

## اثربخشی حل مسأله هدایت‌شده نوجوان بر ولع، باورها و روش‌های مقابله‌ای نوجوانان سوء مصرف‌کننده مواد

دکتر پروانه محمدخانی<sup>(۱)</sup>، لیلا محمدی<sup>(۲)</sup>، دکتر هدیه آزادمهر<sup>(۳)</sup>، سمیه تقی‌زاده<sup>(۴)</sup>، درسا بهارلو<sup>(۵)</sup>

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف پاسخ‌گویی به این پرسش انجام شد که آیا مداخله حل مسأله هدایت‌شده، بر کاهش ولع مصرف، باورهای مربوط به مواد و سبک مقابله‌ای در نوجوانان سوء مصرف‌کننده مواد مؤثر است؟ **روش:** در یک طرح شبه‌تجربی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد، ۳۰ نفر از نوجوانانی که به دلیل رفتار بزهکارانه، ساکن کانون اصلاح و تربیت تهران بودند، هم‌تا شدند و هر جفت به‌طور تصادفی در یکی از گروه‌های آزمایش یا شاهد قرار گرفتند. تمام این نوجوانان در یک سال گذشته سابقه مصرف دست‌کم یک ماده را داشتند. برای ارزیابی این افراد از ابزارهای راهبردهای مقابله‌ای (CS)، پرسشنامه باورهای مرتبط با مواد (DBQ)، پرسشنامه ولع مصرف (CAQ) و تشخیص آزمایشگاهی استفاده شد. در گروه آزمایش، مداخله حل مسأله هدایت‌شده نوجوان، در ۵ هفته پیاپی، هر هفته یک جلسه ارائه شد. در هر جلسه، ۹۰ دقیقه به مداخله و ۳۰ دقیقه به ارزیابی‌ها اختصاص داشت. سه هفته بعد از آخرین جلسه مداخله، دوباره برای هر دو گروه آزمایش و شاهد پس‌آزمون اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون معناداری بالینی شاخص تغییر پایا و تحلیل کواریانس استفاده شد. **یافته‌ها:** در گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد، ولع مصرف و باورهای مربوط به مواد کاهش معنادار بالینی و سبک مقابله‌ای ابراز هیجانی کاهش معنادار آماری نشان داد. **نتیجه‌گیری:** مداخله حل مسأله هدایت‌شده نوجوان بر بهبود سبک‌های مقابله‌ای نوجوانان دچار سوء مصرف مواد مؤثر است. ابراز هیجانی نقش محوری در کاهش ولع مصرف و باورهای مصرف‌کننده مواد دارد.

**کلیدواژه:** حل مسأله هدایت‌شده نوجوان؛ سوء مصرف؛ ولع مصرف؛ باورها و راهبردهای مقابله‌ای

[دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۲/۹؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۹/۱۰]

### مقدمه

آسیب‌های مغزی و عصب‌شناختی (۱۰) است. یکی از مهم‌ترین راهبردها در پیشگیری از اعتیاد، تغییر نگرش‌های مثبت و تثبیت نگرش‌های منفی نسبت به مصرف مواد است. نگرش یعنی باورهای فرد در مورد نتیجه و عاقبت هر کار و ارزشی که فرد برای این نتیجه قائل است. نگرش‌ها دلایل منطقی بروز رفتارهای هر فرد هستند (۱۱). عوامل بسیاری بر نگرش افراد تأثیر می‌گذارد. یکی از این عوامل دانش و اطلاعات فرد در حوزه‌های مختلف است. احتمال مصرف مواد و ابتلاء به وابستگی به مواد در افرادی که نسبت به مواد

یکی از نگرانی‌های اخیر سلامت عمومی مصرف‌کننده مواد در نوجوانان است (۱). بر پایه اظهارات مرکز ملی سوء مصرف مواد<sup>۱</sup>، شیوع مصرف مواد در سال‌های اخیر افزایش یافته است و مصرف مواد در سن پایین با مخاطراتی همراه است که پیامدهای آن شامل مشکلات رفتاری، مثل جرم و خشونت (۲، ۳)، مشکلات هیجانی و جنسی (۴)، افزایش و پایداری وابستگی به مواد در بزرگسالی (۵، ۶)، تزیق مواد در بزرگسالی (۷)، مشکلات ارتباطی و شغلی (۸)، تصادف (۹) و

(۱) دکترای روانشناسی، استاد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد؛ (۲) دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انستیتو روانپزشکی تهران. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، کوچه شهید منصوری، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انستیتو روانپزشکی تهران. دورنگار: ۰۲۱-۶۶۵۰۶۸۵۳ (نویسنده مسئول) E-mail: leila.mohamadi36@yahoo.com؛ (۳) دکترای روانشناسی، دانشگاه هایدلبرگ آلمان؛ (۴) کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل؛ (۵) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انستیتو روانپزشکی تهران.

است. البته ولع مصرف در مورد هروئین و کراک بسیار متغیر و در مورد تریاک یا الکل پایدار است (۱۹).

پیامدهای ناشی از مصرف مواد در نوجوانان ضرورت تدوین گستره وسیعی از برنامه‌های پیشگیری، مداخله و درمان را ایجاد می‌کند. اما نیمی از برنامه‌های مداخله‌ای دولت‌ها برای درمان نوجوانان معتاد موفق نیست. در ایالات متحده آمریکا، در سال ۲۰۰۹، تنها ۳۹ درصد از کودکان ۱۲-۲۰ ساله مصرف‌کننده مواد، به صورت موفق از مداخلات درمانی خارج شدند، ۴۸ درصد در درمان ناموفق بودند و نتوانستند برنامه درمانی را تا انتها ادامه دهند و ۱۳ درصد باقی‌مانده نیز با اینکه برنامه درمانی خود را تغییر دادند، ناموفق بودند (۲۰). مطالعه دیگری تأثیر درمانی متوسط حدود ۴۰ درصد را نشان داد (۲۱).

