

## مقایسه اثربخشی روان‌نمایشگری و رفتار درمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی در زنان معتاد در حال ترک

سهیلا اثنی عشران<sup>۱</sup>، فریبا یزدخواستی<sup>۲</sup>، حمیدرضا عریضی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۸/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۲/۱۹

### چکیده

**هدف:** هدف این تحقیق مقایسه اثربخشی دو روش رفتار درمانی دیالکتیک و روان‌نمایشگری بر تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی در افراد دارای سابقه اعتیاد بود. **روش:** این مطالعه نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون<sup>۱</sup> پس‌آزمون با گروه گواه بود. بر روی ۹۰ نفر از زنان بالای ۲۰ سال که در دوره ترک به سر می‌بردند، در سال ۹۵ در اصفهان صورت گرفته است. جامعه آماری شامل زنان دارای سابقه اعتیاد زندانی در بندسوان زندان اصفهان سال ۱۳۹۵ می‌باشند. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند در میان زنان دارای سابقه اعتیاد بود که به صورت فراخوان و داوطلبانه انجام گرفت. افراد به طور تصادفی به ۳ گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) تقسیم شدند. گروه‌های آزمایش تحت آموزش با روش درمانی روان‌نمایشگری و دیالکتیک قرار گرفته و گروه گواه آموزشی دریافت نکرد. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌های تحمل پریشانی و پرسش‌نامه محقق-ساخته حالت‌های هیجانی رفتاری مشکل‌آفرین بود. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد روش‌های درمانی مورد استفاده در این مطالعه بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی زنان معتاد اثربخش بوده است ( $P < 0/001$ ). همچنین نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد تفاوتی بین دو روش درمانی نبود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج مطالعه حاضر، روش‌های درمانی روان‌نمایشگری و رفتار درمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی زنان معتاد موثر می‌باشد.

**کلید واژه‌ها:** روان‌نمایشگری، رفتار درمانی دیالکتیک، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان، زنان معتاد

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران، پست الکترونیکی: f.yazdkasti@edu.ui.ac.ir

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

## مقدمه

اعتیاد به موادمخدر یکی از مشکلات روز دنیا می باشد. مشکلی که هزینه های گزافی را به خود اختصاص داده است. تصور اکثر افراد جامعه در مورد اعتیاد این است که مواد مخدر و سوء مصرف مواد عمدتاً پدیده ای مردانه است؛ در حالی که زنان هم هم پای مردان در این ورطه پیش می روند بطوری که آمارها از افزایش تدریجی تعداد زنان مبتلا به سوء مصرف مواد خبر می دهند (احمدی، فکور، پزشکیان، خشنود و مالک پور، ۲۰۰۲). در زمینه علل ابتلا به اعتیاد، مدل ها و نظریه های متفاوتی، حاکی از عوامل زیست شناختی، اجتماعی و محیطی ارائه شده است (آیواسیک و سامر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). مطالعات آندا<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۲) حاکی از تاثیرات سوء اعتیاد بر خانواده به خصوص فرزندان می باشد. در این پژوهش افسردگی کودکان را بر اساس سوء مصرف الکل در والدین می توان پیش بینی نمود. همچنین پژوهش کانرز<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) نشان داد داشتن سابقه سوء مصرف مواد مادر روی خانواده به خصوص فرزندان بسیار زیاد است. به نحوی که فرزندان این مادران دارای مشکلات هیجانی، تحصیلی، جسمی و اجتماعی بیشتر از گروه گواه بودند.

یکی از نظریه هایی که از بعد روان شناختی به این موضوع می نگرد، نظریه خوددرمانی خانتزیان<sup>۴</sup> (۱۹۹۷) است. خانتزیان اعتقاد دارد از آنجایی که مصرف کنندگان مواد، هیجانات منفی و بی قراری را غیر قابل تحمل و مستاصل کننده توصیف می کنند و به تبع آن کنترل این حالات هیجانی برایشان دشوار خواهد بود، از خواص فیزیولوژیکی و روان شناختی مواد برای دستیابی به ثبات هیجانی استفاده می کنند. طبق این فرضیه، اعتیاد به مواد مخدر در حکم ابزاری برای تعدی عواطف استرس زا است. به عبارت دیگر، افراد بسیاری به خاطر اختلال در تنظیم هیجانی و عدم کنترل تکانه به اعتیاد روی می آورند (الوک و گریس، ۱۹۸۸؛ به نقل از میرث<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). ورمسر نیز، به نقایص در دفاع هیجانی این افراد استناد نموده است، و به توصیف این پرداخته که چطور این افراد گاهاً تحت تأثیر رنجش ناشی از شرم و خشم شدیدشان از پای در می آیند و چطور گاهی

1. Ayvasik, & Sumer  
2. Anda  
3. Conners

4. Khantazyan  
5. Myrth

از اوقات عاری از هرگونه هیجان می‌باشند (نقل از علوی، ۱۳۸۸). برخی مطالعات نیز اشاره کرده‌اند که هیجانات این بیماران (مبتلایان به اعتیاد) بین هیجانات شدید خشم و رنجش و احساسات مبهم افسردگی و ناراحتی در تناوب‌اند (خانتازیان و ویلسون، ۱۹۹۳).

