



<https://cbs.ui.ac.ir/?lang=en>

Research Article

The Effect of Dialectical Behavior Therapy Skills Training on Shame, Cognitive Flexibility and Marital Adjustment of Women with Spouses Quitting Addiction in Isfahan City

Omid Maghami: MA Student of Counseling, Safahan Institute of Higher Education, Isfahan, Iran
omid_8053@yahoo.com

Razieh Izady*: Assistant Professor, Safahan Institute of Higher Education, Isfahan, Iran
r.izady@safahan.ac.ir

Somayeh Jaberi: PhD candidate in family counseling, university of Isfahan, Isfahan, Iran
so.jaberi@yahoo.com

Abstract

Due to the increasing problems and consequences of addiction such as divorce and the need for intervention and education in this category, this study investigated the effect of dialectical behavior therapy skills training on shame, cognitive flexibility and marital adjustment of women with addicted spouses of quitting. Therefore, among women present in the NAR-ANAN family groups in Isfahan, 30 of them who met the inclusion criteria were selected and randomly divided into control and experimental groups, they answered questionnaires of Shame (Cohen, Wolf, Panter and Insko, 2010), Marital Adjustment (Spanier, 1979) and Cognitive Flexibility (Dennis and Vanderwall, 2010) on two occasions (before and after the intervention). Then, the experimental group received 90 minutes of group training based on dialectical behavior therapy skills for 14 sessions once a week. During this period, the control group did not receive any training. Finally, the obtained data were analyzed using univariate analysis of covariance by SPSS-22 software. The results showed that dialectical behavior therapy skills as a group was effective on the level of shame and marital adjustment in the experimental group compared to the control group ($P < 0.01$) but had no effect on their cognitive flexibility compared to the control group ($P > 0.05$). The results show that group dialectical behavior therapy skills can reduce the shame of women with addicted spouses of quitting and lead to improved marital adjustment in them.

Keywords: addiction, cognitive flexibility, sham, skills dialectical behavior therapy, marital adjustment, women with spouses quitting addiction

* Corresponding author

Copyright©2020, University of Isfahan. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), which permits others to download this work and share it with others as long as they credit it, but they can't change it in any way or use it commercially



تأثیر آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر شرم، انعطاف‌پذیری شناختی و سازگاری زناشویی زنان دارای همسر معتاد در حال ترک در شهر اصفهان

امید مقامی: دانشجو کارشناسی ارشد مؤسسه آموزش عالی غیر انتفاعی صفهان، اصفهان، ایران

omid_8053@yahoo.com

راضیه ایزدی*: استادیار مؤسسه آموزش عالی غیر انتفاعی صفهان، اصفهان، ایران

r.izady@safahan.ac.ir

سمیه جابری: دانشجوی دکترای مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

so.jaberi@yahoo.com

چکیده

باتوجه به مشکلات و پیامدهای روزافزون اعتیاد از جمله طلاق و لزوم مداخله و آموزش در این باره، این پژوهش به بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر شرم، انعطاف‌پذیری شناختی و سازگاری زناشویی زنان دارای همسر معتاد در حال ترک پرداخته است. بدین منظور، از بین زنان حاضر در گروه‌های خانواده‌های نار-آنان در سطح شهر اصفهان، ۳۰ نفر از آنان که شرایط ورود به پژوهش را داشتند، به شیوه ددرسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش گمارده شدند. این افراد ۲ مرتبه (پیش و پس از مداخله) به پرسشنامه‌های شرم (کوهن و همکاران، ۲۰۱۰)، سازگاری زناشویی (اسپانیر، ۱۹۷۹) و انعطاف‌پذیری شناختی (دنيس و وندروال، ۲۰۱۰) پاسخ دادند. سپس افراد گروه آزمایش ۱۴ جلسه آموزش مرتبط با مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی را هفته‌ای یک بار به مدت ۹۰ دقیقه دریافت کردند؛ اما افراد گروه کنترل، مداخله‌ای را دریافت نکردند. در نهایت، داده‌های حاصل با روش تحلیل کواریانس تک‌متغیره به وسیله نرم‌افزار SPSS-22 تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر میزان شرم و سازگاری زناشویی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، مؤثر بوده است ($P < 0/01$)؛ اما بر میزان انعطاف‌پذیری شناختی آنان نسبت به گروه کنترل اثری نداشته است ($P > 0/05$). نتایج حاصل نشان می‌دهد آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی می‌تواند از میزان شرم زنان دارای همسر معتاد در حال ترک بکاهد و موجب افزایش سازگاری زناشویی آنان شود.

واژگان کلیدی: اعتیاد، انعطاف‌پذیری شناختی، سازگاری زناشویی، شرم، مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی، همسران معتادان در حال ترک

1. NAR-ANAN

* نویسنده مسئول

Copyright©2021, University of Isfahan. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), which permits others to download this work and share it with others as long as they credit it, but they can't change it in any way or use it commercially



10.22108/CBS.2021.125831.1465

مقدمه

خانواده از دیرباز تاکنون، به‌عنوان کوچک‌ترین نمود جامعه و زندگی جمعی شناخته می‌شود و از راه‌های گوناگونی حفظ می‌شود و انسجام آن حائز اهمیت است (آلدوس و دامون^۱، ۱۹۹۰). پدیده اعتیاد و مصرف مواد مخدر یکی از عمده‌ترین مسائلی است که می‌تواند شالوده خانواده را با آسیب و مشکل روبه‌رو کند. اعتیاد از مصادیقی است که به عملکرد خانواده خلل وارد می‌کند و لطمات فروان جسمی و روانی در اعضای خانواده به‌ویژه همسران پدید می‌آورد (محمدخانی، ۱۳۸۸).

از اساسی‌ترین مشکلات و مسائلی که اعتیاد برای همسران به وجود می‌آورد، می‌توان به برهم‌زدن تعادل و توازن موجود در ساختار خانواده اشاره کرد؛ از این جهت که اعتیاد می‌تواند مسئولیت‌ها و وظایف مرتبط با نقش و جایگاه اجتماعی فرد (عمدتاً مرد) را به‌عنوان یکی از ارکان اصلی خانواده بر هم زند (کرمی، گرام و غربی، ۱۳۸۹) و به‌طور جدی بر اعضای خانواده، به خصوص همسر اثر بگذارد. پژوهش‌ها در این باره نشان می‌دهد بروز اعتیاد در مردان با اعمال خشونت بیشتر در خانواده [به‌ویژه همسرآزاری] مرتبط است (جاهدی، طالع‌پسند و رحیمیان بوگر، ۱۳۹۵؛ صادقی فسایی، جهاندار لاشکی و کلانتری، ۱۳۹۹) و از جمله عواملی است که به‌طور مستقیم با رخداد طلاق در خانواده‌ها مرتبط است (بلوم، نیلز و تاجر^۲، ۱۹۸۵).

در این بین، از اصلی‌ترین مسائلی که با اعمال اعتیاد در خانه محتمل است، بروز اختلافات زناشویی است (استور و اسپینک^۳ ۲۰۱۲) و اعتیاد از جمله عواملی است که می‌تواند سازگاری زناشویی^۴ بین زوجین را با

خطر مواجهه کند. سازگاری زناشویی با عناصری همچون رضایت زناشویی، توافق کلی، میزان مصاحبت و همراهی با یکدیگر و رضایت‌بخش بودن روابط جنسی زوجین تشریح می‌شود و به‌طور عمده به دو ویژگی تداوم و خشنودی اشاره دارد (پورمحمدرضا، پهلوان و نجفی‌فرد، ۱۳۹۳). مطالعات مرتبط، حاکی از آن است که اعتیاد به‌طور محسوسی می‌تواند تداوم زندگی زناشویی را با بحران مواجه سازد. طبق آمار، ۳۴ درصد از طلاق‌های کشور ناشی از اعتیاد و مسائل مرتبط با مواد مخدر و ۶۰ درصد علل درخواست طلاق از سوی زنان، به‌دلیل اعتیاد و مشکلات اقتصادی ناشی از آن (دریافت نکردن نفقه) مطرح شده است (پورقاسمی، ۱۳۸۹).

مطالعات دیگر در این باره نشان می‌دهد همسران افراد معتاد به‌دلیل فشار کارهای منزل، مشکلات اقتصادی مرتبط با بیکاری همسر، یک‌نواختی زندگی، نداشتن رابطه صمیمانه و موارد مشابه دیگر در معرض بی‌انگیزگی، خلق منفی و تحریک‌پذیری قرار دارند (هیتچنس^۵، ۲۰۱۱). در واقع، آنها مجبورند مسئولیت‌های بیشتری (اشتغال بیرون از خانه) را برای حفظ عنان خانواده برعهده بگیرند و این به‌خودی‌خود تعارضات و نارضایتی‌های بیشتری برای آنان به‌همراه می‌آورد و دست‌یابی به سازگاری زناشویی بهینه بین زوجین را با مشکل و دشواری بیشتری روبه‌رو می‌کند (رفیعی و همکاران، ۱۳۹۳).

