

مروری بر عامل‌های خطر خانوادگی در فرزندان والدین معتاد

ربابه نوری^۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۶/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۷/۲۷

چکیده

هدف مقاله حاضر مرور عامل‌های خطر خانوادگی ابتلا به اعتیاد در فرزندان والدین مصرف‌کننده مواد و الکل است. عامل‌های ژنتیک، خطر ابتلای به اعتیاد در فرزندان والدین مصرف‌کننده را افزایش می‌دهد. همچنین عامل‌های اختصاصی در چنین خانواده‌هایی نیز وجود دارد مانند دسترسی به مواد، نگرش مثبت به مواد، الگوگیری از والدین. سایر عامل‌های خطر غیراختصاصی خانوادگی نیز این کودکان و نوجوانان را در خطر بالای اعتیاد قرار می‌دهد مانند: خانواده آشفته، طلاق، اختلافات والدین، استرس‌های بالا، نظارت ناکافی بر رفتار فرزندان، خشونت و آزار و بدرفتاری روانی، ابتلای به بیماری‌های مختلف روانی. این در حالی است که مداخلات پیشگیرانه متعدد مبتنی بر خانواده وجود دارند که اثربخشی آنها تأیید و به اثبات رسیده است. در پایان مقاله به ضرورت ارائه مداخلات مبتنی بر خانواده پرداخته شده است و تعدادی از مداخلات مؤثر به‌طور کوتاه معرفی شدند.

واژگان کلیدی: فرزندان، والدین معتاد، عامل‌های خطر خانوادگی، پیشگیری مبتنی بر خانواده

مقدمه

مصرف مواد نگرانی جدی جوامع است و از آن‌جایی که در دوره نوجوانی مصرف مواد به‌طور فزاینده‌ای افزایش می‌یابد، گروه‌های سنی کودک و نوجوان هدف اصلی مداخلات پیشگیرانه‌اند. این در حالی است که یافته‌های فعلی نشان می‌دهند فرزندان والدین مبتلا به اختلالات مصرف مواد در بالاترین میزان خطر ابتلای به اعتیاد قرار دارند. احتمال ابتلای به اعتیاد در فرزندان والدین مصرف‌کننده مواد در مقایسه با والدین معمولی ۲ تا ۹ برابر بیشتر است (کامپفر^۱، ۲۰۱۴).

فرزندان والدین مصرف‌کننده مواد و الکل، به‌دلیل اعتیاد والدین، مشکلات اجتماعی، روانی، تحصیلی و پزشکی متعددی تجربه می‌کنند (جولیان و گودمن^۲، ۲۰۰۵). عامل‌های خانوادگی نقش مهمی در شروع، رشد و ابقای سوءمصرف و وابستگی به مواد دارند (پین هیرو^۳ و همکاران، ۲۰۰۶)؛ محققان عامل‌های خطر و محافظت‌کننده متعددی را در درون خانواده‌ها شناسایی نموده‌اند (کامپفر و همکاران، ۱۹۹۸). تحقیقات نشان دادند رابطه مستقیمی بین مصرف و سوءمصرف مواد والدین و فرزندان آنان وجود دارد (ایتز^۴ و همکاران، ۱۹۹۸؛ شکایت^۵ و همکاران، ۲۰۰۴). به‌عبارت دیگر، یک عامل خطر مصرف مواد عبارت است از، داشتن تاریخچه مثبت مصرف، سوءمصرف و وابستگی به مواد در خانواده (بارنو^۶ و همکاران، ۲۰۰۲؛ وارنر و وایت^۷، ۲۰۰۳). عامل‌های خطر خانوادگی دیگر عبارتند از: مصرف الکل، تنباکو یا مواد دیگر توسط والدین یا یکی از خواهرها و برادرها، نگرش مثبت خانواده به مواد و پذیرش مصرف مواد، دل بستگی^۸ ضعیف با والدین در هریک از مراحل رشد، آزار^۹ جسمی و جنسی، بی‌ثباتی اقتصادی و مدیریت ضعیف خانواده (همان منابع). نه تنها، کودکان و نوجوانانی که در خانواده‌های دارای سوءمصرف و وابستگی به مواد یا الکل زندگی می‌کنند با خطر ابتلای به چنین بیماری روبرو هستند بلکه حتی زندگی در چنین خانواده‌هایی با خطر مرگ‌ومیر بالا و مشکلات سلامت جسمانی زیاد همراه است (جانسون و لِف^{۱۰}، ۱۹۹۹).

