

مقایسه اثر بخشی برنامه مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر و گروه درمانی آدلری در ارتقای تاب‌آوری افراد وابسته به مواد

دکتر عزت‌اله کردمیرزا نیکوزاده^۱

چکیده

مرور مطالعات و مقالات اخیر بیانگر آن است که بخش عمده‌ای از این پژوهش‌ها به آزمون ماهیت و درمان اختلالات مختلف پرداخته‌اند. جنبش پست مدرن رویکردهای جایگزینی را در حوزه درمان و آموزش برای کمک‌رسانی موجب شده و پارادایم از کاهش گرایبی و رویکرد مشکل‌محور، به طرف پرورش توانمندی‌ها تغییر یافته است. تاب‌آوری و تاب‌آور بودن با هدف تبیین توانمندی‌های فردی و بین‌فردی که قادر به کمک به افراد جهت انسجام مجدد پس از از هم گسیختگی هستند، یکی از این رویکردها است. جمعیت هدف عبارت از تمامی معتادان داوطلب درمان در مراکز تهران که از طریق نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، گروه‌های مورد نظر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (درمان آدلری و روان‌درمانی مثبت) و یک گروه کنترل جای داده شدند. هر یک از گروه‌ها ۱۵ نفر بودند. نتایج این پژوهش نشان داد که روان‌درمانی آدلری و روان‌درمانی مثبت در ارتقای تاب‌آوری افراد وابسته به مواد مؤثر بوده است. به عبارت دیگر، مطابق فرضیه‌ها، مداخلات آدلری و مثبت در ارتقای تاب‌آوری اثربخش عمل نموده ولی گروه کنترل تغییر مثبتی را نشان نداده است.

کلید واژه‌ها: تاب‌آوری، روان‌شناسی مثبت، روان‌درمانی مثبت، روان‌درمانی آدلری، توانمندی‌های منش.

مقدمه

بر اساس گزارش دیلی^۱ و مارلات^۲ (۲۰۰۵)، هم اکنون اختلالات مصرف مواد^۳ و عواقب وخیم و ناخوشایند ناشی از آن، یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی^۴ در سراسر دنیا است. این اختلالات با بسیاری از مشکلات جدی پزشکی، روان پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، مالی^۵ معنوی، و اخلاقی رابطه دارند. اختلالات مصرف مواد نه تنها باعث درد و رنج فرد مصرف‌کننده می‌شوند، بلکه بار و آسیب فراوانی را نیز بر خانواده و جامعه تحمیل می‌کنند. گزارشات متعددی نیز حکایت از فراوانی عود دارند، برای مثال، در فرایند درمان و بهبودی ۲۰٪ تا ۹۰٪ معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، دچار عود می‌شوند. بیشترین میزان عود در ۹۰ روز پس از ترک گزارش شده است. با توجه به تعریف عود، ماهیت برنامه درمان و زمان اندازه‌گیری، و نیز میزان عود متفاوت گزارش می‌شود. زمانی که عود به عنوان «یک بار مصرف تعریف می‌شود»، میزان عود ۸۰٪ تا ۹۰٪ و زمانی که عود به عنوان «برگشت به سطح مصرف قبل از ترک» در نظر گرفته می‌شود، میزان عود ۱۲ ماه بعد از درمان ۵۰٪ گزارش شده است (میلر^۵، ۲۰۰۵؛ بریسلین^۶، زاک^۷، و مک ماین^۸، ۲۰۰۲؛ به نقل از دباغی، ۱۳۸۶). علی‌رغم اختلاف نظرهای زیاد در باره استفاده از میزان عود به عنوان مقیاس اصلی پیامد درمان، در ادبیات پژوهشی مرتبط به مصرف مواد، میزان پاکی بعد از درمان خیلی کم گزارش می‌شود. مک للا^۹ و همکاران (۲۰۰۵)، در بررسی خود به این نتیجه رسیدند که در مجموع ۵۰٪ تا ۶۰٪ بیماران در فاصله شش ماه بعد از درمان، شروع به مصرف مجدد مواد کرده‌اند.

با توجه به میزان بالای عود، به نظر می‌رسد اگر منابع فردی و محیطی

-
1. daley
 2. Marllat
 3. substance use disorders
 4. public health
 5. Miller
 6. Bresline
 7. Zack
 8. McMain
 9. McLella

شایستگی اجتماعی و سلامت مشخص شوند، بهتر می‌توان مداخلاتی را ابداع کرد که بر ایجاد و ارتقای ویژگی‌های فردی و محیطی رشد سالم متمرکز باشند. به دنبال فعالیت‌های اولیه و روشن‌گر گارمزی در حدود سال ۱۹۷۰، گروهی از دانشمندان روان‌شناسی تحولی، توجه خود را به کودکانی معطوف کردند که علی‌رغم تجربه خطر، موفقیت را تجربه می‌کردند. این پژوهش‌گران بر این عقیده‌اند که مطالعه تاب‌آوری می‌تواند برای تدوین برنامه‌ها، سیاست‌ها و مداخلات معطوف بر ارتقای شایستگی و پیشگیری یا تخفیف مشکلات در زندگی، آگاهی بخش باشد. اندیشه‌های پیشگامان این حوزه (مانند گارمزی، ۱۹۹۱، ۱۹۹۳؛ راتر^۱، ۱۹۸۵، ۱۹۸۷؛ راتر، ماگان^۲، مورتیمور^۳، و اوستون^۴، ۱۹۷۹؛ ورنر^۵، ۱۹۹۳، ورنر و اسمیت^۶، ۱۹۷۷، ۱۹۸۹، ۱۹۹۲؛ به نقل از زیمرمن^۷ و آرونکمار^۸، ۱۹۹۴)، الهام بخش سه دهه پژوهش در زمینه تاب‌آوری بود که مدل‌ها، روش‌ها و اطلاعاتی را با تلویحاتی برای نظریه، پژوهش، و مداخله فراهم نمود.

گارمزی، ورنر، و راتر هر کدام در پژوهش‌های خود عوامل خاصی را به عنوان عوامل مؤثر بر تاب‌آوری مطرح کرده‌اند. گارمزی (۱۹۹۱؛ به نقل از زیمرمن، ۱۹۹۴)، مؤثر بودن (در کار، بازی و دوست داشتن)، انتظار بالا، دیدگاه مثبت، اعتماد به نفس، کانون کنترل درونی، خود‌نظم‌دهی، مهارت‌های مشکل‌گشایی، مهارت‌های تفکر انتقادی، شوخ‌طبعی را مطرح می‌کند. اما راتر (۱۹۹۳)، داشتن خوی نرم، مؤنث بودن، فضای مثبت مدرسه، تسلط بر خود، خود‌کارایی، مهارت‌های برنامه‌ریزی، و یک رابطه گرم و نزدیک با یک بزرگ‌سال را مطرح می‌کند. ورنر و اسمیت (۱۹۹۲؛ به نقل از زیمرمن، ۱۹۹۴)، سازگاری، متحمل بودن، پیشرفت‌گرایی، قدرت کلامی، و عزت نفس را به عنوان عوامل مؤثر ذکر

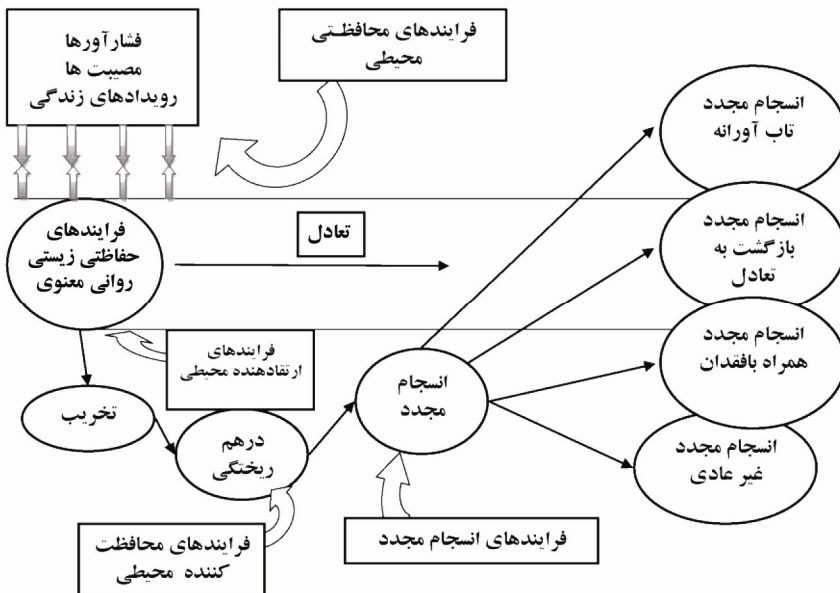
1. Rutter
2. Werner
3. Magan
4. Mortimor
5. Ostone
6. Smith
7. Zemmirman
8. Arunkumar

