

«فصلنامه آموزش و ارزشیابی»
سال هفتم - شماره ۲۶ - تابستان ۱۳۹۳
ص. ص. ۱۲۵-۱۳۸

اثربخشی خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه مدت (BSFT) بر جو خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد و پیشگیری از عود^۱

فاطمه نجف‌لوی^۲
دکتر محمدرضا فلسفی‌نژاد^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۲/۳۰
تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۲/۰۹/۱۶

چکیده:

این مطالعه اثربخشی خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه مدت (BSFT)، را در بهبود جو خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد و پیشگیری از عود بررسی کرده است. روش تحقیق نیمه آزمایشی و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - آزمون مجدد استفاده شد. ۳۰ نفر از کسانی که به مراکز درمان سرپایی مراجعه می‌کردند با دارا بودن شرایط ورود به پژوهش بصورت هدفمند انتخاب شدند. همگی مردان سنین ۲۰-۳۰ سال و مجرد بودند که با خانواده اصلی خود زندگی می‌کردند. مواد مصرفی آنان افیونی و محرک یا ترکیبی بود. ۱۵ نفر از آنان به همراه پدر و مادر در گروه خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه‌مدت (BSFT) و ۱۵ نفر از آنان در گروه کنترل که درمان نگهدارنده با متادون (MMT) و درمان معمول مرکز را دریافت می‌کردند، بصورت تصادفی جایگزین شدند. افراد به مقیاس جو خانواده (FES) (موس‌وموس، ۱۹۸۶) در پیش و پس از مداخله و ۲ ماه بعد از خاتمه درمان پاسخ دادند. نتیجه تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر نشان داد که میزان انسجام، تعارض، سازماندهی و کنترل در دو گروه تفاوت معنی‌داری دارد. همچنین BSFT در کاهش میزان عود اثربخش‌تر است. نتایج بیانگر اینست که الگوی BSFT در کنار درمان‌های معمول مراکز در بهبود ابعاد جو خانواده و کاهش میزان عود کارآیی بیشتری دارند.

واژگان کلیدی: خانواده‌درمانی، راهبردی کوتاه مدت (BSFT)، جو خانواده، وابستگی به مواد، پیشگیری از عود

۱- این مقاله از رساله دکتری استخراج شده است.

۲- دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، دانش‌آموخته گروه مشاوره، تهران، ایران. نویسنده مسئول: fnajaflooy@gmail.com

۳- استادیار گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

مقدمه:

خانواده نقش اساسی در بهنجاری یا نابهنجاری اعضای خود ایفا می‌کند (سوییز و همکاران^۱، ۲۰۰۴)؛ اعضای خانواده بعنوان یک گروه، تعاملات پیچیده‌ای با یکدیگر دارند و همانطوریکه ممکن است رفتار ناسازگار از طریق روابط نادرست کودک با یکی از والدین یا هر دوی آنها شکل گرفته باشد این احتمال هم وجود دارد که متأثر از محیط کلی خانواده باشد (موسوی، ۱۳۸۳). مسأله تا آنجا اهمیت دارد که عده-ای از متخصصان روانشناختی و درمانگران خانواده بر این عقیده‌اند که بهترین ملاک و معیاری که براساس آن می‌توان کیفیت اخلاقی، اجتماعی و روانی افراد را مورد ارزیابی و دقت قرار داد، همان شبکه ارتباطی اعضای خانواده و مجموعه قوانین حاکم بر محیط و جوّ خانواده^۲ می‌باشد (موسوموس، ۱۹۸۶). به همین اعتبار، خانواده را امروزه بعنوان یک سیستم اجتماعی و ارتباطی تعریف می‌کنند که سلامت اعضای آن و به تبع آن سلامت جامعه، بازتابی از عملکرد مناسب آن خانواده تلقی می‌شود.

کارآمدی یا ناکارآمدی خانواده^۳ با عملکرد فرد در خانواده مرتبط است. این مسأله در خانواده‌هایی که دارای یک فرد بیمار یا اختلال رفتاری از قبیل سوءمصرف مواد، هستند قابل تشخیص است (بیورز^۴، ۲۰۰۳). از سوی دیگر سانتی‌استبان^۵ و همکاران (۱۹۹۷)، اظهار می‌دارند، عوامل خانوادگی می‌تواند هم عامل خطر و هم عامل حمایتی و تاب‌آور باشد به ویژه در خانواده‌هایی که در معرض فشارهای محیطی تنش‌زا قرار دارند. زمانیکه خانواده به شیوه سازگارانه عمل می‌کند می‌تواند نقش حمایتی و تسهیل‌گری را ایفا کند اما زمانیکه کارکرد آن ناکارآمد است و به شیوه ناسازگارانه عمل می‌کند نمی‌تواند از اعضای خود به ویژه فرزندان در برابر شرایط محیطی فشارزا از قبیل همسالان ضد اجتماعی، دسترسی به مواد و محله‌های جرم‌زا، حمایت کند. «کارکرد مختل خانواده» می‌تواند عامل خطری در شروع سوءمصرف مواد فرزندان شود. خانواده‌های پرخطر با تعارض، خشونت و روابطی که سرد، غیرحمایتی و طرد کننده است مشخص می‌شود. این خانواده‌ها آسیب‌هایی ایجاد می‌کنند که زمینه را برای ابتلاء به اختلالات روانی-اجتماعی و آشفتگی و از جمله سوءمصرف مواد فراهم می‌کند (رپتی و همکاران^۶، ۲۰۰۲، اسکیر و همکاران^۷، ۲۰۰۹). رپتی و همکاران (۲۰۰۲) معتقدند جوّ آشفته خانواده نقش اساسی در رشد مشکلات مربوط به مصرف الکل و سوءمصرف مواد نوجوانان ایفا می‌کند. همچنین جوّ آشفته خانواده منجر به غمگینی و افسردگی فرزندان می‌شود که افسردگی نیز با گرایش به مصرف مواد رابطه دارد (هافمن و سرین^۸، ۲۰۰۲). انسجام خانواده هم با سوءمصرف والدین و هم با سوءمصرف فرزندان رابطه دارد (بیج‌تیر و همکاران^۹، ۲۰۰۶؛ تافا و بایوکو^{۱۰}، ۲۰۰۹). فرزندان که با والدین خود احساس صمیمیت و نزدیکی نمی‌کنند به احتمال بیشتری درگیر مصرف مواد می‌شوند (هافمن و سرین، ۲۰۰۲). تعارض شدید

1- Soyes& eal.

2- family environment

3- Family function or dysfunction

4- Beavers

5- Santisteban

6- Repetti & eal.

7- Skeer& eal.

