی و ولمن^۱، ۲۰۰۷). در کشور ایران نیز آمار وابستگی و سوء مصرف از دو میلیون در سال ۱۳۷۶ به سه میلیون نفر در سال ۱۳۹۸ رسیده و آمارهای غیر رسمی، شش میلیون نفر معتاد را گزارش کرده اند. اعتیاد یک بیماری جسمی و روانی به شمار می آید که به دلیل ماهیت پیش رونده اش در همه ابعاد زندگی، سلامتی فرد، خانواده و جامعه را به خطر می اندازد و اولین پایگاهی که در این خصوص تاثیر می پذیرد، سیستم خانواده می باشد که در این سیستم نیز تاثیرات منفی سوء مصرف به طور ویژه روی همسر و افزایش مشکلات در بین اعضا خانواده می باشد (عرفانیان تقوایی، ۱۳۹۸). شواهد آماری حاکی از آن است که ۳۴ درصد از طلاق های کشور، ناشی از اعتیاد و مسائل مرتبط با مواد مخدر می باشد. بنابراین تعداد بسیاری از خانواده ها تحت تاثیر مستقیم و غیرمستقیم پدیده شوم اعتیاد هستند و طلاق یکی از پیامدهای عمده اعتیاد است که به نوبه خود می تواند دلیلی بر شیوع و گسترش اعتیاد نیز باشد. اعتیاد همسر غالباً منجر به برهم خوردن نقش ها و وظایف خانوادگی می گردد، به گونه ای که بار مسئولیت زنان خانه دار را می افزاید و آنها را تحت فشار قرار می دهد.

اعتیاد، به عنوان یک بیماری شناخته شده می تواند تاثیر عمیقی بر اعضای خانواده افراد معتاد داشته باشد و به صورت استرس با علائم روانی و جسمی از جمله نگرانی در مورد بار تحمیل شده در اثر اعتیاد، نگرانی از رفتار و وضعیت سلامت جسمی و روانی فرد معتاد، کاهش ارتباطات اجتماعی خانواده، تاثیرات منفی روی ارتباطات بین اعضای خانواده (حساسیت در روابط بین فردی) و علائم خلقی یا عاطفی شامل اضطراب، نگرانی، افسردگی، احساس بیچارگی، خشم و احساس گناه تجربه شود (باتلر^۲ و بالود^۳، ۲۰۰۵). یکی از پیامدهای نامطلوب اعتیاد همسر برای افراد می تواند ناتوانی در تنظیم شناختی هیجان باشد.

¹ Templeton L, Zohhadi S, Vellman

² Butler

³ Bauld

از آنجایی که نظم‌جویی هیجان^۴ نقشی محوری در تحول بهنجار داشته و ضعف در آن، عاملی مهم در ایجاد اختلال‌های روانی به شمار می‌رود، نظریه پردازان بر این باورند، افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجان‌اتشان در برابر رویدادهای روزمره نیستند، بیشتر نشانه‌های تشخیصی، اختلال‌های درونی سازی از قبیل افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهند (نولن-هاکسما، ویسکو و لیبومیرسکی^۵، ۲۰۰۸). بنابراین می‌توان گفت، نظم‌دهی هیجان عاملی کلیدی و تعیین کننده در بهزیستی روانی و کارکرد ذهنی اثربخش است (گرانفسکی و کارایی^۶، ۲۰۰۶)، که در سازگاری با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی نقش اساسی ایفا می‌کند (نولن-هاکسما و مارو، ۲۰۰۸). به طور اجمالی می‌توان ادعا نمود که افراد از روش‌های مختلفی جهت نظم‌جویی هیجان‌اتشان استفاده می‌کنند و یکی از متداول‌ترین این روش‌ها استفاده از راهبردهای شناختی است. راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان، فرآیندهای شناختی هستند که افراد برای مدیریت اطلاعات هیجان‌آور و برانگیزاننده به کار می‌گیرند و بر جنبه شناختی مقابله تأکید دارند؛ بنابراین، افکار و شناخت‌ها در توانایی مدیریت، نظم جویی و کنترل احساس‌ها و هیجان‌ها بعد از تجربه‌ی یک رویداد تنیدگی‌زا نقش بسیار مهمی دارند (گرانفسکی و کارایی^۷، ۲۰۰۶).

تنظیم هیجان موفق همراه با دستاوردهای مثبت می‌باشد، دستاوردهایی چون رشد صلاحیت‌های اجتماعی (آیزنبرگ^۸، ۲۰۰۰)، و در مقابل، هیجان تنظیم نشده با اشکال برجسته آسیب‌های روانی همراه است، مثلاً گفته شده است که عدم تنظیم هیجان می‌تواند منادی رفتارهای مشکل‌آفرینی هم‌چون خشونت باشد (دیلون، ریچی، جانسون و لا-بار^۹، ۲۰۰۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که طبقه‌ی قدرتمندی از تنظیم هیجان شامل راه‌های شناختی اداره‌ی اطلاعات هیجانی تحریک کننده است (آکتر^{۱۰} و گراس^{۱۱}، ۲۰۰۵). به نظر می‌رسد که پیامدهای روانشناختی و هیجانی حضور فرد معتاد در خانواده می‌تواند راهبردهای تنظیم هیجانی افراد را تحت تأثیر منفی قرار دهد.

ویژگی اصلی رفتار اجتماعی انسان که باعث تمایز او از سایر حیوانات می‌گردد، ظرفیتش برای تعامل دو سویه با دیگران است. ظاهراً ویژگی نیازمند این است که فرد بداند دیگران چگونه فکر میکنند و دارای چه احساسی هستند. چنین ظرفیتی «نظریه ذهن^{۱۲}» نامیده می‌شود (بیرچ^{۱۳}، ۲۰۱۶؛ پریماک^{۱۴} و وودروفت^{۱۵}، ۲۰۱۷). ضمناً نظریه ذهن را به عنوان توانش فرد در اسناد حالت‌های ذهنی به خود و دیگران و پیش‌بینی رفتارها بر مبنای حالت‌های ذهنی تعریف می‌کنند. توانایی نظریه ذهن که ذهنی سازی^{۱۶} (گالاگر و فریت^{۱۷}، ۲۰۱۴)، کشف عامل^{۱۸} (بلیر^{۱۹}، ۲۰۱۰) نیز نامیده شده، به عنوان بازنمایی پیوسته وضعیت ذهنی خود و دیگران است (گالاگر و فریت، ۲۰۱۴). به عبارت دیگر نظریه ذهن پیش‌بینی رفتار بر حسب حالات ذهنی است (زیمر^{۲۰}، ۲۰۱۴). توانایی درک این موضوع که دیگران واجد حالت‌های ذهنی‌ای هستند که می‌تواند با حالت‌های ذهنی خود فرد یا واقعیت متفاوت باشد و اینکه اعمال انسان به وسیله حالت‌های ذهنی درونی مانند باورها، امیال و مقاصد برانگیخته می‌

⁴ Emotion regulation

⁵ Wisco & Lyubomirsky

⁶ Granovsky & Kraaij

⁷ Granovsky & Kraaij

⁸ Eisenberg

⁹ Dillon, Ritchey, Johnson & La-Ba

¹⁰ Oschner

¹¹ Grass

¹² Theory of mind

¹³ Birch

¹⁴ Premack

¹⁵ Woodruff

¹⁶ Mentalization

¹⁷ Gallagher & Ferrite

¹⁸ Discover the agent

¹⁹ Blair

²⁰ Zimmer

شود، نظریه ذهن نامیده می شود (لاکتر، بومن و صباقی^{۲۱}، ۲۰۱۰؛ به نقل از بافنده، ۱۳۹۰). نظریه ذهن برای درک اینکه چگونه افراد در یک موقعیت مشابه، به رغم داشتن تجربه مشابه، می توانند حالت های ذهنی متفاوتی داشته باشند، ضروری است (داهلگرن، سندبرگ و لارس^{۲۲}، ۲۰۱۰). این توانایی به ما این امکان را می دهد که در اجتماع و در تعامل با دیگران همانند یک بازیگر شطرنج، اندیشه ها، باورها، گرایش ها و هدف های دیگران را در ذهن خویش بازنمایی کنیم و واکنش مناسب نشان دهیم (بارون و کوهن^{۲۳}، ۱۹۹۵).

