

به نام خدا

نقش تنظیم طرح واره‌ی بازداری هیجانی و پرورش تاب‌آوری در اعتیاد

مؤلف:

سکینه مدانلو کردکلائی

انتشارات ارسطو

(سازمان چاپ و نشر ایران - ۱۴۰۳)

نسخه الکترونیکی این اثر در سایت سازمان چاپ و نشر ایران و اپلیکیشن کتاب‌رسان موجود می‌باشد

chaponashr.ir

سرشناسه: مدانلو کردکلایی، سکینه، ۱۳۵۰
عنوان و نام پدیدآور: نقش تنظیم طرح واره ی بازدارای هیجانی و پرورش تاب آوری در اعتیاد/
مؤلف سکینه مدانلو کردکلایی.
مشخصات نشر: انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۳.
مشخصات ظاهری: ۹۳ ص.
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۵۵-۰۷۵-۰
وضعیت فهرست نویسی: فیپا
موضوع: تنظیم طرح واره ی بازدارای هیجانی - پرورش تاب آوری - اعتیاد
رده بندی کنگره: Q۳۲۱
رده بندی دیویی: ۰۱۰/۱
شماره کتابشناسی ملی: ۹۷۲۷۸۰۱
اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیپا

نام کتاب: نقش تنظیم طرح واره ی بازدارای هیجانی و پرورش تاب آوری در اعتیاد
مؤلف: سکینه مدانلو کردکلایی
ناشر: انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)
صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد
نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۳
چاپ: زیرجد
قیمت: ۹۳۰۰۰ تومان
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان:
<https://chaponashr.ir/ketabresan>
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۵۵-۰۷۵-۰
تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵
www.chaponashr.ir



انتشارات ارسطو



تقدیم به :

جوانان عزیز میهنم که در دام مصرف مواد مخدر اسیرند و آرزوی رهایی از این دام را برای آنها از خداوند مهربان خواستارم.

فهرست

| | |
|----|---|
| ۷ | فصل اول: کلیات |
| ۷ | مقدمه |
| ۱۰ | وابسته به مواد صنعتی |
| ۱۱ | طرحواره مهار یا بازداري هييجاني |
| ۱۱ | طرحواره درماني |
| ۱۳ | فصل دوم: ادبيات نظري |
| ۱۳ | وابسته به مواد صنعتی |
| ۱۳ | تعاریف اعتياد و وابستگی به مواد |
| ۱۵ | نظريه های مرتبط با اعتياد |
| ۱۸ | عوامل مرتبط با گرايش به وابستگی به مواد |
| ۲۰ | مراحل وابستگی به مواد |
| ۲۰ | انواع وابستگی به مواد |
| ۲۱ | تاب آوری |
| ۲۱ | تعاریف تاب آوری |
| ۲۳ | نظریه‌های تاب آوری |
| ۲۴ | مدلهای تابآوری |
| ۲۶ | انواع تاب آوری |
| ۲۷ | ویژگیهای افراد تاب آور |
| ۲۹ | عوامل موثر بر تاب آوری |
| ۳۱ | طرحواره مهار یا بازداري هييجاني |
| ۳۱ | مفهوم بازداري هييجاني |

| | |
|----|--|
| ۳۳ | انواع بازداری هیجانی |
| ۳۴ | پیامد های بازداری هیجانی |
| ۳۵ | نظریه های بازداری هیجانی |
| ۳۸ | اهمیت مدیریت صحیح هیجان ها |
| ۳۹ | ویژگی های افراد دارای طرحواره بازداری هیجانی |
| ۳۹ | طرحواره درمانی |
| ۳۹ | تاریخچه طرحواره درمانی |
| ۴۱ | طرحواره های ناسازگار اولیه |
| ۴۵ | مقایسه طرحواره درمانی با برخی رویکردهای دیگر |
| ۴۵ | طرحواره درمانی و رفتار درمانی دیالکتیکی |
| ۴۶ | طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد |
| ۴۸ | سبک های مقابله ای |
| ۴۹ | حالت های طرحواره |
| ۵۰ | راهبردهای اساسی طرحواره درمانی |
| ۵۳ | فهرست منابع |

فصل اول:

کلیات

مقدمه

سازمان ملل متحد^۱ (۱۹۵۰) در تعریف وابستگی به مواد^۲، آن را مسمومیت حاد یا مزمنی می‌داند که برای شخص یا اجتماع زیانبخش می‌باشد و از طریق مصرف مواد طبیعی یا صنعتی ایجاد می‌شود (به نقل از عبدی زرین و مهدوی، ۱۳۹۷). در تعریف کلی، مواد مخدر صنعتی^۳ به موادی گفته می‌شود که به جای آنکه از گیاهان مشتق شده باشند، بصورت مصنوعی در آزمایشگاه درست شده باشند (دادلی^۴، ۲۰۱۵؛ به نقل از سید هاشمی و همکاران، ۱۳۹۷). بر اساس تعریفی که ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۵ ارائه کرده است، وابستگی به مواد^۶، یک الگوی ناسازگار مصرف مواد است که منجر به اختلال یا ناراحتی قابل توجه بالینی می‌شود که هر زمانی در یک دوره ۱۲ ماهه رخ می‌دهد که در واقع در تعریف جدید وابستگی به مواد گفته شده که مصرف مداوم و طولانی مدت مواد می‌تواند به اختلال مصرف منجر شود که به تازگی در DSM-V مطرح شده است. و افراد مبتلا با وجود مشکلات شناختی

¹ United Nations

² addiction

³ Synthetic drugs

⁴ Dudley

⁵ the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV)

⁶ Substance Dependence

رفتاری و فیزیولوژیکی به مصرف خود ادامه داده و یا می خواهند از میزان مصرف بکاهند اما اقدامی به عمل نمی آورند. (مور، ۱، ۲۰۱۹).

یکی از مفاهیمی که در سال‌های اخیر در حوزه پیشگیری از اعتیاد مطرح شده است، تاب آوری ۲ می‌باشد (بستامی و همکاران، ۱۳۹۵). ماستن ۳ و همکاران (۱۹۹۰) تاب-آوری را توانایی تحمل برای رسیدن به هدف نهایی و سازگاری خود با فرآیند زندگی، علیرغم همه چالش‌ها و مشکلات می‌دانند (غلامحسین‌زاده و همکاران، ۱۳۹۵). میزان تاب‌آوری در افراد مختلف یکسان نیست و در طول زمان می‌تواند رشد کند یا کاهش یابد از فرآیند آزمون و خطا در زندگی بر اساس خوداصلاحی فکری و عملی فرد شکل می‌گیرد (رضاپور میرصالح و همکاران، ۱۳۹۵). طبق نظر کرنولیو و باناگ ۴ (۲۰۰۲) تاب‌آوری یک فرآیند پویا است، نه یک موقعیت ثابت، یعنی یک رفتار انطباقی در یک موقعیت، امکان دارد در موقعیتی دیگر غیرانطباقی باشد (فرامرزی نیا و همکاران، ۱۳۹۸).

مساله دیگر قایل بررسی در این افراد بازداری هیجانی ۵ می‌باشد. از دیدگاه رویکرد پردازش اطلاعات، بازداری هیجانی یکی از مؤلفه‌های اصلی در پردازش هیجانی است که بر فرآیندهای روانی فرد اثرگذار است. معمولاً چهار ساختار مستقل از سبک بازداری هیجانی یا کنترل هیجانی وجود دارد: ۱. بازداری هیجانی که تمایل به بازداری و سرکوب هیجان تجربه شده است، ۲. نشخوار فکری که به تکرار ذهنی رویدادهای هیجانی ناخوشایند اشاره دارد، ۳. کنترل پرخاشگری، و ۴. کنترل خوش‌خیم که کنترل تکانه‌های

¹ Moore

² resilience

³ Masten

⁴ Cornelio and Banaage

⁵ emotional inhibition

مزاحم در حین کار را دربرمی‌گیرد (لطفی و همکاران، ۱۳۹۸). افراد دارای طرحواره بازداری هیجانی، محدودیت‌های هیجانی زیادی از خود نشان می‌دهند و از صحبت کردن درباره هیجانات خود و ابراز آنها به شدت اجتناب می‌کنند. آن‌ها به جای هیجانی و بیانگر بودن، از نظر عاطفی بی‌تفاوت هستند و بیش از آنکه خودانگیخته باشند، خوددار هستند. این افراد معمولاً دلسوزی و محبت خود را ابراز نمی‌کنند و اغلب تلاش در کنترل تمایلات پرخاشگرانه‌شان دارند (آقاپور و مجتبایی، ۱۳۹۷). در واقع به موجب این طرح‌واره، فرد برای جلوگیری از طرد شدن و احساس شرم، درگیر بازداری شدید اعمال و هیجانات خود می‌شود (کاظمی و مطهری، ۱۳۹۲).

طرح‌واره درمانی یک رویکرد درمانی یکپارچه و چارچوب نظری است که توسط یانگ (۱۹۹۰) بوجود آمده و برای درمان مراجعان مبتلا به اختلالات شخصیت، مسائل شخصیت شناختی^۱، برخی از تشخیص‌های مزمن محور ۱ و ۲ و مشکلات مختلف فردی و زوجی دشوار دیگر استفاده می‌شود (دابسون^۳، ۲۰۱۰). یانگ^۴ (۲۰۰۱) معتقد است، افرادی که باورهای اولیه ناسازگار دارند، راهبردهای مقابله‌ای ناسازگاری را بروز می‌دهند (جزایری و همکاران، ۱۳۹۳). طرح‌واره درمانی از درمان شناختی بک^۵ (۱۹۷۹) برای ادغام جنبه‌های شناخت درمانی، رفتار درمانی^۶، روابط ابژه^۷، گشتالت درمانی^۸، ساخت-گرایی^۹، مدل‌های دلبستگی^۱ و روانکاو^۲ تکامل یافته است. طرح‌واره درمانی به جای

¹ characterological issues

² chronic Axis I diagnoses

³ Dobson

⁴ Yang

⁵ Beck's cognitive therapy

⁶ behavioral therapy

⁷ object relations

⁸ Gestalt therapy

⁹ constructivism

علائم روانپزشکی حاد، جنبه های مزمن و شخصیت شناختی یک اختلال را هدف قرار می دهد (دابسون، ۲۰۱۰). این رویکرد درمانی، به ویژه برای بیمارانی که از اختلال های روانی طولانی مدت و گسترده رنج می برند و به درمان های روان شناختی مقاوم هستند، مناسب است (طوسی راد و رضوی نعمت الهی، ۱۳۹۵).

تعاریف

وابسته به مواد صنعتی

در تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، مواد و اختلالات بر طبق DSMV مرتبط با مواد، شامل مواد روان گردانی است که بر شیمی مغز تأثیر می گذارند و بدون توجه به اینکه عمدی یا ناخواسته مصرف شوند، در اصطلاح سوء مصرف مواد گنجانده شده اند. وابستگی به مواد را می توان به عنوان ترجیح مصرف مواد تعریف کرد به گونه ای که فرد عملکردهای فیزیکی، روانی و اجتماعی خود را از دست داده و یا در شرف از دست دادن است (به نقل از اوپسی و بخشانی، ۱۳۹۱).

تاب آوری

در ادبیات روانی اجتماعی، تاب آوری به عنوان فرآیند سازگاری خوب در مواجهه با ناملایمات، تروما، تراژدی، تهدیدات، آسیب یا حتی منابع مهم استرس تعریف شده است (پرز، ۳، ۲۰۱۷).

¹ attachment models

² psychoanalysis

³ Perez

طرح‌واره مهار یا بازداری هیجانی

به بازداری افراطی اعمال احساسات و ارتباطات که به شکل خود انگیخته انجام می‌گیرد گفته می‌شود. کسانی که طرح‌واره‌ی مهار یا بازداری هیجانی دارند، خشم، غم و اندوه خود را پنهان می‌کنند، زیرا می‌ترسند دیگران را ناراحت کنند یا از سوی آن‌ها طرد شوند. چنین افرادی حتی ممکن است خوشحالی خود را هم نشان ندهند. این افراد بر منطق و استدلال بسیار تاکید می‌کنند و احساسات را بی اهمیت جلوه می‌دهند (تسلیم)؛ اگر فعالیتی نیاز به هیجان داشته باشد از آن دوری می‌کنند و یا افراد دارای هیجان را بی منطق می‌دانند (فرار)؛ بعضی از این افراد بر عکس عمل می‌کنند و بدون در نظر گرفتن شرایط به صورت افراطی هیجانات را نشان می‌دهند و حتی ممکن است برای این امر تحت تاثیر الکل و مواد مخدر قرار بگیرند (جبران افراطی) (میراحمدی، ۱۳۹۹).

طرح‌واره درمانی

طرح‌واره درمانی ۱ یک رویکرد منسجم روان‌درمانی است که توسط یانگ (۲۰۰۳) توسعه یافت و هدف آن کمک به مراجعان به منظور شناسایی و درک نیازهای عمیق عاطفی خود و مواجهه آنها به شیوه‌ای مناسب است (به نقل از هاشمی و جعفری، ۱۳۹۹).

¹ Schema therapy

فصل دوم: ادبیات نظری

وابسته به مواد صنعتی

مواد صنعتی : مواد مخدر صنعتی طیف گسترده ای از مواد مخدر ، مواد توهم زا - مواد محرک و روان گردان هستند که این مواد شیمیایی در آزمایشگاه های غیر مجاز با تغییراتی که بر گیاهان داده می شود تولید می شود. که شامل کراک، اکستازی ، ال.اس.دی می باشد (ذوالفقاری، ۱۳۹۴).

تعاریف اعتیاد و وابستگی به مواد

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک اختلال روانپزشکی، با ابعاد زیست شناختی، روان شناختی، اجتماعی و معنوی یکی از مشکلات عصر حاضر است (ذوالفقاری، ۱۳۹۴). در سال ۱۹۶۴ سازمان بهداشت جهانی به این نتیجه رسید که اصطلاح اعتیاد دیگر اصطلاحی علمی نیست و اصطلاحات سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد را جایگزین آن کرد (داودی، ۱۳۹۷).

به عقیده آندرس ۱ (۲۰۰۸) اعتیاد یا سوء مصرف مواد به حالتی گفته می شود که فرد علیرغم عواقب و علایم نامطلوب ناشی از مصرف، اقدام به ادامه مصرف ماده ای می کند که در وی ایجاد تغییرات خُلقی یا رفتاری کرده یا دچار اختلالات عصبی ناشی از آن رفتارها می شود (کرمی و افشک، ۱۳۹۷).

¹ Andres

تحمل و وابستگی مشکلات اصلی مرتبط با سوء مصرف مواد است. وابستگی به مواد با مصرف مکرر مواد و عود برگشت پذیر مشخص می شود. احتمالاً ناتوان کننده ترین پیامد مصرف مکرر مواد، وابستگی روانی است. گلیپین و کوپ ۱ (۲۰۱۸) معتقدند وابستگی به مواد را می توان با سندرم محرومیت ارزیابی کرد که ناشی از افزایش تحریک پذیری در نواحی مختلف سیستم عصبی مرکزی است. در واقع، استفاده مداوم از مواد با ایجاد مکانیسم های مخرب، تغییرات کوتاه مدت و پایداری در عملکرد نورون ها ایجاد می کند و انتقال دهنده های عصبی را به مایعات حساس می کند (رمضانی و همکاران، ۲۰۱۹).

انجمن روانپزشکی آمریکا ۲ (۲۰۱۳) وابستگی به مواد ۳ را به استفاده مداوم و ناهنجار از مواد مخدر، داروها یا سموم، علیرغم اختلالات در سطوح بالینی قابل توجه، اشاره دارد. از نظر این انجمن، افراد وابسته به مواد تمایل دارند این مواد را در مقادیر بیشتر از حد انتظار مصرف کنند و اغلب علیرغم آگاهی از پیامدهای منفی مرتبط به استفاده از آنها، به کار خود ادامه می دهند (پولتون و هستر ۴، ۲۰۲۰). در چنین مواردی الگویی از مصرف، وجود دارد که معمولاً منجر به تحمل، محرومیت و رفتار اجباری برای مصرف می شود (ذوالفقاری، ۱۳۹۴).

وابستگی به مواد صنعتی به استفاده طولانی مدت از مواد روانگردان و غیرمجاز (به جای مواد اعتیاد آور مانند الکل و نیکوتین) اشاره دارد که با پیامدهای مضر، افزایش تحمل و ترک همراه است (مورلی ۵ و همکاران، ۲۰۲۰).

¹ Glipin and Koob

² American Psychiatric Association [APA]

³ Substance dependence

⁴ Poulton and Hester

⁵ Morley

نظریه های مرتبط با اعتیاد

مدل های زیستی آسیب پذیری به اعتیاد: به عقیده پوتنزا^۱ (۲۰۱۳) چند مدل زیستی برای فهم اعتیاد و آسیب پذیری نسبت به آن بیان شده است که اغلب آن ها مکمل یکدیگر هستند:

مدل پاداش محور اولیه^۲: این مدل بر جنبه های لذت بخش مصرف مواد تأکید کرده اند و پیشنهاد می کند که مواد می تواند مدارهای مغزی درگیر در پاسخ به پاداش های طبیعی (مانند رفتار جنسی یا غذا) را از آن خود کند. یک مولفه مرکزی در این مدار، هسته اکومبنس^۳ در استریاتوم شکمی^۴ است که از ناحیه تگمنتال شکمی^۵ عصب های دوپامینرژیک دریافت می کند (سیستم دوپامین مزولیمبیک نامیده می شود) و مرکز پاداش مغز نامیده می شود. علاوه بر دوپامین دامنه گسترده ای از انتقال دهنده های عصبی شامل اوپیوئیدها، کانابینوئیدها، سروتونین، نوراپی نفرین، استیل کولین و گلوتامات نیز در اعتیاد نقش دارند (دهقانی و همکاران، ۱۳۹۶)؛

سندرم نقص پاداش^۶: مدل پاداش محور دیگری است که بر اساس آن افراد معتاد به منظور جبران کم کاری منطقه ی پاداش در مسیر دوپامینی مزولیمبیک، در رفتارهای اعتیادی درگیر می شوند و این مدل با نظریات خوددرمانی اعتیاد همخوانی دارد (دهقانی و همکاران، ۱۳۹۶)؛

¹ Potenza

² early reward-centric model

³ nucleus accumbens

⁴ ventral striatum

⁵ Ventral tegmental area

⁶ Reward deficiency syndrome