1. Kumpfer
5. Shuckit
8. Attachment

2. Juliana & Goodman
6. Barnow
9. Abuse

3. Pinheiro
7. Warner & White
10. Johnson & Leff

4. Etz

با توجه به مطالب بالا، ابتدا مرور کوتاهی بر هریک از عامل‌های خطر خانوادگی ابتلای به اعتیاد در فرزندان والدین مصرف‌کننده مواد و الکل ارائه می‌شود، سپس به ضرورت و اهمیت مداخلات پیشگیرانه مبتنی بر خانواده پرداخته می‌شود و در آخر تعدادی از مداخلات پیشگیرانه اثربخش به‌طور کوتاه معرفی می‌شوند.

عامل‌های خطر خانوادگی اعتیاد در فرزندان والدین معتاد

جمع‌بندی مطالعات متعددی که در مورد فرزندان والدین مصرف‌کننده مواد و الکل انجام شده است نشان می‌دهد، محیط این خانواده‌ها با تروما، تنش و آشفتگی زیادی همراه است که اثرات منفی زیادی بر زندگی فرزندان می‌گذارد. مصرف‌کنندگان مواد و الکل، مهارت‌های فرزندپروری مناسبی ندارند، که خود، محیط خانوادگی پرخطری ایجاد می‌کند. نظارت ضعیف والدین بر رفتارهای فرزندان، اختلاف والدین، کیفیت ضعیف تعاملات والد-فرزندی، صمیمیت و گرمی کم والدین، انضباط ناپایدار یا نبود آن در چنین خانواده‌هایی شایع است (اریا^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). این در حالی است که پیوندهای خانوادگی، دلبستگی بین والد و فرزند، نظارت بر رفتار فرزندان، ارتباط مؤثر و صحبت در مورد انتظارات و ارزش‌های مثبت خانوادگی از عامل‌های مهم محافظت‌کننده در برابر مصرف مواد هستند (برنینگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۲).

مریکانگاس^۳ و همکاران (۱۹۹۸) عامل‌های خطر خانوادگی اعتیاد در خانواده‌ای که والدین مواد و الکل مصرف می‌کنند را به سه دسته تقسیم کردند: عامل‌های خطر ژنتیک، عامل‌های اختصاصی و عامل‌های غیراختصاصی. با رعایت تقسیم‌بندی یادشده، به‌طور مختصر به هریک از سه مورد بالا پرداخته می‌شود:

عامل‌های ژنتیک

یافته‌های همسو و متعددی که در زمینه تأثیر عامل‌های ژنتیک بر مصرف مواد انجام شده است نشان می‌دهند عامل‌های ژنتیک بر مصرف مواد و الکل و اعتیاد به آنها نقش مهمی دارند. تحقیقات مختلف که با طرح‌های مختلف انجام شده‌اند این یافته را تأیید کرده‌اند.

یافته‌های به دست آمده از مطالعات فرزندخواندگی، دوقلوها و مقایسه خانواده‌ها، مدارک کافی ارائه دادند که اعتیاد به الکل، نیکوتین، حشیش و همچنین سایر مواد، تحت نفوذ عامل‌های ارثی است. با این حال، هنوز یک ژن خاص به عنوان عامل اعتیاد مطرح نشده است، بلکه تأثیر ژن‌های متعدد و تعامل بین آنها و همچنین تعامل بین ژن‌ها و عامل‌های بیرونی بر رفتار اعتیاد مطرح شده است (آگراوال و لینسکی^۱، ۲۰۰۸).

خطر مصرف مواد در فرزندان والدین بیولوژیک مصرف کننده مواد، به طور معنی داری بیشتر از افرادی است که به فرزندخواندگی افراد مصرف کننده پذیرفته شدند (اپل یارد^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). نکته مهم دیگر، همراهی خطر ژنتیک ناشی از والدین مصرف کننده مواد و الکل، با خصیصه‌هایی است که شرایط سخت تری را برای والدین ایجاد می‌کنند مانند خصیصه جست و جوی محرک یا عدم بازداری رفتاری. چنین ویژگی‌هایی، خود، خطر ابتلای به اعتیاد را در فرزندان افراد مصرف کننده افزایش می‌دهند (اریا و همکاران، ۲۰۱۲).

تأثیر عامل‌های اختصاصی خانوادگی بر مصرف مواد فرزندان

منظور از عامل‌های اختصاصی، عامل‌هایی است که به نوعی با مصرف مواد در ارتباط هستند و به همین دلیل در خانواده‌هایی مشاهده می‌شوند که مصرف مواد در آنها وجود دارد. به عبارت دیگر، در خانواده‌های معمولی کمتر دیده می‌شوند، مانند الگوگیری از والد مصرف کننده مواد، مشارکت در فعالیت‌هایی مانند تهیه مواد، خرید و فروش مواد و تماس با فروشندگان، انتظار مثبت از مواد و اثرات آنها. در این جا، به تعدادی از این عامل‌های و اثر آنها بر مصرف مواد در فرزندان والدین مصرف کننده مواد پرداخته می‌شود.

