# تاریخچه گروه درمانی

 در آغاز قرن بیستم، بیماری سل یک بیماری اپیدمیک بود. جوزف پرات[[1]](#footnote-1) انترن بیمارستان ایالتی بوستون در پی پاسخ به این سوال که آیا بیماران وقتی فرصت ارتباط و تبادل نظرات برآیند آیا می توانند تسکینی برای آلام خودشان فراهم سازند. در نتیجه او در بخش بیماران، کلاس های کنترل فکر راه انداخت. در این کلاس ها با مشارکت بیماران گام های چگونگی مقابله با بیماری را آموزش داد و خیلی زود تحت تاثیر قدرت مولفه های تعاملی گروه قرار گرفت. پرات پیشگام و پیش بینی کننده بسیاری از مولفه های است که در رویکردهای معاصر گروه درمانی دیده می شود. پرات از درمان گروهی برای بسیاری از جمعیت های بیمار استفاده کرد از جمله سرطان پستان، سندرم مثانه تحریک پذیر، مشکلات قلبی، لوپوس و غیره. او اولین نمونه از گروه درمانی متجانس یعنی افرادی که به واسطه مشکل واحدی دور هم جمع می شوند، راه انداخت (زینت،1391).

 در دهه اول قرن بیست ال کودی مارش[[2]](#footnote-2) چارچوب درمان گروهی را برای جمعیت های روانپزشکی به کاربرد برد. رویکرد وی، چند بعدی بود و در آن از سخنرانی، هنر، موسیقی و رقص بهره می جست. مارش متوجه شد در گروه درمانی فرآیند هایی چون رفتارهای نوع دوستانه، یافتن پایه مشترک در افکار و احساسات گروه، تجربه پذیرش و لذت شکل می گیرد که همگی تسکین دهنده رنج اعضا می باشد. جمله مشهور «گروه افراد را بیمارکرده و گروه آن ها را درمان خواهد کرد»، از اوست (ساراسون و ساراسون،1990، ترجمه نجاریان، اصغری مقدم و دهقانی،1387).

 در دهه بعدی یعنی از 1919 به بعد ادوار لازل[[3]](#footnote-3) از رویکرد گروهی به منظور درمان افراد اسکیزوفرنیک و دو قطبی در بیمارستان الیزابت شهر واشنگتن استفاده کرد. او از مفاهیم روانکاوانه در درمان بهره می جست و معتقد بود اگر بیماران دریابند که علایمشان فهم پذیر است آن نشانه ها احتمالاً فروکاهش یافت (ملکی،1391).

 مک دوگال[[4]](#footnote-4) روانشناس امریکایی، در دهه سوم قرن 20 به حیات ذهنی جمعی علاقمندی نشان داد و معتقد بود در گروه های بزرگ، عملکرد اعضا به سطوح بدوی تر نزول می کند، اما او میان گروه های سازمان یافته و بدون سازمان تمایز قائل بود. گروه های سازمان یافته ظرفیت برای کار دارند و مانند گروه های سازمان نایافته تحت سلطه حیات تکانه ای خودشان قرار نمی گیرند . این تمایز مورد قبول و نظرورزی متفکران بعدی قرار گرفت و این سوال دنبال می شد که آیا حیات گروهی، خطرناک است یا نوید بخش. تعیین و تعریف فروید از نقش همانند سازی و همدلی درباره ایجاد تغییر، در دیدگاه گروه درمانی، بسیار تاثیر گذار بود (هافتن، کرک، سالکووسکیس و کلارک[[5]](#footnote-5)،2007، ترجمه قاسم زاده،1392).

 تریگنت بارو[[6]](#footnote-6) برای نخستین بار گروه های تجربه ای را با دانشجویان، بیماران و همکاران به راه انداخت. بنا به عقیده او در گروه درمانی فرآیندی به راه می افتد. که به واسطه آن اعضا از تصاویر و ماسک های روزمره خود آزاد می شوند. بارو نخستین نظریه پردازی است که از اصطلاح «گروه به مثابه یک کل» استفاده کرد. یعنی نخستین شخصی است که پدیدارهای گروهی فراسوی رفتارها و واکنش های هرعضو خاص را تشخیص داد (ملکی،1391).

 در دوره گسترش پس از جنگ، گروه درمانی رشد و گسترش یافت افرادی که در این حوزه نقش داشتند عبارتنداز: بیون[[7]](#footnote-7) نظریه پرداز بریتانیایی که زندگی ناهشیار گروه را از ورای لنز نظریه ارتباط موضوعی. ملانی کلاین مورد بررسی قرار داد. فرضیه پایه مبنی بر این است که الگو یا فرهنگ های گروه. به مثابه یک کل بر نیازهای ناهشیارشان استوار است. بیون معتقد بود که درمانگر باید از لحاظ تفسیری نه به افراد بلکه به پویایی های گروه به مثابه یک کل توجه کند. لوین[[8]](#footnote-8) یک فرانظریه از زندگی گروهی ارائه داد. سایر نظریه پردازان اشاره کرده بودند که کل حیات گروهی، حاصل تجمع مشارکت کنندگان خاص است. موضع لوین این بود که گروه، ویژگی هایی را حائز است که فراتر از ویژگی های هر فرد است. اصطلاح پویایی های گروهی را لوین اولین بار به کار برد. نهضت بهداشت روانی جامعه نگر در دهه 60 میلادی بر استفاده وسیعتر گروه درمانی اثر گذاشت. در دهه 60، پانصد مرکز بهداشت روانی شکل گرفت که به ارائه خدمات بهداشتی می پرداختند. مدل های درمان های کوتاه مدت در دهه 80 و 90 میلادی شکل گرفتند. عمومیت مداخلات شناختی- رفتاری افزایش یافت. روند دیگر که شکل گرفت این بود که درمانگران مسئولیت یافتند تا مفید بودن خدمات درمانی شان را نشان دهند. در نتیجه شیوه های ارزیابی مداخلات درمانی دقیق تر شد. در دهه های 80 و 90، دیگر کسی نمی پرسید آیا گروه درمانی موثر است بلکه می پرسیدند آیا رویکرد x در مورد این مشکل در این چارچوب زمانی و در این موقعیت، موثر است. رویکردهای شناختی– رفتاری، در اکثر تحقیقات اعتبار وسیعتری نسبت به رویکردهای بین فردی نشان دادند. اقتباس و تاثیر پذیری دیدگاه ها از هم بیشتر شد. آموزش و تربیت، تمرکز بیشتر یافت و تاکید بر آموزش مستمر صورت گرفت به وجود حقوقی و اخلاق حرفه ای نیز توجه بیشتر شد. مداخله در بحران به شکل گروهی نیز شکل گرفت (هافتن، کرک، سالکووسکیس و کلارک،2007، ترجمه قاسم زاده،1392).

# تعریف گروه درمانی

گروه درمانی یک شیوه درمانی است که گروه کوچکی از اعضا و یک یا چند درمانگر دارای تخصص در گروه درمانی شامل می شود. گروه درمانی به منظور ارتقای رشد روانی و کاهش مشکلات روانی صورت می گیرد. این اهداف از طریق اکتشاف شناختی و عاطفی تعاملات میان اعضا و بین اعضا و درمانگر حاصل می شود.سه مولفه در این تعریف حاضر است:

1- گروه درمانی به منظور ارتقای رشد روانی و تسکین مشکلات روانشناختی طراحی می شود. این وجه گروه درمانی را از گروه خودیاری و گروه حمایتی تمایز می دهد. گروه درمانی به دنبال تغییر روانشناختی است در حالیکه گروه های خود یاری و حمایتی هدف محدودتر یاری رساندن به اعضا جهت مقابله با مشکلات بلافصل شان را دنبال می کند. البته همه گروه ها در کاهش دادن رنج شریکند.

2- هدف فوق از طریق کاوش های شناختی و عاطفی تعاملات میان اعضا و میان اعضا و درمانگر صورت می گیرد. سخنرانی یک روانشناس درباره مشکلی و بعد اظهار نظر اعضا ممکن است درمانگرانه باشد اما گروه درمانی نیست. در گروه درمانی اعضا با هم و با درمانگر تعامل برقرار می کنند یا از این فرصت برخوردارند و این تعامل کانون مطالعه قرار می گیرد.

3- گروه درمانگر باید یک متخصص بهداشت روانی و ماهر در مداخله درمانی گروهی و فردی باشد. گرچه این درمان آثار مثبت به دنبال می آورد و موثر است اما مانند سایر ابزارهای قوی می تواند پیامدهای منفی روی برخی مشارکت کنندگان بگذارد. در یک مطالعه که روی درمانگران مبتدی انجام گرفت، اثرات نامطلوب 10 درصد گزارش شده است. آشنایی عمیق با سایکو پاتولوژی و اثرات آن در گروه و آشنایی با شیوه مداخله مناسب، مورد نیاز است (بک،2006، ترجمه محمدی، کهن و جوشقانی،1391).

**گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر**

 انواع مختلفی از روش های گروه درمانی در کار با مراجعین سوء مصرف کننده مواد وجود دارد. در تحقیقات متعدد گروه درمانی فرانظریه ای رویکرد درمانی موثری گزارش شده است. از میان رویکردهای مختلف در گروه درمانی این رویکرد به این دلیل است که توانایی بیشتری از سایر رویکردها، برای پاسخ به دغدغه ها و سوالات موجود در ذهن افراد داد و روش های آن با اصول بازپروری های موفق، برای معتادان قابل معالجه است، روشی موثرگزارش شده است (وزیریان، 1390).

 در این رویکرد درمانی افراد می تواند مسئول اعمال خود باشد، هدف معالجه باید مبتنی بر بازسازی عمیق شخصیتی باشد همان طور که از نام این نظریه پیداست، جامعیت بیشتری از سایر رویکردها دارد و عصاره ای از رویکردهای مختلف را چون رویکرد رفتاری- شناختی، رویکرد سیستمی، رویکرد روان پویایی، رویکرد وظیفه مدار در طی جلسات مختلف اعمال می کند. بازگشت مجدد به اجتماع پایان مرحله درمان است، اما فرد هنوز به طور کامل برای مشارکت فعال در جامعه آمادگی ندارد. برای این منظور باید تعلیمات و آموزش هایی را دریافت کند (ولیسر[[9]](#footnote-9) و همکاران، 2008).

 تحقیقات نشان داده که اکثر سوءمصرف کنند گان مواد به صورت داوطلبانه وارد جریان درمان نمی شوند. اما زمانی که مراجعین انگیزه بالایی برای ترک اعتیاد داشته اند، به احتمال قوی تر درمان ها اثر گذاری بیشتری خواهند داشت. گرچه بهبود لزوما به داوطلب بودن مراجعین بستگی ندارد و برخی مطالعات نشان می دهند که نرخ بهبودی افرادی که به اجبار وارد فرآیند درمان شده اند، تقریبا  به اندازه کسانی است که داوطلبانه وارد فرآیند درمان شده اند. اما بسیاری را عقیده بر آن است که تا زمانی که فرد خود در این راه مصمم نباشد، و به این نتیجه نرسد که باید درمان شود، بهبودی رخ نخواهد داد و چنانچه آگاهی و خواست خود فرد در روند درمان مورد توجه قرار نگیرد، گاه حتی این فرآیند آسیب زا نیز خواهد بود. در جریان استفاده از رویکرد فرانظریه ای آمادگی مراجعان برای تغییر سنجیده شده و با توجه به وضعیت و درجه آمادگی مراجع، انگیزش او توسط مجموعه ای از فنون در جهت ترک اعتیاد تغییر می یابد (باتلر[[10]](#footnote-10)، 2007).

 یک جنبه شایان توجه مراحل تغییر شناسایی این موضوع است که انگیزش مراجع را می توان تحت تاثیر قرار داد. قبل از این، انگیزش به عنوان خصوصیتی تلقی می شد که قابل تغییر نیست. چنانچه مراجعی بدون انگیزه تصور می شد، امید کمی به موفقیت در درمان او وجود داشت و مراجعینی که آمادگی کافی برای تغییر نداشتند، برای درمان مناسب تشخیص داده نمی شدند. فردی که مواد مخدر را ترک می کند، پس از ترک به علل مختلفی گاهی اشتیاق به مصرف مواد مخدر را تجربه می کند که این عامل در بیشتر مواقع موجب عدم مقاومت و بازگشت او به سوی مواد می گردد. بنابراین آموزش چگونگی مقاومت در مقابل مصرف مواد برای این افراد بسیار حائز اهمیت است (مرادی و همکاران، 1388).

 در موقعیتی که فرد اقدام به ترک کرده است، این امکان وجود دارد که از طریق دوستان قدیمی در موقعیت فشارزایی برای مصرف مجدد قرار گیرد، این مسئله زمانی که فرد از نظر ابراز وجود دچار مشکل باشد و یا نگرش مثبتی نسبت به مواد داشته باشد، تاثیرات بارزتری بر جا می گذارد. تا معتادی خود دلیل محکمی برای مصرف نکردن نداشته باشد، عملا هر گونه درمانی به ویژه درمان پزشکی صرف بی نتیجه است و در واقع کمک به معتاد برای بازگشت به زندگی سالم و اتخاذ شیوه های رفتاری متناسب با هنجارهای جامعه و پذیرش ارزش های آن قبل از هر اقدام دیگری، از اهمیت زیادی برخوردار است و تا زمانی که سوء مصرف کننده مواد قادر نشود زندگی همراه با مصرف مواد مخدر را با زندگی بدونه مصرف آن به خوبی مقایسه کند و به ویژه آثار این دو شیوه زندگی را در آینده تحلیل نماید، بازگیری، توانبخشی و پیگیری، ثمربخش نخواهد بود. رویکرد فرانظریه ای، مراجعان را دارای استعداد بالقوه ذاتی برای تغییر دانسته و آن ها را  مسئول تغییر خودشان می داند و طی جلساتی درصدد ایجاد انگیزه برای سوء مصرف کنندگان است (مک گویر[[11]](#footnote-11)، 2010).

 افرادی که به مشکلات سوءمصرف مواد دچارند، به جهت سال های متمادی مصرف مواد،  غالبا با تصویرهایی مخدوشی از خود و جهان به درمان روی می آورند. سال ها مصرف مواد همچنان با نقصان در مهارت های اجتماعی همراه بوده است.آنها غالبا روابط سالم و احتمالی خود را به علت گرفتار بودنشان به مواد، از دست داده اند و بنابراین در جریان کار گروهی نیازمند ایجاد و تنظیم رفتارهایی هستند که یا جدیدند و یا آن که مدت هاست که آنها را فراموش کرده اند. رویکرد فرانظریه ای بر کارگیری واکنش های مقابله ای، به منظور افزایش کارآمدی فردی، تقویت مثبت و احساس شدید خودکنترلی در فرد تاکید می نماید. وجود این مهارت ها و احساسات مثبت شدت احتمال آغاز به مصرف مجدد مواد و در نتیجه احتمال بازگشت به حالت اولیه را کاهش می دهند و ابزار لازم برای مقابله با شرایط خطر آفرین و وسوسه برانگیز را نیز در اختیار فرد قرار می دهند (مهریار و جزایری، 1388).

**مدل گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر**

 مدل گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر بر پیمودن پنج مرحله دلالت دارد:

**1- مرحله پیش از تفکر**

 این مرحله مرحله ای است که هنوز فرد معتاد تصمیم نگرفته است، برای تغییر رفتار خود اقدام کند و در این مرحله غالبا فرد قادر به دیدن مشکلی که دارد، نیست. اغلب کسانی که در این مرحله قرار دارند هنوز رفتار خود را مشکل ساز نمی دانند و معمولا آن را مطلوب هم می دانند، بنابراین انگیزش کمی برای تغییر آن دارند. با این حال اطرافیان نظیر خانواده، کارفرما، دوستانی که ناظر بر رفتار او هستند، رفتارهای او را مشکل ساز می دانند. این مرحله فقط به انکار اعتیاد و مقاومت در قبول آن ختم نمی شود. بعضی از کسانی که در این مرحله قرار می گیرند اصلا هیچ اطلاعی از خطرات ناشی از رفتار نادرستشان ندارند. گاهی فکر می کنند که اقدام برای اصلاح رفتارشان دیر شده است، یا برخی از آنها مشکلشان را توجیه کرده و مثلا می گویند «مگر آدم چند بار زندگی می کند، چرا باید رنج و درد را تحمل کند (وینستین، روتمان و سوتون[[12]](#footnote-12)، 2010).

