

اثربخشی الگوی خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه مدت بر ساختار تعاملات خانواده‌های دارای فرزند وابسته به مواد و پیشگیری از عود

فاطمه نجف‌لوی^۱؛ دکتر شکوه نوایی نژاد^۲ و محمدرضا فلسفی نژاد^۳

دریافت مقاله: May 29, 2012
پذیرش مقاله: August 10, 2012

درمان مبتنی بر خانواده در سومصرف مواد، طی سه دهه ی گذشته رشد چشمگیری داشته و مطالعات متعددی، سودمندی این مداخلات را نشان داده‌است. از جمله ی این مداخلات، مدل خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه مدت است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه مدت، در تغییر تعاملات خانواده‌های دارای فرزند وابسته به مواد و پیشگیری از عود بود. بدین منظور، ۴۵ نفر از مراجعه کنندگان مرد مراکز درمان سرپایی اعتیاد در مناطق غرب و شرق تهران که با خانواده اصلی خود زندگی می‌کردند به صورت نمونه ی در دسترس انتخاب و از نظر حل مساله، ارتباط، نقش، پاسخدهی عاطفی، درگیری عاطفی و کنترل رفتار مورد آزمون قرار گرفتند. سپس، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در سه گروه خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه مدت، گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر و درمان نگهدارنده با متادون کاربندی و هفته‌ای یک جلسه و به مدت ۱۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، تحت درمان قرار گرفتند. گروهها پس از مداخله و ۲ ماه بعد از خاتمه ی درمان مجدد از نظر متغیرهای مورد پژوهش، ارزیابی شدند. نتیجه ی تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر نشان داد که میانگین نمرات کارکرد خانواده در گروهها تفاوت معناداری دارد. همچنین، تحلیل‌ها نشان داد که الگوی خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه مدت در بهبود ابعاد کارکرد کلی، ارتباط، حل مساله، کنترل و نیز کاهش میزان عود اثربخش بوده است.

واژه های کلیدی: خانواده درمانی راهبردی کوتاه مدت؛ کارکرد خانواده؛ وابستگی به مواد

مقدمه

یکی از عمده‌ترین آماج مداخلات درمانی در حوزه ی سومصرف / وابستگی به مواد، علاوه بر حل و فصل مشکل فعلی (مصرف مواد)، توجه به راهبردهای پس از درمان به منظور پیشگیری از عود است. اعتیاد، اختلالی است با عودهای مکرر (باریک و کانورز، ۲۰۰۲؛ میلر، ۲۰۰۹). موضوعی که

۱. دپارتمان مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران. fnajaflooy@gmail.com

۲. دپارتمان مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران.

۳. دپارتمان سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبایی تهران، تهران، ایران.

بر خلاف گذشته به معنای شکست در درمان تلقی نمی‌شود (مارلات، بوین و ویتکویتز، ۲۰۰۹؛ گرو، ۲۰۰۰). بسیاری از مصرف‌کنندگان مواد، قبل از ترک پایدار، ۸-۷ بار عود را تجربه می‌کنند. طی سالهای گذشته، متادون تاثیر مطلوبی بر کاهش مصرف مواد، ولع مصرف، علائم روانپزشکی و رفتارهای پرخطر این بیماران در دوره ی درمان نشان داده است (حدادی، رستمی، رحیمی‌نژاد و اکبری زردخانه، ۲۰۰۹). بررسی‌ها نشان می‌دهد که برخی بیماران مصرف‌کننده، در درمان نگهدارنده، با گذشت مدت زمانی لغزش‌های متعددی را تجربه می‌کنند که دلیل آنها نادیده گرفتن عوامل زمینه‌ای و کارکردهای بین فردی بیمار مبتلا به مصرف مواد است (استتن، ۱۹۸۲). گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر یا الگوی فرانظریه‌ای^۱ (TTM) (پروچاسکا و دیکلمنته، ۱۹۸۲) با ترکیب مصاحبه انگیزشی^۲ و سبک مشاوره‌ی مراجع-محوری در مراحل اولیه ی درمان، انگیزه و آمادگی لازم برای تغییر رفتار را در فرد مصرف‌کننده ی مواد ایجاد و در مراحل بعدی با استفاده از راهبردهای شناختی-رفتاری نگهداری، نتایج درمان و پیشگیری از عود را تسهیل می‌کند (ولاسکوئیز، کراچ و دیکلمنته، ۲۰۰۱).