از سوی دیگر، یکی از متغیرهایی که در سلامت روان فرد معتاد نقش دارد، تنظیم شناختی هیجانی است. تنظیم شناختی هیجان به راهبردهایی اطلاق می‌گردد که به منظور کاهش، افزایش یا نگهداری تجارب هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (الوک و گریس، ۱۹۸۸؛ نقل از میرث و همکاران، ۲۰۰۹). دشواری در تنظیم شناختی هیجان و استفاده از راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجانی، عوامل مهم و تأثیرگذار در کاهش سلامت روانی افراد هستند (ساکسنا، دوویی و پاندی، ۲۰۱۱). همچنین مطالعات در زمینه آموزش‌های مبتنی بر تنظیم هیجان در نمونه‌های وابسته به مصرف مواد حاکی از اثربخشی این گونه مداخلات در چنین نمونه‌هایی است. در این میان می‌توان به پژوهش اعظمی، سهرابی، برجعلی و چوپان (۱۳۹۳) اشاره داشت که به کمک آموزش تنظیم هیجان رفتار تکانش‌گرانه در افراد وابسته به مواد مخدر کاهش قابل توجهی نشان داده است. در مقابل پژوهش زنجانی و صادقی (۱۳۹۴) نشان داد دشواری در تنظیم هیجان دانشجویان می‌تواند آمادگی ابتلا به اعتیاد را پیش‌بینی کند. از سوی دیگر مطالعات نشان داده‌اند یکی از علل شکست خوردن در ترک اعتیاد افراد نداشتن شیوه‌های مناسب برای تنظیم هیجان است (دویی، ۲۰۱۰). همچنین تحمل پریشانی، در واقع خصیصه‌ای روان‌شناختی است که در همه‌ی افراد، به میزان مختلفی، وجود دارد؛ اما بین افراد در این خصیصه، تفاوت‌های فردی بسیاری دیده می‌شود. سطوح پایین تحمل پریشانی، منجر به این می‌شود که فرد در مقابل بسیاری از آسیب‌های روان‌شناختی، آسیب‌پذیر باشد. در واقع این خصیصه همچون یک سیستم ایمنی عمل می‌کند که باعث می‌شود فرد در مواجهه با فشارهای روانی مختلف درونی و بیرونی، ثبات رفتاری و هیجانی خود را حفظ نماید. اما هنگامی که سطوح تحمل

پریشانی در فردی پایین است، فرد در هنگام مواجهه با این فشارها، نظم و انسجام رفتاری خود را از دست می‌دهد (کاف، ریکاردی، تیمپانو، میت‌چل، و اشمیت، ۲۰۱۰).

هنگامی که میزان تحمل پریشانی در افراد، پایین است، رنج هیجانی ناشی از فشارهای درونی و بیرونی، بسیار بیشتر و شدیدتر، تجربه می‌شود. در نتیجه، افراد دارای سطوح پایین تحمل پریشانی، معمولاً گرایش دارند به جای مواجهه با مسائل و حل مستقیم آن‌ها به دنبال راه‌هایی برای تسکین فوری رنج هیجانی خود باشند. این افراد، همچنین نگرش‌های ناکارآمدی نسبت به هیجانات منفی دارند، به طوری که نمی‌توانند وجود هیجانات منفی را در نظام ذهنی خود، بپذیرند و هنگام تجربیات هیجانی منفی، احساس آشفتگی می‌کنند و در صدد رهایی فوری از تجربه‌ی هیجانات منفی، برمی‌آیند. پژوهش‌های مختلفی در سال‌های اخیر، نشان داده‌اند که تحمل پریشانی پایین می‌تواند یکی از عوامل مهم زمینه‌ساز انواع اعتیادها در نظر گرفته شود. داترس<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی که در میان نوجوانان، انجام دادند، بین تحمل پریشانی پایین و مصرف الکل، به رابطه‌ی مثبت دست یافتند. تحمل پریشانی پایین می‌تواند یکی از عوامل دخیل و مرتبط با مصرف مواد محسوب شود. افراد دارای تحمل آشفتگی پایین اولاً هیجان را غیر قابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی‌شان رسیدگی کنند. همچنین وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند (عزیزی، میرزایی و شمس، ۱۳۸۹). از آنجایی که تنظیم هیجان و تحمل پریشانی‌ها بخش مهمی از زندگی هر فرد را تشکیل می‌دهد، تعجب آور نیست که آشفتگی در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی منجر به آسیب روانی فرد شود. در فرد معتاد مجموعه‌ای از رویدادها و عوامل تنش‌زا به تنهایی می‌تواند اعتیاد را تداوم بخشند (آمستاتر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). بنابراین با توجه به پیشینه مذکور این دو متغیر نقش کلیدی در ادامه ابتلای فرد معتاد دارد.

در خصوص شیوه‌های درمانی روان‌نمایشگری و رفتاردرمانی دیالکتیک در ارتباط با تنظیم هیجان مطالعات مختلفی صورت گرفته و اثربخشی آن در گروه‌های مختلف