افزایش تماس و دسترسی فرزندان به مواد: تحقیقات متعددی نشان دادند مصرف مواد توسط والدین و تماس کودک و نوجوان با مواد، خطر مصرف مواد در فرزندان را افزایش می‌دهد (دانکن^۳ و همکاران، ۱۹۹۵). سبک زندگی معتادانی که وابستگی به مواد افیونی دارند از جمله رفتارهای مربوط به تهیه مواد، خرید و فروش و تماس آنان با فروشندگان مواد،

خطرات جدی برای امنیت و سلامت فرزندان آنان ایجاد می‌کند. (هوغان^۱، ۲۰۰۳). در چنین خانواده‌هایی، فرزندان از سنین کم با مواد آشنا می‌شوند و دسترسی به مواد دارند. چنین دسترسی به مواد، خود، یکی از عامل‌های خطر شروع مصرف مواد و الکل محسوب می‌شود (وزیربان و مستشاری، ۱۳۸۱). از سوی دیگر، استفاده از کودکان و نوجوانان در تهیه و استفاده از مواد، خود یکی از انواع بدرفتاری هیجانی با کودکان و نوجوانان محسوب می‌شود (شانون^۲، ۲۰۰۹).

یادگیری مصرف مواد به‌عنوان یک سازوکار مقابله: با الگوگیری از والدینی که مواد و الکل مصرف می‌کنند، فرزندان، می‌آموزند که مصرف مواد و الکل، یکی از راه‌های مقابله با استرس‌ها و هیجان‌هاست. در نتیجه، مصرف مواد و الکل به‌عنوان یک روش مقابله‌ای ناسالم در چنین فرزندان رشد می‌کند (الیاس و همکاران، ۱۹۹۷).

انتظار مثبت از مواد و الکل: نگرش مثبت والدین، منجر به مصرف مواد در فرزندان آنان می‌شود. اگر فرزندان بدانند مصرف مواد از نظر والدین آنان، مشکلی ندارد، احتمال بیشتری دارد که مصرف کنند. پژوهش شن^۳ و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد انتظاری که فرزندان افرادی که به سوءمصرف مواد می‌پردازند از مواد دارند، تحت تأثیر تجارب والدینشان است و با فرزندان افرادی که چنین مشکلی ندارند به‌طور معنی‌داری متفاوت است. در دوران ابتدای نوجوانی، فرزندان خانواده‌هایی که مواد مصرف می‌کنند در مقایسه با نوجوانان خانواده‌های عادی، انتظار پیامدهای مثبت اجتماعی بیشتری از مصرف مواد دارند. محققان این‌طور نتیجه‌گیری کرده‌اند که چنین انتظار مثبتی ناشی از انتقال باورهای والدین به فرزندان است.

تأثیر عامل‌های غیراختصاصی خانوادگی بر مصرف مواد فرزندان

عامل‌های غیراختصاصی متعددی در خانواده‌هایی که والدین به سوءمصرف مواد می‌پردازند، وجود دارند که در نهایت به سوءمصرف فرزندان می‌انجامد، از جمله: ساختار آشفته خانوادگی، در معرض اختلافات خانوادگی بودن، رفتارهای والدگری مختل، در

معرض استرس‌های مزمن و حاد بودن، محرومیت‌های اجتماعی و بدرفتاری‌ها و آزارهای جسمانی، روانی و جنسی.

ساختار آشفته خانوادگی

پژوهش پین‌هیرو^۱ و همکاران (۲۰۰۶)، نشان داد خانواده‌هایی که در آنها سوء‌مصرف یا وابستگی به مواد وجود دارد آشفته‌تر از خانواده‌های عادی هستند. این خانواده‌ها، تفاوت‌های ساختاری و کارکردی با خانواده‌های معمولی دارند. ارتباطات چنین خانواده‌هایی بسیار درهم آمیخته^۲ است به طوری که ضرورت دارد مداخلات اساسی برای اصلاح چنین روابطی صورت گیرد.

