

تأثیر خدمات روان‌شناختی دوره بازتوانی بر خودپنداره منفی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس معتادان خود معرف مرکز اجتماع درمان مدار شهرستان اهواز

The Influence of Rehabilitation Course of Psychological Services in Addicts Negative Self Concept, Anxiety, Depression and Self-Esteem in Therapeutic Community Center of Ahwaz

Sasan Bavi<sup>۱</sup> ساسان باوی  
Mohammed Reza Borna<sup>۲</sup> محمد رضا برنا

تاریخ پذیرش: ۸۸/۲/۱۲

تاریخ وصول: ۸۷/۱۰/۷

Abstract

The purpose of this study was to investigate the influence of rehabilitation course of Psychological services in negative self concept, anxiety, depression and self esteem addicted men in therapeutic community center of Ahwaz in 2007-2008. Research plan is of quasiexperimental "pretest- posttest" with one group. The sample of the research were 50 men from the well being - voluntary in therapeutic community center in Ahwaz. The tools of the research are Rogers's self concept test, Cattell's anxiety test, Beck's depression test and Copper Smith's self esteem test. The results show that the presentation of the psychological services in therapeutic community center of Ahwaz reduced the mean of negative self concept, depression, anxiety and increased the mean of self esteem in the addicted men.

**Keywords:** addiction, therapeutic community, psychological, services depression, anxiety negative self esteem

چکیده

بازتوانی بر خودپنداره منفی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس معتادان مرکز اجتماع درمان مدار شهرستان اهواز در سال ۸۷-۱۳۸۶ بود. طرح پژوهش، شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با یک گروه بود. جامعه آماری کلیه معتادان خود معرف مرد (۵۰ نفر) بودند که برای درمان در فاصله زمانی چهار ماهه در این مرکز پذیرش شدند. نمونه این پژوهش شامل کلیه معتادان مرکز یادشده بود که به عنوان جامعه آماری در نظر گرفته شدند. پس از انتخاب گروه نمونه، قبل از ارائه خدمات روان‌شناختی، پیش‌آزمون اجرا شد و پس از طی دوره چهارماهه در مرکز بازتوانی و ارائه خدمات روان‌شناختی، از آنها پس آزمون به عمل آمد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، عبارت بودند از: پرسشنامه خود پنداره راجرز (شامتی، ۱۳۷۵)، اضطراب کتل (فرجی، ۱۳۸۰)، افسردگی بک (پاشا شریفی و نیکخواه، ۱۳۷۳) و عزت نفس کوپر اسمیت (فرجی، ۱۳۸۰). داده‌های پژوهش به کمک آمار توصیفی و آزمون t وابسته تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که شرکت در مراکز اجتماع درمان مدار و گرفتن خدمات روان‌شناختی در این مراکز باعث کاهش میزان خود پنداره منفی، افسردگی، اضطراب ( $P < 0/01$ ) و افزایش میزان عزت نفس ( $P < 0/01$ ) آزمودنی‌ها شده است.

**کلید واژه‌ها:** اعتیاد، مرکز اجتماع درمان مدار، خدمات روان‌شناختی، خودپنداره منفی، افسردگی، اضطراب، عزت نفس.

۱. عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز Email: SASAN\_psy@yahoo.com

۲. عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

## مقدمه

و بی سواد و ... با این مشکل به صورت جدی درگیر هستند. از زمان های بسیار دور بشر افیون را شناخته و کم و بیش استعمال آن مرسوم بوده است، اما از اواسط قرن نوزدهم به بعد به دلیل شیوع فراوان و همه گیر مواد مخدر و ورود انواع مواد مخدر خطرناکتر (مرفین، هروئین، کوکائین و ...) برخوردهای قهری فراوانی صورت گرفته که غالباً با شکست روبه رو شده است.

به طور کلی در حال حاضر سه راهبرد برای محدود کردن سوء مصرف مواد در اغلب کشورهای جهان وجود دارد: راهبردهای قانونی، تربیتی - آموزشی و درمانی. راهبردهای قانونی شامل راههای قانونی جلوگیری از پخش یا استفاده از مواد است (سیگل و سنا<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷). در راهبردهای تربیتی - آموزشی هدف پیشگیری است، یعنی به کارگیری اقداماتی که احتمال ابتلای افراد به اعتیاد را کاهش دهد و افزایش عواملی که افراد را از مصرف مواد محافظت نماید (فلاح‌زاده، ۱۳۸۵). پیشگیری سه نوع است (پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالث) که هر کدام دارای اصول و مفاهیم مربوط به خود است. بدیهی است که برای این منظور همه آحاد جامعه باید آموزشهای لازم را ببینند (رمضانی، ۱۳۸۳). راهبردهای درمانی به روشهایی گفته می‌شود که از طریق به کارگیری آنها فرد معتاد، سلامتی خود را باز می‌یابد این راهبردها شامل درمان دارویی و درمان غیردارویی است. درمان دارویی معمولاً توسط پزشک و درمان غیردارویی توسط روان‌شناس صورت می‌گیرد (فلاح‌زاده، ۱۳۸۵).

