فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال شانزدهم، شماره شصت و چهارم، ص ۸۰-۶۱، تابستان ۱۴۰۱
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 16, No. 64, P 61-80, Summer 2022

مقاله پژوهشی
Research Article

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

سارا کیان ارثی[۱]، ذبیح اله عباس پور[۲]، خالد اصلانی[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۴

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی رفتاری بر وسوسه مصرف مواد نوجوانان ترک‌کننده سوءمصرف مواد بود. **روش**: پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی تک موردی 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 خانواده-درمانی 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 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.abbaspour@scu.ac.ir
۳. دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.61]

مقدمه

سوءمصرف مواد[1]، پدیده‌ای مزمن، عودکننده (مک نیلی[2] و همکاران، ۲۰۱۸) و دغدغه‌ای جهانی است (وهاب[3] 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[4] (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 سوءمصرف مواد و اعتیاد[5] 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 (نعمتی‌سوگلی، شاهمرادی، رحیمی و خالدیان، ۱۳۹۹).

سوءمصرف مواد نوجوانان در سال‌های اخیر افزایش قابل توجهی داشته است (موسسه ملی مصرف مواد[6]، ۲۰۲۰؛ به نقل از عباس‌پور و قنبری، ۲۰۲۱) و به یکی از نگرانی‌های اخیر سلامت عمومی تبدیل شده‌است (چانگ[7]، ۲۰۱۴؛ به نقل از محمدخانی و همکاران، ۱۳۹۴). ایران از این قائله مستثنی نیست (مساح[8]، 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، رییس قره‌درویشلو و رحیمی، ۱۳۹۷). سوءمصرف مواد بسیار پیشرونده است (مک‌نیلی و همکاران، ۲۰۱۸) و هر چه سن اولین تجربه مصرف مواد پایین‌تر باشد، احتمال ادامه آن در سنین بالاتر بیشتر است (جوردن و اندرسون[9]، 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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.61]

مواد غیرقانونی[1] مصرف می‌کنند، سوءمصرف مواد را قبل از ۱۸ سالگی آغاز کرده‌اند. از بین این افراد ۲۵ درصد دچار اختلال مصرف مواد[2] می‌شوند، در حالی که تنها ۴ درصد از افرادی که سوءمصرف مواد را بعد از ۲۱ سالگی آغاز می‌کنند، دچار اختلالات مربوط به مصرف مواد می‌شوند. سوءمصرف مواد نوجوانان تأثیر بسیار زیادی بر سلامت‌روان 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، افرایش و پایداری وابستگی به مواد در بزرگسالی، مشکلات ارتباطی، بیکاری، تصادف، آسیب‌های مغزی و عصب‌شناختی نمایان است (داس، سلام، ارشد، فینکلستین و بهاتا[3]، ۲۰۱۶).

وسوسه[4] 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، آبناولی و گاسبارینی[5]، 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،[6] ۲۰۱۵). خانواده در حالی‌که می‌تواند حمایت‌های ارزشمندی از اعضایش داشته باشد می‌تواند سبب‌ساز اعتیاد یا عاملی برای تشدید اعتیاد اعضایش شود (حسین‌لو و رستمی، ۱۳۹۹؛ لوک، کینگ، مک‌کارتی، مک کولی و استوئپ[7]، ۲۰۱۷؛ به نقل از زارعی، ۱۴۰۱). از طرف دیگر، سوءمصرف مواد توسط یک عضو خانواده، بر تمامی اعضای خانواده تاثیر می‌گذارد و وقتی یکی از اعضای خانواده درگیر سوءمصرف مواد می‌شود همه اعضای خانواده نیز از سوءمصرف 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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.61]

لیپمن، فلچر و تارین[1]، 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[2] 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 (زاکر و براون[3]، ۲۰۱۹). با وجود در دسترس بودن درمان‌هایی شواهد-محور[4] همچون درمان‌های شناختی-رفتاری[5] و مداخلات انگیزشی[6]،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 (کارتر[7] و همکاران، ۲۰۰۸).

تاکنون مداخلات غیردارویی متعددی همچون گروه‌درمانی حمایتی[8]، رفتاردرمانی شناختی[9]، روان‌درمانی بین‌فردی[10]، مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی[11]، درمان ۱۲ گام[12] و درمان اجتماع‌مدار[13] برای درمان ولع مصرف مواد و پیشگیری از عود استفاده شده‌اند (لیپسی، تنر و ویلسون[14]، 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[15]، 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[16] است (کارتر و همکاران، ۲۰۰۸؛ دوناهی و ازرین[17]، 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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.61]

