

اثربخشی آموزش بازگشت به اجتماع بر ارتقای مهارتهای اجتماعی و تاب آوری در افراد وابسته به متاأمفتامین

فریده دوکانه ای فرد^۱

مژگان نیکنام^۱

سلوی شمس الدینی^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مهارتهای بازگشت به اجتماع بر ارتقای مهارتهای اجتماعی و تاب آوری در افراد وابسته به متاأمفتامین بود. جامعه ی آماری این پژوهش، شامل سومصرف کنندگان مراجعه کننده به بیمارستان ایرانیان شهر تهران بود که پس از گذراندن دوره درمان پزشکی خود آماده ترخیص از بیمارستان بودند. از این جامعه، ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و گروه آزمایش و گروه گواه تقسیم شدند. هر دو گروه قبل و بعد از شرکت در جلسات آموزشی با پرسشنامه های تاب آوری کانر و دیویدسون و مهارتهای اجتماعی ماتسون مورد آزمون قرار گرفتند، سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه آموزش مهارتهای بازگشت به اجتماع شرکت کردند ولی گروه گواه هیچگونه آموزشی دریافت نکرد. نتایج تحلیل کوواریانس داده ها نشان داد که آموزش مهارتهای بازگشت به اجتماع در ارتقای مهارتهای اجتماعی و تاب آوری سومصرف کنندگان متاأمفتامین موثر است.

واژه های کلیدی: برنامه مهارت های بازگشت به اجتماع، مهارت های اجتماعی، تاب آوری

۱. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، دبیر تمان مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران

۲. دانشجوی دکتری مشاوره و عضو باشگاه پژوهشگران جوان دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران (نویسنده مسؤل)
mahoor_princes@yahoo.com

مقدمه

پژوهش‌ها نشان داده است که عوامل مختلفی در شروع و تداوم اعتیاد نقش دارد که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از: عوامل فردی، یعنی وجود یا عدم وجود ویژگی‌های شخصیتی که فرد را در مقابل آن آسیب‌پذیر می‌سازد. نظیر عزت نفس پایین، هیجان‌خواهی بالا، عدم ابراز وجود، استرس واضطراب و... و عوامل اجتماعی نظیر: والدین معتاد، عدم گواه والدین، در دسترس بودن مواد افیونی، وجود همسالان معتاد و... (به نقل از سعادت‌تی شامیر، ۱۳۹۲). از متغیرهای دیگری که با سومصرف مواد مرتبط است مهارت‌های اجتماعی است. بر اساس الگوی پنتر، سومصرف در افراد ناشی از عوامل اجتماعی (مثل مصرف توسط والدین یا همسالان) و مهارت‌های اجتماعی ضعیف است. بنابراین افرادی که احساس بی‌کفایتی اجتماعی می‌کنند، برای فرار از مشکلات و استرس‌ها به مواد روی می‌آورند و در نهایت آسیب‌پذیری آنها از همسالان خود بیشتر است (فوریز، مک‌کلا و موس، ۲۰۰۷). همچنین یافته‌های پژوهشی نیز حاکی از ارتباط بین سومصرف مواد و مهارت‌های اجتماعی است. بیشتر معتادان تمایل دارند سبک زندگی وابسته به مواد مخدر را تغییر دهند، اما وجود مشکلات زیاد در مرحله درمان، سبب عود و ترک دوره درمانی می‌شود (راوندال و وقلم، ۲۰۰۲). بدین سبب، اعتیاد به عنوان یک مشکل حاد و برگشت‌ناپذیر معرفی شده است (واند برینگ و هاسن، ۲۰۰۶). در واقع مهارت‌های اجتماعی ضعیف به عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های سومصرف در جوانان است (بارکین، اسمیت و دورانت، ۲۰۰۲). مهارت‌های اجتماعی بر رفتارهای فراگرفته مطلوبی اشاره دارد که فرد را قادر می‌سازد با دیگران رابطه مطلوبی داشته و از واکنش‌های نامعقول اجتماعی خودداری کند. مهارت‌های اجتماعی، طیف گسترده‌ای از رفتارها از قبیل توانایی شروع ارتباط موثر و مناسب با دیگران، ارائه پاسخ‌های مفید و شایسته، تمایل به رفتارهای سخاوتمندانه، همدلانه و یاری‌گرانه، پرهیز از تمسخر قلدری و زورگویی به دیگران را شامل می‌شود (ماتسون و همکاران، ۲۰۰۰). همچنین مهارت‌های اجتماعی اغلب به عنوان مجموعه‌ی پیچیده‌ای از مهارت‌ها در نظر گرفته شده است که شامل ارتباط، حل مسأله و تصمیم‌گیری، جرات‌ورزی، تعاملات با همسالان و گروه و خودمدیریتی می‌شود (لانیس و فروسینی، ۲۰۰۸).