الگوی TTM با دستورالعملی شناختی-رفتاری یکی از روشهای موثر در پیشگیری از عود است. علیرغم تمام مزایایی که این مدل دارد، با تمرکز صرف بر فرد، بافت و زمینه ی بیماری؛ یعنی خانواده را مورد توجه قرار نمی‌دهد. تا زمانی که الگوهای تعاملی مختل که پیرامون اعتیاد در خانواده شکل می‌گیرد تغییر نکند، امید چندانی نمی‌توان به بقای درمان داشت و فرد بعد از درمان و بازگشت به بافت خانواده بر اثر فشارهایی که سیستم وارد می‌کند و الگوی چرخه ی بیمارگونه (میسوسی، ۲۰۰۹)، دوباره به اعتیاد بازمی‌گردد.

در درمان سومصرف مواد، مداخلات مبتنی بر خانواده در سه دهه ی گذشته گسترش چشمگیری داشته است (شافر، ۲۰۰۸؛ کامپفر، آلوارادو و وایت‌ساید، ۲۰۰۳؛ والدرون و ترنر، ۲۰۰۸). از جمله رویکردهای خانواده‌درمانی مبتنی بر شواهد که در خصوص خانواده‌های دارای عضو معتاد به خصوص نوجوانها بکار رفته، مدل خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه مدت^۳ (BSFT) (زاپوسنیک، هرویس و شوارتز، ۲۰۰۳) است. این مدل کوتاه مدت و خانواده محور، مداخلات ساختاری و راهبردی را با هم تلفیق کرده و یک مدل مشکل‌مدار و عملی ارائه می‌دهد (راینر، آلونسو،

1. Transtheoretical Model
2. Motivational Interview

3. Brief Strategic Family Therapy

هارینگان، باچراچ، بارلو و همکاران، ۲۰۱۰؛ رایبیز، باچراچ و زاپوسنیک، ۲۰۰۲؛ هاریگان، سوراس موراسن، رویبیز، ذارات، مایورگا و همکاران، ۲۰۰۵؛ یانگ و لانگ، ۱۹۹۷؛ زاپوسنیک و همکاران، ۲۰۰۳) که مناسب خانواده‌های دارای عضو سومصرف کننده/ وابسته به مواد است (کافمن و یوشیوکا، ۲۰۰۵). در BSFT، اعتقاد براین است که روابط خانواده، نقشی محوری در تغییر مشکلات رفتاری ایفا می‌کند (رایبیز و همکاران، ۲۰۱۰؛ رایبیز و همکاران، ۲۰۰۲).

پژوهشگران، سودمندی خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه مدت (BSFT) را در مقایسه با درمان‌های معمول (TAU) در کاهش مصرف مواد، مشکلات ارتباطی، رفتارهای پر خطر جنسی و نیز بهبود کارکرد خانواده و رفتارهای مثبت اجتماعی نشان دادند (رایبیز، زاپوسنیک، کاریگانی، ۲۰۰۹؛ جایوبینگ، توماس، کوپین و مولن، ۱۹۹۲؛ سانتی‌استبان، کوتسورث، پرزویدال، کورتینز، شوارتز و همکاران، ۲۰۰۳). در پژوهش حاضر، بر آن بودیم تا اثربخشی خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه مدت را در تغییر ساختار تعاملات خانواده‌ها و پیشگیری از عود یا درمان نگهدارنده متادون و گروه درمانی مبتنی بر مراحل، مورد آزمون قرار دهیم.

روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و آزمون مجدد چند گروهی بود. جامعه ی پژوهش شامل خانواده‌های شهر تهران بود که یکی از اعضای آن (فرزند خانواده) مصرف کننده ی مواد بوده و جهت درمان به مراکز سرپایی درمان اعتیاد در این شهر مراجعه می‌کردند. در ابتدا دو منطقه ی جغرافیایی شرق و غرب شامل مناطق ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۲۰ و ۲۱ به عنوان محل اجرا انتخاب شد. از مراکز موجود در این منطقه، ۴ مرکز ترک اعتیاد اجازه ی انجام پژوهش را روی مراجعان خود صادر کردند. از میان افراد ۷۰ مراجعه کننده که واجد معیارهای ورود به پژوهش بودند، ۴۵ نفر که برای ورود به پژوهش اعلام رضایت کردند انتخاب و بصورت تصادفی در سه شرایط مختلف آزمایشی (شامل درمانهای معمول مرکز و متادون + درمان BSFT؛ درمانهای معمول مرکز و متادون + گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر و گروه کنترل که فقط درمان نگهدارنده با متادون، MMT و درمانهای معمول) را دریافت می‌کردند، کاربندی شدند.

مذکر بودن فرد وابسته به مواد؛ قرار گرفتن در دامنه سنی ۳۰-۲۰ سال؛ مجرد بودن؛ سطح تحصیلات حداقل دیپلم؛ وضعیت اقتصادی- اجتماعی متوسط؛ زندگی با خانواده ی اصلی و والدین؛ فقدان علایم تشخیصی اختلالات سایکوتیک در زمان ورود به جلسه درمان؛ داشتن

معیارهای وابستگی به مواد بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV و گذراندن حداقل دو ماه از سم‌زدایی یا شروع درمان نگهدارنده با متادون، معیار ورود به این پژوهش و اختلال شدید در کارکرد فردی، خانوادگی - اجتماعی و ابتلا به بیماریهای جسمانی خاص از قبیل HIV/AIDS یا هپاتیت، ملاکهای خروج از این پژوهش بود. کارکرد خانواده ی آزمودنیها در ابتدا، انتها و ۲ ماه بعد از اتمام گروه درمانی با ابزار سنجش خانواده^۱ (FAD) مورد ارزیابی قرار گرفت. ابزار سنجش خانواده، توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاپ در سال ۱۹۸۳ بنابر الگوی مک‌مستر و با هدف سنجش کارکرد خانواده تدوین شد و با ۶۰ سوال، شش بعد کارکرد خانواده را تحت عنوان حل مساله، ارتباط، نقش، پاسخدهی عاطفی، درگیری عاطفی، کنترل رفتار و کارکرد عمومی خانواده را مورد سنجش قرار می دهد. این پرسشنامه، از پایایی و اعتبار خوبی برخوردار است (ثنایی، ۱۳۷۹؛ زاده محمد و ملک خسروی، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر، پایایی این پرسشنامه به شیوه ی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد. سنجش عود و بازگشت به مصرف مواد در طول جلسات درمانی و بعد از آن در دوره ی پیگیری بر اطلاعات خودگزارشی افراد نمونه انجام گرفت.

جدول ۱: گامهای مداخله در خانواده درمانی راهبردی کوتاه مدت برای تغییر الگوی تعاملات خانواده

گام اول	الحاق	اولین گام در BSFT "الحاق" است؛ یعنی ایجاد اتحاد درمانی با هر عضو خانواده و با خانواده به عنوان یک کل.
گام دوم	به فعل در آوردن	شناسایی نشانگان مرضی مشکل و روابط پیرامون این نشانگان مرضی .
گام سوم و چهارم	ردگیری و تشخیص	در این مرحله نقاط قوت و ضعف روابط مشکل زا آموزش داده شده و روابط مشکل زای خانواده با رفتارهای فرد ارتباط داده می شود.
گام پنجم	تدوین طرح درمان	در این گام طرح درمانی تدوین می شود که بطور سیستمی مشکلاتی را که مستقیماً به رفتارهای مشکل زای جوان مصرف کننده مربوط می شود، می پردازد.
گام ششم	بازسازی	بازسازی، شامل پیاده سازی آن دسته از تغییرات استراتژیک است که روابط خانواده را از مشکل به روابط موثر و حمایتی متقابل تغییر می دهد.

