



دانلود رایگان
کتاب و جزوات
پیام نور

پیام نوریها

public channel



✓ کانال پیام نوریها در سال 95 با هدف تهیه جزوات و نمونه سوالات افتتاح و از همان ابتدای تاسیس کوشیده است با تکیه بر تلاش بی وقفه، کارگروهی و فعالیت های بدون چشمداشت کاربران متمایز خود، قدمی کوچک در راه پیشرفت ارائه خدمات به دانشجویان این مرز و بوم بردارد.

🌐 با ما به روز باشید 🙌🙌🙌

📄📄 بزنید رو متن آبی 📄📄

ID [Link danesh joyan pnu](#)

رایگان است و همیشه رایگان میماند



اطلاع از اخبار و دانلود جزوات و نمونه سوالات

[برای ورود به کانال تلگرامی پیام نوریها کلیک کنید](#)

" کانال و خانواده تلگرامی پیام نوریها "

با عضویت در کانال و به آرشیو زیر دسترسی پیدا کنید

✓ تمام نمونه سوالات به روز تا آخرین دوره

✓ جزوات درسی

✓ بیش از ۱۰۰ فلش کارت درس

✓ اخبار به روز پیام نور

✓ فیلم و فایل آموزشی اختصاصی

✓ انجام انتخاب واحد و حذف و اضافه

✓ پاسخگویی به سوالات دانشجویان

✓ معرفی گروه و انجمن های پیام نوری

✓ طنز و توییت دانشجویی

به یکی از بزرگترین کانال های پیام نوری بپیوندید

[برای ورود به کانال تلگرامی پیام نوریها کلیک کنید](#)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

خلاصه کتاب اعتیاد (سبب شناسی و درمان)

نویسنده:

ثریا اسلام دوست

👉👉👉 با ما به روز باشید 🌐

 [Link danesh joyan pnu](#)

فصل اول: مقدمه و تعاریف طبقه‌بندی

تاریخچه:

- ✓ کلمه تریاک در اصل از کلمه یونانی گرفته شده که به مخلوطی از ۶۰ تا ۷۰ ماده مختلف محلول در عسل اطلاق می‌شده است.
- ✓ تریاکا اولین بار توسط پاراسلوس، طبیب و شیمی‌دان بزرگ سوئسی و توماس سیرنهام پزشک انگلیسی به صمغ شیری رنگ مترشح از میوه کپسولی گیاه خشخاش اطلاق شد.
- ✓ واژه افیون از واژه یونانی اپیون گرفته شده است.
- ✓ واژه وافور برای کشیدن تریاک یا دود کردن تریاک است به همین دلیل، کلمه وافوری به کسی که تریاک می‌کشد، اطلاق می‌گردد.
- ✓ در اروپا، مجارستانی‌ها اولین ملتی هستند که با گیاه خشخاش آشنا شده‌اند.
- ✓ بقرات و تئوفراست از تریاک برای درمان اسهال و رفع درد استفاده می‌کردند.

سوء مصرف مواد:

- ✓ در این گروه، شدت مصرف بحدی نیست که وابسته تلقی شوند.
- ✓ این گروه از بیماران، مکرر و بطور متناوب از مواد، مصرف کرده تا بحدی که با تحمل و علائم ترک همراه باشند.
- ✓ الگوی مصرف این دسته، جنبه اجباری ندارد.

وابستگی به مواد:

- ✓ شدت وابستگی با رفتارهای متعاقب مصرف مواد سنجیده می‌شود.
- ✓ بیمار وابسته به مواد، علی‌رغم تجربه مشکلات متعدد ناشی از مصرف مواد، قادر به قطع مصرف آن نیست و بطور اجباری و وسواس‌گونه، به مصرف آن ادامه می‌دهد.
- ✓ مصرف مواد، یک الگوی رفتاری غیر انطباقی و بیمارگونه است.
- ✓ اختلالات بالینی در افراد مصرف‌کننده عبارتست از الف) ایجاد تحمل، ب) بروز علائم ترک، ج) تمایل بعدی برای قطع مصرف، د) کاهش در فعالیت‌های خانوادگی، اجتماعی، تفریحی و شغلی و ه) عدم توانایی در قطع مصرف.

مواد:

- ✓ مواد موثر بر وضعیت روانی، عمدتاً نه بمنظور درمان و تسکین آلام بیماری بلکه برای ایجاد تغییر در رفتار و هیجانات مصرف‌کننده، مورد سوء مصرف قرار می‌گیرد.
- ✓ در DSM-IV، اختلالات وابسته به مواد، به طبقاتی ارجاع شده‌اند که نشانه‌ها یا نشانگان خاص خود را در بر می‌گیرند که شامل دلیریوم مسمومیت با مواد، دلیریوم ناشی از ترک مواد، زوال عقلی دمانس پایدار ناشی از مواد، اختلال فراموشی پایدار ناشی از مواد، اختلال سایکوتیک ناشی از مواد، اختلال خلقی ناشی از مواد، اختلال اضطرابی ناشی از مواد، کژکاری جنسی از مواد و اختلال خواب ناشی از مواد می‌باشد.

فصل دوم: سبب‌شناسی اعتیاد

◀ اعتیاد، یک بیماری زیست‌شناختی، روانشناختی و اجتماعی است.

عوامل مخاطره‌آمیز:

- ✓ عوامل مخاطره‌آمیز فردی عبارتند از: الف) استعداد ارثی، ب) دوره نوجوانی، ج) صفات شخصیتی (صفات ضد اجتماعی، پرخاشگری، اعتماد بنفس پایین)، د) اختلالات روانی (افسردگی اساسی، وجود فوبی، نگرش مثبت نسبت به مواد)، د) موقعیت‌های مخاطره‌آمیز (ترک تحصیل، بی‌سرپرستی) و ه) تاثیر مواد بر فرد.
- ✓ خطرناک‌ترین دوران زندگی از نظر شروع به مصرف مواد، دوره نوجوانی است.
- ✓ نوجوانی، دوره انتقال از کودکی به جوانی و بزرگسالی و هویت‌مندی فردی و اجتماعی است.
- ✓ در دوره نوجوانی، میل به مخالفت با والدین به اوج می‌رسد و نوجوان برای اثبات بلوغ و فردیت خود، ارزش‌های خانواده را زیر سوال می‌برد.
- ✓ تاثیر مستقیم عوامل ژنتیکی، عمدتاً از طریق نقل و انتقالات شیمیایی مواد در بدن بوده که تعیین‌کننده تاثیر ماده بر فرد است.
- ✓ اولین مصرف مواد در محیط‌های اجتماعی شروع می‌شود.
- ✓ هر چقدر فرد قدرت تصمیم‌گیری و مهارت ارتباطی بیشتری داشته باشد، بهتر می‌تواند در مقابل فشار همسالان مقاومت کند.
- ✓ شایع‌ترین اختلالات همراه با اعتیاد عبارتند از افسردگی اساسی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، فوبی، اختلال وسواسی - جبری، اختلال افسردگی و اسکیزوفرنی.
- ✓ نگرش‌های مثبت نسبت به مواد عبارتست از کسب بزرگی و تشخیص، رفع دردهای جسمی و خستگی، کسب آرامش روانی، توانایی مصرف مواد بدون احتمال بروز اعتیاد.
- ✓ چگونگی تاثیر یک ماده بر فرد، تابع خواص ذاتی ماده مصرفی است.
- ✓ هروئین و کوکائین، سرخوشی شدید، الکل، آرامش و نیکوتین، مختصری هوشیاری و آرامش ایجاد می‌کند.

عوامل مخاطره‌آمیز بین فردی و محیطی:

- ✓ خانواده، اولین مکان رشد شخصیت با الگوهای رفتاری فرد است.
- ✓ خانواده منبعی برای شکل‌گیری تنش و اختلال نیز هست.
- ✓ در ۶۰٪ موارد، اولین مصرف مواد بدن‌بال تعارف دوستان رخ می‌دهد.
- ✓ گروه همسالان بخصوص در شروع مصرف سیگار و حشیش، بسیار موثر هستند.
- ✓ مدرسه بعد از خانواده، مهمترین نهاد آموزشی و تربیتی است.

عوامل مخاطره‌آمیز اجتماعی:

- ✓ فقدان قوانین جدی منع تولید، خرید و فروش، حمل و مصرف مواد، موجب وفور و ارزانی آن می‌شود.
- ✓ میزان مصرف مواد با قیمت آن، نسبت معکوس دارد.

هوش هیجانی در افراد دارای سوء مصرف مواد:

- ✓ براساس تعریف گلمن، هوش هیجانی عبارتست از توانایی‌هایی مانند اینکه فرد بتواند انگیزه خود را حفظ کرده و در مقابل ناملایمات، پایداری کند.
- ✓ لیا بیان می‌دارد که عدم وجود هوش هیجانی در کودکان بمعنای آماده بودن زمینه برای وقوع انواع مشکلات، مسائل و اختلالات رفتاری در آنها خواهد بود.
- ✓ هرچه سطح هوش هیجانی بالاتر باشد، میزان اختلالات رفتاری کاهش می‌یابد.
- ✓ از نظر لیا، مواردی که با پایین بودن هوش هیجانی همراه بوده عبارتست از گوشه‌گیری از مشکلات اجتماعی، مشکلات مربوط به توجه و تفکر و بزه‌کاری یا پرخاشگری.
- ✓ افراد دارای سوء مصرف مواد، در مولفه‌های تشکیل‌دهنده هوش هیجانی، دارای اشکالات اساسی هستند.
- ✓ خودآگاهی، سنگ بنای هوش هیجانی است.
- ✓ توانایی نظارت بر احساسات در هر لحظه برای بدست آوردن بینش روانشناختی و ادراک خویشتن، نقش تعیین کننده دارد.
- ✓ خویشتن‌داری عاطفی یعنی به تاخیر انداختن کامرواسازی و فرو نشاندن تکانش‌ها که زیربنای تحقق هر پیشرفتی است.
- ✓ قدرت برانگیختن خود، یکی از مولفه‌های هوش هیجانی است.
- ✓ دلیل تلاش‌های بسیار اما ناموفق معتادان برای ترک مواد، خویشتن‌داری عاطفی پایین است.
- ✓ ابراز عاطفه به دیگران در مصرف‌کنندگان مواد، یا به شیوه منفی (انتقاد، طرد) و یا محبت است.
- ✓ همدلی، احساس مهارت انسانی است.
- ✓ هوش هیجانی برخلاف هوش، خصیصه‌ای ثابت و تغییر ناپذیر نبوده و می‌توان در مراکز بازپروری، اقدام به بازپروری آن نمود.

فصل سوم: طبقه‌بندی و شیوه‌های مختلف مصرف مواد و علائم تشخیصی

طبقه‌بندی انواع مواد:

- ✓ مواد کندساز (مسکن‌ها) شامل الکل (اتانول)، باربیتورات‌ها، نمبوتال، سکونال، آرامبش‌های خفیف، میلتاون، کساناکس، والیوم، داروهای استنشاقی، رقیق‌کننده‌های رنگ و چسب است.
- ✓ مواد محرک شامل آمفتامین‌ها، بنزدرن، دکسدرین، متدرین، کوکائین، نیکوتین و کافئین است.
- ✓ مواد افیونی شامل تریاک و مشتقات آن، کدئین، هروئین، مرفین و متادون است.
- ✓ مواد توهم‌زا شامل LSD، پیسلوسیبین، PCP (فن‌سیکلیدین)، ماری‌جوآنا و حشیش است.

شکل و شیوه‌های مصرف مواد:

الف) داروهای کند کننده:

- ✓ از میان داروهای کند کننده، الکل بیش از همه مورد سوء مصرف قرار می‌گیرد.
- ✓ حلال‌های فرار عبارتند از بنزین، رقیق‌کننده رنگ (تینر)، محلول‌های شوینده و چسب.
- ✓ هیدروکربن‌ها، مواد شیمیایی روان‌گردان هستند.
- ✓ افشانه‌ها مانند رنگ‌های افشانه‌ای، حاوی گونه‌های سمی الکل هستند.
- ✓ معمولاً این مواد را گرم کرده و بخار آن را از دهان یا بینی، استنشاق می‌کنند.

ب) مواد افیونی (داروهای مخدر):

- ✓ تریاک از گیاه خشخاش بدست آمده و منشا هروئین، کدئین و مورفین است.
- ✓ معمولاً به رنگ قهوه‌ای سیر و دارای قوامی خمیری بوده که بویی شبیه به آمونیاک یا ادرار مانده دارد و در هنگام سوختن، بوی خاصی شبیه به چسب دوقلو می‌دهد.
- ✓ سوخته تریاک بعد از مصرف تدخینی تریاک بدست آمده و گاهی آن را در آب حل کرده و بصورت شربت بنفش رنگ، مصرف می‌کنند.
- ✓ شیر تریاک از حل کردن و جوشاندن سوخته و سپس رد کردن آن از صافی و حرارت دادن مجدد آن بدست می‌آید که ماده‌ای خمیری، سفت و غلیظ به رنگ قهوه‌ای است.

