

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



ریاست جمهوری
ستاد مبارزه با مواد مخدر
دفتر تحقیقات و آموزش

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد "M.A"
در رشته روانشناسی عمومی

**عنوان: "اثر بخشی امید درمانی گروهی بر ولع، پیش بینی بازگشت
وباورهای مرتبط با مواد، در بهبود یافتگان انجمن معتادان گمنام (NA)
شهرستان فارسان"**

**استاد راهنما:
دکتر طیبہ شریفی**

**استاد مشاور
دکتر داریوش جلالی**

**مجری:
نعمت ا... هیبتی**

**ناظر:
شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان چهارمحال وبختیاری**

**سال انتشار:
پاییز ۹۶**

باسمه تعالی

« یرفع الله الذین امنوا منکم و الذین اوتوا العلم درجات »

قرآن کریم

« دانشگاه آزاد اسلامی - واحد شهرکرد »

تأییدیه صلاحیت علمی پایان نامه کارشناسی ارشد

عقاید و نظرات مطرح شده در این پایان نامه مستقیماً به نگارنده آن مربوط است و این دانشگاه آماده پذیرش پیشنهادهای منتقدین محترم می باشد.

دکتر بهزاد زمانی

معاون پژوهش و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی

واحد شهرکرد

پایان نامه تحصیلی نعمت ا... هیبتی در جلسه مورخ ۱۳۹۶/۰۶/۲۲ متشکل از استادان زیر با درجه بسیار خوب و نمره ۱۸ مورد تأیید قرار گرفت.

۱- دکتر طیبه شریفی استاد راهنما امضا

۲- دکتر داریوش جلالی استاد مشاور امضا

۳- دکتر احمد غضنفری استاد داور امضا

دکتر حکمت الله ریاحی

رئیس دانشکده ادبیات و علوم انسانی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد



ریاست جمهوری
ستاد مبارزه با مواد مخدر
دفتر تحقیقات و آموزش

نام کارفرما: دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر

تاریخ شروع: ۱۳۹۶/۳/۱۶

تاریخ اتمام: ۱۳۹۶ / ۸/۹

اعتبار مصوب طرح: بیست میلیون ریال

شماره قرارداد: ۲۴/۲۱۱۰۷۲۹

تاریخ قرارداد: ۱۳۹۶/۳/۱۶

مدت اجرای طرح: ۶ ماه

محل اجرای طرح: شهرستان فارس

معاونت پژوهش و فن آوری

به نام خدا

منشور اخلاق پژوهش

با یاری از خداوند سبحان و اعتقاد به این که عالم محضر خداست و همواره ناظر بر اعمال انسان و به منظور پاس داشت مقام بلند دانش و پژوهش و نظر به اهمیت جایگاه دانشگاه در اعتلای فرهنگ و تمدن بشری، ما دانشجویان و اعضاء هیات علمی واحدهای دانشگاه آزاد اسلامی متعهد می گردیم اصول زیر را در انجام فعالیت های پژوهشی مدنظر قرار داده و از آن تخطی نکنیم:

۱- اصل حقیقت جویی: تلاش در راستای پی جویی حقیقت و وفاداری به آن و دوری از هرگونه پنهان سازی حقیقت.
۲- اصل رعایت حقوق: التزام به رعایت کامل حقوق پژوهشگران و پژوهیدگان (انسان، حیوان و نبات) و سایر صاحبان حق

۳- اصل مالکیت مادی و معنوی: تعهد به رعایت کامل حقوق مادی و معنوی دانشگاه و کلیه همکاران پژوهش
۴- اصل منافع ملی: تعهد به رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن پیشبرد و توسعه کشور در کلیه مراحل پژوهش

۵- اصل رعایت انصاف و امانت: تعهد به اجتناب از هرگونه جانب داری غیر علمی و حفاظت از اموال، تجهیزات و منابع در اختیار

۶- اصل رازداری: تعهد به صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد، سازمان ها و کشور و کلیه افراد و نهادهای مرتبط با تحقیق

۷- اصل احترام: تعهد به رعایت حریم ها و حرمت ها در انجام تحقیقات و رعایت جانب نقد و خودداری از هرگونه حرمت شکنی

۸- اصل ترویج: تعهد به رواج دانش و اشاعه نتایج تحقیقات و انتقال آن به همکاران علمی و دانشجویان به غیر از مواردی که منع قانونی دارد.

۹- اصل برائت: التزام به برائت جویی از هرگونه رفتار غیر حرفه ای و اعلام موضع نسبت به کسانی که حوزه علم و پژوهش را به شائبه های غیر علمی می آلاینند.

تعهد نامه

اینجانب نعمت الله هیبتي مجری طرح پژوهشی "اثر بخشی امید درمانی گروهی بر ولع، پیش بینی بازگشت و باورهای مرتبط با مواد، در بهبود یافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارسان" متعهد می شوم از ارائه هر گونه اطلاعات مربوط به طرح پژوهشی (در حین اجرا یا پس از اجرا) اجتناب نموده و قبل از اقدام، هماهنگی لازم را با دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری انجام و نسبت به کسب مجوز کتبی از دفتر یاد شده مبادرت نمایم.

نام و نام خانوادگی مجری

امضا

تقدیم بہ:

پدر و مادر مہربان

و ہمسر عزیزم

سپاسگزاری:

از ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور، اداره کل تحقیقات و آموزش و تمام عزیزانی که مراد انجام

این پژوهش یاری نمودند؛ تقدیر و تشکر به عمل می آید.

چکیده.....	۱
فصل اول.....	۲
«کلیات پژوهش».....	۲
۱-۱- مقدمه.....	۳
۲-۱- بیان مسئله.....	۴
۳-۱- اهمیت و ضرورت تحقیق.....	۶
۴-۱- اهداف تحقیق.....	۸
۱-۴-۱- هدف اصلی تحقیق.....	۸
۲-۴-۱- اهداف فرعی تحقیق.....	۸
۵-۱- فرضیه های تحقیق.....	۸
۱-۵-۱- فرضیه اصلی تحقیق.....	۸
۲-۵-۱- فرضیه های فرعی تحقیق.....	۸
۶-۱- تعریف واژگان تخصصی تحقیق.....	۹
۶-۱- تعاریف مفهومی.....	۹
۱-۶-۱- انجمن معتادان گمنام:.....	۱۰
۲-۶-۱- تعریف واژگان عملیاتی.....	۱۰
فصل دوم.....	۱۶
«ادبیات و پیشینه پژوهش».....	۱۶
۱-۲- مقدمه.....	۱۶
۲-۲- بخش اول : بررسی ادبیات پژوهش.....	۱۶
۱-۲-۲- باورهای مربوط به مواد، بازگشت و ولع مصرف.....	۱۶
۱-۲-۲-۱- باورهای مربوط به مواد.....	۱۶
۲-۲-۱-۲- بازگشت.....	۲۱
۳-۲-۱-۲- ولع.....	۲۲
انواع ولع.....	۲۳
مقابله با ولع ها.....	۲۴
۱-۳-۲- درمان مبتنی بر امید.....	۲۵
۱-۳-۲-۱- مقدمه و سیر تاریخی گروه درمانی.....	۲۵
۲-۳-۱-۲- تعریف گروه درمانی:.....	۲۶
۳-۳-۱-۲- عوامل درمانی در گروه درمانی.....	۲۷
۴-۳-۱-۲- مقایسه روان درمانی به شیوه گروهی و فردی :.....	۳۰
۲-۳-۲- امید.....	۳۱

۳۱	..... ۲-۳-۱ امید از دیدگاه‌های مختلف
۳۲	..... ۲-۳-۲ امید از دیدگاه‌های شناسایی
۳۳	..... ۲-۳-۲-۱ تفکر گذرگاهی یا مسیر
۳۳	..... ۲-۳-۲-۲ تعدیل تعریف‌های شناختی
۳۴	..... ۲-۳-۲-۳ تفکر کارگزار یا عامل
۳۵	..... ۲-۳-۲-۴ تمرکز بر تعدیل تعریف‌های شناختی:
۳۶	..... ۲-۳-۲-۴ رشد امید:
۳۸	..... ۲-۳-۳ تعریف اعتیاد و معتاد
۳۸	..... ۲-۳-۱ تعریف اعتیاد، وابستگی و سوء مصرف مواد
۳۹	..... ۲-۳-۲ مصرف یا سوء مصرف مواد
۴۲	..... ۲-۳-۳ شیوه‌های سوء مصرف مواد و داروها
۴۴	..... ۲-۳-۴ نظریه‌ها و دیدگاه‌های مربوط به سوء مصرف مواد
۴۵	..... ۲-۳-۴-۱ دیدگاه زیستی - فیزیولوژیکی سوء مصرف مواد
۴۶	..... ۲-۳-۴-۲ دیدگاه‌های روان شناختی
۴۹	..... نقش باورها و انتظارات
۵۰	..... مهارت‌های مقابله‌ای
۵۱	..... دیدگاه مربوط به عوامل اجتماعی و فرهنگی
۵۱	..... ۲-۳-۴ شیوه‌های درمان سوء مصرف مواد
۵۱	..... ۲-۳-۴-۱ درمان‌های زیستی - فیزیولوژیکی
۵۲	..... ۲-۳-۴-۲ روش‌های روان درمانی
۵۳	..... ۲-۳-۴-۱ درمان‌های مبتنی بر پسخوراند زیستی
۵۳	..... ۲-۳-۴-۲ درمان شناختی - رفتاری (C.b.t)
۵۵	..... ۲-۳-۴-۳ مصاحبه‌های انگیزشی
۵۶	..... ۲-۳-۴-۳ درمان‌های اجتماعی
۵۶	..... ۲-۳-۴-۱ درمان‌های مبتنی بر بسترسازی در بیمارستان
۵۷	..... ۲-۳-۴-۲ انجمن‌های گمنام
۶۴	..... ارزیابی کلی از انجمن‌های گمنام
۶۵	..... ۲-۴ بخش دوم: پیشینه تحقیق
۶۵	..... ۲-۴-۱ پیشینه داخلی تحقیق
۶۷	..... ۲-۴-۲ پیشینه خارجی تحقیق
۸۳	..... فصل سوم
۸۳	..... «روش پژوهش»
۸۴	..... ۳-۱ مقدمه
۸۴	..... ۳-۲ روش پژوهش
۸۴	..... ۳-۳ جامعه‌ی آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

۳-۴- ابزار پژوهش (روش گرد آوری اطلاعات)	۸۵
پرسشنامه ولع :	۸۵
پرسشنامه پیش بینی بازگشت:	۸۵
پرسشنامه باور های مرتبط با مواد:	۸۶
۳-۵- پروتکل درمانی مبتنی بر امید:	۸۷
۳-۶- روش اجرا	۸۷
فصل چهارم	۱۰۳
«تجزیه و تحلیل داده ها»	۱۰۳
مقدمه ..	۱۰۴
آمار توصیفی	۱۰۴
فصل پنجم	۱۱۲
«بحث و نتیجه گیری»	۱۱۲
۵-۱- مقدمه	۱۱۳
۵-۲- بررسی فرضیه های تحقیق	۱۱۳
۵-۳- نتیجه گیری کلی	۱۱۵
۵-۴- محدودیت ها	۱۱۶
۵-۵- پیشنهادات پژوهشی	۱۱۷
پیشنهادهای کاربردی	۱۱۸
منابع	۱۱۹

جدول ۱-۲	شیوه های جذب و اثر کردن مواد و داروها.....	۴۴
جدول ۱-۴	توزیع فراوانی بر اساس گروه.....	۱۰۴
جدول ۲-۴	میانگین و انحراف معیار نمره های ولع، پیشبینی بازگشت و باورهای مرتبط با مواد گروههای آزمایش و کنترل در مرحله پیشآزمون و پسآزمون.....	۱۰۴
جدول ۳-۴	خلاصه آزمون برابری واریانس خطای لیون.....	۱۰۵
جدول ۴-۴	خلاصه آزمون همسانی ماتریسهای باکس.....	۱۰۵
جدول ۵-۴	اطلاعات مربوط به شاخصهای اعتباری آزمون کوواریانس ولع، پیشبینی بازگشت و باورهای مرتبط با مواد از دیدگاه بهبود یافتگان انجمن معتادان گمنام.....	۱۰۶
جدول ۶-۴	تحلیل کوواریانس چندمتغیره مانکوا (MANCOVA) روی نمرات ولع، پیشبینی بازگشت و باورهای مرتبط با موادبین دو گروه کنترل و آزمایش (با کنترل مرحله پیش آزمون).....	۱۰۶
جدول ۷-۴	عوامل بین آزمودنی ها.....	۱۰۷
جدول ۸-۴	خلاصه آزمون برابری واریانس خطای لیون.....	۱۰۷
شکل ۱-۴	نمودار پراکندگی رابطه بین نمرههای پیش آزمون و پس آزمون (متغیر وابسته: ولع).....	۱۰۷
جدول ۹-۴	خلاصه آزمون واریانس دوراهه برای بررسی همگنی رگرسیونی.....	۱۰۷
جدول ۱۰-۴	نتایج آزمونهای اثرهای بین آزمودنی ها (متغیر وابسته: ولع).....	۱۰۸
جدول ۱۱-۴	عوامل بین آزمودنی ها.....	۱۰۸
جدول ۱۲-۴	خلاصه آزمون برابری واریانس خطای لیون.....	۱۰۸
جدول ۱۳-۴	خلاصه آزمون واریانس دوراهه برای بررسی همگنی رگرسیونی.....	۱۰۹
جدول ۱۴-۴	نتایج آزمونهای اثرهای بین آزمودنی ها (متغیر وابسته: پیشبینی بازگشت).....	۱۰۹
جدول ۱۵-۴	عوامل بین آزمودنی ها.....	۱۱۰
جدول ۱۶-۴	خلاصه آزمون برابری واریانس خطای لیون.....	۱۱۰
جدول ۱۷-۴	خلاصه آزمون واریانس دوراهه برای بررسی همگنی رگرسیونی.....	۱۱۱
جدول ۱۸-۴	نتایج آزمونهای اثرهای بین آزمودنی ها (متغیر وابسته: باورهای مرتبط با مواد).....	۱۱۱

فهرست اشکال

- شکل ۱-۲ - الگوی کامل سوء مصرف مواد (بک و همکاران، ۱۹۹۳: ۴۴)..... ۱۹
- شکل ۲-۴ - نمودار پراکندگی رابطه بین نمره های پیش آزمون و پس آزمون (متغیر وابسته: پیشبینی بازگشت)..... ۱۰۹
- شکل ۳-۴ - نمودار پراکندگی رابطه بین نمره های پیش آزمون و پس آزمون (متغیر وابسته: باورهای مرتبط با مواد)..... ۱۱۰

چکیده

هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی امید درمانی گروهی بر ولع مصرف مواد، پیش‌بینی بازگشت و باورهای مرتبط با مواد در بهبودیافتگان انجمن NA شهرستان فارس بوده. پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و دارای طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بهبودیافتگان انجمن معتادان گمنام شهرستان فارس بود که به صورت داوطلب جهت باقی ماندن در ترک، به یکی از انجمن‌های NA شهرستان، مراجعه کرده و از بین آن‌ها به صورت تصادفی تعداد ۲۵ نفر در گروه آزمایش و تعداد ۲۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفته و گروه آزمایش بر اساس یک پروتکل درمانی، طی ۱۰ جلسه در آموزش امید درمانی شرکت کردند. ابزارهای اندازه‌گیری شامل پرسش‌نامه‌های سنجش ولع مصرف (صالحی-فردی، بر عرفان و ضیایی ۲۰۰۸)، پیش‌بینی بازگشت (رایت، ۱۹۹۳)، باورهای مربوط به مواد (رایت، ۱۹۹۳) و پروتکل ده جلسه‌ای درمان بود که به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه اجرا شدند. در تجزیه و تحلیل داده‌های آماری این تحقیق از تحلیل کواریانس یک متغیره (ANCOVA) و تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) شده است. نتایج پژوهش نشان داد که امید درمانی گروهی بر کاهش ولع مصرف، کاهش بازگشت به مصرف و بهبود باورهای مربوط به مواد موثر است.

ولع: $F = 19/25$ سطح معنا داری: $0/001$ اندازه اثر: $0/99$

پیش‌بینی بازگشت: $F = 15/04$ سطح معنا داری: $0/001$ اندازه اثر: $0/97$

باورهای مرتبط با مواد: $F = 6/11$ سطح معنا داری: $0/01$ اندازه اثر: $0/68$

واژگان کلیدی: امید درمانی، ولع مصرف، پیش‌بینی بازگشت، باورهای مربوط به مواد، انجمن معتادان گمنام.

فصل اول

«کلیات پژوهش»

پدیده سوء مصرف مواد مهم ترین و قابل اعتنا ترین ناهنجاری اجتماعی در جهان کنونی است. و هیچ جامعه و کشوری را نمی توان نام برد که از عوارض آن مصون مانده باشد. به ویژه برخی جوامع و ملت ها به لحاظ شرایط جغرافیایی، تاریخی و فرهنگی بیش از سایرین در معرض این تهدید قرار دارند. دامنه سوء مصرف مواد در ایران نیز از طبقه افراد بی سواد یا کم سواد فراتر رفته و اقشار باسواد را نیز در معرض خطر قرار داده است. این در حالی است که مطالعات نشان داده اند سوء مصرف مواد علاوه بر مشکلات روانی و اجتماعی که برای افراد، خانواده ها و جامعه به وجود می آورد و هزینه هایی را تحمیل می کند، نسبت به درمان نیز بسیار مقاوم و همراه با عود و شکست های متوالی است. (گل پرور، آقایی و آتش پور، ۱۳۸۲). با توجه به اینکه سوء مصرف مواد به عنوان یک معضل روانی، اجتماعی و جسمانی مورد بررسی قرار می گیرد، درمان آن نیز باید بر اساس مداخلات، برنامه ها و آموزش های جسمانی، روانی و اجتماعی صورت گیرد. شواهد و مدارک زیادی در دست است که نشان می دهد، رویکردهای درمانی که طی آن روش های زیستی، اجتماعی و روانی با یکدیگر ترکیب می شوند؛ موفقیت های چشم گیری در درمان وابستگی به مواد ایفا می کنند. ضمن اینکه نتایج برخی از بررسی های آزمایشی دیگر بیان گر آن است که مداخلات اجتماعی، به خصوص مداخلاتی که طی آن افرادی از گروه همتا به فرد معتاد سرویس می دهند و با او ارتباط برقرار می کنند از کارایی بسیار بالایی در درمان سوء مصرف مواد برخوردارند. (گل پرور و همکاران، ۱۳۸۲). در پژوهش های مربوط به مشکلاتی که با مصرف مواد و آسیب های اجتماعی مرتبط هستند؛ می بایست بعد کاربردی آن مد نظر باشد و متغیر هایی مورد بررسی قرار گیرد که با به کارگیری یک برنامه آموزشی-درمانی مناسب، به تغییر و اصلاح رفتار و اتخاذ تصمیم عملیاتی برای مبارزه با معضل ایجاد شده، دست یافت.

بنابراین در این پژوهش تلاش شده است راهبرد های علمی و عملی کاهش ولع و بازگشت مجدد به سمت مصرف مواد مخدر افیونی و نیز تغییر باورهای مرتبط با مواد، با روش امید درمانی گروهی و از طریق انجمن معتادان گمنام، ارایه گردد.

۱-۲- بیان مسئله

اعتیاد به مواد مخدر، بیماری روانی عود کننده و مزمنی است که همراه با اختلالات انگیزشی شدید واز دست دادن تسلط رفتاری، منجر به ویرانی شخصیت می شود. در سراسر جهان تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر زیاد هستند. آمار رسمی، تعداد معتادان کشور ایران را یک تا دو میلیون با میانگین سنی ۱۸ سال ذکر می کنند. این در حالی است که ۱۱ میلیون نفر از جمعیت کشور با مشکل اعتیاد خود یا اطرافیان، مواجه هستند. (شفیعی، رهگذر و رهگذر، ۲۰۰۴، ضیاءالدین، زارع زاده و حشمتی، ۱۳۸۵).

معتادان گروهی از مردم می باشند که به دلایل مختلف در دام استفاده از مواد گرفتار شده اند و بعد از مبتلا شدن به اعتیاد راه های متفاوتی برای گذر و کنار گذاشتن این بیماری اتخاذ می کنند. این افراد روش های متفاوتی را تجربه کرده ولی عواملی مانند ولع و وسوسه مانع اصلی عبور از این چاش برایشان می شود بنابراین آنها به دنبال راه حلی هستند که این بیماری را در وجود خود ریشه کن کنند و خود و خانواده و به تبع آن اجتماع را رها سازند.

امید، به عنوان یکی از منابع مقابله ی انسان در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری های صعب العلاج در نظر گرفته می شود. همچنین امید می تواند به عنوان یک عامل شفا دهنده، چند بعدی، پویا و قدرتمند توصیف شود و نقش مهمی در سازگاری با فقدان داشته باشد (خانجانی، ۱۳۸۵). اشنایدر^۱ برای اولین بار، نظریه ی امید را مطرح کرد و آن را متشکل از قدرت اراده، قدرت راهیابی، داشتن هدف و تشخیص موانع دانست (عبدی و خانجانی، ۱۳۸۵). گروپمن^۲ امید را احساس وجد و نشاط در نظر می گیرد که هنگامی تجربه می شود که فرد آینده ی بهتری را فراسوی چشمان خود انتظار داشته باشد (گروپمن، ۲۰۰۴). امید درمانی برای هدف استوار است که به درمان جویان کمک می کند تا اهداف را فرمول بندی کنند و گذرگاه های متعددی برای رسیدن به آن ها بسازند و فرد را برای دنبال کردن اهداف برانگیزند و موانع را بصورت چالش هایی برای غلبه از نو تعریف کنند (کار، ۱۳۸۵). در سال های اخیر روانشناسان به سازه امید بعنوان یک نقطه قوت روان شناختی می نگرند و معتقدند که این سازه می تواند کمک زیادی به پرورش و ایجاد سلامت روانی کند (فلدمن و اشنایدر، ۲۰۰۵).

^۱ -Snyder

^۲ -Groopman

3- Mclellan، Mckay، Forman، Caccaiola، emp

باید در نظر داشت که ارزیابی میزان موفقیت در درمان سوء مصرف مواد با میزان موفقیت درمان سایر اختلالات روانشناختی متفاوت است و قطعاً تابع قانون همه یا هیچ نیست؛ و بسیاری مواقع گفته می شود که حتی اندکی کاهش در میزان مصرف، به تاخیر انداختن یا عدم مصرف در یک وعده، تغییر الگوی مصرف نیز به نوبه خود، نوعی موفقیت درمانی به حساب می آیند. با این حال، نتایج پژوهشهای تجربی و بلند مدت نشان می دهد که میزان موفقیت در سوء مصرف مواد بسیار پایین و بسیاری از مواقع با عود و شکست های پی در پی همراه است. (مک لئن، مک کی، فورمن، کاسیولا و کمپ، ۲۰۰۵).^۱ این موضوع به نوبه خود می تواند منجر به یاس و ناامیدی در متخصصان و متولیان حوزه درمان سوء مصرف مواد شود. به همین دلیل، بخش عمده ای از پژوهش ها پیرامون علل بازگشت عود^۲، به بحث ولع مصرف^۳، نسبت به مصرف مواد معطوف شده است. (گلد من، بورکارت، فروهمان، اونیل، مادن و همکاران، ۲۰۱۱).^۴ در واقع، باور اصلی این است که فرد به یک باره دچار عود نمی شود بلکه ولع مصرف ممکن است منجر به لغزش یا لغزش های متوالی گردد، و در نهایت منجر به شکست درمان و عود فرد شود (بک، ریچ، نیو من و لیز، ۱۹۹۳).^۵ به نظرمی رسد ولع مصرف در پدیده بازگشت پس از درمان، حفظ موقعیت مصرف و وابستگی به مواد نقش مهمی دارد. در فرآیند درمان افراد سوء مصرف کننده مواد، پس از رسیدن به موقعیت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات ماده روان گردان دارند. بنابراین تشخیص و درمان این پدیده بالینی به عنوان یکی از عوامل شکست درمان دارای اهمیت است. (ابرامز، ۲۰۰۰).^۶ ولع مصرف مواد که تا کنون تعاریف گوناگونی از آن ارائه شده یکی از مهمترین زیر ساختهای اساسی سوء مصرف مواد است. ولع تمایل به مصرف دارو و میل مصرانه یا تحریک درونی برای عملی کردن ولع است. از این رو ولع با خواستن همراه است و میل به انجام دادن (بک و همکاران، ۱۹۹۳).

در درمان سوء مصرف مواد دو بحث کلی وجود دارد: این که پس از گذشت دوره درمان، فرد بهبود یافته است و یا به مصرف دوباره خود ادامه می دهد. البته باید در نظر داشت که مفاهیم و اصطلاحاتی که در خصوص عدم موفقیت در ترک اعتیاد بروز می کنند را در سه سطح مختلف، می

1-McLean, McQuick, Forman, Casillacomp

2-relapse

3-craving

4-Goldman, Borckardt, Frohman, O; Neil, Madan et al.

5-Beck, Wright, Newman & Liese

6-Abrams

توان بررسی کرد. در سطح اول که هوس نامیده می شود؛ فرد معتاد پس از دوره سم زدایی دوباره میل و یا هوس استفاده برای مصرف مواد را دارد. در سطح دوم چنانچه این میل و هوس ادامه پیدا کند؛ ممکن است موجب لغزش گردد و در سطح سوم نیز استمرار لغزش و پذیرش آن می تواند دوباره منجر به سوء مصرف مواد گردد. (گلزایی، ۱۳۸۱).

پایین بودن عزت نفس، عدم توانایی برقراری ارتباطات موثر و فقدان مهارت های روانی - اجتماعی از مهمترین عوامل منجر به شروع و تداوم سوء مصرف مواد هستند و چنانچه در حین درمان مورد توجه قرار نگیرند؛ امکان عود و بازگشت مجدد بسیار بالا خواهد بود (بنت و ویلیامز^۱، ۲۰۰۳).

و باورها و کلیه عقاید و نگرش های نسبتاً پایدار و با ثباتی که فرد درباره یک موضوع خاص از خود نشان می دهد باورهای مرتبط با مواد محسوب می شوند. (رایت^۲، ۱۹۹۳).

یکی از راه های درمانی که امروزه مورد توجه قرار گرفته است انجمن معتادان گمنام است. خدمات درمانی در این انجمن ها توسط افراد هم درد و هم تا ارایه می شود که قبلاً سوء مصرف مواد داشته اند ولی در حال حاضر پاک هستند.

در این پژوهش تلاش شده است راهبرد های علمی و عملی کاهش ولع و بازگشت مجدد به سمت مصرف مواد مخدر افیونی و نیز تغییر باورهای مرتبط با مواد، با روش امید درمانی گروهی ارایه گردد.

۱-۳- اهمیت و ضرورت تحقیق

امید ابتدایی ترین و ضروری ترین ویژگی مخلوق زنده است، و از ارتباطی که انسان با مراقبان اولیه خود دارد به وجود می آید، و منجر به این باور در فرد می شود که اساساً دنیا مکان قابل اعتمادی است (اریکسون، ۱۹۶۴).

هدف امید درمانی این است که به درمان جویان کمک کند تا اهداف روشنی تعیین کنند و مسیرهای متعددی را برای رسیدن به این هدف ها ایجاد نمایند و آنان را بر انگیزانند تا اهدافشان را دنبال نمایند و موانع را به عنوان چالش هایی برای غلبه بر آن ها از نو چارچوب بندی کنند. (کار، ۲۰۰۴، ترجمه پاشا شریفی و همکاران، ۱۳۸۵).

^۱-Benett&Williams

^۲-Raitt

بیش از چهار دهه است که موضوع مواد مخدر به یکی از مهم ترین مسائل اجتماعی در تمام کشورها تبدیل شده است.

فرایند بهبود و تغییر در شرایط افراد معتاد به مواد مخدر را نیز می توان موضوعی پیچیده دانست، همان گونه که خود اعتیاد نیز پدیده ای پیچیده و چند بعدی است. حقایق نهفته، در این حوزه برای کارگزاران حرفه های بهداشت روانی حایز اهمیت است. زیرا درک درست حقایق، امکان یاری رساندن به فرد معتاد به مواد را افزایش می دهد. البته بسیار مشاهده شده است که معتادان با انتخاب راه های گوناگون مانند استفاده از دارو و تعویض خون خود و مواردی که بیشتر از لحاظ جسمی فرد معتاد را از دام اعتیاد رها می سازد اقدام به ترک مواد مخدر کرده اند ولی دوباره به اعتیاد بازگشت پیدا کرده و این روند حتی برای چندبار تکرار شده و باعث ناامیدی و یاس و گاهی رفتارهای ناپهنجار فردی و اجتماعی شده است.

به همین دلیل، در روش های درمان سوء مصرف مواد، معتادان را در کلیت خود و به صورت یک کل نگریسته و آن را دارای تاریخچه نیازهای ویژه ای می دانند و وی را تنها در محدوده سوء مصرف مواد مورد توجه قرار نمی دهند. در چنین کلیتی، فردی که با فرد معتاد کار می کند جزیی از ساختار درمان و تغییر قلمداد می شود، در این ساختار، ارتباط چهره به چهره و فرد با فرد است تا با دریافت کمک های حرفه ای و امید بخش، رهایی از اختلال سوء مواد امکان پذیر شود. درمان سوء مصرف مواد به افراد معتاد کمک می کند تا داستان زندگی و فرایند خود شدن خود را بازگو کنند. در این خود بازگویی، صحبت ها شنیده می شود، حرف ها زده می شود و طرحی برای بازسازی مجدد ریخته می شود. به همین دلیل، در حال حاضر جهت روان درمانی سو مصرف مواد، از تمام رویکرد های مشهور مانند روان پویایی، رفتار درمانی، شناخت درمانی، درمان شناختی-رفتاری-درمان های حمایتی انگیزشی استفاده می شود (مهریار و جزایری، ۱۳۸۶).

در بین معتادان، یک واقعیت غیر قابل انکار است. لذا با توجه به مطالب ارائه شده می توان نتیجه گرفت که درمان روان شناختی اعتیاد و کاهش میزان ولع و عود؛ یکی از اساسی ترین مشکلات پیش روی درمانگران و بیماران در حوزه درمان وابستگی به مواد است.

در این تحقیق تلاش شده راهبردهای علمی و عملی کاهش ولع و بازگشت مجدد به سمت مصرف مواد مخدر افیونی با روش امید درمانی گروهی ارائه گردد.

بنابراین نتایج این پژوهش می تواند از یک سو برای وزارت بهداشت و درمان، سازمان بهزیستی، نیروی انتظامی و استاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان زندان ها و کارشناسان روان شناسی و از سوی دیگر برای افرادی که گرفتار سو مصرف مواد مخدر هستند، مفید واقع شود.

۴-۱- اهداف تحقیق

۱-۴-۱- هدف اصلی تحقیق

بررسی تاثیر امید درمانی گروهی بر ولع، پیش بینی بازگشت و باورهای مرتبط با مواد، در

بهبودیافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارس

۲-۴-۱- اهداف فرعی تحقیق

تعیین تاثیر امید درمانی گروهی بر ولع، در بهبودیافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارس.

تعیین تاثیر امید درمانی گروهی بر پیش بینی بازگشت، در بهبودیافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارس.

تعیین تاثیر امید درمانی گروهی بر باورهای مرتبط با مواد، در بهبودیافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارس.

۵-۱- فرضیه های تحقیق

۱-۵-۱- فرضیه اصلی تحقیق

امید درمانی گروهی بر ولع، پیش بینی بازگشت و باورهای مرتبط با مواد، در بهبودیافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارس اثربخش است.

۲-۵-۱- فرضیه های فرعی تحقیق

فرضیه اول: امید درمانی گروهی بر ولع بهبود یافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارس اثربخش است.

فرضیه دوم: امید درمانی گروهی برپیش بینی بازگشت بهبودیافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارسان اثربخش است.

فرضیه سوم: امید درمانی گروهی بر باورهای مرتبط با مواد بهبودیافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارسان اثربخش است.

۱-۶- تعریف واژگان تخصصی تحقیق

۱-۶-۱ تعاریف مفهومی

۱- **امید درمانی:** یک برنامه درمانی است که بر اساس نظریه امید اشنایدر به منظور افزایش تفکر امید و ارائه و تقویت فعالیت های مربوط به هدف طراحی شده است (کار، ۲۰۰۴، ترجمه پاشا شریفی و همکاران؛ ۱۳۸۵).

۲- **بهبود یافته:**

بهبود یافته به فردی اطلاق می شود که مصرف مواد را قطع کرده و برای به دست آوردن سلامتی و آسایش زندگی و نیز قابلیت های بالقوه خود تلاش می کند (گل پرور و همکاران، ۱۳۸۲).

۳- **ولع:**^۱

ولع نسبت به مصرف مواد به این نکته اشاره دارد که فرد با وجود اینکه تحت درمان اما به میزان متفاوتی دارای هوس و میل به مصرف دوباره مواد است. (بک و همکاران ۱۹۹۳).

۴- **بازگشت:**^۲

در درمان سو مصرف مواد دو بحث کلی وجود دارد: این که پس از گذشت دوره ی درمان، فرد بهبود یافته است و یا به مصرف دوباره خود ادامه می دهد. البته باید در نظر داشت که مفاهیم و اصطلاحاتی که در خصوص عدم موفقیت در ترک اعتیاد بروز می کنند را در سه سطح مختلف می توان بررسی کرد. در سطح اول که هوس نامیده می شود، فرد معتاد پس از دوره ی سم زدایی دوباره میل و یا هوس استفاده برای مصرف مواد دارد. در سطح دوم چنان چه این میل و هوس ادامه پیدا کند، ممکن است موجب لغزش گردد و

^۱.CRANINT

^۲. replaps

در سطح سوم نیز استمرار لغزش و پذیرش آن می تواند دوباره منجر به سوء مصرف مواد گردد (گلزایی، ۱۳۸۱).

۵- باورهای مرتبط با مواد:

به کلیه عقاید و نگرش های نسبتا پایدار و با ثباتی گفته می شود که فرد در رابطه با یک موضوع خاص از خود نشان می دهد. (رایت، ۱۹۹۳)

۶- انجمن معتادان گمنام:^۱

انجمن معتادان گمنام (NA) یک انجمن خودگردان و غیر انتفاعی متشکل از زنان و مردانی است که مشکل اصلی آنها اعتیاد به مواد مخدر است. اعضای معتادان گمنام به طور مرتب گرد هم می آیند تا با کمک و حمایت یکدیگر از اعتیادشان پاک شده و بهبودی خود را حفظ کنند.

۱-۶-۲ تعریف واژگان عملیاتی

۱- امید درمانی :

حالت انگیزشی مثبت است؛ بر اساس حالت برگرفته از نوعی تعامل و کنش موفقیت آمیز که مبتنی بر انرژی درونی و سپس مسیر یابی و برنامه ریزی در راستای نیل به آن اهداف است.

امید درمانی:^۲ از نظریه امید شناسیدر و اندیشه های برگرفته از درمان شناختی-رفتاری^۳، درمان را حل مدار^۴ و درمان روایتی^۵ مشتق می شود. (بیجاری و همکاران ۱۳۸۸).

در این روش درمانی، شرکت کنندگان طی ۱۰ جلسه یک ساعته ابتدا با اصول نظریه امید آشنا می-شوند و سپس به آنها آموزش داده می شود که چگونه این اصول را به کار بگیرند. شرکت کنندگان یاد می گیرند:

(۱) اهداف مهم و قابل دست یابی را تعیین کنند

(۲) گذرگاه های مناسب را به سوی این اهداف تعیین کنند

(۳) منابع انگیزشی و تاثیر متقابل هر مانع بر انگیزش را شناسایی کنند.

^۱- Association of narcotics Anonymus

^۲- Hopethrapy

^۳- cohitire-Behaviortherapy

^۴- solution-focusedtherapy

^۵- narrativethrapy

۴) پیشرفت به سمت هدف را بازنگری کنند.

۵) اهداف را در صورت لزوم اصلاح کنند. (مک درموت و اشنايدر ۲۰۰۰ به نقل از باران اولادی ۱۳۹۰).

۲- بهبود یافته:

در این پژوهش بهبود یافته به فردی گفته می شود که جهت ترک وابستگی به مواد افیونی به یکی از انجمن های معتادان گمنام (NA) مراجعه کرده باشد.

۳- ولع:

چنان چه گفته شد به معنای هوس است و به این نکته اشاره دارد که فرد تا چه حد برای مصرف دوباره مواد دچار چنین هوس ها و ولعی است. میانگین نمراتی که آزمودنی ها از پرسش نامه «ولع مصرف» به دست می آورند، میزان ولع آنان را مشخص می سازد.

۴- بازگشت:

به وضعیت آزمودنی ها در پایان دوره ی سم زدایی و پیگیری ۱ ماهه ی درمان گفته می شود که آیا در وضعیت بدون مواد به سر می برند یا این که دوباره سوء مصرف مواد را شروع کرده اند. ضمناً برای بررسی احتمال بازگشت نیز از پرسشنامه ی «پیش بینی بازگشت» که توسط راییت طرح ریزی شده است، استفاده خواهد شد.

بنابراین میانگین نمراتی که افراد طی دوره های ارزیابی از این پرسشنامه به دست می آورند به عنوان پیش بینی بازگشت آنان به حساب می آید.

۵- باورهای مربوط به مصرف مواد:

در این پژوهش منظور از باورهای مربوط به مصرف مواد؛ میانگین نمراتی است که افراد از پرسشنامه ی «باورهای مربوط به مواد» که توسط راییت (۱۹۹۳) طرح ریزی شده است به دست می آورند.

۶-انجمن معنادران گمنام:

انجمن های خودگردان و غیر دولتی، متشکل از زنان و مردان که توسط خود معنادران و به صورت داوطلبانه اداره می شوند خدمات درمانی در این گونه مراکز توسط افراد هم درد و همتا ارائه می شود که قبلا سوء مصرف مواد داشته اند ولی در حال حاضر پاک هستند.

فصل دوم

« ادبیات و پیشینه پژوهش »

۲-۱- مقدمه

این فصل شامل دو بخش پیشینه نظری و پیشینه عملی پژوهش است. که در پیشینه نظری، تعاریف، مفاهیم، نظریه ها و ابعاد متغیرهای پژوهش آمده است و در پیشینه عملی، تحقیقات داخلی و خارجی در زمینه رابطه بین متغیرها آورده شده است.

۲-۲- بخش اول : بررسی ادبیات پژوهش

۲-۲-۱- باورهای مربوط به مواد، بازگشت و ولع مصرف

۲-۲-۱-۱- باورهای مربوط به مواد

باورهای مربوط به مواد که به خصوص در دیدگاه‌های شناختی مورد توجه قرار می‌گیرند از جمله مهم ترین عوامل اثر گذار در پیش بینی درمان و ترک یا شکست به حساب می‌آید. باورهای مربوط به مواد که عمدتاً در نظریه‌های شناختی و به خصوص نظریه آرون تی بک^۱ مطرح می‌شود از انسجام بسیار بالایی برخوردار است که در ادامه این بخش به آن اشاره می‌شود. در واقع، چنان که پیش‌تر نیز گفتیم، بک پس از این که اولین کتاب خود را در سال ۱۹۷۶ درباره درمان اختلالات هیجانی به رشته‌ی تحریر درآورد، طی سال‌های بعد به مرور در خصوص سایر مشکلات و اختلالات روان شناختی به بررسی پرداخت. در همین راستا، بک، رایت، نیومن و لیس^۲ در سال ۱۹۹۳ کتاب «درمان شناختی سوء مصرف مواد»^۳ را به زیور طبع آراسته کردند که در نوع خود اثری کاملاً نو به حساب می‌آمد و هنوز بعد از گذشت ۲۰ سال از اولین ویرایش آن، کماکان به عنوان یک منبع معتبر مورد استناد قرار می‌گیرد.

قبل از این، بک و همکاران (۱۹۷۹) بر اساس الگوی آسیب شناسی شناختی نشان داده بودند که این موقعیت‌ها یا رویدادها نیستند که موجب می‌شوند فرد به گونه‌ی خاصی واکنش هیجانی یا واکنش رفتاری از خود نشان دهد، بلکه شیوه‌ای که آنها این رویدادها و موقعیت‌ها را مورد تعبیر و تفسیر قرار می‌دهند، موجب

^۱ -A.T.Beck

^۲ -Beck, Wright, Newman & Liese

^۳ -cognitive therapy of substance abuse

بروز واکنش های هیجانی و رفتاری در آن ها می شود. به عنوان مثال، فردی ممکن است در یک موقعیت اجتماعی این باور را در مورد کوکائین یا سیگار داشته باشد:

«کوکائین باعث می شود که من اجتماعی تر شوم» یا «اگر یک سیگار بکشم می توانم راحت تر شوم».

به باوربک و همکاران (۱۹۹۳) بین باورهای ناکارآمدی که نتیجه ی مصرف مزمن مواد هستند (باورهای اعتیادی)^۱ و باورهایی که از قبل وجود داشته اند (ویژگی های زمینه ساز)^۲ تفاوت وجود دارد.

باورهای اعتیادی در تداوم سوءمصرف مواد اهمیت بالایی دارند و عامل اصلی عود به حساب می آیند.

این باورها موضوعات مربوط به جست و جوی لذت، حل مسئله، تسکین و اجتناب را شامل می شوند. از سوی دیگر، باورهای اعتیادی نیاز ادراک شده و به مصرف مواد را به این صورت به دنبال دارند: (۱) حفظ تعادل روانی (۲) بهبود حوزه های مختلف عملکردی (۳) ایجاد آرامش و لذت (۴) افزایش احساس کنترل و قدرت (۵) کاهش احساس خستگی، خلق منفی، استرس و یا میل به مصرف مواد (بال^۳، ۲۰۰۷).

بک و همکاران (۱۹۳۳) برای مفهوم سازی اختلال سوءمصرف مواد از همان اصطلاحات و مفاهیم نام آشنای شناخت درمانی بهره برده اند که به صورت خلاصه توضیح داده می شوند.

افکار ناکارآمد^۴: اولین مفهوم در تبیین سوء مصرف مواد و سایر موضوعات روان شناختی «افکار ناکارآمد» است. همان طوری که سایر روان شناسان شناختی نیز تصریح کرده اند، افکار، باورها و عقاید خاصی که افراد پیرامون مصرف سیگار، الکل، کوکائین یا سایر داروهای روان گردان به خصوص در موقعیت های ویژه دارند، آنها را در مقابل سوء مصرف مواد آسیب پذیر می سازد. به دیگر سخن، این باورها که تحت شرایط خاصی فعال می شوند، احتمال استفاده از مواد و یا ادامه مصرف مواد را به شدت افزایش می دهند. از طرف دیگر، باورهای فرد، واکنش های او را نسبت به احساسات بدنی مرتبط با اضطراب و هوس شکل می دهند. به عنوان مثال، باورهایی از این دست: «من تحمل اضطراب را ندارم»، «چهار روز عمر ارزش این همه افسانه ندارد»، «آدم نباید چهارروز عمر را به خودش سختی بدهد» من باید تسلیم این اشتیاق خود بشوم».

باید توجه داشت که افکار افراد پیرامون موضوعات و مسایل از جمله سوء مصرف مواد دارای چندین سطح هستند که هر کدام از این سطوح بر روی سایر سطوح تاثیر می گذارند. مثلاً این که احمد از دست صاحب

^۱ -addictive beliefs

^۲ -predispositional characteristics

^۳ -Ball

^۴ -dysfunctional thoughts

کارش به دلیل اخراجش از کار عصبانی است و مرتب افکار منفی و مزاحم به ذهنش هجوم می‌آورند که از صاحب کارش انتقام بگیرد (اولین سطح افکار به نام افکار^۱ و خودآیند).

این که «اگر من نتوانم بر سر کار خود برگردم، ارزش ندارم و زخم حق دارد که ترکم کند» (سطح باورهای شرطی). من از کودکی همیشه ادم بی‌عرضه‌ای بودم که هیچ کس حاضر نبوده است، حتی یک ماه با من سرکند (سطح باورهای بنیادین). در مثال بالا، با توجه به موقعیت پیش آمده (اخراج از کار)، افکار خودآیند و مزاحم احمد در خصوص صاحب کارش فعال می‌شوند و به صورت تکراری به ذهنش هجوم می‌آورند. سپس باورهای شرطی احمد فعال می‌شوند که من در صورتی ارزش دارم که همسرم برگردد که من هم سرکارم برگردم. در نهایت نیز باورهای بنیادین احمد که مربوط به دوران کودکی و تجربه‌های این دوره هستند فعال می‌شوند و به شدت وی را درگیر خود می‌سازند. بنابراین احمد احساس افسردگی شدید می‌کند و چون درمانده شده و قبلاً نیز از دوستش شنیده است که مصرف داروهای روان‌گردان موجب فراموشی می‌شوند، به فکر استفاده از مواد می‌افتد.

تحریف‌های شناختی^۲: یکی دیگر از مفاهیم عمده در نظریه شناختی مبحث «تحریف‌های شناختی» است. در واقع، تحریف‌های شناختی همان خطاهای فکری هستند که افراد در هنگام پردازش اطلاعات شناختی و هیجانی مرتکب آن می‌شوند. بک و همکاران (۱۹۷۹) معتقدند که انسان‌ها در هنگام مواجه با رویدادها و موقعیت‌های ویژه به جای این که اطلاعات را بر اساس واقعیت‌های موجود پردازش نمایند، دست به تحریف این واقعیت‌ها می‌زنند. این تحریف‌های شناختی که عامل اصلی ایجاد ناراحتی‌ها و مشکلات روانی از جمله سوء مصرف مواد هستند از سوی بک و برخی دیگر از شناخت درمانگران مشهور مانند برنز (۱۹۸۹) و لی‌هی^۳ (۲۰۰۳) شناسایی شده‌اند. از جمله تحریف‌های شناختی، می‌توان استنباط دل‌خواهی، تعمیم افراطی، قانون همه یا هیچ، ذهن خوانی کردن، بایداندیشی، دو قطبی کردن مسایل و شخصی سازی امور را نام برد (نقل از لی‌هی، ۱۳۸۸).

در نظریه‌ی بک عوامل زمینه‌ساز اغلب به شدت با باورهای بنیادین و یا طرح‌واره‌های مرکزی پیوند دارند. این عوامل زمینه‌ساز و طرح‌واره‌ها با همدیگر باورهای اعتیادی را در بسیاری از موقعیت‌ها پرخطر تحریک می‌کنند. از جمله باورهای بنیادین می‌توان به احساس فرد نسبت به خودش (درمانده ناقص، حقیر،

^۱ -automatic thoughts

^۲ -cognitive distortions

^۳ -Lehey

ضعیف و بی‌مصرف) و یا احساس فرد در ارتباط با دیگران (دوست داشتنی نبودن، غیرقابل پذیرش بودن) اشاره کرد. از سوی دیگر، عوامل زمینه‌ساز بر مفاهیم عدم تنظیم هیجان و تکانشی بودن تمرکز دارند:

۱- حساسیت به خلق آزار دهنده و یا تغییر خلق (عدم تنظیم هیجان)،

۲- انگیزه‌ی پایین برای کنترل رفتار (تکانشی بودن)،

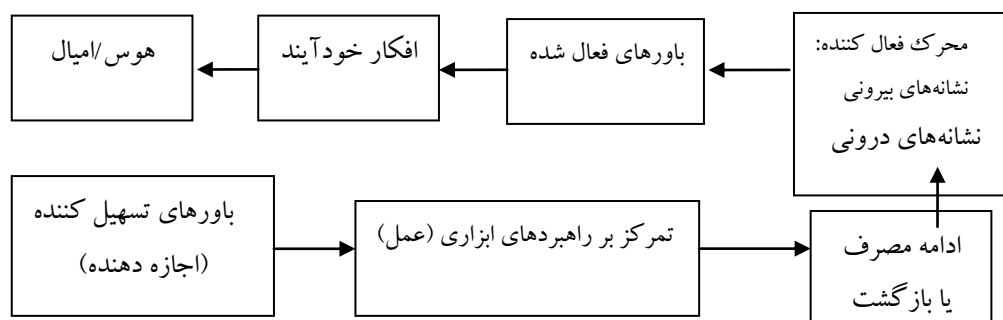
۳- مهارت‌های ضعیف برای کنترل رفتار،

۴- پیروی خودآیند و غیرانعکاسی از تکانه‌ها، جستجوی احساس و عدم تحمل خستگی،

۵- چشم‌انداز محدود درباره آینده،

۶- تحمل پایین برای ناکامی (بال، ۲۰۰۷).

شکل ۲-۱ - الگوی کامل سوء مصرف مواد (بک و همکاران، ۱۹۹۳: ۴۴)



در شکل (۲-۱) الگوی مصرف مواد مطابق دیدگاه بک و همکاران (۱۹۹۳) نشان داده است.

باورهای مرکزی و طرح‌واره‌ها: طرح‌واره‌ها یا همان باورهای مرکزی به عنوان عمیق‌ترین سطح باورها، به خوبی در الگوی طرح‌واره محور سوء مصرف مواد بر اساس الگوی یانگ، کلاسکو و وایشار^۱ (۲۰۰۳) طرح‌ریزی شده است. نکته مهم پیرامون الگوی طرح‌واره محور این است که در این الگو بر خلاف الگوهای سنتی شناختی که عمده تاکید خود را بر «کنون و این جا»^۲ قرار می‌دهند، بخش مهمی از مشکلات و اختلالات روان‌شناختی را به تجربه‌های ناگوار دوران کودکی نسبت می‌دهد.

مفهوم طرح‌واره‌ها را می‌توان در حیطه‌های مختلف روان‌شناسی مانند روان‌شناسی شناختی، رشد شناختی، روان‌شناسی خود و نظریه دلبستگی جستجو کرد. هر چند تعریف طرح‌واره‌ها در هر یک از این حیطه‌ها دارای نقاط مشترکی است، لیکن تعریف از این جهت که طرح‌واره‌ها ساختارهای شناختی «قابل دسترس» یا «غیر قابل دسترس» هستند، با یکدیگر تفاوت دارند. در عوض، اغلب این تعریف‌ها این موضوع را می‌پذیرند که

^۱ -Young, Klosko & Weishaar

^۲ -now and here

طرح‌واره‌های شناختی، شناخت‌واره‌های کلی و فراگیری هستند که در مقابل تغییر مقاومند و تاثیر بسیار زیادی بر فکر و عاطفه دارند. (ریز و مک‌براید، ۲۰۰۷).

دست کم سه نوع باور مرتبط با اعتیاد وجود دارد: انتظاری، متمرکز بر تسکین و تسهیل کننده یا اجازه دهنده. همان گونه که گفته شد، باور انتظاری شامل انتظار پاداش است: «نظیر مهمانی امشب عالی خواهد بود.» «من نمی‌توانم منتظر این باشم که بروم...». باور متمرکز بر تسکین، باورهایی هستند که فرض می‌کند مصرف دارو یک حالت ناراحت کننده را از میان برخواهد داشت. برای مثال، «من نمی‌توانم ترک را تحمل نمایم. من نیاز به مصرف دارو دارم». باورهای تسهیل کننده یا اجازه دهنده، باورهایی هستند که مصرف دارو را علی‌رغم پی‌آمدهای بالقوه آن‌ها قابل قبول در نظر می‌گیرند، به عنوان مثال، «تنها افراد ضعیف با دارو مشکل دارند»، «آن در مورد من صدق نمی‌کند». همچنین، باورهای اجازه دهنده وجه اشتراک زیادی با آن چه دارند که عموماً به عنوان «دلیل تراشی‌ها» شناخته شده‌اند. بیماران، افکاری دارند که به نظر می‌رسد مصرف داروی آن‌ها را توجیه می‌نماید، نظیر «من مجبورم که کوکابین مصرف کنم و اگر مصرف نکنم قادر نخواهم بود روی کارم تمرکز کنم». چنین تفکری نوعی خود اغفالی است.

بک، فریمن و دیویس (۲۰۰۴) در کتاب «شناخت درمانی اختلالات شخصیت» از طرح‌واره‌های ناسازگار یا ناکارآمد به عنوان باورهای پایدار، غیرمشروط و منفی درباره خود و دیگران و جهان یاد می‌کنند که تجربه‌ها و رفتارهای فرد را سامان می‌بخشند. این طرح‌واره‌ها موضوعات گسترده و فراگیری هستند که در اوایل زندگی و به واسطه‌ی تعامل دو جریان مختلف ناشی از تاثیرات بیولوژیکی ناشی از سرشت^۱ و شیوه‌های فرزندپروری^۲- شکل می‌گیرند. (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). از آن جایی که تجربه‌ی افکار، احساسات و تکانه‌های مربوط به طرح‌واره‌ها، راهبردهای رفتاری را به وجود می‌آورند. این واکنش‌های رفتاری، بین فردی، عاطفی و شناختی پایدار که از قبل آموخته شده و ناهشیار هستند، سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار نام دارند. نکته‌ی مهم این است که هر چند ممکن است این رفتارها به صورت موثری عاطفه‌ی منفی مربوط به فعال شدن طرح‌واره را کاهش دهند، اما این رفتارها کاملاً جنبه‌ی خودشکن^۳ دارند و مانع ارضای نیازهای اساسی و ایجاد تغییر می‌شوند (بال، ۲۰۰۷). با توجه به ویژگی‌های اختلال سوء مصرف مواد و طرح‌واره‌های ناکارآمد و ناسازگار افراد سوء

^۱ -temperament

^۲ -parenting practices

^۳ -self-defeating

مصرف کننده مواد، بال با همکاری یانگ در سال ۲۰۰۰ الگوی طرحواره درمانی دو وجهی^۱ را معرفی کردند. در این الگو، فعالیت طرحواره و اجتناب ناسازگارانه به عنوان عوامل تحریک کننده خطر مداوم عود در افراد دارای مشکلات شخصیتی عمده^۲ قلمداد می شود. در واقع، الگو این گونه فرض می کند که مصرف مواد به عنوان یک جلوه‌ی رفتاری^۳، مستقیم ناشی از فعالیت طرحواره‌های حیطه‌ی محدودیت مختل^۴ (استحقاق^۵، خویش‌داری نابسند^۶) به وجود می آید. یا هنگامی که طرحواره‌های حیطه‌ی دیگر جهت‌مندی (پیروزی^۷، جلب توجه و تاییدطلبی^۸) در یک رابطه‌ی سوء مصرف مواد و یک رابطه‌ی ناکارآمد دیگر تحریک می شوند، رفتار سوء مصرف مواد بروز پیدا می کند. (بال، ۲۰۰۷).

۲-۲-۱-۲- بازگشت

باید در نظر داشت که ارزیابی میزان موفقیت در درمان سوء مصرف مواد با میزان موفقیت درمان سلاير اختلالات روان شناختی متفاوت است و قطعاً تابع قانون همه یا هیچ نیست، و بسیاری مواقع گفته می شود که حتی اندکی کاهش در میزان مصرف، به تاخیر انداختن یا عدم مصرف در یک وعده، تغییر الگوی مصرف نیز به نوبه‌ی خود، نوعی موفقیت درمانی به حساب می آیند. با این حال، نتایج پژوهش‌های تجربی و بلندمدت نشان می دهد که میزان موفقیت در سوء مصرف مواد بسیار پایین و بسیاری از مواقع با عود و شکس‌های پی در پی همراه است (مک‌لن و همکاران، ۲۰۰۵). این موضوع به نوبه‌ی خود می تواند منجر به یاس و ناامیدی در متخصصان و متوالیان حوزه درمان سوء مصرف مواد معطوف شده است (گلدمن و همکاران، ۲۰۱۱). در واقع، باور اصلی این است که فرد دفعتاً دچار عود نمی شود. بلکه ولع مصرف ممکن است منجر به لغزش یا لغزش - های متوالی گردد، و در نهایت منجر به شکست درمان و عود فرد گردد (بک و همکاران، ۱۹۹۳).

^۱ -dual- focuse schema therapy

^۲ -significant personality problems

^۳ -behavioral expression

^۴ -impaired limits schema

^۵ -entitlement

^۶ -insufficient self-control

^۷ -subjugation

^۸ -approval seeking

در واقع، ولع نسبت به مصرف مواد و به دنبال آن شکست وعود از جمله چالش‌های جدی هستند که هم افراد دارای سوء مصرف مواد را و هم متخصصان درمانی را با مشکل مواجه ساخته‌اند. به همین دلیل، متخصصان و پژوهش‌گران حوزه‌ی درمان سوء مصرف مواد به دنبال آن هستند که با شناخت دقیق‌تر ابعاد سوء مصرف مواد، شیوه‌ها و تکنیک‌های جدیدتری را به کار گیرند. درمان‌های مبتنی بر بیوفیدبک و نوروفیدبک از جمله این شیوه‌ها هستند که با تلفیق جنبه‌های روان‌شناختی-زیست‌شناختی امکان درمان سوء مصرف مواد و سایر اختلالات روان‌شناختی را فراهم ساخته‌اند (ریموند و همکاران، ۲۰۰۵).

به نظر می‌رسد ولع مصرف در پدیده بازگشت پس از درمان، حفظ موقعیت مصرف، و وابستگی به مواد نقش مهمی دارد. در فرایند درمان افراد سوء مصرف کننده مواد، پس از رسیدن به موقعیت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات ماده روان گردان دیده می‌شود. بنابراین تشخیص و درمان این پدیده بالینی به عنوان یکی از عوامل شکست درمان دارای اهمیت است (آبرامز، ۲۰۰۰). ولع مصرف مواد که تا کنون تعاریف گوناگونی از آن ارائه شده، یکی از مهم‌ترین زیرساخت‌های اساسی سوء مصرف مواد است. ولع، تمایل به مصرف دارو و میل مصرانه یا تحریک درونی برای عملی کردن ولع است. از این رو، ولع با خواستن همراه است و میل با انجام دادن (بک و همکاران، ۱۹۹۳). برخی از پژوهش‌گران به دلیل مبهم بودن واژه ولع از واژه میل استفاده می‌کنند. اما به طور کلی این دو از هم جدا نیستند و بسیاری مواقع به جای یکدیگر به کار می‌روند. ولع به لحاظ نظری و تجربی در تداوم مصرف دارو نقش به سزایی ایفا می‌کند (تیفانی^۱، ۱۹۹۵). به همین دلیل، یکی از اساسی‌ترین اهداف درمان به خصوص درمان‌های دارویی، مدیریت ولع است (کامینر و مارش، ۲۰۱۱).

یکی از نظریه‌های مهم ولع مصرف، الگوی حساسیت مشوق است که به الگوی سازگاری عصبی نیز شهرت دارد. مطابق این الگو، ولع به درگیری مدار عصبی، زیر لایه عصبی و سیستم‌های پاداش مغز نسبت داده می‌شود. در واقع، مکانیزم‌های پایه ولع، به علت حساسیت بالای انتقال دهنده عصبی دوپامین است که منجر به افزایش برجستگی مشوقی داروها می‌شود (رابینسون و بریج^۲، ۱۹۹۳). به نظر می‌رسد، که عوامل زیستی، روان

^۱-Tiffani

^۲-Robinson & Berridge

شناختی و محیطی در بروز ولع نقش دارند. به عنوان مثال، در مطالعات مختلف مشخص شده است که برخی از ویژگی‌های شخصیتی و یا نشانه‌های محیطی در بروز ولع مصرف موثرند. همچنین در برخی از مطالعات آزمایشی دقیق نیز آشکار شده است که مناطق زیادی از مغز درگیر ولع هستند، بنابراین می‌توان ولع مصرف مواد را به مکانیزم‌های مغزی ارتباط داد (اختیاری و همکاران، ۱۳۸۷).

در عین حال، هورواث (۱۹۸۸) پدیده‌های ولع و میل را از یکدیگر تفکیک کرده است و براین باور است که ولع یک احساس ذهنی (مثلاً برانگیختگی جسمانی، برانگیختگی عاطفی، نیاز و میل) خواستن برای دست یابی به حالتی روان شناختی است که به وسیله داروها ایجاد می‌شود. برعکس، میل تکانه‌ای رفتاری برای جست و جو و مصرف داروها، می‌باشد. اگر چه این تمایزها از لحاظ نظری مفید می‌باشند، ولی در این پژوهش، اصطلاحات ولع و امیال به جای یکدیگر به کار رفته‌اند.

انواع ولع

به طور کلی می‌توان چهار نوع ولع را نام برد که هر کدام ویژگی‌های خاص خود را دارند که به صورت خلاصه معرفی می‌شوند.

۱) پاسخ به علام ترک: مصرف کنندگان قهار داروهایی نظیر کوکائین و هرویین، با مصرف دارو غالباً احساس ارضای زوال‌پذیر را تجربه می‌کنند، ولی با توقف مصرف داروها، احساس ناراحتی درونی آن‌ها افزایش می‌یابد. در چنین مواردی، ولع شکل نیاز به احساس دوباره خوب شدن را به خود می‌گیرد. این موضوع، به خصوص در مورد مصرف کنندگان هرویین که در طول دوره ترک، علایم شدیدی شبیه سرماخوردگی را تجربه می‌کنند و در مورد مصرف کنندگان کوکائین که در طول دوره ترک شدیداً افسرده می‌شوند، صادق است. درمان‌گرایی که بیمارانی را درمان می‌کنند که این نوع ولع را تجربه می‌کنند، باید نسبت به احساس درد و رنج بیمار که ناشی از ترک است، همدلی نمایند. مطلع کردن بیماران از موقتی بودن ناراحتی فعلی آن، امری مهم است اگر چه در موارد شدید، ممکن است نظارت طلبی ضرورت یابد).

۲) پاسخ به فقدان لذت: کوشش‌های بیماران برای بهبود خلق خود به سریع‌ترین و شدیدترین وجه ممکن نوعی دیگر از ولع است. این پدیده، هنگامی احتمال بیشتری دارد اتفاق بیفتد که بیماران بی‌حوصله‌اند، در پیدا کردن وسایل مقبول اجتماعی لذت بردن، فاقد مهارت‌اند و به منظور دور ساختن افکار و احساسات ناخوش آیند می‌خواهند خود درمانی نمایند (کاستاندا و همکاران، ۱۹۸۹). در این موارد، درمانگران باید آگاه باشند که جلسات

درمان ممکن است، به خودی خود، برای بیمارانی که ممکن است به منظور فراموش کردن معضلات خود، ولعی را برای داروها تجربه می‌کنند به اندازه کافی پریشان کننده باشد. بنابراین، به درمانگران توصیه می‌شود در پایان جلسات به ویژه جلسات استرس‌زا (یعنی، بارور و مهم) -عواطف و درجه ولع را ارزیابی کنند.

۳) پاسخ شرطی به نشانه‌های دارو: این نوع ولع هیچ خلق افسرده، عامل فشار یا میل غیر لذت بخشی را از طرف بیمار لازم ندارد و بیمارانی که داروها را سوء مصرف کرده‌اند، یاد گرفته‌اند تا بسیاری از محرک‌های خنثی (یک گوشه خاص خیابان، یک فرد خاص، یک شماره تلفن، یک وقت خاص روز و غیره) را با هوس‌های شدید -حتی در غیاب عوامل استرس‌زا- تداعی نمایند.

۴) پاسخ به تمایلات لذت بخش: گاهی اوقات هنگامی که بیماران می‌خواهند تجربه مثبتی را گسترش دهند، شروع ولع‌های دارویی را تجربه می‌کنند. برای مثال، بعضی از بیماران عادت کرده‌اند که داروها و نزدیکی -جنسی را با هم ترکیب کنند تا تجربه جنسی افزایش یابد. برای مثال، داروها را به عنوان راهی برای لذت بخش تر و خود به خودی تر شدن تعاملات اجتماعی، جست و جو می‌کنند. اوج لذتی که با این کارها به دست می‌آید مشکل است که با یک زندگی خالی از داروها (در کوتاه مدت) مطابقت داشته باشد. بنابراین، مبارزه با این نوع از ولع‌ها در درمان دشوار است. هنگامی که مصرف داروی بیماران به حدی رسید که مشکلات زندگی آن‌ها بر لحظات مجزای نشئه ایجاد شده با دارو، غلبه یافت، درمانگران بیشترین اثربخشی را خواهند داشت (بک و همکاران، ۱۹۹۳).

مقابله با ولع‌ها

تعدادی فنون وجود دارد که می‌توان به بیماران کمک کرد تا ولع‌های انگیزنده شده خود را کاهش دهند، از جمله برخی از مهم‌ترین آن‌ها به شرح زیرند:

-پرت کردن حواس

-کارت‌های یادآورنده

-تجسم

-پاسخ دادن منطقی به افکار خودآیند مرتبط با میل

-برنامه ریزی فعالیت

-آموزش آرامش عضلانی (بک و همکاران، ۱۹۹۳).

۲-۳-۱ درمان مبتنی بر امید

۲-۳-۱-۱- مقدمه و سیر تاریخی گروه درمانی^۱

انسان موجودی اجتماعی است و اعمال و رفتارهای او متأثر از آداب و رسوم و قوانین اجتماعی است. به نظر آدلر، علاقه اجتماعی در انسان امری ذاتی است. انسان از بدو تولد در شبکه‌ای از روابط پیچیده متقابل قرار می‌گیرد و شکل‌گیری شخصیت او بر اثر همین ارتباطات متقابل است. از این رو با گروه بودن و در گروه زیستن برای انسان، امری اجتناب ناپذیر است. زندگی گروهی بر فرد احساس تعلق، امنیت و ارزشمندی می‌دهد (شفیع آبادی، ۱۳۸۲).

اغلب گفته می‌شود که گروه درمانی با کار پرات^۲ پزشک آمریکایی شروع شده است که بیماران مبتلا به سل ریوی را با «روش کلامی» درمان می‌نمود، اما کلاس‌های وی محدود به حمایت و آموزشی بود (پرات، ۱۹۰۸؛ به نقل از گلدر و همکاران^۳، ۱۳۸۲).

پیشروان آشکارتر گروه درمانی، مورنو^۴ و بارو^۵ (۱۹۲۷) بودند. مورنو در اوایل دهه ۱۹۰۰ برخی روش‌های گروهی را در وین ابداع کرد و در سال ۱۹۲۵ نمایش روانی را به آمریکا معرفی کرد.

وی همچنین از اصطلاح گروه درمانی استفاده نمود. بارو نیز، روانکاوی بود که برای توصیف روش‌هایش از اصطلاح تحلیل گروهی استفاده می‌کرد (گلدر و همکاران، ۱۳۸۲). ریشه‌های عمده گروه درمانی به جنگ جهانی دوم بر می‌گردد. این شیوه درمان در پاسخ به کمبود پرسنل آموزش دیده برای ارائه درمان فردی پدید آمد. در ابتدا، درمانگر نقش سنتی درمانی را به عهده می‌گرفت و عمدتاً با گروه‌های کوچکی از مراجعان که مشکل مشترکی داشتند، کار می‌کرد. با گذشت زمان، متخصصان دریافتند که موقعیت گروه فرصت‌هایی درمانی منحصر به فردی را فراهم می‌آورد. تبادلهای صورت گرفته میان اعضای یک گروه درمانی به عنوان وسیله‌ای مؤثر در ایجاد تغییر و تحول در نظر گرفته شده است (کوری و کوری^۶، ۱۳۸۲). به عنوان مثال،

1 -Group therapy

2 - Pratt, j.

3 -Golder, M.

4 -Moreno, j.L.

5- Burrow, T

6 -corey, M.S & corey, G.

روانپزشکی به نام جونز^۱ در بریتانیا در درمان نوروز جنگ^۲ در دهه ۱۹۴۰ (جنگ جهانی دوم) متوجه شد که درمان چنین افرادی در گروه‌ها کاملاً مؤثر است (فری، ۱۳۸۲).

۲-۱-۳-۲- تعریف گروه درمانی:

انجمن متخصصان کار گروه (ASGW) تعریفی مبسوط از کار گروه را به صورت زیر ارائه می‌کند: نوعی رویه حرفه‌ای که به ارائه کمک یا انجام تکالیفی در موقعیت گروه مربوط می‌شود. این حرفه مستلزم کاربرد نظریه‌ها و فرآیندهای گروه توسط یک متخصص توانا و مستعد روی یک مجموعه به هم وابسته از افراد است که ممکن است از نظر ماهیت، فردی، بین فردی یا تکلیف مدار باشد (ASGW^۳، ۱۹۹۱؛ به نقل از کوری و کوری، ۱۳۸۲).

گروه‌ها با توجه به اهداف، فنون مورد استفاده، نقش رهبر، شرایط آموزش و نوع افراد شرکت کننده با هم متفاوتند. ASGW (۱۹۹۳) به نقل از کوری و کوری (۱۳۸۲)، تعاریف تخصص‌های خاص گروه را به شرح زیر مطرح کرده است:

۱- گروه‌های تکلیف - کار:

تاکید اصلی این گروه‌ها بر کاربرد اصول و فرآیندهای پویایی گروه به منظور بهبود شیوه‌های کار و تسریع در تحقق اهداف کاری مشخص شده است.

۲- گروه‌های راهنمایی / روانی آموزشی:

هدف این گروه‌ها پیشگیری از مجموعه آشفتگی‌های تحصیلی و اختلالات روانی است.

متخصص گروه‌های راهنمایی / روانی آموزشی سعی می‌کند به آن دسته از اعضای گروه که از کارکرد نسبتاً خوبی برخوردارند، ولی در برخی زمینه‌ها آگاهی اندک دارند، آموزش دهد.

۳- گروه‌های مشاوره - حل مسأله بین فردی:

فردی که در مشاوره - حل مسأله بین فردی تخصص دارد، سعی می‌کند به شرکت کنندگان در گروه کمک کنند تا از طریق حل مسأله و حمایت بین فردی مشکلات عادی ولی سخت زندگی را حل کنند. هدف

1- Jones,M

2- War neurosis

3-Association for specialists in Group work

دیگر نیز عبارت است از کمک به شرکت کنندگان برای رشد توانایی‌های حل مسأله بین فردی فعلی بر طوری که بتواند به نحو بهتری با مشکلات آتی که ماهیت یکسانی دارند، کنار بیایند.

۴- گروه‌های روان درمانی / بازسازی شخصیت :

حوزه فعالیت این گروه‌ها متمرکز بر افراد مبتلا به اختلالات هیجانی یا روانی حاد یا مزمنی است که نشانه‌هایی نظیر اضطراب آشکار، کاستی در کارکرد یا هردو را نشان می‌دهند. از آنجا که عمق و شدت اختلالات روانی اهمیت زیادی دارد، هدف کمک کردن به افراد در بازسازی ابعاد اصلی شخصیت است. اصطلاح گروه درمانی عمدتاً برای اشاره به گروه‌های نوع ۲ و ۳ به کار می‌رود.

کاپلان و سادوک (۱۳۸۲) نیز این تعریف را از روان درمانی گروهی ارائه داده‌اند: روان درمانی گروهی، درمانی است که در آن افراد دارای ناراحتی‌های هیجانی که به دقت انتخاب شده‌اند، در گروهی تحت هدایت درمانگری آموزش دیده شرکت می‌کنند و برای اصلاح شخصیت خود به یکدیگر کمک می‌کند. رهبر گروه با استفاده از انواع و اقسام تکنیک‌های فنی و مفاهیم نظری، تعامل اعضای گروه را در جهت مناسب هدایت می‌کند که به اصلاح مراجع بیانجامد.

اتکینسون^۱ (۱۳۸۰) معتقد است با کمک روان درمانی گروهی، درمانجو می‌تواند مشکلات خود را در حضور دیگران حل کند و ببیند که دیگران در برابر رفتارشان چگونه واکنش نشان می‌دهند و هنگامی که روش‌های پاسخ دهی قدیمی وی رضایت بخش نیست، روش‌های تازه‌ای را به کار گیرد.

۲-۳-۱-۳- عوامل درمانی در گروه درمانی

درمان‌های گروهی در عوامل مشترک بین تمام انواع درمان‌های روانشناختی مانند گوش دادن فعال، حرف زدن، تخلیه هیجانی، دادن اطلاعات، ارائه دلیل منطقی، بازسازی روحیه و تلقین سهیم هستند (به نقل از مسعودی، ۱۳۸۶؛ گلدر و همکاران، ۱۳۸۲).

در درمان گروهی عوامل دیگری جدا از درمان‌های انفرادی وجود دارند که سبب مزیت بخشی به درمان گروهی می‌شوند. این عوامل که در ادامه آمده‌اند، در همه درمان‌های گروهی مشترکند.

1 - Atkinson, R.L.

یالوم^۱ (۲۰۰۵) عوامل درمان بخشی زیر را برای گروه درمانی عنوان می‌دارد:

۱- القاء امید^۲:

القاء امید در هر روان درمانی‌ای لازم و ضروری است. امید، نه تنها برای نگه داشتن مراجع در درمان لازم است، بر دیگر عوامل درمانی نیز اثر گذار می‌باشد. مشاهده پیشرفت سایر اعضا این امید را در هر عضو ایجاد می‌کند که گروه می‌تواند مؤثر باشد، همچنین باعث می‌شود که هر عضو نسبت به پیشرفت خود خوش بین و امیدوار شود.

۲- عمومیت^۳:

بسیاری از مراجعان قبل از ورود به درمان احساس می‌کنند که مشکلات آنها منحصر به فرد است، اما پس از شنیدن افشاسازی‌های سایر اعضا در گروه به این نتیجه می‌رسند که بقیه نیز مشکلات و احساسات مشابه آنها دارند و این موضوع تا حدی باعث تسکین می‌شود.

۳- تبادل اطلاعات^۴:

اکثر اعضا در خاتمه گروه درمانی، نکات بسیاری راجع به کارکرد روانی، معنی نشانه‌ها، پویایی‌های بین فردی و گروهی و فرآیند روان درمانی فرا می‌گیرند. علاوه بر آن توصیه‌های سایر اعضای و تجربیاتشان نیز جزء اطلاعاتی است که در گروه رد و بدل می‌شود.

۴- نوع دوستی^۵:

اعضای در گروه درمانی، نه تنها از دریافت کمک، بلکه از کمک کردن به عنوان بخشی از توالی زنجیره‌ای دهنده - گیرنده بهره می‌برند. این باعث می‌شود که دیدگاه مثبتی نسبت به خود پیدا کرده و احساس ارزشمندی کنند.

۵- تجربه اصلاحی خانواده اولیه^۶:

گروه درمانی از بسیاری جنبه‌ها شبیه خانواده است: منابع قدرت مشابه والدین، اعضای همسال مشابه همشیره‌ها، روابط عمیق بین فردی، عواطف عمیق و همچنین احساس رقابت و خصومت. هر عضو در گروه

1- Yalom, I.D

2- Instillation of hope

3- Universality

4- Imparting information

5- Altruism

6- Corrective Recapitulation of primary Family Group

این فرصت را بدست می‌آورد که روش برخورد با برخی مشکلات و درگیری‌های خانوادگی خود را به کمک سایر اعضای گروه به شیوه صحیح، دوباره اجرا کرده و از این طریق به روش‌های مقابله‌ای سازگارانه دست یابد.

۶- رشد فنون اجتماعی شدن^۱:

گروه برای اعضای خود محیطی را فراهم می‌آورد تا بتوانند با روش مناسب تری تعامل برقرار سازند. پاسخ دهنده بودن، فایده رساندن به دیگران، یادگیری شیوه‌های حل تعارض، افزایش توان همدلی و رفتار غیر قضاوتی از جمله مهارت‌های آموخته شده در گروه است که در تعاملات اجتماعی آینده مراجعان نیز کاربرد دارد.

۷- تخلیه هیجانی^۲:

اعضا در گروه می‌توانند احساساتشان را نسبت به گذشته و یا تجارب اینجا و اکنون، آزاد و رها سازند. این آزادسازی باعث ایجاد احساس بهتری در اعضا می‌شود.

۸- رفتار تقلیدی^۳:

اعضای گروه از طریق مشاهده تجارب یادگیری دیگران می‌توانند از رفتارهای مفیدتر الگوبرداری کنند. ۹- یادگیری بین فردی^۴:

گروه در واقع یک دنیای اجتماعی کوچک است و اعضای از طریق تعامل با دیگران می‌توانند روابط بین فردی را یاد گرفته و به یک درک شخصی برسند.

۱۰- عوامل وجودی^۵:

هر یک از اعضا در گروه می‌پذیرد که باید مسئول زندگی خودشان باشند.

۱۱- چسبندگی^۶:

چسبندگی در گروه، مشابه رابطه در درمان فردی است با این تفاوت که تعداد بیشتر افراد در گروه درمانی، اهمیت این عامل را بیشتر می‌کند. احساس تعلق داشتن، پذیرش و تأیید در توالی تحولی اعضا اهمیت

1-Development of socializing Techniques

2- Catharsis

3- Imitative Behavior

4- Interpersonal Learning

5- Existential factors

6- Cohesiveness

بسیار دارد. در این شرایط، اعضا تمایل بیشتری به کشف و ابراز خود و ارتباط عمیق با دیگران از خود نشان می‌دهند.

این عوامل در عمل منفک از هم نیستند و هیچکدام به تنهایی عمل نمی‌کنند اگرچه هریک از این عوامل را در هر گروه درمانی می‌توان یافت، اما تداخل آنها از گروهی به گروه دیگر بسیار متفاوت است. کاپلان و سادوک (۱۳۸۲) نیز بیست عامل درمانی مهم که در فرآیند اصلاح از طریق روان درمانی گروهی دخیل هستند را به شرح زیر عنوان می‌دارند:

تخلیه هیجانی^۱: احساس مقبولیت^۲، نوع دوستی، پالایش^۳، تعلق، تأیید همگانی^۴، سرایت^۵، تجربه خانوادگی اصلاح گر، همدلی^۶، همانندسازی^۷، تقلید، بصیرت^۸، الهام بخشی^۹، تعامل^{۱۰}، تفسیر^{۱۱}، یادگیری، واقعیت سنجی^{۱۲}، انتقال^{۱۳}، همگون پنداری، برون ریزی^{۱۴}.

۲-۳-۱-۴- مقایسه روان درمانی به شیوه گروهی و فردی :

دو مزیت اصلی روان درمانی به شیوه گروهی بر درمان‌های فردی عبارتست از:

- ۱- امکان دریافت بازخورد فوری از اعضای گروه
- ۲- امکان مشاهده واکنش‌های روانی، هیجانی و رفتاری بیمار به افراد مختلف، هم برای خود بیمار وهم برای درمانگر وی (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲).
- واکر و همکاران (۱۹۸۱)، معتقدند که دلایل بسیاری در مورد اینکه چرا گروه درمانی میتواند به عنوان یک درمان با ارزش تلقی شود، وجود دارد.

آشکارترین دلیل آن می‌تواند موثر بودن آن باشد، که در مقایسه با درمان انفرادی مقرون به صرفه و میزان تأثیر آن نیز به اندازه درمان انفرادی است. ارزش دیگر گروه درمانی در دسترس بودن آن و امکان

1- Abreaction
2- Acceptance
3- Consensual validation
4- Consensual validation
5- Contagion
6- Empathy
7- Identification
8- Insight
9- Inspiration
10- Interaction
11- Interpretation
12- Reality Testing
13- Transference
14- Ventilation

استفاده از مدل‌های وسیع و گوناگون برای بیماران می‌باشد که می‌توانند از آن، برای رشد و تکامل رفتارهای اجتماعی مناسب خود تقلید کنند. از آنجایی که رفتار اجتماعی تا حدودی از طریق تقلید آموخته می‌شود، گروه از این که می‌تواند از طریق مدل‌هایی که وجود دارند رفتارهای مناسب اجتماعی را به تصویر بکشد اهمیت می‌یابد. درمانگر گروهی سپس رفتارهایی را که در مورد هر بیمار می‌تواند مناسب باشد تشویق و سازماندهی می‌کند (واکر و همکاران، ۱۹۸۱؛ به نقل از وکیلان، ۱۳۸۶).

۲-۳-۲ امید

۲-۳-۲-۱ امید از دیدگاه‌های مختلف

امید مفهومی چند بعدی بوده و ابعاد آن را می‌توان با بازنگری این واژه از نظر علم واژه‌شناسی، روان‌شناسی، الهیات، فلسفه و جامعه‌شناسی کشف نمود. امید از ریشه لاتین spear به معنای امید داشتن گرفته شده و به صورت اسم و فعل بکار می‌رود. وقتی امید به صورت اسم باشد، معانی احساس فرد به یک امر واقع شدنی، امری که امید به آن معطوف است، عاملی که امید به آن وابسته است و منتظر چیزی بودن را می‌رساند. وقتی به صورت فعل باشد، طبق لغت‌نامه وبستر^۱ به عنوان اعتماد، توکل، چشم داشت همراه با انتظار یا اعتقاد به وقوع یک امر معنی می‌شود (استفنسون^۲، ۱۹۹۱).

امید، بخش اساسی تکامل انسان است. در تئوری روان‌شناسی اریکسون^۳، امید، در اولین مرحله تکاملی انسان به عنوان نتیجه اعتماد در برابر عدم اعتماد مطرح می‌شود. تشکیل امید و انتظار در دوران شیرخواری بنیان نهاده می‌شود و براساس اولین تجارب اعتماد و امنیت، شکل می‌گیرد. کیفیت تجارب اولیه منجر به ایجاد بعدی امید و یاس می‌شود (کرین^۴، ۱۳۸۲).

فروم^۵ معتقد است، امید آمادگی برای لحظات واقع نشده است. امید نسبت به چیزی که وجود ندارد و یا نمی‌تواند وجود داشته باشد، هرگز پدید نمی‌آید. افراد امیدوار افرادی قوی تر بوده و برای کمک رسانی آماده‌اند و تمام علایم حیات را نشان می‌دهند، حیاتی که مملو از تولد و وقوع است (کلتون^۶ و همکاران، ۱۹۸۵).

1- Webster
2- Stephenson.C
3- Erikson, E
4- crain, w.C
5- from,E
6- celton, F.j

امید تجربه انسانی پیچیده ایست که باعث رهایی از رنج و معنادار شدن لحظات باقیمانده بیماران رو به مرگ می‌شود. یکی از ویژگی‌های آدمی این است که با اتکا به امید و آینده زندگی می‌کند. فردی که به آینده امید ندارد، محکوم به فناست. با از بین رفتن امید، اتکای درونی مان نیز ازدست رفته و سبب سقوط و پوسیدگی روحی و جمعی می‌شود (فرانکل^۱، ۱۳۷۷).

رلایف (۱۹۹۲) به نقل از استاتلند^۲ می‌گوید: امید انتظار دستیابی به هدف است که توسط میزان اهمیت هدف و احتمال دستیابی به آن تعدیل می‌شود. هرچه انتظار بیشتر باشد، محرک فرد برای تلاش بیشتر است. در واقع امید در ارتباط با انگیزش است.

امید رفتار شناختی آگاهانه‌ای است که به فرد انرژی داده و منجر به عمل برای دستیابی به هدف شده و بحران‌ها را به فرصتی برای رشد تبدیل کرده و سبب تحریک سیستم انگیزشی فرد می‌شود. کوبلر راس^۳ مشاهده نمود افرادی که امیدوارترند با مرگ موثرتر مقابله می‌کنند و مرگ بلافاصله پس از توقف امید رخ می‌دهد. (کارپنیتو^۴، ۱۹۹۰، به نقل از محمدی شاه بلاغی، ۱۳۷۳).

یأس و ناامیدی در تفکر الهی و دینی، گناهی بزرگ معرفی شده است و سریعاً اعلام گردیده است که مؤمنان هرگز مایوس نمی‌شوند و این افراد متزلزل بی‌ایمان هستند که به این بیماری آلوده می‌گردند. وقرآن مجید تصریح فرموده که: (لایئأس من روح الله الا القوم الکافرون) یوسف / ۸۷ در رحمت بی منتها خدایی مایوس نگردید زیرا کسی از عنایت و رحمت خداوندی مایوس نمی‌شود مگر کفر پیشگان (عباس نژاد، ۱۳۸۴).

۲-۳-۲- امید از دیدگاه اشنایدر^۵

اشنایدر (۲۰۰۱- ۱۹۷۴) بنیانگذار نظریه امید و درمان مبتنی بر آن، امید را به عنوان سازه‌ای شامل دو مفهوم این گونه تعریف می‌کند: توانایی طراحی گذرگاه‌های به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و کارگزار یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه‌ها. امید مجموع این دو مولفه است. طبق این مفهوم سازی، امید هنگامی نیرومند است که هدف‌های ارزش را در برگیرد و با داشتن موانع چالش انگیز ولی نه بر طرف نشدنی، احتمال دستیابی به آن‌ها در میان مدت، جست و جو داشته باشد.

1- Frankel,v
2- stotland, N.L
3- cublerross,E
4- Carpenito,L.j
5- Snyder,C.R

جایی که ما به رسیدن به هدف‌ها اطمینان داریم، امید غیر ضروری است. جایی که مطمئن هستیم به هدف خواهیم رسید، در این صورت نا امید می‌شویم. طبق این مفهوم سازی، هیجان‌های مثبت و منفی محصول جنبی تفکر هدفمند امید و ناامیدی هستند (کار، ۱۳۸۵).

اشنایدر (۲۰۰۰) عقیده دارد که برای ایجاد امید وجود دو نوع تفکر الزامی است: تفکر گذرگاه یا مسیر^۱ - تفکر کارگزار یا عامل^۲.

فردی ممکن است انرژی روانی و شور و شوق بسیار برای اهداف شخصی داشته باشد، اما توان کافی برای یافتن راه‌های عملی کردن اهداف را نداند، و یا ممکن است بتواند به راحتی راه‌های خاص برای اهدافش پیدا کند، اما تفکر عامل لازم برای دستیابی به آن‌ها را نداشته باشد. بر اساس نظریه امید هر دوی این افراد، ممکن است امید بالا داشته باشند، اما در یک جزء تفکر امیدوارانه مشکل دارند.

۲-۳-۲-۱ - تفکر گذرگاهی یا مسیر

اشنایدر تفکر گذرگاه یا مسیر را این گونه تعریف می‌کند: "حس شناختی از توان ایجاد راه‌های مختلف برای رسیدن به یک هدف در نظر گرفته شده". این تفکر ایجاد راهکارهای خاص لازم برای دستیابی به اهداف را تسهیل می‌کند. دو تکنیک جهت تقویت این نوع تفکر وجود دارد که در درمان شناختی - رفتاری نیز به کار می‌روند. این دو تکنیک شامل خود ارزیابی و تعدیل تحریف‌های شناختی است.

خود ارزیابی: هدف خود ارزیابی اجازه دادن به مراجعان در آگاه شدن از افکار و رفتارهایشان است. مراجع از طریق این فرآیند، کمک درمانگر را برای تحلیل و ارزیابی مفید بودن رفتارها و افکار خاص بر می‌انگیزد و اگر راهکار موثر بود، آن را تقویت می‌کند و اگر اشتباه بود، می‌تواند آن را تغییر داده و یا رها سازد. افرادی که امید بالایی دارند، در شناسایی و نگهداری مسیرهای مختلف و همچنین کنار گذاشتن مسیرهای ناکارآمد مهارت دارند (اشنایدر، ۱۹۹۱).

۲-۳-۲-۲ - تعدیل تعریف‌های شناختی

بک (۱۹۷۶) تعریف‌های شناختی را به عنوان الگوی ثابت و منفی خطاهای تفکر می‌داند، مثل فاجعه آمیز قلمداد کردن (پیش‌بینی منفی غیر واقعی راجع به آینده)، شایسته ندانستن موارد مثبت (امتناع از قبول تجارب

1- pathway thinking
2-0Agency thinking

مثبت یا کفایت‌های شخص) و باید و نبایدها. مراجعان تفکر تعریف شده را نه تنها در زندگی، بلکه در تنظیم اهداف و ایجاد مسیرهای مختلف هم به کار می‌برند. به عنوان مثال ممکن است در برخورد با مانعی در راه هدف، آن را غیر قابل حل بدانند و یا اگر با موفقیتی روبرو شوند، آن را از خود ندانند. در نظریه امید تعدیل چنین تعریف‌های شناختی منفی‌ای در جهت تسهیل بارش مغزی برای ایجاد مسیرهای مختلف به سوی هدف ضروری است. تحقیقات نشان داده که افرادی که امید بالایی دارند نه تنها می‌توانند مناسب‌ترین راه‌ها را به سوی هدف تعقیب کنند، بلکه همچنین راه‌های بیشتری برای یک هدف خاص بیابند (اشنایدر، ۱۹۹۱).

۲-۳-۲-۳- تفکر کارگزار یا عامل

اشنایدر (۱۹۹۱) تفکر عامل را نه تنها انرژی روانی متمرکز بردستیابی به هدف می‌داند، بلکه آن را نوعی حس اطمینان یا موفقیت معطوف به هدف نیز عنوان می‌کند. در واقع تفکر عامل می‌تواند به عنوان انگیزه در جهت رسیدن به هدف باشد. این نوع تفکر به دو طریق مجزا تقویت می‌شود. یا مستقیماً در درمان مورد هدف قرار می‌گیرند و یا از طریق افزایش تفکر گذرگاه حاصل می‌شوند. در فرآیند درمان انگیزه مراجع برای جست و جوی درمان نشانگر تفکر عامل در حال ظهور است. تفکر عامل با ارائه اصول درمان توسط درمانگر در جلسه اول تقویت می‌شود. وقتی درمانگر فرآیند درمان را با مراجع در میان می‌گذارد، انگیزه وی برای شرکت در فرآیند درمان بیشتر می‌شود. در نظریه امید، ارائه واضح و متقاعد کننده اصول درمان به چند طریق، عامل بودن مراجع را تقویت می‌کند. اولاً اگر توضیح درمانگر به مراجع اطمینان مراجع به درمان را القا کند، افکار عامل ابتدایی که منجر به شروع و ادامه درمان می‌شود، تقویت می‌گردد. فرآیند یادآوری موفقیت‌های قبلی در احیا کردن تفکر عامل مهم است. بعلاوه یک ارتباط مبتنی بر همکاری و تعهد درمانگر در ایجاد محیطی امن برای ایجاد و انرژی معطوف به هدف مفید است. در نهایت اگر گام‌های فرآیند درمان مورد بحث قرار گیرند، مراجع می‌تواند راه‌ها و مسیرهای بعدی را در ذهن متصور شود و این خود به تقویت تفکر عامل کمک می‌کند.

در اینجا نیز برخی از فنون درمان شناختی - رفتاری مورد استفاده قرار می گیرند :

مواجهه :

در این تکنیک، مراجع کاهش شناخت معطوف به درمان واضطراب و را تجربه می کند و تا اندازه ای حس کنترل بر اختلالش را باز می یابد. این تجربه کاهش نشانه، نوعی دستیابی موفقیت آمیز به یک خرده هدف است که از طریق آن تفکر عامل تقویت می شود.

۲-۳-۲-۳- تمرکز بر تعدیل تحریف های شناختی:

تحریف های شناختی تفکر عامل را از بین می برند. افکاری مثل : من تنها کسی هستم که همیشه با مانع روبرو می شوم یا «اگر یک بار شکست بخورم، مکرراً شکست خواهم خورد»، دستیابی به هدف را سخت می کنند.

افرادی که امید پائینی دارند، شماهای منفی از خود دارند و احتمال بیشتری دارد که اسناد درونی نادرست در مورد خطاها و شکست ها به خودشان بدهند (اشنایدر، ۱۹۹۱). نظریه اشنایدر در مورد فرآیند تجربه کردن امید در یک وضعیت خاص در قسمت بالایی شکل زیر نشان داده شده است. در هر موقعیتی که هدف ارزشمند دنبال می شود، رفتار هدفمند و امیدبخش به وسیله تعامل موارد زیر تعیین می شود:

۱- میزانی که به بازده یا هدف ارزش داده می شود.

۲- تفکرات در مورد گذرگاه های ممکن به سوی هدف ها و انتظارات مرتبط و اینکه در دستیابی به بازده یا هدف چقدر مؤثرند.

۳- تفکر راجع به منابع شخصی و اینکه فرد در پیگیری گذرگاه ها به سوی هدف تا چه اندازه موفق خواهد بود.

هر ۳ عامل بالا به دو دسته تفکر که از تجارب گذشته به موقعیت فعلی آورده شده اند استوارند:

۱- تفکر درباره گذرگاه ها به سوی هدف ها براساس درس های تحولی در روابط همبستگی و علت و معمولی.

۲- تفکر در مورد منابع مبتنی بر درس های تحولی در مورد خود به عنوان عوامل به وجود آورنده یا حلقه های عملی رویدادها.

۲-۳-۲-۴ رشد امید:

اشنایدر (۲۰۰۰) می‌گوید که امید به نحو روشن در دوره نوزادی، کودکی و نوجوانی رشد می‌کند. در پایان نخستین سال زندگی، پایداری شیء و طرحواره ی علت و معلولی به نوزادان این امکان را می‌دهد که در مورد گذرگاه‌های معطوف به هدف تفکرات پیش‌بینانه داشته باشند. مهارت اشاره کردن که در پایان سال اول رشد می‌کند، به نوزادان امکان می‌دهد که هدف‌های خود را نشان دهند. کودکان در سال دوم یاد می‌گیرند که فعالیت‌های هدفمندی را برای پیگیری گذرگاه‌ها به سوی اهداف معطوف به اجرا بگذارند. اندیشه ی خود به عنوان یک کارگزار در این دوره تکامل پیدا می‌کند. یکی از مهمترین مهارت‌های مرتبط با امید که در سال دوم آموخته می‌شود، این اندیشه است که می‌توان گذرگاه‌های اطراف موانع را نیز در نظر گرفت و فعالانه آن‌ها را دنبال کرد. این فرآیند رویارویی با موانع، در نظر گرفتن راه‌های اطراف آن‌ها و سپس به اجرا گذاشتن فعالانه این نقشه‌ها هسته تکمیل امید را تشکیل می‌دهند.

راتر^۱ (۱۹۹۴)، در موسسه روانپزشکی در لندن غلبه بر چنین موانع و ناملایمات را به فرآیند ایمن سازی روانی مرتبط ساخته و بازده آن را انعطاف پذیری خوانده است. احساس ایمن کودک نسبت به دلبستگی بر مراقبان خود وبافت بین فردی که در آن با ناگواری ها کنار می‌آیند امری حساس و تعیین کننده است. کودکانی که با امنیت به والدین و مراقبان خود دلبستگی دارند وازحمایت اجتماعی کافی برای کنار آمدن با ناملایمات برخوردارند انعطاف‌پذیری و امید را پرورش می‌دهند.

در دوره پیش دبستانی از ۳-۶ سالگی، رشد سریع زبان، تفکر شهودی پیش عملیاتی، علاقه به داستان گویی وامور روزمره قابل پیش بینی، امکان رشد بیشتر طراحی گذرگاه‌های امیدوار در رویارویی با موانع و مشکلات را فراهم می‌آورد. رشد جسمانی کودک به وی امکان می‌دهد تا مهارت‌های پیچیده‌ای را با اجرای نقشه‌های خود پرورش دهد. وقتی ناتوانی ایجاد همدلی با دیگران در اواخر سال‌های پیش دبستانی شروع به رشد می‌کند، کودکان آگاه می‌شوند که برنامه ریزی برای دنبال کردن گذرگاه‌ها به سوی هدف‌های بالارزش گاهی ممکن است به دیگران کمک کند تا هدف‌های ارزشمند را دنبال کنند و یا اینکه آن‌ها را از این کار باز دارد. رشد چشم انداز به کودکان پیش دبستانی امکان می‌دهد که خواسته های دیگران را در نقشه های خود منظور کنند.

1- Rutter, M

در دوره کودکی میانی و نوجوانی مهارت های تفکر منطقی سریع تر از مهارت های تفکر شهودی، مهارت های حافظه ای، مهارت های خواندن و مهارت های چشم انداز اجتماعی پیشرفته، رشد می کنند. این امر امکان برنامه ریزی امیدوارانه و پیچیده و دنبال کردن گذرگاه ها به سوی هدف های ارزشمند و اقدام در یک بافت اجتماعی، با در نظر گرفتن خواسته های والدین، خواهر و برادر، همگنان و آموزگاران را فراهم می سازد. در نوجوانی، مهارت های تفکر انتزاعی در نوجوانان رشد می کند. این مهارت ها اداره مسائل پیچیده شامل: افزایش خود مختاری از والدین، ایجاد روابط انحصاری و پرداختن بر نقشه های شغلی را آسان می سازد. این چالش ها فرصت هایی را برای برنامه ریزی امیدوارانه و دنبال کردن امیدوار طرح ها به رغم کمبودها و موانع فراهم می آورند.

کودکانی که سرشت امیدوارانه را پرورش می دهند معمولاً والدینی دارند که به عنوان سرمشق های نقش امیدوار عمل می کنند و در تدوین و اجرای طرح ها برای از میان برداشتن موانع و دستیابی به اهداف ارزشمند، آنان را راهنمایی می کنند. این کودکان، وابستگی ایمن به والدین خود دارند که برای آن ها محیط خانوادگی گرم و با ساختاری را فراهم می سازند و در این محیط، مقررات به گونه ای ثابت و قابل پیش بینی به اجرا در می آید و تعارض ها نیز به گونه ای قابل پیش بینی و مناسب حل می شود.

بزرگسالان امیدوار، نیم رخ روانی متمایز دارند. بزرگسالانی که از سطوح بالای امید برخوردار دارند، در زندگی خود به اندازه سایرین شکست هایی را تجربه کرده اند، اما این باور را پرورش داده اند که می توانند با چالش ها سازش کنند و با ناملازمات کنار بیایند. آنان یک گفت و گوی درونی مثبت مداوم شامل جمله هایی از این قبیل "من از عهده اش بر می آیم، تسلیم نخواهم شد" و مانند آن را اتخاذ می کنند.

آنان وقتی در رسیدن به هدف های ارزشمند با موانعی روبرو می شوند، هیجان های منفی و با شدت کم را تجربه می کنند. این امر ممکن است به این خاطر باشد که وقتی با موانع روبرو می شوند، برای دستیابی به هدف های ارزشمند خود مسیرهای جایگزین ایجاد می کنند یا با انعطاف، هدف های قابل دسترس تر را بر میگزینند. افرادی که امید کمتری دارند وقتی با موانع غیر قابل رفع روبرو می شوند هیجان هایشان یک توالی نسبتاً قابل پیش بینی از امید به خشم، از خشم به یأس و از یأس به بی احساسی را دنبال می کنند. افرادی دارای سطوح امیدآوری بالا وقتی در زندگی بزرگسالی با مسائلی مواجه می شوند، تمایل پیدا می کنند که مسائل مهم

و بزرگ را مسائل کوچک و روشن و قابل اداره تجزیه کنند (کار، ۱۳۸۵)

۲-۳-۳-تعریف اعتیاد و معتاد

۲-۳-۳-۱-تعریف اعتیاد، وابستگی و سوء مصرف مواد

ابتدا لازم است در خصوص برخی از مفاهیم که گاهی به صورت مترادف استفاده می شوند، ولی هر کدام بر جنبه یا جنبه‌های خاصی از مصرف مواد نظر دارند، توضیح داده شود. هر چند که اصطلاحات اعتیاد^۱ و معتاد^۲ در بین بسیاری از متخصصان بهداشت روان و عامه‌ی مردم رواج دارند، لیکن امروزه استعمال این اصطلاحات در متون علمی با محدودیت‌هایی همراه است. در واقع، در چند دهه اول قرن بیستم، واژه‌ی اعتیاد به مواد شیمیایی، به حالتی خاص اطلاق می‌شد که در اثر مصرف مواد به وجود می‌آمد. در آن زمان، این اعتقاد وجود داشت که افرادی که این مواد را مصرف می‌کنند به شکلی دارای ویژگی‌های غیرطبیعی هستند (گل پرور و همکاران، ۱۳۸۲).

البته عمر این دیدگاه کوتاه بود، چرا که بعد از آن واژه‌های عادت دارویی^۳، وابستگی^۴ و سوء مصرف مواد^۵ جایگزین این اصطلاح شدند. سازمان جهانی بهداشت^۶ نیز پس از فراز و نشیب‌های فراوان و چندین مرتبه اصلاحیه، در سال ۱۹۶۴ به طور رسمی اصطلاح وابستگی دارویی را جایگزین واژه اعتیاد کرد. اصطلاح وابستگی به مواد، بر اساس رابطه‌ی بین مصرف کننده‌های مواد و داروهایی که مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند، شکل گرفت.

اساس وابستگی دارویی بر این واقعیت استوار شده بود که رابطه‌ی بین مصرف کننده و داروهایی که مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند، دگرگون شده است؛ مصداق این ضرب المثل معروف که در این زمینه وجود دارد و در محافل و انجمن‌های بازتوانی نقل می‌شود: «فرد ابتدا مشروب می‌نوشد، سپس به آن معتاد می‌شود تا این که نوشیدن مشروب تمام وجود وی را فرا می‌گیرد» (ساسمن و ایمز^۷، ۲۰۰۸). دلایل نسبتاً زیادی در جایگزین شدن اصطلاح وابستگی دارویی به جای اعتیاد وجود داشت. برخی از مولفان مانند مک داول و اسپیتز^۸ (۱۹۹۹) خاطر نشان ساخته‌اند که علیرغم گستردگی استفاده از واژه اعتیاد، این اصطلاح تا اندازه تا اندازه

^۱-addiction

^۲-addicted

^۳-drug habituation

^۴-dependency

^۵-substance abuse

^۶-World Organizational Health(WHO)

^۷-Sussman &Ames

^۸-Mc Dowell & Spitz

زیادی تحقراًمیز است. به عبارت دیگر، واژه اعتیاد در طول چند دهه‌ی اخیر از چنان بار معنایی منفی برخوردار شده است که ماهیت داغ و ننگ اجتماعی را به ذهن متبادر می‌سازد. از طرف دیگر، اصطلاح اعتیاد صرفاً پیرامون مصرف مواد مخدر به کار نمی‌رود، بلکه برای حالت‌هایی مثل اعتیاد به کار، اعتیاد به سکس، اعتیاد به قمار یا اعتیاد به کامپیوتر و اینترنت نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد.

کاربرد اصطلاح وابستگی نیز به دور از انتقاد نماند. به عنوان مثال، برخی از منتقدان این ایده را مطرح کردند که استنباط و برداشت از نشانگان وابستگی، احتمال تداوم بخشیدن به بعضی از مفاهیم ضمنی نامطلوب پیرامون مفهوم قدیمی اعتیاد به عنوان یک بیماری را دنبال دارد. اگر هدف درمان معتادین این است که آن‌ها متقاعد شوند که قربانی ناتوان و درمانده‌ی یک فرایند بیمارگونه نیستند و می‌توانند اعمال خود را کنترل کنند، بدون تردید این نوع مفاهیم ضمنی (مثل وابستگی، وابستگی دارویی و نشانگان وابستگی) که حاکی از بیماری است، سودمند نخواهد بود و بنابراین باید از آن‌ها پرهیز کرد (گل‌پرور و همکاران، ۱۳۸۲).

برخی دیگر این انتقاد را وارد ساخته‌اند که نشانگان وابستگی بیش از اندازه بر عناصر اجبار و از دست دادن کنترل تأکید می‌کند. افراد الکلی و معتاد را نباید به عنوان قربانیان بی‌اراده وابستگی به حساب آورد، زیرا آن‌ها می‌توانند بعضی از جنبه‌های مصرف مواد را کنترل کنند. همچنین گفته می‌شود، تأکید زیاد بر روی مولفه‌ی از دست دادن کنترل در وابستگی، ممکن است باعث نادیده گرفتن مسایل پیچیده‌تری مانند این که چرا فرد مواد مصرف می‌کند، بشود (شاو^۱، ۱۹۷۹، نقل از گساپ، ۱۹۹۴).

به هر حال، چون اصطلاح وابستگی نیز نمی‌توانست جنبه‌های مختلف مصرف مواد را روشن نماید، لذا اصطلاح «سوء مصرف مواد^۲» طی سالیان بعد وارد متون علمی گردید و به طور مشخص با اعتیاد و وابستگی قرابت پیدا کرد.

۲-۳-۳-۲- مصرف یا سوء مصرف^۳ مواد

برخی از متخصصان معتقدند که اصطلاح مصرف و سوء مصرف را به سهولت می‌توان به حالت‌ها و شرایط خاصی که دارو مورد استفاده قرار می‌گیرد نسبت داد. به این اعتبار، سوء مصرف را می‌توان معادل «استفاده‌ی خودسرانه» از یک دارو در حالتی که مورد تایید فرهنگ حاکم بر یک جامعه خاص

^۱-Shaw

^۲-substance abuse

^۳-use and abuse

نیست، تعریف کرد. بنابراین مشخص می شود که این هنجارها و معیارهای اخلاقی و فرهنگی جامعه هستند که مصرف یا سوء مصرف را تعیین می کنند. برای مغز اهمیت ندارد که دارویی که فرد مصرف می کند مورد وثوق جامعه قرار دارد یا ندارد، آیا آن را از خیابان تهیه کرده است یا از یک داروخانه معتبر و رسمی. مسئله‌ی مهم دوز دارو و تعداد دفعات مصرف دارو است که مشخص می کند فرد مصرف کننده چه عوارض و پیامدهایی را تجربه خواهد کرد (استال، ترجمه عسگری، ۱۳۸۸).

به عبارت دیگر، مصرف و سوء مصرف و این که چگونه این دو تعریف شوند، به صورت معناداری وابسته به فرهنگی است که این داروها در آن تعریف می شوند. با وجود این تفاوت های فرهنگی و اجتماعی، در تمامی فرهنگ ها چندین ویژگی اساسی وجود دارد که جایگاه مصرف و سوء مصرف مواد را اعتلاء بخشیده است (راجرز^۱، ۲۰۱۱).

به رغم تمام نقطه ضعف ها و محدودیت هایی که در تعاریف و طبقه بندی اختلالات روانی مطابق با نسخه بازبینی شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روان پزشکی آمریکا؛ ۲۰۱۳) وجود دارد، این راهنمای جامع، در حال حاضر معتبرترین منبع تشخیص و طبقه بندی اختلالات روانی و از جمله اختلال سوء مصرف مواد به حساب می آید.

اصطلاح سوء مصرف مواد در پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) این گونه تعریف شده است: «الگوی ناسازگار مصرف مواد که به ناراحتی یا اختلال قابل توجه بالینی منجر شده و با وقوع یم (یا بیش از یک) مورد از موارد بیان شده در جدول مربوطه طی یک دوره ۱۲ ماهه مشخص می شود» از نظر DSM-V تمام داروهایی که بیش از حد مصرف شوند از نظر فعال سازی مستقیم سیستم پاداش را فعال می کنند که از فعالیت های عادی غفلت می شود. داروهایی که سوء مصرف می شوند به جای این که از طریق رفتارهای انطباقی به فعال سازی سیستم پاداش دست یابند، مستقیماً گذرگاه های پاداش را فعال می کنند. مکانیزم های دارویی که هر طبقه از داروها به وسیله ی آنها پاداش را تولید می کنند، اغلب «نشئه آور» نامیده می شوند. به علاوه، افرادی که خویشتن داری کمی دارند، که ممکن است اختلالات مکانیزم های بازدارنده ی مغز را منعکس کند، امکان دارد برای مبتلا شدن به اختلالات مصرف مواد

⁴Rogers

خیلی مستعد باشند، بدین معنا که منشاء اختلالات مصرف مواد در برخی افراد را مدت ها قبل از شروع عملی مصرف مواد، می توان در رفتار ها پیدا کرد.

در واقع، ویژگی مهم اختلالات مصرف مواد تغییر اساسی در مدارهای مغزی است که امکان دارد بعد از مسمومیت زدایی ادامه یابد، به خصوص در افرادی که به اختلالات شدید مبتلا هستند.

تاثیرات رفتاری این تغییرات مغزی ممکن ایت در برگشت های مکرر و اشتیاق شدید به دارو در مواقعی که افراد با محرک های مرتبط با دارو مواجه می شوند، آشکار شوند. این تاثیرات مداوم دارو ممکن است در اثر روش های درمانی بلند مدت بهبود یابند (انجمن روان پزشکی آمریکا، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۳).

مطابق راهنمای تشخیصی اختلالات روانی، در مجموع، تشخیص اختلال مصرف مواد بر الگوی بیمارگون رفتارهای مرتبط با مصرف مواد استوار است. برای کمک به سازمان دهی، معیار ملاک های A را می توان متناسب با دسته بندی های کلی کنترل معیوب، در مورد مصرف مواد، اولین دسته بندی ملاک ها است (ملاک ۴-۱).

- امکان دارد فرد ماده ای را با مقادیر بیشتر، طی مدت طولانی تر از آنچه در آغاز در نظر داشته است مصرف کند (ملاک ۱).

- امکان دارد فرد تمایل مداومی را به کاهش دادن یا تنظیم کردن مصرف مواد ابراز کند و بگوید تلاش های موفق متعددی را برای کاهش دادن یا قطع مصرف به خرج داده است (ملاک ۲).

- ممکن است فرد وقت زیادی را صرف به دست آوردن مواد، مصرف مواد، یا بهبود یافتن از تاثیرات آن کند (ملاک ۳).

در برخی موارد اختلالات مصرف مواد شدیدتر، تقریباً تمام فعالیت های روزانه ی فرد بر محور مواد می چرخد (ملاک ۴)

- اشتیاق با میل شدید به دارو آشکار می شود که ممکن است در هر زمانی روی دهد، اما زمانی احتمال آن بیشتر است که فرد در محیطی باشد که قبلاً دارو را به دست می آورده یا مصرف می کرده است. همچنین معلوم شده است که اشتیاق شرطی سازی کلاسیک را شامل می شود و با فعال سازی ساختارهای پاداش خاص در مغز ارتباط دارد. اشتیاق را می توان با پرسیدن این سؤال از افراد معلوم کرد که آیا هرگز زمانی وجود داشته است که آن ها میل شدیدی برای مصرف دارو داشته باشند، به طوری که نتوانسته باشند به چیزی

دیگری فکر کنند. اغلب از اشتیاق کنونی به عنوان مقیاسی برای نتیجه درمان استفاده می شود، زیرا ممکن است علامتی از برگشت قریب الوقوع باشد.

اختلال اجتماعی دومین دسته بندی ملاک ها است (ملاک ۷-۵). مصرف مواد عود کننده ممکن است به ناتوانی در برآورده کردن تعهدات نقش عمده در محل کار، مدرسه، یا خانه منجر شود (ملاک ۵).
- امکان دارد فرد با وجود داشتن مشکلات اجتماعی یا میان فردی مداوم یا مکرر که در اثر تاثیرات مواد ایجاد یا تشدید می شوند و به مصصرف مواد ادامه دهد (ملاک ۶).

- فعالیت های مهم اجتماعی، شغلی یا تفریحی ممکن است به علت مصرف مواد رها شوند یا کاهش یابند (ملاک ۷).

مصرف مخاطره آمیز مواد سومین دسته بندی ملاک ها است (ملاک ۹-۸). این ممکن است شکل مصرف مواد عودکننده در موقعیت هایی را به خود بگیرد که از لحاظ جسمانی خطرناک هستند (ملاک ۸).
- امکان دارد فرد با وجود آگاهی از این که مشکلات جسمانی یا روانی مداوم یا عود کننده ای دارد که احتمالاً ناشی از مواد هستند یا توسط مواد تشدید می شوند، به مصرف آن ادامه دهد (ملاک ۹).
ملاک های دارویی آخرین دسته بندی هستند (ملاک ۱۱-۱۰). تحمل با نیاز به افزایش قابل ملاحظه ای مقدار مواد برای دست یابی به تاثیر مطلوب یا کاهش چشمگیر تاثیر هنگامی که مقدار معمول مصرف شده است، مشخص می شود (ملاک ۱۰).

- ترک نشاندگی است که زمانی روی می دهد که غلظت مواد در خون یا بافت در فردی که مصرف مواد زیاد و طولانی مدت داشته است، کاهش می یابد (ملاک ۱۱). در واقع، فرد بعد از ایجاد نشانه های ترک، احتمالاً برای کاهش دادن نشانه ها، مواد را مصرف می کند (انجمن روان پزشکی، ترجمه سید یحیی محمدی، ۱۳۹۳).

۲-۳-۳-۳- شیوه های سوء مصرف مواد و داروها

مواد و داروهای روان گردان را می توان به شیوه های مختلفی مورد سوء مصرف قرار داد. به عنوان مثال برخی از مواد مانند تریاک را می توان هم به صورت تدخین و هم به صورت خوراکی و هم از تزریق شیره تریاک مورد سوء مصرف قرار داد. البته این که فرد کدام یک از شیوه های سوء مصرف را انتخاب کند، اساساً به وضعیت روانی، شرایط حاکم بر محیط سوء مصرف، میزان دوز مصرفی و طول زمان (سابقه ی)

سوء مصرف مواد بستگی دارد. هر چند کلیه مواد به هر شیوه‌ای که مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند، نهایتاً وارد سلول‌های مغز می‌شوند، ولی باید در نظر داشت که شیوه‌های سوء مصرف مواد بر روی میزان جذب مواد و سرعت رسیدن مواد و داروها به مغز تاثیر به سزایی دارند. در جدول (۱-۲) برخی از شیوه‌های مصرف جهت روشن شدن نحوه‌ی تاثیر هر یک از مواد و داروهای روان گردان ارائه شده‌اند.

جدول ۱-۲ شیوه های جذب و اثر کردن مواد و داروها

روش	مسیر	مدت زمان لازم برای رسیدن به مغز
استنشاق	دارو به صورت بخار از طریق استنشاق از بینی و ریه وارد گردش خون می شود	۷ ثانیه
تو دماغی ^۱	دارو به صورت پودر به داخل بینی کشیده می شود؛ برخی از برجستگی ها و شیارهای داروها روی غشای مخاطی منخرین ^۲ می نشینند و به وسیله رگ های خونی وارد جریان خون می شوند.	۴ دقیقه
تزریق ^۳	دارو به صورت مایع به صورت مستقیم از طریق سرنگ وارد بدن می شود. تزریق ممکن است به دو صورت باشد که هر یک زمان تاثیر متفاوتی دارند: داخل وریدی داخل عضله	۲۰ ثانیه ۴ دقیقه
بلعیدن از دهان ^۴ سایر مسیرها	دارو به صورت جامد یا مایع از مری و معده می گذرد و در نهایت به روده کوچک می رسد مواد از طریق رگ های خونی روده جذب می شوند. داروها می توانند از طریق نواحی که به وسیله غشاهای مخاطی احاطه شده اند متغیر جذب شوند؛ به عنوان مثال، این مواد می توانند از طریق گذاشتن زیر زبان، مهبل یا مقعد و یا به وسیله قطره ی چشم جذب شوند.	۳۰ دقیقه متغیر

منبع: کسیر، هارت و اوکلی^۵ (۲۰۰۸)

۲-۳-۳-۴- نظریه ها و دیدگاه های مربوط به سوء مصرف مواد

علی رغم این که دیدگاه ها و نظریه های متنوع و گاه متناقضی در خصوص سبب شناسی سوء مصرف وجود دارد، با این حال امروزه باور غالب این است که سوء مصرف موادی که پدیده ی زیستی- روانی- اجتماعی است. بنابراین؛ می توان این نظریه ها را تحت عنوان سه دسته کلی دیدگاه ها و نظریه های مرتبط با سوء مصرف مواد دسته بندی کرد.

^۱-Snorting

^۲-nasalmucous memberanes

^۳- .injection

^۴- oral ingestion

^۵.ksir,hart&oakley

۲-۳-۳-۴-۱- دیدگاه زیستی - فیزیولوژیکی سوء مصرف مواد

طبق این دیدگاه، عوامل مهم و تاثیر گذار سوء مصرف مواد را می توان به دو دسته تقسیم بندی نمود:

۱) تبیین زیست شیمیایی و فیزیولوژیکی به عنوان عوامل مطرح در وقوع سوء مصرف مواد به مواد: این واقعیت که هر کنش و واکنشی در انسان به نحوی با ساختار سیستم عصبی و فعل و انفعالاتی که در مغز رخ می دهد، ارتباط دارد، هسته ی مرکزی این تبیین می باشد. وظیفه ی اصلی انتقال پیام در درون سیستم عصبی انسان را انتقال دهنده ها و تعدیل کننده های عصبی-شیمیایی بر عهده دارند. لذا کلیه مواد یا داروهایی که به نحوی منجر به سوء مصرف مواد می شوند. به طور مشخص با نحوه عمل انتقال دهنده ها و تعدیل کننده های عصبی رابطه دارند (گل پرور و همکاران ۱۳۸۲).

۲- تبیین عوامل توارثی-ژنتیکی در بروز سوء مصرف مواد: طبق این دیدگاه، علت اصلی سوء مصرف مواد ناشی از عوامل ارثی و وراثت می باشد. بر این اساس، مطالعه دوقلوهای به عنوان مهمترین بستر جهت مطالعه جنبه های ارثی سوء مصرف مواد مورد استفاده قرار گرفته است. بنابراین چنان چه این دیدگاه پذیرفته شود. سوء مصرف مواد در بین دو قلوها و به خصوص دوقلوهای یک تخمی باید بیشتر از افراد دیگر باشد. همچنین مطالعه فرزند خوانده ها نیز در تبیین این دیدگاه، نقش مهمی را ایفا کرده است. درواقع، چنان چه از مطالعه فرزند خوانده با والدین پذیرنده اش، رابطه ای کشف شود. احتمال نقش داشتن وراثت در بروز بیماری های روانی و از جمله سوء مصرف مواد به چالش کشیده خواهد شد. ولی یافته هایی که در این زمینه وجود دارد. نشان می دهد که شباهت اختلالات این افراد به والدین اصلی خود بیش از گروهی بود که تاریخچه اختلال را نداشتند (کامر، ۲۰۱۰). همچنین برخی تحقیقات نشان داده اند که سوء مصرف مواد با رتبه تولد و فصل تولد ارتباط معنی دار دارد. به عنوان مثال طی تحقیقی مصطفوی (۱۳۷۸) گزارش کرده است که از بین ۱۳۰ فرد معتاد مورد بررسی ۲۷ درصد آنها فرزند اول خانواده و ۱۹/۵ درصد آنها آخر خانواده بودند و همچنین ۵۸ درصد متولد ماه های سرد سال بودند که میزان تولید ملاتونین بالاتر از ماه های گرم سال می باشد.

۲-۳-۳-۴ دیدگاه های روان شناختی

(۱) دیدگاه روان تحلیل گری سوء مصرف مواد

دیدگاه روان تحلیل گری^۱ توسط فروید روان پزشکی اتریشی پایه گذاری گردید. در نظریه روان تحلیل گری، اختلال های روانی به تعارض های ناهشیار^۲ و تکانه های بین پایگاه های شخصیت-نهاد، من و فرامن- که موجب ایجاد اضطراب می گردند، نسبت داده می شوند. به سخن دیگر، هنگامی که این سه عنصر یا پایگاه شخصیت در برابر یکدیگر قرار می گیرند، موجب ایجاد مشکلات و اختلالات روان شناختی و از جمله سوء مصرف موادمی شوند. در واقع، نهاد از این که ارضای نیازهایش از جانب من به عنوان مدیر اجرایی به تعویق افتد و یا فرامن به دلیل این که رفتارهای نهاد و من را به دور از معیارها و هنجارهای اخلاقی و عرفی جامعه می پندارد با هر دو به مقابله می پردازد و بدین ترتیب موجب ایجاد تعارض و تکانه ها و تعارض ها را به سطح ناهشیار ذهن می فرستد.

روی هم رفته دیدگاه روان تحلیل گری، فرضیه های زیر را در راستای تبیین و سبب شناسی سوء مصرف مواد مطرح می کند.

الف) محرومیت دهانی با تثبیت شدگی در مرحله رشد دهانی، مهم ترین تلویح نظریه روان تحلیل گری در باب سوء مصرف مواد این است که این افراد به دلیل عدم ارضای نیازهای خود از طریق دهان، در مرحله اول رشد روانی- جنسی (مرحله ی دهانی که از تولد تا ۱/۵ سالگی است) تثبیت می شوند و در بزرگ سالی به صورت افراطی به دنبال ارضای این نیاز به ایستگاه سوء مصرف داروها می رسند (آبادینسکی، ۲۰۱۰).

ب) رشد نایافتگی شخصیتی و ناتوانی در غلبه بر بحران های رشدی و کسب هویت: برخی از روان تحلیل گران مانند "اشتاین" معتقدند که افراد سوء مصرف کننده مواد به دلیل رشد نایافتگی شخصیتی، در هنگام بلوغ خود را چنان ناکام و ضعیف می یابند که دست یابی به استقلال فردی و هویتی منسجم را برای خود غیر ممکن تصور می کنند و بنابراین سعی می کنند با مصرف الکل یا داروهای روان گردان برای خود استقلال و عزت دست و پا نمایند (گل پرور و همکاران، ۱۳۸۲).

^۱- psychoanalysis.

^۲-unconscious.

ج) فرا خود تنبیه گر: یکی از رهیافت های نظری روان تحلیل گری در تبیین مصرف الکل مربوط به رادو^۱ (۱۹۷۵) و گلاور^۲ (۱۹۵۵) است. گلاور بیشتر بر جنبه ی ناسازگارانه ی رفتار فرد مصرف کننده الکل و گذر وی از واقعیت به دنیای خیال تاکید دارد. به زعم وی، واپس روی^۳ به عالم خیال، متعاقب تحولات روانی توام با سوء مصرف الکل و مستی های مکرر روی می دهد و این واپس روی تا مرحله ی دهانی ادامه دارد. به نظر گلاور، مکانیسم فرافکنی از ویژگی های همه ی افراد الکلی است و مصرف زیاد الکل و شروع رفتار ناسازگارانه یک چرخه ی معیوب «خود تنبیهی»^۴ و خود تنبیهی برون ریزی شده^۵ و تنبیه ناشی از محیط را ایجاد می کند که منجر به اجتناب از نوشیدن می شود (نقل از بهرامی احسان، ۱۳۸۸).

د) شخصیت سوء مصرف کننده : برخی از روان تحلیل گران نیز معتقدند که افرادی که محرومیت زیادی را در طی دوران کودکی خود تجربه کرده اند، در بزرگسالی به دنبال سوء مصرف مواد و الکل می روند تا از این طریق بتوانند بر کمبودها و ناراحتی های باقی مانده از دوره کودکی فایق آیند. نتایج پژوهش ها و مصاحبه ها و اجرای پرسشنامه های معتبر حاکی از آن است که برخی از افراد دارای اختلال شخصیت وابسته^۶، ضد اجتماعی^۷، تکانشی^۸، نوجو^۹ و افسرده تمایل شدیدی برای گرایش به سمت مصرف داروها و الکل دارند (کسیر و همکاران، ۲۰۰۸). در یک مطالعه داخلی نیز بخشی پور، محمود علیلو و ایرانی (۱۳۸۷) با مقایسه ویژگی های شخصیتی افراد معتاد و افراد بهنجار دریافتند که معتادان در مقایسه با گروه بهنجار در بعد شخصیتی روان رنجور خویی نمره بالاتر و در ابعاد شخصیتی توافق پذیری، انعطاف پذیری و با وجدان بودن نمرات پایین تری را به دست آورند. در حالی که در بعد برون گرایی که بیشترین مانور پژوهشی روی آن شده است، بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد. نتیجه یک مطالعه دیگر بر روی تعداد ۶۰ معتاد و ۶۰ غیر معتاد نوجوان و جوان ۱۵ تا ۲۵ ساله به روش تحلیل تمایزات نشان داد که می توان با کمک متغیرهایی مثل حمایت اجتماعی ادراک شده، سبک های دلبستگی، سبک های هویتی و صفات شخصیتی عضویت در گروه

^۱-Rado

^۲-Glover.

^۳- regression.

^۴-self-punishment

^۵- projected self punishment

^۶- dependent

^۷- antisocial

^۸- impulsive

^۹- novelty-seeking

های معتاد و غیر معتاد را پیش بینی کرد، به طوری که این متغیرها قادرند بیش از ۶۰ درصد واریانس را تبیین کنند (حسینی المدنی، کریمی و بهرامی، ۱۳۹۱).

۲) دیدگاه رفتارگرایی

دیدگاه رفتارگرایی براساس قوانین یادگیری مورد نظر ارسطو شامل مجاورت، مشابهت و تداعی توسط جی واتسون و مفهوم سازی گردید و بعدها توسط افرادی چون اسکینر، ولپی، لازاروس و به خصوص بندورا توسعه یافت. اساس نظریه های رفتارگرایی بر روش های شرطی سازی- شرطی شدن کلاسیک^۱ و کنشگر^۲-یا به زعم بندورا (۱۹۷۷) یادگیری مشاهده ای^۳ استوار است.

موضوع اصلی این دیدگاه رفتار است. رفتار چه بهنجار و چه نابهنجار آموخته می شود. بنابراین رفتار مصرف مواد نیز نوعی یادگیری و رفتار آموخته شده است. بنا به نظر رفتارگراها، یادگیری از طریق شرطی شدن صئرت می گیرد و شرطی شدن نیز به سه شکل اتفاق می افتد:

الگوی شرطی سازی کلاسیک^۴: در الگوی شرطی سازی کلاسیک تاثیرات بالقوه بدنی دارو محرک غیر شرطی به حساب می آید و پاسخ های جبرانی بدن در مقابل اثرات مواد نیز پاسخ غیر شرطی محسوب می شوند. بدین ترتیب، هنگامی که اثرات بدنی مواد با محرک های شرطی، از قبیل نشانه های موقعیتی و محیطی در اثر تکرار و مجاورت تداعی می شوند، شرطی شدن کلاسیک به وجود می آید. لذا فرد معتاد در حین مصرف مواد یاد می گیرد که اثرات بدنی مواد را با محیط اطراف و پدیده هایی که پیرامون وی قرار دارند. تداعی کند. سپس نشانه های محیطی به عنوان محرک شرطی می توانند همان پاسخ های غیر شرطی را با عنوان پاسخ- های شرطی فراخوانی کنند (روزنبرگ و کاسلین ۲۰۱۲).

نکته ی مهم در تبیین سوء مصرف مواد از دیدگاه رفتارگرایی این است که بخشی از محرک های محیطی قادر خواهند بود، قبل از هر گونه مصرف مواد، پاسخ های جبرانی در مقابل مواد راره اندازی کنند، به قسمتی که فرد معتاد برای دست یابی به اثرات مطلوب مواد، نیاز به مصرف مواد بیشتری خواهد داشت (کامر، ۲۰۱۰).

^۱ -clasic

^۲ -operant

^۳ -observation learning

^۴ -classical conditioning model

الگوی شرطی سازی کنشگر^۱: در الگوی شرطی سازی کنشگر، یادگیری به پیامدهای مثبت و منفی رفتار نسبت داده می‌شود. یعنی فرد بصورت فعال و نه فعل پذیر در پذیرش پیامدهای منفی و مثبت نقش دارد. برپایه دیدگاه روان شناسان رفتارگرا، شرطی سازی کنشگر ممکن است نقش بسیار کلیدی در سوء مصرف مواد ایفا نماید (کسیر و همکاران، ۲۰۰۸). آن‌ها اعتقاد دارند که کاهش سریع و آنی تنش یا افزایش حالت های معنوی که به واسطه‌ی مصرف دارو به وجود می‌آید، برای فرد مصرف کننده اثرات پاداشی مواد ممکن است سرانجام منجر به این شود که فرد دوزهای بیشتری از مواد یا روش های قوی تر سوء مصرف مواد مانند تزریق را تجربه کند. در راستای تایید این فرضیه، نتایج برخی از پژوهش ها نشان داده است که بسیاری از افراد وقتی در حالت تنش به سر می‌برند، الکل بیشتری می‌نوشند و داروی بیشتری را مورد سوء مصرف قرار می‌دهند (چیسین، کولینز، رایت و شرلی^۲، ۲۰۰۱).

۳) دیدگاه های شناختی

دیدگاه های شناختی که بعد از افول رفتارگرایی و ظهور «انقلاب شناختی»^۳ معرفی شدند، برای تبیین سوء مصرف مواد، از موضوعاتی مانند انتظارات، باورها، طرح واره ها، اسنادها، ارزشیابی ها، سبک ها و رفتارهای مقابله‌ای استفاده می‌کنند. در این قسمت ابتدا مفاهیم عمده رویکرد شناختی در تبیین مصرف مواد بیان می‌شوند و در ادامه نظریه بک پیرامون سوء مصرف مواد که در کتاب ارزشمند وی و همکارانش بیان شده است. معرفی می‌گردد (بک و همکاران، ۱۹۹۳). با توجه به این که در بخش سوم این فصل مربوط به متغیرهای وابسته پژوهش و از جمله باورها نسبت به مواد و مهارت‌های مقابله‌ای مورد بررسی قرار می‌گیرند. لذا در این جا نقش باورها و انتظارات، خود-کارآمدی و رفتارهای مقابله‌ای صرفا در جهت تبیین دیدگاه شناختی به صورت مختصر توضیح داده می‌شوند.

نقش باورها و انتظارات

یکی از عوامل بسیار مهم که موجب گرایش افراد به سمت مواد می‌شود، باورهای شخصی فرد درباره مواد است. در واقع، افراد به صورت ناگهانی و یک مرتبه دچار سوء مصرف مواد نمی‌شوند. بلکه آنها به صورت فعال درگیر مصرف مواد می‌شوند و نگرش ها، باورها، اهداف و انتظارات آنها در این میان نقش مهمی ایفا می‌کند.

^۱-operant conditioning model .

^۲- chassin, Collins, Ritter & shirley

^۳- cognitive revolution

کند(گساب، ۱۹۹۴). به عنوان مثال، افرادی که انتظار دارند مصرف مواد در آنها باعث کاهش تنش، خستگی و- اضطراب شود، احتمال بیشتری دارد که به سوی مصرف مواد گرایش پیدا کنند (چیسین و همکاران ۲۰۰۱).
خود کارآمدی^۱

خود-کارآمدی یک مفهوم ابداعی توسط بندورا (۱۹۹۷) است و به ارزیابی شناختی فرد در مورد توانایی ها و قابلیت های خود برای انجام یا عدم موفقیت آمیز تکالیف یا امورات اشاره دارد (آشر و پاچاریس^۲، ۲۰۰۶). به عبارت دیگر، باورهای خود کارآمدی مشخص می کنند که افراد چگونه احساس می کنند، چگونه می اندیشند، چگونه خود را بر می انگیزانند و چطور رفتار می کنند (بندورا، ۱۹۹۷).

شی و بوتوین^۳ (۱۹۹۵) نیز نقش خود کارآمدی را در پیش بینی و تبیین سوء مصرف مواد مورد تایید قراردادده اند. از این رو طبیعی به نظر می رسد که خود کارآمدی به عنوان یک متغیر شناختی، نقش مهمی در عدم گرایش به عنوان یک تغییر رفتار به منظور فاصله گرفتن از سوء مصرف مواد ایفا کند. به خصوص از مفهوم خود-کارآمدی در تبیین و توسعه الگوی رفتار منطقی که در فصل بعد درباره آن صحبت می کنیم، استفاده شده است.

مهارت های مقابله ای

رفتارهای مقابله ای رفتارهایی هستند که افراد در هنگام واکنش به رویدادهای استرس زا و یا به هیجانهایی شدید نشان می دهند که به یکی از سه شکل الف) رفتارهای مقابله ای هیجان مدار، ب) رفتارهای مقابله ای مسئله مدار ج) رفتارهای مقابله ای انفصالی صورت می گیرد (کیلوک، نیک و کارول^۴، ۲۰۱۱). به نظر می رسد رفتارهای مقابله ای به دلیل زیر بنای شناختی، عاطفی و رفتاری که از آن برخوردارند (کویر، روسل و اسکینر^۵، ۱۹۹۲) نقش بسیار مهمی در فرو نشانی و کنترل هیجان های شدید و رفتارهای پر خطر و تکانشی دارند (جلالی و آقابابایی، ۱۳۹۱). این موضوع در بین افرادی که به سوی مواد گرایش دارند نیز مورد تایید قرار گرفته است (وتا و مانیون^۶، ۲۰۰۴). در واقع، بخش عمده ای از پژوهش ها نشان می دهند که بین سبک های مقابله

¹-self-efficacy

²-usher&pajares

³-scheier&botvin

¹-kiluk,nich carroll .

⁵-cooper,russel,skinner

³-votta&mainon

ای ناکارآمد مانند سبک مقابله ای هیجان مدار با سوء مصرف مواد ارتباط مستقیم وجود دارد (بخشی پور رودسری و همکاران، ۱۳۸۷).

مهارت های مقابله ای از طریق کنش های شناختی (کیلوک و همکاران، ۲۰۱۱) و ساز و کارهایی چون کنترل محرک، شناسایی محرک ها در موقعیت های پرخطر، کاهش مواجهه با رویدادهای فعال ساز سوء مصرف مواد و مدیریت استرس و هیجان، بر رفتارهای وابسته با مصرف مواد تاثیر می گذارند (پلیسر و جونز^۱، ۲۰۰۶؛ هاسیکینگ، لایورز و کارلویو^۲، ۲۰۱۱).

۴) دیدگاه مربوط به عوامل اجتماعی و فرهنگی

عوامل اجتماعی و فرهنگی از جمله عوامل موثر در بروز سوء مصرف مواد محسوب می شوند. طبق این نظریه عواملی از قبیل خانواده، تعارضات خانوادگی، بیکاری، تنهایی، و استرس موجب گرایش فرد به سوی مصرف مواد می شوند. بر این اساس، افرادی که در جامعه و زندگی روزانه خود، استرس زیادی تحمل می کنند، بیش از افراد دیگر احتمال دارد که به سوی مصرف مواد روی آورند. همچنین محیط اجتماعی و فرهنگی که فرد در آن زندگی می کند، نقش مهمی در گرایش به سوی مواد دارد. افرادی که در خانواده های بزهکار و یا دارای فرد معتاد زندگی می کنند با احتمال بیشتری به سمت سوء مصرف مواد جذب می شوند. از طرف دیگر، سوء مصرف مواد مخدر توسط پدر می تواند به عنوان یک الگوی جذاب برای رفتارهای بزهکارانه فرزندان و هدایت آنها به سوی مصرف مواد مخدر باشد (آقا بخشی و همکاران، ۱۳۸۳).

۲-۳-۴- شیوه های درمان سوء مصرف مواد

۲-۳-۴-۱- درمان های زیستی-فیزیولوژیکی

نیاز افراد سوء مصرف کننده به مراقبت و درمان های پزشکی تا حدود زیادی یک امر پذیرفته شده است. مهم ترین و فوری ترین درمان زیستی-فیزیولوژیکی سم زدایی^۳ و قطع وابستگی به دارو است. توجه زیاد روان پزشکان و متخصصان پزشکی به دارو درمانی موجب شده که طیف گسترده ای از این نوع درمان ها

^۱ -pelissier&jones

^۲ -hasking,lyvers&carlopio

^۳ -detoxification

طراحی وبه کار برده شود،(مایریک و رایت^۱، ۲۰۰۸). کامینر چهار راهبرد درمان دارویی را برای درمان سوء مصرف مواد استخراج کرده است که به قرار زیرند:

(۱) ایجاد مدیریت بیزاری نسبت به مواد روان گردان

(۲) جایگزین کردن یک داروی آگونیست^۲ به جای ماده‌ی روان گردان که مکانیزم تاثیر مشابهی را بر روی سیستم اعصاب و روان فرد به جای بگذارد.

(۳) مسدود کردن اثرات تقویتی مواد روان گردان به وسیله استفاده از یک داروی آنتاگونیست گیرنده^۳ عصبی.

(۴) کمک در جهت مدیریت ولع و عود (کامینر و مارش^۴، ۲۰۰۱).

۲-۳-۴-۲- روش‌های روان درمانی

روان درمانی را می‌توان موضوعی پیچیده دانست، همان گونه که اعتیاد را می‌توان دارای وضعیتی مشابه دانست. حقایق نهفته در ابهامات مفهومی روان درمانی و اعتیاد موضوعات مهمی هستند که برای حرفه‌های بهداشت روانی حایز اهمیت هستند. زیرا درک درست حقایق، امکان یاری رساندن به فرد معتاد به مواد را افزایش خواهد بخشید. در واقع، روان درمانی به عنوان یک درمان حرفه‌ای، معتادان را در کلیت خود و به صورت یک کل نگریسته و آن را دارای تاریخچه نیازهای ویژه‌ای می‌داند و وی را تنها در محدوده سوء مصرف مواد مورد توجه قرار نمی‌دهد. در چنین کلیتی، روان درمانگر جزیی از ساختار درمان قلمداد می‌شود. در- این ساختار، ارتباط چهره به چهره و فرد با فرد است تا با دریافت کمک‌های حرفه‌ای رهایی از اختلال سوء مصرف مواد کمک می‌کند تا داستان زندگی و فرایند خود شدن خود را بازگو کنند. در این خود بازگویی صحبت‌ها شنیده می‌شود، حرف‌ها زده می‌شود و طرحی برای بازسازی مجدد ریخته می‌شود. در حال حاضر جهت روان درمانی سوء مصرف مواد از تمام رویکردهای مشهور مانند روان‌پویایی، رفتار درمانی، شناخت درمانی، درمان شناختی- درمانی، درمان‌های حمایتی وانگیزی استفاده می‌شود (مهریار و جزایری، ۱۳۸۶). با این حال، به نظر می‌رسد چون طی دو دهه‌ی اخیر داروهای مورد علاقه‌ی نوجوانان به شدت تغییر کرده است و عموماً از داروهای مخدر به سمت داروهای صنعتی (محرک و توهم زا) چرخش کرده است، بنابراین لازم است که شیوه- های روان درمانی نیز متناسب با آن تغییر نماید. در این قسمت، برخی از شیوه‌های روان درمانی به صورت

¹-myrick&wright

²-agonist medication

²-receptor antagonist

³-kamine&marsch

خلاصه توضیح داده می شوند. لازم به توضیح است که با وجود اهمیت و نقش رویکردهای روان درمانی مانند روان پویایی و جز این ها، ولی بنا به دلایلی که از حوصله ی این مطالعه خارج است، کاربرد این شیوه های روان درمانی محدود شده است. به همین دلیل درباره آن ها توضیح داده نمی شود. بدیهی است شیوه های روان درمانی که در این قسمت توضیح داده می شوند، عموماً نمی توانند به تنهایی بر روی ترک اعتیاد و کاهش علایم پس از ترک اثربخشی چندانی داشته باشند و بنابراین تنها در جهت افزایش متابعت از رژیم دارویی، افزایش انگیزش جهت باقی ماندن در درمان و همچنین به عنوان درمان مکمل دارو درمانی مطرح می شوند. البته این موضوع درباره مداخلات اجتماعی و گروهی مانند انجمن معتادان گمنام و کمپ های ترک اعتیاد که در ادامه به آن ها خواهیم پرداخت فرق می کند.

۲-۳-۴-۱- درمان های مبتنی بر پسخوراند زیستی

درمان های مبتنی بر پسخوراند زیستی گونه ای از درمان های تلفیقی روانی-زیستی هستند که این دو بعد مهم را با یکدیگر ترکیب می کنند. چنان که در بخش دوم نیز درباره مکانیزم تاثیر داروها بر روی مغز صحبت کردیم، هر کدام از داروهای روان گردان با مکانیزم تاثیر خود اثرات خاصی بر مغز و کارکردهای آن به جای می گذارند. طبیعی است مغز و سیستم عصبی افرادی که به مدت طولانی از چنین داروهایی استفاده می کنند، به شدت تغییر می کند و فعالیت های آن دچار مشکل می شوند. بنابراین، درمان های مبتنی بر پسخوراند زیستی با این فرض که می توان با استفاده از پسخوراند عصبی، فعالیت های نابهنجار مغز را به فعالیت های بهنجار تغییر داد، طرح ریزی شده اند. در یک مطالعه که توسط ریموند، دروی، دورستلر و هوک^۱ (۲۰۰۵) انجام شد، نتایج روش درمانگری پسخوراند عصبی بر روی افراد دارای سوء مصرف کراک و هروئین مورد تایید قرار گرفت.

۲-۳-۴-۲- درمان شناختی-رفتاری (C.b.t)

با توجه به ساختار و محتوای خاصی که درمان های شناختی-رفتاری از آن برخوردارند، تاثیر نسبتاً مطلوبی بر درمان اختلال سوء مصرف مواد داشته اند. در واقع، روش شناختی-رفتاری یک رویکرد روان درمانی کوتاه مدت و دارای ساختار است که بر روی تعبیر و تفسیر، افکار و باورهای فرد درباره موضوع سوء مصرف و ترک تاکید می کند. به بیان دیگر، مداخلات شناختی یا شناختی-رفتاری ریشه در الگوی آسیب پذیری شناختی

^۱-Riymond,Drewe,Dursteler&Hock

بک (۱۹۷۶) دارند. در این الگو، به مراجع آموزش داده می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتار ناکارآمد تغییر حاصل کند، از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته استفاده می‌شود (بنت^۱، ۲۰۰۶). روان درمانگر با کمک کردن به مراجع برای تغییر افکار خود در مورد تجارب فردی، آن‌ها را به تغییر در رفتار ترغیب می‌کند، که این امر به تغییر در احساس مراجع نسبت به خودش منجر می‌شود (نزو، نزو و لومباردو^۲، ۲۰۰۴). در همین زمینه، نتایج مطالعات نشان داده است الگوی پیشگیری از عود که مارلات^۳ (۱۹۹۰) ارائه کرده است با تاکید بر رفتارهای مقابله‌ای از جمله اثربخش‌ترین روش‌های درمان شناختی-رفتاری جلوگیری از عود به حساب می‌آید (جعفری، اسکندری، سهرابی، دلاور و حشمتی، ۲۰۱۰). در واقع، مارلات (۱۹۹۰) که نامش با مفهوم سازی سوء مصرف مواد از دیدگاه شناختی عجین شده است، یک الگوی درمانی را برای سوء مصرف مواد مطرح کرده است که مشتمل بر چهار فرایند است که تا حدودی به الگوی یادگیری اجتماعی-شناختی بندورا (۱۹۹۷، ۱۹۹۷) نزدیک است. چهار فرایند الگوی مارلات عبارتند از: احساس بسندگی شخصی، انتظار پیامد، اسنادهای علی و فرایندهای تصمیم‌گیری. نتایج مطالعات نشان داده است که الگوهای شناختی-رفتاری بر کاهش مشکلات روان شناختی ناشی از سوء مصرف موفق بوده اند. به عنوان مثال، در یک پژوهش عاشوری، ملازاده و محمدی (۱۳۸۷) اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری را در بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و پیشگیری از عود در افراد معتاد بررسی کردند. نتایج پژوهش نشان داد که افرادی که تحت درمان شناختی-رفتاری قرار گرفتند به صورت معناداری نسبت به افرادی که چنین درمانی را دریافت نکردند نه تنها عود کمتری را نشان دادند، بلکه از نظر میزان بهره‌گیری از راهبردهای مقابله‌ای تفاوت معنادار نشان دادند. البته با وجود این که درمان‌های شناختی-رفتاری سنتی از اثربخشی نسبی برخوردارند، ولی در سال‌های اخیر درمان‌های شناختی نوینی طرح ریزی و معرفی شده‌اند که قابلیت‌های درمان‌های شناختی-رفتاری سنتی را به انضمام قابلیت‌های دیگر دارا هستند. برخی از این مداخلات مانند الگوی طرح واره درمانی (بال، ۲۰۰۷)، «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی»^۴ (سگال، ویلیامز و تیزدیل^۵، ۲۰۰۲)، «درمان پذیرش»^۶ (هیز، استروسال

^۱-Benett

^۲-Nezu, Nezu & Lombardo

^۳-Marrlat

^۴-mindfulness based cognitive therapy

^۵-Segal, Williams & Teasdale

^۶-acceptance and commitment therapy (ACT)

و ویلسون^۱، ۱۹۹۹) و «رفتار درمانی دیالکتیکی» (مک کی، وود و بنتلی، ۱۳۹۲) و جز این‌ها نیز از کارایی نسبتاً بالایی برخوردارند.

۲-۳-۴-۳-۲- مصاحبه‌های انگیزشی^۲

از بین تعداد زیادی مداخلات روان شناختی که برای درمان سوء مصرف مواد پیشنهاد شده است، تنها تعداد انگشت‌شماری از آن‌ها برای مداخله و درمان سوء مصرف مواد از حمایت پژوهشی برخوردارند. مصاحبه‌ی انگیزشی از جمله این مداخلات است که برای درمان سوء مصرف مواد در بین نوجوانان و بزرگسالان از حمایت پژوهشی‌بسنده‌ای برخوردار است (کامینر و بوک استاین^۳، ۲۰۰۸).

مصاحبه‌های انگیزشی نوعی درمان کوتاه مدت به حساب می‌آیند که برای درمان سوء مصرف مواد و برخی از مشکلات اختلالات روان شناختی و حتی سلامتی مورد استفاده قرار می‌گیرند. در واقع، مصاحبه‌ای است که به منظور شناسایی، حل و برطرف کردن دوگانگی‌ها و تردیدهای بیمار صورت می‌گیرد و از این طریق انگیزش بیمار را در جهت تغییر یافتن و بهبودی افزایش می‌دهد. این نوع مصاحبه از سال ۱۹۸۳ به بعد ابداع و برای طیف وسیعی از اختلالات روان شناختی مانند سوء مصرف مواد، اختلال مرتبط به خوردن، اختلالات اضطرابی و یا حتی کاربست برنامه‌های بهداشتی به کار برده می‌شود.

به بیان دیگر، مصاحبه انگیزشی، روشی مراجع محور و رهنمودی است که به منظور تقویت و افزایش انگیزه درونی جهت تغییر از طریق کشف، شناسایی و حل تردیدها و دوسوگرایی است. الگوی مفهومی مصاحبه انگیزشی بر پایه چنین مفهوم اساسی شکل گرفته است: الگوی فرایند تغییر دی‌کلمنت و پروچاسکا (۱۹۸۳)، دوسوگرایی و تردید، باورهای بهداشتی مربوط به الگوی محافظتی (راجرز، ۱۹۷۶)، موازنه تصمیم‌گیری مان و -جنیس^۴ (۱۹۷۶)، نظریه‌ی واکنشی عمل کردن (برهم^۵، ۱۹۸۱)، نظریه ادراک خویشتن (بم^۶، ۱۹۸۱) و نظریه‌ی خود-سامان دهی (کانفر^۷، ۱۹۸۶) (نقل از فیلدز^۸، ۲۰۰۶).

^۱-Hayes, Strosahl & Wilson

^۲- motivational interviewing

^۳-Kaminer & Bukstein

^۴-Mann & Janis

^۵-Brehm

^۶-Bem

^۷-Kanfer

^۸-Fields

در جریان یک مصاحبه انگیزشی درمان گر بیش از آن که دستور دهنده باشد حمایت کننده و همدل است و از طریق اظهار همدلی، نشان دادن تفاوت (ضرورت‌ها و وضعیت موجود)، کنار آمدن با مقاومت و حمایت از خودکفایی مراجع تغییر و درمان را دنبال می‌کند. به عنوان مثال، در جریان یک مصاحبه‌ی انگیزشی بر خلاف رویکردهای سنتی، روان درمان گر بر نیاز به تغییر تاکید نمی‌کند (تو باید مواد مصرف نکنی!) در حالی که درمان جو نیز اسن دستور را قبول ندارد و به طور جدی از آن اجتناب می‌کند. بنابراین در جریان مصاحبه‌ی انگیزشی درمان گر به جای آن که مراجع را به صورت مستقیم متقاعد سازد، به طور منظم اطلاعاتی را از بیرون می‌کشد و دلایل نگرانی و تغییر را تقویت می‌کند. روان درمان گر جوی صمیمی و همدلانه ایجاد می‌کند که به مراجع امکان می‌دهد احساسات تردیدآمیز خود درمورد تغییر را شناسایی کند. در این حال، روان درمان گر به طور مستقیم با مقاومت مراجع برخورد نمی‌کند، بلکه مقاومت او را ماهرانه منحرف می‌کند. مشخص شده است که این روش یکی از بهترین شیوه‌ها برای برخورد با مقاومت‌ها و انکار به عنوان دو مکانیزم دفاعی مورد علاقه افراد سوء مصرف کننده مواد است.

۲-۳-۴-۳- درمان‌های اجتماعی

این دسته درمان‌ها با هدف فراهم سازی حمایت اجتماعی برای افراد وابسته به مواد پدید آمده است. اشکال متنوع این نوع درمان‌ها که غالباً دوره‌های ترک و پس از ترک را شامل می‌شود، شامل درمان‌های بستری سازی افراد در بخش‌های ویژه تا درمان‌های اجتماعی مستقل می‌شود (لیاقت، ۱۳۷۵).

۲-۳-۴-۱- درمان‌های مبتنی بر بسترسازی در بیمارستان

در اغلب کشورها امکانات بیمارستانی با هدف بستری سازی افراد وابسته به مواد پدید آمده است. مراحل درمان در این روش شامل پذیرش بیماران و بستری ساختن آن‌ها است. در فرایند بستری‌سازی، فعالیت‌های درمان، بازپروری و توان بخشی طی دوره‌های چند هفته‌ای صورت می‌گیرد. در این روش‌ها، درمان ابتدا با دوره مسمومیت زدایی تدریجی آغاز می‌شود، سپس فرد درمان‌های روانی و اجتماعی کمکی را برای بازگشت به محیط زندگی و اجتماعی خویش دریافت می‌کند. البته در برخی از کشورها معمولاً دوره درمانی حداکثر یک هفته به طول می‌انجامد که در این باره باید گفت:

این دوره‌های یک هفته صرفاً شامل دوره مسمومیت زدایی است و درمان‌های حمایتی بیشتر طی مراجعات هفتگی بعدی صورت می‌گیرد. این روش‌ها معمولاً دارای هزینه گزافی است و لذا تمامی افراد وابسته

به دلیل مشکلات اقتصادی و مالی نمی توانند از این گونه امکانات بهره‌مند شوند. به همین دلیل گروهی از صاحب‌نظران بر این باورند که روش‌های دیگر درمانی که در آن‌ها به بستری شدن افراد نیازی نیست، نسبت به این روش‌ها اولویت دارند (گل پرور و همکاران، ۱۳۸۲). در این قسمت به برخی از روش‌های درمان که آن‌ها را می‌توان در گستره‌ی درمان‌های اجتماعی قلمداد کرد، به صورت خلاصه معرفی می‌شوند.

۲-۳-۴-۳-۲- انجمن‌های گمنام

روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی با به کارگیری نظریه‌های روان‌درمانی و کسب آموزش‌های عملی در درمان سوء مصرف مواد، به مهارت‌های قابل توجهی در درمان اختلالات وابسته به مواد الکلی دست یافته‌اند. علی‌رغم این وضعیت، شمار کمی از روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی علاقمند به کسب آموزش‌های عملی در درمان سوء مصرف مواد هستند. بدبینی‌های موجود در خصوص درمان معتادین، مسئله اعتیاد را به یک مبارزه بزرگ تبدیل نموده است. بر همین مبنا، بهبود طولانی مدت به خوبی قابل فهم نبوده و امکان بازگشت پس از یک دوره درمان بالا می‌باشد. از این رو، عدم پایداری در بهبودی، هر ساله صدمات و خسارت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی جبران ناپذیری را بر فرد و اجتماع وارد می‌سازد. برنامه‌های دوازده گام برای اولین بار برای الکلی‌ها و سپس برای سوء مصرف کنندگان دیگر مواد پدید آمده، ثابت نمود که قادر به حفظ تعداد زیادی از الکلی‌ها و معتادین بهبود یافته برای ادامه شرکت فعال‌شان در فرایند درمان است.

از قدیمی‌ترین و قابل توجه‌ترین گروه‌هایی که در عرصه درمان اختلالات الکلیسم نقش مهمی را ایفاء نموده‌اند، می‌توان به گروه‌های AA یا الکلی‌های گمنام^۱ اشاره کرد. این گروه‌ها به فهم درک بهبودی طولانی در الکلی‌ها کمک بارزی کرده‌اند. نتایج پژوهش‌ها در مورد اثربخشی این گروه‌ها از سال ۱۹۶۸ آغاز گردید و تقریباً هر سه سال یک بار ادامه داشته است. هرچند نتیجه یکسانی از این پژوهش‌ها به دست نیامده است، اما در تمامی این پژوهش‌ها اثربخشی AA و NA ثابت گردیده است. البته نوسان در ثبت اثربخشی این گروه‌ها وابسته به نوع مطالعات انجام گرفته و اندازه و مقدار گروه‌های مورد مطالعه‌ای بوده که آزمودنی‌های پژوهش را تشکیل می‌دادند. البته باید توجه داشت که مطالعاتی که از دهه ۱۹۷۰ تا ۱۹۹۰ صورت گرفته، AA و NA را جزئی از سیستم درمانی و الحاقی به درمان رسمی پذیرفته‌اند. موسسین این گروه‌ها به این عقیده پای‌بند بوده‌اند که AA و NA در حفظ هوشیاری طولانی مدت نسبت به الکل و مواد موثر است. آن‌ها در تدوین این مراحل

^۱-Alcoholics Anonymous

کوشیده‌اند تا اثرات دارو درمانی و روان درمانی را افزایش داده و بودن در AA و NA را به یک تجربه منحصر به فرد و سودمند تبدیل نمایند.

براساس برآوردهای صورت گرفته توسط بسیلو هابرم (۱۹۸۴) از اوایل دهه ۱۹۷۰ عضویت در گروه‌های AA و NA افزایش قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد. در واقع، مطالعات موجود نشان داده که AA در بیشترین کمک را به الکلی‌های رنجور و آسیب دیده ارائه کرده است. این در حالی است که نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد در طول سال‌های دهه‌ی ۷۰، ۸ و ۹۰ آمار تعداد افرادی که در چنین انجمن‌هایی ثبت نام کرده اند به شدت افزایش یافته است.

این در حالی است که این آمار فزاینده صرفاً براساس اعلام AA (از سال ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۲)، تنها آن دسته از اعضای را در برمی‌گیرد که رسماً در دفاتر مرکز AA ثبت نام کرده‌اند، در حالی که اعضاء دیگری هم در گروه‌های AA وجود دارند که در سرشماری رسمی ثبت نشده‌اند. رشد ثابت آمار موجود، علی‌رغم میزان خروج افراد زیادی است که AA را ترک می‌کنند. گاهی خروج تعداد زیاد افراد از AA و NA به این واقعیت برمی‌گردد که این گروه‌ها افراد الکلی یا معتاد را مجبور به ماندن در گروه‌های مزبور نمی‌کنند. زیرا به تحقیق و تجربه ثابت شده است که پاسخ‌های معمول به فشار، بیشتر مقاومت و خشم می‌باشد، به همین دلیل برای کاهش خشم و مقاومت در مقابل، آزادی کاملی به افراد داده می‌شود که ماندن یا رفتن را با آزادی کامل انتخاب نمایند. بر اساس مطالعات صورت گرفته، خروج از AA و NA در سه ماهه اول وارد آن‌ها به شدت بالا است، ولی از این زمان به بعد تا حدود ۶ ماه کاهش چشمگیری در خروج از این گروه‌ها دیده می‌شود. به نظر می‌رسد دلیل اصلی این موضوع به فرایند آشناسازی، سازگاری با گروه، درک ضرورت آن و همسو شدن با آرمان‌های AA و NA مربوط است. البته دلایل خروج از این گروه‌ها را بیش از هر چیز به عامل انکار می‌توان نسبت داد (والش، هینکستون و مریگان، ۱۹۹۱).

یک الکلی یا یک معتاد معمولاً آخرین نفری است که به اعتیاد خودش پی می‌برد. در واقع، اعتیاد به الکل یا مواد مخدر را تنها آسیبی می‌توان تصور کرد که به سوژه فرد القا می‌کند که بیمار نیست. معمولاً با جمع‌آوری مدارک و اطلاعات و ارائه آن‌ها به معتادین می‌توان از میزان انکار آن‌ها کاست. هنگامی که زندگی و درد را کنار یکدیگر به معتاد نشان داده می‌شود، فرایند تکذیب و انکار به شدت آسیب‌پذیر می‌شود. منبع دوم

مقاومت را می‌توان به عوامل خارجی عواملی نظیر دوستان، خانواده و جزاین‌ها نسبت داد. در این خصوص، روان‌پزشکان و متخصصان سلامت روانی می‌توانند در کاهش این نوع مقاومت موثر واقع شوند.

سومین منبع مقاومت، گزارش‌های موجود درباره NA می‌باشد. اطلاعات نادرستی که درباره AA و NA وجود دارد به شایعات دامن‌می‌زند و باعث نادیده گرفتن این گروه‌ها شده است. در یکی از پژوهش‌های پر سر و صدا، باسلوها برمن (۱۹۸۴) باورهای غلطی را که در بین تعداد ۴۰۷ متخصص درباره NA وجود داشت را به شرح ذیل فهرست کردند:

۱) NA یک سازمان مذهبی متشکل از افراد متعصب است.

۲) NA را می‌توان یک نوع پزشکی عامیانه دانست که هیچ گونه پایه علمی ندارد.

۳) اعتماد به NA به اندازه اعتماد به مواد مضر و خطرناک است.

۴) اعضای محدودی هستند که از طبقات مختلف دور یکدیگر جمع شده‌اند. بدون این که از لحاظ حرفه‌ای با متخصصین تناسبی داشته باشند. بی تردید روان‌پزشکان، روان‌شناسان و متخصصین سلامت روانی در خصوص گروه‌های NA فعالیت‌های زیادی می‌توانند انجام دهند. به نظر می‌رسد، با حضور در گروه‌های NA مهم‌ترین خدمتی که می‌توان برای این گروه‌ها انجام داد، این است که با باورهای غلط موجود مبارزه کرد و شبهه‌ها و شایعات را از آن‌ها دور نمود. بر این اساس، به نظر می‌رسد که موارد زیر می‌تواند راه گشا باشد. اعتقاد راسخ این است که:

۱) گروه‌های NA و برنامه‌های دوازده گام آن‌ها برنامه‌هایی معنوی هستند و نه مذهبی. اولین گام در مجموعه گام‌های دوازده گانه NA که منشور آن‌هاست این است که:

ما اقرار می‌کنیم که در مقابل اعتیادمان عاجزیم و اختیار زندگی‌مان از دست‌مان خارج است. بر این اساس اولین اصل از دوازده اصل آن‌ها این است که: منافع مشترک ما باید در راس امور قرار بگیرد، بهبودی هر یک از ما به یگانگی معتادان گمنام بستگی دارد. بنا به عقیده راسخ گروه‌های AA و NA تنها شرط حضور اعضای در گروه‌های مذکور این است که از نوشیدن مشروب خودداری کرده و مصرف مواد را کنار بگذارند (سنت سوم). گام دوم از گام‌های دوازده‌گانه نیز نوعی تسلیم را القاء می‌کند. آن‌ها اعتقاد دارند که نیرویی مافوق بشری می‌تواند سلامت روانی را به الکلی‌ها و معتادین برگرداند. آن‌ها اعتقاد دارند که نیرویی مافوق بشری می‌تواند سلامت روانی را به الکلی‌ها و معتادین برگرداند. به همین دلیل تصمیم گرفته‌اند که اراده و

زندگی شان را به پروردگاری که درکش کرده اند بسپارند(گام سوم). بر این اساس در ارتباط گروهی خود فقط یک مرجع را می‌شناسند و آن پروردگار مهربان است(سنت دوم).

از نقطه نظر روان تحلیل گری، تسلیم روانی این افراد به عنوان یک عامل قدرتمندتر نسبت به خود فرد، یک گام مفید و ارزشمند در توسعه توانائی‌ها و رشد می‌باشد. AA و NA این حق را به اعضاء می‌دهد که هر فعالیت ناچیزی را که به آن‌ها در بهبود شرایط خود کمک می‌کند، تجربه نمایند.

۲)افزوده شدن تجارب الکلی‌ها و معتادین در بهبود دیگران یک امر مسلم بوده و شیوه‌ای معتبر برای جایگزینی و تکمیل بسیاری از نظام‌های درمانی است. در واقع، اعضاء AA و NA می‌پذیرند که به عده‌ای آسیب رسانده‌اند، به همین دلیل درصد جبران خسارات و زیان وارده بر دیگران از طریق کمک به آن‌ها یا افراد دیگری برمی‌آیند(گام هشتم). برای آن‌ها این مسئله محرز است که هر کجا فردی را ببابند که از آن‌ها صدمه دیده است از وی دلجویی کرده و خسارات آن‌ها را جبران می‌نمایند(گام نهم).

۳)گروه‌های AA و NA با توقف نوشیدن و مصرف مواد، جانشین‌های مطلوب‌تری را به اعضاء معرفی می‌کنند. آن‌ها به اعضاء خود یاد می‌دهند که ترازنامه‌ای اخلاقی و موشکافانه از رفتار، اعمال و شخصیت خود تنظیم و تهیه کنند (گام چهارم) و در صورت قصور از این ترازنامه بلافاصله به آن اقرار نمایند(گام دهم). شرکت مکرر در برنامه‌های دوازده گام AA و NA در ابتدای بهبودی شبیه چوب کمکی زیر بغل است که پس از ورشکستگی استخوان و ترمیم آن کنار گذاشته می‌شود. هنگامی که اصول AA و NA توسط اعضاء آن به صورت اساسی دنبال شود، تغییری محسوس در آن‌ها مشاهده می‌شود. آن‌ها هوشیارتر عمل کرده و کمتر از مکانیزم‌های دفاعی نامطلوب نظیر انکار، دلیل تراشی، واکنش وارونه و باطل کردن استفاده می‌کنند. با رشد در روند مزبور آن‌ها وضعیت دیگران را بیشتر رعایت کرده و اخلاقی‌تر عمل می‌نمایند، به این دلیل به انتظارات و نظر دیگران احترام بیشتری می‌گذارند. بر اساس اصول اولیه، همیاری و کمک معتادین و الکلی‌ها به یکدیگر به منظور بهبودی، پایه و اساس کار معتادین و الکلی‌های گمنام است. اعضاء آن‌ها مرتب جهت در میان گذاشتن تجربه بهبودی خود گرد هم می‌آیند و اعضاء با تجربه‌تر که راهنما یا قیم خوانده می‌شوند، مشخصاً به اعضاء جدیدتر کمک می‌کنند. آن‌ها با بیداری معنوی حاصل از برداشتن گام‌های دوازده گانه، سعی می‌کنند پیام خود را به معتادان و الکلی‌های دیگر رسانده و اصول مزبور را در تمام موارد زندگی خود به اجرا درآورند.

۴) گام های دوازده گانه، اصول اصلی برنامه الکلی ها و معتادان گمنام است و محور فعالیت های آن ها را تشکیل می دهد. این گام ها دستورالعمل های مشخصی را جهت بهبودی ارائه می دهند. با به کارگیری این دستورالعمل ها و تماس نزدیک و دایم با اعضا دیگر، الکلی ها و معتادین می آموزند که چگونه از الکل و مصرف مواد مخدر خودداری کنند و با فراز و نشیب های زندگی روبه رو شوند. با بکارگیری این اصول بطور کلی پیشرفت بارزی در درستکاری، انبساط، تواضع، فروتنی و حق شناسی آنها پدیدار می شود.

۵) از تمام طبقات اجتماعی در AA و NA افرادی وجود دارند. به علت تنوع طبقاتی افراد، نوع ناهمگنی و عدم تجانس بین اعضا وجود دارد. گروه های AA و NA سعی می کنند صرف نظر از جنس، مذهب، ناتوانی، مسایل قومی-نژادی از تمامی افراد دارای مشکلات مرتبط با الکل و مواد استقبال کنند.

با توجه به آن چه گفته شد، می توان نتیجه گیری کرد که در اغلب موارد کمک های بالینی هنگامی می تواند نتیجه بخش باشند که به شش سوال اساسی پاسخ داده شود. این شش سوال را می توان به نوعی برنامه بهبودی بر اساس گام های دوازده گانه در گروه های AA و NA تعریف کرد و یا به نوعی آن ها را موازی یکدیگر دانست.

۱) به طور معمول چه چیزی را مصرف می کنید؟ این سوال شامل دخانیات، الکل، داروها و شمار دیگری از مواد اعتیادآور است. سوال مزبور میزان آگاهی از کیفیت اعتیاد و وضعیت سلامتی و شرایط محدود کردن یا قطع ماده مورد نظر را مشخص می کند.

۲) چه برنامه ای برای بهبودی دارید؟ سوال فوق منظور و هدف فرد را از فعالیت کردن در گروه های AA و NA مشخص می کند. بر این اساس می توان میزان پافشاری و ایستادگی فرد را برای درمان و رهایی مشخص کرد.

۳) چه اجتماعی برای شما جالب بوده و توجه شما را بر می انگیزد؟ سوال فوق هم به کیفیت و هم به کمیت برنامه هایی می پردازد که می توانند جانشین خوبی برای مواد یا الکل باشند. سوال های فرعی و حاشیه ای که می توانند وضعیت فرد را بیشتر قابل درک نمایند عبارتند از:

الف) در جلسات AA و NA یا هر جلسه ای که به روند بهبودی کمک می کند، چه کارهایی می کنید؟

ب) چه نوع تجمع و گردهمایی به نظر شما بهترین ها می باشد؟

ج) چه تجمع هایی شما را از مصرف مواد و نوشیدن بیشتر الکل باز می دارند؟

۴) چه کارهایی با گروه‌ها و اعضای که با آن‌ها یک تیم خانواده را تشکیل می‌دهید انجام می‌دهید؟ در این خصوص مشارکت و حفظ روابط صمیمانه هدف اولیه و اصلی AA و NA را تشکیل می‌دهند که بهبودی را تشویق، پذیرش را میسر و تعلق آزاد منشانه را ترویج می‌کند.

۵) در کدام یک از مراحل و گام‌ها هستید؟ بی تردید در هر مرحله هدفی را دنبال می‌کنید که در نهایت به هوشیاری، دقت و رشد شخصی ختم می‌گردد. به عنوان مثال، در گام سوم (تصمیم می‌گیرم که اراده و زندگی را به پروردگار خود بسپارم)، معتادین می‌آموزند که اضطراب خود را درخصوص چیزهایی که نمی‌توانند تغییر دهند، کنترل نمایند. گام‌های چهارم و پنجم (گام چهارم: تشکیل ترازنامه اخلاقی و موشکافانه، گام پنجم: اقرار خطاهای خود به پروردگار، خود و انسانی دیگر) به فرایند خودکاری که یک قسمت مهم در روان درمانی نیز محسوب می‌گردد، ختم می‌شود. گام‌های هشتم و نهم نیز به بازسازی وابستگی‌ها و تعلق‌هایی که آسیب دیده یا قطع گردیده اند کمک می‌کند.

۶) با راهنما و قیم خود چگونه برخورد می‌کنید؟ بر اساس اصول اولیه گروه‌های AA همیشه یک قیم برای فردی که تازه وارد گروه می‌شود، وجود دارد. قیم‌ها نقش مهمی در پیشگیری از بازگشت الکلی‌ها به نوشیدن دوباره بازی می‌کنند. قیم‌ها همچنین الگوهای فرد نیز می‌باشند. آن‌ها منابع حمایتی بالقوه مطلوبی هستند که هر گاه نیاز باشد، برای تسریع روند بهبودی فرد تازه وارد او را تحت فشار قرار می‌دهند.

۷) گروه‌های AA و NA با عملکرد خود در طول نزدیک به تقریباً نیم قرن و بیشتر (الکلی‌های گمنام (AA) در سال ۱۹۳۵ و معتادین گمنام (NA) در سال ۱۹۵۳ پا به عرصه وجود گذاشته‌اند) توانسته حقانیت و تاثیر بارز خود را در فرایند درمان الکلی‌ها و معتادین به انواع مواد ثابت کنند. به طور کلیه مطالعات نشان داده که حضور در این گروه‌ها از یک سال تا ۵ سال و حتی بیشتر (با میانگین ۴ سال) هوشیاری و بهبودی را تداوم بخشیده است. معمولاً جلسات هفته ای ۲ تا ۳ بار تشکیل می‌شود و قطع نظر از ویژگی‌های ظاهری، قومی، طبقاتی و جز این‌ها، همه اعضا در برنامه‌های دوازده گام گروه‌های AA و NA شرکت کرده و فعالیت‌ها و وظایف محوله را برای رسیدن به رشد شخصی و رهایی انجام می‌دهند. به عقیده اعضا AA و NA اقدام کردن و ایستادگی بر اساس گام‌ها و اصول معرفی شده در گروه‌های مزبور ضامن بهبودی و پیشرفت شخصی است.

بدیهی است که همه‌ی برنامه‌های دوازده قدمی از برداشت‌های مشابهی از دوازده قدم پیروی می‌کنند. اعضا به طور مرتب در جلساتی دور هم جمع می‌شوند و تجربه‌ها، امیدها، رفتاری‌ها، موفقیت‌ها و شکست‌ها

های شان را با یکدیگر در میان می گذارند و عملاً یک یک اعضاء، یاری رسان و حامی و راهنمای یکدیگر هستند. دوازده قدم معروف انجمن های الکلی های گمنام و معتادان گمنام به شرح زیر می باشد:

- ۱- ما اقرار کردیم که در برابر مواد عاجز بودیم و زندگی مان غیر قابل اداره شده بود.
 - ۲- به مرور به این باور رسیدیم که نیرویی برتر از خودمان می تواند سلامت عقل را به ما برگرداند.
 - ۳- تصمیم گرفتیم اراده و زندگی خود را به مراقبت خداوند، بدان گونه که او را درک می کردیم، بسپاریم.
 - ۴- یک ترازنامه ی اخلاقی جستجوگرانه و بی باکانه از خودتپیه کردیم.
 - ۵- چگونگی دقیق خطاهای مان را به خداوند، به خود، و به یک انسان دیگر اقرار کردیم.
 - ۶- آمادگی کامل پیدا کردیم که خداوند تمام این نقایص شخصیتی ما را برطرف کند.
 - ۷- با فروتنی از او درخواست کردیم کمبودهای اخلاقی ما را بر طرف کند.
 - ۸- فهرستی از تمامی کسانی که به آنها صدمه زده بودیم تهیه کردیم، و خواستار جبران خسارت از تمامی آنها شدیم.
 - ۹- هر جا که امکان پذیر بود، مستقیماً از چنین اشخاصی جبران خسارت کردیم، مگر در مواردی که این کار ممکن بود به آنها یا دیگران صدمه بزند.
 - ۱۰- به تهیه ی ترازنامه ی شخصی ادامه دادیم و هر جا در اشتباه بودیم، بی درنگ به آن اقرار کردیم.
 - ۱۱- از راه دعا و مراقبه خواهان ارتقای رابطه ی آگاهانه ی خود با خداوند، بدان گونه که او را درک می کردیم شده، فقط برای آگاهی از خواست و اراده ی او برای خود و قدرت اجرای آن دعا کردیم.
 - ۱۲- با بیداری معنوی حاصل از این قدم ها، کوشیدیم این پیام را به الکی های دیگر برسانیم و این اصول را در تمام امور زندگی به کار بندیم. (نقل از توترسکی، ترجمه ملکی معیری، ۱۳۸۶).
- همچنین علاوه بر قدم های دوازده گانه، دوازده سنت به شرح زیر نیز وجود دارد:
- ۱- مصلحت جمعی ما باید مقدم شمرده شود، بهبودی فردی به اتحاد NA وابسته است.
 - ۲- مرجع نهایی در مورد هدف گروهی ما، فقط خداوند مهربان است- باشد که او خود را در وجدان جمعی ما متجلی سازد. رهبران ما چیزی جز خدمت گذاران معتمد نیستند، آنها حکمرانی نمی کنند.
 - ۳- تنها عضویت در NA تمایل به قطع مصرف مواد است.
 - ۴- هر گروه باید مستقل باشد، مگر در مواردی که بر گروه های دیگر یا کل NA تاثیر بگذارد.

- ۵- هر گروه تنها یک هدف اصلی دارد-رساندن این پیام به معتادانی که هنوز در عذاب هستند.
- ۶-یک گروه NA هرگز نباید هیچ موسسه مشابه یا هر سازمان دیگری را تایید یا در آن سرمایه‌گذاری کند، یا نام NA را به آن عاریت دهد؛ مبدا مسایل مالی، ملکی و شهرت ما را از هدف اصلی مان منحرف سازد.
- ۷- هر گروه NA باید کاملاً متکی به خود باشد و هیچ کمک مالی از بیرون قبول نکند.
- ۸-معتادان گمنام همیشه باید غیرحرفه‌ای باقی بماند، اما مراکز خدماتی ما مجاز هستند، کارمندان مخصوصی استخدام کنند.
- ۹-NA هرگز نباید به صورت یک تشکل به معنای مرسوم آن درآید، اما ما مجازیم هیات‌های خدماتی یا کمیته‌هایی تشکیل دهیم که مستقیماً به کسانی که به آن‌ها خدمت می‌کنند، پاسخ گو باشند.
- ۱۰-معتادان گمنام هیچ نظری درباره‌ی مقوله‌های بیرونی ندارند، لذا نام NA نباید به هیچ‌وجه در مباحث اجتماعی به میان کشیده شود.
- ۱۱-خط مشی روابط عمومی ما بیش‌تر جاذبه است تا تبلیغ، ما همیشه باید گمنامی فردی خود را در مطبوعات،رادیو و فیلم‌ها حفظ کنیم.
- ۱۲-گمنامی اساس معنوی تمام سنت‌های ما، و تا ابد یادآور ماست که اصول را بر مسایل شخصی ترجیح دهیم. (نقل از توترسکی، ترجمه ملکی معیری، ۱۳۸۶).

ارزیابی کلی از انجمن‌های گمنام

این روش‌های درمانی در بسیاری از کشورها به ویژه در آمریکا، موفقیت چشم‌گیری داشته‌اند و اغلب برترین روش درمانی به شمار می‌آیند. این گروه‌ها را در واقع می‌توان به عنوان گروه‌های خودیاری یا حمایت متقابل به شمار آورد. انجمن‌های گمنام استثنایی به نظر می‌رسند نه به این دلیل که منحصر به فرد هستند، بلکه از آن جهت که جنبه‌های مذهبی آشکاری دارند. جمعیت‌های گمنام علاقه‌ای به علل وابستگی ندارند و این نوع دلایل را فقط به عنوان توجیه یا عذ و بهانه در نظر می‌گیرند و معتقدند که افراد وابسته به دلیل اجبار برای مصرف مواد به این کار روی آورده و کنترل خود را در آن از دست داده‌اند و شاید از این موضوع آگاه یا ناآگاه باشند. علی‌رغم اینکه طی دهه ۱۹۶۰ شواهدی به ویژه از طرف انجمن‌های گمنام الکلی‌ها مبنی بر موفقیت تا حدود ۷۵ درصد برای شرکت‌کنندگان در گردهمایی ارائه شده، ولی هیچ‌گونه شواهد پژوهشی در تایید این ادعا در آن زمان ارائه نگردیده بود. با این حال، در حاضر بسیاری از کارشناسان به اثربخشی این گونه جمعیت‌های گمنام اعتقاد دارند. (گل‌پرور و همکاران، ۱۳۸۲).

۲-۴ بخش دوم: پیشینه تحقیق

۲-۴-۱ پیشینه داخلی تحقیق

سجاد بشرپور و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی تحت عنوان نقش دلسوزی نسبت به خود، خودکنترلی شناختی و ادراک بیماری در میزان ولع مصرف افراد وابسته به مواد، دریافتند که

ولع و اشتیاق، هسته مرکزی اعتیاد و دلیل ادامه سوء مصرف مواد و همچنین بازگشت به اعتیاد پس از درمان است. به منظور شناسایی عوامل موثر بر اشتها، این مطالعه با هدف تعیین نقش خودآگاهی شناختی و درک بیماری در پیش بینی سطح اشتیاق در افراد وابسته به مواد انجام شده است.

دهقانی، خدابخشی و کولایی (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان اثربخشی امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و تاب آوری زنان معتاد شهر تهران به این نتیجه رسیدند که امید درمانی به عنوان مداخله روان شناسی مثبت گرا می تواند به کاهش معضلات و مشکلات روان شناختی افراد کمک کند.

ریسیان، گلزاری و برجلی (۱۳۹۰) در پژوهشی که تحت عنوان اثر بخشی امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمان جوی وابسته به مواد مخدر انجام دادند به این نتیجه رسیدند که آموزش امید درمانی می تواند کاهش قابل ملاحظه ای در میزان نشانگان افسردگی زنان معتاد ایجاد کند. به علاوه، نتایج آزمون مجذور خی حکایت از معناداری تفاوت تعداد زنان عود کرده با توجه به گروه (آزمایش و گواه) داشته است.

محمود گلزاری و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی با هدف بررسی اثر بخشی آموزش امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی در زنان دارای همسر معتاد، در شهر شیراز دریافتند که آموزش امید درمانی در کاهش میزان افسردگی در زنان دارای همسر معتاد موثر است و این نتایج پایدار می باشد.

سپهری نسب و ثابت (۱۳۹۴) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر امید و سازگاری بین فردی معتادان تحت درمان به این نتیجه دست یافتند که آموزش شناختی- رفتاری مدیریت استرس می تواند به عنوان یک روش مداخله ای مفید برای معتادان تحت درمان، موثر باشد.

فرنام وهمکاران(۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان اثر بخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در پیشگیری از بازگشت و افزایش مهارت های مقابله ای در افراد وابسته به مواد افیونی دریافتند که آموزش مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در پیشگیری از بازگشت به اعتیاد و افزایش مهارت های مقابله ای موثر است.

محمد خانی، صادقی و ولی ا... (۱۳۹۰) در پژوهشی تحت عنوان مدل روابط هیجان منفی، باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید وسوسه انگیز و تنظیم هیجان با بازگشت به مصرف مواد به این نتیجه رسیدند که مدل فرضی بازگشت به مصرف مواد از برازش مناسبی برخوردار است و واریانس معناداری از بازگشت به مصرف مواد را تبیین می کند. بر اساس این مدل، مجموعه ای از متغیرهای شناختی شامل باورهای مرکزی، عقاید مرتبط با مواد و عقاید وسوسه انگیز و راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین هیجان های منفی و بازگشت به مصرف مواد میانجی گری می کنند. و استفاده از تکنیک های شناختی رفتاری برای شناسایی و تغییر باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد و آموزش راهبردهای انطباقی مقابله با وسوسه و تنظیم هیجان، باید بخش مهم برنامه درمان سوء مصرف مواد باشد. کورش و داریوش امینی وهمکاران (۱۳۸۲) در بررسی عوامل اجتماعی و محیطی مرتبط با بازگشت مجدد معتادان به مصرف مواد افیونی، در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان، پی بردند که با توجه به عوامل اجتماعی و محیطی می توان با آموزش و مداخله در جهت روش های قاطعیت و تغییر در سبک زندگی به مددجویان، آموزش روابط بین فردی و مدارا با مددجو و اعضای خانواده وی موجبات کاهش بازگشت مجدد معتادان را فراهم کرد.

دادخواهی و هیمن (۱۳۹۴) در مقایسه کارکرد خانواده، باورهای غیرمنطقی و خودپنداره در جوانان معتاد و غیرمعتاد، به این نتیجه رسیدند که کارکرد خانواده و خودپنداره جوانان معتاد نسبت به جوانان غیرمعتاد به طور معناداری در سطح پایین تری قرار دارد. همچنین تفاوت معناداری در میزان باورهای غیرمنطقی افراد معتاد نسبت به افراد عادی وجود دارد. بر اساس نتایج این پژوهش می توان گفت که بین جوانان معتاد و غیرمعتاد در متغیرهای کارکرد خانواده، باورهای غیرمنطقی و خودپنداره تفاوت معنادار وجود دارد.

عنایت، جوانمرد و ممقانی (۱۳۹۱) در مقایسه سوگیری توجه نسبت به مواد افیونی در افراد وابسته و

ترک کرده در بین مراجعین به کلینیک های درمانی و اعضای انجمن های معتادان گمنام، دریافتند

که در سوگیری توجه نسبت به محرک های مواد افیونی در گروه گواه و مصرف کننده های خفیف و شدید و همچنین افراد ترک کرده با فاصله زمانی کوتاه مدت تفاوت وجود دارد. همچنین، گروه کنترل دارای وسوسه و سوگیری توجه کمتری نسبت به گروه های دیگر بودند. در نهایت، افرادی که دارای مصرف خفیف هستند در مقایسه با گروه کنترل احساس تهدید بیشتری می کنند.

قدرتی و همکاران (۱۳۹۳) در بررسی تاثیر آموزش مدد جویان در جلسات انجمن معتادان گمنام بر گرایش به مصرف مواد مخدر به این نتیجه رسیدند که آموزش در جلسات انجمن معتادان گمنام باعث گرایش کمتر افراد به مصرف مواد مخدر می گردد. بنابراین سازمان ها و مراکز مسوول می توانند با حمایت خویش در جهت برگزاری هر چه بهتر این جلسات به تداوم ترک اعتیاد مددجویان کمک نمایند.

نسرین فولادی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی تبادل تجربیات مصرف کنندگان مواد مخدر و تداوم شرکت در گروه های معتادین گمنام (NA) نشان دادند که حضور در NA و اثرات سازنده قدم های آن در زندگی افراد منجر به تغییرات شخصیتی در فرد شده و تاثیرات سودمند بر روی فرد و خانواده و جامعه دارد و منجر به ترک پایدارتر در افراد می شود، لذا باید کوشید تا این راه موفق ترک مواد مخدر بیشتر و بهتر اطلاع رسانی گردد و نهادهای مرتبط از این انجمن حمایت کنند تا میزان مشارکت افراد در انجمن معتادین گمنام افزایش یابد.

در پژوهشی که مژگان کاربخش و نگار صالحیان زند (۱۳۹۱) با هدف بررسی اپیدمیولوژی سوء مصرف مواد مخدر ناخالص (AOO) در تهران انجام دادند؛ مشخص شد مصرف بیش از حد مواد ناخالص (حاد) یکی از عوارض سوء مصرف و بازگشت به مواد است.

۲-۴-۲ پیشینه خارجی تحقیق

هاروی و همکاران (۲۰۱۰) در مقایسه سه مدل درمان اعتیاد در نوجوانان که عبارتند از درمان گروهی (Gt)، درمان سیستماتیک خانواده (fst) و آموزش درمان خانواده (FDF) دریافتند که درمان گروهی (GT) موثر تر از FST و fdf است.

روجر و همکاران (۲۰۱۲) در مقایسه درمان گروهی و مشاوره گروهی بر روی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و وابسته به مواد افیونی به این نتیجه رسیدند که درمان گروهی یکپارچه، برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و وابسته به مواد افیونی، یک رویکرد امیدوار کننده برای کاهش مصرف مواد در این جمعیت است.

ولکمن و کریسی (۲۰۱۴) در پژوهشی با عنوان اثر بخشی آموزش اصول روانشناختی اجتماعی بر باقی ماندن بر ترک مواد افیونی، دریافتند که بین آموزش اصول روانشناختی اجتماعی و باقی ماندن بر ترک بهبودیافتگان مواد افیونی، رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

نتایج پژوهش آدام رافولیس (۲۰۱۳) با عنوان روایت و بازیابی معتادان گمنام، نشان داد؛ حضور مصرف کنندگان مواد افیونی در انجمن‌های NA موجب تقویت امید در آن‌ها و تغییر باورهایشان نسبت به مواد، خواهد شد.

طبق پژوهش محققین موسسه ملی سلامت آمریکا NATIONAL INSTITUTE OF (HEALTH) (۱۹۹۷) تغییر افکار و باورهای وابستگان به مواد مخدر می‌تواند در میزان عود وعدم بازگشت به مصرف، موثر باشد.

فصل سوم

« روش پژوهش »

۳-۱- مقدمه

در این فصل روش پژوهش، جامعه آماری، روش نمونه گیری و حجم نمونه، ابزار تحقیق، پایایی و روایی ابزار، شیوهی اجرای پژوهش و روش تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۳-۲- روش پژوهش

روش پژوهش: از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است و انتساب کاملاً تصادفی ۲۵ معناد بهبود یافته در جلسات معنادان گمنام در گروه آزمایش و ۲۵ معناد بهبود یافته شناسایی شده دیگر در گروه کنترل. بعد گروه آزمایش، طی ۱۰ جلسه، تحت آموزش مهارت‌های امیددرمانی - قرار می‌گیرند. هر دو گروه طی ۳ جلسه (پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری) پرسشنامه‌های مربوط به ولع، پیش بینی بازگشت و باورهای مرتبط با مواد را تکمیل کردند و در نهایت نتایج پس‌آزمون - پیگیری گروه آزمایش با پس‌آزمون - پیگیری گروه کنترل مقایسه شدند. برای رعایت اصول اخلاقی مربوط به پژوهش گروه گواه نیز بعد از پایان کار در یک جلسه دو ساعتی از خدمات ارائه شده برای گروه آزمایش بهرمند شدند.

نگاره طرح تحقیق:

گروه	گزینه	پیش	متغ	پس
		آزمون	یر مستقل	آزمون
آزمایش	R	T ₁	X	T ₂
کنترل	R	T ₂	-	T ₂

۳-۳- جامعه‌ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری مورد مطالعه این پژوهش کلیه اعضای انجمن معنادان گمنام (NA) شهرستان فارسان با ۱۷۰۰ عضومی باشند. که به صورت داوطلب جهت ترک اعتیاد و قرار گرفتن در مسیر بهبودی، به یکی از گروه های موجود در شهرستان مراجعه کرده اند. که ۲۵ نفر از معنادین انجمن معنادان گمنام (NA) شهرستان فارسان در گروه آزمایش و ۲۵ نفر به صورت تصادفی در گروه کنترل قرار گرفتند.

در پژوهش حاضر از نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای استفاده شد. بدین ترتیب ابتدا در مرحله نخست یک گروه معنادان گمنام (NA) از میان انجمن‌های چند گانه معنادان گمنام شهرستان فارسان به صورت تصادفی انتخاب شد و تعداد ۱۵۰ معناد عضوین گروه به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. سپس تعداد ۵۰ عضو که نمرات بالاتری در پرسشنامه‌های ولع، پیش‌بینی بازگشت و باورهای مربوط به مواد به دست آوردند، انتخاب و به صورت تصادفی ساده تعداد ۲۵ نفر در گروه آزمایش و ۲۵ نفر در گروه کنترل، قرار گرفتند.

۳-۴- ابزار پژوهش (روش گردآوری اطلاعات)

در این پژوهش، برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌هایی به شرح ذیل استفاده شد.

پرسشنامه ولع :

پرسشنامه ولع مصرف مواد پس از ترک توسط صالحی فدردی، برعرفان و ضیایی (۲۰۰۸) ساخته شده است که از ۲۰ گویه تشکیل شده است که به منظور سنجش میزان افکار و خیالات مربوط به مواد و وسوسه مصرف بکار می‌رود. نمره‌گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۶ نقطه‌ای (کاملاً درست است = ۵ و اصلاً درست نیست = ۰) می‌باشد. سوء مصرف مواد امروزه به عنوان یکی از آسیب‌های مهم اجتماعی است به طوری که نه تنها سلامت فرد و جامعه را به خطر می‌اندازد، بلکه زمینه بروز انحطاط روان و اخلاق را فراهم می‌کند. (صالحی و همکاران ۲۰۰۸)

میزان اعتبار این پرسشنامه بر حسب آلفای کرونباخ بدست آمد. برای سنجش روایی از پرسشنامه منفی و عواطف مثبت اطمینان موقعیتی آنیس و گراهام (۱۹۸۸)، هوس روانی (راب و همکاران، ۲۰۰۴) واتسون، کلارک و تلگان (۱۹۸۸) استفاده شد که جهت و اندازه همبستگی‌ها تأیید کننده روایی آن است.

پرسشنامه پیش‌بینی بازگشت :

مقیاس پیش‌بینی بازگشت یک مقیاس خودسنجی ۴۵ سوالی است (رایت، ۱۹۹۳) و هر سوال شامل یک موقعیت می‌شود که آزمودنی باید خود را در آن تصور کند. این مقیاس شامل دو قسمت می‌شود:-
1. شدت نیرومندی میل در موقعیت خاص ۲ - احتمال مصرف در آن موقعیت پرسشنامه توسط گودرزی (۱۳۸۰) ترجمه شده است.

روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات اساتید راهنما و مشاور، خوب ارزیابی و تایید شده است. در پژوهش مهرابی و همکاران (۱۳۸۳) اعتبار محاسبه شده برای این مقیاس با اجرا بر روی ۴۰ بیمار وابسته به مواد در دوره بهبود اولیه و با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس میزان وسوسه ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس میزان میل ۰/۹۷ محاسبه شده است، همبستگی به دست آمده بین دو خرده مقیاس مذکور با استفاده از روش همبستگی پیرسون ($r=0/85$) نیز از لحاظ آماری، رابطه معناداری رانشان می دهد ($p=0/100$)

پرسشنامه باور های مرتبط با مواد:

این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی است که عقاید مربوط به مواد را می سنجد و دارای ۲۰ ماده است که هر کدام در یک مقیاس ۷-۱ درجه ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) درجه بندی می - شود (رایت ۱۹۹۳). ۲۰ ماده این پرسشنامه شامل عبارت هایی درباره پیامدهای مثبت و منفی مصرف مواد است که فرد نظرات خود را در طیف مذکور بیان می کنند با توجه به اینکه این پرسشنامه در ایران استفاده نشده بود ابتدا بر روی گروه کوچکی که ۳۰ نفر از افراد مراجعه کننده به مراکز درمان ترک اعتیاد بود اجرا و همسانی درونی آن (۸۲٪) محاسبه شد پایایی این آزمون در اجرای نهایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۸۶٪ بدست آمد.

قابلیت اعتماد یا پایایی یک ابزار عبارت است از درجه ثبات آن در اندازه گیری هر آنچه اندازه می گیرد یعنی اینکه ابزار اندازه گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می دهد. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش محمدخانی ذکر شده است.

۳-۵- پروتکل درمانی مبتنی بر امید:

آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی شامل ۱۰ جلسه گروهی نود دقیقه‌ای می‌باشد. برنامه

درمانی براساس کارهای اشنايدر (۲۰۰۰) طراحی و اجرا شده است.

شرح مختصر جلسات به قرار زیر می‌باشد:

جلسات	محتوای آموزشی	مدت زمان جلسه
جلسه اول	ساختار جلسات و اهداف برنامه ی آموزشی بر اساس نظریه امید معرفی شد.	نود دقیقه
جلسه ی دوم	تبیین چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن.	نود دقیقه
جلسه ی سوم	هر یک از شرکت کنندگان داستان زندگی خود را تعریف می‌کنند.	نود دقیقه
جلسه ی چهارم	تبیین این داستان هابر اساس سه مولفه ی اصلی نظریه امید و قالب بندی مجدد.	نود دقیقه
جلسه ی پنجم	مطرح کردن لیستی از اتفاقات جاری وابعاد مهم زندگی .	نود دقیقه
جلسه ی ششم	افراد را به انتخاب اهداف مناسب و مطرح کردن ویژگی های اهداف مناسب ترغیب می‌کنیم وهدف در این جلسه و دو جلسه قبل امید افزایی در شرکت کنندگان.	نود دقیقه
جلسه ی هفتم	ویژگی های گذرگاههای مناسب مطرح می‌شود و از افراد خواسته می‌شود برای رسیدن به اهداف تعیین شده راهکارهای مناسب انتخاب کنند.	نود دقیقه
جلسه ی هشتم	راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل مطرح شد از جمله اینکه از افراد خواسته شد تا به خود گویی های مثبت و تصور ذهنی بپردازند تا به اهداف خود برسند.	نود دقیقه
جلسه ی نهم	تقویت باورهای خود کار آمدی و آموزش تفکر راه حل جایگزین.	نود دقیقه
جلسه ی دهم	در مرحله نهایی به آنها یاد داده می‌شود که خودشان یک امید درمانگر و تفکر امیدوارانه را به صورت روزمره به کار بگیرند.	نود دقیقه

۳-۶- روش اجرا

تجزیه و تحلیل اطلاعات این پژوهش با استفاده از نرم افزار *SPSS* ویرایش بیستم صورت گرفت.

این تجزیه و تحلیل در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شده است. در سطح توصیفی، فراوانی، درصد

فراوانی و تنظیم جداول فراوانی ارائه شده است. در سطح استنباطی از تحلیل **کواریانس** جهت آزمون

فرضیه‌های پژوهش استفاده شده است.

فصل چهارم

«تجزیه و تحلیل داده ها»

۴-۱- مقدمه

در تجزیه و تحلیل آماری داده‌های این تحقیق از روش‌های مختلف آمار توصیفی و استنباطی در چارچوب فرضیه-های تحقیق به منظور بررسی اثربخشی آموزش امید درمانی گروهی بر ولع، پیش‌بینی بازگشت باورهای مرتبط با موادر بهبودیافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارسان استفاده شده است. جدول‌ها و ویژگی‌های آمار توصیفی مربوط به گروه‌های آزمایش و کنترل محاسبه گردید. محاسبه تحلیل کوواریانس یک متغیره (ANCOVA) و تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) بخش دیگری از تجزیه و تحلیل آماری است.

۴-۲- آمار توصیفی

جدول ۴-۱- توزیع فراوانی بر اساس گروه

گروه‌ها	فراوانی	درصد فراوانی
آزمایش	۲۵	۵۰/۰
کنترل	۲۵	۵۰/۰

ملاحظه جدول ۴-۱ نشان می‌دهد در گروه آزمایش ۲۵ نفر و در گروه کنترل نیز ۲۵ نفر حضور دارند.

جدول ۴-۲- میانگین و انحراف معیار نمره‌های ولع، پیش‌بینی بازگشت و باورهای مرتبط با مواد گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
ولع	پیش آزمون	آزمایش	۲۹/۳۶	۱۸/۳۱
		کنترل	۲۷/۶۴	۱۴/۵۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۱/۸۸	۱/۸۷
		کنترل	۲۱/۱۲	۱۶/۱۴
پیش‌بینی بازگشت	پیش آزمون	آزمایش	۳۵/۲۰	۲۷/۶۱
		کنترل	۲۶/۴۴	۱۶/۰۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۳/۲۵	۳/۶۹
		کنترل	۲۵/۷۲	۲۵/۶۴
باورهای مرتبط با مواد	پیش آزمون	آزمایش	۳۴/۳۲	۱۵/۸۸
		کنترل	۲۶/۶۴	۷/۵۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۰/۶۲	۰/۸۸
		کنترل	۲۷/۶۴	۱۲/۴۱

با ملاحظه جدول فوق می‌توان به تفاوت میانگین نمره‌های هر یک از متغیرها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه

آزمایش و کنترل پی برد.

فرضیه اصلی: امید درمانی گروهی بر ولع، پیش‌بینی بازگشت و باورهای مرتبط با مواد، در بهبود یافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارسان اثربخش است.

جهت آزمون تبیین معنی‌داری تفاوت بین نمره‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای ولع، پیش‌بینی بازگشت و باورهای مرتبط با مواد، از روش تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شده است. قبل از تحلیل داده‌ها جهت بررسی همگنی واریانس متغیرها، از آزمون لوین استفاده شد.

جدول ۴-۳- خلاصه آزمون برابری واریانس خطای لوین

متغیر	F	Df1	Df2	احتمال معناداری
ولع	۲۴/۴۴	۱	۴۷	۰/۰۰۱
پیش‌بینی بازگشت	۱۹/۴۱	۱	۴۷	۰/۰۰۱
باورهای مرتبط با مواد	۱۳/۰۹	۱	۴۷	۰/۰۰۱

نتایج مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد که آزمون لوین در متغیرهای ولع ($p=0/001, F=24/44$) و پیش‌بینی بازگشت ($p=0/001, F=19/41$) و باورهای مرتبط با مواد ($p=0/001, F=13/09$) معنادار نمی‌باشد. بنابراین، مفروضه همسانی واریانس‌ها در مورد این متغیرها تأیید نمی‌شود، اما به دلیل برابری نمونه دو گروه تحلیل را ادامه دادیم. یکی از مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، بررسی همسانی ماتریس کوواریانس‌های مشاهده‌شده متغیرهای وابسته برای گروه‌های مختلف می‌باشد. که بدین منظور از آزمون باکس استفاده شده است.

جدول ۴-۴- خلاصه آزمون همسانی ماتریس‌های باکس

M	F	Df1	Df2	احتمال معناداری
۱۷۹/۸۹	۲۷/۸۹	۶	۱۵۹۲۷/۴۹	۰/۰۰۱

باتوجه به مندرجات جدول ۴-۴، میزان معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ کوچکتر است، لذا نتیجه گرفته می‌شود که ماتریس کوواریانس‌های مشاهده‌شده متغیرهای وابسته برای گروه‌های مختلف همگن نمی‌باشد. بنابراین با استفاده از اثر پیلایی، F چندمتغیری را ارزیابی می‌کنیم.

جدول ۴-۵- اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون کوواریانس ولع، پیش‌بینی بازگشت و باورهای مرتبط با مواد از دیدگاه

بهبود یافتگان انجمن معتادان گمنام

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
اثر پیلائی	۰/۳۷۷	۸/۴۷	۳	۴۲	۰/۰۰۱	۰/۹۸۹
لامبدای ویکلز	۰/۶۲۳	۸/۴۷	۳	۴۲	۰/۰۰۱	۰/۹۸۹
اثر هتلینگ	۰/۶۰۵	۸/۴۷	۳	۴۲	۰/۰۰۱	۰/۹۸۹
بزرگترین ریشه روی	۰/۶۰۵	۸/۴۷	۳	۴۲	۰/۰۰۱	۰/۹۸۹

جدول ۴-۵، نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون ولع، پیش‌بینی بازگشت و باورهای مرتبط با مواد گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P < 0/001$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان کرد که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

۴-۶- تحلیل کوواریانس چندمتغیره مانکوا (MANCOVA) روی نمرات ولع، پیش‌بینی بازگشت و باورهای مرتبط با مواد بین دو

گروه کنترل و آزمایش (با کنترل مرحله پیش آزمون)

آزمون	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	اندازه اثر
ولع	۳۵۶۲/۶۹	۱	۳۵۶۲/۶۹	۲۵/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۶۴	۰/۹۹
پیش‌بینی بازگشت	۵۴۵۱/۴۴	۱	۵۴۵۱/۴۴	۱۵/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۲۵۵	۰/۹۷
باورهای مرتبط با مواد	۵۰۵/۳۸	۱	۵۰۵/۳۸	۶/۱۱	۰/۰۱	۰/۱۲۲	۰/۶۸
ولع	۶۲۲۴/۲۶	۴۴	۱۴۱/۴۶				
پیش‌بینی بازگشت	۱۵۹۴۹/۲۰	۴۴	۳۶۲/۴۸				
باورهای مرتبط با مواد	۳۶۳۹/۵۹	۴۴	۸۲/۷۲				
ولع	۱۷۵۷۲	۴۹					
پیش‌بینی بازگشت	۳۲۸۸۵	۴۹					
باورهای مرتبط با مواد	۳۳۰۱۸	۴۹					

با توجه به نتایج جدول مقدار F برای متغیرهای ولع (۲۵/۱۹)، پیش‌بینی بازگشت (۱۵/۰۴) و باورهای مرتبط با مواد (۶/۱۱)، کلیه متغیرها در سطح $P < 0/01$ معنادار هستند. بر این اساس می‌توان بیان داشت آموزش امید درمانی گروهی بر کاهش ولع، پیش‌بینی بازگشت و باورهای مرتبط با مواد در بهبود یافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان

فارسان تاثیرگذار است. همچنین ضریب اندازه‌ی اثر نشان می‌دهد به ترتیب ۹۹،۹۷ و ۹۸ درصد تفاوت دو گروه در مرحله پس-آزمون از نظر متغیر ولع، پیش‌بینی بازگشت و باورهای مرتبط با مواد مربوط به مداخله آزمایشی است.

فرضیه اول: امید درمانی گروهی بر ولع، در بهبود یافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارسان اثربخش است.

جدول ۴-۷- عوامل بین آزمودنی‌ها

تعداد	گروه
۲۵	آزمایش
۲۵	کنترل

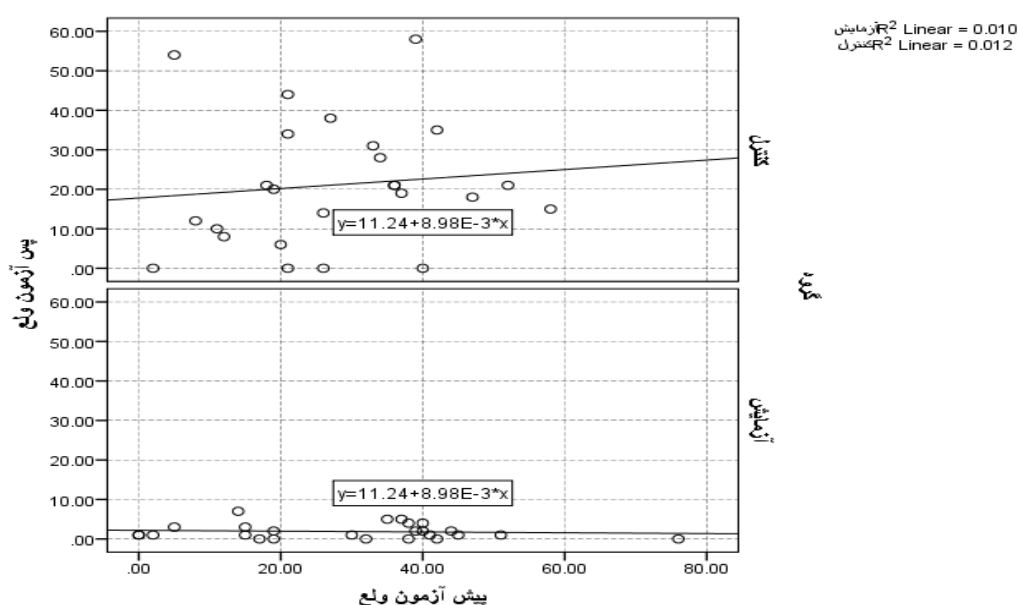
جدول ۴-۸- خلاصه آزمون برابری واریانس خطای لیون

احتمال معناداری	Df2	Df1	F
۰/۰۰۰	۴۸	۱	۲۷/۳۷

با توجه به مقدار F به دست آمده (۲۷/۳۷) و احتمال معناداری آن ($P > ۰/۰۵$)، مفروضه همسانی واریانس‌ها تایید

نمی‌شود، اما به دلیل برابری نمونه دو گروه تحلیل را ادامه دادیم (شریفی، فرزاد، رضاخانی، حسن آبادی، ایزانلو و حبیبی،

۱۳۹۱). برای بررسی سایر مفروضه‌ها، با ترسیم نمودار پراکندگی به بررسی همگنی رگرسیون آماری پرداخته شد.



جدول ۹-۴- خلاصه آزمون واریانس دوره‌ها برای بررسی همگنی رگرسیونی

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	اثر تعاملی
۰/۵۳۶	۰/۳۹	۵۰/۰۳	۱	۵۳/۰۳	ولع*گروه

شکل نمودار پراکندگی نشان می‌دهد که مفروضه همگنی رگرسیونی رد نشده است. همچنین مقدار F آزمون تحلیل واریانس دوره‌ها ۰/۳۹ است، که معنادار نمی‌باشد؛ بنابراین همگن بودن رگرسیونی را تأیید می‌کند. در نتیجه می‌توان تحلیل کوواریانس را انجام داد. مقایسه عملکرد آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در پس آزمون متغیر ولعاز دیدگاه بهبود یافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارس با استفاده از تحلیل کوواریانس انجام شد.

جدول ۱۰-۴- نتایج آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی‌ها (متغیر وابسته: ولع)

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	مجذور ایتا
پیش آزمون	۲۱/۵۲	۱	۲۱/۵۲	۰/۱۶۰	۰/۶۹	۰/۰۰۳
گروه‌ها	۴۶۴۷/۶۷	۱	۴۶۴۷/۶۷	۳۴/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲
خطا	۶۳۱۱/۷۶	۴۷	۱۳۴/۲۹			

همان طور که در جدول ۱۰-۴ ملاحظه می‌شود، احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در پس آزمون متغیر ولع از ۰/۰۱ کوچکتر است ($F = ۳۴/۶۱$ ، $P < ۰/01$). به عبارت دیگر، پس از تعدیل نمره‌های پیش آزمون، عامل بین آزمودنی‌های دو گروه اثر معنادار دارد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین عملکرد اعضای دو گروه در پس آزمون متغیر ولع تفاوت معنادار وجود دارد. در نتیجه، آموزش امید درمانی گروهی بر کاهش ولع در بهبود یافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارس تأثیرگذار است.

فرضیه دوم: امید درمانی گروهی بر پیش‌بینی بازگشت، در بهبود یافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارس اثربخش است.

جدول ۱۱-۴- عوامل بین آزمودنی‌ها

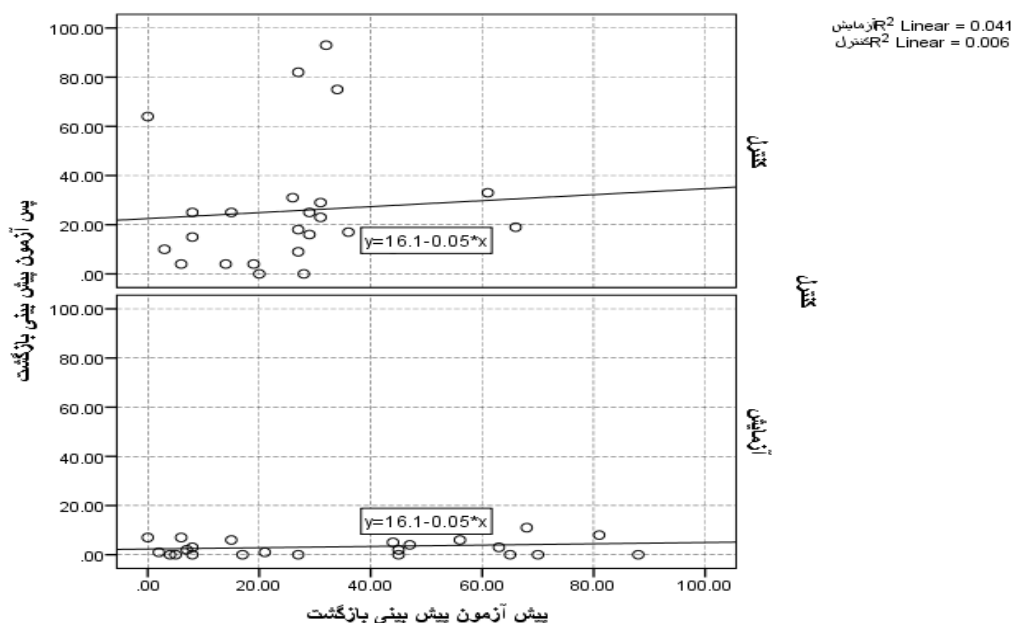
تعداد	گروه
۲۵	آزمایش
۲۵	کنترل

جدول ۱۲-۴- خلاصه آزمون برابری واریانس خطای لیون

F	Df1	Df2	احتمال معناداری
۱۷/۱۷	۱	۴۷	۰/۰۰۱

با توجه به مقدار F به دست آمده (۴/۱۲) و احتمال معناداری آن ($P > 0.05$)، مفروضه همسانی واریانس‌ها تایید می‌شود.

شود. برای بررسی سایر مفروضه‌ها، با ترسیم نمودار پراکندگی به بررسی همگنی رگرسیون آماری پرداخته شد.



شکل ۴-۲- نمودار پراکندگی رابطه بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون (متغیر وابسته: پیش‌بینی بازگشت)

جدول ۴-۱۳- خلاصه آزمون واریانس دوره‌ها برای بررسی همگنی رگرسیونی

سطح معناداری	F	میانگین مجزورات	df	مجموع مجزورات	اثر تعاملی
۰/۷۳	۰/۱۲	۴۱/۸۴	۱	۴۱/۸۴	پیش‌بینی بازگشت * گروه

شکل نمودار پراکندگی نشان می‌دهد که مفروضه همگنی رگرسیونی رد نشده است. همچنین مقدار F آزمون

تحلیل واریانس دوره‌ها ۰/۱۲ است، که معنادار نمی‌باشد؛ بنابراین همگن بودن رگرسیونی را تایید می‌کند. در نتیجه می‌توان

تحلیل کوواریانس را انجام داد. مقایسه عملکرد آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون متغیر پیش-بینی بازگشت از دیدگاه بهبود یافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارس با استفاده از تحلیل کوواریانس

انجام شد.

جدول ۴-۱۴- نتایج آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی‌ها (متغیر وابسته: پیش‌بینی بازگشت)

منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	p	مجزور ایتا
پیش‌آزمون	۶۲/۶۸	۱	۶۹/۶۸	۰/۱۸۰	۰/۶۷	۰/۰۰۴
گروه‌ها	۶۱۹۳/۱۱	۱	۶۱۹۳/۱۱	۱۷/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۲۸
خطا	۱۶۰۳۰/۸۶	۴۶	۳۴۸/۴۹			

مندرجات جدول فوق نشان می‌دهد، احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون متغیر پیش‌بینی بازگشت از دیدگاه بهبود یافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارس از ۰/۰۱ کوچکتر است ($F=17/77, P<0/01$). به عبارت دیگر، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، عامل بین آزمودنی‌های دو گروه اثر معنادار دارد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین عملکرد اعضای دو گروه در پس‌آزمون متغیر پیش‌بینی بازگشت از دیدگاه بهبود یافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارس تفاوت معنادار وجود دارد. در نتیجه، آموزش امید درمانی گروهی بر کاهش پیش‌بینی بازگشت در بهبود یافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارس تاثیرگذار است.

فرضیه سوم: امید درمانی گروهی بر باورهای مرتبط با مواد، در بهبود یافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارس اثربخش است.

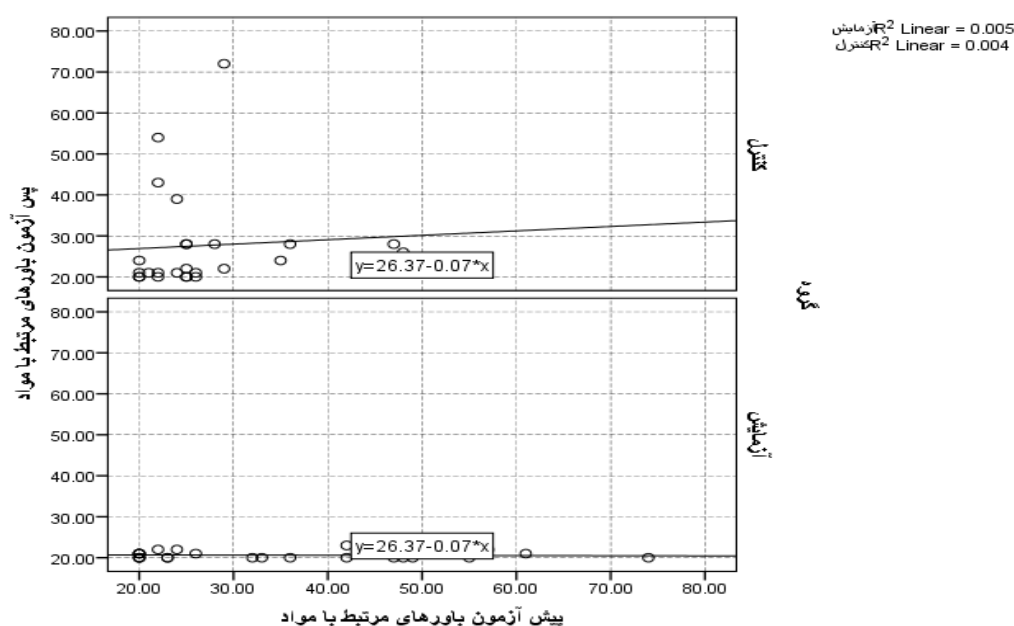
جدول ۴-۱۵- عوامل بین آزمودنی‌ها

تعداد	گروه‌ها
۲۵	آزمایش
۲۵	کنترل

جدول ۴-۱۶- خلاصه آزمون برابری واریانس خطای لیون

F	Df1	Df2	احتمال معناداری
۱۳/۷۵	۱	۴۷	۰/۰۰۱

با توجه به مقدار F به دست آمده ($7/42$) و احتمال معناداری آن ($P<0/05$)، مفروضه همسانی واریانس‌ها تایید نمی‌شود، اما به دلیل برابر بودن افراد دو گروه به تحلیل ادامه می‌دهیم. برای بررسی سایر مفروضه‌ها، با ترسیم نمودار پراکندگی به بررسی همگنی رگرسیون آماری پرداخته شد.



شکل ۴-۳- نمودار پراکندگی رابطه بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون (متغیر وابسته: باورهای مرتبط با مواد)

جدول ۴-۱۷- خلاصه آزمون واریانس دوره‌ها برای بررسی همگنی رگرسیونی

سطح معناداری	F	میانگین مجزورات	df	مجموع مجزورات	اثر تعاملی
۰/۶۸	۰/۱۷	۱۳/۷۵	۱	۱۳/۷۵	باورهای مرتبط با مواد*گروه

با توجه به مقدار شکل نمودار و مقدار F آزمون تحلیل واریانس دوره‌ها (۰/۱۷) همگن بودن رگرسیونی تأیید می‌شود. بنابراین، می‌توان تحلیل کوواریانس را انجام داد. مقایسه عملکرد آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر باورهای مرتبط با مواد از دیدگاه بهبود یافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارس با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد.

جدول ۴-۱۸- نتایج آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی‌ها (متغیر وابسته: باورهای مرتبط با مواد)

منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	p	مجزور ایتا
پیش آزمون	۲/۱۲	۱	۲/۱۲	۰/۰۳	۰/۸۷	۰/۰۰۱
گروه‌ها	۵۶۴/۳۱	۱	۵۶۴/۳۱	<u>۷/۰۰</u>	۰/۰۱	۰/۱۳۲
خطا	۳۷۰۷/۲۶	۴۶	۸۰/۵۹			

همان طور که در جدول بالا ملاحظه می‌شود، احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون متغیر باورهای مرتبط با مواد از دیدگاه بهبود یافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارس برابر با ۰/۰۱ است ($F=7/00, P<0/01$). به عبارت دیگر، پس از تعدیل نمره‌های پیش آزمون، عامل بین آزمودنی‌های دو گروه اثر معنادار دارد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین عملکرد اعضای دو گروه در پس آزمون متغیر باورهای مرتبط با مواد از دیدگاه بهبود یافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارس تفاوت معنادار وجود دارد. در نتیجه، آموزش امید درمانی گروهی بر کاهش باورهای مرتبط با مواد در بهبود یافتگان انجمن معتادان گمنام (NA) شهرستان فارس تأثیرگذار است.

فصل پنجم

«بحث ونتیجه گیری»

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود. طرح پژوهش نیز از نوع پیش آزمون، پس آزمون همراه با گروه کنترل بود که گروه آزمایش قبل و بعد از مداخله و طی ۱۰ جلسه آموزش امید درمانی، مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که میانگین نمرات ولع مصرف مواد، پیش بینی بازگشت و باورهای مربوط به مواد در گروه آزمایش به میزان قابل توجهی کاهش یافته است.

مشخص شد که امید درمانی بر کاهش ولع مصرف، کاهش بازگشت به مصرف و بهبود باورهای مربوط به مواد اثرگذار است. نتایج حاصل از بررسی فرضیه‌های پژوهش در فصل چهارم ارائه شد و در این فصل به بحث و نتیجه گیری پیرامون آن‌ها پرداخته می‌شود.

۵-۲- بررسی فرضیه‌های تحقیق

همانطور که در فصل دوم مطرح شد تحقیقات متعددی پیرامون امید درمانی انجام شده است که اغلب تاثیر امید درمانی را بر باقی ماندن ترک در اعتیاد تایید کرده اند. بک، رایت و نیومن (۱۹۹۳)، برنز (۱۹۸۹)، گلد من و همکاران (۲۰۱۱) و گل پرور و همکاران (۱۳۸۲) در تحقیقات خود نشان دادند که امید درمانی بر کاهش ولع مصرف، بازگشت و نیز بهبود باورهای مربوط به مواد تاثیرگذار است. همانگونه که مشخص است تحقیقات انجام شده اغلب به این نتیجه رسیدند که میان امید درمانی و ترک پایدار اعتیاد به مواد رابطه وجود دارد. در این تحقیق نیز به بررسی تاثیر امید درمانی گروهی بر ولع مصرف، پیش بینی بازگشت و باورهای مربوط به مواد می‌پردازد.

فرضیه اول تحقیق حاکی از این بود که اثر بخشی آموزش امید درمانی گروهی بر کاهش میزان ولع مصرف در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تاثیر دارد. همانطور که در جدول ۴-۱۰ مشخص است فرض صفر مبنی بر معنادار نبودن اختلاف میان میانگین‌ها تایید نمی‌شود. که نتایج به دست آمده با تحقیق آبرامز (۲۰۰۰)، ریموند و همکاران (۲۰۰۵) و اختیاری و همکاران (۱۳۸۷) همسو می‌باشد. در تبیین آن باید گفت که امید درمانی این است که راههای عادت وار و بی حاصل نزدیک شدن به اهداف مشکل ساز قبلی تعدیل شوند. درمانگر فقط با استفاده از بینش و بصیرت نمی‌تواند این جریان را در مراجع تسهیل کند. عمل و تمرین برای تغییر دادن الگوهای خودکار و مزمن تفکر، ضروری است و محققانی که بتازگی در حیطه تفکر خوش بینانه کار کرده اند، ثابت کرده اند که افراد با افزایش افکار خوشبینانه تغییر کنند (ریسکین^۱، سارامپوت^۲، و مرسی^۱، ۱۹۹۶، سلیگمن^۲، ۱۹۹۸).

^۱ Riskim

^۲ saramport

افراد امیدوار در زندگی عاملها و گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و هنگامی که با موانع برخورد می‌کنند انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاه‌های جانشین استفاده می‌کنند. اما افراد ناامید به دلیل اینکه، عامل و گذرگاه‌های کمتری دارند در برخورد با موانع انگیزه‌ی خود را از دست داده و دچار هیجان‌های منفی می‌شوند و در واقع ناامیدی مولفه‌ی اصلی افسردگی است. به عبارت دیگر، مولفه‌ی عامل یا کارگذار یک باور شخصی است که باعث می‌شود فرد احساس کند که می‌تواند برای رسیدن به اهداف خود مسیرهای مختلفی را امتحان کرده و تحمل کند. (حسینی، ۱۳۸۱، ص ۴۸).

در واقع، امید نیروی مثبتی است که انگیزش، پیشبرد اهداف و سازگاری را افزایش می‌دهد. قدرت نگهداری انرژی افراد در زندگی و ایجاد آن، جزء ماهیت امید است افرادی که امید بالایی دارند ممکن است محرک‌های قوی‌تر و انرژی بیشتری برای پیگیری اهداف خود داشته باشند و این به انگیزش آنها برای شرکت فعالانه در فرایند حل مساله و رفتارهایی که موجب رشد و بالندگی می‌شود بر می‌گردد. (آلان و همکاران، ۱۳۸۵، ص ۶۵).

فرضیه دوم حاکی از این بود که اثر بخشی آموزش امید درمانی گروهی بر کاهش بازگشت به مصرف در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تاثیر دارد. همانطور که در جدول ۴-۱۴ مشخص است فرضیه صفر مبنی بر معنادار نبودن اختلاف بین میانگین‌ها تایید نمی‌شود. که با تحقیق مک‌لن و همکاران (۲۰۰۵)، بک و همکاران (۱۹۹۳) همسو می‌باشد. باید گفت همه مردم ظرفیت امیدواری را دارند. با اینکه اکثر افراد با موانعی در سر راه دستیابی به اهداف شان مواجه می‌شوند، آنها صاحب مهارت‌های شناختی (فکری) اساسی برای نحوه تفکر امیدوارانه هستند. انرژی و قدرت استقامت به ماکم می‌کند، اهداف و زندگی خود را در موقعیت‌ها و زمان‌های مختلف مدیریت کنیم. غالباً این قدرت به یکی از لذت بخش‌ترین احساسات یا تجربیات زندگی فرد تبدیل می‌شود چرا که نتایج نهایی این امر به طور کلی برجسته و با ارزش هستند. (افتخاری، ۱۳۹۰، ص ۷۸).

نکته قابل توجه این است که بدن و ذهن انسان خیلی زود به شیوه‌ی زندگی بدون فعالیت، سکون، دلسردی و سستی عادت کرده و به اصطلاح تنبل می‌شود. کاهش انرژی یک فرد بر کارایی ذهنی و فیزیکی او تاثیر بسیاری دارد. (وال، ۲۰۰۶، ص ۱۱۲).

فرضیه سوم اثر بخشی آموزش امید درمانی گروهی بر بهبود باورهای مربوط به مواد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تاثیر دارد. همانطور که در جدول ۴-۱۸ مشخص است فرض صفر مبنی بر معنادار نبودن اختلاف میان میانگین‌ها تایید نمی‌شود. که با تحقیق بک و همکاران (۱۹۹۳) و لی‌هی (۲۰۰۳) همسو می‌باشد. در تبیین این مسئله باید گفت به عقیده استایدر و همکارانش (۱۹۹۷) امید وقتی جوانه می‌زند که افراد پیوند قوی با یک یا بیش از یک نفر مراقبت کننده برقرار می‌کنند تا

³- mersiye

⁴- seligamn

¹- Walle

احساس کنند بر محیط اطراف کنترل دارند. امید درمانی اساساً حال محور و آینده مدار است و به مراجع کمک می کند تا با نگاهی به اهداف آینده بررسی کند که در حال حاضر چه چیزی در جریان است. با این حال از سابقه فردی نباید غفلت شود. درمانگر با تمرکز بر حیطه های خاصی از زندگی مراجع می تواند به روشن سازی امید در این حیطه ها کمک کند با خواستن از مراجع برای گفتن قصه خود که با مشکلات فعلی مرتبط است می توان احساس حرکت به وجود آورد و به آنها کمک کرد که کمتر احساس کند گیر افتاده اند. (هیونبری^۱، ۲۰۰۴، ص ۲۵۷).

۵-۳- نتیجه گیری کلی

امید درمانی یک برنامه درمانی است که بر اساس نظریه امید اسنایدر^۲ به منظور افزایش تفکر امیدوارانه و تقویت فعالیت های مربوط به پیگیری هدف طراحی شده است. در این درمان، شرکت کنندگان ابتدا با اصول نظریه امید آشنا می شوند و سپس به آنها آموزش داده می شود که چگونه این اصول را در زندگی خود بکار گیرند. شرکت کنندگان یاد می گیرند که چگونه اهداف مهم، قابل دستیابی و قابل اندازه گیری را تعیین کنند، گذرگاه های متعدد برای حرکت به سمت این اهداف تعیین می کنند، منابع انگیزشی و تاثیر متقابل هر مانع بر انگیزش را شناسایی کنند، پیشرفت به سمت هدف را بازنگری کنند، اهداف و گذرگاه ها را در صورت لزوم اصلاح کنند. این مداخله به صورت گروهی اجرا می شود زیرا در نظریه استایدر فرض بر این است که تفکر امیدوارانه منعکس کننده یک فرایند تبادلی است. (وال، ۲۰۰۶، ص ۲۶۸).

در مطالعه پورنقاش (۱۳۸۷) نیز مشخص شد که امید درمانی بعد از گذشت ۴۵ روز بر روی کاهش نشانه های اضطراب و افسردگی بر روی معتادان در حال بهبودی، تاثیر مثبت به جای گذاشته است. در مطالعه کلارک و همکاران (۲۰۱۴) نیز بر روی یک نمونه ۲۹۳۱ نفری از افراد وابسته به مواد افیونی مشخص شد که امید درمانی نه تنها موجب افزایش متابعت درمانی در مقابل تیم درمانی می شود. بلکه دوره ی بازگشت را به شدت به تاخیر می اندازد و روی متغیرهای همبسته با عدم سوء مصرف مواد مخدر تاثیر به جای می گذارد.

قسمت عمده ای از ولع مربوط به مسایل فیزیولوژیکی و بخشی از آن به مسایل روان شناختی و اجتماعی مربوط می - شود (اختیاری و همکاران، ۱۳۸۷). از این رو؛ هم مداخلات دارویی با تاثیر بر روی چرخه های فیزیولوژیکی و هم مداخلات غیر دارویی از جمله امید درمانی با تاثیر بر روی متغیرهای روان شناختی و اجتماعی تا حدود زیادی می توانند، بر روی میزان ولع مصرف تاثیر مثبت به جای بگذارند (جلالی، زیرچاپ) به هر حال، نتیجه این مطالعه با نتایج مطالعات قبلی و از جمله با مطالعه ی دهقانی آرانی و همکاران (۱۳۸۷) و عارف نسب و همکاران (۱۳۸۷) همسویی دارد.

^۱-Heunbery

^۲-C.R.Snyder hope theory

به اعتقاد بک و همکاران (۱۹۹۳) بین باورهای ناکارآمدی که نتیجه ی مصرف مزمن مواد هستند (باورهای اعتیادی) و باورهایی که از قبل وجود داشته اند (ویژگی های زمینه ساز)، تفاوت وجود دارد. باورهای اعتیادی در تداوم سوء مصرف مواد اهمیت بالایی دارند و عامل اصلی عود به حساب می آیند. این باورها موضوعات مربوط به جست و جوی لذت، حل مسئله، تسکین و اجتناب را شامل می شوند. بنابراین؛ در جریان مداخلات، و به خصوص در مراکز ترک اعتیاد که خدمات روان شناختی نیز ارائه می شود. این باورها تغییر می کنند. البته هم زیستی و هم صحبتی در انجمن معتادان گمنام نیز فرصتی را در اختیار فرد معتاد قرار می دهد تا بسیاری از باورهای ناکارآمد و غلط خود در خصوص مصرف مواد، احتمال بازگشت و غیره را تغییر دهد و اصلاح نماید. به عنوان مثال، ممکن است باور یک فرد درباره ترک اعتیاد این باشد که دیگر از من گذشته است، یا ترک اعتیاد به این همه در دسر نمی آرد. ولی وقتی با یک فرد از گروه همتا هم صحبت می شود و به موفقیت های او نگاه می کند، امکان دارد که این باورها تغییر نمایند (بک و همکاران؛ ۱۹۹۳). در واقع، افراد معتاد بیش از سایر افراد از تحریف های شناختی استفاده می کنند و به شکل های مختلف واقعیت ها را آگاهانه یا ناآگاهانه تحریف می کنند. به هر حال، نتیجه این پژوهش با نتیجه مطالعه قربانی و همکاران (۱۳۹۱) که نشان دادند امید درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر روی بهبود باورهای مربوط به مواد تاثیر می گذارد، همسویی دارد. به همین دلیل هم خدمات روان شناختی که در مراکز ترک اعتیاد ارائه می شود و هم آموزش های انگیزشی و آگاه سازی که در انجمن های از سوی افراد گروه همتا به افراد معتاد ارائه می شود، تا حدودی می تواند این تحریف های شناختی و خطاهای فکری را اصلاح نماید. آن گونه که توئرسکی (۱۳۸۶) نیز بیان می دارد.

افراد معتاد به شدت فریب افکار خود را می خورند و بنابراین پس از آگاه شدن نسبت به این موضوع؛ تا حدودی باورهای شان نسبت به ادامه مصرف و ترک اعتیاد تغییر می کند. بنابراین این اثر بخشی امید درمانی بر ترک اعتیاد و تغییر پایدار در متغیرهای روان شناختی مربوط به اعتیاد با پیشینه ی پژوهشی تحقیق، هماهنگی کامل دارد. در نهایت، نتایج کلی تحقیق نشان داد که امید درمانی بر کاهش ولع مصرف، کاهش بازگشت به مصرف و بهبود باورهای مربوط به مواد تأثیر گذار است.

۵-۴- محدودیت ها

۱) با توجه به ماهیت اعتیاد و فرایند درمان آن، عمدتاً جهت حفظ حریم های خصوصی افراد، اطلاعات مربوط به آزمودنی ها به سختی در دسترس پژوهشگران قرار می گیرد و این موضوع بر روی کمیت و کیفیت پژوهش تأثیر منفی می گذارد. برای مثال در این پژوهش قرار بود تعداد ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر در گروه آزمایش و ۵۰ نفر در گروه کنترل) شرکت داشته باشند که به دلیل مطرح شده میسر نشد.

۲) با توجه به اینکه ابزارهای اندازه‌گیری در این پژوهش، ابزارهای مداد-کاغذی و صرفاً از نوع خود-سنجی بوده اند؛ امکان سوگیری در بین آزمودنی‌ها وجود داشته است. به خصوص چون آزمودنی‌ها با انگیزه زیاد، وارد درمان می‌شدند، نسبت به تفسیر و انتخاب پرسشنامه دچار بیش برآورد می‌شدند و تا حدودی واقعیت‌های موجود خود را زیر نقاب انگیزه برای درمان، تعریف می‌کردند.

۳) علی‌رغم تمام تلاش برای کنترل متغیرهای مزاحم، به نظر می‌رسد، عواملی وجود داشتند که از کنترل پژوهش‌گر خارج بودند یا ازدید وی مخفی ماندند و به نوبه خود بر نتایج اثر گذاشته‌اند. بنابراین تعمیم نتایج بایستی با احتیاط صورت گیرد.

۴- جامعه آماری این پژوهش تنها از بین مردان مراجعه کننده به انجمن‌های NA صورت گرفته است، لذا تعمیم نتایج در مورد زنان باید با احتیاط صورت گیرد.

۵- با توجه به اینکه این پژوهش در بین بهبود یافتگان انجمن معتادان گمنام شهرستان فارس انجام شده است با در نظر- گرفتن شرایط اجتماعی و فرهنگی این شهرستان، امکان محدودیت در تعمیم نتایج به کل کشور وجود دارد

۵-۵- پیشنهادات پژوهشی

۱- با توجه به اینکه درمان اعتیاد ناپایدار می‌باشد، و ممکن است آزمودنی‌ها پس از طی دوره اولیه درمان، بازگشت یا عود مجدد داشته باشند؛ پیشنهاد می‌گردد، مطالعات بیشتری انجام پذیرد.

۲- پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش، به خصوص میزان ولع نسبت به مواد، از ابزارهایی که به صورت غیرمستقیم به اندازه‌گیری می‌پردازند-مانند ابزارهای نرم افزاری-استفاده گردد.

۳- با توجه به اثربخش بودن امید درمانی بر روی بهبود یافتگان انجمن معتادان گمنام، پیشنهاد می‌شود این روش درمانی در سطح کشور انجام پذیرد.

۴- پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران در برنامه‌های پژوهشی آینده به مفاهیم امید مثبت و امیدمنفی بپردازند.

۵- در پژوهش‌های آینده این درمان در جامعه زنان اجرا گردد.

۶- در پژوهش‌های آتی سطح امید و انگیزش خانواده را به عنوان متغیرهای تعدیل کننده مورد بررسی قرار دهند.

۷- پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی در مرحله مصرف فعال نیز صورت پذیرد.

پیشنهادهای کاربردی

- ۱- به انجمن معتادان گمنام پیشنهاد می شود مباحث مربوط به امید درمانی گروهی را در سرفصل های آموزشی خود قرار دهند.
- ۲- به مسئولین سازمان بهزیستی و ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور پیشنهاد می شود با توجه به اثر بخشی امید درمانی بر درمان و تغییر متغیرهای روان شناختی میانجی اعتیاد، از این شیوه برای ماندن در ترک و طی کردن فرایند بهبودی در وابستگان به مواد مخدر، استفاده شود.
- ۳- به مسئولین آموزش و پرورش و وزارت علوم، پیشنهاد می شود مفاهیم امید درمانی در کارگاه های آموزشی و نیز سرفصل فعالیت مشاورین مراکز آموزشی گنجانده شود.

پیشنهادهای کاربردی برای ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور:

- ۱- به مسئولین ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور پیشنهاد می شود با توجه به اثر بخشی امید درمانی بر درمان و تغییر متغیرهای روان شناختی میانجی اعتیاد، از این شیوه برای ماندن در ترک و طی کردن فرایند بهبودی در وابستگان به مواد مخدر، استفاده شود.
- ۲- پیشنهاد می شود با توجه به اثر بخشی امید درمانی بر درمان اعتیاد، نسبت به ترویج، جا انداختن و گسترش این شیوه درمانی در سطح کشور اقدام گردد.

منابع

- ۱- اتکینسون، روهمکاران. (۱۳۷۹). زمینه روانشناسی اتکینسون. ترجمه محمد نقی براهنی و دیگران، تهران: انتشارات رشد.
- ۲- اختیاری، ح، صفایی، ه، اسماعیلی، غ، عاطف وحید، م، عدالتی، ه و مکرری، آ. (۱۳۸۷). روایی و پایایی نسخه‌های فارسی پرسشنامه‌های آیزنک، بارت، دیکمن و زاکرمن در تعیین رفتارهای مخاطره جویانه و تکانشگری. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی، ۱۴ (۳)، صص ۳۳۶-۳۲۶.
- ۳- اختیاری، ح، عدالتی، ه، بهزادی، آ، صفایی، ه، نوری، م و مکرری، آ. (۱۳۸۷). ساخت و بررسی کارایی پنج آزمون تصویری ارزیابی ولع مصرف در معتادان مواد افیونی. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ستا چهاردهم، شماره ۳.
- ۴- استال، استین (۱۳۸۸). ضروریات پسیکوفارماکولوژی: مبانی عصب شناختی، زیست شیمیایی و کاربردی، اصفهان: جهاد دانشگاهی واحد اصفهان.
- ۵- آقابخشی، ح، شریفی، ح و رحیمی، ل. (۱۳۸۳). تاثیر سوء مصرف مواد پدر بر رفتارهای اجتماعی فرزندان در شهرستان تبریز- در سال ۱۳۸۲، فصلنامه مددکاری اجتماعی، دوره چهارم، شمار ۴، صص ۷۳-۶۵.
- ۶- انجمن روان پزشکی آمریکا (۱۳۹۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی: DSM5. ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: نشر روان.
- ۷- بخشی پور رودسری، ع،، علیلو، م و ایرانی، س. (۱۳۸۷). مقایسه ویژگی‌ها و اختلال‌های شخصیت و راهبردهای مقابله‌ای معتادان خود معرف و گروه بهنجار. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۳ (۵۴): ۲۸۹.
- ۸- بخشی پور، ه، رودسری، ع، محمودعلیو، م و ایرانی، س. (۱۳۸۷). مقایسه ویژگی‌ها و اختلال‌های شخصیت و راهبردهای مقابله‌ای معتادان خود معرف و گروه بهنجار، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی، ۱۴ (۳)، صص ۲۹۷-۲۸۹.
- ۹- بهرامی، احسان (۱۳۸۸). اعتیاد و فرایند پیشگیری. تهران: انتشارات سمت.
- ۱۰- پورنقاش، س (۱۳۸۳). داروها و رفتار. تهران: انتشارات سمت.
- ۱۱- جعفری، ع و همکاران. (۱۳۸۸). اثر بخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر مدل مارلات در پیشگیری از عود و افزایش تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد. مجله روان شناسی بالینی، سال اول، شماره ۳.
- ۱۲- جلالی، د (۱۳۹۴). اصول و شیوه‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد در بین نوجوانان. تهران: دفتر تحقیقات کاربردی نیروی انتظامی.
- ۱۳- جلالی، د و آقا بابایی، ع. ا. (۱۳۹۱). مقایسه تاثیر روش‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد بر تکانش‌گری و راهبردهای مقابله‌ای دانش‌آموزان پسر. فصلنامه دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۵۰، صص ۱۷-۵.
- ۱۴- جلالی، د و نظری، آ. (۱۳۹۱). پیشگیری از سوء مصرف مواد. فصلنامه تازه‌های روان درمانی، ۱۷ (۱-۲)، صص ۷۶-۶۱.

- ۱۵- حسینی الممدنی، ع، کریمی، ی و بهرامی، ه. (۱۳۹۱). پیش بینی عضویت نوجوانان و جوانان در گروه های معتادو غیرمعتاد بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده، سبک های دلبستگی، سبک های هویتی و صفات شخصیتی. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۱۳(۳)، صص ۳۵-۲۳.
- ۱۶- حسینی، م (۱۳۸۸). رابطه امید به زندگی و سرسختی روان شناختی. مجله اندیشه رفتار، دوره سوم شماره ۱۲.
- ۱۷- دباغی، چ، اصغر نژاد، ف، علی اصغری، م. و بوالهروی، ج. (۱۳۸۶). اثر بخشی شناخت درمانی گروهی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال سازی طرح واره های معنوی در پیش گیری از سوء مصرف مواد افیونی، فصلنامه روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳(۴)، صص ۳۷۵-۳۶۶.
- ۱۸- دهقانی آرانی، ف، رستمی، ر و رحیمی نژاد، عباس. (۱۳۸۷). درمانگری پس‌خوارند عصبی: یک درمان موثر برای اعتیاد. فصلنامه روان شناسان ایرانی، ۵(۳)، صص ۲۳۰-۲۲۱.
- ۱۹- راجر، درک (۱۳۷۵). سازگاری با تغییرات زندگی: مهارت‌های عملی برای مقابله با فشار روانی، ترجمه بهمن نجاریان و ایران داودی، تهران: انتشارات رشد.
- ۲۰- روزنهان، دیوید، و سلیگمن، مارتین. (۱۳۸۶). روان‌شناسی ناپهنجاری: آسیب شناسی روانی (جلد اول)، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: نشر ساولان.
- ۲۱- ریسیان، اس، گلزاری، م و برجعلی، ا. (۱۳۹۰). اثر بخشی امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمان جوی وابسته به مواد مخدر. اعتیاد پژوهی. ه (۱۷)، صص (۲۱-۴۰).
- ۲۲- ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۲). اهداف، وظایف و شیوه های فعالیت ستاد مبارزه با مواد مخدر. قابل دسترس در سایت رسمی ستاد مبارزه با مواد مخدر به نشانی، www.dchq.ir.
- ۲۳- سموعی، ر، ابراهیمی، ا، موسوی، غ، حسن زاده، او رفیعی، س. (۱۳۷۹). الگوی مقابله با استرس در معتادین خود معرف: مرکز سوء مصرف مواد اصفهان، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ششم، شماره ۲۳، صص: ۶۹-۶۳.
- ۲۴- شفیع آبادی، ع (۱۳۸۲). پویایی گروه و مشاوره گروهی. تهران: انتشارات رشد.
- ۲۵- صالحی فددردی، ج، و همکاران. (۱۳۸۹). اثر بخشی آموزش کنترل توجه بر کاهش توجه به مواد و بهبود شاخص‌های درمانی معتادان تحت درمان سم زدایی. مطالعات تربیتی و روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد.
- ۲۶- طوفانی، ح و جوانبخت، م. (۱۳۸۰). شیوه های مقابله‌ای و نگرش‌های ناسالم در معتادان به مواد مخدر و افراد سالم، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم، شماره ۱۰۲، صص: ۵۵-۶۲.

- ۲۷- عارف نسب، ز، رحیمی، چ، محمدی، ن، و بابا محمودی، ع. (۱۳۸۶). تاثیر درمان نگهدارنده متادون بر سلامت روانی معتادان به تریاک و هروئین. فصلنامه روانشناسان ایرانی، ۴(۱)، صص ۵۲-۴۳.
- ۲۸- عاشوری، آ، ملازاده، ج و محمدی، ن. (۱۳۸۷). اثر بخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری در بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و پیشگیری از عود در افراد معتاد. مجله روان پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۴(۳)، صص ۲۸۸-۲۸۱.
- ۲۹- عبدی، ر، خانجانی، ز. (۱۳۸۵) بررسی رضایت زناشویی در سبک‌های مختلف دلبستگی. فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز. ۱(۳۲): صص ۴۴-۳۰.
- ۳۰- کاپلان، س (۱۳۸۶). خلاصه روانپزشکی، علوم رفتاری روانپزشکی. ترجمه نصرت الله پورافکاری. تهران: انتشارات شهر آب.
- ۳۱- کار، آ (۱۹۵۷). روانشناسی مثبت نگر، علم شادمانی و نیرومندی‌های انسان. ترجمه حسن پاشاشریفی و جعفر نجفی زند با همکاری باقر ثنایی، تهران: انتشارات سخن.
- ۳۲- گل پرور، م، آتش پور، س. و آقایانی، ا. (۱۳۸۲). روان‌شناسی اعتیاد: سبب‌شناسی و درمان. اصفهان: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- ۳۳- گل زایی، م (۱۳۸۱). روان‌شناسی اعتیاد. مشهد: انتشارات سبحان.
- ۳۴- گلشن، دانیل (۱۳۸۶). هوش هیجانی: خودآگاهی هیجانی، خویشتنداری، همدلی و یاری به دیگران. ترجمه نسرین پارسا. تهران: انتشارات رشد.
- ۳۵- لیاقت، غ (۱۳۷۵). گروه درمانی معتادان: مقدمه‌ای بر دینامیک گروهی معتادان، تهران: امیر کبیر.
- ۳۶- لی‌هی (۱۳۸۸). تکنیک‌های شناخت درمانی، ترجمه حسن حمید پورو زهرا اندوز. تهران: انتشارات ارجمند.
- ۳۷- مکداول، دیوید، و اسپیتزف، هنری. (۱۳۸۰). اعتیاد از اصول تا عمل. ترجمه محن گلپور، تهران: انتشارات قانون گسترش علوم.
- ۳۸- منصوریه، محمود، علیلو، م، رستمی، ر، و هاشمی، ت. (۱۳۹۱). اثر تحریک مکرر مغناطیسی فراقشری در کاهش ولع مصرف افراد سوء مصرف کننده آفتامین. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، سال ۶(۴)، صص ۵۶-۴۳.
- ۳۹- مهرابی، ح، مولوی، ع و نشاط دوست، ح. (۱۳۸۳). بررسی اثر بخشی آموزش خانواده به عنوان درمان مداخله‌ای مکمل در کاهش عود بیماران وابسته به مواد. مجله روان‌شناسی، سال هشتم، شماره ۳۱، صص: ۲۶۲-۲۷۸.
- ۴۰- مهریار، و جزایری، م. (۱۳۸۶). اعتیاد، پیشگیری و درمان. مشهد: نشر روان پویا.
- ۴۱- وزیریان، م و مستشاری، گ. (۱۳۸۱). راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد، تهران: انتشارات پرشکوه.

- 42-Abrams, D.B.(2000). Transdisciplinary concept and measures of craving commentary and future direction. *Journal of Addiction*,25,Pp:237-246.
- 43-American Psychiatric Association (APA)(2000).Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)(4th edn, text revision).Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 44-American Psychiatric Association (APA)(2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V) (5th edn, text revision).Washington, DC: American psychiatric Association.
- 45-American psychological association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,5th ed.United States.
- 46-Ball, S.A.(2007). Cognitive-behavioral and schema-based models for the treatment of substance use disorders. In Lawrence P. Riso., Pieter L. du Toit., Dan J. Stein.,& Jeffrey E. Young (Eds),*Cognitive schemas and beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide*(pp.111-138). Washington D.C: American Psychological Association.
- 47-Bandura , A.(1977). Self efficiency, Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychiatry Review*, 84,Pp:191-215.
- 48-Bandura, A.(1997). Social foundations of Thoughts and Action : A social cognitive theory . Englewood Cliffs, NJ: prentice-Hall.
- 49-Bandura, Albert.(1997) Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H Freeman *Journal of personality and Social psychology*, 89 , 205-222.
- 50-Beck, A.T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: the Guilford press.
- 51-Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., & Liese, B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*, 1 ed. New York: The Guilford Press.
- 52-Bennett, p.(2006).*Abnormal and clinical psychology*. New York: McGraw Hill Companies.
- 53-Chassin, L., Collins, R. L., Ritter, J.,& Shirley, M.C.(2001) . Vulnerability to substance use disorders across the life span . In R.E. Ingram & J.M. Price (Eds),*Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan* . New York: Guilford Press, pp. 165-172.
- 54-Clark, B., Hendricks, P. S., Lane, P. S., Trent, L., & Cropsey, K. L.(2014). Methadone maintenance treatment may improve completion rates and delay opioid

- relapse for opioid dependent individuals under community corrections supervision, *Addictive Behaviors*, 32(12),Pp:1736-1740.
- 55-Clton . F. J.(1985). *Clinical oncology cancer nursing*.Oxford:peryamon prss.
- 56-Cooper, M.L.,& Russel, M and Skinner, J.B.(1992). Stress and alcohol use: moderating effects of gender, coping and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101Pp: 139-152.
- 57-Goldberg, R, J., Greenwood, J. C., & Taintor, Z.(1976). Alpha conditioning as an adjust treatment for drug dependence. *International Journal of addiction*, 11., Pp: 1085-1089.
- 58-Goldman, R. L., Borckardt, J. J., Frohman, H. A., ONeil, P.M., Madan, A., Campbell, L. K., Budak, A., & George, M. S. (2011). Prefrontal cortex transcranial direct current stimulation(t DCS) Temporarily reduce food craving and increases the self-reported ability to resist food in adults with frequent food craving. *Appetite*, 56, Pp: 741-746.
- 59-Grosssp, M. R.(1994). Problems of drug and alchol . In S, G. Lindzay., & G, E. Powell(Eds). *The handbook of clinical adult psychology*. London: Routhedge.
- 60-Horner .M.S.A psychological barrier to achievement in women : The motive to avoid success .In D.C. McClelland & R.S Steele(Eds). *Human motivation*. Morristown. Nj: General Learning Press.(2009).
- 61-Jafri, E., Eskandari , H., Sohrabi, F., Delavar, A.& Heshmati, R.(2010). Effectiveness of coping skills training in reapse prevention and resiliency enhancement in people with substance dependency. *Procedia Social and Behavioral Science*, 5, Pp 1376-1380.
- 62-Kaminer, Y., & Bukstein, O, G (Eds). (2008). *Adolescent substance abuse: psychiatric comorbidity and high-risk behaviors*. New York, Routledge/Taylor & francis Group.
- 63-Kaminer, Y., & Marsch, L. (2011). Pharmacotherapy of adolescent substance use disorders. In Y. Kaminer., & K.C. Winters (Eds), *Clinical manual of adolescent substance abuse treatment* (Pp.163-186). Washington, DC: American Psychiatric publishing, Inc.
- 64-Kiluk, B. D., Nich, CH. & Carroll, K. M.(2011) . Releationship of cognitive function and the acquisition of coping skills in computer assisted treatment for substance use disorders, *Drug and Alcohol Dependence*, 114,Pp:169-176.

- 65-Ksir, C., Hart, C. L., & Oakley, R.(2008). Drugs, society, and human behavior(12thed) . Boston: McGraw-HILL.
- 66-Kuhar, M., & Liddle, H.(2012).Drugs of abuse, 1 ed. New York: Marshall Cavendish Corporation. Published by Marshall Cavendish Reference.
- 67-Mcdowell, D. M., & Spitz, H.(1999). Substance. Abuse: from principles to practice, Amazon.
- 68-McLellan, A. T., Mackay, J. R ., Forman. R., Cacciaiola. J., & Kemp. J.(2005).Reconsdering the evalution treatment from retrospective follow up to concurrent recovery monitoring. Addiction , 100.Pp:447-458.
- 69-Myrick, H., & Wright, T(2008). Clinical management of alcohol abuse and dependence. In M. Galanter M H. D. Kleber (Eds), The American psyiatria publishing textbook of substance abuse treatment(Pp.129-142).Washington, Dc, American psychiatric publishing.
- 70-Nezu, R. M., Nezu , CH, M., & Lombardo, E. L.(2004). Cognitive-Behavioral Case Formulation and Treatment Design A problem-Solving Approach.New York: Springer.
- 71-Riso, L. P., Mcbrid. C.(2007). Introduction: Areturn to a focus cognitive schemas. In Lawrence p , riso., Pieter L. du Tout ., Dan J. Stein., & JEFFREY E. Young (Eds).Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist practitioner guide (pp.3-10). Washangton D. C: Amwerican psychological Association.
- 72-Riymond, R., Drew, J., Dursteler , M., & Hock, C.(2005). Safety of injectable opioid maintenance treement for heroin dependence. Biological psychiatry, 54(6), Pp : 854-861.
- 73-Rosenberg, R, S., & Kosslyn, S. M. (2011). Abnormal psychology. New York: Worth Publishers.
- 74-Scheier,L. M., & Botvin, G. J.(1995). Effects of early adolescent drug use on cognitive efficacy in early – late ado;escence: A developmental structural model.Journal of Substance Abuse,7(4),Pp:379-404.
- 75-Snyder , C.R., Cheavens. J.& Michael . S.T.(1999).Hoping.In C. R. Snyder (Ed). Coping: The psychology of what work.New York:Oxford University Press.
- 76-Snyder . C .r.& Peterson . C .(2000). Handbook of hoper;theory .measures & application.scan diego:Academic press.

- 77-Snyder . C.R. (1996). Conceptualizing. Measuring. And nurturing hope. *Journal of Counseling and Development*,73(3),355-360.
- 78-Snyder . C.R., Irving . L .& Anderson . J.(1991).Hope and health.In C.R.Snyder & D.R. Forsyth (Eds). *Handbook of social and clinical psychology:the health perspective*.Elmsford.NY:pergamon Press.
- 79- Snyder .C. R., Harris , C.,Anderson. J . R., Holleran ,S .A .,Irving .L. M., S . T., Yoshinobu , L., Gibb. J., Langelles .C. & Sohm. S.(2004). Quality world awareness:placing people in to the quality world. *international Journal of Reality Therapy* ,23 (2):Pp 39-40.
- 80-Snyder CR .Lopez SJ. (Eds). (2005).*Handbook of positive psychology* Oxford university press. (28):Pp 430-450.
- 81-Snyder, C.R. & Tsukasa, K.(2005) . The relationship between hope and subjective wellbeing: Reliability and validity of the dispositional hope scale, Japanese version.*Japanese Journal of Psychology*,76(3),227-234.
- 82-Snyder, C.R., Cheavens, J., & Sympton, S.C(1997). Hope: an individual motive for social commerce. *Group Dynamics Theory, Research, and Practice*, 1, 107-118.
- 83-Snyder. C.R.(2005). *The psychological of Hope : You Can Get there from Here* . New York: free press.
- 84-Tiffany, S. T., Fiels, L., Singelton, E., Haertzen, C., & Henningfield, J. E. (1993). The development of a heroin craving questionnaire . Manuscript in preparation.
- 85-Valle, M.F.(2006). *An Analusis of Hope as a psychololgical Strength*. Doctoral Dissetation . University of South California. Department of psychology.
- 86-Votta, E. & Manion, I. (2004). Suicide, high-risk behaviors, and coping in homelwss adolescent males adjustment. *Journal of Adolescent Health*, 34, Pp: 237-243.
- 87-Yalom. I. D. & Leszcz ,M. (2005). *The theory and practice of Group Psychotherapy*.New York:Basic Book.

Abstract

The present research investigates the impact of collaborative hope therapy on voracity and anticipating the regression to taking drugs and associated beliefs with using drugs, in Narcotics Anonymous (NA) community of Farsan. The research was semi-experimental with pre-test, post-test and control group. To fulfill the purpose of the study, all the collaborators of the Association of Anonymous community in Farsan, who want to stay in cold turkey voluntarily refer to one of the NA communities, 25 individuals considers as experimental group and the 25 as control group randomly. The participants in experimental group aretrained over10 sessions based on a therapeutic protocol. Measurement tools consists of questionnaires for measuring voracity, regression prediction, associated belief with using drugs and ten sessions protocol of treatment, which are performed in terms of pre-test, post-test and 3 months following up. The results of this study show that collaborative hope is very effective in decreasing voracity, regression to consumption and improving beliefs about drugs.

keywords:Hope therapy, voracity, regression prediction, beliefs related to using drugs, narcotics anonymous community.

پیوست

"پرسشنامه سنجش ولع مصرف مواد پس از ترک"

این پرسشنامه میزان افکار و خیالات مربوط به مواد و وسوسه مصرف را می‌سنجد. هر یک از جملات زیر را بخوانید و سپس در مقابل آن عددی را علامت بزنید که به درست‌ترین وجه تجربه شما را توصیف می‌کند. عدد ۰ برای عدم وجود وسوسه و عدد ۵ نشان‌دهنده حداکثر وسوسه یا احساس می‌باشد.

0	1	2	۳	۴	۵	عبارت
						۱- بارها هوس و وسوسه مواد به سراغم می‌آید.
						۲- احساس می‌کنم که دیگر نمی‌توانم جلوی وسوسه مصرف را بگیرم.
						۳- فکر مواد و وسوسه مصرف نمی‌گذارد به سایر کارهای مهم برسم.
						۴- افکار و خیالات مصرف برای من دردسر ساز شده‌اند.
						۵- بدون اینکه بخواهم، افکار و وسوسه‌های مصرف به سراغم می‌آیند.
						۶- به سختی می‌توانم افکارم را متوجه کاری کنم که انجام می‌دهم.
						۷- فکرم روی یک موضوع قفل می‌شود و نمی‌وانم از آن خلاص شوم.
						۸- برایم سخت است که از جلوی داروخانه عبور کنم.
						۹- برایم سخت است که فکر خیال مواد را از ذهنم بیرون کنم.
						۱۰- فکر مواد و وسوسه مصرف مرا از زندگی عادی انداخته‌است.
						۱۱- فکر مواد و وسوسه مصرف مرا آزار می‌دهد.
						۱۲- باید انرژی زیادی صرف کنم تا به مواد و مصرف فکر نکنم.
						۱۳- فکر مواد و وسوسه مصرف از کنترل من خارج است.
						۱۴- گاهی به قدری وسوسه مواد زیاد می‌شود که طعم آن را حس می‌کنم.
						۱۵- گاهی افکاری به سراغم می‌آیند تا مصرف دوباره مواد را توجیه کنم.
						۱۶- دیدن مکان و ابزار مصرف، مرا به فکر و خیال مصرف مجدد می‌اندازد.
						۱۷- اگر به خاطر دیگران یا ترس نبود شاید تا به حال مصرف کرده بودم.
						۱۸- تا مرز مصرف مجدد پیش رفته‌ام.
						۱۹- اگر کسی را ببینم که مصرف کرده‌است، به شدت وسوسه می‌شوم.
						۲۰- هیچ وسیله‌ای که یاد آور مصرف است، نباید دور و برم باشد.

"پرسشنامه باورهای مربوط به مواد"

در زیر فهرست بعضی از عقاید رایج در مورد مصرف مواد آمده است. لطفاً هر جمله را بخوانید و درجه‌بندی نمایید که با هر جمله تا چه اندازه موافق یا مخالف می باشید.

کاملاً موافق	خیلی موافق	کمی موافق	خنثی	کمی مخالف	خیلی مخالف	کاملاً مخالف	سوال
							۱- بدون مصرف مواد زندگی کسل کننده است.
							۲- مصرف مواد تنها راه بالا بردن خلاقیت و باروری من است.
							۳- بدون مواد نمی‌توانم کار کنم
							۴- این تنها راه مقابله با درد در زندگی‌ام می‌باشد.
							۵- من برای توقف مصرف آماده نیستم.
							۶- هوس‌ها/امیال مرا وادار به مصرف می‌کنند.
							۷- حتی اگر مصرف را متوقف کنم، زندگی‌ام بهتر نخواهد شد.
							۸- تنها راه مقابله با خشم مصرف است.
							۹- اگر ترک کنم زندگی کسل‌کننده خواهد شد.
							۱۰- من لیاقت ندارم با ترک مصرف، بهبود پیدا کنم.
							۱۱- من به اندازه کافی برای ترک، توانایی ندارم.
							۱۲- بدون مصرف (مواد) نمی‌توانم اجتماعی باشم.
							۱۳- مصرف مواد برای من مشکل نیست.
							۱۴- هوس‌ها/امیال تا وقتی که مواد را مصرف نکنم، از بین نخواهد رفت.
							۱۵- علت مصرف مواد من کس دیگری بوده است. (مثلاً همسر، دوست، اعضای خانواده)
							۱۶- اگر کسی در رابطه با داروها مشکلی دارد؛ علت اصلی‌اش ارثی است.
							۱۷- من بدون مواد نمی‌توانم آرام باشم.
							۱۸- داشتن این مشکل دارویی به معنای این است که اصولاً آدم بدی هستم.
							۱۹- بدون مصرف مواد نمی‌توانم اضطرابم را کنترل کنم.
							۲۰- اگر مواد را مصرف نکنم نمی‌توانم زندگی خود را با نشاط کنم.

"مقیاس پیش‌بینی بازگشت"

همان‌گونه که می‌دانید، موقعیت‌های زیادی وجود دارد که می‌تواند میل به مصرف مواد را برانگیزند. در زیر چندین موقعیت وجود دارد که ممکن است تمایلات نیرومندی را برای مصرف مواد را برانگیزاند. هر سوال را بخوانید و خودتان را در آن موقعیت تصور نمایید و مشخص کنید که «احتمال مصرف‌تان» در این موقعیت چقدر است.

هیچ	ضعیف	متوسط	قوی	خیلی قوی

سؤال	احتمال مصرف
۱ در مکانی هستم که قبلاً در آن جا مواد مصرف کرده‌ام.	
۲ در کنار افرادی هستم که قبلاً با آن‌ها مواد مصرف کرده‌ام.	
۳ الان به من پول پرداخت شده است.	
۴ می‌بینم که همکارانم دارند مواد مصرف می‌کنند.	
۵ دارم از سرکار برمی‌گردم	
۶ جمعه شب است.	
۷ در یک میهمانی هستم.	
۸ دارم به آخرین بازی که مصرف کردم فکر می‌کنم.	
۹ شروع به صحبت با فردی دیگری در مورد مصرف کردن می‌کنم.	
۱۰ احساس کسالت می‌کنم.	
۱۱ احساس نشاط می‌کنم.	
۱۲ همسر یا قدیمی‌ام را می‌بینم.	
۱۳ دارم یک جرعه الکل مصرف می‌کنم.	
۱۴ دوست من مقداری کوکابین یا کرک به من تعارف می‌کند.	
۱۵ احساس غمگینی می‌کنم.	
۱۶ به خاطر می‌آورم که نشئگی چه احساس خوبی است.	
۱۷ احساس خشم می‌کنم.	
۱۸ در حالت استرس قرار دارم.	
۱۹ احساس گناه می‌کنم.	
۲۰ الان مواد مصرف کردم.	
۲۱ الان پرهیز خودم را شکستم	
۲۲ در حال آمده شدن برای کار هستم.	
۲۳ خسته هستم.	
۲۴ ناکام شده‌ام	
۲۵ یک پوستر ضد مصرف مواد می‌بینم.	
۲۶ یک لوله مصرف مواد می‌بینم.	
۲۷ بیرون در حال قمار هستم.	
۲۸ همین الان یک رویای دریاره مصرف مواد(هرویین) دیدم.	
۲۹ در حال تماشای ورزش هستم.	

۳۰	در حال لباس پوشیدن هستم.	
۳۱	در کارم تحت فشارم هستم.	
۳۲	به نزدیکی جنسی فکر می کنم.	
۳۳	نسبت به همسر عصبانی هستم.	
۳۴	همسر مرا به خاطر مصرف مواد سرزنش می کند.	
۳۵	الان به من گفته شد که آزمایش اعتیادم مثبت بوده است.	
۳۶	با این که مصرف نکرده بودم، آزمایش اعتیاد مثبت بود.	
۳۷	در حال تماشای یک فیلم با دارو هستم.	
۳۸	مضطربم.	
۳۹	الان فردی مرا مورد انتقاد قرارداد.	
۴۰	برای مدت مدیدی مواد مصرف نکرده ام.	
۴۱	احساس تنش می کنم.	
۴۲	یکی از عزیزان من، بیماری مهلکی دارد.	
۴۳	درد می کشم.	
۴۴	روی دوشم بار زیادی احساس می کنم.	
۴۵	با خانواده ام دعوا کرده ام.	



ISLAMIC AZAD UNIVERSITY

Shahrekord Branch

Science and Research Unit Of Chaharmahal and Bakhtiari

M.A Thesis

In General psychology

Title:

**Hope Effectiveness of Group Therapy on Craving,
Anticipating the Return-Related Beliefs Material,
Recovered Narcotics Anonymous (NA) City Farsan**

Supervisor:

Tayebe Sharifi , Ph.D

Advisor:

Daryoush Jalali , Ph.D

By:

Namat Allah Haibati

September 2017