در رویکردهای جدید پیشگیری از اعتیاد، شناسایی و ارتقای عوامل محافظت‌کننده، از جمله تاب‌آوری و شناسایی و کاهش عوامل خطر ساز نیز، از جایگاه پر اهمیت و ویژه‌ای برخوردار است. تاب‌آوری، به عنوان یکی از سازه‌های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان و رفتار،

1. Forys, McKellar & Moos
2. Ravendal & Vaglum
3. Van de Brink & Haasen
4. Barkin & Smite
5. Matson, Coe & Smith
6. Loannis & Frosini,

مفهوم‌سازی شده است (ورنر و اسمیت، ۱۹۹۹، به نقل از بلاک^۱، ۲۰۰۲). محققان معتقدند باور تاب‌آوری، صرف نظر از خطرات تهدید کننده، عاملی بالقوه در همه‌ی افراد برای تغییر است. بلاک (۲۰۰۲) بر این باور است که تاب‌آوری، توانایی سازگاری سطح گواه بر حسب شرایط محیطی است. افراد تاب‌آور دارای رفتارهای خودشکنا نه نیستند؛ از نظر عاطفی آرام هستند و توانایی تبدیل شرایط استرس‌زا را دارند (بلاک و فوندر، ۲۰۰۵، به نقل از فرازی، ۱۳۹۳). هسته‌ی مرکزی سازه‌ی خود تاب‌آوری را این پیش فرض تشکیل می‌دهد که "فطرتی زیست‌شناختی" برای رشد و کمال در هر انسان وجود دارد (برای نمونه طبیعت خود - اصلاح‌گری ارگانسیم انسانی) که به‌طور طبیعی و در شرایط معین محیطی می‌تواند آشکار شود. به بیان دیگر تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (والر^۲، ۲۰۰۱) و به عنوان حفظ سلامتی و عملکرد موفقیت‌آمیز یا سازگاری با یک بافت و موقعیت تهدید‌آمیز یا آزارنده تعریف می‌شود (به نقل از سعادت‌ی شامیر، ۱۳۹۲). مفهوم تاب‌آوری، شیفت به یک چارچوب جدید را در زمینه‌ی پیشگیری از اعتیاد مطرح می‌کند. این شیفت از مبدا کاهش ریسک فاکتورهای محیطی که زمینه‌ساز بروز رفتارهای ناسازگار و اختلالات روانی است، به سمت تاب‌آوری و ارتقای آن است. در این چارچوب جدید، شناخت عوامل محافظت‌کننده‌ی محیطی، اصلی است که از آن می‌توان شبیه‌سپری در مقابل اثرات زیان‌آور ریسک فاکتورها استفاده کرد (کورنیلو و باناج^۳، ۲۰۰۲). بنابراین تاب‌آوری به عنوان محصول فاکتورهای فردی و محیطی و آنچه که در طی سالهای رشد کودکی و نوجوانی در فرد شکل می‌گیرد، مطرح شده است؛ پس تاب‌آوری می‌تواند با تقویت عوامل محافظت‌کننده در محیط، همراه با ارتقای مهارت‌های زندگی و توانایی‌های شخصی وی توسعه یابد. در واقع هر فردی می‌تواند در موقعیتی تاب‌آور و در موقعیت دیگر غیر تاب‌آور باشد که به کیفیت ارتباط فرد با عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده، بستگی دارد. در بهترین شرایط، حتی عامل خطر می‌تواند زمینه‌ای برای جستجوی منابع محافظت توسط فرد دیگر باشد و در عمل، تبدیل به عاملی شود که از فرد محافظت کند. مثلاً اگر تاثیر اولین تجربه مواد که خود عامل زمینه‌ساز برای تداوم مصرف است با خاطره تلخی مثل سرگیجه، تهوع و... همراه باشد، این سابقه می‌تواند برای همیشه فرد را از مصرف مواد دور کند و این خاطره برای او نقش عامل محافظت‌کننده را خواهد داشت. برخی از مهمترین عوامل تاب‌آوری عبارتند از داشتن تصویر مثبت از خود، گواه فرد بر زندگی خود، احساس مسوولیت و ارزش‌های اخلاقی و... (مون، جکسون و هیت^۴، ۲۰۰۰). پژوهش‌ها نشان داده است که مداخلات روان‌شناختی می‌تواند در ارتقای مهارت‌های اجتماعی و تاب‌آوری موثر باشد و یکی از رویکردهای مهم در این زمینه آموزش مهارت‌های اجتماعی است. مهارت‌های اجتماعی در واقع شامل توانایی‌هایی می‌شود که افراد برای برقراری ارتباط با دیگران و با جامعه از آن