8- Haffmann & Cerbone

9- Bijttebier, Goethahals, & Ansoms

10- Tafa, & Baiocco

مشخصه خانواده‌های آشفته است (داکوف و همکاران^۱، ۲۰۰۱)؛ عدم کنترل و نظارت ضعیف والدین بر رفتارها و فعالیت‌های فرزندان، در خانواده‌های دارای فرزند سوء مصرف کننده مواد وجود دارد (لدوکس و همکاران^۲، ۲۰۰۲؛ موسوی، ۱۳۸۲). قوانین انضباطی نامناسب و کنترل نامطلوب است. هم‌بستگی در این خانواده‌ها ضعیف و درگیری بین پدر و مادر، و بین جوان معتاد و والدین نسبت به گروه عادی بطور معنی‌داری بیشتر است (موسوی، ۱۳۸۲). بررسی‌ها نشان داده است که داشتن خانواده اهل مطالعه و فعالیت‌های فرهنگی و ورزشی رابطه منفی با مصرف مواد مخدر و رفتارهای بزهکارانه دارد. ارتباط خانوادگی ضعیف و تعارض خانوادگی از عوامل خطر شروع مصرف مواد شناخته شده است (گائو و همکاران^۳، ۲۰۰۲). در مداخلات درمانی مبتنی بر خانواده، این مؤلفه‌ها مورد هدف قرار می‌گیرد.

مداخلات درمانی مبتنی بر خانواده در سه دهه گذشته رشد چشمگیری داشته است (شافر^۴، ۲۰۰۸) و مطالعات متعددی سودمندی این مداخلات را نشان داده‌اند (کامپفر و همکاران^۵، ۲۰۰۳؛ والدرون و ترنر^۶، ۲۰۰۸). از جمله رویکردهای خانواده درمانی مبتنی بر شواهد که در خصوص خانواده‌های دارای عضو معتاد بخصوص نوجوانان بکار رفته است مدل خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه مدت (BSFT)^۷ (زاپوسنیک و همکاران^۸، ۲۰۰۳) است. این مدل کوتاه مدت و خانواده محور، مداخلات ساختاری و راهبردی را باهم تلفیق می‌کند و یک مدل مشکل‌مدار و عملی را ارائه می‌دهد (رابینز^۹ و همکاران، ۲۰۱۰؛ رابینز و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۲؛ هاریگیان^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۵؛ یانگ و لانگ^{۱۲}، ۱۹۹۷؛ زاپوسنیک و همکاران، ۲۰۰۳) که مناسب خانواده‌های دارای عضو سوءمصرف کننده/وابسته به مواد است (کافمن و یوشیوکا^{۱۳}، ۲۰۰۵).

BSFT بطور ویژه بر الگوهای تکراری تعاملات خانواده تمرکز می‌کند، تعاملاتی را که در برآورده کردن نیازهای خانواده یا اعضای آن با شکست مواجه شده است، به چالش می‌گیرد. بنابراین اعتقاد براینست که روابط خانواده یک نقش محوری در تغییر مشکلات رفتاری ایفا می‌کند و در نتیجه هدف اولیه برای مداخله هستند (رابینز و همکاران، ۲۰۰۲؛ رابینز و همکاران، ۲۰۰۹؛ رابینز و همکاران، ۲۰۱۰).

در BSFT همانند دیگر مداخلات مبتنی بر خانواده اعتیاد و سوءمصرف مواد برخلاف درمان‌های سنتی در بافت خانواده دیده می‌شود. تا زمانی که ساختار تعاملات خانواده‌ای که حول محور اعتیاد شکل گرفته تغییر نکند امید چندانی به بقای درمان نمی‌توان داشت و سیستم خانواده در برابر هرگونه تغییر و حفظ تعادل مقاومت می‌کند و باعث بازگشت مجدد به اعتیاد می‌شود (کافمن و یوشیوکا، ۲۰۰۵). در BSFT

-
- 1- Dakof, Tejada & Liddel
 - 2- Ledoux, Miller, Choquet, Plant
 - 3- Guo, Hill, Hawkins, Catalan & Abbot
 - 4- Schafer
 - 5- Kumpfer, Alvarado & Whiteside
 - 6- Waldron & Turner
 - 7- Brief strategic family therapy
 - 8- Szapocznik, Hervis & Schwartz
 - 9- Robbins
 - 10- Robbins, Bachrach & Szapocznik
 - 11- Horigian
 - 12- Young & Long
 - 13- Kaufman & Yoshioka

واحد درمان خانواده است. سوءمصرف کننده به عنوان یکی از زیر منظمه‌های واحد خانواده مورد توجه قرار می‌گیرد. شخصی که دارای نشانگان است در واقع آشفتگی سیستم خانواده را منعکس می‌کند تعاملات خانوادگی با این زیر منظمه‌ها مورد توجه خانواده‌درمانی است (جانکه و هاگدورن، ۲۰۰۶؛ کافمن و یوشیوکا، ۲۰۰۵).

پژوهش‌های متعددی به بررسی سودمندی خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه مدت (BSFT)، پرداخته‌اند از جمله: رایبیز و همکاران (۲۰۰۹)، سودمندی خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه مدت (BSFT) را با درمان‌های معمول (TAU) مقایسه کرده‌اند. نتایج به دست آمده سودمندی BSFT را در مقایسه با TAU در کاهش مصرف مواد، مشکلات ارتباطی، رفتارهای پر خطر جنسی و نیز بهبود کارکرد خانواده و رفتارهای مثبت اجتماعی را نشان داد. مطالعه‌ای دیگر با شرکت ۱۰۲ نوجوان اسپانیایی (۱۱-۶) ساله که دارای مشکلات رفتاری بودند توسط زاپوسنیک و همکارانش (۱۹۸۹) انجام شد. نمونه‌ها در یکی از سه شرایط خانواده-درمانی ساختاری، درمان روان‌پویایی فردی و گروه کنترل هم‌تا قرار گرفتند. اولین یافته جالب توجه این بود که گرچه BSFT به اندازه درمان روان‌تحلیلی مؤثر بود و هر دو درمان کارآتر از گروه کنترل هم‌تا در کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی بودند اما تأثیر متفاوتی در کارکرد خانواده در ۱ سال پیگیری بعد از درمان نشان دادند. در پیگیری، داده‌ها بهبودی معنی‌داری در کارکرد خانواده (از قبیل ساختار، حل تعارض و هم‌نوایی) در خانواده‌هایی که تحت درمان BSFT بودند نشان داد. جاثوئینگ و همکاران^۲ (۱۹۹۲)، طی مطالعه‌ای تأییدی برای خانواده‌درمانی ساختاری و راهبردی بدست آوردند. در این مطالعه نمونه‌ها شامل ۱۳۴ خانواده دارای نوجوان سوءمصرف کننده مواد بین سنین ۱۱ الی ۲۰ سال بودند. نمونه‌ها در سه شرایط آزمایشی قرار گرفتند. یک گروه خانواده‌درمانی ساختاری-راهبردی، یک گروه آموزش در مورد مواد و گروه دیگر گروه درمانی دریافت کردند. نتایج مقایسه‌ای نشان داد که گروهی که خانواده‌درمانی ساختاری-راهبردی دریافت کرده بودند میزان بالاتری از پرهیز مواد را نشان دادند. علاوه بر این نتایج نشان داد که رویکرد BSFT در درگیر ساختن خانواده‌ها در درمان سودمند بوده است. سانتی‌استبان و همکاران (۲۰۰۳)، اثربخشی BSFT را بر مصرف مواد نوجوانان بررسی کردند. در این مطالعه ۷۹ نوجوان و خانواده‌هایشان بطور تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. گروه اول درمان BSFT و گروه دوم گروه-درمانی دریافت کردند. نتایج نشان داد که BSFT بطور معنی‌داری مؤثرتر از گروه کنترل در کاهش مصرف ماری جوانا بود اما تفاوتی بین دو گروه در مصرف الکل وجود نداشت. تحلیل‌های بعدی نشان داد که در بین نمونه‌های جایگزین شده در درمان BSFT ۷۵٪ بهبودی قابل اعتمادی نشان دادند و ۲۵٪ وخامت داشتند. در گروه کنترل ۱۴٪ بهبودی قابل اعتمادی داشتند و بعنوان بهبود یافته تلقی شدند و ۴۳٪ وخامت در مصرف ماری جوانا نشان دادند.

