

## نقش تکانشوری و استحکام من در پیش بینی نتایج درمان دارویی، انگیزشی و ترکیبی (دارویی - انگیزشی) اختلال سوء مصرف مواد

### Predicting the role of impulsiveness and ego strength in outcome of medicinal, motivational and combined (medicinal-motivational) treatment of substance use disorder

Mohammad Ali Besharat,  
Mahsa Hayeri &  
Ali Moghadam Zadeh  
University of Tehran

محمدعلی بشارت\*  
مهسا حایری و  
علی مقدمزاده  
دانشگاه تهران

#### Abstract

Substance abuse is a maladaptive pattern of substance use appearing through recurrent and significant adverse consequences related to the repeated use of substances. The aim of the present study was to examine the predicting role of impulsiveness and ego strength in medicinal, motivational and combined (medicinal-motivational) treatment of substance use disorder. For this purpose, 180 participations referred to 3 drug rehabilitation center and randomly assigned in each treatment group. All participants were asked to complete Barrat Impulsiveness Scale (BIS) and Ego Strength Scale (ESS) before startine the programmes. The results were analysed for the final number of participants in each group including medicinal (45), motivational (39), and combined (43). It was shown that the outcomes of the medicinal and mixed treatments were predicted by impulsiveness following 3 and 6 months interventions. Impulsiveness could not be able to predict results of the motivational intervention. It was also showed that the outcomes of the three models of treatment were predicted by ego strength following 3 and 6 months interventions. Based on the results of the present study, it can be concluded that considering influential psychological factors on addiction such as impulsiveness and ego strength, makes prevetional, diagnostic and therapeutic programmes more effective for substance use disorder.

**Keywords:** impulsiveness, ego strength, motivational interview, substance use disorder

#### چکیده

سوء مصرف مواد عبارت است از الگوی غیرانطباقی مصرف مواد که از طریق پیامدهای نامطلوب عود کننده و قابل ملاحظه مرتبط با استعمال مکرر مواد ظاهر می شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تکانشوری و استحکام من در پیش بینی نتایج درمان دارویی، درمان انگیزشی و درمان ترکیبی دارویی - انگیزشی اعتیاد طراحی و اجرا گردید. بدین منظور ۱۸۰ نفر از افراد مراجعه کننده به سه مرکز ترک اعتیاد، به صورت تصادفی در سه گروه درمان دارویی، درمان انگیزشی و درمان ترکیبی دارویی - انگیزشی قرار گرفتند. پیش از شروع برنامه های درمانی، از شرکت کنندگان خواسته شد که مقیاس تکانشوری بارات (BIS) و مقیاس استحکام من (ESS) را تکمیل کنند. پس از پایان دوره درمان، نتایج در مورد شرکت کنندگان نهایی هر گروه؛ درمان دارویی (۴۵ نفر)، درمان انگیزشی (۳۹ نفر) و درمان ترکیبی (۴۳ نفر) تحلیل شد. یافته ها نشان داد که تکانشوری می تواند نتایج درمان دارویی و درمان ترکیبی را پس از سه و شش ماه پیش بینی کند. تکانشوری نتوانست نتایج درمان انگیزشی را پیش بینی کند. یافته ها همچنین نشان داد که استحکام من قدرت پیش بینی نتایج هر سه مدل درمانی را پس از سه و شش ماه دارد. بر اساس یافته های پژوهش حاضر می توان نتیجه گرفت که توجه به عوامل روانشناختی تاثیرگذار بر اعتیاد، مثل تکانشوری و استحکام من؛ برنامه های پیشگیری، تشخیص و درمان اختلال سوء مصرف مواد را کارمتر می کند.

**واژه های کلیدی:** تکانشوری، استحکام من، مصاحبه انگیزشی، سوء مصرف مواد

\* نشانی پستی نویسنده مسؤل: تهران، پل گیشا، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، گروه روانشناسی. پست الکترونیکی: besharat@ut.ac.ir

## مقدمه

سوء مصرف مواد<sup>۱</sup> بر اساس میزان تداخل مصرف یک یا چند ماده خاص با زندگی فرد مصرف کننده تعریف شده است. اگر مواد مصرفی بر تحصیل، شغل و روابط اجتماعی فرد تاثیر منفی داشته باشند و سلامت جسمانی فرد را در معرض خطر قرار دهند، گفته می شود که فرد، سوء مصرف کننده ماده است (بارلو و دوراند، ۲۰۱۵). طبق ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup> (DSM-5؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) ویژگی اصلی اختلال مصرف یک ماده، مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک است که نشان دهنده تداوم مصرف ماده از سوی فرد به رغم مشکلات چشمگیر مرتبط با ماده است. سوء مصرف مواد هزینه سنگینی را بر فرد و جامعه تحمیل می کند و یکی از مهمترین عوامل مرتبط با مرگ و میر شناخته شده است (کندلر، اوهلسون، ساندکویست و ساندکویست، ۲۰۱۷). برآوردهای انجام شده در سال ۲۰۱۲ نشان داده است که بیش از ۲۲ میلیون نفر بالای سن ۱۲ سال در یکی از طبقات اختلالات مرتبط با مصرف مواد قرار گرفته اند. از این مقدار تقریباً ۱۵ میلیون به الکل وابسته بودند یا آن را سوء مصرف می کردند (سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵).

متغیرهای متعددی بر پدیدایی، شدت، تداوم و درمان اختلال‌های سوء مصرف مواد تاثیر می گذارند. در پژوهش‌های بالینی دسته‌ای از متغیرها به عنوان متغیرهای پیش‌بین در زمینه اختلال‌های مصرف مواد بررسی شده‌اند. این متغیرها شامل عوامل ژنتیک (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵)، عوامل جمعیت‌شناختی (کر، یی، گرینفیلد، ویلیامز، لوتی و همکاران، ۲۰۱۷)، متغیرهای خانوادگی (بشارت، میرزمانی و پورحسین، ۱۳۸۰)، وجود اختلالات روانی متفاوت (گودوین و استین، ۲۰۱۳)، عوامل اجتماعی (کیپری، ویلسون، اتی، شیران، میلر و همکاران، ۲۰۱۶) و تفاوت‌های فردی (کولدر، فرنداک،

لنگور، رید، هاوک و همکاران، ۲۰۱۷) است. تفاوت‌های فردی که تصور می‌شود با رفتارهای مصرف مواد در بزرگسالان مرتبط است، شامل صفات شخصیتی مانند نوروزگرایی<sup>۳</sup> (ساندارا جان، نارایانان، اگراوال و مورتی، ۲۰۱۷)، هیجان خواهی<sup>۴</sup> (استودر و همکاران، ۲۰۱۷)؛ کارلا، مارتینز-لوردو، ارتامندی، فرناندز-هرمیدا و پریکوت-والورد، ۲۰۱۷)، نوجویی<sup>۵</sup> (فولدز، بودن، نیوتون-هاوز، مولدر و هوروود، ۲۰۱۷) و تکانشوری<sup>۶</sup> (کارلا و همکاران، ۲۰۱۷)؛ لونگ، استایگر، هایدن، لوم، هال و همکاران، ۲۰۱۷) است.

پژوهشگران تکانشوری را به عنوان استعداد انجام واکنش-های سریع و برنامه‌ریزی نشده به محرک‌های درونی و بیرونی بدون توجه به تبعات منفی این واکنش‌ها تعریف کرده اند. فقدان برنامه ریزی، فوریت، هیجان طلبی و فقدان پایداری به عنوان چهار بعد شخصیت در ارتباط با ابعاد مختلف رفتارهای تکانشی معرفی شده اند (هینز، بوئی، توماس و بلونینگن، ۲۰۱۵). تکانشوری از جمله مهم‌ترین عواملی است که موجب آسیب پذیری فرد در برابر مصرف مواد و مصرف مجدد پس از دوره پرهیز می‌گردد. کاهش کنترل محرک یا تکانشوری ویژگی شاخص اعتیاد است (ماراز، اندو، ریگو، هارماتا، تاکاچ و همکاران، ۲۰۱۶). فراتحلیل انجام شده توسط لونگ و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که تکانشوری با سوگیری‌های توجه، حافظه و نگرش مرتبط با مصرف مواد رابطه مثبت و معنادار دارد. این نتایج همسو با نظریه‌های حساسیت زایی<sup>۷</sup> اعتیاد است و رابطه دوسویه بین تکانشوری و سوگیری‌های شناختی مرتبط با مصرف مواد را نشان می دهد. همچنین نقش پیش بین تکانشوری و سوگیری‌های شناختی را در رابطه با نتایج درمان تایید می کند. میزان مشکلات مرتبط با مصرف مواد در مبتلایان به اختلال انفجاری متناوب<sup>۸</sup> بالاتر

3. neuroticism

4. sensation seeking

5. novelty seeking

6. impulsivity

7. incentive sensitization theoreis

8. Intermittent explosive disorder

1. substance abuse

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition (DSM-5)

خودداری از ارضای فوری امیال؛ و همچنین میزان اثربخشی من در رابطه با سازش با مطالبات محیط است (بشارت، اسدی و تولائی، ۱۳۹۴؛ بشارت، تولائی و اسدی، ۱۳۹۵؛ کاهانسیا و جوگسان، ۲۰۱۵). بنابراین، استحکام من می تواند از دیگر عوامل تاثیرگذار بر پدیدایی، شدت، تداوم و درمان اختلال های سوء مصرف مواد باشد.