1. Werner & Smith
2. Block
3. Valler
4. Cornelo & Banaage
5. Moon & Jackson

استفاده می‌کنند، که دارای این مشخصه مهم است که با هنجارهای هر جامعه‌ای مناسبت دارد و در هر موقعیتی بنا به شرایط آن موقعیت شکل می‌گیرد (پاتریک، ۲۰۰۸). آموزش مهارت‌های بازگشت به اجتماع مخصوص سومصرف‌کنندگان مواد به طور خاص برای بهبود بخشیدن به مهارت‌های اجتماعی افراد معتاد ارایه شده و هدف اصلی آن آشتی دادن این افراد با جامعه است. این الگو از موارد آموزشی، کسب مهارت‌های ارتباطی، سبک زندگی صحیح، شیوه‌های مقابله با استرس، بازی نقش و تقویت مهارت‌های اجتماعی تشکیل شده است (میوسر و جست، ۲۰۰۸). بنابراین با توجه به مطالب ارایه شده این پژوهش در صدد بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های بازگشت به اجتماع بر ارتقای مهارت‌های اجتماعی و تاب‌آوری در افراد وابسته به متاآفتامین بود.

روش پژوهش

طرح پژوهشی حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و نمونه‌گیری در دسترس بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل سومصرف‌کنندگان مراجعه‌کننده به بیمارستان ایرانیان شهر تهران بود که از میان آنها ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به گروه آزمایش و گروه گواه تقسیم شدند و با پرسشنامه‌های مهارت‌های اجتماعی و تاب‌آوری مورد آزمون قرار گرفتند، سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت آموزش مهارت‌های بازگشت به اجتماع قرار گرفتند، ولی گروه گواه هیچ درمانی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات درمانی مجدد هر دو گروه مورد آزمون قرار گرفتند.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۳: برای سنجش تاب‌آوری، مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) به کار برده شد. تهیه‌کنندگان این آزمون بر این باورند که این مقیاس به خوبی می‌تواند افراد تاب‌آور را از غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی جدا کند و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی بکار برده شود (محمدی، ۱۳۸۴). این مقیاس ۲۵ گزاره دارد که در یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر گویه با نمره کل محاسبه و سپس از روش تحلیل عامل بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل بجز گویه ۳، ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس گویه‌های مقیاس به روش مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی گویه‌ها، دو شاخص KMO و آزمون کرویت بار تلت محاسبه شدند. مقدار KMO برابر ۰/۸۵ مقدار خوبی بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل نشان دادند. برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ بدست آمد (به نقل از فرازی، ۱۳۹۲).