در حال حاضر چند میلیون معتاد در میهن عزیزمان زندگی می‌کنند که نیاز به درمان قاطع و مفید پزشکی و روان درمانی دارند. ترس از دردهای جسمانی و ناکامی های روانی، ناآگاهی از روشهای درمان،

یکی از بلاهای خانمان سوز که آفتی بر پیکر جوامع بشری است، مسأله مواد مخدر و اعتیاد است که قدرت تفکر، خلاقیت، توان، کوشش و سازندگی را از انسانها گرفته و بنیان خانواده و اعتقاد و باورهای دینی آنها را در معرض نابودی و از هم پاشیدگی قرار داده است و متأسفانه روز به روز رو به گسترش است. کمتر کشوری است که مهمترین و یا یکی از عمده مشکلاتش، مسأله مواد مخدر و اعتیاد نباشد. همه ساله مبلغ هنگفتی صرف مبارزه با اعتیاد می‌گردد، ولی همچنان باندهای قاچاق مواد مخدر و تعداد معتادان در حال افزایش است. سازندگی ها رو به سوزندگی، توانایی ها رو به ناتوانی، ثروت ها رو به انهدام و نابودی و میکده خیالی معتاد نیز به ماتم کده ای سرد مبدل می‌گردد. در سال های اخیر مصرف مواد مخدر در سراسر جهان افزایش یافته است. با مطالعه نشانه های نوپدید مانند: مراجعه معتادان و بازدید از اتاق های فوریت پزشکی و مرگهای مرتبط با مواد مخدر، دستگیری معتادان و تعداد کشورهایی که افزایش سطح مصرف را گزارش می‌کنند، آشکار می‌شود که مصرف مواد مخدر در حقیقت یک پدیده جهانی است (سراج خرمی، ۱۳۸۲). با وجود گسترش مبارزه با مواد مخدر در طی سالهای اخیر، متأسفانه این مبارزه بیشتر با توزیع مواد درگیر بوده است، ولی میزان گسترش مواد افیونی در ایران افزایش یافته است. با کمال تاسف روز به روز بر شمار قربانیان این بلای خانمان سوز افزوده می‌شود و عوارض جسمانی، روانی، فرهنگی، خانوادگی و اجتماعی به بار می‌آورد. امروزه روند مخرب، ضرب آهنگی شتابان و سرعتی بیش از حد پیدا کرده است و مقابله سریع با آن بسیار حیاتی می‌باشد. علی رغم عدم پذیرش اجتماعی مواد مخدر و اعتیاد، طبقات مختلف جامعه اعم از مرد و زن، پیرو جوان، متاهل و مجرد، شاغل و بیکار، تحصیل کرده

1. Siegl &amp; Senna

روان‌شناسان ومددکاران اجتماعی آموزش‌های لازم را در زمینه‌های مختلف ارائه می‌دهند این آموزش‌ها شامل؛ آموزش مهارت‌های زندگی، شیوه‌های مهارت‌محور، ابراز وجود، مهارت‌خشم، اضطراب و... است. در این تحقیق، چون تمام پذیرش‌شدگان مرکز، آموزش‌های دوره‌بازتوانی را در طول چهارماه می‌بینند و تعداد آنها محدود است امکان انتخاب گروه گواه نبود.

پژوهش فروغ‌الدین و صدرالسادات (۱۳۸۰) با هدف شناخت عوامل موثر در گرایش به اعتیاد و ارایه راه کارهایی در جهت کاهش گرایش جوانان به سوء مصرف مواد مخدر نشان داد بین خود پنداره جوانان معتاد و غیر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد و همچنین خود پنداره منفی در گرایش جوانان به اعتیاد موثر بود. بوکستین<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) در مطالعه‌ای عزت نفس، اضطراب و جایگاه مهارت ۶۰ معتاد بستری شده در بیمارستان را بررسی کرد. نتایج نشان داد که ۸۰ درصد معتادان از عزت نفس پایین، اضطراب بالا و جایگاه مهارت بیرونی برخوردارند. فلیمینگ<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۸) در پژوهشی ۱۰۰ نفر از معتادان مرکز اجتماع درمان مدار (۵۰ نفر گروه آزمایشی، ۵۰ نفر گروه گواه) را بررسی کردند. نتایج نشان داد که افزایش معناداری در عزت نفس و کاهش افسردگی و خودپنداره منفی در گروه آزمایش که مهارت‌های زندگی را آموزش دیده بودند مشاهده شد.

امینی خوبی (۱۳۷۷) در پژوهشی با عنوان «مقایسه شیوه‌های مقابله با استرس در افراد معتاد و غیر معتاد»، چنین نتیجه گرفت که افراد معتاد در مقابله با استرس از حل مساله و جلب حمایت اجتماعی و ارزیابی شناختی کمتری برخوردارند و مهارت‌هیجانی و جسمانی کردن مشکلات را بیش از گروه غیر معتاد دارند. آملی (۱۳۸۳) در پژوهشی با هدف بررسی شیوع مرضی،

اطمینان نداشتن به مراکز درمانی موجود، تجربه درمان‌های ناموفق، تجربه افسردگی و اضطراب پس از ترک، منجر به عدم اقدام معتادان به درمان یا ترک همراه با برگشت سریع می‌شود. روش‌های درمانی بسیار متنوعی وجود دارد که باید از بین گزینه‌های مختلف درمانی، بهترین و مناسب‌ترین آنها را برای این دسته از بیماران انتخاب کرد. صرف نظر از روش‌های قهرآمیز، مقابله با مواد مخدر که به شکست منتهی شده است. مثل اعدام معتادان چینی در اواسط قرن بیستم. در چند دهه اخیر صدها پژوهش در مورد روان‌درمانی و نتایج آن انجام شده که برخی از روش‌های روان‌درمانی در درمان اعتیاد موفق بوده‌اند (شاملو، ۱۳۷۸). از جمله درمان‌های غیردارویی می‌توان به روان‌درمانی فردی، گروه درمانی، خانواده درمانی، کار درمانی، ورزش درمانی، مراکز اجتماع درمان مدار و گروه‌های خودیار اشاره نمود (فلاح‌زاده، ۱۳۸۵). در حدود ۹۰ درصد درمان معتادان، از نوع درمان غیردارویی و یا به طور کلی درمان روانی است. اختلالاتی همچون اضطراب و افسردگی و خود پنداره منفی بالا و هم چنین عزت نفس پایین از مواردی است که به عنوان علت یا معلول اعتیاد به مواد مخدر بر شمرده می‌شود و نقش مهمی در بازگشت مجدد معتاد ترک کرده ایفا می‌کنند در این تحقیق سعی شده راه‌های پیشگیری و مقابله با این اختلالات را به معتادان آموزش و تأثیر آن را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررسی قرار داد.