همچنین، باتوجه‌به اینکه مصرف مواد مخدر در افراد جزء رفتارهای بزهکارانه محسوب می‌شود و از نظر جامعه پدیده‌ای با قبح اجتماعی بالاست، خانواده‌های افراد مبتلا به اعتیاد با فشارها و تنش‌های دوچندانی (درون و بیرون خانه) مواجه هستند و از راه‌های مختلف

¹ Aldose, & Duman

² Bloom, Niles & Tatcher

³ Stover & Spink

⁴ Marital adjustment

⁵ Hitchens

تواند بازگشت دوباره داشته باشد. پژوهش‌ها درای باره نشان می‌دهد در مجموع ۵۰ تا ۶۰ درصد افراد در فاصله ۶ ماه پس از اقدام به ترک، صرف‌نظر از نوع ماده مصرفی، ویژگی‌های فردی و نوع ترخیص، شروع به مصرف دوباره مواد می‌کنند (مک للان و همکاران، ۲۰۰۵). بر همین اساس، ماهیت مزمن پدیده اعتیاد می‌تواند بارها و بارها احساس ناامیدی و درماندگی را به دیگر افراد خانواده، به‌ویژه همسر انتقال دهد و به او این احساس را بدهد که موقعیت حاضر تغییرناپذیر است و تلاش برای بهبود زندگی‌شان بی‌فایده است (مظفری، حسینی و طباطبایی راد، ۱۳۹۶).

در این زمینه، یکی از عواملی که می‌تواند آشفتگی و احساس درماندگی را در این همسران مدیریت کند، میزان انعطاف‌پذیری شناختی^۵ آنان است. انعطاف‌پذیری شناختی به توانایی تغییر آماه‌های شناختی به‌منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی اشاره دارد (زونگ و همکاران، ۲۰۱۰) و میزان ارزیابی فرد از توانایی کنترل شرایط است که این ارزیابی در موقعیت‌های مختلف قابل تغییر است (تقی‌زاده و فرمانی، ۱۳۹۲).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد همسران افراد معتاد در مواجهه با حل مشکلات و تعارضات پیش رو، به‌ویژه تعارضات بین فردی بیشتر از سبک‌های حل تعارض منفی و آسیب‌پذیر مثل انتقاد، سرزنش، تحقیر و عصبانیت بهره می‌برند و در حل مسائل و مشکلات از همدلی کمتری برخوردارند (شاه‌محمدی قهساره، درویره، و پورشهریاری، ۱۳۸۷؛ صادقی، ۱۳۹۰). عموماً این همسران در موقعیت‌های تنش‌زا به نشخوار فکری، اجتناب از موقعیت و یا درماندگی به‌طور کلی روی می‌

سعی در پنهان کردن این پدیده از دیگران دارند؛ از این رو، طبیعی است که اعضای خانواده، به‌ویژه همسر فرد معتاد تنش و اضطراب بیشتری را تجربه کند و در برابر دیگران احساس شرم و خجالت بیشتری را نشان دهد (فری و همکاران، ۲۰۰۸؛ منچری و همکاران، ۱۳۹۲).

شرم از جمله مهم‌ترین هیجان‌های خودآگاه است و تأثیر بسزایی بر احساس فرد از خود، بهزیستی و آسیب‌پذیری از اختلال‌های روانی و شخصیت دارد (ماتوس و همکاران، ۲۰۱۵). این هیجان دردناک با تجربه احساس و ادراک‌های منفی همچون خوارشدن، بی‌ارزش‌شمردن و ناتوانی همراه است و فرد در حین تجربه این احساس، خصومت بسیار زیادی را با خود حس می‌کند. گیلبرت و میلز^۲ (۲۰۰۲)؛ به‌نقل از گوئیس، فریرا و مندس^۳ (۲۰۱۸) دو مؤلفه درونی و بیرونی را به‌عنوان مؤلفه‌های اصلی احساس شرم معرفی می‌کنند. در مؤلفه اول که با عنوان شرم درونی شناخته می‌شود، توجه فرد بر خودش متمرکز می‌شود و خود را بی‌کفایت، معیوب یا بد احساس و ارزیابی می‌کند و مؤلفه دوم که به شرم از جانب بیرون از خود توجه می‌شود به این احساس و فکر می‌پردازد که در ذهن دیگران چطور به نظر می‌آید (از نظر دیگران چگونه دیده می‌شود). در خانواده‌هایی که با پدیده اعتیاد سروکار دارند، هر دو مؤلفه شرم جریان دارد؛ به‌طوری که شرم بیرونی به‌واسطه ضدارزش‌بودن و قبح اجتماعی اعتیاد و شرم درونی به‌دلیل رسیدن به احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی در تعارض‌های متعدد با فرد معتاد تجربه می‌شود.

علاوه بر این، باید توجه داشت پدیده اعتیاد، ماهیتی مزمن دارد و فرد مصرف‌کننده حتی پس از ترک، می‌

⁴ Mcellan, Mckay, Forman, Caccaiola, & Kemp

⁵ Cognitive flexibility

⁶ Zong, Cao, Shi, Wang, & Yan

¹ Matos, Pinto-Gouveia, Gilbert, Duarte, & Figueiredo

² Gilbert & Miles

³ Gois, Ferreira & Mendes

زاهدی، ۱۳۹۷) و رویکرد جدیدی است که لینهان (۱۹۹۳) بر مبنای تنظیم هیجان‌ها شکل داده است که فراگیرترین و تجربی‌ترین رویکرد درمانی در تنظیم عواطف، به‌ویژه برای افراد دارای اختلال شخصیت مرزی تاکنون بوده است (بوهس و همکاران^۳، ۲۰۱۳). این درمان به‌صورت اختصاصی برای آموزش مهارت‌های تنظیم عواطف سازگارانه طراحی شده است و رفتارهایی را هدف قرار می‌دهد که نتیجه بی‌نظمی هیجانی هستند (سلیمانی، خداوردی و قاسم‌زاده، ۱۳۹۳). این رویکرد، به بیان چهار مؤلفهٔ مداخله‌ای می‌پردازد که شامل ذهن‌آگاهی و تحمل‌پریشانی به‌عنوان مؤلفه‌های مبتنی بر پذیرش، و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی به‌عنوان مؤلفه‌های مبتنی بر تغییر است (بوهس و همکاران^۳، ۲۰۱۳) و قابلیت اجرای گروهی را نیز دارد.

بررسی پیشینهٔ پژوهش نشان می‌دهد امروزه رفتاردرمانی دیالکتیکی جایگاه مطلوبی در درمان اختلالات مرتبط با مصرف مواد دارد (مظفری، حسینی و طباطبایی راد، ۱۳۹۶)؛ به‌طوری‌که برخی مراکز درمانی سرپایی مرتبط با مواد، استفاده از مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی را برای تعدیل سوءمصرف مواد آغاز کرده‌اند. مهارت‌های آموزش داده‌شده در این رویکرد درمانی بیشتر برای مسائلی همچون عود، مهارت‌های شناسایی محرک‌ها، کنترل میل و مدیریت احساسات خسته‌کننده به کار می‌روند (کریچنر^۴، ۲۰۱۴). یافته‌های پژوهشی حاکی از اثربخشی این درمان در کاهش وابستگی و کنترل اثرات سوءمصرف مواد مانند کاهش رفتارهای خودتخریبی و میل برای عود

آوردند (احسانی، ۱۳۸۵؛ باقری و سهرابی، ۱۳۹۶) و این در حالی است که داشتن رفتارهایی این‌چنین و استفاده مکرر از این شیوه‌ها برای رفع و رجوع مشکلات با انعطاف‌پذیری از لحاظ شناختی در تعارض است. در همین راستا، نتایج پژوهش مارتین، ارن و بون^۱ (۱۹۹۱) نشان می‌دهد افرادی که از لحاظ شناختی انعطاف‌ناپذیرند، هنگام ناراحتی به نشخوار فکری روی می‌آورند و نیرو و توان شناختی‌شان را بر نشخوار که پاسخی تکراری و غیرسودمند برای فرد است، متمرکز می‌کنند.

