

## اثربخشی خانواده‌درمانی رفتاری بر وسوسه مصرف مواد در نوجوانان ترک‌کننده سوءمصرف مواد\*

سارا کیان ارثی<sup>۱</sup>، ذبیح اله عباس پور<sup>۲</sup>، خالد اصلاتی<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۲۹

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی رفتاری بر وسوسه مصرف مواد نوجوانان ترک‌کننده سوءمصرف مواد بود. **روش:** پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی تک‌موردی از نوع خط پایه چندگانه بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، پنج نوجوان و خانواده آن‌ها در شهر اهواز انتخاب شدند. دستورالعمل خانواده‌درمانی رفتاری در ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری برای نوجوانان و والدین آن‌ها انجام شد. نوجوانان به پرسشنامه عقاید وسوسه‌آمیز پاسخ دادند و داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد خانواده‌درمانی رفتاری باعث کاهش معنادار وسوسه مصرف مواد شد (درصد بهبودی = ۴۹/۲۲). **نتیجه‌گیری:** براساس نتایج پژوهش حاضر خانواده‌درمانی رفتاری می‌تواند برای تغییر تعاملات ناکارآمد سیستم خانواده و کاهش سوءمصرف مواد در نوجوانان مؤثر باشد و درمانگران می‌توانند از این روش درمانی برای بهبود اختلال مصرف مواد استفاده کنند.

**کلیدواژه‌ها:** خانواده‌درمانی رفتاری، سوءمصرف مواد، وسوسه مصرف، نوجوانان

\*. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه شهید چمران اهواز می‌باشد.

۱. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. پست الکترونیک:

z.abbaspour@scu.ac.ir

۳. دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

## مقدمه

سوء مصرف مواد<sup>۱</sup>، پدیده‌ای مزمن، عودکننده (مک نیلی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸) و دغدغه‌ای جهانی است (وهاب<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱) که دارای صدمات جدی در بسیاری از حوزه‌های فردی، اجتماعی، خانوادگی، جسمانی و مالی است (خادملو، محمودی و شفيعی، ۲۰۱۸؛ به نقل از اسلام پناه، مهدیان و جاجرمی، ۱۳۹۸). دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل<sup>۴</sup> (۲۰۱۹؛ به نقل از وهاب و همکاران، ۲۰۲۱) در جدیدترین گزارش خود پیرامون وضعیت مواد مخدر در جهان، اعلام کرد تخمین زده می‌شود حدود ۲۷۱ میلیون نفر و یا ۳/۵ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۵ ساله در سال ۲۰۱۷ به صورت غیرقانونی حداقل یک بار مواد مخدر مصرف کرده باشند. نگاهی به آمارهای سوء مصرف مواد و اعتیاد<sup>۵</sup> در ایران نشان می‌دهد هر ساله این آمار رو به افزایش است. آمارهای غیررسمی در این رابطه نشان می‌دهند ۱۴ میلیون از جمعیت ایران با مشکلات اعتیاد به صورت مستقیم و غیرمستقیم درگیر هستند (نعمتی سوگلی، شاهمرادی، رحیمی و خالدیان، ۱۳۹۹).

سوء مصرف مواد نوجوانان در سال‌های اخیر افزایش قابل توجهی داشته است (موسسه ملی مصرف مواد<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰؛ به نقل از عباس‌پور و قنبری، ۲۰۲۱) و به یکی از نگرانی‌های اخیر سلامت عمومی تبدیل شده است (چانگ<sup>۷</sup>، ۲۰۱۴؛ به نقل از محمدخانی و همکاران، ۱۳۹۴). ایران از این قائله مستثنی نیست (مساح<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷؛ به نقل از اسلام پناه و همکاران، ۱۳۹۸). آمارهای موجود نشان می‌دهد حدود ۱۶ درصد معتادان ایران کمتر از ۱۹ سال سن دارند (صدری دمیرچی، رییس قره‌دریشلو و رحیمی، ۱۳۹۷). سوء مصرف مواد بسیار پیشرونده است (مک نیلی و همکاران، ۲۰۱۸) و هر چه سن اولین تجربه مصرف مواد پایین تر باشد، احتمال ادامه آن در سنین بالاتر بیشتر است (جوردن و اندرسون<sup>۹</sup>، ۲۰۱۶؛ به نقل از وهاب و همکاران، ۲۰۲۱). تحقیقات نشان می‌دهد ۹۰ درصد افراد بزرگسالی که

1. substance abuse
2. McNeely
3. Wahab
4. United Nation Office on Drug and Crime (UNODC)
5. addiction
6. National Institute on Drug Abuse
7. Chung
8. Mathiah
9. Jordan & Andersen

مواد غیرقانونی<sup>۱</sup> مصرف می کنند، سوء مصرف مواد را قبل از ۱۸ سالگی آغاز کرده اند. از بین این افراد ۲۵ درصد دچار اختلال مصرف مواد<sup>۲</sup> می شوند، در حالی که تنها ۴ درصد از افرادی که سوء مصرف مواد را بعد از ۲۱ سالگی آغاز می کنند، دچار اختلالات مربوط به مصرف مواد می شوند. سوء مصرف مواد نوجوانان تأثیر بسیار زیادی بر سلامت روان و بهزیستی نوجوانان دارد و عواقب زیان بار بیشتری را نسبت به بزرگسالان برای آن ها رقم می زند. همچنین با مخاطراتی همراه است که پیامدهای آن در مشکلات رفتاری، مثل جرم و خشونت، مشکلات هیجانی و جنسی، افزایش و پایداری وابستگی به مواد در بزرگسالی، مشکلات ارتباطی، بیکاری، تصادف، آسیب های مغزی و عصب شناختی نمایان است (داس، سلام، ارشد، فینکلستین و بهاتا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶).

وسوسه<sup>۴</sup> مصرف یکی از عمده ترین دلایلی است که باعث می شود افرادی که اقدام به قطع مصرف مواد کرده اند، نتوانند پرهیز خود را حفظ کنند. وسوسه را می توان یک میل شدید برای مصرف مواد تعریف کرد، میلی که اگر بر آورده نشود رنج های جسمی و روانی را در پی خواهد آورد (ادلورتو، لگیو، آبناولی و گاسبارینی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹). در بررسی عوامل مؤثر بر ولع مصرف مواد، عوامل اجتماعی نقش بسیار مهمی را بازی می کنند. پژوهش ها نشان داده اند یکی از این عوامل، کارکرد خانواده است (چن، چن و جیو<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵). خانواده در حالی که می تواند حمایت های ارزشمندی از اعضایش داشته باشد می تواند سبب ساز اعتیاد یا عاملی برای تشدید اعتیاد اعضایش شود (حسین لو و رستمی، ۱۳۹۹؛ لوک، کینگ، مک کارتی، مک کولی و استوئپ<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷؛ به نقل از زارعی، ۱۴۰۱). از طرف دیگر، سوء مصرف مواد توسط یک عضو خانواده، بر تمامی اعضای خانواده تأثیر می گذارد و وقتی یکی از اعضای خانواده درگیر سوء مصرف مواد می شود همه اعضای خانواده نیز از سوء مصرف مواد رنج خواهند برد (عباس پور و قنبری، ۱۳۹۹؛