می‌کنند. این عوامل از نظر سایر پژوهش‌گران این حوزه عبارتند از: مهارت‌های مشکل‌گشایی (هالستون و والدراپ^۱، ۱۹۷۴)، فاصله‌گیری سازگارانه (والرشتاین^۲، ۱۹۸۹)، کانون کنترل درونی، اعتماد به نفس و روابط بین فردی (ریچاردسون و وایت^۳، ۲۰۰۲)؛ دلبستگی ایمن والدین با کودک و هم‌چنین شیوه فرزند‌پروری مراقبتی (اشترنبروک^۴، دیویدسون^۵، چازان^۶، ۱۹۹۱؛ اگلاند^۷، کارلسون^۸، سروف^۹، ۱۹۹۳؛ راتر، ۱۹۸۷؛ ورنر، ۱۹۹۳؛ ویمن^{۱۰}، کوون^{۱۱}، ورک و پارکر^{۱۲}، ۱۹۹۱؛ به نقل از ورنر، ۱۹۹۳)، آن‌چه واضح است هر کدام از این پژوهش‌گران گروه خاصی از عوامل مؤثر بر تاب‌آوری را مورد توجه قرار داده‌اند.

تاب‌آوری به توانایی غلبه بر رویدادهای دارای بار استرس زیاد، شامل آسیب‌های شدید، مرگ، فاجعه، ضایعه اقتصادی، آشوب‌های سیاسی و تغییرات فرهنگی و حفظ سلامت روانی و شوخ‌طبعی^{۱۳}، به رغم مواجهه با این رویدادهای ناخوشایند اشاره می‌کند (آگائیبی^{۱۴}، ۲۰۰۵؛ به نقل از کردمیرزا، ۱۳۸۸). آلورد^{۱۵} و همکاران (۲۰۰۵؛ به نقل از زیمرمن، ۱۹۹۴)، تاب‌آوری را به معنای مهارت‌ها، خصوصیات و توانمندی‌هایی تعریف می‌کنند که فرد را قادر می‌سازد با سختی‌ها، مشکلات و چالش‌ها سازگار شود. هر چند برخی از ویژگی‌های مرتبط با تاب‌آوری به صورت زیستی و ژنتیکی تعیین می‌شوند، اما مهارت‌های مربوط به تاب‌آوری را می‌توان یاد داد و تقویت نمود.

-
1. Halverson & Waldrup
 2. Wallerstein
 3. Richardson & Waite
 4. Easternbrooks
 5. Davidson
 6. Chazan
 7. Egeland
 8. Carlson
 9. Sroufe
 10. Veiman
 11. Coawn
 12. Work & Parker
 13. Humer
 - 14.) Agaibi
 - 15.) Alvord

تاب آوری نقطه مقابل آسیب‌پذیری است. به قول تایت^۱ (۲۰۰۲)؛ به نقل از همان منبع)، تاب آوری بر گروه‌هایی از افراد تمرکز دارد که در معرض عوامل خطرآفرین قرار دارند، اما با پیامدهای منفی کمی مواجه شده و حتی ممکن است پیامدهای مثبتی را نیز کسب نمایند. هم‌چنین، آسیب‌پذیری می‌تواند در مورد افرادی به کار رود که علی‌رغم این که در معرض عوامل خطرآفرین قرار ندارند، دچار پیامدهای منفی شده و یا از کسب پیامدهای مثبت باز می‌مانند. آگاهی‌های به دست آمده از چنین پژوهش‌هایی درمانگر را قادر می‌سازد تا مداخلات آموزشی و درمانی صحیح‌تری را برای گروه‌های هدف، طرح نماید. چنین مداخلاتی می‌تواند گستره‌ای از شکل فردی تا گروهی داشته باشد. بنابر عقیده کونور^۲ (۲۰۰۳)، از آن روی که تاب آوری به عنوان معیاری برای توانایی مقابله با استرس قلمداد می‌شود، می‌تواند هدف مهمی در روان‌درمانی باشد.



نمودار شماره ۱. مدل تاب آوری (ریچاردسون، ۲۰۰۲)

1. Tiet
2. Conner, K. M

مجموعه‌ای از مؤلفه‌های تاب‌آوری، در مدل ریچاردسون (۲۰۰۲)، آورده شده است. نمودار شماره ۱ مؤلفه‌های مورد تأکید در این مدل را نشان می‌دهد. این مدل، ابزاری است که بدان وسیله افراد از طریق تخریب‌های برنامه ریزی شده یا واکنش به رخداد‌های زندگی، فرصتی برای انتخاب هشیارانه یا ناهشیارانه‌ی پیامدهای تخریب را داشته باشند. انسجام مجدد تاب‌آورانه اشاره به فرایند انسجام مجدد یا کنار آمدن دارد که منجر به رشد دانش، خود فهمی و توانمندی افزایش یافته کیفیت‌های تاب‌آوری می‌شود (ریچاردسون، ۲۰۰۲). تاب‌آوری هنگامی رخ می‌دهد که فرد با شرایط خودش در زندگی، تطابق یافته باشد. واژه تعادل زیستی روانی معنوی، برای توصیف این حالت تطابق یافته ذهن، بدن و روح استفاده شده است. موضوعات تطابق، تمامیت، و وابستگی متقابل ابعاد جسمی، روانی و معنوی زندگی می‌توانند به اندازه کافی برای خواننده‌ای که نگران ایجاد این پیوند است، پیچیده باشد، اما برای مراجعان، درک مدل، مطابق انتخاب و کنترل است. تعادل زیستی روانی معنوی نقطه‌ای از زمان است که یک نفر به لحاظ جسمی، روانی، و معنوی با مجموعه‌ای از شرایط، خواه خوب یا بد، تطابق یافته باشد. مراجعان این نقطه را، نقطه آسایش می‌نامند، که از این حیث که تطابق می‌تواند هر چیزی باشد غیر از آسایش، ممکن است نام غلطی باشد.

تعادل زیستی روانی معنوی به طور معمول به وسیله فوریت‌ها، فشار آورها، شرایط ناگوار، فرصت‌ها، و سایر اشکال تغییر بیرونی و درونی زندگی مورد بمباران قرار می‌گیرد. این منابع می‌توانند به لحاظ بیرونی ناشی از ادراک شدت یا به لحاظ درونی ناشی از افکار و احساسات باشند. محرک می‌تواند ذره‌های جدیدی از اطلاعات، تجارب جدید و یا افکار یا احساسات تکرار شونده باشد. شدت فوریت‌های درک شده بستگی به کیفیت تاب‌آوری و انسجام مجدد تاب‌آورانه قبلی دارد. برای کنار آمدن با فوریت‌های زندگی، افراد به واسطه تخریب‌های قبلی، کیفیت تاب‌آوری را گسترش می‌دهند، به گونه‌ای که بیشتر رخدادها، جاری می‌شوند و احتمال کمتری دارد که مخرب باشند. افراد یاد می‌گیرند ضمن اجتناب از تخریب‌های معنی‌دار، برانگیخته شوند، زندگی را بسازند، غذایی تأمین کنند و به نیازهای شخصی خود بپردازند. فشارآورهای