بر همین اساس، با توجه به مشکلات متعدد که پدیدهٔ اعتیاد برای همسر و اعضای خانواده به بار می‌آورد و از راه‌های مختلف آنان را به سمت آسیب سوق می‌دهد، استفاده از روش‌های آموزشی و مداخلات درمانی برای این گروه از افراد ثمربخش است و حتی برای پیشگیری از عواقب آتی آن ضروری به نظر می‌آید. یافته‌های پژوهشی متعدد بر این گروه هدف (همسران و فرزندان فرد معتاد) حاکی از کاهش آسیب در این افراد است (شاه‌محمدی قهساره، درویشه، و پورشهریاری، ۱۳۹۷؛ ترنی^۲، ۲۰۱۵؛ صادقی، آذری و گرجی، ۱۳۹۵). در این بین، رفتاردرمانی دیالکتیکی از جمله درمان‌های نوین و مداخلات روان‌شناختی است که برای حل این مشکلات استفاده می‌شود (مظفری، حسینی و طباطبایی راد، ۱۳۹۶). این مداخله در دامنهٔ نسبتاً متنوعی برای درمان سایر اختلالات استفاده شده است و پژوهشگران، مطالعات گسترده‌ای دربارهٔ آن انجام داده‌اند (مامی، ابراهیمیان و سلطانی، ۱۳۹۵).

رفتاردرمانی دیالکتیکی یکی از درمان‌های موج سوم در زمینهٔ درمان اختلالات رفتاری است (بهرامی و

³ Bauhs, Dyer, Priebe, Kruger, Kleindienst

⁴ Kirchner

¹ Martin, Oren, & Boone

² Terni

دارد (دیمف^۱ و لینهان، ۲۰۰۸؛ ریزوی و همکاران^۲، ۲۰۱۱؛ رویسون و لاکزاکوسکی^۳، ۲۰۱۵).

همچنین، یافته پژوهشی مرتبط با اثربخشی این درمان در نزدیکان افراد مصرف‌کننده [به‌ویژه همسران] حاکی از اثربخشی این درمان بر تاب‌آوری و تنظیم هیجانی آنان است (خردمند، ۱۳۹۳).

باتوجه‌به نقش شرم، سازگاری زناشویی و انعطاف‌پذیری شناختی و تأثیری که این مؤلفه‌ها در کاهش عوامل خطر ساز روانی و جسمی دارند و باتوجه به تناسب محتوای رفتاردرمانی دیالکتیکی در ارتقای سازگاری، با نظر به اینکه تاکنون پژوهشی به‌طور مستقیم این رویکرد درمانی را بر روی شرم، سازگاری زناشویی و انعطاف‌پذیری شناختی همسران معتادان در حال ترک بررسی نکرده است، این موضوع هدف پژوهش حاضر قرار گرفت. بر همین اساس، این پژوهش به بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر شرم، سازگاری زناشویی و انعطاف‌پذیری شناختی همسران معتادان در حال ترک در قالب سه فرضیه پرداخت که شامل موارد زیر است:

۱. آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر شرم همسران معتادان در حال ترک مؤثر است؛

۲. آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر سازگاری زناشویی همسران معتادان در حال ترک مؤثر است؛

۳. آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر انعطاف‌پذیری شناختی همسران معتادان در حال ترک مؤثر است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با گروه آزمایش و کنترل همراه با پیش‌آزمون پس‌آزمون است. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان دارای همسر معتاد شرکت‌کننده در گروه‌های خانواده نارمانان (انجمن جهانی برای کسانی که تحت تأثیر اعتیاد فرد دیگری قرار گرفته‌اند) در شهر اصفهان بود که از بین آنان ۴۴ نفر به‌روش هدفمند (در دسترس) انتخاب شدند که پس از احراز شرایط ورود و خروج، در نهایت ۳۰ نفر باقی ماندند و به‌صورت تصادفی در دو گروه کنترل (۱۵ نفر) و آزمایش (۱۵ نفر) جای‌گذاری شدند. از جمله شرایط ورود می‌توان به بودن در گروه‌های نارمانان، تمایل و رضایت به شرکت در پژوهش، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، متأهل بودن و زن بودن اشاره کرد و از شرایط خروج می‌توان به تمایل نداشتن به شرکت در پژوهش و ابراز آن به درمان‌گر پس از شروع پژوهش (حتی در بین جلسات) و حضور نداشتن در بیش از یک سوم جلسات درمانی (غیبت بیش از ۴ جلسه) اشاره کرد. در ادامه، افراد حاضر در پژوهش یک بار پیش از انجام آموزش و یک بار پس از آن به پرسشنامه‌های سازگاری زناشویی (اسپاینر^۴، ۱۹۷۹)، شرم (کوهن و همکاران^۵، ۲۰۱۱) و انعطاف‌پذیری شناختی (دنيس و وندروال^۶، ۲۰۱۰) پاسخ دادند. در این بین، گروه آزمایش به مدت ۱۴ جلسه، یک بار در هفته ۹۰ دقیقه مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی لینهان (۱۹۹۳) را به صورت آموزش دیدند و در این مدت، افراد گروه کنترل در فهرست انتظار بودند و هیچ آموزشی در این مدت دریافت نکردند.

⁴ Spanier

⁵ Cohen, Wolf, Panter and Inesco

⁶ Dennis and Vanderwall

¹ Dimeff,

² Rizvi, Dimeff, Skutch, Carroll

³ Robison S, Luczakowsky

ابزار

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی (CFI)^۱

این پرسشنامه را دنیس و وندروال (۲۰۱۰) ساخته‌اند و ابزار خود گزارشی کوتاه ۲۰ سؤالی است که برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی به کار می‌رود که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است. شیوه نمره گذاری آن براساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت است و تلاش دارد تا سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی را بسنجد که شامل موارد زیر است:

الف) میل به درک موقعیت‌های سخت به‌عنوان موقعیت‌های قابل کنترل؛ ب) توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان ها و ج) توانایی ایجاد چندین راه‌حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت.

این پژوهشگران با انجام پژوهشی، برای این پرسشنامه ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی هم‌زمان مناسبی گزارش کرده‌اند و نشان دادند دو عامل ادراک‌گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتاری به یکدیگر خیلی نزدیک‌اند و آنها را یک عامل در نظر گرفتند و بنابراین، عامل کنترل به‌عنوان خرده‌مقیاس دوم در نظر گرفته شد. روایی هم‌زمان این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک (II) برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود. این پژوهشگران پایایی به‌روش آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ به دست آوردند (دنیس و وندروال، ۲۰۱۰؛ به نقل از سلطانی و همکاران، ۱۳۹۲).

در ایران (سلطانی و همکاران، ۱۳۹۲) ضرایب اعتبار بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و خرده‌مقیاس‌های ادراک، کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۲ و ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. در ایران برخلاف مقیاس اصلی که تنها دو عامل به دست آمد، پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دارای سه عامل ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار است. روایی همگرای آن با پرسشنامه تاب‌آوری برابر ۰/۶۷ و روایی هم‌زمان آن با پرسشنامه افسردگی بک (II) برابر با ۰/۵۰- بود (سلطانی و همکاران، ۱۳۹۲). همسانی درونی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ به میزان ۰/۸۸ برای انعطاف‌پذیری کل به دست آمد.

پرسشنامه شرم^۲

ابزار اندازه‌گیری شرم مقیاس کوهن و همکاران (۲۰۱۱) است که ۸ گویه دارد. در این مقیاس، سناریوهایی درباره موقعیت‌هایی که افراد در زندگی روزمره با آنها مواجه می‌شوند و واکنش‌های آنها به این موقعیت‌ها ارائه می‌شود. این پرسشنامه از شرکت‌کنندگان می‌خواهد که خود را در آن موقعیت تصور کنند و میزان احتمال واکنش خود را در این شرایط بر روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (اصلاً=۱ تا خیلی زیاد=۵) مشخص کنند. تحلیل عاملی سازندگان این پرسشنامه نشان می‌دهد شرم متشکل از دو زیرمقیاس خودآرزیابی منفی (گویه ۱ تا ۴) و رفتار کنارجویانه (گویه ۵ تا ۸) است. نمره ۲۴ نقطه برش پرسشنامه است که نمرات کمتر از ۲۴ نشان‌دهنده شرم کم و نمرات بیشتر از ۲۴ نشان‌دهنده شرم زیاد است

² the Guilt and shame proneness scale (GASP)

¹ cognitive flexibility inventory

ترتیب برابر با ۰/۹۴، ۰/۸۱، ۰/۹۰ و ۰/۷۳ گزارش شده است (ثنایی و براتی، ۱۳۷۹). همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ در این پژوهش برای کل مقیاس سازگاری به میزان $\alpha=0/92$ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش

در ابتدا با چند تن از سرگروه‌های انجمن نار-آنان در شهر اصفهان، مختصر آشنایی صورت گرفت و پس از ارائه توضیحات و روند پژوهش، قرار بر برگزاری جلسه‌ای برای توضیح به خانواده‌ها شد. پس از انجام این جلسه، افراد متمایل به شرکت در پژوهش ثبت‌نام شدند و پس از بررسی شرایط ورود به پژوهش به مرکز مشاوره صفاهان (مکان برگزاری جلسات درمانی) دعوت شدند. فرایند نمونه‌گیری به مدت دو هفته از اواسط مهرماه ۹۸ تا پایان مهرماه ۹۸ زمان برد. پس از آن، افراد منتخب (گروه آزمایش) در طول ۱۴ هفته از ابتدای آبان ۹۸ تا هفته اول اسفندماه ۹۸ در جلسات درمانی که به صورت گروهی (طبق راهنمای اجرای رفتاردرمانی دیالکتیکی لینهان (۱۹۹۳)) بود، هفته‌ای یک بار به مدت ۹۰ دقیقه شرکت کردند و افراد گروه کنترل در فهرست انتظار باقی ماندند و آموزشی در این مدت دریافت نکردند؛ اما پس از اتمام آموزش همانند گروه آزمایش از طریق رفتاردرمانی دیالکتیکی مهارت‌ها را آموختند. در این اثنا، افراد شرکت‌کننده در پژوهش هم در ابتدا و هم در انتهای پژوهش به پرسشنامه‌های سازگاری زناشویی، شرم و انعطاف‌پذیری شناختی پاسخ دادند. در نهایت، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از تحلیل کواریانس تک‌متغیره به وسیله نرم افزار SPSS-22 تحلیل شد. در ادامه، به‌طور مختصر محتوای جلسات آموزشی در جدول ۱ آورده شده است.

(کوهن و همکاران، ۲۰۱۱). پایایی این پرسشنامه در پژوهش هاشمی و همکاران (۱۳۹۶) به میزان ۰/۷۹ برای مؤلفه شرم به دست آمده است. همسانی درونی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر به میزان ۰/۵۷ به دست آمد.

پرسشنامه سازگاری زناشویی^۱

مقیاس سازگاری زناشویی (اسپانیر، ۱۹۷۹) ابزاری است که به صورت گسترده در پژوهش‌های مرتبط با زوجها استفاده شده است. این مقیاس ۳۲ سؤال دارد و برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی از نظر زن و شوهر یا زوجی به کار می‌رود که با یکدیگر زندگی می‌کنند و برای محاسبه نمره کل می‌توان سازگاری کلی در یک رابطه صمیمانه را ارزیابی کرد. تحلیل عاملی این پرسشنامه نشان می‌دهد این مقیاس ابعاد رضایت، همبستگی، توافق و ابراز محبت را می‌سنجد. دامنه نمره کل بین صفر تا ۱۵۱ قرار دارد و نمرات بالاتر نشان دهنده سازگاری بهتر است. گویه‌های ۱۶ تا ۲۳ و ۳۱ و ۳۲ خرده‌مقیاس رضایت دونفری و گویه‌های ۲۴ تا ۲۸ خرده‌مقیاس همبستگی دونفری و گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۵، ۸ تا ۱۵ خرده‌مقیاس توافق دونفری و گویه‌های ۴، ۶، ۲۹، ۳۰ خرده‌مقیاس ابراز محبت را می‌سنجد. روایی این پرسشنامه در ابتدا با روش روایی محتوا بررسی شده است. مقیاس سازگاری زناشویی با قدرت تمیزدادن زوج‌های متأهل و مطلقه در هر سؤال روایی قابل‌قبولی را برای گروه‌ها به دست آورده است. این مقیاس از روایی هم‌زمان نیز برخوردار است. آلفای کرونباخ نمره کل مقیاس سازگاری زناشویی به میزان ۰/۹۶، بیانگر همسانی درونی درخور توجه این مقیاس است. همسانی درونی ابعاد رضایت، همبستگی، توافق و ابراز محبت به

¹ Dyadic adjustment scale in marital therapy

جدول ۱. مروری مختصر بر محتوای جلسات آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسات	محتوا
جلسه اول	جهت‌گیری (تعیین موقعیت)
جلسه دوم	ذهن آگاهی (شرح سه حالت ذهنی و آموزش مهارت چستی)
جلسه سوم	تحمل پریشانی (منحرف کردن ذهن با مهارت‌های ACPEETS و تسکین خود با حواس پنج‌گانه)
جلسه چهارم	تحمل پریشانی (آموزش رهایی از بحران IMPROVE)
جلسه پنجم	تحمل پریشانی (آموزش مهارت پذیرش)
جلسه ششم	ذهن آگاهی (آموزش مهارت چگونگی)
جلسه هفتم	کارآمدی بین فرد (آموزش مهارت GIVE)
جلسه هشتم	کارآمدی بین فردی (آموزش مهارت DEARMAN)
جلسه نهم	کارآمدی بین فردی (آموزش مهارت FAST)
جلسه دهم	ذهن آگاهی (آموزش مهارت ذهن آگاهی پیشرفته)
جلسه یازدهم	تنظیم هیجان (آموزش مهارت PLEASEMASTER)
جلسه دوازدهم	تنظیم هیجان (مهارت کاهش رنج هیجانی با خلق تجارب مثبت، برقراری روابط، ذهن آگاه‌بودن از نگرانی و رشدن از رنج هیجانی)
جلسه سیزدهم	تنظیم هیجان (آموزش مهارت تغییر هیجان‌ات با عمل متضاد مرتبط با هیجان کنونی)
جلسه چهاردهم	خاتمه

یافته‌ها

مرتبط با ضریب همبستگی پیرسون متغیرهای سن و تحصیلات با متغیرهای شرم، سازگاری زناشویی و انعطاف‌پذیری شناختی در جدول ۲ گزارش شده است. در ادامه، میانگین و انحراف استاندارد نمرات افراد دو گروه آزمایش و کنترل برحسب متغیرهای پژوهش نیز در جدول ۳ آورده شده است.

افراد حاضر در پژوهش از لحاظ متغیرهای دموگرافیک همچون سن و تحصیلات بررسی شدند؛ به طوری که میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش ۴۶/۵۳ (۶/۶۸) و گروه کنترل ۴۴/۳۱ (۶/۷۴) و میانگین تحصیلات گروه آزمایش برابر با ۱۰/۸۶ (۲/۸۰) و گروه کنترل ۱۱/۳۷ (۱/۰۸) به دست آمد. یافته‌های

جدول ۲. مقادیر ضریب همبستگی بین متغیرهای سن و تحصیلات (به سال) با متغیرهای پژوهش

متغیرها	شرم	سازگاری زناشویی	انعطاف‌پذیری شناختی	سن	تحصیلات
سن	۰/۱۷	-۰/۳۳	-۰/۲۱	۱	-۰/۱۸
تحصیلات	۰/۳۷	-۰/۲۱	۰/۰۲	-۰/۱۸	۱

همان‌طور که یافته‌های جدول نشان می‌دهد، ضریب همبستگی متغیر سن با متغیرهای شرم ۰/۱۷، سازگاری زناشویی -۰/۳۳ و انعطاف‌پذیری شناختی -۰/۲۱ است و این مقادیر برای متغیر تحصیلات با متغیرهای شرم، سازگاری زناشویی و انعطاف‌پذیری شناختی به ترتیب

۰/۳۷، -۰/۲۱ و ۰/۰۲ است. بنابر یافته‌ها به دلیل میزان همبستگی پایین (زیر ۰/۶) می‌توان گفت که متغیرهای سن و تحصیلات در روند پژوهش بر متغیرهای بررسی‌شده اثر تداخلی ندارد و به کنترل اثر آن بر متغیرهای پژوهش نیاز نیست.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای شرم، انعطاف‌پذیری شناختی و سازگاری زناشویی برای دو گروه افراد حاضر در پژوهش

متغیر	مرحله	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شرم	پس آزمون	۲۵/۴۰	۲/۶۶	۲۹	۳/۶۸
انعطاف‌پذیری شناختی	پس آزمون	۹۵/۲۰	۱۶/۶۶	۹۶/۲۰	۶/۰۱
سازگاری زناشویی	پس آزمون	۱۰۱/۱۳	۲۴/۹۵	۹۲/۳۳	۱۸/۲۱

یافته‌های مرتبط با رعایت این پیش‌فرض‌ها برای متغیر شرم نشان می‌دهد همسانی واریانس‌ها در دو گروه برای این متغیر برقرار است ($f=0/23$ ، $P<0/63$) و رد نشد؛ اما پیش فرض توزیع نرمال برای گروه آزمایش ($f=0/79$)، $P<0/014$ برقرار نیست؛ ولی همچنان برای گروه کنترل برقرار است ($f=0/95$ ، $P>0/62$) و رعایت شده است که باتوجه به برابری تعداد افراد در دو گروه می‌توان همچنان از آزمون‌های پارامتریک بهره برد (مولوی، ۱۳۸۶).

در ادامه، نتایج حاصل از آزمون فرضیه اول مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر شرم همسران معتادان در حال ترک در جدول ۴ آورده شده است.