ج) روش‌های مصرف تریاک:

- ✓ ابزارهای تدخین عبارتند از منقل، وافور، چپق، نگاری، قلیان، میله و سنجاک باز شده‌ای که سر آن سیاه باشد.
- ✓ در روش سیخ و سنگ، سر سیخ را داغ کردن و با سنجاک، تریاک را بر روی آن می‌گذارند و با لوله‌ای، دود حاصل را وارد ریه‌ها می‌کنند.
- ✓ روش خوراکی بیشتر برای افرادی که بیماری جسمی دارند یا طولانی مدت از روش تدخین استفاده کردند، بکار رفته و معمولاً بعد از غذا، آن را می‌خورند.
- ✓ در روش تزریق، تریاک را در آب حل و در یک قاشق می‌ریزند و آن را کمی حرارت می‌دهند. سپس آن را روی پنبه یا اسفنج ریخته و با سرنگ، کشیده و داخل رگ، تزریق می‌کنند.
- ✓ معمولاً معتادان بی‌بضاعت از روش تزریق استفاده می‌کنند.

با ما به روز باشید بزنید رو متن آبی
Link danesh joyan pnu

✓ وجود سرنگ‌های کهنه و چند بار مصرف شده، قاشق سیاه شده، تکه‌های پنبه یا اسفنج، علامت مصرف تزریقی است.

د) هروئین:

✓ یکی از مشتقات نیمه مصنوعی مرفین است.

✓ پودر بسیار نرم و سفید رنگی بوده که شکل ناخالص آن، قهوه‌ای رنگ است.

✓ در تکه‌های پلاستیک به شکل مخروطی بسته‌بندی شده و سر آن را به آتش می‌بندند.

✓ هروئین موجود در بازار، معمولاً ۵ تا ۱۰ درصد هروئین داشته و بقیه آن، شیر خشک، پودر بی‌کربنات و پودر گلوکز است.

✓ در روش تدخین، هروئین را روی زورق سیگار ریخته و از زیر، با دسمال کاغذی لوله شده و یا تکه‌های مقوای باریک که با کبریت آتش زده شده، کمی حرارت داده و دود حاصل را از راه دهان، بالا می‌کشند.

✓ گاهی هروئین را با باریتورات ترکیب و تدخین نموده که به سیگار اژدها معروف است.

✓ وجود تکه‌های دستمال کاغذی لوله شده نیمه سوخته یا تکه‌های باریک مقوا و یا زورقی که رویه آلومینیمی آن سیاه شده باشد، علامت مصرف تدخین هروئین است.

✓ روش استنشاق (دماغی) را معتادان غیر حرفه‌ای مورد استفاده قرار می‌دهند.

✓ در روش استنشاقی، هروئین را روی کاغذ صافی ریخته و با استفاده از اسکناس لوله شده، آن را از طریق بینی بالا می‌کشند.

✓ در روش تزریق، هروئین را با آبلیمو، جوهر لیمو یا قرص ویتامین C در قاشق حل کرده و کمی حرارت می‌دهند و سپس از طریق سرنگ، به زیر جلد یا داخل رگ، تزریق می‌کنند.

ه) کدئین:

✓ ماده سفید رنگی بوده که بصورت قرص‌های خالص یا بصورت ترکیب با استامینوفن، آسپرین یا شربت‌های ضد سرفه مورد استفاده قرار می‌گیرد.

✓ مصرف مکرر و بدون دلیلی قرص‌های آسپرین، کدئین یا استامینوفن، نشانه‌ای از اعتیاد است.

و) مرفین:

✓ پودر سفید یا کرم (گاهی به رنگ قرمز آجری)، تلخ مزه و بی‌بو بوده که در حالت خالص، نرم یا ورقه‌ای و به رنگ سفید تا زرد کم‌رنگ است.

✓ بصورت آمپول‌های ۱۰ و ۲۰ میلی‌گرمی مورد مصرف پزشکی قرار داشته که بصورت زیر جلدی داخل عضلانی و داخل وریدی استفاده می‌شود.

ز) حشیش:

✓ از سرشاخه‌های گیاه شاهدانه که بوته‌ای شبیه به گزنه است، بدست آمده و ماده‌ای به رنگ خاکستری و گاهی قهوه‌ای مایل به سبز با قوامی سفت است.

✓ حشیش، نام اختصاری گیاه شاهدانه هندی بوده و مهمترین ماده موثر آن، تترا هیدروکانابینول دلتا ۹ بوده که در سیستم عصبی مرکزی فعال است.

✓ حشیش به نام‌های ماری جوانا، جوینت، بنگ، گراس، علف و پنیر نیز معروف است.

با ما به روز باشید بزنید رو متن آبی

Link.danesh.joyan.pnu

✓ در روش تدخین، معمولا حشیش را گرم کرده تا بصورت پودر درآید و سپس آن را با توتون سیگار مخلوط کرده و درون کاغذ سیگار می‌ریزند و می‌کشند.

✓ در روش خوردن، حشیش را با شیرینی یا نوشابه مخلوط کرده و آن را می‌خورند، می‌جویند یا می‌نوشند.

ح) کوکائین:

✓ شناخته شده ترین ماده محرک با وابستگی شدید، کوکائین بوده که از گیاه کوکا بدست آمده که در مناطق مرتفع کوه‌های آند و نواحی شمال غربی رودخانه آمازون رشد می‌کند.

✓ جویدن برگ کوکا در دهان، ایجاد یک ماده قلبیایی کرده که از داخل گونه و زیر زبان جذب شده و کوکائین بلعیده شده با بزاق از دستگاه گوارش جذب شده و دهان را بی‌حس می‌کند و اثر محرک آن تا ۱ ساعت است.

✓ با شکل هیدروکلراید برای انفیه یا تزریق بکار می‌رود.

✓ نمک هیدروکلراید کوکائین از سولفات کوکائین مشتق از برگ کوکا بدست می‌آید.

✓ کوکائین اولین بار در سال ۱۸۵۵ ساخته و در سال ۱۸۸۶ توسط پمبرتون برای اولین بار در نوشابه بکار رفت.

✓ در روش خوردن و یک ساعت بعد از آن، غلظت خون در مغز به حداکثر رسیده که اثر آن، بین ۳۰ تا ۴۰ درصد است.

✓ در انفیه، ۱۲ تا ۳۰ دقیقه بعد از انجام، غلظت خون در مغز به حداکثر رسیده که تا اواسط دهه ۸۰، شایع ترین شکل مصرف آن بوده است. دسترسی زیستی آن، بین ۲۰ تا ۶۰ درصد است.

✓ در روش تزریق، سریعا غلظت خون در مغز را به حداکثر رسانده و ۳۰ تا ۴۰ دقیقه بعد، آماده مصرف دوز دوم بوده و احتمال مصرف با هروئین، بیشتر است.

✓ در روش تدخین، غلظت خون سریعا به حداکثر رسیده و خطر مسمومیت و شروع اثر تزریق و تدخین، بیش از سایر روش‌ها است.

✓ در تدخین، شروع اثر سریع تر بوده اما مقدار کمتری از کوکائین به مغز رسیده و دسترسی زیستی، بین ۵۰ تا ۶۰ درصد است.

✓ ۷۵٪ مرگ‌های ناشی از کوکائین، بدلیل مصرف با سایر مواد بخصوص الکل بوده که مقادیر کم آن هم خطرناک است.

✓ انواع کوکائین عبارتست از خمیر کوکا، چای کوکا، هیدروکلراید کوکائین، کوکائین قلبیایی (کراک) و محلول TAC.

✓ در سال ۱۸۸۷ ساخته شده و دانشمندان تا سال ۱۹۳۰، چیزی از اثرات محرک آن نمی‌دانستند.

✓ درمان اثرات الکل، افسردگی، استفراغ در حاملگی و چاقی در آن سال‌ها تجویز می‌شد.

ط) آمفتامین:

✓ نام دیگر متا آمفتامین، ICE یا کریستال است.

✓ کریستال جزء طبقه داروهای محرک بوده و نام‌های تجارتي آن شامل دکسیرین، دیزیوکنین، بی‌پریدین، متدرین و اپدرو است.

✓ در پزشکی، این دارو در درمان اختلالات کمبود توجه و کنترل وزن بکار می‌رود.

✓ کریستال اثر زیادی بر روی سیستم عصبی و اثر کمتری بر سیستم قلبی - عروقی و گوارشی ایجاد می‌کند.

✓ کریستال نسبت به آمفتامین، بهتر در آب حل شده و تزریق آن بهتر است.

✓ کریستال به شکل قرص، پودر و دانه‌های کریستالی وجود داشته و طریقه مصرف آن، خوراکی، تزریق و تدخین است.

✓ در روش تدخین، دود آن بی‌بو است و با پایپ شیشه‌ای آن را تدخین می‌کنند و باقیمانده دارو در پایپ، قابل مصرف دوباره است.

✓ در ابتدا، خوردن و سپس تزریق بوده و همراه با ریتالین در آب حل نمی‌شود.

✓ مصرف کریستال باعث آبه و انسداد رگ‌های کوچک شده و به ریه و شبکه آسیب می‌رساند.

(ی) اکستازی:

✓ متلین دیوکسی مت آمفتامین، شبه آمفتامین مصنوعی با خواص توهم‌زایی و تحریک‌کنندگی بالاست و این دارو، دارای خواص و اثرات مخرب کم‌نظیری است.

✓ مهمترین اثر مصرفی ترکیبی آن با سایر داروها، ایجاد احساسات عمیق و پایدار در دل‌بستگی و پیوستگی باشد.

✓ این دارو اولین بار در سال ۱۹۱۴ توسط آلمان تولید و روانه بازار مصرف شد.

✓ این دارو در ابتدا بعنوان سرکوب‌کننده اشتیاق در جلسات روانکاوی و روان‌درمانی بیماران استفاده می‌شد.

✓ در اواخر دهه ۱۹۶۰ برای اولین بار، اکستازی بطور وسیع مورد استفاده انسان‌ها قرار گرفت.

✓ بدلیل توانایی MDMA (اکستازی) در ایجاد صمیمیت، گرمی و باز بودن روابط تا قبل از سال ۱۹۸۵ که این دارو ممنوع شد، توسط تعدادی از پزشکان و متخصصان، داروی ایده‌آلی برای افزایش سرعت فرآیند درمان بیماران روانی بشمار می‌رفت.

(س) مواد توهم‌زا:

✓ این مواد سبب ایجاد تغییراتی در خلق و ادراک می‌شوند.

✓ LSD به اشکال مختلف مانند قرص نقره‌ای خاکستری رنگ، پودر سفید رنگ، کپسول و مایع صاف و روشن و بدون رنگ و بو یافت می‌شود.

✓ مصرف این دارو موجب وابستگی روانی شده و نخستین دارویی است که در گروه توهم‌زاهای قرار گرفته است.

✓ این دارو اولین بار در سال ۱۹۳۸ توسط دکتر هافمن ساخته شده و خواص آن در سال ۱۹۴۳ مشخص گردید.

✓ تاثیر این ماده بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بعد از مصرف شروع شده و حدود ۱۲ ساعت باقی می‌ماند و اوج این تاثیرات، حدود ۴ ساعت پس از مصرف است که به آن، سفر می‌گویند.

✓ این ماده غالباً به شکل قرص و یا کاغذ خشک کن یافت شده و غالباً همراه با الکل یا آب بلعیده می‌شود.

(ع) فن‌سیکلیدین (PCP):

✓ در دهه ۱۹۵۰ بعنوان داروی بیهوشی ساخته شد ولی بعلت ایجاد روان آشفتگی و گمگشتگی، مصرف آن ممنوع شد.

✓ این ماده در شکل خالص آن، پودر کریستالی سفید رنگی بوده که براحتی در آب حل می‌شود.

✓ فرم مایع آن، در واقع PCP حل شده در اتر است.

ویژگی‌های شخصیتی که افراد را در معرض اعتیاد قرار می‌دهد:

✓ طبق نظریه شناخت‌درمانی، بسیاری از معتادان، ویژگی‌های زیر را دارا هستند: الف) حساسیت بیش از حد به احساسات ناخوشایند خود و دیگران، ب) کمبود انگیزه برای کنترل رفتار، ج) تکانش‌گری، د) هیجان‌طلبی، تحمل کم و بی‌انگیزگی، ه) آستانه پایین تحمل ناکامی‌ها، و) نداشتن روش‌های مورد قبول اجتماع جهت کسب لذت و ز) احساس ناامیدی در مورد رسیدن به اهداف.

✓ اعتیاد بدنبال اضطراب شروع شده و سپس با بروز خلق افسرده، فرد را به خود درمانی با الکل و مواد مخدر ترغیب می‌کند.