استحکام من نقش مهمی در پیش بینی سلامت روانی دارد (بشارت، اسدی و لواسانی، ۱۳۹۵؛ بشارت، طاهری و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۵؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۵؛ ستینری، منتو، سانتورو، مالاس، بلینگیری و همکاران، ۲۰۱۲). استحکام من عامل اصلی برای احساس هویت خود، تجربه خویشتن و جهان، به هم پیوستگی تجربیات و دیدگاه ها و درک واقعیت است (بشارت، شفیع و رحیمی نژاد، ۱۳۹۴؛ فردریک، ۲۰۱۳). قضاوت و واقعیت سنجی کافی، احساس واقعیت جهان و خود، قدرت تحمل ناکامی، مهار تکانه ها و توانایی لازم جهت مفهوم سازی و به کارگیری تفکر انتزاعی و توانایی به کارگیری مناسب دفاع های من، قدرت تحمل استرس، جستجوی مشغولیت ها و علایق لذت بخش از مشخصه های من توانمند است. به طور کلی، استحکام من عاملی است که قوت یا ضعف فرد در آن می تواند پیش بینی کننده اعتیاد فرد به مواد افیونی هنگام مواجهه با اضطراب یا مشکلات محیطی باشد. از سوی دیگر، ضعف من و تاخیر در بلوغ روانشناختی عامل مهمی در روند درمان افراد وابسته به مواد افیونی است (آبراموف، لانگ و ماتسون، کوتریل، بریج و همکاران، ۲۰۱۵). افرادی که استحکام من پایینی دارند فاقد انگیزه لازم برای غلبه بر موانع هستند و علاقه ای ندارند که از حاشیه امن خود بیرون بیایند. الگوی تفکر آنان به گونه ای است که سبب شکل گیری این باور در ایشان می شود که نمی توانند کاری انجام دهند و آنها فاقد منابع کافی هستند. این افراد اساساً رویکرد اجتنابی دارند، هنگامی که مورد قهرمانی قرار می گیرند احساس خود ارزشمندی<sup>۳</sup> متورم می

گزارش شده است. در این بیماران، تکانشوری به عنوان مشخصه اصلی در نظر گرفته می شود و معمولاً قبل از مصرف ماده فعال می گردد. همبودی اختلال انفجاری متناوب و مصرف مواد موجب تشدید این مشکلات نسبت به گروه های بدون همبودی است (کوکارو، فریدبرگ، فننینگ، گرانت و کینگ، ۲۰۱۶). فقدان برنامه ریزی به عنوان یکی از جنبه های تکانشوری با مقابله فعال کمتر و مقابله اجتنابی بیشتر و مشکلات بین شخصی رابطه دارد (بشارت، ۱۳۸۶ الف؛ بشارت، جاهد و حسینی، ۱۳۹۳؛ بشارت، نیک فرجام، محمدی، ذبیح زاده و فلاح، ۱۳۹۵). عدم تعادل یا زیاده روی<sup>۱</sup> نیز به عنوان جنبه دیگر تکانشوری با مقابله اجتنابی بیشتر و خودکارآمدی کمتر جهت پرهیز از مواد مرتبط است. عدم تعادل یا زیاده روی و نه فقدان برنامه ریزی، سطوح پایین خودکارآمدی جهت پرهیز از مصرف را پیش بینی می کند (هینز و همکاران، ۲۰۱۵).

از منظر علت شناختی، تکانشوری مربوط به مصرف مواد اعتیادآور، می تواند از دو راهبرد یا منبع متفاوت تبیین شود: اول این که تکانشوری به عنوان یکی از تبعات مصرف مستمر مواد به خودی خود است که منجر به تغییرات عصبی- شیمیایی در مغز و در نتیجه آن تکانشوری بالا و ناتوانی در کنترل میل به مصرف مواد می شود؛ دوم این که، تکانشوری می تواند قبل از شروع مصرف وجود داشته باشد که به عنوان یک صفت، مصرف مواد را پیش بینی می کند و بیانگر یکی از وجوه شخصیت فرد است (ماراز و همکاران، ۲۰۱۶). نظر به این که تکانشوری واکنشی سریع و برنامه ریزی نشده در برابر محرک های درونی و بیرونی است، به نظر می رسد رابطه نزدیکی با استحکام من<sup>۲</sup> به عنوان توانایی فرد برای مقاومت در برابر مصرف مواد و مهار تکانه های درونی و بیرونی دارد (آیزنبرگ، ۲۰۱۷). در واقع، استحکام من توانایی فرد برای مهار عمدی تکانه ها، انجام رفتارهای معطوف به هدف و

1. immoderation

2. ego strength

3. self- worth

کنند و به هنگام انتقاد احساس تحقیر. در مقابل، افرادی که استحکام من بیشتری دارند، انگیزه درونی بالایی برای مواجهه با مشکلات دارند و احساسات خود را اعم از خشم و گناه می پذیرند. این افراد علی رغم وجود مشکلات، دیدگاه مثبتی دارند. گفتن "نه" به دیگران برای آنها مشکل نیست و خود را ارزشمند می دانند. این افراد اگر با استرس مواجه شوند سعی می کنند موقعیت را تغییر دهند و شرایط را بهتر کنند (سینگ و آناد، ۲۰۱۵). وجود این عوامل همگی نشان می دهند که استحکام من می تواند مصرف مواد را تسهیل کند یا منجر به اجتناب از آن گردد. وونگ و همکاران (۲۰۰۶) نقش پیش بین کنترل رفتاری و تاب آوری (به عنوان یکی از مولفه های استحکام من) را در شروع مصرف الکل و مصرف غیر قانونی مواد در نوجوانان بررسی کردند. برای این هدف ۵۱۴ آزمودنی از فرزندان افراد الکلی با میانگین سنی ۴/۳۲ با یک گروه کنترل هم‌تاسازی شده مقایسه شدند. کودکان با نرخ های آهسته تر افزایش کنترل رفتاری به احتمال بیشتری الکل و سایر مواد را در نوجوانی مصرف می کنند. کودکان با سطوح بالاتر تاب آوری نیز با احتمال کمتری مصرف الکل را آغاز می کنند.

نگاهی گذرا به متغیرهای این پژوهش نشان دهنده وجود ارتباطی چندبعدی میان آنهاست. تکانشوری، انجام واکنش - های سریع و بدون برنامه‌ریزی در برابر محرک‌های درونی و بیرونی؛ در تقابل با استحکام من که به نوعی به قدرت فرد در مواجهه با منابع اضطراب‌زای درونی و بیرونی و دفاع در برابر آنها اشاره دارد، قرار می‌گیرد. تصور می‌شود که ضعف در استحکام من، زمینه ساز بروز رفتارهای تکانشی همچون مصرف مواد باشد. با توجه به آنچه که بیان شد، بسیاری از متخصصان حوزه اعتیاد در جست و جوی یافتن آگاهی بیشتر از نحوه درمان موثر و ماندگار این بیماری و نحوه اثرگذاری عوامل مذکور بر آن هستند. سوء مصرف مواد به واسطه لغزش و عودهای مکرر در درمان، بیماری مزمنی محسوب می‌شود. این بیماری تاثیرات منفی و ناخوشایندی را بر ابعاد مختلف

زندگی معتادان، خانواده‌هایشان و جامعه می‌گذارد. لذا درمان آن از اهمیت بسزایی برخوردار بوده و هست (کینگ، سینسکی - نیوین و بلووز، ۲۰۱۶). درمان اعتیاد شامل دو بعد دارویی و غیردارویی است. در درمان دارویی از نالتروکسان<sup>۱</sup> استفاده می شود که یک داروی آنتاگونیست و بلاک کننده مواد اپوئیدی است. این دارو ولع مصرف را کاهش می هد و در محیط های غیر تخصصی برای درمان سرپایی قابل کاربرد است. از این دارو در ۲۰ سال اخیر خیلی کم استفاده شده است زیرا افراد معتاد تمایلی به استفاده از آن نداشته اند. علی رغم این که نرخ تکمیل درمان با این دارو اندک است با این حال مزایایی نیز دارد. این دارو نرخ مصرف هروئین، هم چنین میزان رفتارهای خلاف قانون را نیز در مقایسه با پلاسیبو در حین درمان کاهش می دهد. به نظر می رسد به کارگیری راه های درمانی دیگر نرخ ترک درمان را کاهش و اثربخشی این دارو را افزایش می دهد. ترکیب این دارو با بوپروپیون<sup>۲</sup>، درمان های روانشناختی و حمایتی و هم چنین همکاری سایر اعضای خانواده بر روند درمان تاثیرگذار است (بارت، ۲۰۱۲).

مفهوم مصاحبه انگیزشی از تجربه درمان افراد الکلی برگرفته شده و اولین بار توسط میلر در سال ۱۹۸۳ تشریح شد (به نقل از میلر و رولنیک، ۲۰۱۳). این تجربه اولیه تبدیل به یک نظریه منسجم و یک روش اجرایی گردید. مصاحبه انگیزشی یک روش مشاوره هدایتی و متمرکز بر مراجع است که از طریق کمک به مراجع برای کشف و حل دوسوگرایی، سبب تغییر رفتار می شود. نظریه میلر و رولنیک از روش بدون ساختار کارل راجزر (۱۹۵۳)؛ به نقل از میلر و رولنیک، ۲۰۱۳) الهام گرفته شده است. آزمون و حل و فصل دو سوگرایی هدف اصلی این روش است و مشاور عامدانه فرد را