مزمناً^۱ هنگامی برای افراد پیش می‌آیند که آنها کیفیت‌های تاب‌آوری را رشد نداده باشند و یا از میان این تخریب‌ها در زندگی‌شان، رشد نکرده‌اند. فوریت‌های جدید زندگی نیز می‌تواند علت تخریب باشند. این تعامل بین فوریت‌های زندگی و عوامل حمایتی، تعیین می‌کند که آیا تخریب‌ها، رخ دهد یا نه. کیفیت‌های تاب‌آوری بر روی مدل نشان داده شده است، چنان که پیکان‌های بالایی بر روی بردارها به طور مؤثری، سروکار داشتن با فوریت‌های زندگی و حفظ تعادل را به تصویر کشیده‌اند. مراجعین تمایل دارند به «مناطق آسایش» خود چسبیده باشند. فوریت‌های زندگی بدون حمایت، عبارتند از: افکار، احساسات، و تجربیاتی که قبلاً تجربه شده‌اند یا شاید بدون منتهی شدن به رشد یا تحول کیفیت‌های تاب‌آوری تجربه شده‌اند که با تخریب‌کننده خاصی سر و کار دارد. تخریب‌ها به این معنی هستند که پارادایم جهانی سالم فرد، تغییر یافته و می‌تواند منتهی به پیامدهای مثبت یا منفی ادراک شده‌ای شود. به این معنی که قطعه جدیدی از پازل زندگی وجود دارد که به طور بالقوه به دیدگاه فرد از جهان افزوده می‌شود. با افزودن این قطعه پازل، قطعه‌های پارادایم فرد که تحت تأثیر قطعه جدید قرار گرفته‌اند، کنار زده می‌شوند، بنابراین به قطعه جدید اجازه می‌دهند که با دیدگاه جهانی در آمیزند. پیشنهاد شدن یک شغل جدید یا به طور ناگهانی به وسیله فردی رمانتیک خواستگاری شدن، مخرب هستند، زیرا آنها تغییر را بازنمایی می‌کنند، اگر چه آنها تغییرات پیش‌بینی شده برای دیدگاه جهانی فرد هستند. هم‌چنین تخریب‌های واکنشی، می‌توانند شامل فوریت‌های ناخوشایند از قبیل از دست دادن شغل، مشاجره، یا تصادفی جزئی باشند. تخریب‌های برنامه‌ریزی شده، کارهای شخصی محاسبه شده مثل ازدواج کردن، رفتن به مدرسه، یا تغییر شغل هستند. اگر نگوییم همه، تقریباً قریب به اتفاق همه تخریب‌ها توان بالقوه‌ای برای رشد دارند.

تخریب‌ها موجب بروز هیجانات اولیه‌ای (مثل، آسیب، فقدان، گناه، ترس، سرگشتگی، گم‌گشتگی و گیجی) می‌شوند، این هیجانات نیز به طور بالقوه

می‌توانند منتهی به درون‌نگری شوند. این مرحله را در فرایند تاب‌آوری مرحله‌ی «من مفعولی فقیر^۱» می‌نامند. هیجاناتی که در این مرحله بروز می‌نمایند، می‌توانند تغییر در فرد را هم در جهت فقدان اعتماد به نفس و هم در جهت پیگیری مهارت‌های جدید هدایت کنند. در چنین مواقعی، فرصتی برای یاری دهندگان پیش می‌آید که فرد آسیب دیده را خوب درک کنند تا تغییر به سود فرد انجام پذیرد. همراه با گذر زمان و انطباق، هشیارانه یا ناهشیارانه، این سؤال مطرح می‌شود، «آن چه که من قصد انجام آن را دارم چیست؟»، که این سؤال فرایند انسجام مجدد را آغاز می‌کند. یک شخص می‌تواند به طور تاب‌آورانه انسجام یابد، برای بازگشت به تعادل زیستی روانی معنوی تلاش کند، انسجام مجدد همراه با فقدان داشته باشد، یا به طور غیر معمول (ناکارآمد) انسجام مجدد یابد. انسجام مجدد تاب‌آورانه عبارت از: تجربه بینش یا رشد از میان تخریب‌ها است. این فرایند یک تجربه درون‌نگرانه در شناسایی، دستیابی، و پرورش کیفیت‌های تاب‌آوری است. انسجام مجدد تاب‌آورانه منجر به شناسایی یا توانمندسازی کیفیت‌های تاب‌آورانه می‌شود. در مدل تاب‌آوری، برای مراجعان به عنوان پیکان‌های حمایتی اضافی که با فشارهای زندگی سر و کار دارند، به تصویر کشیده شده است.

افرادی که به «منطقه آسایش» خود چسبیده‌اند و ممکن است فرصت‌ها را برای رشد اجتناب از تخریب، از دست دهند. اساس انسجام مجدد برگشت به تعادل، عبارت است از: التیام دادن و «فقط به دست آوردن حالت قبل از تخریب» است. انسجام مجدد برگشت به تعادل زیستی، روانی، معنوی، در برخی از موارد نمی‌تواند یک گزینه در موقعیت‌هایی همانند فقدان جسمی دایم، جابجایی، یا مرگ فرد مورد علاقه باشد.

بهبودی همراه با فقدان به این معنی است که افراد انگیزش، امید، یا محرک (سابق) را به خاطر خواست‌ها از فوریت‌های زندگی رها کرده‌اند. انسجام مجدد ناکارآمد هنگامی رخ می‌دهد که افراد به مواد، رفتارهای مخرب، یا سایر وسایل

برای از عهده فوریت‌های زندگی برآمدن، پناه می‌برند. اکثر افرادی که به طور ناکارآمد انسجام می‌یابند، در مهارت‌های درون‌نگرانه خودشان نقطه‌های کوری دارند و نیازمند درمان برای پر کردن این حفره‌ها هستند. با توجه به اهمیت مطالعه تاب‌آوری در درمان اعتیاد دو فرضیه به شرح زیر مورد مطالعه قرار گرفت:

- ❖ مداخله مبتنی بر رویکرد آدلر موجب تغییر سطح تاب‌آوری در برابر وابستگی به مواد می‌شود.
- ❖ مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر موجب تغییر سطح تاب‌آوری در برابر وابستگی به مواد می‌شود.

روش تحقیق

پژوهش حاضر، یک طرح نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل)، می‌باشد. در این طرح، دو گروه آزمایشی (مداخله‌های مثبت‌نگر و آدلری) و یک گروه کنترل مشارکت و میزان اثربخشی هر یک در ارتقای تاب‌آوری در دو گروه به صورت مجزا بررسی شد. از نظر عملیاتی در این پژوهش، مداخله مثبت‌نگر شامل یک مدل روان‌درمانی مثبت‌نگر است که توسط سلیگمن و رشید (۲۰۰۶) پیشنهاد شده و دارای چهار مؤلفه‌ی لذت، تعهد، معنا و زندگی کامل است. مشاوره آدلری نیز تغییردادن رفتار در درون شیوه زندگی است که شامل فرآیند ۴ مرحله‌ای شامل برقراری رابطه‌ی حسنه / آشکار ساختن هدف‌ها و شیوه زندگی / ایجاد بصیرت از طریق تعبیر و تفسیر / بازآموزی و جهت‌گیری مجدد مراجعین است (کرسینی، ۱۹۷۲، پاین، ۱۹۷۴؛ به نقل از شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۷۷). این فرآیند، شامل کمک به یافتن معنای واقعی آن چیزی است که، در ظاهر به درمانگر گفته می‌شود. بنابراین، ارزیابی شیوه زندگی روشی خلاق برای کمک به آگاه شدن از «داستان زندگی من» مراجع است. روشی برای آگاهی از جهان درونی فرد. آگاهی از جهان درونی فرد شامل توان بالقوه تخیلی در داستانی که می‌گوید نیز هست و این بازگویی به او کمک می‌کند تا آن را دو باره بنویسد، دو باره بسازد، و یا داستانی را که شامل

امکانات و انتخاب‌های جدید است، گسترش دهد (کرن و اکستین؛ به نقل از علیزاده، ۱۳۸۳).