خلاً عمده در میان درمان‌های روانشناختی افراد مصرف کننده مواد عدم توجه به خانواده بعنوان واحد درمانی است. چنانکه بررسی مطالعات نشان داد، خانواده‌درمانی BSFT، در بهبود ارتباط، کاهش تعارض، افزایش هم‌نوایی، کاهش عود و غیره در خانواده‌های دارای نوجوان مصرف کننده مواد سودمند بوده است. لذا تحقیق حاضر اثربخشی BSFT در بهبود ابعاد جو خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد و پیشگیری

1- Junke, & Hagedorn

2- Joaning, Thomas, Quinn & Mullen

از عود را به آزمون گذاشته است تا در درجه اول درمانی کارآمد و سودمند در اختیار متخصصان درمان اعتیاد و خانواده‌درمانگران قرار دهد و در درجه بعدی به کاهش تقاضا و ارتقای سلامت روان خانواده‌ها و جامعه کمک کند.

در این راستا پژوهش حاضر تلاش کرد به این پرسش پاسخ دهد که آیا خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه مدت (BSFT) در مقایسه با درمان‌های نگهدارنده و درمان‌های معمول مراکز در بهبود ابعاد جو خانواده و پیشگیری از عود خانواده‌هایی که فرزند وابسته به مواد دارند سودمندی دارد؟

روش

به منظور آزمون فرضیه تحقیق از روش نیمه آزمایشی و از طرح تحقیق پیش‌آزمون - پس‌آزمون - آزمون مجدد با دو گروه استفاده شد. جامعه پژوهش شامل خانواده‌های ساکن در مناطق غرب و شرق^۱ شهر تهران است که یکی از اعضای آن (فرزند خانواده) مصرف کننده مواد است و جهت درمان به مراکز سرپایی درمان اعتیاد در مناطق یاد شده مراجعه می‌کردند. ۳۰ نفر از کسانی که واجد شرایط ورود به تحقیق بودند بعنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند.

نحوه اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا مراکز درمان سرپایی اعتیاد غیردولتی تحت نظارت بهزیستی واقع در مناطق غرب و شرق تهران شناسایی و تعدادی از این مراکز بصورت تصادفی انتخاب شدند.^۲ بصورت حضوری به این مراکز مراجعه شد و ضمن ارائه معرفی‌نامه دانشگاه درخواست همکاری جهت اجرای پژوهش شد. از میان مراکز انتخاب شده فقط ۴ مرکز اعلام آمادگی جهت همکاری نمودند. مراکز مورد نظر هر کدام بین ۲۰۰-۱۵۰ بیمار را در ماه خدمات‌رسانی می‌کردند. با همکاری مسئولین مرکز پرونده‌های مراجعه کنندگان در اختیار پژوهشگر جهت بررسی اولیه قرار گرفت و کسانی که دارای شرایط ورود به پژوهش بودند گزینش شدند. ابتدا با این افراد مصاحبه شد. در این مصاحبه هدف از انجام پژوهش و حفظ محرمانه بودن اطلاعات بیان شد و رضایت آنان جهت شرکت در برنامه درمانی جلب شد. بعد از بررسی اولیه ۳۰ نفر بصورت هدفمند انتخاب شدند. معیارهای ورود به طرح شامل: مذکر بودن فرد وابسته به مواد؛ داشتن دامنه سنی ۳۰-۲۰ سال؛ مجرد بودن؛ سطح تحصیلات حداقل دیپلم؛ وضعیت اقتصادی-اجتماعی متوسط؛ زندگی با خانواده اصلی و والدین؛ فاقد علائم تشخیصی اختلالات سایکوتیک و عدم مصرف داروهای روانپزشکی در زمان ورود به جلسه درمان؛ واجد معیارهای وابستگی به مواد بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV؛ گذراندن حداقل دو ماه از سم‌زدایی یا شروع درمان نگهدارنده با متادون.

ملاک‌های خروج از طرح شامل: اختلال شدید در کارکرد فردی، خانوادگی و اجتماعی؛ و ابتلا به بیماری‌های جسمانی خاص از قبیل HIV/AIDS یا هیپاتیت.

۱- شامل مناطق ۵، ۲۰، ۱۰، ۹، ۷، ۸، ۶، ۲۱ می باشد.

۲- با توجه به اینکه در این پژوهش گروه هدف خانواده‌هایی با پایگاه اقتصادی و اجتماعی متوسط مورد نظر بود لذا مناطق متوسط نشین شهر و مراکز واقع در این مناطق انتخاب شدند.

۱۵ نفر از افراد انتخاب شده در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر دیگر در گروه کنترل بصورت تصادفی جایگزین شدند. گروه اول علاوه بر درمان‌های معمول مرکز^۱ درمان BSFT را دریافت کردند و گروه دوم فقط درمان نگهدارنده با متادون (MMT) و درمان‌های روانشناختی معمول مرکز را دریافت کردند. گروه اول به همراه خانواده‌هایشان شامل حداقل پدر و مادر به مدت ۱۶-۱۲ جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه‌ای که هفته‌ای یک روز در مرکز درمان سرپایی برگزار می‌شد شرکت کردند. درمان بصورت انفرادی و برای هر خانواده جداگانه برگزار شد. طول کل جلسات درمان ۳-۴ ماه طول کشید. شرکت‌کنندگان هر دو گروه قبل از درمان، بعد از خاتمه درمان و ۲ ماه بعد از پایان درمان، پرسشنامه‌ای که جو خانواده را می‌سنجید، تکمیل کردند.