گزارش شده است. از جمله مطالعه تقی‌زاده و همکاران (۱۳۹۴) که در آن تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیک بر راهبردهای تنظیم هیجان زنان با اختلاف شخصیت مرزی و اختلال سوء‌مصرف مواد مورد مقایسه قرار گرفت و نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک نمرات را در راهبردهای منفی تنظیم هیجانی در زنان مبتلا به هر دو اختلال کاهش داد. همچنین نتایج مطالعه میلر، راسوس، و لینهان<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) که با هدف اثربخشی روان‌نمایشگری بر تنظیم هیجانی زنان مبتلا به سوء‌مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی صورت گرفت نشان داد مداخله صورت گرفته تأثیر مثبت بر تنظیم هیجانی این گروه داشته است. روان‌نمایشگری رویکردی مبتنی بر ایفای نقش است که در آن درمان‌جویان به گونه‌ای که گویی بخش‌هایی از گذشته، حال، آینده یا دنیای درونی خودشان را عیناً تجربه می‌کنند، به ایفای نقش می‌پردازند. یکی از مؤلفه‌های درمانی اصلی روان‌نمایشگری حل مسئله در یک بافت بین فردی و اجتماعی است. روان‌نمایشگری با استفاده از تکنیک‌ها و روند خاص خود، به شکستن بسیاری از حالت‌های دفاعی و تحریفات شناختی فرد در مورد مسائل خود کمک کرده و در نتیجه بینش فرد را نسبت به مسائل و مشکلات خویش افزایش می‌دهد. فضای جلسات روان‌نمایشگری به افزایش سطح انعطاف‌پذیری اجتماعی اعضا کمک می‌کند و این موضوع را می‌توان از جمله مؤلفه‌های درمانی مهم این رویکرد، قلمداد کرد (لاگلی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸). این بدین معنی است که در جریان روان‌نمایشگری، افراد با عمیق‌ترین مسائل شخصی و بین فردی خود و سایر اعضای گروه به طور کاملاً عینی و ملموس آشنا می‌شوند و حتی در بسیاری از موارد از چارچوب ذهنی خود خارج شده و صرفاً از دیدگاه دیگران به مسائل بین فردی نگاه می‌کنند. این فضای خاص روان‌نمایشگری، فرد را از حالت خودمحوری و تأکید و تمرکز مفرط بر حالات شخصی خود، خارج کرده و در نتیجه درک وی را نسبت به دیگران افزایش می‌دهد (لاگلی، ۱۹۹۸). همچنین مطالعات بلتنر<sup>۳</sup> (۱۳۸۳) در این راستا نشان داد که روان‌نمایشگری یک روش درمانی مبتنی بر رابطه است که با شفاف‌سازی تعارض‌های درونی مشکل فرد را به

جای صرفاً تشخیص، هویدا سازد. پژوهش دیگری در زمینه کیفیت افراد دارای سابقه ترک توسط دهنوی، باجلان، جوواهر پرده، خداوردیان و دهنوی (۲۰۱۶) انجام گرفت و نشان داد که روان‌نمایشگری بر کیفیت زندگی افراد دارای سابقه ترک تأثیر به‌سزایی داشته است. به غیر از موارد گفته شده، از جمله مهمترین مؤلفه‌های درمانی که می‌توان برای روان‌نمایشگری مطرح کرد، هیجانات مثبت است، به طوری که افزایش سطح هیجانات مثبت، یکی از اهداف اصلی و عمومی جلسات روان‌نمایشگری صرف نظر از موضوع درمان و نوع درمان جویان شرکت کننده است. روال جلسات روان‌نمایشگری به شکلی است که لازم است هر جلسه با هیجانات مثبت شروع شده و تا حد امکان با هیجانات مثبت نیز خاتمه یابد. مطالعات دهنوی، عیاضی و باجلان (۲۰۱۵) نیز نشان داد که جلسات روان‌نمایشگری در خصوص شیوه‌های کنار آمدن افراد دارای سابقه ترک بسیار کارساز و مفید واقع شده است.

امروزه کاربرد رویکرد رفتار درمانی دیالکتیک در مورد بسیاری از اختلالات از جمله سوء مصرف مواد و مسائل وابسته به آن نیز به تأیید رسیده است. یکی از راهبردهای اختصاصی این رویکرد در جمعیت درمان جویان وابسته به مواد مخدر، تقویت جنبه‌های شناختی مربوط به تنظیم هیجانات و رفتارها و به عبارت دیگر، تنظیم شناختی هیجان است (دیمف، ۲۰۰۱). در واقع این اصل، به ریشه‌های شناختی-رفتاری این رویکرد بر اساس مبانی رویکرد شناختی-رفتاری، هرگونه مداخله‌ای در زمینه‌ی هیجانات، نیازمند مداخله در حیطه‌ی شناخت‌ها است؛ زیرا فرآیندهای هیجانی افراد، مستقیماً معلول فرآیندهای شناختی آنان قرار دارد (لیهی، ۱۳۸۷).

با توجه به اثرات سوء وابستگی به مواد مخدر و افزایش آن در زنانی که نقش مهمی را در خانواده دارند (باقری و سهرابی، ۱۳۹۶) و از آنجایی که افراد مشکلاتی در تنظیم هیجانات و تحمل پریشانی خود دارند، مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو روش درمانی روان‌نمایشگری و دیالکتیک بر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی زنان معتاد اصفهان صورت گرفته است. با توجه به ادبیات در زمینه روان‌درمانی‌های مذکور و همچنین پیشینه

پژوهشی در این راستا، بررسی و مقایسه دو شیوه درمانی بدین جهت مد نظر قرار گرفت که در نهایت روش مطلوب تر از لحاظ کارایی، همچنین هزینه‌ها، تعداد جلسات و شرایط پیاده‌سازی جلسات درمانی مشخص شود.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

مطالعه حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. مطالعه در سال ۹۵ بر روی ۹۰ نفر از زنان بالای ۲۰ سال که در حال ترک در بند نسوان زندان اصفهان بودند صورت گرفت. افراد به صورت تصادفی در ۳ گروه (دو گروه مداخله و یک گروه گواه) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش دو رویکرد درمانی روان‌نمایشگری و رفتار درمانی دیالکتیک با هدف ارتقای تنظیم هیجان و تحمل پریشانی دریافت نمودند و گروه گواه هیچ‌گونه مداخله درمانی در این زمینه دریافت نکردند. نمونه‌گیری در این پژوهش به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند انجام گرفت. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن بالای ۲۰ سال؛ قرار داشتن در حال ترک اعتیاد به کمک مداخلات دارویی و پزشکی؛ عدم استفاده از مداخلات روان‌شناختی دیگر در طول پژوهش؛ همچنین داوطلب بودن خود فرد، در نظر گرفته شد. این پژوهش زیر نظر کمیته اخلاق دانشگاه اصفهان انجام گرفت و تمام موارد پژوهشی از جمله رضایت آگاهانه و ملاحظات اخلاقی با در نظر گرفتن قوانین تحت تالیف این کمیته بررسی و اعمال گردید.