دیدگاه شناختی- رفتاری، یک درمان روان شناختی است که به کنش متقابل میان اینکه فرد چگونه فکر، احساس و رفتار می کند، می پردازد و بر مشکلات حال حاضر تمرکز دارد و از یک سبک سازمان یافته در مداخلات درمانی پیروی می کند (هاوثن^{۲۴} و همکاران، ۲۰۱۴). فرض بنیادین رویکرد شناختی- رفتاری این است که شناخت بر احساس و رفتار تاثیرگذار است و بیش از خود رویدادها، افراد به بازنمایی شناختی خود از رویدادها پاسخ می دهند (رایت و همکاران، ۲۰۱۷).

توانایی شناخت خود و آگاهی از خصوصیات، نیازها، نقاط ضعف و قوت، خواسته ها، ترس ها، احساسات، ارزش و هویت خود می باشد. رشد خود آگاهی به فرد کمک می کند روابط اجتماعی و روابط بین فردی مؤثر و همدلانه برقرار کند. از جمله مشکلات روانی - اجتماعی مرتبط با خود آگاهی ضعیف می توان به افسردگی احساس حقارت، اعتماد به نفس پایین، مشکلات ارتباطی، احساس تنهایی، سوء مصرف مواد و ... اشاره کرد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰، ترجمه فتی و همکاران، ۱۳۸۶). همان گونه که علم پزشکی سلامت بدن انسان را با معیارهایی ارزشیابی می کند که مشخص شود اعضای مختلف، وظایف محوله و مورد انتظار را انجام می دهد یا نه، علم روان شناسی نیز باید همان معیارها را برای تشخیص میزان سلامتی یا بیماری ذهنی انسان به کار گیرد، سلامت ذهنی انسان باید براین اساس دآوری شود که وظیفه زیستی خود را تا چه حد انجام می دهد. وظیفه اساسی ضمیر هوشیار و یا وجدان انسان آگاهی و شناخت و به موازات آن تنظیم رفتار خویش است. اگر قرار باشد که رفتار انسان مؤثر و مفید شود و حافظ و ممدّ زندگی او باشد، نیاز دارد که نسبت به وضع خویش، محیط زندگی خویش واقعیت های جهان برون و درون خویش و جهان محل زیست خود آگاه شود. در جریان شناخت درمانی، درمانجو تشویق می شود تا رابطه بین افکار خودکار منفی و احساس خود را به عنوان فرضیه هایی که باید به بوته آزمایش گذاشته شوند، تلقی کرده و از رفتارهایی که براین افکار منفی است به عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار استفاده کند. در این شیوه هدف نه فقط تسری بلکه تداوم در بهبودی و در صورت امکان جلوگیری از بازگشت مشکل است (نظری و اسدی، ۱۳۹۰).

همانطور که ذکر گردید حضور فرد معتاد در خانواده می تواند مشکلات زیادی را به همراه داشته باشد. زنانی که همسر معتاد دارند در معرض آسیب و خطرات روانشناختی زیادی می باشند که یکی از این پیامدها می تواند ناتوانی در ذهنی سازی مناسب و عدم توانایی در تنظیم شناختی هیجان باشد. لذا ضروریست که به این افراد توجه ویژه ای شده و گامی مهم در جهت بهبود وضعیت بهزیستی روانشناختی و هیجانی آن ها برداشت. اعتیاد به مواد مخدر آسیب هایی که این بیماری در فرد معتاد ایجاد می کنند به قدری زیاد است که افراد اطراف او را هم تحت تاثیر می گذارد. اگر یک خانواده به صورت قایق تصور شود، اعتیاد مثل این است که یک نفر زیر پای خودش را سوراخ کند. همین مسئله باعث می شود که بقیه اعضای خانواده نیز تحت تاثیر بگیرند و آسیب های زیادی در آن ها ایجاد شود. که همسران افراد معتاد نیز از این قاعده مستثنی نیستند.

²¹ Luckner, Bowman & Sabaq,

²² Dahlgren, Sandberg & Lars

²³ Baron & Cohen

²⁴ Hawthon

مطابق پژوهش افارل^{۲۵} (۱۹۹۵) همسر مردان معتاد، در مورد خود، وضعیت زندگی و آینده خانواده خود در رنج و عذاب هستند. اضطراب آنها برآیندی از اشتغال ذهنی آنها در مورد بی فرجامی و از هم پاشیدگی زندگی است. آنها به دلیل فشار کارهای منزل، مشکلات اقتصادی ناشی از بیکاری همسر معتاد، یکنواختی زندگی، عدم رابطه صمیمانه با همسر و غیره مضطرب و افسرده هستند. زنان در خانواده هایی با همسر معتاد، به فرض مقاومت می بایست، بیشترین فشارها را از هر سو تحمل کنند و به تنهایی مسئولیت یک خانواده نابسامان را به دوش بکشند. آنها هم با سرپرستی فرد معتاد و هم با خطر ابتلای خود و فرزندان به اعتیاد مواجهند.

با توجه به اینکه خانواده آسیب پذیرترین نهاد اجتماعی نسبت به آثار سوء اعتیاد است و سرپرست معتاد به واسطه اعتیاد قادر به ایفای نقش خود به عنوان همسر و پدر در خانواده نیست، اهمیت نقش زن در خانواده های سرپرست معتاد دو چندان می گردد. با توجه به اهمیت بسزای حمایت از اقشار آسیب پذیر و عدالت در برخورداری از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی، حمایت از این گروه زنان به لحاظ نقش بنیادی آنان در خانواده و جامعه از اهمیت خاصی برخوردار است و این امر مستلزم شناخت و برطرف کردن مشکلات آن ها (اعم از روانشناختی و اجتماعی) می باشد (ملایری خواه لنگرودی و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین این نکته نیز حائز اهمیت است که زنانی که از طبقه پایین اجتماع هستند و از نظر اقتصادی وضعیت وابسته دارند قطعاً حمایت مالی و اقتصادی آن ها منوط به حمایت شوهر است و چون فرد معتاد به دلیل وابستگی به مواد مخدر، قدرت مدیریت و تصمیم گیری صحیح را از دست می دهد پس نمی تواند زندگی را مدیریت و نیازهای روحی و روانی و اجتماعی، اقتصادی و جنسی و... زن را برآورده کند. این عوامل یک شکاف عمیق در رابطه زن و شوهر ایجاد می کند و چون ارتباط با همسر در این رابطه ویران است این زن نمی تواند در جایگاه همسری و حتی مادری هم نقش خوبی ایفا کند و همچنین سلامت اجتماعی زن به علت اینکه خانواده منزوی تر می شود، دچار خلل می شود.

از موضوعات قابل تحقیق در مطالعات خانوادگی، بحث نقش خانواده در بروز و پیشگیری از اعتیاد اعضای خود است و با توجه به این حقیقت که درمان اعتیاد امری دشوار و پر هزینه می باشد و احتمال بازگشت فرد معتاد به سمت مصرف مواد مخدر در اغلب موارد وجود دارد، پیشگیری از این بلای خانمان سوز از اهمیت ویژه ای برخوردار است. این تحقیق میتواند به حوزه ی خانواده و اعتیاد در زمینه هیجان خواهی و همچنین ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی افراد کمک شایانی داشته باشد. همچنین در حوزه تنظیم هیجان و ذهنی سازی در نظریه های شناختی رفتاری از نظر علمی اهمیت موضوع، به آن پرداخته نشده است. تاکنون پژوهش های گوناگونی کارآیی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان و همچنین راهبردهای تنظیم هیجان، اضطراب، افسردگی، بهزیستی ذهنی در گروه های متخلف را بررسی و مورد تایید قرار داده اند. ولی با بررسی سوابق پژوهشی و مطالعه ی تحقیقات پیشین، محرز گردید که در چهارچوب درمان شناختی رفتاری و موضع تحقیق حاضر بسیار پژوهش های محدودی انجام شده است. با توجه به توضیحات فوق هدف از پژوهش حاضر پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان و ذهنی سازی زنان با همسران معتاد خمینی شهر تاثیر دارد؟

پیشینه پژوهش

طوافی، حاتمی، احدی و صرافی زاده (۱۳۹۹) پژوهشی با عنوان «اثربخشی درمان گروهی نظم جویی هیجانی و درمان شناختی- رفتاری در تنظیم هیجان افراد دارای اضافه وزن» انجام دادند. برای این منظور، طی یک پژوهش نیمه آزمایشی همراه با پیش آزمون- پس آزمون و گروه گواه، ۶۰ نفر از افراد مبتلا به اضافه وزن، به صورت در دسترس از میان بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی، انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) گمارش شدند. آزمودنی ها

قبل و بعد از مداخله از نظر تنظیم هیجان مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی طی ۸ جلسه، درمان گروهی نظم‌جویی هیجانی و درمان شناختی- رفتاری را دریافت کردند. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که روش نظم‌جویی هیجان و درمان شناختی رفتاری در تنظیم هیجان افراد دارای اضافه وزن موثرند و در مان نظم‌جویی هیجان از در مان شناختی رفتاری موثرتر است.