برای درمان سوءمصرف 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[1]، سوءمصرف 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[2] با سوءمصرف مواد در بستر خانواده، تبعات ناخوشایند سوءمصرف را کاهش دهد (دوناهی و ازرین، ۲۰۱۱). مزیت این درمان در مقایسه با دیگر درمان‌ها و مداخلات به کار گرفته شده برای درمان سوءمصرف مواد نوجوانان این است که در مداخلات خود برنامه‌ای مشخص تحت عنوان خودمهارگری[3] به منظور پیشگیری از تجربه‌ی وسوسه‌ی مصرف مواد یا مقابله با آن دارد (دوناهی و ازرین، ۲۰۱۱). علاوه بر این درمانگران این رویکرد همسو با رویکرد کارکردی به سیستم خانواده و تمرکز بر فرایندهای تعاملی کارآمد و تقویت‌کننده، 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[4]، 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 سوءمصرف مواد را ترک کرده‌اند، اثربخش است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی[5] 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)

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.61]

به خط پایه فراهم می‌کند. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ سال شهر اهواز بودند که طی حداکثر ۹۰ روز گذشته، سوءمصرف 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 ترک‌اعتیاد شهر اهواز و همچنین فضای مجازی، مبنی بر برگزاری جلسات خانواده‌درمانی رفتاری برای نوجوانانی که سوءمصرف 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 سوءمصرف 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[1] 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 پرکاربرد در معنی‌داری بالینی عبارت‌اند از رویکرد شاخص تغییر پایا[2] و رویکرد مقایسه هنجارین[3]. همچنین برای تجزیه‌وتحلیل 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 comparisions

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.61]

ابزار

۱- مقیاس عقاید وسوسه‌آمیز: این مقیاس توسط بک و کلارک (۱۹۹۳؛ به نقل از قنبری‌زرندی، 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 کاملا مخالف (۱) تا کاملا 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 قنبری‌زرندی و همکاران، ۱۳۹۶). رحمانیان، میرجعفری و حسنی (۱۳۸۵؛ به نقل از قنبری‌زرندی 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[1] (۱۹۹۷) تهیه شده است (به نقل از شریفی و همکاران، ۱۳۸۳). تنر و اسمیت[2] (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.

1. First, Spitzer, Gibbon & Pollock
2. Trane & Smith

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.61]

روش اجرا

پس از انتشـــار فراخوان در برخی مراکز ترک اعتیاد شـــهر اهواز و همچنین در فضـــای مجازی، مبنی بر برگزاری جلسات خانواده‌درمانی رفتاری برای نوجوانانی که سوءمصرف مواد را ترک کرده‌اند و دعوت از نوجوانان و خانواده‌های آن‌ها برای شـــرکت 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 سوءمصرف 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 ســـوم، چهارم و پنجم پس از ســـه خط پایه وارد درمان شدند. در هر مرحله از خط پایه پرسشنامه‌ی عقاید 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 کووید۱۹ منجر به برخی محدودیت‌ها و فاصله‌گذاری‌های اجتماعی شده که گاها دسترسی و حضور فیزیکی در مراکز بهداشت روان را هم محدود یا ناممکن می‌کند، از مجموع این ۱۴ جلســـات، ۲ الی ۳ جلســـه که همزمان با تعطیلی مکان برگزاری جلسات به دلیل بحرانی شدن شرایط همه‌گیری ویروس کرونا بود، با رضایت آزمودنی‌ها، به شکل برخط[1] برگزار شدند. آزمون پیگیری یک ماه پس از آخرین جلسه مداخله اجرا شد.

در این پژوهش از دســـتورالعمل خانواده‌درمانی رفتاری که توســـط دوناهی و ازرین (۲۰۱۱) ارائه گردیده اســـت، اســـتفاده شـــد. این مداخله طی ۱۴ جلســـه (عنصـــر آموزش مهارت‌های کاریابی به دلیل محصـــل بودن وعدم تمایل به اشـــتغال به کار گرفته نشـــد) با حضور نوجوان و والدین و بر اساس استانداردهای آموزش مهارت‌های رفتاری انجام شد. تمرکز اصـــلی مضـــامین درمانی این رویکرد بر نوجوان بود و در هر جلســـه بخش عمده‌ی جلسه به وی اختصاص یافت. همچنین در برخی جلسات (جلسات سوم و یازدهم)، حضور

1. online

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.61]

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 دوناهی و ازرین (۲۰۱۱) را نشان می‌دهد.

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

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی 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 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. ارائه تکلیف: ۱- تهیه فهرست فعالیت‌هایی که منجر به افزایش رضایت نوجوان می‌شود ۲- تهیه فهرستی از فعالیت‌های مثبت جایگزین فعالیت‌های منفی.
سوم	تقویت مثبت	تکنیک‌ها: تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی مثل بازخورد، بازگویی تناقض‌ها. 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. ارائه تکلیف: ۱- تهیه فهرست خواسته‌ها و پاداش‌ها و تکمیل روزانه آن.
چهارم و پنجم	فعالیت‌های ترغیبی هماورد	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، قدردانی کردن از خانواده و بهبود مهارت‌های ارتباطی).

