اثربخشی آموزش گروهی حل مسئلهٔ اجتماعی بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند معتاد

ندا نیک‌راه*، مهدی زارع، حمید خاکباز*****

مقدمه: *هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش گروهی حل مسئلهٔ اجتماعی بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند معتاد است.*

روش: *طرح این پژوهش، آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است. نمونهٔ این پژوهش عبارت است از ۴۰ نفر از مادران دارای فرزند معتاد که به‌صورت تصادفی انتخاب شده و نیمی از آنان (۲۰ نفر) به گروه آزمایش و نیمی دیگر (۲۰ نفر) به گروه کنترل تخصیص داده شدند. ابزار این پژوهش عبارتند از: پرسشنامهٔ تاب‌آوری کانر و دیویدسون. به‌منظور تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد.*

یافته ها: *نتایج پس‌آزمون نشان داد که میزان تاب‌آوری گروه کنترل و آزمایش با هم متفاوت است. به‌طوری‌که گروه آزمایش از تاب‌آوری بالاتری در مقایسه با گروه کنترل برخوردار است.*

بحث: *نتایج این مطالعه دلالت بر این دارد که آموزش گروهی حل مسئلهٔ اجتماعی، موجب افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند معتاد می‌شود.*

کلیدواژه‌ها: اثربخشی آموزشی، تاب‌آوری، حل مسئلهٔ اجتماعی

تاریخ دریافت۹۲/۱/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۲/۴/۳۰

* کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات استان مرکزی

** دکتر مشاوره، مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی، سازمان سمت

***دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران

مقدمه

اعتیاد[1] به مواد مخدر به‌عنوان یک بیماری دیرینه شناخته می‌شود (کامپتون و همکاران[2]، ۲۰۰۳؛ مکای و همکاران[3]، ۲۰۰۵؛ مک للن و همکاران[4]، ۲۰۰۰؛ مک للن و همکاران[5]، ۲۰۰۵؛ اسکات و دنیس[6]، ۲۰۰۹). صفات شخصیتی و آسیب‌پذیری نسبت به مصرف مواد مخدر، سوءمصرف مواد و گرایش به اعتیاد تحت تأثیر ترکیب عوامل محیطی و وراثتی قرار دارد (کلنینجر و همکاران[7]، ۱۹۹۳؛ کریک و همکاران[8]، ۲۰۰۵). درگیری با اعتیاد نه تنها برای مصرف کننده، بلکه برای خانواده، اجتماع و جامعه نیز مضر است (نات و همکاران[9]، ۲۰۰۷).

فردی که گرفتار سوءمصرف مواد شده است نماینده و معرف نظامی است که نادرست عمل می‌کند. مشکلات چنین فردی هنگامی بهتر فهمیده می‌شود که در بافت نظام روابط خانوادگی که تعادل خود را از دست داده است، مورد بررسی قرار گیرد (گلدنبرگ و گلدنبرگ[10]، ۲۰۰۰).

از دیدگاه سیستمی، اعتیاد، حاصل تعاملات ناکارآمد اعضای خانواده با عضوی از اعضاء است. هر سیستمی برای بقای خود به عملکرد اعضای خود نیاز دارد، حتی اگر این عملکرد ناکارآمد باشد. خانواده هم به‌عنوان یک سیستم از این قاعده مستثنی نیست (بهاری، ۱۳۹۱).

انواع مختلفی از تعارضها در چنین خانواده‌هایی وجود دارد، اما دو مورد از ویژگیهای خانوادگی مؤثر در افزایش مصرف مواد مخدر، فقدان ارتباط و ناتوانی در

1.Addiction 2. Compton 3. McKay
4. McLellan 5. Forman 6. Scott and Dennis
7. Cloninger 8. Kreek 9. Nutt, King
10. Goldenberg and Goldenberg

حل مشکلات خانوادگی است (آقا و همکاران[1]، ۲۰۰۸؛ فرگوسن[2]، ۲۰۰۹). در چنین خانواده‌هایی، فرزندان به سوی رفتارهای پرخطر گرایش پیدا می‌کنند (جانستون و همکاران[3]، ۲۰۰۷). آنان ممکن است از سیگار کشیدن، نوشیدن مشروبات الکلی و داروهای محرک شروع کنند و تا جایی پیش بروند که به مواد مخدر وابستگی جسمانی و روانی پیدا کنند. برای حل مشکلات این افراد، والدین، مخصوصاً مادران برای کمک به فرزندان به درمان مراجعه می‌کنند. در واقع، مداخله‌های درمانی که مادر در جهت پیشگیری از گرایش فرزندان به سوءمصرف مواد دریافت می‌کند، نتایج مؤثری داشته است (اوستین و همکاران[4]، ۲۰۰۵؛ دیشیون و همکاران[5]، ۲۰۰۸؛ دوسنبری، ۲۰۰۰؛ ترودو و همکاران[6]، ۲۰۰۷).

پژوهشها نشان می‌دهد که مشکلات والدین با مشکلات بیرونی فرزندان در ارتباط است، در حقیقت، مشکلات فرزندان سبب به وجود آمدن مشکلات جدیدی برای والدین می‌شود (لوکاس و همکاران[7]، ۲۰۰۳).

درخانواده‌های اعتیادزده، روابط خانوادگی، مختل شده و مادر نیازهای فرد معتاد را متعادل می‌کند. در چنین مواقعی، مادر با تلاش برای حفظ سیستم خانواده، حتی اگر بی‌نهایت پاتولوژیک باشد، سعی در حفظ یکپارچگی خانواده و کارکرد اجتماعی آن دارد (مارکس و همکاران[8]، ۱۹۹۲).

بنابراین، مادران چنین خانواده‌هایی استرس و اضطراب زیادی را از جانب تعاملات

1. Agha
2 . Ferguson
3. Johnston
4. Austin
5. Dishion
6. Dusenbury
7. Loukas
8. Marx

درون خانوادگی و اجتماعی متحمل می‌شوند (فرایبورگ و همکاران[1]، ۲۰۰۵). در اکثر اوقات، چنین مادرانی نمی‌توانند در مقابل اتفاقاًت روزانه، هیجانهای خود را به گونه‌ای مناسب تنظیم کنند. در نتیجه از روشهای نابهنجاری برای نظم‌بخشی به هیجان استفاده می‌کنند (بروئل و شریک[2]، ۲۰۰۷).

پژوهشها نشان می‌دهد عواملی همچون مراقبت از فرزندان، مختل شدن برنامه‌های خانواده، امور مالی خانواده و محدودیت فعالیتهای اجتماعی، سلامت روان مادران را در معرض خطر قرار می‌دهد (بیکر و همکاران[3] ۱۹۹۷). استفاده از راهبردهای ناکارآمد برای مدیریت فشارهای ناشی از وضعیت آشفتهٔ خانواده، در طول زمان، منجر به آسیب‌پذیری و تحلیل رفتن توانایی مقابله با هیجانهای منفی در این مادران می‌شود. تاب‌آوری[4] پایین این افراد، آنان را به سوی راهکارهای ناکارآمدی همچون انزوای اجتماعی و قطع روابط خانوادگی سوق می‌دهد (مارتل و همکاران[5]، ۲۰۱۰). تاب‌آوری، به‌عنوان توانایی مقاومت در برابر استرس و بازگشت به تعادل طبیعی پس از تجربه عوامل استرس‌زا تعریف می‌شود (ورنر[6]، ۲۰۰۴). این مفهوم در ارتباط با هیجانات مثبت است که نقش حفاظتی را در برابر افسردگی و مصرف مواد ایفا می‌کند (بونانو و همکاران[7]، ۲۰۰۷). نتایج پژوهشهای پیشین (دیزوریلا[8]، ۱۹۹۲؛ مک موران و ریچاردسون[9]، ۲۰۱۱) نشان می‌دهد که افزایش توانایی حل مسئلهٔ اجتماعی و برخورداری از حمایتهای اجتماعی، تأثیر زیادی در تاب‌آوری روان‌شناختی و اجتماعی در این مادران دارد.

1. Friborg
2. Bruwell and Shrik
3. Baker
4. resilience
5. Martell
6. Werner
7. Bonanno
8. Dizurilla
9. McMurran and Riochardson

حل مسئلهٔ اجتماعی[1] فرایندی رفتاری- شناختی تعریف شده است که شخص قصد دارد برای مشکلاتی که در زندگی روزمره با آن مواجه می‌شود، راه‌حلهای مؤثر یا سازگارانه کشف کند. طبق این تعریف، حل مسئله، یک فعالیت هوشیار، عقلانی و هدفمند است. حل مسئله در درون محیط اجتماعی طبیعی رخ می‌دهد و با مشکلات فردی و اجتماعی ارتباط دارد (دی زوریلا و نزو[2]، ۱۹۹۰). نتایج پژوهشهای مختلف (میجر و همکاران[3]، ۱۹۹۸؛ پارک و همکاران[4]، ۱۹۹۷) حاکی از آن است که سازش یافتگی اجتماعی، تحت تأثیر تفکر مبتنی بر حل مسئلهٔ اجتماعی است. محققین بسیاری (گرانت[5]، ۲۰۰۱؛ تگلاسی و راتمن[6]، ۲۰۰۱؛ هاروی و همکاران[7]، ۲۰۰۱؛ پاکاسلاتی[8]، ۲۰۰۰) معتقدند الگوهای نادرست در پردازش اطلاعات اجتماعی، راهبردهای حل مسئلهٔ اجتماعی و استدلال اجتماعی، نقش عمده‌ای در شکل‌گیری ناسازگاری ایفا می‌کنند. وجه مشترک حل مسئلهٔ اجتماعی و تاب‌آوری در افراد این است که هر دو در شرایط نابسامان بروز می‌کنند. با ایجاد فضایی برای افزایش توانایی حل مسئلهٔ اجتماعی مادران، می‌توان به آنان کمک کرد که در شرایط دشوار، راه‌حلهای مناسبی را برای مواجهه با چنین شرایطی بیابند. از آنجا که فضای خانوادهٔ افراد معتاد، فضایی ستیزه‌جویانه است، روابط خانوادگی با وجود تعارض یا دل‌آزاری و رنجش خاطر از نظر روانی فضای فشارزایی است (بهاری، ۱۳۸۹). هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی آموزش گروهی حل مسئلهٔ اجتماعی بر افزایش میزان تاب‌آوری مادران دارای فرزند معتاد می‌باشد.

1. social problem_solving
2. Nezu
3. Major
4. Park
5.Grant
6. Rottman and Teglasi
7. Harvey
8. Pakaslahti

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح این پژوهش از نوع آزمایشی می‌باشد. جامعهٔ آماری پژوهش، کلیهٔ مادران ۳۵ تا ۴۵ سال دارای فرزند معتاد تحت پوشش انجمن خیریهٔ تولد دوباره منطقهٔ ۵ تهران در سال ۹۱ بودند. برای این منظور، در گام اول، پرسشنامهٔ کانر- دیویدسون بر روی ۱۲۰ نفر از مادران دارای فرزند معتاد که در انجمن تولد دوباره عضو بودند، اجرا شد. در گام دوم، تعداد ۴۰ نفر از مادرانی که نمرهٔ تاب‌آوری آنها پایین بود به‌صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری، به‌عنوان گروههای آزمایشی و گواه جایگزین شدند.

ابزار: پرسشنامهٔ تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC). این پرسش‌نامه را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۷ در حوزهٔ تاب‌آوری تهیه کردند. این پرسش‌نامه یک ابزار ۲۵ سؤالی است که سازهٔ تاب‌آوری را در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرتی از صفر تا چهار می‌سنجد. حداقل نمرهٔ تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس، صفر و حداکثر نمرهٔ وی ۱۰۰ است که محمدی آن را برای استفاده در ایران هنجاریابی کرده است. برش آن برای افراد عادی ۸۰/۴ است. برای تعیین روایی این مقیاس، نخست، همبستگی هر گویه با نمرهٔ کل، محاسبه و سپس از روش تحلیل عامل بهره گرفته شد. محاسبهٔ همبستگی هر نمره با نمرهٔ کل ۰٪ تا ۶۴٪ به جز گویهٔ ۳، و ضریبهای بین ۴۱٪ تا ۶۴٪ را نشان می‌دهد. سپس گویه‌های مقیاس به روش مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ برابر با ۸۷٪ به دست آمده است (جوکار، ۱۳۸۶).

جدول۱. مشخصه‌های آماری متغیر مورد مطالعه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروههای پژوهش

متغیر		گروه آزمایش				گروه کنترل			
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۶۷/۷۵	۱۰/۲۰	۴۵	۸۵	۶۹/۵۳	۷/۲۱	۵۵	۸۱
	پس‌آزمون	۹۶/۰۸	۷/۹۱	۸۳	۱۰۸	۷۵/۹۳	۹/۹۶	۶۱	۹۷

یافته‌ها

مشخصه‌های آمار توصیفی متغیر مورد مطالعه (تاب‌آوری) در زمانهای پیش‌آزمون و پس آزمون در جدول (۱) نشان داده شده است که طبق آن، میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش در زمان پیش‌آزمون به ترتیب ۶۷/۷۵ و ۱۰/۲۰ و میانگین و انحراف استاندارد گروه کنترل به ترتیب ۶۹/۵۳ و ۷/۲۱ می‌باشد. همچنین، میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش در متغیر تاب‌آوری در زمان پس‌آزمون به ترتیب ۹۶/۰۸ و ۷/۹۱ و میانگین و انحراف استاندارد گروه کنترل در این متغیر در زمان پس‌آزمون به ترتیب ۷۵/۹۳ و ۹/۹۶ می‌باشد.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگینهای دو گروه به لحاظ تاب‌آوری، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. این مطلب در مورد واریانس‌های گروهها که بر اساس آزمون برابری واریانس‌های لوین به دست آمده نیز صادق می‌باشد. یعنی گروههای مورد مطالعه به لحاظ متغیر مورد پژوهش همسان هستند. جدول ۳ حاوی نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نمره‌های پس‌آزمون دو گروه در متغیر تاب‌آوری است.

جدول۲. تحلیل واریانس یک‌راهه برای بررسی برابری میانگینها و واریانس‌های گروهها در پیش‌آزمون متغیر مورد پژوهش

متغیر		df	SS	MS	F	p	Levene	p
تاب‌آوری	بین گروهی	۱	۲۱/۲۰	۲۱/۲۰	۰/۲۸	۰/۶۰	۰/۷۰	۰/۴۰
	درون گروهی	۲۵	۱۸۷۵/۹۸	۷۵/۰۳				

جدول ۳. تحلیل کوواریانس نمره‌های پس‌آزمون گروه کنترل و آزمایش

متغیر		df	SS	MS	F	Eta	Levene	p
تاب‌آوری	پیش آزمون	۱	۲۸۴/۶۷	۲۸۴/۶۷	۳/۸۰*	۰/۶۱	۲/۰۹	۰/۸۲
	گروه	۱	۲۸۶۴/۳۰	۲۸۶۴/۳۰	۳/۲۹**			

$p < ۰/۰۵^{*}$ $p < ۰/۰۱^{**}$

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون برابری واریانس‌های لوین در پس‌آزمون نیز نشان می‌دهد که واریانس‌های گروههای مورد مطالعه پس از اجرای روش مداخله همچنان با یکدیگر برابر هستند. نتایج F تک متغیری برای اثر روش درمانی بر تاب‌آوری حاکی از آن است که گروه کنترل و آزمایش در متغیر تاب‌آوری به لحاظ آماری با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. همچنین، اثر پیش‌آزمون متغیر بر اساس نمرهٔ پیش‌آزمون نیز از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد. بدین ترتیب، بعد از تعدیل نمره‌های پس‌آزمون بر اساس نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت بین گروهها معنادار است.

بحث

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش گروهی حل مسئلهٔ اجتماعی بر افزایش میزان تاب‌آوری مادران دارای فرزند معتاد بود. مادران دارای فرزند معتاد، در طول

زمان به لحاظ روان‌شناختی تحلیل می‌روند و مقاومت آنان در برابر مشکلات کاهش می‌یابد. این مادران، تنها راه بهبود مشکلات خود را بهبود وضعیت اعتیاد فرزندشان می‌دانند. آنان این امر را خارج از ارادهٔ خود تلقی کرده، به دنبال مقصرهایی همچون جامعه، رسانه و افراد معتاد می‌گردند. نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش حل مسئلهٔ اجتماعی، موجب افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند معتاد می‌شود. این نتایج، همسو با یافته‌های بسیاری از پژوهشهای پیشین در این زمینه است (اپل و کاستنر[1]، ۱۹۷۹؛ اینتاگلیاتا[2]، ۱۹۸۷؛ پلات و همکاران[3]، ۱۹۷۳؛ دیزوریلا، ۱۹۹۲؛ مک‌موران و ریچاردسون؛ ۲۰۱۱). همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد، در خانواده‌های اعتیادزده روابط خانوادگی مختل شده و مادر نیازهای فرد معتاد را متعادل می‌کند. در چنین مواقعی، مادر با تلاش برای حفظ سیستم خانواده حتی اگر بی‌نهایت پاتولوژیک باشد، سعی در حفظ یکپارچگی خانواده و کارکرد اجتماعی آن دارد (مارک و همکاران ۱۹۹۲).بنابراین، مادران چنین خانواده‌هایی استرس و اضطراب زیادی را از جانب تعاملات درون خانوادگی و اجتماعی متحمل می‌شوند (فرایبورگ و همکاران ۲۰۰۵). در اکثر اوقات، چنین مادرانی نمی‌توانند در مقابل اتفاقاًت روزانه، هیجانهای خود را به گونه‌ای مناسب تنظیم کنند. در نتیجه از روشهای نابهنجاری برای نظم‌بخشی به هیجان استفاده می‌کنند (بروئل و شریک، ۲۰۰۷). در این حالت، از یک سو، مراقبت از فرزند معتاد و فرزندان دیگر، مختل شدن برنامه‌های خانواده، مشکلات مالی و محدودیتهای اجتماعی ناشی از مسائل فرهنگی در خانواده‌های دارای یک یا چند عضو معتاد و از سوی دیگر، ناتوانی در استفاده از راهبردهای صحیح و کاربردی در مواجهه با چنین مشکلاتی، سلامت روان این مادران را در معرض خطر جدی

1. Appel and Kaestner
2. Intagliata
3. Platt

قرار می‌دهد. راهبردهای مدارای[1] ناکارآمدی که این مادران برای برخورد با مشکلات خود استفاده می‌کنند، در طولانی‌مدت آنها را از نظر روان‌شناختی تضعیف کرده و مسائل اجتماعی فرهنگی موجود در محیط اجتماعی، باعث کاهش روابط اجتماعی و انزوای این مادران می‌گردد. آموزش حل مسئله اجتماعی، به‌عنوان یک راهبرد سازگاری عمومی که به تسهیل و تداوم سازگاری می‌انجامد، توانایی مادران دارای فرزند معتاد را در به‌کارگیری راهبردهای صحیح مدارا و اتخاذ تصمیمات منطقی در مواجهه با شرایط موجود بالا برده، از طریق افزایش میزان تاب‌آوری در برابر مشکلات، به آنها کمک می‌کند تا به‌صورت مناسبی با فشارهای روانی و اجتماعی ناشی از داشتن فرزند معتاد مواجه شوند. افزایش تاب‌آوری از طریق بهبود توانایی حل مسئله، علاوه بر این‌که به حفظ سلامت جسمانی و روانی این مادران کمک می‌کند، منجر به مدیریت بهتر دیگر مشکلات خانواده نیز می‌شود.

این مادران یاد می‌گیرند که در موقعیتهای زندگی واقعی، اکثر مشکلات، بیش از یک راه‌حل درست دارند و از بین پاسخهای مؤثر، پاسخی مؤثرتر است که موقعیت نامناسب ناشی از اعتیاد فرزند را به‌نحوی تغییر دهد که فرد در آن احساس مشکل نکرده، همزمان واجد حداکثر پیامدهای مثبت و حداقل پیامدهای منفی باشد. آموزش حل مسئلهٔ اجتماعی، جهت‌گیری مثبتی در این مادران در مورد مسئله اعتیاد ایجاد می‌کند. این امر باعث می‌شود که فرد، اعتیاد فرزند خود را به‌عنوان یک موقعیت چالش‌انگیز برای خود تلقی کرده، باور داشته باشد که می‌تواند با استقامت و پشتکار بر آن مسئله فائق آید (جانستون و همکاران ۲۰۰۷).

فقدان سنجش پیگیری در طرح مطالعه به دلیل محدودیتهای زمانی متداول، مشکلات مربوط به انتخاب بیماران از مراکز ترک اعتیاد شهر تهران و برقراری ارتباط با مادران، نمونه‌هایی تقریباً کوچک از محدودیتهای این پژوهش بودند. پیشنهاد می‌شود با توجه به

1.Coping

بدیهی بودن نقش اعضای خانواده به‌ویژه والدین، مداخلاتی با محتوای نزدیک به محتوای این مداخله در افزایش تاب‌آوری و کاهش مشکلات روان‌شناختی پدران نیز سنجیده و با نتایج این پژوهش مورد مقایسه قرار گیرد.

منابع و مآخذ

References

- بهاری، ف. (۱۳۹۱). خانواده: بستر ابتلا یا التیام اعتیاد. ***فصلنامهٔ اعتیادپژوهی***. ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- جوکار، ب. (۱۳۸۶). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در روابط بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی. ***مجلهٔ روان‌شناسی معاصر***. دورهٔ دوم، شمارهٔ ۴.
- گلدنبرگ، ا و گلدنبرگ، ه. (۱۳۹۱). ***خانواده درمانی***. ترجمهٔ حمیدرضا حسین شاهی برواتی، سیامک نقشبندی و الهام ارجمند. تهران: نشر روان.

-مک موران، م. و مک گوائر، ج. (۱۳۹۰). ***حل مسئلهٔ اجتماعی و ارتکاب جرم: رویکردهای درمانی جدید به بزهکاری***. ترجمهٔ زینب خانجانی و عبدالله فیرویان. تهران: نشر ارجمند

- Appel, P. W. & Kaestner, E. (1979). Interpersonal and emotional problem solving among narcotic drug abusers. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***. 47, 1125–1127.
- Agha, S., Zia, H. & Irfan, S. (2008). Psychological problems and family functioning as risk factors in addiction. April, 12, 2011, Retrieved from: http://www.ayubmed.eu.pk/jamc/past/sajida.pdf.
- Austin, A. M., Macgowan, M. J. & Wagner, E. F. (2005). Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: a systematic review. ***Res.Soc. Work.Pract.*** 15, 67–83.
- Baker, B. L., Blacher, J., Kopp, C. B. & Kraemer, B. (1997). Parenting children with mental retardation. ***International Review of Research in Mental Retardation,*** 20, 1–45.
- Beer, J. S. & Lombardo, M. V. (2007). Insights into emotion regulation from neuropsychology. In:
- Brandon, P. (Ed.). Time away from ‘‘smelling the roses’’: where do mothers of children with disabilities find time to work? ***Social Science and Medicine,*** 65, 667–679.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciareli, A. & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology,*** 75(5), 671-682.
- Burwell, R. A. & Shirk, S. R. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. ***Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology,*** 36, 56e65.

References **منابع و مآخذ**

- Cassidy, J. & Kobak, R. R. (1988). Avoidance and its relation to other defensive processes. In Belsky, J. & Ezworski, T. N. (Eds.), ***Clinical implications of attachment*** (pp. 300-323). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cassidy T. & Long, C. (1996). Problem-solving style, stress and psychological illness: Development of a multifactorial measure. ***British Journal of Clinical Psychology***, 35, 265-277.
- Compton, W., Glantz, M. & Delany, P. (2003). Addiction as chronic illness-Putting the concept into action. ***Eval Program Plann***, 26, 353–354.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. ***Archives of General Psychiatry,*** 50, 975–990.
- Dishion, T. J., Shaw, D., Connell, A., Gardner, F., Weaver, C. & Wilson, M. (2008). The family check-up with high-risk indigent families: preventing problem behavior by increasing parents' positive behavior support in early childhood. ***Child Dev***. 79, 1395–1414.
- D'Zurilla, T. J. & Nezu, A. M. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social Problem-Solving.
- Dizurilla, T. & Sheedy, T. C. (1992). The relation between social problem solving ability and ubsequent level of academic competence in college student. ***Cognitive therapy and research***, 16, 89-599.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M. & Maydeu-Olivares, A. (2002). ***The Social Problem-Solving Inventory-Revised: Technical manual.*** North Tonowanda: Multi-Health Systems.
- D'Zurilla, T. J., Chang, E. C. & Sanna, L. J. (2004). Social problem solving: Current status and future directions. In Chang, E. C., D'Zurilla, T. G. & Sanna, L. J. (Eds.). ***Social problem solving: Theory, research, and training*** Washington, DC: American Psychological Association.
- Dusenbury, L. (2000). Family-based drug abuse prevention programs: a review. ***J. Prim. Prev***. 20, 337–352.
- Ferguson, P. L. (2009). ***Family dynamics of addiction-family systems can work or against your recovery***. http://www.peggyfergusen.com, retrieved on April, 12, 2011.
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Roseninge, J.H. & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. ***International, Journal of methods in psychiatric research***, 19 (1), 29-42.
- Grant, S. (2001). Social problem solving abilities, social support, and adjustment among family caregivers individuals with a stroke***. Journal of rehabilitation psychology***,46(1),44-57.
- Gross, J. (2007). ***Handbook of emotion regulation***. New York: Guilford Press.

References **منابع و مآخذ**

- Harvey, R., Fletcher, J. & French, D. (2001). Social reasoning: a source of influence on aggression. ***Clinical Psychology Review,*** 21, 494-527.
- Intagliata, J. C. (1978). Increasing the interpersonal problemsolving skills of an alcoholic population. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 67, 489–498.
- Johnston, L. D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. & Schulenberg, J.E. (2007). ***Monitoring the Future national results on adolescent drug use: overview of key findings,*** 2006. (NIH Publication No. 07-6202). National Institute on Drug Abuse, Bethesda, MD.
- Kreek, M. J., Nielsen, D. A., Butelman, E. R. & LaForge, K. S. (2005). Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. ***Nature Neuroscience,*** 8, 1450–1457.
- Lesley, M. L. (2007). Social Problem Solving Training for African Americans: Effects on Dietary Problem Solving Skill and DASH diet-Related Behavior Change, ***Patient Education and Counseling,*** 65, 137-146.
- Loukas, A., Zucker, R. A., Fitzgerald, H. E. & Krull, J. L. (2003). Developmental trajectories of disruptive behavior problems among sons of alcoholics: effects of parent psychopathology, family conflict and child undercontrol. ***J. Abnorm. Psychol***. 112, 119–131.
- Major, B.,Cooper, C., Cozzarelli, C. & Zubek. J.(1998). Personal resilience, cognitive appraisals and coping: an integrative model of adjustment to abortion. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 74,735-752.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). ***Behavioral activation for depression: A clinician's guide.*** New York, NY: Guilford Press.
- Marx, E. M., Williams, J. M. G. & CLARIDGE, C. (1992). Depression and social problem Solving. ***Journal of abnormal. Psyhology***,101.
- McKay, J. R., Lynch, K. G., Shepard, D. S. & Pettinati, H. M. (2005). ***The effectiveness of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine dependence***: 24-Month.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P. & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. ***J Am Med Assoc***, 284, 1689–1695.
- McLellan, A. T., McKay, J. R., Forman, R., Cacciola, J., and Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: From retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. ***Addiction***, 100, 447–458.

References **منابع و مآخذ**

- Mcmurran, V. & Riochardson, c. (2001). The relationslip between social problem- solving and personality in mentally disordered offenders. ***Personality and Individual Differences***/ 30.
- Mikulincer, M. (1993). Attachment styles, coping strategies,and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 64, 817-826.
- Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W. & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. ***Lancet*** 2007; 369:1047–1053
- Pakaslahti, L. (2000). Children and adolescents aggressive behavior in context: the development and application of aggressive problem-solving strategies. ***Aggression and Violent Behavior***,5,467-490.
- Park., C., Moor, P., Turner, R. & Alder, N. (1997). The roles of constructive thinking and optimism in psychological and behavioral adjustment during pregnancy. ***Journal of Personality and Social Psychology***.73,584-592.
- Peter, H., Sharada, S., Klassen, A. C., Robinson, E. B. & McCarthy, M. (2006). A Problem Solving Approach to Nutrition Education and Counseling, ***Journal of Nutrition Education and Behavior***, 38, 254-258.
- Platt, J. J., Scura, W. C. & Hannon, J. R. (1973). Problem solving thinking of youthful incarcerated heroin addicts. ***Journal of Community Psychology,*** 94, 245–251.
- Scott, C. K. & Dennis, M. L. (2009). Results from two randomized clinical trials evaluating the impact of quarterly recovery management checkups with adult chronic substance users. ***Addiction***, 104, 959–971.
- Supnick, J. A. & Colletti, G. (2002). Relapse Coping and Problem Solving Training Folowing Treatment for Smoking, ***Addictive Behaviours,*** 9, 401-404.
- Teglasi, H. & Rottman, L. (2001). Stories a classroom-based program to reduce aggressive behavior. ***Journal of School Psychology,***39,71-49.