1. illicit drug
2. substance use disorder (SUD)
3. Das, Salam, Arshad, Finkelstein, & Bhutta
4. craving
5. Addolorato, Leggio, Abenavoli & Gasbarini
6. Chen, Chen & Gao
7. Luk, King, McCarty, McCauly, & Stoep

لیپمن، فلچر و تارین<sup>۱</sup>، (۲۰۰۸). این خانواده‌ها در مقایسه با سایر خانواده‌ها چالش‌های بیشتری را تجربه می‌کنند و سطح استرس و اضطراب در آن‌ها بیش از سایرین است (اورفورد<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). چرخه تکراری الگوهای بدکارکرد خانواده و وسوسه مصرف می‌تواند پیامدهای نامطلوبی را به دنبال داشته باشد (سبزی و اسلمی، ۱۴۰۱). این پیامدها ضرورت به کارگیری هر چه سریع‌تر مداخله و درمان برای نوجوانان را تبیین می‌کند، اما درمان سوءمصرف مواد نوجوانان بسیار چالش‌برانگیز است (زاگر و براون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). با وجود در دسترس بودن درمان‌هایی شواهد-محور<sup>۴</sup> همچون درمان‌های شناختی-رفتاری<sup>۵</sup> و مداخلات انگیزشی<sup>۶</sup>، کمتر از ۱۵ درصد از نوجوانانی که اختلال مصرف مواد دارند به درمان روی می‌آورند؛ از این تعداد حدود ۴۰ الی ۷۰ درصد، عود مصرف را به طور میانگین پس از ۹۰ روز تجربه می‌کنند (کارت<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۸).

تاکنون مداخلات غیردارویی متعددی همچون گروه‌درمانی حمایتی<sup>۸</sup>، رفتاردرمانی شناختی<sup>۹</sup>، روان‌درمانی بین‌فردی<sup>۱۰</sup>، مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۱۱</sup>، درمان ۱۲ گام<sup>۱۲</sup> و درمان اجتماع‌مدار<sup>۱۳</sup> برای درمان ولع مصرف مواد و پیشگیری از عود استفاده شده‌اند (لیپسی، تر و ویلسون<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۰؛ به نقل از محمدخانی و همکاران، ۱۳۹۴). اما نتیجه پژوهش‌ها نشان داده مداخلات خانواده‌محور اثربخش‌ترین روش پیشگیری یا درمان نوجوانان درگیر مصرف مواد است (کامپفر<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۴؛ به نقل از عباس‌پور و قنبری، ۲۰۲۱). یکی از درمان‌هایی که در زمینه سوءمصرف مواد مخدر نوجوانان دارای شواهد بالینی بسیار زیادی است، خانواده‌درمانی رفتاری<sup>۱۶</sup> است (کارت و همکاران، ۲۰۰۸؛ دوناهی و ازین<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۱). در این درمان از مفاهیم رویکرد رفتاری مثل تقویت، اصلاح و پاداش

1. Liepman, Flachier & Tareen
2. Orford.
3. Zucker & Brown
4. evidence-based treatment
5. cognitive behavioral
6. motivational intervention
7. Carter
8. supportive group therapy
9. cognitive behavioral therapy
10. interpersonal psychotherapy
11. mindfulness based cognitive therapy
12. steps program
13. therapeutic community
14. Lipsey, Tanehr & Wilson
15. Kumpfer
16. family behavior therapy (FBT)
17. Donohue & Azrin

برای درمان سوء مصرف مواد نوجوان و سایر مشکلات رفتاری او و کمک به خانواده جهت تسهیل درمان او استفاده می‌شود. خانواده‌درمانی رفتاری همسو با مدل تقویت منفی اعتیاد<sup>۱</sup>، سوء مصرف مواد را رفتاری آموخته شده در جهت کاهش دادن وسوسه و سایر تبعات منفی عدم مصرف در نظر می‌گیرد (کارتر و همکاران، ۲۰۰۸) و در تلاش است با بهبود محیط خانواده و تقویت رفتارهای مثبت ناهمخوان<sup>۲</sup> با سوء مصرف مواد در بستر خانواده، تبعات ناخوشایند سوء مصرف را کاهش دهد (دوناهی و ازبین، ۲۰۱۱). مزیت این درمان در مقایسه با دیگر درمان‌ها و مداخلات به کار گرفته شده برای درمان سوء مصرف مواد نوجوانان این است که در مداخلات خود برنامه‌ای مشخص تحت عنوان خودمهارگری<sup>۳</sup> به منظور پیشگیری از تجربه‌ی وسوسه‌ی مصرف مواد یا مقابله با آن دارد (دوناهی و ازبین، ۲۰۱۱). علاوه بر این درمانگران این رویکرد همسو با رویکرد کارکردی به سیستم خانواده و تمرکز بر فرایندهای تعاملی کارآمد و تقویت کننده، بر این باورند که تغییر مثبت نوجوان بر سایر اعضای خانواده تاثیر خواهد گذاشت و منجر به بروز تغییرات مثبت در کل خانواده خواهد شد (هاموند و اپادایا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). اثربخشی این مداخله‌ی مبتنی بر نظریه و شواهدمحور، تاکنون مورد استفاده پژوهشگران و درمانگران در ایران قرار نگرفته است. لذا این پژوهش به این سوال می‌پردازد که آیا خانواده‌درمانی رفتاری بر وسوسه مصرف مواد نوجوانان شهر اهواز که طی حداکثر ۹۰ روز گذشته سوء مصرف مواد را ترک کرده‌اند، اثربخش است؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی<sup>۵</sup> از نوع طرح خط پایه چندگانه استفاده شد. مزیت استفاده از این طرح در این پژوهش این است که تغییرات فقط زمانی رخ می‌دهد که مداخله درمانی معطوف به رفتار یا افراد باشد. این طرح پژوهشی امکان مقایسه تغییرات در میزان بهبودی علائم را در طول درمان در آزمودنی‌ها و بین آزمودنی‌های دیگر نسبت