جامعه پژوهش شامل کلیه افراد معتاد مراجعه‌کننده به مراکز درمان اعتیاد شهر تهران بود. با انتخاب یکی از مراکز، پس از فراخوان ۶۰ نفر از معتادین به عنوان داوطلب جهت شرکت در برنامه آموزشی ثبت نام نمودند. به منظور توافق در باره هدف‌ها، موضوع، روش اجرای گروهی، شرایط و زمان برگزاری جلسات با هر یک از داوطلبان مصاحبه فردی انگیزشی، (مسئولیت‌پذیری، قابلیت همکاری در جلسات و در خارج از جلسات، و نیز شرایط ورود به جلسات) انجام گرفت. پس از این مصاحبه، تعداد ۴۵ نفر از افرادی که شرایط ورود به آزمایش را داشتند انتخاب و پس از تکمیل فرم اطلاعات فردی و فرم توافق آگاهانه توسط داوطلبان، شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی به گروه‌های ۱ تا ۳ جایگزین شدند. قبل و بعد از اجرای مداخلات مقیاس تاب‌آوری توسط هر یک از شرکت‌کنندگان تکمیل شد. هر جلسه‌ی آموزش، دو بخش ۵۰ دقیقه‌ای بود و بین هر بخش ۲۰ دقیقه برای استراحت و پذیرایی منظور شد. پس از پایان پژوهش به منظور رعایت جوانب اخلاقی، برای اعضای گروه فهرست انتظار ۱۰ جلسه مشاوره گروهی برگزار گردید.

دیاگرام شماره ۱. طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون چند گروهی

پس آزمون	متغیر مستقل	پیش آزمون	نوع مداخله	نحوه انتخاب	گروه‌ها
T ₂	X ₁	T ₁	E ₁	R	روان‌درمانی مثبت‌نگر
T ₂	X ₂	T ₁	E ₂	R	روان‌درمانی آدلری
T ₂	—	T ₁	C	R	گروه کنترل

بر اساس توافق به عمل آمده، بیش از ۲ جلسه غیبت به منزله افت آزمودنی

- محسوب می‌شد. در طی جلسات آموزشی، در هر یک از گروه‌های مداخله مثبت نگر و آدلری ۲ نفر و گروه کنترل ۱ نفر افت آزمودنی وجود داشت.
- ملاک‌های ورود افراد به برنامه آموزشی و یا خروج از برنامه عبارت بود از:
- (۱) بیمار حد اقل ۱۸ سال و حد اکثر ۴۰ سال داشته باشد.
 - (۲) بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR واجد ملاک‌های وابستگی به مواد باشد.
 - (۳) سطح تحصیلات بیمار حداقل مقطع راهنمایی باشد.
 - (۴) بر اساس ارزیابی پزشکی و روان پزشکی، فرد دچار اختلالات شدید روانی هم چون روان پریشی، اختلال دو قطبی یا تجزیه‌ای نباشد.
 - (۵) فرد در حال مصرف داروهای ضد روان پریشی (از قبیل هالوپریدول) نباشد.
 - (۶) نتایج آزمایش ادرار منفی باشد و بیمار سم زدایی را به پایان رسانده باشد.
 - (۷) بر اساس نظریه پزشکی، فرد بیماری جسمانی خاصی که مانع مشارکت در برنامه شود را نداشته باشد.
 - (۸) به طور هم زمان و برای مدت طولانی به چند ماده وابستگی نداشته باشد.
- ارزیابی ملاک‌های فوق، توسط پزشک مستقر در مرکز و شخص آزماینده کنترل می‌شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳)، و توانمندی‌های منش سلیگمن و همکاران (۲۰۰۴) بود.
- الف) پرسشنامه تاب آوری که توسط کونور و دیویدسون (۲۰۰۳)، ساخته شده، ۲۵ گویه دارد و هر گویه بر اساس یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست)، نمره گذاری می‌شود. بنابراین، حداکثر نمره در این پرسش نامه ۱۰۰ ($25 \times 4 = 100$) و نمره هر آزمودنی برابر مجموع نمرات یا کل ارزش‌های به دست آمده از هر یک از سئوالات است و میزان تاب آوری هر پاسخ‌گو برابر با نمره خام (نمره به دست آمده) تقسیم بر ۱۰۰، ضرب در ۱۰۰. پایایی و روایی آزمون نیز عبارت است از:
- پایایی، برای محاسبه‌ی پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که

ضریب پایایی برابر ۰/۸۹ بود.

➤ روایی، روایی به شیوه تحلیل عاملی برابر با ۰/۸۷ بود.

➤ در پایلوت پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کل برابر با ۰/۹۰ بود.

کونور و دیویدسون (۲۰۰۳)، با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری، مقیاس تاب‌آوری را تهیه نموده‌اند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر، و دو گروه از بیماران استرس‌پس از سانحه انجام شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسش‌نامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی بوده، و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرارگیرد.

ب) پترسون و سلیگمن (۲۰۰۴)، در باره‌ی ساخت مقیاس توانمندی‌ها و فضائل منش می‌گویند: اتفاق نظر در باره چگونگی بازنمایی ارتباط بین مدخل‌ها در طبقه بندی وجود ندارد. برخی نظریه‌ها طبقه بندی اشان را در یک نظریه قبلی جای داده‌اند و ساختاری را بر روی اصول نظریه شناختی تولید کرده‌اند. ما این راهبرد را نارس یافتیم. سایر نظریه‌ها از تحلیل عامل یا فنون توصیفی مشابه برای تعیین ابعاد اساسی یا شاخه‌های اساسی توانمندی‌ها استفاده کرده‌اند. ما در پژوهش حاضر، از راهبردی که مقداری متفاوت است، پیروی کرده ایم، متکی بر تاریخ نظریه پردازی دینی و اخلاقی برای تعیین طبقات وسیع فضیلت‌ها، با بررسی‌های روان‌شناختی صفات مثبت در این طبقات، و سپس فقط به عنوان گام نهایی متکی بر روش‌های آماری، این طبقات ساختار داده شد. ضریب آلفای کرونباخ آن بر روی نمونه ایرانی (کردمیرزا، ۱۳۸۸) ۰/۸۰ بوده است.

جدول شماره ۲. خرده مقیاس‌های توانمندی‌ها و فضایل منش

ردیف	توانمندی	ردیف	توانمندی
۱	کنجکاوی / علاقمندی در جهان	۱۳	بی‌طرفی و انصاف
۲	عشق یادگیری	۱۴	رهبری
۳	قضاوت / تفکر انتقادی / بی‌تعصبی	۱۵	خودکنترلی

ردیف	توانمندی	ردیف	توانمندی	ردیف
۴	ابتکار / اصالت / هوش عملیاتی / زیرکی عام	۱۶	احتیاط / صلاح‌دید / هوشیاری	
۵	هوش اجتماعی / هوش فردی / هوش هیجانی	۱۷	فروتنی و عفت	
۶	چشم‌انداز	۱۸	احترام به زیبایی و شگرفی	
۷	دلیری و شجاعت	۱۹	قدر دانی	
۸	پشت کار / کوشایی / کوشش پیوسته	۲۰	امید / خوشبینی / آگاهی به آینده	
۹	درستی / صداقت / راستی	۲۱	معنویت / حس غایت / ایمان / دین‌داری	
۱۰	مهربانی / سخاوت	۲۲	بخشش و رحمت	
۱۱	عشق ورزی و اجازه دادن به خود شخص برای دوست داشته شدن	۲۳	شوخ طبعی و سرزندگی	
۱۲	شهروندی / وظیفه / کار گروهی / وفاداری	۲۴	میل / شهوت / اشتیاق	

روش تجزیه و تحلیل داده ها

با توجه به فقدان تمامی مفروضه‌های ضروری برای محاسبه کوواریانس (همگنی واریانس ها، خطی بودن، توزیع نرمال، همگنی شیب‌های رگرسیون، مستقل بودن متغیر همراه و عمل‌های آزمایشی، متغیر همراه بدون خطا اندازه‌گیری شده باشد، مستقل بودن نمره هر آزمودنی از آزمودنی دیگر)، بنابراین از تحلیل واریانس یک طرفه برای محاسبه تفاوت میانگین‌های گروه‌ها استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

جدول شماره ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات تاب آوری در گروه‌های آزمایشی و کنترل قبل و بلافاصله بعد از مداخله

انحراف استاندارد	میانگین		تعداد	شاخص گروه‌ها	
	پیش آزمون	پس آزمون			
۱۴/۵۹	۱۲/۳۲	۷۰/۵۳	۵۴/۷۶	۱۳	مداخله آدلری
۱۱/۵۵	۱۲/۸۱	۷۴/۳۰	۵۴	۱۳	مثبت نگر
۱۳/۱۸	۱۳/۳۱	۴۶/۷۱	۴۸/۰۷	۱۴	کنترل

جدول شماره ۳ میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایشی مداخله آدلری-مداخله آدلری (۵۴/۷۶ و ۱۲/۳۲، ۷۰/۵۳ و ۱۴/۵۹)، گروه آزمایشی مداخله مثبت‌نگر (۵۴ و ۱۲/۸۱، ۷۴/۳۰ و ۱۱/۵۵)، و گروه کنترل (۴۸/۰۷ و ۱۳/۳۱، ۴۶/۷۱ و ۱۳/۱۸) را به ترتیب نشان می‌دهد.