میزان بالای طلاق در میان سوء‌مصرف‌کنندگان مواد نیز یکی از عامل‌هایی است که با افزایش خطر رشد سوء‌مصرف مواد و رفتارهای انحرافی در فرزندان ارتباط دارد. زیرا، ساختار چنین خانواده‌هایی مختل است. یکی دیگر از خصوصیات چنین خانواده‌هایی ثبات کمتر است، به طوری که دائم تغییر می‌کنند و نیاز به سازگاری و سازوکارهای مقابله‌ای متعدد دارند که، فراتر از توان کودکان و نوجوانان است. والاس^۳ (۱۹۹۰) گزارش داد، ۹۷ درصد وابستگان به کوکائین و کراک، فرزندان خانواده‌های مختل و آشفته بودند. سارتور^۴ و همکاران (۲۰۰۷) گزارش دادند، جنسیت مذکر و طلاق والدین در خانواده‌های مصرف‌کننده مواد با مصرف زودهنگام مواد در فرزندان آنان همبستگی دارد.

نارکو^۵ و همکاران (۱۹۹۶)، سه گروه از کودکان و نوجوانان را از نظر عامل‌های خطر مختلف خانوادگی مورد بررسی قرار دادند: فرزندان خانواده‌های اعتیاد، کودکانی که تا قبل از ۱۱ سالگی با معتادان ارتباط داشتند و افراد عادی که هیچگاه با معتادان ارتباطی نداشتند. نتایج نشان داد، ۶۰ درصد فرزندان معتادان در مقابل ۴۰ درصد از دو گروه کنترل؛ سابقه رفتارهای انحرافی در خانواده و آشفته‌گی خانواده داشتند. به عبارت دیگر، آشفته‌گی خانواده و رفتار انحرافی افراد خانواده، قبل از ۱۱ سالگی یکی از عامل‌های خطر ابتلای به اعتیاد است.

کیفیت ازدواج والدین بر مصرف زودهنگام مواد اثر دارد (حیات‌بخش و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعه استرمن و گراییک (۲۰۰۰) نشان داد، خانواده‌هایی که در آن والدین به سوء مصرف مواد می‌پردازند یا وابستگی به مواد دارند در دو بعد اساسی دارای مشکل هستند: کنترل و عواطف. آنان گزارش دادند که حتی سال‌ها بعد از آن که فرد مواد مصرف نمی‌کند باز هم کارکردهای خانوادگی آنان به حد رضایت‌بخش نمی‌رسد.

مهارت‌های ضعیف فرزندپروری: مطالعاتی که در زمینه نقش والد در خانواده‌های معتادان صورت گرفته است نشان می‌دهد که افرادی که به سوء مصرف مواد و وابستگی می‌پردازند در زمینه نقش خود به‌عنوان یک پدر (آرناس و گریف^۱، ۲۰۰۰) و یا یک مادر (برنال رلدان^۲ و همکاران، ۲۰۰۶) تعارض دارند. پژوهش آرناس و گریف نشان داد، پدرانی که وابستگی به هروئین دارند در زمینه ارتباط خود به‌عنوان یک پدر با فرزند ابهام‌های زیادی دارند از جمله: داشتن مفهوم روشنی از پدری کردن، ابهام در مورد نقش مرد بودن^۳ و پدر بودن^۴، احساس بی‌کفایتی از سرپرست خانواده بودن، احساس گناه در خصوص رها کردن فرزند و ضعف در برقراری ارتباط با فرزند.

مشکلات ارتباطی بین والدین و فرزندان: کنایت^۵ و همکاران (۱۹۹۸) در پژوهش خود گزارش دادند، حمایت کم والدین از نوجوان و اختلافات زیاد بین والدین، پیش‌بینی‌کننده تمایلات ضد اجتماعی بیشتر در نوجوانان است که خود، پیش‌بینی‌کننده رفتارهای مخاطره‌آمیز^۶ و خصومت بیشتر در نوجوانان است. آنان نتیجه‌گیری کردند حمایت والدین مانند سپری است که در مقابل رفتارهای انحرافی و مصرف مواد از نوجوانان محافظت می‌کند.

تحقیقات نشان داده است والدینی که به سوء مصرف مواد می‌پردازند کمتر قادر به حمایت هیجانی و اجتماعی از فرزندشان هستند. از سوی دیگر، مدارک پژوهشی نشان می‌دهند، ارتباط و پیوند قوی والدین و کودک می‌تواند مانع مصرف مواد و رفتارهای بزهکارانه در نوجوانان شود. در حالی که پیوند ضعیف بین والدین و فرزندان یکی از عامل‌هایی است که

1. Arenas & Greif
5. Knight

2. Bernal Roldan
6. Risk Taking

3. Manhood

4. Fatherhood

به مصرف مواد در نوجوانی می‌انجامد. این درحالی است که مصرف مواد توسط نوجوان، خود به آشفتگی بیشتر ساختار خانواده می‌انجامد (مریکانگاس^۱ و همکاران، ۱۹۹۸). پژوهش رسنیک^۲ و همکاران (۱۹۹۷) بر روی ۱۲۱۱۸ نفر از نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله نشان داد، ارتباط و پیوند با خانواده و والدین و همچنین احساس پیوند با مدرسه یک عامل محافظت‌کننده قوی از کلیه رفتارهای پرخطر از جمله خودکشی، ارتباط جنسی، مصرف مواد و خشونت است.

پژوهش گریکو-ویگوریتو^۳ و همکاران (۱۹۹۶) گزارش دادند در خانواده‌ای که مرد، معتاد است حتی مادر سالم نیز از نظر روانی دچار فشار می‌شود و این پریشانی با افسردگی فرزندان همبستگی و ارتباط دارد. از سوی دیگر، مشکلات ارتباطی بین والدین و فرزندان نیز باعث افزایش احتمال خطر سوء مصرف مواد در فرزندان می‌شود.

استرس: جدا از ساختار خانواده، تشنج و استرس‌های ناشی از آن، استرس‌های متعدد دیگری هم در خانواده‌های مصرف‌کننده مواد وجود دارد. زندگی در درون خانواده‌ای که یکی از والدین دچار سوء مصرف یا وابستگی به مواد است فرد را در برابر استرس‌های متعددی قرار می‌دهد که خود باعث افزایش احتمال مصرف مواد در نوجوانان می‌شود. نوجوانانی که یکی از والدینشان به سوء مصرف مواد می‌پردازد، بیشتر از فرزندان خانواده‌های عادی استرس تحمل می‌کنند (مریکانگاس و همکاران، ۱۹۹۸). در همین رابطه، پژوهش سیمانتوف^۴ و همکاران (۲۰۰۰) نشان داد رویدادهای استرس‌زای زندگی یکی از عوامل مؤثر در مصرف منظم سیگار و الکل در نوجوانان است. بنجت و همکاران (۲۰۱۳) گزارش دادند، افرادی که در دوران کودکی مشکلات و سختی‌های بیشتری تحمل کردند، بیشتر درگیر مواد و مصرف آنها می‌شوند. در این میان، افرادی که به علت مشکل والدین خود، دسترسی به مواد دارند و مورد بدرفتاری قرار دارند، در وضعیت بدتری هستند.

نظارت: نظارت کم والدین و همنشینی با همسالان منحرف، پیش‌بین مصرف مواد است (ون رایزین و همکاران، ۲۰۱۲). نظارت والدین با مصرف الکل، ماری‌جوانا، کوکائین و داروهای روان‌گردان ارتباط دارد (کلارک و همکاران، ۲۰۱۲). نظارت والدین در میانه

کودکی توسط والدین یا سرپرست کودکان و نوجوانان، باعث پیشگیری از شروع مصرف مواد یا تأخیر آن می‌شود (چیلکوت و همکاران، ۱۹۹۶).

اصولاً، ارتباط و دلبستگی قوی بین والدین و فرزندان و همچنین نظارت و کنترل آنان بر رفتار فرزندان مانع مصرف مواد در میان نوجوانان می‌شود. پایش و نظارت مناسب رفتار فرزندان، در کاهش بزهکاری آنان نیز مؤثر است. به همین دلیل است که منابع پژوهشی از این موضوع حمایت می‌کنند که خانواده، تنها عامل بسیار تأثیرگذار دوران کودکی است که می‌تواند سازگاری او را در زندگی آینده تضمین کند (مریکانگاس و همکاران، ۱۹۹۸). یافته‌های پژوهش دی. کلمنت و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد، با نظارت والدین، اقدام به رفتارهای خطرناک و عواقب آنها کاهش می‌یابد.

در همین رابطه، گیو و همکاران (۲۰۰۱) با استفاده از الگوی رشد اجتماعی، شاخص‌های سوءمصرف و وابستگی به مواد را بررسی کردند. آنان در یک مطالعه طولی، ۸۰۸ دانش‌آموز (۵۱ درصد پسر) را از سن ۱۰ سالگی ارزیابی نموده و آنان را تا سن ۲۱ سالگی پیگیری کردند. علاوه بر این، در سن ۱۴ و ۱۶ سالگی نیز این نوجوانان دوباره ارزیابی شدند. در هر مرحله از ارزیابی، ارتباط بین سوءمصرف و وابستگی به الکل نیز بررسی شد. یافته‌ها نشان دادند پیوند قوی با مدرسه، پایش و نظارت دقیق والدین از رفتار فرزندان، قواعد روشن و تعریف شده خانواده از رفتارها، پاداش مناسب خانواده به رفتار کودک، مهارت قوی امتناع و باور قوی به موضوعات اخلاقی با کاهش سوءمصرف و وابستگی به مواد در سن ۲۱ سالگی ارتباط داشت.