1. negative reinforcement model
2. incompatible
3. self- control

4. Hammond & Upadhyaya
5. single-case experimental design (SCED)

به خط پایه فراهم می‌کند. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ سال شهر اهواز بودند که طی حداکثر ۹۰ روز گذشته، سوء مصرف مواد را ترک کرده بودند. از بین این افراد، ۵ نوجوان پسر به استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه، فراخوانی در تعدادی از مراکز ترک اعتیاد شهر اهواز و همچنین فضای مجازی، مبنی بر برگزاری جلسات خانواده‌درمانی رفتاری برای نوجوانانی که سوء مصرف مواد را ترک کرده‌اند، منتشر شد و در آن از این نوجوانان و خانواده‌های آن‌ها برای شرکت در جلسات درمانی دعوت به عمل آمد. در نهایت از بین متقاضیان، ۵ نوجوان واجد شرایط و مادران آن‌ها بر اساس میزان تمایل به شرکت در پژوهش و نیز مصاحبه تشخیصی ساختاریافته، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل دامنه سنی ۲۱-۱۴ سال، ترک سوء مصرف مواد طی حداکثر ۹۰ روز گذشته، مجرد بودن، زندگی با خانواده و حضور یکی از والدین نوجوان و یا هر دو در جلسات و ملاک‌های خروج افراد شامل تشخیص اختلال شخصیت، دارا بودن سایر اختلالات بالینی محور I، وجود اختلال سایکوتیک، در آستانه طلاق بودن والدین و مصرف مواد توسط یکی یا هر دو والد طی دو سال اخیر بود. لازم به ذکر است جهت تعیین ملاک‌های ورود و خروج، از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور I<sup>۱</sup> و مصاحبه تشخیصی روان‌شناس بالینی استفاده شده است. در این پژوهش از معنی‌داری بالینی استفاده شده است. معنی‌داری بالینی به ارزش عملی یا اهمیت اثر مداخله‌ای که انجام شده است، اطلاق می‌گردد. دو رویکرد عمده و پر کاربرد در معنی‌داری بالینی عبارت‌اند از رویکرد شاخص تغییر پایا<sup>۲</sup> و رویکرد مقایسه‌هنجارین<sup>۳</sup>. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی، از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی و بهبود تشخیصی استفاده شد. این مطالعه دارای کد اخلاقی EE/1400.3.02.3780/scu.ac.ir است.

1. structured clinical interview for DSM disorders (SCID-I)

2. reliable change index

3. normative comparisons

## ابزار

۱- مقیاس عقاید وسوسه آمیز: این مقیاس توسط بک و کلارک (۱۹۹۳)؛ به نقل از قنبری زرنندی، حسنی، محمدخانی و حاتمی، (۱۳۹۶) ساخته شده و یک مقیاس خودسنجی است که عقاید مربوط به وسوسه مصرف مواد را می‌سنجد. این مقیاس ۲۰ ماده دارد که هر کدام در یک مقیاس ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات از ۲۰ تا ۱۴۰ است و نمرات بالا نشان‌دهنده وسوسه بیشتر و نمره پایین نشانه وسوسه کمتر است. ضریب آلفای این مقیاس ۰/۹۵ گزارش شده است و روایی صوری و محتوایی این مقیاس تایید شده است (بک و کلارک، ۱۹۹۳)؛ به نقل از قنبری زرنندی و همکاران، (۱۳۹۶). رحمانیان، میرجعفری و حسنی (۱۳۸۵)؛ به نقل از قنبری زرنندی و همکاران، (۱۳۹۶) پایایی این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و به روش تنصیف ۰/۸۱ گزارش نموده‌اند و روایی این مقیاس از طریق ضریب همبستگی پیرسون ۰/۲۸- تایید شده است.

۲- مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور I: مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I، مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) تهیه شده است (به نقل از شریفی و همکاران، ۱۳۸۳). تر و اسمیت<sup>۲</sup> (۲۰۰۴)؛ به نقل از شریفی و همکاران، (۱۳۸۳)، ضریب کاپای ۶۰ درصد را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای مصاحبه بالینی ساختاریافته گزارش کرده‌اند. شریفی و همکاران (۱۳۸۳) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز خوب گزارش شده است.

## روش اجرا

پس از انتشار فراخوان در برخی مراکز ترک اعتیاد شهر اهواز و همچنین در فضای مجازی، مبنی بر برگزاری جلسات خانواده‌درمانی رفتاری برای نوجوانانی که سوء مصرف مواد را ترک کرده‌اند و دعوت از نوجوانان و خانواده‌های آن‌ها برای شرکت در این پژوهش، نوجوانان و والدین جهت حضور در درمان داوطلب شده و ابراز تمایل به حضور در جلسات کردند. از بین نوجوانان ۱۴ تا ۲۱ ساله‌ای که طی حداکثر ۹۰ روز قبل از شروع پژوهش حاضر، در شهر اهواز اقدام به ترک سوء مصرف کرده بودند، پنج نوجوان که پس از مصاحبه‌ی تشخیصی واجد شرایط بودند انتخاب شدند. پس از آن ابتدا نوجوان اول و مادر ایشان وارد طرح درمان شدند. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر نوجوان اول و دوم پس از دو خط پایه و نوجوان سوم، چهارم و پنجم پس از سه خط پایه وارد درمان شدند. در هر مرحله از خط پایه پرسشنامه‌ی عقاید و وسوسه‌آمیز توسط نوجوان تکمیل شد و سپس درمان به مدت ۱۴ جلسه هفتگی به کار گرفته شد. لازم به ذکر است از آنجا که بحران همه‌گیری ویروس کووید ۱۹ منجر به برخی محدودیت‌ها و فاصله‌گذاری‌های اجتماعی شده که گاهی دسترسی و حضور فیزیکی در مراکز بهداشت روان را هم محدود یا ناممکن می‌کند، از مجموع این ۱۴ جلسات، ۲ الی ۳ جلسه که همزمان با تعطیلی مکان برگزاری جلسات به دلیل بحرانی شدن شرایط همه‌گیری ویروس کرونا بود، با رضایت آزمودنی‌ها، به شکل برخط<sup>۱</sup> برگزار شدند. آزمون پیگیری یک ماه پس از آخرین جلسه مداخله اجرا شد.

در این پژوهش از دستورالعمل خانواده‌درمانی رفتاری که توسط دوناھی و ازین (۲۰۱۱) ارائه گردیده است، استفاده شد. این مداخله طی ۱۴ جلسه (عنصر آموزش مهارت‌های کاربایی به دلیل محصل بودن و عدم تمایل به اشتغال به کار گرفته نشد) با حضور نوجوان و والدین و بر اساس استانداردهای آموزش مهارت‌های رفتاری انجام شد. تمرکز اصلی مضامین درمانی این رویکرد بر نوجوان بود و در هر جلسه بخش عمده‌ی جلسه به وی اختصاص یافت. همچنین در برخی جلسات (جلسات سوم و یازدهم)، حضور



والدین الزامی نبوده و جلسات به شکل فردی با نوجوان برگزار شدند. مدت زمان هر جلسه حدود ۶۰ الی ۹۰ دقیقه بود. در هر جلسه ابتدا بین ۵ تا ۱۰ دقیقه تکالیف جلسه قبل بررسی می‌شد، سپس ۵۰ الی ۶۰ دقیقه به مضامین جدید اختصاص می‌یافت و در انتهای جلسه نیز حدود ۵ تا ۱۰ دقیقه جلسه خلاصه‌بندی شده و تکلیف ارائه می‌شد. جدول ۱ خلاصه‌ای از پروتکل جلسات خانواده‌درمانی رفتاری دوناھی و ازیرین (۲۰۱۱) را نشان می‌دهد.