اثنی عشران، یزدخواستی و عریضی سامانی (۱۳۹۸) پژوهشی با عنوان «بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک (DBT) بر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی زنان معتاد از طریق متغیرهای میانجی ذهن آگاهی و ارتباط موثر و تنظیم شناختی هیجانی» انجام دادند. شرکت کنندگان در پژوهش ۶۰ زن معتاد مقیم زندان بودند که بر اساس نمونه گیری دردسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پژوهشگران این مطالعه از مقیاس‌های تنظیم خلق منفی، تحمل پریشانی، و حالات رفتاری-هیجانی استفاده نمودند. داده‌های حاصل از پژوهش توسط تحلیل واریانس مکرر با استفاده از SPSS-23 و AMOS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که DBT منجر به افزایش مهارتهای تنظیم هیجان و نیز تحمل پریشانی کمتر در گروه آزمایش شده است.

درودیان، مداحی و خلعتبری (۱۳۹۷) پژوهشی با عنوان «مقایسه اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و خودکارآمدی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی» انجام دادند. نتایج نشان داد هر دو درمان در بهبود تنظیم هیجانی و خودکارآمدی موثر بوده است؛ ولی درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در افزایش تنظیم هیجانی و خودکارآمدی در پس‌آزمون و پیگیری برتری داشته است.

شاهنگیان، پاست، میبدی و پیامبری (۱۳۹۷) پژوهشی با عنوان «اثربخشی درمان گروهی رفتاری شناختی و فراشناختی بر کاهش اضطراب و راهبردهای تنظیم هیجانی در زنان بد سرپرست» انجام دادند. نتایج نشان داد که هر دو درمان گروهی رفتاری شناختی و فراشناختی به طور مساوی بر علایم اضطراب اثربخش بودند. با این حال، تکنیک‌های درمانی با توجه به اثربخشی شان بر جنبه‌های مختلف تنظیم هیجان مانند بازآرزیابی مثبت و فاجعه سازی به لحاظ آماری با هم متفاوت بودند؛ بدین صورت که درمان فراشناختی در مقایسه با درمان رفتاری شناختی تا حدودی بازگشت نشان داده بود.

رحیمی، سهرابی، میدخت رضایی و سروق (۱۳۹۶) پژوهشی با عنوان «مقایسه اثر بخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان مصرف کننده مواد محرک» انجام دادند. نتایج نشان داد که درمان گروهی شناختی- رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجانی در پس‌آزمون اثر بخش می‌باشند، ولی در مرحله پیگیری این اثر بخش کاهش یافته‌اند و هم‌چنین، درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد اثر بخش‌تر از درمان گروهی شناختی رفتاری بر بهبود تنظیم شناختی هیجان در پس‌آزمون و پیگیری بود.

عظیمی، مرادی و حسنی (۱۳۹۶) پژوهشی با عنوان «اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (اجرای حضوری و اینترنتی) بر راهبردهای تنظیم هیجانی افراد با همبودی بی‌خوابی و افسردگی» انجام دادند. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، چهل و پنج نفر از کارکنان و اساتید دانشگاه که در پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ و پرسشنامه افسردگی بک نمره بالاتر از برش کسب کردند و از طریق مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5، افسردگی و بی‌خوابی داشتند، انتخاب شدند. با استفاده از گمارش تصادفی، در هر سه گروه، ۱۵ نفر جایگزین شدند. گروه‌های آزمایش ۶ جلسه درمان شناختی- رفتاری برای بی‌خوابی دریافت کردند. نتایج نشان داد اجرای حضوری پروتکل درمان در کاهش نمرات فاجعه سازی، افزایش قدرت درک دیدگاه دیگران و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی موثرتر از روش اجراء با استفاده از اینترنت بود. دو گروه آزمایشی در راهبردهای نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت، ملامت دیگران و ملامت خویش با گروه کنترل تفاوت معنی داری داشتند، اما در ارزیابی مجدد مثبت و پذیرش بین سه گروه تفاوتی دیده نشد.

نورنگر^{۲۶} (۲۰۲۰) پژوهشی با عنوان «بررسی میزان اثربخشی: درمان شناختی رفتاری در افزایش خودکارآمدی، تاب آوری و تنظیم هیجان در زنان بد سرپرست» انجام داد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری داده ها نشان داد که آموزش شناختی - رفتاری بر تاب آوری، خودکارآمدی و تنظیم شناختی هیجان زنان گرچه تفاوت وجود داشته اما اثر معنادار نداشته است. براوز و دان^{۲۷} (۲۰۱۹) در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی رفتاری بر بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد معتاد و خانواده های آن ها اثر بخش می باشد. کریشنا^{۲۸} (۲۰۱۹) در پژوهش خود نشان داد که درمان شناختی رفتاری می تواند بر بهبود تنظیم هیجان و ارتقا کیفیت زندگی افراد تأثیر مثبت داشته باشد. فیلد^{۲۹} و ایستافود^{۳۰} (۲۰۱۷) در پژوهشی اثربخشی روش درمانی شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و کنترل توجه معتادان را مورد تایید قرار دادند. فدردی^{۳۱} و ککس^{۳۲} (۲۰۱۵) در پژوهش خود تایید نمودند که درمان شناختی - رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان معتادان اثر مثبتی دارد. لوینسون^{۳۳} (۲۰۱۴) در پژوهش خود نشان داد که مشاوره به شیوهی شناختی رفتاری بر راهبردهای تنظیم هیجان افراد تأثیر دارد. شوون ماکر^{۳۴}، وایرز^{۳۵}، جونز^{۳۶}، بروس^{۳۷} و جانسن^{۳۸} (۲۰۱۴) در پژوهشی نشان دادند، روش درمانی شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و کنترل توجه افراد معتاد اثرگذار است.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه نابرابر بود. متغیر مستقل درمان شناختی رفتاری، و متغیرهای وابسته تنظیم شناختی هیجان و ذهنی سازی، می باشد. در این طرح R بیانگر واگذاری تصادفی شرکت کنندگان در گروه آزمایش و گروه گواه (کنترل) است. در مرحله بعدی دو گروه به وسیله پیش آزمون (T1) قبل از اجرای مداخله آموزشی، ارزیابی شد. سپس بر روی گروه آزمایش مداخله آموزشی (X) اعمال شد. در حالیکه گروه کنترل این مداخلات را دریافت نکردند. سپس دو گروه با استفاده از آزمون (T2) مورد ارزیابی قرار گرفتند تا میزان تاثیر متغیر مستقل (درمان شناختی رفتاری) بر متغیرهای وابسته (تنظیم شناختی هیجان و ذهنی سازی) سنجیده شود.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان دارای همسر معتاد خمینی شهر در سال ۱۴۰۰ بود. با توجه به اینکه پژوهش حاضر نیمه آزمایشی می باشد، تعداد ۳۰ نفر از زنان با همسران معتاد که واجد ملاک های نمونه گیری بودند، انتخاب و ۱۵ نفر به

²⁶ Nvryngr

²⁷ Bowers & Dunn

²⁸ Krishna

²⁹ Field

³⁰ Eastwood

³¹ Fadardi

³² Cox

³³ Levinsoon

³⁴ Schoenmakers

³⁵ Wires

³⁶ Jones

³⁷ Bruce

³⁸ Jansen

صورت تصادفی در آزمایش و ۱۵ نفر نیز در گروه گواه جایگزین شدند. جهت تعیین حجم نمونه، ابتدا ۱۰۰ نفر زنان همسران معتاد دارای سابقه اعتیاد حداقل یک سال با استفاده از ابزارهای تحقیق و ملاک های ورود به گروه غربالگری شده و ۳۰ نفر از زنانی که از نظر مولفه های مورد نظر (تنظیم شناختی هیجان و ذهنی سازی) در سطح بحرانی (یک انحراف پایین تر از میانگین) قرار داشتند و واجد ملاک های ورود به گروه بودند، انتخاب شده و سپس با روش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره تقسیم شده و بعنوان گروه آزمایش و گروه گواه در نظر گرفته شدند.