درمان‌های سوء مصرف مواد ابتدا شامل ترک تهاجمی و احتمالاً شکستن رویکردهای دفاعی در افراد سوء مصرف‌کننده مواد بود (۲۲). تمام برنامه‌های درمانی ویژه بزرگسالان بود و برای نوجوانان، یا برنامه‌های مختص بزرگسالان به صورت نامتناسبی اجرا می‌شد یا آنان را در مراکز تأدیبی اصلاح و تربیت نگهداری می‌کردند (۲۳). در دهه ۱۹۵۰، مسئولان کلیسا و بیمارستان‌ها اظهار داشتند نوجوانان معتاد نباید مانند بزرگسالان درمان شوند و باید درمان‌های اختصاصی و ویژه‌ای دریافت کنند. بیمارستان ریورساده<sup>۶</sup> در نیویورک، در سال ۱۹۵۲، به عنوان اولین مکان درمانی، زادگاه درمان‌های ویژه نوجوانان معتاد بود (۲۳). اگرچه پس از آن، درمان‌های ویژه نوجوانان ایجاد شد، تا دهه ۱۹۸۰، برای درمان نوجوانان، همچنان از روش‌های درمانی بزرگسالان استفاده می‌شد. بررسی‌ها نشان می‌داد شیوه ظهور اعتیاد در نوجوانان، با بزرگسالان متفاوت است. برای مثال، نوجوانان بیشتر مواد را به صورت تفریحی مصرف می‌کنند و این موضوع کمتر به عنوان یک مشکل شناخته می‌شود و این افراد، در مقایسه با بزرگسالان، مشکلات روانپزشکی بیشتری دارند (۲۴). شیوه‌های درمانی کاربردی در درمان نوجوانان شامل خانواده‌درمانی (۲۵)، درمان فردی و گروه‌درمانی (۲۶)، درمان ۱۲ گام (۲۷)، درمان اجتماع‌مدار (۲۸) و دارودرمانی (۲۹) است. در حال حاضر، شناخته‌شده‌ترین شیوه‌های درمان

مخدر نگرش‌ها و باورهای مثبت دارند، بیشتر از کسانی است که نگرش‌های منفی یا خنثی دارند (۱۱).

به علاوه، افکار نوجوانان بیش از بزرگسالان تحت تأثیر همسالان است (۱۲) و این گروه بیشتر دنبال لذت‌های فوری هستند (۱۳). بنابراین، شروع مصرف مواد در بین همسالان شایع‌تر از مصرف آن به تنهایی است. تقریباً تمام مشکلات روزمره زندگی در بطن محیط اجتماعی اولیه فرد، شامل اعضای خانواده و دوستان، اتفاق می‌افتد. مهارت‌های حل مسائل اجتماعی رفتارهای مشکل‌ساز، از جمله سوء مصرف مواد، را پیش‌بینی می‌کند (۱۴). مدل‌سازی اجتماعی<sup>۱</sup> نشان داده است نوجوانان مبتلا به سوء مصرف مواد و انحرافات اخلاقی<sup>۲</sup>، به آموزش حل مشکل اجتماعی یا آموزش مهارت‌های اجتماعی نیاز دارند (۱۵). پژوهشگران نشان داده‌اند الگوی آموخته‌شده کنار آمدن نقش مهمی در مصرف مواد ایفا می‌کند. کودکانی که سرشت ویژه‌ای دارند (مثل انگیزش زیاد)، ممکن است وقتی در موقعیت حل مسأله قرار می‌گیرند، خشم و درماندگی بیشتری احساس کنند و بنابراین، تمایل بیشتری داشته باشند تا از مواد برای کنار آمدن با چنین هیجان‌هایی استفاده کنند. اگر این کودکان یاد بگیرند با مشکلاتشان بهتر کنار بیایند، ممکن است کمتر مایل باشند به عنوان یک راهکار اجتنابی، مواد مصرف کنند (۱۶).

همچنین در ارتباط با وابستگی روانی به مواد و عود<sup>۳</sup>، چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۴</sup> (DSM-IV) (۱۷)، حس ولع<sup>۵</sup> مصرف را موضوع مرکزی و عامل اصلی ادامه سوء مصرف و همچنین بازگشت اعتیاد پس از دوره‌های درمانی معرفی کرده است. برخی از مراجعان وسوسه یا ولع مصرف را میل به مصرف تعریف می‌کنند. بنابراین تجربه فاعلی یا فردی آگاهانه هسته اصلی این احساس است. برخی هم ولع را یک حالت روانشناختی می‌دانند که در آن فرد خواهان مصرف مواد است (۱۸). هر چند ارزیابی و سنجش تغییرات مربوط به ولع روی گستره زمانی، در شرایط زندگی واقعی بیمار، دشوار است، روش‌های جدید پژوهشی که در زمان‌های مختلف، میزان ولع را در فرد ارزیابی می‌کنند، نشان داده‌اند زمان‌های مختلف روز از نظر قدرت پیش‌بینی شدت ولع، متفاوت هستند (۱۹). بنابراین در مبحث سوء مصرف مواد، توجه به هر دو بُعد، یعنی پایداری و تغییرپذیری نسبت به محرک‌های خارجی و داخلی، مهم

1- social modeling  
2- obliquity  
3- relapse  
4- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition  
5- craving  
6- Riversad

مجموعه‌ای از مداخله‌ها در مورد حل مسئله اجتماعی، مهارت‌های مقابله‌ای و مهارت‌های ارتباطی است (۳۸).

پژوهش حاضر با هدف پاسخ‌گویی به این پرسش طراحی شد که آیا مداخله حل مسئله هدایت‌شده نوجوان بر کاهش یا قطع سوء مصرف مواد و روش‌های کلی آنها در مقابله با استرس در مراجعان مبتلا به سوء مصرف مواد مؤثر است؟

### روش

از ۲۵۰ پسر ۲۰-۱۴ ساله که به دلیل رفتار بزهکارانه و جرم در کانون اصلاح و تربیت تهران به سر می‌بردند، ۱۹۸ نفر سابقه سوء مصرف مواد داشتند و از میان آنان ۵۲ نفر حداقل یک سال و بیشتر وابستگی به مواد داشتند. جامعه پژوهش حاضر شامل این ۵۲ نوجوان بود که حداقل در طول یک سال گذشته دچار سوء مصرف یک ماده (مثل شیره و تریاک) بودند. حجم نمونه بر اساس جدول کوهن<sup>۶</sup> و با توان آزمون ۰/۸۰، سطح آلفای ۰/۰۵ (آزمون دوطرفه) و اندازه اثر ۰/۶ تعیین شد. از روی شماره پرونده‌ها، به صورت تصادفی ۳۰ نفر انتخاب شدند. این ۳۰ نفر تا پایان درمان در کانون اصلاح و تربیت و بنابراین، در پژوهش حاضر حضور داشتند. ۳۰ فرد انتخاب‌شده بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مثل سن، تحصیلات و طبقه اقتصادی-اجتماعی - که بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده (۱۶) ممکن است بر نتایج پژوهش اثرگذار باشند- با هم همتا شدند. سپس هر جفت هم‌تاشده به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و شاهد اختصاص یافتند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از حداقل سابقه یک سال مصرف مواد، نمره ولع مصرف بالاتر از نقطه برش در پرسشنامه ولع مصرف (CAQ)<sup>۷</sup>، سن ۲۰-۱۴ سال و جنسیت مذکر.