 بهترین اقدام در این مرحله، فعال سازی برنامه های کاهش تقاضا با هدف آگاه سازی معتادان از خطرات ناشی از رفتار پرخطر آن ها می باشد. به واقع تشخیص از منظر این رویکرد، دیدگاه فرد معتاد درباره تغییر و توجه به دلایل وی برای نداشتن قصد تغییر، مهمتر از جستجوی علل به وجود آمدن این شرایط است (ماردن، کروچ و دیکمنته،2001، ترجمه ضیاالدین، حسینی فر، نوکنی و طوفانی،1392).

**2- مرحله تفکر**

 زمانی که فرد متوجه نیاز و ارزش تغییر شرایطی که در آن قرار دارد، می شود  وارد مرحله تفکر خواهد شد. این مرحله با تردید و دودلی نسبت به ترک یک الگوی رفتاری (مثلا مصرف مواد) و حرکت به سمت الگوی رفتاری جدید همراه است. در این مرحله ارزیابی از مزایا و مضرات، منافع و معایب الگوی رفتاری فعلی و همچنین الگوی رفتاری جدید صورت می گیرد. در این مرحله افراد مایل به تغییر خود هستند اما هنوز خود را متعهد و ملزم به این کار نمی بینند. فردی که در این مرحله است احتمالا درباره راه های درمان پرس و جو می کند، اما تصمیم به عملی کردن آن ها ندارد. یا به هر نحوی سعی می کند برای حضور نیافتن در جلسات درمانی، دلیل تراشی کند. می گویند که «الان وقت خوبی برای شروع درمان نیست. کار درمانگر در این مرحله آن است که اطلاعاتی متناسب با شرایطی که معتاد در آن قرار دارد به او بدهد. مزایای درمان و یا تغییر رفتار را مطرح کند. در این مرحله نباید معتاد را از عواقب رفتارهایش بترسانیم. مثلا نگوییم «که با این کار، به قلب یا ریه ات آسیب می رسانی، یا عاقبت سرو کارت به زندان می افتد». در این مرحله باید از ترفندهای هول انگیز خودداری نمود، چرا که خودکارآمدی فرد را به شدت پایین می آورد. تصمیم به تغییر نشان دهنده خروج از مرحله تامل و ورود به  مرحله عزم یا آمادگی است (کاردان، 1393).

**3- مرحله آمادگی- عزم:**

 در این مرحله معتاد تصمیم می گیرد در آینده ای نزدیک رفتار اعتیادی خود را اصلاح کند. معمولا فرد برای مدت کوتاهی در این مرحله می ماند. البته باید دقت کرد که فرد لزوما به مرحله بعد نخواهد رفت. باید فرد را در این مرحله تشویق کرد که برنامه واقع بینانه برای ورود به مرحله عمل تدارک ببیند. تکالیف لازم برای افراد در مرحله آمادگی عبارت از بسیج جرات و تلقین لیاقت و شایستگی برای انجام تغییر است (ماردن، کروچ و دیکمنته،2001، ترجمه ضیاالدین، حسینی فر، نوکنی و طوفانی، 1392).

**4- مرحله عمل:**

 توقف الگوی قدیمی رفتار و شروع رفتار جدید، حاکی از آن است که فرد در مرحله تغییر است. اقدام، مرحله رفتاری آغازین، در مسیر ایجاد الگوی رفتاری جدیدی است. رفتار جدید باید در طی زمان حفظ شود تا عادت جدیدی پا بگیرد. الگوی قدیمی اصولا جذابیت خود را حفظ می کند و بازگشت به آن اغلب آسانتر از حفظ رفتار جدید است. جا افتادن الگوی جدید رفتار، زمان بسیار زیادی را می طلبد. 3 تا 6 ماه معمولا چارچوب زمانی است که برای تداوم مرحله اقدام در نظر گرفته می شود. این مرحله بسیار حساس است. همه افراد و اغلب خود متخصصان به غلط، اقدام معتاد برای تغییر رفتارش را با خود تغییر اشتباه می گیرند. در واقع می توان کسانی را که توانسته اند بین 3 تا 6 ماه رفتار اعتیادی خود را کنترل کنند، در زمره معتادانی دانست که مرحله اقدام را شروع کرده اند. پس از 6 ماه ترک می توان گفت که آنان به مرحله بعد یعنی ماندن در ترک نایل آمده اند (ذاکری، 1393).

**5- مرحله نگهداری (ماندگاری):**

 برای اینکه رفتار جدید به عادت تبدیل شود باید با سبک زندگی فرد درآمیزد. این وظیفه ی مرحله ابقا است. در خلال این مرحله، الگوی رفتاری جدید خودکار می شود و تفکر یا تلاش اندکی برای حفظ آن لازم است. به هر حال در طی این مرحله هنوز هم خطر همیشه حاضر و امکان بازگشت به الگوی رفتاری قدیمی وجود دارد. وظیفه کسی که در مرحله ابقا است این است که تغییر رفتار را حفظ کند و با بافت کلی زندگی طوری آن را در آمیزد که طبیعی، مانوس و یکپارچه شود. پروچاسکا و دی کلمنته (1992) استمرار ترک را مرحله ای ایستایی نمی دانند، بلکه آن را تلاش مستمر برای تغییر رفتار می نامند. با گذشت زمان خطر بازگشت به اعتیاد کمتر و کمتر می شود، اما کاملا از بین نمی رود. بنابراین باید درمانگر در فکر تهیه طرحی برای پیشگیری از بازگشت به اعتیاد باشد. بسیاری از محققان و صاحبنظران عقیده دارند که عود مدت ها پیش از اینکه فرد دوباره شروع به مصرف مواد کند، آغاز می شود، و در نتیجه عود را یک فرآیند می دانند (ماردن، کروچ و دیکمنته،2001، ترجمه ضیاالدین، حسینی فر، نوکنی و طوفانی، 1392).

 این فرآیند از این قرار است، در ابتدا شخص در موقعیت پرخطری قرار می گیرد، این موقعیت او را در ارتباط تنگاتنگ با مصرف مواد قرار می دهد. در نتیجه فرد هوس و میل به مصرف را به شیوه های مساله ساز تجربه می کند. در عین این که هیچگونه پاسخ مقابله ای برای این موقعیت رواج نیافته است. یعنی شخص هنوز طرح و برنامه ای را برای مقابله با این موقعیت تهیه نکرده است. فرد ممکن است قادر باشد این موقعیت را چند بار اول اداره کند اما فکر مصرف مواد از فکرش خارج نمی شود. بنابرای شخص مواد را مصرف می کند. عود اعتیاد باعث کاهش احساس خودکارآمدی و عزت نفس وی شده و در نتیجه موجب خواهد شد که فرد خویشتن داری را نقض کند و گاه بدون احساس شرم و ناراحتی، مصرف دوباره مواد را، حتی بیش از گذشته، از سر می گیرد (کاردان، 1393).

# سوءمصرف مواد

 تجربیات سال های گذشته در ایران و جهان در رابطه با تولید و عرضه مواد مخدر و همچنین، درمان معتادان نشانگر این است که این نوع مبارزه همه جانبه بوده و نتایج حاصل از آن اثر بخشی لازم را ندارد. لذا برخورد با معضل اعتیاد باید فراگیر باشد به نحوی که این تلاشها علاوه بر مبارزه با تولید و عرضه بر پیشگیری متمرکز گردد. به طور کلی مفهوم اقدام های مداخله ای به منظور پیشگیری در نتیجه پیشرفت علم پزشکی گسترش یافت و کشف عوامل بیماری زا، واکسیناسیون و آموزش، همگی نمونه هایی از موفقیت علم پزشکی در پیشگیری از بیماری ها می باشند. در رابطه با سوء استفاده از داروها و مواد یا موضوع اعتیاد، هدف از پیشگیری این است که جمعیت هدف به هیچ وجه از داروهای اعتیادآور استفاده نکند و خود را در معرض خطررات ناشی از اعتیاد و آسیب های ناشی از آن قرار نداده و مانع از بروز آسیب های اجتماعی پیامد آن گردد. به علاوه هدف دیگر پیشگیری می تواند کنترل عوارض وحشتناک مربوط به اعتیاد باشد (سعیدی، 1391).

**تعريف اعتياد به صورت جامع**

 بنابر تعريف علمي پذيرفته شده، اعتياد عبارت است از وابستگي جسمي و رواني فرد به يک ماده دارويي مخدر يا محرک. امروزه در محافل دانشگاهي نيز به جاي کلمه در اعتياد «واژه وابستگي» را به کار مي‌برند و «معتاد» را هم شخص «وابسته» مي‌نامند (باوی، 1388).

 از نظر پزشکي، اعتياد يا وابستگي، نوعي سندروم[[13]](#footnote-13) يا نشانگان باليني است که در پي مصرف مواد مخدر، در حالات رفتاري، شناختي و فيزيولوژيکي فرد مصرف کننده پديد مي‌آيد. ميزان وابستگي کمي است و شدت و ضعف دارد، اما در هر حال اعتياد رفتاري مرضي يا بيمار گونه است. پس، شخص معتاد يا وابسته در واقع بيمار است و رفتار جامعه با فرد معتاد مي‌بايد بر اساس اين واقعيت علمي سامان يابد که معتادان را بايد مداوا و معالجه کرد (سلمانی، 1392).

 به تعريف ديگر، حالت مسموميت متناوب و تدريجي است که مبتلايان آن ناچار هستند که هر چيز وقت مقداري بر مصرف روزانه خود بيافزايند تا اندازه‌اي که بدان معتاد يا با مواد مخدر خو گيرد. نياز رواني و جسماني مبرم به استعمال الکل يا داروي مخدر ديگر که اختيار مصرف و ترک آن از نيروي اراده شخص خارج شده باشد. شخص به ماده مخدر وابستگي رواني و بدني و فيزيولوژيک پيدا نموده و کوشش در افزايش اندازه ماده مخدر دارد (بختیار، 1393).

# تاريخچه سوءمصرف مواد در جهان و ايران

 سابقه آشنايي با مواد مخدر به زمان تشکيل اولين تمدن هاي ايجاد شده بر روي کره زمين باز مي گردد به استناد الواح گلي مکشوفه، سومريان در حدود يازده هزار سال قبل با شيره گياه خشخاش و آثار او آشنايي داشته‌اند. به گفته محققين تا قبل از قرن هيجدهم همواره بشر از مواد مخدر در راه صحيح استفاده کرد. اين مواد عمدتا به مصارف پزشکي و دارو و درمان رسيده است. پزشکان صعان همچون بوعلي سينا و زکرياي رازي براي مداواي بيماران خود از اين مواد استفاده مي‌کردند و در آثار قلمي بجاي مانده از ايشان به موارد استفاده پزشکي از اين مواد پرداخته‌اند. اما از زماني که يکي از کمپاني‌هاي پير استعمار يعني انگلستان به نام کمپاني هند شرقي به هندوستان پاي نهاد و شروع به اجراي نقشه شوم خود نمود، و اونا مشروع و پديدة زحمت بار و نامبارک اعتياد بوجود آمد بخاطر همين است که اعتياد به مواد مخدر را ارمغان استمار ناميده‌اند (اصغری، 1393).

 اين کمپاني با ترفندهاي مختلف اراضي گسترده‌اي از کشور هندوستان را زير کشت خشخاش برد و با لطايف العيل شروع به پخش کردن ترياک در بين مردم کشورهاي منطقه نمود. دولت چين که در مورد اعتياد جوانانش احساس خطر جدي مي نمود با اين پديده به مقابله پرداخت و واردات اين مواد را به کشورش ممنوع ساخت. اما دولت انگلستان براي حمايت از کمپاني خود با چين وارد جنگ شد. جنگ هاي ترياک بين انگلستان و چين دوبار اتفاق افتاد و هر کدام به مدت دو سال به طول انجاميد. يکي در سال 1840 و ديگري در سال 1856 نتيجه اين جنگ در هر دو مورد به نفع انگلستان بود و با تمجيل قرار داد «تين سيستان» برچين خاتمه يافت (سعیدی،1391).

 سوء مصرف مواد در ايران که در دور‌ة قاجار به اوج خود رسيده بود و از مدت ها قبل درباريان را آلوده ساخته بود زنگ خطر را در ايران به صدا در آورده بود. بخاطر همين امر، علما و فقه هاي بيدار آن زمان شروع به روشنگري کردند و نسبت به عواقب زيان بار اين پديده هشدار دادند (فردوسی، 1390).

 کشور ما به علت قرار داشتن در شاهراه ترانزیت مواد مخدر و نیز جایگاه نسبتاً موجه مصرف تریاک در فرهنگ ایرانی، همواره با خطر و عوارض اجتماعی روبرو بوده است. تخمین زده می شود که حدود 2 میلیون نفر معادل 3% از کل جمعیت ایران به نوعی از مواد مخدر استفاده می کنند. پس از پیروزی انقلاب اسلامی به ویژه در یک دهه اخیر اقدامات بسیار جدی و مؤثری در مقابله با گروه های قاچاق و توزیع مواد مخدر صورت گرفته است. با این حال، افزایش شیوع اعتیاد در جمعیت زنان همه و همه حقایقی هستند که لزوم برخورد ریشه ای تر و منطقی تر با این معضل ملی را طلب می کنند. نکته مهمی که در این مجال قصد پرداختن به آن را داریم پرداختن به مشکلات بهداشتی و بیماری های عفونی خطرناک است که یک فرد معتاد را در جامعه و محیط زندان تهدید می کنند و با توجه به ارتباط این افراد با کل جامعه، آنها را با منابع خطرناکی برای انتشار بیماری های عفونی خطرناکی چون ایدز و هپاتیت تبدیل می سازند (نادری، 1389).

 بطور خلاصه، یک فرد معتاد در حقیقت انسان بیماری است که به دلیل مشکلات فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی متعدد و نیز احساس نیاز شدید و ناگهانی به مصرف ماده مخدر، بسیار در معرض انجام رفتارهای مخرب و زیانبار قرار دارد. جمعیت معتاد و زندانی های کشور در یک نگاه واقع بینانه و بر اساس آمارهای متعدد داخلی و خارجی، کانون های مناسبی برای ابتلاء و انتقال بیماری های عفونی مهم و خطرناکی چون ایدز و هپاتیت هستند و برخورد ریشه ای و کارشناسی با موضوع اعتیاد و رسیدگی عاجل به وضع بهداشتی زندانی های کشور باید در رأس برنامه های سیاستگزاران و دست اندرکاران مربوطه قرار گیرد (محمدی، 1387).

#  سوءمصرف مواد از زوایای دیگر اختلال در سیستم پاداش دهی مغز است که لذت و درد را کنترل می کند. یک فرد معتاد به دنبال لذت و تسکین درد و درماندگی خود از مواد مخدر استفاده می کند، اما بیماری و اعتیاد فرد به صورت چاره ناپذیری از لحاظ فردی به رنجی دردناک تبدیل شده و از لحاظ خانوادگی و اجتماعی گاهی به دیگران و اطرافیان به نحو بازگشت ناپذیری آسیب می رساند. رواندرمانی اعتیاد هنگامی موفقیت آمیز خواهد بود که حرفه های بهداشت روانی به صورت یکپارچه برای کمک به معتادین فعالیت نموده و مشکلات آنها را حل کرده و زندگی بهتری را در زمینه های مختلف و خصوصاً روابط اجتماعی (به لحاظ حرفه ای) ایجاد نمایند (افشار، 1393).

#  یکی از مهمترین دستاوردهای رویکردی جدید درمانی در خصوص اعتیاد، آموزش معتادین و خانواده های آنها برای به کارگیری زبانی مشترک می باشد. رواندرمانگران اعتیاد، با آموزش مفاهیم اصلی مرتبط با اعتیاد و فرآیند بیماری زایی ناشی از مصرف مواد مخدر و بهبودی تدریجی در روند درمان به زبانی مشترک دست نیافته اند. زبان مشترکی که در این نوشته بر آن تأکید می شود فرآیند 12 مرحله ای را در بر می گیرد که دوپونت و شراکی[[14]](#footnote-14) 1994 و دوپونت 1994 معرفی کرده اند. این دوازده مرحله را می توان ابزارهایی مفهومی، عملکردی برای فهم اعتیاد و برقراری یک ارتباط مؤثر با مسائل مرتبط با معتادین قلمداد کرد. از قبیل: متوقف ساختن مصرف، تحت تأثیر قرار دادن اعضاء گروه، قادر ساختن معتادین به مقابله با عوامل تحریک کننده اعتیاد و اثر بخشی استفاده از مواد مخدر و تأکید بر بهبودی. در این فرآیند آموزشی استفاده از شوخی، نظریه ها و دیدگاه های معارض و مختلف و ارائه تقویت به صورت فیلم های ویدئویی به اندازه سخنرانی ها به کار گرفته می شود (سروقد، 1391).