سازمان بهزیستی کشور با تاسیس مراکز درمان خود معرف و توسعه مراکز پیشگیری و درمان گام‌های مهمی را در این زمینه برداشته است. در این راستا ایجاد مراکز اجتماع درمان مدار در سرتاسر کشور سهم زیادی در درمان اعتیاد داشته است. در این مراکز، معتادان به صورت داوطلب پذیرش می‌شوند. طول دوره‌بازتوانی آنها چهارماه است. در طول این دوره، روان‌پزشک،

1. Bukstein  
2. Fliming

کارکرد روان‌شناختی داشتند. دزیالدوسکیا<sup>۴</sup> (۱۹۹۸) در بررسی مقایسه‌ای بین روش مشاهده سنتی و درمان شناختی، رفتاری که بر روی گروه ۵۰ نفر از معتادان هروئینی انجام داد، نشان داد بیمارانی که از درمان شناختی، رفتاری بهره بردند نسبت به بیمارانی که روش مشاهده سنتی را به کار بردند، بهبود بیشتر، خود ادراکی مثبت و کاهش معناداری در افسردگی از خود نشان دادند. روزنامه همسایه‌ها (۱۳۸۴) به بررسی برخی عوامل خطر و ویژگی‌های شخصیتی در کودکان و نوجوانان مصرف کننده مواد مخدر چنین بیان نمود که گروه مصرف کننده مواد مخدر نسبت به گروه گواه از درون گرایی، روان نژندی، روان پریشی بالا و عزت نفس پایین برخوردارند. روزنامه همسایه‌ها (۱۳۸۴) همچنین به مقایسه خصوصیات شخصیتی جوانان معتاد به مواد مخدر و جوانان عادی پرداخت، نتایج نشان داد که میزان روان رنجوری، خصوصیات پارانوئیدی، افسردگی، خود بیمار انگاری، مانیای، خستگی روانی، هیستری و اسکیزوفرنی در بین جوانان معتاد بیشتر از جوانان عادی بود. فرجاد و همکاران (۱۳۷۴) در بررسی علل روانی، اجتماعی اعتیاد، نشان دادند که افراد معتاد در افسردگی، پرخاشگری، اضطراب و حساسیت‌های بین فردی با افراد عادی تفاوت معناری دارند. به عبارت دیگر این تفاوت در جهت بیشتر بودن این ویژگی‌ها در افراد معتاد بود. روزنامه همسایه‌ها (۱۳۸۴) در مطالعه‌ای نشان داد که معتادان دارای خصوصیات شخصیتی وابسته و دوری‌گزین هستند. همچنین اعتماد به نفس آنان پایین است و احساس بی‌ارزشی می‌کنند. همچنین در بررسی عوامل موثرگرایش به اعتیاد در ایران نشان داد که برخی از معتادان انسان‌های ظریف، حساس و زودرنج هستند. همچنین معاشرت با دوستان ناباب، وفور و ارزانی مواد مخدر، سهولت دسترسی به مواد، وجود

اختلالات خلقی و اضطرابی در معتادان بستری شده و مقایسه آنها با افراد بهنجار نشان داد که ۷۲/۳ درصد معتادان به ترتیب واجد ملاک‌های تشخیصی اختلالات خلقی و اضطرابی بودند که شایع‌ترین اختلالات، افسردگی اساسی (۶۶ درصد) و اضطراب منتشر (۱۲ درصد) بود. ذکایی (۱۳۷۹) در پژوهشی با عنوان «مقایسه عزت نفس، افسردگی، جایگاه مهار و تیپ شخصیتی A افراد معتاد و افراد عادی»، نشان داد که تفاوت معناداری بین افراد معتاد و افراد عادی مشاهده شد. به عبارت دیگر، افراد معتاد دارای افسردگی بالا، عزت نفس پایین، جایگاه مهار بیرونی و تیپ شخصیتی A بودند. لاتار و همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۹۳) مطالعه‌ای با هدف بررسی رابطه آسیب‌شناسی روانی والدین معتاد و فرزندان آنها انجام داد، نتایج نشان داد که در میان فرزندان آنها افسردگی با چندین اختلال روان‌پزشکی وجود داشت. همچنین والدین معتاد، بر سوء مصرف مواد در میان فرزندان خود به شدت تاثیرگذار بودند. میلر<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) در پژوهشی علل مربوط به بازگشت به مصرف مجدد را در تعدادی از معتادان بررسی کرد، نتایج نشان داد که اکثر معتادان به دلیل مشکلات روانی اعم از افسردگی و اضطراب بالا، اعتماد به نفس و عزت نفس پایین و اراده ضعیف به مصرف مجدد مواد مخدر روی آورده بودند. کادن و همکاران<sup>۳</sup> (۱۹۹۲) در پژوهشی با هدف مقایسه اثرات دو رویکرد درمانی بیمار - بهبودی و رویکرد شناختی - رفتاری در درمان مصرف کنندگان مواد مخدر که اختلال شخصیت داشتند نشان دادند بیمارانی که با رویکرد درمانی شناختی - رفتاری معالجه شدند. به نحو معناداری کاهش مصرف و بهبود روابط اجتماعی و خانوادگی و

