

## بررسی علل اعتیاد به مواد تغییر دهنده خلق و رفتار و روش‌های مؤثر و کارآمد مشاوره اعتیاد

دکتر رحمت‌اله نورانی پور<sup>۱</sup>

حکیده

معنادان به مصرف مشروبات الکلی و سایر مواد تغییر دهنده خلق و خور و رفتار به خاطر رنج جسمانی و روانی که از اعتیاد می‌برند و نیز به علت تأثیر اعتیاد بر عملکردشان در خانواده، شغل و کار و روابط و تعاملات اجتماعی و همچنین بر اثر فشار اعضای خانواده، کارفرما یا سایر افراد مؤثر در زندگی‌شان درصدد هستند که از مصرف مشروبات الکلی و سایر مواد دست بردارند و به ترک آن اقدام کرده و از بازگشت به مصرف مجدد آن خودداری کنند. معنادان به خاطر رنج بدنی و جسمانی در هنگام مصرف نکردن مواد در ابتدا به پزشکان و سپس به روان‌پزشکان مراجعه کرده‌اند.

پیدا شدن مواد اعتیادآور متنوع و افزایش مصرف‌کنندگان آنها و تأثیرات مخرب و زیانبار فردی و اجتماعی اعتیاد به مصرف این مواد سبب شده است تا روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مشاوران و مددکاران اجتماعی با توجه به وضعیت مراجعان خود و تجربیات بالینی خویش نظریه‌ها، مدل‌ها، روش‌ها و راهکارهای غیردارویی گوناگونی را ارائه کرده است و آنها را در کمک به معنادان در ترک و جلوگیری از بازگشت و ماندن در ترک به‌کار گیرند و اثربخشی آنها را مورد آزمایش قرار دهند. در این مطالعه سعی شده است با استفاده از جدیدترین یافته‌های پژوهشی، علل گرایش به اعتیاد، روش‌های مصرف، مدل‌ها و نظریه‌های اعتیاد به مواد تغییر دهنده خلق و رفتار، اسکان مختلف درمان اعتیاد و روش‌های مؤثر و کارآمد مشاوره و همچنین معرفی مؤثرترین روش‌های غیردارویی و غیرپزشکی کمک به ترک اعتیاد و حتی جلوگیری از بازگشت به مصرف مجدد مواد، شناسایی و معرفی شود. براساس این مطالعه مؤثرترین روش‌های کمک به کسانی که به سوء مصرف، وابستگی و اعتیاد به مشروبات الکلی و سایر مواد مبتلا هستند، مورد بررسی قرار گرفته است.

کلیدواژگان: علل اعتیاد، مدل‌ها و نظریه‌های، درمان غیردارویی، مشاوره کارآمد، بازگشت به اعتیاد

## مقدمه

در عصر حاضر به ندرت می‌توان کشوری را پیدا کرد که با مشکل سوء مصرف مواد درگیر نباشد (سازمان دلد ۱۹۹۷). این مشکل از اواسط دهه هفتاد تا شروع دهه هشتاد به کسترده‌ترین وجه در کشورهای غربی به خصوص آمریکا تسوع پیدا کرد. این مشکل در ایران نیز بسیار قابل تأمل شده است. الگوی مصرف مواد در ایران تریاک، هروئین و اخیراً ماری‌جوآنا است. از زمانی که نوع انسان سوء مصرف مواد را آغاز کرده است، نلانس‌های فراوانی نیز برای پیشگیری و درمان اعتیاد صورت گرفته است. با وجود این، اعتیاد در همه سنین و در هر گروه اجتماعی و اقتصادی ظاهر می‌شود.

اما، استفاده و مصرف مشروبات الکلی و دیگر مواد تغییردهنده خلق و خو و رفتار در ابتدا برای تسکین درد، و درمان بیماری‌ها متداول بوده ولی بعدها برای تفریح و خوش‌گذرانی و سرگرمی مورد استفاده قرار گرفته است. خصوصیات تسکین‌دهندگی، آرامش‌بخشی و نادی‌افزینی سبب شده است تا آثار منفی آن با تأخیر شروع شود و مصرف‌کنندگان از تبعات منفی و زیان‌آور آنها غافل شوند. امروزه هم استفاده دارویی از مشروبات الکلی و مواد تغییردهنده خلق و خو و رفتار برای تسکین و درمان مجاز و معمول است و اعتیاد هم محسوب نمی‌شود. با وجود این، زمانی که مصرف این مواد تداوم پیدا می‌کند و مصرف‌کنندگان آنها باعث بروز عوارض جسمانی، روانی، رفتاری و ارتباطی شود وابستگی دارویی یا اعتیاد گفته می‌شود. اعتیاد به مواد تغییردهنده خلق و خو و رفتار آثار مخرب جسمانی، روانی، خانوادگی، شغلی، مالی، اجتماعی، اخلاقی و... دارد و باعث ارتکاب خلاف، جرم و جنایت می‌شود. تحقیقات نشان داده است که اقدام به خودکشی نیز در بین معتادان به الکل سی برابر افراد غیر معتاد است (موزیز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲) و خودکشی علت مرگ ۲۵ درصد از مصرف‌کنندگان مواد از راه تزریق بوده است (نیل من و فارل<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷).

<sup>۱</sup> - در کشورهایی که فروش و مصرف مشروبات الکلی غیرقانونی نیست مصرف آن در مجالس جشن و سرور و برخی از مناسبت‌ها مجاز است

<sup>۲</sup> - Mosier

<sup>۳</sup> - Neeleman & Farrell

## موضوع مورد بررسی

در این بررسی سعی شده است که نوعی مرور مطالعاتی بر دو موضوع زیر صورت گیرد:  
الف: شفاف سازی علل گرایش افراد به مواد تغییر دهنده خلق و خو و رفتار و سوء مصرف، وابستگی و اعتیاد به این مواد  
ب: شناسایی و معرفی روش‌های مؤثر و کارآمد غیر پزشکی و غیر دارویی برای کاهش، ترک و جلوگیری از بازگشت به اعتیاد

## اهمیت و ضرورت

سوء مصرف مواد تغییر دهنده خلق و خو و رفتار یکی از بارزترین آسیب‌های روانی، اجتماعی است که وابستگی به آنها اختلالی پیچیده با علل و آثار زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی است. در واقع، در هم تنیدگی عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی این معضل را به یکی از پیچیده‌ترین مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی تبدیل کرده است.

مشکلات، گرفتاری‌ها، آثار و عوارض فردی، خانوادگی، سفلی، مالی و اجتماعی اعتیاد باعث شده است تا افراد، خانواده‌ها و مسئولین جامعه برای پیشگیری، ترک و جلوگیری از بازگشت و عود در صدد کسب کمک‌های تخصصی بآیند و از افراد متخصص و کارآمد استمداد کنند. روان‌پزشکان، مشاوران، روان‌شناسان بالینی و مددکاران اجتماعی در زمره متخصصانی هستند که در جریان کار عادی و روزمره خود با افراد معتاد روبه‌رو می‌شوند. تمام این متخصصان خواه خود را متخصص درمان اعتیاد بدانند یا ندانند، مجبورند با مشکلات ناشی از مصرف مواد مقابله کنند. زیرا افراد، خانواده‌ها و جامعه از آنها انتظار کمک و مداخله مؤثر دارند. در پاسخ به این نیاز مبرم در سال‌های اخیر در کشورهای پیشرفته متخصصان بهداشت روانی در مؤسسات آموزشی و درمانی نظریه‌ها، مدل‌ها، روش‌ها، راهکارها و فنون مختلفی را در مورد علل و عوامل اعتیاد، بررسی خصوصیات افراد معتاد و سبک زندگی آنها، پیشگیری، درمان اعتیاد و جلوگیری از بازگشت پس از ترک آن را ابداع، آزمایش و تجربه کرده‌اند.

چنانچه کسانی که کارشان پیشگیری از ابتلاء افراد به سوء مصرف مواد و اعتیاد به آن و کمک به افراد معتاد در ترک مصرف مواد و بهبودی آنها است از علل اعتیاد، روش‌ها، راهکارها و فنون مؤثر و کارآمد کمک به ترک و بهبودی و جلوگیری از بازگشت آگاه باشند در اقدامات پیشگیرانه

و مداخلات مشاوره‌ای و درمانی خود سنجیده‌تر عمل می‌کنند و با سرعت بیشتر و صرف وقت و هزینه‌های کمتر کمک‌های بیشتر و مؤثرتری به افراد معتاد یا وابسته به مصرف مواد و دیگر افرادی که به نحوی با آنها ارتباط دارند ارایه خواهند کرد. لذا آگاهی از علل و عوامل وابستگی و اعتیاد به مصرف مواد تغییردهنده خلق و خو رفتار، علائم، آثار و عوارض اعتیاد، نظریه‌ها مدل‌ها، روش‌ها، راهکارها و فنون مشاوره و درمان اعتیاد برای مشاوران و روان‌شناسان بالینی، روان‌پزشکان، مددکاران اجتماعی ضروری است تا بهتر بتوانند مراحل سنجش و ارزیابی، تشخیص، مداخله و درمان، پیگیری و مراقبت‌های پس از ترک و بهبودی و برنامه‌های پیشگیری از عود را متناسب با وضعیت مراجعان معتاد و با توجه به نوع و مقدار مواد مصرفی طراحی، اجرا، ارزیابی و پیگیری کنند.

در رشته مشاوره و درمان اعتیاد به رغم تازگی پیدایش آن در سال‌های اخیر، تحولات و تغییرات چشمگیری رخ داده و تحقیقات تازه‌ای در باره نظریه‌ها، مدل‌ها و روش‌های پیشگیری و درمان در حال وقوع است. چنانچه متخصصان مشاوره و درمان اعتیاد از نتایج این قبیل تحقیقات آگاه باشند و از آنها در اصلاح و بهبود روش‌ها و شیوه‌های مداخله و کمک به افراد معتاد و جلوگیری از بازگشت آنها بهره‌برداری کنند در اقدامات پیشگیرانه، مشاوره‌ای، درمانی و مراقبت‌های پس از ترک و بهبودی موفق‌تر و کارآمدتر خواهند بود.

### سئوالات پژوهش

- ۱- آیا عوامل ارثی و ژنتیکی زمینه را برای روی آوردن افراد به مواد تغییردهنده خلق و خو و رفتار و اعتیاد به آنها مستعد می‌سازد؟
- ۲- آیا عوامل روان‌شناختی باعث روی آوردن افراد به مواد تغییردهنده خلق و خو و رفتار و وابستگی و اعتیاد به آنها می‌شود؟
- ۳- آیا وضعیت نامساعد خانوادگی باعث روی آوردن افراد به مواد تغییردهنده خلق و خو و رفتار و وابستگی و اعتیاد به آنها می‌شود؟
- ۴- آیا عوامل اقتصادی زمینه روی آوردن افراد به مواد تغییردهنده خلق و خو و رفتار و وابستگی و اعتیاد آنها را فراهم می‌کند؟

- ۵- آیا عوامل فرهنگی - اجتماعی سبب گرایش افراد به مواد تغییردهنده خلق و خو و رفتار و وابستگی و اعتیاد به آنها می‌شود؟
- ۶- آیا روش رفتار درمانی شناختی شیوه مداخله مؤثر و کارآمدی برای ترک اعتیاد، بهبودی و حفظ آن می‌تواند باشد؟
- ۷- آیا روش خودکارآمدی مداخله‌ای مؤثر و کارآیی برای ترک اعتیاد، بهبودی و حفظ آن است؟
- ۸- آیا روش درمان انگیزشی کوتاه مدت می‌تواند شیوه مداخله مؤثر و کارآمدی برای ترک اعتیاد، بهبودی و حفظ آن باشد؟
- ۹- آیا روش‌های مشاوره گروهی و گروه‌های خودیار از شیوه‌های مداخله مؤثر کارآمد برای ترک اعتیاد، بهبودی و حفظ آن است؟
- ۱۰- آیا روش‌های مشاوره زناشویی و خانواده درمانی از شیوه‌های مداخله مؤثر کارآمد برای ترک اعتیاد، بهبودی و حفظ آن است؟

### اهداف کلی پژوهش

- ۱- بی‌بردن به علل و عوامل روی آوردن و ابتلاء به سوءمصرف مواد تغییردهنده خلق و خو و رفتار و وابستگی و اعتیاد به مصرف آنها.
- ۲- آگاهی از روش‌ها و راهکارهای مؤثر و کارآمد تجربه شده در پیشگیری و مشاوره با افراد معتاد باهدف ترک، بهبودی و جلوگیری از بازگشت.

### اهداف جزئی پژوهش

- ۱- بی‌بردن به تأثیر عوامل ارثی در گرایش افراد به مواد تغییردهنده خلق و خو و رفتار و وابستگی و اعتیاد به آنها.
- ۲- بی‌بردن به تأثیر یا عدم تأثیر عوامل روان‌شناختی در گرایش افراد به مواد تغییردهنده خلق و خو و رفتار و وابستگی و اعتیاد به آنها.
- ۳- بی‌بردن به تأثیر یا عدم تأثیر اوضاع و شرایط خانوادگی در گرایش افراد به مواد تغییردهنده خلق و خو و رفتار و وابستگی و اعتیاد به آنها.

- ۴- پی بردن به تأثیر یا عدم تأثیر عوامل اقتصادی و مالی در گرایش افراد به مواد تغییردهنده خلق و خو و رفتار و وابستگی و اعتیاد به آنها.
- ۵- پی بردن به تأثیر یا عدم تأثیر عوامل فرهنگی - اجتماعی در گرایش افراد به مواد تغییردهنده خلق و خو و رفتار و وابستگی و اعتیاد و آنها.
- ۶- شناخت روش های مختلف مداخله فردی مؤثر در ترک، بهبودی اعتیاد و جلوگیری از بازگشت آن.
- ۷- شناخت روش های مختلف مداخله گروهی مؤثر در ترک، بهبودی اعتیاد و جلوگیری از بازگشت آن.
- ۸- پی بردن به اثربخشی و کارآمدی روش های مشاوره و زناشویی و خانواده در ترک، بهبودی اعتیاد و جلوگیری از بازگشت آن.