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.61]

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

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسه
ششم و هفتم	قدردانی اعضای خانواده از یکدیگر	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. ارائه تکلیف: ۱- تهیه فهرست رفتارهای تحسین برانگیز سایر اعضای خانواده و تمرین مهارت قدردانی
هشتم و نهم	درخواست مثبت	۱-خلاصه‌سازی جلسه قبل و بررسی تکلیف جلسه قبل، ۲- تقویت مهارت‌های ارتباطی و آموزش درخواست‌کردن 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. ارائه تکلیف: ۱-تمرین مهارت های درخواست کردن و نه گفتن.
دهم و یازدهم	بهبود و کنترل محیط	۱-خلاصه سازی جلسه قبل و بررسی تکلیف جلسه قبل، ۲-آشنایی نوجوان و والدین با نقش محیط (تعاملات، فعالیت‌ها، هیجان‌ها) در تسهیل فرایند درمان سوءمصرف 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، فعالیت ها، هیجانات) ممکن است در میان مدت یا بلند مدت 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 روزانه فهرست فعالیت‌های امن و هشداردهنده و برانگیزاننده‌ی تشخیص داده‌شده.
دوازدهم و سیزدهم	خودمهارگری	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 ردکردن درخواست، ۵- آموزش و ایفای نقش ۹ قدم خودمهارگری.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.61]

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

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسه
چهاردهم	خاتمه دادن به درمان و پیگیری	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، 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، مواجه سازی، اقدام متناسب

یافته‌ها

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

جدول ۲: اطلاعات جمعیت شناختی

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.61]

طبق نتایج جدول ۲ بیشتر این نوجوانان، مصرف کننده ماری‌جوانا 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.

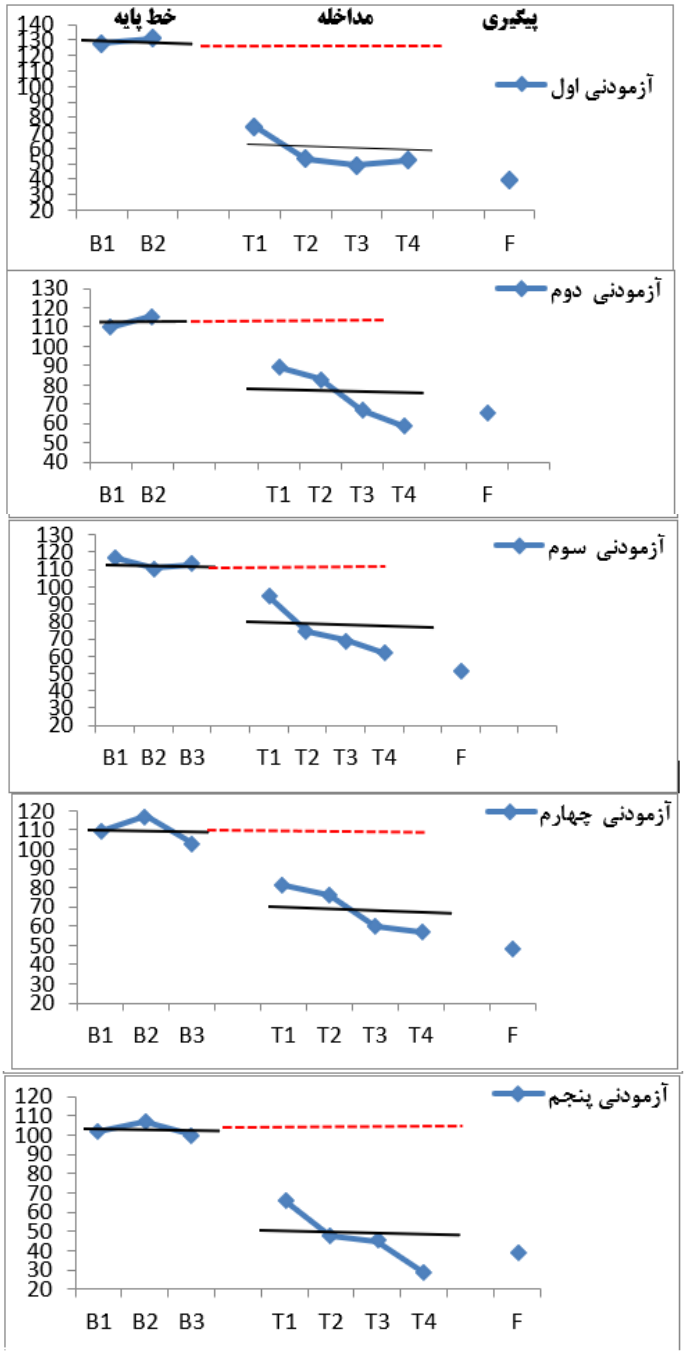
جدول ۳ : روند تغییر نمره‌های آزمودنی‌ها در مقیاس عقاید وسوسه‌آمیز مصرف مواد