پروتکل درمان BSFT، از سایت موسسه ملی سومصرف مواد آمریکا^۲ استخراج شده است. این پروتکل، توسط متخصصان خانواده درمانی تالیف شده و از جمله درمانهای خانواده محوری مبتنی بر شواهد (میلر، ۲۰۰۹) بوده و قابل تعمیم به افراد ۲۰ الی ۳۰ ساله ای است که با خانواده ی اصلی

خود زندگی می کنند (جدول ۱). گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر بر اساس نظریه ی پروچاسکا و دیکلمنته (۱۹۸۲) انجام شد (جدول ۲).

جدول ۲: برنامه ی شیوه ی عملی تغییر در گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر بر اساس نظریه ی پروچاسکا و دیکلمنته (۱۹۸۲)

هدف	فعالیت‌های عمده
۱ یادگیری مراحل تغییر	آشنا کردن مراجعان با مراحل تغییر، اجرای تمرین تعیین مرحله
۲ شناخت برانگیزاننده‌ها و محرک	انجام تمرین برای شناسایی برانگیزاننده‌ها، بحث درباره ی شیوه‌های تغییر یا اجتناب از موقعیتهای برانگیزاننده
۳ شرطی سازی تقابلی	هدایت گروه از طریق آرامش بخشی عضلانی، مراقبه
۴ مدیریت تقویت	شناسایی موفقیت‌های اخیر، تولید افکار و خود پاداش دهی
۵ ارتباط موثر	تعیین روشهای ارتباطی خاص مراجعان با دیگران، توصیف ابزارهای ارتباط موثر
۶ رد کردنهای موثر	شناسایی مصرف کننده‌های فعلی، تمرین مهارتهای رد کردن ایفای نقش
۷ مدیریت انتقاد	آموزش انتقادپذیری موثر، آموزش انتقاد کردن به طرز صحیح
۸ کنترل افکار	کمک به شناخت و کنترل افکار ناسازگار
۹ مهار ولع‌ها و اشتیاق‌ها	بحث درباره ی روش‌های مهار ولع‌ها و اشتیاق‌های مصرف مواد
۱۰ لذت بردن از زندگی	ایجاد فعالیتهای جایگزین، شناسایی موانع درونی، حل مشکلات موانع
۱۱ تهیه یک طرح عمل	بررسی فنون و ابزارهای خودداری از مصرف مواد
۱۲ تعهدسپاری مجدد بعد از وقوع بک لغزش	شناسایی کارهایی که در گذشته در تغییر مصرف مواد سودمند بوده است، بحث راجع به افکار مربوط به کارهایی که باید بعد از لغزش انجام شود
۱۳ حمایت اجتماعی	شناسایی روابط حمایتی بالقوه و موجود و حمایت کننده
۱۴ شناسایی نیازها و منابع	شناسایی حوزه‌های نیازمند اصلاح، تمرین شناسایی منابع برای پرداختن به نیازها

در این پژوهش، برای مقایسه ی تاثیر خانواده درمانی راهبردی کوتاه مدت، گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر و درمان نگهدارنده با متادون بر ابعاد کارکرد خانواده، از روش تحلیل واریانس و برای مقایسه ی تاثیر آنها در بازگشت و عود، از آزمون آماری ناپارامتریک خی دو استفاده شد و داده‌ها با استفاده از ویرایش ۱۶ نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در جدول ۳، مولفه‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش در مرحله ی پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری و نتایج مقایسه ی آنها با عنایت به برقراری مفروضه‌های یکسانی واریانسهای گروه‌های مورد مقایسه، آزمون MBOX و آزمون کرویت موخلی ارایه شده است.