### روش پژوهش

اکثر مطالعات و بررسی هایی که در زمینه پی بردن به علل گرایش افراد به سوء مصرف مواد و شناسایی، مشخص کردن، و معرفی نظریه ها مدل ها، روش ها و راهکارهای مداخله ای مشاوره ای و روان شناختی برای ترک و بهبود معتادان به مواد اعتیادآور و جلوگیری از بازگشت آنان به سوء مصرف مجدد این مواد انجام شده. مطالعات تجربی و نیمه تجربی و بیشتر طولی است. در این بررسی نیز سعی شده است تا با استفاده از روش اسنادی یا کتابخانه ای نتایج، آزمایش ها تجربیات و تحقیقات بالینی متخصصان در این زمینه و یافته های تحقیقاتی مستقل پژوهشگران راجع به علل و عوامل گرایش افراد به سوء مصرف مواد و همچنین نظریه ها مدل ها، روش ها و راهکارهای مداخله ای مشاوره ای و روان شناختی مؤثر و کارآمد مرور شود.

### تعاریف و مفاهیم اعتیاد

به رغم برداشت کلی و عمومی مردم از اعتیاد که آن را عادت شدید به استفاده از یک چیز یا انجام یک امر می دانند وقتی می خواهیم اعتیاد و بویژه اعتیاد به مواد تغییردهنده خلق و خو و رفتار را تعریف کنیم درمی یابیم که کار چندان آسانی نیست و توافقی درباره آن وجود ندارد.

کلمات متعددی مثل مصرف<sup>۱</sup>، استفاده نادرست<sup>۲</sup>، سوء مصرف<sup>۳</sup>، وابستگی<sup>۴</sup> و اعتیاد<sup>۵</sup> در باره عادت به خوردن مشروبات الکلی و مصرف مواد و داروهای آرام‌بخش و ضدافسردگی و روان‌گردان، خوردن بیش از حد، قمار کردن، درگیر شدن با روابط جنسی بیش از حد و حتی کار کردن بیش از اندازه به کار برده شده است.

مصرف: کلمه مصرف به هنگام استفاده از مشروبات الکلی و مواد و داروها برای مصارف طبیی و به منظور تسکین یا درمان از قبیل مورفین، کدئین، آرام‌بخش‌ها و داروهای روان‌گردان گفته می‌شود. در کشورهای غربی یا کشورهای دیگری که خرید و فروش مشروبات سکرآور و مست‌کننده قانونی است و مصرف آنها منع نشده و همچنین استعمال دخانیات یا انجام انواع قمار در موقعیت‌های تفریحی، در جشن‌ها و شادی‌ها مجاز شمرده شده است (لاسون، لاسون و ریورز<sup>۶</sup> ۲۰۰۱). همین مؤلفان استفاده از مواد یا داروهایی که آثار و نتایج جسمانی، روانی، اجتماعی و قانونی زیان‌آور داشته باشد را استفاده نادرست خوانده‌اند.

سوء مصرف: چنانچه مراجعی مشروبات الکلی یا دیگر مواد مصرف کند که باعث تغییر خلق و خو و رفتار او شود و آثار نامطلوبی بر روی زندگی خودش یا زندگی دیگران بگذارد، گفته می‌شود که سوء مصرف مواد دارد. این آثار ممکن است آسیب‌دیدگی جسمانی، روانی یا عملکرد شغلی فرد باشد. شاکیت (۱۹۹۵) استفاده مکرر و طولانی مدت از مواد و داروها را سوء مصرف خوانده است و اضافه می‌کند سوء مصرف از مواد یا داروها زمانی صورت می‌گیرد که فرد موادی را بدون نیاز ضروری و به حق مصرف کند.

وابستگی: وابستگی به شکل شدیدتر سوء مصرف مواد گفته می‌شود. از نظر مارگولیس و زوبین<sup>۷</sup> (۱۹۹۸) وابستگی عبارت است از: نیاز و میل شدید جسمانی و روانی برای مصرف مواد و خوردن مشروب به خاطر تغییر حالت خود آگاهی و نشئه و کیفی که برای فرد وابسته ایجاد می‌کند. به نظر آنها وابستگی از طریق مصرف دارو از روی عادت، مصرف مشروبات و مواد به

<sup>۱</sup> - Use

<sup>۲</sup> - Misuse

<sup>۳</sup> - abuse

<sup>۴</sup> - Dependency

<sup>۵</sup> - Addiction

<sup>۶</sup> - Lawson, Lawson and Rivers.

<sup>۷</sup> - Margolis and Zewben

دفعات بیشتر و مقدار زیادتر آن به رغم نتایج زبان‌آور و منفی فراوان آن برای فرد، خانواده و جامعه مشخص می‌شود.

**اعتیاد:** لاسون، لاسون، وریورز تغییرات سلولی را که در اثر استفاده زیاد از مواد و داروهای روان‌گردان رخ می‌دهد و باعث ایجاد مقاومت و تحمل علائم مرضی ناراحت‌کننده و زجرآور بدنی و روانی به هنگام عدم استفاده از آن می‌شود، اعتیاد نامیده‌اند. خاتم دیمان دویل پیتا<sup>۱</sup> نیز معتقد است که اعتیاد به مشروبات الکلی یا دیگر مواد دلالت بر این ندارد که شخص دچار حالت مستی یا تشنه و کیف باشد، بلکه به وضعیت شخصی گفته می‌شود که به طور مکرر به قدری خوردن مشروب یا مصرف مواد مشغول شده است که زندگی شخصی، خانوادگی و شغلی را برای او ناراحت‌کننده کرده است. این فرایند وابستگی روانی ممکن است به چیزهای دیگر مثل خوردن، روابط جنسی، قمار و حتی کار کردن کشیده شود به‌طور کلی شخص به قدری نسبت به مصرف مشروب یا مواد مخدر یا اشتغال به امور دیگر وسواس پیدا می‌کند که زندگی بدون آنها برای او لذت‌آور نیست (۱۹۹۴).

### مواد اعتیاد آور

اهم مواد اعتیادآور که امروزه در سرتاسر دنیا تولید، توزیع و مصرف می‌شود عبارتند از: مشروبات الکلی (مانند آبجو، شراب، عرق، ویسکی و ...)، مواد افیونی (مانند تریاک، سوخته تریاک، شیره، هروئین، فنتانیل<sup>۲</sup>، بوپرنورفین<sup>۳</sup>)، باربیتورات‌ها<sup>۴</sup> (مانند آموباربیتال<sup>۵</sup>، آروباربیتال<sup>۶</sup>، مپوباربیتال<sup>۷</sup>، تال‌بوتال<sup>۸</sup>)، بنزودیازپین‌ها<sup>۹</sup> (مانند باسیرون<sup>۱۰</sup>، زولیدم<sup>۱۱</sup>).

رتال جامع علوم انسانی

<sup>۱</sup> - Dianne Doyle Pita

<sup>۲</sup> - Fentanyl

<sup>۳</sup> - Buprenorphim

<sup>۴</sup> - Barbiturates

<sup>۵</sup> - Amobarbital

<sup>۶</sup> - Arobarbital

<sup>۷</sup> - Mephobarbital

<sup>۸</sup> - Talbutal

<sup>۹</sup> - Benzodiazepines

<sup>۱۰</sup> - Buspiron

<sup>۱۱</sup> - Zolpidem



زاللون<sup>۱</sup>، آمفتامین‌ها<sup>۲</sup> (مانند ریتالین<sup>۳</sup>، آیس و کت)، کوکائین<sup>۴</sup>، مشتقات گیاه شاه‌دانه (مانند حبشیش، ماری‌جوانا)، توهم‌زاها<sup>۵</sup> (مانند ال. اس. دی، اس. تی. بی و دی. سی. بی)، استنشاقی‌ها (مانند چسب‌ها، رنگ‌ها)، استروئیدها، آرام‌بخش‌ها (مانند دیازپام<sup>۶</sup>)، دخانیات (مانند سیگار، پپ، چپق، قلیان).

### روش‌های مصرف مواد اعتیادآور

عمده‌ترین روش‌های مصرف مواد اعتیادآور عبارتند از:

الف: خوردن به صورت قرص یا شربت (مشروبات الکلی، باریتورات‌ها، آمفتامین، آرام‌بخش‌ها...)

ب: کشیدن به صورت دود یا پودر (سیگار، تریاک، هروئین، کوکائین)

ج: تزریق به سه صورت زیر پوستی (هروئین) عضلانی، (استروئید) وریدی (هروئین و کوکائین)

د: مالیدن و استفاده از برچسب‌ها

### مدل‌ها و نظریه‌های اعتیاد

نظریه‌ها و مدل‌های متعدد و متنوعی برای تشریح ماهیت پیچیده و غامض اعتیاد به وجود آمده است که خلاصه مهم‌ترین آنها به شرح زیر است:

۱- **مدل اخلاقی:** به علت سابقه مصرف الکل در آمریکا، عمده مدل‌ها و نظریه‌های اولیه درباره اعتیاد، به مصرف الکل مربوط می‌شود. در این رابطه، اولین الگوی مصرف مدل اخلاقی بود. این مدل بر انتخاب فرد به عنوان مشکل مربوط به خوردن مشروبات الکلی تأکید دارد. بر این اساس، به مشکلات مربوط به سوء مصرف الکل به عنوان تخلف از دستورات دینی، قوانین و مقررات اجتماعی نگریسته می‌شود. در واقع، شخص معتاد به الکل مختار است که مشروب بخورد یا نخورد و چنانچه مشروب بخورد گناهکار و متخلف محسوب می‌شود. در اغلب

<sup>۱</sup> - Zaleplon

<sup>۲</sup> - Amphetamines

<sup>۳</sup> - Ritalin

<sup>۴</sup> - Cocaine

<sup>۵</sup> - Hallucinogens

<sup>۶</sup> - Phencyclidine

<sup>۷</sup> - Dizepam 162-273

کشورهایی که براساس اعتقادات دینی و مذهبی یا قوانین و مقررات کشوری تولید، خرید و فروش و خوردن مشروبات الکلی ممنوع است، این مدل رایج است.

**۲- مدل بیماری (بزشکی):** این مدل از این لحاظ اهمیت دارد که از دهه ۱۹۶۰ تاکنون تسلط زیادی بر رویکردهای درمان داشته است. این مدل توسط جلینک<sup>۱</sup> برای اولین بار برای درک و شناخت اعتیاد به مشروبات الکلی مطرح شد و از آن زمان تاکنون در حیطه عمومی اعتیاد به کار برده می‌شود. در این مدل اعتیاد یک بیماری تصور می‌شود که دارای ریشه بیولوژیک و ارثی است که تحت تأثیر عوامل محیطی بروز می‌کند. هر چند که این مدل توسط عامه مردم پذیرفته شده است و براساس آن گروه‌های بی‌نام به وجود آمده است، اما عده‌ای اعتقاد دارند که این مدل چیزی جز میدان نبرد بین حرفه‌های پزشکی و بهداشت روانی نیست (گودوین<sup>۲</sup> و وارنک<sup>۳</sup> ۱۹۹۱ صی ۴۸۵). دویکو (۲۰۰۲) براساس نتایج و تحقیقات انجام شده ابرازات زیادی را بر مدل جلینک وارد کرده است. به نظر او این مدل هرگز به صورت یک نظریه جامع تدوین نشده است. به عنوان مثال نتایج نشان می‌دهد که افراد الکلی کنترل خود را از دست می‌دهند، اما تحقیقات دیگر این نتیجه‌گیری را تأیید نکرده است و برخی از محققان اعتقاد دارند که افراد وابسته به الکل به جای از دست دادن کنترل، در کنترل خود ناهماهنگی نشان می‌دهند (تونیسو<sup>۴</sup>، سوبل، سوبل و لئو<sup>۵</sup> ۱۹۹۱، وابلانت<sup>۶</sup> ۱۹۹۰).

**۳- مدل‌های مبتنی بر نظریه‌های یادگیری:** مدل‌های نظریه یادگیری از چندین مکتب فکری مختلف راجع به رفتار شرطی شده یا یادگرفته شده نشأت گرفته است. این مکاتب فکری عبارتند از: شرطی‌سازی کلاسیک، شرطی‌سازی عامل، نظریه‌های الگوسازی، نظریه‌های شناختی - رفتاری یا یادگیری اجتماعی. تمام این نظریه‌ها بر این باورند که رفتار انسان به جای این‌که توسط عوامل ارثی ایجاد شده باشد، آموخته شده هستند. رفتارهای مشکل‌دار شامل افکار، احساسات و تغییرات فیزیولوژیکی، می‌توانند با همان فرایندهای یادگیری که در ابتدا آنها را به

<sup>۱</sup> - Jellinek

<sup>۲</sup> - Goodwin

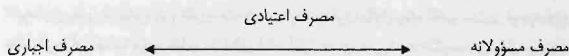
<sup>۳</sup> - Warnock

<sup>۴</sup> - Toneatto

<sup>۵</sup> - Leo

<sup>۶</sup> - Vaillant

وجود آورده است، اصلاح و تغییر داده شود (راتگر<sup>۱</sup> ۱۹۹۶ ص ۱۷۵-۱۷۲). به بیانی ساده این نظریه‌ها بر این عقیده تأکید می‌کنند که رفتارهای اعتیادی شامل یک دسته عادات بد می‌شوند که قابل اصلاح و تغییر هستند. این مدل‌ها، رفتارهای اعتیادی را روی یک پیوستار از مصرف مسؤولانه یا مصرف در موقعیت‌های اجتماعی<sup>۲</sup>، تا مصرف به صورت اعتیاد و مصرف اجباری مورد توجه قرار می‌دهند.



نظریه پردازان یادگیری این مدل‌ها را با مدل بیماری (که به یک طبقه‌بندی ثابت که دلالت بر وجود یا عدم وجود بیماری اعتقاد دارد) مقایسه می‌کنند. آنها اعتقاد دارند که تمام نقاط روی این پیوستار از مصرف تا سوءمصرف تحت تأثیر یک سلسله فرایندهای یادگیری مشابه است. تفاوت مکان بر روی پیوستار مربوط به این امر می‌شود که برخی از افراد بر اثر شرطی شدن، الگوهای ناکارآمد، یا ناسازگار سوءمصرف را انتخاب کرده‌اند در حالی که عده‌ای دیگر این مواد را در حد متعادل و به صوت مسؤولانه مصرف می‌کنند. نظریه‌های رفتاری نقش علی عوامل ژنتیک را به حداقل می‌رساند و در عوض بر تعامل تأثیرات محیط فرد، ترکیب بیولوژیکی یا خلقی، و فرایندهای یادگیری تأکید بسیار دارند (راتگر<sup>۱</sup> ۱۹۹۶ ص ۱۸۷). در زیر اشاره‌ای مختصر به برخی از نظریه‌های یادگیری شده است:

نظریه شرطی‌سازی کلاسیک: براساس این نظریه معتاد به مواد و الکی‌ها یک پاسخ شرطی نسبت به موقعیتی (از جمله اشخاص) که با مصرف مشروب و مواد آنها ارتباط دارد ایجاد می‌کند. ویلکر مشاهده کرد موقعی که مصرف‌کنندگان سابق مواد در باره مصرف مواد خود در گذشته صحبت می‌کردند، اغلب شروع به تجربه کردن علائم فیزیولوژیکی ترک مواد افیونی

<sup>۱</sup> - Rotger

<sup>۲</sup> - همان گونه که قبلاً گفته شد خوردن مشروب در برخی از کشورها در بعضی از موقعیت‌ها در حد متعادل مجاز است.