◀ داروهای مسکن - خواب‌آور، داروهایی هستند که ایجاد آرامش، رخوت و خواب‌آلودگی می‌کنند و مهمترین آنها، بنزودیازپین‌ها (دیازپام، اگزازپام، لورازپام، فلورازپام و کلونازپام) و بایتورات‌ها (فنوباریتال، سکوباریتال و نپتوباریتال) است.

◀ داروهای فوق از طریق گیرنده گابا عمل کرده و وابستگی جسمانی و روانی ایجاد می‌کنند.

◀ در طب، از داروهای فوق بعنوان ضد اضطراب، ضد تشنج، شل کننده عضلانی و کمک بیهوشی استفاده می‌شود.

◀ قرص‌های ضد درد مانند استامینوفن - کدئین، آسپرین - کدئین و شربت‌های ضد سرفه و خلط‌آور حاوی کدئین و همچنین آمفتامین‌ها (دیفنوکسیلات و بیپریدین) هستند.

◀ مواد محرک با وابستگی شدید شامل کوکائین، آمفتامین، متیل فندیت، مت‌آمفتامین، متیلن دی‌اکسی آمفتامین، فن‌فرازین و دی اتیل پروپیون می‌باشد.

◀ مواد محرک با وابستگی کم شامل کافئین، نیکوتین، فنیل پروپانولامین، افدرین، سودوافدرین، تنوفیلین، فن‌فلورامین و استریکنین می‌باشد.

فصل چهارم: آثار مصرف مواد مختلف

آثار جسمانی - روانی مصرف مواد مختلف:

۱. آثار مصرف حشیش:

- ✓ آثار حشیش بستگی به قدرت و نوع ماده مصرفی، مقدار مصرف، موقعیت و انتظارات فرد مصرف‌کننده دارد.
- ✓ در صورت تدخین، آثار آن فوراً ظاهر شده و ۳ تا ۴ ساعت باقی می‌ماند و در روش خوراکی، آثار آن دیرتر ظاهر شده و ممکن است تا ۲۴ ساعت باقی بماند.
- ✓ حشیش، قند خون را پایین آورده و نشئه خوری را زیاد می‌کند (تمایل به مصرف شیرینی بیشتر می‌شود).
- ✓ چشم‌ها تا ۱ ساعت قرمز می‌ماند و بطور فیزیولوژیکی از بین می‌رود که افراد معتاد برای از بین رفتن سریع آن، از قطره نفازولین استفاده می‌کنند.
- ✓ بیماران سرطانی که دچار کاهش وزن می‌شوند، با مصرف ماری جوانا، اشتهاهای زیادی پیدا می‌کنند.
- ✓ مصرف ماری جوانا در بیماران آسمی، حملات آسمی را کاهش می‌دهد.
- ✓ حشیش در درمان آب سیاه چشم، باعث کاهش محسوس فشار چشم شده و در بیماران MS، باعث کنترل بیماری شده و قدرت عضلانی را بر می‌انگیزد.
- ✓ بافت‌هایی که THC حشیش را جذب می‌کنند عبارتند از مغز، غدد آدرنال، کبد، تخمدان‌ها و بیضه‌ها.
- ✓ مهمترین راه دفع حشیش، ابتدا مدفوع و سپس ادرار است.
- ✓ کسی که سوء مصرف حشیش دارد، ۱ تا ۳ روز جواب آزمایش مثبت دارد.
- ✓ آثار مواد افیونی تا ۸ ساعت پس از مصرف باقی می‌ماند.
- ✓ تغییرات رفتاری یا روانی، ابتدا حالت سرخوشی و سپس بی‌تفاوتی، کج خلقی و پرخاشگری و بی‌قراری یا کندی و اختلال قضاوت است.

۲. آثار مصرف داروهای مسکن - خواب آور:

- ✓ آثار مصرف این داروها معمولاً چند ساعت تا ۱ روز باقی مانده و عبارتست از تغییرات رفتاری یا روانی، گیجی، رخوت و خواب‌آلودگی، شل شدن عضلات، بهم خوردن تعادل و اختلال عملکرد شغلی و عملی.

۳. آثار مصرف کوکائین:

- ✓ آثار آن عبارتست از تحریک مرکز لذت مغز، سرخوشی، افزایش انرژی، تمرکز و هوشیاری بیشتر، خوداتکایی و اعتماد بنفس بالا، کاهش اشتها در مصرف کم و افزایش ضربان قلب، فشار خود، تنفس و دمای بدن.
- ✓ در مصارف بالا، سرخوشی همراه با تحریک بصورت افزایش تمرکز، پر حرفی، تکرار اعمال، افزایش میل جنسی و تغییر رفتار جنسی را باعث می‌شود.

۴. آثار مصرف آمفتامین‌ها:

- ✓ آثار مصرف آن معمولاً بین ۱ تا ۲ روز طول کشیده و آثار آن عبارتست از افزایش فعالیت و انرژی، افزایش حس اطمینان به خود، بالا رفتن مهربانی و احساسات مثبت، سرخوشی، بی‌اشتهایی، کاهش خستگی و پر حرفی.

- ✓ در مصارف مکرر موجب افزایش ضربان قلب، تنفس و فشار خون، بی‌خوابی و لرز و تحریک‌پذیری شده و با پدیده تحمل همراه است.
- ✓ در مصارف بالا موجب افزایش ضربان قلب و فعالیت‌های حرکتی تکراری می‌شود.
- ✓ در مصارف خیلی بالا موجب تشنج، اغما و مرگ شده و از مرحله حرکت سریع چشم در خواب، ممانعت بعمل می‌آورد.
- ✓ در حملات مکرر خواب (نارکولپسی) و چاقی کاربرد نیز دارد.

۵. آثار مصرف متاآمفتامین (کریستال):

- ✓ باعث افزایش فعالیت، پر حرفی، افزایش انرژی، کاهش خستگی، بی‌اشتهایی، سرخوشی و افزایش سطح هوشیاری می‌شود.
- ✓ اثرات عادی مصرف‌کنندگان تا ۱۲ ساعت باقیمانده و در مصارف بالا، فرد مصرف‌کننده غذا می‌خورد و در مرحله crash و قطع مصرف، خسته و افسرده است.
- ✓ همچنین اثراتی شبیه به اکستازی دارد.
- ✓ اثر دلخواه اصلی آن، احساس عمیق وابستگی، استراحت و آرمیدگی است.
- ✓ تمایلات جنسی می‌تواند افزایش یابد و توانایی رسیدن به ارگاسم برای مردان و برانگیختگی برای زنان بطور چشمگیری کاهش می‌یابد.
- ✓ مصرف‌کنندگان MDMA، بی‌اشتهایی روانی و انگیزش کلی کاهش یافته را نیز بعضی اوقات برای روزهای متوالی تجربه می‌کنند.
- ✓ مکانیسم محل اولیه MDMA، تاثیر بر نظام سروتونین است.
- ✓ مانند دیگر داروهای مورد سوء مصرف بجز کوکائین، MDMA دارویی آشفته‌ساز بوده که نورون‌های حاوی سروتونین و دوپامین بعلاوه مجموعه‌ای از نظام‌های انتقال‌دهنده عصبی را تحت تاثیر قرار می‌دهد.
- ✓ فردی که به کوکائین وابسته است، افسرده بوده و مصرف این دارو، احتمال دارد وی را بیشتر افسرده کند.
- ✓ مسمومیت عصبی، مهمترین مسئله در مورد مصرف این داروهاست.
- ✓ بطور کلی بالا آمدن در نردبان تکاملی پستانداران، آسیب سروتونین بیشتری توسط MDMA بوجود آورده و برای انسان بدین معنی است که MDMA ممکن است عامل اصلی مسمومیت آکسون‌های سروتونین که آسیبی پایدار است، باشد.
- ✓ بنابر پژوهش‌های شویگن، مصرف MDA دارای آثار توهمزها بوده که فرد، تجربه بازگشت به گذشته را به‌همراه همدلی و پیوندجویی به‌همراه همدردی پیدا می‌کند.
- ✓ اثرگذاری MDMA سریع بوده و مستی و کیفوری آن تا ۲ ساعت با تغییر هوشیاری همراه با تظاهرات احساسی که فرد احساس آشتی‌جویی با اطراف پیدا می‌کند، همراه است.

عوارض مصرف طولانی حشیش:

- ✓ حشیش سبب وابستگی جسمی و روانی در مورد مصرف طولانی و احساس ولع شدید برای مصرف می‌شود.
- ✓ گرایش بسوی مواد خطرناک‌تر، غالباً با اعتیاد به حشیش آغاز شده است.

عوارض مسمومیت با کوکائین:

- ✓ فرد دچار حملات قلبی، انقباض عروق خونی و تپش قلب می‌شود.
- ✓ بین ۲ تا ۴ دقیقه پس از مصرف خوراکی MDMA، یورش شبه آمفتامین ناگهانی و افزایش ادراک حسی تجربه شده که بوسیله حالت تهوع خفیف و بعضی اوقات به اندازه کافی شدید که منجر به استفراغ شده، همراه می‌گردد ک این مرحله، بلافاصله با مرحله فلات دنبال می‌شود.

علائم ترک مواد مختلف:

۱. علائم ترک حشیش:

- ✓ این علائم در افرادی مشاهده می‌شود که در بلندمدت، مقادیر زیادی مصرف داشته و اقدام به قطع ناگهانی آن می‌کنند که در عرض ۸ ساعت، به اوج خود رسیده و تا ۲ الی ۳ روز باقی می‌ماند که عبارتست از الف) تحریک پذیری، بی‌قراری و اضطراب، ب) اختلال خواب و بی‌اشتهایی، ج) تعویق و لرزش، د) اسهال، استفراغ و تهوع، ه) دردهای عضلانی و و) افزایش درجه حرارت بدن.

۲. علائم ترک مواد افیونی:

- ✓ این علائم در افرادی بوجود می‌آید که ۱ تا ۲ هفته بطور مستمر از مواد افیونی استفاده کرده و ۶ تا ۸ ساعت پس از آخرین مصرف تریاک، هروئین یا مرفین ظاهر شده و در روز دوم تا سوم، به اوج رسیده و ۷ تا ۱۱ روز بعد از ترک، فروکش می‌کند که عبارتست از: الف) گرفتگی، تحریک پذیری، افسردگی و بی‌خوابی، ب) گرفتگی عضلانی و درد استخوانی، ج) آبریزش از چشم و بینی، د) دل پیچه و اسهال، ه) سیخ شدن موهای بدن، و) خمیازه، سکسکه و عطسه، ز) اتساع مردمک‌ها، ح) بی‌نظمی درجه حرارت بدن و احساس سرما و لرز و ط) تمایل شدید به مصرف مجدد.

۳. علائم ترک آمفتامین‌ها:

- ✓ علائم ترک در روز دوم تا چهارم بعد از قطع ماده، به اوج خود رسیده و در طول یک هفته، فروکش می‌کند که عبارتست از: الف) خستگی و افسردگی، ب) اضطراب و بی‌قراری، ج) دیدن خواب‌های ناخوشایند، د) اختلال خواب، ه) افزایش اشتها و و) تهییج یا کندی روانی - حرکتی.

فصل پنجم: پیشگیری از بازگشت افراد وابسته به مواد شیمیایی

- ◀ اعتیاد به مواد مخدر، یک بیماری مزمن و عود کننده است.
- ◀ میزان عود در بین معتادان به الکل و مواد مخدر، بسیار بالاست.
- ◀ طبقه تحقیقات هانت، بیشترین عودها در فاصله ۳ ماه بعد از اتمام دوره درمان اتفاق افتاده است.

پیشگیری از عود:

- ✓ مارلات مبدع برنامه رفتاری - شناختی پیشگیری از بازگشت است.
- ✓ وی بجای تمرکز بر تاریخچه جنایی، شدت اعتیاد یا سایر خصوصیات فردی که ممکن است بازگشت را پیش بینی کند، بر وقایع حول و حوش مصرف اولیه بعد از یک دوره ترک تکیه می کند.
- ✓ نقطه شروع زمانی است که مراجع، در موقعیت های خطرناک بازگشت را تهدید می کند، قرار گیرد.
- ✓ نقض پرهیز، فرآیندی است که لغزش با خودپنداره مراجع بعنوان یک معتاد بهبود یافته که برای پاک ماندن متعهد شده است، در تناقض قرار گرفته و این ناپایداری درونی، موجب ناهماهنگی شناختی شده که مراجع آن را بصورت احساس گناه، شرم و آشفتگی گروهی تجربه می کند.
- ✓ میزان ناهماهنگی شناختی وابسته به سطح کلی تلاش مراجع و مدت زمانی بوده که بدون مواد سپری کرده است.
- ✓ مارلات، احتمال بازگشت را در زمان هایی که مراجع علت افزایش را درونی و پایا می داند، بیشتر بر آورد کرده چون لغزش را غیر قابل کنترل قلمداد می کند.