ملاک های ورود عبارتند از: زنان همسران معتاد دارای سابقه اعتیاد حداقل یک سال، داشتن سواد حداقل سیکل جهت فهمیدن سوالات پرسشنامه ها و پاسخگویی به آن ها، ملاک محاسبه نمره ی پرسشنامه ی آزمودنی ها بعد از غربالگری. تمایل به شرکت در جلسات .

ملاک های خروج عبارتند از: سابقه شرکت در کلاس آموزشی مشابه، دارا بودن اختلالات روانی حاد و مزمن که نیاز به درمان تخصصی داشته باشد، غیبت بیش از دو جلسه در دوره ی مداخله، مصرف دارو های روان درمانی.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۱) تدوین شده است، این پرسشنامه، پرسشنامه ای چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می باشد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان نه راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه انگاری و ملامت دیگران را ارزیابی می کند. گرانفسکی و همکاران اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده اند. این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه ای از هرگز (۱)، به ندرت (۲)، برخی اوقات (۳)، اغلب اوقات (۴)، و تا همیشه (۵) می باشد که هر چهار پرسش یک عامل را مورد ارزیابی قرار می دهد و در مجموع نه عامل به قرار، سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه آمیز کردن، نشخوار فکری، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، پذیرش، تمرکز مثبت و ارزیابی مثبت را مورد ارزیابی قرار می دهد. در این پرسشنامه از فرد خواسته می شود تا واکنش خود را در مواجه با تجارب تهدید آمیز و رویدادهای استرس زای زندگی که به تازگی تجربه کرده اند را به وسیله پاسخ به ۵ تا پرسش که تا استراتژی برای کنترل و تنظیم هیجان را ارزیابی می کند مشخص نماید این پرسشنامه دارای فرم ویژه بزرگسالان و فرم ویژه کودکان می باشد. در ضمن این پرسشنامه سؤال معکوس ندارد.

جدول ۲: مولفه ها و سوالات مربوط به مولفه ای پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان

مولفه	سوالات
تنظیم شناختی مثبت	۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵-۲۶-۲۷-۲۸
تنظیم شناختی منفی	۳۴-۳۵-۳۶-۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۲۹-۳۰-۳۱-۳۲-۳۳-

روایی و پایایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی: ضریب آلفا برای خرده مقیاس های این پرسشنامه به وسیله گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۲) در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. فرم فارسی این مقیاس به وسیله ی سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد اعتباریابی قرار گرفت و روایی و پایایی آن تایید شد. پیوسته گر و حیدری (۱۳۸۸) همسو با یافته های فوق ضرایب پایایی بالایی را برای مولفه های مقیاس گزارش کرده اند. در پژوهش حاضر نیز پایایی ابزار پژوهش از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است:

جدول ۳: ضریب آلفای کرونباخ مولفه های پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان

مولفه	ضریب آلفای کرونباخ
تنظیم هیجان مثبت	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی ۰/۶۳
	پذیرش ۰/۷۱
	تمرکز مثبت ۰/۷۰
	ارزیابی مثبت ۰/۷۷
	توسعه چشم انداز ۰/۶۶
تنظیم هیجان منفی	سرزنش خود ۰/۷۳
	سرزنش دیگران ۰/۷۴
	فاجعه آمیز کردن ۰/۶۹
	نشخوار فکری ۰/۷۲

پرسشنامه کارکرد تاملی (R.F.Q): برای سنجش متغیر ذهنی سازی از پرسشنامه ۱۴ سوالی کارکرد تاملی استفاده شد. این پرسشنامه بر اساس درجه بندی لیکرت ۷ درجه ای تنظیم شده است که از کاملاً موافق (۷) تا کاملاً مخالف (۱) تنظیم شده است. سوالات ۱-۹ این پرسشنامه برای عامل اطمینان به صورت مستقیم نمره گذاری می شود و سوالات ۱۰ تا ۱۴ برای سنجش عامل عدم اطمینان به صورت مستقیم نمره گذاری می شود. نمرات خیلی بالا و خیلی پایین در هر دو مولفه نشان از اشکال در توانایی ذهنی سازی در نظر گرفته شد. آلفای کرونباخ این ابزار به ترتیب در اطمینان و عدم اطمینان در یک نمونه ۲۷۲ نفری برابر با ۰/۸۸ و ۰/۶۶ بدست آمد. تحلیل عامل اکتشافی دو عامل اطمینان و عدم اطمینان را نشان داد. علاوه بر تحلیل عامل اکتشافی در نمونه ۲۷۲ نفری تحلیل عامل تاییدی نیز در یک نمونه ۷۰۶ نفره ارزیابی شد که اطلاعات انهم در متن مقاله موجود است. در پژوهش حاضر نیز پایایی ابزار پژوهش از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید که این ضریب برای پرسشنامه ۰/۷۵ گزارش شد.

پروتکل درمان شناختی رفتاری: روان درمانی شناختی-رفتاری مشتمل بر ۱۱ جلسه درمانی (هر جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه) بود. محتوای جلسه ها بر مبنای رویکرد شناختی-رفتاری، در چارچوب طرح درمانی ویلدرموت (۲۰۰۸) در ۱۱ جلسه طراحی گردیده است. در هر جلسه، ابتدا هدف از تشکیل جلسه، سپس موضوعات مربوط به آن جلسه، مطرح می شد و اعضای گروه، با بحث و تبادل نظر به بررسی مطالب میپرداختند. در پایان هر جلسه، مطالب جمع بندی می شد و تکلیفی برای جلسه ی بعد به صورت تایپ شده ارائه می شد.

جدول ۴: خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری (براساس مدل درمانی ویلدرموت، ۲۰۰۸)

اهداف	جلسات
معارفه و بررسی اهداف و ساختار جلسات	جلسه اول
شناسایی موقعیت هایی که افراد احساسات ناخوشایندی را تجربه می کنند و آموزش جدول ثبت افکار ناکارآمد (آگاهی از ماهیت تعاملی سه سیستم تفکر، رفتار و فیزیولوژی)، آرایه تکلیف برای جلسه	جلسه دوم
مرور جلسه ی قبل، بررسی تکالیف، معرفی افکار اتومایک منفی و تاثیر آن بر احساس و رفتار	جلسه سوم

ارایه تکلیف	
مرور جلسه ی قبل بررسی تکالیف آموزش خطاهای شناختی ارایه تکلیف	جلسه چهارم
و بررسی خطاهای شناختی اعضا	جلسه پنجم
مرور جلسه ی قبل ، ارایه تکنیک های مربوط به افکار مزاحم و خطاهای شناختی (شواهد له و علیه)، سود و زیان ارایه تمرین و تکلیف	جلسه ششم
مرور جلسه قبل بررسی تکالیف، معرفی باورهای بنیادین و میانجی و ارایه تکلیف	جلسه هفتم
مرور جلسه قبلی ارایه تکنیک پیکان رو به پایین برای شناسایی باورهای بنیادین، ارزیابی باورهای بنیادین با ارایه تکنیک شواهد له و علیه، سود و زیان	جلسه هشتم
آموزش تغییر باورهای بنیادین ناسازگار با باورهای سازگار، آموزش مهارت های آرام سازی	جلسه نهم
مرور جلسه قبل، بحث درباره حوادث و ارایه تکنیک های مهارت کنترل تنش در مشکلات فردی و اجتماعی	جلسه دهم
مرور جلسات به طور خلاصه، ارایه و جمع بندی تکنیک ها و نظرخواهی و بازخورد اعضا درباره برنامه و انجام پس آزمون.	جلسه یازدهم

از آنجایی که طرح تحقیق حاضر آزمایشی (پیش آزمون و پس آزمون با گروه آزمایش و گروه گواه نابرابر) می باشد. در تحلیل آماری برای توصیف داده ها از شاخص های آماری توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار حداقل و حداکثر نمرات استفاده شد. و برای پاسخگویی به کلیه فرضیه های پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. داده ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شدند.