می‌کردند (مذکور در نوشته‌های چایلدرس<sup>۱</sup>، ارمن<sup>۲</sup>، روزنو<sup>۳</sup>، رابینز<sup>۴</sup>، ابراین<sup>۵</sup>، ۱۹۹۳ ص ۵۷). در این نظریه، برای درمان اختلالات سوءمصرف مواد راهکارهای متعددی از جمله فنون مهار محرک، آموزش آرام‌بخشی، ایجاد حساسیت پنهانی و دیگر فنون درمان تنافری ارائه شده است.

نظریه شرطی‌سازی عامل: نظریه‌پردازان شرطی‌سازی عامل اعتقاد دارند که الگوهای رفتاری بر اثر تقویت‌های مثبت و منفی که به هنگام رخ دادن این رفتارها اعمال می‌شود به وجود می‌آید. سوءمصرف الکل و مواد اعتیادآور تحت تأثیر این دو نوع تقویت‌کننده به وجود می‌آید.

الگوسازی رفتار: براساس این نظریه مشاهده رفتار اشخاص دیگر (بویژه الگو سازی نوجوانان) وسیله‌ای برای گسب مهارت‌های مقابله‌ای مناسب‌تر محسوب می‌شود؛ الگوسازی یک وسیله سریع و کارآمد تغییر رفتار به شمار می‌رود. نظریه الگوسازی نقش مهمی در بکارگیری راهکارهای مداخله‌ای از قبیل رویکردهای مهارت‌های اجتماعی، آزمون‌بخشی و کنترل خشم ایفا می‌کند.

مدل شناختی - رفتاری: براساس نظریه یادگیری اجتماعی شرطی شدن نه تنها رفتارها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه باعث ایجاد افکار و عواطفی می‌شود که رفتار را شکل می‌دهد. یک مفهوم اساسی در نظریه یادگیری اجتماعی جبرگرایی متقابل است و آن بدین معنی است که اشخاص هم بر محیط تأثیر می‌گذارند و هم از محیط تأثیر می‌پذیرند (راکرز ۱۹۹۶ ص ۱۸۴).

متغیر اصلی در تعیین چگونگی پاسخ‌های فرد نسبت به محیط مفهومی است که خودکارآمدی<sup>۶</sup> خوانده می‌شود. منظور از خودکارآمدی این است که شخص در خود احساس اطمینان و اعتماد به نفس می‌کند که می‌تواند در یک موقعیت به‌طور مناسب و مؤثر اقدام و رفتار کند. هر چه احساس فرد از توانایی اقدام و رفتار مناسب در یک موقعیت بیشتر باشد احتمال رخ دادن رفتار نامناسب و ناکارآمد کمتر می‌شود؛ به همین دلیل نظریه شناختی - رفتاری همانند نظریه الگوسازی بر فنون افزایش خودکارآمدی (آموزش جزأتمندی، کنترل خشم، فنون آرامش‌بخشی)

<sup>۱</sup> - Childress

<sup>۲</sup> - Ehrman

<sup>۳</sup> - Robsenow

<sup>۴</sup> - Robbins

<sup>۵</sup> - OBrien

<sup>۶</sup> - Self - efficacy

تاکید می‌کنند. بر طبق نظریه یادگیری اجتماعی اختلالات اعتیاد به علت ناتوانی در مقابله است. بنابراین افراد باید مهارت‌های مقابله با استرس‌ها و مشکلات را یاد بگیرند. آنها همچنین باید مهارت‌های پیش‌بینی استرس‌های آینده را از طریق دوری کردن از موقعیت‌هایی که افراد می‌دانند خود - کارآمدی کمی برای انجام مهارت‌های خاص دارند بیاموزند. این فرایندها در طراحی مدل جلوگیری از بازگشت (مارلت و گوردون ۱۹۸۵) که می‌کوشد تا محرک‌ها و موقعیت‌های خیلی خطرناک برای افراد معتاد را شناسایی کند به کار گرفته شده است. مطلب دیگری که توسط نظریه‌های یادگیری مطرح شد موضوع انتظارات افراد از اثرات مفید الکل و مواد بوده است. تحقیقات مربوط به انتظارات از الکل و مواد نیز نشان داده است که عواملی غیر از خواست و نیاز فیزیولوژیکی و بیولوژیکی در ایجاد اختلالات اعتیاد نقش دارد. بالاخره نظریه‌پردازان یادگیری با وجود آوردن پایگاه اطلاعاتی جامعی اثربخشی مداخلاتشان را اثبات کرده‌اند.

به طور کلی قبول نقش متغیرهای بافتی و محیطی در شروع و ادامه سوءمصرف الکل و مواد دیگر لازم و ضروری است. اما با توجه به وجود حجم زیاد اطلاعات در هر دو طرف پیوستار به نظر می‌رسد، منطقی‌تر باشد که قبول کنیم که هم عوامل بیوشیمیایی و هم عوامل روانی اجتماعی نقش مهمی در ایجاد و تداوم اختلالات اعتیادی ایفا می‌کند. بدیهی است که احتمال داشته باشد که عوامل متفاوتی نقش بیشتر یا کمتری در ایجاد اختلال در فرد خاصی ایفا کنند. از طرف دیگر برخی از افراد ممکن است به‌طور استثنائی آمادگی زیستی - شیمیایی برای ابتلاء به اختلالات اعتیادی داشته باشند و افراد دیگری به خاطر شرایط و کمبودهای محیطی و روانی به اعتیاد دچار شوند. برخی از نظریه‌پردازان هم به زمینه‌های زیستی، روانی و اجتماعی در ایجاد اختلال اعتیاد اشاره می‌کنند (مارگولیس و زوبن ۲۰۰۱ ص ۶۳).

#### ۴- نظریه روان تحلیل‌گری

نظریه‌های روان تحلیل‌گری معاصر براساس «خود» و تجربیات درونی شده در گذشته، اعتیاد را یک پاسخ پیش‌رونده در مورد کمبودهای خود - تنظیم‌گری می‌دانند و استفاده اعتیادآور از الکل و دیگر مواد را یک مکانیزم سازگاری تلقی می‌کنند که فرد توسط آن می‌کوشد تا با کمبودهای خود - تنظیم‌گری که از محرومیت‌های دوران اولیه طفولیت و تعاملات نادرست والدین - کودک سرچشمه می‌گیرد مقابله کند. براساس این نظریه که «فرضیه خود - درمانی» نامیده شده است

چند نوع از آسیب‌های خود - تنظیم‌گری (نظیر آسیب‌دیدگی تحمل عاطفی، آسیب‌دیدگی مراقبت از خود، آسیب‌دیدگی‌های مربوط به رشد شخصیتی و احترام به خود و روابط دارای مشکل) منجر به مشکلات اعتیاد به مواد می‌شود.

معمولاً ضعف این مدل آن است که فاقد پشتوانه و تأیید تجربی است. خانتزیان<sup>۱</sup> که واضع این نظریه است آن را مکمل نظریات بیوزتیک، فرهنگی و اجتماعی برای علت‌یابی اختلالات مربوط به مصرف مواد الکلی و سایر مواد می‌داند.

### ۵- مدل‌های نظریه خانواده

سه مدل نظریه خانواده وجود دارد که معمولاً در حیطه سوءمصرف الکلی و سایر مواد به کار گرفته می‌شود. این مدل‌ها عبارتند از: مدل سیستم‌ها، مدل‌های رفتاری و مدل‌های بیماری خانواده.

**الف: مدل سیستمی خانواده** - در خانواده‌های الکلی مرزها یا الگوهای روابط (زن - شوهر یا والدین - کودکان) اغلب درهم ریخته و آشفتنه است. در خانواده‌های معتاد به خصوص الکلی نقش‌ها وضعیت ناسالم و مرضی پیدا می‌کند؛ مثلاً طبقه‌بندی نقش‌های خانواده ممکن است به صورت زیر درآید:

شخص وابسته به مواد، توانا کننده اصلی. قهرمان خانواده، سهریلا، کودک گم شده و خوش قدم شخص معتاد رفتار غیرمسئولانه دارد. سهریلا اغلب با فرد معتاد به الکل همانندسازی می‌کند و سعی دارد که توجه و سرزتش از فرد معتاد به او معطوف گردد (تامبز<sup>۲</sup> ۱۹۹۴) و مایه تکیه به خوشمزگی و بذله‌گویی می‌پردازد و در کمک به خانواده در رها شدن از تنوگی‌ها و تعارضات مفید واقع می‌شود. خانواده درمانگران سعی می‌کنند چنین خانواده‌هایی را در اصلاح ساختار، مرزها و نقش‌ها کمک کنند. تحقیقات بر اثر بخشی خانواده درمانی معتادان صحنه می‌گذارد (سک‌کردی<sup>۳</sup> و اپستین<sup>۴</sup> ۱۹۹۶).

**ب: مدل رفتاری خانواده:** این مدل به شدت بر مشاهده اعضای خانواده بویژه مشاهده الگوهای رفتاری و تعاملی آنها توجه دارد. این روش از فنون تفسیر و اصلاح رفتار مثل بستن قرارداد،

<sup>۱</sup> - Khantzian

<sup>۲</sup> - Tambs

<sup>۳</sup> - McCrady

<sup>۴</sup> - Epstein

تشویق سبک‌های جدید تعامل و حل مسأله استفاده می‌کند. مدل‌های رفتاری از مداخلاتی که دارای ساختارهای کامل است برای کمک به زوجین در تغییر الگوهای تعاملی آنها استفاده می‌کند (کاولز<sup>۱</sup> ۱۹۸۹).

ج: مدل بیماری خانواده: این مدل از مدل بیماری اعتیاد ناشی شده و بسیاری از سنت‌ها و فنون برنامه الکلی‌های بی‌نام را به کار می‌برد. بیماری مورد بررسی در این مدل اعتیاد به الکل یا سایر مواد نیست بلکه بیماری هم‌وابستگی است. افراد بهم پیوسته اغلب دچار وابستگی و وسواس نسبت به رفتار معتاد به الکل یا مواد هستند. آنها به تدریج احترام به خود، ارزشمندی خود، و حتی هویت شخصی در موقع اداره یک زندگی پر از بحران را که بر رفتار همسر معتاد متمرکز است از دست می‌دهند. همسر هم‌وابسته با نیاز به تغییر همسر معتاد حرکت می‌کند. تمرکز درمان در این مدل بر کمک به همسر وابسته است تا به یک احساس ناپوستگی نایل آید (مارگولیس و زوبن<sup>۲</sup> ۲۰۰۱).

#### ۶- مدل زیستی، روانی، اجتماعی: یک مدل ترکیبی

اکثر متخصصان و مراکز درمانی از این مدل برای تشریح پیچیدگی اختلال اعتیاد استفاده می‌کنند. در مدل زیستی، روانی، اجتماعی از شیوه‌های متنوعی برای تشریح اعتیاد استفاده می‌شود لکن در مورد هر شخص عوامل خاصی نقشی با اهمیت‌تر یا کم اهمیت‌تر ایفا می‌کند. عوامل بیوشیمیایی: در این مدل عوامل بیوشیمیایی نقش مهمی در پیدایش و ادامه مشکلات مصرف الکل یا مواد دیگر برای افراد معتاد ایفا می‌کند (موسسه سراسری سوء مصرف الکل و الکلیسم ۱۹۹۳ ص ۱۲۰). سیستم‌های انتقال دهنده عصبی نقش مهمی در تنظیم حالات عاطفی، دقت و تمرکز دارد. برخی از افراد ممکن است دارای آسیب‌دیدگی‌های ژنتیک در سیستم انتقال دهنده عصبی باشند که ممکن است باعث ایجاد حساسیت بیش از حد یا آمادگی قبلی برای تأثیرات الکل، مواد و یا هر دو باشد. افراد مختلف ممکن است در درون سیستم پیچیده انتقال دهنده‌های عصبی آسیب‌دیدگی‌های گوناگون داشته باشند که در آنها ایجاد آمادگی قبلی نسبت به سوء مصرف برخی از مواد شیمیایی می‌کند. همچنین در اشخاص دیگر ممکن است بر اثر سال‌ها سوء مصرف حساسیت و آسیب‌پذیری بیوشیمیایی نسبت به الکل و مواد ایجاد شود. این

<sup>۱</sup> - Cowles

<sup>۲</sup> - Margolis & Zweben

سوء مصرف ممکن است در اثر عوامل روانی - اجتماعی (مثل تجربیات عاطفی دردناک، مشکلات خانوادگی، فشار همگنان) شروع شده باشد ولی با گذشت زمان مواد شیمیایی ممکن است بر سیستم انتقال دهنده عصبی آسیب وارد کرده باشد.

*انتظارات:* مطالعات مربوط به انتظار (مارلت، گوردون ۱۹۸۵، مارلت و روزنو ۱۹۸۵، ماتی و همکاران ۱۹۸۸) نشان می‌دهد که افرادی که انتظار اثرات بیشتری از الکل و مواد برای کاهش تنش، نشه و کیف، و اجتناب از حالات عاطفی منفی دارند بیشتر احتمال دارد که به مصرف سوء مصرف الکل و مواد بپردازند. انتظارات نقش مهمی در شروع اختلالات مربوط به الکل و مواد بویژه در نوجوانان ایفا می‌کند. تاثیرات و نقوذهای همگنان در بیان علت تسرور نوجوانان به مصرف مواد حائز اهمیت است (باک استین<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵، راتگرز ۱۹۹۶ ص ۱۸۲).

