

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افکار خودکشی و تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد به مواد مخدر

محبوبه ناطقی^۱، فرامرز سهرابی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۵/۰۲

چکیده

هدف: اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک پدیده در هر کشوری اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه رخداد می‌دهد که به جهت پیامدهای حاصل از آن، این پدیده در مقوله آسیب‌های اجتماعی قرار داده می‌شود که خود زمینه‌ساز بسیاری از آسیب‌های دیگر است. پژوهش حاضر باهدف سنجش اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افکار خودکشی و تکانشگری در نوجوانان انجام شد. **روش:** جامعه پژوهش حاضر شامل مراجعه کنندگان به کمپ‌های ترک اعتیاد شهرستان تهران بود. جهت انتخاب نمونه با استفاده از روش غیر احتمالی در دسترس، ۳۰ نفر انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. پرسش‌نامه‌های تکانشگری و افکار خودکشی مورد استفاده قرار گرفت. درمان شناختی رفتاری برای افراد گروه آزمایش اعمال شد اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس آزمون نیز برای هر دو گروه اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری، تکانشگری و افکار خودکشی نوجوانان دارای اعتیاد را به طور معناداری کاهش می‌دهد. **نتیجه گیری:** از این نوع درمان برای بهبود معتادان می‌توان بهره برد.

کلید واژه‌ها: افکار خودکشی، اعتیاد، تکانشگری، درمان شناختی رفتاری

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران،

پست الکترونیک: mnateghi44@yahoo.com

۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

مقدمه

اگرچه برخی آسیب‌های اجتماعی همواره در طول تاریخ بشر وجود داشته‌اند، اما صنعتی شدن و تغییر ساختار زندگی انسان‌ها سبب شده که شاهد بروز شدید برخی از این آسیب‌ها باشیم. سوءصرف مواد نیز که به بلای خانمان سوز شهرت یافته است، امروزه به یکی از مضلات بزرگ جوامع بشری تبدیل شده و کمتر کشوری را می‌توان یافت که به نوعی با این پدیده درگیر نباشد (استونس^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). کشور ایران یکی از کشورهای جهان است که به دلیل شرایط جغرافیایی، فرهنگی و سایر عوامل در معرض تهدید این پدیده قرار دارد. طبق گزارش دفتر پیشگیری از مصرف مواد و جرم سازمان ملل متعدد در سال ۲۰۰۵، کشور ایران دارای بیشترین تعداد سوءصرف کنندگان مواد افیونی به نسبت جمعیت در جهان است و بالاترین شیوع سوءصرف با ۲/۸ درصد در بین افراد در ایران وجود دارد. سوءصرف مواد و وابستگی به آن پدیده مزمن و عودکننده است که با صدمه‌های جدی جسمانی، مالی، خانوادگی و اجتماعی همراه است (محمدپور اصل فخاری، رستمی، قلی و حیدری، دستگیری، ۱۳۸۶). از جمله گروههایی که در معرض ابتلاء به این آسیب قرار دارند نوجوانان هستند.

۲۱۴
۲۱۴

اعتیاد و سوءصرف مواد مخدر یکی از موضوعات خاص مورد توجه روان‌شناسان بالینی و روان‌پژوهان است. چراکه این مسئله عواقب و اثرات منفی زیادی را برای جوامع در پی دارد (معظمی، ۱۳۸۸) و با مشکلات و پدیده‌های منفی زیادی از جمله خودکشی و خشونت در ارتباط است. گرایش به مواد مخدر به خصوص اعتیاد، امروزه یکی از مضلات جدی و مهم جامعه بشری شده است. قابل توجه است معضل مواد مخدر مربوط به یک جامعه یا یک کشور نیست، بلکه یک موضوع و معضل جهانی است، به طوری که جامعه شناسان اعتقاد دارند موضوع و مسئله مواد مخدر در کنار بلایای طبیعی، امراض و بیماری‌ها و جنگ به عنوان چهار مسئله اساسی دنیای امروز و جامعه بشری هستند و جوامع مختلف و انسان‌های را به چالش واداشته است. در گذشته فقط بزرگ‌سالان به اعتیاد گرایش داشتند و نوجوانان و جوانان به ندرت به آن روی می‌آوردند؛ اما بعد‌ها هنگامی که مرفین، هروئین،

کوکائین به بازار آمد مواردی از اعتیاد جوانان مشاهده شد (معظمی، ۱۳۸۸). اعتیاد حالتی است که در اثر آن شخص به طور کامل نسبت به یک دارو یا ماده اعتیادآور دیگری معتاد و وابسته می‌شود (میلر و مویرز^۱، ۲۰۱۵).

گرایش به موادمخدّر سبب می‌شود که معتاد ارزش‌های اخلاقی و هنجارهای جامعه را پاس ندارد و درنتیجه قوانین رازیز پا بگذارد. اعتیاد، بیماری پیچیده‌ای است که با ویژگی‌هایی همچون رفتارهای اجباری، وسوسه‌های مقاومت‌ناپذیر، رفتارهای جستجوگرانه مواد و مصرف مداوم آن حتی در شرایطی که پیامدهای منفی بسیاری برای فرد به همراه دارد، مشخص می‌شود. تداوم مصرف مواد در طی زمان و تأثیرات سمی طولانی مدت مصرف آن بر عملکرد مغز، منجر به دامنه وسیعی از بدکارکردی‌های رفتاری، روان‌شناختی، اجتماعی و فیزیولوژیکی شده که مانع از انجام رفتار و عملکرد طبیعی معتادان در خانواده، محیط کاری و در سطحی وسیع‌تر در جامعه می‌شود (سیم و وونگ^۲، ۲۰۰۸).