جدول شماره ۴. شاخص‌های توصیفی عامل تاب آوری

شاخص	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد
گروه مداخله آدلری	۱۳	-۱۵/۷۶	۱۱/۶۴	۳/۲۳
گروه مثبت‌نگر	۱۳	-۱۵/۳۰	۱۳/۱۵	۳/۶۴
گروه کنترل	۱۴	۱/۳۵	۱۳/۹۳	۳/۷۲
مجموع	۴۰	-۱۱/۲۵	۱۵/۸۴	۲/۵۰

جدول شماره ۵. آزمون تحلیل واریانس یک طرفه بین گروه‌های آزمایشی در عامل تاب آوری

شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	احتمال
واریانس بین گروهی	۳۵۵۷/۲۰	۲	۱۷۷۸/۶۰	۱۰/۵۶	۰/۰۰۰۱
واریانس درون گروهی	۶۲۳۰/۲۹	۳۷	۱۶۸/۳۸		
مجموع	۹۷۸۷/۵	۳۹			

در جدول شماره ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه بین میانگین‌های عامل تاب آوری گروه‌های آزمایشی آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار F محاسبه شده ($F=۱۰/۵۶$) در درجات آزادی ۲ و ۳۷ از مقدار F جدول ($F=۳/۲۵$) بزرگتر است، بنابراین فرض صفر رد و با اطمینان ۹۵ درصد نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های عامل تاب آوری گروه‌های فوق‌الذکر تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

به منظور سنجش دقیق‌تر اختلاف بین میانگین دو به دو و گروه‌ها از آزمون

تعقیبی شفه استفاده شد. نتایج به دست آمده بیانگر آن است که بین میانگین‌های گروه ۱ و ۳، هم چنین ۲ و ۳ تفاوت معنی داری وجود داشته و بین میانگین گروه‌های ۱ و ۲ تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

به عنوان یک کار تکمیلی در فرایند ارزیابی، توانمندی‌های منش بر اساس کار پترسون و سلینگمن (۲۰۰۴)، در روان‌شناسی مثبت نگر، میزان اثر مداخله آموزشی در ارتقای این توانمندی‌ها ارزیابی شد، که نتیجه‌ی حاصل از این ارزیابی نشان داد، در توانمندی‌های زیر نیز تفاوت معنا داری بین گروه‌ها در اثر مداخله ایجاد شده است.

جدول شماره ۶. شاخص‌های توصیفی عامل درستی / صداقت / راستی

خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	شاخص گروه‌ها
۰/۶۲	۲/۲۵	-۱/۵۳	۱۳	مداخله آدلری
۰/۴۱	۱/۴۸	-۰/۲۳	۱۳	مثبت نگر
۰/۳۲	۱/۲۰	۷/۱۴	۱۴	کنترل
۰/۲۸	۱/۷۹	-۰/۵۵	۴۰	مجموع

جدول شماره ۷. آزمون تحلیل واریانس یک طرفه بین گروه‌های آزمایشی در عامل درستی / صداقت / راستی

احتمال	نسبت F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص منابع واریانس
۰/۰۴۵	۳/۳۷	۹/۷۱	۲	۱۹/۴۳	واریانس بین گروهی
		۲/۸۷	۳۷	۱۰۶/۴۶	واریانس درون گروهی
			۳۹	۱۲۵/۹۰	مجموع

در جدول شماره ۷ نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه بین میانگین‌های عامل درستی / صداقت / راستی گروه‌های آزمایشی آورده شده است. بر اساس

نتایج مندرج در جدول، چون مقدار F محاسبه شده ($F=۳/۳۷$) در درجات آزادی ۲ و ۳۷ از مقدار F جدول ($F=۳/۲۵$) بزرگتر است، بنابراین فرض صفر رد و با اطمینان ۹۵ درصد نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های عامل درستی / صداقت / راستی گروه‌های فوق‌الذکر تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

به منظور سنجش دقیق‌تر اختلاف بین میانگین دو به دو و گروه‌ها از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. نتایج به دست آمده بیانگر آن است که بین میانگین‌های گروه ۱ و ۳، هم‌چنین ۲ و ۳ تفاوت معنی‌داری وجود داشته و بین میانگین گروه‌های ۱ و ۲ تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

جدول شماره ۸. شاخص‌های توصیفی عامل مدیریت و رهبری

خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	شاخص گروه‌ها
۰/۴۷	۱/۷۰	-۰/۳۸	۱۳	مداخله آدلری
۰/۷۳	۲/۶۵	-۱/۳۰	۱۳	مثبت‌نگر
۰/۳۴	۱/۲۷	۱/۳۵	۱۴	کنترل
۰/۳۴	۲/۲۱	-۷/۵۰	۴۰	مجموع

جدول شماره ۹. آزمون تحلیل واریانس یک طرفه بین گروه‌های آزمایشی در عامل مدیریت و رهبری

احتمال	نسبت F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص منابع واریانس
۰/۰۰۴	۶/۵۲	۲۴/۸۵	۲	۴۹/۷۱	واریانس بین گروهی
		۳/۸۱	۳۷	۱۴۱/۰۶	واریانس درون گروهی
			۳۹	۱۹۰/۷۷	مجموع

در جدول شماره ۸ نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه بین میانگین‌های عامل رهبری گروه‌های آزمایشی آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در

جدول، چون مقدار F محاسبه شده ($F=۶/۵۲$) در درجات آزادی ۲ و ۳۷ از مقدار F جدول ($F=۳/۲۵$) بزرگتر است، بنابراین فرض صفر رد و با اطمینان ۹۵ درصد نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های عامل رهبری گروه‌های فوق‌الذکر تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

به منظور سنجش دقیق‌تر اختلاف بین میانگین دو به دو و گروه‌ها از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. نتایج به دست آمده بیانگر آن است که بین میانگین‌های گروه ۱ و ۳، هم‌چنین ۲ و ۳ تفاوت معنی‌داری وجود داشته و بین میانگین گروه‌های ۱ و ۲ تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

جدول شماره ۹. شاخص‌های توصیفی عامل احتیاط / صلاحدید / هوشیاری (آینده نگری)

خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	شاخص گروه‌ها
۰/۷۱	۲/۵۶	-۱/۴۶	۱۳	مداخله آدلری
۰/۵۹	۲/۱۴	-۱/۳۸	۱۳	مثبت‌نگر
۰/۳۲	۱/۲۱	۰/۳۵	۱۴	کنترل
۰/۳۴	۲/۱۶	-۰/۸۰	۴۰	مجموع

جدول شماره ۱۰. آزمون تحلیل واریانس یک طرفه بین گروه‌های آزمایشی

در عامل احتیاط / صلاحدید / هوشیاری (آینده نگری)

احتمال	نسبت F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص منابع واریانس
۰/۰۴۱	۳/۴۸	۱۴/۴۳	۲	۲۸/۸۷	واریانس بین گروهی
		۴/۱۴	۳۷	۱۵۳/۵۲	واریانس درون گروهی
			۳۹	۱۸۲/۴۰	مجموع

در جدول شماره ۱۰ نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه بین میانگین‌های

عامل احتیاط / صلاح‌دید / هوشیاری (آینده‌نگری) گروه‌های آزمایشی آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار F محاسبه شده (F=۳/۴۸) در درجات آزادی ۲ و ۳۷ از مقدار F جدول (F=۳/۲۵) بزرگتر است، بنابراین فرض صفر رد و با اطمینان ۹۵ درصد نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های عامل احتیاط / صلاح‌دید / هوشیاری (آینده‌نگری) گروه‌های فوق‌الذکر تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

