# مفهوم انعطاف پذیری کنشی

انعطاف پذیری کنشی بر ظرفیت گذشتن از دشواری های پایدار، سرسختانه و ترمیم خویشتن است. این ظرفیت انسان باعث شود تا او پیروزمندانه از رویدادهای ناگوار بگذرد و علی رغم قرار گرفتن در معرض تنش های شدید، شایستگی اجتماعی تحصیلی و شغلی او ارتقا یابد. تاب آوری نوعی ویژگی است که از فردی به فردی متفاوت است و می تواند به مرور زمان رشد کند یا کاهش یابد و بر اساس خوداصلاح گری فکری و عملی انسان در روند آزمون و خطای زندگی شکل می گیرد (مریدی،1389).

تاب آوری خصیصه ای است که به صورت کاملا طبیعی رخ می دهد. تاب آوری اشاره بر فرایندی پویا دارد که انسانها در زمان مواجهه با شرایط ناگوار یا ضریه های روحی به صورت رفتار انطباقی مثبت از خود نشان می دهند (لمی و غزل[[1]](#footnote-1)،2001).

تاب آوری آشکارا چیزی بیشتر از یک برآورد است. ورنر و اسمیت[[2]](#footnote-2)(1992) تاب آوری را سازوکار ذاتی خود اصلاح گری بشر می دانند و می گویند آنها که تاب آور هستند، انعطاف پذیر هستند. این افراد نه شکست ناپذیرند و نه مصون. برخی فاکتورهایی که تاب آوری را تقویت می کنند متمرکز در درون فرد است، مثل طبیعت و سرشت هر شخص، شخصیت و راهبردهای سازگاری و متغیرهایی که معمولا بصورت آماری بیان می شوند از قبیل جنسیت، سن بیشتر و تحصیلات بالاتر. از عوامل دیگر نیز می توان به عوامل بافت اجتماعی همانند روابط حمایتگر و دسترسی به پیوندهای اجتماعی اشاره کرد (مایادویر[[3]](#footnote-3)، 2008).

واژه انعطاف پذیری کنشی را می توان به صورت توانایی بیرون آمدن از شرایط سخت یا تعدیل آن تعریف نمود در واقع، تاب آوری ظرفیت افراد برای سالم ماندن و مقاومت و تحمل در شرایط سخت و پر خطر است که فرد نه تنها بر آن شرایط دشوار فائق می شود، بلکه طی آن و با وجود آن قوی تر نیز می گردد. پس تاب آوری به معنای توان موفق بودن،زندگی کردن و خود را رشد دادن در شرایط دشوار با وجود عوامل خطر است. این فرایند خود به خود ایجاد نمی شود مگر اینکه فرد در موقعیت دشوار و ناخوشایندی قرار گیرد تا برای رهایی از آن یا صدمه پذیری کمتر حداکثر تلاش را برای کشف و بهره گیری از عوامل محافظت کننده فردی و محیطی در درون و بیرون خود که همواره به صورت بالقوه وجود دارد بکار گیرد (دینر و همکاران،2009).

تاب آوری در مورد کسانی به کار می رود که در معرض خطر قرار می گیرند ولی دچار اختلال نمی شوند از این رو شاید بتوان نتیجه گیری کرد که مواجه شدن با خطر شرط لازم برای کسب آسیب ناپذیری هست، اما شرط کافی نیست. عوامل تاب آور باعث می شوند که فرد در شرایط دشوار و با وجود عوامل خطرزا، ظرفیت های موجود خود در دست یابی به موفقیت و رشد زندگی استفاده کند و از این چالش و آزمونبه عنوان فرصتی برای توانمند کردن خود بهره جوید و از آنها سربلند بیرون آید. تاب آوری با در نظر داشتن تؤام شرایط استرس زا و توانایی ذاتی افراد برای پاسخ گویی، دوام آوردن و رشد نرمال در حضور شرایط استرس زا مطرح می شود. تاب آوری یک راه حل امید بخش و خوشایند است. شواهد روشنی در مورد وجود رابطه میان وقایع ناخوشایند و سختی زندگی در دوران کودکی با بروز اختلالات روانی در سالهای بعدی زندگی وجود دارد (عباسپور دوپلانی،1389).