1. Partick
2. Mueser & Jeste
3. Conner- Davidson Resilience Scale

مقیاس سنجش مهارت‌های اجتماعی^۱ ماتسون، توسط ماتسون و همکاران (۱۹۸۳) تدوین شده و دارای ۶۲ عبارت است. برای پاسخگویی، آزمودنی باید هر عبارت را بخواند و سپس پاسخ خود را بر اساس یک شاخص ۵ درجه‌ای از نوع مقیاس لیکرت با دامنه‌ای از نمره ۱ (هرگز/هیچ وقت) تا ۵ (همیشه) مشخص نماید. جمع نمرات عبارت‌ها بیانگر مهارت اجتماعی آزمودنی است. تحقیقات نشان داده است که مقیاس مهارت‌های اجتماعی ماتسون از ثبات، پایایی و اعتبار افتراقی قابل قبولی برخوردار است (ماتسون و الندیك، ۱۹۸۸، ماتسون و همکاران، ۱۹۸۳، ۱۹۹۰). یوسفی و خیر (۱۳۸۱) اعتبار و پایایی این مقیاس را در گروه برای کل مقیاس، ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که این پرسشنامه از اعتبار و پایایی قابل قبولی برای ارزیابی مهارت‌های اجتماعی گروه ایرانی برخوردار است.

شیوه‌ی اجرا

خلاصه‌ی راهنمای گام به گام عملی برنامه‌ی بازگشت به اجتماع (برگرفته از برنامه لیرمن، ۱۹۹۲)

جلسه ۱: معرفی اعضا؛ اهداف گروه؛ ارایه قوانین گروه و اصل رازداری و اجرای پیش‌آزمون
 جلسه ۲: معین کردن آمادگی برای ترخیص: هدف این جلسه یادگیری نشانه‌ها و رفتارهایی است که افراد برای آمادگی برای ترخیص باید آن‌ها را بشناسند. یک نفر نقش یکی از اعضای تیم درمان را بازی می‌کند و طرف مقابل بیماری است که می‌خواهد برای ترخیص آماده شود.
 جلسه ۳: طرح ریزی بازگشت به اجتماع: هدف جلسه این است که شرکت‌کنندگان با یادگیری در مورد اسکان و امور مالی خود، در طرح‌های ترخیص خود حضور داشته باشند. شرکت‌کنندگان با حضور فعالانه خود در طرح ریزی ترخیص با مسایل موجود در جامعه آشنا شده و آمادگی بیشتری برای مقابله با تغییرات پیدا می‌کنند.
 جلسه ۴: ارتباط با اجتماع: اهداف این جلسه برقراری ارتباط شخصی با فردی در اجتماع است که می‌تواند به عنوان منبع خدمات باشد و یادگیری بیشتر در رابطه با منابع و خدمات موجود در جامعه. آموختن مهارت‌های ارتباطی
 جلسه ۵: روبرو شدن با استرس در اجتماع و گذاشتن یک قرار ملاقات و انجام آن: هدف این جلسه، مقابله با استرس و مدیریت تعارض است زیرا دانستن این مطلب است که استرس می‌تواند در عود بیماری نقشی مهم ایفا کند می‌تواند مانعی در عود باشد.
 جلسه ۶: طرح ریزی یک برنامه روزانه جهت سبک زندگی سالم: هدف از این جلسه آموختن فواید داشتن یک برنامه روزانه با سبک سالم از قبیل کار، تغذیه مناسب، خواب مناسب، تفریح و ورزش. همچنین آموزش جرات ورزی و مدیریت خشم به منظور کاهش مشکلات ارتباطی است.
 جلسه ۷: شناسایی علائم هشدار مربوط به عود: هدف این جلسه آموزش به اعضا در مورد علائم