<sup>1</sup>. naltrexone

<sup>2</sup>. buprenorphine

## روش

جامعه، نمونه و روش اجرای پژوهش- جامعه آماری پژوهش حاضر تمام افراد معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر یزد بودند. از میان مراکز موجود، سه مرکز به صورت نمونه گیری دردسترس انتخاب و از میان افراد مراجعه کننده، ۱۸۰ معتاد مصرف کننده مواد افیونی به شیوه نمونه گیری تصادفی و پس از اخذ رضایت از بیماران در یکی از سه گروه درمانی قرار گرفتند. پس از اتمام دوره درمانی تعداد افراد باقی مانده در گروه درمان دارویی ۴۵ نفر (۳۵/۲ درصد)، گروه درمان انگیزشی ۳۹ نفر (۳۰/۵ درصد) و گروه درمان ترکیبی ۴۳ نفر (۳۳/۶ درصد) نفر بود. میانگین سن افراد در گروه درمان دارویی، انگیزشی و ترکیبی به ترتیب ۳۸/۶۶، ۳۶/۸۷ و ۳۸/۱۳ سال و انحراف استاندارد آنها به ترتیب ۵/۵۱، ۵/۱۸ و ۵/۵۵ بود. معیارهای ورود شامل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن اختلال پسیکوزی مانند اسکیزوفرنی یا اختلالات وابسته به آن، نداشتن عقب ماندگی ذهنی، تمایل بیمار برای شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه ها بود. عدم تمایل بیمار برای ادامه پژوهش یا شرایط پیشامدی حاد برای بیمار به گونه ای که قادر به ادامه همکاری در پژوهش نباشد، معیارهای خروج پژوهش حاضر بودند. افراد شرکت کننده در گروه درمان دارویی دو نوبت در هفته برای دریافت متادون مصرفی خود به کلینیک مراجعه می کردند. اعضای گروه درمان دارویی- انگیزشی علاوه بر داروی خود، ۲۰ تا ۳۰ دقیقه مشاوره انگیزشی نیز دریافت می کردند. در گروه درمان انگیزشی، مراجعین دو مرتبه در هفته و هر بار به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه با استفاده از فنون مصاحبه، تشویق و ترغیب می شدند تا طبق دستور پزشک میزان و نحوه مصرف خود را کاهش دهند تا به مرور موفق به ترک کامل مواد شوند. پزشک معالج، سه ماه و شش ماه پس از آغاز درمان، افراد را به لحاظ بهبود فیزیکی، بهبود در روابط خانوادگی و روابط اجتماعی، وضعیت کاری و درسی بررسی و از یک تا ۱۰ امتیازدهی می کرد.

به این سمت هدایت می کند. مصاحبه انگیزشی یک روش خاص برای کمک به مراجعین در جهت شناخت و حل فصل مشکلات فعلی یا بالقوه شان است. این روش به خصوص برای افرادی که تمایل به تغییر دارند یا در مورد تغییر رفتارشان دچار تردید هستند بسیار سودمند است. راهکارهای مصاحبه انگیزشی، بیشتر از آن که اجباری یا خشونت آمیز باشد، تشویق کننده و حمایت کننده است و هدف کلی افزایش انگیزه درونی مراجع برای تغییر از درون است نه این که از بیرون به او تزریق شود (میلر و رولنیک، ۲۰۱۳). مصاحبه انگیزشی در مدیریت بیماری هایی که تا حد زیادی با مشکلات رفتاری همراه است، کاربرد دارد. پژوهش های متعدد کاربرد مصاحبه انگیزشی را در حوزه های مختلف از جمله مصرف سیگار، مصرف الکل و سوء مصرف مواد نشان داده اند (تاگر، دامیکو، اوینگ، مایل و پدرس، ۲۰۱۷؛ مادسون، شوماخر، بیر و مارتینو، ۲۰۱۶). با توجه به این که هر دو روش درمانی (انگیزشی و دارویی) دارای اثرات مثبت بر روند بهبود وابستگی به مواد است، شناخت دقیق تقابل متغیرهای پیش بین ذکر شده با این روش ها سبب می گردد که برنامه های درمانی متناسب با ویژگی های هر فرد طراحی شود تا میزان اثربخشی افزایش و احتمال عود و مصرف مجدد کاهش یابد. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش پیش بینی کنندگی تکانشوری و استحکام من در اثربخشی درمان دارویی، درمان انگیزشی و درمان ترکیبی دارویی- انگیزشی در بهبود معتادان طراحی شد. فرضیه های پژوهش بدین صورت آزمون شدند: فرضیه اول) تکانشوری نتایج درمان دارویی، انگیزشی و دارویی- انگیزشی اختلال مصرف مواد را پیش بینی می کند؛ فرضیه دوم) استحکام من نتایج درمان دارویی، انگیزشی و دارویی- انگیزشی اختلال مصرف مواد را پیش بینی می کند.

## ابزار سنجش

مقیاس افسردگی بک<sup>۱۰</sup> (BDI؛ بک، راش، شاو و امری، ۱۹۷۹)، مقیاس اضطراب بک<sup>۱۱</sup> (BAI؛ بک و اپستین، ۱۹۹۳)، فهرست عواطف مثبت و منفی<sup>۱۲</sup> (PANAS؛ واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸) و مقیاس سلامت روانی<sup>۱۳</sup> (MHI-28؛ بشارت، ۱۳۸۸)، در مورد آزمودنی های دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی ها در مقیاس تکانشوری بارات با عواطف مثبت و بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار از  $0/43$  تا  $0/57$  ( $p < 0/001$ ) و با افسردگی، اضطراب، عواطف منفی و درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار از  $0/48$  تا  $0/61$  ( $p < 0/001$ ) وجود دارد. این نتایج، روایی همگرا و تشخیصی مقیاس تکانشوری بارات را تایید می کنند (بشارت، ۱۳۸۶). نتایج تحلیل عاملی اکتشافی<sup>۱۴</sup> نیز سه عامل را برای مقیاس تکانشوری بارات تایید کرد (بشارت، ۱۳۸۶).

مقیاس استحکام من - مقیاس استحکام من<sup>۱۵</sup>، یک ابزار ۲۵ گویه ای است که با اقتباس از ابزارهای سنجش مهار من<sup>۱۶</sup>، تاب آوری من<sup>۱۷</sup>، مکانیسم های دفاعی<sup>۱۸</sup> و راهبردهای مقابله ای<sup>۱۹</sup> برای اندازه گیری میزان توانمندی من در مهار و مدیریت موقعیت ها و شرایط دشوار زندگی ساخته و هنجاریابی شده است (بشارت، ۱۳۸۶ ج). این مقیاس واکنش های فرد به موقعیت های دشوار زندگی را در اندازه های پنج درجه ای از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) بر حسب پیچ زیرمقیاس مهار من، تاب آوری من، مکانیسم های دفاعی رشد یافته<sup>۲۰</sup>، راهبردهای مقابله مساله محور<sup>۲۱</sup> و راهبردهای مقابله

مقیاس تکانشوری بارات<sup>۱</sup> (BIS؛ بارات، ۱۹۹۴) یک آزمون ۳۰ گویه ای است و شیوه های اندیشیدن و عمل کردن افراد را در اندازه های ۴ درجه ای لیکرت (از بندرت/هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۴) بر حسب سه زیرمقیاس شامل بی برنامه گی<sup>۲</sup>، تکانشوری حرکتی<sup>۳</sup> و تکانشوری شناختی<sup>۴</sup> می سنجد. از مجموع نمره سه زیر مقیاس آزمون، نمره کل فرد محاسبه می شود که سطح کلی تکانشوری وی را تعیین می کند. ویژگیهای روانسنجی این مقیاس، در نمونه ای متشکل از هفت صد و چهل و چهار نفر از جمعیت عمومی (۳۸۰ زن، ۳۶۴ مرد) و دویست و شانزده بیمار مبتلا به اختلال های اضطرابی و خلقی (۱۲۳ زن، ۹۳ مرد) مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس های بی برنامه گی، تکانشوری حرکتی، تکانشوری شناختی و نمره کل تکانشوری به ترتیب  $0/87$ ،  $0/90$ ،  $0/79$  و  $0/91$  برای جمعیت عمومی و  $0/81$ ،  $0/83$ ،  $0/75$  و  $0/88$  برای نمونه بیمار محاسبه شد که نشانه همسانی درونی<sup>۵</sup> خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره های ۱۰۷ نفر از جمعیت عمومی پژوهش در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای زیر مقیاس های بی برنامه گی، تکانشوری حرکتی، تکانشوری شناختی و نمره کل تکانشوری به ترتیب  $r = 0/73$ ،  $r = 0/78$ ،  $r = 0/80$  و  $r = 0/83$  محاسبه شد و در سطح  $p < 0/001$  معنادار بودند. این ضرایب نشانه پایایی بازآزمایی<sup>۶</sup> رضایت بخش مقیاس تکانشوری بارات است (بشارت، ۱۳۸۶). روایی سازه<sup>۷</sup>، همگرا<sup>۸</sup> و تشخیصی (افتراقی)<sup>۹</sup> مقیاس تکانشوری بارات از طریق اجرای همزمان

10. Beck Depression Inventory

11. Beck Anxiety Scale

12. Positive and Negative Affect Schedule

13. Mental Health Inventory

14. exploratory factor analysis

15. Ego Strength Scale

16. ego-control

17. ego-resiliency

18. defense mechanisms

19. coping strategies

20. mature

21. problem-focused coping

1. The Barrat Impulsiveness Scale

2. non planning

3. motor Impulsiveness

4. cognitive Impulsiveness

5. internal consistency

6. test-retest reliability

7. construct

8. convergent

9. discriminant

از ۰/۸۳ تا ۰/۸۸ به دست آمد. این ضرایب که همه در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنادار هستند، پایایی بازآزمایی مقیاس استحکام من را تایید می کنند. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس استحکام من از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی (MHI-28؛ بشارت، ۱۳۸۸)، مقیاس دشواری تنظیم هیجان<sup>۲</sup> (DERS؛ گرتز و رومر، ۲۰۰۴) و فهرست عواطف مثبت و منفی (PANAS؛ واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸) در مورد نمونه های مختلف از دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت. این ضرایب در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی<sup>۳</sup> نیز با تعیین پنج عامل (مهار من، تاب آوری من، مکانیسم های دفاعی رشد یافته، راهبردهای مقابله مساله محور و راهبردهای مقابله هیجان محور مثبت)، روایی سازه مقیاس استحکام من را مورد تایید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۶ ج، ۱۳۹۵).

### یافته‌ها

یافته های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۱ گزارش شده است.