برنامه درمان بر اساس «راهنمای درمان اعتیاد به مواد، خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه‌مدت برای سوءمصرف مواد نوجوانان» که تحت نظارت و حمایت مؤسسه ملی سوءمصرف مواد آمریکا (NIDA) و توسط زاپوسنیک، هرویس و شوارتز (۲۰۰۳)، تألیف شده است، انجام گرفت. جهت تهیه بسته یا پروتکل درمان BSFT به سایت مؤسسه ملی سوءمصرف مواد آمریکا (NIDA) مراجعه شد و بعد از بررسی و دسترسی به این بسته از سایت مذکور تهیه و بکار گرفته شد. این پروتکل توسط متخصصان خانواده-درمانی تألیف شده است و از جمله درمان‌های خانواده محوری است که مبتنی بر شواهد است (میلر، ۲۰۰۹) و در پژوهش‌های متعددی سودمندی آن به اثبات رسیده است. با وجود این، خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه مدت تاکنون در مورد خانواده‌های ایرانی با مشکل مصرف مواد آزمون نشده است، لذا در این پژوهش نخستین بار در کار با خانواده‌های دارای عضو مصرف‌کننده مواد از این رویکرد استفاده شد. BSFT در اصل برای کار با خانواده‌های دارای نوجوان سوءمصرف‌کننده مواد تهیه و بکار گرفته شده است. ولی با توجه به اینکه در فرهنگ جامعه ایرانی عمده‌تاً فرزندان تا قبل از ازدواج و تشکیل خانواده، با خانواده‌های اصلی خود زندگی می‌کنند سن استقلال افراد نیز بالاتر است و تا زمان ترک خانواده عضوی از خانواده اصلی محسوب می‌شوند. لذا با در نظر گرفتن این تفاوت و باتوجه به اینکه این رویکرد قابل انطباق به گروه سنی بالاتر از نوجوانان نیز بود، در این پژوهش نمونه‌ها از بین افراد ۲۰ الی ۳۰ سال (که با خانواده اصلی زندگی می‌کردند) انتخاب شدند.

گام‌های مداخله در BSFT: در درمان BSFT ۶ گام اساسی برای تغییر الگوی تعاملات خانواده وجود دارد که در پژوهش حاضر در کار با خانواده‌های گروه آزمایشی از این مداخلات استفاده شد: الحاق: اولین گام در BSFT "الحاق" است. یعنی ایجاد اتحاد درمانی با هر عضو خانواده و با خانواده به عنوان یک کل. این امر مستلزم اینست که مشاور نه فقط برای هر عضو خانواده بلکه به شیوه‌ای که خانواده به عنوان یک کل سازمان یافته است توجه و پذیرش نشان بدهند. درمانگر در اولین قدم باورها و عواطف اعضای خانواده را می‌پذیرد و احترام می‌گذارد مانند احترام و پذیرش به موضع قدرت در خانواده.

۱- درمان معمول (Usual treatment) مرکز شامل ویزیت روانپزشکی و تجویز داروهای آرامبخش، مشاوره‌های فردی، تجویز متادون یا بوپره نورفین می‌باشد که برای تمامی افراد یکسان است.

هدف این گام اینست که خانواده درمانگر را بعنوان فردی که می‌تواند به او اعتماد کنند و کسی که می‌تواند خانواده را بسوی تغییرات هدایت کند بپذیرند.

به فعل در آوردن تعاملات: گام دوم شامل شناسایی نشانگان مرضی مشکل و روابط پیرامون این نشانگان مرضی است. این کار با تشویق و مجاز دانستن خانواده به رفتار کردن چنانکه معمولاً در عدم حضور مشاور رفتار می‌کنند انجام می‌شود؛ یعنی، تشویق اعضای خانواده و صحبت با یکدیگر در مورد دل مشغولی‌هایی که آنها را به درمان می‌آورد، یا هر چیز دیگری که ممکن است بخواهند با یکدیگر صحبت کنند (برخلاف تشویق اعضای خانواده که مشکل خود را به مشاور بگویند). وقتی اعضای خانواده با یکدیگر صحبت می‌کنند آنها به احتمال زیادی به شیوه معمول‌شان رفتار یا ارتباط برقرار کنند.

ردگیری و تشخیص: از مشاهده در گام دوم، درمانگر به گام ۳ و ۴ نزدیک شود تا هم نقاط قوت و هم روابط مشکل‌زا را تشخیص دهد. تأکیدات بر روابط مشکل‌زای خانواده است که با رفتارهای مشکل‌جوان مصرف‌کننده ارتباط داده می‌شود. برای مثال، اعضای خانواده ممکن است بطور مستقیم با یکدیگر صحبت نکنند یا وقتی صحبت می‌کنند ارتباطات آنها ممکن است به اندازه‌ای مبهم و نامشخص شود که برای دیگر اعضای خانواده مشکل ایجاد نکند که بدانند دقیقاً چه چیز می‌خواهد. مثال‌های دیگر روابط مشکل‌خانواده که ارزیابی می‌شود شامل: ائتلاف یک والد یا مظهر والدینی با "و جوان مشکل‌دار" در مقابل والد یا مظهر والدینی دیگر باشد؛ درگیری مناسب یا نامناسب والدین با و جوان مشکل‌دار؛ سبک‌های حل تعارض مؤثر یا نامؤثر (انکار، تعارض، اجتناب، بیراهه‌روی (انحراف)، بحث و حل تعارض)؛ عدم تناسب رشدی نقش‌های خانواده (مسئولیت‌پذیری بسیار زیاد و یا بسیار کم فرزندان، والدین از مسئولیت والدینی سرباز می‌زنند).

تدوین طرح درمان: در گام ۵ طرح درمانی تدوین می‌شود که بطور سیستمی مشکلاتی را که مستقیماً به رفتارهای مشکل‌زای جوان مصرف‌کننده مربوط می‌شود، می‌پردازد. طرح درمان استراتژی است که در آن مرتبط‌ترین مشکلاتی که در گام ۴ تعیین شده‌اند هدف اولیه مداخله قرار می‌گیرند.

بازسازی: گام ۶ "بازسازی" است که شامل پیاده‌سازی آندسته از تغییرات استراتژیک است که روابط خانواده را از مشکل به روابط مؤثر و حمایتی متقابل تغییر می‌دهد. در انجام این کار درمانگر مشکل‌مدار دارای جهت‌گیری مستقیم (مثل تغییر تعاملات از مشکل‌زا به کارآمد) و کاربردی است. راهبردهای تغییر مورد استفاده شامل تغییر معانی تعاملات از طریق مداخلات بازسازی شناختی انجام می‌شود که "چارچوب‌گیری مجدد" گفته می‌شود. چارچوب‌گیری مجدد بر آنست تا اثرات منفی تعاملات آزار دهنده خانواده را به اثرات مثبت‌تری که تعاملات را بهبود و کارآمدی را افزایش می‌دهد تغییر دهد. مداخلات دیگر شامل: ۱) هدایت کردن، تغییر جهت دادن یا راه را بر تعاملات بستن ۲) تغییر ائتلاف‌های خانواده ۳) والدین را در موقعیت قدرت قرار دادن ۴) کمک به خانواده‌ها تا مهارت‌های حل تعارض را بدست آورند ۵) ایجاد مهارت‌های مدیریت رفتار مؤثر ۶) پرورش مهارت‌های والدینی و رهبری والدین.