۲۱۵

۲۱۵

۳۹۶، دی‌ماه، شماره ۴۲، سال ۲۰۱۷
Vol. 11, No. 42, Summer 2017

رفتارهای تکانشی که گاه رفتارهای مخاطره‌آمیز نیز خوانده می‌شوند، طیف وسیعی از اعمالی را شامل می‌شوند که روی آن‌ها تفکر کمی صورت گرفته، به صورت نابالغ با وقوع آنی، بدون توانایی در انجام تمرکز بر یک تکلیف خاص، در غیاب یک برنامه‌ریزی مناسب، رخ می‌دهند و از ریسک و خطرپذیری بالایی برخوردار هستند (سگال، مورال و استونز^۳، ۲۰۱۴). تکانشگری به صورت یک بعد شناختی، مفهوم پردازی می‌شود. به این معنا که تکانشگری با عدم بازداری شناختی و روند تصمیم‌گیری کند و ناقص در افراد همراه است. تکانشگری یکی از وجه مشخصه‌های انواع اعتیاد است (بلین، مار، دالی، رابینز، و اوریت^۴، ۲۰۰۸). عده‌ای از افراد در تمامی موقعیت‌ها به صورت تکانشگری عمل می‌کنند (وابسته به صفت) در حالی که عده‌ای دیگر در موقعیت‌های به خصوص به این شیوه عمل می‌نمایند همانند مواجه شدن با نشانه‌های ایجاد کننده ولع مصرف (وابسته به موقعیت).

1. Miller & Moyers

2. Sim, & Wong

3. Segal, Morral, & Stevens

4. Belin, Mar, Dalley, Robbins, &

Everitt

از بین رفتن روابط صمیمی خانوادگی، وضعیت معيشی و یکاری فرد معتاد نیز موجب ایجاد خصومت، پرخاشگری، خشونت و همسر آزاری و خودکشی می‌شود. سبک‌های مقابله‌ای معتادان در مقایسه با غیر معتادان نیز از مهم‌ترین عوامل تکانشی بودن آن‌ها و هیجانی عمل کردن آن‌هاست. چون افراد معتاد بیش از افراد غیر معتاد از سبک مقابله‌ای همسان مدارانه و تکانشی استفاده می‌کنند، لذا جهت گیری عقلانی و کارآمدی نسبت به مشکلات و مسائل ندارند و غالباً در برخورد با مشکلات و افراد از شیوه‌های ناکارآمد و اغلب پرخاشگرایانه استفاده می‌کنند (نات، ۲۰۱۲).

در دهه‌های اخیر میزان خودکشی به عنوان مشکل عمده بهداشتی در میان جوانان افزایش یافته است (رونالد، ۲۰۰۲) بر اساس شواهد یکی از دلایل افزایش میزان خودکشی، افزایش سوءصرف مواد مخدر و روان‌گردنها است (کرونلی، ۱۹۹۰). سوءصرف مواد یکی از عوامل خطر مرتبه با خودکشی به شمار می‌آید (لیدل^۴ و همکاران، ۲۰۰۲)، حدود نیمی از خودکشی‌ها توسط افراد مبتلاه اختلالات صرف مواد صورت می‌گیرد (سگال، و همکاران، ۲۰۱۴). سوءصرف مواد از سال‌ها پیش به عنوان یکی از عوامل موارد خطرساز رفتارهای خودکشی گرا مطرح شده و در پژوهش‌های مختلف به اهمیت غریال‌گری و شناسایی معتادان در معرض خودکشی تأکید فراوان شده است (مورفی، ۱۹۸۸). مطالعات شیوع شناسی حاکی از ارتباط سوءصرف مواد، الکل و به خصوص اعتیاد به سوءصرف و وابستگی جسمی و روانی به چند ماده با افزایش احتمال افکار و رفتار خودکشی است و میزان شیوع رفتار خودکشی گرا در بین افراد معتاد بین ۱۷٪ (اسکوکیت^۵، ۱۹۸۶) تا ۲۹٪ (وایترز، کادورت، و ویدمار^۶، ۱۹۸۵) گزارش شده است. از طرفی مطالعات نشان داده است که اضطراب و افسردگی به اقدام به خودکشی ارتباط زیادی دارد (برونیچ^۷ و ویتچن^۸، ۱۹۹۴). افراد اقدام کننده به خودکشی در مقایسه با افراد

۲۱۶
216

سال پایاندهه شماره ۳۲ تابستان ۱۳۹۶
Vol. 11, No. 42, Summer 2017

-
- 1. Nutt
 - 2. Roland
 - 3. Krunly
 - 4. Liddle

- 5. Schuckit
- 6. Whitters, Cadoret, & Widmer
- 7. Bronisch
- 8. Wittchen

عادی دارای سابقه سوءصرف و وابستگی مواد هستند (اویویل^۱؛ لی، گایدیش، پاگانو، تاجیما، و پاسالاکوا^۲، ۲۰۱۵).

نوجوانان دارای اعتیاد روبرو به فزونی شده است، درمان‌های مختلف دارویی و غیر دارویی برای مشکلات ناشی از اعتیاد طراحی شده‌اند، اما نیاز است تا مشاوران و روان‌شناسان به درمان‌های غیر دارویی و روان‌شناختی برای حل مشکلات نوجوانان دارای اعتیاد پردازنند؛ یکی از درمان‌هایی که در مورد اختلال‌های مختلف روان‌شناختی مؤثر بوده، درمان شناختی رفتاری است. چون سوءصرف مواد به عنوان یک آسیب روانی و اجتماعی، خانواده‌های بسیاری را درگیر خود ساخته، لازم است از مدل توانبخشی مناسبی استفاده شود که در این مطالعه از روش درمان شناختی رفتاری گروهی استفاده شد. درمان گروهی نوعی درمان است که می‌تواند تعداد بیشتری از مراجعان را در زمان کمتری درمان کند. همچنین مزیت‌های درمان گروهی این است که اعضای گروه درنتیجه تعامل با یکدیگر و از طریق خود افشاگری، درجات حمایت همدلی از سوی دیگر اعضای گروه و همچنین احساس داشتن درد مشترک می‌توانند در مورد خود و مسائل شان به فهم و بینش عمیق‌تری دست یابند (محی الدینی، ۱۳۹۱). درمان شناختی رفتاری یک روش درمانی است که هم به دنبال تغییر نگرش رفتارهایی است که از یادگیری‌های ناکافی و غلط به وجود آمده است و هم به دنبال تغییر نگرش، باور و اعتقادات غیرمنطقی است. روش درمان شناختی رفتاری بر این نظریه استوار است که عامل تعیین‌کننده رفتار انسان، طرز تفکر او درباره خود و نقش خود در جهان است (садوک و سادوک^۳، ۲۰۰۷). با توجه به تأثیر اعتیاد بر افکار خودکشی و رفتارهای تکانشگری و با توجه به افزایش نوجوانان دارای اعتیاد، محقق به دنبال تدارک پاسخ علمی به این سؤالات است که آیا درمان شناختی رفتاری بر کاهش افکار خودکشی نوجوانان دارای اعتیاد اثربخش است؟ آیا درمان شناختی رفتاری بر کاهش تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد اثربخش است؟