هیجان محور مثبت<sup>۱</sup> می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در هر یک از زیر مقیاس های استحکام من به ترتیب ۵ و ۲۵ است. از مجموع نمره پنج زیر مقیاس آزمون، نمره کل فرد برای استحکام من از ۲۵ تا ۱۲۵ محاسبه می شود. ویژگی های روانسنجی مقیاس استحکام من در چندین پژوهش، که در خلال سال های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۳ در نمونه های بیمار ( $n = ۳۷۲$ ) و بهنجار ( $n = ۱۲۵۷$ ) انجام شده اند، مورد بررسی و تایید قرار گرفته اند (بشارت، ۱۳۸۶ ج، ۱۳۹۵). در این پژوهش ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش های هر یک از زیر مقیاس های استحکام من برای مهار من از ۰/۷۳ تا ۰/۷۹، برای تاب آوری من از ۰/۸۰ تا ۰/۸۶، برای مکانیسم های دفاعی رشد یافته از ۰/۷۰ تا ۰/۸۳، برای راهبردهای مقابله مساله محور از ۰/۸۱ تا ۰/۹۰، برای راهبردهای مقابله هیجان محور مثبت از ۰/۶۹ تا ۰/۸۵ و برای نمره کل مقیاس استحکام من از ۰/۸۹ تا ۰/۹۳ به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی مقیاس استحکام من را تایید می کنند. پایایی بازآزمایی مقیاس استحکام من برای نمونه های بیمار ( $n = ۱۲۲$ ) و بهنجار ( $n = ۲۷۴$ ) در دو نوبت با فاصله های ۲ تا ۶ هفته برای مهار من از ۰/۶۵ تا ۰/۷۳، برای تاب آوری من از ۰/۷۰ تا ۰/۸۴، برای مکانیسم های دفاعی رشد یافته از ۰/۷۳ تا ۰/۸۵، برای راهبردهای مقابله مساله محور از ۰/۷۱ تا ۰/۷۸، برای راهبردهای مقابله هیجان محور مثبت از ۰/۶۷ تا ۰/۸۱ و برای نمره کل مقیاس استحکام من

جدول ۱

میانگین و انحراف استاندارد نمره های تکانشوری و استحکام من

تربیتی		انگیزشی		دارویی		متغیر
انحراف	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف	میانگین	
۳/۹۱	۳۲/۷۲	۳/۸۷	۳۳/۲۵	۳/۹۹	۳۳/۵۷	بی برنامه‌گی
۴/۱۲	۲۵/۸۸	۴/۰۷	۲۶/۲۵	۴/۳۴	۲۵/۱۱	تکانشوری حرکتی
۴/۱۲	۲۱/۴۱	۳/۹۶	۲۱/۷۱	۴/۰۴	۲۱/۲۲	تکانشوری شناختی
۱۱/۷۳	۸۰/۰۲	۱۱/۳۶	۸۱/۲۳	۱۱/۷۶	۸۰/۵۱	تکانشوری (نمره کل)
۷/۳۵	۶۱/۴۶	۷/۲۸	۶۱/۰۷	۷/۲۹	۶۱/۰۶	استحکام من

<sup>۲</sup>. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

<sup>۳</sup>. confirmatory factor analysis

<sup>۱</sup>. positive emotional-focused coping

قبل از اجرای آزمون رگرسیون پیش فرض‌های آن شامل نرمال بودن شکل توزیع نمرات متغیر ملاک، بررسی باقیمانده ها از نظر همپراشی، بررسی وجود هم خطی (به وسیله آزمون تلورانس و VIF) و استقلال خطاها با استفاده از آزمون دوربین-واتس در درمان دارویی برای تکانشوری بررسی شد و پیش فرض های استفاده از رگرسیون رعایت شد. تحلیل رگرسیون چندگانه با روش ورود برای پیش‌بینی نتیجه درمان بعد از سه ماه و شش ماه از طریق عوامل بی برنامه‌گی، تکانشوری حرکتی، تکانشوری شناختی و نمره کل تکانشوری انجام شد. با توجه به مقدار ضریب تعیین ( $R^2$ )، این عوامل حدود ۶۵ درصد از واریانس نتیجه درمان را بعد از سه ماه تبیین کردند ( $p < 0/001$ ). این مقدار برای شش ماه ۵۰ درصد برآورد شد ( $p < 0/001$ ). جدول ۲، نتایج تحلیل رگرسیون و ضریب تعیین برای نتیجه درمان را نشان می‌دهد.

### جدول ۲

تحلیل رگرسیون و ضریب تعیین برای نتیجه درمان دارویی بعد از سه ماه و شش ماه توسط تکانشوری

ارزیابی	منبع تغییرات	مجدور مجذورات	میانگین مجذورات	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	دوربین واتسن	F	P
سه ماه	رگرسیون	۳۳/۲۸	۱۱/۲۰	۰/۸۰۷	۱/۰۶۵۱	۲/۰۶	۲۵/۴۶	۰/۰۰۱
	باقیمانده	۱۸/۲۶	۰/۴۴					
شش ماه	رگرسیون	۳۵/۹۷	۱۱/۹۹	۰/۷۰۸	۰/۵۰۱	۲/۱۱	۱۳/۷۲	۰/۰۰۱
	باقیمانده	۳۵/۸۲	۰/۸۷۴					

در ادامه، تحلیل رگرسیون مورد ارزیابی قرار گرفت. جدول ۳ نتایج تحلیل رگرسیون چند گانه را برای نتیجه درمان نشان می‌دهد. مقادیر بتا و سطح معناداری نشان می‌دهد نمره کلی تکانشوری به صورت منفی در پیش‌بینی نتیجه درمان بعد از سه ماه و شش ماه و شش ماه سهیم است ( $p < 0/05$ )، اما هیچ یک از متغیر های بی برنامه‌گی، تکانشوری حرکتی و شناختی قادر به پیش بینی متغیر ملاک بعد از سه ماه و شش ماه نبودند ( $p > 0/05$ )

### جدول ۳

تحلیل رگرسیون چندگانه برای نتیجه درمان دارویی بعد از سه ماه و شش ماه توسط تکانشوری

P	T	ضرایب استاندارد شده		شاخص	ارزیابی
		Beta	خطای معیار		
۰/۰۰۱	۱۱/۵۴		۰/۹۵۸	۱۱/۶۰	مقدار ثابت
۰/۹۵۳	۰/۰۵۹	۰/۰۱۷	۰/۰۷۸	۰/۰۵	بی برنامه‌گی
۰/۲۰۴	۱/۱۲	۰/۲۷۵	۰/۱۰۸	۰/۲۷۳	سه ماه تکانشوری حرکتی
۰/۲۹۴	۱/۰۶	۰/۳۹۱	۰/۰۹۹	۰/۱۰۵	تکانشوری شناختی
۰/۰۲۸	-۲/۲۷	-۱/۹۳	۰/۰۴۸	-۰/۱۱۰	نمره کل تکانشوری
۰/۰۰۱	۹/۱۶		۱/۳۵	۱۲/۳۷	مقدار ثابت
۰/۷۸	-۰/۲۸۱	۰/۹۷	۰/۱۱۰	-۰/۰۳۱	شش ماه بی برنامه‌گی
۰/۴۲۱	۰/۳۵۶	۰/۲۶۳	۰/۳۲۰	۰/۰۲۱	تکانشوری حرکتی



## ادامه جدول ۳

P	T	ضرایب استاندارد نشده		شاخص	ارزیابی
		Beta	خطای معیار		
۰/۸۰۲	۰/۲۵۳	۰/۱۱۱	۰/۱۳۹	۰/۰۳۵	تکانشوری شناختی
-۰/۰۲۵	-۲/۱۵۲	-۱/۷۲۲	۰/۰۶۸	-۰/۰۷۸	نمره کل تکانشوری

قبل از اجرای آزمون رگرسیون پیش فرض‌های آن شامل نرمال بودن شکل توزیع نمرات متغیر ملاک، بررسی باقیمانده‌ها از نظر همپراشی، بررسی وجود هم خطی (به وسیله آزمون تلورانس و VIF) و استقلال خطاها با استفاده از آزمون دوربین-واتسون در درمان دارویی برای استحکام من بررسی شد و پیش فرض‌های استفاده از رگرسیون رعایت شد. تحلیل رگرسیون تک متغیره با روش ورود برای پیش- قبل از اجرای آزمون رگرسیون پیش فرض‌های آن شامل نرمال بودن شکل توزیع نمرات متغیر ملاک، بررسی باقیمانده‌ها از نظر همپراشی، بررسی وجود هم خطی (به وسیله آزمون تلورانس و VIF) و استقلال خطاها با استفاده از آزمون دوربین-واتسون در درمان دارویی برای استحکام من بررسی شد و پیش فرض‌های استفاده از رگرسیون رعایت شد. تحلیل رگرسیون تک متغیره با روش ورود برای پیش-

## جدول ۴

تحلیل رگرسیون و ضریب تعیین برای نتیجه درمان دارویی بعد از سه ماه و شش ماه توسط استحکام من

P	F	دوربین واتسون	ضریب تعیین	ضریب همبستگی	میانگین مجذورات	مجذور مجذورات	منبع تغییرات	ارزیابی
۰/۰۰۱	۵۳/۳۵	۲/۲۲	۰/۵۵۴	۰/۷۴۴	۲۸/۵۹	۲۸/۵۹	رگرسیون	سه ماه
					۰/۵۳۶	۲۳/۰۴	باقیمانده	
۰/۰۰۱	۵۰/۴۳	۲/۰۹	۰/۵۴۰	۰/۷۳۵	۳۸/۷۵	۳۸/۷۵	رگرسیون	شش ماه
					۰/۷۶۸	۳۳/۰۴	باقیمانده	