1. Luthar & et al  
2. Miller  
3. Kadden & et al

4. Dzialdowska

## روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون با یک گروه) است جامعه آماری این پژوهش شامل افراد معتاد خود معرف مرد (۵۰ نفر) که جهت درمان در فاصله زمانی دوره چهار ماهه در سال ۸۷-۱۳۸۶ در مرکز اجتماع درمان مدار اهواز مورد پذیرش قرار گرفته اند بوده است. حدود بودن جامعه، نمونه تحقیق، کلیه افراد معتاد خود معرف موجود در مرکز اجتماع درمان مدار اهواز (۵۰ نفر) که به صورت در دسترس انتخاب شدند بودند. در این طرح یک گروه مدنظر می باشد و میزان خود پنداره، اضطراب، عزت نفس و افسردگی (متغیر وابسته) گروه را قبل از ارائه خدمات روان‌شناختی (متغیر مستقل) و سپس بعد از ارائه متغیر مستقل در طول دوره چهار ماهه، اندازه گیری می‌شد و سپس نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون با هم مقایسه می‌گردید تا ثابت شود که آیا وجود متغیر مستقل در نتایج بدست آمده در پس‌آزمون موثر بوده یا خیر. به دلیل این که کلیه افراد در زمان محدود چهارماهه مورد پذیرش قرار گرفته بودند و استفاده از لیست انتظار به علت عدم کنترل واحتمال برگشت مجدد گروه لیست انتظار به مصرف مواد مخدر امکان پذیر نبوده. هم چنین تعداد پذیرش شدگان در مرکز یادشده (در شهرستان مربوطه به دلیل اینکه تنها یک مرکز وجود دارد) محدود شده است، در نتیجه انتخاب گروه گواه انجام نگرفت.

## ابزار اندازه گیری

در این پژوهش به منظور اندازه گیری متغیرهای مورد نظر از این ابزارها استفاده گردید: ۱- پرسشنامه خود پنداره راجرز<sup>۳</sup> - ۲ پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت<sup>۴</sup>

خانواده بی بند و بار، اولاد زیاد و بی توجهی والدین از علل گرایش به مصرف مواد مخدر بودند.

روزن بلوم و ماگورا<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) در بررسی بیماران وابسته به کوکائین که تحت درمان شناختی رفتاری به مدت ۴۸ هفته بودند، نشان دادند که میزان اضطراب و افسردگی آنها کاهش محسوسی داشته است. مک داوول و اسپیتز<sup>۲</sup> (۱۹۹۹) پس از ۸ جلسه مشاوره و روان‌درمانی بر روی معتادان بستری شده نشان دادند که میزان افسردگی و اضطراب معتادان کاهش معناری پیدا کرده است.

با نگاهی به پژوهش‌های انجام شده، هدف این پژوهش بررسی تاثیر دوره بازتوانی معتادان مرد بر میزان خود پنداره منفی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس آنان است.

## فرضیه های پژوهش

۱-ارایه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) در کاهش میزان خود پنداره (منفی) معتادان مرد مرکز اجتماع درمان مدار شهرستان اهواز موثر است.

۲-ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) در کاهش میزان اضطراب معتادان مرد مرکز اجتماع درمان مدار شهرستان اهواز موثر است.

۳-ارایه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) در کاهش میزان افسردگی معتادان مرد مرکز اجتماع درمان مدار شهرستان اهواز موثر است.

۴-ارایه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) در افزایش میزان عزت نفس معتادان مرد مرکز اجتماع درمان مدار شهرستان اهواز موثر است.

3. Rogers's self concept test  
4. Copper Smith's self esteem test

1. Rosenblum & Megura  
2. Mcdowell & Spitz

نمره ۳ نشانه حاد و عمیق بودن افسردگی است. نمره کل هر فرد در این آزمون با جمع نمرات در تمام مقوله‌ها به دست می‌آید.

مارنات (۱۹۹۰)، پایایی این پرسشنامه را در یک فراتحلیل برای تعیین همسانی درونی این آزمون نشان داده است که ضرایب به دست آمده، معادل ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ بوده‌اند (ترجمه پاشا شریفی و نیکخو، ۱۳۷۳).

بک، استر و گاربن<sup>۲</sup>، پایایی پرسشنامه بک را در ۱۰ پژوهش بررسی کردند که در آنها BDI<sup>۳</sup> به صورت پیش آزمون و پس آزمون اجرا شده بود. آنها دامنه ضریب همبستگی در بیماران روانی را ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش کردند. در حالی که در افراد عادی این دامنه را ۰/۶۰ تا ۰/۹۲ گزارش کردند (بک و استر، ۱۹۹۳).

۴- پرسشنامه اضطراب کتل: این آزمون دارای چهل ماده است که در هر دو جنس و در سنین بالا (۱۵-۱۴ سالگی) و اکثر فرهنگ‌ها می‌توان به کار بست. پاسخ سؤالات به صورت بلی - خیر و جز آن داده می‌شود. نمره‌ای که بین صفر تا ۳ باشد نشان دهنده شخص آرام و بدون تنش است. نمره طراز شده‌ای که بین ۴ تا ۶ باشد نشان دهنده درجه متوسط اضطراب است. نمره‌ای که ۷ تا ۸ باشد نشان دهنده شخصی که روانی آزرده و مضطرب دارد و بالاخره نمره ۹ تا ۱۰ معرف فردی است که به وضوح نیاز به مشاوره و روان‌درمانی دارد. در مطالعه فرجی (۱۳۸۰)، میزان پایایی این آزمون از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش کرده است. برای سنجش پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده شده است که به ترتیب ۰/۶۵ و ۰/۵۱ برآورده شده است همچنین روایی آزمون ۰/۶۱ بدست آمده است.

۳- پرسشنامه افسردگی بک<sup>۱</sup> ۴- پرسشنامه اضطراب کتل.

۱- پرسشنامه خود پنداره راجرز: این آزمون دارای ۲۶ آیتم است که در مقابل هر آیتم از شماره ۱ تا ۷ درجه‌بندی شده و آزمودنی می‌بایست نسبت به احساس خود در مقابل هر یک از آیتم‌ها، زیر درجه مورد نظر علامت ضربدر بگذارد. ضریب اعتبار این آزمون در مطالعه‌ای که بر روی نمونه ۴۰ نفری انجام شده از طریق تصنیف برابر ۰/۸۷ می‌باشد (ثامتی، ۱۳۷۵). در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی از روش آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده شده که ضرایب آن به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۶۰ محاسبه شده‌اند.