ابزار پژوهش: در این پژوهش از پرسشنامه جو خانواده (FES) (موس و موس، ۱۹۸۶) استفاده شد. این پرسشنامه توسط موس و موس (۱۹۸۶) با هدف شناسایی محیط خانواده تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۹۰ سؤال و ده زیر مجموعه است که ویژگی‌های محیط اجتماعی انواع خانواده‌ها را در سه بعد زیر ارزیابی می‌کند:

بعد رابطه (زیر مجموعه انسجام، بیانگری و تعارض):

- بهم پیوستگی یا انسجام: میزان تعهد، کمک و حمایتی که اعضای خانواده از دیگر اعضای آن بعمل می‌آورد.

- بیانگری: گستره‌ای که اعضای خانواده در آن برای صادقانه عمل کردن و بیان احساسات خود بصورت مستقیم تشویق می‌شوند.

- تعارض: میزان صراحتی که در ابراز خشم، پرخاشگری و تعارض میان اعضای خانواده وجود دارد.

بعد رشد فردی (زیر مجموعه استقلال، جهت‌یابی پیشرفت، جهت‌یابی فکری و فرهنگی، جهت‌یابی فعالیت‌های تفریحی و تأکیدات اخلاقی - مذهبی):

- استقلال: گستره‌ای که اعضای خانواده در آن جسارت، خودبستگی و قدرت تصمیم‌گیری دارند.

- جهت‌یابی پیشرفت: گستره‌ای که فعالیت‌هایی همچون فعالیت‌های مربوط به مدرسه و کار طبق پیشرفت‌مداری یا در محیطی رقابت‌جویانه انجام می‌شوند.

- جهت‌یابی فکری و فرهنگی: میزان علاقه‌ای که اعضای خانواده به فعالیت‌های سیاسی، اجتماعی، فکری و فرهنگی دارند.

- جهت‌یابی فعالیت‌های تفریحی: میزان مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی

- جهت‌یابی اخلاقی و مذهبی: میزان تأکید به مسائل اخلاقی و مذهبی و ارزشها.

بعد بقاء سیستم خانواده (زیر مجموعه سازمان و کنترل):

- سازمان: میزان اهمیتی که سازماندهی شفاف و ساخت‌دار در برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و مسئولیت‌های خانواده وجود دارد.

- کنترل: گستره‌ای که در آن قوانین و روش‌های مربوط به انجام هر فعالیت برای دوام زندگی خانوادگی به کار گرفته می‌شود.

از میان انواع مختلف این پرسشنامه، فرم اصلی آن که درک فرد را از محیط خانواده هسته‌ای می‌سنجد به کار گرفته شد. این پرسشنامه دو گزینه‌ای و به صورت صحیح و غلط است. این پرسشنامه به صورت خودگزارشی و توسط فرد تکمیل می‌شود و برای بزرگسالان و کودکان بالای ۱۱ ساله و بزرگتر قابل استفاده است. این پرسشنامه از ویژگی‌های روانسنجی خوبی برخوردار است. پایایی این آزمون برای کل مقیاس با اطلاعات جمع‌آوری شده از ۱۵۰۰ خانواده از سراسر آمریکا، از ۰/۶۱ تا ۰/۷۸ بدست آمده است. پایایی آن از طریق آزمون مجدد از ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ با فاصله ۲ ماه و ۰/۵۲ تا ۰/۸۹ با فاصله ۱۲ ماه به دست آمد. همبستگی این آزمون با مقیاس «روابط مثبت خانواده» از ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ در نمونه‌های پژوهشی مختلف به دست آمده است (لیدل و رو، ۱۹۹۶). پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر از طریق آلفای کربناخ ۰/۷۲ بدست آمد.

میزان عود: جهت بررسی بازگشت به مصرف مواد در طول جلسات درمانی و بعد از آن در دوره پیگیری بر اطلاعات خودگزارشی افراد نمونه تکیه شد. نمره‌گذاری بصورت ۱ و ۰ صورت گرفت. ۱ به معنای عود و ۰ به معنای عدم عود.

جهت تحلیل اطلاعات گردآوری شده با توجه به نوع طرح که تحلیل عاملی با اندازه‌های مکرر بود از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر (RMANOVA) استفاده شد. البته قبل از اجرای این

آزمون از برقراری مفروضه‌های اساسی این آزمون از قبیل همگنی واریانس‌ها، انتخاب و جایگزینی تصادفی و فاصله‌ای بودن متغیر وابسته؛ اطمینان حاصل شد. همچنین از آزمون ناپارامتریک کای اسکوئر برای مقایسه معنی‌داری تفاوت فراوانی گروه‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

این پژوهش در تلاش برای پاسخگویی به سؤال پژوهش، فرضیه‌های زیر را مورد آزمون قرار داد: فرضیه اول: جو خانواده‌های افرادی که تحت درمان BSFT بودند با افرادی که درمان معمول مرکز درمانی را دریافت کرده بودند تفاوت دارد. جهت آزمون این فرضیه ۱۵ نفر بصورت تصادفی در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. شرکت کنندگان قبل از درمان بعد از اتمام درمان و ۲ ماه بعد از خاتمه درمان به پرسشنامه FES (موس و موس، ۱۹۸۶)، پاسخ دادند و جو خانواده مورد سنجش قرار گرفت. دامنه سنی پاسخگویان بین ۲۰ تا ۳۰ سال است. میانگین و انحراف معیار سنی پاسخگویان در گروه آزمایشی به ترتیب: $M=25/7$; $SD=0/63$ و گروه کنترل $M=26/6$; $SD=0/58$ می‌باشد. با توجه به اینکه این پژوهش بدنبال بررسی پایایی تغییرات ناشی از اعمال روش خانواده درمانی بر ابعاد جو خانواده در بازه‌های زمانی پیش‌آزمون - پس‌آزمون و آزمون مجدد بوده است از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، استفاده شد. جدول زیر نتایج این تحلیل را نشان می‌دهد:

جدول ۱. میانگین و (انحراف استاندارد) گروه‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و خلاصه مقایسه میانگین گروه‌ها با RMANOVA

متغیرها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	(RMANOVA)				
آزمایشی گروه	کنترل گروه	آزمایشی گروه	کنترل گروه	آزمایشی گروه				
انسجام	۵/۳ (۲/۱)	۵/۱ (۱)	۷ (۱/۱)	۵ (۰/۷)	۶ (۰/۷)	۵ (۱)	۱۰/۸	۰/۳
بیانگری	۵ (۱)	۴/۶ (۱/۴)	۵/۳ (۱)	۵/۳ (۱/۲)	۵ (۱/۱)	۴/۲ (۱/۳)	۲/۶	۰/۱۱
تعارض	۴ (۱/۸۰)	۴/۲ (۱/۳)	۲/۶ (۱)	۴/۴ (۱/۵)	۲/۵ (۱/۱)	۴/۳ (۱/۲)	۶/۸	۰/۰۱
استقلال	۵/۲ (۱/۶)	۴/۶ (۱/۵)	۵/۵ (۱/۵)	۴/۳ (۱/۴)	۵/۲ (۱/۴)	۴/۶ (۱/۴)	۲/۲	۰/۱۴
جهت‌یابی پیشرفت	۵ (۱/۵)	۴/۶ (۱/۳)	۵/۱ (۱/۱)	۴/۸ (۰/۸)	۵/۲ (۲/۱)	۴/۶ (۰/۹)	۱/۲	۰/۲۶
جهت‌یابی منطقی - فرهنگی	۴ (۱/۷)	۳/۱ (۱/۵)	۳/۹ (۱/۲)	۳/۲ (۱/۱)	۳/۸ (۱/۱)	۳/۱ (۱/۵)	۲/۴	۰/۱۲
جهت‌یابی فعالیت‌های تفریحی	۳/۸ (۰/۹)	۳/۴ (۰/۷)	۴/۱ (۰/۷)	۳/۴ (۰/۸)	۳/۹ (۰/۹)	۳/۶ (۰/۸)	۳/۷	۰/۰۶
جهت‌یابی مذهبی	۵/۲ (۱)	۵/۲ (۱)	۵/۲ (۰/۶)	۵/۴ (۰/۸)	۵/۲ (۰/۸)	۵/۱ (۱)	۰/۰۴	۰/۸۲
سازماندهی	۵ (۱/۷)	۴/۲ (۱/۴)	۶/۴ (۱/۳)	۵ (۰/۷)	۶ (۰/۷)	۵ (۱)	۱۱/۲	۰/۰۲
کنترل	۳/۸ (۱/۹)	۳/۱ (۱/۱)	۵/۸ (۱/۳)	۵/۳ (۱/۲)	۵ (۱/۱)	۴/۲ (۱/۳)	۲۲/۷	۰/۰۰۱

$P < 0/001$

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و همچنین نتیجه تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر را نشان می‌دهد. تفاوت میانگین دو گروه در متغیرهای انسجام، تعارض، سازماندهی و کنترل در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار است. به عبارتی دیگر؛ خانواده-درمانی راهبردی کوتاه مدت (BSFT) در مقایسه با درمان‌های معمول مرکز در بهبود انسجام، کاهش

تعارض، بهبود سازماندهی و کنترل خانواده سودمند بوده است. ولی تفاوت میانگین گروه‌ها در متغیرهای بیانگری، استقلال، جهت‌یابی پیشرفت، جهت‌یابی منطقی- فرهنگی، جهت‌یابی فعالیت‌های تفریحی و جهت‌یابی مذهبی در سطح خطای کمتر از $0/05$ معنی‌دار نیست. آزمون تقابل میانگین‌ها این تفاوت را در شرایط پیش‌آزمون و پس‌آزمون در کلیه متغیرها معنی‌دار نشان داد ولی تفاوت پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار نبود که بیانگر تأثیر مداخله در پس‌آزمون و پایداری نتایج در پیگیری است. فرضیه دوم: خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه مدت (BSFT) با درمان نگهدارنده و معمول مرکز در کاهش میزان عود تفاوت دارد.

دو ماه بعد از خاتمه درمان و اجرای پس‌آزمون به منظور بررسی تأثیر مداخلات در کاهش میزان عود یا لغزش، پیگیری به عمل آمد و میزان عود یا پاک‌ی در گروه‌های آزمایش و کنترل بررسی شد. جدول زیر نتیجه آزمون کای اسکور را نشان می‌دهد:

جدول ۲- فراوانی متغیر عود در گروه‌ها و آزمون معنی‌داری تفاوت فراوانی گروه‌ها

متغیر	گروه		کل	X ²	df	Sig.
	آزمایش	کنترل				
عود	۲	۸	۱۰	۵/۴	۱	۰/۰۲
پاک‌ی	۱۳	۷	۲۰			
کل	۱۵	۱۵	۳۰			

جدول ۲ نشان می‌دهد، در گروه آزمایش از میان ۱۵ نفر ۱۳ نفر پاک‌ی داشتند و ۲ نفر دچار لغزش شده‌اند. در گروه کنترل ۸ نفر پاک‌ی داشتند و ۷ نفر لغزش داشتند. جدول بالا نشان می‌دهد، تفاوت میان گروه‌ها با $X^2(5/4) < 0/05$ معنی‌دار است. با توجه به فراوانی گروه‌ها در جدول فوق انجام مداخله BSFT در مقایسه با گروه کنترل در کاهش عود و مانایی موثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه مدت در بهبود جو خانواده‌های دارای عضو سوءمصرف کننده مواد و کاهش عود انجام شد. پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این پرسش بود که آیا الگوی خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه مدت BSFT در بهبود جو خانواده‌های دارای عضو سوءمصرف کننده مواد سودمندی دارد؟ لذا فرضیه‌های متناظر با آن تدوین شد. جهت آزمون فرضیه پژوهشی طرح آزمایشی با گروه کنترل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری) طراحی شد. شرکت‌کنندگان این طرح خانواده‌هایی بودند که به یک مرکز درمان سرپایی مراجعه می‌کردند. ۱۵ نفر به همراه خانواده‌هایشان شامل پدر، مادر و فرد مصرف کننده مواد در گروه آزمایش که علاوه بر دریافت درمان‌های معمول مرکز BSFT دریافت کردند و ۱۵ نفر نیز که فقط درمان‌های معمول مرکز و درمان نگهدارنده با متادون MMT دریافت می‌کردند در گروه کنترل بصورت تصادفی جایگزین شدند. در قبل از شروع مداخله، بعد از خاتمه و ۲ ماه بعد از پایان مداخله جو خانواده از طریق مقیاس جو خانواده (FES)، مورد سنجش قرار گرفت. بعد از گردآوری داده‌ها، از طریق آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر بعد از اطمینان از برقراری مفروضه‌های آماری این آزمون، مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان که الگوی درمانی BSFT در بهبود انسجام، کاهش تعارض، سازماندهی و کنترل سودمندی داشت. این پژوهش دربردارنده چند یافته مهم می‌باشد:

نتیجه این پژوهش همسو با یافته‌های رایینز و همکاران (۲۰۰۹)؛ زاپوسنیک و همکارانش (۱۹۸۹)؛ جائوئینگ و همکاران (۱۹۹۲)؛ سانتی‌استبان و همکاران (۲۰۰۳)؛ زاپوسنیک و ویلیامز (۲۰۰۰)؛ اثربخشی الگوی خانواده‌درمانی BSFT را در کار با خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد نشان داد. مجموعه این یافته‌ها می‌تواند تأییدی بر الگوی BSFT بعنوان یک درمان کارآمد و متناسب برای خانواده‌هایی با عضو مصرف‌کننده مواد باشد. دوم؛ این الگو در افزایش بهم‌پیوستگی یا انسجام، تعهد، کمک و حمایت اعضای خانواده از یکدیگر مفید بوده است. همچنین در کاهش تعارض و درگیری و بیان آزادانه احساس خشم سودمند بوده است. ایجاد ساختار روشن و شفاف در سیستم خانواده بعنوان یک کل و درمیان زیر سیستم‌ها همچنین در افزایش توان نظارتی والدین و کنترل فعالیت‌های فرزندان سودمند بوده است. با توجه به اینکه هدف الگوی BSFT تغییر الگوی تعاملات ناسازگار به تعاملات سازگار است از شیوه‌های مشخصی برای ایجاد تغییر استفاده شد همچنین با توجه به اینکه این الگو کوتاه مدت و مشکل‌مدار است مستقیماً آندسته از مشکلاتی که با مصرف مواد در ارتباط بود هدف قرار داد. یافته‌های این پژوهش الگوهایی که پیرامون مشکل مصرف مواد فرزند خانواده ایجاد شده بود شناسایی کرد و به طرح درمان کمک نمود. قاب‌گیری مجدد حالات منفی، احساسات خشم و سرزنش باعث تغییر در دیدگاه شناختی اعضای خانواده نسبت به رفتار و احساس هم‌دیگر شد این تغییر دیدگاه باعث کاهش تعارض، نزدیک شدن اعضا به هم و یافتن راه‌حل‌های مؤثر برای حل مشکل خانوادگی شد. بازسازی سلسله مراتب قدرت و رهبری در خانواده و تعریف مجدد مرزها و شکستن ائتلاف‌های میان نسلی و تقویت اتحادهای نسلی باعث افزایش انسجام و بهبود سازمان خانواده شد همچنین با تقویت اتحاد والدین و قدرت آنها، توانایی کنترل و نظارت بر فعالیت‌های فرزندان افزایش یافت. محقق انتظار داشت بدنبال تغییر در این الگوهای تعاملی میزان توجه و همراهی عاطفی و تغییر در نقش‌ها و مسئولیت‌ها و افزایش استقلال زیر منظومه‌ها و ابراز شفاف احساسات رخ دهد که این اتفاق نیفتاد. طبق الگوی BSFT تغییر در یک بعد باعث تغییر در ابعاد دیگر می‌شود یا تغییر در آن را تسهیل می‌کند لذا پیش‌بینی می‌شود بعد از اینکه خانواده الگوهای جدید رفتار را یاد گرفتند جهت تسلط بر الگوهای جدید تعامل و تعمیم به رفتارهای دیگر نیاز به گذشت زمان داشته باشند.

همچنین در این پژوهش اثربخشی درمان افرادی که علاوه بر درمان نگهدارنده، خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه مدت (BSFT)، دریافت کرده بودند و گروهی که فقط درمان نگهدارنده با متادون و درمان معمول مرکز را دریافت کرده بودند، در کاهش فراوانی لغزش یا عود مورد مقایسه قرار گرفت. نتیجه تحلیل نشان داد که تفاوت میان گروه‌ها معنی‌دار است و با توجه به فراوانی میزان لغزش و پاک‌ی در گروه‌ها مداخله BSFT در کاهش لغزش و مانایی مؤثرتر بوده است. کاهش فراوانی لغزش پیش‌آگهی مناسبی در موفقیت مداخله در پیشگیری از عود است. سازوکار تأثیر خانواده‌درمانی بر کاهش احتمال عود با توجه به دیدگاه سیستمی قابل تبیین است.

از دیدگاه سیستمی، خانواده به عضوی که قبلاً مصرف‌کننده مواد بوده است و با اعتیاد خود باعث حفظ تعادل خانواده می‌شده است برای رفتار به شیوه گذشته و معمول فشار وارد می‌کند و با توجه به اینکه قدرت سیستم بیش از قدرت فرد برای مقاومت در برابر تغییر است لذا باعث می‌شود تا فرد به الگوی قبلی بازگشت کند و عود رخ دهد. بر اثر مداخله درمانی، تغییر در کل سیستم اتفاق می‌افتد و فرد و

خانواده شیوه‌های جدید رفتار و تعامل را یاد می‌گیرند در نتیجه مانع عود که پاسخی به شرایط گذشته بوده است، می‌شود. البته باید توجه داشت که لغزش در فرایند درمان رخ می‌دهد و درمان فرایندی تدریجی است که انتظار می‌رود با تغییر در الگوهای تعاملی در میان اعضای خانواده و یادگیری الگوهای جدید رفتار، با گذشت زمان میزان عود کاهش یابد و فرد به بهبودی پایدار دست یابد.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش نحوه بررسی رخداد عود یا لغزش است. در مراکز درمان سرپایی از کیت‌های مخصوص برای بررسی عود مصرف کنندگان مواد افیونی استفاده می‌کردند و اغلب نتیجه آزمایش توسط مراجعین دستکاری می‌شد و علیرغم وجود لغزش نتیجه منفی نشان می‌داد همچنین در مورد مصرف کنندگان مواد غیرافیونی تأثیر مصرف مواد از طریق آزمایش نشان داده نمی‌شود لذا در این پژوهش به خودگزارشی شرکت کنندگان مبنی بر لغزش یا عدم لغزش اکتفا شد.

با توجه به اینکه خانواده نقش اساسی در شروع و تداوم و ابقاء مصرف مواد ایفا می‌کند نقش محوری نیز در درمان دارد. از سویی دیگر درمان‌های مبتنی بر الگوی ساختاری / راهبردی به ویژه الگوی BSFT در بهبود الگوی تعاملات ناسازگار خانواده دارای فرزند وابسته به مواد سودمندی دارد، لذا به درمانگران و متخصصان حوزه اعتیاد و خانواده درمانگران پیشنهاد می‌شود مداخلات مبتنی بر خانواده به ویژه الگوی BSFT را مورد توجه قرار دهند.

درمان نگهدارنده با متادون شاید در کوتاه مدت در پیشگیری از وسوسه مصرف مفید باشد ولی در بلند مدت درمان مکفی نیست. طبق یافته‌ها در کنار درمان مبتنی بر خانواده می‌تواند اثربخشی بالایی در کاهش عود داشته باشد. به درمانگران حوزه اعتیاد پیشنهاد می‌شود در رویکردهای درمانی خود تجدید نظر نموده و در کنار درمان‌های دارویی (برای مصرف کنندگان مواد افیونی)، درمان غیردارویی به ویژه خانواده‌درمانی را در برنامه درمانی خود لحاظ کنند. همچنین از آنجایی که مصرف کنندگان مواد روانگردان فاقد درمان دارویی مشخص می‌باشند درمان خانواده اهمیت بیشتری پیدا می‌کند.

منابع

- موسوی، اشرف‌السادات. (۱۳۸۳). **خانواده درمانی کاربرد با رویکرد سیستمی**. تهران: ناشر، دانشگاه الزهراء؛ چاپ دوم.
- موسوی، اشرف‌السادات. (۱۳۸۲). بررسی کمی/کیفی عملکرد خانواده معتادان جوان. **مطالعات زنان**، ۱(۳): ۶۰-۸۸.
- Beavers, W. R. (2003). Functional and Dysfunctional Families. In G. P. Sholevar, & L. D. Schworeri (Eds.), **Textbook of family and couples therapy** (35-54). Washington Dc: American Psychiatric publishing Inc.
- Bijttebier, P; Goethahals, E; & Ansoms, S. (2006). Parental Prinking as a risk factor for children`s maladjustment: The mediating role of family environment. **Psychology of Addictive Behaviors**, 20 (2):126-130.
- Dakof, G. A; Tejada, M; & Liddel, H. A. (2001). Predictors of engagement in adolescent drug abuse treatment. **American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**. 40 (3): 274-281.
- Guo, J; Hill, K; Hawkins, D; Catalano, R; & Abbot, R. (2002). A developmental analysis of socio-demographic family, and peer effect on adolescent illicit drug initiation. **American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 41 (7): 838-845.
- Haffmann, J. P; & Cerbone, F. G. (2002). Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: An event history analysis. **Drug Alcohol Depend**, 66 (3):255-64.
- Horigian, V.E; Soares-Morales, L; Robbins, M. S; Zarate, M; Mayorga, C. M; Mitrani, V.B, Zapocznik, J. (2005). Brief strategic family therapy for adolescents with behavior

- problems. In J. L. Lebow (Eds), **Handbook of clinical family therapy** (73-101). Hoboken, New Jersey: Jon willy & Sons.
- Joaning, H; Thomas, F; Quinn, W; & Mullen, R. (1992). Threating adolescent drug abuse: A comparison of family systems therapy, group therapy, and family drug education. **Journal of Marital and Family Therapy**, 18: 345-356.
- Junke, G. A.; & Hagedorn, W. B. (2006). **Counseling addicted families: an integrated assessment and treatment model**. Routledge: Taylor & francis group.
- Kaufman, E & Yoshioka.M. (2005). **Substance abuse treatment and family therapy: A treatment improvement protocol (TIP 39)**. Rockvill, MD. 20857.
- Kumpfer, K. L; Alvarado, R; Whiteside, H. O. (2003). Family-based intervention for substance use and misuse prevention. **Prevention Substance Use & Misuse**, 38, (11-13):1759-1789.
- Ledoux, S; Miller, P; Choquet, M; Plant, M. (2002). **Family structure, parent-child relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and United Kingdom**. q. 37 (1): 52-60.
- Liddle.H & Rowe (1996). **Family measures in drug abuse prevention research** .NIDA.
- Miller, p. m. (2009). **Evidence- Based addiction treatment**. Academic press in.
- Moos, R. H; & Moos, B. S. (1986). **Family Environment Scale Manual**. 2nd Ed. Palo Alto.CA: Counsulting Psychologists Press.
- Repetti, R. L; Taylor, Sh. E; & Seeman. T. E. (2002). Risky families: family social environment and the mental and physical health of offspring. **Psychological Bulletin**, 128 (2): 330-360.
- Robbins, M. S; Alonso, E; Horigian, V. E; Bachrach, K; Burlew, K; Carrion, I. S; Hodgkins, C.C; Miller, M; Schindler. E; VanDeMark, N; Henderson, N; & Szapocznik, J. (2010). **Transporting clinical research to community settings: designing and conducting a multisite trial of brief strategic family therapy**. **Addiction Science & Clinical Practice**.
- Robbins, M. S; Bachrach, K; & Szapocznik, J. (2002). Bridging the research-practice gap in adolescent substance abuse treatment: the case of brief strategic family therapy. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 23: 123-132.
- Robbins, M. S; Szapocznik, J; Horigian.E; Feaster, D; Puccinilli, M; Jacobs, P; Burlew, k; Werstlien, R; Bachrach, K; & Brigham, G. (2009). Brief strategic family therapy for adolescent drug abuser: A multisite effectiveness study. **Contemporary Clinical Trials**, 30:269-278.
- Santisteban, D. A; Coatsworth, J. D; Prez-vidal, A; Kurtines, W. M; Schwartz, S. J; & Szapocznik, J. (2003). The efficacy of brief strategic family therapy in modifying adolescent behavior problem and substance use. **Journal Of Psychology**, 17:121-133.
- Santisteban, D. A; Coatsworth, J. D; Prez-vidal, A; Mitrani, V; Jean-Gilles, M; & Szapocznik, J. (1997). Brief structural/strategic family therapy with African American and Hispanic high-risk youth. **Journal of Community Psychology**, 25 (5): 453-471.
- Schafer, G. (2008). Multiple family group therapy in a drug an alcohol rehabilitation center: resident experiences. **Australian & New Zealand Journal of Family therapy**, 29 (2): 88-96.
- Skeer, M; McCornick, M; Normal, S. T; Buka, S. L; & Gilman, S. E. (2009). A Prospective study of familial conflict psychological stress and the development of substance use disorders in adolescence. **Drug and Alcohol Dependence**, 104 (1-2):65-72.
- Soyes, V; Tatrai; H; Broekaert, E; & Bracke, R. (2004). The implementation of cintexual therapy in the therapeutic community for substance abuser: a case study. **Journal of Family Therapy**, 26: 286-305.
- Szapocznik, J; Hervis, O. E; & Schwartz, S. (2003). Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse (NIH Publication No. 03-4751). **NIDA Therapy Manuals for Drug Addiction**. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

- Szapocznik, J; & Williams, R. (2000). Brief strategic family therapy: Twenty- five years if interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problem and drug abuse. **Clinical Child and Psychology Review**, 3 (2): 117-134.
- Szapocznik, J; Perez-vidal, A; Brickman, A; Foote, F. H; Santisteban, D; Hervis, O. E. (1988). Engaging adolescent drug abuser and their families into treatment: A strategic-structural system approach. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 56: 552-557.
- Tafa, M; & Baiocco, R. (2009). Addictive behavior and family functioning during adolescence. *The American journal of family therapy*, 37 (5): 388.
- Waldron, H. B; & Turner, C. W. (2008). Evidence-based psychosocial treatment for adolescent substance abuse. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, 37 (1):, 238-261.
- Young, M; & Long, L. (1997). **Counselling and therapy for couples**. Brook: Cole publishing Company.