در ادامه، تحلیل رگرسیون مورد ارزیابی قرار گرفت. جدول ۵ نتایج تحلیل رگرسیون تک متغیره را برای نتیجه درمان بعد از سه ماه و شش ماه نشان می‌دهد. مقادیر بتا و سطح معناداری نشان می‌دهد استحکام من در نتیجه درمان دارویی بعد از سه ماه سهمیم است. این متغیر ( $p < ۰/۰۰۱$ )

## جدول ۵

تحلیل رگرسیون تک متغیره برای نتیجه درمان دارویی بعد از سه ماه و شش ماه توسط استحکام من

P	T	ضرایب استاندارد شده		شاخص	ارزیابی
		Beta	خطای معیار		
۰/۰۲۵	-۲/۳۲		۰/۹۳۰	-۲/۱۶	مقدار ثابت
۰/۰۰۱	۷/۳۰	۰/۷۴۴	۰/۰۱۵	۰/۱۱	استحکام من

## ادامه جدول ۵

P	T	ضرایب استاندارد نشده		شاخص	ارزیابی
		Beta	خطای معیار		
۰/۶۷	-۱/۸۷		۱/۱۱۴	-۲/۰۹	مقدار ثابت
۰/۰۰۱	۷/۱۰	۰/۷۳۵	۰/۰۱۸	۰/۱۲۹	شش ماه استحکام من

قبل از اجرای آزمون رگرسیون پیش فرض‌های آن شامل نرمال بودن شکل توزیع نمرات متغیر ملاک، بررسی باقیمانده ها از نظر همپراشی، بررسی وجود هم خطی (به وسیله آزمون تلورانس و  $VIF$ ) و استقلال خطاها با استفاده از آزمون دوربین-واتسون در درمان انگیزشی برای تکانشوری بررسی شد و پیش فرض های استفاده از رگرسیون رعایت شد. تحلیل رگرسیون چندگانه با روش ورود برای پیش‌بینی نتیجه درمان بعد از سه ماه و شش ماه از طریق عوامل بی

برنامگی، تکانشوری حرکتی، تکانشوری شناختی و نمره کل تکانشوری انجام شد. با توجه به مقدار ضریب تعیین ( $R^2$ )، این عوامل حدود ۶۵ درصد از واریانس نتیجه درمان انگیزشی را بعد از سه ماه تبیین کردند ( $p < ۰/۰۱$ ). این مقدار برای شش ماه ۵۶ درصد به دست آمد ( $p < ۰/۰۱$ ). جدول ۶، نتایج تحلیل رگرسیون و ضریب تعیین برای نتیجه درمان را نشان می‌دهد.

## جدول ۶

تحلیل رگرسیون و ضریب تعیین برای نتیجه درمان انگیزشی بعد از سه ماه و شش ماه توسط تکانشوری

P	F	دوربین واتسون	ضریب تعیین	ضریب همبستگی	میانگین مجذورات	مجذور مجذورات	منبع تغییرات	ارزیابی
۰/۰۰۱	۲۵/۴۶	۲/۲۲	۰/۶۵۱	۰/۸۰۷	۱۱/۲۰	۳۳/۲۸	رگرسیون	سه ماه
					۰/۴۴	۱۸/۲۶	باقیمانده	
۰/۰۰۱	۱۵/۱۴	۲/۱۶	۰/۵۶۵	۰/۷۵۲	۲۰/۳۰	۶۰/۹۱	رگرسیون	شش ماه
					۱/۳۴	۴۶/۹۰	باقیمانده	

در ادامه، تحلیل رگرسیون مورد ارزیابی قرار گرفت. جدول ۷ نتایج تحلیل رگرسیون چند گانه را برای نتیجه درمان نشان می‌دهد. مقادیر بتا و سطح معناداری نشان می -

دهد متغیر های بی برنامگی، تکانشوری حرکتی و شناختی همچنین، نمره کلی تکانشوری قادر به پیش بینی متغیر ملاک در ارزیابی سه ماه و شش ماه نبود ( $p > ۰/۰۵$ ).

## جدول ۷

تحلیل رگرسیون چندگانه برای نتیجه درمان انگیزشی بعد از سه ماه و شش ماه توسط تکانشوری

P	T	ضرایب استاندارد شده		شاخص	ارزیابی
		Beta	خطای معیار		
۰/۰۰۱	۱۱/۵۴		۰/۹۵۸	۱۰/۹۰	مقدار ثابت
۰/۴۰۷	۰/۸۳۹	۰/۳۴۰	۰/۱۲۸	۰/۱۰۷	بی برنامگی

## ادامه جدول ۷

P	T	ضرایب استاندارد نشده		شاخص	ارزیابی
		Beta	خطای معیار		
۰/۵۰۸	۰/۵۹۴	۰/۲۳۵	۰/۱۱۹	۰/۱۷۳	تکانشوری حرکتی
۰/۳۶۴	۱/۲۰	۰/۲۴۲	۰/۱۹۹	۰/۲۲۴	تکانشوری شناختی
۰/۰۵۸	-۱/۳۵	-۱/۲۳۵	۰/۱۱۹	-۰/۱۴۶	نمره کل تکانشوری
۰/۰۰۱	۷/۷۷		۱/۸۳	۱۴/۲۵	مقدار ثابت
۰/۷۰۰	۰/۳۸۹	۰/۱۷۸	۰/۱۹۹	۰/۰۷۷	بی برنامه‌گی
۰/۵۷۲	۰/۵۷۱	۰/۲۵۵	۰/۱۸۵	۰/۱۰۶	شش ماه تکانشوری حرکتی
۰/۳۶۱	۰/۴۴۵	۰/۲۳۰	۰/۱۱۴	۰/۲۱۲	تکانشوری شناختی
۰/۱۴۷	-۱/۴۸۲	-۱/۱۶۰	۰/۱۱۶	-۰/۱۷۲	نمره کل تکانشوری

قبل از اجرای آزمون رگرسیون پیش فرض‌های آن شامل نرمال بودن شکل توزیع نمرات متغیر ملاک، بررسی باقیمانده‌ها از نظر همپراشی، بررسی وجود هم خطی (به وسیله آزمون تلورانس و  $VIF$ ) و استقلال خطاها با استفاده از آزمون دوربین-واتسون در درمان انگیزشی برای استحکام من بررسی شد و پیش فرض‌های استفاده از رگرسیون رعایت شد. تحلیل رگرسیون تک متغیره با روش ورود برای پیش-بینی نتیجه درمان بعد از سه ماه و شش ماه انجام شد. با توجه به مقدار ضریب تعیین ( $R^2$ )، این عوامل حدود ۶۳ درصد از واریانس نتیجه درمان بعد از سه ماه را تبیین کردند ( $p < 0/01$ ). این مقدار برای شش ماه تقریباً ۶۰ درصد بود ( $p < 0/01$ ). جدول ۸، نتایج تحلیل رگرسیون و ضریب تعیین برای نتیجه درمان بعد از سه ماه و شش ماه را توسط استحکام من نشان می‌دهد.

## جدول ۸

تحلیل رگرسیون و ضریب تعیین برای نتیجه درمان انگیزشی بعد از سه و شش ماه توسط استحکام من

P	F	دوربین واتسن	ضریب تعیین	ضریب همبستگی	میانگین مجذورات	مجذور مجذورات	منبع تغییرات	ارزیابی
۰/۰۰۱	۶۴/۴۹	۲/۱۲	۰/۶۳۵	۰/۷۹۷	۳۶/۲۰	۳۶/۲۰	رگرسیون	سه ماه
					۰/۵۶۱	۲۰/۷۷	باقیمانده	
۰/۰۰۱	۵۶/۶۸	۲/۰۹	۰/۶۰۵	۰/۷۷۸	۶۵/۲۶	۶۵/۲۶	رگرسیون	شش ماه
					۱/۱۵	۴۲/۵۹	باقیمانده	

در ادامه، تحلیل رگرسیون مورد ارزیابی قرار گرفت. جدول ۹ نتایج تحلیل رگرسیون تک متغیره را برای نتیجه درمان بعد از سه ماه و شش ماه نشان می‌دهد. مقادیر بتا و سطح معناداری نشان می‌دهد استحکام من در نتیجه درمان انگیزشی بعد از سه ماه سهیم است ( $p < 0/01$ ). این متغیر مطابق ( $Beta = 0/778$ ) با افزایش یک انحراف استاندارد افزایش را در متغیر ملاک پیش‌بینی می‌کند. به علاوه در نتیجه ارزیابی شش ماه نیز مشخص است که این عامل قادر به پیش‌بینی متغیر ملاک است و  $0/749$  انحراف استاندارد را پیش‌بینی می‌کند ( $p < 0/01$ ).

## جدول ۹

تحلیل رگرسیون تک متغیره برای نتیجه درمان انگیزشی بعد از سه و شش ماه توسط استحکام من

P	T	ضرایب استاندارد نشده		شاخص	ارزیابی
		Beta	B		
۰/۰۰۱	-۳/۶۱		۱/۰۲	مقدار ثابت	سه ماه
۰/۰۰۱	۸/۰۳	۰/۷۷۸	۰/۰۱۷	استحکام من	
۰/۰۰۱	-۳/۶۴		۱/۴۷	مقدار ثابت	شش ماه
۰/۰۰۱	۷/۵۲	۰/۷۴۹	۰/۰۲۴	استحکام من	

برنامگی، تکانشوری حرکتی، تکانشوری شناختی و نمره کلی تکانشوری انجام شد. با توجه به مقدار ضریب تعیین ( $R^2$ )، این عوامل حدود ۶۷ درصد از واریانس نتیجه درمان ترکیبی را بعد از سه ماه تبیین کردند ( $p < ۰/۰۱$ ). این مقدار برای شش ماه ۵۷ درصد به دست آمد ( $p < ۰/۰۱$ ). جدول ۱۰، نتایج تحلیل رگرسیون و ضریب تعیین برای نتیجه درمان ترکیبی را نشان می‌دهد.

قبل از اجرای آزمون رگرسیون پیش فرض‌های آن شامل نرمال بودن شکل توزیع نمرات متغیر ملاک، بررسی باقیمانده‌ها از نظر همپراشی، بررسی وجود هم خطی (به وسیله آزمون تلورانس و VIF) و استقلال خطاها با استفاده از آزمون دوربین-واتسون در درمان ترکیبی برای تکانشوری بررسی شد و پیش فرض‌های استفاده از رگرسیون رعایت شد. تحلیل رگرسیون چندگانه با روش ورود برای پیش‌بینی نتیجه درمان بعد از سه ماه و شش ماه از طریق عوامل بی

## جدول ۱۰

تحلیل رگرسیون و ضریب تعیین برای نتیجه درمان ترکیبی بعد از سه ماه و شش ماه توسط تکانشوری

P	F	ضریب تعیین	ضریب همبستگی	میانگین مجذورات	مجدور مجذورات	منبع تغییرات	ارزیابی
۰/۰۰۱	۲۷/۲۰	۲/۱۰	۰/۶۷۷	۰/۸۲۳	۱۱/۵۴	۳۴/۶۲	سه ماه رگرسیون باقیمانده
۰/۰۰۱	۱۷/۴۱	۲/۰۸	۰/۵۷۵	۰/۷۵۸	۱۱/۶۳	۳۴/۹۰	شش ماه رگرسیون باقیمانده

و شناختی ( $p < ۰/۰۵$ ) و همچنین، نمره کلی تکانشوری قادر به پیش‌بینی متغیر ملاک در ارزیابی سه ماه و شش ماه هستند ( $p < ۰/۰۵$ ).

در ادامه، تحلیل رگرسیون مورد ارزیابی قرار گرفت. جدول ۱۱ نتایج تحلیل رگرسیون چند گانه را برای نتیجه درمان نشان می‌دهد. مقادیر بتا و سطح معناداری نشان می‌دهد متغیرهای بی برنامگی ( $p < ۰/۰۵$ )، تکانشوری حرکتی

جدول ۱۱

تحلیل رگرسیون چندگانه برای نتیجه درمان ترکیبی بعد از سه ماه و شش ماه توسط تکانشوری

P	T	ضرایب استاندارد نشده		شاخص	ارزیابی
		Beta	خطای معیار		
۰/۰۰۱	۶/۹۰		۱/۱۲	۷/۷۹	مقدار ثابت
۰/۰۰۳	۳/۱۶	۱/۵۴	۰/۱۳۸	۰/۴۳۷	بی برنامه‌گی
۰/۰۱۶	۲/۵۲	۱/۰۲	۰/۱۰۸	۰/۲۷۳	سه ماه تکانشوری حرکتی
۰/۰۲۱	۲/۳۱	۱/۴۳	۰/۱۱۲	۰/۲۱۳	تکانشوری شناختی
۰/۰۰۱	-۴/۱۱	-۳/۲۴	۰/۰۷۴	۰/۳۰۵	نمره کل تکانشوری
۰/۰۰۱	۶/۴۸		۱/۴۰	۹/۱۲	مقدار ثابت
۰/۰۰۶	۲/۹۲	۱/۶۳	۰/۱۷۲	۰/۵۰۴	بی برنامه‌گی
۰/۰۱۱	۲/۶۸	۱/۲۴۲	۰/۱۳۵	۰/۳۶۲	شش ماه تکانشوری حرکتی
۰/۰۱۶	۲/۴۳	۱/۵۳۰	۰/۱۱۰	۰/۳۱۴	تکانشوری شناختی
۰/۰۰۱	-۳/۸۳	-۳/۴۶	۰/۰۹۲	-۰/۳۵۴	نمره کل تکانشوری

بینی نتیجه درمان بعد از سه ماه و شش ماه از طریق استحکام من انجام شد. با توجه به مقدار ضریب تعیین ( $R^2$ )، این عوامل حدود ۶۰ درصد از واریانس نتیجه درمان ترکیبی بعد از سه ماه را تبیین کردند ( $p < ۰/۰۱$ ). جدول این مقدار برای شش ماه ۵۶ درصد بود ( $p < ۰/۰۱$ ). جدول ۱۲ نتایج تحلیل رگرسیون و ضریب تعیین برای نتیجه درمان بعد از سه ماه و شش ماه را نشان می‌دهد.

قبل از اجرای آزمون رگرسیون پیش فرض‌های آن شامل نرمال بودن شکل توزیع نمرات متغیر ملاک، بررسی باقیمانده‌ها از نظر همپراشی، بررسی وجود هم خطی (به وسیله آزمون تلورانس و VIF) و استقلال خطاها با استفاده از آزمون دوربین-واتسون در درمان ترکیبی برای استحکام من بررسی شد و پیش فرض‌های استفاده از رگرسیون رعایت شد. تحلیل رگرسیون تک متغیره با روش ورود برای پیش-

جدول ۱۲

تحلیل رگرسیون و ضریب تعیین برای نتیجه درمان ترکیبی بعد از سه و شش ماه توسط استحکام من

P	F	ضریب تعیین	ضریب همبستگی	میانگین مجذورات	مجذور مجذورات	منبع تغییرات	ارزیابی
۰/۰۰۱	۶۳/۱۲۵	۲/۰۷	۰/۶۰۶	۳۱/۰۲	۳۱/۰۲	رگرسیون	سه ماه
				۰/۴۹۱	۲۰/۱۵	باقیمانده	
۰/۰۰۱	۵۲/۳۷	۲/۰۴	۰/۵۶۱	۳۴/۰۲	۳۴/۰۲	رگرسیون	شش ماه
				۰/۶۵۰	۲۶/۶۳	باقیمانده	

در ادامه، تحلیل رگرسیون مورد ارزیابی قرار گرفت. جدول ۱۳ نتایج تحلیل رگرسیون تک متغیره را برای نتیجه درمان بعد از سه ماه و شش ماه نشان می‌دهد. مقادیر بتا و سطح معناداری نشان می‌دهد استحکام من در نتیجه درمان ترکیبی بعد از سه ماه سهیم است ( $p < 0/01$ ). این متغیر مطابق ( $Beta = 0/779$ ) با افزایش یک انحراف استاندارد افزایش را در متغیر ملاک پیش‌بینی می‌کند. به علاوه در نتیجه ارزیابی شش ماه نیز مشخص است که این عامل قادر به پیش‌بینی متغیر ملاک است و  $0/749$  انحراف استاندارد را پیش‌بینی می‌کند ( $p < 0/01$ ).

جدول ۱۳

تحلیل رگرسیون تک متغیره برای نتیجه درمان ترکیبی بعد از سه و شش ماه توسط استحکام من

P	T	ضرایب استاندارد نشده		شاخص	ارزیابی
		Beta	B		
0/011	-2/625		0/910	-2/41	مقدار ثابت
0/001	7/94	0/779	0/015	0/117	استحکام من
0/006	-2/839		0/046	-0/878	مقدار ثابت
0/001	7/23	0/749	0/017	0/122	استحکام من

### بحث

مدارهایی که به وسیله سوء مصرف مواد آسیب می‌بینند و خودکنترلی کشف شده است. درگیر بودن لوب فرونتال به ویژه عملکردهای اجرایی (شامل تفکر انتزاعی، انگیزش، برنامه ریزی، توجه به وظایف و مهار پاسخ‌های تکانشی) در اعتیاد تایید شده است (کروس و باتیگر، ۲۰۰۹). تکانشوری به عنوان یکی از عناصر وابسته به عملکردهای اجرایی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مشکلات رفتاری مانند اعتیاد باشد (بیکل و همکاران، ۲۰۱۲) و در رابطه‌ای دو سویه اعتیاد نیز موجب کاهش بازداری پاسخ می‌شود. نتایج پژوهش بیکل و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که به خاطر آسیب پیش‌پیشانی، عملکردهای اجرایی و توانایی کنترل تکانه در افراد تکانشور به شدت ضعیف است به همین دلیل این افراد به طور گسترده در رفتارهای هدفمند و خود تنظیم‌گری دچار مشکل هستند و تکانشوری موجب پیامد‌های ضعیف درمانی در افراد سوء مصرف‌کننده مواد می‌شود (استیونز و همکاران، ۲۰۱۴؛ لوری، لندال و لدگروود، ۲۰۱۴). به همین دلیل، مولفان تکانشوری را هم به عنوان عامل سبب ساز و هم به عنوان یکی از پیامدهای سوء مصرف مواد معرفی می‌کنند. یافته

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش پیش‌بین تکانشوری و استحکام من در نتایج درمان سه گروه از معتادین تحت درمان دارویی، انگیزشی و درمان ترکیبی دارویی-انگیزشی بود. در پیش‌بینی پذیری نتایج درمان براساس تکانشوری، یافته‌ها حاکی از پیش‌بینی پذیری درمان دارویی و درمان ترکیبی هم چنین عدم پیش‌بینی پذیری نتایج درمان انگیزشی پس از سه و شش ماه مداخله بود. نمره کلی تکانشوری به صورت منفی در پیش‌بینی نتیجه درمان دارویی و ترکیبی بعد از سه ماه و شش ماه سهیم بود و تکانشوری بیشتر نتیجه ضعیف‌تر درمان را در پی داشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی (کارلا و همکاران، ۲۰۱۷؛ کوکارو و همکاران، ۲۰۱۶؛ لونگ و همکاران، ۲۰۰۷) مطابقت می‌کند و بر حسب چند احتمال به شرح زیر تبیین می‌شود. کاهش کنترل محرک یا تکانشوری به عنوان ویژگی شاخص اعتیاد شناخته شده است (ماراز و همکاران، ۲۰۱۶). از سوی دیگر، از نظر عصب‌شناختی رابطه نزدیکی بین

۲۰۱۴). مطالعه هودوک و همکاران (۲۰۰۳) روی افراد اسکیزوفرن سوء مصرف کننده مواد، نتیجه مشابهی را در پی داشت. مطابق با تحقیقات پیشین این مطالعه نیز نشان داد که ترکیب درمان دارویی با درمان انگیزشی نتایج بهتری را در پی دارد، افراد بیشتری درمان را ادامه دادند و میانگین نمرات ارزیابی بالاتری را به دست آوردند. در صورتی که در گروهی که درمان انگیزشی به تنهایی مورد استفاده قرار گرفته بود افراد با تکانشوری بالا نتوانستند درمان را ادامه دهند و بیشترین تعداد عود و ترک برنامه در این گروه اتفاق افتاد. همین امر موجب شد تکانشوری نتواند نتایج درمان انگیزشی را پیش بینی کند. این یافته بار دیگر بر اهمیت ترکیب مداخلات دارویی با درمان های روان شناختی برای معتادین تحت درمان صحه گذاشت.