جدول ۳: مولفه های توصیفی و نتایج تحلیل واریانس نمرات گروهها در مرحله ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در ابعاد کارکرد خانواده

Sig.	F	میانگین (انحراف معیار)			گروه	متغیر
		پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون		
۰/۰۰۱	۸/۸	۲/۱(۰/۲)	۲/۱ (۵)	۲/۵(۰/۲)	BSFT	کارکرد کلی
		۲/۳(۰/۱)	۲/۳(۰/۲)	۲/۵(۰/۲)	TTM	
		۲/۶(۰/۱)	۲/۵(۰/۱)	۲/۶(۰/۱)	MMT	
۰/۰۴	۳/۱۵	۱/۹(۰/۳)	۱/۹ (۰/۳)	۲/۴(۰/۴)	BSFT	حل مساله
		۲/۱(۰/۲)	۲/۱(۰/۳)	۲/۳(۰/۳)	TTM	
		۲/۴(۰/۳)	۲/۴(۰/۳)	۲/۴(۰/۳)	MMT	
۰/۰۰۱	۸/۸	۱/۸(۰/۴)	۱/۸ (۰/۴)	۲/۳(۰/۴)	BSFT	ارتباط
		۲/۳(۰/۳)	۲/۳(۰/۳)	۲/۶(۰/۳)	TTM	
		۲/۶(۰/۴)	۲/۵(۰/۳)	۲/۵(۰/۴)	MMT	
۰/۱۲	۲/۲	۲/۳(۰/۴)	۲/۳(۰/۴)	۲/۵(۰/۴)	BSFT	نقش
		۲/۱(۰/۳)	۲/۱(۰/۳)	۲/۲(۰/۳)	TTM	
		۲/۱(۰/۲)	۲/۱(۰/۲)	۲/۱(۰/۲)	MMT	
۰/۰۶۳	۰/۴۶	۲(۰/۴)	۲ (۰/۴)	۲/۲(۰/۵)	BSFT	آمیختگی عاطفی
		۲/۲(۰/۳)	۲/۲(۰/۳)	۲/۳(۰/۳)	TTM	
		۲/۲(۰/۲)	۲/۲(۰/۲)	۲/۲(۰/۳)	MMT	
۰/۸۷	۰/۱۳	۲/۲(۰/۵)	۲/۱ (۰/۶)	۲/۳(۰/۶)	BSFT	همراهی عاطفی
		۲/۱(۰/۵)	۲/۱(۰/۵)	۲/۲(۰/۴)	TTM	
		۲/۱(۰/۲)	۲/۱(۰/۲)	۲/۱(۰/۲)	MMT	
۰/۰۱	۴/۸	۱/۹(۰/۲)	۱/۹ (۰/۲)	۳(۰/۲)	BSFT	کنترل
		۲/۵(۰/۲)	۲/۵(۰/۲)	۲/۶(۰/۳)	TTM	
		۲/۵(۰/۳)	۲/۵(۰/۲)	۲/۵(۰/۳)	MMT	

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که تفاوت گروهها در متغیر کارکرد کلی، حل مساله، ارتباط و کنترل و تعامل عاملها با گروه در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ معنادار است. آزمون تقابل میانگینها این تفاوت را در شرایط پیش آزمون و پس آزمون در تمام متغیرها معنادار نشان داد ولی تفاوت پس آزمون و پیگیری معنادار نبود. این امر بیانگر تاثیر مداخله در پس آزمون و پایداری نتایج در

مرحله ی پیگیری است. برای تعیین اینکه تفاوت بین کدام جفت از گروهها معنادار است از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی توکی را نشان می دهد:

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه ی تفاوت میانگین گروهها

عامل	گروهها	تفاوت میانگین	خطای انحراف معیار	Sig.
کارکرد کلی	BSFT-TTM	-۰/۱	۰/۰۷	۰/۱۲
	BSFT-MMT	-۰/۳	۰/۰۷	۰/۰۰۱
	MMT-TTM	-۰/۱	۰/۰۷	۰/۸۳
حل مساله	BSFT-TTM	-۰/۹	۰/۱۲	۰/۷۳
	BSFT-MMT	-۰/۳	۰/۱۲	۰/۰۴
	MMT-TTM	-۰/۲	۰/۱۲	۰/۲۱
ارتباط	BSFT-TTM	-۰/۴	۰/۱۴	۰/۰۱
	BSFT-MMT	-۰/۵	۰/۱۴	۰/۰۰۱
	MMT-TTM	-۰/۱	۰/۱۴	۰/۶
کنترل	BSFT-TTM	-۰/۲	۰/۱	۰/۰۲
	BSFT-MMT	-۰/۲	۰/۱	۰/۰۳
	MMT-TTM	۰/۰۲	۰/۱	۰/۹۶