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

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=۱/۹۶) بود، بنابراین تغییرات هر پنج نوجوان معنی‌دار هستند. نمودار۱ روند تغییر نمره‌های مقیاس عقاید وسوسه آمیز مصرف مواد را نشان می‌دهد.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.61]



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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.61]

نمودار ۱ نشـــان 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 (فیشـــر، کلی و لوماس[1]، ۲۰۰۳) اگر هر چهار نقطهٔ مرحله مداخله، چهار نقطه پایین‌تر از نمرات مرحله خط پایه قرار گیرند، تغییر معنادار اســـت. همچنین هر پنج نوجوان درصـــد بهبودی معنی‌دار قابل‌توجهی را نشـــان دادند. بر اســـاس طبقه‌بندی بلانچارد (پاپن[2]، ۱۹۸۹؛ به نقل از رجبی، ایمانی، خجســـته مهر، بیرامی و بشـــلیده، ۱۳۹۲) خانواده‌درمانی رفتاری در کاهش عقاید وســـوســـه‌آمیز مصـــرف مواد نوجوانان در طبقه موفقیت در درمان قرار می‌گیرد (۴۹/۲۲ درصـد بهبودی). بنابراین بر اسـاس شـاخص تغییر پایا، نمودار گرافیکی و درصـــد 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 ثبات داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضـــر به بررســـی اثربخشـــی خانواده‌درمانی رفتاری بر وســـوســـه مصـــرف 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)، عباس پور و قنبری (۱۳۹۹) وانگ[3] و همکاران (۲۰۱۶)، دوناهی و ازرین (۲۰۱۱)، کارول[4] و همکاران (۲۰۰۶)، همخوان اســـت. در تبیین این یافته میتوان گفت، انگیزش عامل مهم و کلیدی در درمان سوءمصرف مواد و اعتیاد است. هر چه انگیزه‌ی فرد بالاتر باشـد، 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 ازرین، ۲۰۱۱) و یا به دلیل اینکه با اصـــرار و اجبار دیگران تحت درمان قرار گرفته‌اند، نگرش منفی به آن دارند (میلر[5]، ۱۳۹۶). انگیزه‌ی پایین علاوه بر اینکه ممکن

1. Fisher, Kelley, & Lomas
2. Poppen
3. Wang
4. Carroll
5. Miller

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.61]

است موجب ادامه سوءمصرف شود می‌تواند در فرایند بهبودی نیز با تحت تاثیر قرار دادن تصمیم‌گیری‌های نوجوان در موقعیت‌های 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. آن‌ها توانایی کافی برای در نظرگرفتن 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 مصرف‌کننده به درمان، پیش‌بینی‌کننده‌ی 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 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 قبلا مصرف‌کننده 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.

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.61]

یکی از کارکردهای وسوسه و افکار و هیجانات مرتبط با آن، اجتناب از موضوعات تهدیدکننده است. افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد، عواطف و احساسات منفی‌ای را تجربه می‌کنند که موجب فعال‌سازی دستگاه خودمختار می‌شود. از آن جایی‌که این افراد تحمل این حالات هیجانی و افکار ناخوشایند را ندارند؛ لذا از آن ها اجتناب و لغزش می‌کنند (دراموند[1]، 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 سوءمصرف 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 ازرین، 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[2] 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

1. Drummond
2. differential reinforcement

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.61]

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 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 دوجانبه نوجوان و والدین را قادر می‌سازد نسبت به یکدیگر و رفتارهای خوشایند یکدیگر که قبلا 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 ازرین، 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 خطیر و موانع وسوسه‌ساز نیز مشخص شده‌اند، به نوجوان کمک می‌کند بتواند سبک زندگی سالم و ثمربخشی برای خود رقم زند (دوناهی و ازرین، 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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.61]

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 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 بی اشتیاقی* 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 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 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 روان شناسی*، 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)، 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 اسلمی، الهه (۱۴۰۱). اثربخشی روش دوازده قدم انجمن معتادان گمنام بر تعارضات زناشویی و تعارضات والد- فرزندی معتادان، *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۳)، ۳۵۸-۳۳۵.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.61]

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(۱و۲)، ۲۲-۱۰.

صدری دمیرچی، اسماعیل؛ رییس قره‌درویشلو، 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.

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)، ۱۶۵-۱۴۱.

قنبری زرندی، 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 هدایت‌شده 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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.61]

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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.61]