### ابزار

۱- پرسش‌نامه تحمل پریشانی: این پرسش‌نامه توسط سیمونز و گاهر<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) طراحی شده که شامل ۱۵ سؤال است و به صورت مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۶۰ می‌باشد. گویه‌های این مقیاس، تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی‌های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع، اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تسکین پریشانی مورد

سنجش قرار می‌دهند. ضرایب آلفا در نمونه اصلی این پرسش‌نامه برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شده است. همچنین روایی ملاکی و همگرایی خوبی نیز داشته است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). نقطه برش مقیاس تحمل پریشانی نمره کمتر از ۲۸ است. نمره بیش از این نشانگر تحمل پریشانی زیاد است. نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای بوده که از توافق کامل تا عدم توافق کامل نمره‌دهی می‌شود. ضریب اعتبار (آلفای کرونباخ) در نمونه ایرانی ۰/۸۲ گزارش شد (ریحانی، سخاوت‌پور، حیدرزاده، موسوی و مظلوم، ۱۳۹۳). اعتبار آن در مطالعه حاضر ۰/۸۲ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه حالت‌های هیجانی-رفتاری: این پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته، به سنجش مجموعه‌ای از حیطه‌های رفتاری و هیجانی می‌پردازد که انتظار می‌رود در جمعیت معتادین با مشکلاتی همراه خواهند بود. در تدوین این پرسش‌نامه از نظر صاحب‌نظران (متخصصین حوزه روان‌شناسی) و همچنین پرسش‌نامه‌های معتبری همچون مقیاس هیجان‌خواهی زااکرمن، مقیاس خشم چندبعدی، پرسش‌نامه‌ی هوش هیجانی دیویس، مقیاس پذیرش اجتماعی، پرسش‌نامه‌ی روش‌های مقابله‌ی لازاروس، پرسش‌نامه‌ی پرخاشگری، پرسش‌نامه‌ی اضطراب بک، پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک، پرسش‌نامه‌ی ارزیابی باورهای شخصی الیس، پرسش‌نامه‌ی پنج‌عاملی ذهن‌آگاهی، پرسش‌نامه‌ی حل مسئله‌ی هینر و پترسون، و پرسش‌نامه‌ی شخصیت سنج نئو، استفاده شده است. نمره‌دهی پرسش‌نامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد. فرم اولیه‌ی پرسش‌نامه‌ی حالت‌های هیجانی-رفتاری دارای ۸۸ گویه بود. روایی محتوایی با ارزیابی کمی از نظر متخصصین صورت گرفت که ضریب نسبت اعتبار محتوی، ۰/۴۹ محاسبه شد و تمامی گویه‌ها که دارای ضریب پایین‌تر از میزان تعیین شده بودند، حذف شدند. در مطالعات مقدماتی که روی این پرسش‌نامه صورت گرفت، که چندین بار هر بار روی نمونه‌هایی به حجم ۱۰۰ نفر بود، ضرایب آلفای کرونباخ و تحلیل عاملی اکتشافی معمولاً شبیه به هم و در دامنه مطلوبی قرار داشت. در نتیجه بعد از چندین مطالعه مقدماتی فرم نهایی این پرسش‌نامه دارای ۷۵ گویه و ۱۱ خرده‌مقیاس تدوین شد. این ۱۱ خرده‌مقیاس شامل اجتناب از پذیرش احساسات،



انعطاف پذیری اجتماعی، ارتباط مؤثر، تکانش گری هیجانی، ذهن آگاهی، حل مسئله اجتماعی، رفتارهای برونی شده، تنظیم هیجان، رفتارهای درونی شده، سازگاری و شادکامی می باشد که در این میان سوالات ۱۶، ۲۶، ۳۶، ۴۵، ۵۳، ۶۳، ۷۳ مربوط به تنظیم هیجان است و موارد ۳۶، ۴۵ و ۶۳ معکوس نمره گذاری می شود. ضریب اعتبار کل در پژوهش حاضر، به شیوهی آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و به شیوهی دونیمه سازی، ۰/۸۵ گزارش شد.

## روند اجرا

بعد از انتخاب شرکت کنندگان و تقسیم آنها به گروه های سه گانه به صورت تصادفی، گروه های آزمایشی ده جلسه درمان با تمرکز هر دو جلسه بر یکی از متغیرهای پژوهش صورت گرفت. گروه آزمایشی اول با روش روان‌نمایشگری مورنو<sup>۱</sup> (۲۰۱۳) و گروه آزمایشی دوم با روش رفتار درمانی دیالکتیک لینهان<sup>۲</sup> (۱۹۹۳) مورد مداخله قرار گرفتند. شرح جلسات مداخله در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شرح جلسات مداخله به تفکیک جلسات

| جلسه | روش درمانی روان‌نمایشگری   | رفتار درمانی دیالکتیک  |
|------|--|--|
| ۱    | مهارت خود آگاهی شناختی <sup>۰</sup> هیجانی                         | معارفه، توضیح درد هیجانی و رنج هیجانی                                    |
| ۲    | مهارت مدیریت هیجان مهارت خودپذیری نامشروط در روابط بین فردی        | مهارت تحمل آشفتگی  |
| ۳    | مهارت خودپذیری نامشروط در روابط بین فردی                           | مهارت تحمل آشفتگی  |
| ۴    | مهارت دیگر پذیرش نامشروط در روابط بین فردی                         | مهارت توجه آگاهی   |
| ۵    | مهارت صداقت در بیان احساسات (خود جوشی) در مورد موقعیت های بین فردی | مهارت توجه آگاهی   |
| ۶    | مهارت قدردانی و تشکر   | مهارت تنظیم هیجانی   |
| ۷    | مهارت کنترل خشم  | مهارت تنظیم هیجانی   |
| ۸    | مهارت ابراز وجود   | مهارت ارتباط مؤثر  |
| ۹    | مهارت حل مسئله در اختلافات بین فردی                                | مهارت ارتباط مؤثر  |
| ۱۰   | مرور و جمع بندی  | مرور تمام مفاهیم، پرسش و پاسخ و رفع ابهامات درباره مفاهیم آموزش داده شده |