P<0/001

یافته ها نشان می دهد که نتایج حاصل از الگوی BSFT در مقایسه با TTM و MMT در تغییر تعاملات ناسازگار و ناکارآمد خانواده موثر بوده است. تفاوت خانواده درمانی راهبردی کوتاه مدت (BSFT)، با گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر (TTM) و درمان نگهدارنده با متادون (MMT) در کاهش عود، از طریق آزمون آماری ناپارامتریک خی دو آزمون شد. جدول ۵، نتایج این آزمون را نشان می دهد. همانطور که مشاهده می شود، در گروه BSFT از میان ۱۵ نفر، ۱۲ نفر پاکی داشتند و ۳ نفر دچار لغزش شده اند و در گروه TTM، ۸ نفر پاکی و ۷ نفر لغزش داشتند و در گروه MMT، ۵ نفر پاکی و ۱۰ نفر دچار لغزش شدند. نتایج آزمون خی دو نشان می دهد، تفاوت میان گروهها با $X^2(6/6)$ در سطح $P<0/05$ معنادار است. با توجه به فراوانی های مشاهده شده، مداخله ی مبتنی بر BSFT در کاهش عود موثرتر بوده است.

جدول ۵: فراوانی متغیر عود در گروهها

Sig.	df	X ²	گروه				متغیر
			کل	MMT	TTM	BSFT	
۰/۰۳	۲	۶/۶	۲۰	۱۰	۷	۳	عود
			۲۵	۵	۸	۱۲	پاکی
			۴۵	۱۵	۱۵	۱۵	کل

P<0/001

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش، همسو با یافته‌های رایینز و همکاران (۲۰۰۹)؛ زاپوسنیک و همکارانش (۱۹۸۹)؛ جایویننگ و همکاران (۱۹۹۲)؛ سانتی استبان و همکاران (۲۰۰۲)؛ زاپوسنیک و ویلیامز (۲۰۰۳)؛ اثربخشی الگوی خانواده‌درمانی BSFT را در کار با خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد نشان داد. مجموع این یافته‌ها می‌تواند، تاییدی بر الگوی BSFT به عنوان یک درمان کارآمد و متناسب برای خانواده‌هایی با عضو وابسته به مواد باشد. نتایج، نشان داد که الگوی BSFT در مقایسه با گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر (TTM) و درمان نگهدارنده با متادون (MMT) در بهبود کارکرد کلی ارتباطات میان اعضای خانواده، بهبود نظارت مظاهر قدرت خانواده بر فعالیتهای فرزندان و افزایش توانایی حل مساله، سودمند بوده است. این نتیجه نیز همسو با یافته‌های رایینز و همکاران (۲۰۰۹)؛ زاپوسنیک و همکاران (۱۹۸۹)، جایویننگ و همکاران (۱۹۹۲)، سانتی استبان و همکاران (۲۰۰۲) نیکل و همکاران (۲۰۰۶) است. الگوی BSFT در مقایسه با الگوی TTM که متمرکز بر فرد است، به راهبردهای مقابله با وسوسه‌ی مصرف مواد می‌پردازد و نیز MMT که صرفاً درمان دارویی است نشان داده است که در کاهش میزان لغزش و عود اثربخش تر بوده است؛ همچنین الگوی TTM از MMT در پیشگیری از عود کارا تر است.

به نظر می‌رسد هدف الگوی BSFT، تغییر الگوی تعاملات ناسازگار به تعاملات سازگار است. یکی از جنبه‌های مشکل‌دار این خانواده‌ها، ارتباط بود. ارتباط با مرزها و میزان همخوانی میان اعضای خانواده مرتبط است. در این مداخله با استفاده از بازسازی مرزها و شکستن مثلث‌های آسیب‌زا روابط اعضا را بهبود بخشیدیم. قاب‌گیری مجدد حالات منفی، باعث تغییر در دیدگاه شناختی اعضای خانواده نسبت به رفتار و احساس یکدیگر شد. این تغییر دیدگاه باعث کاهش تعارض نزدیک شدن اعضا به هم و یافتن راه‌های موثر برای حل مشکل خانوادگی شد.