ملاحظات اخلاقی

- رعایت صداقت و امانت علمی
- رعایت حق بی نام بودن پرسشنامه ها و ناشناس ماندن مشارکت کنندگان
- مشارکت آزادانه
- رضایت آگاهانه
- حفاظت آزمودنی ها از هر گونه ضربات جسمی و روانی.

یافته ها

نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره اصلی در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵: تحلیل واریانس چند متغیره

تاثیر	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	ضریب اتا
اثر پیلایی	۰/۹۹۷	۴۳۰۰/۰۱۲	۴	۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹۷
لامبدای ویلکز	۰/۰۰۳	۴۳۰۰/۰۱۲	۴	۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹۷
اثر هتلینگ	۳۲۴/۵۲۹	۴۳۰۰/۰۱۲	۴	۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹۷
بزرگترین ریشه روی	۳۲۴/۵۲۹	۴۳۰۰/۰۱۲	۴	۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹۷
اثر پیلایی	۰/۹۵۵	۲۸۰/۱۵۶	۴	۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵۵

منبع

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان و ذهنی سازی زنان دارای همسران معتاد خمینی شهر

۰/۹۵۵	۰/۰۰۰۱	۵۳	۴	۲۸۰/۱۵۶	۰/۰۴۵	لامبدای ویلکز	گروه
۰/۹۵۵	۰/۰۰۰۱	۵۳	۴	۲۸۰/۱۵۶	۲۱/۱۴۴	اثر هتلینگ	
۰/۹۵۵	۰/۰۰۰۱	۵۳	۴	۲۸۰/۱۵۶	۲۱/۱۴۴	بزرگترین ریشه روی	
۰/۹۶۲	۰/۰۰۰۱	۵۳	۴	۳۳۷/۸۲	۰/۹۶۲	اثر پیلایی	آزمون
۰/۹۶۲	۰/۰۰۰۱	۵۳	۴	۳۳۷/۸۲	۰/۰۳۸	لامبدای ویلکز	
۰/۹۶۲	۰/۰۰۰۱	۵۳	۴	۳۳۷/۸۲	۲۵/۴۹۶	اثر هتلینگ	
۰/۹۶۲	۰/۰۰۰۱	۵۳	۴	۳۳۷/۸۲	۲۵/۴۹۶	بزرگترین ریشه روی	
۰/۹۶۴	۰/۰۰۰۱	۵۳	۴	۳۵۲/۳۲۳	۰/۹۶۴	اثر پیلایی	گروه*
۰/۹۶۴	۰/۰۰۰۱	۵۳	۴	۳۵۲/۳۲۳	۰/۰۳۶	لامبدای ویلکز	
۰/۹۶۴	۰/۰۰۰۱	۵۳	۴	۳۵۲/۳۲۳	۲۶/۵۹	اثر هتلینگ	
۰/۹۶۴	۰/۰۰۰۱	۵۳	۴	۳۵۲/۳۲۳	۲۶/۵۹	بزرگترین ریشه روی	

با توجه به داده های جدول ۵، با این پیش شرط که ماتریس های کواریانس همگن بوده است، همانگونه که در قسمت پایین نخستین جدول از خروجی مربوط به گروه مشاهده می شود، میزان ($F=352/323$) و لمبدای ویلکز با ارزش ($0/036$) در ($p<0/0001$) از لحاظ آماری معنی دار می باشد. به عبارت دیگر، رابطه ی میان ترکیب خطی متغیر های وابسته با متغیر مستقل معنی دار است. یعنی درمان شناختی رفتاری حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته (اطمینان، عدم اطمینان، تنظیم شناختی هیجان مثبت و تنظیم شناختی هیجان منفی) اثر داشته است.

جدول ۶: نتایج آزمایش اثرات بین گروهی

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذور مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
مدل اصلاح شده	اطمینان	۱۳۰۱/۲۵	۳	۴۳۳/۷۵	۲۰۷/۰۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۱۷
	عدم اطمینان	۵۹۹/۲۵	۳	۱۹۹/۷۵	۷۳/۱۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۷
	تنظیم شناختی هیجان مثبت	۲۸۷۷۴/۰۶۷	۳	۹۵۹۱/۳۵۶	۶۲۶/۴۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۷۱
	تنظیم شناختی هیجان منفی	۹۷۰۵/۳۸۳	۳	۳۲۳۵/۱۲۸	۲۱۴/۷۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۰
	اطمینان	۳۳۰۰/۴۱۷	۱	۳۳۰۰/۴۱۷	۱۵۷۵/۱۹۹	۰/۰۰۰۱	۰/۹۶۶
رهگیری	عدم اطمینان	۶۸۹۰/۸۱۷	۱	۶۸۹۰/۸۱۷	۲۵۲۳/۲۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۹۷۸
	تنظیم شناختی هیجان مثبت	۱۳۷۶۶۴/۶	۱	۱۳۶۶۷۴/۶	۸۹۹۲/۰۸۹	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹۴
	تنظیم شناختی هیجان منفی	۱۱۸۷۲۶/۰۱۷	۱	۱۱۸۷۲۶/۰۱۷	۷۸۸۱/۲۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹۳
	اطمینان	۳۸۰/۰۱۷	۱	۳۸۰/۰۱۷	۱۸۱/۳۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۴
	عدم اطمینان	۲۱۲/۸۱۷	۱	۲۱۲/۸۱۷	۷۷/۹۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸۲
گروه	تنظیم شناختی هیجان مثبت	۷۳۹۲/۶	۱	۷۳۹۲/۶	۴۸۲/۸۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹۶

۰/۸۰۸	۰/۰۰۰۱	۲۳۵/۱۲۷	۳۵۴۲/۰۱۷	۱	۳۵۴۲/۰۱۷	تنظیم شناختی هیجان منفی
۰/۸۱۳	۰/۰۰۰۱	۲۴۳/۶۰۸	۵۱۰/۴۱۷	۱	۵۱۰/۴۱۷	اطمینان
۰/۶۰۷	۰/۰۰۰۱	۸۶/۴۲۳	۲۳۶/۰۱۷	۱	۲۳۶/۰۱۷	عدم اطمینان
۰/۹۱۹	۰/۰۰۰۱	۶۳۲/۱۱۶	۹۶۷۷/۴	۱	۹۶۷۷/۴	تنظیم شناختی هیجان مثبت
۰/۷۸۴	۰/۰۰۰۱	۲۰۳/۶۱۷	۳۰۶۷/۳۵	۱	۳۰۶۷/۳۵	تنظیم شناختی هیجان منفی
۰/۷۷۸	۰/۰۰۰۱	۱۹۶/۰۷۲	۴۱۰/۸۱۷	۱	۴۱۰/۸۱۷	اطمینان
۰/۴۹۶	۰/۰۰۰۱	۵۵/۰۷۸	۱۵۰/۴۱۷	۱	۱۵۰/۴۱۷	عدم اطمینان
۰/۹۳۲	۰/۰۰۰۱	۷۶۴/۴۹۶	۱۱۷۰۴/۰۶۷	۱	۱۱۷۰۴/۰۶۷	تنظیم شناختی هیجان مثبت
۰/۷۸۶	۰/۰۰۰۱	۲۰۵/۵۲	۳۹۰۶/۰۱۷	۱	۳۹۰۶/۰۱۷	تنظیم شناختی هیجان منفی
			۲/۰۹۵	۵۶	۱۱۷/۳۳۳	اطمینان
			۲/۷۳۱	۵۶	۱۵۲/۹۳۳	عدم اطمینان
			۱۵/۳۱	۵۶	۸۵۷/۳۳۳	تنظیم شناختی هیجان مثبت
			۱۵/۰۶۴	۵۶	۸۴۳/۶	تنظیم شناختی هیجان منفی
				۶۰	۴۷۱۹	اطمینان
				۶۰	۷۶۴۳	عدم اطمینان
				۶۰	۱۶۷۲۹۶	تنظیم شناختی هیجان مثبت
				۶۰	۱۲۹۲۷۵	تنظیم شناختی هیجان منفی
				۵۹	۱۴۱۸/۵۸۳	اطمینان
				۵۹	۷۵۲/۱۸۳	عدم اطمینان
				۵۹	۲۹۶۳۱/۴	تنظیم شناختی هیجان مثبت
				۵۹	۱۰۵۴۸/۹۸۳	تنظیم شناختی هیجان منفی