**جدول ۱: پروتکل جلسات خانواده‌درمانی رفتاری (دوناھی و ازیرین، ۲۰۱۱)**

| جلسه         | عنوان جلسه                     | محتوای جلسه   |
|--------------|--------------------------------|---|
| اول          | آشنایی<br>مقدماتی              | ۱- مصاحبه‌ی اولیه و کسب اطلاعات مفید از نوجوان (سابقه مصرف، الگوی مصرف، سابقه ترک)، ۲- تقویت انگیزه جهت همراهی در جلسات آینده، ۳- ارائه قوانین جلسات و قرارداد درمانی، آشنایی با اصول اساسی و اهداف این درمان.  |
| دوم          | تحلیل<br>کارکردی               | ۱- تقویت انگیزه نوجوان برای ترک سوءمصرف مواد در قالب مصاحبه انگیزشی، ۲- بررسی سطح کل رضایت نوجوان از ابعاد مختلف زندگی با مشارکت والدین، ۳- بررسی نقش مخرب مواد در ایجاد نارضایتی و عملکرد نامطلوب نوجوان، ۴- آشنایی نوجوان با عواقب منفی سوءمصرف مواد که شاید هنوز تجربه نکرده است، ۵- آشنایی نوجوان با عواقب مثبتی که عدم سوءمصرف مواد ایجاد خواهد کرد، ۶- تهیه طرحی برای در پیش گرفتن زندگی عاری از سوءمصرف با همراهی والدین، ۷- دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| سوم          | تقویت<br>مثبت                  | ارائه تکلیف: ۱- تهیه فهرست فعالیت‌هایی که منجر به افزایش رضایت نوجوان می‌شود ۲- تهیه فهرستی از فعالیت‌های مثبت جایگزین فعالیت‌های منفی. تکنیک‌ها: تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی مثل بازخورد، بازگویی تناقض‌ها.   |
| چهارم و پنجم | فعالیت‌های<br>ترغیبی<br>هماورد | ۱- خلاصه‌سازی جلسات قبل و بررسی تکلیف جلسه قبل، ۲- آشنایی نوجوان و والدین با مفهوم پاداش تقویت و نقش آن در تداوم رفتارها، ۳- بررسی پاداش‌ها و درخواست‌های مطرح شده توسط نوجوان و نیز خواسته‌های والدین در قبال تقبل آن‌ها، ۴- به توافقی واقع‌بینانه رسیدن نوجوان و والدین بر سر اهداف و خواسته‌های مد نظرشان از درمان.<br>ارائه تکلیف: ۱- تهیه فهرست خواسته‌ها و پاداش‌ها و تکمیل روزانه آن.  |
|              |                                | ۱- بررسی تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، ۲- انتخاب مضامین درمانی جلسات آینده و اولویت‌بندی آن‌ها توسط نوجوان و والدین بر اساس خواسته‌های درمانی خود (مدیریت محیط، پیشگیری از وسوسه، قلدردانی کردن از خانواده و بهبود مهارت‌های ارتباطی).  |

**جدول ۱: پروتکل جلسات خانواده‌درمانی رفتاری (دوناها و ازین، ۲۰۱۱)**

| جلسه             | عنوان جلسه              | محتوای جلسه   |
|------------------|-------------------------|---|
| ششم و هفتم       | قدردانی                 | ۱- آشنایی با اهمیت آگاهی اعضای خانواده نسبت به عملکرد یکدیگر در خانه و نقش قدردانی در تقویت رفتارهای مطلوب یکدیگر و کاهش خشم و رنجش، ۲- آموزش مهارت قدردانی، ۳- ایفای نقش جهت آموزش مهارت قدردانی.  |
|                  | اعضای خانواده از یکدیگر | ارائه تکلیف: ۱- تهیه فهرست رفتارهای تحسین برانگیز سایر اعضای خانواده و تمرین مهارت قدردانی  |
| هشتم و نهم       | درخواست                 | ۱- خلاصه‌سازی جلسه قبل و بررسی تکلیف جلسه قبل، ۲- تقویت مهارت‌های ارتباطی و آموزش درخواست کردن به شکل مثبت به منظور پیشگیری از ایجاد درگیری‌های لفظی و کدورت‌های احتمالی بین اعضای خانواده، ۳- ایفای نقش، ۴- آموزش مهارت‌های جرات‌ورزی مرتبط با مطالبه‌گری مثل مهارت "نه گفتن"، ۵- دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.  |
|                  | مثبت                    | ارائه تکلیف: ۱- تمرین مهارت‌های درخواست کردن و نه گفتن.   |
| دهم و یازدهم     | بهبود و کنترل محیط      | ۱- خلاصه‌سازی جلسه قبل و بررسی تکلیف جلسه قبل، ۲- آشنایی نوجوان و والدین با نقش محیط (تعاملات، فعالیت‌ها، هیجان‌ها) در تسهیل فرایند درمان سوء مصرف مواد، ۳- تهیه فهرستی از موارد تسهیل بخش تحت عنوان فهرست امن و بررسی نقش هر یک از موارد در تسهیل فرایند درمان، ۴- تهیه طرحی برای اجرای مستمر فعالیت‌های امن، ۵- آشنایی نوجوان و والدین با موانعی که در محیط (تعاملات، فعالیت‌ها، هیجان‌ها) ممکن است در میان مدت یا بلندمدت پرهیز نوجوان را تهدید کنند، ۶- آشنایی نوجوان با برانگیزاننده‌ها، ۷- تهیه فهرستی از موارد تهدیدکننده‌ی مسیر درمان تحت عنوان موارد هشداردهنده و بررسی تک تک موارد توسط نوجوان و والدین، ۸- تهیه طرحی برای جایگزین کردن موارد فهرست هشداردهنده با فهرست امن، ۹- دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
|                  |                         | ارائه تکلیف: ۱- تکمیل روزهانده فهرست فعالیت‌های امن و هشداردهنده و برانگیزاننده‌ی تشخیص داده‌شده.   |
| دوازدهم و سیزدهم | خودمهارگ ری             | ۱- خلاصه‌سازی جلسه قبل و بررسی تکلیف جلسه قبل، ۲- آشنایی نوجوان با ماهیت برانگیزاننده‌های وسوسه، ابعاد مختلف آن و میزان شیوع آن، ۳- آموزش شناخت عوامل محیطی و هیجانی زمینه‌ساز وسوسه، ۴- ایفای نقش رد کردن درخواست، ۵- آموزش و ایفای نقش ۹ قدم خودمهارگری.  |

**جدول ۱: پروتکل جلسات خانواده‌درمانی رفتاری (دو ماهی و ازین، ۲۰۱۱)**

| جلسه    | عنوان جلسه  | محتوای جلسه  |
|---------|---|--|
| چهاردهم | خاتمه دادن به درمان و   | ۱- مرور جلسه قبل و تکالیف جلسه قبل، ۲- اجرای مجدد قدم‌های خودمهارگری در موقعیت‌های فرضی مختلف، ۳- مرور تمرین‌ها و مهارت‌های آموخته شده با نوجوان و والدین با تاکید بر برانگیزاننده‌ها، |
| پنجم    | پیگیری  | بررسی رضایت نوجوان و والدین از درمان، هدف‌های کسب شده درمانی نوجوان و والدین، تاثیر درمان بر خانواده.  |
| فنون    | تقویت مثبت، تقویت همزمان، ایفای نقش، اجرای نقش، تمرین مثبت، انعکاس، مواجهه سازی، اقدام متناسب |  |

**یافته‌ها**

برخی از اطلاعات جمعیت شناختی در جدول ۲ مشخص شده است.