همچنین با تقویت اتحاد والدین و قدرت آنها، توانایی کنترل و نظارت بر فعالیتهای فرزندان افزایش یافت. محقق، انتظار داشت بدنبال تغییر در این الگوهای تعاملی، میزان توجه و همراهی عاطفی و تغییر در نقشها و مسوولیتها رخ دهد که این اتفاق نیافتاد. طبق الگوی BSFT، تغییر در یک بعد باعث تغییر در ابعاد دیگر می شود یا تغییر در آن را تسهیل می کند بنابراین، پیش بینی می شود بعد از اینکه خانواده الگوهای جدید رفتار را یاد گرفتند، جهت تسلط بر الگوهای جدید تعامل و تعمیم به رفتارهای دیگر نیاز به گذشت زمان داشته باشند.

درمان نگهدارنده با متادون، شاید در کوتاه مدت در پیشگیری از وسوسه ی مصرف مفید باشد ولی در بلندمدت، مدت درمان مکفی نیست ولی طبق یافته ها، در کنار درمان مبتنی بر خانواده می تواند اثربخشی بالایی در کاهش عود داشته باشد. بنابراین، به درمانگران حوزه ی اعتیاد پیشنهاد می شود در کنار مداخلات دارویی، درمان غیردارویی به ویژه خانواده درمانی را در برنامه ی درمانی خود لحاظ کنند.

References:

- Barrick, C., & Cannors, G. (2002). Relapse Prevention and maintaining abstinence in older adults with alcohol use disorders. *Drug Agin*, 19(8). (Persian).
- Epstein, N., Baldwin, L., & Bishop, D. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal Of Marital And Family Therapy*, 9: 171-180.
- Feaster, D. J., Robbins, M., Henderson, C., & Horigian, V. (2010). Equivalence of family functioning and externalizing behaviors in adolescent substance abuser of different race/ethnicity. *Journal of substance abuse treatment*, 38: 113.
- Gerwe, C. F. (2000). Chronic addiction relapse treatment: a study of the effectiveness of the high-risk identification and prediction treatment model, Part II the HRIPTM case table, case study examples and questionnaire. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19: 429-438.
- Hadadi, R., Rostami, R., Rahiminejad, A., Akbari Zardkhaneh, S. (2009). The effectiveness of cognitive behavior therapy of impulse control on reduction of impulsiveness, crave of usage and addiction severity among crack users. *Research on addiction*, 3(10), 29-51. (Persian).
- Horigian, V. E., Soares-Morales, L., Robbins, M. S., Zarate, M., Mayorga, C. M., Mitrani, V. B., Zapocznik, J. (2005). Brief strategic family therapy for adolescents with behavior problems. In J. L. Lebow (Eds), *Handbook of clinical family therapy* (73-101). Hoboken, New Jersey: Jon willy & Sons.
- Joaning, H., Thomas, F., Quinn, W., & Mullen, R. (1992). Threatening adolescent drug abuse: A comparison of family systems therapy, group therapy, and family drug education. *Journal Of Marital And Family Therapy*, 18: 345-356.
- Kaufman, E & Yoshioka, M. (2005). *Substance abuse treatment and family therapy: A treatment improvement protocol (TIP 39)*. Rockvill .
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., & Whiteside, H. O. (2003). Family-based intervention for substance use and misuse prevention. *Prevention Substance Use & Misuse*, 38, (11-13): 1759-1789.
- Liddel, H. A., & Dakof, G. A. (1995). Efficacy of family therapy for drug abuse: Promising but not definitive. *Journal Of Marital And Family Therapy*, 21: 511-543.
- Marlatt, G. A., Bowen, S. W., & Witkiewitz, K. (2009). Relapse prevention: Evidence base and future directions. In M. P. Miller (Eds.), *Evidence-Based addiction treatment*. Academic press. Inc.
- Micucci, J. A. (2009). *The adolescent in family therapy, harnessing the power of relationships* (2nd ed.), New Yourk: Guilford press.
- Miller, P. M. (2009). *Evidence- Based addiction treatment*. Academic press In.