## یافته‌ها

میانگین سنی و انحراف استاندارد شرکت کنندگان  $37 \pm 4/6$  بود. حدود ۲۰ درصد نمونه مجرد، ۴۲ درصد مطلقه، ۲۱ درصد متأهل و ۱۷ درصد بیوه بودند. همچنین ۵۳ درصد نمونه تحصیلات دیپلم و پایین‌تر، ۲۵ درصد لیسانس و ۲۲ درصد فوق لیسانس یا بالاتر داشتند. از میان افراد نمونه ۶۴ درصد وضعیت اجتماعی-اقتصادی خود را متوسط، ۲۸ درصد ضعیف و ۸ درصد خوب توصیف کردند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

| متغیرها       | گروه‌ها               | پیش آزمون                      |                                | پس آزمون                       |                                | پیگیری |      |
|---------------|-----------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------|------|
|               |                       | انحراف<br>میانگین<br>استاندارد | انحراف<br>میانگین<br>استاندارد | انحراف<br>میانگین<br>استاندارد | انحراف<br>میانگین<br>استاندارد |        |      |
| روان‌نمایشگری | ۳/۱۳                  | ۰/۴۶                           | ۳/۳۹                           | ۰/۴۳                           | ۳/۳۶                           | ۰/۷۸   |      |
| تنظیم         | رفتار درمانی دیالکتیک | ۲/۹۷                           | ۰/۵۱                           | ۳/۴۴                           | ۰/۳۶                           | ۳/۴۸   | ۰/۷۳ |
| هیجان         | گواه                  | ۳/۰۷                           | ۰/۴۳                           | ۳/۰۴                           | ۰/۳۹                           | ۳/۰۹   | ۰/۴۴ |
| روان‌نمایشگری | ۳/۶۲                  | ۰/۹۴                           | ۴/۲۰                           | ۰/۵۳                           | ۴/۱۴                           | ۰/۵۲   |      |
| تحمل          | رفتار درمانی دیالکتیک | ۳/۵۶                           | ۱/۰۴                           | ۴/۱۱                           | ۰/۶۰                           | ۳/۷۴   | ۰/۹۰ |
| پیشانی        | گواه                  | ۳/۹۷                           | ۰/۷۸                           | ۳/۳۸                           | ۱/۱۵                           | ۳/۴۴   | ۱/۱۷ |

به منظور بررسی اثربخشی روش‌های درمانی روان‌شناختی بر تنظیم هیجان و تحمل پیشانی از روش تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. یکی از مفروضه‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطا است. نتایج آزمون لون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون لون به منظور بررسی برابری واریانس‌های خطا در گروه‌ها

| متغیرها      | آماره F | معناداری |
|--------------|---------|----------|
| تنظیم هیجانی | ۰/۶     | ۰/۲۲     |
| تحمل پیشانی  | ۰/۲     | ۰/۴۴     |

همان‌گونه که مشاهده می‌شود شرط برابری واریانس‌های خطا برقرار است. مفروضه‌ی برابری ماتریس واریانس-کواریانس نیز با آزمون باکس بررسی شد و نتایج حاکی از برقراری مفروضه بود ( $P > 0/05$ ,  $F = 1/21$ ,  $M = 33/92$  باکس). بنابراین تحلیل کواریانس

چند متغیری انجام شد و نتایج حکایت از معناداری تفاوت گروه‌ها در ترکیب خطی مولفه‌ها بود (۰/۶۴=اندازه اثر,  $F=۶۵/۳۱$ ,  $P<۰/۰۰۱$ ,  $\lambda=۰/۸۱$ ) لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۵ استفاده شد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی الگوهای تفاوت

| متغیرها      | میانگین مجذورات | مجموع مجذورات | آماره F | درجه آزادی | معناداری | اندازه اثر |
|--------------|-----------------|---------------|---------|------------|----------|------------|
| تنظیم هیجان  | ۱۵۰۶/۲۳         | ۳۰۱۲/۴۶       | ۱۴/۷۸   | ۲          | ۰/۰۰۰۵   | ۰/۶۹۶      |
| تحمل پریشانی | ۶۳۵/۶۴          | ۱۲۷۱/۲۸       | ۵/۵۶    | ۲          | ۰/۰۰۶    | ۰/۸۳۴      |

همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می شود در هر دو متغیر تفاوت معنادار وجود دارد. به معنای دیگر اثربخشی مداخلات در ارتقای نمرات تنظیم هیجان و تحمل پریشانی موثر بوده است. برای بررسی تفاوت گروه‌ها از آزمون بنفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد در هر دو متغیر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی هر دو مداخله‌ی روان‌نمایشگری و رفتار درمانی دیالکتیک با گروه گواه متفاوت بودند ( $P<۰/۰۱$ ). اما تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایشی وجود نداشت ( $P>۰/۰۵$ ). اندازه اثر در تنظیم هیجان در روان‌نمایشگری ۰/۶۸ و در رفتار درمانی دیالکتیک ۰/۷۰ و در تحمل پریشانی در روان‌نمایشگری ۰/۷۲ و در رفتار درمانی دیالکتیک ۰/۷۶ بود.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و روان‌نمایشگری بر افزایش تنظیم هیجانی زنان دارای سابقه اعتیاد در بند نسوان زندان اصفهان بوده است. نتایج حاصل از تحقیق حاضر با مطالعه فلیس چاکر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۱) همسو بوده که در آن پژوهش، تاثیر مداخله روان‌نمایشگری بر تنظیم هیجانی زنان معتاد معنادار بود. مطالعه میلر و همکاران (۲۰۰۷) و نیز امام قلی‌پور (۱۳۹۴) نیز تاثیرات مثبت مداخله روان‌نمایشگری بر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی زنان معتاد را نشان داده که با پژوهش حاضر همخوانی دارد. از طرفی ندیمی (۱۳۹۴) در مطالعه خود نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک بر افزایش تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی افراد مصرف کننده مواد تاثیر معنادار دارد.

محمودی و همکاران (۱۳۹۴) پژوهشی بر روی تنظیم هیجانی زنان دارای افسردگی انجام دادند و نشان دادند که، زنانی که در تنظیم درونی عواطف مشکل دارند برای کاهش استرس و تنظیم عواطف منفی خود مثل ناراحتی، ترس و اضطراب از راهبردهای ناکارآمد چون کشیدن سیگار، مصرف مواد مخدر، مشروبات الکلی، داد زدن و پرخاشگری، پرخوری یا بی‌اشتهایی و داروهای روان‌ردان استفاده می‌کنند.

با عطف نظر به نتایج مطالعه حاضر و از سوی دیگر با نگاهی به پژوهش‌های پیشین و تاثیر مثبت روش‌های مداخله‌ای مورد استفاده در این پژوهش می‌توان این‌گونه اذعان داشت که روش رفتار درمانی دیالکتیک با برون‌ریزی هیجان‌های محصور شده و آموزش تعدیل هیجانی که منجر به تنظیم هیجان‌ها می‌شود. از طرفی با آموزش تکنیک‌های رفتاری که منتج به کاهش جذب به وسیله هیجان‌ات منفی و افزایش تلاش برای تسکین پریشانی می‌شود و در نهایت میانگین نمرات افراد در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی بالاتر رفته است. به دیگر سخن، افراد در خلال تمرین‌های رفتاری دیالکتیکی، با هیجان‌ات خود رو به رو می‌شوند (همان‌گونه که قبلاً مواجه می‌شدند)، با این تفاوت که بعد از آموزش‌های دیالکتیکی، ابزار لازم برای رویارویی را دارند. بدین مفهوم که تا قبل از این به محض مستولی شدن هیجان‌ها افراد معتاد خود را غرق در احساسات و عواطف ضد و نقیض می‌یافتند و برای جلوگیری از تشویش و به هم ریختگی با مصرف مواد یا رفتارهایی که بعضاً منتهی به تشدید این هیجان‌ها می‌شدند سعی در کنترل هیجانی داشتند، ولی با یادگیری راهبردهای رفتاری به محض بروز هیجان خاصی ابزار لازم برای تنظیم آن را در اختیار دارند و می‌توانند با درک شرایط و به کارگیری رهنمودها از به هم ریختگی عاطفی‌رهایی‌یابند. علاوه بر این در خلال جلسات این افراد با الگوبرداری از دیگر شرکت‌کنندگان، با هیجان‌ات خود بیشتر آشنا می‌شوند که داشتن این آگاهی می‌تواند در تنظیم هیجان‌ات آنان بسیار مفید واقع گردد.

همچنین با آموزش تکنیک‌های رفتاری دیالکتیک، فردی که دارای سابقه اعتیاد بوده، یاد می‌گیرد پریشانی خود را با روش‌های سالم مدیریت کند. حتی ممکن است فرد در شرایط خاصی قادر به کنترل موقعیت نباشد منتهی با وجود این آموزه‌ها می‌تواند پاسخ‌ها و

رفتار خود را تحت کنترل دریاورد. به عنوان مثال با پذیرش افراطی فرد یاد می‌گیرد که لازم نیست همه موقعیت‌ها باب میل او باشد یا در همه شرایط احساس خوشایند داشته باشد بلکه موقعیتی می‌تواند دارای بار هیجانی منفی و ناخوشایند باشد؛ ولی فرد صرفاً آن را به عنوان یک موقعیت بنگرد و بپذیرد. این پذیرش که با تمرین‌های رفتاری به فرد آموزش داده می‌شود می‌تواند از اضطراب وی کاسته (ایفرت و فورسیث<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ هیز<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۹؛ رومر و اورسیلو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵) و به تبع آن موجب کاهش رنج ذهنی ناشی از ناخوشی عاطفی شود. بنابراین فرد احساس تحمل بالاتری خواهد یافت. همچنین با داشتن قراردادهای رفتاری مبتنی بر انجام فعالیت‌هایی که منجر به بالا رفتن کیفیت زندگی می‌شود، فرد در خود احساس مسئولیت نسبت به پذیرش صرف موقعیت با پریشانی بالا نموده و سعی در خود آرام‌سازی می‌کند. به دیگر سخن راهبرد تعهد به تغییر (قرارداد رفتار درمانی دیالکتیکی) می‌تواند به فرد در پذیرش موقعیت و انجام رفتارهای متفاوت از آنچه تا کنون انجام داده کمک کند.