۲- پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت: این آزمون شامل ۵۸ ماده است که ۸ ماده آن برای دروغ سنجی و ۵۰ ماده دیگر برای سنجش موارد انجام تکالیف آموزشی، روابط اجتماعی، خانواده و خود می‌باشد. پاسخ آزمون به صورت "بلی" یک نمره و پاسخ "خیر" صفر نمره است. برخی از گزینه‌ها برعکس هستند، یعنی به پاسخ بلی آنها صفر نمره و به پاسخ خیر آنها یک نمره تعلق می‌گیرد. فرجی (۱۳۸۰)، ضریب پایایی آزمون به روش باز آزمایی را بر روی دختران دبیرستانی ۰/۶۹ به دست آورد. ابراهیمی قوام (۱۳۶۹)، میزان پایایی این آزمون را از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کرده است. در این تحقیق برای تعیین ضریب پایایی آزمون از روش آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده شده که به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۶۸ به دست آمده است.

۳- پرسشنامه افسردگی بک: این آزمون یکی از مقیاس‌های متداول خودسنجی افسردگی است که بک در سال ۱۹۶۱ تهیه کرده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال است که هر مقوله شامل ۴ سؤال است. ارزش نمرات از صفر تا ۳ می‌باشد. صفر نشانه سلامت روان و

2. Beck, Steer & Garben  
3. Beck Depression Inventory (BDI)

1. Beck's depression test.

## شیوه اجرا

مقایسه شدند.

در این پژوهش، پس از پذیرش معنادان ترک کرده (کسانی مورد پذیرش قرار می‌گیرند که حداقل یک هفته مصرف مواد مخدر نداشته باشند و در جلسه مصاحبه تأیید شده باشند) در بدو ورود از آنها آزمون‌های خود پنداره منفی راجرز، افسردگی بک، اضطراب کتل و عزت نفس کوپر اسمیت گرفته شد و در طول دوره که در حدود چهار ماه طول کشید آموزش‌های: مهارت‌های زندگی (ابراز وجود، مهارخشم، اضطراب، ارتباط موثر، حل مساله، راه‌های مهار و سوسه و غیره) توسط متخصصان مربوطه آموزش داده شد. در پایان دوره، آزمون‌های یاد شده برای این گروه اجرا گردید و در نهایت با استفاده از یک آزمون آماری مناسب نمرات پیش آزمون و پس آزمون با هم

## تحلیل آماری

در این پژوهش در سطح توصیفی از میانگین، انحراف استاندارد و دامنه نمرات استفاده شده و در سطح استنباطی از آزمون t وابسته (زوجی) استفاده شده است.

## نتایج

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود در متغیر خود پنداره منفی، میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌ها به ترتیب در پیش آزمون معادل ۸/۵۸ و ۱/۳۳ و در پس آزمون معادل ۶/۲۸ و ۱/۲۱ می‌باشد. در متغیر اضطراب، میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌ها به ترتیب در پیش آزمون معادل ۹/۴۶ و ۰/۵۰، در پس آزمون معادل

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره خود پنداره منفی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس آزمودنی‌ها در پیش آزمون و پس آزمون

تعداد	حداکثر نمره	حداقل نمره	انحراف معیار	میانگین	شاخص‌های آماری	
					متغیرها	گروه
۵۰	۱۱	۶	۱/۳۳	۸/۵۸	پیش آزمون	خود پنداره منفی
					پس آزمون	
۵۰	۹	۴	۱/۲۱	۶/۲۸	پیش آزمون	اضطراب
					پس آزمون	
۵۰	۱۰	۹	۰/۵۰	۹/۴۶	پیش آزمون	افسردگی
					پس آزمون	
۵۰	۴۰	۲۲	۴/۷۴	۳۳/۳۴	پیش آزمون	عزت نفس
					پس آزمون	
۵۰	۳۵	۶	۹/۷۱	۱۶/۶۸	پیش آزمون	
					پس آزمون	
۵۰	۴۷	۱۶	۷/۷۱	۲۲/۵۸	پیش آزمون	
					پس آزمون	
۵۰	۵۰	۱۷	۹/۹۳	۳۳/۹۰	پیش آزمون	
					پس آزمون	



جدول ۲- نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه میانگین خود پنداره منفی معتادان در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری p
خود پنداره	پیش آزمون	۸/۵۸	۱/۳۳	۴۹	۱۱/۹۷	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	۶/۲۸	۱/۲۱			

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، خودپنداره منفی معتادان در پس آزمون نسبت به پیش آزمون تفاوت معناداری یافته است ( $p = ۰/۰۰۰۱$  و  $t = ۱۱/۹۷$ ).

بنابراین فرضیه یک تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، ارائه خدمات روان‌شناختی، موجب کاهش میزان خود پنداره منفی معتادان شده است.

فرضیه ۲- ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) در کاهش میزان اضطراب معتادان مرد مرکز اجتماع درمان مدار شهرستان اهواز مؤثر است.

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، اضطراب معتادان در پس آزمون نسبت به پیش آزمون، تفاوت معنی داری یافته است ( $p = ۰/۰۰۰۱$  و  $t = ۱۱/۱۰$ ). بنابراین فرضیه دو تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، ارائه خدمات روان‌شناختی، موجب کاهش میزان اضطراب معتادان شده است.

فرضیه ۳- ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) در کاهش میزان افسردگی معتادان مرد مرکز اجتماع درمان مدار شهرستان اهواز مؤثر است.