آزمون

آزمون*
گروه

خطا

مجموع

مجموع
اصلاح
شده

همانگونه که نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که میزان F اثر تعامل مراحل و گروه بندی برای متغیرهای اطمینان (۱۹۶/۰۷۲)؛ اطمینان (۵۵/۰۷۸)؛ تنظیم شناختی هیجان مثبت (۷۶۴/۴۹۶)؛ و تنظیم شناختی هیجان مثبت (۲۰۵/۵۲) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌ها آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای پژوهش (اطمینان، عدم اطمینان، تنظیم شناختی هیجان مثبت و تنظیم شناختی هیجان منفی) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون با یکدیگر تفاوت معنی‌داری

دارند. مقدار تاثیر درمان شناختی رفتاری بر میزان اطمینان (۰/۷۷۸)، عدم اطمینان (۰/۴۹۶)، تنظیم شناختی هیجان مثبت (۰/۹۳۲) و تنظیم شناختی هیجان منفی (۰/۷۸۶) بوده است. این بدان معناست که ۷۷/۸ درصد از تغییرات (افزایش) اطمینان، ۴۹/۶ درصد از تغییرات (کاهش) عدم اطمینان، ۹۳/۲ درصد از تغییرات (افزایش) تنظیم شناختی هیجان مثبت، و ۷۸/۶ درصد از تغییرات (کاهش) تنظیم شناختی هیجان منفی زنان دارای همسر معتاد توسط عضویت گروهی (درمان شناختی رفتاری) تبیین می شود.

بحث و نتیجه گیری

نتایج تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته (اطمینان، عدم اطمینان، تنظیم شناختی هیجان مثبت و تنظیم شناختی هیجان منفی) اثر داشته است. نتایج این این تحقیق غیر مستقیم با نتایج تحقیقات طوافی و همکاران (۱۳۹۹)، درودیان و همکاران (۱۳۹۷)، عظیمی و همکاران (۱۳۹۶)، پورخواجوی و زین الدینی (۱۳۹۵)، اسفندیاری و دارابی (۱۳۹۵)، اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۴) همسو می باشد.

می توان نتایج پژوهش حاضر را این طور تبیین نمود که افراد معتاد و همچنین همسران آن ها به لحاظ بهزیستی و سلامتی در وضعیت مطلوبی قرار ندارند و میزان کمتری از بهزیستی ذهنی را گزارش می کنند (ورما^{۳۹}، ۲۰۱۲؛ زوباران^{۴۰} و فورستی^{۴۱}، ۲۰۰۹). از سوی دیگر تاکید اصلی درمان شناختی- رفتاری در طول جلسات درمانی بر اصلاح باورهای نادرست و غیرمنطقی، آگاهی یافتن از تحریف های شناختی و تاثیرات مخرب آن در زندگی روزمره، آموزش مهارت های زندگی و رفتاری مناسب، آگاهی از رفتارهای آموخته شده نامناسب و آموزش راهبردهای کارآمد حل مسئله می باشد که همگی این ها نقش مهمی در افزایش توانمندی همسران افراد معتاد و کاهش آسیب پذیری ادراک شده در آنها دارد. در واقع در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری در افزایش بهزیستی روانشناختی زنان با همسر معتاد می توان این طور بیان کرد که درمان شناختی- رفتاری از طریق افزایش توانمندی شناختی و رفتاری در آن ها در بهبود بهزیستی روانشناختی آنها نقش مثبت داشته است. در جلسه دوم درمانی، اعضای گروه انواع خاص فکر کردن و تاثیرات افکار مخرب بر وضعیت خلقی و روانشناختی را مورد ارزیابی قرار دادند. اعضای گروه دریافتند که برخی افکار همچون افکار منطقی، افکار سازنده و افکار مثبت تاثیر به سزایی در افزایش شادکامی و بهزیستی روانشناختی آنها می گذارد در حالی که افکار منفی، مخرب و غیر سازنده تاثیرات معکوسی دارد. علاوه بر تاثیرات افکار، نقش تحریف های شناختی بر وضعیت روانشناختی اعضای گروه نیز مورد بررسی قرار گرفت. در طول جلسات درمانی با ذکر مثال های مشخص، واضح و کاربردی اعضای گروه دریافتند که چطور سوء تعبیر در برداشت رویدادهای بیرونی به طور مثال تفکر همه یا هیچ که یکی از انواع تحریف های شناختی محسوب می شود، می تواند نگاه غیر واقع بینانه در آنها را افزایش داده و در نتیجه از شادی و بهزیستی روانشناختی آن ها بکاهد.

همسران افراد معتاد به مواد مخدر از بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی پایین تری رنج می برند. نتایج بررسی های انجام شده نشان داده است که افسردگی، اضطراب و استرس به عنوان شاخص های تهدید کننده بهزیستی هیجانی و بهزیستی روانشناختی در این افراد در مقایسه با افرادی عادی بیشتر می باشد (ورما^{۳۹}، ۲۰۱۲؛ زوباران^{۴۰} و فورستی^{۴۱}، ۲۰۰۹)، در حالی که نتایج سایر پژوهش ها نیز حاکی از آن است که درمان های مبتنی بر شناختی- رفتاری در کاهش شاخص های تهدید کننده بهزیستی روانشناختی و بهزیستی هیجانی موثر است (کریستنسن^{۴۲} و همکاران، ۲۰۰۸). در واقع در تبیین اثربخشی درمان

³⁹ Verma

⁴⁰ Zubaran

⁴¹ Forzesti

⁴² Christensen

شناختی- رفتاری در افزایش بهزیستی روانشناختی و بهزیستی هیجانی می توان گفت که درمان مبتنی شناختی- رفتاری از طریق کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در همسران افراد معتاد، بر افزایش بهزیستی روانشناختی و بهزیستی هیجانی و ذهنی سازی آن ها موثر است.

آشنایی با مبانی رفتاری- شناختی و نوع واکنش هایی که افراد عموماً در مواقع تنش و نگرانی ابراز می کنند، باعث افزایش خودآگاهی آن ها می شود. این افزایش خودآگاهی، باعث ایجاد انگیزه در آنها جهت اعمال کنترل بیشتر بر رفتار خودشان می شود زیرا آن ها متوجه می شوند که تنها محرک های بیرونی، مانند کلام یا طعنه ی دیگران، آغازگر تنش و ناگویی هیجانی در آنان نیست بلکه نوع برداشت و دیدگاهی که خود فرد دارد هم، می تواند در بروز واکنش های هیجانی دخیل باشد. مهارت های کنترل هیجان به فرد آموزش می دهد که ارزیابی دیگران را به صورت مثبت تلقی کنند تا منجر به تنش هیجانی آن ها نشود. هیجان، پدیده ای کنترل پذیر است که افراد با افزایش آگاهی نسبت به آن و آموزش شیوه ها و راهبرد های موثر، می توانند هیجانات را کنترل و تعدیل کنند. بنابراین، این دسته از افراد از طریق شرکت در برنامه های درمان شناختی رفتاری، ضمن بازسازی شناختی، مهارت های مورد نیاز را فرا می گیرند و با غنی کردن خزانه ی رفتاری خود در موقعیت های گوناگون واکنش های سازگارانه تری نشان می دهند. همچنین روش های شناختی - رفتاری از آن جهت منجر به کاهش تنش هیجانی و خودآگاهی هیجانی می شود که به افراد شیوه های موثر مقابله با استرس و موقعیت های تنش زا را آموزش می دهد؛ از جمله روش تن آرامی که ابزاری کارآمد در ایجاد تعادل در جسم خود به هنگام برافروختگی جسمانی و هیجانی است یا ابراز وجود که به افراد روش صحیح درخواست از دیگران یا رد تقاضاهای نابجا را یاد می دهد.

همچنین مهارت حل مساله کمک می کند که افراد به جای نشخوار افکار ناراحت کننده، روش های صحیح حل مشکلات خود را جستجو کنند و نیز تکنیک هایی که به فرد کمک می کند به جای بدبینی یا حدس افکار و نیات دیگران، با دید گسترده تری مقاصد دیگران را در نظر بگیرند، مهارت های اجتماعی را افزایش دهند، تا حد ممکن به دیگران اعتماد کنند و در صورت تجربه ی هیجانات منفی که امری طبیعی است، هیجان خود را منحرف کنند، از شوخ طبعی، ورزش و تفریحات سالم استفاده کنند. یادگیری مهارت های شناختی-رفتاری خشم، موجب ایجاد مهارت هایی می شود که به فرد کمک می کند نسبت به عواطف و هیجانات خود، آگاهی بیشتری بدست آورد که این امر نیز خود موجب خود تنظیمی و خویشنداری می شود (قاسم زاده و جانی، ۱۳۹۲). نتیجه گیری مهمی که از این پژوهش می توان داشت این است که این دوره ی آموزشی، علاوه بر نقش درمانی، نقش رشدی و پیشگیرانه دارد.