عوامل موثر در عود:

۱. عوامل فردی:

- ✓ شامل ویژگی های فردی، نگرشی، مهارت های اجتماعی، نحوه مقابله با مشکلات و فشارهای روانی - اجتماعی است.
- ✓ طول مدت اعتیاد، مقدار ماده مورد مصرف، میزان آسیب دیدگی شخصی و نقش سوء مصرف مواد در زندگی فرد نیز در احتمال عود موثر است.

۲. عوامل بین فردی:

- ✓ به محیط اجتماعی فرد یعنی خانواده، دوستان نزدیک و خرده فرهنگ حاکم بر آن اشاره می کند.

۳. عوامل اجتماعی:

- ✓ وجود قوانینی نظیر بازگشت به کار سابق، امکان جذب معتادین در بازار کار مناسب با تجربه و آموزش قبلی آنها می تواند زمینه را برای بازگشت به مواد مخدر، کاهش داده و از بین ببرد.

۴. عوامل موقعیتی:

- ✓ به محل ها و موقعیت های مرتبط با سوء مصرف مواد در گذشته فرد دلالت می کند.
- ✓ افرادی که دوره سم زدایی و ترک را طی کرده اند، در معرض خطر بسیار بالای مصرف مواد بوده و احساس علاقه و کشش بسیار شدیدی بسوی محل هایی که در گذشته با مصرف مواد همراه بوده اند، قرار دارند.
- ✓ ولع درونی فوق بعنوان یکی از علل عمده گرایش به آزمایش مجدد مواد ترک شده و عود اعتیاد، شناخته می شود.

شناخت‌درمانی برای تداوم بهبودی و جلوگیری از عود:

۱. درباره مدل بیماری اعتیاد، بحث و مجادله نکنید.
۲. از بعد روحی، روی نگردانید و یا آن را کم‌اهمیت نپندارید.
 - ✓ همه مولفه‌های یک تجربه روحی را می‌توان در قالب اصطلاحات شناختی - رفتاری، عملیاتی نمود.
 - ✓ هر چقدر ماهیت روحی دقیق باشد، بر ادراک‌ها، نگرش‌ها، باورها و رفتارهای بیمارانی که آن را تجربه می‌کنند، اثرات مستقیمی خواهد گذاشت.
۳. از مرحله بهبودی آگاه باشید.
 - ✓ فرآیند بهبودی را به منزله یک پدیده رشدی توصیف کنید.
 - ✓ مداخلات شناختی بایستی با سبک کنش‌وری بیمار در مرحله فرآیند بهبودی مشخص باشد.
۴. از دادن تکلیف زیاد، خودداری کنید.
۵. تشخیص دوگانه:
 - ✓ شناخت‌درمانی در مورد طیف وسیعی از اختلالات هیجانی و رفتاری نوجوانان ثمربخش است.

نقش مذهب در پیشگیری از اعتیاد:

- ✓ تاثیر اولیه مذهب، شامل فعالیت‌های پیشگیرانه بوده که برای شروع کمک به افراد در شناختن معنای زندگی خود بکار گرفته شده و در بر گیرنده آموزش مستقیم مردم درباره منع مصرف مواد و هدفمند نمودن زندگی است.
- ✓ به اعتقاد کارسون، یکی از دلایل مصرف مواد، بی‌هدفی انسان است.
- ✓ تاثیر ثانویه مذهب، مداخله در جلوگیری از گسترش اعتیاد در افرادی است که مصرف آزمایشی مواد را شروع کرده‌اند.
- ✓ توسعه مذهبی همبستگی بالایی با سلامت روان، معاشرت رفاقت، تعهد و الزام و عبادت داشته است.
- ✓ مذهب از راه‌های زیر، افراد را مصرف مواد منع می‌کند: (الف) این افراد با افراد مذهبی در تعامل بوده و در صورت مصرف، مورد سرزنش و طرد آنان قرار می‌گیرند، (ب) مشارکت در فعالیت‌های مذهبی، زمان کمی برای تجربه مواد باقی می‌گذارد، (ج) ایجاد یک شبکه حمایتی برای جدا کردن فرد از موقعیت‌های فرصت برای استفاده مواد، (د) تعهد نسبت به مذهب و اهداف آن، به زندگی فرد معنا می‌دهد و (ه) سیستم اعتقادی اکثر مذاهب، مخالف با مصرف مواد بوده و آموزش‌های آنان، تقویت‌کننده عقاید منفی در برابر مصرف مواد است.

فصل ششم: بررسی زمینه‌های کاربرد اجتماع درمانی (TC) در درمان معتادان

◀ اجتماع درمانی یا اجتماع درمان مدار، نوع خاصی از درمان بوده که در آن، تغییر براساس زندگی اجتماعی در محیط بسته و ساخت یافته صورت می‌گیرد.

◀ این برنامه برای کمک و حمایت در جهت بهبودی معتادانی است که استعداد بازگشت به مصرف مواد داشته و در درمان‌های قبلی، پیشرفت قابل توجهی از خود نشان نداده‌اند.

تعریف اجتماع درمانی (اجتماع درمان مدار):

✓ یک برنامه ساختار یافته و نظارتی قوی بوده که برای درمان مسائل رفتاری، هیجانی و خانوادگی مصرف‌کنندگان مواد طراحی شده است.

✓ در این اجتماع بر خودیاری، رشد فردی و حمایت همسالان تاکید می‌شود.

تاریخچه اجتماع درمان مدار:

✓ یک برنامه اقامتی بدون دارو برای بیماران وابسته به مواد است.

✓ این برنامه توسط جونز در سال ۱۹۵۳ برای بیماران روانی راه‌اندازی شد.

✓ روش TC که ابتدا به اسم سینانون شناخته شد، اولین بار به شکل کنونی در سال ۱۹۵۸ و برگرفته از فلسفه حاکمه بر الکلی‌های گمنام بکار گرفته شد.

اهداف اجتماع درمان مدار:

✓ هدف آن، تغییر کلی در سبک زندگی معتاد بوده که شامل موارد زیر است: الف) پرهیز از مواد مخدر، ب) ایجاد صداقت فردی، ج) کسب مهارت‌های اجتماعی مفید و د) حذف عقاید ضد اجتماعی و رفتارهای غیر قانونی.

✓ در TC، عملاً اهداف درمانی روانشناختی و اجتماعی بصورت همزمان تعقیب می‌شود.

دیدگاه‌های TC:

✓ TC، سوء مصرف مواد را بیماری یا اختلال دانسته که تمامی و یا بخشی از زمینه‌های عملکرد فردی را در بر می‌گیرد.

✓ وابستگی فیزیولوژیک نسبت به کل شرایط موثر بر شخص، ثانویه تلقی می‌شود.

✓ در TC، مسئله اصلی خود شخص است نه مواد. اعتیاد یک علامت است نه ریشه اصلی اختلال و سم‌زدایی شیمیایی، شرط وارد شدن به اجتماع درمان مدار است نه هدف آن.

✓ هدف بازتوانی، ایجاد شرایط زندگی بدون مواد است.

✓ در TC اعتقاد بر این است که رفتار کردن به شیوه درست، باعث تغییر در شناخت و هیجانات فرد می‌شود.

✓ عوامل موثر در فرآیند تغییر عبارتست از: الف) انگیزه‌مندی، ب) خودیاری و خودیاری متقابل و ج) یادگیری اجتماعی.

ساختار TC:

✓ سطوح این ساختار از تازه واردها، رده‌های میانی و وارد شده‌ها تشکیل شده است.

✓ جایگاهی که بیمار در آن قرار می‌گیرد، با توجه به ارزیابی پرسنل درمان از وی تعیین گشته و بسته به میزان خودیاری، مسئولیت‌پذیری، مشارکت و ... به سطوح عالی‌تر ارتقا پیدا می‌کند.

مراحل برنامه:

- ✓ اجتماع درمان مدار بعنوان یک فرآیند تحولی در مجموعه یادگیری اجتماعی معنا پیدا کرده و هر مرحله، بر مبنای مرحله پیشین استوار است.
- ✓ یک دوره اجتماع درمان مدار شامل ۵ مرحله اصلی الف) جهت‌یابی، ب) درمان، ج) پیش از ورود مجدد، د) ورود مجدد و ه) مراقبت بعدی است.
- ✓ در مرحله درمان، تمرکز عمده بر روش اهداف اصلی روانشناختی و اجتماعی است.
- ✓ در مرحله پیش از ورود مجدد، تدارک مقدماتی جدایی مقیم از اجتماع TC صورت می‌گیرد.

ضرورت پردازش نظریه و الگوی فراگیر اجتماع درمانی:

- ✓ دانستن چرایی و چگونگی تغییر افراد در TC، پیش شرط ایجاد تغییر در درمان بمنظور افزایش میزان نگهداری فرد در برنامه و دستیابی به نتایج دلخواه است.

اختلال اعتیاد از دیدگاه TC:

- ✓ سوء مصرف مواد، بعنوان اختلالی در کلیت فرد تلقی می‌شود.
- ✓ بازتوانی، توجه خود را به حفظ زندگی عاری از مواد معطوف کرده است.

فرد معتاد از دیدگاه TC:

- ✓ تفاوت معتادین در اختلال عملکرد روانشناختی و کمبودهای آموزشی، تحصیلی و شغلی آنهاست.
- ✓ برای معتادین، ارزش‌های عمده و اساسی زندگی در حال نابودی است.
- ✓ بیشتر معتادین، از بخش آسیب‌دیده و ناکام جامعه بوده یعنی جایی که سوء مصرف مواد، بیشتر پاسخی اجتماعی است تا آشفتگی روانی که برای آنان، تجربه TC، نوعی توانش یا آماده‌سازی است به این معنا که برای نخستین بار در زندگی، سبک زندگی متعارف و مولد اجتماعی را فرا می‌گیرند.
- ✓ در مورد معتادین از طبقات برخوردار جامعه که سوء مصرف آنها نشانه آسیب روانشناختی، آشفتگی شخصیتی یا بی‌قراری و خستگی در هستی‌شناختی است، اصطلاح بازتوانی مناسب‌تر است زیرا به این معناست که فرد به سبکی که قبلاً می‌زیسته، می‌شناخته و شاید آن را پس زده است، باز می‌گردد.
- ✓ تعداد قابل توجهی از معتادین کمبودهایی در زمینه‌های تحصیلی و مهارت‌های ارتباطی دارند.

زندگی درست از دیدگاه TC:

- ✓ در TC، افراد تشویق می‌شوند تا مسئولیت‌پذیری شخصی را در واقعیت فعلی و سرنوشت آینده خود بپذیرند.
- ✓ نگرش‌های ایدئولوژیک و روانشناختی در دیدگاه TC، در آموزه‌ها و شیوه‌های دستیابی به اهداف اختصاصی روانشناختی و اجتماعی متجلی می‌شود.
- ✓ ارزش‌هایی نظیر مسئولیت‌پذیری اجتماعی در تمامیت آموزش‌های TC به هنگام پذیرفتن آداب و رسوم اجتماع از سوی فرد دیده می‌شود.
- ✓ هوشیاری، پیش شرطی برای دیگری درست زندگی کردن است و زندگی درست، لازمه حفظ این هوشیاری است.

بهبودی از دیدگاه TC:

- ✓ هدف اولیه روانشناختی عبارتست از تغییر الگوهای منفی در رفتار، افکار و احساساتی که زمینه‌ساز مصرف مواد می‌شوند.
- ✓ هدف اصلی اجتماعی نیز رشد یک سبک زندگی عاری از مواد و مسئولیت‌پذیر می‌باشد.
- ✓ تغییر رفتاری، بدون بصیرت ناپایدار بوده و بصیرت نیز بدون تجربه، ناکافی است.
- ✓ هر تغییر، نمایانگر حرکت بسوی اهداف بهبودی است.
- ✓ میزان تاثیر درمان به میزان انگیزه‌مندی و آمادگی فرد بستگی دارد.
- ✓ در طی بازتوانی فرد، نوعی تعامل میان فرد و محیط درمانی وی بوجود می‌آید.
- ✓ بهبودی خودیارانه به این معنی است که فرد، مشارکت عمده و اساسی را در فرآیند تغییر دارد.
- ✓ اجتماع بعنوان یک شیوه تغییر، جوهره اصلی و اساسی TC است.
- ✓ تمایز TC از سایر رویکردهای درمانی، کاربرد هدفمندانه اجتماع بعنوان شیوه‌ای اصلی برای تسهیل تغییرات روانشناختی و اجتماعی در افراد است.
- ✓ منبع اولیه آموزشی و حمایت از تغییر فردی، عضویت در TC است.