*تأثیرپذیری از علایم:* تحقیقات نشان داده است که معتادان به مشروبات الکلی و سایر مواد یک نوع رفتار شرطی نسبت به مواد و موقعیت‌ها و هنگامه‌های استفاده از آنها پیدا کرده‌اند (چایلدس و همکاران ۱۹۸۸، ۱۹۹۲). بنابراین، معتادانی که در معرض لوازم و ابزار مصرف الکلی و مواد قرار می‌گیرند یا در معرض تمایش‌های ویدئویی مربوط به موقعیت‌های مصرف مواد قرار می‌گیرند در آنها عکس‌العمل‌های فیزیولوژیکی قوی و نیرومند و همچنین حالت‌های نیاز و میل شدید (ولع) برای مصرف مواد به وجود می‌آید.

*خودکارآمدی:* خودکارآمدی عبارت از احساس توانایی و اطمینان به خود برای مقابله با محیط و عواطف با روش‌های موفقیت‌آمیز است. افرادی که دارای خودکارآمدی نیستند بیشتر احتمال دارد که به سوء مصرف الکل و مواد بپردازند.

نلاتش و کوشن برای افزایش کارآمدی به وسیله آموزش مهارت‌های اجتماعی، جرات‌آموزی، مهارت‌های تسلط بر خشم و غیره مداخلات درمانی ارزشمند و مفیدی برای درمان آسیب‌دیدگی‌های خودکارآمدی به شمار می‌رود (مک‌کوردی و اسپین ۱۹۹۶، استین گلاس<sup>۲</sup> ۱۹۷۹، ۱۹۸۱) علاوه بر این، گروه‌های خودیاری هم می‌تواند در ایجاد و افزایش مهارت‌های مقابله و احساس خودکارآمدی مؤثر باشد.

<sup>۱</sup>-Buckstien

<sup>۲</sup>- Steinglass



عملکرد نادرست خانواده: همان‌گونه که قبلاً گفته شد خانواده نیز نقش مهمی در به وجود آمدن مشکلات مربوط به اعتیاد به مشروبات الکلی و مواد مخدر دارد (کافمن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴). مک‌کوردی و اپستین ۱۹۹۶، استین گلاس (۱۹۹۴)، موقعی که تعارضات، کشمکش‌ها، دعوا و نزاع و نازسازگاری‌هایی در بین اعضای خانواده وجود داشته باشد و رفتارها و برخوردها و تعاملات اعضای خانواده رنج‌آور و استرس‌زا باشد برخی از افراد خانواده ممکن است به مصرف مشروبات الکلی یا مواد مخدر روی آورند.

به طور کل، مدل زیستی، روانی، اجتماعی، می‌کوشد تا اطلاعات تجربی و نظری مکاتب مختلف فکری را در یک چارچوب نظری ترکیبی به هم پیوند دهد. تحقیقات خیلی زیادتری باید صورت بگیرد تا بتوان به‌طور قطعی در مورد تأثیرات متفاوت عوامل زیستی، روانی، اجتماعی در به وجود آمدن اختلال اعتیاد به مشروبات الکلی و مواد اظهار نظر کرد. علاوه بر این تأثیر عوامل اجتماعی بزرگ‌تر مثل وضعیت اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی هم هنوز به‌طور کامل عمقی مورد بررسی قرار نگرفته است.

### علل اعتیاد به مواد اعتیادآور

بررسی علل اعتیاد برای پیشگیری، درمان، و مراقبت‌های بعد از درمان و جلوگیری از بازگشت از اهمیت زیادی برخوردار است. روانپزشکان، عصب‌شناسان، علمای ژنتیک، روان‌شناسان و مشاوران، دانشمندان و محققان علوم اجتماعی تلاش‌های فراوانی در این زمینه به عمل آورده‌اند، اما زمانی که نوشتجات مربوط به مشاوره و درمان اعتیاد و سوء مصرف الکل و مواد مورد بررسی قرار می‌گیرد کمتر به بررسی علل و ذکر نتایج تحقیقات مربوط به آن پرداخته‌اند. با وجود این، با مطالعات مقالات و تحقیقات می‌توان چنین استنباط کرد که علل اعتیاد در چند زمینه از جمله ژنتیک، عصب‌شناسی، روان‌شناسی خانواده، فرهنگ و جامعه قابل بررسی است که به هر کدام به اختصار اشاره می‌شود.

*الف) علل ژنتیک:* مطالعات متعددی که راجع به دوقلوهای یک تخمکی که جدا پرورش یافته‌اند و تعدادی از آنها در خانواده‌هایی پرورش یافته‌اند که به مشروبات الکلی یا مواد مخدر معتاد

<sup>۱</sup> -Kaufman

نیوده‌اند، ولی پدر و مادر اصلی آنها مشکل اعتیاد داشته‌اند معلوم داشته است که این قبیل افراد بیشتر معتاد شده‌اند.

گرو<sup>۱</sup> و همکارانش (۱۹۹۱) آمادگی ارثی معنی‌داری (۰/۴۶) در دوقلوهای یک تخمکی که جدا پرورش یافته بودند و پدر و مادر اصلی آنها رفتار ضداجتماعی و مشکل اعتیاد داشتند برای سوء مصرف مواد و اعتیاد پیدا کردند. گودین<sup>۲</sup> و همکارانش (۱۹۷۴) در مطالعه اعتیاد به الکل خطر اعتیاد فرزندان الکی‌هایی که توسط خانواده‌های غیرالکی به فرزند خواندگی پذیرفته شده بودند پیدا کردند. بوهمن<sup>۳</sup>، سیگواردسون<sup>۴</sup>، و کلونینگر<sup>۵</sup>، ۱۹۸۱، کلونینگر، بوهمن و سیگواردسون (۱۹۸۱)، همچنین تحقیقات نشان داده است که بین جنبه‌های ارثی شخصیت و آمادگی برای اعتیاد به مواد رابطه وجود دارد.

ب) عوامل روان‌شناختی: تحقیقات روان‌شناسی به عواملی که باعث شروع مصرف مواد اعتیادآور می‌شود اشاره‌های نمی‌کند، بلکه به مانند و ادامه مصرف این مواد اشاره می‌کند (اره، لورین کالینز<sup>۶</sup>، هوارد، تی، بلین<sup>۷</sup>، کنت - ای . لئونارد<sup>۸</sup>، ۱۹۹۹). از جمله تحقیقات ویلکر<sup>۹</sup> (۱۹۹۲) نشان داده است که معتاد دارای نیازهای درونی مثل اضطراب، ناخوشی و وابستگی اجتماعی است که تأثیرات دارویی و اجتماعی مصرف مواد کاهش پیدا می‌کند. مصرف مکرر مواد به وسیله رفتن و جستجو کردن مواد به صورت شرطی عامل تقویت مثبت یا منفی) در می‌آید در حالی که غلایم شدید و ناراحت کننده ترک نسبت به نشانه‌های مصرف مواد (همسایگان، سایر مصرف‌کنندگان) موقعی که مواد در دسترس نباشد به صورت شرطی کلاسیک در می‌آید. بندورا<sup>۱۰</sup> (۱۹۶۹) نظریه پرداز یادگیری اجتماعی اظهار می‌دارد که اعتیاد به مواد از طریق مکانیزم‌هایی مثل یادگیری غیر مستقیم، الگوسازی، خصوصیات دارویی تقویت کننده مواد به وجود می‌آید.

<sup>۱</sup> - Grove

<sup>۲</sup> - Goodwin

<sup>۳</sup> - Bohman

<sup>۴</sup> - Sigvardson

<sup>۵</sup> - Colniger

<sup>۶</sup> - R. Lorrian Collins

<sup>۷</sup> - Howard, T. Blane

<sup>۸</sup> - Kenneth E. Leonard

<sup>۹</sup> - Wilker

<sup>۱۰</sup> - Bandura

امر دیگری که در بررسی علل روان‌شناختی اعتیاد مطرح شده است انتظاراتی است که مصرف‌کنندگان از مواد دارند (تغییر و دگرگونی کلی به صورت مثبت، آسان شدن تعاملات اجتماعی، آرامش پیدا کردن، افزایش فعالیت جنسی و لذت بردن بیشتر، کسب قدرت و جسارت، کاهش تنش)، با این انتظارات (که توسط الگوها بیان می‌شود) مصرف مواد شروع و تکرار می‌شود و ادامه می‌یابد و شخص وابسته و معتاد می‌شود (بروان<sup>۱</sup>، مارلت و لنیدل<sup>۲</sup>، ۱۹۸۱).

(ج) علل خانوادگی: مکرر گفته شده است که وجود پدر و مادر معتاد و اقوام و وابستگان معتاد از عوامل خطر آفرین برای ابتلا به سوءمصرف یا اعتیاد به مواد محسوب می‌شود. به خصوص تاکید شده است که بین مصرف مواد اعتیادآور توسط پدر یا مادر با هر دوی آنها و سوءمصرف و اعتیاد فرزندان رابطه وجود دارد. با بررسی زنتیکی خانواده، با نائیرات محیطی خانواده با ترکیبی از این دو می‌شود به واری و وجود چنین رابطه‌ای اقدام کرد.

تحقیق کندل<sup>۳</sup> و بروک<sup>۴</sup> (۱۹۸۷) نشان می‌دهد که مصرف مشروب توسط والدین به‌طور غیرمستقیم و حداقل به دو صورت بر سوءمصرف فرزندان از مواد موثر واقع می‌شود یکی آن که نوجوانانی که پدر و مادر آنها زیاد مشروب می‌خورند بهترین دوستانشان کسانی هستند که مشروب می‌خورند. دیگر این که درک و برداشت نوجوانان از مشروب خوردن والدین باعث مشروب خوردن آنان در آینده می‌شود (بروک، بروک<sup>۴</sup>، کوردون، وایت<sup>۵</sup> من و کوهن<sup>۶</sup> ۱۹۹۰ کندل و اندروز ۱۹۹۰ در مقاله تنودور جیکاب<sup>۶</sup> و شری، ال جانسون ۱۹۹۹). این یافته‌ها همچنین نشان می‌دهد که مشاهده مشروب خوری والدین در اوایل زندگی ممکن است تأثیر عمده‌ای در قبول پیشنهادها و اصرارهای همگان برای مصرف مواد داشته باشند. علاوه بر این مشاهده مشروب خوری والدین در اوایل زندگی ممکن است نقشی در تعیین انتظارات فرزندان از مواد و مشروبات الکلی داشته باشد.

<sup>۱</sup> - Brown

<sup>۲</sup> - Lindell

<sup>۳</sup> - Kandel

<sup>۴</sup> - Brook

<sup>۵</sup> - White man

<sup>۶</sup> - Theoder Jacob

تأثیرات خانوادگی که به مشروب خوری یا اعتیاد پدر و مادر یا دیگر اعضای خانواده مربوط نمی‌شوند عبارتند از اختلالات موجود در روابط و تعاملات خانوادگی، ساختار خانوادگی، وجود تعارضات، نزاع‌ها و درگیری‌های اعضای خانواده، رفتارهای نادرست والدین یا فرزندان، که شناخت‌ها و عواطف، و رفتار کودک و نوجوانان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از عوامل خطرآفرین برای سوء مصرف از مواد و اعتیاد آنها محسوب می‌شود.

د) عوامل فرهنگی - اجتماعی: عقاید باورها، نگرش‌ها و ارزش‌های مردم هر جامعه که تحت تأثیر فرهنگ آن جامعه قرار دارد تأثیر بارز و چشمگیری بر مصرف، سوء مصرف و اعتیاد به مواد دارد. فرهنگ بر نوع مواد مصرفی، روش‌های متنوع مصرف، کسانی که آن را مصرف می‌کنند، هدف‌های مصرف، زمان مصرف، موقعیت‌هایی که در آن مصرف می‌شود، مقدار مصرف مجاز و آثار مورد انتظار از مصرف تأثیر شگرفی دارد. (دوایت، بی‌هیث در کتاب منبع راجع به سوء مصرف مواد ص ۱۷۶-۱۷۳). وضعیت اقتصادی جامعه، تعارضات، تناقضات، و بی‌عدالتی‌های اجتماعی، فقر، فشارهای ناراحت کننده زندگی اجتماعی ممکن است زمینه‌ساز سوء مصرف مواد، وابستگی یا اعتیاد به آنها شود. شغل و موقعیت جغرافیایی نیز از عواملی است که باعث سوء مصرف مواد، و وابستگی و یا اعتیاد می‌شود.



### اشکال درمان مواد اعتیادآور

با وجود بررسی مزایای نسبی اشکال مختلف درمان در بیست سال گذشته (درمان بستری و سرپایی معتادان) و عدم تسلط یکی بر دیگری، مارگولیس (۱۹۹۸) اعتقاد دارد اغلب تحقیقاتی که در زمینه سبک‌های درمانی به عمل آمده در کشف مشکلات درمانی مفید بوده است و نتایج مثبت دال بر بی تأثیر بودن درمان، به دست نیامده است. در زیر اشکال مختلف درمان مورد بررسی قرار گرفته است:

الف) درمان بستری<sup>۱</sup>: برنامه درمان بستری یک تسهیلات درمانی شبانه روزی است که مراجع در آن زندگی می‌کند و دارای یک سرپرستی بیست و چهار ساعته و یک موقعیت محافظت شده

است که مراجع یا بیمار را از محرک‌ها و نیروهای فشارآور برای مصرف مواد جدا می‌کند. مراجع یا بیمار در این شبانه روزی در برنامه‌های مختلف درمانی شرکت می‌کند. (جامعه‌های درمانی<sup>۱</sup>: در جامعه‌های درمانی سوءمصرف مواد به عنوان یک بیماری که تمام جنبه‌های وجود شخصی (زیستی، روانی، و اجتماعی) را در بر گرفته است تلقی می‌شود که قسمتی یا تمام عملکرد شخص را تحت تأثیر قرار می‌دهد(دولتون ۱۹۹۴). جامعه‌های درمانی سه مرحله برای درمان قایل هستند: مراسم معارفه و آشنایی، درمان اولیه، بازگشت به زندگی سالم اجتماعی.