1. Oboyl

2. Le, Guydish, Pagano, Tajima, & Passalacqua

3. Sadouk & Sadouk

روش

جامعه، نمونه، و روشنامه‌گیری

این پژوهش از نوع هدف کاربردی و از نوع داده‌ها، یک پژوهش کمی است. در این پژوهش از روش شباهنگی از نوع پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری این تحقیق، مراجعه کنندگان نوجوان به کمپ‌های ترک اعتیاد شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بود. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. جهت انتخاب نمونه ابتدا ۳ کمپ ترک اعتیاد انتخاب، و از میان مراجعه کنندگان به این کمپ‌ها ۳۰ نفر به عنوان افراد معتقد به موادمخدتر انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: اعلام اعتیاد به موادمخدتر توسط خود فرد، طول اعتیاد حداقل ۲ و حداکثر ۱۵ سال، داشتن سن بین ۱۵ تا ۲۲ سال، مصرف موادمخدتر از نوع قرص‌های روان‌گردن، هروئین، مورفین و ماری جوانا.

روند اجرا

روش اجرا بدین ترتیب بود که اول برای هر دو گروه (آزمایشی و گواه) پیش‌آزمون افکار خودکشی و تکانشگری اجرا شد. سپس جلسات درمان شناختی رفتاری برای گروه آزمایش اجرا شد (بسته درمانی در جدول ۱ ارائه شده است)، و بلافاصله بعد از اتمام مداخله، پس‌آزمون افکار خودکشی و تکانشگری برای هر دو گروه اجرا شد.

جدول ۱: بسته درمانی شناختی رفتاری به تفکیک جلسات

	جلسات
تکنیک‌های بکار رفته شده	
بازخورد انگیزشی فردی: مضرات ادامه مصرف مواد و عدم تغییر - فواید ایجاد تغییر در مصرف مواد - فواید ادامه دادن مصرف مواد و عدم تغییر - مضرات ایجاد تغییر در مصرف مواد.	اول
تعیین موقعیت‌های پرخطر - بین فردی و درون فردی - عوامل راهانداز (عواطف، افراد، مکان‌ها و اشیاء) - طرح‌های عملی برای مقابله با موقعیت‌های پرخطر	دوم
تعیین عوامل زمینه‌ساز برای سوء مصرف مواد، روش‌های برنامه‌ریزی برای مقابله با اشتیاق و میل برای مصرف مواد مانند: توقف ذهنی، تمرین ایجاد تعادل در تصمیم‌گیری، و به تأخیر اندختن.	سوم
مقابله با تفکر منفی - رابطه تفکر و عاطفة - تعیین الگوهای تفکر منفی - مبارزه با افکار منفی و بازسازی شناختی.	چهارم
تصمیمات به ظاهر نامرتب - هوشیار کردن فرد نسبت به موقعیت‌های پرخطر - تحلیل کارکردی تفکر هنگام خطر کردن.	پنجم
برنامه‌ریزی و پیش‌بینی وضعیت‌های اضطراری - پیش‌آمدن عوامل راهانداز غیرمنتظره یا موقعیت‌های پرخطر.	ششم

۲۱۸
۲۱۸

سال پایانی شماره ۳۶ تابستان ۱۳۹۶
Vol. 11, No. 42, Summer 2017

جدول ۱: بسته درمانی شناختی رفتاری به تفکیک جلسات

جلسات	تفکیک های بکار رفته شده
هفتم	مهارت های امتناع و مقابله با پی نهادهای مستقیم برای مصرف مواد- ایفای نقش برای تمرین پاسخ های جرأت ورزانه- انتقاد کردن و موردانه انتقاد اقع شدن- پاسخ دهی جرأت ورزانه به انتقاد- مهارت های تنفس زدایی- ایفای نقش.
هشتم	مدیریت خشم و مصرف مواد- تعیین علائم و نشانه های خشم- مهارت های تنفس زدایی- بازسازی شناختی درز مینه افکار برانگیزاننده.
نهم	بررسی کناره گیری از فعالیت های لذت بخش به عنوان نتیجه ای از مصرف مواد- تعیین فعالیت های لذت بخش به عنوان راه حل بدیل و سالم- برنامه ریزی برای انجام فعالیت های لذت بخش- ایجاد تعهد نسبت به پرداختن به وقایع لذت بخش.
دهم	ایجاد دوستی هایی که بر مصرف مواد متعر کر نیستند- قطع روابط خود با دوستان و آشیان که آسیب زا هستند- قطع ارتباط با فروشنده گان و مصرف کنندگان مواد- پیدا کردن گروهی مشکل از افراد حمایت کننده و تشکیل گروه های خود دیار.