فرآیند درمان در TC:

- ✓ چارچوب درک فرآیند تغییر در TC، نمایانگر دیدگاه رویکرد مدل TC است.
- ✓ رویکرد اصلی برای تسهیل تغییر عبارتست از استفاده از اجتماع بعنوان یک شیوه که این خود، بمعنای استفاده از مداخلات متعدد است.
- ✓ فعالیت‌های اجتماعی در مدل TC را می‌توان به ۴ دسته الف) اثرات آموزشی و درمانی، ب) اجتماع و راهبری بالینی، ج) مداخلات و فعالیت‌های اضافی و د) تشدید اجتماعیت تقسیم کرد.
- ✓ گروه‌های اصلی در فعالیت‌های آموزشی عبارتند از گروه‌های رویارو، گروه‌های واریسی، گروه‌های تعلیمی و گروه‌های ماراتن.
- ✓ اهم فعالیت‌ها و مداخلات اجتماع عبارتست از امتیازات، تنبیهات انضباطی، خانه‌پایی و آزمایش ادرار.
- ✓ فعالیت‌های اضافی شامل آموزش پیشگیری از عود و گروه‌های آموزشی مهارت‌های اختصاصی است.
- ✓ فعالیت‌های تشدید اجتماعیت به ۴ دسته جلسات صبحگاهی، سمینارها، جلسات خانگی هر روزه و جلسات عمومی تقسیم می‌شوند.

مراحل تغییر در TC:

- ✓ دو دیدگاه مرحله‌گذاری وجود دارد: یکی دیدگاه تغییر - برنامه و دیگری دیدگاه فرآیند درمان.
- ✓ در یک TC بلند مدت سنتی، برنامه از ۳ مرحله اصلی استقرار، درمان اولیه و بازگشت تشکیل شده است.

مراحل درمانی درونی‌سازی:

- ✓ منظور از پیشرفت، حرکت فرد در متن ابعاد تغییرات رفتاری و نگرشی با توجه به اهداف مراحل برنامه است.
- ✓ منظور از فرآیند درمان، اشاره به تعامل میان پیشرفت فرد از یکسو و مداخلات اجتماع و افراد از سوی دیگر است.

- ✓ درونی‌سازی در TCها، اهمیت خاص و برجسته‌ای دارد.
- ✓ یکی از مهمترین شاخصه‌های درونی‌سازی عبارتست از انتقال تاثیرات یادگیری جدید از پیامدهای بیرونی آن بسمت تجارب درونی فرد.
- ✓ تکامل را می‌توان در ۴ دسته همکاری، هم‌نوایی، تعهد و یگانگی تقسیم‌بندی کرد.
- ✓ در مرحله همکاری، درونی‌سازی کمتر به چشم خورده و فرد بعلت جلوگیری از پیامدهای منفی عدم رعایت هنجارها و ... آنها را رعایت می‌کند.
- ✓ در مرحله هم‌نوایی، فرد بعلت حفظ انگیزه پیوندجویی خود با اجتماع، از تعلیمات برنامه پیروی می‌کند.
- ✓ مرحله هم‌نوایی نمایانگر حداکثر پیوندجویی فرد و میزان نسبتاً کمتر درونی‌سازی است.
- ✓ در مرحله تعهد، میزان قابل توجهی هم‌نوایی دیده شده و تصمیم فرد، عمدتاً تحت تاثیر تکمیل و به پایان رساندن اهداف برنامه است.
- ✓ مرحله یگانگی، مرحله‌ای تکامل یافته بوده که در حسن درمان آغاز شده و اما پس از جدایی فرد از برنامه ظهور می‌کند.
- ✓ اصطلاح یگانگی بمعنای تاکید بر هم‌ارتباطی میان تاثیرات TC و تجارب گسترده‌تر زندگی است.
- ✓ در مرحله یگانگی، تحکیم شخصیت و پیشرفت آن از جمله اهداف اولیه بوده که بیشتر از بهبودی از وابستگی شیمیایی مورد توجه است.
- ✓ در مرحله یگانگی، هوشیاری یعنی پاکی در افکار، رفتار و ارزش‌ها نیز درونی می‌شود.
- ✓ یک نشانه ظریف و آشکار کننده مرحله یگانگی، تغییر در هویت بوده که توسط خویشتن و دیگران درک می‌شود.
- ✓ تغییر اساسی در مرحله یگانگی، دستیابی فرد به مکانیسم قدرتمند شفافیت ادراکی است.

پذیرش در TC:

- ✓ انعطاف‌پذیری و همدلی، شرط اصلی پذیرش بوده و امیدوار سازی بیمار نسبت به تغییرات، سرلوحه کار قرار دارد.
- ✓ وابستگی به مواد، نوعی بیماری مزمن و پیشرونده بوده که در صورت عدم درمان، می‌تواند نهایتاً کشنده باشد.

نقش و عملکرد مددکار اجتماعی در TC:

- ✓ از جمله مراحل قبل از پذیرش، پذیرش پس از دوره سم‌زدایی است.
- ✓ مددکار اجتماعی می‌تواند بعنوان پل ارتباطی بین فرد در داخل و خارج موسسه عمل نماید.

طب سوزنی در درمان اعتیاد:

- ✓ درمان بیماران وابسته به مواد افیونی، اولین در سال ۱۹۶۰ در هنگ کنگ گزارش شد.

۱. اصول طب سوزنی:

- ✓ طب سوزنی، شاخه‌ای از طب سنتی چین بوده و در گروه‌بندی طب گیاهی، هامیوپاتی و زیر مجموعه طب مکمل قرار دارد.
- ✓ از نظر فلسفه طب سوزنی، انسان عبارتست از تجلی، تماس و برخورد متعادل و هماهنگ عناصر آسمانی و زمینی.
- ✓ طبق این فلسفه، هر موجود زنده دارای انرژی یانگ و بین است.
- ✓ بین و یانگ، دو اصل متضاد را در بر گرفته که در تمام پدیده‌های جداگانه با سرشت‌های متفاوت قرار دارند.

- ✓ در جهان مثال، خصوصیات آتش از قبیل حرارت، حرکت بسمت بالا، هیجان و قدرت، تماما به یانگ نسبت داده شده و خصوصیات آب از قبیل سردی، سکون، تیرگی، حرکت بسمت پایین، مهار و ضعف به بین نسبت داده می‌شود.
- ✓ هدف نهایی در طب چینی عبارتست از تعادل بین این دو نیرو همانطور که در طب غرب، تعادل بین دو دستگاه سمپاتیک و پاراسمپاتیک، هدف نهایی است.

۲. اساس درمان در طب سوزنی:

- ✓ درمان بر مبنای نقاط و کانال‌های انرژی موجود بر روی بدن است.
- ✓ ۱۲ کانال انرژی وجود داشته که روده بزرگ، معده، روده کوچک، مثانه، کیسه صفرا و پیلور مربوط به یانگ و قلب، طحال، ریه، کلیه، کبد و اثنی عشر (دوازدهه) مربوط به بین است.

۳. مکانیسم‌های عصبی - شیمیایی طب سوزنی و اعتیاد:

- ✓ بیشترین تعداد گیرنده‌های مواد مخدر در بادامه یافت می‌شوند.
- ✓ ناحیه پیرامون نقاط مغز میانی از نظر تعداد گیرنده‌های افیونی، دومین ناحیه است.
- ✓ هیپوتالاموس، تالاموس میانی، قسمت فوقانی هسته‌های دم‌دار و پوتامین، مناطقی هستند که دارای بیشترین گیرنده‌های افیونی هستند.
- ✓ توزیع گیرنده‌های افیونی (مورفین)، ارتباط نزدیکی با راه‌های نخاعی تالاموس قدامی و نخاعی - شبکه‌ای داشته که واسطه اجرای موثر و محرک درد است.
- ✓ مهار تمایل پاتولوژیکی به مواد مخدر پس از درمان با طب سوزنی، احتمالا بعلت تخریب منطقه تشکیل شده در کورتکس قسمت فرونتال و بعلت اثر مستقیم روی یک مرکز ولع در هیپوتالاموس بوده که منجر به کاهش میل شخصی برای مصرف مواد مخدر در مدت زمان طولانی می‌شود.

۴. درمان اعتیاد بوسیله طب سوزنی گوش:

- ✓ در طب سوزنی، نقطه‌ای به نام ریه بر روی لاله گوش وجود داشته که با زدن سوزن در این نقطه و تحریک آن بوسیله استیمرلیتور، عکس‌العملی را در مغز پدید خواهد آورد.
- ✓ نتیجه عکس‌العمل فوق، به حالت طبیعی برگشتن ترشح آندروفین در مناطقی از مغز بوده و مغز می‌تواند ترشح مورفین طبیعی را اصلاح نماید.

۵. سوزن‌گذاری در گوش:

- ✓ ولتاژ متداول برای تحریک نقطه ریه، ۱.۵ تا ۹ ولت است.
- ✓ بیماران افسرده به فرکانس‌های بالاتر و بیماران عصبی به فرکانس‌های پایین‌تر بهتر پاسخ می‌دهند.
- ✓ فرکانس مناسب بین ۷۵ تا ۳۰۰ هرتز است.
- ✓ فرکانسی که در خلال آن، احساس بهبودی به بیمار دست می‌دهد، موثرترین فرکانس است.

فصل هفتم: شخصیت و نقش سازه‌های آن در سوء مصرف مواد

- ✓ شخصیت از دو قسمت مزاج و منش تشکیل شده است.
- ✓ مزاج همان سطح عمومی پاسخگویی فیزیولوژیکی به محیط است.
- ✓ منش، چگونگی یادگیری ما درباره کارهایی است که باید انجام دهیم و نحوه انجام آنها را یاد می‌گیریم.
- ✓ منش ممکن است در خانواده و با محیط اجتماعی شکل گیرد.
- ✓ مزاج و منش، عناصر اولیه تمام اختلالات شخصیت هستند.

شخصیت چیست؟

- ✓ شخصیت را با افکار، احساس و عمل پایدار فرد نشان می‌دهند.
- ✓ شخصیت هر فرد، تمامیت او را ساخته و الگوی رفتاری است که ما بعنوان شیوه زندگی خود، آنها را می‌پروانیم.
- ✓ شخصیت، نحوه تطابق‌پذیری و سازگاری با محیط است.
- ✓ حالت عبارتست از شرایط کنون فرد که گذرا و انعطاف‌پذیر بوده و به آسانی تحت تاثیر محرک‌های محیطی قرار می‌گیرد.
- ✓ صفت، تمایلات با دوام و مانای واکنش به مجموعه‌ای از شرایط بوده که به شیوه‌ای خاص نمایان می‌شود.
- ✓ صفت، ثابت بوده و در برابر هر تغییر، مقاومت نشان می‌دهد.
- ✓ اختلالات شخصیت، الگوهای صفات انعطاف‌ناپذیر و ناسازگارانه بوده که باعث بوجود آمدن نقص‌های عمده در عملکرد هنجار فرد می‌شوند.

مزاج و نو خواهی (نو جویی) در نوجوانان مصرف‌کننده مواد:

- ✓ تمایل به جستجو چیزهای جدید، تنوع طلبی و تجربه هیجان، عاملی است که در ترکیب با محیط و شرایط محیطی و دیگر اسنادهای شخصی، خطر مصرف مواد و دیگر مشکلات رفتاری را افزایش می‌دهد.
- ✓ اندازه‌گیری خصوصیات و ویژگی‌های مزاجی در دوران اولیه زندگی، پیش‌بینی‌کننده موثر در مصرف مواد در بزرگسالی است.
- ✓ ابعاد شخصیت، ارتباط معنی‌داری با توانایی خودکنترلی بعنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده دارد.

مدل عصب - روان داروشناختی کلونینگر:

- ✓ از نظریه سیستم مغز گرفته شده و بیان می‌دارد که ابعاد مزاج نسبت به دیگر سیستم‌های نظام‌مندی که ثبات و پایایی بعضی رفتارها در سنین اولیه را سبب می‌شود، برای اندازه‌گیری شخصیت، مناسب‌تر و قابل دسترس‌تر هستند.

ابعاد نظریه مزاج:

- ✓ ابعاد رفتار کودک عبارتند از سطح فعالیت که در واقع سطح معمولی فعالیت جسمانی، فعالیت نیرو و رفتارهای حرکتی آشکار هستند.
- ✓ هیجان‌پذیری منفی، تمایل و آمادگی فرد به این است که براحتی و به شدت، برآشفته و خشمگین می‌شود.
- ✓ عدم انعطاف‌پذیری (بازداری) یعنی فرد در موقعیت‌های جدید، هیچ انعطافی نشان نداده و بسیار خشک برخورد می‌کند.
- ✓ اجتماع‌پذیری، تمایل به بودن در کنار مردم و علاقه به آنها و معاشرت با آنهاست.

- ✓ جهت‌دهی توجهی به وظیفه (مقاومت)، تمایل به تمرکز و توجه به وظایف محول شده و علاقه به تکمیل آنهاست.
- ✓ هیجان‌پذیری مثبت، تمایل به تجربه راحت و ساده تأثیرات مثبت است.
- ✓ طرز برخورد (نزدیک شدن)، تمایل به نزدیک شدن به دیگران و لذت بردن از موقعیت‌های جدید است.
- ✓ جهت‌یابی نسبت به وظیفه و هیجان‌پذیری مثبت، رابطه معکوس با مصرف مواد مخدر دارد.

ابعاد شخصیت از دیدگاه کلونینگر:

- ✓ این تئوری براساس این فرض بنا شده که مصرف مواد ممکن است با سیستم‌هایی از مغز در ارتباط بوده بطوری که درگیر محرک‌های جدید تنفرآمیز و اشتیاق‌آور هستند.
- ✓ طبق اعتقاد این تئوری، تمایل به مصرف مواد با سطح نسبی انتقال‌دهنده‌های عصبی منوآمین مرتبط بوده که به ۳ صفت زیربنایی مربوط می‌شود: بدیع‌طلبی، اجتناب از آسیب و وابستگی به پاداش.
- ✓ بدیع‌طلبی مربوط به سطوح مختلف دوپامین بوده و در فعالیت‌های ماجراجویانه و کنجکاوانه مکرر دیده می‌شود.
- ✓ بدیع‌طلبی مربوط به سیستمی است که برای کسب پاداش، رفتاری را فعال می‌کند.
- ✓ اجتناب از آسیب مربوط است به سطوح مختلف سوتونین بوده که تمایل به پاسخ شدید به محرک‌های ناخوشایند و انزجار آور یا علائم شرطی شده با آنها که همراه تنبیه می‌باشد و درگیر سیستمی است که برای اجتناب از تنبیه، رفتاری را بازدار می‌کند.
- ✓ وابستگی به پاداش، مربوط به سطوح مختلف نوراپی نفرین است که بعنوان بعد مهم نگهدارنده رفتار و مقاومت و پایداری در برابر خاموشی رفتار بوده و اظهار می‌دارد که با سیستمی درگیر هستید که آمادگی کسب پاداش یا منحرف‌کننده بقیه است.
- ✓ طبق پیش‌بینی این تئوری، احتمال مصرف اولیه یا شروع مصرف مواد به ترکیب بدیع‌طلبی بالا، اجتناب از آسیب پایین و وابستگی به پاداش کم است.
- ✓ این تئوری از پرسشنامه ۳ بعدی شخصیت TPQ استفاده کرده است.

مدل خود نظم‌دهی:

- ✓ بزرگسالانی که سوء مصرف دارند، در کنترل رفتار و تنظیم عواطف ناخوشایند خود، دچار مشکل هستند.
- ✓ برچسب تکانه‌ای بودن یا ایگو تحت کنترل، پیش‌بینی‌کننده قابل قبولی برای سوء مصرف مواد است.

نگرش و باورهای ناکارآمد در اختلال سوء مصرف مواد:

- ✓ دیدگاه شناختی در روانشناسی، انسان را موجودی خلاق و فعال دانسته که توسط اشیا و محرک‌های بیرونی برانگیخته نمی‌شود بلکه تعیین‌کننده اصلی رفتار فرد را، نگرش فرد نسبت به موقعیت‌های بیرونی می‌داند.
- ✓ نگرش‌ها، عقایدی هستند که بیانگر احساسات، تمایلات و علاقه‌مندی‌ها یا عدم آن نسبت به موقعیت‌ها، اشیا و ... هستند.
- ✓ ویژگی‌های نگرش‌های غیر منطقی از دیدگاه درآیدن عبارتست از عدم انعطاف‌پذیری، غیر منطقی بودن، عدم انطباق بر واقعیت و مانع رسیدن فرد به اهداف و مقاصد اصلی، بقای فردی و شادی می‌شود.
- ✓ افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، مضطرب‌تر و تکانشی‌تر بوده و بیشتر از افراد عادی، نیازمند تأیید اجتماع هستند.
- ✓ وقتی فرض‌های ناکارآمد فعال شدند، افکار خودآیند منفی را بر می‌انگیزانند.

- ✓ افکار ناکارآمد بر خاسته از هیچگونه استدلال آگاهانه نیستند.
- ✓ نگرش‌های ناکارآمد، باورهای کلی بوده که افراد در اثر تجربه تحسین خود و جهان پیرامون کسب می‌کنند.
- ✓ نگرش‌های ناکارآمد، معیارهای انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه‌ای داشته که فرد از آن در قضاوت نسبت به خود و دیگران استفاده می‌کند.
- ✓ ایس اعتقاد دارد که نوع تفکر و باور فرد معتاد بوده که وی را نسبت به مصرف مواد کشانده و یا از آن دور می‌کند.
- ✓ نگرش افراد معتاد عموماً ناهوشیار، اغراق شده، مطلق‌گرایانه و غیر قابل انعطاف است.
- ✓ برنز بر این باور است که نگرش‌های فرد اگر بازنگری و ارزیابی مجدد نشوند، به ضد خود تبدیل شده و بجای حل مشکل، ایستایی و رکود را در پی دارند.
- ✓ برنز، تفکرات غیر انطباقی را علت بسیاری از رفتارهای غیر منطقی مانند اعتیاد می‌داند.
- ✓ سلیگمن با تلفیق نظریه سبک اسناد وینر، نظریه جدیدی ارائه داد که در آن، درماندگی آموخته شده فرد از پیامدهای غیر قابل کنترل وی ناشی نمی‌شود بلکه تبیین‌های عملی فرد، تعیین‌کننده رفتار و انتظارات بعدی او هستند.
- ✓ براساس نظر سلیگمن، تبیین‌های کلی افراد براساس ۳ محور درونی - بیرونی، پایدار - ناپایدار کلی و اختصاصی صورت می‌گیرد.
- ✓ هرگاه حادثه ناخوشایند به عامل درونی و باورهای فرد بعلت پایدار اسناد داده شود، عزت نفس وی کاهش یافته و رفتارهای اعتیادگونه روز به روز گسترش پیدا می‌کند.
- ✓ رفتارهای خود تخریب‌گری از جمله مصرف الکل و مواد در افرادی که منبع کنترل درونی دارند، کمتر دیده شده و در ترک مواد هم سریع‌تر موفق می‌شوند.
- ✓ اسنادهای کلی، درونی و پایدار یک فرد معتاد می‌تواند پیش‌بینی کننده عود مجدد مصرف مواد در افراد معتاد باشد.
- ✓ نوع مقابله فرد در برابر عوامل استرس‌زا می‌تواند مبین نگرش‌های ناکارآمد فرد باشد.
- ✓ هدف اصلی از درمان شناختی - رفتاری سوء مصرف مواد، تسهیل اکتساب مهارت‌های ویژه برای مقاومت در برابر مصرف مواد و مهارت‌های مقابله‌ای بر کاهش مشکلات مربوط به سوء مصرف مواد است.

معنویت، رفتار اعتیادی و بهبودی:

- ✓ روانشناسان اصالت وجودی بهتر از همه به تعیین وضعیت معنویت و موضع نگاری آن در مقابل پدیده‌های دیگر پرداخته‌اند.
- ✓ فروید، مرکزیت روان هر انسان را متشکل از دو نیروی مخالف هم یعنی غریزه مرگ و غریزه زندگی می‌داند.
- ✓ غریزه مرگ میل به تخریب داشته و بسمت بیرون یا درون میل می‌کند.
- ✓ حرکت‌های ویرانگرانه هیتلر، نمونه‌ای بارز از غریزه مرگ و پرخاشگری است.
- ✓ غریزه زندگی در پی تعالی بخشیدن به محدودیت‌های من و بسط مرزهای آن بوده و به اموری چون فعالیت‌های خلاقانه، تولید و بارآوری گرایش دارد.
- ✓ انسان، تنها موجود خودآگاه کره خاکی بوده و آگاهی از تنهایی و فانی بودن، بهای این خودآگاهی بوده و اضطراب طبیعی وجودی است.
- ✓ استفاده از مضامین مذهبی در مراحل اولیه درمان بویژه درمان اعتیاد، می‌تواند مقاومت برانگیز باشد.

- ✓ آلپورت در نظریه خود پیرامون سازمان روانی و شخصیت آدمی به طرح مفهومی پرداخته که آن را خودمختاری کنشی نام نهاد.
- ✓ آلپورت، رفتارهای بشر را به ۲ دسته رفتارهای محدود و رفتارهای ابتکاری تقسیم کرد.
- ✓ آن دسته از رفتارها که وابسته به نیازهای اولیه و زیستی هستند و در صورت وجود تقویت‌کننده‌های بیرونی افزایش می‌یابند، رفتارهای محدودی بوده که خواستگاه درونی نداشته و به خودمختاری کنشی نرسیده‌اند.
- ✓ آن دسته از رفتارها که به خودمختاری کنشی رسیده‌اند، وابسته به انگیزه درونی، ارزش‌ها و سبک زندگی فرد بوده و فرد، آگاهانه آنها را بر می‌گزیند، ابتکاری هستند.
- ✓ آلپورت گرایش‌های مذهبی افراد را به ۲ دسته بیرونی و درونی تقسیم می‌کند.
- ✓ گرایش مذهبی آنگاه بیرونی است که از مذهب بعنوان وسیله‌ای جهت پدید آوردن تقویتی بیرونی و یا برداشتن موانعی استفاده کنند.
- ✓ مذهب آنگاه درونی است که ارزش‌های مذهبی برایشان محسوب شده و ارزش‌هایی که از نیازهای اولیه آنان جدا و درونی شده و از نظر کنشی، به خودمختاری رسیده است. اعمال مذهبی بدلیل نفس آنها و معانی و نه برای رفع نیازهای فرد انجام شود.
- ✓ گرایش درونی مذهبی، نیرویی وحدت‌بخش و موجد یکپارچگی معنوی است زیرا فرد را در مسیری رو به یکسو هدایت می‌کند.
- ✓ هنگامی که جهت‌گیری فرد نسبت به مذهب درونی می‌شود، مضامین مذهبی در تأمین بهداشت روانی و افزایش آن نقش فعالی خواهد داشت.
- ✓ اثر مذهب و ایمان مذهبی وابسته به محتوای مذهبی و تصویری است که مبلغین از مذهب و خدا به ما می‌دهند.
- ✓ مذهب به ۷ نیاز انسان پاسخ می‌دهد: نیاز به فلسفه زندگی، نیاز به ارزش‌های خلاق، نیاز به رابطه با قدرتی برتر، دوست داشتن و عشق ورزیدن، نیاز به رشد دادن خویشتن، نیاز به حس تعلق خوش‌بینانه به دنیا، نیاز به اجتماعی حمایت‌کننده که رشد معنوی را تقویت کند و نیاز به حرکت‌های متعالی.
- ✓ فردی که در جریان یک بهبودی معنوی قرار می‌گیرد، در مواقع بحرانی با ۲ مشکل عمده مواجه می‌شود: سوالات اضطراری و احساس جدا افتادگی از قدرتی برتر.

بازگشت به جامعه و مراقبت پس از درمان:

- ✓ یکی از مهمترین مراحل موفقیت نهایی درمان، بازگشت به اجتماع است.
- ✓ مراقبت‌های پس از درمان، یکی از مراحل درمان بوده که در واقع پیگیری تکمیل برنامه کوتاه‌مدت درمان است.
- ✓ هدف از مراقبت پس از درمان، جلوگیری از عود اعتیاد و توسعه کارایی روانی - اجتماعی افراد است.

درمان معتادان در آمریکا:

- ✓ منطق کنونی درباره اعتیاد، مبتنی بر این نکته است که مشکل‌ترین کار، ارائه درمان به افراد بی‌خانمان است.
- ✓ رفع خلا انکار نیازمند ایجاد فضایی توسط ملت بوده که در آن شهروندان، صادقانه با اعتیاد برخورد کنند.

فصل هشتم: اعتیاد و خانواده

اعتیاد و خانواده:

- ✓ آسیب در مسیر فردیت پیدا کردن شخص، معلول ۲ مقوله روابط درگیر و روابط بی‌قید است.
- ✓ در خانواده‌های درگیر، تمایل فرزندان به خودمختاری و کسب استقلال، تحمل نشده و بشدت سرکوب می‌شود.
- ✓ مراقبت و محافظت از فرزند معمولاً توسط والد غیر همجنس رخ می‌دهد و از مشخصات چنین خانواده‌ای، آشفتگی و آشوب و کمرنگ شدن مرزهای بین فردی است.
- ✓ در روابط بی‌قید که معمولاً از طرف پدر خانواده است، بی‌قیدی، فقدان احساس مسئولیت و حمایت، حفظ مرزهای خشک بین فردی و فاصله هیجانی از مشخصات این الگوی ارتباطی است.
- ✓ خانواده‌هایی که الگوهای ارتباطی فوق در آنها جریان دارند، مستعدترین زمینه را برای گرایش فرزندان در الگوهای وابسته رفتاری و در نهایت اعتیاد فراهم می‌آورند.
- ✓ آنچه که بعنوان انتقال نسل به نسل پاتولوژی می‌شناسیم، در مجموع رشد در خانه اعتیاد موجب پدیدآیی آسیب‌شناسی روانی شده که خود را بعدها در شکل‌های اختلال سلوک، عملکرد تحصیلی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اعتیاد نشان می‌دهد.
- ✓ عوامل موثر بر تحول روانشناختی کودکان در یک خانه اعتیاد، تحت عوامل زیر است: الف) جنسیت والدین، ب) جنسیت کودک، ج) منظومه خاص خانواده و د) طول مدت اعتیاد والدین.
- ✓ بخش عمده درمان اعتیاد شامل تشخیص و تعدیل سیستم نارسا کنش‌وری خانواده اصلی یا پدری و خانواده فعلی است.

برنامه خانواده:

- ✓ اعتیاد کل خانواده را تحت تاثیر قرار داده و به همین جهت، آن را بیماری خانوادگی نام نهاده‌اند.
- ✓ نظام خانواده که توسط اعتیاد دستخوش تغییر و تحریف شده است، ادامه رفتار اعتیادی را در معتاد تقویت می‌کند.

۱. فرآیند خانواده:

- ✓ الگوهای درهم تنیده و از هم گسسته و سایر الگوهای مخرب در خانواده‌های اعتیاد، فراوان به چشم می‌خورد.

۲. الگوهای ارتباطی مخربی که در خانواده اعتیاد وجود دارد:

- ✓ الگوهای ارتباطی مخرب در خانواده‌های اعتیاد عبارتند از میدان‌دهی، فریادرس، خانه پا، قهرمان، گله‌مند، منطبق، جوش دهنده و هم‌وابستگی.
- ✓ میدان‌دهی، نام یک الگوی رفتاری غیر سازی بوده که خانواده‌ها توسط آن، مسئولیت حفاظت از معتاد را بعهده گرفته تا او از عواقب ناخوشایند اعتیاد در امان بماند.
- ✓ رفتار میدان‌دهی، تقویت‌کننده موقعیت فعلی آنها بوده تا ساختار خانواده به ورطه مصیبت و فاجعه نیفتد.
- ✓ معتادانی که در فضای میدان‌دهی زندگی می‌کنند، قادر نیستند که ماهیت خود ویرانگری رفتار خود را تجربه کرده، لذا رفتار اعتیادی خود را ادامه می‌دهند.
- ✓ فریادرس، معتاد را تحت پوشش خود قرار داده و وی از طریق انجام کارهای او، مسئولیت‌های وی را می‌پذیرد.

- ✓ فریادرس ضامن معتاد شده تا وی از روبرو شدن با عواقب رفتارش محافظت شود که این کار، زمینه مصرف مواد را فراهم می‌سازد.
- ✓ خانه پا همانند فریادرس، مسئولیت‌های معتاد را پذیرفته و با انجام کارهایی که وظیفه دیگران است، خانواده را سرپا نگه می‌دارد.
- ✓ فرد قهرمان با ایفای نقش یک ابرمرد یا ابرزن در محل کار و منزل، توجه خود را از مشکل اعتیاد دور می‌کند.
- ✓ قهرمان با حذف تمرکز از معتاد، تصویر مثبتی از خانواده فراهم ساخته و بر این باور است که این عمل، باعث تسهیل ترک اعتیاد در معتاد می‌شود.
- ✓ وقتی اعضای خانواده نقش گله‌مند را بازی می‌کنند، فرد معتاد سپر بلا شده و نهایتاً دستاویزی برای مصرف مواد، برایش فراهم می‌شود.
- ✓ یک فرد منطبق، بمنظور اجتناب از درد و فرار از مشکلات ناشی از اعتیاد، خود را از موقعیت‌ها کنار کشیده، حرف نزده و اوقات بسیاری را در تنهایی بسر می‌برد.
- ✓ فرد جوش دهنده، مصرف مواد معتاد را مدلل ساخته و به معتاد نشان می‌دهد زمان‌هایی وجود دارد که مصرف مواد، ناگزیر است.
- ✓ هم‌وابستگی را بیماری خود فراموشی نام نهاده‌اند که این اختلال شامل هرگونه رنج یا کژکاری بوده که بواسطه تمرکز بر نیازها یا رفتار دیگران ایجاد می‌شود.
- ✓ هم‌وابسته‌ها در زندگی آنچنان به فرد معتاد مشغول شده که نتیجه آن، فراموش کردن نیازهای اساسی خود آنان است.
- ✓ فرد هم‌وابسته به همه چیز و همه جا توجه می‌کند بجز خود.
- ✓ افراد هم‌وابسته، عزت نفس خود را بر پایه عوامل بیرونی بنا نهاده و بسیار کمال طلب هستند.
- ✓ مرزهای شخصی افراد هم‌وابسته نامشخص، مغشوش، سخت و پرخاشگرانه است.
- ✓ افراد هم‌وابسته بر این باور بوده که مسئولیت برآوردن نیازهای دیگران را داشته و از نیازهای خود غافل‌اند لذا، همیشه مطیع و زیردست هستند.
- ✓ افراد هم‌وابسته دارای ۴ نشانه عمده هستند: الف) اشکال در تجربه سطوح نامناسب عزت نفس، ب) اشکال در ایجاد مرزهای سالم، ج) اشکال در پذیرش و تصدیق کردن واقعیت خود و د) اشکال در برآورده کردن نیازهای مربوط به خود.

بررسی بعضی از نظریه‌ها در زمینه سوء مصرف مواد:

- ✓ سوء مصرف مشروبات الکلی و مواد مخدر در دوره نوجوانی و جوانی، یکی از مهمترین مشکلات بهداشت عمومی جوامع است.
- ✓ اعتیاد به مواد مخدر، نقش عمده‌ای در ابتلا به بیماری‌هایی نظیر ایدز و اختلالات عروق کرونری قلب دارد.

۱. نظریه‌های شناختی - عاطفی:

- ✓ نظریات متعددی در زمینه نقش باورها و عقاید نوجوانان و جوانان در مورد عوارض MIM بمنزله عاملی برای شروع مصرف مواد مطرح شده که بر فرضیات زیر استوارند: الف) اصلی‌ترین دلیل فرد در مصرف مواد، انتظارات و برداشت‌های او درباره مواد مخدر است و ب) سایر عوامل نظیر صفات شخصیتی فرد یا ارتباط با همسالانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند.

✓ از میان نظریات متفاوت این دیدگاه، نظریه‌های عمل متکی بر استدلال و نظریه رفتار طرح‌ریزی شده، از سایر نظریه‌ها جامع‌تر است.

الف) نظریه عمل متکی بر استدلال:

✓ به اعتقاد فیش بین و آجنز، شروع مصرف آزمایشی مواد فقط توسط تصمیم‌گیری نوجوانان در شروع رفتارهای ویژه مواد، تعیین می‌شود.

✓ در این نظریه، ارتباط میان اطلاعات و نگرش‌ها از یک سو و نگرش‌ها و رفتار از سوی دیگر مدنظر است.

✓ دو فرض ملحوظ در این نظریه عبارتست از: الف) اکثر رفتارهای انسان تحت کنترل ارادی او قرار داشته و با توجه کردن به نیات فرد یا از طریق کلام او، قابل پیش‌بینی است و ب) انسان‌ها معمولاً معقولانه عمل کرده و پیش از اجرای عمل، اطلاعات و نتایج عمل خود را در نظر می‌گیرند.

✓ آجنز و فیش بین با تکیه بر رویکرد ارزشی - انتظار به نگرش‌ها، معتقدند که نگرش‌های مربوط به مواد مخدر هم تابع ریاضی پیامدهایی است که نوجوان از مصرف آزمایشی مواد، انتظار دارد و هم تابع ارزش عاطفی‌ای است که نوجوان برای پیامدهای رفتار خود قائل است.

✓ قصد نوجوان برای مصرف آزمایشی مواد، تحت تاثیر عقاید و باورهای او درباره هنجارهای اجتماعی موجود در این باره است.

ب) نظریه رفتار طرح‌ریزی شده:

✓ آجنز با بازنگری در نظریه رفتار متکی بر استدلال، ادعا کرد که در رفتار فرد، ۳ عامل موثر است و نه ۲ عامل؛ یعنی علاوه بر نگرش‌ها و هنجارها، عامل سوم، کنترل رفتار ادراک شده یا به تعبیر بندورا، خود کارآمدی و در دیدگاه راتر، منبع کنترل است.

✓ خود اثرمندی یا کنترل رفتار ادراک شده بمعنای دشواری یا راحتی است که فرد در اجرای یک رفتار تجربه می‌کند.

✓ خود اثرمندی (خود بسندگی) نقش مهمی در رفتار داشته و اگر فرد احساس کند اجرای رفتاری فراتر از توانایی و کنترل اوست، آن عمل را انجام نمی‌دهد.

۲. نظریه‌های یادگیری اجتماعی مصرف آزمایشی مواد:

✓ ساتر لندا نظریه‌ای در سال ۱۹۳۹ مطرح کرد که براساس آن، رفتارهای بزه‌کارانه‌ای نظیر MIM و ارتکاب جرم، رفتارهای اجتماعی آموخته شده در گروه‌های کوچک و دوستانه هستند.

✓ به اعتقاد شناخت‌گرایان، جوانان، باورهای خود را در مورد رفتارهای بزه‌کارانه از الگوهای نقش کسب می‌کنند خصوصاً از دوستان نزدیک و والدین.

✓ در مقایسه با نظریه‌های شناختی - عاطفی، نظریات یادگیری اجتماعی در تبیین MIM علاوه بر عوامل شناختی و عاطفی، عمدتاً بر عوامل اجتماعی و بین فردی تکیه می‌کنند.

۳. نظریه‌های تعهد به رسوم و قواعد و تعلق اجتماعی:

✓ نظریات کنترل اجتماعی الیوت و الگوی رشد اجتماعی هاوکینز فرض می‌کند که تعلق عاطفی به همسالانی که مواد مصرف می‌کنند، علت اصلی MIM است.

✓ برخلاف نظریه یادگیری اجتماعی، ۲ نظریه فوق بر علل تعلق و دلبستگی تکیه دارند.

- ✓ نظریات فوق عمدتا بر نظریات جامعه‌شناسی کلاسیک کنترل بنا شده‌اند.
- ✓ در نظریه‌های جامعه‌شناسی کلاسیک، فرض می‌شود که رفتارهای انحرافی در اکثر مردم وجود دارد ولی تحت تاثیر پیوندهای قوی فرد با اجتماع، خانواده، مدرسه و مذهب کنترل می‌شود.
- ✓ آنهایی که پیوند و تعلق ضعیفی با رسوم و قواعد اجتماعی دارند، فشار زیادی را در پیروی از معیارهای مرسوم احساس نمی‌کنند.
- ✓ پیوند عرضی در ۲ معنا بکار می‌رود: الف) فقدان تعهد به اجتماع، ارزش‌های آن و موسسات و ب) الگوهای نقش متداول نظیر معلمان، اعضای خانواده و خصوصا والدین.
- ✓ بطور کلی نظریه تعلق و دلبستگی بیان می‌دارد که وقتی نوجوان پیوند ضعیفی با اجتماع خود دارد، احساس می‌کند با الحاق به همسالان منحرف، چندان آسیبی نخواهد دید.

۴. نظریه‌هایی که بر ویژگی‌های درونی افراد تاکید دارند:

- ✓ در نظریاتی که ویژگی‌های فردی را نیز در می‌گیرند، جوانان اگر تکانشی، بی تفاوت، فیزیکی (در برابر ذهنی)، ماجراجو و غیر کلامی باشند، در معرض رفتارهای غیر قانونی قرار می‌گیرند.

۵. نظریه‌هایی که به عوامل شناختی - عاطفی، یادگیری، تعهد، دلبستگی و ویژگی‌های درون فردی بطور یکپارچه می‌نگرند:

- ✓ در نظریه‌های گذشته، به عوامل زیر تاکید شده است: الف) باورها و ارزیابی‌های شناختی درباره مواد، ب) الگوسازی رفتارهای ویژه مواد توسط همسالان و والدین، ج) عواملی که منجر به تعهد ضعیف به ارزش‌های متعارف و دلبستگی شکننده به خانواده شده و د) ویژگی‌های درون فردی نوجوانان.

فصل نهم: خطرات بهداشتی مصرف مواد تزریقی

- ◀ سرنگ‌های مشترک و چند بار مصرف، خطر ابتلا و انتقال HIV و دیگر عفونت‌های خونی را افزایش می‌دهد.
- ◀ روابط جنسی محافظت نشده با افراد آلوده، مهمترین راهی است که بیماری‌های فوق و دیگر بیماری‌های قابل انتقال از راه تماس جنسی، منتقل می‌شوند.
- ◀ در روند همه‌گیر شدن ایدز، عمده‌ترین گروه در معرض ابتلا در آمریکا، مردانی هستند که با دیگر مردان رابطه جنسی داشته‌اند.

ایدز (HIV):

- ✓ بیشتر اوقات مصرف مواد تزریقی، خطرناک‌ترین روش در نظر گرفته می‌شود.
- ✓ مصرف روان‌گردان را بعنوان بیماری آخر قرن بیستم می‌دانستند چون یک بیماری جدید و به سرعت رو به گسترش و واگیردار است.
- ✓ کلمه ایدز (نشانگان نارسایی ایمنی اکتسابی)، نتیجه کاهش اکتسابی دستگاه ایمنی است.
- ✓ منظور از نشانگان یا سندرم، آن بوده که ابتلا به ویروس ایدز می‌تواند به مجموعه کاملی از نشانه‌های بالینی متنوع یا اختلالات مرتبط با یکدیگر منجر شود.
- ✓ در کشورهای در حال توسعه، ضایعه ناشی از بیماری‌های آمیزشی بسیار سنگین‌تر از کشورهای پیشرفته است.
- ✓ راه اثبات شده برای انتقال این بیماری، راه انتقال از زنجیره خون بوده که از طریق بدن شخص آلوده به جریان خود فرد دیگر از طریق بدن، ترشحات منی یا واژن و یا بعلت تماس با خون از طریق خراشیدگی زهم‌های بسیار ریز یا بطور مستقیم از طریق سرنگ مشترک آلوده وارد می‌شود.
- ✓ مصرف مواد تزریقی که به صراحت با تجهیزات خونی آلوده متصل است، در بین راه‌های بالقوه نفوذ، بیشترین اهمیت را دارد.
- ✓ دوره مخفی، آلودگی یک فاصله زمانی در حدود ۲۵ روز بوده که خون‌دهنده تازه آلوده شده‌ای که هنوز به اندازه کافی پادتن قابل تشخیص در وی ایجاد نشده، می‌تواند آلوده‌کننده باشد.
- ✓ آمیزش جنسی محافظت نشده با یک مصرف‌کننده مواد مخدر تزریقی که آلوده به ایدز است، محتمل‌ترین راهی بوده که از طریق آن، شخص معمولی ممکن است به ویروس ایدز دچار شود.
- ✓ هرچه نسبت مصرف تزریقی مواد در جمعیت آلوده به ویروس ایدز بیشتر باشد، میزان بروز ایجاد مواد جدید ایدز مرتبط با مصرف تزریقی مواد، بیشتر خواهد بود.
- ✓ نخستین هدف باید نه درمان بلکه پیشگیری از ویروس ایدز مرتبط با تزریق مواد باشد.

هیپاتیت‌های ویروسی (انواع هیپاتیت):

- ✓ هیپاتیت B و C قبل از ایدز، از خطرات بالقوه برای معتادان مواد مخدر تزریقی شناخته می‌شدند.
- ✓ ویروس هیپاتیت B نزدیک به ۱۰ بار آلوده‌کننده‌تر از ویروس ایدز بوده و می‌تواند از راه خون، فرآورده‌های خونی و در آمیزش جنسی بوسیله منی مردان و به وسیله ترشحات واژن از زنان منتقل شود.
- ✓ انتشار بیماری از راه آمیزش جنسی، بیشتر علت مواد انتقال بیماری در بزرگسالان است.

- ✓ بروز موارد حاد هپاتیت B از گذشته، نشانگر مستقیم بروز مصرف مواد مخدر تزریقی بوده اما یافته‌های جدید نشان می‌دهد مصرف مواد مخدر تزریقی بیشتر با هپاتیت C ارتباط دارد.
- ✓ هپاتیت B در بزرگسالان، بیماری کشنده‌ای است اما بهبود و ایمنی مادام‌العمر آن هم حتی بدون درمان اختصاصی ممکن است روی دهد.
- ✓ یکی از احتمالات ابتلا به هپاتیت B، حالت حامل مزمن بوده که در این حالت، عفونت در تمام عمر در بدن مانده و بیماری نه تنها موجب آسیب بازگشت ناپذیر کبد می‌شود بلکه نشان می‌دهد که شخص آلوده، همیشه یک منبع بالقوه عفونت برای دیگران است.
- ✓ هپاتیت B بدلیل تهیه واکسن مطمئن و موثر علیه آن، بخوبی قابل پیشگیری است.
- ✓ هپاتیت C بعنوان یک علت اصلی هپاتیت مزمن سیروز کبد و سرطان کبد شناخته شده است.
- ✓ ویروس هپاتیت C و ایدز، چند صفت مشترک باهم دارند.
- ✓ بین تاریخ آلوده شدن تا اثبات آزمایشگاهی آلودگی به هپاتیت C، دست کم باید ۹ ماه بگذرد که این مدت، دوره انتظار نامیده می‌شود.
- ✓ تنها علاج شناخته شده هپاتیت C، نوعی انترفرون گران قیمت است.
- ✓ برای جلوگیری از هپاتیت C، واکسن یا هیچ نوع وسیله دیگری وجود ندارد بجز احتیاط‌های عمومی و کلی.

سل:

- ✓ سل یک مشکل عمده بهداشت عمومی در نیمه اول قرن ۲۰ بوده و باید آن را بیماری بازپدید نامید.
- ✓ به کمک واکسن BCG، بیماری سل در کشورهای اروپایی و پیشرفته، مهار شده است.
- ✓ مشخصه بیماری سل آن است که پس از تماس اولیه انسان با میکروب مولد بیماری (باسیل کخ)، آلودگی به این میکروب در بدن بصورت خفته در آمده و منتظر لحظه‌ای است که دستگاه ایمنی شخص بدلیلی، ضعیف شود.
- ✓ این بیماری، بیش از هر اندام دیگری، ریه را مبتلا می‌کند.
- ✓ عامل اصلی و وجه مشترک بیماری سل و ویروس ایدز، ضعیف شدن دستگاه ایمنی بدن است.
- ✓ نارسایی دستگاه ایمنی که همزمان با آلودگی به ایدز پیش می‌آید، مهمترین عامل خطر برای دوباره فعال شدن سل خفته است.
- ✓ کسانی که مبتلا به ویروس ایدز هستند، استعداد بروز عفونت اولیه سل در آنان بیشتر است.

بیماری‌های منتقله از راه آمیزش جنسی:

- ✓ یکی از مشخصات مصرف‌کنندگان مواد مخدر تزریقی، فعال بودن آنها از لحاظ جنسی است.
- ✓ مصرف الکل و مواد مخدر بر تصمیم‌گیری درباره روابط جنسی سالم تاثیر گذاشته و مهارهای فرد را از بین می‌برد.
- ✓ نخستین نسل بیماری‌های منتقله از راه آمیزش جنسی شامل سفلیس و سوزاک بوده و نسل دوم مانند تبخال تناسلی، هرپس تناسلی و سایر بیماری‌های ویروسی مانند هپاتیت B و C و ایدز است.
- ✓ عفونت تبخال تناسلی، سوزاک، سفلیس و عفونت تریکومونایی موجب سرعت و سهولت انتقال ویروس در ضمن آمیزش حفاظت نشده و ورود ویروس از ناحیه تناسلی به جریان خون می‌شوند.
- ✓ خطر آلوده شدن به ایدز در صورت وجود بیماری‌های زخم‌کننده، نزدیک به ۴ برابر است.

مشاوره در بیماران مبتلا به ایدز:

- ✓ مشاوره مبتلایان به ایدز شامل توضیح روش‌های درمانی ممکن و تعیین چگونگی پیش‌آگهی آنان است.
- ✓ یکی از اقدامات اساسی، ارائه و مهیا نمودن خط مشی زندگی برای کلیه کسانی است که از لحاظ آزمایش خون، مثبت شناخته شده‌اند.
- ✓ مشاوره در ایدز دارای ۲ هدف اساسی است: الف) ایجاد آموزشگاه‌های لازم بمنظور توقف انتشار ویروس و ب) پیشگیری و کنترل بیماری‌های روانی ناشی از ترس و آگاهی از ابتلا به ایدز.
- ✓ تنها روش موثر برای تهییج افراد جهت تغییر در رفتارهای جنسی، مشاوره در آموزش راه‌های تندرستی است.

فصل دهم: پیشگیری

مبانی نظری:

- ✓ سه رویکرد اصلی به پیشگیری از مصرف عبارتست از: الف) برنامه‌های پیشگیری مدرسه مدار، ب) برنامه‌های پیشگیری جامعه مدار، ج) برنامه‌های پیشگیری متمرکز بر خانواده، د) برنامه‌های پیشگیری چند بخشی و ه) سیاست‌گذاری برای مردم.
- ✓ برنامه‌های فراگیر، شواهد ناچیزی در موفقیت آمیز بودن آنها وجود دارد.
- ✓ برنامه‌های پیشگیرانه ثانویه که افراد در معرض خطر را هدف قرار می‌دهد، منجر به ۲ اتفاق می‌شود: الف) شناسایی فرد و ب) برچسب خوردن وی.
- ✓ برنامه‌های آموزشی شناختی منجر به افزایش دانش کودکان در مورد الکل و مواد می‌شود.
- ✓ هدف برنامه‌های عاطفی - بین فردی، افزایش درک خود، فهم احساسات و روابط بین فردی و آگاهی از ارتباطات و فرآیندهای تصمیم‌گیری است.
- ✓ برنامه‌های عاطفی - بین فردی از بستر نظریه یادگیری اجتماعی و نظریه رفتار مشکل‌دار برخاسته است.
- ✓ برنامه‌های جایگزین بر این فرض استوار بوده که فراهم ساختن مهارت‌ها و ایجاد کفایت، به کاهش سوء مصرف مواد می‌انجامد.
- ✓ برنامه‌های رفتاری مشتمل بر ۲ نوع هستند: الف) رویکرد اثرات اجتماعی و ب) آموزش مهارت‌های فردی - اجتماعی.
- ✓ رویکرد اثر اجتماعی به تاثیر عواملی که باعث افزایش مصرف مواد می‌شود، تمرکز داشته و به افزایش مهارت‌های سازگاری که به فرد در مقاومت کردن در برابر این تاثیرات کمک می‌کند، می‌پردازد.
- ✓ آموزش مهارت‌های فردی - اجتماعی مبتنی بر اصول الگوی تاثیرپذیری اجتماعی بوده و به دانش‌آموزان کمک می‌کند که آن دسته از مهارت‌های فردی و اجتماعی که کاربرد عمومی دارد، فرا بگیرند.
- ✓ برنامه‌های جامعه‌مدار به آموزش پیشگیری در رسانه‌ها، والدین و گروه‌های اجتماعی می‌پردازد.
- ✓ برنامه‌های متمرکز بر خانواده شامل ۳ دسته‌اند: الف) آموزش والدین و آموزش مهارت‌های خانواده، ب) شیوه‌های گوناگون خانواده درمانی و ج) گروه‌های خودیاری خانواده.

جوانب کاربردی:

- ✓ یکی از وظایف در امر پیشگیری، برنامه‌ریزی برای فعالیتهای جایگزین برای افرادی است که احتمالاً از مصرف مواد برای گذراندن اوقات فراغت خود استفاده می‌کنند.
- ✓ یکی از روش‌های مهم پیشگیری از اعتیاد، آگاه کردن گروه‌های مختلف مردم از خطرات و مضرات مصرف مواد است.
- ✓ بهترین شیوه آگاه کردن افراد، تشکیل جلسات گروهی و بحث و تبادل نظر درباره موضوع مورد نظر است.
- ✓ نقش پزشک در جلسات فوق، هدایت و نظارت بر جلسات است.
- ✓ علت اعتیاد بعضی از افراد، ناتوانی آنها در رویارویی با سختی‌ها و مشکلات زندگی است.
- ✓ مقابله عاطفی، روشی بوده که فرد برای تامین آرامش درونی خود در رویارویی با مشکلات بکار می‌برد.
- ✓ مقابله عملی، فعالیتی است که فرد برای کاهش یا از بین بردن مشکل انجام می‌دهد.

- ✓ بهترین روش کسب مهارت در برابر فشار گروه، تمرین آن قبل از بروز شرایط ناخواسته است.
- ✓ یکی از بسترهای اصلی پیشگیری از سوء مصرف مواد، ارتقای فرهنگی است.
- ✓ معمولاً هرچه دانش افراد جامعه بیشتر باشد، آسیب پذیری آنها در برابر سوء مصرف مواد کمتر خواهد بود.
- ✓ این تفکر که برای رفع هر مشکلی به حضور دیگران و سرمایه جدید نیاز است، نشانی از عقب ماندگی فرهنگی جامعه است.

با ما به روز باشید 🌐👇👇👇
 [Link danesh joyan punu](#)