معادل ۵/۴۸ و ۲/۶۶، در متغیر افسردگی، میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌ها به ترتیب در پیش آزمون معادل ۳۳/۳۴ و ۴/۷۴ و در پس آزمون معادل ۱۶/۶۸ و ۹/۷۱، در متغیر عزت نفس، میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌ها به ترتیب در پیش آزمون معادل ۲۲/۵۸ و ۷/۷۱ و در پس آزمون معادل ۳۳/۹۰ و ۹/۹۳ می‌باشد. با توجه به جدول، به نظر می‌رسد که میانگین آزمودنی‌ها در پیش آزمون و پس آزمون، تفاوت قابل توجهی داشته باشند. همچنین ملاحظه می‌شود میانگین نمرات خودپنداره منفی، اضطراب، افسردگی آزمودنی‌ها در پس آزمون کم‌تر از پیش آزمون و میانگین نمرات عزت نفس در پس آزمون بیشتر از پیش آزمون می‌باشد.

این پژوهش شامل چهار فرضیه است که هر فرضیه همراه با نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل آن در این جا ارایه می‌گردد.

فرضیه ۱- ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) در کاهش میزان خودپنداره منفی معتادان مرد مرکز اجتماع درمان مدار شهرستان اهواز مؤثر است.

جدول ۳- نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه میانگین اضطراب معتادان در پیش آزمون و پس آزمون.

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری p
اضطراب	پیش آزمون	۹/۴۶	۰/۵۰	۴۹	۱۱/۱۰	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	۵/۴۸	۲/۶۶			



جدول ۴- نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه میانگین افسردگی معنادان در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری p
عزت نفس	پیش آزمون	۳۳/۳۴	۴/۷۴	۴۹	۱۲/۶۴	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	۱۶/۶۸	۹/۷۱			

خدمات روان‌شناختی دوره بازتوانی بر خودپنداره منفی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس معنادان مرد مرکز اجتماع درمان مدار است. از نتایج به دست آمده موارد ذیل استنباط می‌شود:

فرضیه ۱- ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) در کاهش میزان خود پنداره منفی معنادان مرد مرکز اجتماع درمان مدار مؤثر است. با توجه به جدول ۲ مشخص گردید ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) موجب کاهش خودپنداره منفی معنادان شده است. فلیمنگ و همکاران (۱۹۹۸) نشان دادند که افزایش معناداری در عزت نفس و کاهش افسردگی و خودپنداره منفی در گروه آزمایشی که مهارتهای زندگی را آموزش دیده بودند مشاهده شد. دزیاللدوسیکا (۱۹۹۸) نشان داد در بیمارانی که از درمان شناختی، رفتاری بهره بردند نسبت به بیمارانی که روش مشاهده سنتی را به کار بردند، بهبود بیشتر، خودپنداری مثبت و کاهش افسردگی مشاهده شد. فروغ الدین و صدرالسادات (۱۳۸۰) نشان دادند که بین خودپنداره جوانان معناد و غیر معناد تفاوت معنی‌داری وجود دارد و خودپنداره منفی در گرایش جوانان به اعتیاد موثر بوده است.

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، افسردگی معنادان در پس آزمون نسبت به پیش آزمون، تفاوت معناداری یافته است ( $p=0/0001$  و  $t=12/64$ ). بنابراین فرضیه سه تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، ارائه خدمات روان‌شناختی، موجب کاهش میزان افسردگی معنادان شده است.

فرضیه ۴- ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی)، در افزایش میزان عزت نفس معنادان مرد مرکز اجتماع درمان مدار شهرستان اهواز موثر است.

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، عزت نفس معنادان در پس آزمون نسبت به پیش آزمون، تفاوت معنی‌داری یافته است ( $p=0/0001$  و  $t=-8/26$ ). بنابراین فرضیه چهار تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، ارائه خدمات روان‌شناختی، موجب افزایش عزت نفس معنادان شده است.

### بحث و نتیجه گیری

همانطور که بیان شد هدف مطالعه، بررسی تاثیر خدمات روان‌شناختی دوره بازتوانی بر خودپنداره منفی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس معنادان مرد مرکز

جدول ۵- نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه عزت نفس معنادان در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری p
عزت نفس	پیش آزمون	۲۲/۵۸	۷/۷۱	۴۹	-۸/۲۶	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	۳۳/۹۰	۹/۹۳			

فرضیه ۳- ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) در کاهش میزان افسردگی معنادان مرد مرکز اجتماع درمان مدار مؤثر است. با توجه به جدول ۴ مشخص گردید. ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) موجب کاهش افسردگی معنادان شده است. دزیالدوسکیا (۱۹۹۸) نشان داد در بیمارانی که از درمان شناختی- رفتاری بهره بردند، نسبت به بیمارانی که روش مشاهده سنتی را به کار بردند، بهبود بیشتر، خودپنداری مثبت و کاهش معنا داری در افسردگی آنها مشاهده شد. فلیمنگ و همکاران (۱۹۹۸) نشان دادند، افزایش معناداری در عزت نفس و کاهش افسردگی و خودپنداره منفی در گروه آزمایشی که مهارتهای زندگی را آموزش دیده بودند، مشاهده گردید. آملی (۱۳۸۳) نشان داد که ۷۲/۳٪ معنادان ملاکهای تشخیصی اختلالات خلقی و اضطرابی داشتند که ۶۶٪ این اختلالات، افسردگی اساسی بوده است. روزن بلوم و ماگورا (۱۹۹۹) نشان دادند که میزان اضطراب و افسردگی در بیماران وابسته به کوکائین که به مدت ۴۸ هفته تحت درمان شناختی، رفتاری بودند، کاهش محسوسی داشته است.