به منظور سنجش دقیق‌تر اختلاف بین میانگین دو به دو و گروه‌ها از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. نتایج به دست آمده بیانگر آن است که بین میانگین‌های گروه ۱ و ۳، هم‌چنین ۲ و ۳ تفاوت معنی‌داری وجود داشته و بین میانگین گروه‌های ۱ و ۲ تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

جدول شماره ۱۱. شاخص‌های توصیفی عامل احترام به زیبایی و شگرفی

خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	شاخص گروه‌ها
۰/۶۳	۲/۲۹	-۰/۳۸	۱۳	مداخله آدلری
۰/۷۵	۲/۷۳	-۱	۱۳	مثبت‌نگر
۰/۳۵	۱/۳۱	۱/۷۸	۱۴	کنترل
۰/۳۸	۲/۴۴	۰/۱۷	۴۰	مجموع

جدول شماره ۱۲. آزمون تحلیل واریانس یک طرفه بین

گروه‌های آزمایشی در عامل احترام به زیبایی و شگرفی

احتمال	نسبت F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	شاخص منابع واریانس
۰/۰۰۵	۶/۱۵	۲۹/۱۷	۲	۵۸/۳۴	واریانس بین گروهی
		۴/۷۴	۳۷	۱۷۵/۴۳	واریانس درون گروهی
			۳۹	۲۳۳/۷۷	مجموع

در جدول شماره ۱۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه بین میانگین‌های

عامل احترام به زیبایی و شگرفی گروه‌های آزمایشی آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار F محاسبه شده ($F=۶/۱۵$) در درجات آزادی ۲ و ۳۷ از مقدار F جدول ($F=۳/۲۵$) بزرگتر است، بنابراین فرض صفر رد و با اطمینان ۹۵ درصد نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های عامل احترام به زیبایی و شگرفی گروه‌های فوق‌الذکر تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

به منظور سنجش دقیق‌تر اختلاف بین میانگین دو به دو و گروه‌ها از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. نتایج به دست آمده بیانگر آن است که بین میانگین‌های گروه ۱ و ۳، هم‌چنین ۲ و ۳ تفاوت معنی‌داری وجود داشته و بین میانگین گروه‌های ۱ و ۲ تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

جدول شماره ۱۳. شاخص‌های توصیفی عامل معنویت / حس‌غایت / ایمان / دین‌داری

خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	شاخص گروه‌ها
۰/۷۰	۲/۵۲	-۲/۳۰	۱۳	مداخله آدلری
۰/۳۵	۱/۲۶	-۰/۴۶	۱۳	مثبت‌نگر
۰/۴۷	۱/۷۶	۰/۲۱	۱۴	کنترل
۰/۳۴	۲/۱۵	-۰/۸۲	۴۰	مجموع

جدول شماره ۱۴. آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه بین گروه‌های آزمایشی

در عامل معنویت / حس‌غایت / ایمان / دین‌داری

احتمال	نسبت F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص منابع واریانس
۰/۰۰۵	۶/۱۶	۲۲/۷۰	۲	۴۵/۴۱	واریانس بین گروهی
		۳/۶۸	۳۷	۱۳۶/۳۵	واریانس درون گروهی
			۳۹	۱۸۱/۷۷	مجموع

در جدول شماره ۱۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه بین میانگین‌های

عامل معنویت / حس غایت / ایمان / دین داری گروه‌های آزمایشی آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار F محاسبه شده ($F=6/16$) در درجات آزادی ۲ و ۳۷ از مقدار F جدول ($F=3/25$) بزرگتر است، بنابراین فرض صفر رد و با اطمینان ۹۵ درصد نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های عامل معنویت / حس غایت / ایمان / دین داری گروه‌های فوق‌الذکر تفاوت معنی داری وجود دارد.

به منظور سنجش دقیق‌تر اختلاف بین میانگین دو به دو و گروه‌ها از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. نتایج به دست آمده بیانگر آن است که بین میانگین‌های گروه ۱ و ۳، هم چنین ۲ و ۳ تفاوت معنی داری وجود داشته و بین میانگین گروه‌های ۱ و ۲ تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌ها در باره فرضیه اول نشان داد، بین میانگین‌های عامل تاب آوری در گروه آزمایشی آدلری و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. این تفاوت بین گروه‌های آزمایشی مثبت‌نگر و آدلری معنادار نبوده و فقط معناداری را بین گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل نشان می‌دهد. به عبارت دیگر، میانگین نمرات تاب آوری در گروه آزمایشی آدلری، از ۵۴ قبل از مداخله به ۷۰ بعد از مداخله افزایش یافت. این نتیجه همگام با نظر واینگر^۱ (۱۹۲۵)، دینک می‌یر^۲، پیو^۳، و دینک می‌یر (۱۹۷۹)، شاکیت، کلین، تویچل، و اسپرینگر (۱۹۹۴)، داقرتی و تری اُبریان (۱۹۸۰)، میلیرن^۴ و بارت - کراس^۵ (۲۰۰۲)، کرن و اکستین، ۲۰۰۲؛ به نقل از علیزاده، ۱۳۸۳)، و مارگولین و آوانتس (۲۰۰۲)، است.

مطابق متون نظری و پژوهشی موجود، تاب آوری معادل همان مفهومی است

-
1. H. Vaihnger
 2. D. C. Dinkmeyer
 3. W. L. Pew
 4. A. Milliren
 5. C. Barrett-Kruse

که نزد متخصصان آدلری با عنوان غایت‌نگری ساختگی^۱ شناخته شده است. «ذهن صرفاً یک ضبط‌کننده نیست، بلکه نه تنها هنگامی که از بیرون تحریک می‌شود، بلکه، ذهن شبیه ساز و سازنده هم هست. در مسیر رشد، ذهن آن چه را که موافق خودش هست را به گونه‌ای قابل انطباق با خودش، می‌آفریند، و آن را با چرخه‌های بیرونی تطبیق می‌دهد». بنا به گفته واینگر (۱۹۵۲)، انسان به عنوان موجودی که قادر است امکانات انجام یک عمل را ارتقا دهد در نظر گرفته شده و مازلو (۱۹۶۸)، نیز معتقد بود که سختی‌ها و ناملایمات می‌توانند قوه خلاقیت، احساس کفایت و تحمل ابهام را پرورش دهد و تنها یک فرد خلاق و قابل انعطاف می‌تواند مفهوم آینده را مدیریت کند، کسی که با اعتماد به نفس و بدون ترس با وقایع تازه روبرو شود و به اعتقاد ترنر و پیو (۱۹۷۸)، شجاعت پذیرش ناکامل را داشته باشد. درایکورس^۲ نیز (به نقل از میلیون و بارت - کراس، ۲۰۰۲)، در کنار این تبیین، تلاش کرد، تاب‌آوری را در مفهوم «شجاعت برای ناکامل بودن»^۳ تعریف کند. بنابراین، مداخله‌ی مبتنی بر شیوه زندگی، تأکید دارد که، مشاوران بایستی اهمیت اشتباهات را به حداقل برسانند و آن چه را که افراد به خوبی انجام می‌دهند، به حداکثر برسانند. نتیجه حاصل از پژوهش نیز نشان می‌دهد، چهار مرحله‌ی عناصر فرایند مشاوره‌ی آدلری یعنی، برقراری رابطه، تحلیل و ارزیابی، بینش، و بازجهت‌گیری، به عنوان عناصر تاب‌آوری توانسته‌اند میزان تاب‌آوری افراد وابسته به مواد را بالا ببرند. این نتیجه مطابق این مفهوم است: درجه‌ی تاب‌آوری فرد معادل میزان شجاعتی است که برای ناکامل بودن اراده می‌دهد.