ابزار

۱- مقیاس اندیشه خود کشی: این مقیاس توسط محمدی فر، حبیبی و بشارت (۱۳۸۴) ساخته

۲۱۹

۲۱۹

۳۶۰، شماره ۴۲، زیرزمین، Vol. ۱۱، No. ۴۲، Summer ۲۰۱۷

و هنجاریابی شده است. این مقیاس دارای ۳۸ گویه بوده که در طیف لیکرت از ۱ تا ۳ به معنای هر گز تا همیشه نمره گذاری می شود. نمره فرد بین ۱۱۴ تا ۳۸ متغیر خواهد بود. این

مقیاس ۵ بعد احساس گناه و خود تخریب گری، نالمیدی و احساس حقارت، انزواطلیبی و فقدان رابطه، رکود ایستایی و افسردگی را می سنجد. اعتبار این مقیاس از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای نمره کل و ۵ خرده مقیاس به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۴، ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و ۰/۷۲ گزارش شده است (محمدی فر و همکاران، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر اعتبار کل مقیاس از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

۲- مقیاس تکانشگری بارت (ویرایش یازدهم): این مقیاس که توسط ارنست بارت و همکاران در سال ۲۰۰۴ (نقل از عدالتی، ۱۳۸۶) ساخته شده، بر پایه نظریه شخصیتی بارت قرارداد که حاوی ۳۰ سؤال است و ۳ عامل (تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی برنامگی) را مورد ارزیابی قرار می دهد. سؤالات به صورت ۴ گرینه ای ((بهندرت تا تقریباً همیشه)) در جهندی شده اند و بیشترین نمره ۱۲۰ می باشد. پاتون، استانفورد و بارت (۱۹۹۵) همسانی درونی برای نمره کل را بین ۰/۸۳ تا ۰/۷۹ گزارش کردند. نادری و

حق‌شناس (۱۳۸۸) در پژوهشی برای نخستین بار در ایران به اعتباریابی مقیاس تکانشگری بارت با محاسبه همبستگی آن با مقیاس هیجان خواهی ذاکر من در جامعه دانشجویی پرداختند. ضریب همبستگی ۰/۲۸ و ضریب اعتبار آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ و به روش دونیمه کردن ۰/۶۰ به دست آمد. و همچنین روایی و اعتبار نسخه فارسی آن توسط اختیاری و همکاران (۱۳۷۸) انجام گرفته که نتایج پژوهش حاکی از روایی و اعتبار مطلوب آن است.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها

مولفه‌ها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	پیش آزمون	پس آزمون
احساس گناه و خود	آزمایش	۱۴/۱۸	۳۰/۲	۱۱/۱۲	۰/۳/۲	۱۱/۱۲
تخربیگری	گواه	۱۵/۱۷	۳۰/۲	۲۹/۱۷	۰/۱/۲	۲۹/۱۷
نالمیدی و احساس	آزمایش	۱۹/۱۵	۲/۴	۱۵/۱۰	۲/۱۴	۱۵/۱۰
حقارت	گواه	۱۹/۱۶	۴۱/۳	۲۳/۱۶	۱۳/۳	۲۳/۱۶
ازدواطی و فقدان رابطه	آزمایش	۱۰/۱۸	۳/۳	۷/۱۳	۲۰/۳	۷/۱۳
گواه	گواه	۱۱/۱۷	۱۲/۳	۱۹/۱۷	۰/۶/۳	۱۹/۱۷
رکود ایستایی	آزمایش	۹۰/۲۰	۲/۹۶	۶۳/۱۳	۳/۴۱	۶۳/۱۳
گواه	گواه	۹۰/۲۱	۲/۹۰	۱۴/۱۱	۲/۲۰	۱۴/۱۱
افسردگی	آزمایش	۹۰/۱۹	۲/۹۶	۶۳/۱۳	۳/۱۲	۶۳/۱۳
گواه	گواه	۹۰/۲۰	۲/۱۱	۰/۶/۱۹	۲/۲۶	۰/۶/۱۹
نمود کل افکار خودکشی	آزمایش	۹۰/۹۰	۱۳/۹۶	۶۹/۶۳	۱۷/۲۳	۶۹/۶۳
گواه	گواه	۳۱/۹۰	۱۳/۲۰	۵۸/۸۹	۱۲/۶۳	۵۸/۸۹
تکانشگری شناختی	آزمایش	۰/۳/۳۲	۳/۰	۱۲/۲۰	۷/۸/۲	۱۲/۲۰
گواه	گواه	۱۵/۳۰	۳/۰/۲	۹۶/۳۰	۳۰/۳	۹۶/۳۰
تکانشگری حرکتی	آزمایش	۲۳/۲۹	۲/۴	۱۵/۱۸	۴/۲۵	۱۵/۱۸
گواه	گواه	۱۹/۳۱	۴/۱/۳	۲۶/۳۱	۴۱/۳	۲۶/۳۱
بی برنامگی	آزمایش	۱۰/۲۹	۳۲/۲	۷۲/۲۰	۸۵/۴	۷۲/۲۰
گواه	گواه	۱۱/۲۶	۸۵/۲	۳۲/۲۶	۵۹/۳	۳۲/۲۶
تکانشگری کل	آزمایش	۰/۲/۹۰	۹/۶۳	۵۱/۵۹	۱۱/۶۳	۵۱/۵۹
گواه	گواه	۳/۸۹	۶۳/۸	۴۲/۹۰	۱۰/۶۷	۴۲/۹۰

برای بررسی فرضیه پژوهش می‌باشتی از تحلیل کواریانس چندمتغیری مانکوا استفاده شود. قبل از استفاده از آزمون مانکوا باید برخی از پیش‌فرض‌های مهم این آزمون مورد بررسی قرار گیرد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف نشان داد در گروه آزمایش تکانشگری ($Z=0.05$, $P>0.05$) و افکار خودکشی ($Z=0.05$, $P>0.05$) دارای توزیع نرمال می‌باشند. همچنین در گروه گواه نیز تکانشگری ($Z=0.05$, $P>0.05$) و افکار خودکشی ($Z=0.05$, $P>0.05$) دارای توزیع نرمال می‌باشند. نتایج آزمون لون برای بررسی همسانی واریانس‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون لون برای بررسی همسانی واریانس‌های خطای دو گروه