ب)مدل درمانی مینسوتا<sup>۲</sup>: مدل برجسته و قدیمی درمان بستری کوتاه مدت مینسوتا در سال ۱۹۵۱ توسط دن اندرسون تهیه شد. موسسان هیزلدن<sup>۳</sup> و ویلمار<sup>۴</sup> بر اساس تجربیات خود در گروه الکلی‌های بی‌نام (A.A.) و با استفاده از اصول آن این مدل درمانی را به وجود آوردند. مشخصات اصلی آن این است که هدف آن ترک کامل مواد اعتیادآور و تغییر رفتار است. رابطه تنگاتنگی با فرایند ۱۲ گام الکلی‌های بی‌نام و حضور در برنامه‌های این گروه‌ها دارد، و از رویکرد بین‌رشته‌ای در درمان استفاده می‌کند(مک‌الرت<sup>۵</sup> ۱۹۹۷). در این مدل، یک تیم درمانی مرکب از مشاوران اعتیاد و آشنا با گروه‌های الکلی‌های بی‌نام، روان‌شناسان، پرستاران، تفریح درمانگران و تعدادی روحانی با هم در اجرای برنامه درمانی مراجع که از سه مرحله ارزیابی، تعیین هدف و درمان تشکیل شده است کار می‌کنند. چند عضوی بودن و تکرار کارها توسط اعضای تیم از نقاط قوت طرح درمانی مینسوتا بشمار می‌رود.

ج) درمان بستری در بیمارستان: بسیاری از بیمارستان‌ها برنامه‌های توان بخشی (از طریق بستری کردن معتادان برای کمک به بهبود و درمان اعتیاد آنها) ارائه می‌کنند. برنامه‌های این بیمارستان‌ها مخلوط کردن ترک و درمان است و اهم آنها عبارتند از سم‌زدایی(معمولاً از طریق تجویز دارو)شرکت در جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی، برنامه‌های تفریحی، انجام تکالیف تعیین شده مثل توصیه مطالعه مطالب خواندنی و شرکت در گروه‌های بی‌نام.

<sup>۱</sup> - Therapeutic communities (TCs)

<sup>۲</sup> -Minnesota

<sup>۳</sup> - Hazelden

<sup>۴</sup> - Wilmar

<sup>۵</sup> - Mc Elrath

علاوه بر بستری شدن در بیمارستان یا اقامت در جامعه‌های درمانی مدل‌های اجتماعی دیگری از قبیل شبانه‌روزی‌های وابسته<sup>۱</sup>، خانه‌های یهودی (یا خانه‌های نیمه راه)<sup>۲</sup> هم وجود دارد که افراد در حال بهبودی در آنها بستری می‌برند. فرقی عمده این مدل‌ها با جامعه درمانی این است که افراد متخصص در آنها وجود ندارد و توسط خود افراد اداره می‌شود. در مورد درمان بستری و تأثیر آن بر بهبود معتادان بحث‌های مختلفی وجود دارد. برخی از تحقیقات نشان می‌دهد که این نوع درمان مواد بر بهبود معتادانی که دارای مشکل شدید سوءمصرف مواد هستند و همچنین کسانی که علاوه بر مشکل سوءمصرف مواد دارای بیماری روانی هم هستند تأثیر بیشتری داشته است (ریکتاریک و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰؛ لارسون، و هافمن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹، موس، کینگ و پاترسون<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶).

### سایر اسکال درمان بستری

#### بستری کردن کوتاه مدت:

- ۱- برنامه‌های ۲ بر ۴: در این نوع برنامه معتادان ۲ هفته در بیمارستان بستری می‌شوند و ۴ هفته درمان سرپایی دارند یا این که ۱۰ روز در بیمارستان بستری می‌شوند و یک ماه درمان سرپایی دارند. یا یک یا دو روز در بیمارستان بستری می‌شوند و یک ماه درمان سرپایی دریافت می‌کنند. این گونه برنامه‌ها دارای این عیب بوده است که ۶۰ درصد ریزش داشته است.
- ۲- بستری شدن روزانه: چنین برنامه‌هایی نوعاً برنامه‌های درمان ۳ تا ۱۲ ساعته روزانه و برای ۳ تا ۷ روز در هفته تدوین و تنظیم می‌شود. بعد از این که سم‌زدایی صورت گرفت بیمار مرخص می‌شود تا به خانه برود و بر طبق برنامه تنظیم شده در ساعات معین در روزهای مشخص برای شرکت در برنامه‌های توانبخشی در بیمارستان حضور یابد. این نوع درمان یک نوع درمان یا ساختار فشرده برای آن دسته از مراجعان وابسته به مواد است که احتیاج به خدمات

<sup>۱</sup> - Satellite

<sup>۲</sup> - Half Way Houses

<sup>۳</sup> - Richtarik, et al

<sup>۴</sup> - Shepard, Larson & Hoffmann

<sup>۵</sup> - Moos, King & Patterson

بیشتری از آنچه در درمان سرپایی ارایه می‌شود، دارند. علاوه بر این، هزینه آن تقریباً نصف درمان بستری است (انجمن آمریکایی روان‌شناسی ۱۹۹۵، فرنچ<sup>۱</sup> به نقل از دویکو ۲۰۰۲ ص ۳۶۱).

### درمان سرپایی

درمان سرپایی عبارت است از اجرای برنامه درمانی رسمی که توسط یک یا چند متخصص که برای کار با افراد معتاد آموزش دیده‌اند. این نوع درمان بویژه برای حفظ مداوا و حفظ بهبودی معتادان طراحی شده است. برای تحقق این هدف تعدادی از روش‌های مختلف درمانی را به کار می‌گیرد (مثل روش‌های روانی - تربیتی، گروه درمانی، مشاوره زناشویی، خانواده درمانی، مشاوره فردی) تا فرد معتاد را کمک کند که بر مشکل اعتیاد خود بر مواد غالب شود. در ابتدای قرن بیست و یکم ۸۵ درصد معتادان در برنامه‌های درمان مواد از توانبخشی سرپایی بهره‌مند شده‌اند (فولر و هیلر - استرم هافل<sup>۲</sup> ۱۹۹۹؛ تینسلی، فین لی سون، مورس<sup>۳</sup> ۱۹۹۸).

به نظر لوئیس، دانا و بلوین طولانی شدن دوره درمان به مشاور فرصت می‌دهد تا به تحقق هدف‌های تعیین شده در طرح درمان کمک کند. مراجع هم فرصت بیشتری برای تمرین رفتارهای جدید دارد و از حمایت بیشتری برخوردار است و همین امر باعث تقویت او در بهبودی و نجات از اعتیاد به مواد می‌شود.

### روش‌های مؤثر و کارآمد مشاوره و درمان غیر دارویی و غیر پزشکی اعتیاد به مواد تغییردهنده خلق و خو و رفتار

هر چند که مدت چندان زیادی از پیدایی، گسترش، رواج، و بکارگیری رویکردها و مدل‌های غیر پزشکی - غیر دارویی نمی‌گذرد پیدا شدن مواد اعتیادآور متنوع و افزایش مصرف‌کنندگان آنها و تأثیرات مخرب و زیانبار فردی و اجتماعی اعتیاد به مصرف این مواد سبب شده است تا روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی با توجه به وضعیت مراجعان خود و تجربیات بالینی خویش نظریه‌ها، مدل‌ها، روش‌ها و راهکارهای غیر دارویی گوناگونی را ارایه کرده، و آنها را

<sup>۱</sup> - French

<sup>۲</sup> - Fuller & Hiller - Sturmhofel

<sup>۳</sup> - Tinsley, Finlayson, & Morse

در کمک به معتادان در ترک و جلوگیری از بازگشت و ماندن در ترک به کنار گیرند و اثربخشی آنها را مورد آزمایش قرار دهند. در این مطالعه سعی شده است مؤثرترین روش‌های غیردارویی و غیربزشکی کمک به ترک اعتیاد و جلوگیری از بازگشت به مصرف مجدد مواد شناسایی و معرفی گردد. براساس این مطالعه مؤثرترین روش‌ها برای کمک به کسانی که به سوء مصرف، وابستگی و اعتیاد به مشروبات الکلی و سایر مواد مبتلا هستند به شرح دلی می‌باشد:

۱- رویکرد شناختی - رفتاری ۲- روش خود - کارامدی ۳- درمان خودانگیزی کوتاه مدت که هر سه را می‌توان به صورت انفرادی و گروهی در کمک به معتادان در اقدام به ترک و ماندن در ترک به کار برد. علاوه بر این از متاوره گروهی، گروه‌های خودیاری، مشاوره زناشویی و خانواده به عنوان راهکارهای مکمل می‌توان در کمک به معتادان در ترک مصرف مواد و ماندن در ترک استفاده کرد.

### رویکرد شناختی - رفتاری

روان‌شناسی شناختی - رفتاری برای درمان دامنه وسیعی از مشکلات انسان به کار برده شده است. موقعی که برای سوء مصرف از مواد و اعتیاد به آن از این رویکرد استفاده می‌شود چارچوبی نظری برای شناخت علل و تداوم این رفتار بیمار گونه ارایه می‌کند و تعدادی از رویکردهای درمان بالینی را پیشنهاد می‌کند.

براساس نظریه شناختی - رفتاری وابستگی به الکل با دیگر مواد روش‌های مناسبی برای مقابله با مشکلات و برآوردن برخی از نیازها مشخص نمی‌شوند (مک‌کی، دانوون، و مارلت، ۱۹۹۱). خوردن مشروب و سوء مصرف سایر مواد مثل دیگر رفتارهای آموخته شده یک سلسله رفتارهای یاد گرفته شده هستند (جورج، ۱۹۸۹) که از طریق تقلید از الگوها، در اثر بی‌پردن به نتایج الکل یا مواد دیگر مثل کاهش اضطراب، تسکین درد، بالا بردن توانایی، معاشرت اجتماعی یا بر اثر انتظاراتی که از خوردن یا مصرف یک یا چندتای این مواد داشته‌اند به دست آمده است (ماتس، ابرامز، کتن، و کونی، ۱۹۸۹). بعد از این که سوء مصرف کنندگان مشروبات الکلی و سایر مواد پس از تجربیات مکرر بی‌پردن که خوردن مشروب و مصرف مواد نتایج دلخواه را برای افراد فراهم

<sup>۱</sup> -Mackay

<sup>۲</sup> - Donovan



می‌کند، خوردن مشروب و مصرف مواد به صورت روش مقابله ارجح برای برخورد با مشکلات و برآوردن نیازهایشان می‌شود. بویژه موقعی که آنها احساس می‌کنند که استفاده از این روش دارای نتایج سریعی است و در مقایسه با روش‌های دیگر مقابله احتیاج به کوشش کمتری از جانب آنها دارد. مصرف مکرر مواد در این موقعیت‌ها با داشتن نتایج مورد نظر در کوتاه مدت منجر به ایجاد الگوی مصرف در موقعیت‌های خاص می‌شود. این الگوی مصرف مثل هر الگوی رفتاری دیگر آموخته شده است و از قابلیت تغییر برخوردار است و از طریق به کار بردن مداخلات درمانی اصلاح می‌توان آن را تغییر داد (میلر و هستر<sup>۱</sup>، ۱۹۸۹). تعدادی از انواع مختلف پیش‌آیندها (میلر و ماستریا<sup>۲</sup>، ۱۹۷۷). از جمله اجتماعی (مثل فشار اجتماعی، تعارض بین شخصی) محیطی (مثل تبلیغات مشروبات الکلی، موقعیت‌هایی که قبلاً در آن مواد مصرف شده) عاطفی (مثل ناکامی، خشم، افسردگی)، شناختی (مثل افکار منفی نسبت به خود) و جسمانی (مثل درد، علائم ترک) در این امر درگیر می‌شوند. مهم‌ترین هدف درمان برای هر یک از مراجعان این است که رایج‌ترین و مهم‌ترین پیش‌آیندها را شناسایی کرده و روش‌های مؤثر تسلط بر آنها را برای گسیختن رابطه با مواد به مراجع آموزش دهد. سایر عوامل ممکن است به نگهداری الگوهای رفتاری که باعث به وجود آمدن وابستگی به مواد می‌شود کمک کند. عوامل نگهدارنده عبارت از نتایجی است که از طریق روی دادن رخدادهای مثبت یا بر طرف کردن یا کاهش دادن روی دادهای منفی، خوردن مشروب یا مصرف مواد را تقویت می‌کند. عوامل نگهدارنده همانند عوامل پیش‌آیند (میلر و ماستریا، ۱۹۹۷) می‌باشند و عبارتند از اجتماعی (مثل تشویق و ترغیب دوستان)، عاطفی (اظهار بهتر عواطف، کاهش اضطراب)، شناختی (مثل افزایش افکار مثبت نسبت به خود) و عوامل فیزیولوژیکی (مثل کاهش درد و علائم ترک). درمان شناختی در این مورد شامل از بین بردن پی‌آمدهای مثبت یا کاهش مشکلاتی از قبیل اضطراب، افسردگی و دردمزمن است که به طور موقت بوسیله مصرف مواد تسکین پیدا کرده‌است. درمان ممکن است شامل ترتیب دادن وضعیتی برای رخ دادن نتایج نامطلوب بعد از انجام مصرف مواد شود.

از منظر شناختی - رفتاری توجه و بررسی طیف گسترده‌ای از عوامل مساعدکننده و نگهدارنده بسیار مؤثرتر از توجه انحصاری به خود مصرف مواد است. در مشاوره و درمان تأکید بر تغییر

<sup>۱</sup> - Hester

<sup>۲</sup> - Mastria

همین عوامل مساعد کننده، موفقیت در رفع کمبودهای مهارتی به منظور افزایش توانایی مراجع برای مقابله فعال و موفقیت‌آمیز با موقعیت‌های خیلی خطرناک است.

در این رویکرد از آموزش مهارت‌های مقابله، آموزش مهارت‌های درون شخصی، آموزش مهارت‌های بین شخصی، آموزش نحوه تصمیم‌گیری، آموزش پیش‌بینی نتایج اعمال خود، آموزش نحوه شناسایی موقعیت‌های خطرناک، آموزش مدیریت استرس، آموزش خودکنترلی رفتاری، و رویکرد تقویت اجتماعی، آنزجار درمانی و درمان زناشویی و خانواده استفاده می‌شود. رویکردهای شناختی - رفتاری برای درمان اعتیاد به خوردن مشروبات الکلی و مصرف مواد دیگر از مدل‌های گسترده‌تری که برای درمان یک دسته از اختلالات روانی - اجتماعی طراحی شده‌اند گرفته شده است. کاربرد خاص آنها برای حل مشکلات اعتیاد به مشروبات الکلی و سایر مواد را یافته‌های تجربی تحقیقاتی تأکید کرده است (جورج و مارلت ۱۹۸۳).