# نشانه‌هاي سوءمصرف مواد

#  نشانه هاي سوءمصرف مواد نسبت به نواع داروي مصرف شده، مقدار دارو و شخصيت معتاد فرق مي‌کند. به اين دليل بايد اين عوامل را جداگانه مورد بررسي قرار داد. ترياک، مورفين، هروئين که مشتقات اصلي ترياک هستند، معمولا از راه بيني کشيدن يا تزريي زير جلدي وارد بدن مي‌شوند و آثار آن که بالافاصله ديده مي‌شوند، عبارتند از:

1- تخفيف حرکت هاي ارادي، 2- کاهش ميل جنسي، 3- خواب آلودگي که با روشني ذهن همراه است (روياي خوش)، 4- تسکين درد، 5- انبساط خاطر همراه با احساس رضایتمندي و آرامش، 6- روياهاي شيرين و مطبوع و 7- احساس مبهم از زمان و مکان (باوی،1388).

# عوارض سوءمصرف مواد

**عوارض جسمي و رواني:** برخي از پيامدهاي گروه جسمي – رواني که بخاطر استعمال مواد مخدر در کوتاه مدت يا دراز مدت عايد انسان مي‌شود به قرار زير است:

1- به گفتة پزشکان مواد مخدر نوعي سم است و مصرف اين مواد باعث نوعي مسموميت مي‌شود که به مرور آثار مخرب خود را بروي جسم و اعصاب و روان انسان مي‌گذارد.

2- مواد مخدر اعصاب حسي و مراکز مغزي را تخدير و بي حس نموده و طبعا از حساسيت آن ها مي‌کاهد در نتيجه منجر به کاهش ميزان ادراک و حساسيت روحي شخص مي‌گردد.

3- عوارض سوء مصرف مواد مخدر به مروز زمان بر جسم و روان آدمي به گونه‌اي است که سلامت جسمي و رواني را از انسان مي‌گيرد و بدين وسيله او را از هر حيواني زبون‌تر مي‌سازد او را تبديل به موجودي مي‌کند که نه حيوان است، نه انسان، حيوان نيست، چون جسمش سالم نيست. انسان نيست چون فاقد عواطف و احساسات و اراده و ابتکار و خلاقيت است.

4- مصرف کننده مواد به هر انگيزه‌اي دست به چنين کاري زده باشد پس از لحظات يا ساعات سرخوشي دچار اندوه و ياس و نگراني و اضطراب زايد الوصفي مي‌گردد.

5- کساني که ترياک و مشقات آن را مصرف مي‌کند و دير يا زود به عوارضي چون، بيدار خوبي، رعشه عضلات، حالت تهوع، کاهش فشار خون، از دست دادن قدرت بيان، بي دقتي در بينايي مبتلا مي‌شوند (قایدی و قایدی،1392).

**عوارض اقتصادي ومالي:**

1- خسارت بر اقتصاد و وضعيت مالي خانواده معتاد. اين خسارت و هزينه تحصيلي غالبا قسمت قابل توجهي از درآمد مالي خانواده معتاد را شامل مي‌شود. امکاناتي که مي‌بايست در جهت رفاه و آسايش و تعليم و تربيت اعضاي خانواده قرار مي‌گرفت، دود مي شود و به آسمان مي‌رود.

2- خسارت وارد بر اقتصاد کشور ناشي از نگهداري معتادان در زندان ها. بر اساس آمارهاي موجود تعداد زندانيان کشور در سال هاي 1377 و 1378 بين 150 تا 160 هزار نفر بوده است که بيش از 60 درصد آنان يعني ترتيب يکصد هزار نفر، آنان را معتادان و مجروحين مواد مخدر تشکيل داده‌اند.

3- اعتياد و قاچاق مواد مخدر مانعي بزرگ بر سر راه توسعه و رونق اقتصادي، خسارت هاي ناشي از سوء مصرف و قاچاق مواد مخدر بر اقتصاد مملکت سالانه بالغ بر 1500 ميليارد تومان است که در مقايسه با تعداد معتادان کشور سرانه هر معتاد بالغ بر دو هزار تومان در روز مي‌شود (سرداری،1389).

**عوارض فرهنگي – اجتماعي**

1- عدم اعتياد و امنيت اجتماعي؛

2- اعتياد تهديدي عليه بهداشت عمومي (ایران پور،1390).

**عوارض معنوي**

 بخاطر وجود پديده شوم قاچاق و سوء مصرف مواد مخدر به فرد مصرف کننده، خانواده و اطرافيان او و به عموم جامعه خسارت هايي وارد مي شود که به هيچ عنوان حتي با هزينه کردن ميلياردها تومان جبران نمي‌گردد. برخي از اين خسارت ها به قرار زير است:

1- محروم شدن کودکان از داشتن خانواده مناسب؛

2- متلاشي شدن کانون گرم و با صفاي خانواده، از هم گسيخته شدن عشق مشترک (رستگار، 1387).

**انواع مواد**

 هر ماده ای که پس از وارد شدن به ارگانیزم بتواند بر یک یا چند عملکرد آن اثر بگذارد ماده مخدر است. البته لغت مخدر بصورت اصطلاحی به کار رفته است و مواد مخدر الزاما تخدیر کننده نیست. در حال حاضر اصطلاح مواد روان گردان اصطلاح مناسبی برای جایگزین مواد مخدر است.

پیچیدگی موضوع مصرف مواد غیر قانونی در اصطلاحات مربوط به آن بازتاب یافته است و به نظر می رسد که این اصطلاحات مرتبا با تشکیل شوراهای مختلف حرفه ای و دولتی تغییر می یابند. یکی از سوالات که مطرح می شود این است که چه نامی باید روی مواد تغییر دهنده مغز گذاشته شود. چاپ چهارم کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی(DSM- IV) آن ها را مواد می نامد. در DSM- IV مفهوم مواد روان گردان شامل مواد شیمیایی موثر بر مغز نظیر حلال های آلی که ممکن است عمدا یا سهوا خورد شود، نیست. مواد قانونی را نمی توان از مواد غیر قانونی تفکیک کرد. بسیاری از مواد قانونی نظیر مرفین اغلب با روش های غیر قانونی تهیه شده و برای مقاصد تجویز نشده، مصرف می شوند. واژه مواد در مجموع، بر واژه دارو ترجیح دارد، چون دارو تلویحا به معنای ماده شیمایی مصنوعی است، در حالی که بسیاری از مواد با الگوهای سوء مصرف طبیعی ارتباط دارند یا برای مصرف انسان تولید نشده اند، مانند چسب هواپیما (کاپلان و سادوک، 1998، به نقل از ناصری،1389).

**جدول 2-1: طبقات مختلف مواد**

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM- IV** | **ICD-10** |
| **الکل** | **الکل** |
| **آمفتامین ها** | **محرک های دیگر، از جمله کافئین** |
| **کافیئین** | **مسکن یا خواب آورها** |
| **حشیش** | **کانابینوئید ها** |
| **کوکائین** | **کوکایین** |
| **توهم زاها** | **توهم زاها** |
| **مواد استنشاقی** | **حلال های فرار** |
| **نیکوتین** | **توتون** |
| **مواد افیونی** | **مواد افیونی** |
| **فن سیکلید ین** | **مصرف چند ماده** |
| **رخوت زاها، خواب آورها، اضطراب زداها** |  |
| **چند ماده** |  |

 تعريف كاملي براي مواد مخدر و روان گردان كه جامع و مانع باشد نمي توان يافت، زيرا اثر اين گونه مواد، حتي يك ماده بر روي افراد متفاوت در خيلي از موارد مختلف است. از مواد گوناگون برخي مخدر، بعضي محرك، تعدادي توهم زا و شماري اثرات گوناگون ديگري مانند ابعاد رخوت و كند كنندگي بر جسم و روان و يا هر دو دارد، حال آنكه مخدر بعضي مست كننده اعصاب است و فقط شامل يك دسته از مواد مي شود روان گردان ها كه در سال هاي اخير كار برد و سيع تري پيدا كرده اند، از نظر لغوي اعضاي فيزيولوژيكي را در بر نمي گيرد و از نظر تركيبات شيميايي نيز متنوع بوده و از منابع طبيعي و غير طبيعي مختلفي استخراج، استحصال و ساخته مي شوند. به هر حال مواد مورد بحث را به شيوه هاي متعددي مي توان طبقه بندي كرد. مثلاً اگر آن ها را به طبيعي، نيمه طبيعي، نيمه مصنوعي و مصنوعي گروه بندي كنيم، يا از نظر تاريخ كشت آشنايي بشر با آن ها و يا كشف و ساخت آن ها دسته بندي كنيم و يا در دو گروه، يعني گروه مواد مخدري كه مصرف پزشكي دارد يا مواد مخدري كه مصرف پزشكي ندارد، دسته بندي شوند، همه درست بوده، ولي در عين حال هيچ يك طبقه بندي يا تعريفي جامع و مانع نمي باشد (افشار، 1393).

 اگر چه متخصصين، طبقه بندي هايي از جنبه هاي علمي و تجربي ارائه داده اند، ولي بهترين نوع گروه بندي طي سال هاي اخير، طبقه بندي مواد به كند كننده، تحريك كننده و توهم زا هاست كه تا اندازه زيادي در مجامع بين المللي پذيرفته شده است. در اين طبقه بندي با توجه به شباهت ساختماني مواد با انتقال دهنده هاي عصبي درون مغز سعي گرديد. تا هرماده در طبقه اي خاص جاي داده شود. انجمن روانپزشكي آمريكا (1994) فهرست موادي كه ممكن است مورد سوء مصرف قرار گيرد و يا مصرف پي در پي آن ها به اعتياد منجر شود را در 11 گروه معرفي نموده است: 1) الكل، 2) آمفتامين ها (گاهي تقويت كننده هاي دستگاه سمپاتيك نيز ذكر مي شود، 3) كافئين، 4) حشيش، 5) كوكائين، 6) توهم زا ها، 7) مواد استنشاقي، 8) نيكوتين، 9) مواد افيوني، 10) فن سيكليدين يا PCP، 11) تسكين دهنده ها، خواب آورها و ضد اضطراب ها (باوی،1388). اين يازده ماده بر اساس طبقه بندي فوق الذكر در يكي از سه دسته مواد قرار مي گيرند:

**الف) كند كننده ها**

 اين مواد عموماً از فعاليت دستگاه عصبي جلوگيري كرده، احساس تنش و اضطراب را كاهش داده و واكنش هاي حركتي و جريان هاي شناختي را به تاخير مي اندازد. سوء مصرف طولاني هر يك از مواد اين طبقه قادر است فرد را معتاد نموده، آسيب هاي جسماني و رواني جبران ناپذيري بجاي بگذارد. چنانچه اين مواد توسط مادران باردار در دوران بارداري مصرف شود، ممكن است منجر به آثار جبران ناپذيري بر جنين در حال رشد شده، عقب ماندگي بعد از تولد را بهمراه داشته باشد. اين دسته از مواد شامل الكل، باربيتورات ها و خواب آورها، مواد استنشاقي و مواد افيوني مي شود. در زير هر يك را به اختصار توضيح خواهيم داد (عابدی،1391).

## 1- الكل: الكل براي هزاران سال مورد مصرف و سوء مصرف بشر قرار گرفته است. حتي روميان باستان در برابر رانندگي حين مستي قوانين و مقرراتي را وضع كرده بودند. امروزه در بسياري از كشورهاي اروپايي و امريكايي، فردي با سطح خوني الكل 1/0 درصد بعنوان فردي كه از لحاظ قانوني مست تلقي مي شود، در نظر گرفته مي شود. رانندگي در حين مستي، به اين لحاظ خطرناك است كه موجب تحريفات ادراكي، ناهماهنگي حركتي و داوري مختلف مي شود. الكل اثرات خود را از طريق افزايش اثربخشي گابا (يكي از انتقال دهنده هاي عصبي مغز) كه موجب بازداري انتقال عصبي در مغز مي شود، اعمال مي كند. الكل فعاليت مغزي را كه بطور عادي باعث بازداري رفتارهاي اجتماعي نظير روابط جنسي، پرخاشگري و...مي شود را كاهش مي دهد. همين امر باعث شده تا افرادي كه از توانايي الكل در رفع بازداري هاي اجتماعي آگاه هستند، اين ماده را بعنوان پوزش و معذرت خواهي براي رفتارهاي ناشايست اجتماعي خود معرفي مي كنند. الكل همچنين، اضطراب و افسردگي را كاهش مي دهد و باعث تقويت پندار فرد از خود از طريق كاهش آگاهي فرد از يادمان هاي رنج آور مي شود ( جوزف[[15]](#footnote-15)،1990، به نقل از افشار،1393).

## 2- باربيتورات ها و خواب آورها: داروهاي باربيتورات از اسيد باربيتوريك مشتق مي شوند. از آنجائيكه باربيتورات ها و خواب آورها (نظير بنزوديانرپسي ها) اثراتي شبيه الكل بوجود مي آورند، به الكل جامعه هم موسوم هستند. باربيتورات ها نيز مانند الكل از طريق تحريك گيرنده هاي گابا وارد عمل مي شوند. سكونال كه يكي از داروهاي اين طبقه است. از آنجايي كه سريع باعث خواب آلودگي مي شود، بعنوان قرص خواب مورد استفاده قرار مي‌گيرد. پنتوتال يكي ديگر از داروهاي اين دسته، بعنوان يك بي حس كننده عمومي در جراحي مورد استفاده قرار مي گيرد. از آنجائيكه مقادير مصرف خفيف پنتوتال، حالت شبه مستي القاء مي كند، يعني حالتي از بازداري زدايي كه فرد تحت آن، خواهان ابراز افكار و احساسات خصوصي خود است، در بين عوامل، مشهور به "سرم حقيقت" است، اگر چه تضميني براي صحت آنچه فرد بيان مي دارد، وجود ندارد. يكي از داروهاي اين دسته (باربيتورات ها) كه معمولاً مورد سوء مصرف قرار مي گيرد، متاكوالون (كوالود) است (سعیدی،1391).

## 3- مواد استنشاقي: يكي از ابزارهاي قديمي القاء حالات تغيير يافته هشياري، مصرف استنشاقي (شامل اثر لكروفروم واكسيد نقره و....) است. اين مواد بصورت گاز يا بخار متصاعد شده از مواد جذب مي شود. مواد استنشاقي بطور مشخص مثل الكل عمل مي كند، يعني ابتدا باعث رها شدن از بازداري ها مي شود و سپس موجب آرامش و خواب مي‌شود.

## 4- مواد افيوني: گیاه خشخاش، منبع اصلي مواد افيوني است كه شامل مورفين، هروئين، ترياك، و كوکائين است. مواد افيوني در زمان هاي قديم نيز به واسطه تاثيرات درد زدايي و سرخوشي آور شناخته شده بوده است. لوحه هاي گلي سومريان كه از حدود 4000 سال قبل از ميلاد بدست آمده،گياه خشخاش را بعنوان گياه شادي معرفي نموده اند. هنرپيشه ها و نويسندگان در قرن نوزدهم اين ماده را براي ايجاد حالات تغيير يافته هشياري مورد استفاده قرار مي داده اند. البته در همين زمان بر تاثيرات درد زدايي مواد افيوني تكيه بسياري نيز شده است. در اين قرن پزشكان و داروسازان تركيبي از ترياك و الكل كه به "لارانوم" موسوم بود را براي برخي از مشكلات جسمي و رواني تجويز مي كردند. اين ماده عليرغم اينكه باعث كاهش درد مي گشته، ولي بهيچ عنوان قادر به درمان هيچ يك از اين مشكلات نبوده است. از آنجائي كه مصرف لادانوم بسادگي مي توانست باعث بيش مصرفي كشنده شود، يكي از داروهايي بوده كه براي ارتكاب خودكشي در انگلستان قرن نوزدهم استفاده مي شده است. اما مورفين كه ماده فعال اصلي افيون محسوب مي شود، براي كاهش ناشي از جراحات در طول قرن نوزدهم و بيستم مورد استفاده قرار مي گرفته است. نام مورفين از نام خداي روياهاي يونان گرفته شده است. اين نام به دليل حالات خواب آلودگي و كند كنندگي اين ماده بر آن نهاده شده است. در سال 1989، دانشمندان، دارويي بسيار قوي تر، يعني هروئين را افيون ساختند. در واقع هروئين با اميد به اينكه قادر است، اعتياد به ترياك و افيون را درمان كند، ساخته شده، ولي بزودي دانشمندان پي بردند كه اين دارو نيز يك ماده بسيار قوي و اعتياد آورتر است. در اوايل قرن بيستم، بسياري از مردمان ملت هاي مختلف بويژه آمريكا و اروپا به اين ماده وابسته شدند، به ترتيبي كه در سرتاسر اروپا و امريكا بتدريج قوانيني براي بازداري از مصارف غيرپزشكي آن گذرانده شد. امروزه، مورفين، كدئين و ماده افيوني مصنوعي بنام دمرول بطور معمول براي كنترل دردهاي شديد تجويز مي شود. تاثيرات سرخوشي آور و درد زدايی مواد افيوني بدليل بازدارندگي گيرنده هاي اندروفيني مغز است كه موجب مسدود كردن تكانه هاي درد و تحريك مراكز لذت مغز مي شود (لونتال[[16]](#footnote-16)،1988، به نقل از محمدی،1387).

**ب) تحريك كننده ها**

اين طبقه از مواد هشياري و برانگيختگي كلي را افزايش مي دهد و در بسياري از موارد منجر به كاهش احساس خستگي و ضعف مي شوند. مصرف بلند مدت آن ها، عليرغم اينكه در ابتدا ممكن است با افسردگي، خستگي و ضعف جسماني مبارزه كنند، ولي به مرور اثربخشي خود را از دست داده، فرد را از لحاظ جسماني و رواني آسيب پذير مي كند. بر اساس تحقيقات گزارش شده، مصرف كوكائين توسط مادران باردار، ممكن است نوزادان آن ها را پس از تولد، براي ساليان سال با مشكلات جدي مواجه كند. نيكوتين و كافئين نيز كه در اين طبقه قرار مي گيرند، نسبت به مواد ديگر مثل آمفتامين، ضعيف تر هستند، ولي مصرف بي رويه آن ها نيز مي تواند فرد را با مشكلات جدي مواجه سازد. چهار ماده اصلي اين طبقه، كوكائين، آمفتامين، كافئين و نيكوتين هستند.

## ج) توهم زاها

 به اين گروه از مواد، داروهاي روان پريشي زا گفته مي شود، زيرا علاوه بر ايجاد توهمات، موجب قطع تماس فرد با واقعيت و بسط وگسترش هشياري نيز مي شوند. اين گروه از مواد، اگر چه ابتدا برخي مصارف داشته، ولي در حال حاضر بواسطه خطراتي كه براي سلامتي افراد دارند، فاقد هر گونه كاربرد طبي و درماني مي باشند. از اين دسته، PCP (فن سيكليدين) و LSD (لاسيرجيك اسيد دي اتيل آمينه) داراي منشاء شيميايي و مكالين و پسيلوسيبين و ماري جوانا، داراي منشاء گياهي مي باشند. از مواد اين گروه، LSD ماده بسيار قوي است كه مي تواند اثرات فيزيولوژيك و رواني عميقي ايجاد كند، البته تا كنون هيچ گونه گزارش مبني بر مرگ در اثر مصرف LSD گزارش نشده، ولي سوء مصرف طولاني مدت ماري جوانا و حشيش، مي تواند فرد را با مشكلات ريوي حاد مواجه كند (باوی، 1388).

# پيـشگيـری از اعتيـاد

 موفقیت الگوی پیشگیری از بیماری های عفونی بسیاری از دانشمندان علوم رفتاری و اجتماعی را بر آن داشت که امکان استفاده از الگوی بالا در معضلات اجتماعی – روانی را بررسی کنند. هر چند که پیچیدگی موضوع در اینگونه معضلات بیشتر است. یکی از معضلات اجتماعی – روانی موجود، مربوط به مواد مخدر است. بر اساس این الگو تنها برخورد با عامل بیماری زا (توليد و توزيع مواد مخدر) کافی نیست و لازم است که میزبان (افراد در معرض اعتياد) نیز واکسینه شده و شرایط محیطی (اقتصادی، سياسی، فرهنگی و اجتماعی) نیز به گونه ای تغییر یافته تا امکان بروز اعتیاد منتفی گردد. هر چند که برنامه ریزی برای هدف های سه گانه، عامل بیماری زا، میزبان و محیط در اعتیاد بسیار پیچیده تر از الگوی پزشکی است. در الگوی اجتماعی – روانی کنترل اعتیاد عوامل گسترده ای شامل وضعیت قوانین مربوط به اعتیاد، منابع تولید مواد، میزبان دسترسی، هزینه مواد، میزبان پذیرش مصرف مواد در جامعه، عادات سنتی و بومی، عوامل اقتصادی و فرهنگی و موارد دیگری نقش دارند و از طرفی میزبان با فرد بیمار به صورت فعالانه اقدام به دریافت مواد می نماید (قنواتی، 1392).

# سطــوح پيـشگيـری

**الف) پيـشگيــری اوليـــه**

 آن دسته از سیاست ها و برنامه هایی که در راستای جلوگیری از وقوع بروز مشکلات طراحی می شوند را پیشگیری اولیه می نامند. از نمونه های موفق پیشگیری اولیه، استفاده از واکسیناسیون بر علیه بیماری آبله و فلج اطفال را می توان نام برد. برای موفقیت در پیشگیری اولیه باید ساز و کارهای ایجاد کننده بیماری و عوامل خطر ساز را شناخت و با روش های مؤثر نسبت به کنترل آنها اقدام نمود. البته در پیشگیری اولیه اگر امکان شناخت علمی عوامل ایجاد کننده اعتیاد وجود نداشته باشد، ولی می توان با شناخت برخی از عوامل مهم حرکت را شروع کرد. برای انجام پیشگیری اولیه باید با استفاده از روش های سه گانه حذف بیماری زا (مواد مخدر) کنترل شرایط محیطی (شرايط سياسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی) و تقویت مقاومت در میزبان (فرد معتاد) اقدام نمود که انتخاب شیوه های مناسب بستگی کامل به واقعیت های موجود جامعه دارد. آموزش و اطلاع رسانی به جامعه یکی از مهمترین اقدام های به منظور تغییر اعتقاد و نگرش مردم نسبت به مواد مخدر است (افشار، 1393).

**ب) پيـشگيـری ثـانويـه**

 هدف از انجام پیشگیری ثانویه این است که میزان شیوع مشکل و بیماری را در جامعه کاهش داد و از طرفی نسبت به تشخیص و درمان معتادان اقدام نمود. هدف از انجام پیشگیری سطح دوم این است که میزان آسیب وارده به فرد یا جامعه تا اندازه امکان محدود شود. برای رسیدن به موفقیت در مرحله دوم باید با ساز و کارهایی نسبت به شناسایی افراد معتاد اقدام نموده و به درمان مناسب کم هزینه و سهل الوصول آنان اقدام کرد.

ج) **پيــشگيـری سوم**

 هدف از انجام سطح سوم پیشگیری آن است که بتوان به تأمین، حفظ و ارتقای فعالیت معتاد و نو توانی او دست پیدا کرد. ایجاد شبکه حمایتی از افراد معتاد درمان شده، سازمان دهی برنامه های گسترده و مؤثر پیشگیری این افراد، جلوگیری از ایجاد اثرات منفی ناشی از محل نگهداری از معتادان، جلوگیری از بر چسب خوردن افراد معتاد در جامعه و سرانجام سازماندهی امکانات و بازتوانی شغلی این افراد در این مرحله لازم است. در حقیقت در این مرحله به افرادی که ترک اعتیاد کرده اند کمک می شود تا به اعتیاد باز نگردند (سعیدی، 1391).

# بیماری سوءمصرف مواد در ايــران

 کشور ما به علت قرار داشتن در شاهراه ترانزیت مواد مخدر و نیز جایگاه نسبتاً موجه مصرف تریاک در فرهنگ ایرانی، همواره با خطر و عوارض اجتماعی روبرو بوده است. تخمین زده می شود که حدود 2 میلیون نفر معادل 3% از کل جمعیت ایران به نوعی از مواد مخدر استفاده می کنند. پس از پیروزی انقلاب اسلامی به ویژه در یک دهه اخیر اقدامات بسیار جدی و مؤثری در مقابله با گروه های قاچاق و توزیع مواد مخدر صورت گرفته است. با این حال، افزایش شیوع اعتیاد در جمعیت زنان همه و همه حقایقی هستند که لزوم برخورد ریشه ای تر و منطقی تر با این معضل ملی را طلب می کنند. نکته مهمی که در این مجال قصد پرداختن به آن را داریم پرداختن به مشکلات بهداشتی و بیماری های عفونی خطرناک است که یک فرد معتاد را در جامعه و محیط زندان تهدید می کنند و با توجه به ارتباط این افراد با کل جامعه، آنها را با منابع خطرناکی برای انتشار بیماری های عفونی خطرناکی چون ایدز و هپاتیت تبدیل می سازند (نادری، 1389).

 بطور خلاصه، یک فرد معتاد در حقیقت انسان بیماری است که به دلیل مشکلات فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی متعدد و نیز احساس نیاز شدید و ناگهانی به مصرف ماده مخدر، بسیار در معرض انجام رفتارهای مخرب و زیانبار قرار دارد. جمعیت معتاد و زندانی های کشور در یک نگاه واقع بینانه و بر اساس آمارهای متعدد داخلی و خارجی، کانون های مناسبی برای ابتلاء و انتقال بیماری های عفونی مهم و خطرناکی چون ایدز و هپاتیت هستند و برخورد ریشه ای و کارشناسی با موضوع اعتیاد و رسیدگی عاجل به وضع بهداشتی زندانی های کشور باید در رأس برنامه های سیاستگزاران و دست اندرکاران مربوطه قرار گیرد (محمدی، 1387).

 اعتیاد از زوایای دیگر اختلال در سیستم پاداش دهی مغز است که لذت و درد را کنترل می کند. یک فرد معتاد به دنبال لذت و تسکین درد و درماندگی خود از مواد مخدر استفاده می کند، اما بیماری و اعتیاد فرد به صورت چاره ناپذیری از لحاظ فردی به رنجی دردناک تبدیل شده و از لحاظ خانوادگی و اجتماعی گاهی به دیگران و اطرافیان به نحو بازگشت ناپذیری آسیب می رساند. رواندرمانی اعتیاد هنگامی موفقیت آمیز خواهد بود که حرفه های بهداشت روانی به صورت یکپارچه برای کمک به معتادین فعالیت نموده و مشکلات آنها را حل کرده و زندگی بهتری را در زمینه های مختلف و خصوصاً روابط اجتماعی (به لحاظ حرفه ای) ایجاد نمایند. یکی از مهمترین دستاوردهای رویکردی جدید درمانی در خصوص اعتیاد، آموزش معتادین و خانواده های آنها برای به کارگیری زبانی مشترک می باشد. رواندرمانگران اعتیاد، با آموزش مفاهیم اصلی مرتبط با اعتیاد و فرآیند بیماری زایی ناشی از مصرف مواد مخدر و بهبودی تدریجی در روند درمان به زبانی مشترک دست نیافته اند. زبان مشترکی که در این نوشته بر آن تأکید می شود فرآیند 12 مرحله ای را در بر می گیرد که دوپونت و شراکی[[17]](#footnote-17) 1994 و دوپونت 1994 معرفی کرده اند. این دوازده مرحله را می توان ابزارهایی مفهومی، عملکردی برای فهم اعتیاد و برقراری یک ارتباط مؤثر با مسائل مرتبط با معتادین قلمداد کرد. از قبیل: متوقف ساختن مصرف، تحت تأثیر قرار دادن اعضاء گروه، قادر ساختن معتادین به مقابله با عوامل تحریک کننده اعتیاد و اثر بخشی استفاده از مواد مخدر و تأکید بر بهبودی. در این فرآیند آموزشی استفاده از شوخی، نظریه ها و دیدگاه های معارض و مختلف و ارائه تقویت به صورت فیلم های ویدئویی به اندازه سخنرانی ها به کار گرفته می شود (سعیدی، 1391).

# دیدگاه های گرایش به بیماری سوءمصرف مواد

 اولین دیدگاه مطرح در روانشناسی که بر عوامل شخصیتی در وقوع وابستگی تاکید نمود، رویکرد روان تحلیل گری بوده است. بر اساس این رویکرد، اعتیاد به عنوان یک اختلال در ردیف سایر اختلالات تلقی می شود. شخصیت هر فرد از ساختار سه گانه نهاد، خود و فراخود و سطوح سه گانه هوشیاری (هشیاری، نیمه هوشیاری و ناهشیار) تشکیل شده است. هر انسانی از بدو تولد مراحل رشد روانی - جنسی معینی را تا دوران بلوغ سپری می نماید. چنانچه عبور از هر مرحله با موفقیت سپری نشود، فرد در آن مرحله تثبیت شده، در صورت مواجهه با عوامل فشارزا و ناکامی ها در بزرگسالی به رفتار مراحل قبلی رشد بازگشت می کند. مهم ترین نظریات مطرح در این بین، می توان به محرومیت دهانی یا تثبیت شدگی در مرحله رشد دهانی، رشد نایافتگی شخصیتی و ناتوانی در غلبه بر بحران های رشدی و کسب هویت، حالت دفاعی سرخوش آور، خودشیفتگی و معتادان و فراخود تنبیه گر، اشاره نمود. در دیدگاه های مربوط به یادگیری، در باب اعتیاد سه نظریه بر اساس شرطی سازی کلاسیک، شرطی سازی کنش گر و یادگیری اجتماعی وجود دارد (سعیدی، 1391).

 در شرطی سازی کلاسیک یادگیری حاصل تداعی و پیوند میان محرک ها و پاسخ ها است. شرطی سازی کلاسیک، هنگامی که اثرات بدنی مواد با محرک های شرطی مانند نشانه های محیطی در اثر تکرار و مجاورت تداعی می شود به وقوع می پیوندند. بدین ترتیب فرد وابسته به مواد در حین مصرف مواد فرا می گیرد که اثرات بدنی مواد مخدر را با محیط اطراف تداعی کرده، به زودی نشانه های محیطی به عنوان محرک شرطی قادر است، تمایل و حالاتی را در بدن فرد به عنوان پاسخ های شرطی ایجاد نماید. در شرطی سازی کنشگر یادگیری حاصل پیامدهای منفی و مثبت رفتار قلمداد می شود. مصرف مواد مخدر بعد از انجام یک رفتار خاص، حکم تقویت کننده ای را به خود می گیرد که منجر به افزایش و تکرار آن رفتار می شود. همین طور رفتارها و اشیا مرتبط با مصرف مواد مخدر در اثر همراهی مکرر و با تقویت کننده اولیه (مواد مخدر) به تقویت کننده ثانویه تبدیل می شود (افشار، 1393).

 در یادگیری مشاهده ای بوسیله مشاهده دیگران و توجه به پیامدهایی که از انجام رفتار مشخصی عاید آنان می شود، به وقوع می پیوندد. طبق این دیدگاه، وابستگی به مواد مخدر، الگویی از رفتار اکتسابی است که غالبا از طریق الگوبرداری پدید آمده و بوسیله پیامدهای متنوع مربوط به مواد تقویت می شود. در دیدگاه شناختی بر نقش باورها و عقاید در اعتیاد تاکید می گردد. این دیدگاه بر در فرض اساسی استوار است. یکی، اساسی ترین دلیل فرد خصوصا نوجوان برای مصرف مواد مخدر، انتظارات و برداشت های او دربار مواد است. و دومی، سایر عوامل نظیر صفات شخصیتی نوجوانان یا ارتباط با همسالانی که ماده مخدر مصرف می نمایند، بر شناخت ها، ارزیابی ها و تصمیم گیری های نوجوانان درباره مواد مخدر تاثیر می گذارند. در این بین به عواملی هم چون نقش باورها و انتظارات، مهارت های تصمیم گیری و حل مسئله، شیوه های مقابله، منبع کنترل و کارآمدی شخصی می توان اشاره نمود (باوی، 1388).

**عوامل زيستي درگیر در سبب شناسي اعتياد و سوء مصرف مواد**

 مطالعات چندي به عوامل فيزيولوژيكي به ارث رسيده، در ارتباط با عملكرد نظام عصبي در ارتباط با آسيب پذيري فزاينده در برابر رشد سوء مصرف مواد و الكل اشاره نموده اند. اگر چه سهم نسبي اين عوامل ارثي ويژه در افزايش خطر هنوز كاملاً مشخص نيست، ولي شاخص هاي عصبي و فيزيولوژيكي بالقوه اي در مورد اين آسيب پذيري پيشنهاد شده كه شامل تفاوت در تلوتلو خوردن بدني، احساسات ذهني مسموميت و پاسخ فيزيولوژيكي فزاينده، به اتانول يا مواد فعال ديگر در مواد مختلف مي شود. عملكرد عصبي – فيزيولوژيكي نيز به عنوان يك عامل خطر مورد بررسي قرار گرفته است. جنبه هايي از عملكرد عصبي – فيزيولوژيك توارث پذيري هستند و چنين گفته مي شود كه نقايص شناختي معين، ميان كودكان افراد الكليك ممكن است در خطر ابتلا به الكليسم و ديگر اختلال هاي سوء مصرف مواد نقش داشته باشد (هسلبروك، هيلبروك واپشتاين[[18]](#footnote-18)،1999، به نقل از فردوسی،1390).

 محققان چندي پي برده اند كه احتمال نظام عصبي مركزي نظير عملكرد شناختي مختلف و اختلال الكتروفيزيولوژيكي در ميان افراد تحت تاثير اختلال هاي سوء مصرف مواد قرار مي گيرد. اختلال عملكرد مغزي همراه با ناهنجاري هاي ساختاري نيز در ميان افراد الكليك مزمن گزارش شده است. حوزه هاي عملكرد شناختي مختل شامل حافظه، فراخناي توجه، مهارت هاي بينايي و فضايي، تفكر انتزاعي و استدلال كلامي است. بين علايم شديد وابستگي به الكل و عملكرد ضعيف شناختي در آزمون ها در ميان افراد الكليك، رابطه مستقيم را گزارش نموده اند. اختلالات الكتروآنتالوگرافيك و پتانسيل وابسته به رويداد در ميان افراد الكليك در مقايسه با افراد غير الكليك نيز گزارش شده است. مطالعات اخير شواهدي بدست داده اند كه بر مبناي آن بنظر مي رسد كه عوامل الكتروفيزيولوژيك كه از طريق الكتروآنتالوگرافي و پتانسيل وابسته به رويداد اندازه گيري مي شود، ممكن است در آسيب پذيري در برابر وابستگي به الكل و مواد، مستقل از مصرف مزمن مواد الكل سهم داشته باشند. عليرغم اينكه اين يافته ها مشاركت احتمالي عوامل عصبي – فيزيولژيكي و الكتروفيزيولوژيك را در رشد وابستگي به الكل و مواد ديگري نشان مي دهد، ولي رابطه ميان اندازه گيري هاي الكتروفيزيولوژيكي و عصبي- فيزيولوژيكي در مورد علمكرد شناختي افراد، چندان روشن نيست (بختیار،1393).

 تعيين و جداسازي سهم مستقل عوامل ژنتيكي و عوامل محيطي در رشد ابتلا به الكليسم و اعتياد به ديگر داروها، كار دشواري است، يكي از دلايل اصلي اوليه اين دشواري اين است كه نه تنها افراد وابسته به الكل بلكه معتادان به ديگر مواد نيز داراي يك نيمرخ باليني واحد و يكسان نيستند. در مجموع بايد گفت يكي از محدوديتهاي ديدگاه زيستي – فيزيولوژيكي درباره اعتياد و سوء مصرف مواد بطور كلي اين است كه در اين ديدگاه تاكيد اندكي بر تاثير متغيرهاي رواني – اجتماعي و بويژه نقش عناصر شناختي و يادگيري و شخصيتي بعنوان مباني سبب شناسي اعتياد و سوء مصرف مواد شده است. به همين دليل اين ديدگاه و يافته ها، به ويژه ديدگاه هاي آكادميك اين حوزه، سهم و مشاركت اندكي در مداخله هاي مهارت بنياد كه براصول يادگيري براي افزايش توان مقابله متكي است، داشته اند (ناصری،1389).

**نظريات و تحقيقات مربوط به عوامل اجتماعي و فرهنگي**

 تصميم به مصرف يا عدم مصرف يك يا بيش از يك ماده، در بافت و زمينه اجتماعي و فرهنگي كه فرد در آن عضويت دارد بوقوع مي پيوندد. در هر فرهنگ و اجتماعي داراي نگرشها و احساساتي است كه نحوه برخورد با مواد تغيير دهنده هشياري را تعيين مي كند. اين باورها و نگرش هاي اجتماعي و فرهنگي سپس چهارچوبي براي تصميم گيري فرد براي مصرف مواد، و استانداردي كه از آن طريق مصرف مواد مورد داوري و ارزيابي قرار مي گيرد را تعيين مي كند. قواعد اجتماعي و فرهنگي تعيين كننده سه عامل هستند:

1. كداميك از مواد يا داروها را بصورت مجاز و كداميك را بصورت غير مجاز مي توان يا نمي توان مصرف كرد؛
2. چه مقدار از مصرف توسط جامعه هر فرهنگ پذيرفته شده تلقي مي شود؛
3. چه مجازاتها يا عواقبي را چنانچه اين قواعد زير پا گذاشته شود، مي توان استفاده كرد (سعیدی، 1391).

 گروه اجتماعي همچنين براي اعضاء خود همچنين اطلاعات لازم را درباره اثرات مواد گوناگون و اينكه چرا استفاده از مواد مطلوب يا نامطلوب است فراهم مي كند. در مجموع براي هر فرد، عوامل اثر گذار اجتماعي و فرهنگي بعنوان تعيين كننده هاي با اهميت الگوهاي مصرف و سوء مصرف مواد، عمل مي كنند. بنابراين به زعم محققان، زماني كه يك جامعه مفروض در نظر و قاعده بخشي به سبك مصرف مواد، زماني كه مواد را مي توان مصرف كرد و يا مكاني كه اين مواد را مي توان مصرف كرد با شكست مواجه مي‌شود، سوء مصرف موارد اعتياد به يك مشكل و مسئله تبديل مي شود. مشكل سوء مصرف و اعتياد در بسياري از جوامع كنوني محصولي ناتواني جوامع در نظم بخشي و قاعده مند كردن مصرف مواد قابل قبول است و نه در ناتواني آن در حفظ هر گونه مصرف مواد. فرهنگ هاي ايتاليايي و آمريكايي نمونه بارز نيروي قواعد اجتماعي به اداره و كنترل مصرف مواد است. در اين فرهنگ، نوشيدن مجاز صرفاً به مراسم مذهبي يا ميهماني هاي خانوادگي محدود مي شود. نوشيدن افراطي و فزاينده قوياً بازداري مي شود، رفتار نوشيدن متناسب با قواعد در مراسم خانوادگي يا عبادي مراعات مي شود. بنابراين اتفاقي نيست كه در اين گروه فرهنگي، نرخ ابتلا به الكليسم نسبتاً پايين است. عليرغم اينكه اين ادعا در برخي از فرهنگ ها و جوامع مصداق دارد ولي بايد به يك نكته توجه جدي داشت كه در هر فرهنگ قواعد و اصولي در مورد پذيرش يا عدم پذيرش مصرف مواد وجود دارد. در هر جامعه اي گروه هاي فرعي زيادي ممكن است وجود داشته باشند كه استانداردهاي اجتماعي و فرهنگي جامعه و والدين خود را تا حد نسبتاً محدودي مي پذيرند. ولي در مجموع عناصر اجتماعي و فرهنگي از طريق مكانيسم هاي متعددي مصرف و سوء مصرف داروها و مواد را تحت تاثير قرار مي دهند (باوی، 1388).

**ديدگاه هاي روان تحليل گري**

 بسياري از محققان عقيده دارند كه رد پاي سوء‌مصرف را مي‌توان در شخصيت گذشته فرد يا در برخي از اشكال نقص رواني در درون فرد رديابي نمود. در واقع بسياري از محققان بر اين عقيده‌اند كه الگوهاي شخصيتي وجود دارد كه مصرف مواد بعدي را مي‌توان از آن طريق پيش بيني كرد. روان تحليل‌گران از مهمترين گروهي هستند كه اين عقايد و نظرات ترويج نموده‌اند. براي يك درمانگر پيرو روان تحليل گري، اعتياد نمود رفتاري يك عدم توازن رواني است كه از ناكامي، محروميت و رنج رواني نشأت مي‌گيرد. اين تعريف با آنچه كارن هورناي عقيده دارد همسان است. كارن هورناي[[19]](#footnote-19) (1964) از زمره روان تحليلگراني است كه سوء‌مصرف مواد را بعنوان انعكاسي از رنج رواني مي‌نگرد. به زعم هورناي، افرادي كه رو به سو‌ء مصرف مواد مي آورند، در تلاشند تا تجربه اضطراب خود را از طريق مصرف و سوء‌مصرف اين مواد تخريب و تخدير كنند (لاهوری،1386).

 شواهدي وجود دارد كه براساس آن پيشنهاد شده كه افرادي كه مواد مختلف مواد سوء‌مصرف قرار مي‌دهند از ضربات رواني مهمي در زندگي خود رنج مي برند. برآوردهاي مربوط به زنان معتاد كه يا مورد غفلت و بي توجهي قرار گرفته‌اند يا مورد سوء‌استفاده جنسي واقع شده‌اند از 40 تا 70 درصد در نوسان است. شواهد باليني نيز قوياً مطرح مي‌سازد سوء استفاده جنسي يا بدني توسط والدين و يا افراد با اهميت ديگر مي‌تواند موجب آسيب‌هاي رواني و هيجاني عميق به كودكان شود. در زندگي بزرگسالي، اين كودكان مورد آزار و اذيت واقع شده ممكن است به مصرف مواد و داروها براي مقابله با رنج رواني ناشي از سوء‌استفاده جنسي، رواني، و هيجاني شدن بروند. بهرحال، وقتي كه مردم بصورت يك عمل اجباري، صرفاً يكي از روش هاي گريختن از تجربه شرم را مورد استفاده قرار مي‌دهند، آن ها به چنين نظام كنترلي به سادگي وابسته و معتاد مي‌شوند. علاوه بر اين، كنترل رنج رواني از طريق هرشكلي از رفتار اجباري صرفاً‌ براي يك دوره زماني كوتاه مؤثر واقع مي‌شود. اگر چه رفتارهاي اجباري ممكن است بطور موقتي به ما كمك كند تا از احساسات يا مشكلات رنج آور اجتناب كنيم، ولي در واقع اين رفتارها توان متوقف ساختن هميشگي مشكلات يا احساسات و هيجان هاي رنج آور را ندارند. سرانجام اينكه چنين افرادي با مشكل اينكه چگونه بايد با اين رنج هر باردوباره مقابله كند، مواجه مي‌شود (قنواتی،1392).

**ديدگاه رفتاري درمورد اعتياد و سوء مصرف مواد**

 اهداف اصلي رفتارگرايي توضيح شرايط يادگيري انسان و ديگر جانداران و توسعه فن‌آوري تغيير رفتار است. در مجموع پيروان رفتارگرايي عقيده دارند كه تمامي و يا اغلب رفتارهاي انسان نه تنها رفتارهاي سازگارانه، بلكه رفتارهاي ناسازگارانه (مثل اعتياد و سؤمصرف مواد) آموختني هستند. روانشناسان رفتارگرا، تا اندازه زيادي خود را به مطالعه رفتارآشكار، يعني رفتارهايي كه قابل مشاهده و اندازه گيري هستند، محدود نموده‌اند. اسكينر[[20]](#footnote-20) (1975) عقيده دارد كه استفاده از سازه هاي ذهن گرايانه، فهم بشر را از اعتياد و ديگر رفتارهاي مشكل‌آفرين، دچار وقفه نموده است. همچنين وي متذكر گشته كه افراد معتاد شدن را انتخاب نمي‌كنند، بلكه آنها از طريق جامعه‌اي كه از اجراي تكنولوژي علمي رفتار وحشت دارد، به اجبار تن به ارتكاب چنين رفتاري داده‌اند. به عبارتي كلي تر، افراد مواد و الكل را سؤمصرف مي‌كنند، چون براي ديگر رفتارهاي سازنده و مفيد مورد تقويت قرار نگرفته‌اند (سعیدی،1391).

**ديدگاه و نظريات شناختي و شناختي ـ اجتماعي**

 در شرايطي بسياري از افراد مصرف و سؤمصرف مواد را فوراً لذت بخش و مطبوع نمي‌يابند. گاهي مواقع يك مصرف كننده بايد آموزش لازم را در هنگام مصرف تفريحي و گاهگاهي كسب كند تا از آن طريق هم بتواند تأثيرات مواد را تشخيص دهد و هم بتواند اين تأثيرات بعنوان لذت بخشي و مطبوع تفسيركند. براي مثال، مصرف كننده‌اي كه براي اولين بار ماري جوانا يا حشيش مصرف مي‌كند، بايد اغلب توسط همقطاران خود در مورد اينكه چگونه آن را مصرف كند و چگونه تأثيرات آن را بازشناسي نمايد، آموزش ببيند. شايد حتي چنين افرادي نياز داشته باشند كه به آنها گفته شود چرا مسموميت ناشي از ماري جوانا، اين چنين مطبوع و لذت بخش است. فرايند مشابهي نيز از بعد اجتماعي و شناختي در مصرف كنندگان هروئين نيز ديده مي‌شود. مصرف كنندگان هروئين مبتدي اغلب بوسيله مصرف كنندگان مجرب آموزش مي‌بينند تا در انتظار چه تأثيراتي باشند و اينكه چرا اين احساسات ناشي از هروئين، اين چنين لذت بخش است. يك فرايند يادگيري شناختي و اجتماعي نيز درمورد الكل بوقوع مي‌پيوندد. اين تجربه‌اي كمياب براي كساني كه اولين بار است اقدام به مصرف الكل مي‌كنند نيست كه در اثر شركت در يك ميهماني شبانه، نوشيدن الكل او، آنچنان او را دچار ناخوشي مي‌كند كه ديگر هرگز دوباره به سراغ نوشيدن الكل نمي‌رود. با اين حال مشروب خواران با تجربه تربه فرد مبتدي كمك مي‌كنند تا چگونگي نوشيدن و چگونه لذت بردن از اثرات الكل را هم در بعد شناختي و هم در بعد اجتماعي فرا بگيرد. چنين بازخوردهايي اغلب جنبه غيررسمي دارد و از طريق منابع متعددي اعمال مي‌شود: دوستان و رفيقان همراه، مقالات روزنامه ها، تبليغات، برنامه هاي تلويزيوني، گفتگو با دوستان و همكاران و مشاهده ديگراني كه مشروب خواري مي‌كنند، از عوامل اصلي اين حوزه هستند. نتيجه اين فرايند يادگيري شناختي ـ اجتماعي اين است كه مشروب خواران مبتدي فرا مي‌گيرند چگونه مشروب بنوشند و چگونه از اين تجربه لذت ببرند (رستگار،1387).

 بطور کلی در باب دیدگاه های اعتیاد باید گفت، اولین دیدگاه مطرح در روانشناسی که بر عوامل شخصیتی در وقوع وابستگی تاکید نمود، رویکرد روان تحلیل گری بوده است. بر اساس این رویکرد، اعتیاد به عنوان یک اختلال در ردیف سایر اختلالات تلقی می شود. شخصیت هر فرد از ساختار سه گانه نهاد، خود و فراخود و سطوح سه گانه هوشیاری (هشیاری، نیمه هوشیاری و ناهشیار) تشکیل شده است. هر انسانی از بدو تولد مراحل رشد روانی - جنسی معینی را تا دوران بلوغ سپری می نماید. چنانچه عبور از هر مرحله با موفقیت سپری نشود، فرد در آن مرحله تثبیت شده، در صورت مواجهه با عوامل فشارزا و ناکامی ها در بزرگسالی به رفتار مراحل قبلی رشد بازگشت می کند. مهم ترین نظریات مطرح در این بین، می توان به محرومیت دهانی یا تثبیت شدگی در مرحله رشد دهانی، رشد نایافتگی شخصیتی و ناتوانی در غلبه بر بحران های رشدی و کسب هویت، حالت دفاعی سرخوش آور، خودشیفتگی و معتادان و فراخود تنبیه گر، اشاره نمود. در دیدگاه های مربوط به یادگیری، در باب اعتیاد سه نظریه بر اساس شرطی سازی کلاسیک، شرطی سازی کنش گر و یادگیری اجتماعی وجود دارد (باوی، 1388).

 در شرطی سازی کلاسیک یادگیری حاصل تداعی و پیوند میان محرک ها و پاسخ ها است. شرطی سازی کلاسیک، هنگامی که اثرات بدنی مواد با محرک های شرطی مانند نشانه های محیطی در اثر تکرار و مجاورت تداعی می شود به وقوع می پیوندند. بدین ترتیب فرد وابسته به مواد در حین مصرف مواد فرا می گیرد که اثرات بدنی مواد مخدر را با محیط اطراف تداعی کرده، به زودی نشانه های محیطی به عنوان محرک شرطی قادر است، تمایل و حالاتی را در بدن فرد به عنوان پاسخ های شرطی ایجاد نماید. در شرطی سازی کنشگر یادگیری حاصل پیامدهای منفی و مثبت رفتار قلمداد می شود. مصرف مواد مخدر بعد از انجام یک رفتار خاص، حکم تقویت کننده ای را به خود می گیرد که منجر به افزایش و تکرار آن رفتار می شود. همین طور رفتارها و اشیا مرتبط با مصرف مواد مخدر در اثر همراهی مکرر و با تقویت کننده اولیه (مواد مخدر) به تقویت کننده ثانویه تبدیل می شود. در یادگیری مشاهده ای بوسیله مشاهده دیگران و توجه به پیامدهایی که از انجام رفتار مشخصی عاید آنان می شود، به وقوع می پیوندد. طبق این دیدگاه، وابستگی به مواد مخدر، الگویی از رفتار اکتسابی است که غالبا از طریق الگوبرداری پدید آمده و بوسیله پیامدهای متنوع مربوط به مواد تقویت می شود. در دیدگاه شناختی بر نقش باورها و عقاید در اعتیاد تاکید می گردد. این دیدگاه بر در فرض اساسی استوار است (افشار، 1393).

 یکی، اساسی ترین دلیل فرد خصوصا نوجوان برای مصرف مواد مخدر، انتظارات و برداشت های او دربار مواد است. و دومی، سایر عوامل نظیر صفات شخصیتی نوجوانان یا ارتباط با همسالانی که ماده مخدر مصرف می نمایند، بر شناخت ها، ارزیابی ها و تصمیم گیری های نوجوانان درباره مواد مخدر تاثیر می گذارند. در این بین به عواملی هم چون نقش باورها و انتظارات، مهارت های تصمیم گیری و حل مسئله، شیوه های مقابله، منبع کنترل و کارآمدی شخصی می توان اشاره نمود (باوی، 1388).

# بازنگری پژوهش ها

**الف) پژوهش­هاي انجام شده در داخل كشور**

 صالح پور، غلامی و مرادی (1393) به بررسي رابطه استرس وسوسه مصرف مواد با انعطاف پذیری کنشی در بین معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد پرداختند. تحقیق بر روی یک نمونه 150 نفری از معتادین مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی صورت پذیرفت. نتایج نشان داد که بین استرس و وسوسه مصرف با انعطاف پذیری کنشی رابطه غیرمستقیم و چندگانه ایی وجود دارد و استرس بصورت منفی بهترین پیش بین انعطاف پذیری کنشی در بین سوء مصرف کنندگان بود.

 نادی (1392) در طی پژوهشی بر روی معتادین و افراد سالم به مقایسه سطح استرس ادراک شده و انعطاف پذیری کنشی پرداخت و بیان نمود که بین سطح استرس ادراک شده و انعطاف پذیری کنشی معتادین با افراد سالم تفاوت وجود دارد و معتادین سطح استرس ادراک شده بالاتری و انعطاف پذیری کنشی کمتری نسبت به افراد سالم دارند.

 ذلکی (1392) به اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر در پیشگیری از عود و وسوسه در معتادان به مواد مخدر پرداخت. یافته ها های حاصل از پژوهش نشان داد که رویکرد گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر پس از 12 جلسه بر روی گروه آزمایش، حاکی از تفاوت بین پیشگیری از عود و وسوسه در معتادین گروه آزمایش و کنترل است و گروه آزمایش وسوسه کمتری در سوء مصرف را نشان می دهند.

 حیدری (1392) در پژوهشی بر روی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد به بررسی پیش بینی نشخوار ذهنی بر باورهای فراشناختی پرداختند. نتایج نشان داد که باور مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی با نشخوار ذهنی رابطه مثبتی دارند و قادر به پیش بینی نشخوار ذهنی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد هست.

 رسولی (1392) در پژوهشی به رابطه باورهای فراشناخت با وسوسه مصرف مواد و احساس گناه افراد مبتلا به سوءمصرف مواد در یک نمونه 150 نفری پرداخت. نتایج نشان داد که باورهای فراشناخت با وسوسه مصرف مواد و احساس گناه رابطه مثبتی دارد. مولفه های باورهای فراشناختی غیر قابل کنترل بودن و نشخوار ذهنی می توانند احساس گناه و وسوسه را پیش بینی نماید و نشخوار ذهنی بهترین پیش بین احساس گناه و وسوسه افراد مبتلا به سوءمصر مواد بود.

 مرادی و همکاران (1392) در پژوهشی دیگر با عنوان تاثیر گروه درمانی مراحل تغییر انگیزش بر میزان استرس، اضطراب و احساس گناه افراد وابسته به مواد، نشان داد که گروه درمانی تغییر انگیزش پس از اجرای 12 جلسه بر روی گروه آزمایش سبب کاهش میزان استرس، اضطراب و احساس گناه افراد وابسته به مواد می گردد و رویکرد درمانی مراحل تغییر رویکرد درمانی اثربخشی است.

 سعیدی (1391) در طی پژوهشی بر روی معتادین بیان نمود که بین انعطاف پذیری کنشی معتادین با افراد عادی تفاوت وجود دارد و معتادین انعطاف پذیری کنشی پایین تر نسبت به افراد عادی دارند.

 خلف بیگی (1391) به گروه درمانی بر ادراک استرس و اضطراب افراد مبتلا به سوءمصرف مواد را در یک نمونه 30 نفری مورد بررسی قرار داد که نتایج این بررسی نشان داد، گروه درمانی باعث کاهش ادراک استرس و اضطراب افراد مبتلا به سوءمصرف مواد می گردد.

 سجادی (1391) در پژوهشی به بررسی رابطه باورهای فراشناختی با تحریفات شناختی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد پرداخت. نتايج تحليل داده‌ها نشان داد كه بين باورهای فراشناختی با تحریف های شناختی همه یا هیچ، تعمیم اغراق آمیز، فیلتر ذهنی، بی توجهی به امر مثبت، نتیجه گیری شتاب زده، استدلال احساسی، درشت بینی و ریز بینی، تحریف باید و بهتر، بر چسب زدن و شخصی سازی رابطه معناداری وجود دارد.

 ریاضی (1391) در پژوهشی بر روی 30 نفر به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر مراحل تغییر بر تاب آوری و استرس بیماران وابسته به مواد افیونی پرداخت و نتایج نشان داد که، درمان مبتنی بر مراحل تغییر پس از 12 جلسه فشرده بروی افراد گروه آزمایش سبب کاهش استرس و افزایش تاب آوری بیماران وابسته به مواد افیونی شد و در نتیجه می توان گفت درمان مبتنی بر مراحل تغییر بر افزایش تاب آوری و کاهش میزان استرس بیماران وابسته به مواد افیونی اثربخش است.

 حسنی (1391) در پژوهشی به رابطه باورهای فراشناختی با سلامت روان در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد در یک نمونه 200 نفری پرداخت و نتایج تحقیق نشان داد که بین باور مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی مصرف مواد با سلامت روان رابطه منفی معناداری وجود دارد و باور مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی میزان پایین سلامت روان را پیش بینی می کنند.

 ابراهیمی، زنجانی و بختیاری (1390) در پژوهشی دیگر به اثربخشی درمان مبتنی بر مراحل تغییر بر باورهای غیرمنطقی و اضطراب در یک نمونه 30 نفری از مبتلایان به وابستگی به مواد پرداختند و نشان دادند که درمان مبتنی بر مراحل تغییر در گروه آزمایش پس از اجرای 14 جلسه سبب کاهش باورهای غیرمنطقی و اضطراب در افراد وابسته به مواد افیونی می گردد و بر بهبود مشکلات اضطرابی این افراد اثربخش است.

 اسکندری (1390) در پژوهشی با عنوان بررسی مقایسه انعطاف پذیری کنشی و ناگویی هیجانی در افراد وابسته به مواد روانگردان و افراد عادی در یک نمونه 150 نفری، نشان داد که بین انعطاف پذیری کنشی و ناگویی هیجانی در افراد وابسته به مواد روانگردان و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد و افراد وابسته به مواد روانگردان به نسبت افراد عادی انعطاف پذیری کنشی پایین تر و ناگویی هیجانی بیشتری دارند.

 علیمرادی و همکاران (1390) در پژوهشی با عنوان مقایسه تاب آوری و استرس ادراک شده بین دو گروه افراد وابسته به مواد مخدر و بهنجار، نشان دادند که بین دو گروه در تاب آوری و استرس ادراک شده تفاوت معناداری وجود دارد و افراد وابسته به مواد مخدر تاب آوری کمتر و استرس ادراک شده بالایی دارند.

 فرزين راد (1390) در تحقيقي به اثربخشی درمان مبتنی بر مراحل تغییر به شیوه گروهی بر نگرش های ناکارآمد و وسوسه مصرف مواد افراد وابسته به سوءمصرف مواد تحت نظر بهزیستی در شهرستان بهبهان پرداخت. نمونه تحقیق شامل 30 نفر بود. يافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر مراحل تغییر به شیوه گروهی پس از 20 جلسه به میزان چشمگیری نگرش های ناکارآمد و میزان وسوسه مصرف مواد را کاهش می دهد و نتایج بعد از یک دوره پیگیری یک ماهه پایدار بود.

 فارسی نژاد (1390) در پژوهشی دریافت که تحریفات شناختی همه یا هیچ، تعمیم اغراق آمیز، فیلتر ذهنی، بی توجهی به امر مثبت، نتیجه گیری شتاب زده، استدلال احساسی، درشت بینی و ریز بینی، تحریف باید و بهتر، بر چسب زدن و شخصی سازی با باور مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی بیماران وایسته به سوءمصر مواد رابطه مثبتی معناداری دارد.

  بيگدلي (1390) در بررسي رابطه استرس و تاب آوری با وسوسه مصرف مواد افراد مبتلا به سوءمصرف مواد شهر اهواز به اين نتيجه رسيد كه استرس با وسوسه مصرف مواد رابطه معناداري دارد و استرس بصورت مثبتی قادر است میزان مصرف مجدد و وسوسه افراد مبتلا به سومصرف مواد را پیش بینی کند و بین تاب آوری با وسوسه مصرف مواد افراد مبتلا به سوءمصرف مواد رابطه منفی معناداري دارد و تاب آوری پایین میزان مصرف مجدد و وسوسه بالای افراد مبتلا به سومصرف مواد را پیش بینی کند.

 فهدی (1390، به نقل از سعیدی،1391) در طی مطالعه ایی بیان نمود که افراد مبتلا به سوءمصرف مواد در مقایسه با افراد سالم تاب آوری و انعطاف پذیری متفاوتی دارند و در این افراد انعطاف پذیری کنشی پایین تر از افراد عادی می باشد.

 مرادی، حیدری نیا، بابایی و جهانگیری (1388) به بررسي تاثيرآموزش مبتني بر مدل مراحل تغيير در پيشگيري از مصرف مواد مخدر در كارگران پتروشيمي پرداختند. پس از مداخله آموزشي، ميانگين امتيازات آگاهي، نگرش، خودكارآمدي، مهارت هاي مقابله در برابر سوء مصرف مواد، توازن تصميم گيري، فرايندهاي تغيير و رفتارهاي پيشگيري بطور معني داري افزايش يافت، در حالي كه اين تغييرات در گروه شاهد معني دار نبود.

 ایرانپور (1388) در پژوهشی به بررسی میزان اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به دو مرکز تهران پرداختند. نتایج بيانگر وجود علائم روانپزشكي و اختلال توام به ميزان نسبتاً زياد در آزمودني ها بود. افرادي با سنين پائين تر بيشترين فراواني و افرادي با تحصيلات بالاتر فراواني كمتري را در اختلالات نشان مي دادند.

 ناظمی (1388) در پژوهشی در بین 200 معتاد در شهر تهران بیان نمود که افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به انجمن گروه های گمنام به نسبت افراد بهنجار از اختلالات روانی و احساس گناه بیشتری برخوردارند و همچنین میزان انعطاف پذیری پایینی دارند.

 در پژوهشی که محمدپور (1388) با عنوان بررسی رابطه باورهای فراشناختی با وسوسه مصرف مواد در بین افراد وابسته به مواد روان گردان شهر اهواز انجام داد مشخص گردید که، بین باورهای فراشناختی با وسوسه رابطه منفی معناداری وجود دارد و این باورها میزان بالای وسوسه مصرف را پیش بینی می کند.

 گلستانی (1387) به اثربخشی گروه درمانی مبتنبی بر مراحل تغییر در پیشگیری از عود در معتادان به مواد مخدر پرداخت. یافته ها های حاصل از پژوهش نشان داد که رویکرد گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر مفید در پیشیگیری از عود می باشد و یک روش درمانی موثر تلقی می شود.

 براتی (1386) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه اختلالات روانی و استرس افراد وابسته به مواد مخدر و عادی، بیان داشت بین دو گروه از لحاظ کلیه اختلالات روانی و استرس تفاوت معنی داری وجود دارد و افراد وابسته به مواد مخدر از اختلالات روانی و استرس بالاتری را دارند.

 زند و همکاران (1386) در پژوهشی به بررسی تاثیر گروه درمانی انگیزشی بر اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد پرداختند. نتایج نشان داد که گروه درمانی انگیزشی پس از اجرای 14 جلسه اختلالات روانی افراد وابسته به مواد را کاهش می دهد اما در دوره پیگیری دو ماهه مشخص شد این درمان فقط اختلالات خودبیمار انگاری، هیستری، شکایات جسمانی و حساسیت در روابط بین فردی افراد وابسته به مواد را کاهش می دهد.

 در پژوهشی دیگر بوزانی (1385، به نقل از گلستانی،1387) تأثیر دو روش آموزش به شیوه سخنرانی و مشاوره گروهی را بر تغییر نگرش معتادان نسبت به مواد مخدر مورد مقایسه قرار داد. گروه نمونه را در این پژوهش 30 نفر معتادان مرد تشکیل می داد که به طور تصادفی از بین 182 نفر از معتادانی انتخاب شده بودند که در مرکز بازپرسی شهر اصفهان تحت درمان بودند. نتایج نشان داد که روش مشاوره گروهی بر خلاف روش سخنرانی توانسته است تغییرات معنی داري در نگرش معتادان نسبت به مواد مخدر ایجاد نماید.

 شاهی (1383) در پژوهشی دیگر نشان دادند که میانگین نمرات افراد وابسته به مواد روانگردان نسبت به افراد عادی در تمامی زیر مقیاس های سلامت عمومی بطور پایایی بالاتر است و این افراد استرس، اضطراب و افسردگی بالایی را گزارش می کنند.

 غفاری نژاد، ضیاءالدین، پویا (1382) در پژوهشی به مقایسه اختلالات روانی در معتادان به تریاک و هروئین پرداخت. نتایج نشان داد که نمره مقیاس های وسواس و اجبار، اضطراب، ترس مرضی، روان پریشی ضریب کلی علائم مرضی و مجموع علائم مثبت مرضی به صورت معنی داری در بیماران وابسته به هروئین از بیماران وابسته به تریاک بیشتر بود.

 ناظر و همکاران (1380) در پژوهشی بر روی یک نمونه 240 نفری معتاد به مواد افیونی نشان دادند که شایعترین اختلال در معتادان به مواد افیونی، اختلالات ضداجتماعی، افسردگی، استرس و اضطراب می باشد.

**ب) پژوهش های انجام شده در خارج از کشور**

 آلورد[[21]](#footnote-21) (2014) در پژوهشی به اثربخشی گروه درمانی مراحل تغییر بر انعطاف پذیری کنشی، کیفیت زندگی و استرس ادراک شده در افراد وابسته به سوءمصرف مواد پرداخت. نمونه تحقیق شامل 25 نفر بود. نتایج نشان داد که گروه درمانی مراحل تغییر پس از اجرای 20 در گروه آزمایش افراد وابسته به سومصرف مواد باعث افزایش انعطاف پذیری کنشی و کیفیت زندگی آنان و کاهش استرس ادراک شده در این افراد می شود. در نتیجه گروه درمانی مراحل تغییر بر انعطاف پذیری کنشی و کیفیت زندگی و کاهش استرس ادراک شده افراد مبتلا به سومصرف مواد اثربخش است.

 جان[[22]](#footnote-22) (2014) در تحقیقی دیگر به تاثیر گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر بر استرس و اضطراب طی 14 هفته مداخله درمانی و پیگیری آن پس از سه ماه بر روی افراد وابسته به مواد به این نتیجه دست یافت که گروه درمان مبتنی بر مراحل تغییر باعث کاهش سطح استرس و اضطراب گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل می گردد. در نتیجه گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر رویکرد درمانی اثربخش بر کاهش استرس و اضطراب افراد وابسته به مواد است.

 یلماز[[23]](#footnote-23) و همکاران (2014) در شواهد پژوهشی خود نشان دادند، که باورهای فراشناختی منفی در مورد غیرقابل کنترل بودن و خطرنگرانی به طور معناداری پیش بینی کننده افسردگی، استرس و اضطراب افراد وابسته به سومصرف مواد می باشند.

 جی یونگ[[24]](#footnote-24) (2013) تحقیقی بر روی افراد وابسته به مواد انجام داد و نتایج حاکی از آن بود که بین باورهای فراشناختی و ابعادش (نشخوار ذهنی، باورهای غیرمنطقی درباره نگرانی) و سلامت روان و ابعادش (اضطراب و افسردگی) و استرس افراد مبتلا به مواد با افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد و افراد وابسته به مواد دارای باورهای فراشناختی بالاتر و میزان اضطراب، افسردگی و استرس بالاتری هستند.

 بارتین[[25]](#footnote-25) و همكاران (2013، به نقل از مرادی و همکاران،1392) در پژوهشی نشان داد كه، برنامه پيشگيري از مصرف مواد مخدر كه شامل مهارت هاي رد يا طرد مواد مخدر، هنجارهاي ضد مواد مخدر، مهارت هاي خودمديريتي فردي و مهارت هاي عمومي اجتماعي بود تلاش داشت تا مهارت هاي مقاومت در برابر مواد مخدر و اطلاعاتي درباره نحوه مقابله با مواد مخدر و همچنين كاهش انگيزه مصرف را ارائه نمايد. اين مطالعه نشان داد كه در گروه مداخله ميزان مصرف سيگار، مشروبات الكلي و مواد مخدر نسبت به گروه شاهد كاهش يافته است و برنامه آموزشي داراي ثمرات مثبت بر شناخت و نگرش و متغيرهاي شخصيتي كه در مصرف مواد تاثير دارند، بوده است.

 راسل[[26]](#footnote-26) (2013) در پژوهشی به اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر بر باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد افیونی پرداخت. نمونه تحقیق شامل 30 تن بود. پروتکل درمانی گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر در طی 14 جلسه برگزار شد. نتایج نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر باعث باور مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی افراد وابسته به مواد افیونی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل می گردد و گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر بر کاهش باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد افیونی تاثیر زیادی دارد.

 مار[[27]](#footnote-27) و همکاران (2013) در طی پژوهشی بر روی بیماران وابسته به سومصرف مواد تاثیر گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر را بر میزان تاب آوری و عزت نفس در یک نمونه 30 نفری را بررسی نمودند و گزارش کردند که اقدامات درمانی بعد از 14 جلسه بر روی گروه آزمایش تاثیر زیادی در افزایش تاب آوری و عزت نفس افراد مبتلا به سوءمصرف مواد دارد.

 یون[[28]](#footnote-28) (2012) در پژوهشی که بر روی بیماران وابسته به سومصرف مواد انجام داد به بررسی باورهای فراشناختی با وسوسه مصرف مواد در یک نمونه 200 نفری پرداخت. وی بیان کرد که بین باورهای فراشناختی نشخوارفکری و اطمینان شناختی ضعیف با وسوسه رابطه مثبت معنی داری وجود دارد و نشخوارفکری و اطمینان شناختی و در کل باورهای فراشناختی میزان بالای وسوسه مصرف مواد را پیش بینی می کنند.

 پاتریک[[29]](#footnote-29) (2012) تأثیر گروه درمانی مراحل تغییر (انگیزشی) بر کاهش علائم استرس و افزایش نشخوار ذهنی افراد وابسته به سومصرف مواد را مطالعه کرد و دریافت که مداخله گروه درمانی بر پایه مدل انگیزشی پس از اجرای 12 جلسه در کاهش علائم استرس بعد از گذشت سه هفته و نشخوار ذهنی و پاسخ های نشخواری افراد مبتلا به سومصرف مواد موثر است.

 اریکیلا[[30]](#footnote-30) و همکاران (2012) تاثیر درمان مبتنی بر مراحل تغییر را به شیوه گروهی را بر باورهای غیرمنطقی و اضطراب افراد وابسته به سوءمصرف مواد را مورد پژوهش قرار دادند. نتایج نشان داد که باورهای غیرمنطقی افراد و میزان اضظراب افراد مبتلا به مصرف مواد پس از اجرای 14 جلسه مداخله درمانی بهبود قابل ملاحظه ای داشته و بطور معناداری کاهش یافته است و در نتیجه مشخص شد که درمان مبتنی بر مراحل تغییر به شیوه گروهی بر کاهش باورهای غیرمنطقی و اضطراب افراد وابسته به سوءمصرف مواد تاثیر دارد.

 کارت رایت، هالتون[[31]](#footnote-31) و ولز (2011) در پژوهشی دیگر بر روی یک نمونه 200 نفری از بیماران وابسته به سومصرف مواد به این نتیجه رسیدند که باورهای فراشناختی مثبت نگرانی و منفی ارتباط مستقیمی با استعداد افراد در برابر نگرانی آسیب شناختی دارد.

 دیویدسون[[32]](#footnote-32) (2010، به نقل از فرزادی،1390) به بررسی رابطه تاب آوری و ناگویی هیجانی با وسوسه در معتادین به مصرف مواد افیونی پرداختند و نتایج نشان داد که، رابطه معناداری بین ناگویی هیجانی با وسوسه مصرف مواد در معتادین وجود دارد و بین تاب آوری و وسوسه مصرف مواد رابطه منفی معناداری وجود دارد و استرس بطور معناداری پیش بینی کننده وسوسه سوءمصرف مواد معتادین است.

 میلیز و کورنبلیت[[33]](#footnote-33) (2009، به نقل از عاشوری،1388) در پژوهشی که انجام دادند نشان دادند، 7 تا 10 درصد بیماران وابسته به سومصرف مواد اختلالات خلقی شدیدی را تجربه می کنند که با عوامل استرس زا ارتباط مثبت دارد.

 واتکینز[[34]](#footnote-34) (2009، به نقل از بهزادپور و مطهری،1391) در پژوهشی بیان داشت که تمایل بیشتر برای نشخوار فکری و وسوسه با نیاز بیشتر برای درک موقعیت، اهمیت فردی موقعیت و راهبردهای تحلیلی موقعیت همرا است.

 ون برکل و هلی کاترین[[35]](#footnote-35) (2009) به بررسي ویژگی های شخصیتی،‌ استرس و استراتژي هاي مقابله اي در ميان بیماران وابسته به سومصرف مواد و افراد بهنجار پرداخت و دریافتند که بیماران وابسته به سومصرف مواد ویژگی روان رنجورخویی بیشتری دارند و در سایر ابعاد شخصیتی پایین تر از افراد بهنجار هستند و بیشتر از روش مقابله ای اجتنابی و هیجانی و کمتر از روش مسئله مدار استفاده می کنند.

 استيل[[36]](#footnote-36) (2009) به مطالعه مقایسه ميان انعطاف پذیری کنشی و سبك هاي مقابله با استرس در یک نمونه 200 نفری بیماران وابسته به سومصرف مواد و بهنجار پرداخت. نتايج نشان داد بیماران وابسته به سومصرف مواد با افراد بهنجار از لحاظ انعطاف پذیری کنشی و سبک های مقابله با استرس تفاوت دارند و بیماران وابسته به سومصرف مواد انعطاف پذیری کمتری را نشان می دهند و بیشتر از راهبردهای اجتنابی و هیجانی استفاده می کنند.

 ماير[[37]](#footnote-37) (2008) تحقيقي با عنوان مقایسه نشخوار فکری و انعطاف پذیری کنشی و ادراک استرس را در بین بیماران وابسته به سومصرف مواد و افرا عادی انجام دادند. این پژوهش بر روی 100 بیماران وابسته به سومصرف مواد و 100 فرد بهنجار انجام پذیرفت نتيجه نشان داد که بیماران وابسته به سومصرف مواد از لحاظ مقایسه نشخوار فکری و ادراک استرس با افراد سالم متفاوتند و در واقع ادراک استرس بالاتری دارند و پاسخ های نشخواری و منحرف کننده حواس بالاتری نسبت به افراد سالم دارند.

 شارون جيل و ويل كاسپي[[38]](#footnote-38) (2006، به نقل از فارسی نژاد،1390) در بررسي يك نمونه 180 نفري بیماران وابسته به سومصرف مواد به مطالعه افسردگی و استرس به عنوان پيش بين‌هاي سبک های انطباق روانی پرداختند. اين پژوهش نشان داد در بیماران وابسته به سومصرف مواد افسردگی و استرس با سبک مسئله مدار رابطه منفی دارد و بطور منفی آن را پیش بینی می کند در حالیکه با افسردگی و استرس با سبک های گریز و هیجانی رابطه مثبت معناداری دارد و بطور معناداری قادر به پیش بینی آن ها می باشد.

منابع

**منابع فارسی**

آریایی، مهران. (1389). *رابطه تاب آوری با خود اثر بخشی در پزشکان شهرستان کاشمر*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام.

آزادی، مریم. (1393). *مقایسه باورهای فراشناختی و نشخوار فکری بیماران سرطانی با افراد عادی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی گرمسار.

آهنی، فروغ. (1392). *رابطه باورهای فراشناختی با نشخوار فکری افراد معتاد*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه.

ابراهیمی، امراله؛ زنجانی، سارا و بختیاری، رضا. (1390). اثربخشی درمان مبتنی بر مراحل تغییر بر باورهای غیرمنطقی و اضطراب مبتلایان به وابستگی به مواد. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، سال 29، شماره 167: 46-31.

اسکندری، پرویز. (1390). *مقایسه انعطاف پذیری کنشی و ناگویی هیجانی در افراد وابسته به مواد روانگردان و افراد عاد*ی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم آزادا اسلامی گیلان.

الیس، آلبرت و جیمزنال، ویلیام. (1990). *روانشناسی اهمالکاری*. ترجمه محمد علی فرجاد. (1382). چاپ دوم. تهران: انتشارات رشد.

الیس، آلبرت. هارپر، رابرت. (1381). *زندگی عاقلانه*. ترجمه مهرداد فیروز بخت. چاپ سوم. تهران: انتشارات رشد.

ایرانپور، چیترا. (1388). *بررسی میزان اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم تحقیقات کرج.

باقری نژاد، فرزانه؛ اکبری زاده، فریبا و حاتمی، هانیه. (1390). رابطه بین هوش معنوی و باورهای فراشناختی و متغیرهای دموگرافیک در پرستاران بیمارستان فاطمه الزهرا وبنت الهدی شهرستان بوشهر. *فصلنامه طب جنوب*، سال 14 ،شماره 4 : 263-256.

باوی، ساسان. (1388). *اعتیاد، انواع مواد، سبب شناسی، پیشگیری، درمان***.** جلد اول، اهواز: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

براتی، ساسان. (1386). *مقایسه اختلالات روانی و استرس افراد وابسته به مواد مخدر و عادی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی تهران.

بشارت، شیرین. صالحی نیما و زبردست، باران. (1387). *رابطه تاب آوری و سخت کوشی با موفقیت ورزشی و سلامت روان در ورزشکاران شهر تهران*. پایان نامه کارشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

بهادری، مهرناز. (1393). *اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر نگرش ناکارآمدی و استرس ادراک شده بیماران ام اس*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم تحقیقات خوزستان.

بيگدلي، غلامرضا. (1390). *رابطه استرس و تاب آوری با وسوسه مصرف مواد افراد مبتلا به سوء مصرف مواد شهر اهواز*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی تهران.

پرویزی، کامل. (1389). *رابطه بین باور های غیر منطقی و آسیب پذیری روانی بین دانش آموزان دختر و پسر دبیرستان های دهدشت*. پایان نامه دوره کارشناسی ارشد. دانشگاه اسلامی واحد اهواز.

پورنامداریان، سینا؛ بیرشک، باقر و اصغرنژاد، فرید. (1391). تبیین سهم باورهای فراشناختی در پیش بینی علایم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران، *مجله دانش وپژوهش در رون شناسی کاربردی*، سال 13، شماره 3 : 94-87.

تدین، شیرین. (1393). *رابطه سبک های مقابله با استرس با تاب آوری زنان مطلقه شهر اهواز.* پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید چمران اهواز.

تقی پور، سیدحسین. (1387). *از امید تا شادی*. قم:انتشارات مشهور.

جلالی، علیرضا. (1392). *مقایسه انعطاف پذیری کنشی و باور خودکارآمدی زنان معتاد با زنان عادی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت.

جورج، ریکی. ال پی، کریستانی. ترزی اس. (1993). *روانشناسی مشاوره (مشاوره ها، نظریه ها و کاربردها و اهداف و فرایندهای مشاوره و روان درمانگری)***.** ترجمه رضا فلاحی و محسن حاجیلو. (1381). چاپ سوم. تهران: انتشارات رشد.

حسنی، فریده. (1391). *رابطه باورهای فراشناختی با سلامت روان در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد.* پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

حسینی، ساره. (1391). *بررسی رابطه بین تاب آوری و فرسودگی شغلی با تعهد سازمانی پرستاران شهر شیراز.* پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی ارسنجان.

حیدری، رستم. (1392). *پیش بینی نشخوار ذهنی بر اساس باورهای فراشناختی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی کرج.

خدایی، نادر. احمدیان، علی. ناصری، مهرداد. نادریان، فرشید و خانی، محمد. (1389). اثربخشی گروه درمانی به شیوه رفتاری شناختی بر اختلالات شخصیتی معتادین. **فصلنامه** *یافته های نو در روانشناسی*، سال 6، شماره 21: 56-41.

خزائلی پارسا، مریم. (1388). *رابطه ساختار انگیزشی، تاب آوری، استرس ادراک شده و رضایت از زندگی در دختران پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی*. پایان نامه کارشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

خلف بیگی، شیرین. (1391). *تاثیر**گروه درمانی بر ادراک استرس و اضطراب افراد مبتلا به سوء مصرف مواد*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم تحقیقات رضوی.

ذاکر، بیتا. (1393). *تاثیر گروه درمانی مراحل تغییر بر وسوسه در افراد معتاد*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم تحقیقات تبریز.

ذلکی، شیما. (1392). *اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر در پیشگیری از عود و وسوسه در معتادان به مواد مخدر.* پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

رحیمیان بوگر، فرید و اصغر نژاد، رضا. (1387). رابطه سرسختی روان شناختی و تاب آوری را با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. *فصلنامه یافته های نو در روانشناسی*، دوره دوم. 8: 24-15.

رضاپور، غلامعلی. (1389). *رابطه فرسودگی شغلی با سلامت روان با نقش کنترل کنندگی جنسیت و تاب آوری در معلمین ابتدائی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید چمران اهواز.

رضایی، مونا. (1390). *رابطه تاب آوری و خوش بینی با ویژگی های شخصیتی دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

رستگار، فاطمه. (1387). *رابطه تنظیم هیجانی با وسوسه در افراد معتاد*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم تحقیقات فارس.

رسولی، نوید. (1392). *رابطه باورهای فراشناخت با وسوسه مصرف مواد و احساس گناه افراد مبتلا به سوءمصرف مواد*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید چمران اهواز.

ریاضی، مینا. (1391). *اثربخشی درمان مبتنی بر مراحل تغییر بر تاب آوری و استرس بیماران وابسته به مواد افیونی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم تحقیقات خوزستان.

زمانزاده، مریم. (1392). *مقایسه رابطه هوش معنوی و باورهای فراشناختی با بهزیستی روانشناختی پرستاران اهواز*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم تحقیقات خوزستان.

زند، لادن؛ غلامی، فروغ؛ عادلخانی، زهرا و محمدی، لیلا. (1386). تاثیر گروه درمانی انگیزشی بر اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه یافته های نو در روانشناسی،* سال 5 (15): 24-17.

زینت، اصغر. (1391). *بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر هیجان خواهی و میزان همدلی زناشویی زوجین***.** پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید چمران.

ساراسون، ایرون.جی و ساراسون، باربارا آر (1990). *روانشناسی مرضی*. ترجمه بهمن نجاریان، محمد علی اصغری مقدم و محسن دهقانی. (1387). جلد دوم، چاپ هفتم. تهران: انتشارات رشد.

ساعتچی، محمود. (1389). نظریه های مشاوره و روان درمانی. تهران: نشر ویرایش.

سالاری فر، هدی و پوراعتماد، سمیه. (1390). *رابطه بین هوش هیجانی و نشخوار فکری با سبک های مقابله با استرس در کارکنان اداری ‌شرکت‌ ملی‌ حفاری ‌ایران‌ در ‌شهرستان اهواز*. پایان­نامه کارشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

سامانی، سینا. صحراگرد، رضا و جوکار، حسین. (1386). رابطه تعاملی تاب آوری، سلامت روانی و رضایت از زندگی بیماران زن، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال سیزدهم،3: 290 – 295.

ستوده، هدایت اله. (1389). *آسیب شناسی اجتماعی*. چاپ بیست و یکم. تهران: انتشارات آوای نو.

سجادی، مونا. (1391). *بررسی رابطه باورهای فراشناختی با تحریفات شناختی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم تحقیقات فارس.

سعیدی، مرتضی. (1391). *مقایسه ناگویی هیجانی و انعطاف پذیری کنشی معتادین با افراد عادی*. پايان نامه كارشناسي ارشد مشاوره. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز

سلامت، راضیه. (1393). *اثربخشی مدیریت استرس بر ضریب سختی و کنترل استرس شغلی زنان در شهرستان آبادان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز.

شاکری، ایرج و محمدپور، بابک. (1389). ارتباط سبك‌هاي مقابله‌اي با تاب آوری در دانش آموزان مقطع راهنمايي شهر تهران، *مجله روانپزشكي و روانشناسي باليني ايران*، سال 14، 2: 183-176.

شاملو، سعید. (1388). *بهداشت روانی*. تهران: انتشارات رشد.

شاهی، رضا. (1383). *مقایسه سلامت عمومی افراد وابسته به مواد روانگردان با افراد عادی*. پایان نامه کارشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام.

شفیع آبادی، عبد الله و ناصری، غلامرضا. (1383). *نظریه های مشاوره و روان درمانی*. چاپ دهم. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.

شکوه، امید. (1393). *مقایسه احساس گناه و مکانیسم های دفاعی معتادین به مواد افیونی با افراد عادی.* پايان نامه كارشناسي ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن.

شیلینگ، لویس. (1990). *نظریه های مشاور (دیدگاه های مشاوره).* ترجمه سیده خدیجه آرین. (1385). چاپ دوم. تهران: انتشارات اطلاعات تهران.

صالح پور، فریبا؛ غلامی، لاله و مرادی، کاظم. (1393). رابطه استرس وسوسه مصرف مواد با انعطاف پذیری کنشی معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد. *مجله اعتیاد پژوهی*، دوه 19، شماره 4: 246-255.

عاشوری، میعاد. (1388). بررسی مقایسه مولفه ای نشخوار ذهنی در بیماران افسرده و وسواس اجباری با افراد عادی. *مجله علوم پزشکی سمنان.* دوره 10،1،56-43.

عباسپور دوپلانی، طاهره. (1389). رابطه فراشناختی و خلاقیت با تاب آوری در دانشجویان، *فصلنامه یافته های نو در روانشناسی،* سال پنجم. 14.: 124- 111.

علیمرادی، عبدالطیف؛ هوشیاری، سمانه و مدرس غروی، مرتضی. (1390). مقایسه تاب آوری و استرس ادراک شده افراد وابسته به مواد مخدر با افراد بهنجار.*مجله اصول بهداشت روانی*. سال 13 (1): 13-30.

عفراوی، رضا. (1390). مقایسه مولفه های درون گرایی- برون گرایی و جایگاه مهار در افراد عادی و معتادین شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

غفاری نژاد، علیرضا و ضیاءالدین، حسن. (1382). مقایسه اختلالات روانی در بیماران وابسته به تریاک و هروئین. *مجله پزشکی هرمزگان*، سال 7، شماره 1: 31-27.

فارسی نژاد، فروغ. (1391). رابطه تحریفات شناختی با باورهای فراشناختی بیماران وایسته به سوء مصرف مواد**.** پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی رودهن.

فخری، مینا. (1391). مقایسه بین نشخوار ذهنی و افسردگی بیماران قلبی و افراد عادی. *مطالعات تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد*، دوره11، شماره 1، 56-44.

فرزين راد، مهرنوش. (1390). اثربخشی درمان مبتنی بر مراحل تغییر به شیوه گروهی بر نگرش های ناکارآمد و وسوسه مصرف مواد افراد وابسته به سوءمصرف مواد. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم تحقیقات خوزستان.

فرطوسی، مرضیه. طالبی، فریبا و کرمی، فهیمه. (1392). *مقایسه باورهای فراشناختی زنان معتاد و زنان عادی.* پایان نامه کارشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت.

فلاحی، مریم. (1392). *اثربخشی ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و انطباق روانی بیماران سرطانی با افراد عادی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن.

قائدی، مریم و قائدی، شیدا. (1392). *مقایسه صفات شخصیتی و اختلالات روانی معتادان وایسته به مواد افیونی با معتادان وابسته به مواد روانگردان*. پایان نامه کارشناسی. دانسگاه آزاد اسلامی اهواز.

قاسمی، فروغ. (1391). *مقایسه جایگاه مهار معتادان مراجعه کننده به گروه گمنام با معتادان مراجعه کننده به کلینیک ها***.** پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی رودهن.

قنواتی، سارا. (1392). *اثربخشی مهارت حل مسئله بر سلامت روان و کیفیت زندگی معتادن شهر تهران*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم تحقیقات خوزستان.

کاپلان، هارولد؛ سادوک، ویرجینیا و سادوک، بنیامین (2003). *خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری و روانپزشکی بالینی*. جلد اول، ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضائی (1382). چاپ نهم، تهران: انتشارات ارجمند.

کاردان، رضا. (1393). تاثیر گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر بر *نشخوارذهنی و استرس افراد وابسته به مواد.* پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی شیراز.

گلستانی، فاطمه. (1387). اثربخشی گروه درمانی مبتنبی بر مراحل تغییر در پیشگیری از عود در معتادان به مواد مخدر. *اعتیاد پژوهشی*، سال 7، شماره 5: 24-14.

محمدپور، عاطفه. (1388). *بررسی رابطه باورهای فراشناختی با وسوسه مصرف مواد در بین افراد وابسته به مواد روان گردان شهر اهواز*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

محمدخانی، شیرین. (1387). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکربا علائم وسواسی در جمعیت غیر بالینی. *مجله روانشناسی بالینی*، سال 1، شماره 3 :51-35.

محمدزاده، حسن. (1387). *بررسی رابطه بین تاب آوری و سلامت روان سالمندان زن شهر اهواز*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

محمدی، دانیال. (1384). *رابطه تاب آوری با توانمندی روانی پرستاران بیمارستان های شهر آبادان.* پایان نامه کارشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

مرادی، نادر؛ احمدی، علی؛ ناصریان، مهران و رضایی منش، فرهاد. (1392). تاثیر گروه درمانی مراحل تغییر انگیزش بر میزان استرس، اضطراب و احساس گناه افراد وابسته به مواد. *مجله روانشناسی روز.* دوره هشتم، شماره 21: 12-18.

مرادی، محمد؛ حیدری نیا، علیرضا؛ بابایی، غلامرضا و جهانگیری، مهدی. (1388). بررسي تاثيرآموزش مبتني بر مدل مراحل تغيير در پيشگيري از مصرف مواد مخدر در كارگران پتروشيمي. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، دوه 19، شماره 4: 246-255.

مری ماردن ولاسکوتز، گیلین گدی ماورر، کتی کروچ، کارلو سی. دیکلمنته. (2001). **گروه درمانی** *برای معتادان*. ترجمه حسن ضیاالدینی، سید مهدی حسینی فر، مصطفی نوکنی و خاطره طوفانی. (1392). چاپ چهارم. تهران: انتشارات ارجمند.

مریدی، صدف. (1389). *مقایسه تاب آوری دانشجویان دختر و پسر دانشگاه علوم پزشکی اهواز*. پایان نامه کارشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

ملکی، علیرضا. (1391). *مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی و مدیریت استرس بر سلامت روان بیماران ام اس*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی تهران.

مهریار، امیرهوشنگ و جزایری، مجتبی. (1388). *اعتیاد، پیشگیری و درمان*. تبریز: نشر روان.

نادری، سالم. (1393). *رابطه بین وسواس مطالعه و ویژگی­های شخصیتی با سبک مطالعه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

نادی، عبدالرضا. (1392). *مقایسه استرس ادراک شده و انعطاف پذیری کنشی معتادین با افراد سالم.* پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه.

ناظر، علی؛ معتمدی، رضا؛ افسری، رضا؛ زمان، مینا؛ رضازاده، محمد؛ تقوی، محمد و مریدی، فرشاد (1380). بررسی اختلالات روانی در معتادین به مواد افیونی. *مجله سلامت*، دوره 15، شماره 3: 43-31.

ناظمی، رضا. (1388). *مقایسه اختلالات روانی و احساس گناه افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به انجمن گروه های گمنام با افراد بهنجار*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی گیلان.

وزیریان، محسن. (1390). *راهنمای پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد*. تهران: انتشارات انستیتو روانپزشکی و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

هالجین، ریچاردپی. ویتبورن، سوزان کراس. (2003). *آسیب شناسی روانی*. ترجمه، یحیی سید محمدی (1390). جلد دوم. چاپ هشتم. تهران: نشر روان.

هافتن، کیت. کرک، پال. سالکووسکیس، کیسی و کلارک، دیوید (2007). *رفتار درمانی شناختی.* ترجمه حبیب الله قاسم زاده. (1392). تهران: انتشارات ارجمند.

یوسفی، مریم. (1389). *رابطه جهت گیری مذهبی با باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به ام اس.* پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

**منابع لاتین**

Adelman, k. (2005). *Resiliency and creativity*. Articles from rostered Lay ministers Volume 21 Number 6.

Alvord, L.H. (2013). The effect of trans theoretical model group therapy on the resilience, quality of life and perceived stress in abusing in drug abuser patient. *American journal of* *Orthodontics Orthodontics*.131(5).571-572.

Cartwright, D., Hatton, S. and Wells, A. Beliefs about worry and intrusion: The meta cognitions questionnaire*. journal Anxiety Disorder*, 2011; 11: 279-315.

Cefai, C. (2008). *Promoting resilience in the Classroom: A guide to developing pupils emotional and cognitive skills*. Jassica kingsley publishers. London. UK.

Dallas, T.X. and David, W. Staley behavioral neuroscience of drug addiction. *Biosocieties* 2013, 39: 22-6.

Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Helliwell, J. (2009). *Well being for policy*. New York : Oxford University Press.

Ericila, K., Loies, E., Kalach, O. & Aerberti, R. (2012). The effect of theoretical model group therapy on the irrational beliefs and *anxiety* of abusing in drug abuser. *Journal of Personality assessment*, 63 (2), 262 - 274.

Estelle, B. (2009). *The**Comparison**of occupational* resilience *and coping strategies in* abusing in drug abuser and normal. Master thesis, Department of Industrial Psychology, University of Stellenbosch.

**Giyung**, H.K. (2013). The Comparison meta cognitive belief and mental health of addicts to opiate and normal. .*International Journal of Stres*s, 59 (1): 90-110.

Hamamci, M. (2013). The relationship between meta cognitive belief and mental health in patients with leukemia. *Journal of Applied Psychology* Vol.86,pp. 499-512.

Janeck, A.S., Calamari, J.E., Riemann, B.C. and Heffolinger, S.K. (2006). Too much Thinking about thinking: Meta cognitive differences in obsessive disorder. *Journal of Anxiety disorders*,17: 181-195.

Jan, S. (2014). The effect of trans theoretical model group therapy on the stress and *anxiety* of abusing in drug abuser. *Journal* *of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12,55-76.

Lemey, R. & Ghazal, H. (2001). *Resilience and positive psychology*: Finding hope child and family. 5 .1.، 10-21.

Marsh, P.T. (1996). Resilience: A historical review of the construct. Journal of the California Alliance for the mentally illneses; 7 (3): 4-6.

MaiaDuerr, H. (2008). *The use of meditation and mindfulness practices of support military care providers*: Aprospectus.V2. 28-39.

Mair, A. (2008). *The**Comparison**of* resilience,perceived stress *and* obsessive rumination *in* abusing in drug abuser. Behavior Res There 2012; 46: 487-495.

Mar, H., Franken, I.H.A., Muris, P., Georgieva, I. (2013). The effect of theoretical model group therapy on theresilience and self-esteem of abusing in drug abuser patient**.** *journal of cducational administration*, vol 44, No 1, pages 53-70.

McGuire WJ. The yin and yang of progress in social psychology. J Personal Soc Psychol 2010; 26: 446-56.

Patric, P.. (2012). The effect of theoretical model group therapy on the stress and obsessive rumination of abusing in drug abuser. *Drug and Alcohol, Dependnce*, 48, 119-126.

Rasel, H. (2013). The effect of trans theoretical model group therapy on themeta cognitive beliefs of abusing in drug abuser. *journal of Applied Psychology*, volume 86, issue 3, 401-409.

Scragg, P. (2012). Metacognitive therapy Developed by Adrian Wells. Trauma clinic LTD & university collage, London.

Stive, W. (2013). Resilience and organizational citizenship behavior intentions: pair rewards fair treatment. *journal of social psychology*. 142,3.

Tat, J.O. (2012). Strong and weak principles from pre-contemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. Health Psychol. 13:47-51

VanBerkel, H. & HaleyKathryn, T. (2009). Investigating personality characteristic, stress and copping stress in abusing in drug abuser. *International journal of psychological*, vol, 2, 134-149.

Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Norman GJ, Redding CA. Smoking cessation and stress management: application of the trans-theoretical model of behavior change. Homeostasis 2008; 38: 216-33.

Walf. A. Annalakshmi. N& Bernard. B. (2008). The resilience individual A personality Analyises. *Journal of Indian Academy of Applied Psychology*. 34. 110-118.

Waller, MA. (2009). Resilience in ecosystemic eohtext: Erolution of the child. American journal of Orghopsychiatry 71.:290-297.

Weinstein ND, Rothman AJ, Sutton SR. Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. Health Psychol 2010; 17: 260-99.

Wells, H.B.(2009). *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment* (pp.107-124). New York: Wiley.

Yilmaz, E.A. Gencoze, T., Wells, A. (2014). The causal role of meta cognitions in the development of anxiety, stress and depression:prospective study. Paper presented at the World Congress of Cognitive and Behavior Therapy, Barcelona, Spain.

Youn, P. (2012).Relationship Between meta cognitive beliefs With tendency of abusing in drug abuser. *Personality and individual pifferences*, 30,595,608.

1. - Joseph Pratt [↑](#footnote-ref-1)
2. **-** Cody Marsh [↑](#footnote-ref-2)
3. - Edward Lazell [↑](#footnote-ref-3)
4. - McDougall [↑](#footnote-ref-4)
5. - Haften & Cerc & Sacooscis & Celark [↑](#footnote-ref-5)
6. - Trigant Burrow [↑](#footnote-ref-6)
7. - bion [↑](#footnote-ref-7)
8. - lewin [↑](#footnote-ref-8)
9. - Velicer [↑](#footnote-ref-9)
10. - Butler [↑](#footnote-ref-10)
11. - Mc Guire [↑](#footnote-ref-11)
12. - Weinstein & Rothman & Sutton [↑](#footnote-ref-12)
13. - Syndrome. [↑](#footnote-ref-13)
14. - Doponet & Sheraci [↑](#footnote-ref-14)
15. - Josephs [↑](#footnote-ref-15)
16. 3- Levinthal [↑](#footnote-ref-16)
17. - Doponet & Sheraci [↑](#footnote-ref-17)
18. - Hesselbrock & Hesselbrock & Epstein [↑](#footnote-ref-18)
19. - Karen Horney [↑](#footnote-ref-19)
20. - Skinner [↑](#footnote-ref-20)
21. - Alvord [↑](#footnote-ref-21)
22. - Jan [↑](#footnote-ref-22)
23. - Yelmaz [↑](#footnote-ref-23)
24. - Giyong [↑](#footnote-ref-24)
25. - Bartin [↑](#footnote-ref-25)
26. - Rasel [↑](#footnote-ref-26)
27. - Mar [↑](#footnote-ref-27)
28. - Youn [↑](#footnote-ref-28)
29. - Patric [↑](#footnote-ref-29)
30. - Ericila [↑](#footnote-ref-30)
31. - Cartwright & Hatton [↑](#footnote-ref-31)
32. - Diviedsoon [↑](#footnote-ref-32)
33. - Miliez & Kornblith [↑](#footnote-ref-33)
34. - Watkings [↑](#footnote-ref-34)
35. - Van Berkel & Haley Kathryn - [↑](#footnote-ref-35)
36. - Estelle [↑](#footnote-ref-36)
37. - Mair [↑](#footnote-ref-37)
38. - Sharon Gil & Yael Caspi [↑](#footnote-ref-38)