همان‌طور که یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین نمرات افراد شرکت‌کننده در پژوهش در متغیر شرم در پس‌آزمون برای گروه آزمایش ۲۵/۴۰ و برای کنترل ۲۹ است. همچنین، میانگین انعطاف‌پذیری شناختی برای گروه آزمایش ۹۵/۲۰ و برای کنترل ۹۶/۲۰ در پس‌آزمون است. همچنین، در متغیر سازگاری زناشویی میانگین گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون به‌میزان ۱۰۱/۱۳ و ۹۲/۳۳ است.

به‌منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش برای کنترل اثر پیش‌آزمون از روش تحلیل کواریانس تک‌متغیره استفاده شد. پیش از آن، پیش‌فرض‌های پژوهش از جمله همسانی واریانس‌ها (آزمون لوین) و توزیع نرمال داده‌ها (آزمون شاپیرو-ویلک^{۲۵}) برای آزمون فرضیه اول بررسی شد.

جدول ۴. نتایج آزمون کواریانس تک‌متغیره برای متغیر شرم در بین دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

متغیرها	مجموع	درجه	میانگین	مقدار	سطح معنی	توان	ضریب	پیش‌آزمون	
								مجدورات	مجدورات
شرم	۰/۱۶۳	۱	۰/۱۶۳	۰/۰۱۹	۰/۰۱	۰/۱۵	۰/۰۱	شرم	پیش‌آزمون
شرم	۸۶/۷۵	۱	۸۶/۷۵	۱۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۸۶	۰/۲۶	شرم	گروه

اثربخش بودن مداخله صورت‌گرفته بر میزان شرم زنان دارای همسر معتاد در حال ترک در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل (بدون مداخله) است؛ از این رو، فرضیه اول پژوهش مبنی بر اثربخشی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر شرم همسران معتادان در حال ترک تأیید شد.

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد شرم در زنان دارای همسر معتاد در حال ترک با میزان آماره $f=10/02$ ، $P<0/01$ در دو گروه آزمایش و کنترل دارای تفاوت معنی‌دار است؛ به‌طوری‌که میانگین تعدیل‌شده گروه آزمایش ۲۸/۸۳ و گروه کنترل ۲۵/۵۶ در پس‌آزمون است که این نتیجه حاکی از

در ادامه آزمون فرضیه‌های پژوهش، نتایج مرتبط با آزمون پیش فرض‌های پژوهش مربوط به فرضیه دوم پژوهش، حاکی از عدم تأیید (رد) آزمون همسانی واریانس‌ها برای متغیر انعطاف‌پذیری شناختی ($f=14/19$)، $P>0/01$ و برقراری پیش فرض توزیع نرمال برای این متغیر در هر دو گروه آزمایش و کنترل است ($f=0/97$ و $0/84$ و $P<0/84$)؛ از این رو، با توجه به برابری و

تعداد افراد در دو گروه (مولوی، ۱۳۸۶)، همچنان می‌توان از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای آزمون فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر انعطاف‌پذیری شناختی همسران معتادان در حال ترک بهره برد. نتایج حاصل از آزمون این فرضیه اخیر در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون کواریانس تک‌متغیره برای متغیر انعطاف‌پذیری شناختی در بین دو گروه با کنترل اثر پیش آزمون

متغیرها	مجموع	درجه	میانگین	مقدار	سطح معنی	توان	ضریب
	مجذورات	آزادی	مجذورات	آماره	داری	آماره	اتا
پیش آزمون	۲۵۶۷/۰۸	۱	۲۵۶۷/۰۸	۳۷/۹۶	۰/۰۱	۰/۹۹	۰/۶۲
گروه	۹/۶۰	۱	۹/۶۰	۰/۱۴	۰/۷۰	۰/۰۶	۰/۰۰۶

در آخر، برای بررسی آزمون فرضیه سوم پژوهش، پیش فرض‌های پژوهش مربوط به آزمون همسانی واریانس‌ها (لوین) و توزیع نرمال داده‌ها (شاپیرو-ویلک) برای متغیر سازگاری زناشویی نیز بررسی شد و نتایج حاصل حاکی از برقراری آزمون لوین برای پیش فرض همسانی واریانس‌ها ($f=0/80$)، $P>0/37$ و برقراری آزمون شاپیرو-ویلک برای توزیع نرمال داده‌ها در هر دو گروه بوده است ($0/94$ و $f=0/91$ ، $0/60$ و $P>0/11$)؛ از این رو، یافته‌های مرتبط با آزمون فرضیه سوم پژوهش مبنی بر اثربخشی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر سازگاری زناشویی همسران معتادان در حال ترک در جدول ۶ آورده شد.

همان‌طور که یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد انعطاف‌پذیری شناختی در زنان دارای همسر معتاد در حال ترک با میزان آماره $f=0/14$ ، $P>0/05$ در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار ندارد؛ به طوری که میانگین‌های تعدیل شده در پس آزمون برای گروه آزمایش ۹۶/۲۷ و برای گروه کنترل ۹۵/۱۳ است که این نتیجه حاکی از اثربخش نبودن مداخله صورت گرفته بر میزان انعطاف‌پذیری شناختی زنان دارای همسر معتاد در حال ترک در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل (بدون مداخله) است. از این رو، فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر انعطاف‌پذیری شناختی همسران معتادان در حال ترک تأیید نشد.

جدول ۶. نتایج آزمون کواریانس تک‌متغیره برای متغیر سازگاری زناشویی در بین دو گروه با کنترل اثر پیش آزمون

متغیرها	مجموع	درجه	میانگین	مقدار	سطح معنی	توان	ضریب
	مجذورات	آزادی	مجذورات	آماره	داری	آماره	اتا
پیش آزمون	۵۳۶/۷۶	۱	۵۳۶/۷۶	۴/۵۲	۰/۰۴	۰/۵۳	۰/۱۷
سازگاری زناشویی							

همسر)، شیوه‌های مؤثر تنظیم هیجان همچون پذیرش را تمرین کنند.

بنابراین، می‌توان گفت شرکت افراد در جلسات آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی به زنان دارای همسر معتاد در حال ترک یاری رساند تا به جای واکنش نشان دادن به شرم خود آن را مشاهده کنند، احساساتشان را بپذیرند و رفتارشان را به شیوه مؤثر (یا متناسب با موقعیت) تغییر دهند. همچنین، این افراد با یادگیری مشاهده احساسات به عنوان احساس صرف (تقصیر کسی نیست که این احساس وجود دارد) نگاه بدون قضاوت و همدلانه به همسر را بیشتر تجربه کنند. پس از این نظر، نتایج حاصل مربوط به تأیید فرضیه اول مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر میزان شرم زنان دارای همسر معتاد در حال ترک قابل درک و تبیین است.

برای تبیین نتایج حاصل از یافته‌های پژوهش در تأیید فرضیه سوم، مبنی بر مؤثر بودن آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر سازگاری زناشویی زنان دارای همسر معتاد در حال ترک می‌توان گفت که پدیده اعتیاد از جمله آسیب‌هایی است که عوارض آن تنها به خود فرد درگیر در اعتیاد ختم نمی‌شود؛ بلکه زندگی اطرافیان و بستگان او نیز به شدت تحت تأثیر آن قرار می‌گیرد. برای نمونه، اعتیاد پدر می‌تواند یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده میزان رغبت فرزندان به اعتیاد باشد (شهنا، شالچی و احمدی، ۱۳۹۶؛ برسالو، دیویس و شولتز، ۲۰۰۳). همچنین، اعتیاد چهارچوب و ساختار خانواده را دگرگون می‌سازد و در تغییر نقش‌های اجتماعی افراد نقش بسزایی دارد (مسعود و اس سحر، ۲۰۱۴)؛ به گونه‌ای که ساختار خانواده را می‌تواند هم از درون و هم از بیرون دچار بدکارکردی کند. مطالعات

گیرند و وضعیت ذهنی و روانی آنان دچار مشکل شود (پارسافر و یزدخواستی، ۱۳۹۳).

همچنین، نتایج پژوهشی نیز حاکی از تجربه علائم افسردگی و اضطراب در این افراد (زنان) است. چون این افراد عمدتاً از احساسات ناخوشایند خود اجتناب می‌کنند و به دنبال حذف این احساسات ناخوشایند هستند، شیوه‌های متعددی را برای حذف یا فرار از این احساسات به کار می‌گیرند (کیشور، پاندات و راگرام، ۲۰۱۳) و این شیوه‌ها به مرور به تغییر سبک زندگی آنان و تجربه احساس شرم و کناره‌گیری بیشتر منجر می‌شود؛ بنابراین، آموزش و مداخلات رفتاری همچون رفتاردرمانی دیالکتیکی که دربردارنده مجموعه‌ای از مهارت‌هاست، می‌تواند در این مقوله بسیار یاری‌بخش باشد. برای مثال، مهارت‌های مبتنی بر ذهن آگاهی که یکی از مؤلفه‌های اساسی در رفتاردرمانی دیالکتیکی است، به افراد شرکت‌کننده در پژوهش یاری می‌رساند تا به جای گیرکردن در گذشته و آینده و به جای قضاوت آنچه در درون و بیرونشان می‌گذرد [که به ایجاد احساس شرم درونی و بیرونی منجر می‌شود] در لحظه زیستن و ارتباط بدون قضاوت با درون و بیرون خود را تمرین کنند.

باتوجه به آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان که یکی دیگر از مهارت‌های تأکیدشده در رفتاردرمانی دیالکتیکی است، افراد با حضور در جلسات درمانی یاد گرفتند که از راه‌اندازهای هیجان‌ات خود در لحظه اکنون آگاه شوند [به‌ویژه از هیجان‌ات ناخوشایندشان]، هیجان‌اتشان را نام‌گذاری کنند، هیجان‌ات خود و همسرشان را درک کنند و بتوانند به شیوه‌ای مؤثر هیجان‌اتشان را ابراز کنند. مهارت‌های تنظیم هیجان به آنان آموزش داد تا به جای استفاده از شیوه‌های ناکارآمد تنظیم هیجان (مثل سرکوبی هیجان‌ات، اجتناب از تجربه هیجان‌ات و خودسرزنشگری و سرزنش

¹ Breslau, Davis & Schultz

² Masood & Us Sahar

تاب‌آوری و تنظیم هیجانی آنان حکایت دارد؛ به‌طوری که زنان دارای همسر معتاد، پس از دریافت مداخلات مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی توانایی تنظیم هیجانی بهتری را نسبت به گروه کنترل از خود نشان داده‌اند و تاب‌آوری آنان نیز پس از دریافت این آموزش به‌طور محسوسی بهبود یافته است (خردمند، ۱۳۹۳).

بنابراین، می‌توان اشاره کرد که رفتاردرمانی دیالکتیکی با تمرکز بر احساسات و تنش‌هایی که همسران در زندگی با سبک اعتیاد تجربه می‌کنند، می‌تواند از میزان حساسیت هیجانی و میزان واکنش‌پذیری هیجانی این افراد بکاهد و تجربه احساسات و هیجانات را در این افراد متعادل کند. همچنین، آنان را از غلبه هیجان و اتخاذ تصمیمات مبتنی بر هیجان بر حذر دارد (همچون پرخاشگری، درگیری لفظی و ترک منزل) و با آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی و تحمل‌پذیری، تجربه ماندن در وضعیت ذهن خردمند را افزایش دهد و به اتخاذ تصمیمات مؤثر در زمان مناسب [پس از فروکشی حالات هیجانی] منجر شود. در مجموع، می‌توان ماندن در وضعیت ذهن خردمند و اتخاذ تصمیمات کارآمد را از جمله عوامل افزایش‌دهنده سازگاری زناشویی این همسران در نظر گرفت؛ از این‌رو، نتایج حاصل از تأیید فرضیه سوم پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر سازگاری زناشویی زنان دارای همسر معتاد در حال ترک، قابل تبیین و درک است.

در نهایت، در تبیین یافته پژوهشی مربوط به رد فرضیه دوم پژوهش که بیانگر تأثیر نداشتن آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر انعطاف‌پذیری شناختی زنان دارای همسر معتاد در حال ترک است، می‌توان گفت اگرچه اخیراً انعطاف‌ناپذیری شناختی در پژوهش‌های عصب‌روان‌شناختی به شکل‌های مختلف در افراد معتاد با اصطلاح درج‌ماندگی به کرات مطالعه شده

در باره نقش اعتیاد بر کارکرد خانواده حاکی از آن است که ارتباط اعتیاد با کارکرد خانواده پیچیده و دوسویه است؛ بدین گونه که نه تنها پدیده اعتیاد می‌تواند به تغییر عملکردهای خانواده منجر شود، بلکه نوع کارکرد خانواده نیز می‌تواند خود یکی از عوامل تداوم دهنده اعتیاد در خانواده شود (شهنا، شالچی و احمدی، ۱۳۹۶). برای مثال، الگوی ارتباطی و سبک روابط بین فردی در خانواده یکی از رکن‌های اساسی در پرداختن به مسائل مرتبط با کنار گذاشتن اعتیاد است (فیش، مایر و پیست^۱، ۲۰۱۵، دیدارلو و پورعلی، ۲۰۱۶) و سطح رضایت‌مندی همسر از جمله عواملی است که به شدت تحت تأثیر اعتیاد قرار می‌گیرد.

یافته‌های پژوهشی در این باره نشان می‌دهد میزان رضایتمندی زوجین درگیر اعتیاد (زن یا مرد) در سطح متوسط و پایین‌تر از افراد عادی قرار دارد و بین رضایت زناشویی معتادان با همسرانشان عواملی چون سن، تحصیلات و نوع ماده مصرفی دخیل است (عرفانیان تقوایی، اسماعیلی و صالح‌پور، ۱۳۸۴). برای نمونه، در مطالعه اختصاصی که بر میزان سازگاری زناشویی در بین زوجینی که یکی از آنان دارای اعتیاد بود (اکثراً مردان) انجام شد، نتایج نشان داد ۸۲ درصد از معتادان و همسرانشان ناسازگار هستند و تنها ۱۸ درصد از آنها سازگارند (رحیم‌پور و همکاران، ۲۰۱۲). علاوه بر آن، نتایج پژوهشی که میزان سازگاری و تاب‌آوری همسران افراد معتاد را (عضو گروه‌های خودیاری) بررسی می‌کند، نشان می‌دهد که تاب‌آوری و سازگاری زناشویی در بین این افراد کمتر است (صادقی، آذری و گرجی، ۱۳۹۵).

یافته‌های پژوهشی مرتبط با تأثیر آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی در نزدیکان افراد مصرف‌کننده [به‌ویژه همسران] نیز از اثربخشی این آموزش بر

¹ Fish, Maier & Priest

برهمن اساس، با توجه به مطالعات انجام شده، همسران افراد معتاد در تفکیک و تمایز خود از دیگران [به‌ویژه همسر] با مشکل مواجه‌اند؛ به‌طوری که گویی وابسته همسر خود هستند (نظمی، ۱۳۹۰). در تأیید گفته‌های اخیر نتایج پژوهشی نشان می‌دهد همسران افراد معتاد ابهام هویت دارند و همواره درون خود اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند (اسکوون، ۲۰۰۰؛ شکیبایی، ۱۳۸۵)؛ بنابراین، با توجه به هم‌جوشی احساس و فکر در این افراد و از طرفی انعطاف‌پذیری شناختی کم در خود افراد معتاد، به نظر می‌آید نیاز به هماهنگ کردن خود با شرایط موجود (نوعی از تغییر آمایه شناختی) یا احساس نیاز به تغییر شرایط (ارزبابی میزان توانایی کنترل محیط) با توجه به تجربه مکرر احساس ناکامی و درماندگی در این افراد، اتفاق نمی‌افتد.

محتمل است عمق تجربه احساس درماندگی در این همسران آن‌چنان بالا باشد که فرد آسیب‌دیده از اعتیاد، اقدامی نکند و یا ممکن است به این باور بنیادی رسیده باشد که تغییری حاصل نمی‌شود. از این لحاظ، به نظر می‌رسد انتظار برای نمود اثر درمانی در جهت افزایش انعطاف‌پذیری شناختی به زمان بیشتری نیاز دارد و بیشتر به میزان تجربه‌های مثبت یا بازسازی شده افراد در زندگی روزمره وابسته است. افراد شرکت‌کننده، زنان دارای همسر معتاد در حال ترک بودند؛ بنابراین، به دلیل نداشتن ثبات شرایط بیرونی [در حال ترک یعنی احتمال عود، ولع مصرف و بازگشت مجدد وجود دارد] و نداشتن اطمینان و اعتماد به این موقعیت در خود همسران [ترک رخ نمی‌دهد، امیدی نیست و...] به دلیل تجارب تلخ پیشین (دست کم داشتن تجربه یک بار عود مصرف با توجه به آنکه جزء گروه‌های خودیاری نار-آنان بودند) نتایج حاضر مرتبط با رد فرضیه دوم مبنی بر تأثیر نداشتن آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی

است و نتایج مطالعاتی متعددی همچون پری و لارنس (۲۰۱۷) و گارسیا و همکاران (۲۰۱۵) به ظهور کاستی‌هایی در عملکردهای شناختی این افراد از جمله حل مسئله، برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، یادگیری مطالب جدید، توانایی فضایی بینایی، انعطاف‌پذیری شناختی و مهارت‌های به‌یادسپاری اذعان کرده‌اند (اردیلا و همکاران، ۲۰۰۷)، مطالعه‌ای مرتبط با بررسی انعطاف‌پذیری شناختی در همسران افراد معتاد یافت نشد. با این حال، با توجه به گستردگی نتایج پژوهشی مرتبط با انعطاف‌ناپذیری شناختی در افراد معتاد، می‌توان نتایج حاصل از پژوهش حاضر را بدین گونه تبیین کرد.

برحسب یافته‌های پژوهشی یکی از مسائل و مشکلاتی که در خانواده‌های درگیر در اعتیاد به کرات دیده می‌شود، نداشتن تمایز یافتگی خویشان^۱ افراد است (اسکوون، ۲۰۰۰). طبق دیدگاه رویکردهای سیستمی خانواده (بوئن) یکی از معضلات و مشکلاتی که افراد در شرایط طاقت‌فرسا باقی می‌مانند و نمی‌توانند خود را از این شرایط برهانند، نبود تمایز یافتگی خویشان است. تمایز یافتگی خویشان که به توانایی افراد برای ایجاد تعادل بین صمیمیت و استقلال در روابطشان با افراد دیگر اشاره دارد و به ایجادکننده تعادل بین عقل و هیجان در افراد شناخته می‌شود؛ به‌ویژه زمانی که آنان با موقعیت‌های برانگیزاننده استرس و اضطراب مقابله می‌کنند. تمایز یافتگی خویشان که به‌طور مبسوطی به دو مقوله میزان شناسایی و تفکیک احساس از فکر در خود فرد و تفکیک احساس و فکر خود از احساس و فکر دیگران اشاره دارد، در تعیین حدود و مرزهای هویت و شخصیت افراد بسیار با اهمیت و اساسی است (بوئن^۲، ۱۹۹۸؛ به نقل از آفایوسفی و همکاران، ۱۳۹۵).

^۱ self-differentiation

^۲ Bowen

مواد. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۶(۲۳)، ۶۱-۷۹.

آقایوسفی، ع.؛ شریفی ساکی، ش.؛ احمدی، ه. و کریمی، ر. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش برنامه غنی‌سازی ارتباط بین‌فردی بر رضایت زناشویی همسران معتادین. *دوفصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۱۶(۱)، ۴۹-۵۶.

باقری، م. و سهرابی، ف. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی روش‌های ترک اعتیاد، «دارودرمانی» و «درمان شناختی رفتاری» بر میزان سازگاری با همسر خانواده‌های داوطلبان ترک. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۱)، ۲۶۵-۲۷۱.

بهرامی، ف. و زاهدی، ی. (۱۳۹۷). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر افزایش امید به زندگی و تاب‌آوری مادران کودکان استثنایی. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۹(۳۵)، ۱۷۱-۱۸۹.

پارسافر، س. و یزدخواستی، ف. (۱۳۹۵). بررسی روابط علی بین نقش‌های جنسیتی تاب‌آوری، سرسختی، درمان‌های آموخته‌شده و دلبستگی در همسران افراد معتاد. *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، ۱۲(۴)، ۶۹-۹۲.

پورمحمدرضای تجریشی، م.؛ پهلوان‌نشان، س. و نجفی فرد، ط. (۱۳۹۳). رابطه باورهای غیرمنطقی و سازگاری زناشویی زوجین شهر اصفهان. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۱۴(۵۳)، ۱۷۹-۱۹۳.

تقی‌زاده، م. و فرمانی، ا. (۱۳۹۲). بررسی نقش انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌بینی نومییدی و تاب‌آوری در دانشجویان. *روانشناسی شناختی*، ۱(۲)، ۶۷-۷۵.

ثنایی، ب. و براتی، ط. (۱۳۷۹). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: بعثت.

دیالکتیکی بر انعطاف‌پذیری شناختی زنان دارای همسر معتاد در حال ترک قابل درک و تبیین است.

در مجموع، گرچه پدیده اعتیاد در بین همسران می‌تواند هیجانات ناخوشایندی ایجاد کند و رفتارهای ناکارآمدی را باعث شود، این افراد با دریافت مداخلات مبتنی بر مهارت‌ها (همچون رفتاردرمانی دیالکتیکی) می‌توانند از پویایی‌های درونی خود آگاه شوند و عاملیتشان را در این پویایی‌های درونی افزایش دهند و با غنی کردن خزانه رفتاری خود، از پس مشکلات زندگی خود برآیند و کارآمدی خود را ارتقا دهند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده به آسیب‌پذیری‌های دیگر همسران و فرزندان این افراد هم از نگاه دیالکتیکی و هم از نگاه دیگر رویکردها توجه شود. همچنین، در پژوهشی مجزا به بررسی متغیرهای مربوطه در مردان دارای همسر معتاد نیز پرداخته شود.

از محدودیت‌های این پژوهش این است که نتایج حاصل را نمی‌توان به همسران زنان دارای اعتیاد تعمیم داد. همچنین، می‌توان تعمیم نتایج را به همسران افراد معتاد غیر شرکت‌کننده در گروه‌های خودیاری نار-آنان با محدودیت مواجه دانست. علاوه بر آن، تعمیم نتایج به همسران افراد معتاد در شهرهای دیگر به غیر از شهر اصفهان با محدودیت مواجه است.

منابع

احسانی پیلهرود، ه. (۱۳۸۵). *بررسی اثربخشی زوج درمانی رفتاری بر سازگاری زناشویی در مرکز بازتوانی معتادین*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه الزهراء.

آقایوسفی، ع.؛ اورکی، م.؛ قربانی، ط. و مهدیه، م. (۱۳۹۵). تعیین میزان رفتاردرمانی دیالکتیک بر افزایش تمایز یافتگی خویشتن در زنان مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوء مصرف

- جاهدی، ن؛ طالع‌پسند، س. و رحیمیان بوگر، ا. (۱۳۹۵). *رواسازی فهرست وارسی شریکان زندگی: اندازه‌گیری مشکلات تجربه‌شده اعضای خانواده سوء مصرف کنندگان مواد مخدر*. مجله اعتیادپژوهی، ۳۸، ۲۱۱-۲۳۲.
- خردمند، ه. (۱۳۹۳). *اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌شیوه گروهی بر تاب‌آوری و تنظیم هیجانی زنان با همسر سوء مصرف کننده مواد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- دستگردی، م؛ رستگار، م. و واحدی، ر. (۱۳۹۷). *بررسی اختلالات روانی بعد از ترک اعتیاد در بیماران مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد در شهر بجنورد، ششمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی، آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی ایران، تهران، انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین*.
- رفیعی، ح؛ فتحی، ل؛ نوری، ر؛ اکبریان، م؛ نارنجی‌ها، ه؛ کاردوانی، ر، و ساداتی، ا. (۱۳۹۳). *بررسی عوارض و تبعات اعتیاد همسر از طریق مقایسه زنان عادی و زنان دارای همسر معتاد، مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان، ۱۲(۲)، ۱۷۱-۱۹۴*.
- سلیمانی، م؛ خداوردی، ت. و قاسم‌زاده، ع. (۱۳۹۳). *اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش میزان پرخوری و افسردگی بیماران زن مبتلا به اختلال پرخوری افراطی*. مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۳۲(۱)، ۱۴-۲۲.
- سلیمی بجستانی، ح؛ کوراوند، پ. و یونسی، ج. (۱۳۹۴). *اثربخشی آموزش خوددلدلگرم‌سازی بر سلامت روان زنان دارای همسر معتاد*. فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد، ۹(۳۴)، ۶۷-۷۷.
- شاه‌محمدی قهساره، ا؛ درویزه، ز. و پورشهریاری، م. (۱۳۸۷). *اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر افزایش سازگاری زناشویی همسران معتادان و پیشگیری از بازگشت معتادان مرد در شهر اصفهان*. *اعتیادپژوهی، ۲۶-۱*.
- شکیبایی، ط؛ اسماعیلی، م. و کرمی، ا. (۱۳۸۵). *بررسی تأثیر آموزش خودمتمایزسازی بر کاهش مشکلات روانی زنان مطلقه تهران در سال ۱۳۸۵*. *فصلنامه روانشناسی و علوم تربیتی*.
- شهناء، م؛ شالچی، ب. و احمدی، ع. ا. (۱۳۹۶). *نقش دشواری در تنظیم هیجان به‌عنوان متغیر میانجی در تبیین رابطه کارکرد خانواده و ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی با اعتیادپذیری*. *فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد، ۱۱(۴۲)، ۲۲۹-۲۴۹*.
- صادقی، ح. (۱۳۹۰). *همراه یک اسیر «چگونگی رفتار صحیح با معتاد»*. نجف آباد: انصارالامام المنتظر.
- صادقی، ح؛ آذری، پ. و گرجی، ی. (۱۳۹۵). *مقایسه تاب‌آوری و سازگاری زناشویی بین زنان شرکت کننده (آلانی) با زنان غیرشرکت کننده (غیرآلانی) در جلسات گروه‌های خودیاری استان اصفهان*. پنجمین همایش ملی روانشناسی، مشاوره و مددکاری اجتماعی، ۱-۹.
- <https://civilica.com/doc/728223>
- صادقی فسایی، س؛ جهاندار لاشکی، ز. و کلانتری، ع. (۱۳۹۹). *واکاوی اعتیاد مردان متأهل در یک مطالعه کیفی*. *مطالعات راهبردی زنان، ۲۲(۸۷)، ۶۳-۸۸*.
- صادقی، م. و کریمی، ف. (۱۳۹۷). *اثربخشی مداخله سرمایه روان‌شناختی بر انعطاف‌پذیری شناختی و تاب‌آوری افراد معتاد*. *ویژه‌نامه اعتیادپژوهی، ۱۲(۴۸)، ۱۰۳-۸۳*.
- عرفانیان تقوایی، م؛ اسماعیلی، ح. و صالح‌پور، ح. (۱۳۸۴). *بررسی کمی و کیفی رضایت زناشویی*