در یک تحقیق در مورد با صرفه‌ترین روش‌های مختلف درمانی برای معالجه الکلیسم (هولور، لانگابانگ، میلر و رایبسون، ۱۹۹۱) انجام گرفت مؤثرترین آنها به ترتیب رویکردهای شناختی - رفتاری، رفتاری از جمله آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش خودکنترلی، خانواده درمانی رفتاری، رویکرد تقویت اجتماعی، مدیریت استرس و مصاحبه انگیزشی بودند. اینها همچنین از لحاظ هزینه با صرفه‌ترین روش‌ها بودند و در روی مقاس هزینه بین حداقل هزینه تا کمتر از متوسطا قرار گرفتند.

### روش خودکارآمدی پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

در سال‌های اخیر راهکارهای مشاوره اعتیاد بدیع و جدید گوناگونی پدیدار شده است. یکی از این روش‌ها که مطالعات بالینی متعدد مدارکی دال بر اثربخشی بالینی آن ارائه کرده‌اند روش خودکار

<sup>۱</sup> - Longabangh

<sup>۲</sup> - Robinson

- آمدی برای مشاوره معتادان است (باثر<sup>۱</sup>، هالت<sup>۲</sup>، و لیختن اشتاین<sup>۳</sup> ۱۹۸۶، لیختن اشتاین و گلاسگو<sup>۴</sup> ۱۹۹۷، رالنیک، و هیتر<sup>۵</sup> ۱۹۸۲، ریکتاریک، پرو و کینگ<sup>۶</sup> ۱۹۹۲).

بندروا (۱۹۹۵) خود - کارآمدی را عبارت از باور و اعتقاد فرد نسبت به قابلیت شخصی در بسیج کردن انگیزش، منابع شناختی و راه‌های اقدام لازم و ضروری برای اعمال کنترل بر بسیاری از وظایف و اعمال می‌داند. وقتی بحث اختصاصاً به سوء مصرف از مواد محدود می‌شود خودکار - آمدی به برداشت فرد از توانایی خویش در بسیج انگیزش، دانش و رفتار لازم برای کنترل استفاده از مشروبات الکلی و یا ترک الکل و سایر مواد می‌شود (دیکلمتی ۱۹۸۶).

مارلت، بانر و کوئینکلی<sup>۷</sup> (۱۹۹۵) پنج دسته خودکارآمدی مربوط به سوء مصرف مواد را شناسایی کرده‌اند که عبارتند از: الف) خودکارآمدی مقاومت، ب) خودکارآمدی کاهش آسیب، ج) خودکارآمدی برای عمل، د) خودکارآمدی برای مقابله و ه) خودکارآمدی مربوط به بهبودی.

### کاربردهای رویکرد خودکارآمدی برای مشاوره اعتیاد

مشاوران سوء استفاده از مواد عصر حاضر با توجه به سیاست‌های جدید مراقبت و درمان توأم با مدیریت باید آن مدل‌های مشاوره را مورد استفاده قرار دهند که بر درمان‌های متنوع کوتاه مدت تأکید می‌کنند و به‌طور تجربی نتایج آنها قابل سنجش باشد. مشاوره مبتنی بر مدل خودکار - آمدی به تمام این جنبه‌ها توجه دارد و سعی در رعایت آنها دارد. مشاوران دارای رویکرد خودکارآمدی:

- ۱- به سرعت مشکلات مراجعان را ارزیابی و شناسایی می‌کنند.
- ۲- توسط روش‌هایی از قبیل شناسایی و ترکیب مهارت‌های کنترل قبلی و مهارت‌های جدید مقابله (مثلاً مقاومت در برابر میل و نیاز شدید برای مصرف، مهارت‌های رد کردن)، مراجعان را کمک می‌کند تا رفتارهای ناخواسته خود را تغییر دهند.

<sup>۱</sup>- Baer

<sup>۲</sup>- Holt

<sup>۳</sup>- Lichtenstien

<sup>۴</sup>- Glasgow

<sup>۵</sup>- Heather

<sup>۶</sup>- Quingly

۳- مشاوران با استفاده از رویکرد خودکارآمدی به جای ارزیابی جامع و رسیدن به تشخیص مشکلات مراجع از طریق مشاهده و نظارت بر رفتار روزمره مراجع مسایل او را ارزیابی می‌کند.

۴- مشاوران با به‌کار گرفتن این روش و استفاده از مداخلات ساده و روشن آن و بهره‌ر از مسایل اخلاقی مراجعان را کمک می‌کنند تا از طریق کسب مهارت‌های مربوطه فوراً به حل مشکلات خود نائل شوند. مشاوران با استفاده از روش خودکارآمدی به سرعت می‌توانند (۱) با آموزش مهارت‌های لازم، (۲) توجه دادن مراجعان به تجربیات کنترلی در گذشته، و (۳) فراهم کردن فرصتهایی برای مدل قرار دادن مراجعانی که با موفقیت توان بخشی شده‌اند مراجعان خود را کمک می‌کنند تا با مشکلات مربوطه به سوءمصرف مواد برخورد مناسب بنمایند.

ابزارهای متعددی برای اندازه‌گیری رویکرد خودکارآمدی در ارتباط با مواد ایجاد شده است از جمله مقیاس ترک مشروبات الکلی (AAS) (دی‌کلمنتی<sup>۱</sup>، کاربوناری، مونتگومری و هیوز ۱۹۹۴) و پرسشنامه خودکارآمدی مصرف دخانیات (SSEQ) (ساینیک<sup>۲</sup>، بین ۱۹۸۵) و سیاهه موفقیت‌های مصرف مواد (IDTS) (اسکلار<sup>۳</sup>، انیس<sup>۴</sup>، و ترنر<sup>۵</sup> ۱۹۹۷). هر یک از این مقیاس‌ها سطح درک فرد از خودکارآمدی خویش در ارتباط با مقاومت، عمل، مقابله، ترک و بهبود را تعیین می‌کند.

### درمان انگیزشی کوتاه مدت

یکی از روش‌هایی که در سال‌های اخیر برای تغییر الگوی سوءمصرف مواد به کار برده شده است درمان کوتاه مدت است. مقصود از درمان کوتاه مدت به نظر بیهی (۱۹۹۴) درمانی است که بیش از ۳ جلسه یک ساعته طول نکشد. به نظر سِلار (۱۹۹۵) انگیزش عبارت است از فرایند پویای تعامل بین مراجع و درمانگر شامل شناخت مشکل، جستجوی راهی برای تغییر مشکل و شروع تغییر و حفظ آن است.

دانوون و مارلت (۱۹۹۳) هم در خلاصه‌ای که از تحقیقات مربوطه به مداخلات کوتاه مدت به عمل آورده‌اند ۵ خصوصیت زیر را برای مداخلات کوتاه مدت سوءمصرف از مواد و اعتیاد برشمرده‌اند:

<sup>۱</sup> - Diclemente

<sup>۲</sup> - Supnik

<sup>۳</sup> - Selar

<sup>۴</sup> - Annis

<sup>۵</sup> - Turner

- ۱- تأکید بر شروع سریع و به موقع.
  - ۲- ارزیابی جامع از الگوهای سوء مصرف مواد، درجه وابستگی به مواد و عملکرد روانی - اجتماعی معنادار.
  - ۳- یک جلسه مشاوره آموزشی که در آن بازخوردی از نتایج ارزیابی در اختیار فرد و اختصلاً خانواده او قرار می‌گیرد.
  - ۴- دستورالعملی برای هدایت کوشش‌های فرد که به تغییر خود منجر می‌شود.
  - ۵- تماس پیگیری کننده با فرد برای ارزیابی وضعیت الگوی مصرف مواد، علائم سلامتی و حرکت در جهت هدف‌های مداخله.
- پروچاسکا و دیکلمنتی در سال ۱۹۸۳ و پروچاسکا، دیکلمنتی و تارگریس در سال ۱۹۹۳ با توجه به مفهوم انگیزش مدلی را برای درمان معتادان به الکل ارائه کردند که دارای ۵ مرحله است:
- ۱- بیش از تفکر      ۲- تفکر      ۳- آمادگی      ۴- عمل      ۵- نگهداری
- که از طریق مصاحبه انگیزشی اجرا می‌شود. فرضیه‌های اساسی مصاحبه انگیزشی عبارتند از:
- ۱- بازخورد که عبارت است از ارزیابی جامعی که درباره وضعیت فرد به مراجع داده می‌شود.
  - ۲- مسئولیت که بر قبول مسئولیت شخصی برای تغییر رفتار تأکید می‌کند.
  - ۳- پند و اندرز که با بیانی روشن به فرد گفته می‌شود که وضعیت مشروب خوردن یا مصرف مواد خود را تغییر دهد.
  - ۴- فهرست کردن که عبارت است از ارائه راهکارهای مختلف به فرد برای تغییر رفتار.
  - ۵- همدلی، تأکید بر رابطه درمانی مؤثر و حاشیه همدلی، *طاعات مذهبی*
- عز خودکارآمدی که عبارت از تقویت این موضوع است که افراد قادر به ایجاد تغییر هستند. مصاحبه انگیزشی حاصل کوشش نظام‌دار برای ترکیب این عوامل انگیزشی (میلر ۱۹۸۳، ۱۹۹۵، ۱۹۹۶ و رالنیک ۱۹۹۱، میلر، ساورین و کورگ ۱۹۸۸) در یک مداخله کوتاه مدت است. مجموعه مطالعاتی که توسط بییر (۱۹۹۳) بین<sup>۱</sup> و دیگران (۱۹۹۳)، و میلر و همکاران (۱۹۹۵) صورت گرفته نشان می‌دهد که روی هم رفته نتایج مربوط به مداخلات انگیزشی کوتاه مدت در کمک به معتادان رضایت‌بخش بوده است. در تحقیقاتی که بائر و همکارانش (۱۹۹۲) بیکر<sup>۲</sup> و همکاران او

<sup>۱</sup> - Bein

<sup>۲</sup> - Baker

(۱۹۹۳) سندرز<sup>۱</sup> و همکارانش (۱۹۹۵) انجام دادند و مصرف‌کنندگان مواد را هم شامل شده است معلوم شده است که مصاحبه انگیزی دارای تأثیرات مثبت در رفع مشکل اعتیاد مراجعان بوده است.

### نتیجه گیری

بررسی علل اعتیاد به مواد تغییر دهنده خلق و رفتار و روش‌های مؤثر و کارآمد مشاوره اعتیاد از روی منابع مطالعاتی و مطالب موجود نشان داده است که:

۱- تحقیقات مربوط به دو قلوهای یک تخمکی معلوم داشته است که پدر و مادر اصلی آنها دارای اعتیاد (بویژه اعتیاد به الکل) بوده‌اند و در خانواده‌هایی که معتاد نبوده‌اند به فرزند خواندگی پذیرفته شده و پرورش یافته‌اند بیشتر دچار اعتیاد شده‌اند و بنابراین می‌توان گفت عوامل ارثی و ژنتیکی زمینه را برای روی آوردن افراد به مواد تسردهنده خلق و خو و رفتار و اعتیاد به آنها مستعد می‌سازد.

۲- تحقیقات روان‌شناسی به عواملی که باعث شروع مصرف مواد اعتیادآور می‌شود اشاره‌ای نمی‌کند، بلکه به ماندن و ادامه مصرف این مواد اشاره می‌کند. برخی از این تحقیقات نشان داده است که معتاد دارای نیازهای درونی مثل اضطراب، ترس از ارزیابی، استرس‌ها مربوط به روابط بین شخصی است. بالاخره برخی از صاحب‌نظران و محققان گفته‌اند اعتیاد به مواد از طریق مکانیزم‌هایی مثل یادگیری غیرمستقیم، الگوسازی و خصوصیات دارویی تقویت کننده مواد به وجود می‌آید.

۳- مکرر گفته شده است که وجود پدر و مادر معتاد و اقوام و بستگان معتاد از عوامل مؤثر برای ابتلاء به سوء مصرف مواد یا اعتیاد به آن محسوب می‌شود. علاوه بر این آشفتگی محیط خانواده، وجود تعارضات خانوادگی، طرز برخورد اعضای خانواده با همدیگر، ساختار معیوب خانواده هم زمینه را برای اعتیاد فرزندان فراهم کرده است.

۴- عقاید، باورها، نگرش‌ها و ارزش‌های مردم هر جامعه که تحت تأثیر فرهنگ آن جامعه قرار دارد تأثیر بارز و چشمگیری بر استفاده و سوء مصرف و اعتیاد به مواد دارد. فرهنگ پر توج مواد

مصرفی، روش‌های متنوع مصرف، کسانی که آن را مصرف می‌کند، هدف‌های مصرف، زمان مصرف و موقعیت‌هایی که در آن مصرف می‌شود، مقدار مجاز، و آثار مورد انتظار از مصرف تأثیر شگرفی دارد.

۵- وضعیت اقتصادی جامعه، تعارضات، تناقضات، و بی‌عدالتی‌های اجتماعی، فقر و فسادهای نازاحت‌کننده زندگی اجتماعی ممکن است زمینه ساز سوء مصرف مواد، وابستگی، یا اعتیاد شود. تغل و موقعیت جغرافیایی هم از عواملی است که باعث سوء مصرف مواد می‌شود.

۶- روان‌شناسان، مشاوران، روان‌پزشکان و مددکاران اجتماعی نظریه‌ها و مدل‌های گوناگونی برای پیشگیری، درمان و جلوگیری از بازگشت ارائه کردند و تحقیقاتی در مورد آنها به عمل آورده‌اند. از بین روش‌های مشاوره و درمان انفرادی به ترتیب روش‌های شناختی - رفتاری، رفتاری، خودکارآمدی، و انگیزشی کوتاه مدت موثرترین روش‌ها بوده‌اند.

۷- روش‌های مشاوره گروهی و گروه‌های خودیاری از شیوه‌های مداخله موثر و کارآمد برای ترک و ملانن در ترک بوده است.

۸- روش‌های مشاوره زناشویی و خانواده به منظور حل مشکلات زناشویی و خانوادگی، جلب همکاری نزدیکان درجه اول معتاد، فراهم کردن محیط مساعد خانواده برای معتاد بعد از درمان روش‌های موثر کمک به معتادان و جلوگیری از بازگشت آنان به مصرف بوده است.

۹- در بسیاری از موارد مشاوره انفرادی، گروهی، زناشویی، خانوادگی به صورت مکمل به کار رفته و تأثیر آن اثر به کار گرفتن هر یک از این روش‌ها به صورت جداگانه موثرتر بوده است.

۱۰- درمان معمولاً به صورت بستری یا سرپایی صورت می‌گیرد. تحقیقات نشان داده است که هر دو نوع درمان موثر بوده است ولی درمان بستری برای اعتیاد شدید و مزمن موثرتر از درمان سرپایی بوده است.