مطالعات نشان داده اند که مداخلات مبتنی بر درمان شناختی رفتاری، منجر به توصیف های مثبت فرد از خود و اعتماد به نفس بیشتر (نقطه ی مقابل خودشیفتگی و اعتماد به نفس کاذب) در فرد می گردد و همچنین منجر به کاهش ناسازگاری های اجتماعی، و زندگی کردن با دید روشن و واقع بینانه و با اطمینان و ایجاد امید و انگیزه می گردد، و از طرفی برخی مطالعات نشان داده اند آموزش تکنیک های شناختی رفتاری باعث کاهش مشکلات رفتاری و شخصیتی می گردد (برخوری، رفاهی، فرح بخش، ۱۳۸۸). از جهت دیگر عامل های شخصیت با تاب آوری یا توانایی سازگاری مثبت با جامعه و اطرافیان، که یکی از مقوله های درمان شناختی رفتاری می باشد نیز در ارتباط است (شفیع زاده، ۱۳۹۱).

امروزه تحقیقات نشان می دهد مداخلات شناختی-رفتاری می تواند در افزایش لذت و رضایت زناشویی و همچنین در افزایش بهزیستی ذهنی و اعتماد ذهنی افراد (بویژه همسران افراد معتاد) نقش موثری داشته باشد. در واقع آموزش مهارت های شناختی- رفتاری فرد را قادر می سازد دانش، ارزشها و نگرش ها را به توانایی هایی بالفعل تبدیل کند. در واقع آموختن و به کارگیری مهارت- های شناختی-رفتاری در احساس فرد از خود و دیگران اثر می گذارد و این موضوع نه تنها باعث افزایش اعتماد به نفس و عزت نفس خود می شود بلکه احساس کفایت ذهنی و خود کارآمدی ذهنی را در زندگی فردی زناشویی این افراد به همراه می آورد (ابوالقاسمی و همکاران، ۱۳۹۱).

بر اساس نتایج فرضیات پژوهش، پیشنهاد های زیر نیز ارائه می گردد:

۱- با توجه به یافته های این تحقیق و تحقیقات انجام شده دیگر در این حوزه، می توان به این نتیجه رسید که درمان شناختی رفتاری می تواند به زنان با همسر معتاد کمک کند و در صورتی که مراکز مشاوره و مراکز خانواده درمانی از این روش درمانی بهره مند شوند، می توانند بخشی از مشکلات این خانواده ها را در حوزه سلامت روانی و هیجانی را حل کنند.

۲- با توجه به اثربخشی درمان شناختی- رفتاری پیشنهاد می گردد در مراکز ترک اعتیاد علاوه بر وجود شیوه های درمانی رایج به منظور درمان اعتیاد، از درمان شناختی- رفتاری با رویکرد خانواده محور نیز برای افزایش بهزیستی ذهنی و هیجانی معتادان و همچنین همسران آن ها استفاده گردد.

۳- با توجه به اینکه مشکلات روانشناختی و اجتماعی زنان دارای همسر معتاد می تواند باعث بروز و آشکار شدن مشکلات هیجانی و ذهنی بسیاری شود، لذا توجه به امور سلامت روان و شخصیت سالم این قشر باید مورد توجه قرار گیرد، که یکی از این روش ها درمان شناختی رفتاری و تکنیک های آن به این افراد می باشد که می تواند باعث آرامش ذهنی و بهزیستی روانی و هیجانی بالای آن ها گردد.

۴- همچنین پیشنهاد می شود که مولفه ها و متغیرهای مرتبط با درمان شناختی رفتاری نظیر سرمایه روانشناختی، امیددرمانی، واقعیت درمانی و آموزش فراشناخت نیز برای قشر آسیب پذیر زنان دارای همسر معتاد مورد توجه قرار گیرد، چرا که آموزش و تقویت این مولفه ها در این قشر می تواند سلامت شخصیتی و روانشناختی مطلوب و بالای آن ها را پیش بینی نماید.

۵- آموزش تکنیک آشکار نمودن افکار اتوماتیک به همسران افراد معتاد. به طور کلی افکار اتوماتیک شناخت هایی هستند که با توجه به حوادث بیرونی، واکنش های هیجانی را در شخص بوجود می آورند. درمانگر به مراجع کمک و آموزش دهد که خطاهای شناختی و افکار اتوماتیک را در خود شناسایی کند.

۶- آموزش روش «خیال فراخوانده» برای گروه هدف، برای آزمایش اعتبار فرضیه های ناکارآمد (ناسازگار).

۷- استفاده از از فنون رفتاری از جمله (فعالیت های برنامه ریزی، تسلط و لذت، تعیین تکالیف، تمرینات شناختی، نقش بازی و تجسم و ...) جهت کمک به مراجع برای درک نادرستی فرضیه های شناختی خود و یادگیری فنون جدید برای مدارایی های آن

منابع

- [۱] ابوالقاسمی، عباس. اله قلی لو، کلثوم، (۱۳۸۹). راهبردهای تنظیم هیجان در سو مصرف کنندگان مواد دارای واکنش پذیری بالا و پایین. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیستم شماره ۷۷، صفحات ۱۵-۲۲.
- [۲] احمدی، غلامرضا. سهرابی، فرامرز. برجلی، احمد. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر ارزیابی مجدد و فرونشانی هیجانی سربازان با اختلال مصرف مواد افیونی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی. ۹ (۳۴): ۱۹۱-۲۰۹.
- [۳] اسماعیلی، سمیرا. طباطبایی، سیدموسی. افروز، غلامعلی. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و کنترل توجه در افراد معتاد. فصلنامه پژوهش های کاربردی روانشناختی. ۶ (۳): ۱۳۳-۱۴۲.
- [۴] اسماعیلی، لیلا. عابدی، محمدرضا. نجفی، محمدرضا. آقایی، اصغر. اسماعیلی، مریم. (۱۳۹۳). اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری تنظیم هیجان بر بهزیستی روان شناختی دختران نوجوان مبتلا به صرع. تحقیقات علوم رفتاری. ۱۲ (۲) پیاپی ۳۶: ۱۹۴-۲۰۴.
- [۵] اکبری، ا. حسنی، ج. مرادی، ع. (۱۳۹۴). بررسی تاثیر القای تجارب هیجانی بر کارکردهای اجرایی توجه و حافظه فعال با نگاه به طیف افسردگی. عصب روانشناختی. ۷-۲۵.
- [۶] امین یزدی، امیر. (۱۳۸۶). (شناخت اجتماعی و زبان). مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی مشهد، ۱۵۹، ۱۵۵-۱۳۴.
- [۷] ایل بگی، رضا. الهی مجد، لیلا. قاسمپور، عبدالله. (۱۳۹۷). نقش سبک های مقابله ای و تنظیم هیجان در پیش بینی رضایت از زندگی. فصلنامه علمی تخصصی روانشناسی، علوم اجتماعی و علوم تربیتی. ۲ (۳): ۸-۱.
- [۸] باقری نیا، حسن. ییمینی، محمد. جوادی علمی، لیلا. نورادی، طیبه. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر حضور ذهن بر بهبود تنظیم شناختی هیجان در اختلال افسردگی اساسی. ارمغان دانش. ۲۰ (۳): ۲۱۰-۲۱۹.
- [۹] بخشی بارزلی، محبوب و میکائیلی، عصمت (۱۳۹۰). نظریه ذهن و رابطه ی آن با کفایت اجتماعی در کودکان با نیازهای ویژه. تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۰۸: ۱۳-۵.
- [۱۰] بیرامی، منصور. موحدی، یزدان. (۱۳۹۲). مقایسه تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. دوره بیست و سوم، شماره ۱۰۹، بهمن ۱۳۹۲، صفحات ۱۵۶-۱۶۳.
- [۱۱] بیرامی، منصور. هاشمی، تورج. بخشی پور، عباس. محمودعلیلو، مجید. اقبالی، علی. (۱۳۹۳). مقایسه تأثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر پریشانی روانشناختی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مادران کودکان عقب مانده ذهنی. فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی. ۹ (۲۳): ۴۳-۵۹.
- [۱۲] بیگدلی، ایمان الله؛ نجفی، محمود و رستمی، مریم (۱۳۹۲). رابطه ی سبک های دلبستگی، تنظیم هیجان و تاب آوری با بهزیستی روانی در دانشجویان علوم پزشکی. مجله ی ایرانی آموزش در علوم پزشکی، شماره ی سیزدهم، ص ۹.
- [۱۳] حائری، هایده. شاه نظری، مهدی. (۱۳۹۷). بررسی نقش مثبت اندیشی و تنظیم هیجان در رضایت مندی زندگی زنان دار شهر تهران. فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی. ۶ (۲): ۱۳۳-۱۴۶.
- [۱۴] حسنی، جعفر. میرآقایی، علی محمد. (۱۳۹۱). رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با ایده پردازی خودکشی. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه خوارزمی مشهد.
- [۱۵] خدایاری فرد، محمد. صیاد شیرازی، مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر اختلال شخصیت خودشیفته: مطالعه موردی. رویش روان شناسی. ۴ (۱) پیاپی ۱۰: ۲۵-۴۰.
- [۱۶] درگاهی، شهریار. زراعتی، مصطفی. قمری گیوی، حسین. اعیادی، نادر. حقانی، مجتبی. (۱۳۹۴). تأثیر برنامه آموزشی تنظیم هیجان در بهزیستی هیجانی و رضایت زناشویی زنان ناباور. مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران (نشریه پرستاری ایران). ۲۸ (۹۴-۹۳): ۱۶۲-۱۵۱.
- [۱۷] دورودیان، نفیسه. مداحی، محمد ابراهیم. خلعتبری، جواد. (۱۳۹۷). مقایسه اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و خودکارآمدی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده. ۱۳ (۴۴): ۸۹-۱۰۸.
- [۱۸] سامانی، فاطمه و حسین چاری، مسعود (۱۳۹۰). بررسی نقش واسطه گری تنظیم شناختی هیجان در رابطه میان والدگری و سازگاری تحصیلی در دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد. شیراز. دانشگاه شیراز.
- [۱۹] طوافی، مارال. حاتمی، محمد. احدی، حسن. صرافی زاده، سارا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان گروهی نظم جویی هیجانی و درمان شناختی- رفتاری در تنظیم هیجان افراد دارای اضافه وزن. فصلنامه علمی پژوهشی اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی. ۱۵ (۵۵): ۲۷-۳۶.