**جدول ۲: اطلاعات جمعیت شناختی**

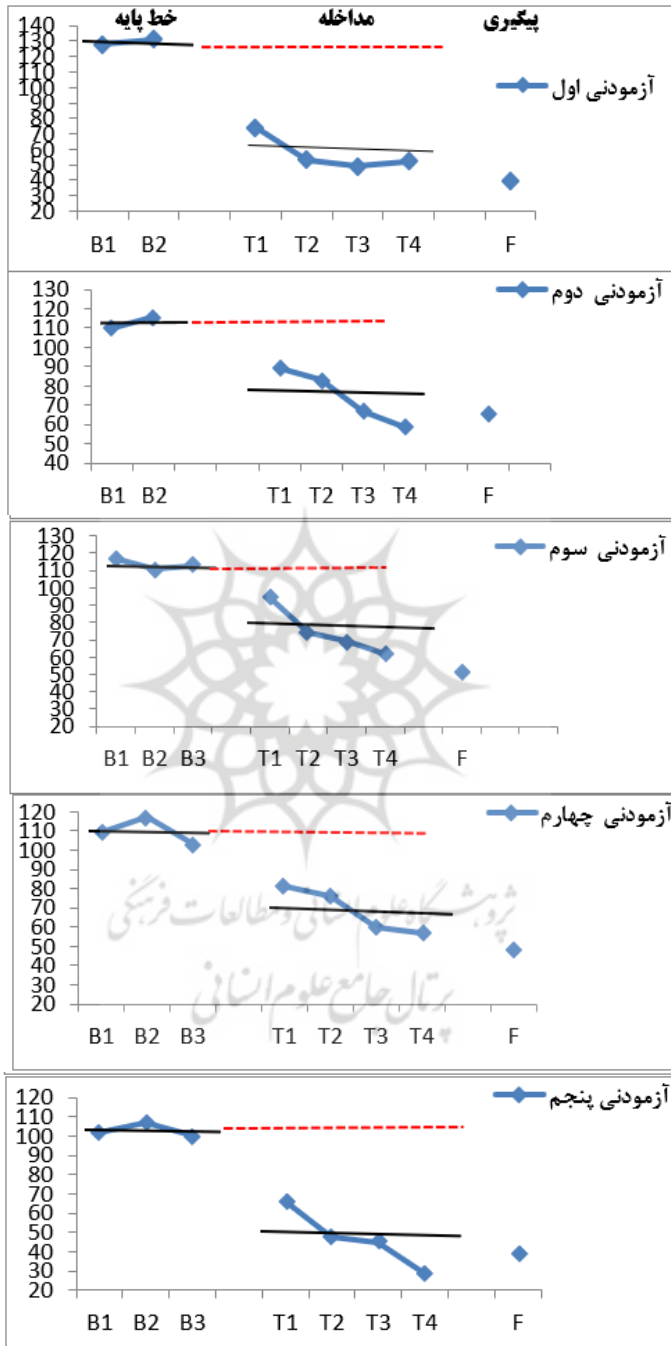
| آزمودنی | سن | وضعیت تحصیلی / اشتغالی | ماده‌ی مصرفی اصلی | مدت مصرف | سوء مصرف‌های همزمان | سابقه ترک   | مدت دوره‌ی پرهیز روانپزشکی | سابقه مصرف داروهای روانپزشکی | صرف دارو در جریان درمان |
|---------|----|------------------------|-------------------|----------|---------------------|-------------|----------------------------|------------------------------|-------------------------|
| اول     | ۱۷ | محصل                   | حشیش              | ۱سال     | سیگار و الکل        | ۲بار ۱۴روز  | نداشته است                 | نداشته است                   | فقط در مرحله خط پایه    |
| دوم     | ۱۸ | محصل                   | ماری جوانا        | ۲سال     | سیگار               | متعدد ۱۰روز | نداشته است                 | نداشته است                   | تا پایان جلسه اول       |
| سوم     | ۱۶ | محصل                   | ماری جوانا        | ۱۱ماه    | -                   | ۱بار ۱۵روز  | نداشته است                 | نداشته است                   | فقط در مرحله خط پایه    |
| چهارم   | ۱۷ | محصل                   | ماری جوانا        | ۲سال     | سیگار               | ندارد ۱۰روز | نداشته است                 | نداشته است                   | -                       |
| پنجم    | ۱۶ | محصل                   | ماری جوانا        | ۱سال     | -                   | ندارد ۷روز  | نداشته است                 | نداشته است                   | فقط در مرحله خط پایه    |

طبق نتایج جدول ۲ بیشتر این نوجوانان، مصرف کننده ماری جوانا بوده‌اند و هیچ کدام سابقه مصرف داروهای روانپزشکی را نداشته‌اند. همچنین بیشترین مدت پرهیز از مصرف تا شروع درمان ۱۵ روز بوده است. جدول ۳ آماره‌های توصیفی وسوسه مصرف مواد نوجوانان را نشان می‌دهد.

جدول ۳: روند تغییر نمره‌های آزمودنی‌ها در مقیاس عقاید وسوسه آمیز مصرف مواد

| شاخص تغییر پایا | میزان بهبودی | پیگیری | شاخص تغییر پایا | میزان بهبودی | میانگین پس آزمون‌ها | پس آزمون ۴ | پس آزمون ۳ | پس آزمون ۲ | پس آزمون ۱ | میانگین خط پایه | خط پایه ۳ | خط پایه ۲ | خط پایه ۱ |       |
|-----------------|--------------|--------|-----------------|--------------|---------------------|------------|------------|------------|------------|-----------------|-----------|-----------|-----------|-------|
| نوجوان اول      | ۱۲۸          | ۱۳۱    | -               | ۱۲۹/۵        | ۷۴                  | ۵۳         | ۴۹         | ۵۲         | ۵۷         | ۵۵/۹۸           | ۱۴/۷      | ۵۰        | ۶۱        | ۱۵/۱۴ |
| نوجوان دوم      | ۱۱۰          | ۱۱۶    | -               | ۱۱۳          | ۸۹                  | ۸۳         | ۶۷         | ۵۹         | ۷۴/۵       | ۳۴              | ۷/۸       | ۶۵        | ۴۲        | ۹/۱۴  |
| نوجوان سوم      | ۱۱۷          | ۱۱۱    | ۱۱۳             | ۱۱۳/۶        | ۹۵                  | ۷۴         | ۶۹         | ۶۲         | ۷۵         | ۵۷              | ۷/۸       | ۶۲        | ۵۵/۱      | ۹/۶۴  |
| نوجوان چهارم    | ۱۰۹          | ۱۱۷    | ۱۰۳             | ۱۰۹          | ۸۱                  | ۷۶         | ۶۰         | ۵۷         | ۶۸/۵       | ۳۷/۱            | ۸/۲       | ۴۸        | ۵۵        | ۱۱/۱۶ |
| نوجوان پنجم     | ۱۰۲          | ۱۰۷    | ۱۰۰             | ۱۰۳          | ۶۶                  | ۴۸         | ۴۵         | ۲۹         | ۴۷         | ۶۲              | ۱۱/۴      | ۳۹        | ۶۲        | ۱۱/۱۹ |

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد نمرات مقیاس عقاید وسوسه آمیز تغییر معنی داری داشت. شاخص تغییر پایا پس از مرحله مداخله در نوجوان اول، دوم، سوم، چهارم و پنجم بیشتر از نمره ملاک ( $Z=1/96$ ) بود، بنابراین تغییرات هر پنج نوجوان معنی دار هستند. نمودار ۱ روند تغییر نمره‌های مقیاس عقاید وسوسه آمیز مصرف مواد را نشان می‌دهد.



پیش بین سطح تغییرات  
 میانگین

نمودار ۱: روند تغییر نمرات مقیاس عقاید وسوسه آمیز مصرف مواد

نمودار ۱ نشان می‌دهد همه نمرات پنج نوجوان در مرحله مداخله پایین‌تر از نمرات خط پایه آن‌ها قرار گرفته است و در عقاید وسوسه‌آمیز کاهش داشته‌اند. بر اساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه (فیشر، کلی و لوماس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳) اگر هر چهار نقطه مرحله مداخله، چهار نقطه پایین‌تر از نمرات مرحله خط پایه قرار گیرند، تغییر معنادار است. همچنین هر پنج نوجوان درصد بهبودی معنی‌دار قابل توجهی را نشان دادند. بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد (پاپن<sup>۲</sup>، ۱۹۸۹؛ به نقل از رجبی، ایمانی، خجسته‌مهر، بیرامی و بشلیده، ۱۳۹۲) خانواده‌درمانی رفتاری در کاهش عقاید وسوسه‌آمیز مصرف مواد نوجوانان در طبقه موفقیت در درمان قرار می‌گیرد (۴۹/۲۲ درصد بهبودی). بنابراین بر اساس شاخص تغییر پایا، نمودار گرافیکی و درصد بهبودی، خانواده‌درمانی رفتاری باعث کاهش عقاید وسوسه‌آمیز به مصرف مواد در نوجوانانی که اختلال مصرف مواد دارند، شده و در مرحله پیگیری نیز این تغییرات ثابت داشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی رفتاری بر وسوسه مصرف مواد نوجوانان ترک‌کننده سوءمصرف مواد پرداخت. نتایج این پژوهش نشان داد خانواده‌درمانی رفتاری باعث کاهش معنادار وسوسه مصرف مواد شده است. به طور کلی میزان بهبودی هر پنج آزمودنی افزایش یافته بود. این یافته با یافته‌های عباس‌پور و قنبری (۲۰۲۱)، عباس‌پور و قنبری (۱۳۹۹) وانگ<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۶)، دوناهی و ازین (۲۰۱۱)، کارول<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۶)، همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، انگیزش عامل مهم و کلیدی در درمان سوءمصرف مواد و اعتیاد است. هر چه انگیزه‌ی فرد بالاتر باشد، تمایل بیشتری به درمان دارد و کمتر گرایش به مصرف مجدد مواد پیدا می‌کند (احمدی، ۱۳۹۵). اغلب نوجوانان سوءمصرف‌کننده مواد انگیزه کافی برای درمان سوءمصرف مواد ندارند (دوناهی و ازین، ۲۰۱۱) و یا به دلیل اینکه با اصرار و اجبار دیگران تحت درمان قرار گرفته‌اند، نگرش منفی به آن دارند (میلر<sup>۵</sup>، ۱۳۹۶). انگیزه‌ی پایین علاوه بر اینکه ممکن

1. Fisher, Kelley, & Lomas  
2. Poppen  
3. Wang

4. Carroll  
5. Miller

است موجب ادامه سوءمصرف شود می تواند در فرایند بهبودی نیز با تحت تاثیر قرار دادن تصمیم گیری های نوجوان در موقعیت های هشدار دهنده او را به مصرف مجدد و لغزش سوق دهد و در درمان او خلل ایجاد کند؛ چرا که نوجوانان تمایل زیادی به رفتارهای تکانشی و آنی دارند. آن ها توانایی کافی برای در نظر گرفتن عواقب طولانی مدت تصمیم های آنی خود را ندارند و تمرکز آن ها بر پاداش ها و فواید آنی اعمال شان است. خانواده درمانی رفتاری انگیزه را در درمان لحاظ کرده و با تمرکز ویژه بر اهمیت آن در قالب جلسات بررسی عواقب و با بهره گیری از مصاحبه انگیزشی به تقویت انگیزه نوجوان می پردازد. در جلسات بررسی عواقب، درمانگر ضمن ابراز همدلی با نوجوان، بسط تضادها و تقویت ناهمخوانی ها، پرهیز از مجادله و نیز تقویت خود کارآمدی او، فرآیند درمان را پیش می برد. پذیرش مسئولیت درمان و حفظ بهبودی توسط نوجوان می تواند تا حد زیادی انگیزه کافی در او برای مقابله با موقعیت های وسوسه آمیز و هشدار دهنده را افزایش دهد. حمایت خانواده در الزام و تعهد فرد مصرف کننده به درمان، پیش بینی کننده ی موثر و یکی از عوامل مهم در باقی ماندن در پرهیز است. حمایت بالای والدین و والدین تشویق کننده، بازدارنده مهم نوجوانان از مصرف الکل و دارو است (کیربی و همکاران ۲۰۱۵)؛ به نقل از عباس پور و قنبری، ۲۰۲۱). خانواده درمانی رفتاری در برانگیختن نوجوانان برای ورود به درمان موثر است. در خانواده درمانی رفتاری نیز حمایت خانواده در راستای کمک به او در جلسات، علاوه بر تقویت انگیزه نوجوان، با الگوسازی او از والدین و خانواده باعث افزایش مسئولیت پذیری فردی نوجوان نسبت به درمان می شود. از دیدگاه سیستمی، خانواده به عضوی که قبلا مصرف کننده مواد بوده است و با اعتیاد خود، تعادل خانواده را به شکلی نامتوازن حفظ می کرده، فشار می آورد تا با تکرار رفتارهای قبلی اش تعادل را حتی به شکل نامتوازن قبلی به خانواده بازگرداند. با توجه به اینکه قدرت سیستم بیش از قدرت فرد برای مقاومت در برابر تغییر است، لذا باعث می شود تا فرد به الگوی قبلی بازگشت کند و خود به خود لغزش رخ دهد. اما بر اثر مداخله ی درمانی، تغییر در کل سیستم اتفاق می افتد و فرد و خانواده شیوه های جدید رفتار و تعامل را یاد می گیرند؛ در نتیجه موانعی که در مسیر حفظ بهبودی نوجوان وجود دارد هموارتر می شود.