## References

- 1- Annis, H.M. (1982). **"Inventory of Drinking Situations"**. Ontario Canada : Addiction Research Foundation.
- 2- Annis, H.M. , & Davis ,C.S. (1989). **"Relapse prevention training : A cognitive behavioral approach based on self-efficacy theory"**. Journal of chemical Dependency 2 ,81-103
- 3- Baer, J.S. Holt , C. S. &Lichtenstein, E.(1986) . **"Self-efficacy and Smoking reexamined : Construct validity and Clinical Utility"**. Journal of Consulting and Clinical psychology , 54,104-110
- 4- Bandura , A(1969). **"principles of behavior modification"** . New York , Holt ,Rinehart and Winston .
- 5- Bandura, A ,(1995) **"Exercise of personal and collective efficacy in changing societies"**. In A-Bandura(Ed.), self-efficacy in changing Societies (pp.1-45). New York Cambridge University.
- 6- Bandura, A.(1997). **Self -efficacy :The exercise of control** , New York : Freeman
- 7- Barnes, G.M.(1990). **"Impact of the family on adolescent drinking patterns"**. In R.L. Collins , E.K. Learned, & J.S.Searles (Eds). Alcohol and Family: Research and clinical perspectives; New York ; Guilford Press
- 8- Belcher, H.M, & Shmitzky , H.E.(1998). **"Substance Abuse in children"** : Prediction, protection and prevention. Archives of pediatrics and adolescent Medicine,152,952-960
- 9- Berg , I.K. (1995). **"Solution -Focused brief therapy with substance abusers"**. In A.M. Washton (Ed.) . Psychotherapy and substance abuse : A practitioner Handbook (pp. 223-242) New York :Guilford press.
- 10- Berg, I.K. , & Miller, S.D (1992) . Working with the problem drinker. New York , Norton
- 11- Bickel, W.K. , & Kelly , T.H. (1988). **"The relationship of stimulus control to the treatment of substance abuse"**. In B.A. Ray (Ed.) . Learning Factors in substance abuse (NIDA Research Monograph series No.84, pp. 122-140)
- 12- Bien , T.H. , Miller, W.R. , & Tonigan ,J.S.(1993).**"Brief interventions for alcohol problems : A review , Addiction"** , 88, 315-336 . in Lewis et substance abuse counseling 3rd edition Brooks/ Cole CA
- 13- Bohman ,M.Sigvardson , & Cloninger, R.C. (1981). **"In inheritance of alcohol abuse"**. Archives of General psychiatry, 38 ,965-968
- 14- Brown, S. , Goldman, M.Inn , A. , & Anderson ,L.(1980) **"Expectations of reinforcement from alcohol"**. Their domain and relation to drinking patterns. Journal of consulting and clinical psychology, 48,419-426
- 15- Brown , S.& Yalom ,I.(1977) . **"Interactional group therapy with alcoholic patients"** . Journal of studies on alcohol ,38, 426-456
- 16- Berenson, D. (1987). **"Alcoholic Anonymous"** : From surrender to transformation. The Family Therapy Network.11(4).25-31



- 17- Brodsky, A. (1993). "The twelve steps is not for everyone or even for most". *Addiction & Recovery*, 13(212).
- 18- Rook, J.S., Brook, W.D., Gordon, H.S., Whiteman, M., Cohen, P. (1990). "The psychological etiology of adolescent drug use: A Family interactional approach". Genetic, social, and general psychology monograph. No. 7, Rutgers University, New Brunswick, NJ.
- 19- Bukstien, O.G. (1995). "Adolescent Substance Abuse: Assessment, prevention and treatment", New York, Wiley
- 20- Childress, A.R., Hole, A.V., Ehrman, R.V., & Robins, S.I. (1993). Cue "reactivity and cue reactivity interventions in drug dependence". In L.D. Onken, J.D. Blain, & J.J. Boren (Eds.) Behavioral treatment for drug abuse and dependency (NIDA Research Monograph series, No. 137 NIH publications No. 93-3684).
- 21- Chaney, E.E. (1989). "Social skills training". In R.K. Hester, & W.R., Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approach*.
- 22- Chappelle, N., & Dupont, R.L. (1999). "Twelve-step and mutual help programs for addictive disorders". *Psychiatric clinic of North America*, 22, 425-446
- 23- Clifford, J.S. (1983). "Self-efficacy counseling and the maintenance of Sobriety". *The personnel and guidance journal*, 62, 111-114
- 24- Cloninger, C.R., Bohman, M., & Sigvardson, S. (1981). "Inheritance of alcohol abuse: Cross-Fostering analysis of adopted men". *Archives of general psychiatry*, 38, 861-867
- 25- Cloninger, C.A., Alperin, R.M., Phillips, D.G., (1997). "The development of managed care". In M. Alperin & D.G. Phillips (Eds.), *The impact of managed care on the practice of psychotherapy* (pp. 1-1), New York, Brunner/Mazel
- 26- Colletti, G., Supnik, J.A., & Payne, T.J. (1985). "The smoking self-Efficacy Questionnaire (SSSQ)": preliminary Scale development and validation. *Behavioral Assessment* 7, 249-
- 27- Coleman, P. (1989). "A Letter to the editor". *Journal of the American Medical Association*, 261(13), 1879-1880. In H. Doweiko (2002) *Concepts of dependency*.
- 28- Collins, G.B. (1995). "Why treatment for alcohol dependence is changing?" *Alcoholism Treatment Quarterly*, 12(2), 23-39
- 29- Collins, R.L., Blane, H.T., Leonard, K.E. (1999). "Psychological theories of etiology of substance abuse". In Otto, et al
- 30- Connors, G.I., Donovan, D.M., & Diclemente, C.C. (2001). "Substance abuse treatment and stages of change, selecting interventions, Guilford press", New York
- 31- Davison, K.P., Penne Baker, J.W., & Dickerson, S.S. (2000). "Who talks? *American Psychologist*", 55, 205-217. In H. Doweiko : *Concepts of chemical Dependency 5th Edition*

- 32- DiClemente , C.C. (1986). **"Self-efficacy and addictive behaviors"**. Journal of social and clinical psychology , 4,302-315
- 33- DiClemente , C.C. , Fairhurst , S.K., & Piotrowski , N.A. (1995). **"Self-efficacy and addictive behaviors"**. In Maddux (Ed.), self-efficacy adaptation and adjustment . Theory , research , and application (109-141) New York : Plenum.
- 34- Donovan, D.M. (1995). **"Assessments to aid in the treatment planning process"** . In J.P. Allen , & M.Columbos (Eds.) , Assessing alcohol problems: A Guide for clinicians and researchers(NIH pub No.95-3745).Rockville, MD: National Association on alcohol abuse and alcoholism.
- 35- Dorman , J.(1996). **"Improving alcoholism treatment : An overview"**. Behavioral Health management , 16(1)26-29. In H. , Doweiko. Concepts of chemical Dependency 5th Edition.
- 36- Doweiko , H. (2002) . **"Concepts of chemical Dependency"**. 5th Edition .CA , Brooks/Cok publication
- 37- Fals-Stewart ,W., Birehler , G.R. , & O'Farrel , T.H. (1996). **"Behavioral couple therapy for male substance-abusing patients"** :Effects on relationship adjustment and drug using behavior . Journal of consulting and clinical psychology , 64,959-972
- 38- Flores , P.J.(1988). **"Group psychotherapy with addicted population"**. New York .Howorth Press.
- 39- Galanter,M.(1993). **"Network therapy for alcohol and drug abuse"**. New York : Basic Books
- 40- Galanter, M.(1994). **"Network therapy for the office practitioner"**. In M.Galanter & H.D.Kleber(Eds.),Textbook of substance abuse treatment(pp.253-262)Washington, D.C.: American Psychiatric press
- 41- Galanter, M.,Castandu, R. Franco(1991). **"Group therapy and self-help groups"**. In clinical textbook of addictive disorders(Frances, R.J.,Miller,S.J,eds.) New York Guilford press. In H. Doweiko concepts of chemical dependency 5th edition
- 42- Garnic, D.W...Hendricks,A.M.,Dulski,J.D.& Thorpe K.E.(1994). **"Characteristics of private-sector managed care for mental health and substance abuse treatment"**. Hospital and community psychiatry
- 43- George, A.A.& Tucker, LA(1996) **"Help seeking for alcohol-related problems: Social contexts surrounding entry into alcoholism treatment or alcoholics anonymous"**. Journal of studies on alcohol,57,449-457
- 44- Gerard, D.L. ,& Kometsky , C.(1995) . **"Adolescent opiate addictions"** . A study of control and addict subjects. Psychiatry Quarterly , 29,457-486
- 45- Gilbert J., Borvin (2000). **"Preventing drug abuse in schools"**: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors . Addictive behaviors : Vol. , 25, No. 6, p.887
- 46- Golden, S.J., Khantzian , E.J., Mc Auliffe,W.E.(1994)**"Group therapy"** .In M. , Galanter , &H.D. Kleber (Eds.). The American psychiatric press

- textbook of substance abuse treatment (pp.303-314).Washington D.C. American psychiatric press.
- 47- Goodwin , D.W. ,schulringer , F.Moller ,N. Hermansen ,L.Winokur , G. , Guze ,S.B. (1974). "**Drinking problems in adapted and nonadapted sons of alcoholics**". Archives of General Psychiatry ,31,164-169
- 48- Goodwin , D.W. ,& Warnock , J.K.,(1991). "**Alcoholism : A Family Disease**". In clinical Textbook of addiction disorders (France, R.J., & Miller , S.L.(Eds.)New York Guildford press).
- 49- Grove , W.M. Echert , E.D. , "**Heston , L. Bouchard , T. J. , Seegal , N. & Lykken , D.T. , (1991).Heritability of substance abuse and antisocial behavior**". A study of monozygotic twins reared apart. Biological psychiatry , 27,1293-1304
- 50- Harbury , E. , Difranceisco , W. Welster , S. Gleiber ,L. , & Schork , A. , (1990). "**Familial transmission of alcohol use**". In Imagination of and aversion to parent drinking (1960) by adult offspring (1977)-Tecunsch. Michigan. Journal of Studies on Alcohol , 51,245-256
- 51- Hauck , M.R. (1998)"**Treating acute withdrawal from alcohol and other drugs**". Nursing clinics of North America ,33,75-92
- 52- Hay , W.M. (1986) . "**Comparative effectiveness of three types of Spouse involvement in outpatient alcoholism treatment**". Journal of Studies on alcohol ,47,459-467
- 53- Health , D.B. (1999). "**Culture In otto ,etal, Source –book in substance abuse : Etiology , Epidemiology , Assessment ,and Treatment**". Allyn & Bacon MA
- 54- Heather ,N.(1995). "**Brief intervention strategies**". In R.K. , Hester & W.R. Miller (Eds.) , Handbook of alcoholism treatment approaches : Effective alternatives (pp.105-122) Ally &Bacon MA
- 55- Hermann , D.S. , & Mc Whiter , J.J.(1997) . "**Refusal and resistance skills for children and adolescents : A selected review**". Journal of Counseling & Development 75,177-187
- 56- Hester , R.K. , & Bien , T.A. (1995). Brief treatment .In A.M. Washton (Ed.) , Psychotherapy and Substance abuse : A Practitioner's handbook (pp.204-222) New York : Guilford press.
- 57- Higgins , R.Marllat , G.(1975). "**Fear of interpersonal evaluation as a determinant of alcohol consumption in male social drinkers**". Journal of abnormal psychology ,84,644-651
- 58- Horvat,A.T.(2000)."**Smart recovery**".The addiction newsletter, 7(2),11. In H.Doweiko,concepts of chemical dependency, Allyn and Bacon MA
- 59- Hoyt, M.F.(1995). "**Brief psychotherapies**". In A.S.,Gurman & S.B. Messer(Eds.), Essential psychotherapies: Theory and practice(pp.441-481),New York:Guilford.
- 60- Hser,Y.J.(1995). "**Drug Treatment Counselor practices and effectiveness**". An examination of literature and relevant issues in a multilevel framework. Evaluation Review 19,389-407

- 61- Kandel ,D.B., & Andrews, K.(1987). **"Process of adolescent socialization by parents and peers"** . The International Journal of Addictions , 22,319-342
- 62- Kauffman , E.(1994). **"Psychotherapy of addicted persons"** .New York : Guilford press.
- 63- Kauffman , Edward ,& Kauffman , Pauline(1992). **"Family therapy of drug and alcohol abuse"** .Ally and Bacon MA
- 64- Kauffman ,E.,(1994) . **"Family therapy : other drugs"** . In M.Galanter & H.D.Kleber (Eds.) textbook of substance abuse treatment (pp.331-348) Washington ,D.C. American psychiatric press.
- 65- Khantzian , E.J. (1985b). **"The self-medication hypothesis of addictive disorders "**: Focus on heroin and cocaine dependence .American journal of psychiatry ,142,1259-1264
- 66- Khantzian , E.T. (1997). **" The self-medication hypothesis of substance abuse disorders"** : A reconsideration and recent applications. Harvard review of psychiatry ,4,231-244
- 67- Lawson , G.W. , Lawson , A.W. & rivers ,P.C.(2001). **"Essentials of chemical dependency Counseling"**.3rd Edition ,Maryland An Aspen.
- 68- Levin , Jerom , David (1998). **"Couple and Family therapy of addiction"** .Jason Aronson Inc. North vale, New Jersey
- 69- Lewis,J.A, Dana,R.Q, Blevines, G.A.(2002) **"Substance Abuse Counseling"**.3rd edition, brooks/Cole, CA
- 70- Lichtenstein, E.,& Glasgow,R.E.(1997). **"A pragmatic framework for smoking cessation"**: Implications for clinical and public health programs.Psychology of addictive behaviors,11,142-151
- 71- Love joy, M. Magura,S.,Footes,J,Handleman,L.,& stimmel, B.(1995). **"Patient's perspective on the process of change in the substance abuse treatment"** . Journal of substance abuse treatment,12,269-282
- 72- Lovett , L. , Lovett , J.(1991). **"Group therapeutic factors on an alcoholic inpatient unit"** . British Journal of psychiatry ,159,365-370
- 73- Margolis, R.D. and Zewbeen , J.E.(1998). **"Treating patients with alcohol and other drugs problems"** : An integrated approach , American psychological Association , Washington ,D.C.
- 74- Marlatt , G., Kostum ,C. , & Lang , A.(1975). **"Meditation , self-control , and alcohol use"** . In R.Stuart(Ed.), Behavioral self-management .New York : Brunner /Mazel
- 75- Marlatt ,G.A., & Gordon , J.R.(Eds.),(1985). **"Relapse prevention ,maintenance strategies in treatment of addictive behaviors"** . New York ,Guilford press.
- 76- Marlatt ,G.A., & Rohsenow ,D.R. (1980). **"Cognitive process in alcohol" use** . Expectancy and balanced placebo design. Advances in substance abuse :Behavioral and Biological Research ,7,159-199
- 77- Marlatt , G.A.(1995). **"Cognitive assessment and intervention procedures for relapse prevention"** , In G.A. , Marlatt & J.Gordon