- Nickel, M., Juley, J., Krawczyk, J., Nickel, C., Widermann, C., Lahmann, C., Muhlbacher, M., Forthuber, P., Kettler, C., Leiberich, P., Tritt, K., Mitterlehner, F., Kaplan, P., Gill, F. P., Rother, W., & Loew, T. (2006). Bullying girls- chages after brif strategic family therapy: A randomized, prospective, controlled trial with one-year. *Psychotherapy & psychosomatics*, 75(1): 55-64
- Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3),276-288.
- Robbins, M. S., Alonso, E., Horigian, V. E., Bachrach, K., Burlew, K., Carrion, I. S., Hodgkins, C.C., Miller, M., Schindler. E., VanDeMark, N., Henderson, N., & Szapocznik, J. (2010). Transporting clinical research to community settings: designing and counducting a multisite trial of brief strategic family therapy. *Addiction Science & Clinical Practice*, 5(2):54-61.
- Robbins, M. S., Bachrach, K., & Szapocznik, J. (2002). Bridging the research-practice gap in adolescent substance abuse treatment: the case of brief strategic family therapy. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 23:123-132.
- Robbins, M. S., Szapocznik, J., Horigian.E., Feaster, D., Puccinilli, M., Jacobs, P., Burlew, k., Werstlien, R., Bachrach, K., & Brigham, G. (2009). Brief strategic family therapy for adolescent drug abuser: A multisite effectiveness study. *Contemporary Clinical Trials*, 30:269-278.
- Robbins, M. S., Szapocznik, J., Horigian.E., Feaster, D., Puccinilli, M., Jacobs, P., Burlew, k., Werstlien, R., Bachrach, K., & Brigham, G. (2009). Brief strategic family therapy for adolescent drug abuser: A multisite effectiveness study. *Contemporary Clinical Trials*, 30:269-278.
- Sanai Zaker, B. (2000). *Family and marriage scales*. Tehran: Besat. (Persian)
- Santisteban, D. A., Coatsworth, J. D., Prez-vidal, A., Kurtines, W. M., Schwartz, S. J., & Szapocznik, J. (2003). The efficacy of brief strategic family therapy in modifying adolescent behavior problem and substance use. *Journal Of Psychology*, 17:121-133.
- Santisteban, D. A., Szapocznik, J., Prez-vidal, A., Kurtines, W. M., Murray, E.J., & Laperriere, A. (1996). Efficacy of intervention for engaging youth and families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *Journal Of Family Psychology*, 10:35-44.
- Schafer, G. (2008). Multiple family group therapy in a drug an alcohol rehabilitation center: resident experiences. *Australian & New Zealand Journal Of Family therapy*, 29(2): 88-96.
- Stanton, D, M., & Todd, T. C. (1982). *The family therapy of drug abuse addiction*. New York: Guilford press.
- Szapocznik, J., Hervis, O. E., & Schwartz, S. (2003). *Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse. NIDA Therapy Manuals For Drug Addiction*. Rockville, MD: National Institute On Drug Abuse.
- Szapocznik, J., Perez-vidal, A., Brickman, A., Foote, F. H., Santisteban, D., & Hervis, O. E. (1988). Engaging adolescent drug abuser and their families into treatment: A strategic-structural system approach. *Journal Of Counsulting And Clinical Psychology*, 56: 552-557.
- Velasquez,M.M., Maurer, C., Crouch,C., & Diclemente.C.(2001). *Group treatment for substance abuse: A stage of change therapy manual*. Translator: rahmatolah nooranipoor & majid ghorbani (2006). Tehran: Ravan. (Persian).
- Waldron, H. B., & Turner, C. W.(2008). Evidence-based psychosocial treatment for adolescent substance abuse. *Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1):238-261.
- Young, M., & Long, L. (1997). *Counselling and therapy for couples*. Brook: Cole publishing Company.
- Zadeh Mohamadi, A., Malek khosravi, kh. (2006). The study of psychometric trait and validation of scale family assessment device. *Research on family*, 2(5),69-89.(Persian).