خشونت، آزار و بدرفتاری: مصرف مواد والدین، پیش‌بین خطر آزار و بدرفتاری جسمی، جنسی و غفلت از فرزندان است (اپل یارد و همکاران، ۲۰۱۱). بدرفتاری و آزار فرزندان در والدین مصرف‌کننده مواد شایع است (برنال رولدن و همکاران، ۲۰۰۶). کارکردهای مختل خانوادگی به خصوص پرخاشگری با اختلالات مصرف الکل همبستگی دارد (فولر و همکاران، ۲۰۰۳). با توجه به افزایش تعداد زنان مصرف‌کننده و سوءمصرف‌کننده

مواد و با توجه به این که تعدادی از این زنان مادر نیز هستند، آسیب‌های ناشی از مصرف مواد در خانواده بیشتر می‌شود (گالرا و همکاران، ۲۰۰۵).

بین سوء مصرف والدین و آزار و بد رفتاری با فرزندان ارتباط وجود دارد. یکی از خصوصیات خانواده‌های معتاد، غفلت از فرزندان است که باعث پیامدهای جسمانی و روانی مهمی می‌شود (مریکانگاس و همکاران، ۱۹۹۸).

هانسون و همکاران (۲۰۰۶) خشونت را در یک نمونه معرف از نوجوانان (۴۰۲۳ نفر)، ۱۲ تا ۱۷ ساله مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها نشان داد تعداد زیادی از نوجوانان، خشونت‌های مختلفی را تجربه کرده‌اند: ۸/۲ درصد حمله جنسی، ۲۲/۵ درصد حمله فیزیکی و ۳۹/۷ درصد شاهد خشونت در خانه یا جامعه بودند. اعضای خانواده‌ی ۱۸/۴ درصد نوجوانان مصرف کننده مواد بودند؛ ۵۰/۶ درصد والدین مصرف کننده الکل و ۱۹/۱ درصد دیگر آنان مصرف کننده مواد بودند. مصرف مواد در والدین، عامل تعدیل کننده افسردگی اساسی، اختلال تنش زای پس از رویداد، سوء مصرف و وابستگی به مواد بود. نوجوانانی که در معرض خشونت بیشتری بودند، مصرف الکل و مواد بیشتری را گزارش دادند و تشخیص‌های روان پزشکی بیشتری داشتند.

سیمانتوف و همکاران (۲۰۰۰) گزارش دادند افزایش خطر مصرف منظم سیگار و الکل در نوجوانان با تاریخچه آزار، بد رفتاری و خشونت در خانواده ارتباط دارد.

والش^۲ و همکاران (۲۰۰۳) در نمونه معرفی از مردم شهر انتاریو^۳، ارتباط بین بد رفتاری با کودک و والدین مصرف کننده مواد (الکل و مواد) را بررسی کردند. یافته‌ها نشان داد بد رفتاری جسمی و جنسی، به طور معنی داری در فرزندان والدینی که سوء مصرف مواد داشتند بیشتر بود و چنانچه هر دو والد، به سوء مصرف مواد می‌پرداختند این ارتباط بیشتر و قوی تر می‌شد. به عبارت دقیق تر، سوء مصرف والدین، میزان خطر بد رفتاری جسمی و جنسی را بیش از ۲ برابر افزایش می‌دهد. کاسادو-فلورز و همکاران (۱۹۹۰) در پژوهش خود گزارش دادند فرزندان والدین معتاد به هروئین از مشکلات زیادی رنج می‌برند که غفلت و بی توجهی یکی از آنهاست.

بدرفتاری و آزار کودکان و نوجوانان توسط افراد مصرف کننده مواد و الکل می‌تواند به‌طور مستقیم ناشی از رفتار مختل فرزندان و اعمال انضباط ناسالم از سوی والدین باشد یا به‌صورت غیرمستقیم و به‌دلیل ناتوانی در نظارت و محافظت از فرزندان ایجاد شود (اپل یارد و همکاران، ۲۰۱۱).