انعطاف پذیری کنشی به عللی می تواند در تحقیقات و تجربیات مفید واقع شود:

1- اطلاع از تاب آوری و آسیب پذیری و عوامل محافظت کننده و خطرساز اختلالات روانی و شناسایی علل آنها و این موضوع با نیاز به توجه به روابط بین حوادث قبلی و نتایج فعلی زندگی تأکید می کند و به استثناءها پیش از عواقب پیش بینی شده توجه می نماید.

2- ایده ی تاب آوری باعث امیدواری در تجارب بالینی می شود و به هر حال مزیت عمده آن این است که خواهیم دانست که بسیاری از بچهبه سرنوشت گردن نمی نهند و تسلیم نمی شوند (آدلمن[[4]](#footnote-4)، 2005).

تاب آوری پنج خصوصیت مهم دارد که در زیر ذکر شده اند:

1- تاب آوری یک روند پویا و دینامیک است نه یک وضعیت ثابت؛

2- تاب آوری موقعیتی است.یعنی یک رفتار سازگارانه در یک موقعیت ممکن است در موقعیت دیگر ناسازگار باشد؛

3- تاب آوری محصول تعامل ویژگی های شخصیتی ذاتی با فاکتورهای محیطی است؛

4- تاب آوری در موقعیت هایی که چندین ریسک وجود دارد پیچیده تر است؛

5- تاب آوری می تواند آموختنی باشد (آریایی،1389).

# روانشناسی انعطاف پذیری یا تاب آوری

محققین روانشناس مدتی طولانی است که دریافته اند، عوامل فشارزای عمده زندگی می توانند منجر به تضعیف سلامت روانی و عملکرد اجتماعی فرد شده و آسیب های روان شناختی در وی ایجاد کند.این وضعیت به خوبی شناخته نشده است که چگونه بیشتر مردم تروما و رویدادهای مصیبت بار زندگی را تجربه می کنند بدون اینکه سلامت روانی شان تضعیف شود و دچار بیماری های روانی شوند و در بعضی شرایط نیز به نظر می رسد، افراد با وجود تجارب سختشان پیشرفت نیز داشته اند. چنین افرادی، کسانی هستند که دارای ویژگی های روان شناختی انعطاف پذیری کنشی هستند، چرا که توانسته اند خود را با عوامل فشارزای زندگی شان با وجود آن شرایط سخت وفق دهند. انعطاف پذیری خود به انعطاف پذیر بودن ما در تعدیل کردن، تنظیم کردن، با تغییر دادن سطح کنترل خود برای روبرو شدن با تغییرات در محیط ما اشاره دارد. آنهایی که خود انعطاف پذیری دارند، آدم هایی انعطاف پذیر و سازگار بوده و می توانند میزان کنترل خود را در صورتی که شرایط ایجاب کند، زیاد یا کم کنند (حسینی، 1391).

پژوهشگران اظهار داشتند که زندگی دشوار، بدبیاری ها و ناکامی ها تجربیات ناگوار دیگر، انعطاف پذیری خود را کاهش می دهند.کودکانی که از لحاظ انعطاف پذیری خود نمره ی بالایی می گیرند در مقایسه با کودکانی که از این نظر نمره پایینی کسب می کنند، توسط معلمان به صورت انفرادی که بهتر می توانند با استرس مقابله کنند، اضطراب کمتری داشته و نیاز کمتری به اطمینان خاطر دارند، ارزیابی می شوند. انعطاف پذیری خود بالا با هوش عمومی، نمرات خوب در مدرسه، محبوبیت نزد همسالان نیز همبستگی مثبت داشته است.کنترل خود پایین در پسرها و دخترها و انعطاف پذیری خود پایین در دخترها با سوءمصرف دارو در نوجوانی رابطه مثبت داشته است. بنابراین جنبه های مهمی از شخصیت و رفتار را می توان با کنترل خود و انعطاف پذیری خود مرتبط دانست. به عبارت دیگر انعطاف پذیری خود همان میزان تاب آوری افراد می باشد (واف و همکاران، 2008).

# تعاریف انعطاف پذیری کنشی

انعطاف پذیری کنشی عبارت است از فرآیند سازگاری مناسب فرد در رویارویی با مصائب و ضربه ای روحی و روانی با هر منبعی که بطور معناداری از نظر روانی فشارزا باشد (از قبیل مشکلات خانوادگی و روبط مشکلات جدی در سلامت فرد و یا فشارهای محیط کاری و یا فشارهای مالی). تحقیقات نشان داده که ویژگی تاب آوری یک ویژگی عادی و معمولی است نه ویژگی خارق العاده و غیر عادی و افراد معمولاً این ویژگی را در خود نشان می دهند و وجود این ویژگی به معنای آن نیست که فرد تجربه های مشکل و فشارآوری را تجربه کرده است.تاب آوری صفتی نیست که بگوئیم افراد یا این صفت را دارا هستند و یا فاقد این ویژگی هستند.بلکه انعطاف پذیری کنشی شامل رفتارها،افکار و فعالیت هایی است که هر فرد می تواند آنها را بیاموزد و پرورش دهد (سفای[[5]](#footnote-5)، 2008).

تاب آوری به عنوان توانایی بازگشت به حالت اولیه بعد از دشواری با آن عوامل و فرآیندهایی که مسیر مخاطره به رفتار مشکل آسیب شناسی را قطع می کند و بدان وسیله حتی در شرایط چالش برانگیز و تهدیدکننده به پیامدهای سازگارانه منجر می شود، توصیف می کنند. گارمزی[[6]](#footnote-6) (1983) عوامل حمایتی را که منجر به تاب آوری می شوند این گونه معرفی می کند:

الف) عوامل کودکی، مانند خلق و خوی مثبت و توانش اجتماعی.

ب) عوامل خانوادگی شامل والدین حمایت کننده و تعیین قواعد به صورت همسان.

ج) عوامل اجتماعی، مانند روابط مثبت با افراد بزرگسال مهم، محیط مدرسه حمایت کننده (رحیمیان بوگر و اصغر نژاد،1387).

# ویژگی های افراد دارای انعطاف پذیری کنشی

1- احساس اعتماد به نفس و کارامدی که اجازه می دهد با موفقیت چالش های زندگی را پشت سر بگذرند.

2- موضع گیری فعال در قبال یک مشکل یا مانع، توانایی نگاه به یک مشکل به عنوان مسئله ای که می توانند آن را کندوکاو کنند،تغییر دهند،تحمل کنند یا دوباره به طریق دیگر حل کنند.ایستادگی منطقی در مقابل مشکلات و چالشبا توانایی اینکه به چه موقع بگویند و ظرفیت رشد مهارتبرای تحمل مشکلات.

3- بعضی محققین معتقدند انعطاف پذیری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت می تواند باعث تقویت عزت نفس شده و مقابله موفق با تجارب منفی را موجب می شود. لذا تاب آوری یا انعطاف پذیری کنشی از طریق تقویت عزت نفس به عنوان مکانیسم واسطه ای به انطباق مثبت منتهی می شود.

4- افراد دارای تاب آوری بالا دارای صفاتی از قبیل ، سر سختی، مقابله سرکوب گرایانه و داشتن خلق و خو و احساسات مثبت سبب کسب ویژگی انعطلف پذیری کنشی هستند (بشارت و همکاران، 1387).

# روش های ایجاد انعطاف پذیری کنشی

1- ایجاد روابط: داشتن روابط خوب با اعضاء نزدیک فامیل، دوستان یا سایرین مهم است.دریافت کمک و حمایت از کسانی که به شما علاقمندند و به سخنان شما گوش می دهند، انعطاف پذیری کنشی را تقویت می کند.

2- حرکت کردن به سوی هدف: پروراندن بعضی اهداف واقعی در عوض تمرکز کردن بر تکالیفی که به نظر غیر قابل دسترس هستند. از خود پرسیدن" امروز چه کاری را می توانم انجام دهم که به حرکت کردن من در مسیری که می خواهم طی کنم کمک کند."

3- به فرصتبه عنوان موقعیتی برای یافتن خود نگاه کنید: خیلی از افراد در حالیکه رویدادهای ناگوار و شرایط سخت را تجربه کرده اند گزارش هایی از این قبیل را در مورد خود ارائه می دهند. روابط بهتر در حالی که احساس می کنند در معرض خطر و حمله هستند.دارا بودن احساس خود ارزشمندی فزاینده و معنویت رشد یافته.

4- رویدادها را در منظرتان (در جلوی چشمتان) نگاه دارید: حتی زمانیکه با رویدادهای بسیار دردناک روبه رو می شوید سعی کنید موقعیت فشارآور را با مفهومی وسیعتر مورد توجه قرار دهید.

5- دیدگاه مثبتی را در مورد خود پرورش دهید: پرورش این اعتقاد که توانایی حل این مشکلات را دارا هستید و همچنین اطمینان به عزیزتان به ایجاد تاب آوری کمک می کند.

6- چشم انداز امیدوارانه ای را برای خود حفظ کنید: یک چشم انداز خوش بینانه شما را قادر می سازد تا انتظار وقایع خوب را در زندگی داشته باشید و به جای آنکه نگران آنچه که از آن می ترسید باشید، سعی کنید آنچه را که دوست دارید و می خواهید تصور کنید.

7- به خودتان توجه کنید: توجه تان را به نیازها و احساسات معطوف کنید و خود را به فعالیت هایی که از آنها لذت می برید و در آنها احساس آرامش می کنید مشغول کنید.

8- پذیرش اینکه تغییر،بخشی از زندگی است: پذیرفتن رویدادهایی که نمی توان آنها را تغییر داد می تواند به شما کمک کند تا بر رویدادهایی که قابل تغییر هستند تمرکز کنید (رضایی،1390).

# دیدگاه های انعطاف پذیری کنشی

**دیدگاه** **فردریکسون و توگد**

فردریکسون و توگد[[7]](#footnote-7) (2004) معتقدند افراد دارای ویژگی تاب آوری برای مقابله با رویدادهای منفی، ممکن است بازگشت مؤثری به شرایط و موقعیت های قبلی نیز داشته باشد (که به آندر حل چالش های فعلی کمک می کند)در حالیکه افراد فاقد این ویژگی،گویا در چاهی گرفتار می شوند و ظاهراً توان رهایی ار شکستیا گرایش های منفی شان را ندارند، پس وجود توانایی برای حرکت کردن با وجود عوامل فشارزای منفی نشان دهنده شانس افراد نیست بلکه مفهوم شناخته شده ی تاب آوری را خاطر نشان می سازد. ریشه انعطاف پذیری یا تاب آوری از علم فیزیک گرفته شده است و به معنی جهیدن رو به عقب است. در واقع افراد دارای این ویژگی با بازگشت رو به عقب، توانایی زنده ماندن و حتی غلبه بر ناملایمات را دارا هستند. تاب آوری می تواند باعث شود که فرد پیروزمندانه از رویدادهای ناگوار بگذرد و علی رغم قرار گرفتن در معرض تنش های شدید شایستگی اجتماعی و تحصیلی او ارتقاء یابد (سلامات، 1393).

انعطاف پذیری یا تاب آوری نوعی ویژگی است که از فردی به فرد دیگر متفاوت است و می تواند به مرور زمان رشد کند یا کاستی یابد. پژوهشگران در مطالعه های خود دریافته اند بسیاری از انسانها که در معرض آسیب قرار گرفته اند، می توانند به سلامت از آن بگذرند و حتی به رشدی بیش از پیش دست یابند. به همین دلیل آنها به این فکر افتادند که اگر بتوان ویژگی تاب آوری را در افراد شناخت، می توان از این ویژگی در آموزش دیگران به ویژه در زمان کودکی و نوجوانی استفاده کرد.این تحقیقات نشان داده است که میزان عوامل خطر و عوامل محافظ نقش بسیار مهمی در سوق دادن افراد به سمت تاب آوری یا آسیب روانی اجتماعی دارد. عوامل خطر شرایط و وضعیت هایی هستند که احتمال آسیب روانی- اجتماعی را در شخص افزایش می دهند، مثل فقر، شکست تحصیلی. ولی عوامل محافظ شرایط و وضعیت هایی هستند که احتمال آسیب روانی- اجتماعی را در شخص کاهش می دهند، مثل داشتن اعتماد به نفس،شرایط مهربانانه در خانواده (تدین، 1393).

تاب آوری یکی از عوامل محافظت است که همراه با سایر عوامل محافظ نقش مهمی در موفقیت افراد و جان بدر بردن از شرایط ناگوار دارد. تحقیقات نشان داده است، بسیاری از کودکان و نوجوانان که در محیط های پر خطر رشد کرده اند بدلیل اینکه در زندگی آنها عامل یا عوامل محافظت وجود داشته است، توانسته اند این مشکلات را پشت سر گذاشته از زندگی سالمی برخوردار شوند و به عنوان افراد دارای ویژگی تاب آوری از آنها یاد شود. تاب آوری می تواند باعث شود که فرد پیروزمندانه از رویدادهای ناگوار بگذرد و علیرغم قرار گرفتن در معرض تنش های شدید، شایستگی اجتماعی، تحصیلی و شغلی او ارتقاء یابد (خزائلی پارسا،1388).

**دیدگاه** **ماتسن**

به باور ماتسن[[8]](#footnote-8) (2001) هنگامی که فاجعه از سر بگذرد و نیازهای اولیه ی انسانی تأمین گردد، آنگاه تاب آوری ظاهر می شود و در نتیجه آن اثرات ناگوار اصلاح یا تعدیل می شوند و یا حتی ناپدید می گردند. بطور کل مؤلفه های تاب آوری را شامل شایستگی ، استحکام شخصی، تحمل عواطف منفی، مهارتگری (توانایی فرد در مهار و مدیریت شرایط) و معنویت می دانند (رحیمیان بوگر و اصغر نژاد، 1387).

**دیدگاه روانشناسی مثبت گرا**

رویکرد مثبت‌گرا، با توجه به استعدادها و توانمندی‌های انسان (به‌جای پرداختن به نابهنجاری‌ها و اختلال‌ها)، در سال‌های اخیر مورد توجه روانشناسان قرار گرفته است.  
این رویکرد، هدف نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و شادکامی انسان را به‌دنبال دارند. از این رو عواملی که سبب سازگاری هر چه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی گردند، بنیادی‌ترین سازه‌های مورد پژوهش این رویکرد می‌باشند. در این میان، تاب‌آوری جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روانشناسی تحول، روانشناسی خانواده و بهداشت روانی یافته است، به‌طوری که هر روز بر شمار پژوهش‌های مرتبط با این سازه افزوده می‌شود.گارمزی و ماستن (1991، به نقل از سامانی، جوکار و صحراگرد،1386) این رویکرد تاب‌آوری را‌ ”یک فرآیند، توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده“، می پندارند. به بیان دیگر تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (والر، 2001، به نقل از سامانی، جوکار و صحراگرد،1386).

طبق این دیدگاه می‌توان گفت تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی، در شرایط خطرناک است. افزون بر این، پژوهشگران بر این باورند که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است (گارمزی، 1991؛ ماستن، 2001؛ راتر، 1999؛ لوتار، سیچتی و بکر، 2000، به نقل از سامانی، جوکار و صحراگرد،1386).

به باور این دیدگاه تاب‌آوری، بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در شرایط تهدیدکننده) است و از این رو سازگاری موفق در زندگی را فراهم می‌کند. در عین حال کامپفر(1991) به این نکته نیز اشاره می‌نماید که سازگاری مثبت با زندگی، هم می‌تواند پیامد تاب‌آوری به‌شمار رود و هم به‌عنوان پیش‌آیند، سطح بالاتری از تاب‌آوری را سبب شود. وی این مسأله را ناشی از پیچیدگی تعریف و نگاه فرآیندی به تاب‌آوری می‌داند (رضاپور، 1389).

# راه های ارتقای انعطاف پذیری کنشی

برای رسیدن به این مقصود روش های ذیل مدنظر می باشد:

الف) احساس ارزشمندی: پذیرفتن خود به عنوان فردی ارزشمند،‌ و احترام قایل شدن برای خود و توانایی هایشان. بی قید و شرط دوست داشتن و سعی در شناخت نقاط مثبت خود و پرورش دادن آنها و از طرف دیگر شناخت نقاط ضعف خود و کتمان نکردن آنها. علاوه بر آن سعی می کنند که این نارساییرا با واقع بینی بر طرف کرده و در غیر این صورت با این ویژگیکنار می آیند.

ب) مهارت در حل مسئله: افراد تاب آور ذهنیتی تحلیلی- انتقادی نسبت به توانایی های خود و شرایط موجود دارند، در مقابل شرایط مختلف انعطاف پذیرند و توانایی شگفت انگیزی درباره پیدا کردن راه حلهای مختلف درباره یک موقعیت یا مساله خاص دارند. همچنین توانایی ویژه ای در تجزیه و تحلیل واقع بینانه مشكلات شخصی و پیدا کردن راه حل های فوری و راهبردهای دراز مدت برای حل و فصل مشكلاتی كه به آسانی و سریع حل نمی شوند را دارا هستند.

ج) کفایت اجتماعی: این دسته از افراد مهارت های ارتباط با دیگران را خیلی خوب آموخته اند.آنها می توانند در شرایط سخت هم شوخ طبعی خودشان را حفظ کنند، می توانند با دیگران صمیمی شوند و در مواقع بحرانی از حمایت اجتماعی دیگران بهره ببرند؛ ضمن اینکه این گونه آدممی توانند سنگ صبور خوبی باشند، وقتی برایشان حرف می زنید می توانند خوب گوش می دهند و خودشان را جای شما می گذارند. در ضمن آنها طیف وسیعی از مهارتو راهبردهای اجتماعی شامل مهارتهای گفتگو، جراتمندی و گوش دادن ، آمادگی برای گوش دادن به دیگران واحترام گذاشتن به احساسات و عقاید دیگران که در تعاملات اجتماعی بسیار مهم است را دارا هستند (سلامات، 1393).

د) خوش بینی: اعتقاد راسخ به اینكه آینده می تواند بهتر باشد،‌ احساس امید و هدفمندی و باور به اینکه می توانند زندگی و آینده خود را كنترل كنند و موانع احتمالی نمی تواند آنها را متوقف سازد.  
 ه) همدلی: تاب آورها دارای توانایی برقراری رابطه توام با احترام متقابل با دیگران هستند كه موجب به هم پیوستگی اجتماعی یعنی احساس تعلق به افراد، گروه و نهادهای اجتماعی می شود (محمدزاده،1387).

# نقش محیط در انعطاف پذیری کنشی

علاوه بر ویژگی های فردی که در مورد تاب آوری بیان شد، ذکر این مطلب مهم به نظر می رسد که برخی از مولفه های محیطی در رشد و پرورش افراد تاب آور موثر هستند. این ویژگیعبارتند از:

1- روابط حمایت گر و توام با توجه و وجود شبكه ای از افراد كه از یکدیگر حمایت می كنند؛  
 2- معیارها و انتظارات بالا اما معقول خانواده و جامعه در مورد رفتار فرد؛

3- ایجاد فرصت مشارکت در فعالیت های اجتماعی توسط والدین برای فرزندان (مینایی،1392).

در آخر ذکر این مطلب ضروری به نظر میرسد که تاب آوری فقط داشتن فهرستی از ویژگینیست بلکه یک فرایند است که در زندگی واقعی تاب آفرینی نامیده می شود. همه انسانها دارای توانایی ذاتی برای تاب آوری هستند. اما، رفتار تاب آورانه رفتاری اکتسابی و یادگیرانه است. برخی از ویژگیی تاب آوری درونی است و انسان آن را دارد یا می تواند به دست بیاورد. اما، بعضی دیگر فقط با پرورش آنان در محیطی تاب آفرین (مانند خانه و مدرسه) به دست می آید. بنابراین به شما خواننده عزیز توصیه می شود که برای بهبود سطح کیفی بهداشت روانی خود به این موارد توجه داشته باشید که در رویارویی با عوامل تنش زا به نقاط قوت افراد، خانواده ، مدرسه ، محیط و جامعه توجه شود. یعنی، در برابر موقعیت های مختلفی که برای شما پیش می آید به جای اینکه به نقاط ضعف و ناتوانایی های خود تمرکز داشته باشید. به فرآیند حل مسئله بپردازید، یعنی به تعریف دقیق مشکل یا مشکلات پرداخته تا دقیقاً بدانید مشکلات فعلی شما چه چیزهایی هستند و بتوانید هر کدام را در یک سطر توضیح دهید (تدین، 1393).

سپس به اولویت بندی مشکلات پرداخته و بدانید کدام مشکلات مهم تر یا فوری تر هستند و باید تا دیر نشده فکری به حالش بکنید و کدام مشکلات مزمن تر یا بی اهمیت تر هستند. سپس برای حل مشکل فکر کنید و هر راه حلی رابه ذهنتان می رسد یادداشت کنید. از ساده ترین و خنده دارترین گرفته تا معقول ترین راه حل ها، همه را فهرست کنید و در مرحله بعد به اولویت بندی راه حلبپردازید و به راه حل هایی که در اختیار دارید امتیاز مثبت و منفی بدهید و آنها را براساس بیشترین نمره ای که می گیرند، اولویت بندی کنید. روانشناسمي گويند که «تاب آور» ها در هر شرايط آسيب زايي هم که قرار بگيرند، باز روانشان آسيبي نمي بيند اما اين چطور ممکن است؟ تاب آوري به زبان خيلي ساده يعني اينکه انسان در يک محيط پر از آسيب زندگي کند اما از بيشتر آنها سربلند و سالم بيرون بيايد. اما منظور ما اين نيست که تاب آوري فقط مربوط به دوره کودکي است. هر کسي در طول زندگي اش حتي تا سالمندي مي تواند تاب آوري را از تجربه هايش بياموزد و حتي دوز تاب آوري اش بالا و پايين برود (خزائلی پارسا، 1388).

**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[[9]](#footnote-9) (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[[10]](#footnote-10) (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[[11]](#footnote-11) 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[[12]](#footnote-12) (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[[13]](#footnote-13) 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[[14]](#footnote-14) (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[[15]](#footnote-15) 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[[16]](#footnote-16) (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[[17]](#footnote-17) (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[[18]](#footnote-18) 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[[19]](#footnote-19) 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[[20]](#footnote-20) (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[[21]](#footnote-21) (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[[22]](#footnote-22) (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[[23]](#footnote-23) (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[[24]](#footnote-24) (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[[25]](#footnote-25) (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[[26]](#footnote-26) (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. -Lemay & Ghazal [↑](#footnote-ref-1)
2. -Werner & Smith [↑](#footnote-ref-2)
3. - Mayadeyer [↑](#footnote-ref-3)
4. - Adelman [↑](#footnote-ref-4)
5. - Cefai [↑](#footnote-ref-5)
6. - Garmezy [↑](#footnote-ref-6)
7. - Ferdriksun & Tuged [↑](#footnote-ref-7)
8. -Matsen [↑](#footnote-ref-8)
9. - Alvord [↑](#footnote-ref-9)
10. - Jan [↑](#footnote-ref-10)
11. - Yelmaz [↑](#footnote-ref-11)
12. - Giyong [↑](#footnote-ref-12)
13. - Bartin [↑](#footnote-ref-13)
14. - Rasel [↑](#footnote-ref-14)
15. - Mar [↑](#footnote-ref-15)
16. - Youn [↑](#footnote-ref-16)
17. - Patric [↑](#footnote-ref-17)
18. - Ericila [↑](#footnote-ref-18)
19. - Cartwright & Hatton [↑](#footnote-ref-19)
20. - Diviedsoon [↑](#footnote-ref-20)
21. - Miliez & Kornblith [↑](#footnote-ref-21)
22. - Watkings [↑](#footnote-ref-22)
23. - Van Berkel & Haley Kathryn - [↑](#footnote-ref-23)
24. - Estelle [↑](#footnote-ref-24)
25. - Mair [↑](#footnote-ref-25)
26. - Sharon Gil & Yael Caspi [↑](#footnote-ref-26)