هشدار دهنده بازگشت بیماری است. اگر افراد بتوانند عوامل و نشانه‌ها را مشخص کنند ممکن است بتوانند از عود بیماری جلوگیری کنند.
جلسه ۸: ارایه بازخورد، ایجاد امید و انتظار درمان: هدف این جلسه اشاره به تواناییهای افراد و دادن بازخورد در یادگیری‌های آنها و اجرای پس‌آزمون است.

یافته‌های پژوهش

در جدول شماره ۱، میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون مهارت‌های اجتماعی و تاب‌آوری در دو گروه ارایه شده است:

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تاب‌آوری	آزمایش	۱۵/۸۹	۳/۳۲۵	۱۶/۵۷	۳/۰۸۱
	گواه	۱۵/۶۷	۳/۳۹۵	۱۳/۲۰	۲/۳۹۶
مهارت‌های اجتماعی	آزمایش	۱۸/۲۹	۳/۵۸۳	۱۹/۰۷	۳/۲۶۹
	گواه	۱۹/۲۰	۳/۲۳۴	۱۵/۸۰	۳/۴۵۵

برای مقایسه‌ی نمرات تاب‌آوری و مهارت‌های اجتماعی قبل و بعد از برنامه بازگشت به اجتماع، ابتدا مفروضه‌های تحلیل کواریانس بررسی شد. چون نتایج آزمون لوین برای تاب‌آوری ($F=۰/۷۶۱$ و $p=۰/۰۹۴$)، و مهارت‌های اجتماعی ($F=۰/۷۶۳$ و $p=۰/۰۹۳$) بیشتر از $۰/۰۵۰$ است. داده‌ها، مفروضه‌ی تساوی خطای واریانس‌ها را زیرسوال نبرده‌اند؛ به علاوه با توجه به اینکه اثر متقابل بین پیش‌آزمون مولفه‌های تاب‌آوری ($F=۳/۱۰۵$ و $p=۰/۰۹۰$)، و مهارت‌های اجتماعی ($F=۲/۱۴۲$ و $p=۰/۱۵۶$) معنادار نیست، داده‌ها از فرضیه‌ی همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کند و نشان می‌دهد که تعامل معنادار نیست. بنابراین اجرای کواریانس برای آزمون اثرات متغیرهای اصلی پس‌آزمون تاب‌آوری و مهارت‌های اجتماعی جایز است. در جدول ۳، خلاصه‌ی نتایج تحلیل کواریانس نمره‌های آزمودنی‌ها در متغیرهای تاب‌آوری و مهارت‌های اجتماعی ارایه شده است. همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، احتمال پذیرش فرض صفر برای تاثیر برنامه بازگشت به اجتماع در تاب‌آوری ($p=۰/۰۰۱$)، ($F=۴۳/۷۶۰$) و مهارت‌های اجتماعی ($p=۰/۰۰۱$)، ($F=۷۷/۹۹۱$) از $۰/۰۵$ کوچکتر است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که برنامه بازگشت به اجتماع در افزایش تاب‌آوری و مهارت‌های اجتماعی تاثیر داشته است.

