**تكانشگري:**

خصوصیات شخصیتی می توانند نقش مهمی در توزیع تفاوت های فردی موثر در اختلالات متعدد را بازی کنند. یکی از خصیصه های شخصیتی که هم در جامعه بهنجار و هم در سطح بالینی می تواند مورد توجه قرار گیرد، تکانشگری[[1]](#footnote-1) است. رفتار های تکانشی جزء مهمی از رفتارهای روزانه ما هستند. این رفتارها که به آن ها، رفتارهای مخاطره آمیز یا مخاطره جویانه هم گفته می شود، طیف وسیعی از اعمالی را شامل می شود که روی آنها تامل کمتری صورت گرفته، به صورت نابالغ بروز می یابند، از خطر پذیری بالایی برخوردارند و در بسیاری از موارد در نهایت با وجود پاداش های آنی، عواقب نامناسبی را به همراه دارند ( مکری،1387). به عبارتی منظور از تکانشگری، "عمل بدون تفکر" و "عمل بدون ارزیابی پیامدها" است (اتلت[[2]](#footnote-2) ، 2007).

**ویژگی های رفتار تکانشی**

تکانشگری و رفتار تکانشی دارای سه ویژگی اساسی است که آن را از اصطلاحات مشابهی مانند بیش واکنشی[[3]](#footnote-3) جدا می کند. این رفتارها شتاب زده، برنامه ریزی نشده[[4]](#footnote-4)، بدون فکر و مستعد اشتباه[[5]](#footnote-5) هستند؛ در حالی که در بیش واکنشی به جای تاکید بر سرعت بروز عکس العمل، تاکید بر شدت و زمانی است که عکس العمل رخ می دهد (سوان[[6]](#footnote-6) و هولاندر[[7]](#footnote-7)، 2002 به نقل از اختیاری، رضوان فرد، و مکری،1387). همچنین نوع رفتارهای تکانشی برخلاف رفتارهای اجباری[[8]](#footnote-8) است که فرد بر وجود رفتار آگاهی دارد، و هدف از رفتار، نه کسب لذت، بلکه عموما دوری از یک اضطراب می باشد، همینطور متفاوت از رفتارهایی است که ناشی از نارسایی در داوری[[9]](#footnote-9) و تصمیم گیری است که در آن فرد در مرحله قضاوت اختلال دارد (مولر[[10]](#footnote-10) و همکاران، 2001).

فرایند تصمیم گیری یا برگزیدن یک گزینه از میان چندین گزینه، جهت مدیریت شرایط ایجاد شده، یکی از عالی ترین پردازش های شناختی به شمار می رود. تکانشگری، گونه ای ویژه از این فرایند می باشد، که به عنوان تصمیم گیری مخاطره آمیز[[11]](#footnote-11) شناخته می شود. این تصمیم گیری در شرایطی پردازش می شود که شخص با گزینه هایی روبرو می گردد که انتخاب آن ها باری از سود وزیان را در حال یا آینده به دنبال دارد. تصمیم گیری مخاطره آمیز اهمیت بالایی در زندگی فردی و اجتماعی افراد داشته، و اختلال در آن هسته اصلی پدیده تکانشگری و رفتارهای تکانشی را به دنبال دارد. رفتارهای تکانشی که در برخی رویکردها رفتارهای مخاطره آمیز نیز خوانده می شوند، عملکردهایی هستند که اگر چه تا اندازه ای با آسیب یا زیان های احتمالی همراه هستند، اما امکان دست یابی به گونه های پاداش را نیز فراهم می آورند.

رفتار تکانشی به وسیله تعاریف دارای وجه اشتراک و گاهی هم، متناقض تشریح شده اند. برخی از این تعاریف شامل: رفتار بدون تفکر کافی؛ عمل به غریزه بدون مهار ایگو و عمل سریع ذهن بدون دور اندیشی و قضاوت هشیار می باشند. بنابراین تکانشگری می تواند نقطه عطف بسیاری از اختلالات و آسیب های اجتماعی مثل خشونت، قمار، بازی های بیمارگونه، سوء مصرف مواد، رفتارهای پرخطر جنسی و اختلالات شخصیت مرزی و ضد اجتماعی باشد.

بنابر آنچه گفته شد، گاه تکانشگری را معادل کاهش ارزش تعویقی[[12]](#footnote-12) تعریف می کنند. یعنی تمایل به انتخاب پاداش های کم ولی سریع، در برابر پاداش های بزرگ تر ولی دیررس( ریچاردز[[13]](#footnote-13)، زانگ[[14]](#footnote-14)، میچل و دویت[[15]](#footnote-15)، 1999). بنابراین فردی که در برابر تاخیر در ارضاء شدن، حاضر به پذیرفتن مقادیر کمتری از پاداش می شود، تکانشگرتر است( لوگو[[16]](#footnote-16)،1998؛ هیمن[[17]](#footnote-17)، 1996).

**ابعاد تکانشگری**

تکانشگری دارای یک ساختار چند بعدی است که ابعادی مانند جهت دهی به زمان حال[[18]](#footnote-18)، کاهش تدریجی پاداش تاخیری[[19]](#footnote-19)، مهار گسیختگی رفتاری[[20]](#footnote-20)، خطر پذیری[[21]](#footnote-21)، هیجان طلبی[[22]](#footnote-22)، حساسیت به پاداش[[23]](#footnote-23)، مستعد بی حوصلگی بودن[[24]](#footnote-24)، لذت جویی[[25]](#footnote-25)، ضعف برنامه ریزی[[26]](#footnote-26) و... است. تکانشگری به عنوان صفت شخصیتی پایه (هرپرتز و سس[[27]](#footnote-27)، 1997) با تعیین کنندگی زیستی (هیث[[28]](#footnote-28) و دیگران، 1994 به نقل از اتلت و دیگران، 2007) هم در نظر گرفته شده است.

رفتارهای تکانشگری به عملکردهایی اطلاق می شوند که اگرچه با درجاتی از آسیب یا ضرر بالقوه همراهند، احتمال دستیابی به انواعی از پاداش های زود هنگام را نیز دارا می باشند. این رفتارها باید دارای سه ویژگی زیر باشند:

الف) انتخاب بین دو یا چند گزینه با پاداش احتمالی

ب) همراهی یکی از گزینه ها با احتمال رویداد عواقب و نتایج ناگوار

ج) نامعلوم بودن احتمال نتایج و عواقب ناگوار در زمان وقوع رفتار (اتلت و دیگران، 2007).

در کنار مفهوم تکانشگری، مفاهیمی مانند مخاطره جویی[[29]](#footnote-29) (آیزنک[[30]](#footnote-30) و همکاران، 1985)، هیجان طلبی[[31]](#footnote-31) (زاکرمن[[32]](#footnote-32)،1994)، و رفتارهای مخاطره جویانه[[33]](#footnote-33) نیز مطرح می باشد، که این مفاهیم عموما مفاهیمی اختصاصی تر همچون نوجویی[[34]](#footnote-34) (زاکرمن، 1994)، آسیب گریزی[[35]](#footnote-35) و پاداش طلبی[[36]](#footnote-36) را به دنبال خواهند داشت (هیث و دیگران، 1994 به نقل از اتلت و دیگران، 2007)

**2-1-1-1- رویکردهای مختلف در تحلیل رفتارهای تکانشگری**

ویژگی "تکانشگری" در چند دیدگاه نظری مورد بررسی قرار گرفته است که به مهم ترین آنها اشاره می کنیم.

**1ـ** رویکرد شخصیت شناسانه

دیکمن (1990)، دو نوع تکانشگری را از هم متمایز ساخت:

الف) «تکانشگری غیرکارکردی» یا گرایش به انجام عملی با کمترین آینده نگری که بروز مشکلات را در پی دارد، ب) «تکانشگری کارکردی» (کنشی)[[37]](#footnote-37) یا گرایش به انجام عملی با کمترین آینده نگری، زمانی که همه شرایط بهنجار است (به نقل از اختیاری و همکاران، 1387). دیکمن، کژکنشی را به سه گروه جداگانه تقسیم می کند: 1- تکانشگری توجهی[[38]](#footnote-38): بررسی ها نشان داده است که این گروه از افراد تکانشگر نسبت به بقیه، زمان آمادگی کمتری برای تمرکز کردن روی تکالیف صرف می کنند، اما در بخش هایی که نیاز به تعویض سریع تمرکز از مطلبی به مطلب دیگر می باشد، بهتر از بقیه عمل می کنند.

 2- تکانشگری بازتابی[[39]](#footnote-39): این تکانشگری به صورت نبود هماهنگی میان یک محرک محیطي و پاسخ فرد تعریف می شود. به نظر می رسد این نوع، نوع توجهی را هم در بر مي گیرد. 3-تکانشگری مهارگسیخته[[40]](#footnote-40): اختلال در مهار برخی پاسخ ها به از دست دادن پاداش می انجامد كه در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفته است. مقیاس تکانشگری بارت[[41]](#footnote-41)، در محدوده این رویکرد قرار می گیرد، که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفته است.

باس و پلومین (1975) نبود کنترل بازدارنده را به عنوان هسته مرکزی بحث تکانشگری معرفی کردند، اما عواملی مانند زمان تصمیم گیری، نبود اصرار و پافشاری و نیاز به حس جویی را از جنبه های مهم موثر در تکانشگری دانستند (اوندن، 1999، به نقل از اختیاری و همکاران،1387).

کلونینجر[[42]](#footnote-42)(1987) بر پایه یک نظریه زیستی- اجتماعی هر شخصیت را شامل درجاتی از 3 بخش زیر می داند: نوجویی، پرهیز از خطر و پاداش جویی. وی شخصیت های تکانشی را کسانی معرفی کرد که الف) دارای میزان بالایی از نوجویی هستند به طوری که پیوسته برای رسیدن به هوس های زودگذر دست به عمل می زنند، ب)کمتر از خطر پرهیز می کنند یعنی براي رسیدن به هوس های زود گذر دست به عمل می زنند، ج) پیش از آنکه تلاش کامل در زمینه ای انجام دهند، از آن دست می کشند یعنی اصرار و پافشاری لازم را ندارند (اختیاری و همکاران، 1387).

آیزنک (1985) شخصیت را بر پایه 3 ویژگی اساسی تبیین نمود: برون گرایی[[43]](#footnote-43)، روان پریش گرایی[[44]](#footnote-44) و روان رنجورگرایی[[45]](#footnote-45). درهمان سال وی ویژگی اجتماعی بودن را بخشی از صفات کلی برون گرایی و صفت تکانشگری را بخشی از ویژگی کلی روان رنجوری طبقه بقه بندی کرد. وي بخشی از ویژگی تکانشگری را ترکیبی از چهار ویژگی زیر دانست: تکانشگری منحصرانه یا متعصبانه، ناتوانی در تصمیم گیری، سرزندگی و خطرپذیری. به طور کلی آیزنک (1993) تکانشگری را خطرپذیری نا آگاهانه می داند.

1. **رویکرد رفتارگرایانه**

برخلاف سایر رویکردها که بر پایه گزارش های شخصی استوار است، این رویکرد به سنجش عینی و ثبت رفتارهای تکانشگرانه می پردازد. در این رویکرد رفتار های جانوری نیز بررسی می شود. دو بحث بازداری رفتاری[[46]](#footnote-46) و زمان سنجی رفتاری[[47]](#footnote-47) در این زمینه مطرح است.

الف) بازدارندگی رفتاری: سوبریه[[48]](#footnote-48) (1986) با دستکاری دارو شناختی دستگاه سرتونرژیک دریافت که یاخته هايی عصبی سرتونرژیک، زمانی که نیاز به بازداری رفتاری است، فعال می شوند. لینویلا[[49]](#footnote-49) (1983) میزان پایین در مایع مايع مغزی- نخاعی را با اختلال در کنترل تکانه ها همراه دانست. هرنشتاین[[50]](#footnote-50) (1964) نیز الگوهایی را برای ارزیابی کمی مفهوم تکانشگری بر پایه نظریه های رفتاری ارائه داد.

ب) زمان سنجی رفتاری: وان دن بروک[[51]](#footnote-51) ، فلچر[[52]](#footnote-52) و ریزدن[[53]](#footnote-53) (1993) به بررسی تاثیر زمان بر تکانشگری پرداختند. به باور آنها، افراد تکانشگر در ارزیابی زمان مشکل دارند و از این رو زمان برای آنها بسیار آهسته تر از افراد بهنجار می گذرد. پژوهش های هو[[54]](#footnote-54)، الزهرانی[[55]](#footnote-55) و والازکوز- مارتینز[[56]](#footnote-56) (1995) هم در محدوده رویکرد رفتارگرایانه جای می گیرد (به نقل از اختیاری و همکاران، 1383).

**2- رویکرد زیستی**

بررسی ها نشان داده اند که دو عامل زیستی عمده بر پدیده های تکانشگری و خشونت آمیز تاثیرگذار هستند.

الف)سروتونین به عنوان میانجی عصبی درگیر در تکانشگری

ب)لوب فرونتال به عنوان مرکز عصبی درگیر تکانشگری

**3- رویکرد اجتماعی**

در این رویکرد تکانشگری به عنوان یک رفتار آموخته شده از محیط، به شمار می رود. کودک بر اساس تجربیات خود می آموزد برای بدست آوردن پاداش، واکنش شتاب زده نشان دهد. از این رو افراد تکانشگر فرصت ارزیابی پیامد های رفتار خود را نخواهد داشت (مولر و همکاران، 2001، به نقل از اختیاری و همکاران، 1387). بر این اساس تکانشگری می تواند در پاره ای از اجتماعات، یک رفتار شایسته و سودمند به حساب آید (اختیاری و همکاران، 1387).

**2-1-1-2- تکانشگری و جایگاه آن در اختلالات روانی**

یک مطالعه شیوع شناسی نشان داد که تلاش های خودکشی تکانشی، با نمرات بالا در مقیاس نومیدی بک و نمرات پایین افسردگی رابطه دارد (سیمون[[57]](#footnote-57) و دیگران، 2001، به نقل از سوان و دیگران، 2002). یک جنبه از تکانشگری که بوسیله مقیاس تکانشگری بارت سنجیده می شود، تکانشگری عدم برنامه ریزی کردن یا کاهش احساس نسبت به آینده[[58]](#footnote-58) است. این جنبه از تکانشگری ممکن است با ناامیدی و افسردگی رابطه داشته باشد (سوان و دیگران،2002).

نتایج تحقیقی (سوان[[59]](#footnote-59) و دیگران، 2002) که روی بیماران دوقطبی (آزمودنی هایی با تشخیص اختلال دوقطبی که در گروه هایی در زمان اجرای تحقیق، دوره افسردگی، دوره مانیا و یا دوره اختلال خلقی را تجربه نمی کردند) جایگذاری شده بودند، نشان داد که نمره تکانشگری در مجموع و در زیر مقیاس توجهی، مستقل از نمرات مانیا است. اما، نمرات تکانشگری حرکتی، با نمرات مانیا و نمرات تکانشگری عدم برنامه ریزی با نمرات افسردگی همبستگی مثبت دارد. همچنین بدست آمد که در بین نشانه های افسردگی، ناامیدی، فقدان احساس لذت و خودکشی، قوی ترین رابطه را با نمرات این مقیاس داشتند. گفتنی است بر طبق این پژوهش، تکانشگری، بیشتر با مقیاس های عمل و انگیزش رابطه دارد تا مقیاس های افسردگی و مانیا.

**2-1-1-3-علل رفتار تکانشگرانه**

با توجه به آسیب پذیری جامعه نسبت به تکانشگری و عواقب بروز آن، ضروری می باشد که علل این گونه رفتارهای مخاطره آمیز به درستی روشن و مشخص گردد. چه بسا که با روشن شدن ریشه های رفتارهای تکانشگرایانه و بر طرف کردن دلایل احتمالی وقوع این رفتارها، تا حدود زیادی بتوان به پیش گیری از بروز آن ها پرداخت.

در این میان خانواده به عنوان اولین نهاد اجتماعی باید مورد توجه خاص قرار بگیرد. خانواده در عین حال یکی از واحدهای مهم تعیین کننده سرنوشت افراد جامعه است و رفتارهای والدین در این واحد از عوامل بسیار مهم تعیین کننده بر وضعیت فرزندان آن ها می باشد. متاسفانه در بسیاری از موارد والدین دارای رفتارهای پرخاشگرانه و نابجا با یکدیگر و حتی با فرزندان می باشند که می تواند عواقب ناخواسته زیادی مثل اختلال توجه و اضطراب را در فرزندان ایجاد کند. وامقی و همکاران(1386)، در این رابطه می نویسند: بسیاری از کودکان و نوجوانان در خانه های خود شاهد خشونت بزرگسالان نسبت به یکدیگر بوده اند. برای مثال در ایالات متحده حدود 3/3 میلیون کودک در سال در خطر مواجهه با خشونت والدین خود با یکدیگر می باشند. حتی کودکان خود نیز ممکن است قربانی خشونت خانوادگی باشند. اما در هر دو حال از آن تاثیر می پذیرند. نکته قابل توجه آن است که آمارها نشانگر میزان بالاتری از تکانشگری در جمعیت نرمال ایران نسبت به جمعیت نرمال غربی بوده است و درصد سوء رفتار نیز در خانواده ای ایرانی بالاتر می باشد. به گونه ای که حدود هفتاد درصد خشونت علیه کودکان در محیط خانه رخ می دهد، که سهم مادران از آن حدود 28 درصد می باشد. این گونه وقایع در دوران کودکی و محیط خانوادگی علاوه بر اثرات سوء مشخص بر کودکان می تواند در بروز تکانشگری های بعدی موثر باشد.

تحلیل های همبستگی نیز نشان داده اند که نوجوانان دارای خشونت به طور معنادار سطح بالاتری از تکانشگری را تجربه می کنند. یافته ها نشان می دهند که مواجهه با خشونت، بدرفتاری و وقایع منفی در دوران کودکی تماما در بروز رفتارهای تکانشگرایانه و پرخطر آنها در نوجوانی تاثیر گذار است. در ارتباط بین مولفه های خشم، رفتار پرخانشگرانه و همچنین رفتارهای تکانشی تحقیقات بسیاری انجام گرفته است. ال[[60]](#footnote-60) و همکاران (2004) در بررسی خود بر روی 99 بیمار دارای اختلال مرضی نشان دادند که کنترل پرخاشگری در آن ها موجب کنترل تکانشگری می شود و بین سطح پرخاشگری و تکانشگری رابطه معنی دار قوی وجود دارد.

یک سازه دیگر روانشناختی که می تواند در میزان تکانشگری نقش داشته باشد، کارایی حل مساله می باشد. به طور کلی حل مساله به یک فرایند شناختی-رفتاری ابتکاری اطلاق می گردد که به وسیله آن فرد می خواهد راهبردهای موثر و سازش یافته مقابله ای برای مشکلات روزمره را تعیین، کشف یا ابداع کند. افراد تکانشگر بدون در نظر گرفتن اثرات فعالیت خود دست به اقدام عاجل می زنند. این افراد در مهار پاسخ خود مشکل دارند و پاداش آنی را به پیامد تاخیری ترجیح می دهند. همچنین سبک پردازش اطلاعات با تکانشگری ارتباط دارد. اندرو و مورالز[[61]](#footnote-61)(2005)، عقیده دارند که افراد تکانشگر سبک پردازش اطلاعات سریعی داشته و در بازداری پاسخ با مشکل مواجه هستند. همچنین آن ها معتقدند که تکانشگری ممکن است مانعی بر سر یادگیری در سال های نخستین تحول باشد.

با توجه به نکات گفته شده می توان چنین بیان کرد که افراد تکانشگر در انجام موفقیت آمیز بسیاری از تکالیف شناختی با مشکل مواجه هستند. این مشکل احتمالا هنگامی خودش را بیشتر بارز می سازد که یافتن پاسخ تکالیف آموزشی ارایه شده مستلزم تلاش دیرپا و تفکر عمیق باشد، در چنین موقعیت هایی آن ها احتمالا شیوه کم دقتی را اتخاذ نموده و از راهبردهای ضعیف تری در حل مساله استفاده می کنند.

از دیگر پیش بین های تکانشگری می توان به خطرپذیری اشاره کرد. خطرپذیری تمایل به انجام اموری تلقی می شود که با درجاتی از عواقب مثبت ومنفی همراه می باشد ( جسر[[62]](#footnote-62)، 1998). بررسی های انجام شده نشانگر این می باشد که افرادی که به رفتارهای پرخطر می پردازند درصد بالاتری از تکانشگری را دارا می باشند.

شوشتری و عابدی(1390) نشان دادند که مداخلات زود هنگام مبتنی بر بازی های کودک محور می تواند از عوامل موثر در میزان بیش فعالی-تکانشگری کودکان پیش دبستانی باشد. پس از دیگر عوامل پیش آیند و زمینه ساز عدم بروز تکانشگری می تواند مداخلات زودهنگام می باشد. بهبود بیش فعالی-تکانشگری تا حدود زیادی به تجارب کودک ارتباط دارد. کودک تجارب خود را از طرق متفاوتی به ویژه بازی ها در دوران رشد به دست می آورد. بنابراین اگر بتوان به غنی سازی محیط و بسترسازی برای بازی های گروهی و حرکتی اقدام نمود، احتمالا به رشد و بهبود بیش فعالی-تکانشگری کودکان کمک خواهد شد. لذا بهتر است که متولیان امور آموزش، به طراحی بازی هایی بپردازند که کودکان در آن حداکثر استفاده را در جهت بهبود و تقویت توجه و کاهش رفتارهای تکانشگرایانه به کار ببرند.

**2-2- پیشینه تحقیق**

تنظیم شناختی هیجان به عنوان مولفه ای بسیار تاثیرگذار و مهم در سلامت روان به عنوان یکی از مهم ترین مفاهیم در علوم روانشناختی نظر بسیاری از دانشمندان را به خود معطوف نموده است، لذا آمار مطالعه و پژوهش در این زمینه طی سال های اخیر سیر صعودی به خود گرفته و بحث و بررسی های مختلفی در این زمینه صورت پذیرفته است. در همین راستا در پژوهش حاضر موضوع تکانشگری یا رفتار مخاطره آمیز به عنوان نتیجه و بسامدی مهم از بروز اختلال در سلامت روان مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین به بحث و بررسی تاب آوری به عنوان مهار کننده ای موثر در مقابل رفتار های تکانشگرانه و مخاطره آمیز پرداخته شده است. بنابر این در این بخش مستند بر تحقیقات و پژوهش های صورت گرفته گذشته به تفصیل در رابطه با تاثیر متقابل، رابطه دو به دو، همبسته ها و عوامل موثر بر مولفه های تاب آوری، تنظیم شناختی هیجان و به ویژه تکانشگری (رفتار مخاطره جویانه) پرداخته خواهد شد.

**2-2-1- پیشینه پژوهشی در خصوص ارتباط متغیر های تنظیم شناختی هیجان و تکانشگری**

در سال های اخیر شیوع اختلالات هیجانی و عدم کنترل هیجان درصد بالایی از افراد در جوامع مختلف را درگیر خود ساخته است، پیرو همین مسأله شیوع برخی اختلالات هیجانی از جمله افسردگی و اضطراب (به عنوان مولفه هایی موثر در رفتار مخاطره جویانه) به ترتیب در 18 و 14 درصد کل افراد گزارش شده است (سارتوریوس[[63]](#footnote-63) و همکاران، 1993).

سایر مشکلات هیجانی و عوامل موثر بر این مشکلات روی عملکرد کلی فرد موجب شده تا برخی از محققین، عوامل مرتبط با این مشکلات را مورد توجه قرار دهند؛ ازجمله نتایج بروز اختلال در کنترل هیجانات بروز بزهکاری، خشونت و رفتار پرخاشگرانه است (ایزنبرگ[[64]](#footnote-64) و همکاران، 2001). با این اوصاف فرایند های تنظیم شناختی هیجان به قدری پیچیده و گسترده است که قادر نخواهیم بود روی تمامی ابعاد و مکانیسم های آن تمرکز کنیم (گارنفسکی[[65]](#footnote-65)، کراچ[[66]](#footnote-66) و اسپینهاون ،2000)، اما می توان گفت جنبه های تنظیم شناختی هیجان، همانند دیگر ابعاد رفتاری و اجتماعی آن در واقع با هدف مدیریت هیجان ها جهت افزایش سازگاری و تطابق به کار می روند و بخشی از راهبرد های تطابقی هستند که با تجربه و درمان ناراحتی های هیجانی و جسمانی و دستیابی به سلامت مرتبطند. (لازاروس[[67]](#footnote-67)،1993).

گارنفسکی و کراچ،(2006) و شمار دیگری از محققان نشان داده اند که استفاده از راهبرد های غیر سازگارانه تنظیم شناختی هیجان (مقصر دانستن خود، نشخوار فکری و مصیبت بار تلقی کردن) در بزرگسالان دارای اختلالات روانی شایع تر است و نوع راهبرد تنظیم شناختی هیجان با علایم افسردگی که خود یکی از مهمترین عوامل موثر در بروز میل به خودکشی می باشد (منین[[68]](#footnote-68) و همکاران 2007) به عنوان یک رفتار تکانشگرانه ارتباط دارد.

لازم به ذکر است که تا کنون تحقیقات منتشر شده کمی نیز راجع به انواع نقش های فرایند شناختی هیجان مانند هیجان خشم به عنوان عاملی موثر و مرتبط با رفتار مخاطره جویانه انجام شده است. با توجه به این که ارزیابی فرد از میزان تاثیر محرک بر انگیزاننده خشم، او را تحت تاثیر قرار می دهد به لحاظ نظری نیز می توان انتظار داشت که بعضی از مهارت های تنظیم شناختی هیجان (مانند فاجعه بار خواندن، سرزنش دیگران و نشخوار فکری) با خشم و خصومت مرتبط باشند. (بک[[69]](#footnote-69)، 1999، دیفنباچر[[70]](#footnote-70)، 1996).

خود کشی نیز به عنوان یکی از رفتار های شایع تکانشگرانه مورد بررسی و تحقیق بسیاری از محققان قرار گرفته است و مشکلات هیجانی تاثیرات بسزایی در بروز آن نشان می دهند. در همین راستا حسنی و میر آقایی (1391) در تحقیقی با عنوان رابطه راهبرد های تنظیم شناختی هیجان با ایده پردازی خودکشی که با مطالعه 120 نفر از دانشجویان دانشگاه خوارزمی (60 نفر دختر، 60 نفر پسر) انجام شد به این نتیجه رسیدند که راهبرد های تنظیم شناختی هیجان شامل خود سرزنش گري، نشخوارگري، فاجعه نمایی و دیگر سرزنش گري با ایده پردازي خودکشی رابطه مثبت دارند، در حالی که راهبردهاي پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزي، کم اهمیت شماري و ارزیابی مجدد مثبت، به صورت منفی با ایده پردازي خودکشی همبسته بودند .نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین راهبردهاي سازگارانه ي تنظیم هیجان، راهبردهاي کم اهمیت شماري ، پذیرش، تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد مثبت به صورت منفی ایده پردازي خودکشی را مورد پیش بینی قرار دادند. همچنین، از بین راهبرد هاي ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان، راهبرد هاي خود سرزنش گري و فاجعه نمایی به صورت مثبت ایده پردازي خودکشی را پیش بینی کردند. نتایج پژوهش حاضر ارزش پیش بین کنندگی راهبرد هاي خود تنظیمی شناختی هیجان در ایده پردازي خودکشی را برجسته نمود.

تنظیم شناختی هیجان نقش موثری در انواع دیگر رفتار های مخاطره جویانه از جمله سو مصرف مواد نیز می تواند ایفا کند. پژوهش ها نشان می دهند افرادي که نمي توانند برانگيختگي هاي خود را کنترل کنند احتمالا در معرض خطر سوء مصرف مواد بيشتري قرار مي گيرند. نتایجی که از تحقیقی که روی 100 نفر از مراجعه کنندگان به مراکز ترک اعتياد صورت گرفته است (عباس ابوالقاسمي و همکاران1390) حاکی از آن می باشد، که سوء مصرف کنندگان مواد داراي واکنش پذيري بالا از راهبردهاي تنظيم هيجان منفي و سوء مصرف کنندگان مواد داراي واکنش پذيري پايين از راهبرد هاي تنظيم هيجان مثبت بيشتري استفاده مي کنند، به بیان دیگر نیز این پژوهش تاکید می کند که واکنش پذيري بالا و استفاده از راهبردهاي تنظيم هيجان منفي بيشتر، از عوامل خطرزا براي سوء مصرف مواد می باشند.

 گرایش به مصرف سیگار نیز از دیگر انواع رفتار مخاطره جویانه می باشد، به طوری که از مقایسه میزان تنظیم شناختی هیجان در بین افراد سیگاری و غیر سیگاری تفاوت معنادار مشاهده می گردد. برای مثال در تحقیق موحدی بیرامی و شیری (1392-1391) 160 نفر از دانشجویان پسر سیگاری و غیر سیگاری را مورد مقایسه و بررسی قرار دادند، نتایج بیانگر این بود که بین دانشجویان سیگاری وغیر سیگاری در مولفه های تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنا داری وجود دارد. بدین گونه که دانشجویان سیگاری بیشتر از راهبرد های تنظیم شناختی منفی استفاده می کند.

در همین راستا در تحقیق دیگری که توسط کیانی قاسمی و پورعباس (1391) در تحقیق با عنوان مقايسه اثربخشي روان درماني گروهي مبتني بر پذيرش و تعهد و ذهن آگاهي بر ميزان ولع مصرف و تنظيم شناختي هيجان در مصرف كنندگانشيشه با هدف مقایسه اثر بخشی این دو روش یعنی روان درمانی گروهی مبتنی بر موارد فوق الذکر و تنظيم شناختي هيجان در مصرف كنندگان شيشه که بر روی 34 مصرف کننده صورت پذیرفت، يافته هاي حاصل از پژوهش نشان داد كه دو گروه درماني بر شدت ولع مصرف معناداري داشتند.

 نتایج حاصل از تحقیقات و پژوهش های مربوط به تاثیرات و یا ارتباط دو مولفه تنظیم شناختی هیجان و تکانشگری تا حدود زیادی دارای وجوهات شبیه به هم و در بعضی نیز یکسان می باشند، برای مثال می توان از پژوهش رضوان فرد و همکاران (1389) نام برد. این تحقیق با عنوان رابطه ويژگي هاي شخصيتي و تكانشگري با ميزان وابستگي به نيكوتين در افراد سيگاري روی 89 دانشجوی پزشکی صورت پذیرفت که نشان می دهد عواملي چون نمرات افسردگي، تكانشگري حركتي، مخاطره جويي، تكانشگري حس جويي، ماجراجويي، تجربه جويي، رفتارهاي كنترل نشده، نوجويي، فقدان پشتكار و فقدان خود راهبري نقش موثري در پيش بيني وابستگي زياد افراد به سيگار داشتند.

 سه عامل مخاطره جويي، حس جويي و رفتارهاي كنترل نشده نيز نقش مهمي در پيش بيني وابستگي كم افراد به سيگار ايفا مي كردند. یکی دیگر از انواع هیجاناتی که تحقیقاتی درباره ارتباط آن با تکانشگری و رفتار مخاطره جویانه صورت گرفته است، هیجان خشم و تاثیر خود نظم دهی خشم بر رفتار یا افکار تکانشگرانه می باشد، خشم و تكانشگري مي توانند آغازگر بسياري از اختلالات و آسيب هاي اجتماعي باشند، كه كنترل و نظم دهي آنها به ويژه در محيط خانواده، ضروري است و بايد براي كنترل آنها، برنامه ريزي مناسب انجام شود.

بر همین اساس لاکه و خلعتبری (1388) تحقیقی با عنوان اثر بخشي برنامه آموزش مديريت خشم بر كنترل و خودنظم دهي خشم و تكانشگري مادران دانش آموزان پسر بر روي 15 مادر داراي دانش آموز پسر مقطع ابتدايي داراي ويژگي خشم و تكانشگري بالاتر از ميانگين جامعه انجام داده اند که بر اساس يافته اين تحقيق برنامه آموزشي مديريت خشم را مي توان به عنوان يكي از راهكار هاي مناسب براي خود نظم دهي خشم و همچنین تکانشگری پيشنهاد كرد.

شاید بتوان گفت رابطه افسردگی به عنوان یکی از هیجانات با خودکشی که از مهم ترین نمود های رفتار مخاطره جویانه می باشد، بیشترین تعداد مقالات را چه از نظر کمی و چه کیفی در زمینه ارتباط دو مولفه هیجانات و تکانشگری به خود اختصاص داده است. در همین راستا چتری پور و کیخانی (1390) در تحقیقی تحت عنوان مقایسه افکار خودکشی و افسردگی در افراد اقدام کننده به خودکشی و سالم که بر روی 50 فرد اقدام کننده به خود کشی صورت پذیرفت به این نتیجه رسیدند که بین میزان افسردگی در افراد اقدام کننده به خودکشی و افراد سالم تفاوت مثبت و معنی داری وجود دارد. هم چنین بین افکار خودکشی و میزان افسردگی در افراد اقدام کننده به خودکشی رابطه مثبت و معنی داری وجود داشت.

سلامت روان را می توان از مهمترین اهداف علوم روانشناختی محسوب کرد، این متغیر از مولفه های مختلفی تشکیل شده است. دو مولفه تنظیم شناختی هیجان و تکانشگری از متغیرهای اصلی سلامت روان محسوب می شود که با توجه به تاثیر فراوان و بسزای این دو متغیر، پژوهش های زیادی در زمینه شناخت، ارتباط و تاثیر آنها بر یکدیگر و بر سلامت روان صورت پذیرفته است. در همین راستا در تحقیقی که عبدی و همکاران (1389) با عنوان رابطه سبك هاي تنظيم شناختي هيجان و سلامت عمومي دانشجويان انجام داده است. نتیجه پژوهش بیانگر آن است که بين سبك هاي تنظيم شناختي هيجان با سلامت عمومي همبستگي معني داري وجود دارد و در ميان انواع سبك هاي تنظيم شناختی هيجان، ناسازگاری فاجعه انگاري و سرزنش ديگري بیشترین پيش بيني كننده سلامت روان بودند.

در کل آنچه بیش از هر چیز به چشم می آید، اشاره اکثر پژوهش های انجام گرفته به خصوص با رویکرد های نوین به بروز رفتار های مخاطره آمیز و تکانشگرانه در اثر وجود هیجانات منفی یا اختلالات هیجانی در فرد می باشد.

**2-2-3- پیشینه پژوهشی در خصوص ارتباط متغیرهای تاب آوری و تکانشگری**

توانایی مقابله افراد در برابر شرایط سخت و دشوار یا لذات کوتاه مدت (تاب آوری) برای نیل به اهداف بلند مدت و دوری جستن از رفتارهایی که شرایط متعادل فعلی را نه تنها به شرایط بهتر تبدیل نمی کنند بلکه آن را متزلزل کرده و به مخاطره می اندازند. این بحث زمینه بررسی و تحقیق بسیاری از پژوهش های انجام شده در سه دهه اخیر را شکل داده است. تحقیقات نشان داده بسیاری از افرادی در محیط های پرخطر و شرایطی زندگی می کنند که آنها را در معرض خطرات مختلف جسمانی و روانشناختی قرار می دهد، با این حال به دلیل داشتن عوامل محافظتی مثل مجموعه ای از ویژگی های تاب آورانه در برابر شرایط استرس زا، توانسته اند این مشکلات را پشت سر بگذارند و کمتر آسیب دیده و حتی آسیب ناپذیر شوند. نتایج پژوهشی که در مورد ارتباط بین رفتارهای پر خطر نوجوانان و تاب آوری انجام شده نشان داده است که نوجوانان تاب آور به احتمال کمتری در رفتارهای پر خطر شرکت می کنند. به نظر دیویس بیکی[[71]](#footnote-71) (1992) منابع حفاظتی و تاب آوری با خطرات و استرسورهایی که سلامتی را تحت تاثیر قرار می دهند تعامل متقابل دارند.

 تحقیقات مختلف نشان می دهد عوامل محافظ که افزایش دهنده تاب آوری و عوامل خطرزا که کاهش دهنده تاب آوری است تحت تاثیر عوامل فردی و محیطی می باشد. از عوامل محافظ فردی می توان به مهارت های کلامی مناسب، اعتماد به نفس بالا، خودکارآمدی، مسئولیت پذیری، کنترل درونی، خوشبینی توام با اطمینان، دیدگاه مثبت نسبت به خود، احساس شادی، توانایی برنامه ریزی برای دستیابی به اهداف و حل مشکلات به شیوه مسئله مدارانه اشاره کرد. و از عوامل خطر زای فردی می توان به نداشتن انطباق، اعتماد به نفس پایین، دروغگویی، خجالتی بودن، مشکلات هیجانی شدید مانند افسردگی و اضطراب، کنترل بیرونی و شخصیت ضد اجتماعی اشاره کرد.

 نتایج پژوهش بلک[[72]](#footnote-72) (2004) نیز نشان می دهد رابطه آماری مثبت و معناداری بین استرس به عنوان هیجانی منفی و رفتار های پر خطر وجود دارد. همچنین یافته ها نشان داد رابطه منفی و معناداری بین استرس و تاب آوری و بین رفتارهای پرخطر و تاب آوری وجود دارد. به همین دلیل امروزه اعتقاد بر این است که به جای تمرکز بر کاهش عوامل خطر در افراد پر خطر به تقویت عوامل محافظتی مثل ویژگی های تاب آوری در جمعیت پر خطر تاکید شود.

در همین راستا در تحقیقی توسط سلیمانیان و همکاران (1391) با عنوان مقایسه تاب آوری و رفتارهای پرخطر بر اساس ساختار انگیزشی در نوجوانان بر روی 301 نفر از دانش آموزان شهر بجنورد صورت گرفته است،نتایج نشان می دهد که تفاوت آماری معناداری در میانگین تاب آوری و رفتارهای پر خطر براساس ساختار انگیزشی وجود دارد.

آنچه تا این جا مشخص است، آن است که تاب آوری تنها توانایی تحمل در برابر شرایط استرس زا و خاص نیست، بلکه مقابله ای پویا و تهاجمی برای حل مساله ها، مشکلات و شرایط نا متعادل کننده می باشد.

در حقیقت تاب‌آوری به عنوان ضربه‌گیری است که در مقابل آسیب‌ها و عوامل خطرزا و یا شرایط ناگواری که در هنگان بروز افکار تکانشی هم به وجود می‌آیند از فرد محافظت می کند. بنابر این فرد تاب‌آور و سرسخت می‌تواند در برابر چالش‌ها و استرس زا ها مقاومت کند و از طریق این تجربه رشد نماید(ویسی و رضایی، 1379).

توانایی حل مسئله نیز همواره جزئی از افکار اولیه نوع بشر بوده و به عنوان بعد مهمی از زندگی انسان به صورت راهبردی برای تاب آوری در برابر شرایط خاص باقی مانده است. راه حل ها و پاسخ هایی که ما تولید می کنیم و تصمیماتی که می گیریم نه تنها پیامد های یک موقعیت خاص را تحت تأثیر قرار می دهد، بلکه به طور بالقوه بر پیشرفت شخصی و اجتماعی و جهت گیري ما در زندگی نیز تأثیر بسزایی دارند و سبب افزایش توانایی مقابله ما در زمان بروز شرایط خاص نیز می گردد.

 بر همین اساس می توان به تحقیقی که توسط نجاتی و ملکی (1389) انجام گرفته است اشاره نمود. این پژوهش با عنوان رابطه بین تکانشگري و تأملگرایی با عملکرد حل مسئله بر روی 72 نفر از دانشجویان کارشناسی دانشگاه زنجان صورت پذیرفته است. یافته های حاصل از این تحقیق مبین آن است که بین عملکرد حل مساله و تکانشگری رابطه معنادار و منفی وجود دارد.

کاهش تاب آوری با داشتن رابطه و تاثیر بر بسیاری از متغیر های روانشناختی که می تواند منجر به ایجاد آسیب، رفتار تکانشگرانه و بروز خطر برای افراد یک خانواده و جامعه شود و نهایتا شرایط متعادل و ستحکم ایجاد سلامت روانی را به مخاطره بیندازد رابطه ای معکوس داشته و می تواند از عواقب احتمالی آن می کاهد. از جمله مولفه های خطرزایی که در خانواده ها می تواند تاثیر فراوانی بر سلامت روانشناختی افراد گذاشته و خود به عنوان یک رفتار تکانشگرانه مولد رفتار مخاطره آمیز دیگری گردد موضوع طلاق است. در همین راستا در تحقیقی که شهنی و همکاران (1390) با عنوان مقايسه تاب آوري، سلامت عمومي، پرخاشگري و عملکرد تحصيلي دانش آموزان دختر دبيرستاني خانواده هاي طلاق و عادي با کنترل وضعيت اجتماعي \_ اقتصادي انجام داده است، به این مو ضوع پرداخته است.

یافته های این پژوهش که بر روی 24 نفر از دانش آموزان دختر در شهر اهواز انجام شده است بیانگر آن است که بين تاب آوري دخترهاي خانواده هاي طلاق و دخترهاي خانواده هاي عادي تفاوت معناداري وجود دارد. به صورتی که سلامت عمومي دختران خانواده هاي طلاق پايين تر از خانواده هاي عادي بود. هم چنين، در خرده مقياس هاي سلامت عمومي نيز علايم جسماني و افسردگي دختران خانواده هاي طلاق بالاتر از دختران خانواده هاي عادي بود.

کارکرد اجتماعي دختران خانواده هاي طلاق نيز پايين تر از خانوادهاي عادي بود ولي علايم اضطرابي دخترهاي خانواده هاي طلاق بالاتر از خانواده هاي عادي نبود. آنچه پیش بینی می شد پرخاشگري که به عنوان زمینه ای برای رفتار های مخاطره جویانه می باشد در دخترهاي خانواده هاي طلاق بالاتر از دخترهاي خانواده هاي عادي بود. در مجموع در خرده مقياس هاي پرخاشگري، خشم و عصبيت و تهاجم و توهين دخترهاي خانواده هاي طلاق بالاتر از خانواده هاي عادي مشاهده شد و در آخر این که عملکرد تحصيلي دختران خانواده هاي طلاق پايين تر از خانواده هاي عادي بود.

در بین رفتار های مخاطره آمیزی که ارتباط و تاثیر متقابل آنها با تاب آوری مورد بررسی و مطالعه بیشتری توسط پژوهشگران قرار گرفته است، دو رفتار مخاطره جویانه سو مصرف مواد و خود کشی بیشترین آمار را به خود اختصاص داده اند. بر این اساس با توجه به پژوهش های صورت گرفته در خصوص سو مصرف مواد سوالاتی که بیشتر مشاهده می شد در حوزه علت یابی گرایش به مصرف مواد بود، اما در تحقیقات سال های اخیر با توجه و تمرکز به موضوع تاب آوری حوزه وسیع تری از سوالات ایجاد شد من جمله این که، چه چیزی افراد را قادر می سازد در مقابل تاثیرات مخربی که منجر به سوء مصرف مواد یا مشکلات روانی یا می شود، مقاومت کرده یا آنها را حل کنند؟

در همین زمینه در تحقیقی متقن که توسط محمدی و همکاران (1385) با عنوان بررسی عوامل تاب آور در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد مخدر انجام گرفته است با جزییات بیشتری به موضوع تاب آوری و ویژگی های آن پرداخته شده است. این تحقیق بر روی تعداد 716 نفر از افراد در معرض خطر مصرف مواد مخدر انجام گرفته است. نتایج حاصل از این پژوهش حاکی از آن بود که مسیر های تاب آوری گروه های سالم، مصرف کننده و سو مصرف کننده مواد متفاوت می باشند. آنچه در مجموع از یافته های پژوهش قابل توجه است رابطه دو مولفه تاب آوری و سوء مصرف مواد است که دارای ارتباط معنادار و منفی می باشند.

از اثرات و راهبردهای مفیدی که مولفه تاب آوری بر سلامت روان دارا می باشد، ایجاد نگرش مثبت به منظور مقابله فعال برای جلوگیری از عواقب شرایط سخت و استرس زا است. پژوهش هاي بسياري ثابت كرده اند كه برخي از مهمترين عوامل تاب آوری شامل داشتن تصوير مثبت از خود، كنترل فرد بر زندگي خود، احساس مسئوليت و ارزش هاي اخلاقي مستقیما با سلامت روان در رابطه هستند. هدف كلي از بسیاری از پژوهش های جدید در حوزه تاب آوری تعيين اثر بخشي برنامه آموزشی مؤلفه هاي تاب آوري می باشد. بر این اساس پژوهشی توسط زرین کلک (1388) با عنوان اثر بخشي آموزش مؤلفه هاي تاب آوري بركاهش آسيب پذيري نسبت به اعتياد و تغییر نگرش دانش آموزان نسبت به مصرف مواد بر روی 50 نفر از دانش آموزان دبیرستانی ساکن تهران صورت گرفت. نتايج اين مطالعه در مورد تأثير برنامه آموزش مؤلفه هاي تاب آوري بر كاهش سطح اعتياد پذيري و ايجاد نگرش منفي در دانش آموزان نسبت به مصرف مواد با نتايج پژوهش هاي قبلي همخواني دارد. بنابراين، نتايج به دست آمده از اين پژوهش اثر بخشي برنامه آموزش مؤلفه هاي تاب آوري را در پيشگيري از سوء مصرف مواد به اثبات مي رساند.

تحقيقات اخير نشان داده است كه اكثر نوجوانان و جوانان مي توانند با افزایش ویژگی های تاب آورانه از شرايط پر خطر و پرفشار به سمت سلامت و از احتمال بروز رفتار مخاطره آمیز به سمت سازگاري های سالم و موفقيت آميز حرکت کنند. يافته هاي به دست آمده از اين تحقيقات نشان داده كه حداقل 50 درصد وغالباً 70 درصد نوجوانان پرورش يافته در شرايط محيطي ناگوار مثل خانواده های بد کارکرد، فقر، جنگ، اعتياد و بيماري رواني والدين، علي رغم قرار گرفتن در معرض فشار هاي شديد، توانش اجتماعي خود را بهبود بخشيده و بر مشكلات غلبه می کنند (کیانی و دهکردی، 1383).

 در همین زمینه تحقیقی با عنوان رابطه كاركرد خانواده و تاب آوري در برابر مصرف مواد در دانش آموزان پسر دبيرستاني مدارس پرخطر توسط جوادی و همکاران (1387) بر روی 145 نفر از دانش آموزان دبیرستانی صورت گرفت. نتايج به دست آمده از اين مقاله نشان مي دهد كه هرچه كاركرد خانواده، وضعيت سالم تر و مطلوب تري داشته باشد، تاب آوري فرزندان در برابر مصرف مواد بيشتر خواهد بود.

همان طور که قبل تر ذکر گردید از مهمترین رفتار های تکانشگرانه و پر خطری که تحقیقات و پژوهش های زیادی را به خود معطوف کرده است، مقوله خود کشی می باشد. به عبارت دیگر، میزان خودکشی و اقدام به خودکشی یکی از مهمترین شاخص های بهداشت روانی افراد اجتماع محسوب می شود. در حال حاضر12 درصد مرگ و میر های نوجوانان و دومین عامل مرگ در افراد 25 تا 37 سال و سومین عامل مرگ در افراد 15 تا 24 سال در آمریکا خود کشی می باشد (انجمن حمايت از حقوق كودكان). در همین زمینه تحقیقی با عنوان بررسی رابطه ساده و چندگانه تاب آوری و امید به زندگی با خودكشی زندانیان مبتلا به بیماری ایدز در زندانیان توسط سودانی و همکاران (1387) بر روی 40 نفر از زندانیان مبتلا به بیماری ایدز صورت گرفته است. نتایج حاصل از تحلیل حاکی از آن بود كه بین خودكشی با تاب آوری و امید به زندگی زندانیان مبتلا به بیماری ایدز رابطه معنی داری وجود دارد.

**منابع فارسی**

ابوالقاسمی، عباس. اله قلی لو، کلثوم، (1389). راهبردهای تنظیم هیجان در سو مصرف کنندگان مواد دارای واکنش پذیری بالا و پایین**. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان**، دوره بیستم شماره 77، صفحات 15-22.

اختياري، حامد. بهزادي، آرين. جنتي، علي. مكري، آذرخش (1383) كدام يك تأثير منفي بيشتري بر ما مي گذارد؟ دفعات باخت يا مقادير آن: بررسي استراتژي تصميم گيري مخاطره آميز به وسيله نسخه هاي متفاوت از آزمون قمار ايووا. **تازه هاي علوم شناختي،** سال ششم، شماره 3 و 4 ،17-25.

اختیاری، حامد. مهرناز، رضوان فرد و آذرخش مکری. (1387) [تکانشگري و ابزارهاي گوناگون ارزيابي آن: بازبيني ديدگاه ها و بررسي هاي انجام شده](http://www.sid.ir/fa/ViewPaper.asp?ID=83710&varStr=1;اختياري%20حامد,رضوان%20فرد%20مهرناز,مكري%20آذرخش;مجله%20روانپزشكي%20و%20روانشناسي%20باليني%20ايران%20(انديشه%20و%20رفتار);پاييز%201387;14;3%20(پياپي%2054)%20ويژه%20نامه%20اعتياد;247;257). **مجله روانپزشكي و روانشناسي باليني ايران (انديشه و رفتار) پاييز 1387; 14-3 (پياپي 54) ويژه نامه اعتياد:247-257.**

**انجمن حمايت از حقوق كودكان.** بررسي ميزان اعمال خشونت از طرف والدين بر كودكان. دسترسی در <http://www.DPP,irib.ir>.

بشارت، محمدعلی. (1386). تاب آوری، آسیب پذیری و سلامت روانی. **مجله علوم روانشناختی،** دوره ششم، شماره24.

بقایی، مژده. خلعتبری،جواد، (1388). اثر بخشي برنامه آموزش مديريت خشم بر كنترل و خودنظم دهي خشم و تكانشگري مادران دانش آموزان پسر مقطع ابتدايي شهر رشت**. دو فصل نامه دانشكده هاي پرستاري و مامايي استان گيلان**، سال 20 ، شماره 63 ، بهار و تابستان 89 صفحات 1-9.

بیرامی، منصور. موحدی ، یزدان. (1392). **مقايسه تنظيم شناختي هيجان در دانشجويان سيگاري و غير سيگاري. مجله دانشگاه علوم پزشكي مازندران**. دوره بیست و سوم، شماره 109، بهمن 1392، صفحات 156-163.

بیگدلی، ایمان الله؛ نجفی، محمود و رستمی، مریم (1392). رابطه ی سبک های دلبستگی، تنظیم هیجان و تاب آوری با بهزیستی روانی در دانشجویان علوم پزشکی. **مجله ی ایرانی آموزش در علوم پزشکی، شماره ی سیزدهم**.ص 9.

پور افضل، فاطمه؛ سید فاطمی، نعیمه؛ اینانلو، مهرنوش و حقانی، حمید. (1392). بررسی همبستگی استرس درک شده با تاب آوری در دانشجویان کارشناسی پرستاری. **مجله ی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه تهران (حیات)** ، دوره نوزدهم، شماره 1، صص 41-52.

جوکار بهرام. (1386). هوش عاطفی، هوش شناختی، تاب آوری و رضایت از زندگی. ***دو فصلنامه روانشناسی معاصر*،** شماره4: 3-12.

حسنی، جعفر. میرآقایی، علی محمد. (1391). **رابطه راهبردهاي تنظیم شناختی هیجان با ایده پردازي خودکشی**. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه خوارزمی مشهد.

حسین چاری، مسعود و فداکار، مهدی (1384). بر**رسی تاثیر دانشگاه بر مهارت های ارتباطی بر اساس مقایسه ی دانش آموزان و دانشجویان**، دانشور رفتار، سال دوازدهم- شماره ی 15، صص 21-31.

حسینی قمی، طاهره و سلیمی بجستانی، حسین (1391). اثر بخشی آموزش تاب آوری بر استرس مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان در بیمارستان امام خمینی تهران**. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، شماره 4.**

سامانی، سیامک، جوکار، بهرام؛ صحراگرد، نرگس. (1386). تاب آوری، سلامت روان و رضایت از زندگی. **مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران**، سال سیزدهم، شماره 3، 295-290.

شفیع زاده، رقیه (1391). رابطه ی تاب آوری با پنج عامل بزرگ شخصیت. **مجله ی دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی،** **سال سیزدهم، شماره 3 .**

جوادی، رحم خدا. آقا بخشی حبیب. رفیعی ، حسن (1387). رابطه كاركرد خانواده و تاب آوري در برابر مصرف مواد در دانش آموزان پسر دبيرستاني مدارس پرخطر. **فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی** ، **سال یازدهم، شماره 41.**

حیدری، ناصر؛ تقی پور، ابراهیم؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا و مصلی نژاد، لیلی (1391). رابطه ی سبک کنترل هیجانی و تاب آوری در برابر مصرف مواد مخدر در دانش آموزان پسر دبیرستانی. **مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان،دوره دوازدهم، آبان 91.**

رحیمیان، اسحق. اصغر نژاد، فرید (1387). رابطه سرسختي روانشناختي و خودتا ب آوري با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. **مجله روانپزشكي و روانشناسي باليني ايران، سال چهاردهم، شماره 1، بهار 1387، 62-70.**

رضوان فرد مهرناز,اختياري حامد,مكري آذرخش,كاوياني حسين (1389). رابطه ويژگي هاي شخصيتي و تكانشگري با ميزان وابستگي نيكوتين در افراد سيگاري. سایت [www.sid.ir](http://www.sid.ir).

زرین کلک، حمیررضا (1388). اثر بخشي آموزش مؤلفه هاي تاب آوري بركاهش آسيب پذيري نسبت به اعتياد و تغيير نگرش دانش آموزان نسبت به مصرف مواد پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید بهشتی تهران.

سامانی، سیامک، جوکار، بهرام؛ صحراگرد، نرگس. (1386). تاب آوری، سلامت روان و رضایت از زندگی. **مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران**، سال سیزدهم، شماره 3، 295-290.

سامانی، فاطمه و حسین چاری، مسعود (1390). بررسی نقش واسطه گری تنظیم شناختی هیجان در رابطه میان والدگری و سازگاری تحصیلی در دانشجویان. **پایان نامه کارشناسی ارشد**. شیراز. دانشگاه شیراز.

سلیمانیان، اکبر. گل پیچ، زینب (1391). مقایسه تاب آوری و رفتارهای پرخطر بر اساس ساختار انگیزشی در نوجوانان**. مجله دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه (بجنورد) ، تابستان 1392، 387-394.**

شهنی، منیجه. عالی پور ، سیروس (1390). مقايسه تاب آوري، سلامت عمومي، پرخاشگري و عملکرد تحصيلي دانش آموزان دختر دبيرستاني خانواده هاي طلاق و عادي شهر اهواز با کنترل وضعيت اجتماعي – اقتصادي. دانشگاه شهید چمران اهواز. 29 : **مجله مشاوره كاربردي**. بهار و تابستان 1390صفحات:79-104.

شوشتری، مژگان و عابدی، احمد (1390). اثر بخشی مداخلات زود هنگام مبتنی بر بازی های کودک محور بر میزان بیش فعالی-تکانشگری کودکان پیش دبستانی. فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی، شماره 2، سال اول، شماره 90.

صالحی، اعظم. باغبان، ایران. بهرامی ، فاطمه (1390). رابطه بین راهبرد های شناختی تنشیم هیجان و مشکلات هیجانی با توجه به عوامل فردی**. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده**، سال اول، شماره 1، تابستان 90، صفحه 1-18.

طالع بکتاش، سهیلا؛ یعقوبی، حسن و یوسفی، رحیم (1392). مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری با افراد عادی. **دو ماه نامه علمی-پژوهشی فیض،** دوره هفدهم، شماره 5، آذر و دی 1392، صص 471-481.

عبدی ، سلمان. بابا پور ، جلیل (1389). رابطه سبك هاي تنظيم هيجان شناختي و سلامت عمومي دانشجويان. **مجله علمي پژوهشي دانشگاه علوم پزشكي ارتش جمهوري اسلامي ايران**، سال هشتم، شماره 4، زمستان 89، صفحات 258-263.

عدالتي، اسمعيل زاده، هانيه. **بررسي تاثير درمان كنترل تكانه بر كاهش تكانشگري در دانشجويان دانشگاه الزهرا.** پايان نامه جهت اخذ درجه كارشناسي. ارشد رشته روانشناسي. دانشگاه الزهرا 1386.

علیزاده، سپیده. (1388). **تدوین برنامه عقلانی ـ هیجانی، رفتاری و بررسی تأثیر آن بر تاب‌آوری و سلامت روان افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تنکابن.

فانی، داریوش (1388). **بررسی رابطه ی بین راهبردهای شناختی تنظیم عواطف، مهارت های اجتماعی و پرخاشگری در دانش آموزان دوره ی ابتدایی شهر شیراز**. پایان نامه ی کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.

کاوه، منیژه؛ علی زاده، حمید؛ دلاور، علی و برج علی، احمد (1388). تدوین برنامه ی افزایش تاب آوری در برابر استرس و تاثیر آموزش بر مولفه های کیفیت زندگی والدین دارای کودکان کم توان ذهنی خفیف**. فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی، سال یازدهم، شماره 2، صص 119-140.**

كميته حمايت از كودكان خياباني ايران- سوئد**. تضاد در خانواده مهمترين عامل بروز خشونت عليه كودكان تهراني است**. دسترسي در .http://www.iranstreet children.com

كياني، احمدرضا. قاسمي، نظام الدين (1391). **مقايسه اثربخشي روان درماني گروهي مبتني بر پذيرش و تعهد و ذهن آگاهي بر ميزان ولع مصرف و تنظيم شناختي هيجان در مصرف كنندگان شيشه**. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خوارزمی مشهد.

كياني دهكردي، منصور، (1383) **بررسي عوامل عيني و مداخله پذيرتاب آوري دربرابر وابستگي به مواد درپسران مردان وابسته وغير وابسته به مواد** ، پايان نامه دكتري تخصصي روانپزشكي، دانشگاه علوم بهزيستي و توان بخشي.

کیخانی، ستار. چتری پور، فاطمه (1391). **مقایسه افکار خودکشی و افسردگی در افراد اقدام کننده به خودکشی.** مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. دوره بیست و یکم، شماره اول، فروردین 92.

محمدی، ابوالفضل؛ آقا جانی، میترا و زهتاب ور، غلامحسین (1390). ارتباط اعتیاد، تاب آوری و مولفه های هیجانی. مجله ی روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هفدهم، شماره ی 2، صص 136-142.

محمدی، مسعود. جزایری، علیرضا. رفیعی، امیر حسین، جوکتر، بهرام، عباس پور، شهناز (1385). بررسی عوامل تاب آور در افراد در معرض خطر سو مصرف مواد مخدر. **فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، سال اول شماره 2و3، تابستان و پاییز 1385.**

مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ کریم نژاد، فرزاد و خواجه دین، نیلوفر (1392). تاثیر درمان مبتنی بر مدل فرانظری بر خود کارآمدی پرهیز از مصرف مواد و چگونگی به کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در معتادین**. مجله** **پزشکی ارومیه،** دوره بیست و پنجم، شماره اول، صص 32-42.

مکری،آذرخش. (1387) ارتباط شاخص های تکانشگری و رفتار های مخاطره جویانه با شدت ولع مصرف در گروه های مختلف معتادان به مواد افیونی. **مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره 3، 258-268، 1387.**

نجاتی، وحید. ملکی، قیصر (1389). **رابطه بین تکانشگري و تأملگرایی با عملکرد حل مسئله.** پیان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید بهشتی دانشگاه تهران.

وامقی، مروثه و همکاران. مواجهه با خشونت خانوادگی در دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران. **فصلنامه علوم** **پژوهشی علوم رفاه اجتماعی**. 1386. سال 6، شماره 24.

ویسی، مختار؛ عاطف وحید، محمدکاظم؛ رضایی، منصور. (1379). تاثیر استرس شغلی بر خشنودی و سلامت روان اثر تعدیل کننده سرسختی و حمایت اجتماعی. **فصلنامه اندیشه و رفتار**. سال ششم، شماره 2 و 3،78-70.

هاشمی، لادن و جوکار، بهرام (1390). **بررسی رابطه ی بین تعالی معنوی و تاب آوری در دانشجویان دانشگاه.** مطالعات روانشناسی تربیتی، دوره هشتم، شماره 32، صص123-142.

**Refrences:**

Abbott, B.V. (2005). Emotion dysregulation and re-regulation: **predictors of** **relationship intimacy and distress**. [PhD thesis]. Texas A & M University.

Allen, R., Cox, J., & Cooper, N. (2006). The impact of a summer day camp on the resilience of disadvantaged youths**. Journal of physical Education, Recreation & Dance**, 77(1): 17-23.

Antonovsky,A.(1987). Unraveling the mystery the health. Sanfrancisco:Jossey -Bass.

Andreu VC, Morales F.)2005). [How Impulsivity is related to intelligence and academic achievement] Spanish [Abstract**]. Spanish J Psychol**; 8(1): 199-204

Arce. E, Simmons. A.W., Winkielman. P., stein. M.B, Hitckock. C. paulus. M. P. (2008). Association between individual differences in self- reported emotional resilience and the affective- perception of neutral faces. **Journal of Affective Disorders**. 222-210 ,25.

Beck, A. T. (1999). Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility, and violence. New York, NY: Harper Collins Publishers. Between males and females**". Personality and Individual Differences**, 36, 267-276.

Bandalos, D. L., & Finney, S. J. (2001). Item parceling issues in structural equation modeling. In G.A. Narcoulides & R.E. Schumacker (Eds.), New developments and techniques in structural equation modeling. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Bell C. C. (2001). Cultivating Resiliency in Youth**. Journal of** **Adolescent Health,** voll (29) 375-381.

Benard, B. (1997). **Turning it around for all youth: From risk to resilience.** Launceston, Tasmania: Resiliency Associates and Global Learning Communities.

Beardslee, William and Donna Podorefsky. Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: importance of self- understanding and relationships. **American Journal of Psychiatry** 145(1). January 1988, 63-69.

Beauregard, M., Lévesque, J., Bourgouin, P. (2001). Neural Correlates of Conscious Self-Regulation of Emotion**. The Journal of Neuroscience,** 21, RC165:1-6.

Black C., & Ford-Gilboe, Adolescent mothers: Resilience, family health work and health-promoting factors, **Journal of Advanced Nursing**, 2004; 48[4], 351- 360.

Brooks, M. V. (2003). Health-related hardiness and chronic illness. **Nursing Forum,** 38, 11-20.

Brooks, R. B. (1994). Children at risk: Fostering resiliency and hope. **American Journal of Orthopsychiatry,** 64(4), 545-553.

Brunner, D. and Hen, R. (1997). Insights into the neurobiology of impulsive behavior from serotonin receptor knockout mice. **Annals of New- York Academy of Science**, 836, 81-105.

Byrne, B.M. (1998). Structural Equation Modeling with LISREL, PRELIS and SIMPLIS**: Basic Concepts, Applications and Programming**. Mahwah, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Buss,A. H., & Plomin, R. (1975). **A temperament theory of personality development**. New York: Wiley.

Campbell- sills, L., Cohen, Sh.L., Stein, M.B. (2006). Relationship or resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. **Behaviour Research and Therapy**, 44, 585-599.

Chan, R. C. K. (2000). Stress and coping in spouses of persons with spinal cord injuries in Hong Kong. **Clinical Rehabilitation**, 14(2): 137-144.

Chatman, J. D. (2006). **Risk and resiliency among inner city minority adolescents: Astudy of coping and ethnic identity**. Ph.D. dissertation, University of California.

Chatman,J.D. (2006). Risk and resiliency among inner city minority adolescents: A study of coping and ethnic identity. **Ph.D. dissertation, University of California**.

Cicchetti, D. & Rogosch, F. A. (1996). The role of self- organization in the promotion of resilience in maltreated children. **Development and** **psychopathology**, 9, 797-814.

Cicchetti,D.& Becker.B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. **Child Development,** 71, 543-562.

 Cloninger,C. R.(1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. Archives of General Psychiatry, 44, 573-588.

Cohn, M, A, Fredrickson, B, L, Brown, S, L, Mikels, J, A & Conway, A, M, (2009)**.** Happiness Unpacked: **Positive Emotions Increase Life Satisfaction by Building Resilience, Emotion**, 9(3). 361-368.

Conner, L. (2006). An inventory for resilience construct. **Personality & Individuall Differences**, 35, 41-53.

Conner, k.,m. and Davidson,j.R.T. (2003). **Development of a new resilienal: The conner-Da- vidson Resilience scale (CD-RISC) Depression and Anexiety** 18.76-82.

Cowen, E.L, Whman PA, Work WC. (1996), Resilience in highly stressed urban children:concepts and findings. **Bull N Y Acad Med. 1996** **Winter**; 73(2):267-84.

Cowen, E. L, & Work, W. C. (1988). Resilient children, psychological wellness. And primary prevention**. American Journal of Community Psychology, 16. 591-607.**

Davis, B.K &Sommer, Byou can choose your own life, A Decision making program for students, Ccp. 1992.

Deater-Deckard, K., Ivy, L., Smith, J.(2005**). Resilience in Gene-Environment Transactions.** In Goldstein. S., & Brooks. R.B, **Handbook of Resilience in Children**, (pp.49-64), New York: Contemporary Books.

Dickman, S. (1985). Impulsivity and perception: Individual differences in the processing of the local and global dimensions of stimuli**. Journal of Personality and Social Psychology, 48, 133-149.**

Deffenbacher, J. L. (1996). Cognitive-behavioral approaches to anger reduction. In K. S. Dobson & K. D. Craig (Eds.), **Advances in cognitive-behavioral therapy (pp. 31–62).** Thousand Oaks, CA: Sage.

Doo, B. (2004). Resilience. Thinking Aloud world with newsletter, 1, 34.

Ell. G. Behavioural management: Aggression in dementia: A randomized controlled trial.2009.117:68-80.

 Ell. G. ( 2004). Behavioural management: Aggression in dementia**: A randomized** **controlled trial**. 117:68-80.

Ettelt S, Ruhrmann S, Barnow S, Buthz F, Hochrein A, Meyer K, . Impulsiveness in bsessiveecompulsive disorder: results from a family study. **Acta Psychiatrica Scandinavica 2007**;115:41e7.

Eysenck, S.B., Easting, G., & Pearson, P.R.(1985).Age norms for impulsiveness, venture someness and empathy in children.**Personality and Individual Differences, 5,315- 321.**

Florian, v.Mikulincer, M., and Yaubman, O.(1995). Does hardiness contribute to mental health during a stressfull reall-life situation? The roles of appraisal and coping **Journal of Personality and Social Psychology**, 68, 687, 695.

Folkman,S. (1984). Personal Control and stress and coping processes. **Journal of Personality and Social Psychology**. 46. 839-852.

Frazier, P.A., Tix, A.P., & Barron, K.E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology. Journal of Counseling Psychology, 51(1), 115-134.

Garmezy, N. (1983). **Stressors of childhood.** In N. Garmezy & M. Rutter (Eds.). Stress, coping, and development in children (pp. 43-84). New York: MCGraw Hill.

Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. **American Behavioral Scientist,** 34, 416-430.

Garmezy,N. Masten, A., S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: Building blocks for developmental psychopathology**. Children Development**. 55, 97- 111.

 Garmezy ,N. & Masten, A. (1991). **The Protective roles of competence** **indicatores in children at risk.**In E. M. Cummings, A. L. Greene.

Garnefski, N., Kraaij,V.(2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. **Personality and Individual Differences 40 (2006) 1659–1669.**

Garnefski, N. , Kraaji, . & Spinhoven, P. (2001). Negetive Life event, cognitive emotion regulation and emotional problems**. Personality and** **individual differences.** 30, 420-440.

Garnefski, nedia., Samani, siamak., (2011). Psychometrics Properties ofthe Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Persian Version **) Department of Education and Psychology Islamic Azad University**, Marvdasht Branch Marvdasht, Fars IRAN.

Garmezy, Norman. (1974). **The study of competence in children at risk for severe psychopathology.** In The Child in His Family, Vol. 3: Children at Psychiatric Risk, ed. By E. J Anthony, 77-98.

Gilligan, R. (2000). Adversity, Resilience and Young People: the Protecitive Value of Positives School and Spare Time Experiences. **CHILDREN & SOCIETY VOLUME** 14(2000) pp. 37-47.

Gloria, A, M, Castellanos, S, J & Orozco, N, (2005)**.** Perceived educational barriers, cultural fit, coping responses and psychological well being of Latina undergraduates**, Hispanic Journal of Behavioral Sciences**, 27(2). 161-183.

Gordon Rouse, (1994), KA., Ingersoll, GM., Orr. OP. Longitudinal Health Endangering Behavior Risk Among Resilient and Noresilient Early Adolescents. **JOURNAL** **OF ADOLESCENT HEALTH** 1998: 23:297,302.

Gross, David .R . martin. J .(2009). Parenting style. Available at :http:// www. Davidcross.us/classes.

Halverson, C.F. and M.P. Waldrup(1974) Relations between preschool barrier behaviors and early scool measures of coping, imagination and verbal evelopment. **Developmental Psychology** 10, 1974, 716-720.

Hawkins, J D. Catalano, R F and Miller. J Y (1992) Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug problems in Adolescence and Early Childhood: mplications for Substance Abuse Prevention (**in Psychological Bulletin.** Vol 112, no 1).

Hemenover, S.H. (2003). Individual differences in rate of affect change :Studies in affective chronometry. **Journal of personality and social psychology, 85, 121- 131.**

Hernestein, R,J. secondary rein forecment and rate of primary reinforesment **journal of experimental Analaysis of Behavior, 1964, 7,27-36.**

Hess, RS., Richards, MI. (1999). DEVELOPMENTAL AND GENDER INFLUENCES ON COPING IMPLICATIONS FOR SKILLS TRAINING. **Psychology in the Schools,** Vol. 36(2): 149-157.

Holmbeck, G. N. (1997). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. **Journal of Consulting and Clinical** **Psychology**, 65 (4), 599-610.

Heyman, G. M. (1996). Wich behavoral consequences matter? The importance of frame of reference in exploring addiction, **Behavoral and Brain Sience,** 19, 599-610.

Hoyle, R.H., & Smith, G.T. (1994). Formulating clinical research hypotheses as structural equation models: A conceptual overview. **Journal of Consulting and** **Clinical.**

Inzlicht, M, Aronson, J, Good, C & McKay, L, (2006)**.** A particular siliency to threatening environments. **Journal of Experimental Social Psychology, 42, 323-336.**

Jacclon, CS. (1997).The trait and process of resilience. **J Adv** **Nurs.** 1997 Jun: (1):123-9.

Jessor, R. (1998). New perspectives on adolescent risk behavior. In R. Jessor ( Ed.), **New perspectives on adolescent risk** **behavior** (PP. 1-10). New York: Cambige university press.

Kerige, P. K., (2001).C hildren's coping with interparental conflict. In J. H. Grych & F. D. Fincham (Eds.), Interparental conflict and child development:Theory, research and application (pp: 213-248). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Kishton, J.M., & Widaman, K.F. (1994). Unidimensional versus domain representative parceling of questionnaire item: An empirical example. **Educational** **and Psychological Measurement,** 54, 757-765

kobak, R. r., cole, H. E, ferenze-Gillies, R, Fleming, W.S., & Gamble, w. (1993). Attachment and emotional regulayion during mother. Teen problem solving: A control theory analysis. **Child development , 64, 231-245.**

Kobassa, S. C. Maddi, S. R., & Zolla, M. A., (1983) . Personality and social resources in stress resistance. **Journal of Personality and Social** **Psychology,**45, 839 – 850.

Kumpfer, KL. (2002). **Factors and Processes Contributing to Resilience:** in Glantz, M.D.G and Johnson, LJ. (Eds). Resilience and Development: positive life adaptation. Kluwer Academic Publishers. New York.

Lazarus, R. S., & Folkman. (1984). Coping and adaptation In W. D. Gentry (Ed.), **Hand book behavioral medicine** (pp: 87-116). New York: Guilford press.

Logue, A. W. (1998). Laboratory research on self control: Applications to administration. **Review of general psychology**, 2, 221-238.

Linquanti, R. (1992). Using community-wide collaboration to faster resiliency in kids:A concepuall framework.Portland, OR:Western Regional Center for Drug Free Schools and Communities. (**ERIC Document** **Reprodoction Service** No. ED 353 666).

Luthar, S. S. Cicchhetti, D, & Becker, B.(2000).The construct of resilience: A Critical evaluation and guidelines for future work**.Child** **Devalopment**, 71(3), 543-562.

Magnus KB. Cowen, El. Wyman,PAFagen, DB., and Work, WC. (1999) .PARENT-CHILD RELATIONSHIP QUALITIES AND CHILD ADJUSTMENT IN HIGHLY STRESSED URBAN BLACK AND WHITE FAMILIES. **JOURNAL OF COMMUNITY PSYCHOLOGY,** Vol. 27m No. 1, 55-71.

McGee, R., Wolfe, D., & Olson, J. (2001). Multiple maltreatment, attribution of blame, and adjustment among adolescents**. Development and Psychopathology**, 13, 827–846.

 Masten,A.S.(2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. **American Psychologists**, 56, 227-238.

 Masten, A. S., Reed, M.G. (2002). Resilience in development. In: Snydera, C.R.,Lopez, S. J., eds. The Handbook of Positive sychology**, Oxford University Press**, pp. 74-88.

Mennin, D. S., Holoway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007).Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology**. Behavior Therapy, 38, 284- 302.**

Morris, A. S., Silk, J. S. Steinberg, L., Myers, S. S. , & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation**. Social Development**,16,362-388.

Nolen-Hoeksema, S., McBride, A., & Larson, J. (1997). Rumination and psychological distress among bereaved partners. **Journal of Personality and Social Psychology**, 72, 855–862.

Ong, D, Bergeman, C, S, Toni, L, Bisconti & Wallace, A, (2006)**. Psychological Resilience, Positive Emotions, and Successful Adaptation to Stress in Later Life**, Journal of Personality and Social Psychology, 91(4)- 730-749**.**

Ong, A. D., Edwards, L. M., & Bergeman, C. S. (2006) Hope as a source of resilience in later adulthood**. Personality and Individual Differences, 41(7):1263-1273.**

Panley, J.A., Tomaka, J., & Wiebe, J.S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta analytic review. **Journal of Behavioral Medicine, 25, 551- 603.**

Parkinson, B. & Totterdell, P. (1999). Classifying affect-regulation strategies**. Cognition and Emotion**, 13,277-303.

Peyrot, M. (1996). Causal analysis: Theory and application**. Journal of** **Pediatric Psychology,** 21, 3-24.

Plomin, R. Asbury K., & Dunn, J. (2001). Why are children in the same family so different ? Nonshared environment a decate later. **Canadian Journal of Psychiatry,** 46,225-233**.**

Ryan, C. Martin, Eric, R. D.(2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger.**Personality and Individual** **Differences,** 39, 1249–1260.

Richards, J. B. Sabol, K. E. & De wit, H. (1999). Effects of Metamphetemine on the adjusting emount procedure, a model of impulsive behavior in rats, **Psychopharmacology,** 146, 432-439.

Richardson GE, Waite PJ. (2002). Mental Health Promotion through Resilience and Resiliency Education. **International Journal of Emergency Mental Health.**

Rutter, m. (1993). Resilience: some can ceptual consideations. **Journal of Adolescent health**, 14, 625- 631.

Rutter, M. (1987)Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatry,** 57(3), 316-331.

Sameroff, A. J.(2000) . Development system and psychopathalogy **. Development and psychopathology**, 12,297-312.

Sandler, I. N. Tein, J. Y & West, S. G. (1994). "Coping, stress, and the psychological symptoms of children of divorce: A cross-sectional and longitudinal study". Child Development, 65, 1744-1763.

Sartorius, N., Ustun, T. B., Costa de Silva, J. A., et al .(1993). An international study of psychological problems in primary care**. Archives of General Psychiatry, 50, 819 -824.**

Siebert. Al. (2007). **How to Develop Resiliency Stregths**. Available: www.resiliency center.com.

Swann, A. C., & Hollander, E. (2002). **Impulsivity and Aggression: Diagnostic challenges for the clinician, A monograph for continuing medical education credit**. London: Oxford Press.

Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (224). Resilient Individuals use Postive Emotions to Bounce back from negative emotional experiences. **Journal of Personality and Social Psychology,** 86. 320-333.

Vallerstein, Judith. Children of divorce: the psychological tasks of the child. **American Journal of Orthopsychiatry** 53(2), 1983, 230-243.

Van den Broek, P., & Fletcher, C. R. , & Risden, K. (1993). Investigations of inferential processes in reading: A theoretical and methodological integration. **Discourse Processes, 16, 169-180**.

Waller, M. A. (2001). Resilience in cosystemic covtext. Evallution of the child **American Journal of Orhopsychiatry**, 71, 290-297.

Waugh. C.E. Fredrickson . B.L. Taylor, S.F.(2008). Adapting to lifsslings and arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat**: journal of Research in personality**.

Werner, e. (1989). High-risk children in youth adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. **American Journal of Orthopsychiatry,** 59, 72-81.

Werner,E. & Smith, R. s. (1992). **Overcoming the odds:** high risk children from birth to adulithood.Ithaca, NY: Cornell University Press.

Werner,E. E. & Smith, R.S. (2001**). Journeys from childhood to** **midlife**: Risk, resilience, and recovery. Cornell University Press.

West, S.G., Finch, J.F., & Curran, P.J. (1995). Structural equation models with non-normal variables. In R. H. Hoyle (Ed**.), Structural equation modeling**: Conce.

Wright, M.O. & Masten, A. S. (2006). Resilience processes in development.In S. Goldenstein & R. Brooks.**Handbook of Resilience in** **Children** .New York: Springer.

Wright, M. O. & Masten, A. S. (1997). Vulnerability and resilience in young children In J. D. Noships, S. Greenspan, S. Osofsky (Eds**.), Handbook of child and adolescent psychiatry: Vol. 1 Infancy and Preschoolers:** **Development and syndromes** (pp. 202-224). New York: Wiley.

Wyman, P. A. (2003). Emerging perspectives on contex specifity of children s adaptation and resilience: Evidence from a decate of research with urban children in adversity. In S. S. Luthar (Ed.)**, Resilience and vulnerability**: **Adaptation in the context of children adversities** ( pp. 293-317) . New York :Cambridge University Press.

Zuckerman, M.(1994).**Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking**. New York: Cambridge University Press.

1. .Impulsiveness [↑](#footnote-ref-1)
2. .Ettelt [↑](#footnote-ref-2)
3. .Over reaction [↑](#footnote-ref-3)
4. .Unplanned [↑](#footnote-ref-4)
5. .Error prone [↑](#footnote-ref-5)
6. .Swann [↑](#footnote-ref-6)
7. . Holander [↑](#footnote-ref-7)
8. .Compulsive [↑](#footnote-ref-8)
9. .Judgement [↑](#footnote-ref-9)
10. .Moeller [↑](#footnote-ref-10)
11. - Risky Dicision Making [↑](#footnote-ref-11)
12. -Delay discounting [↑](#footnote-ref-12)
13. -Richards [↑](#footnote-ref-13)
14. -Zhang [↑](#footnote-ref-14)
15. -De vit [↑](#footnote-ref-15)
16. -Logue [↑](#footnote-ref-16)
17. -Heyman [↑](#footnote-ref-17)
18. .Orientation toward the present [↑](#footnote-ref-18)
19. .Dimiunished ability to delay gratification [↑](#footnote-ref-19)
20. .Disinhibition [↑](#footnote-ref-20)
21. .Risk taking [↑](#footnote-ref-21)
22. .Sensation seeking [↑](#footnote-ref-22)
23. .Reward sensivity [↑](#footnote-ref-23)
24. .Boredom proneness [↑](#footnote-ref-24)
25. .Hedonism [↑](#footnote-ref-25)
26. .Poor planning [↑](#footnote-ref-26)
27. .Herpertz& Sass [↑](#footnote-ref-27)
28. .Heath [↑](#footnote-ref-28)
29. .Venturesomeness [↑](#footnote-ref-29)
30. .Eysenk [↑](#footnote-ref-30)
31. .Sensation seeking [↑](#footnote-ref-31)
32. .Zuckerman [↑](#footnote-ref-32)
33. .Risk taking behavior [↑](#footnote-ref-33)
34. .Novelty seeking [↑](#footnote-ref-34)
35. .Harm avoidance [↑](#footnote-ref-35)
36. .Reward dependence [↑](#footnote-ref-36)
37. .Functional impulsivity [↑](#footnote-ref-37)
38. .Attentional impulsivity [↑](#footnote-ref-38)
39. .Reflection impulsivity [↑](#footnote-ref-39)
40. .Disinhibition [↑](#footnote-ref-40)
41. .Barratt Impulsiveness Scale [↑](#footnote-ref-41)
42. .Cloninger [↑](#footnote-ref-42)
43. .Extraversion [↑](#footnote-ref-43)
44. .Psychoticism [↑](#footnote-ref-44)
45. .Neuroticism [↑](#footnote-ref-45)
46. .Behavioral [↑](#footnote-ref-46)
47. .Behavioral timing [↑](#footnote-ref-47)
48. .Soubrie [↑](#footnote-ref-48)
49. .Linnoila [↑](#footnote-ref-49)
50. .Hernstein [↑](#footnote-ref-50)
51. .Van den Brock [↑](#footnote-ref-51)
52. . Fletcher [↑](#footnote-ref-52)
53. . Risden [↑](#footnote-ref-53)
54. .Ho [↑](#footnote-ref-54)
55. .Al-Zahrani [↑](#footnote-ref-55)
56. .Velazquez-Martines [↑](#footnote-ref-56)
57. .Simon [↑](#footnote-ref-57)
58. .Lack of sense [↑](#footnote-ref-58)
59. .Swan [↑](#footnote-ref-59)
60. -Ell [↑](#footnote-ref-60)
61. -Andreu & Morales [↑](#footnote-ref-61)
62. -Jessor [↑](#footnote-ref-62)
63. . Sartorius [↑](#footnote-ref-63)
64. . Ayzenberg [↑](#footnote-ref-64)
65. . garnefski [↑](#footnote-ref-65)
66. . Kraaij [↑](#footnote-ref-66)
67. . Lazaross [↑](#footnote-ref-67)
68. . Menin [↑](#footnote-ref-68)
69. . Deck [↑](#footnote-ref-69)
70. . Diffenbacher [↑](#footnote-ref-70)
71. . Davis .B.K [↑](#footnote-ref-71)
72. . Black [↑](#footnote-ref-72)