یکی از علل های شایع مصرف و بازگشت مجدد به موادمخدر، افسردگی است که آمارها نشان می‌دهند در حدود ۹۰ درصد افراد معتاد از این بیماری رنج می‌برند (زینالی، ۱۳۸۴). در این دوره، برای کاهش میزان افسردگی از روشهایی همچون برنامه ثبت افکار منفی، موسیقی درمانی، افزایش روابط اجتماعی، افزایش فعالیت و اولویت دادن به شادی، استفاده شد که موجب افزایش امید به زندگی و تداوم عدم مصرف مجدد مواد در این گروه گردید.

فرضیه ۴- ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) در افزایش عزت نفس معنادان مرد مرکز اجتماع درمان مدار مؤثر است. با توجه به جدول ۵ مشخص گردید. ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) موجب افزایش عزت نفس معنادان شده است. بوکستین (۲۰۰۰) نشان

بدین ترتیب، یافته های تحقیق حاضر با این یافته ها همسو بوده است. یکی از علل مصرف و برگشت دوباره به مواد مخدر، تصویر و برداشتی است که معتاد نسبت به توانمندیها و شایستگیهای خود دارد. در صورت داشتن برداشت منفی از خوداحتمال برگشت مجدد به مصرف موادمخدر افزایش می‌یابد در این دوره سعی بر آن شد با استفاده از یکسری راه کارها از جمله دادن مسئولیتها و درصورت انجام آنها، ارایه تشویقها، برداشتی مثبت تر از خود داشته باشند.

فرضیه ۲- ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) در کاهش میزان اضطراب معنادان مرد مرکز اجتماع درمان مدار مؤثر است. با توجه به جدول ۳ مشخص گردید. ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) موجب کاهش میزان اضطراب معنادان شده است. بوکستین (۲۰۰۰) نشان داد که ۸۰ درصد معنادان از عزت نفس پایین، اضطراب بالا و جایگاه مهار بیرونی برخوردارند. مک داول و اسپیتز (۱۹۹۹) پس از ۸ جلسه مشاوره و روان درمانی بر روی معنادان بستری شده نشان دادند که در میزان افسردگی و اضطراب آنان کاهش محسوسی مشاهده شد. روزن بلوم و ماگورا (۱۹۹۹) در پژوهش خود بر بیماران وابسته به کوکائین به مدت ۴۸ هفته درمان شناختی- رفتاری نشان دادند که در میزان اضطراب و افسردگی آنها کاهش محسوسی مشاهده شد.

پژوهشهای متعددی نشان می‌دهد که درصد بالایی از معنادان در حال ترک، به دلیل وجود نگرانی‌های شدید، جهت تسکین به مصرف مجدد مواد مخدر روی می‌آورند (زینالی، ۱۳۸۴). در این دوره با استفاده از تکنیکهایی مانند تن آرامی و موسیقی درمانی، میزان اضطراب به طور قابل محسوسی کاهش یافت که خود موجب کنترل برخی از رفتارهای تخریبی مانند افکار نامربوط، پرخاشگری و وسوسه به مواد شد که در مجموع احتمال مصرف مجدد را کاهش داد.

اختلالات همراه با اعتیاد را کاهش و یا کنترل نماییم، فرد معتاد هم به راحتی ترک می‌کند و هم به مصرف مجدد روی نمی‌آورد. از جمله این اختلالات می‌توان به افسردگی قبل یا بعد از اعتیاد، اضطراب و انواع آن، خودپنداره منفی و عزت نفس اشاره نمود. کنترل یا کاهش هر کدام از این اختلالات در درمان یک فرد معتاد مهم است. بنابراین پیشنهاد می‌شود: ۱- دوره‌های بازتوانی را برای تمام معتادان در حال ترک (سرپایی- بستری) توسط متخصصان مجرب و کارآموزده اجرا شود؛ ۲- تحقیق مشابهی بر روی زنان معتاد انجام شود؛ ۳- این پژوهش بر روی جمعیت و نمونه وسیع تری صورت گیرد تا نتایج از اعتبار بیشتر و مطلوب‌تری برخوردار باشند؛ ۴- از ابزارهای دیگری نیز برای بررسی رابطه بین متغیرهای این پژوهش استفاده شود.

#### منابع

- ابراهیمی قوام، صغری. (۱۳۶۹). بررسی میزان اضطراب، حرمت نفس در دانش آموزان سوء استفاده جنسی نواحی سه گانه اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.
- احمدوند، محمدعلی. (۱۳۷۴). اعتیاد، سبب شناسی و درمان تهران، انتشارات دانشگاه پیام نور.
- اخوت، ولی ا... (۱۳۵۶). شناخت ویژگیهای شخصیت معتاد، بیست و پنجمین کنگره پزشکی ایران، سمپوزیوم اعتیاد.
- آملی، محمدرضا. (۱۳۸۳). پاک سازی و ایمن سازی مدارس از اعتیاد به مواد مخدر. روزنامه اطلاعات، شماره ۲۳۲۳۵.
- امینی خویی، ناصر. (۱۳۷۷). بررسی و مقایسه منبع کنترل، شیوه های مقابله‌ای و باورهای غیر منطقی افراد معتاد و عادی استان بوشهر. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.