جدول ۳. خلاصه‌ی نتایج تحلیل آزمون کوواریانس نمرات آزمودنی‌ها

گروه‌ها	منابع تغییرات	مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب اینتا
تاب آوری	پیش آزمون	۱۵۸/۸۷۰	۱	۱۵۸/۸۷۰	۹۱/۸۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۷۹
	گروه	۷۵/۶۶۸	۱	۷۵/۶۶۸	۴۳/۷۶۰	۰/۰۰۱	۰/۶۲۷
	خطا	۴۴/۹۵۹	۲۶	۱/۷۲۹			
مهارت‌های اجتماعی	پیش آزمون	۱۸۵/۸۹۴	۱	۱۸۵/۸۹۴	۱۲۹/۱۱۱	۰/۰۰۱	۰/۸۳۲
	گروه	۱۱۲/۲۹۱	۱	۱۱۲/۲۹۱	۷۷/۹۹۱	۰/۰۰۱	۷۷/۹۹۱
	خطا	۳۷/۴۳۵	۲۶	۱/۴۴۰			

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، اثربخشی آموزش بازگشت به اجتماع بر ارتقای مهارت‌های اجتماعی و تاب آوری در سومصرف کنندگان متاآمفتامین بوده است. با توجه به نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده نشان داده شد که این آموزش بر ارتقای مهارت‌های اجتماعی و تاب آوری موثر است. نتایج این یافته با یافته ای کردمیرزا نیکوزاده (۱۳۹۰) و کافی (۱۳۹۱) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می توان گفت که برنامه بازگشت به اجتماع با وجود داشتن فاکتورهایی مثل ایجاد ارتباط مؤثر، آموزش نقش‌های اجتماعی، آموزش‌هایی در ارتباط با مسایل موجود در جامعه، آموزش مجموعه‌ای از فعالیت‌های مقبول اجتماع مثل گذراندن صحیح اوقات فراغت، آموزش اجتناب از رفتارهای ضد اجتماعی مثل مصرف الکل و مواد مخدر، آموزش مدیریت استرس در موقعیت‌های اجتماعی و آموزش نحوه صحیح کمک خواستن از دیگران به ویژه هنگام مشاهده علایم هشدار دهنده، می تواند در بازگشت افراد سوء مصرف کننده متاآمفتامین به اجتماع موثر باشد. در واقع آموزش مهارت‌های مقابله با استرس در افزایش تاب آوری این افراد موثر است، زیرا به گفته میلین و بارت - کراس^۱ (۲۰۰۲)، تاب آوری معادل همان مفهومی است که نزد متخصصان آدلری با عنوان غایت‌نگری ساختگی شناخته شده است. ورنر^۲ (۱۹۲۵)، می گوید: «ذهن صرفاً یک ضبط کننده نیست، بلکه نه تنها هنگامی که از بیرون تحریک می شود، بلکه، ذهن شبیه ساز و سازنده هم هست. در مسیر رشد، ذهن آن چه را که موافق خودش هست را به گونه ای قابل انطباق با خودش، می آفریند و آن را با چرخه‌های بیرونی تطبیق می دهد». درایکورس (به نقل از میلین و بارت - کراس، ۲۰۰۲)، در کنار این تبیین، تلاش کرد، تاب آوری را در مفهوم «شجاعت برای ناکامل بودن» تعریف کند. درایکورس تاکید کرده است که مشاوران بایستی اهمیت اشتباهات را به حداقل برسانند و آن چه را که افراد به خوبی انجام می دهند، به حداکثر برسانند. بر این اساس درجه تاب آوری فرد معادل میزان شجاعتی است که برای ناکامل بودن ارائه می دهد. اعتقاد بر این است (دینک می‌یر، پیو و دینک می‌یر، ۱۹۷۹، به نقل از میلین و بارت - کراس، ۲۰۰۲)، از