به نظر می‌رسد، تحلیل داستان‌ها و واکنش اعضای گروه در حین مداخله در برابر اشتباهات اساسی زندگی، اولویت‌های در پیش رو برای زندگی، و نحوه‌ی بازسازی یا قاب‌گیری مجدد تجارب و خاطرات اولیه‌ی آنان، در تأیید داده‌های بالا باشد. برای مثال، آزمودنی‌ها، یک فرد معتاد را این گونه ترسیم می‌کردند: کمال‌گرا، عدم تمایل به مشارکت در کار گروهی، تکروی، منفعت‌طلبی، مهم

1. fictional finalism

2. R. Dreikurs

3. courage to be imperfect

نبودن احساسات دیگران، فقدان رفتار صمیمانه و هم‌دلی، خود‌پسند و خود‌خواه و اهل انتقام از کسانی که او را اذیت کرده‌اند، سستی نسبت به مقررات اخلاقی، مقصر دانستن دیگران، عدم مسئولیت‌پذیری، فقدان هدفمندی در کار و زندگی، احساس بیهودگی، اعتماد به نفس پایین، سست بودن نسبت به هوس‌ها، احتیاط‌کار، عصبی، کم‌رو، شکاک، حساس نسبت به انتقاد و تنبیه، متمایل به پیش‌بینی وقایع بد، ناتوان در سازگاری با تغییرات محیطی، ناراضی از روابط اجتماعی و ناتوانی از ایجاد رابطه با افراد غریبه.

با تحلیل داه‌های محتوایی بالا و تطبیق آن با مفهوم اشتباهات اساسی در نظریه‌ی آدلر (تعمیم افراطی، هدف‌های نادرست یا غیر ممکن، ادراک غلط، کم‌ارزش‌سازی خود، ارزش‌های اشتباه)، مشخص می‌شود، باورهای این افراد تقریباً در راستای این اشتباهات شکل گرفته است. به قول یکی از آزمودنی‌ها، «آدم معتاد، استاد نیمه کار گذاشتن هدف‌ها است». به نظر می‌رسد، مداخله توانسته است بر نقشه‌ی شناختی یا سبک زندگی افراد وابسته به مواد تا حدی مؤثر باشد. نقشه‌ای که بر «من کوچک»^۱ آنها در مواجه شدن با دنیای «بزرگ» کمک می‌کند. سبک زندگی در بردارنده‌ی آرزوها، اهداف دراز مدت و «بیان» شرایط اجتماعی یا شخصی است که برای «امنیت» فرد ضروری است.

مطابق این رویکرد، به نظر می‌رسد، در یک روش مداخله‌ی مبتنی بر شیوه‌ی 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 نامهمخوانی بین یک حالت خویش‌نمون وجود و استانداردهای درونی شده یا خود‌راهنما یا حالت مرجع برانگیخته می‌شود. عدم تطابق دایمی بین یک حالت ادراک خویش‌نمون^۲ با یک حالت مرجع درونی در این وضعیت، «خطای درونی» نامیده می‌شود و این وضعیت منجر به حالت‌های غمگینی و ناراحتی می‌شود. خطاهای

1. little me

2. self-perceived

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.

در حین مداخله نیز، گزارشات شفاهی آزمودنی‌هایی که تحت مداخله مبتنی بر شیوه زندگی آدلر بودند، حاکی از آن بود که:

۱) تمامی آنان طرحواره‌های منفی و توأم با کهنتری نسبت به بدن خود داشتند.

این احساس کهنتری را به عنوان یک نقص واقعی پذیرفته بودند و حتی در مواجهه با مواد اعتیاد آور از این منطق خصوصی استفاده می‌کردند که «مواد بد نیست، ما بد هستیم که ظرفیت مواد را نداریم».

۲) حدود ۸۵ درصد آزمودنی‌ها، این گونه برداشت می‌کردند که جایگاه والا در خانواده داشته و در حالی که فرزند اول نبودند، خود را در جایگاه اول محسوب می‌کردند. فقط ۱۵ درصد آزمودنی‌ها در حین مداخله گزارش دادند که جایگاه خود را نازل‌تر از ترتیب تولد واقعی‌شان تصور کرده‌اند، یعنی علی‌رغم این که فرزند اول بودند اما خود را در جایگاه سوم تصور می‌کردند.

۳) تجسم و تصور همه‌ی آزمودنی‌ها از دوران کودکی خود، عموماً توأم با تصور مشکلات عاطفی و تحصیلی بود، و در نیمی از آزمودنی‌ها علاوه بر این مشکلات، خود را کودکی شاد و خندان تصور می‌کردند.

۴) تمامی آزمودنی‌ها، دوران نوجوانی خود را عموماً توأم با غم، مشکلات خانوادگی، مشکلات عاطفی، گوشه‌گیری، مشکلات تحصیلی ترسیم، و در ۳۸ درصد آزمودنی‌ها، علاوه بر مشکلات مذکور، خود را شاد و خندان نیز تصور می‌کردند.

۵) حدود ۸۳ درصد آزمودنی‌ها گزارش بیماری جسمی، حدود ۳۴ درصد گزارش بیماری روانی، و حدود ۶۹ درصد سابقه بستری در بیمارستان را داشتند.

۶) حدود ۶۹ درصد گزارش بیماری یکی از اعضای درجه یک خانواده را داشتند.

یافته‌ها در باره فرضیه دوم نیز نشان داد، بین میانگین‌های عامل تاب آوری در گروه آزمایشی مثبت‌نگر و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. این تفاوت بین گروه‌های آزمایشی مثبت‌نگر و آدلری معنادار نبوده و فقط معناداری را بین گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل نشان می‌دهد.

با توجه به نتایج به دست آمده، ضمن رد فرض صفر، نتیجه می‌گیریم فرضیه دوم پژوهش یعنی، «مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر با تأکید بر متغیرهای زیستی - روانی - معنوی قادر به تغییر سطح تاب آوری در برابر وابستگی به مواد است» تأیید می‌شوند. این نتیجه همگام با نظر برگس (۲۰۰۳)، سلیگمن و رشید (۲۰۰۶)، مرس (۱۹۹۲)، ناکامورا و سیکزنت میهالی (۲۰۰۲)، لیبومیرسکی، کینگ، و دینر (۲۰۰۵)، کامینسکی (۲۰۰۶)، و هوتا، پترسون، پارک و سلیگمن (۲۰۰۶)، است. براین اساس، روان‌شناسی مثبت‌نگر، بینش را در درون آرایه‌ای از کیفیت‌های انسانی فراهم می‌آورد که با تاب آوری مرتبط است. این آرایه‌ها عبارتند از: عوامل معنویت/ دین داری (مثل، رؤیایها و اهداف، غایت/معنا در زندگی، معنویت، اعتقاد به یکتایی خود شخص، استقلال (خودمختاری)، امید و خوش بینی، تعیین و پشتکار)، صلاحیت‌های شناختی (مثل، استدلال اخلاقی، بینش، آگاهی میان فردی، عزت نفس، توانایی طراحی، خلاقیت)، صلاحیت‌های رفتاری/اجتماعی (مثل مهارت‌های اجتماعی و زرنگی‌های شهری، مهارت‌های حل مسئله، همدلی، استواری هیجانی و مدیریت هیجانی، شادکامی، بازشناسی احساسات، مهارت‌های مدیریت هیجانی، توانایی برای بازسازی عزت نفس، شوخ طبعی)، و صلاحیت‌های جسمی و بهزیستی جسمانی (مثل، سلامت خوب، مهارت‌های حفظ سلامتی، رشد استعداد جسمانی، جذابیت جسمانی).