متغیرها	F	آماره	درجه آزادی	معناداری
افکار خودکشی	۱/۸۴۵	۲۸	۲۸	۰/۲۱۹
تکانشگری	۱/۲۲۵	۲۸	۲۸	۰/۲۸۵
احساس گناه و خود تخریب‌گری	۱/۱۴۵	۲۸	۲۸	۰/۳۲۶
نامیدی و احساس حقارت	۱/۸۵۹	۲۸	۲۸	۰/۱۱۱
انزواطی و فقدان رابطه	۱/۱۴۹	۲۸	۲۸	۰/۲۳۵
رکود ایستایی	۱/۶۳۵	۲۸	۲۸	۰/۶۳۵
افسردگی	۱/۷۴۵	۲۸	۲۸	۰/۴۲۵
تکانشگری شناختی	۱/۶۲۳	۲۸	۲۸	۰/۳۲۶
تکانشگری حرکتی	۱/۸۵۶	۲۸	۲۸	۰/۴۱۵
بی برنامگی	۱/۱۵۷	۲۸	۲۸	۰/۸۵۴

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در تمام متغیرها شرط برابری واریانس‌های خطای دو گروه برقرار است. نتایج بررسی برابری شبیه رگرسیون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج بررسی برابری شبیه رگرسیون بین گروه‌ها و پیش‌آزمون

متغیرها	منع	آماره	درجه آزادی	معناداری
افکار خودکشی	کنش مقابل (گروه و پیش‌آزمون)	۴/۶۷	۲۷	۰/۴۷
تکانشگری	کنش مقابل (گروه و پیش‌آزمون)	۲/۳۶	۲۷	۰/۵۵

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود مفروضه همگنی شبیه رگرسیون برقرار است. نتایج آزمون باکس نیز حکایت از همگنی ماتریس واریانس - کواریانس در افکار خودکشی ($M=9/85$, $F=1/12$, $P>0.05$) و تکانشگری ($M=7/52$, $F=1/59$, $P>0.05$) داشت. بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری برای

مولفه‌های افکار خودکشی انجام شد و نتایج آن حکایت از معناداری تفاوت داشت ($F=21/62$, $P<0.001$, $\eta^2=0.35$, =اندازه اثر). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت گروه‌ها در مولفه‌های افکار خودکشی

مولفه‌ها	میانگین محدودرات	آماره F	معناداری	مجدور اتا
احساس گناه و خود تخریب گری	۱۹۸/۲۵	۵/۷۴۰	۰/۰۰۰۵	۰/۲۰۳
نامیابی و احساس حقارت	۲۰۰/۴۱	۵/۸۹۰	۰/۰۰۰۵	۰/۲۶۹
انزواطی و فقدان رابطه	۱۵۲/۸۵	۴/۸۴۰	۰/۰۰۰۵	۰/۱۹۸
رکود ایستایی	۱۳۳/۷۴	۴/۱۹۰	۰/۰۰۰۵	۰/۱۳۶
افسردگی	۱۶۹/۸۵	۵/۳۶۰	۰/۰۰۰۵	۰/۲۵۳

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود در تمام مولفه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به آمار توصیفی می‌توان گفت درمان شناختی-رفتاری در کاهش نمرات مولفه‌های خودکشی موثر بوده است.

۲۲۲

222

همچنین، تحلیل کواریانس چندمتغیری برای مولفه‌های تکانشگری انجام شد و نتایج آن حکایت از معناداری تفاوت داشت ($F=26/74$, $P<0.001$, $\eta^2=0.752$, =اندازه اثر, $\eta^2=0.49$, =لامبایدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت گروه‌ها در مولفه‌های تکانشگری

مولفه‌ها	میانگین محدودرات	آماره F	معناداری	مجدور اتا
تکانشگری شناختی	۶۰۱/۱۲	۶/۴۱۰	۰/۰۰۰۵	۰/۳۰۱
تکانشگری حرکتی	۵۱۲/۳۵	۵/۷۵۰	۰/۰۰۰۵	۰/۲۸۹
بی برنامگی	۶۵۲/۱۳	۸/۰۲۰	۰/۰۰۰۵	۰/۳۵۲

همانگونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود در تمام مولفه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به آمار توصیفی می‌توان گفت درمان شناختی-رفتاری در کاهش نمرات مولفه‌های تکانشگری موثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

اعتیاد به موادمخدّر در هر کشوری اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه رخ می‌دهد که به جهت پیامدهای حاصل از آن، در مقوله آسیب‌های اجتماعی قرار داده می‌شود که خود زمینه‌ساز بسیاری از آسیب‌های دیگر است. در راستای شناخت و درمان هر چه بیشتر عوامل مربوط به اعتیاد، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افکار خودکشی و تکانشگری در نوجوانان مراجعه کننده به کمپ ترک اعتیاد شهر تهران انجام شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری در کاهش افکار خودکشی نوجوانان وابسته به موادمخدّر اثربخش بوده است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های فدایی، عاشوری، هوشیاری و ایزانلو (۱۳۹۰)، کیخاونی، چتری پور، صیدخانی نهال (۱۳۹۱)، نیکو گفتار و عنافچه (۱۳۹۳)، خجسته مهر، رجبی، و ستوده (۱۳۸۹)، زیب، سوکو، جی، و فلچر^۱ (۲۰۱۶)، هنگز و ماکزینسکی^۲ (۲۰۱۲)، استنلی، مارکمن، و ویتون^۳ (۲۰۰۹)، همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که نوجوانی دوره‌ای پراسترس و پرفشار است.