۲۵۹

259

از سوی دیگر، تکنیک‌های رفتارگرایی همه بر تغییر و پایدار ماندن تغییرات متمرکز است. بدین معنی که افراد در خلال این آموزش‌ها یاد می‌گیرند رفتار خود را به صورت فعالانه مدیریت کنند. با تعیین اهداف واقع‌بینانه و تحلیل رفتاری، در شرایط ویژه (مانند شرایطی که نیاز به تحمل پریشانی زیاد دارد) فرد می‌تواند به این خودآگاهی و توانمندی در خود دست پیدا کند. تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی هر دو متغیرهایی هستند که با افزایش آگاهی فرد در این راستا همبسته هستند (برکینگ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). همچنین، به کمک روش درمانی روان‌نمایشگری با انجام نمایش و اجرای سناریو بر اساس مشکلات و نیازهای شخصی، فرد به برون‌ریزی هیجانی دست پیدا می‌کند که بیان هیجان خود موجب درک و فهم بیشتر هیجان شده و با نام نهادن بر احساسات فرد به نوعی در تنظیم هیجان اشراف پیدا خواهد کرد. سرکوب و بیان نکردن هیجان‌ها می‌تواند قابلیت شفاف‌سازی هیجان‌ها و درنهایت توانمندی وی در تشخیص احساسات را دچار مشکل سازد. با بیان

1. Eifert, & Forsith  
2. Heyz

3. Roemer, & Orselive  
4. Berking

هیجان‌ها، برون‌ریزی هیجان غالب و درک و فهم آن فرد قدرت تعدیل و تنظیم هیجان‌ها را به دست می‌آورد. در روش درمانی روان‌نمایشگری زمانی که فرد به چهار مهارت پالایش احساسات، امید، آرامش و فهم عمیق‌تر نایل شد از بار هیجانی وی کاسته می‌شود. قدرت تصفیه و خالص‌سازی عواطف و هیجان‌ها و همچنین قدرت فهم عمیق‌تر آن‌ها از مهارت‌های تنظیم هیجانی است (برکینگ و وایتلی، ۲۰۱۴).

با توجه به این که پژوهش حاضر تأثیر مثبت مداخلات درمانی بر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی افراد دارای سابقه اعتیاد را نشان داده است و نظر به این که هیجان‌ها از نظر اجتماعی مفید هستند و می‌توانند در انتقال احساسات به دیگران، تعامل اجتماعی و ایجاد، حفظ و قطع رابطه با دیگران سازنده باشند، لذا تعدیل و تنظیم آن‌ها و تحمل پریشانی از طریق آموزش می‌تواند نقش مؤثری در کنترل ترک افراد معتاد داشته باشد. زیرا هیجان‌ها به عنوان راه‌حل‌هایی برای مقابله با چالش‌ها، استرس‌ها و مشکلات زندگی عمل می‌کنند. افراد دارای سابقه اعتیاد در لحظاتی از زندگی که دستخوش هیجان‌های شدید و غیر قابل تحمل می‌شوند برای کاهش رنج ذهنی ناشی از آن به مواد روان‌گردان روی می‌آورند؛ در نتیجه با افزایش مهارت فرد در زمینه تنظیم هیجان و تحمل هیجان‌ها ناخوشایند یا پریشانی فرد معتاد راهبردهایی در مواقع حساس همراه خود خواهد داشت.

پیشنهاد می‌شود از نتایج مطالعه حاضر در آموزش‌های مربوط به کانون‌های اصلاح و تربیت، و دیگر مراکز نگهداری و مراقبت بعد از دوران ترک و بازداشت استفاده شود. همچنین در زمینه‌های پژوهشی پیشنهاد می‌شود اثربخشی مداخلات رفتار درمانی دیالکتیک و روان‌نمایشگری در ارتقای متغیرهای دیگر همچون سازگاری زناشویی در زوجین دارای اعتیاد نیز بررسی شود. از محدودیت‌های قابل شمارش این مطالعه می‌توان به بررسی در نمونه زن و روش نمونه‌گیری غیر تصادفی اشاره کرد. همچنین از میان روش‌های درمانی که می‌تواند در ارتقای نمرات تنظیم هیجان و تحمل پریشانی استفاده شود، تنها روش رفتار درمانی دیالکتیک و روان‌نمایشگری مورد مطالعه قرار گرفت که این خود می‌تواند زمینه پژوهش‌های آتی را فراهم نماید. همچنین از آنجایی که این مطالعه در زنان

دارای سابقه ترک و همین‌طور زندانی صورت گرفت، نگرش این زنان نسبت به روان‌درمانی و همکاری آنان با پژوهش‌گر دارای مشکلاتی بود، که با توجه به این مسئله پیشنهاد می‌شود در این خصوص زمینه‌های همکاری بیشتر روان‌درمانگران خبره و مراکز زندانی فراهم گردد.

## منابع

اعظمی، یوسف، سهرابی، فریریز، برجعلی، احمد و چوپان، حامد (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر کاهش تکانشگری در افراد وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۳۰)، ۱۴۲-۱۲۷.

امامقلی‌پور، سامره، زمانی، سعید، جانگیر، امیرحسین، ایمانی، سعید و زمانی، نرگس (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش کنترل تکانه و رفتار درمانی دیالکتیک بر تکانشگری: بی‌برنامگی حرکتی و شناختی دختران نوجوان مبتلا به اختلال نامنظم خلق اخلال‌گرانه. *اندیشه و رفتار*، ۹(۳۵)، ۱۷-۷. باقری، مریم، و سهرابی، فریریز (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی روش‌های ترک اعتیاد، دارودرمانی و درمان شناختی رفتاری بر میزان سازگاری با همسر خانواده‌های داوطلب ترک. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۱)، ۲۸۰-۲۶۵.