ابتلا به بیماری‌های روانی: مطالعات مختلف بر روی نوجوانان و جوانان، همبودی سوء مصرف مواد با سایر اختلالات روان‌پزشکی را نشان می‌دهد. درخصوص کودکان، به‌نظر می‌رسد آسیب و بیماری روانی، یک شاخص مهم ابتلا به سوء مصرف مواد و الکل باشد (گلنتز، ۲۰۰۲). کودکان و نوجوانان والدین مصرف کننده مواد هم مشکلات برون‌ریزی و هم درون‌ریزی بیشتری دارند از جمله رفتارهای ضداجتماعی، مشکلات هیجانی، نقص در توجه و انزوای اجتماعی. چنین وضعیتی، خود، احتمال شروع مصرف زودهنگام مواد و الکل در سنین پایین‌تر، در مقایسه با همسالان عادی را نشان می‌دهد (برنینگ و همکاران، ۲۰۱۲). درخصوص کودکان، آسیب و بیماری روانی، یک شاخص مهم ابتلا به سوء مصرف مواد و الکل است (گلنتز، ۲۰۰۲). پژوهش بارتو و همکاران (۲۰۰۲) نشان داد فرزندان خانواده‌های الکلی به‌طور معنی‌داری بیشتر از فرزندان خانواده‌های عادی دارای تشخیص اختلالات روان‌پزشکی اختلال سلوک^۱ و شخصیت ضد اجتماعی^۲ هستند. همچنین، والدین آنان نیز به‌طور معنی‌داری بیشتر از والدین عادی تشخیص‌های محور I داشتند. هانسون و همکاران (۲۰۰۶) گزارش دادند نوجوانانی که در معرض خشونت هستند و والدین مصرف کننده مواد یا الکل دارند، در بالاترین خطر ابتلای به اختلالات روانی نیز هستند. هوگلند^۳ (۲۰۰۳)، کودکانی که پدر الکلی داشتند را با کودکان افراد عادی مقایسه کرد. نتایج نشان داد فرزندان الکلی‌ها در مقایسه با کودکان عادی مشکلات بیشتری در سازگاری داشتند که از طریق آزمون CBCL ارزیابی شد. مطالعه الیور، روسو ماترز^۴ (۲۰۰۰) نشان داد فرزندان والدینی که وابستگی به هروئین دارند مشکلات زیادی از نظر ارتباطات اجتماعی، تحصیل و بهداشت دارند که خطر سوء مصرف در آنان را بیشتر از همسالان نشان می‌کند.

پژوهش دیگری که توسط کیل پاتریک و همکاران (۲۰۰۳) بر روی همین عده انجام شد نشان داد ۱۶ درصد پسرها و ۱۹ درصد دخترها حداقل یک تشخیص روان‌پزشکی داشتند. ۷/۴ درصد پسرها و ۱۳/۹ درصد دخترها از اختلال افسردگی اساسی رنج می‌بردند. شیوع سوء مصرف و وابستگی به مواد به ترتیب در پسرها و دخترها ۸/۲ درصد و ۶/۲ درصد بود. مصرف مواد در والدین، اختلال تنش زای پس از رویداد، افسردگی اساسی و سوء مصرف و وابستگی مواد در فرزندان را تحت تأثیر خود قرار می‌داد. این در حالی است که یافته پژوهش والش و همکاران (۲۰۰۲) نیز نشان داد مصرف مواد در والدین، افسردگی، مانیا و اسکیزوفرنیا، بد رفتاری و آزار جسمی، جنسی یا هر دو را به میزان ۲ تا ۳ برابر افزایش می‌دهد.

دلوسیا و همکاران (۲۰۰۱) در مطالعه خود بر فرزندان پدران الکلی درمان‌شده، گزارش دادند، حتی پس از درمان نیز فرزندان پدران الکلی دارای علایم روانی بالاتری هستند. اگر چه ابتلا به الکل پدر درمان شده بود ولی هنوز، خطر عام ابتلا به الکل در فرزندان آنان، در مقایسه با فرزندان پدران عادی؛ بالاتر بود.

رانساویل و همکاران (۱۹۹۱) وابستگان درجه یک (۸۷۷ نفر) معتادان به مواد افیونی (۳۶۰ نفر) را بررسی کردند و آنان را با ۸۲۰ نفر افراد عادی گروه گواه مقایسه کردند. نتایج نشان داد میزان اعتیاد به الکل، سوء مصرف مواد، افسردگی و شخصیت ضد اجتماعی در وابستگان به مواد افیونی؛ در مقایسه با افراد عادی گروه کنترل بالاتر بود. خطر مشکلات رفتاری کودکان با افزایش مشکلات بهداشت روانی، مصرف مواد و خشونت‌های خانگی افزایش می‌یابد (ویتاگر و همکاران، ۲۰۰۶).