۲۲۳

223

۳۹۶، زیرزمین، شماره ۴۲، سال ۲۰۱۷
Vol. 11, No. 42, Summer 2017

مسائل مربوط به بلوغ، استقلال، مسائل تحصیلی، ارتباطات عاطفی با جنس مخالف، ارتباط با همسالان، رسانه‌ها و بسیار از عوامل دیگر باعث سردرگمی و استرس بیشتر نوجوان می‌شود. این مسائل در بسیاری از نوجوانانی که به سمت اعتیاد کشیده شده‌اند به صورت حاد تأثیرگذار بوده است. افکار خودکشی در بین نوجوانان دارای اعتیاد به دلایل مختلف روان‌شناختی، فرهنگی و اقتصادی بیشتر از نوجوانان عادی است. تحقیقات متعددی نشان داده است که افکار خودکشی با اختلالات روان‌شناختی مثل افسردگی همبستگی بالای دارند (کیخاونی، و همکاران، ۱۳۹۱؛ نیکو گفتار و عنافچه، ۱۳۹۳؛ زیب و همکاران، ۲۰۱۶). می‌توان گفت افرادی که از سلامت روانی کافی برخوردار هستند تلاش می‌کنند تا عقده‌های درونی خود را حل و فصل کنند و محیط خود را تا آنجا که ممکن است شکل دهند و تا جایی که ضرورت دارد با آن سازگار شوند. درواقع افراد سالم در برخورد با مشکلات به دنبال راه حل‌های منطقی هستند اما افراد افسرده چون انگیزه‌ای برای

1. Zeeb, Soko, Ji, & Fletcher
2. Henges, & Marczinski

3. Stanley, Markman, & Whitton

زندگی ندارند هنگام رویارویی با مشکلات به دنبال راهی برای فرار هستند که با توجه به مطالعات در افراد افسرده راه فرار، خاتمه دادن به زندگی است و هر اقدامی برای این عمل از فکر درباره آن شروع می‌شود که طبق تحقیقات افسرده‌گی عاملی قوی در پیش‌بینی فکر خودکشی و اقدام به خودکشی است. مرور پژوهش‌های انجام شده و پژوهش حاضر در مجموع نشان می‌دهد که در جاتی از آسیب و نقص در فرایند تصمیم‌گیری و افکار افراد وابسته به مواد وجود دارد. نقصی که ممکن است ناشی از پاره‌ای از صفات و گرایش‌های شخصیتی، آسیب‌های عصب شناختی، مصرف مواد، عدم دریافت آموزش‌های مناسب و کافی در زمینه مهارت‌های زندگی باشد. دیدگاه شناختی رفتاری به نوجوانان نشان می‌دهد افکار همیشه با احساسات و رفتار در ارتباط است. درنتیجه هر وقت نوجوان به هر شکل به سمت خودکشی پیش می‌رود، افکار یا اندیشه‌های خودکشی را تجربه خواهد کرد. نوجوان ارتباط بین افکار و احساسات خود را یاد می‌گیرد و بنابراین به طور بهتری می‌تواند این افکار را بشناسد و کنترل کند. بازسازی شناختی در طول درمان به بیمار کمک می‌کند تحریفات شناختی خود را بشناسد و این شناسایی بهنوعی به او کمک می‌کند تا مسیر منتهی شدن به خودکشی را پیش‌بینی و کنترل کند.

یکی دیگر از نتایج این پژوهش اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد بود. تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز در حالت کلی به بروز مشکلاتی در فرآیند تصمیم‌گیری اشاره دارد که می‌تواند شخص را به اتخاذ تصمیماتی با پیامدهای منفی گاه غیرقابل جبران سوق دهد. تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز می‌تواند به دلایل مختلف و باریشه‌های متفاوت رخ دهد. از سویی می‌تواند به عنوان یک پیامد رفتاری مؤلفه تکانشگری در افرادی که نوجویی بالایی دارند (کلونینجر¹، ۲۰۰۰) در نظر گرفته شود و از سوی دیگر، می‌تواند ناشی از ضعف در مهارت تصمیم‌گیری و عدم بهره‌مندی از دانش و مهارت کافی در این حوزه باشد. برخی مطالعات نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های زندگی شامل مهارت تصمیم‌گیری می‌تواند میزان تصمیم‌گیری‌های تکانشی و مخاطره‌آمیز را در افراد مصرف کننده مواد و الکل کاهش دهد (وودز²، ۲۰۰۲). اگرچه در گذشته،

۲۲۴
224

سال پیازدهم شماره ۳۶ تابستان ۱۳۹۶
Vol. 11, No. 42, Summer 2017

مطالعات و فرآیند درمان بیشتر بر جنبه‌های اجباری و ولع در مصرف مواد متمر کز بودند، اما امروزه آشکار شده که تکانشگری نیز عامل مهمی در شروع و تداوم اختلال مصرف مواد به شمار می‌رود.

نتایج این پژوهش با پژوهش‌های حدادی، رستمی، رحیمی‌نژاد، و اکبری (۱۳۸۸)، نورافکن روحی (۱۳۸۸)، مکری و همکاران (۱۳۸۷)، اختیاری و همکاران (۱۳۸۷)، کیخاونی، چتری‌پور، صیدخانی نهال (۱۳۹۱)، نیکو گفتار و عنافچه (۱۳۹۳)، هنگز و ماکرینسکی^۱ (۲۰۱۲)، فیشر اسمیت و گرین^۲ (۲۰۰۸)، همسو است. فصل مشترک این پژوهش‌ها این بوده است که تکانشگری عامل مهم و معناداری است که هم متمایز کننده افراد دارای سو مصرف مواد و هم همبستگی بالایی با شدت اعتیاد دارد. در اکثر مطالعاتی که درباره رابطه تکانشگری و اعتیاد انجام شده در گروه بیماران سرپایی وابسته به مصرف کوکائین و مصرف کنندگان تغیری محاد حتی پس از کنترل تأثیر، اختلال شخصیت ضداجتماعی بالا باقی می‌ماند (للاند و پولس، ۲۰۰۵). تحقیقات مولر و همکاران (۲۰۰۲) نیز نشان داد که تکانشگری بالا افراد را در معرض خطر بیشتری برای مصرف تغیری محاد قرار می‌دهد. برخی مطالعات بیان می‌کنند که بالا بودن تکانشگری می‌تواند نقش مهمی در آغاز مصرف مواد داشته باشد، و همین دلیل می‌تواند یکی از دلایل بالا بودن تکانشگری در نمونه‌های وابسته به مصرف مواد در این پژوهش باشد؛ رابطه بین تکانشگری و شکل‌گیری اختلالات مرتبط با مصرف مواد در مطالعه‌ای به این شکل نشان داد که افرادی در نوجوانی تکانشگر بودند به احتمال بیشتری در آینده، اقدام به مصرف مواد مخدر و الکل خواهند کرد (ماجک، بولت، و تنسلی، ۲۰۰۱). درمان شناختی رفتاری می‌تواند باهدف قرار دادن علائم در نوجوانان دارای اعتیاد موجب تعدیل تکانشگری و اضطراب آن‌ها شود. کاربرد این درمان با تأکید بر مدت زمان طولانی درمان مؤثر است. احتمالاً تأثیر این گونه درمان‌ها بر روی علائم خلقی از جمله اضطراب بسیار بارزتر خواهد بود. می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری به دلیل سازوکارهای نهفته در آن

۲۲۵

۲۲۵

۳۶۰، شماره ۴۲، زیرزمین، Vol. 11، No. 42، Summer 2017

1. Henges, & Marczinski
2. Fisher, Smith, & Grin

3. leland, & poules
4. Majak, Boldt, & Tensil

مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند، اثریخشی درمانی را افزایش دهد. بنابراین، افزایش انعطاف‌پذیری روان شناختی در درمان شناختی رفتاری و ایجاد تفکر مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند توانایی مقابله بیمار را در کنار آمدن با وسوسه و نشانه‌های ترک به عنوان شاخص اصلی تداوم مصرف در این بیماران را افزایش دهد (نریمانی، رجبی، و دلاور، ۱۳۹۲).

منابع

اختیاری، حامد؛ صفائی، هونم؛ اسماعیلی، غلامرضا؛ عاطف وحید، محمد‌کاظم؛ عدالتی، هانیه و مکری، آذرخش. (۱۳۸۷). روایی و پایابی نسخه‌های فارسی پرسشنامه‌های آیننک، بارت، دیکمن و زاکمن در تعیین رفتارهای مخاطره‌جویانه و تکانش‌گری. *مجله روانپژوهشی و روان‌شناسی* بالینی ایران، ۴(۳)، ۲۸۰-۲۶۹.

حدادی، روح‌الله؛ رستمی، رضا؛ رحیمی‌نژاد، عباس و اکبری، سعید (۱۳۸۸). اثریخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری کنترل تکانه بر کاهش تکانش‌گری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف کننده کراک. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۰(۳)، ۲۱۰-۱۷۵.

خجسته مهر، رضا، رجبی، غلامرضا و ستوده، سید امید (۱۳۸۹). بررسی اثر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش میزان خشنودی زناشویی در زنان. *فصلنامه مطالعات اجتماعی-روان‌شناسی* زنان، زنان، ۸(۲۴)، ۴۲-۲۵.

سموی، راحله؛ ابراهیمی، امرالله؛ موسوی، سید‌غفور؛ حسن‌زاده، اکبر؛ رفیعی، سعید (۱۳۷۹). الگوی مقابله با استرس در معتادین خود معرف: مرکز اعتیاد اصفهان. *محله روانپژوهشی و روان‌شناسی* بالینی ایران، ۶(۲-۳)، ۶۹-۴۲.

فلایی، زهرا؛ عاشوری، احمد؛ هوشیاری، زهرا؛ ایزانلو، بلاط (۱۳۹۰). تحلیل مسیر منع کنترل، نشانگان افسردگی و پیشرفت تحصیلی بر افکار خودکشی: نقش تتعديل کنندگی جنس. *اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۲)، ۱۵۹-۱۴۸.

کیخاونی، ستار؛ چتری پور، فاطمه؛ صیدخانی نهال، علی (۱۳۹۲). مقایسه افکار خودکشی و افسردگی در افراد اقدام کننده به خودکشی و سالم در استان ایلام در سال ۹۰-۹۱. ۱۳۹۰. *محله علمی دانشگاه علوم پژوهشی ایلام*، ۱(۲۱)، ۵۳-۴۷.

محمدپور اصل، اصغر؛ فخاری، علی؛ رستمی، فاطمه؛ قلی و حیدری، رضا؛ دستگیری، سعید (۱۳۸۶). بررسی اپیدمیولوژیک مصرف داروهای روان‌گردن و الكل در دانش آموزان دوم دبیرستان‌های پسرانه شهر تبریز. *محله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پژوهشی اردبیل*، ۴(۷)، ۴۰۸-۴۰۰.

محمدی‌فر، محمدعلی؛ حبیبی، مجتبی؛ بشارت، محمد علی (۱۳۸۴). ساخت و هنجاریابی مقیاس افکار خودکشی در بین دانشجویان. *محله علوم روان‌شناسی*، ۴(۱۶)، ۳۴-۲۵.

۲۲۶
۲۲۶

محی الدینی، حمید (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری در بهبود علاطم اختلال وسوسی اجباری و ارتقاء سلامت روان مبتلایان به این اختلال، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی بیر جند.

معظمی، شهلا (۱۳۸۸). برهکاری کودکان و نوجوانان، دادگستر، چاپ نخست، تهران.

مکری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ عدالتی، هانیه؛ نادری، پریسا (۱۳۸۷). ارتباط شاخص‌های تکانشگری و رفتارهای مخاطره جویانه با شدت ولع مصرف در گروه‌های مختلف معتمدان به مواد افیونی. *مجله روانپردازی و روانشناسی* بالینی ایران، ۵۴(۵)، ۲۶۸-۲۵۸.