بلنتر ای (۲۰۰۵). *درون‌پردازی: روان‌درمانی با شیوه‌های نمایشی: تئاتر درمانی*. ترجمه حسن حق‌شناس، و حمید اشکانی (۱۳۸۳). انتشارات رشد، تهران.

تقی‌زاده، محمد احسان، قربانی، طاهره، و صفاری‌نیا، مجید (۱۳۹۴). اثربخشی تکنیک‌های تنظیم هیجانی رفتار درمانی دیالکتیک بر راهبرد تنظیم هیجان زنان با اختلال شخصیت مرزی و اختلال سوء مصرف مواد: طرح خط پایه چندگانه. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۹(۳)، ۷۳-۶۶.

ریحانی، طیبه، سخاوت‌پور، زهره، حیدرزاده، محمد، موسوی، سید مهدی و مظلوم، سید رضا (۱۳۹۳). بررسی تأثیر آموزش خود مراقبتی معنوی بر تحمل پریشانی مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان. *مجله مامائی و نازائی زنان ایران*، ۱۷(۹۷)، ۲۸-۱۸. زنجانی، زهرا، و صادقی، مصطفی (۱۳۹۴). پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس ذهن آگاهی و تنظیم هیجان در دانشجویان. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۲(۸)، ۳۸-۲۳.

- شمس، جمال؛ عزیزی، علیرضا؛ و میرزایی، آزاده (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله پژوهشی حکیم*. ۱۳(۱)، ۱۱-۱۸.
- علوی، خدیجه (۱۳۸۸). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی با تکیه بر مولفه های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی بر نشانه های افسردگی در دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه فردوسی مشهد.
- لیهی، رابرت ل. فنون شناخت درمانی. ترجمه ی لادن فتی، شیما شکیبا، شهرزاد طهماسبی مرادی، حسین ناصری و کاوه ضیایی (۱۳۸۷). تهران: دانژه.
- محمودی، غفارعلی؛ نورمحمدی، حسن؛ عزیزپور فرد، یونس؛ و فرهادی، علی (۱۳۹۴). بررسی علل گرایش به مواد مخدر از نظر بیماران با تشخیص مسمویت مواد مخدر و اعتیاد مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی شهر خرم آباد. *فصلنامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*. ۱۱۷(۱)، ۶۲-۵۵.
- ندیمی، محسن (۱۳۹۴). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک گروهی در افزایش تحمل آشفتگی و بهبود تنظیم هیجانی سوء مصرف کنندگان مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۹(۳۶)، ۱۶۰-۱۴۱.
- Ahmadi, J., Fakoor, A., Pezeshkian, P., Khoshnood, R., & Malekpour, A. (2002). Substance use among Iranian psychiatric inpatients. *Psychological Reports*, 89(2), 363-365. DOI:10.2466/pr0.2001.89.2.363.
- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Anxiety Disorder*, 22, 211-231.
- Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R., & Williamson, D. F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 53(8), 1001-1009.
- Ayvasik, H. B., & Sumer, H. C. (2010). Individual differences as predictors illicit drug use among Turkish college student. *Journal of psychology*, 144 (6), 489-505.
- Berking, M. (2007). *Training emotionaler Kompetenzen*. Heidelberg, Germany: Springer.
- Berking, M. & Whitley, B. (2014). *Affect Regulation Training (ART)*. New York: Springer, New York.
- Conners, N. A. (2004). Children of mothers with serious substance abuse problems: An accumulation of risks. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(1), 85-100.
- 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.

Dehnavi, S., Ayazi, M., & Bajalan, M. (2015). The effectiveness of psychodrama in relapse prevention and reducing depression among opiate-dependent men. *Journal of Addiction Studies*, 34, 111-121.

Dehnavi, S., Bajalan, M., Javaher Parde, S., Khodaverdian, H. & Dehnavi, Z. (2016). The Effectiveness of Psychodrama in Improving Quality of Life among Opiate-dependent Male Patients. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(S), 243-247.

Dimeff, L., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical Behavior Therapy in a Nutshell. *The California psychologist*, 34, 10-13.

Dubey, A. (2010). Role of emotion regulation difficulties and Positive/negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship: An overview. *Indian Journal of Social Science Research*, 7(23), 20-31.

Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger.

Fleischhaker, C. H., Bohme, R., Sixt, B., Bruck, C. H., Schneider, C. & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 1-10. DOI: 10.1186/1753-2000-5-3.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry*, 4, 231-244.

Khantzian, E. G., & Willson, A. (1993). Substance dependence, repetition and the nature of addictive suffering. In A. Wilson, G. E. Gedo, eds. *Hierarchical concepts in psychoanalysis: theory research and clinical practice*. New York: Guilford. 263-283.

Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A. & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety Symptomatology: The Association with Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity. *Behavior Therapy*, 41(4), 567-574. DOI: 10.1016/j.beth.2010.04.002.

Lagley, D. (1998). The Relationship between Psychodrama and Dram therapy. In M. Karp, P. Holmes, & K. B. Tavon, *The handbook of psychodrama*. London and New York: Routledge, 567-574.

- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- 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.
- Miller, A. M., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dial ethical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford, 38-95.
- Moreno, J. L. (2013). *Psychodrama- action therapy and principles of practice*. North-West Psychodrama Association.
- Myrseth, H., Pallesen, S., A., Molde, H., Johnsen, B. H., & Lorvik, I. M., (2009). Personality factors as predictors of pathological gambling. *Personality and Individual Differences*, 47, 933° 937.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2005). An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*, New York: Springer, 213° 240.
- Saxena, P., Dubey, A. & Pandey, R. (2011). Role of Emotion Regulation Difficulties in Predicting Mental Health and Well-being. *SIS Journal of Projective Psychology and Mental Health*, 18(2), 147- 154.
- 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.