- (Eds.) Relapse prevention, maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors (pp.201-279). New York : Guilford press.
- 78- Marlatt , G.A. , Baer ,J.S. , & Quigley, L.A.(1995). "self-efficacy and addictive behavior" .In A.Bandura(Ed.), self-efficacy in changing societies (pp.289-315).New York : Cambridge University press.
- 79- Mattick , R.P. & Hall , W.(1996). "Are detoxification programs effective ? " The Lancet ,347,97-100
- 80- Mc Crady ,B.S. Noe , N.E. ,Abrams , D.B. , Staut ,R.L. Noben , H.F. , & Hay ,W.M. (1986). "Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient alcoholism treatment ". Journal of Studies on Alcohol ,47,459-467
- 81- Mc Crady , B.S.(1989). "Outcomes of family involved alcoholism treatment" . In M.Galanter (Ed.), Recent developments in alcoholism , Vol 7,Treatment Research ,New York : Plenum press.
- 82- Mc Cardy , B.S. , Staut , R. Noe , I.N. Abrams , D. ,& Fisher , Nelson ,H.(1991). "Effectiveness of three types of Spouse -involved behavioral alcoholism treatment", British Journal of Addiction ,86,1415-1424
- 83- Mc Crady ,B.S. ,& Epstien ,E.E.(1996). Theoretical bases of family approaches to substance abuse treatment . In F.Rotger ,D.Keller. & J.Morgenstern (Eds.), Treating substance abuse : Theory and technique (pp. 117-174), New York : Guilford press.
- 84- Mc Goul ,M.D., Furst , J.(1994). "Alcoholism treatment in the United States". Alcohol Health & Research World , 18,308-310. In H.Doweiko , Concepts of chemical dependency ,5th edition , CA, Brooks/Cole
- 85- Mclellan ,A.T. , Childress, A.R. , Ebrams ,R.N. & O'Brien ,C.P. (1986). "Extinguishing conditional responses during treatment for opiate dependence" : Turning laboratory findings into clinical procedure-Journal of substance abuse treatment, 3,33-40
- 86- Mclellan ,A.T., Kushner , H.Merzger, D. Peters , R.Smith ,J.Grissom, G. Pettineti ,H. & Argerio ,M. (1992). "The fifth edition of addiction ,Seventy Index Journal of substance Abuse Treatment pp".199-213
- 87- Mc Gowan ,R.(1998). "Finching God in all things" .Ministering to those suffering from addictions . Symposium presented to the department of the psychiatry of the Cambridge Hospital. Boston MA March 7 In H.Doweikko The concepts of chemical dependency ,5th edition CA Brooks /Cole
- 88- Miller ,W.R. Sanchez , V.C. (1994). "Motivating Young Adults for Treatment and life style change" .in G.Howard (Ed.),Issues in alcohol use and misuse by young adults (pp.55-82).University of Notre Dame Press
- 89- Miller ,W.R., Brown ,J.M. Simpson , T.L. Handmaker, N.S. Bein ,T.H. , Luckie , L.F. , Montgomery ,H.A., Hester, R.K. & Tonigan , J.S. (1995). "What works? A methodological analysis of outcome literature" . In R.K.Hester & W.R. Miller (Eds.), Handbook of alcohol treatment approaches : Effective alternatives (pp.12-44). Allyn & Bacon , MA



- 90- Miller, P.M. & Mastria, M.A.(1997). **"Alternatives to alcohol abuse : A Social learning model Champaign"** , Research press. In Connors ,G.A. Danovan D.M.Diclemente , C.C. (2001).Substance abuse treatment and stages of change .New York : Guilford press
- 91- Miller , W.R. & Rollnick , S.(2002). **"Motivational interviewing : Preparing people to change addictive behaviors,2nd Edition"** . New York : Guilford press.
- 92- Monti ,P.M. Rohsenow, D.J , Michalec, E. , Martin ,R.A. , & Abrams ,D.B.(1997). **"Brief coping skills treatment for Cocaine abuse: Substance use outcomes at 3 months "**. Addiction ,92(12),1717-1728
- 93- Monti ,P.M. Gulliver, S.B. , & Myers, M.G.(1994). **"Social skills training for alcoholic : Assessment and treatment"**.Alcohol and alcoholism ,26(6) ,627-637
- 94- Ogborn ,A.C. , & Glaser ,F.B.(1985). **"Evaluating Alcoholics Anonymous in alcoholism and Substance abuse"** : Strategies for clinical intervention (Bratner, T.E. Forrest ,G.G.(Eds.)) . New York the Free press
- 95- O'Farrell,T.J.(1993). **"A behavioral motivated therapy couples group program for alcoholics and their spouses "**. In treating alcohol problems :Marital and family interventions ,pp.179-209 New York : Guilford press
- 96- O'Farrell ,T.J. (1995). **"Marital and Family Therapy In handbook of Alcoholic Treatment Approaches "** (2nd -Ed.). Hester, R.K. ,& Miller W.R. (Eds.). New York : Allyn & Bacon
- 97- Otto , R.J., Tarter , R.E. , Ammerman ,R.T.(1999). **"Sourcebook on Substance Abuse , Etiology, Epidemiology , Assessment and Treatment"** . Allyn & Bacon ,Boston ,MA
- 98- Peterson ,K.A. Swindle , R.W. , Phibbs,C.S., Recine , B. ,& Moss , R.H.(1994).**"Determinants of readmission inpatient Substance abuse treatment"** : A National Study of VA programs . Medical Care,32,535-550
- 99- Pita ,D.D. (1994). **"Addiction Counseling : A practical Guide to Counseling with chemicals and other addictions"** . New York : Crossroad
- 100-Quimette ,P.C. , Finney ,J.W. ,& Moose ,R.H. (1997). **"Twelve-Step and cognitive behavioral treatment for substance abuse"** : A Comparison of treatment effectiveness .Journal of Consulting and Clinical psychology ,65,230-240
- 101-Rimmele, C.T. ,Miller ,R.W. , & Doughter ,M.T. (1989). **"Aversion therapies"** .In R.K. Hester ,& W.P. Miller (Eds.),Handbook of alcoholism treatment approaches : Effective alternatives , (pp.128-140) Elmsford ,New York pergamon press.
- 102-Rotgers,F.(1996).**"Behavioral theory of substance abuse treatment"**.Bringing science to bear on practice .In F.Rotgers , D., Keller, & J.Morgenstern (Eds.),Treating substance use : Theory and practice (pp.174-200)New York: Guilford press

- 103- Rubin ,V.D.(Ed.)(1975) . "Gangs in Jamaica" . The Hagues ,Mouton ,Waskom ,R.G. Cowan ,F.Rhodes,W. (1974) Maria Sabina and her Mazatec Muchroom Valada, New York : Hartcourt Brace Javanovich
- 104-Schukit , M.A. (1995): "Drug and alcohol abuse : A clinical guide to diagnosis and treatment 4th edition" ,New York : Plenum Medical
- 105- Selzer ,M.(1971). "The Michigan Alcoholism Screening test". The quest for a new diagnostic instrument . American Journal of psychiatry ,127,1653-1658
- 106-Sklar ,S.M. , Annis ,H.M. , & Turner ,N.E.(1997). "Development and Validation of the drug-taking confidence Questionnaire" : A measure of coping self-efficacy. Addictive Behaviors. 22,655-670
- 107- Skog , O.J. ,& Duckert (1993). "The development of alcoholics and heavy drinkers ,Consumption" : A Longitudinal Study. Journal of Studies on alcohol 54,178-188
- 108-Sobell ,M., & Sobell ,J. (1999). "Stepped care for alcohol problems : An efficient method for planning and delivering clinical services". In J.Tucker ,D.Danovan ,& G.Marlatt(Eds.),Changing addictive behaviors : Bridging clinical and public health strategies .New York : Guilford press. In Lewis et al.
- 109-Stanton , M.D. and Todd ,T.C. and associates (1982). "The family Therapy of drug abuse and addiction" .New York : Guildford.
- 110-Steinglass ,D.(1979) .The alcoholic Family in interaction laboratory .Journal of Nervous and Mental Disorders ,167,428-436
- 111-Steinglass ,P.(1981). "The alcoholic Family at home patterns of interaction in dry ,wet and transitional stages of alcoholism". Archives of General Psychiatry ,38,578-584
- 112-Steinglass ,P. with Bonnett ,L. wolin , S. and Reiss , D. (1987). "The alcoholic Family" .New York Basic Books.
- 113-Stevens-Smith P. ,& Smith ,R.L. (1998) "Substance abuse Counseling: Theory and Practice" .Upper Saddle River ,NJ ,Prentice Hall
- 114- Stinchfield ,R.Owen ,P.L. , & Winter ,K.C.(1994). "Group therapy for substance Use. A review of empirical evidence" .In A .Fuhriman ,G.M.Burlliggame (Eds.),Handbook of group psychotherapy : An empirical and Clinical Synthesis (pp.458-488)New York : Wiley
- 115-Tararsky ,A.(1998). "An integrative approach to harm reduction psychotherapy": A case of problem drinking secondary to depression .In Session-Psychotherapy in Practice ,4,9-24
- 116- Theodor J., & Sheri, L.J.(1999) . "Family influences in alcohol and substance abuse" .In Otto ,et al ,Sourcebook on Substance abuse: etiology ,epidemiology, assessment and treatment ,Ally & Bacon Boston MA
- 117- Thombs,D.L.(1994) . "Introduction to addictive behavior" ,New York : Guilford Press
- 118- Timko,C. Moose, R.H Finney, J.W. , Lesar, M.D. (2000) "Long term outcomes of alcohol use disorders" : Comparing untreated individuals with

- those in Alcoholic anonymous and formal treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 6, 529-540
- 119- Toningan, J.S. & Hiller, (Starmhofel), S. (1994). "Alcoholics Anonymous who benefits alcohol"? *Health Research World*, 18, 308-310. In H. Doweiko, concepts of chemical dependency, 5th edition, CA, Brooks/ Cole
- 120- Toningan, J.S., Toskova, R.T. (1998). "Help-groups. In treating addictive behaviors" (2nd Ed.) (Miller, G.R. Heather, N. (Eds.)). New York, Plenum
- 121- Toreatto, T., Sobell, L.C., Sobell, M.B. & Leo, G.I. (1991). "psychoactive substance use disorder" (Alcohol). In *Adult psychotherapy & Diagnosis* (2nd Ed.) (Hersen, M. & Taner, S.M., New York: wiley)
- 122- United Nations (1977) "World Drug Report". New York: Oxford University press.
- 123- Vaillant, G.E. (1990). "We should retain the disease concept of alcoholics". *The Harvard Medical School, Mental Health Letter*, 9, (6), 4-6
- 124- Vaillant, G.E. (2000). "Alcoholic anonymous: Cult or magic Bullet". Symposium presented the department of psychiatry at Cambridge Hospital, Boston, MA March 4. In H. Doweiko, Concepts of chemical dependency, 5th edition CA Brooks/Cole
- 125- Vanyukov, M.M. (1999). "Genetics". In Otto, et al *Sourcebook on substance Abuse: Etiology, Epidemiology, assessment and treatment*. Allyn & Bacon, Boston, MA
- 126- Vennicelli, M. (1992). "Removing the roadblocks, Group Psychotherapy with substance abusers and family members". New York: Guilford Press.
- 127- Wallace, J. (1999). "Twelve-Step Recovery Approach". In Otto, et al. *Source book on substance Abuse: Etiology, Epidemiology, Assessment and Treatment*. Allyn & Bacon, Boston, MA
- 128- Wallace, J. (1996). "Theory of 12-Step oriented treatment". In *Treating substance Abuse*, Rotgers, F., Keller, D. S. & Morgenstern, J. (Eds.). New York: Guilford press.
- 129- Washton, A.M. & Stone-Washton, N. (1991). "Step Zero: Getting to recovery". Center City, MN Hazelden.
- 130- Washton, A.M. (1992). "Structured-outpatient group therapy with alcohol and substance abusers". In J.H. Lawson, P. Ruitz, R. B. Millman, & J.G Longiod (Eds.), *Substance abuse a comprehensive textbook* (pp. 508-519). Baltimore, Williams & Wilkins
- 131- Watson, G.C., Hancock, M., Gearheart, L.P., Mendez, C.M., Malovrh, P., Raden, M. (1997). "A comparative outcome study of frequent, moderate, occasional and nonattenders of A *Journal of clinical psychology*". In Doweiko, Concepts of chemical dependency, 5th edition CA, Brooks/Cole
- 132- Weiss, R.D., Griffin, M.L., Callop, R., Luborsky, J., Siqueland, J., Frank, A., Onken, L.S., Daley, D.C. & Gastfriend, D.R. (2000). "predictors of self-help group attendance in cocaine dependent patients". *Journal of studies on Alcohol*, 61, 741-719



- 133-Welles,R.A., & Phelps ,P.A.(1990) . **"The brief psychotherapies :A selective overview"**.In R.A. Welles ,& V.Giannetti(Eds.).Handbook of the brief psychotherapies(pp.3-20). New York :plenum
- 134-Welles,R.A.(1993).**"Clinical Strategies in brief psychotherapy"**. In R.A.Welles & Giannetti (Eds.).Handbook of the brief psychotherapies (pp.3-17). New York :Plenum
- 135-Wittinghill , D. Wittinghill , L.R. & Loesch ,L.C.(2000). **"The benefits of a self-efficacy approach to substance abuse counseling in the era of managed care"**, Journal of Addictions & Offenders Counseling ,20 (6) pp.11-64
- 136-Wilker ,A.(1980).**"A theory of Opiate dependence"**.In D.J. Lettlers,M.S. Sayers , & Wallerstein -Pearson (Eds.).Theories of drug abuse .Selected contemporary perspectives,(DHH publications No. ADM 80-967 pp. 174-178). Washington D.C. Government printing office



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی