



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

سارا کیان ارشی<sup>۱</sup>، ذبیح‌اله عباس پور<sup>۲</sup>، خالد اصلانی<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 سوء‌صرف مواد بود. **روش:** پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی تک موردنی 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 سوء‌صرف مواد در نوجوانان مؤثر باشد و درمانگران می‌توانند از این روش درمانی برای بهبود اختلال مصرف مواد استفاده کنند.

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

\*. این مقاله برگرفته از پایان نامه 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.abbspour@scu.ac.ir

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

#### مقدمه

سوء‌صرف مواد<sup>۱</sup>، پدیده‌ای مزمن، عود‌کننده (مک‌نیلی<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 شفیعی، ۲۰۱۸؛ به نقل از اسلام پناه، مهدیان و جاجرمی، ۱۳۹۸). دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل<sup>۴</sup>؛ 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 سوء‌صرف 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).

سوء‌صرف 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 اسلام‌پناه و همکاران، ۱۳۹۸). آمارهای موجود نشان می‌دهد حدود ۱۶ درصد معتادان ایران کمتر از ۱۹ سال سن دارند (صدری دمیرچی، ریس قره‌درویشلو و رحیمی، ۱۳۹۷). سوء‌صرف مواد بسیار پیشرونده است (مک‌نیلی و همکاران، ۲۰۱۸) و هر چه سن اولین تجربه مصرف مواد پایین‌تر باشد، احتمال ادامه آن در سینه 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                                | 5. addiction                        |
| 2. McNeely  | 6. National Institute on Drug Abuse |
| 3. Wahab  | 7. Chung                            |
| 4. United Nation Office on Drug and Crime (UNODC) | 8. Mathiah                          |
|   | 9. Jordan & Andersen                |

مواد غیرقانونی<sup>۱</sup> مصرف می‌کنند، سوءصرف مواد را قبل از ۱۸ سالگی آغاز کرده‌اند. از بین این افراد ۲۵ درصد دچار اختلال مصرف مواد<sup>۲</sup> می‌شوند، در حالی که تنها ۴ درصد از افرادی که سوءصرف مواد را بعد از ۲۱ سالگی آغاز می‌کنند، دچار اختلالات مربوط به مصرف مواد می‌شوند. سوءصرف مواد نوجوانان تأثیر بسیار زیادی بر سلامت روان و بهزیستی نوجوانان دارد و عواقب زیان‌بار بیشتری را نسبت به بزرگسالان برای آن‌ها رقم می‌زند. همچنین با مخاطراتی همراه است که پیامدهای آن در مشکلات رفتاری، مثل جرم و خشونت، مشکلات هیجانی و جنسی، افراش و پایداری وابستگی به مواد در بزرگسالی، مشکلات ارتباطی، بیکاری، تصادف، آسیب‌های مغزی و عصب‌شناختی نمایان است (Das, Salam, Arshad, Finkelstein و بهاتا، ۲۰۱۶).

وسوسه<sup>۳</sup> مصرف یکی از عمده‌ترین دلایلی است که باعث می‌شود افرادی که اقدام به قطع مصرف مواد کرده‌اند، نتوانند پرهیز خود را حفظ کنند. وسوسه را می‌توان یک میل شدید برای مصرف مواد تعریف کرد، میلی که اگر برآورده نشود رنج‌های جسمی و روانی را در پی خواهد آورد (ادلورتو، لگیو، آبنولی و گاسبارینی، ۲۰۰۹). در بررسی عوامل مؤثر بر ولع مصرف مواد، عوامل اجتماعی نقش بسیار مهمی را بازی می‌کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند یکی از این عوامل، کارکرد خانواده است (چن، چن و جیو، ۲۰۱۵). خانواده در حالی که می‌تواند حمایت‌های ارزشمندی از اعضا‌یاش شود (حسین‌لو و رستمی، ۱۳۹۹؛ لوك، كينگ، مك‌كارتي، مك‌كولي و استوپ، ۲۰۱۷؛ به نقل از زاري، ۱۴۰۱). از طرف دیگر، سوءصرف مواد توسط یک عضو خانواده، بر تمامی اعضای خانواده تاثیر می‌گذارد و وقتی یکی از اعضای خانواده در گیر سوءصرف مواد می‌شود همه اعضای خانواده نیز از سوءصرف مواد رنج خواهند برد (عباس‌پور و قبری، ۱۳۹۹).

1. illicit drug

2. substance use disorder (SUD)

3. Das, Salam, Arshad, Finkelstein, & Bhutta  
4. craving

5. Addolorato, Leggio, Abenavoli &amp; Gasbarini

6. Chen, Chen &amp; Gao

7. Luk, King, McCarty, McCauly, &amp; 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 بدکار کرد خانواده و وسوسه مصرف می‌تواند پیامدهای نامطلوبی را به دنبال داشته باشد (سبزی و اسلامی، ۱۴۰۱). این پیامدها ضرورت به کارگیری هر چه سریع‌تر مداخله و درمان برای نوجوانان را تبیین می‌کند، اما درمان سوءصرف مواد نوجوانان بسیار چالش‌برانگیز است (زاکر 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 (کارترا<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۸).

تاکنون مداخلات غیردارویی متعددی همچون گروه‌درمانی حمایتی<sup>۸</sup>، رفتار‌درمانی شناختی<sup>۹</sup>، روان‌درمانی بین‌فردي<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، تتر 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 در گیر مصرف مواد است (کامپفر<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۴؛ به نقل از عباس‌پور و قبری، ۲۰۲۱). یکی از درمان‌هایی که در زمینه سوءصرف مواد مخدر نوجوانان دارای شواهد بالینی بسیار زیادی است، خانواده‌درمانی رفتاری<sup>۱۶</sup> است (کارترا و همکاران، ۲۰۰۸؛ دوناهی و ازرین<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۱). در این درمان از مفاهیم رویکرد رفتاری مثل تقویت، اصلاح و پاداش

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

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

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی<sup>۴</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، سوءصرف 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 سوءصرف 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 ۱۴-۲۱ سال، ترک سوءصرف 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 معنی داری بالینی استفاده شده است. معنی داری بالینی به ارزش عملی یا اهمیت اثر مداخله‌ای که انجام شده است، اطلاق می‌گردد. دو رویکرد عمده و پرکاربرد در معنی داری بالینی عبارت‌اند از رویکرد شاخص تغییر پایا<sup>۲</sup> و رویکرد مقایسه هنجارین<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 ir/1400.3.02.3780/scu.ac.ir EE/ است.

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

2. reliable change index  
3. normative comparisions

## ابزار

۱- مقیاس عقاید و سوسمه آمیز: این مقیاس توسط بک و کلارک (۱۹۹۳؛ به نقل از قنبری‌زنندی، 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 ۱۴۰ تا ۲۰ 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 قنبری‌زنندی و همکاران، ۱۳۹۶). رحمانیان، میرجعفری و حسنی (۱۳۸۵؛ به نقل از قنبری‌زنندی 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 پرسون ۰/۲۸-۰/۲۸ 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). تنر 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 سوءصرف 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 سوءصرف 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 سوسمه‌آمیز 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 گاهای 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 دوناهی و ازرين (۲۰۱۱) ارائه گردیده است، استفاده شد. این مداخله طی ۱۴ جلسه (عنصر آموزش مهارت‌های کاریابی به دلیل محصل بودن و عدم تمایل به اشتغال به کار گرفته نشد) با حضور نوجوان و والدین و بر اساس استاندارهای 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 دقیقه بود. در هر جلسه ابتدا بین ۵ تا ۱۰ دقیقه تکالیف جلسه قبل بررسی می شد، سپس ۵۰ الی ۶۰ دقیقه به مضامین جدید اختصاص می یافت و در انتهای جلسه نیز حدود ۵ تا ۱۰ دقیقه جلسه خلاصه بندی شده و تکلیف ارائه می شد. جدول ۱ خلاصه ای از پروتکل جلسات خانواده درمانی رفتاری دوناهی و ازرین (۲۰۱۱) را نشان می دهد.

جدول ۱: پروتکل جلسات خانواده درمانی رفتاری (دوناهی و ازرین، ۲۰۱۱)

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسه
آشنایی	اول	۱- مصاحبه اولیه و کسب اطلاعات مفید از نوجوان (سابقه مصرف، الگوی مصرف، سابقه ترک)، ۲- تقویت انگیزه جهت همراهی در جلسات آینده، ۳- ارائه آشنایی جلسات و قرارداد درمانی، آشنایی با اصول اساسی و اهداف این درمان.
مقدماتی	دوم	۱- تقویت انگیزه نوجوان برای ترک سوء مصرف 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 سوء مصرف مواد که شاید هنوز تجربه نکرده است، ۵- آشنایی نوجوان با عواقب مثبتی که عدم سوء مصرف مواد ایجاد خواهد کرد، ۶- تهیی طرحی برای در پیش گرفتن زندگی عاری از سوء مصرف با همراهی والدین، ۷- دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
تحلیل	کار کردن	ارائه تکلیف: ۱- تهیی فهرست فعالیت هایی که منجر به افزایش رضایت نوجوان می شود ۲- تهیی فهرستی از فعالیت های مثبت جایگزین فعالیت های منفی.
سوم	مثبت	تکنیک ها: تکنیک های مصاحبه انگیزشی مثل بازخورد، بازگویی تناظر ها. ۱- خلاصه سازی جلسات قبل و بررسی تکلیف جلسه قبل، ۲- آشنایی نوجوان و والدین با مفهوم پاداش تقویت و نقش آن در تداوم رفتارها، ۳- بررسی پاداش ها و درخواست های مطرح شده توسط نوجوان و نیز خواسته های والدین در قبال تقبل آن ها، ۴- به توافقی واقع بینانه رسیدن نوجوان و والدین بر سر اهداف و خواسته های مد نظرشان از درمان.

ارائه تکلیف: ۱- تهیی فهرست خواسته ها و پاداش ها و تکمیل روزانه آن.

فعالیت های	چهارم و پنجم
۱- بررسی تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، ۲- انتخاب مضامین درمانی جلسات آینده و اولویت بندی آن ها توسط نوجوان و والدین بر اساس خواسته های درمانی خود (مدیریت محیط، پیشگیری از وسوسه، قدردانی کردن از خانواده و بهبود مهارت های ارتیاطی).	ترغیبی همایورده

## جدول ۱: پروتکل جلسات خانواده‌درمانی رفتاری (دوناهی و ازربین، ۲۰۱۱)

عنوان جلسه	جلسه	محتوای جلسه
قدردانی ششم و هفتم خانواده از یکدیگر	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.	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-
هشتم و نهم درخواست مثبت	ارائه تکلیف: ۱- تهیه فهرست رفتارهای تحسین برانگیز سایر اعضای خانواده و تمرين مهارت قدردانی	ارائه تکلیف: 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.
بهبود و کنترل یازدهم محیط	ارائه تکلیف: ۱- تمرين مهارت‌های درخواست کردن و نه گفتن. ۱- خلاصه‌سازی جلسه قبل و بررسی تکلیف جلسه قبل، ۲- آشنایی نوجوان و والدین با نقش محیط (تعاملات، فعالیت‌ها، هیجان‌ها) در تسهیل فرایند درمان سوء‌صرف 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، هیجانات) ممکن است در میان مدت یا بلند مدت پرهیز نوجوان را تهدید کنند، ۶- آشنایی نوجوان با برانگیزانده‌ها، ۷- تهیه فهرستی از موارد تهدید کننده‌ی 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- خلاصه‌سازی جلسه قبل و بررسی تکلیف جلسه قبل، ۲- آشنایی نوجوان با ماهیت دوازدهم خودمهارگ برانگیزانده‌های 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 <sup>۹</sup> قدم خودمهارگری.

**جدول ۱: پروتکل جلسات خانواده‌درمانی رفتاری (دوناهی و ازدین، ۲۰۱۱)**

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

**یافته‌ها**

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

**جدول ۲: اطلاعات جمعیت شناختی**

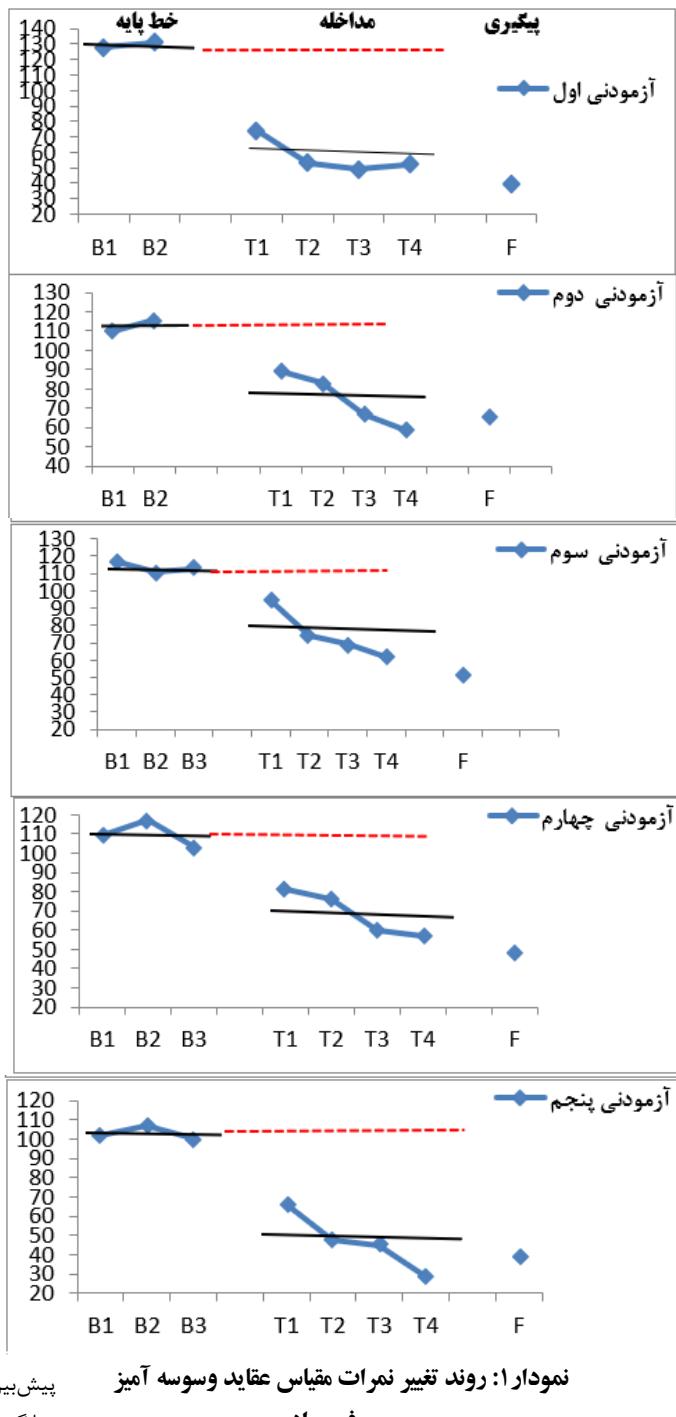
آژومندی	نمی.	وضعیت تحصیلی اشغالی	ماده‌ی مصرفی اصلی	مدت مصرف	شوهه‌های همراه	ساخته	روابط شکنی	سابقه مصرف داروهای	صرف دارو در یزدان درمان	نام	آژومندی
دوم	۱۸	محصل	ماری جوانا	۲ سال	سیگار	متعدد ۱۰ روز	نداشته است	پایه	فقط در مرحله خط	۱۷	محصل حشیش
سوم	۱۶	محصل	ماری جوانا	۱۱ ماه	-	۱ بار ۱۵ روز	نداشته است	پایه	فقط در مرحله خط	۱۷	محصل سیگار
چهارم	۱۷	محصل	ماری جوانا	۲ سال	سیگار	ندارد ۱۰ روز	نداشته است	-	فقط در مرحله خط	۱۶	محصل سیگار
پنجم	۱۶	محصل	ماری جوانا	۱ سال	-	ندارد ۷ روز	نداشته است	پایه	فقط در مرحله خط	۱۶	محصل سیگار

طبق نتایج جدول ۲ بیشتر این نوجوانان، مصرف کننده ماری‌جوانا بوده‌اند و هیچ کدام سابقه مصرف داروهای روانپردازی 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 وسوسه‌آمیز مصرف مواد**

نوبت	نام	سن	جنس	میزان نیاز بودی	میزان نیاز برگردانی																	
نوجوان اول		۱۲۸	-	۱۳۱	۱۲۹/۵	-	۱۲۹/۵	۷۴	۵۳	۵۲	۴۹	۵۷	۱۴/۷	۵۵/۹۸	۵۰	۶۱	۱۵/۱۴	-	۶۱	۵۰	۱۴/۷	۵۵/۹۸
نوجوان دوم		۱۱۶	-	۱۱۳	۱۱۳	-	۱۱۳	۸۳	۸۹	۸۹	۷۷	۳۴	۷/۸	۷۴/۵	۵۹	۶۷	۹/۱۴	۴۲	۶۵	۷/۸	۷۴/۵	۵۹
نوجوان سوم		۱۱۳	۱۱۳	۱۱۳/۶	۱۱۳/۶	۱۱۳	۱۱۳	۶۹	۹۵	۷۵	۶۲	۷۴	۷/۸	۷۵	۵۷	۶۹	۹/۶۴	۵۵/۱	۶۲	۷/۸	۷۵	۶۲
نوجوان چهارم		۱۰۳	۱۰۳	۱۰۳	۱۰۳	۱۰۳	۱۰۳	۶۰	۷۶	۸۱	۱۰۹	۱۱۷	۱۱۷	۱۱۷	۴۸	۸۲	۱۱/۱۶	۵۵	۵۵	۱۱۷	۱۱۷	۱۱۷
نوجوان پنجم		۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۶۶	۴۷	۴۸	۴۵	۱۱/۴	۱۰۷	۱۰۷	۱۰۷	۶۲	۳۹	۱۱/۱۹	۶۲	۶۲	۱۱/۴	۱۱/۴

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد نمرات مقیاس عقاید وسوسه‌آمیز تغییر معنی‌داری 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 معنی‌دار هستند. نمودار ۱ روند تغییر نمره‌های مقیاس عقاید وسوسه‌آمیز مصرف مواد را نشان می‌دهد.



نمودار ۱ نشان می‌دهد همه نمرات پنج نوجوان در مرحله مداخله پایین‌تر از نمرات خط پایه آن‌ها قرار گرفته است و در عقاید و سوسه‌آمیز کاهش داشته‌اند. بر اساس ملاک دوگانه محافظه کارانه (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 در صد بهبودی معنی‌دار قابل توجهی را نشان دادند. بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد (پاین<sup>۲</sup>، ۱۹۸۹؛ به نقل از رجبی، ایمانی، خجسته مهر، بیرامی و بشلیده، ۱۳۹۲) خانواده‌درمانی رفتاری در کاهش عقاید و سوسه‌آمیز مصرف مواد نوجوانان در طبقه موقفيت در درمان قرار می‌گيرد (۴۹/۲۲ در صد بهبودی). بنابراین بر اساس شاخص تغيير پایا، نمودار گرافیکی و در صد بهبودی، خانواده‌درمانی رفتاری باعث کاهش عقاید و سوسه‌آمیز به مصرف مواد در نوجوانانی که اختلال مصرف مواد دارند، شده و در مرحله پیگیری نیز این تغييرات ثبات داشته است.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی رفتاری بر وسوسه مصرف مواد نوجوانان ترک کننده سوء‌صرف مواد پرداخت. نتایج این پژوهش نشان داد خانواده‌درمانی رفتاری باعث کاهش معنادار و سوسه مصرف مواد شده است. به طور کلی میزان بهبودی هر پنج آزمودنی افزایش یافته بود. این یافته با یافته‌های عباس‌پور و قبری (۲۰۲۱)، عباس‌پور و قبری (۱۳۹۹) وانگ<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۶)، دوناهی و ازريين (۲۰۱۱)، کارول<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۶)، همخوان است. در تبيين اين یافته ميتوان گفت، انگيزش عامل مهم و کليدي در درمان سوء‌صرف مواد و اعتياد است. هر چه انگيزه‌ي فرد بالاتر باشد، تمایيل بيشتری به درمان دارد و كمتر گرایش به مصرف مجدد مواد پیدا می‌کند (احمدی، ۱۳۹۵). اغلب نوجوانان سوء‌صرف کننده مواد انگيزه کافي برای درمان سوء‌صرف مواد ندارند (دوناهي و ازريين، ۲۰۱۱) و یا به دليل اينکه با اصرار و اجبار ديگران تحت درمان قرار گرفته‌اند، نگرش منفي به آن دارند (ميلى، ۱۳۹۶). انگيزه‌ي پايين علاوه بر اينکه ممکن

74

74

۱۴۰۱۱۶، No. ۶۴، Summer ۲۰۲۲

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

4. Carroll  
5. Miller

است موجب ادامه سوءصرف شود می‌تواند در فرایند بهبودی نیز با تحت تاثیر قرار دادن تصمیم‌گیری‌های نوجوان در موقعیت‌های هشدار دهنده او را به مصرف مجدد و لغش سوق دهد و در درمان او خلل ایجاد کند؛ چرا که نوجوانان تمایل زیادی به رفتارهای تکانشی و آنی دارند. آن‌ها توانایی کافی برای در نظر گرفتن عواقب طولانی مدت تصمیم‌های آنی خود را ندارند و تمرکز آن‌ها بر پاداش‌ها و فواید آنی اعمال‌شان است. خانواده‌درمانی رفتاری انگیزه را در درمان لحاظ کرده و با تمرکز ویژه بر اهمیت آن در قالب جلسات بررسی عواقب و با بهره‌گیری از مصاحبه انگیزشی به تقویت انگیزه نوجوان می‌پردازد. در جلسات بررسی عواقب، درمانگر ضمن ابراز همدلی با نوجوان، بسط تضادها و تقویت ناهمخوانی‌ها، پرهیز از مجادله و نیز تقویت خودکارآمدی او، فرآیند درمان را پیش می‌برد. پذیرش مسئولیت درمان و حفظ بهبودی توسط نوجوان می‌تواند تا حد زیادی انگیزه کافی در او برای مقابله با موقعیت‌های وسوسه‌آمیز و هشدار دهنده را افزایش دهد. حمایت خانواده در الزام و تعهد فرد مصرف کننده به درمان، پیش‌بینی کننده‌ی 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 (کیری و همکاران ۱۵، ۲۰۱۵؛ به نقل از عباس‌پور و قنبری، ۲۰۲۱). خانواده‌درمانی رفتاری در برانگیختن نوجوانان برای ورود به درمان موثر است. در خانواده‌درمانی 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 مسئولیت‌پذیری فردی نوجوان نسبت به درمان می‌شود. از دیدگاه سیستمی، خانواده به عضوی که قبل از مصرف کننده مواد بوده است و با اعتیاد خود، تعادل خانواده را به شکلی نامتوازن حفظ می‌کرده، فشار می‌آورد تا با تکرار رفتارهای قبلی‌اش 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 می‌شود تا فرد به الگوی قبلی بازگشت کند و خود به خود لغزش رخ دهد. اما بر اثر مداخله‌ی درمانی، تغییر در کل سیستم اتفاق می‌افتد و فرد و خانواده شیوه‌های جدید رفتار و تعامل را یاد می‌گیرند؛ در نتیجه موانعی که در مسیر حفظ بهبودی نوجوان وجود دارد هموارتر می‌شود.

یکی از کارکردهای وسوسه و افکار و هیجانات مرتبط با آن، اجتناب از موضوعات تهدید کننده است. افراد مبتلا به اختلال سوء‌صرف 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 سوء‌صرف 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 مقصربودن با بت 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 ازربین، 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 مواقعي که نوجوان رفتاری برخلاف هدف‌های درمانی اش 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 کاهاش پیدا کند. تمرین مثبت نیز یکی دیگر از مهارت‌های ارتباطی است که والدین را قادر می‌سازد در موقعی 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 پیشنهاداتی 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 دوچار 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 (دوناهی و ازربن، ۲۰۱۱).

۷۷

۷۷

پال شناسی، شماره ۴۶، تابستان ۱۴۰۱، Vol. 16, No. 64, Summer 2022

خانواده‌درمانی رفتاری در جلسات کنترل محیط نوجوان را با برانگیزاننده‌ها آشنا می‌سازد. پس از آن با تهیه فهرست هشداردهنده‌ها و در کنار آن محافظت کننده‌ها، نوجوان را متوجه عواملی می‌کند که او را در معرض وسوسه قرار داده و سلامتی اش را تهدید می‌کند. در مسیر بهبودی، درمانگر در جلسات تهیه فهرست فعالیت‌های هشداردهنده و محافظت کننده نیز به وفور از تکنیک‌های انگیزشی برای تقویت احساس خودکارآمدی و شایستگی نوجوان استفاده کرده و تناقض‌های فعالیت‌های هشداردهنده با ارزش‌ها و اهداف درمانی اش 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 خطیر و مواعن وسوسه‌ساز نیز مشخص شده‌اند، به نوجوان کمک می‌کند بتواند سبک زندگی سالم و ثمربخشی برای خود رقم زند (دوناهی و ازربن، 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 مصرف کنندگان 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 سوءمصرف 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 بی‌اشتباقی اخلاقی، حساسیت به پاداش و خود نهان‌سازی در پیش‌بینی انگیزش و پیامدهای درمان افراد وابسته به مواد. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیل اردبیل، ایران.

اسلام پناه، محمدرضا؛ مهدیان، حسین و جاجرمی، محمود (۱۳۹۸). بررسی برآذش مدل خطرپذیری نوجوانان ایرانی در زمینه اعتیاد با تأکید بر کارکرد خانواده و طرحواره‌های ناسازگار، تحمل پریشانی و تنظیم هیجان، فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۳(۵۴)، ۹۰-۶۸.

حسین‌لو، عقیل و رستمی، چهره‌سا (۱۳۹۹). سبب‌شناسی و درمان خانواده‌محور اعتیاد: یک مطالعه مروری، فصلنامه رویش روان‌شناسی، ۱۱(۹)، 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، ۱۳(۱)، ۸۸-۵۸.

زارعی، سلمان (۱۴۰۱). تعارض زناشویی والدین و گرایش به سوءمصرف مواد نوجوانان: نقش تعدیل کننده افسردگی و ذهن آگاهی، فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۶(۶۳)، ۲۶۶-۲۴۵.

سبزی، سعید؛ و اسلامی، الهه (۱۴۰۱). اثربخشی روش دوازده قدم انجمان معتمدان گمنام بر تعارضات زناشویی و تعارضات والد- فرزندی معتمدان، فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۶(۶۳)، ۳۵۸-۳۳۵.

شریفی، ونداد؛ اسعدی، محمد؛ محمدی، محمد رضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین و سمنانی، یوسف (۱۳۸۳). پایابی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای DSM-IV (تازه‌های علوم شناختی، ۶(۲۰)، ۲۲-۱۰).

صدری دمیرچی، اسماعیل؛ ریس قره‌دویشلو، 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)، ۱۳۰-۱۱۴.

عباس‌پور، ذبیح‌اله 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؛ بایپری، 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.

قنبی زرندی، زهرا؛ حسنی، جعفر؛ محمدخانی، شهرام و حاتمی، محمد (۱۳۹۶). الگوی روابط ساختاری فعالیت سیستم‌های مغزی رفتاری، احساس تنهایی، دشواری در تنظیم هیجان و وسوسه مصرف مواد در زنان سوء‌صرف کننده، *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۴)، ۱۰۷-۱۳۴.

محمدخانی، پروانه؛ محمدی، لیلا؛ آزادمهر، هدیه؛ تقی‌زاده، سمیه و بهارلو، درسا (۱۳۹۴). اثربخشی حل مسئله هدایت‌شده نوجوان بر ولع، باورها و روش‌های مقابله‌ای نوجوانان سوء‌صرف کننده مواد. *مجله روان‌پژوهی 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.
- Liepmann, 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.