- [۲۰] عبدالله زاده رافی، مهدی؛ بهرامی، هادی؛ میرزمانی، سیدمحمود؛ صالحی، مسعود و حسین زاده اول، مریم(۱۳۸۹). تحول نظریه ذهن دانش آموزان عقب مانده ذهنی و ارتباط آن با تعداد خواهران و برادران. مجله مطالعات توانبخشی، (۴) ۱۱: ۲۶-۲۰.
- [۲۱] عبدی، سلمان. بابا پور، جلیل (۱۳۸۹). رابطه سبک های تنظیم هیجان شناختی و سلامت عمومی دانشجویان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، سال هشتم، شماره ۴، زمستان ۸۹، صفحات ۲۵۸-۲۶۳.
- [۲۲] عظیمی، مریم. مرادی، علیرضا. حسنی، جعفر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (اجرای حضوری و اینترنتی) بر راهبردهای تنظیم هیجانی افراد با همبودی بی خوابی و افسردگی. پژوهش در سلامت روانشناختی. ۱۱(۱): ۴۹-۶۱.
- [۲۳] علیزاده، سپیده. (۱۳۸۸). تدوین برنامه عقلانی - هیجانی، رفتاری و بررسی تأثیر آن بر تاب آوری و سلامت روان افراد مبتلا به اچ آی وی. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تنکابن.
- [۲۴] قیاسوند، مزده. قربانی، مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان در بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و کنترل قند خون مبتلایان به دیابت نوع دو. مجله ی غدد درون ریز و متابولیسم ایران. ۱۷ (۴): ۲۹۹-۳۰۷.
- [۲۵] محمدرزاده، آذر، تهرانی دوست، مهدی و خرمی بنارکی، آناهیتا(۱۳۹۱). ارتباط بین نظریه ذهن(قصدمندی) و زبان در کودکان نرمال با استفاده از پارادایم اشکال متحرک. فصلنامه تازه های علوم شناختی، ۱۴(۱): ۱۸-۱۱.
- [۲۶] مشهدی، علی(۱۳۸۲). تئوری ذهن رویکردی جدید به روانشناسی تحولی، تازه های علوم شناختی، سال ۵، شماره ۲.
- [27] Bales DL, Timman R, Andrea H, Busschbach JJV, Verheul R, Kamphuis JH (2015). Effectiveness of Day Hospital Mentalization-Based Treatment for Patients with Severe Borderline Personality Disorder: A Matched Control Study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, n/a–n/a. doi:10.1002/cpp.1914 [Abstract]
- [28] Baron-Cohen S. (1995). *Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*. Bradford/MIT Press, Cambridge, PP: 130-142.
- [29] Bateman A, Fonagy P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder (PDF). *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355–1364. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09040539
- [30] Bateman A, Fonagy P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 36–42. [PubMed abstract]
- [31] Birch, A.(1997). *Developmental psychology: From infancy to adulthood*. London: MacMillan Press LTD.
- [32] Butler R, Bauld L. (2005). The parents' experience: coping with drug use in the family. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*;12(1):35-45
- [33] Charland LC. (2006). Moral nature of the DSM-IV Cluster B personality disorders (PDF). *Journal of Personality Disorders*, 20(2), 116–25. Ray GT, Mertens JR. Weisner C. (2009). Family members of people with alcohol or drug dependence: health problems and medical cost compared to family members of people with diabetes and asthma. *Addiction*; 104(2):203-14.
- [34] Copello A, Templeton L, Powell J. (2009). Adult family members and carers of dependent drug users: prevalence, social cost, resource savings and treatment responses. London: UK Drug Policy Commission.; 50(12):45-52.
- [35] Den, S. (2013). The effect of cognitive behavioral group therapy on the resilience and social adjustment of divorced woman *Journal of Personality assessment*, 63, 2, 262 - 274.
- [36] Erfanain M, Esmacily H, Salehpour H.(2020). [Quantitative and quality assessment of consent at returnee to addiction of therapeutic clinical]. *J of mental health*; 4(40):115-121. Persian.
- [37] Fadardi, J.S., & Cox, W.M. (2009). Reversing the sequence: Reducing alcohol consumption by overcoming alcohol attentional bias. *Drug and alcohol Dependence*, 101: 137-145.
- [38] Field, M., & Eastwood, B. (2005). Experimental manipulation of attentional bias increases the motivation to drink alcohol. *Psychopharmacology (Berlin)*, 183: (3):350- 357.

- [39] Garnefski N, Kraaij V (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms A comparative study of five specific samples. *Pers Indiv Diff.* 40: 1659-69 .
- [40] Levinsoon, JV. (2014). The effect of cognitive behavioral group therapy on the regulation and self-efficiency of the divorcee. *Journal of the education of the gifted*, 21, 228-309.
- [41] Premack, D., & Woodruff, G.(1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *The Behavioral and Brain Sciences*, 4, 515- 526.
- [42] Rose S, van der Laan MJ. (2009). Why Match? Investigating Matched Case-Control Study Designs with Causal Effect Estimation. *Int J Biostat.* Jan 1; 5(1).
- [43] Schoenmakers, T., Wires, R.W., Jones, B.T., Bruce, G., & Jansen, T.M. (2007). Attentional re-training decreases attentional bias in heavy drinkers without generalization. *Addiction*, 102: 399-405.
- [44] Shaffer, D.R.(2005). *Social and personality development* (4th ed). Wadsworth, Belmont, USA.
- [45] Stoffers JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8.
- [46] Templeton LJ, Zohhadi SE, Velleman RD. Working with family members in specialist drug and alcohol services: Findings from a feasibility study. *Drugs: Education, Prevention, and Policy.* 2012;14(2):137-50.
- [47] Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study (PDF). *American Journal of Psychiatry* 169(5), 476–483