در بررسی پیش بینی پذیری نتایج درمان براساس استحکام من، نتایج پژوهش حاضر حاکی از امکان پیش بینی پذیری نتایج هر سه درمان انگیزشی، دارویی و ترکیبی پس از سه و شش ماه بود. استحکام من نقش مهمی در پیش بینی سلامت روانی دارد (آبراموف و همکاران، ۲۰۱۵؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۴، ۱۳۹۵؛ ستینری و همکاران، ۲۰۱۲؛ سینگ و آناد، ۲۰۱۵؛ وونگ و همکاران، ۲۰۰۶). استحکام من به عنوان توانایی فردی جهت کنترل تکانه ها و همچنین به عنوان ترکیبی از ظرفیت های روانشناختی موثر در تعاملات اجتماعی، می تواند از طریق مهار تکانش های درونی و بیرونی و نیز از طریق افزایش واقع بینی و پذیرش واقعیت گرایش افراد به سمت استفاده از مواد افیونی را تحت تاثیر قرار دهد زیرا افراد با استحکام من بالاتر دیدگاه مثبت تری نسبت به وجود مشکلات دارند و خود را ارزشمند می دانند و در شرایط استرس زا تمایل بیشتری به تغییر محیط و شرایط از خود نشان می دهند (بشارت و همکاران، ۱۳۹۴، ۱۳۹۵؛ سینگ و آناد، ۲۰۱۵). از سوی دیگر استحکام من با بهره گیری از مکانیسم تاب آوری، یعنی فرآیند پویای انطباق مثبت با تجربه های تلخ و ناگوار و مهارگری، یعنی توانایی

های پژوهش حاضر نیز نشان داد که تکانشوری به طور منفی نتایج درمان دارویی را پیش بینی می کند. از سوی دیگر مشکلات عملکردی ناشی از تکانشوری مثل بازداری، تصمیم گیری و برنامه ریزی ضعیف می تواند یک مانع عمده در مسیر درمان افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد در شروع، پیروی و تداوم درمان باشد (لوری و همکاران، ۲۰۱۴). بر این اساس، تکانشوری یک هدف بسیار مهم برای مطالعات تجربی و تحقیقات بالینی بین افراد خواستار درمان این اختلال است (استیونز و همکاران، ۲۰۱۴). این جنبه از سبب شناسی و تاثیر عملکردهای شناختی بیانگر این نکته است که علاوه بر بعد فیزیولوژیک، لازم است ابعاد روانشناختی نیز در درمان اعتیاد مدنظر قرار گیرد. چنان چه داده های اولیه به دست آمده از بررسی نمونه ای از مصرف کنندگان الکلیک به عنوان روشی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی، نشان می دهد که این مداخله ممکن است کمک طلبی را افزایش دهد و به میزان متوسطی مصرف الکل را کمتر کند. پژوهشگران دیگر نیز با توجه به اهمیت این مساله، مداخله انگیزشی را در درمان اعتیاد به ویژه معتادان به الکل وارد کرده اند (میلر و رولینک، ۲۰۱۳). این مداخله به عنوان یک روش روان درمانی کوتاه مدت به عنوان درمان، احتمال توجه، آغاز و همچنین حفظ راهبردهای مختلف برای تغییر رفتار خاص توسط بیماران را افزایش می دهد و سبب افزایش پای بندی به درمان و اتمام دوره درمان می شود (دالای و همکاران، ۱۹۹۸). در همین راستا، استینگلاس (۲۰۰۹) ضمن تاکید لزوم مداخله انگیزشی در درمان اختلالات سوء مصرف مواد، مدل درمانی خود را مبتنی بر مصاحبه انگیزشی در ترکیب با خانواده درمانی به عنوان مدلی کارآمد در این زمینه ارائه کرده است. فراتحلیل صورت گرفته بر روی ۱۷۲۱ بیمار سوء مصرف کننده الکل با همبود افسردگی، نشان داد که ترکیب درمان شناختی و رفتاری به همراه مصاحبه انگیزشی تاثیر بالینی کوچک ولی از نظر آماری معنادار در بهبود افراد به همراه دارد (ریپر و همکاران،

فرد در مدیریت و مهار شرایط استرس زا (بشارت، ۱۳۸۶ الف؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۳، ۱۳۹۵؛ کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳)، توان مدیریت حل تعارض را افزایش می دهد. طبق نظر اریکسون، استحکام من دربردارنده ویژگی‌های اساسی لازم جهت رشدیافتگی است. افزایش استحکام من نشان دهنده عبور موفقیت‌آمیز از مرحله روانشناختی متناظر با آن است؛ فرآیندی که پیامد آن رشد و استحکام من و شکل‌گیری هویت است (بشارت و همکاران، ۱۳۹۴؛ کریمر، ۲۰۱۲). بنابراین، استحکام من شاخص سلامت روانشناختی در هر مرحله از تحول است و از سوی دیگر، ضعف من و تاخیر در بلوغ روانشناختی عامل مهمی در کند شدن روند درمان افراد وابسته به مواد افیونی است. اریکسون بیان می‌دارد یک درمان موفق علاوه بر حذف نشانگان، سبب افزایش استحکام من افراد نیز خواهد شد (مارکستورم و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از آبراموف و همکاران، ۲۰۱۵). ترزی (۲۰۱۳) نشان داده است که تاب‌آوری من منجر به توانایی تنظیم موثر پاسخ‌های هیجانی و عاطفی به وقایع بد شخصی و مشکلات سلامت می‌شود و از بهزیستی افراد محافظت می‌کند. نتایج پژوهش حاضر هم‌راستا با پژوهش‌های مرتبط نشان داد که استحکام من نتایج بهتر درمان دارویی، انگیزشی و ترکیبی درمان اعتیاد را پیش‌بینی می‌کند.

به طور خلاصه یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که تکانشوری و استحکام من از جمله عوامل موثر در پیش‌بینی نتایج درمان دارویی و روانشناختی اختلال مصرف مواد هستند. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند رهنمون پژوهش‌های جدیدتر به منظور گسترش دانش روانشناختی در زمینه عوامل موثر بر درمان اعتیاد به مواد گردد و به گسترش تبیین

های روانشناختی این اختلال کمک کند. علاوه بر این، در سطح عملی و به خصوص بالینی، نتایج پژوهش کنونی می‌تواند به متخصصان بالینی به خصوص روانشناسان سلامت در حوزه پیشگیری از اختلال وابستگی به مواد، مدیریت و کاهش شدت مصرف و درمان کمک کند و از هزینه‌های تحمیل شده به افراد، خانواده‌های آنها، جامعه و سیستم بهداشت و درمان بکاهد. یافته‌های پژوهش حاضر پرسش‌های دیگری را نیز مطرح می‌سازد: ۱- با توجه به نقش عوامل روانشناختی موثر در بروز اعتیاد، برنامه‌های پیشگیری یا آگاهی بخشی باید تقویت‌کننده کدامیک از جنبه‌های فردی باشد؟ ۲- نظر به این که آمادگی زیست‌شناختی نیز در بروز اعتیاد تاثیرگذار است، شروع آموزش‌های همگانی و آگاهی بخشی و تقویت منابع روانشناختی افراد در چه سنی بیشترین تاثیر را خواهد داشت؟ ۳- آیا مداخلات روانشناختی به تنهایی، مانند درمان دارویی بر مدارهای مغزی تاثیرگذارند؟ ۴- با توجه به این که ویژگی‌های روان‌شناختی پایه‌های زیستی دارند، تقویت کدام ویژگی تغییر زیستی ایجاد می‌کند؟

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است، بنابراین نمی‌توان روابط علی بین متغیرها برقرار کرد و در تفسیر یافته‌های پژوهش باید احتیاط شود. روش نمونه‌گیری و محدود شدن اجرای پژوهش به سه مرکز ترک اعتیاد خصوصی در شهر یزد از جمله محدودیت‌های پژوهش کنونی است که بر اساس آن تعمیم یافته‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع همبستگی است و نظر به دو سویه بودن برخی روابط، پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی از طرح‌های علی-مقایسه‌ای استفاده شود.



خانواده و سبک هویت فرزندان. *علوم روانشناختی*، ۵۵، ۳۴۱-۳۲۱.

بشارت، م. ع.، طاهری، م.، و غلامعلی لواسانی، م. (۱۳۹۵). مقایسه کمال گرایی، استحکام من، خشم و نشخوار خشم در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواس فکری- عملی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۲۶، ۸۷-۱۱۵.

بشارت، م. ع.، میرزمانی، م.، و پورحسین، ر. (۱۳۸۰). نقش متغیرهای خانوادگی در پدیدآیی اختلال های مصرف مواد. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۲۷، ۵۲-۴۶.

بشارت، م. ع.، نیک فرجام، م. ر.، محمدی، ک.، ذبیح زاده، ع. و فلاح، م. ح. (۱۳۹۵). برانگیختگی در بیماران مبتلا به افسردگی، اختلال های اضطرابی و افراد عادی: یک مطالعه مقایسه ای. *علوم روانشناختی*، ۵۹، ۳۳۴-۳۱۵.

## References

- Abramoff, B. A., Lange, H. L., Matson, S. C., Cottrill, C. B., Bridge, J. A., Abdel-Rasoul, M., et al. (2015). Delayed Ego Strength Development in Opioid Dependent Adolescents and Young Adults. *Journal of Addiction*, Article ID 879794, doi.org/10.1155/2015/879794.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2015). *Abnormal psychology: An integrative approach* (7th ed.). Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Barratt, E. S. (1994). Impulsivity: Integrating cognitive, behavioral, biological, and environmental data. In W. B. McCown, J. L. Johnson, & M. B. Shure (Eds.). *The impulsive client: Theory, research and treatment* (pp. 39-45). Washington DC: American Psychological Association.
- Bart, G. (2012). Maintenance Medication for Opiate Addiction: The Foundation of

## مراجع

- بشارت، م. ع. (۱۳۸۶ الف). پایایی و اعتبار مقیاس نستوهی، *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱، ۳۵-۲۴.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۶ ب). بررسی ویژگی های روانسنجی مقیاس تکانشوری بارات. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۶ ج). بررسی ویژگی های روانسنجی مقیاس استحکام من. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۸). پایایی و روایی فرم ۲۸ سولی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. *مجله علمی پزشکی قانونی*، ۵۴، ۹۱-۸۷.
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۵). ساخت و درستی آزمایی مقیاس استحکام من: یک مطالعه مقدماتی. *مجله علوم روانشناختی*، ۶۰، ۴۶۷-۴۴۵.
- بشارت، م. ع.، اسدی، م. م.، و تولاییان، ف. (۱۳۹۴). نقش واسطه ای استحکام من در رابطه بین سبک های دلبستگی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۴۶، ۱۱۹-۱۰۷.
- بشارت، م. ع.، اسدی، م. م.، و غلامعلی لواسانی، م. (۱۳۹۵). نقش واسطه ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال-گرایی و نشانه های افسردگی. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۵۰، ۲۴۳-۲۲۹.
- بشارت، م. ع.، تولاییان، ف.، و اسدی، م. م. (۱۳۹۵). رابطه بین سبک های دلبستگی و هوش هیجانی: نقش واسطه ای استحکام من. *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی*، ۴۴، ۴۷-۲۱.
- بشارت، م. ع.، جاهد، ح.، و حسینی، س. ا. (۱۳۹۳). بررسی نقش تعدیل کننده رضایت از زندگی در رابطه بین تاب آوری و سلامت عمومی. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۱۷، ۸۷-۶۷.
- بشارت، م. ع.، شفیعی، ر.، و رحیمی نژاد، ع. (۱۳۹۴). نقش میانجیگری استحکام من فرزندان در رابطه بین کنشوری

- Cramer, P. (2012). Psychological maturity and change in adult defense mechanisms. *Journal of Research in Personality, 46*, 306-316.
- Crews, F. T., & Boettiger, C. A. (2009). Impulsivity, Frontal Lobes and Risk for Addiction. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior, 93*, 237-247.
- Daley, D. C., Salloum, I. M., Zuckoff, A., Kirisci, L., & Thase, M. E. (1998). Increasing treatment adherence among outpatients with depression and cocaine dependence: results of a pilot study. *American Journal of Psychiatry, 155*, 1611-1613.
- Eisenberg, N. (2017). Commentary: What's in a word (or words) – on the relations among self-regulation, self-control, executive functioning, effortful control, cognitive control, impulsivity, risk-taking, and inhibition for developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58*, 384-386.
- Foulds, J. A., Boden, J. M., Newton-Howes, G. M., Mulder, R. T., & Horwood, L. J. (2017). The role of novelty seeking as a predictor of substance use disorder outcomes in early adulthood. *Addiction, doi: 10.1111/add.13838*.
- Frederick, C. (2013). The center core in ego state therapy and other hypnotically facilitated psychotherapies. *American Journal of Clinical Hypnosis, 56*, 39-53.
- Goodwin, R. D., & Stein, D. J. (2013). Anxiety disorders and drug dependence: Evidence on sequence and specificity among adults. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 67*, 167-173.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment, 26*, 41-54.
- Haddock, G., Barrowclough, C., Tarriner, N., Moring, J. A. N., O'Brien, R., Schofield, N., et al. (2003). Cognitive-behavioural therapy Recovery. *Journal of Addictive Disorders, 31*, 207-225.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression: a treatment manual*. New York: Guilford.
- Beck, A.T., Epstein, N. (1993). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Bickel, W. K., Jarmolowicz, D. P., Mueller, E. T., Gatchalian, K. M., & McClure, S. M. (2012). Are executive function and impulsivity antipodes? A conceptual reconstruction with special reference to addiction. *Psychopharmacology, 221*, 361-387.
- Carla, L-N., Martinez-Loredo, V., Artamendi, S. F., Fernández-Hermida, J-R., Pericot-Valverde, I., Weidberg-López, et al. (2017). Impulsivity, sensation seeking and substance use among adolescents: A longitudinal research. *Drug and Alcohol Dependence, 171*, 34-35.
- Chhansiya, B. M., & Jogsan, Y. A. (2015). Ego Strength and Anxiety among Working and Non-working Women. *The International Journal of Indian Psychology, 2*, 16-23.
- Coccaro, E. F., Fridberg, D. J., Fanning, J. R., Grant, J. E., King, A. C., & Lee, R. (2016). Substance use disorders: Relationship with intermittent explosive disorder and with aggression, anger, and impulsivity. *Journal of Psychiatric Research, 81*, 127-132.
- Colder, C. R., Frndak, S., Lengua, L. J., Read, J. P., Hawk Jr., L. W., & Wieczorek, W. F. (2017). Internalizing and Externalizing Problem Behavior: a Test of a Latent Variable Interaction Predicting a Two-Part Growth Model of Adolescent Substance Use. *Journal of Abnormal Child Psychology, 20*, 1-12.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*, 76-82.

- for Substance Use: Mapping Out the Next Generation of Research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 65, 1-5.
- Maraz, A., Andóc, B., Rigó, P., Harmatta, J., Takách, G., Zalka, Z., et al. (2016). The two-faceted nature of impulsivity in patients with borderline personality disorder and substance use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, 48-54.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change*. New York: The Guilford Press.
- Riper, H., Andersson, G., Hunter, S. B., de Wit, J., Berking, M., & Cuijpers, P. (2014). Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis. *Addiction*, 109, 394-406.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (Eleventh edition.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Settineri, S., Mento, C., Santoro, D., Mallamace, A., Bellingheiri, G., Savica, V., et al. (2012). Ego strength and health: An empiric study in hemodialysis patient. *Health*, 4, 1328-1333.
- Singh, N., & Anand, A. (2015). Ego-Strength and Self-Concept among Adolescents: A Study on Gender Differences. *The International Journal of Indian Psychology*, 8, 46-54.
- Soundararajan, S., Narayanan, G., Agrawal, A., Murthy, P. (2017). Personality Profile and Short-term Treatment Outcome in Patients with Alcohol Dependence: A Study from South India. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39, 169-175.
- Steinglass, P. (2009). Systemic-motivational therapy for substance abuse disorders: an integrative model. *Journal of Family Therapy*, 31, 155-174.
- Stevens, E., Jason, L. A., Ram, D., & Light, J. (2015). Investigating social support and network relationships in substance use disorder recovery. *Substance Abuse*, 36, 396-399.
- and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 418-426.
- Heinz, A. J., Bui, L., Thomas, K. M., & Blonigen, D. M. (2015). Distinct Facets of Impulsivity Exhibit Differential Associations with Substance Use Disorder Treatment Processes: A Cross-Sectional and Prospective Investigation Among Military Veterans. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 55, 21-28.
- Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2017). Drug abuse-associated mortality across the lifespan: a population based longitudinal cohort and co-relative analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, DOI 10.1007/s00127-017-1398-5.
- Kerr, W. C., Ye, Y., Greenfield, T. K., Williams, E., Lui, C. K., Li, L., & Lown, A. E. (2017). Changes in heavy drinking following onset of health problems in a U.S. general population sample. *Preventive Medicine*, 95, 47-51.
- King, J. B., Sainski-Nguyen, A. M., & Bellows, B. K. (2016). Office-Based Buprenorphine Versus Clinic-Based Methadone: A Cost-Effectiveness Analysis. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 30, 55-65.
- Kypri, K., Wilson, A., Attia, A., Sheeran, P., Miller, P., & McCambridge, K. (2016). Social Desirability Bias in the Reporting of Alcohol Consumption: A Randomized Trial. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77, 526-531.
- Leunga, D., Staigera, P. K., Haydena, M., Luma, J. A. G., Hall, K., Manning, V., & Verdejo-Garcia, A. (2017). Meta-analysis of the relationship between impulsivity and substance-related cognitive biases. *Drug and Alcohol Dependence*, 172, 21-33.
- Loree, A. M., Lundahl, L. H., & Ledgerwood, D. M. (2015). Impulsivity as a predictor of treatment outcome in substance use disorders: Review and synthesis. *Drug and Alcohol Review*, 34, 119-134.
- Madson, M. B., Schumacher, J. A., Baer, J. S., & Martino, S. (2016). Motivational Interviewing

- Watson, D., Clarke, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Wong, M. M., Nigg, J. T., Puttler, L. I., Fitzgerald, H. E., Jester, J. M., Glass, J. M., et al. (2006). Behavioral control and resiliency in the onset of alcohol and illicit drug use: A prospective study from preschool to adolescence. *Child Development*, 77, 1016-1033.
- Terzi, S. (2013). Secure attachment style, coping with stress and resilience among university students. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 1, 463-479.
- Tucker, J. S., D'Amico, E. J., Ewing, B. A., Miles, J. N. V., & Pedersen, E. P. (2017). A group-based motivational interviewing brief intervention to reduce substance use and sexual risk behavior among homeless young adults. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 76, 20-27.