داد که ۸۰ درصد معتادان از عزت نفس پایین، اضطراب بالا و جایگاه مهار بیرونی برخوردارند. فلیمینگ<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۸) نشان دادند افزایش معناداری در عزت نفس و کاهش افسردگی و خود پنداره منفی در گروه آزمایشی که مهارت های زندگی را آموزش دیده بودند مشاهده گردید. ذکایی (۱۳۷۹) نشان داد افراد معتاد دارای افسردگی بالا، عزت نفس پایین، جایگاه مهار بیرونی و تیپ شخصیتی A بودند. میلر (۱۹۹۵) نشان داد که اکثر افراد معتاد به دلیل مشکلات روانی اعم از افسردگی و اضطراب بالا، نداشتن اعتماد به نفس و عزت نفس پایین و اراده ضعیف به مصرف مجدد مواد مخدر روی آورده بودند. اساس توجه به مساله عزت نفس معتادان این است که آنان بتوانند با افزایش عزت نفس خویش در برابر فشار گروهی مقاومت نمایند و به سادگی تسلیم همسالان خود برای سوء مصرف مواد نگردند. پس از اتمام این دوره، میزان عزت نفس گروه افزایش معنی داری داشته است که این مساله می‌تواند عاملی جهت جلوگیری از مصرف مجدد شود. در نهایت می‌توان چنین استنباط کرد که آموزش‌های ارائه شده در مرکز اجتماع درمان مدار اهواز باعث کاهش میزان افسردگی، اضطراب، خود پنداره منفی و افزایش عزت نفس معتادان شده است. همانطور که می‌دانیم درمان اعتیاد از دو بخش درمان دارویی و غیر دارویی تشکیل می‌شود. سهم درمان‌های دارویی در حدود ۵ تا ۱۰ درصد و سهم درمان‌های غیر دارویی در حدود ۹۰ تا ۹۵ درصد درمان یک فرد معتاد است. به دلیل این که عواملی باعث شده تا معتادان کمتر از درمان‌های غیر دارویی استفاده نمایند، میزان بازگشت به مصرف مواد مخدر در معتادان ترک کرده درصد بالایی را شامل می‌شود. تحقیقات نشان داده که اگر

1. Flemin



فرجی، ماہرخ. (۱۳۸۰). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی با عزت نفس، اضطراب و افسردگی در دانش آموزان دختر پایه اول دبیرستانهای شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

فرجاد، محمدحسین. زهره وجدی وهما بهروش. (۱۳۷۴). شناخت علل، عوارض و درمان اعتیاد. تهران، انتشارات بدر.

فروغ الدین عدل، اکبر و میرجلال صدرالسادات. (۱۳۸۰). بررسی رابطه بین خود پنداره و گرایش به اعتیاد در جوانان. فصلنامه علمی پژوهشی طب و تزکیه، شماره ۴۶.

Beck, T.A & Steer, A.R. (1993). Beck depression inventory. New York: Harcourt brace joranjovich, Inc

Bukstein, O.G. (2000). Disruptive behavior disorders and substance use disorders in adolescence. Journal of psychoactive drugs, 18(6), 296- 302.

Dziladowski, A. (1999). A cognitive behavioral intervention in the context of methadone tapering treatment for opiate addiction. Clinical psychology psychotherapy.

Fliming, M.F., Barry K.L. (1998). Addictive disorders. Mosby year book.

Kadden, R & et al. (1992). Cognitive-behavioral coping skills therapy manual. National institute of Alcohol abuse and Alcoholism.

Karan, L.D., Haller, D.L. & Schnoll, S.H. (1991). Clinical text book of addictive disorders. pp.21-145-New York. Guilford.

Luthar, S.S., Merikangas, K.R. & Rounsaville, B.J. (1993). Parental psychopathology and disorder in off spring: A study of drug abusers. Journal of nervous and mental disease. 181 (6). 351 – 357.

Mcdowell, M. David., Spitz, I. Henry. (1999). substance abuse from principles to practice.

Miller, N. (1995). Addiction psychiatry. New York.

برنامه بین المللی مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۷۹). پیشگیری و درمان اعتیاد. ترجمه عبدالرسول سبحانی و حسین شجاعی، تهران، انتشارات سینا.

پورافکاری، نصرت ا... (۱۳۷۸). نشانه شناسی بیماریهای روانی. چاپ هفتم، تهران، انتشارات آزاده.

ثامتی، ناهید. (۱۳۷۵). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش حمایت اجتماعی و بررسی رابطه آن و فشارهای دانشجویی با عملکرد تحصیلی. ویژگیهای شخصیتی تیپ A، افسردگی، اضطراب و خودپنداره منفی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز.

ذکایی، آرزو. (۱۳۷۹). مقایسه هیجان خواهی، جایگاه مهار و برون گرایی معتادین مرکز خود معرف و غیر معتاد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

رحیمی موقر، آفرین و همکاران. (۱۳۷۶). راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد. تهران، انتشارات بهزیستی کشور.

رمضانی، حبیب ا... (۱۳۸۳). علل گرایش، پیشگیری و راههای درمان اعتیاد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز.

روزنامه همسایه ها. (۱۳۸۴)، شماره ۸۸۶، سال چهارم، اهواز.

زینالی، علی. (۱۳۸۴)، بررسی سبب شناختی زمینه‌های پیش اعتیادی معتادان. تهران، موسسه داریوش.

سراج خرمی، ناصر. (۱۳۸۲). شناخت، پیشگیری و درمان اعتیاد. چاپ اول، دزفول، انتشارات افهام.

شاملو، سعید. (۱۳۷۸). مراحل و فرایندهای بهبود افراد معتاد در روان درمانی. فصلنامه علمی پژوهشی مددکاری اجتماعی، شماره ۱.

فلاح زاده، علی. (۱۳۸۵). پیشگیری از اعتیاد. اهواز، انتشارات بهزیستی.

Rosenblum,A.,Magura,S ., Palliy.M. (1999).  
Enhanced treatment outcomes for cocaine using  
methadone patients drug and Alcohol  
dependence.

Siegl,J, Senna, J.J. (1997). Javenile delin  
quency. theory, practice and law . st. paul: west.

Stenroth, G., Erikson, M.,Jonson, B.,  
Billing, I & Zetterstoms , R. (1996) . Support to  
drug addicted parents : A help to the children.  
Cadin avian Journal of social medicine. 24 (3),  
157 -160.

Tschann, J.M; AdleꝛN.E. , Irwin,C.E.,  
Millstein, S.G., Turner, R.A., Kegeles,S . M.  
(1994) . Initiation of substance use in early  
adolescence: the role of pubertal timing and  
emotional distress. Vol,13.No,4, 326-333.