به نظر می‌رسد، روان‌درمانی مثبت‌نگر نه تنها از طریق کاهش نشانگان منفی بلکه به گونه‌ای مؤثر و مستقیم می‌تواند از طریق ایجاد هیجان‌ات مثبت، توانمندی‌های منش، و معنا موجب تغییر آسیب‌پذیری به تاب آوری شود. روان‌درمانی مثبت‌نگر نه تنها می‌تواند منابع مثبت را ایجاد نماید، بلکه می‌تواند تأثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته و نیز سدی برای وقوع مجدد آنها باشد. پژوهش

مبتنی بر معنا در قالب روان‌درمانی مثبت‌نگر نیز نشان می‌دهد، افرادی که از معنا برای تغییر چرخه‌های خودشان از بدبختی به خوشبختی استفاده کرده‌اند، بیشترین بهره را از برنامه‌های درمانی گرفته‌اند. «زندگی تهی»، فاقد معنا، تعهد و لذت است و «زندگی کامل» توأم با معنا، تعهد، و لذت است. مطابق روان‌شناسی مثبت‌نگر، تحت شرایط مصیبت بار، بقا و ماندگاری وابسته به دو کارکرد است: صفات شخصی و نظام ارزشی وابسته به گروه یا اجتماع آنها. انتظار می‌رود کسانی که به سطحی از تاب‌آوری ارتقا می‌یابند، ویژگی‌های آنان به صورت صفات شخصی و اجتماعی بروز نماید. صفات شخصی مثبت عبارت است از، ظرفیت عشق و ساماندهی شغلی، جرأت و رزوی، مهارت بین‌فردی، حساسیت زیبایی‌شناختی، پشتکار، بخشش، اصالت، هوشمندی نسبت به آینده، معنویت، استعداد بالا، و عقلانیت و صفات گروهی مثبت نیز عبارت است از مسئولیت‌پذیری، نوع دوستی، مهر و رزوی، خوش رفتاری، میانه روی، تحمل و اخلاق‌کاری.

در یک جمع‌بندی کلی بر اساس رویکردهای نظری، یافته‌های پژوهشی، و مشاهدات عینی از مداخلات آموزشی، می‌توان مدل زیستی، روانی، معنوی ریچاردسون (۲۰۰۲)، را در جهت تاب‌آوری در برابر وابستگی به مواد، به عنوان یک مدل عامل خطر / حفاظتی، مفهوم‌سازی نمود. به عبارت دیگر، رابطه تاب‌آوری و سلامت روان مطابق نظر (بلاک و کریمن، ۱۹۹۶)، یک رابطه تعاملی است که بر اساس آن افرادی که از سلامت روان برخوردارند، تاب‌آوری بالاتری نشان می‌دهند و افرادی که سطح بالایی از تاب‌آوری دارند، عواطف مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و سطح بالاتری از اعتماد به نفس را دارا هستند و سازگاری روان‌شناختی بهتری دارند.

منابع

- ابادینسکی، هوار. *مواد مخدر - نگاهی اجمالی*، ترجمه گروهی از مترجمان. انتشارات جامعه و فرهنگ. چاپ اول. ۱۳۸۴.
- اکستین، دی. کرن، روی، *ارزیابی و درمان سبک زندگی*، ترجمه حمید علیزاده، نشر دانشه (زیر چاپ).
- دباغی، پرویز. (۱۳۸۶). *اثر بخشی شناخت درمانی گروهی بر پایه تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی*

- طرح واره‌های معنوی در پیش‌گیری از عود مصرف مواد افیونی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. سال سیزدهم. شماره ۴، ۳۶۶-۳۷۵.
- دلاور، علی. *احتمالات و آمار کاربردی در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. انتشارات رشد. چاپ سوم. ۱۳۷۸.
- دلاور، علی. *لیزرل محاوره‌ای: راهنمای کاربردی*. نشر ارسباران. چاپ اول. ۱۳۸۶.
- شفیغ آبادی، عبدالله. ناصری، غلامرضا. *نظریه‌های مشاوره و روان درمانی*. مرکز نشر دانشگاهی. چاپ دوم. ۱۳۶۸.
- شیولسون، جی. *استدلال آماری در علوم رفتاری*. جلد ۲. قسمت ۲. ترجمه علیرضا کیامنش. انتشارات جهاد دانشگاهی واحد علامه طباطبائی. چاپ اول. ۱۳۸۲.
- علیزاده، حمید. آدلر. *پیشگام روان‌کاوی جامعه نگر*. نشر دانژه. چاپ اول. ۱۳۸۳.
- کردمیرزا نیکوزاده، عزت اله. *الگویابی زیستی روانی معنوی در افراد وابسته به مواد*. فصل‌نامه اعتیادپژوهی. شماره ۱۲. زمستان ۱۳۸۹.
- گلانتز، میردی و هارتل، کریستین آر. *سوء مصرف مواد: خاستگاه‌ها و مداخلات*. ترجمه گروهی از مترجمان. انتشارات ستاد مبارزه با مواد مخدر. چاپ اول. ۱۳۸۶.
- وزیریان، محسن و همکاران. *راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف‌کنندگان مواد*. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۱.
- Duckworth. A. L., Steen. t. a. , and Seligman. M. E. P. (2005). *Positive Psychology in Clinical Practice*, Positive Psychology, Center, University of Pennsylvania.
- Goldstein, Rita z, Volkow, Nora D. (2002). *Drug addiction and its underlying Neurobiological Basis: neuroimaging evidence for the Involvement of the frontal cortex*, the American Journal of Psychiatry, 159: 1642-1652, October 2002.
- Connor, K. M. and Jonathan, R. T. (2003). *Development of a new resilience scale*, Wiley-Liss, INK, 18: 76-82.
- Joseph. S. , and Linley. A. (2006). *Positive therapy: a meta-theory for positive psychological practice*, first Published by Routledge, USA & Canada.
- Kumpfer, L. Karol, Trunnell, P. Eric And Whiteside, O. Henry. (1990). *The biopsychosocial model: application to the addiction field*, educational publishing foundation, 1089-2680.
- Lettieri, J. Dan. (1980). *Theories on drug abuse*, national institute on drug abuse publishic, USA - research 30, monograph series.
- Lewis, J. A, Danna, R. And Blevins, G. A. (2002). *Substance abuse counseling*, California, Brooks/cole.
- Liese, B. C. , Beck, A. T. , And Seaton, K. (2002). *The cognitive therapy addictions group*, New York, the haworth medical press.
- Marlatt, G. A. , And Witkiewitz, K. (2005). *Relaps prevention for alcohol and drug problems*, New York, the Guilford press.
- Miller, G. (2003). *Incorporating spirituality in counselin and*

- psychotherapy*, New York, John Wiley.
- Miller, G. (2005). *Learning the language of addiction counseling*, New York, Wiley.
 - Milliren and Cathleen Barrett – Kruse. (2002), *Four phases of adlerian counseling: family resilience in action*, the journal of individual psychology, vol. 58, no. 3.
 - Nace, E, P. (2005). *Alcoholics anonymous*, New York, Williams & Wilkinn.
 - National Institute on Drug Abuse .(2003). *Prevention drug use, among children and addolecents*.
 - National Institute on Drug Abuse. (2007). *Drugs, Brain and Behavior – the science of addiction*.
 - National Youth violence Prevention (2005). *Teen substance abuse and, violence facts*.
 - National Household survey on Drug Abuse. (1996). *Children at risk because of parental substance abuse*.
 - Pardini, D, A. , Plante, T. G. Scherman, A. , And Stump, J, E. (2000). *Religious faith And spirituality in substance abuse recovery*, journal of substance abuse treatment, 19, 347-354.
 - Peseschkian. N. (1987). *Positive psychotherapy*, translated by Robert Walker, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Germany.
 - Peterson, C. , And Seligman, E. P. Martin. (2004). *Character strenghts and virtues*, Oxford University Press.
 - Richardson, E. Glenn. (2002). *The metatheory of resilience and resiliency*, journal of clinical psychology, Vol. 58 (3), 307-321.
 - Rutter, M. (1993). *Resilience: some conceptual considerations*, journal of ado;escent health, 14, 626-631.
 - Seligman, Martin. E. P. , Rashid. Tayyab, Parks, Acacia. C. (2006). *Positive psychotherapy*, American Psychologist.
 - Schilit, Rebecca. (1991). *Drug 's and behavior*, SAGE publications, USA.
 - Schmitt. V. , Frey. B. , Dunham. M. , and Carmen. C. (2005). *Validity of the risk & protective factor model*. annual meeting of the American evaluation national conference, Torento, Canada.
 - Tompkins , Penny & Lawley James. (2002). *The magic of metaphor*, published in the caroline myss newsletter.
 - Wallace, J. (2003). *theory of 12-Step oriented treatment*. New York, the Guilford Press.
 - Wills, T. A. , Yaeger, A. , And Sandy, J. M. (2003). *Buffering effect of religiosity for adolescents substance use*, psychology of addictive behavior, 17 (1), 24-31.
 - Zimmerman, M. A. , and Arunkumar, A. (1994). *resilience Research: implication for schools and policy*, Vol. VIII, Number 4.