نادری، فرح؛ حق شناس، فریبا (۱۳۸۸). اعتبار یابی مقیاس تکانشگری بارت (BIS-11) و رابطه تکانشگری و احساس تنهایی با میزان استفاده از تلفن همراه در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اموزان، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

نریمانی، محمد؛ رجبی، سوران؛ و دلاور، سیما (۱۳۹۲). تاثیر آموزش نوروفیدبک بر کاهش علایم یش فعلی و نقص در دانشجویان دختر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۶(۲)، ۱۰۳-۹۱.

نورافکن روحی، نسیم (۱۳۸۸). مقایسه میزان نگهداری سطح توجه بین افراد معتمدان به مواد محرك و معتمدان به مواد مخدر و افراد سالم، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

نیکو گفتار، منصوره؛ عنافچه، شهلا (۱۳۹۳). مقایسه تکانش گری بین افراد مبتلا به ایدز، افراد دارای سوء مصرف مواد و همتایان سالم. *فصلنامه اعتماد پژوهی*، ۸(۳۱)، ۴۴-۳۵.

۲۲۷

۲۲۷

۳۶۰، شماره ۴۲، تابستان ۲۰۱۷
Vol. 11, No. 42, Summer 2017

- Belin, D., Mar, A. C., Dalley, J. W., Robbins, T. W., & Everitt, B. J. (2008). High impulsivity predicts the switch to compulsive cocaine-taking. *Science*, 320(5881), 1352-1355. DOI: 10.1126/science.1158136.
- Bronisch, T., & Wittchen, H. U. (1994). Suicidal ideation and suicide attempts: comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance abuse disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244(2), 93-98.
- Bronisch, T., & Wittchen, H. U. (1994). Suicidal ideation and suicide attempts: comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance abuse disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244(2), 93-98.
- Cloninger CR. (2000). Biology of personality dimensions. *Current Opinions in Psychiatry*, 13, 611-616
- Daftor, O. (2006). Neural mechanisms of addiction: the role of reward-related learning and memory. *Annual Review of Neuroscience*, 29, 565-598. DOI: 10.1146/annurev.neuro.29.051605.113009.
- Fisher, J., Smith, P. K., Green, P. (2008). Cyberbullying: Its nature and impact in secondary school pupils. *Journal of child psychology and psychiatry*, 49(4), 376-385.
- Henges, A. L., & Marczinski, C. A. (2012). Impulsivity and alcohol consumption in young social drinkers. *Addictive behaviors*, 37(2), 217-220.
- Krunly, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American psychologist*, 45(5), 612-630.

- Le, T., Guydish, J., Pagano, A., Tajima, B., & Passalacqua, E. (2015). Smokers in addiction treatment see their risk of tobacco-related disease as lower than that of an average smoker. *Drug & Alcohol Dependence*, 146, e171. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2014.09.381.
- leland, S. M. M., & poules, M. (2005). Obsessive compulsive disorder among outpatient referrals to dermatologic clinics of Isfahan. *The Horizon of Medical Sciences*, 13(2), 52-56.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Quille, T. J., Dakof, G. A., Mills, D. S., Sakran, E., & Biaggi, H. (2002). Transporting a research-based adolescent drug treatment into practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(4), 231-243.
- Majak, P., Boldt, S., & Tensil, M. D. (2001). The use of drugs within the techno party scene in European metropolitan cities. *European addiction research*, 7(1), 2-23.
- Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2015). The forest and the trees: relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction*, 110(3), 401-413.
- Nutt, D. (2012). Drugs without the hot air: Minimizing the harms of legal and illegal drugs. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(12), 1060-1061.
- Oboyl, L. (1998). Co-occurrence of abuse of different drugs in men: the role of drug-specific and shared vulnerabilities. *Archives of general psychiatry*, 55(11), 967-972.
- Sadouk, N., Sadouk, k (2007). Similar effect of cueing conditions on attentional and saccadic temporal dynamics. *Journal of vision*, 10(4), 21-21.
- Schuckit, M. A. (1986). Genetic and Clinical Implications of. *American Journal of Psychiatry*, 143(2), 140-147.
- Segal, B., Morral, A. R., & Stevens, S. J. (2014). Adolescent substance abuse treatment in the United States: Exemplary models from a national evaluation study. Routledge.
- Sim, T., & Wong (2008). Biological, clinical and population relevance of 95 loci for blood lipids. *Nature*, 466(7307), 707-713.
- Zeeb, F. D., Soko, A. D., Ji, X., & Fletcher, P. J. (2008). Low impulsive action, but not impulsive choice, predicts greater conditioned reinforcer salience and augmented nucleus accumbens dopamine release. *Neuropsychopharmacology*, 41(8), 2091-2100. DOI: 10.1038/npp.2016.9.
- Stanford, M.S., & Barratt, E.S. (2009). Impulsivity and the multi impulsive personality disorder. *Personality and Individual Differences*, 13(4), 831-834.
- Stanley, S. M., Markman, H. J., & Whitton, S. W. (2009). Communication, conflict, and commitment: Insights on the foundations of relationship success from a national survey. *Family process*, 41(4), 659-675.
- Stevens, L., Verdejo-García, A., Goudriaan, A. E., Roeyers, H., Dom, G., & Vanderplaschen, W. (2014). Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: a review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(1), 58-72.
- Whitters, A. C., Cadoret, R. J., & Widmer, R. B. (1985). Factors associated with suicide attempts in alcohol abusers. *Journal of affective disorders*, 9(1), 19-23.
- Woods, M. B. (2002). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal psychology*, 78, 107-126.

۲۲۸
228

سال بیاندھم، شماره ۳۲، تابستان ۱۳۹۶
Vol. 11, No. 42, Summer 2017