پس از انتخاب و جایگزینی تصادفی افراد نمونه در گروه آزمایش و شاهد، از هر دو گروه پیش‌آزمون به‌عمل آمد. در گروه آزمایش، مداخله حل مسئله هدایت‌شده نوجوان، در ۵ هفته پیاپی، هر هفته یک جلسه، ارائه شد. در هر جلسه، ۹۰ دقیقه به مداخله و ۳۰ دقیقه به ارزیابی‌ها اختصاص داشت. حین مداخله، گروه شاهد در برنامه‌های روزانه، شامل شرکت

فردی و گروه‌درمانی، شامل درمان شناختی-رفتاری، مصاحبه انگیزشی و تقویت نسبی رفتار است. درمان شناختی-رفتاری به نوجوانان کمک می‌کند تا در مواجهه با عوامل تحریک‌کننده مصرف مواد، از طریق آموزش خودتنظیمی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و حل مسئله مقابله کنند (۳۰).

لیپسی<sup>۱</sup> و همکاران فراتحلیلی درباره مقایسه برنامه‌های درمانی مختلف برای نوجوانان معتاد انجام دادند تا نشان دهند کدام برنامه درمانی نتایج بهتری دارد (۳۱). برنامه‌های درمانی شامل درمان ۱۲ گام، درمان اجتماع‌مدار، مداخلات مبتنی بر خانواده، درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر انگیزش و رویکردهای ترکیبی بودند. همه درمان‌ها در موقعیت‌های خاص خودشان سودمند بودند، اما خانواده‌درمانی، شناخت‌درمانی و مصاحبه انگیزشی، در مقایسه با سایر درمان‌ها، پیامدهای بهتری داشتند. به نظر می‌رسد برخی عوامل مشترک میان درمان‌ها عامل پیش‌بینی‌کننده موفقیت درمانی است.

هستر<sup>۲</sup> و میلر<sup>۳</sup> در جدیدترین نسخه کتاب معروف خود، ۴۷ روش درمانی متفاوت آزمایش‌شده در نوشته‌های پژوهشی را بررسی کردند (۳۲). کمترین امتیاز به نوار آموزشی، سخنرانی‌ها، مصاحبه مقابله‌ای، آموزش آرام‌سازی<sup>۴</sup> و درمان ۱۲ گام اختصاص داشت و بالاترین امتیاز به تعداد کمی از رویکردها، از جمله افزایش انگیزه، آموزش مهارت‌های اجتماعی و درمان شناختی تعلق گرفت.

تقریباً تمام مشکلات روزمره زندگی در بطن محیط اجتماعی اولیه فرد اتفاق می‌افتد. مهارت‌های حل مسائل اجتماعی همیشه و به‌طور قطع، رفتارهای مشکل‌ساز، از جمله سوء مصرف مواد را پیش‌بینی می‌کند (۱۴). جوانان مبتلا به سوء مصرف مواد در مقایسه با همسالان هم‌تای سالم خود، راهبردهای مؤثر کمتری برای حل مشکلات میان‌فردی دارند (۳۳-۳۵) و نسبت به موضوعات مختلف، ساده‌لوح‌ترند (۳۶). از کل نمونه‌های جوانان، آنهایی که تحریک‌پذیر/بی‌توجه و دارای شیوه‌های حل مسئله اجتنابی هستند، نسبت به سوء مصرف مواد کاملاً آسیب‌پذیرند (۳۷).

مداخله حل مسئله هدایت‌شده نوجوان<sup>۵</sup>، بر پنج مؤلفه استوار است: (۱) مقابله با راه‌اندازهای مصرف مواد؛ (۲) مقابله با استرس؛ (۳) پاسخ به فشارهای اجتماعی برای استفاده از مواد؛ (۴) راهنمایی در به چالش کشیدن روابط میان‌فردی؛ و (۵) شناسایی و ثبت اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت. این مداخله

1- Lipsey  
2- Hester  
3- Miller  
4- relaxation  
5- Guided Adolescent Problem Solving  
6- Cohen  
7- Craving Abuse Questionnaire

همچنین ملازاده و همکاران (۴۳) ضریب پایایی بازآزمایی آن را با فاصله ۳۷ روز ۰/۷۹ به دست آوردند. ضریب آلفای کل و خرده‌مقیاس‌های مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و ناکارآمد نیز، به ترتیب، ۰/۸۰، ۰/۷۵، ۰/۸۳ و ۰/۷۱ محاسبه شد (۴۳).

**تست ادراک:** در نخستین و آخرین جلسه درمان، آزمایش ادراک برای سنجش مورفین، آمفتامین و متامفتامین (محرک‌ها) انجام شد.

**مداخله حل مسأله هدایت‌شده نوجوان (۳۸):** مداخله حل مسأله هدایت‌شده نوجوان درمان کوتاهی است که بر حل مسأله و آموزش مهارت‌های اجتماعی به نوجوانان درگیر با مصرف مواد و مشکلات رفتاری آنها اختصاص دارد (۴۴).

این درمان بر پایه مدل‌سازی اجتماعی، حل مسأله اجتماعی یا آموزش مهارت‌های اجتماعی برای درمان سوء مصرف مواد و مشکلات مربوط به آن در بین نوجوانان و جوانان ابداع شده است. جلسات درمان به آماده‌سازی مراجعان برای رویارویی با چالش‌های مرتبط با کاهش مصرف الکل و سایر مواد (رفتارهای خشونت‌آمیز/پرخاشگرانه) از راه گسترش راهبردهای لازم برای حل مسأله و مهارت‌های اجتماعی اختصاص دارد. برنامه بر مدل اصلاح کمبود، به‌جای مدل بیان بازداری‌شده آموزش مهارت‌های اجتماعی متکی است. برنامه مداخله‌ای حل مسأله هدایت‌شده برای نوجوان بر تقویت توانایی‌های مراجعان به‌منظور نمایش چگونگی حل مؤثر مسأله و مهارت‌های اجتماعی در زمینه‌های گوناگون متمرکز است، از جمله: ۱) مقابله با تحریک برای استفاده از مواد و رفتار پرخاشگرانه/خشن؛ ۲) مقابله با استرس؛ ۳) پاسخ به فشارهای اجتماعی برای استفاده از مواد؛ ۴) راهنمایی در به چالش کشیدن روابط میان‌فردی؛ ۵) شناسایی و ثبت اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت مناسب برای تغییر. هم‌چنین در هر جلسه تکالیفی به افراد داده می‌شود تا مهارت‌های آموخته‌شده در جلسات درمان را تمرین کنند. هدف دیگر این شیوه ایجاد انگیزه برای به‌کارگیری صحیح راهبردهای حل مسأله است.

برای تحلیل آماری از نرم افزار SPSS-19<sup>۸</sup> استفاده شد. در بررسی معناداری بالینی از شاخص تغییر پایا استفاده شد و هر یک از گروه‌های مورد مطالعه به‌عنوان یک گروه مستقل

در فعالیت‌های گروهی و رفتن به باشگاه، شرکت داشتند. برای رعایت اخلاق پژوهش، پس از انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها و ارائه اطلاعات درباره هدف پژوهش و بیان حفظ رازداری در مورد اطلاعاتی که ایشان در اختیار پژوهشگر می‌گذارند، به آنها حق انتخاب شرکت یا رد شرکت در پژوهش داده شد. همچنین پس از انجام پژوهش، برای گروه شاهد و تعدادی از افراد علاقه‌مند دیگر سه جلسه مداخله حل مسأله هدایت‌شده نوجوان اجرا شد. سه هفته بعد از آخرین جلسه، از هر دو گروه آزمایش و شاهد دوباره پس‌آزمون به‌عمل آمد و داده‌ها تحلیل شد.

برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار رفت:

**نسخه فارسی پرسشنامه ولع مصرف (CAQ) (۳۹):** این پرسشنامه به‌صورت خودسنجی و درباره شدت افکار و خیالات مربوط به مواد و وسوسه پس از ترک است. پرسشنامه ۲۰ گویه دارد که روی مقیاس لیکرت، از ۱ تا ۷ (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) درجه‌بندی شده است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۴ است (۳۹). همبستگی نمره CAQ با پرسشنامه اطمینان موقعیتی<sup>۱</sup> (SCQ)، ۰/۵۳ (۱۵)، عواطف مثبت ۰/۳۲- و عواطف منفی ۰/۵۵ (۴۰) به‌دست آمد. جهت و اندازه همبستگی‌ها تأییدکننده روایی آن است.

**نسخه فارسی پرسشنامه باورهای مرتبط با مواد<sup>۲</sup> (DBQ) (۴۱):** پرسشنامه خودسنجی باورهای مرتبط با مواد ۲۰ گویه دارد که روی مقیاسی از ۱ تا ۷ (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) درجه‌بندی شده است. گویه‌ها درباره پیامدهای مثبت و منفی مصرف مواد است. عبارت‌های مثبت، آثار مواد بر افزایش خلق و نتایج مثبت مواد را نشان می‌دهند. عبارت‌های منفی به آثار منفی مواد و قابل اغماض بودن/ نبودن این آثار اشاره دارد و پاسخ‌دهنده میزان موافقت یا مخالفت خود را با آنها مشخص می‌کند. صادقی ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ و شعاع کازمی (به نقل از ۴۱) این ضریب را ۰/۷۳ گزارش کرد (۴۱).

**نسخه فارسی پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای<sup>۳</sup> (CSQ) (۴۲):** پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای توسط کارور<sup>۴</sup> و همکاران (به نقل از ۴۲) تدوین شده و ۱۸ سطح و ۷۲ گویه دارد که سه طبقه راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی<sup>۵</sup> یا نامؤثر، هیجان‌مدار<sup>۶</sup> و مسأله‌مدار<sup>۷</sup> را می‌سنجد. این پرسشنامه برای نخستین بار در ایران توسط محمدخانی به فارسی برگردانده شد و تا کنون در بسیاری از مطالعات به کار رفته است (۴۲).

1- Situational Confidence Questionnaire  
2- Drug Belief Questionnaire  
3- Coping Strategies Questionnaire  
4- Carver  
5- avoidance  
6- emotional center  
7- problem center  
8- Statistical Package for the Social Sciences- version 19

در نظر گرفته شدند. همچنین برای بررسی تفاوت‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد و اندازه اثر در این تحلیل گزارش شد. لازم به ذکر است که استفاده از روش‌های معناداری آماری در تعیین اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی امری رایج است، اما محدودیت‌هایی دارد. از جمله، وجود تفاوت‌های معنادار آماری بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه درمانی ضرورتاً به معنی برخورداری بیماران درمان‌شده از عملکرد موفقیت‌آمیز در زندگی واقعی نیست. بدین سبب باید از روش‌هایی استفاده کرد که ضمن عبور از محدودیت‌های اجتناب‌ناپذیر روش‌های آماری، مکمل آزمون‌های معناداری آماری باشد و نتایج دقیق‌تری از اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی را آشکار سازند. یکی از این روش‌ها، روش معناداری بالینی تغییرات است. در این روش گفته می‌شود که اگر در پایان درمان، وضعیت بیمار از گروه «افراد دارای بدکارکردی به دلیل بیماری» به گروه «افراد دارای کارکرد طبیعی» تغییر کرده باشد، می‌توان او را به عنوان فردی که به سطح تغییرات معناداری بالینی دست یافته است، طبقه‌بندی کرد (۴۵).

## یافته‌ها

دامنه سنی آزمودنی‌ها ۲۰-۱۵ سال بود. جراثم این افراد شامل سرقت (۱۶ مورد)، فروش مواد (۸ مورد)، نزاع خیابانی (۵ مورد) و جراثم جنسی (یک مورد) بود. دست کم یک سال از ترک تحصیل تمام این افراد می‌گذشت و تحصیلات ۶۶/۷ درصد آنها راهنمایی و کمتر از آن بود. ۵۳/۳ درصد میانگین درسی ۱۵ و پایین‌تر و ۹۰ درصد وضعیت اقتصادی متوسط و پایین متوسط داشتند. ۱۰ درصد نیز وضعیت اقتصادی خوب یا خیلی خوب را گزارش کردند. نیمی از این افراد فرزند آخر خانواده بودند. ۲۳/۳ درصد از پدران فوت شده بودند. ۲۳/۳ درصد والدین آزمودنی‌ها از هم جدا شده یا طلاق گرفته بودند و ۷۶/۷ درصد والدین با هم زندگی می‌کردند. ۵۳/۳ درصد پدران بی‌سواد بودند یا در سطح ابتدایی تحصیل کرده بودند و تا ۸۰ درصد آنان تحصیلات زیر دیپلم داشتند. جدا از پدران فوت‌شده، ۵۳/۷ درصد پدران آزمودنی‌ها شاغل و ۲۳ درصد بیکار یا بازنشسته بودند. تحصیلات ۵۳/۳ درصد از مادران آزمودنی‌ها ابتدایی و بی‌سواد بود و ۸۰ درصد مادران تحصیلات زیر دیپلم داشتند. ۷۶/۷ درصد مادران خانه‌دار و ۲۳/۳ درصد شاغل بودند. بر

اساس سه سوال مستقیم، در مقیاس لیکرت پنج‌تایی (خیلی ضعیف، ضعیف، متوسط، خوب و خیلی خوب)، رابطه آزمودنی‌ها با والدین، میزان نظارت والدین بر فرزندان و میزان صمیمیت در خانواده ارزیابی شد. بر اساس این سوالات، ۵۳/۳ درصد آزمودنی‌ها با والدین خود رابطه متوسط، ضعیف و خیلی ضعیف داشتند. نظارت والدین بر فرزندان در ۵۳/۳ درصد موارد متوسط، کم و خیلی کم بود و میزان صمیمیت در خانواده ۷۰ درصد از آزمودنی‌ها در حد متوسط، ضعیف و خیلی ضعیف گزارش شد.

آزمایش ادرار آزمودنی‌ها نشان داد هم در پیش‌آزمون و هم در پس‌آزمون، آزمایش ادرار مورفین و محرک‌ها منفی بود. در واقع، تمام آزمودنی‌ها پس از انتقال به بخش مرکزی کانون، دوره ترک جسمی مصرف مواد را گذرانده و پاک بودند.

ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ولع مصرف، باورهای مرتبط با مواد و راهبردهای مقابله‌ای، در این مطالعه، به ترتیب، ۰/۸۰، ۰/۹۱ و ۰/۹۴ به دست آمد.

یافته‌ها نشان داد تفاضل میانگین‌ها در متغیرهای ولع مصرف و عقاید و باورهای مصرف در گروه آزمایش بیش از گروه شاهد و از نظر بالینی معنادار بود. در مقیاس ولع مصرف، ۶ نفر از گروه شاهد و ۱۱ نفر از گروه آزمایش تغییر بالینی معنادار داشتند. به بیان دیگر، تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون آنها از نمره استاندارد تفاوت متغیر، یعنی شاخص تغییر پایا (۲۴/۹) بالاتر بود. در مقیاس عقاید و باورهای مصرف، ۵ نفر از گروه شاهد و ۱۰ نفر از گروه آزمایش تغییر بالینی معنادار داشتند و تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون آنها از نمره شاخص تغییر پایا (۲۳/۸) بالاتر بود. در متغیر راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار، ۴ نفر از گروه شاهد و ۵ نفر از گروه آزمایش تغییر بالینی معنادار داشتند و تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون آنها از نمره شاخص تغییر پایا (۱۸/۹) بالاتر بود. در متغیر راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار، ۳ نفر از گروه شاهد و ۵ نفر از گروه آزمایش تغییر بالینی معنادار داشتند و تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون آنها از نمره شاخص تغییر پایا (۱۸/۴) بالاتر بود. در متغیر راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد نیز ۳ نفر از گروه شاهد و ۵ نفر از گروه آزمایش تغییر بالینی معنادار داشتند و تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون آنها از نمره شاخص تغییر پایا (۱۶/۳) بالاتر بود (جدول ۱).

جدول ۱- تغییر معناداری بالینی متغیرها در دو گروه آزمایش و شاهد

متغیرها	گروه‌ها	میانگین پیش آزمون	میانگین پس آزمون	تفاضل میانگین‌ها	شاخص تغییر پایا
ولع مصرف	گروه آزمایش	۹۹/۲	۶۴/۱	۳۵/۱	۲۴/۹
	گروه شاهد	۸۸/۷	۷۶/۱	۱۲/۶	
باورهای مصرف	گروه آزمایش	۷۳/۲	۴۸/۳	۲۴/۹	۲۳/۸
	گروه شاهد	۶۹/۶	۵۹/۰	۱۰/۶	
مقابله مسأله‌مدار	گروه آزمایش	۶۰/۸	۷۰/۵	-۹/۷	۱۸/۹
	گروه شاهد	۶۴/۱	۷۱/۵	-۷/۴	
مقابله هیجان‌مدار	گروه آزمایش	۸۶/۵	۸۵/۰	۱/۵	۱۸/۴
	گروه شاهد	۹۳/۱	۹۲/۰	۱/۱	
مقابله ناکارآمد	گروه آزمایش	۷۴/۳	۷۹/۶	-۵/۳	۱۶/۳
	گروه شاهد	۷۷/۰	۷۸/۰	-۱/۰	

جدول ۲- آزمون اندازه اثر میان آزمودنی‌ها با متغیر وابسته راهکارهای مقابله‌ای هیجان‌مدار (طبقه ۶، ابراز کلامی احساسات) در دو گروه آزمایش و شاهد

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور ای‌تا
ابراز کلامی احساسات	۵۰/۸۱	۱	۵۰/۸۱	۳/۵۹	۰/۰۷	۰/۱۲
گروه	۱۵۰/۱۳	۱	۱۵۰/۱۳	۱۰/۶	۰/۰۰۳	۰/۲۸
خطا	۳۸۲/۱۲	۲۷	۱۴/۱۵			
کل	۵۵۸۲	۳۰				

با بررسی و تحلیل ۱۸ راهبرد مقابله‌ای مشخص شد تنها خرده‌مقیاس «ابراز کلامی هیجان» در گروه مداخله تغییر داشته است. در مورد پیش آزمون دو گروه تحلیل کوواریانس انجام شد و یافته‌ها نشان داد میان متغیر تصادفی کمکی (پیش آزمون ابراز احساسات) با متغیر وابسته (پس آزمون ابراز احساسات) رابطه معناداری وجود داشت. به بیان دیگر، پس از تعدیل کوواریانس پیش آزمون، و پس از مداخله درمانی، اندازه اثر نشان‌دهنده اثربخشی مداخله بر این راهبرد بود (جدول ۲).

با بررسی و تحلیل ۱۸ راهبرد مقابله‌ای مشخص شد تنها خرده‌مقیاس «ابراز کلامی هیجان» در گروه مداخله تغییر داشته است. در مورد پیش آزمون دو گروه تحلیل کوواریانس انجام شد و یافته‌ها نشان داد میان متغیر تصادفی کمکی (پیش آزمون ابراز احساسات) با متغیر وابسته (پس آزمون ابراز احساسات) رابطه معناداری وجود داشت. به بیان دیگر، پس از تعدیل کوواریانس پیش آزمون، و پس از مداخله درمانی، اندازه اثر نشان‌دهنده اثربخشی مداخله بر این راهبرد بود (جدول ۲).

شاهد از درمان سود برده‌اند. این یافته با یافته‌های هستر و میلر (۲۳)، دوترا<sup>۲</sup> و همکاران (۴۶) و والدرون<sup>۳</sup> و همکاران (۳۰) همسو بود. این پژوهش‌ها نشان دادند مداخله‌های مربوط به آموزش مهارت‌های اجتماعی و شناختی در مقایسه با سایر مداخله‌های غیردارویی سودمندی بالایی دارند.

یافته‌های ما نشان داد جدا از نوع ماده مصرفی، مداخله حل مسأله هدایت‌شده نوجوان بر کاهش ولع مصرف - که پیش‌بینی‌کننده عود و بازگشت مصرف مواد است - اثربخش بود. همچنین، این مداخله باورهای مربوط به مواد و استفاده از راهکار مقابله‌ای ابراز کلامی هیجان را تغییر داد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که در تربیت نوجوانان، بسیاری از روش‌هایی که محتوای اجتماعی و روانشناختی دارند (برای مثال، مهارت‌های ارتباطی، حل مسأله و تشویق نظام‌مند)، برای تطابق بهتر با شرایط پیرامون مفید هستند (۴۶).

در گروه شاهد نیز مانند گروه آزمایش تغییرات زیادی در ولع و باورهای مصرف ایجاد شد. به همین دلیل، تفاوت دو

هدف پژوهش حاضر بررسی میزان تأثیر مداخله حل مسأله هدایت‌شده نوجوان در نوجوانان مبتلا به سوء مصرف مواد بود. در ارتباط با فرضیه‌های پژوهش، برآورد میزان تغییر معنادار بالینی بر حسب نمره آزمودنی‌ها در مقیاس‌های ولع مصرف، باورهای مربوط به مصرف و راه‌های مقابله، از طریق محاسبه اندازه اثر، نشان داد گروه آزمایش در مقایسه با گروه

## بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی میزان تأثیر مداخله حل مسأله هدایت‌شده نوجوان در نوجوانان مبتلا به سوء مصرف مواد بود. در ارتباط با فرضیه‌های پژوهش، برآورد میزان تغییر معنادار بالینی بر حسب نمره آزمودنی‌ها در مقیاس‌های ولع مصرف، باورهای مربوط به مصرف و راه‌های مقابله، از طریق محاسبه اندازه اثر، نشان داد گروه آزمایش در مقایسه با گروه

1- verbal expression of emotion 2- Dutra  
3- Waldron

گروه آزمایش و شاهد از نظر آماری معنادار نبود. در تبیین این یافته می‌توان به نقش محیط اجتماعی نوجوان اشاره کرد. طبق مطالعات زیکلر<sup>۱</sup> (۴۷)، تصاویر، صداها یا محیط فیزیکی که به نوعی با مواد مورد سوء مصرف ارتباط دارند، ممکن است نیاز غیرقابل مقاومتی به نام ولع را برای سوء مصرف برانگیزند. بنابراین قرار گرفتن در یک محیط تأدیی و عدم دسترسی به مواد ممکن است به کاهش ولع و حتی باورهای مصرف کمک کند. از آنجایی که نوجوانان مصرف‌کننده در شرایط نابسامان خانوادگی و اجتماعی زندگی می‌کنند، تغییر مکان به مراکز تأدیی ممکن است عامل مهمی در کاهش ولع مصرف ایشان باشد. همچنین باورهای نوجوانان در مورد مصرف مواد از طریق آموزش گروهی در بین همسالان و یادآوری آسیب‌های مصرف مواد در دوران پاک، عامل مهمی در تغییر باورهای مصرف مواد گزارش شده است (۴۶). در تأیید مطالبی که در بالا ذکر شد، اختیاری و همکاران (۴۸) با بررسی مناطق درگیر در ولع مصرف معتادان، به وسیله تصویربرداری عملکردی مغزی، نشان دادند افرادی که به نشانه‌های مربوط به مصرف با ولع مصرف پاسخ نمی‌دهند، همانند گروه بهنجار، در مناطق مربوط به تصویربرداری مغزی عملکردی فعالیتی نشان نمی‌دهند. در فرایند القای ولع مصرف مورفین، که توسط نشانه‌های مربوط در افراد مصرف‌کننده ایجاد می‌شود، همان مناطق مغزی دخالت دارند که در فرایند پاداش و تنبیه درگیر هستند. یافته‌های این بررسی در طراحی روش‌های مداخله‌ای برای کاهش ولع مصرف اهمیت بالایی دارد (۴۸).

فرایندهای اعتیاد تحت تأثیر باورها و نگرش‌های بیماران است (هولمن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴؛ به نقل از ۴۹). نگرش‌ها موجب جهت‌گیری فهم و ادراک فرد از رویدادها می‌شوند، احساسات و رفتارها را تحت تأثیر قرار می‌دهند و فرد را مستعد افسردگی و سایر آشفتگی‌های روانشناختی می‌کنند. مداخله حل مسأله هدایت‌شده تلاش می‌کند با آموزش مهارت‌های اجتماعی حل مسأله، واکنش‌های فراینده عاطفی و رفتاری خودتخریبی را از طریق اصلاح تفکر معیوب، خطادار و عقاید ناسازگارانه زیربنای آنها، کاهش دهند. این درمان همسو با درمان‌های شناختی اعتیاد، بر کمک به بیمار، برای کسب مهارت‌های مقابله‌ای لازم به‌منظور مدیریت موقعیت‌های خطرناک و درمان اختلالات روانشناختی همراه تمرکز دارد (۴۹). پژوهش‌های پیشین با بررسی مدل‌های

مربوط به تکرار جرم، نقش تعیین‌کننده توانایی حل مسأله را در پیشگیری از دزدی، کلاهبرداری، جرایم مالی و سایر جرایم تأیید کرده است. به نظر می‌رسد این تغییرات از راه متغیر واسطه‌ای صورت می‌گیرد که در اینجا می‌توان به نقش راهبرد مقابله‌ای ابراز هیجان اشاره کرد. منابع تنظیم هیجانی در دسترس هر انسانی در طول رشد، متناسب با تکامل فرایندهای حافظه کاری، بازداری رفتار و خود ارزیابی تغییر می‌کنند (۵۲-۵۰). اختلالاتی که به دلیل آسیب در تنظیم هیجانی ایجاد می‌شوند، از همان دوران کودکی و نوجوانی بروز می‌یابند (۵۳). بنابراین، بررسی عوامل زیربنایی درگیر در رشد تنظیم هیجانی در کودکان و نوجوانان مبتلا به سوء مصرف مواد اهمیت دارد.

درمان‌هایی که از طریق مدل‌سازی دیدگاه اجتماعی نوجوانان مبتلا به مشکل سوء مصرف مواد ارائه می‌شود، مانند مداخله حل مسأله هدایت‌شده، این اهداف را دنبال می‌کنند:

- ۱- افزایش اطلاعات درباره نتایج سوء مصرف مواد؛
- ۲- پرورش مهارت‌های شخصی و اجتماعی برای مقاومت در برابر مصرف مواد؛
- ۳- ارائه تمرین‌های راهنما و بازخوردهای اصلاح‌کننده برای ایجاد خودکارآمدی؛
- ۴- توسعه حمایت‌های اجتماعی از طرف افراد سالم؛
- ۵- مشخص کردن هنجارهای اجتماعی با در نظر داشتن الکل و سایر مواد (۵۴).

در نهایت، از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است که از آنجا که افراد نمونه ساکن کانون اصلاح و تربیت بودند، حضور آنها در کانون الزامی بود و چون تمام اعضای گروه شاهد و آزمایش در کانون امکان دسترسی به مواد و بنابراین، امکان انتخاب مصرف مواد را نداشتند، این عامل ممکن است نقش مهمی در نتایج داشته باشد.

یکی از مشکلات عمده نوجوانان مصرف‌کننده مواد که نقش مؤثری در سوء مصرف و ولع مصرف دارد، سبک مقابله‌ای، و از جمله، بیان کلامی هیجان است. در صورتی که نوجوانان نتوانند هیجان‌ات خود را به صورت کلامی بیان کنند، آن را در رفتارهایی مانند سوء مصرف مواد برون‌ریزی می‌کنند. بنابراین، آموزش مداخله‌های مبتنی بر این مسأله، ممکن است نقش مؤثری در پیشگیری و درمان این گروه از نوجوانان داشته باشد.

- predictors of injection drug use among adult drug users. *Addict Behav.* 2012; 37(4):367-72.
8. Griffin KW, Bang H, Botvin GJ. Age of alcohol and marijuana use onset predicts weekly substance use and related psychosocial problems during young adulthood. *J Substance Use.* 2010; 15(3):174-83.
  9. Millstein SG, Irwin CE. Accident-related behaviors in adolescence: A biopsychosocial view. *Alcohol Drugs Driving.* 1988; 4:21-9.
  10. Maldonado-Devincci AM, Badanich KA, Kirstein CL. Alcohol during adolescence selectively alters immediate and long-term behavior and neurochemistry. *Alcohol.* 2010; 44(1):57-66.
  11. Asgari A. Efficacy of psychodrama in changing of drug abuse believes of Khoramabad high school students [dissertation]. [Tehran]: university of Allameh Tabatabayi. 2005. [Persian]
  12. Gardner M, Steinberg L. Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: An experimental study. *Dev Psychol.* 2005; 41(4):625-35.
  13. Winters KC. Treating adolescents with substance use disorders: An overview of practice issues and treatment outcome. *Subst Abus.* 1999; 20(4):203-25.
  14. Kuperminc GP, Allen JP. Social orientation: Problem behavior and motivations toward interpersonal problem-solving among high risk adolescents. *J Youth Adolesc.* 2001; 30(5):597-622.
  15. Bender K, Springer DW, Kim JS. Treatment effectiveness with dually diagnosed adolescents: A systematic review. *Brief Treat Crisis Interv.* 2006; 6(3):177-205.
  16. Fathi K, Mehrabzadeh HM. A survey of depression, sensation seeking, aggression, attachment styles, and education of parents as predictors of drug dependency among Ahwaz teenage boys. *Stud Educ Psychol.* 2005; 9(2):23-47. [Persian]
  17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup>ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
  18. Badger J, Bickel WK, Giordano LA, Jacobs EA, Loewenstein G, Marsch L. Altered states. The impact

## سیاسگزاری

از تمام شرکت کنندگان در این طرح درمانی، از جمله نوجوانان مبتلا به سوء مصرف، مستقر در کانون اصلاح و تربیت و کارکنان کانون که با ما همکاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی را داریم. همچنین از ستاد مبارزه با مواد مخدر، بابت حمایت مالی از طرح سپاسگزاریم. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

## منابع

1. Chung T, Martin CS. Prevalence and clinical course of adolescent substance use and substance use disorders. In: Kaminer Y, Winters KC, editors. *Clinical manual of adolescent substance abuse treatments.* Washington, DC: American Psychiatric Association; 2011.
2. National Institute on Drug Abuse. High school and youth trends. [Internet]. Michigan: NIH Pub; 2011. [updated December 2012; cited December 2014]. Available at: [https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/high\\_school\\_and\\_youth\\_trends\\_december\\_2014.pdf](https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/high_school_and_youth_trends_december_2014.pdf)
3. Green KM, Doherty EE, Zebak KA, Ensminger ME. Association between adolescent drinking and adult violence: Evidence from a longitudinal study of urban African Americans. *J Stud Alcohol Drug.* 2011; 72(5): 701-10.
4. Hoffman NG, Abrantes AM, Anton R. Problems identified by the practical adolescent dual diagnosis interview (PADDI) in a juvenile detention center population. Kingston, NJ: Civic Research Institute; 2004.
5. Chen CY, O'Brien MS, Anthony JC. Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000-2001. *Drug Alcohol Depend.* 2005; 79(1):11-22.
6. Sartor CE, Bucholz KK, Nelson EC, Madden PA, Lynskey MT, Heath AC. Reporting bias in the association between age at first alcohol use and heavy episodic drinking. *Alcohol Clin Exp Res.* 2011; 35(8):1418-25.
7. Trenez RC, Scherer M, Harrell P, Zur J, Sinha A, Latimer W. Early onset of drug and polysubstance use as



- of immediate craving on the valuation of current and future opioids. *J Health Econ.* 2007; 26(5):865-76.
19. Ilgen M, Jain A, Kim HM, Trafton I. The effect of stress on craving for methadone depends on the timing of last methadone dose. *J Behav Res Therap.* 2008; 46(10): 1170-5.
  20. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Treatment Episode Data Set (TEDS): 2009. Discharges from Substance Abuse Treatment Services DASIS Series: S-60, HHS Publication No (SMA) 12-4704. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2012.
  21. Dembo R, Gullledge L, Robinson RB, Winters KC. Enrolling and engaging high-risk youths and families in community-based, brief intervention services. *J Child Adolesc Subst Abuse.* 2011; 20(4):330-50.
  22. White W, Miller W. The use of confrontation in addiction: History, science and time for change. *Counselor.* 2007; 8(4):12-30.
  23. White W, Dennis M, Tims FM. Adolescent treatment: Its history and current renaissance. *Counselor.* 2002; 3(2):20-5.
  24. Brown SA, Anderson KG, Ramo DE, Tomlinson KL. Treatment of adolescent alcohol-related problems. A translational perspective. *Recent Dev Alcohol.* 2005; 17:327-48.
  25. Szapocznik J, Coatsworth D. An ecodevelopmental framework for organizing the influences of drug abuse: A developmental model of risk and protection. In: Glantz MD, editor. *Drug abuse: Origins and interventions.* Washington: American Psychological Association. 1999; 33:331-66.
  26. Weiss RD, Jaffee WB, de Menil VP, Cogley CB. Group therapy for substance use disorders: What do we know? *Harv Rev Psychiatry.* 2004; 12(6):339-50.
  27. Borkman T. The twelve-step recovery model of AA: A voluntary mutual help association. *Recent Dev Alcohol.* 2008; 18:9-35.
  28. Morral AR, McCafferey DF, Ridgeway G. Effectiveness of community-based treatment for substance abusing adolescents: 12-months outcomes of youths entering phoenix academy or alternative probation dispositions. *Psychol Addict Behav.* 2004; 18(3):257-68.
  29. Deas D, Thomas SE. An overview of controlled studies of adolescent substance abuse treatment. *Am J Addict.* 2001; 10(2):178-89.
  30. Waldron HB, Slesnick N, Brody JL, Turner CW, Peterson TR. Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *J Consult Clin Psychol.* 2001; 69(5):802-13.
  31. Lipsey MW, Tanner-Smith EE, Wilson SJ. Comparative effectiveness of adolescent substance abuse treatment: Three meta-analyses with implications for practice. Nashville, TN: Peabody Research Institute, Vanderbilt University; 2010.
  32. Hester RK, Miller WR. *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives.* 3<sup>rd</sup>ed. Boston: Allyn & Bacon; 2003.
  33. Allen JP, Aber JL, Leadbeater BJ. Adolescent problem behaviors: The influence of attachment and autonomy. *Psychiatric Clinics of North America.* 1990; 13(4):455-467.
  34. Allen JP, Leadbeater BJ, Aber JL. The development of problem behavior syndromes in at-risk adolescents. *Development and Psychopathology.* 1994; 6(4): 323-342.
  35. Freedman BJ, Rosenthal L, Donahue LP, Schlundt DG, McFall RM. A social-behavioral analysis of skills deficits in delinquent and non-delinquent adolescent boys. *Journal of Clinical and Consulting Psychology.* 1978; 46(4): 1448-1462.
  36. Leadbeater BJ, Hellner I, Allen JP, Aber JL. Assessment of interpersonal negotiation strategies in youth engaged in problem behaviors. *Developmental Psychology.* 1989; 25(4): 465-472.
  37. Jaffee WB, D Zulla TJ. Adolescent problem-solving, parent problem solving, and externalizing behavior in adolescents. *Behavior Therapy.* 2003; 34(4): 295-311.
  38. Shpringer D, Rubin A. *treatment of substance abuse for adolescents and adults. A research based guide.* National institute on drug abuse. NIH publication Number 14-7953. 2008.
  39. Salehifederdi J, Barerfan Z, Aminyazdi A. Efficacy of learning attention control on attention to drug and improvement of treatment. *J Psychol Educ Stud.* 2010; 11(2):29-56. [Persian]

40. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *J Person Soc Psychology*. 1998; 54(6):1063-70.
41. Sadeghi N. Considering negative emotion model, core believes, believes about drug, obsession, emotion regulation and relapse to drug abuse. [dissertation]. [Tehran]: University of Tarbiat Moaleem; 2009. 200p. [Persian]
42. Mohamadkhani P. Coping with stress and obsessive compulsive symptoms. [dissertation]. [Tehran]: Tehran Institute of Psychiatry, Iran University of Medical Sciences; 1993. [Persian]
43. Kring AM, Sloan DM. Emotion regulation and psychopathology: A trans-diagnostic approach to etiology and treatment. New York (NY): Guilford Press; 2010.
44. Molazade J, Mansor M, Ejeji J, Kiamanesh A. Coping styles and marriage adaption in martyrs sons. *J Psychol*. 2002; 6(3): 255-276. [Persian]
45. Asgharimoghadam MA, Shayiri MR. Clinical meaningful changes in treatment: Characteristics, methods of calculation, decision-making and limitations. *J Clin Psychol Pers*. 2014; 2(10): 191-200. [Persian]
46. Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2008; 165(2):179-87.
47. Zickler P. Cue induced craving linked to brain region involved in decision making and behavior. *NIDA notes*. 2005; 15(6):146-58.
48. Ekhtiari H, Behzadi A, Ganjgahi H, Mokri A, Edalati H, Bakhtiari M, et al. Considering craving by heroin injection with Imaginary brain function. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2007; 14(3):269-80. [Persian]
49. Hajializadeh K, Bahreynian S, Naziri G, Modaresghoravi M. Comparing dysfunctional attitudes and psychological outcomes in drug abuser and normal people. *Res Addict*. 2008; 2(68):7. [Persian]
50. Calkins SD, Hill A. Caregiver influences on emerging regulation: Biological and environmental transactions in early development. In: Gross JJ. editor. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford; 2007.
51. Stegge H, Terwagt MM. Awareness and regulation of emotion in typical and atypical development. In: Gross JJ. editor. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford; 2007.
52. Zelazo PD, Cunningham WA. Executive function: Mechanisms underlying emotion regulation. 1<sup>st</sup> ed. New York: Guilford; 2007.
53. Davidson RJ, Slagter HA. Probing emotion in the developing brain: functional neuroimaging in the assessment of the neural substrates of emotion in normal and disordered children and adolescents. *Ment Retard Dev Disabil*. 2000; 6(1):166-70.
54. Barkin SL, Smith KS, Durant R. Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. *J Adolesc Health*. 2002; 30(6):448-54.

Original Article

**Effectiveness of Guided Adolescent Problem Solving on Craving, Attitude Toward Drug Abuse and Coping Strategies in Adolescents with Substance Abuse**

**Abstract**

**Objectives:** The aim of this study was to evaluate the effectiveness of guided adolescent problem solving method on craving, attitudes toward drug abuse and coping strategies in adolescents with substance abuse. **Method:** In a quasi-experimental study with pretest/posttest design, 30 misdemeanor offending adolescents who were resident of a reformatory center (Tehran Correcting and Training Center) participated in this study and every pair of adolescents were randomly allocated in two experimental and control groups. All of these adolescents had history of drug abuse in the past year. The participants in both groups were assessed by Coping Strategies Questionnaire, Drug Belief Questionnaire, and Craving Abuse Questionnaire as well as urine toxicology tests. In the experimental group, guided adolescent problem solving was provided one session in each week for five successive weeks. In each session, 90 and 30 minutes were allocated to intervention and assessment, respectively. Three week after the last session of intervention, posttest was performed for both experimental and control groups. Reliable change index and covariance analysis were used for data analysis. **Results:** There were statistically significant difference between groups in terms of craving, believes related to drug abuse and verbal expression of emotions. **Conclusion:** Guided adolescent problem solving was effective on improving the coping strategies in adolescents with drug abuse. Expression of emotions has the key role in reducing the craving and attitude toward drug abuse in adolescents.

**Key words:** *guided adolescent problem solving; drug abuse; craving; believes; coping strategies*

[Received: 29 April 2013; Accepted: 1 December 2014]

*Parvaneh Mohammadkhani<sup>a</sup>, Leila Mohammadi<sup>\*</sup>, Hadie Azadmehr<sup>b</sup>, Somayeh Taghizadeh<sup>c</sup>, Dorsa Baharloo<sup>d</sup>*

\* Corresponding author: Tehran Institute of Psychiatry- School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-66506853

E-mail: leila.mohamadi36@yahoo.com

<sup>a</sup> Abuse and Drug Dependence Research Center, University of Social Wafer and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran; <sup>b</sup> University of Heidelberg, Germany; <sup>c</sup> Islamic Azad University, Ardabil, Iran; <sup>d</sup> Tehran Institute of Psychiatry- School of Behavioral Sciences and Mental Health, Tehran, Iran.