یکی از کارکردهای وسوسه و افکار و هیجانات مرتبط با آن، اجتناب از موضوعات تهدیدکننده است. افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد، عواطف و احساسات منفی‌ای را تجربه می‌کنند که موجب فعال‌سازی دستگاه خودمختار می‌شود. از آن جایی که این افراد تحمل این حالات هیجانی و افکار ناخوشایند را ندارند؛ لذا از آن‌ها اجتناب و لغزش می‌کنند (دراموند<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). روابط بین فردی و بحران‌های خانوادگی نوجوان نقش زیادی در بروز این هیجانات و افکار دارند. در خانواده‌های این نوجوانان اغلب نقص مهارت‌های ارتباطی دیده می‌شود و حل مساله به خوبی انجام نمی‌شود. خانواده‌های نوجوانان حتی پس از ترک سوء مصرف مواد موضع انتقادی خود به نوجوان را حفظ می‌کنند و به جای تمرکز بر رفتارها و تصمیمات کنونی او، توجه خود را به رفتارهای گذشته‌ی او معطوف می‌کنند. این خانواده‌ها بر اساس الگوهای قبلی رفتاری خود، از سرزنش و تهدید در روابط استفاده می‌کنند (عباس‌پور و قنبری، ۲۰۲۱) و احساس مقصر بودن بابت مسائلی که شاید به نوجوان بی‌ربط باشد را در او القا می‌کنند. در نتیجه ارتباطات بین اعضا محدود و سرشار از خشم پنهان و رنجش می‌شوند. خانواده‌درمانی رفتاری با تاکید ویژه بر رفع موانع درمانی پیش روی نوجوان، راهکارهای متعددی را برای توانمندسازی نوجوان، اصلاح تعاملات و ارتباطات اعضای خانواده، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه به نوجوان به کار می‌گیرد و در جلسات بهبود محیط، درخواست مثبت و آگاهی بخشی دو جانبه و قدردانی به دنبال توانمندسازی سیستم خانواده است (دوناهی و ازین، ۲۰۱۱).

همچنین خودمهارگری، تمرین‌های تن‌آرامی و ایفای نقش به نوجوان کمک می‌کند نسبت به محرک‌های بیرونی به شکل موثرتری واکنش دهد و نیز مهارت‌های ارتباطی خود را بهبود بخشد. علاوه بر این، تکنیک تقویت تفکیکی<sup>۲</sup> که در جلسات به وفور توسط درمانگر به کار برده می‌شود به والدین نیز آموزش داده می‌شود. استفاده از این تکنیک والدین را قادر می‌سازد در مواقعی که نوجوان رفتاری برخلاف هدف‌های درمانی‌اش انجام می‌دهد همزمان و ضمن توجه به جنبه ناخوشایند رفتار، جنبه خوشایند را تقویت کرده و جنبه ناخوشایند را خاموش نگه دارد تا خشم موجود در روابط خود و واکنش‌های



تهاجمی نوجوان کاهش پیدا کند. تمرین مثبت نیز یکی دیگر از مهارت‌های ارتباطی است که والدین را قادر می‌سازد در مواقعی که بابت پیشامدی از نوجوان عصبانی می‌شوند، خود و خشم خود را کنترل کنند، عصبانیت خود را به جای نوجوان، به بافت عمل ابراز کنند و به جای نوجوان، عمل او را سرزنش کنند و یا پیشنهادهاتی به او برای پیشگیری از بروز آن پیشامد در آینده ارائه کنند. پذیرش سهم خود در بروز مشکلات نیز به والدین آموزش داده می‌شود تا به جای سرزنش نوجوان، نقش خود را هم لحاظ کنند. همه‌ی این مهارت‌ها در طول جلسات تمرین می‌شوند، بازخورد می‌گیرند و درمانگر همواره به اهمیت آن‌ها در حفظ بهبودی نوجوان اشاره می‌کند. پس از آموزش این مهارت‌ها و در جلسات میانی، عنصر آگاهی بخشی دوجانبه نوجوان و والدین را قادر می‌سازد نسبت به یکدیگر و رفتارهای خوشایند یکدیگر که قبلاً در سایه‌ی خشم و رنجش قرار می‌گرفتند، بیشتر آگاه شوند، در جلسه در حضور درمانگر آن‌ها را ابراز کنند و بابت آن‌ها از یکدیگر قدردانی کنند (دوناوی و ازین، ۲۰۱۱).

خانواده‌درمانی رفتاری در جلسات کنترل محیط نوجوان را با برانگیزاننده‌ها آشنا می‌سازد. پس از آن با تهیه فهرست هشداردهنده‌ها و در کنار آن محافظت‌کننده‌ها، نوجوان را متوجه عواملی می‌کند که او را در معرض وسوسه قرار داده و سلامتی‌اش را تهدید می‌کند. در مسیر بهبودی، درمانگر در جلسات تهیه فهرست فعالیت‌های هشداردهنده و محافظت‌کننده نیز به وفور از تکنیک‌های انگیزشی برای تقویت احساس خودکارآمدی و شایستگی نوجوان استفاده کرده و تناقض‌های فعالیت‌های هشداردهنده با ارزش‌ها و اهداف درمانی‌اش را با او در میان می‌گذارد. داشتن خانواده و اطرافیان حمایت‌گر و پشتیبان، تقویت انگیزه درونی و بیرونی، داشتن مسیر مدون و آماده شده که در آن موقعیت‌های خطر و موانع وسوسه‌ساز نیز مشخص شده‌اند، به نوجوان کمک می‌کند بتواند سبک زندگی سالم و ثمربخشی برای خود رقم زند (دوناوی و ازین، ۲۰۱۱).

این پژوهش محدودیت‌هایی دارد که باعث می‌شود نتایج این پژوهش را نتوان قاطعانه تعمیم داد. این محدودیت‌ها مربوط به طرح تحقیق، حجم نمونه و عدم اجرای مرحله

پیگیری در بلندمدت است. یکی از محدودیت‌های طرح تحقیق تک موردی، اجرای مکرر ابزارهای پژوهش در سه مرحله پایه، مداخله و پیگیری است که احتمال شکل‌گیری اثر انتقال را بیشتر می‌کند. ماده مصرفی این پنج نوجوان کانابیس (ماری‌جوانا و حشیش) بوده است. پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان بر مصرف‌کنندگان مواد صنعتی نیز بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در سایر پژوهش‌ها اثرات این درمان بر سایر ابعاد خانوادگی و کارکردهای زوجین نیز مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به نقش مهم خانواده در درمان نوجوان مبتلا به سوء مصرف مواد، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی و جلسات آموزش خانواده جهت آگاه‌سازی خانواده‌ها و ترغیب آن‌ها به درمان فرزندشان برگزار گردد.

## منابع

- احمدی، شیرین (۱۳۹۵). *نقش بی‌اشتیاقی اخلاقی، حساسیت به پاداش و خود نهمان‌سازی در پیش‌بینی انگیزش و پیامدهای درمان افراد وابسته به مواد*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی اردبیل، ایران.
- اسلام پناه، محمدرضا؛ مهدیان، حسین و جاجرمی، محمود (۱۳۹۸). *بررسی برازش مدل خطرپذیری نوجوانان ایرانی در زمینه اعتیاد با تأکید بر کارکرد خانواده و طراحواره‌های ناسازگار، تحمل پریشانی و تنظیم هیجان، فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۳(۵۴)، ۶۸-۹۰*.
- حسین‌لو، عقیل و رستمی، چهره‌سا (۱۳۹۹). *سبب‌شناسی و درمان خانواده‌محور اعتیاد: یک مطالعه مروری، فصلنامه رویش روان‌شناسی، ۹(۱۱)، ۱۴۹-۱۵۸*.
- رجبی، غلامرضا؛ ایمانی، مهدی؛ خجسته مهر، رضا؛ بیرامی، منصور و بشلیده، کیومرث (۱۳۹۲). *بررسی کارایی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر بر کاهش علائم نگرانی و سازگاری زناشویی زن‌های دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۳(۱)، ۵۸-۸۸*.
- زارعی، سلمان (۱۴۰۱). *تعارض زناشویی والدین و گرایش به سوء مصرف مواد نوجوانان: نقش تعدیل‌کننده افسردگی و ذهن آگاهی، فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۶(۶۳)، ۲۴۵-۲۶۶*.
- سبزی، سعید؛ و اسلمی، الهه (۱۴۰۱). *اثربخشی روش دوازده قدم انجمن معتادان گمنام بر تعارضات زناشویی و تعارضات والد-فرزندی معتادان، فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۶(۶۳)، ۳۳۵-۳۵۸*.

شریفی، ونداد؛ اسعدی، محمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین و سمنانی، یوسف (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID)، تازه های علوم شناختی، ۶(۲۰۱)، ۲۲-۱۰.

صدری دمیچی، اسماعیل؛ رییس قره درویشلو، سجاد و رحیمی زرج آباد، نقی (۱۳۹۷). نقش الگوهای ارتباطی خانواده و سبک‌های دلبستگی در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد در جوانان، فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۲(۴۵)، ۱۱۴-۱۱۴.

عباس پور، ذبیح اله و قنبری، زهرا (۱۳۹۹). اثربخشی درمان خانواده محور بر نگرش به مصرف مواد در دانش آموزان دختر با اختلال مصرف مواد، فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۴(۵۷)، ۱۸۶-۱۷۱.

فیض‌اللهی، علی؛ باپیری، امیدعلی (۱۴۰۰). واکاوی دلایل، زمینه‌ها و پیامدهای مصرف مواد مخدر در بین نوجوانان (مورد مطالعه نوجوانان شهر ایلام)، فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۵(۶۲)، ۱۴۱-۱۶۵.

قنبری زرنندی، زهرا؛ حسنی، جعفر؛ محمدخانی، شهرام و حاتمی، محمد (۱۳۹۶). الگوی روابط ساختاری فعالیت سیستم های مغزی رفتاری، احساس تنهایی، دشواری در تنظیم هیجان و وسوسه مصرف مواد در زنان سوءمصرف کننده، فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۱(۴۴)، ۱۰۷-۱۳۴. محمدخانی، پروانه؛ محمدی، لیلا؛ آزادمهر، هدیه؛ تقی زاده، سمیه و بهارلو، درسا (۱۳۹۴). اثربخشی حل مسأله هدایت شده نوجوان بر ولع، باورها و روش‌های مقابله‌ای نوجوانان سوءمصرف کننده مواد. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱(۲۱)، ۳۶-۲۲. میلر، ویلیام (۱۳۹۶). مصاحبه انگیزشی در درمان اعتیاد. ترجمه همتی، ناصر، و ناظم، نازفر. تهران، انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۹).

## References

- Abbaspour, Z., & Ghanbari, Z. (2021). The effectiveness of family-based treatment on craving in female students with substance abuse. *International journal of high-risk behaviors and addiction*, 10(1), 1-7.
- Addolorato, G., Leggio, L., Abenavoli, L., & Gasbarini, G. (2009). Neurobiochemical and clinical aspect of craving in alcohol addiction: A Review. *Addictive behaviors*, 30, 1209- 1224.
- Carroll, K. M., Easton, C. J., Nich, C., Hunkele, K. A., Neavins, T. M., Sinha, R., & Rounsaville, B. J. (2006). The use of contingency management and motivational/skills-building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(5), 955-966.
- Carter, B. L., Lam, C. Y., Robinson, J. D., Paris, M. M., Waters, A. J., Wetter, D. W., & Cinciripini, P. M. (2008). Real-time craving and mood assessments before and after smoking. *Nicotine & tobacco research*, 10(7), 1165-1169.

- Chen, Y. L., Chen, S. H., & Gau, S. S. F. (2015). ADHD and autistic traits, family function, parenting style, and social adjustment for Internet addiction among children and adolescents in Taiwan: A longitudinal study. *Research in developmental disabilities*, 39, 20-31.
- Das, J. K., Salam, R. A., Arshad, A., Finkelstein, Y., & Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for adolescent substance abuse: An overview of systematic reviews. *Journal of adolescent health*, 59(4), 61-75.
- Donohue, B., & Azrin, N. H. (2011). *Treating adolescent substance abuse using family behavior therapy: A step-by-step approach*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Drummond, D. C. (2008). What does cue- reactivity have to offer clinical research? *Addiction*, 95, 129-144.
- Fisher, W. W., Kelley, M. E., & Lomas, J. E. (2003). Visual aids and structured criteria for improving visual inspection and interpretation of single-case designs. *Journal of applied behavior analysis*, 36(3), 387-406.
- Hammond, C. J., & Upadhyaya, H. (2015). Adolescent substance use disorders: principles for assessment and management. *Child and adolescent psychopharmacology news*, 20(1), 1-7.
- Holland, K. M., Jones, C., Vivolo-Kantor, A. M., Idaikkadar, N., Zwald, M., Hoots, B., & Houry, D. (2021). Trends in US emergency department visits for mental health, overdose, and violence outcomes before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA psychiatry*, 78(4), 372-379.
- Liepman, M. R., Flachier, R., & Tareen, R. S. (2008). Family behavior loop mapping: A technique to analyze the grip addictive disorders have on families and to help them recover. *Alcoholism treatment quarterly*, 26(1-2), 59-80.
- McNeely, J., Kumar, P. C., Rieckmann, T., Sedlander, E., Farkas, S., Chollak, C., & Rotrosen, J. (2018). Barriers and facilitators affecting the implementation of substance use screening in primary care clinics: a qualitative study of patients, providers, and staff. *Addiction science & clinical practice*, 13(1), 1-15.
- Orford, J., Natera, J., Copello, A., Atkinson, C., Mora, J. Velleman, R., & Walley, G. (2005). *Coping with alcohol and drug problems. The experience of family members in three contrasting cultures*. Taylor and Francis Group: London and New York.
- Wahab, S., Baharom, M. A., Rahman, F. N. A., Wahab, K. A., Zulkifly, M. A., Azmi, A. D., & Ahmad, N. (2021). The relationship of lifetime substance-use disorder with family functioning, childhood victimisation, and depression, among juvenile offenders in Malaysia. *Addictive behaviors reports*, 14, 1-10.
- Wang, L. J., Lu, S. F., Chong, M. Y., Chou, W. J., Hsieh, Y. L., Tsai, T. N., & Lee, Y. H. (2016). A family-oriented therapy program for youths with substance abuse: long-term outcomes related to relapse and academic or social status. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 699-706.
- Zucker, R. A., & Brown, S. A. (2019). *The Oxford handbook of adolescent substance abuse*. Uk, Oxford: Oxford University Press.