1. Mylryn, bart & Cross

2. Werner

نقطه نظر مشاوره آدلری، چهار مرحله عناصر فرایند مشاوره یعنی، برقراری رابطه، تحلیل و ارزیابی، بینش و بازجهت‌گیری، به عنوان عناصر تاب‌آوری در نظر گرفته می‌شوند. مطابق این رویکرد، به نظر می‌رسد، در یک روش مداخله مبتنی بر شیوه زندگی در درمان افراد وابسته به مواد نیز، عوامل زیستی-روانی-معنوی به عنوان یک سازه یا طرح‌واره شناختی، نقش بازی کرده‌اند و به گونه‌ای مفهوم‌سازی شده‌اند که امکان تلفیق مفاهیم روش شناختی روان‌شناسی شناختی و اجتماعی معاصر را فراهم آورده است. بر این اساس، رفتار با هدف کاهش اختلاف و ناهمخوانی بین یک حالت خویشتن موجود و استانداردهای درونی شده یا خودراهنما یا حالت مرجع برانگیخته می‌شود. عدم تطابق دائمی بین یک حالت ادراک خویشتن با یک حالت مرجع درونی در این وضعیت، «خطای درونی» نامیده می‌شود و این وضعیت منجر به حالت‌های غمگینی و ناراحتی می‌شود. خطاهای درونی باعث تشکیل ساختارها، مانند حالت‌های هیجانی می‌شوند که در یک شبکه تداعی به سازه‌های خود متصل شده‌اند و شیوه زندگی اعتیادی را شکل می‌دهند که خطوط راهنمای شخصیت معتاد است. بنابراین برنامه بازگشت به اجتماع در افزایش مهارت‌های اجتماعی و تاب‌آوری موثر بوده است.

منابع

- سعادت‌تی میر، ابوطالب. (۱۳۹۲). بررسی رابطه سبک‌های هویت و بلوغ عاطفی با سازگاری اجتماعی معتادان مرد تحت درمان نگهدارنده متادون مراکز شهر بجنورد. پایان‌نامه چاپ نشده دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان.
- کافی، سید موسی. (۱۳۹۱). اثر بخشی گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل بر پیشگیری از عود افراد سم‌زدایی شده. مجله اعتیاد پژوهی، شماره ص ۲۸-۱۱
- کردمیرزا نیکوزاده، عزت‌ا... (۱۳۹۰). الگویابی زیستی روانی معنوی در افراد وابسته به مواد و تدوین برنامه
- مداخله برای ارتقای تاب‌آوری مبتنی بر روایت‌شناسی شناختی و روانشناسی مثبت‌نگر. مجله اعتیاد پژوهی، شماره ص ۹۷-۱۱۴

- Cornelo G. & Banaage. M.D. (2002). Resiliency, Street children and substance abuse prevention *Prevention Perspectives*, Vol.3,27-39
- Loannis, A. & Efrosini, K. (2008). Nonverbal social interaction skills of children with learning disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 1-10.
- Matson, J.L., Fee, V.E., Coe, D.A., & Smith, D. (2000). A social skills program for developmentally delayed preschoolers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(4), 428-433.
- Moon, D. G Jackson, K M and Hecht, M.L. Family Risk and Resiliency Factors, substance use, and the drug resistance process in adolescence. *Journal of Drug Education*, 33(4), pp398,373
- Mueser, K. T., Jeste, D.V. (Eds.). (2008). *Clinical handbook of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Partick, N.J. (2008). *Social skills for teenagers and adults with asperger syndrome*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

- Partick, N.J. (2008). *Social skills for teenagers and adults with asperger syndrome*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Powless, D. L., & Elliott, S. N. (2001). Assessment of social skills of native American preschoolers: Teacher's and parent's ratings. *Journal of School Psychology, 31*, 293-307.4, 335-340.
- Ravndal, E., & Vaglum, P. (2002). Psychopathology, treatment completion, and 5 years outcome: A prospective study of drug abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 15*, 135-142.
- Reardon, K. (1991). *Persuasion in practice*. Sage: Newbury Park.
- van de Brink, W., & Haasen, C. (2006). Evidence-based treatment of opioid-dependent patients. *Canada Journal of Psychiatry, 51*, 635-646.
- Ravndal, E., & Vaglum, P. (2002). Psychopathology, treatment completion, and 5 years outcome: A prospective study of drug abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 15*, 135-142.