- مواد: مروری نظری و پژوهشی. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۴(۱۳)، ۱۱۱-۱۳۰.
- مولوی، ح. (۱۳۸۶). راهنمای عملی *SPSS-14* در علوم رفتاری. اصفهان: پویش اندیشه.
- نظمی، ط. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر گروه درمانی تفکیکی در هم وابستگی و تمایز یافتگی خود زنان دارای همسر معتاد شهرستان اندیمشک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اهواز. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- نقدی، ه؛ حاتمی، م؛ کیامنش، ع. و نوایی‌نژاد، ش. (۱۳۹۶). هم‌سنجی تأثیر زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان با درمان‌گری سیستمی مسئله‌مدار در تعارض زناشویی همسران مردان تحت درمان وابستگی به مواد. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۷(۱)، ۲۳-۴۴.
- هاشمی، س؛ درتاج، ف؛ سعدی‌پور، ا، و اسدزاده، ح. (۱۳۹۶). الگوی ساختاری احساسات شرم و گناه بر اساس شیوه‌های فرزندپروری والدین: نقش واسطه‌ای سبک‌های دلبستگی. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی کاربردی، ۱۱(۴)، ۴۷۵-۴۹۳.
- Aldose, J. & Duman, W. (1990). Family policy in the 1980s: Controversy and consensus. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 1136-1151.
- Bloom, B. L., Niles, R. L., Tatcher. (1985). Sources of marriage dissatisfaction among newly separated persons. *Journal of Family Issues*, 6(3), 359-374.
- Bohus, M., Dyer, A.S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., et al. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Psychother Psychosom*, 82, 221-233.
- Breslau, N., Davis, G. C. & Schultz, L. R. (2003). Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have معتادان و همسران آنها در مراجعه‌کنندگان به کلینیک درمان و ترک اعتیاد. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۷(۲۷ و ۲۸)، ۱۱۵-۱۲۱.
- عزیزی، ع. (۱۳۸۸). اثربخشی گروه درمانی رفتاردرمانی دیالکتیک در پیشگیری از عود و بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی افراد وابسته به مواد افیونی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- کاشانکی، ح. و کشمیری، م. (۱۳۹۸). بررسی نقش شرم و گناه در سلامت روان: مقاله مروری. *روانشناسی (نشریه علمی)*، ۸(۵)، ۲۰۵-۲۱۶.
- کرمی، ج؛ گرام، ک. و غریبی، م. (۱۳۸۹). مقایسه بهداشت روانی و کارایی خانواده بین خانواده‌های معتادان شرکت‌کننده و غیرشرکت‌کننده در جلسات گروه‌های خودیاری، فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد، ۴(۱۵)، ۲۳-۳۴.
- لطفی کاشانی، ف. و وزیری، ش. (۱۳۹۲). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرضی. اندیشه و رفتار، ۷(۲۸)، ۲۷-۳۸.
- مامی، ش؛ ابراهیمیان، ش. و سلطانی، ش. (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر علائم افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی: مورد پژوهی چهار بیمار. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۷(۵)، ۳۳-۴۴.
- محمدخانی، پ. (۱۳۸۸). ابعاد مشکلات شخصی ارتباطی زنان دارای همسر معتاد: چشم اندازی به برنامه توانبخشی همسران مبتلایان به اعتیاد. *اعتیادپژوهی*، ۳(۹)، ۲۹-۴۸.
- مظفری، س؛ حسینی، س. ج. و طباطبایی راد، ا. س. (۱۳۹۶). رفتاردرمانی دیالکتیکی و اختلال مصرف

- retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Review Addiction*, 100(4): 447-58.
- Martin, D. L., Oren, Z., Boone, K. (1991). Major depressives and dysthymics performance on the Wisconsin card sorting test. *Journal of clinical psychology*, 47, 684-90.
- Masood, S. & Us Sahar, N. (2014). An exploratory research on the role of family in youth's drug addiction. *Health Psychology and Behavioral Medicine: an Open Access Journal*, 2(1), 820-832.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., Gilbert, P., Duarte, C. & Figueiredo, C. (2015). The Other As Shamer Scale-2: Development and validation of a short version of a measure of external shame. *Personality and Individual Differences*, 74, 6-11.
- Nemati Sogolitappeh, F., Mohamadyfar, M. A. & Khaledian, M. (2017). The Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Marital Conflict and Marital Adjustment in Addicts. *Research on Addiction Quarterly Journal of Drug Abuse*, 11(43), 1-16.
- Perry, C J. & Lawrence, J. (2017). Review; Addiction, cognitive decline and therapy: seeking ways to escape a vicious cycle. *Genes, Brain and Behavior*, 16, 205-218.
- Pourghasemi, M., Eghlima, M., Raheb, Gh. & Rafie, H. (2010). *The effect of training life skills on impoverment family function women of addicted husband*. Thesis for Master. University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences. (Persian)
- Rahimpor, R., Khankeh, H. R., Falahi Khoshknab, M., Farhoodian, A. & Farzi, M. (2012). The Evaluation of Marital Adjustment among the Addicts in Isfahan NA Groups and Their Couples. *Iranian Rehabilitation Journal*, 10(15), 13-19.
- Skowron, E. (2000). The role of differentiation of self in marital Adjustment. *Journal of counseling Psychology*, 47, 229-237
- Stover, C. S. & Spink, A. (2012). Affective awareness in parenting of fathers with co-occurring substance abuse and intimate partner violence. *Advances in Dual Diagnosis*, 5(2), 74-85.
- Zong, J. G., Cao, X. Y., Cao, Y., Shi, Y. F., Wang, Y. N., Yan, C. & Chan, R. C. (2010). Coping flexibility in college students with depressive symptoms. *Health Quality Life Outcomes*, 8(66), 8-66.
- experienced trauma. *Archives of General Psychiatry*, 60(3), 289-294.
- Cohen, T. R., Wolf, S. T., Panter, A. T. & Insko, C. A. (2011). Introducing the GASP Scale: A new measure of guilt and shame proneness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(5), 947-966.
- Dennis, J. P. & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy Research*, 34, 241-253.
- Fish, J. N., Maier, C. A. & Priest, J. B. (2015). Substance abuse treatment response in a Latino sample: the influence of family conflict. *Journal of substance abuse treatment*, 49, 27-34.
- Didarloo, A. & Pourali, R. (2016). University Students Views Regarding Reasons for Drug Abuse Among Youths. *International journal of high risk behaviors & addiction*, 5(1), 1-2. DOI: 10.5812/ijhrba.24778.
- Garcia, A.V., Clark, L., Verdejo-Roman, J., Albein-Urios, N., Gonzales, M., Gutierrez, B. & Soriano-Mas, C. (2015). Neural substrates of cognitive flexibility in cocaine and gambling addictions. *The British Journal of Psychiatry*, 207, 158-164.
- Gilbert, P. & Miles, J. N. (2000). Sensitivity to Social Put-Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and individual differences*, 29(4), 757-774.
- Gois, A. C., Ferreira, C. & Mendes, A. L. (2018). Steps toward understanding the impact of early emotional experiences on disordered eating: The role of self-criticism, shame, and body image shame. *Appetite*, 125, 10-17.
- Hitchens., K. (2011). All rights resered addiction is a family problem: the process of addiction for families. *Journal of primary health care*. 6(2):12-17.
- Kishor, M., Pandit, L. V. & Raguram, R. (2013). Psychiatric morbidity and marital satisfaction among spouses of men with alcohol dependence. *Indian journal of psychiatry*, 55(4), 360-370.
- Linehan, M. M. (1993). *Skill training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Maclellan, A. T., Macay, J. R. Forman, R. & Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی