



مقاله

سوء مصرف هیجان

علی قره‌داغی
دانشجوی دکتری مشاوره

علل گرایش نوجوانان به مواد مخدر

چکیده

نوجوانان اولین کسانی هستند که در دام سوء مصرف مواد مخدر گرفتار می‌شوند، و این به خاطر دوره رشدی حساسی است که در آن قرار دارند. در این مجال سعی شده است تا مصرف مواد در نوجوانان به دقت بررسی شود. بنابراین، در زمینه سبب‌شناسی مصرف مواد نظریه‌های گوناگونی چون نظریه روان‌پوشی، نظریه رفتاری و شناختی- رفتاری، و مدل‌های خانوادگی مطرح شده‌اند. هم‌چنین مدل‌های مرحله‌ای استعمال مواد نوجوانان و عوامل زمینه‌ساز نیز ذکر شده‌اند. در نهایت نیز ریسک فاکتورها به همراه عوامل حمایتی با عنایت به حوزه‌های مختلف مورد مقایسه قرار گرفته‌اند.

کلیدواژه‌ها: نوجوان، سوء مصرف مواد مخدر، پرخطرگری، خودکنترلی

مقدمه

نوجوانی یکی از منحصر به فردترین دوره‌های زندگی است که تهدید و فرصت دوشادوش هم می‌توانند فرجام زیست آدمی را تعیین کنند. «اریک اریکسون» نوجوانی را یکی از حساس‌ترین دوره‌های زندگی به‌شمار می‌آورد؛ چراکه بحران هویت در این دوره تجربه می‌شود. شکل دادن و پذیرفتن هویت، کاری دشوار و پراضطراب است. نوجوانان باید نقش‌ها و ایدئولوژی‌های مختلف را آزمایش و مناسب‌ترین آنها را تعیین کنند. افرادی که با احساس خود نیرومندی از این مرحله بیرون

می‌آیند، برای روبه‌رو شدن با بزرگسالی به اطمینان و قطعیت مجهزند و آنهایی که در رسیدن به هویت منسجم ناکام می‌مانند، دچار بحران هویت می‌شوند، و آنچه را اریکسون سردرگمی نقش می‌نامد، نشان می‌دهند. آنها ممکن است از صحنه عادی زندگی، تحصیل، شغل، از دواج کناره بگیرند یا در جرم یا مواد مخدر، هویتی منفی را بچینند. حتی یک هویت منفی به بی‌هویتی ترجیح دارد؛ اگر چه به اندازه هویت مثبت رضایت‌بخش نیست (شولتز و شولتز، ترجمه سیدمحمدی ۱۳۸۱).

وابستگی به مواد مخدر (اعتیاد) اختلالی چند عاملی محسوب می‌شود. در این میان، تعامل مجموعه‌ای از عوامل، شامل متغیرهای شخصی (روانی) بین شخصی (خانواده، همسالان)، اجتماعی- فرهنگی و بیورنتیک، نقش تعیین‌کننده دارند (به نقل از بشارت، ۱۳۸۶). هدف اصلی این مقاله بررسی عوامل زمینه‌ساز گرایش نوجوانان به مصرف مواد است.

سبب‌شناسی

پیرامون سبب‌شناسی اختلالات مصرف مواد نظریه‌های گوناگونی از جمله نظریه‌های روان‌پوشی، نظریه‌های رفتاری، و شناختی- رفتاری و مدل‌های خانوادگی وجود دارد (مک کاردی واپستین، ۱۹۹۶؛ به نقل از دودگن و شی، ۲۰۰۰).

نظریه‌های روان‌پوشی

مدل‌های کنونی سوء مصرف مواد از دیدگاه

روان‌پوشی بر رشد خود، روابط ایزه^۱، و روان‌شناسی خود تأکید می‌کنند. اخیراً عقیده بر این است که سوء مصرف مواد در خدمت کارکردهای دفاعی و انطباقی ناکنش ور قرار می‌گیرد. سوء مصرف مواد نشان‌دهنده تلاش برای مقابله با هیجان‌ها و دنیای بیرونی است (مخصوصاً دنیای ایزه). برای مثال، مصرف مواد، در خدمت کارکرد دفاع مصنوعی عاطفه^۲ نگریسته می‌شود. در سوء مصرف کنندگان مواد، عواطف، گرایش به همگانی بودن، و نامتمایز بودن دارند؛ تا جایی که تجربه هیجان‌ها، بدنی و طاقت‌فرسا می‌شوند. تجربه جسمانی و طاقت‌فرسای هیجان‌ها در کسانی که قادر به تحلیل، شفاهی‌سازی، و مدیریت احساسات نیستند، به‌انگیختگی‌های دارویی منجر می‌شود؛ شرایطی که با عنوان آلکسیتایمیا^۳ از آن یاد می‌کنند.

سوء مصرف کنندگان مواد، علاوه بر دشواری مدیریت هیجان‌ها، ممکن است دشواری‌هایی در سایر کارکردهای حیاتی من^۴ و خود^۵ از قبیل حفظ حالت‌های بهزیستی و عزت‌نفس، ارضای نیاز، راه‌اندازی دفاع، و روابط ایزه، داشته باشند. مواد نقشی جبرانی ایفا می‌کند، به حمایت از یک من محاصره شده و ناشایست برمی‌خیزد یا یک فرمان^۶ تنبیه‌گر و خشن را مهار و کنترل می‌کند. نظریه‌های روان‌پوشی کنونی درباره سوء مصرف مواد در باورهای زیر اشتراک نظر دارند:

۱. سوء مصرف مواد به عنوان یک نشانه آسیب‌شناسی روانی بنیادی تر نگریسته می‌شود.
۲. دشواری در مدیریت هیجان به عنوان یک

نظریه کاهش استرس یا تنش نیز عمدتاً ریشه در اصول یادگیری/شناختی دارد. رفتار سوء مصرف مواد از این حیث پاداش دهنده محسوب می‌شود که به کاهش تنش‌هایی چون، ترس، تعارض، یا ناکامی منجر می‌شود

مشکل هسته‌ای نگریسته می‌شود.

۳. روابط ابژه مختل در رشد سوء مصرف مواد مرکزی هستند.

نظریه‌های رفتاری و شناختی - رفتاری

نظریه‌های رفتاری و شناختی - رفتاری سوء مصرف مواد روی هم رفته از اصول یادگیری مشتق می‌شوند: شرطی‌سازی کنشگر، شرطی‌سازی کلاسیک و نظریه یادگیری اجتماعی. ابعاد تقویت‌کننده سوء مصرف مواد (از طریق ایجاد یا افزایش حالت‌های ذهنی مثبت، یا کاهش و حذف حالت‌های ذهنی منفی) ظاهراً متناسب با پارادایم شرطی‌سازی کنشگر است. اصول شرطی‌سازی کلاسیک کمک می‌کند تا ارتباط مشاهده شده نیرومند بین نشانه‌های محیطی و تجربه درخواست‌های دارویی مشخص شود. گفته معروف «از افراد، مکان‌ها و کارها دوری کن» تلاش برای شکستن ارتباط بین نشانه‌های محیطی و استفاده مواد را انعکاس می‌دهد.

مفاهیم کلیدی نظریه یادگیری اجتماعی، هنگامی که برای فهم سوء مصرف مواد به کار می‌رود، مستلزم درک نقش الگوگیری و میانجیگری شناختی رفتار است. احتمالاً شناخته شده‌ترین ریسک فاکتور برای سوء مصرف مواد، ارتباط با سایر (یا در خانواده یا گروه همسالان) سوء مصرف‌کنندگانی است که الگوهای مصرف یا سوء مصرف مواد را سرمشق دهی می‌کنند. عوامل شناختی‌ای که زمینه را مهیا می‌سازند تا

یک فرد به سوء مصرف مواد بپردازد، عبارت‌اند از مهارت‌های مقابله‌ای و حل مسئله ضعیف، حس خود کارآمدی پایین (ادراک درماندگی)، و انتظارات مثبت از آثار مواد.

نظریه پردازان انتظار^۹ بر این اعتقادند که سوء مصرف‌کنندگان مواد از رابطه بین استفاده مواد و پیامدهای مشخص آن آگاه می‌شوند؛ به عبارت دیگر، یک فرد پیش‌بینی کردن این‌را که استفاده از مواد با پیامدهای معین، معمولاً مثبت، همراه است یاد می‌گیرد. رفتارهای سوء مصرف مواد زمانی اتفاق می‌افتد که مصرف‌کننده به جای انتظارات منفی، انتظارات مثبت‌تری در باب سوء مصرف مواد پیش‌بینی می‌کند. اعتقاد بر این است که این انتظارات، دست‌کم در ابتدا در کوتاه‌مدت تقویت می‌شوند. سوء مصرف مواد تا زمانی ادامه می‌یابد که انتظارات فرد در باب استفاده آن، مثبت‌تر و در تعداد فزون‌تر از آنهایی است که با انتظارات منفی همراه‌اند.

نظریه کاهش استرس یا تنش نیز عمدتاً ریشه در اصول یادگیری/شناختی دارد. رفتار سوء مصرف مواد از این حیث پاداش دهنده محسوب می‌شود که به کاهش تنش‌هایی چون، ترس، تعارض، یا ناکامی منجر می‌شود. نظریه کاهش تنش مبتنی بر نظام پاداش مصرف مواد است: زمانی که تنش در ارتباط با مفاهیمی چون ترس، اضطراب است، از طریق تزریق مواد کاهش می‌یابد. بنابراین، عقیده بر این است که مواد در تلاش برای تعدیل و تغییر تجارب روان‌شناختی ناخوشایند به کار برده

می‌شوند و تنش را کاهش می‌دهند (مک کرای واپستین، ۱۹۹۶؛ به نقل از دودگن وشی، ۲۰۰۰)

مدل‌های خانوادگی

در اصل سه مدل از رویکردهای خانواده-محور در ارتباط با سوء مصرف مواد وجود دارد، که عبارت‌اند از:

۱. رفتاری: تمرکز مدل رفتاری بر رفتارهای تقویت‌کننده‌ای است که اعضای خانواده نسبت به فرد سوء مصرف‌کننده مواد ارائه می‌کنند. مشاهده شده است که عملکرد اعضای خانواده اغلب به‌طور غیرعمدی به‌گونه‌ای است که استعمال مواد را حمایت می‌کند.

۲. نظام‌های خانوادگی: مدل‌های نظام‌های خانوادگی بر نقش‌های به هم وابسته اعضای خانواده تأکید می‌ورزند. تغییر دادن نقش‌ها- حتی به صورت صوری نقش منفی یک سوء مصرف‌کننده مواد- اغلب با مقاومت اعضای خانواده روبه‌رو می‌شود؛ زیرا تغییر، مستلزم سازگاری مجدد سایر نقش‌های خانوادگی است.

۳. بیماری خانوادگی: مدل بیماری خانوادگی این حقیقت را پررنگ‌تر می‌سازد که نه تنها سوء مصرف‌کننده، بلکه سایر اعضای خانواده نیز از نوعی اختلال رنج می‌برند. اعضای خانواده، به‌علاوه سوء مصرف‌کننده، نیاز به درمان دارند. اختلال خانوادگی سوء مصرف مواد را ناتمام باقی می‌گذارد و بدون درمان همه اعضای خانواده، بهبودی موقت‌آمیز فرد معتاد دور از انتظار است.

«اریک اریکسون» نوجوانی را یکی از حساس‌ترین دوره‌های زندگی به‌شمار می‌آورد؛ چرا که بحران هویت در این دوره تجربه می‌شود. شکل دادن و پذیرفتن هویت، کاری دشوار و پراضطراب است. نوجوانان باید نقش‌ها و ایدئولوژی‌های مختلف را آزمایش و مناسب‌ترین آنها را تعیین کنند

این مدل‌های خانوادگی دلیل مقاومت مشاهده شده در راه تغییر رانه تنها در سوء مصرف کنندگان بلکه در اعضای خانواده آنها می‌دانند (مک کراوی و اپستین، ۱۹۹۶؛ به نقل از دودگن و شی، ۲۰۰۰).

مدل‌های مرحله‌ای استعمال مواد نوجوانان

محققان برای توصیف و تحلیل شروع و پیشرفت استعمال مواد در نوجوانان مدل‌های مرحله‌ای، یا متوالی ایجاد کرده‌اند. مدل مک‌دونالد و نیوتن^{۱۱} (۱۹۸۱) پیوستار تجربه استفاده از مواد شیمیایی در دوره نوجوانی^{۱۱} (ACUE) نامیده می‌شود. ACUE یک مدل چهار مرحله‌ای درباره مصرف مواد نوجوانان است که در آن، مراحل از دیدگاه نوسان‌های خلقی^{۱۲} تعریف می‌شوند؛ به عبارت دیگر، یک نوسان خلقی این‌گونه تعریف می‌شود «تأثیر یک ماده بر حالت درونی، ذهنی شخص مصرف‌کننده ماده». چهار مرحله یاد شده ACUE در ادامه توصیف می‌شوند.

۱. مرحله آزمایشی (یادگیری نوسان خلقی)؛ که عبارت است از کنجکاو معمولی دوره نوجوانی و آزمایش با دارو.

۲. استفاده اجتماعی (جست‌وجوی نوسان خلقی)؛ این مرحله با استفاده از دارو همراه با همسالان، مسمومیت و استفاده افراطی گاه به گاه، مشخص می‌شود اما هیچ مشکل مزمنی وجود ندارد.

۳. استعمال کارکردی (اشتغال ذهنی با نوسان خلقی)؛ در این مرحله ملاک‌های یک اختلال استعمال مواد ممکن است یافته شوند.

۴. استعمال وابسته (استفاده کردن برای داشتن یک احساس طبیعی)؛ در این مرحله، شخص ملاک‌های سوء مصرف مواد را نشان می‌دهد؛ هر چند که وابستگی یافت نشود.

بیشتر نوجوانان در مراحل ۱ و ۲ مدل مذکور قرار دارند.

مدل کاندل^{۱۳}، که ادبیات گسترده‌ای دارد، مبتنی بر مطالعات طولی است. مدل چهار مرحله‌ای اصلی کاندل از یافته‌هایی ناشی می‌شود که براساس آنها نوجوانان در آغاز «داروهای مدخل»^{۱۴} را استفاده می‌کنند. به عبارت دیگر، نوجوانان با موادی آزمایش می‌کنند که در دسترس بزرگسالان است؛ مانند الکل و تنباکو.

مدل اصلی کاندل (۱۹۷۵) در زیر معرفی می‌شود:

۱. استفاده از شراب یا آبجو
۲. استفاده از سیگار یا نوشابه‌های الکلی قوی
۳. امتحان کردن ماری جوانا

۴. استفاده از سایر داروهای ممنوعه (مانند، مخدرها)

تحقیقات بیشتر به توسعه یک مدل اصلی منجر می‌شود. سوء مصرف الکل به عنوان مرحله زیرین آزمایش ماری جوانا اضافه شده است، همچنین استفاده غیرپزشکی از داروهای تجویزی (مانند محرک‌ها، مسکن‌ها، آرام‌بخش‌ها، بی‌حس‌کننده‌ها) مرحله دیگری را بین سوء مصرف الکل و استفاده از مخدرها و داروهای ممنوعه معرفی می‌کند؛ بنابراین مدل نهایی کاندل به شرح زیر است:

۱. استعمال شراب یا آبجو
۲. استعمال سیگار یا نوشابه‌های الکلی قوی
۳. امتحان کردن ماری جوانا
۴. مصرف الکل
۵. استعمال داروی تجویزی
۶. استفاده از مخدرها یا سایر داروهای ممنوعه. تقریباً همه نوجوانان با داروهای مدخل آزمایش می‌کنند. نوجوانانی که فراتر از دو مرحله نخستین کاندل پیشرفت می‌کنند، به جای این که آنها را با داروهای دیگری جایگزین کنند، به استفاده از داروهای مدخل ادامه می‌دهند. از آنجاکه نظم پیشروی عموماً مورد قبول است، سن شروع و چارچوب زمانی پیشروی به سوی سطوح جدی‌تر مصرف و سوء مصرف ممکن است تغییر یابد. ولی ثابت شده است که تقریباً همه نوجوانان مواد روان‌گردان را آزمایش می‌کنند اما نسبتاً کمتر به نقطه سوء مصرف مواد پیشرفت می‌کنند.

عوامل زمینه‌ساز سوء مصرف مواد در نوجوانان

وفاق عمومی بر این است که عوامل زیادی در مصرف و سوء مصرف مواد دخیل‌اند. سوء مصرف مواد نتیجه تعامل عوامل بسیاری است و هیچ الگوی ثابتی در این باره وجود ندارد.

بوکستین (۱۹۹۵) پنج عامل خطرناک در مصرف و سوء مصرف مواد در نوجوانان را از میان تحقیقات خلاصه کرده است:

۱. عوامل همسالان، با افزایش خطر مصرف یا سوء مصرف مواد رابطه دارند:
- الف- استفاده همسالان از مواد
- ب- نگرش‌های مثبت همسالان نسبت به مصرف مواد
- پ- دلبستگی زیاد به همسالان (بیشتر از والدین)
- ت- ادراک تشابه با همسالانی که مواد مصرف می‌کنند
۲. عوامل خانوادگی/والدینی مرتبط با افزایش

خطر مصرف یا سوء مصرف مواد:
الف- استفاده والدین از مواد

ب- نگرش‌های مثبت والدین به مصرف مواد و باورهایی در مورد بی‌ضرر بودن آنها
پ- تحمل والدین نسبت به استعمال مواد نوجوان

ت- فقدان دلبستگی بین والدین و کودک
ث- فقدان درگیری والدین با زندگی کودک
ج- فقدان نظارت/نظم مناسب
چ- رفتار ضد اجتماعی والدین
ح- تاریخچه آسیب‌شناسی روانی خانواده
خ- فروپاشی خانواده (مانند طلاق).
۳. عوامل فردی مرتبط با افزایش خطر مصرف یا

سوء مصرف مواد:

الف- ویژگی‌های درون کودکی اولیه از قبیل اختلال سلوک یا پرخاشگری

ب- عملکرد تحصیلی ضعیف/شکست تحصیلی^{۱۵}

پ- شروع مصرف مواد در سنین اولیه (مخصوصاً قبل از ۱۵ سالگی)

ت- نگرش‌ها/باورهای مثبت درباره مصرف مواد
ث- رفتار مخاطره‌جویانه/هیجان‌خواه^{۱۶}

ج- تحمل بالای انحراف/ناهمنوابی نسبت به ارزش‌های سنتی

چ- انتظارات مثبت نسبت به آثار مواد

ح- برون‌گرایی

خ- عزت نفس پایین

د- کنترل تکانه ضعیف

ذ- اضطراب/افسردگی

ر- مهارت‌های مقابله‌ای معیوب

ز- مشکلات اجتماعی/بین فردی

ژ- تجارب ضایعه‌گر روانی (مانند سوء استفاده جسمی یا جنسی دوران کودکی)

۴. عوامل مخاطره‌آمیز زیست‌شناختی:

- ویژگی‌ها و فرایندهای فیزیولوژیکی کنترل شده ژنتیکی (مانند، حساسیت تغییر یافته به الکل یا خلق‌وخوی ارثی)

۵. عوامل اجتماعی- فرهنگی مرتبط با خطر مصرف یا سوء مصرف مواد:

الف- پایگاه اجتماعی- اقتصادی پایین

ب- تراکم جمعیتی بالا

پ- پویایی و تحرک جمعیتی پایین

ت- انحطاط و زوال بدنی

ث- میزان ارتکاب جرم بالا

ج- بیکاری زیاد

چ- هنجارهای منحرف که مصرف مواد را نادیده می‌گیرند

ح- بیگانگی زیاد از شهروندان

ج- در دسترس بودن مواد.

ریسک فاکتورها و عوامل حمایتی مرتبط با سوء مصرف مواد نوجوانان

حوزه	ریسک فاکتورها	عوامل حمایتی
فردی	رفتارهای پرخطرانه آسیب‌پذیری ژنتیکی عزت نفس پایین شکست تحصیلی گرایش‌های خطرپذیرانه تکانشی بودن	خودکنترلی روابط مثبت با بزرگسالان (از قبیل والدین، معلمان، پزشکان، ماموران اجرای قانون و غیره) درگیری در فعالیتهای فوق برنامه طرح‌ها و برنامه‌های مثبت برای آینده
خانوادگی	فقدان نظارت والدینی اعضای خانواده با یک تاریخچه سوء مصرف الکل یا سایر داروها فقدان پیامدها و مقررات روشن در باب مصرف الکل و سایر داروها سوء مصرف/ تعارض خانوادگی از دست دادن شغل	نظارت والدینی روابط خانوادگی نزدیک ارزش نهادن به تحصیل و تشویق آن؛ درگیری فعالانه والدین در این زمینه انتظارات روشن و محدودیت‌ها در باب مصرف الکل و سایر داروها تقسیم مسئولیت‌های خانوادگی شامل کارهای روزمره و تصمیم‌گیری پرورش اعضای خانواده‌ای که همدیگر را حمایت می‌کنند
همسالان	سوء مصرف مواد التزام به شمول در گروه‌ها/ همسالان منحرف فعالیت جنسی نامناسب در بین همسالان	شایستگی تحصیلی درگیری در فعالیتهای مربوط به مواد مجاز نگرش منفی نسبت به مصرف الکل و سایر داروها در بین همسالان
مدرسه	در دسترس بودن دارو دانش‌آموزان فاقد تعهد یا حس تعلق به مدرسه شمار زیاد دانش‌آموزانی که از نظر تحصیلی در مدرسه شکست خورده‌اند. والدین و اعضای اجتماع که درگیر نیستند.	سیاست‌های مصرف داروهای حاوی پادتن نگرش‌های مثبت نسبت به مدرسه و ترویج حضور منظم در مدرسه هدف‌گذاری، موفقیت تحصیلی، و تشویق رشد اجتماعی مثبت معلمان خصوصی تربیت شده در دسترس فرهنگ‌سازی فرصت‌های تصمیم‌گیری و رهبری برای دانش‌آموزان حمایت از وقایع مربوط به مواد مجاز
جامعه	فقر سهولت در دسترس بودن الکل و داروها قوانین و احکام شفاف نیستند یا به‌طور متناقض اجرا می‌شوند. هنجارها شفاف نیستند یا مصرف داروها را تشویق می‌کنند. فقدان حس پیوستگی با جامعه بیکاری زیاد عدم نظارت بر فعالیتهای جوانان	قوانین و آیین‌نامه‌ها بدون تناقض اجرا می‌شوند. سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها مصرف نکردن داروها را تشویق می‌کنند. حس نیرومندی ارتباط با همسایگان، مشاغل و سایر منابع در دسترس (مسکن، بهداشت، مهدکودک، موقعیت‌های خدمات اجتماعی، تفریح، سازمان‌های مذهبی)

نتیجه‌گیری

همواره در گرایش نوجوانان به مصرف مواد، حوزه‌های مختلف رفتاری دخیل‌اند که از میان آنها می‌توان به خود، خانواده، همسالان، مدرسه، و جامعه اشاره کرد. بی‌تردید، در هر مرحله رشدی بایستی فرهنگ‌سازی شود تا نوجوان هم از درون و هم از بیرون در مقابل گرایش‌های نیرومند به مصرف مواد مقاومت کند. برای رسیدن به این هدف باید کار را خیلی زودتر از دوره نوجوانی شروع کرد. در تمام این فرایندها، یقیناً می‌توان دید که هر مرحله رشدی بر بنیان مرحله قبلی قرار می‌گیرد. از این رو مجزا کردن کودکی از نوجوانی و نوجوانی از جوانی و غیره به دلیل اهمیت ویژه یک مرحله خاص نیست بلکه نمود تمام دوره‌ها را می‌توان به وضوح در دوره نوجوانی یافت. برای مسئولان و متصدیان فرهنگی و سیاست‌گذاران دولتی و خوب و حساسیت این امر بایستی حائز اهمیت باشد تا به حد توان از چگونگی آگاه‌سازی و نیز بسترسازی برای امور سازنده اطلاع حاصل کنند و مانع گرفتار شدن نوجوانان در بند مصرف مواد شوند.

پی‌نوشت

- منابع
۱. بشارت، محمدعلی؛ آسیب‌شناسی خانوادگی اعتیاد، فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، سال دوازدهم، شماره‌های ۴۳ و ۴۴، ۱۳۸۶.
 ۲. قره‌داغی، علی؛ اعتیاد و سبک فرزند پروری، فصلنامه رشد مشاور مدرسه، دوره چهارم، ۱۳۸۸.
 ۳. شولتز، دوان؛ سیدنی (۱۹۹۸)؛ نظریه شخصیت، مترجم: یحیی سیدمحمدی، تهران، ۱۳۸۱.
 ۴. Charles E. Dodgen & W. Michael Shea (۲۰۰۰). Substance use disorders: assessment and treatment.
 ۵. Gilvarry, E (۲۰۰۰) substance abuse in young people. Journal of child psychology and psychiatry.
 ۶. David A. wolf, Erick. Mash: Behavioral and Emotion disorders in adolescents: Nature, assessment and treatment New York: Guilford press, ۲۰۰۶.
 ۷. Bukstein, O.G. (۱۹۹۵). Adolescent substance abuse: Assessment, Prevention, and treatment. New York: Wiley & Sons
 ۸. www.yahoo.com

۱. Mc crady & Epstein
۲. Dodgen & Shea
۳. object عشق و دلپستگی
۴. Artificial affect defense
۵. Alexithymia
۶. Ego
۷. Self
۸. Superego
۹. Expectancy
۱۰. Mac Donald & Newton
۱۱. Adolescent Chemical Use Experience
۱۲. Mood swings
۱۳. Kandel
۱۴. Gateway drugs
۱۵. School failure
۱۶. Risk- taking/ sensation- seeking behavior