با توجه به آن‌چه در بالا مطرح شد و تعامل عامل‌های خطر متعددی که در خانواده افراد مصرف‌کننده مواد و الکل وجود دارد و سلامت جسمی و روانی فرزندان این خانواده‌ها را مورد تهدید قرار می‌دهد، ضرورت مداخلات جدی مبتنی بر خانواده مطرح می‌شود (برنینگ و همکاران، ۲۰۱۲). در این قسمت مرور کوتاهی بر ضرورت مداخله‌های مبتنی بر خانواده جهت پیشگیری از ابتلای به اعتیاد در فرزندان والدین مصرف‌کننده مواد و الکل ارائه می‌شود.

ضرورت مداخله‌های پیشگیرانه در خانواده‌های معتاد

در مورد والدین سوءمصرف کننده و وابسته به مواد فرزندان آنان معمای پیچیده‌ای وجود دارد؛ از یک سو، چنین والدینی باعث تخریب رشد و بهداشت فرزندان می‌شوند و از سوی دیگر، ارتباط غنی و قوی با فرزندان، اثر پیشگیرانه دارد. والدین هم بر رفتار و هم بر هیجان فرزندان تأثیر می‌گذارند. به این ترتیب، آنان هم عامل خطر و هم عامل محافظت کننده از مصرف و سوءمصرف فرزندان خود هستند. ولی، اثر حفاظتی آنان بیشتر است (وجسزیک، ۲۰۰۳).

بنابراین، از یک سو باید پیوندهای عاطفی آنان را با فرزندان تقویت کرد و از سوی دیگر، باید رفتارهای مخرب والدین را از طریق درمان و مداخله‌های مناسب کاهش داد. بنابراین، ضرورت مداخله جدی در این خانواده‌ها وجود دارد. این در حالی است که پژوهش‌های مختلف، اثربخشی بالای مداخله‌های خانوادگی در پیشگیری از سوءمصرف و وابستگی به مواد را تأیید کرده‌اند (اسپات و همکاران ۲۰۰۲؛ کامپفر و آلواردو و همکاران، ۲۰۰۳؛ کامپفر، ۱۹۹۹؛ برونینگ و دیگران، ۲۰۱۲).

کامپفر و همکاران (۲۰۰۳) گزارش دادند که به‌طور متوسط اثربخشی برنامه‌های درمانی متمرکز بر خانواده، ۲ تا ۹ برابر بیشتر از برنامه‌های پیشگیرانه‌ای است که فقط مبتنی بر کودکان هستند و چنانچه برنامه‌های پیشگیرانه، هم کودک و هم خانواده را در برگیرد، اثربخشی آنان به مراتب افزایش می‌یابد.

ارائه مداخله‌های مبتنی بر خانواده برای پیشگیری از ابتلای فرزندان خانواده‌های معتاد به این بیماری سنگین، نوعی پیشگیری اختصاصی^۱ محسوب می‌شود. از آنجایی که فرزندان خانواده‌های معتاد، در خطر بالای ابتلای به این بیماری قرار دارند، نیاز آنان به مداخله‌های خاص پیشگیرانه بسیار بیشتر از کودکان و نوجوانانی است که در خانواده‌های معمولی زندگی می‌کنند. این درحالی است که در کشور، برنامه‌های پیشگیری اختصاصی که به این گروه از افراد در معرض خطر بالا پردازد، محدود است.

هدف مداخله‌های پیشگیرانه مبتنی بر خانواده، افزایش رشد مثبت کودکان و نوجوانان از طریق مهارت‌های فرزندپروری، برقراری ارتباط صحیح بین والدین و فرزندان و تشویق رفتارهای مثبتی است که دل‌بستگی والد-فرزند را افزایش می‌دهد. این مداخله‌ها علاوه بر بهبود ارتباط والد-فرزند به اعمال صحیح انضباط و به‌خصوص مهارت نظارت بر رفتارهای فرزندان نیز می‌انجامد. به‌همین دلیل، فرزندان والدین مصرف‌کننده مواد و الکل نیاز جدی به خدمات پیشگیرانه دارند (کامپفر، ۲۰۱۴). نمونه‌ای از برنامه‌های اثربخش در زیر ارائه می‌شوند:

برنامه والدین تحت فشار^۱: داو و همکاران (۲۰۰۳) خانواده‌های افرادی که به درمانگاه‌های متادون^۲ مراجعه کرده بودند را تحت پوشش برنامه خود قرار دادند. هدف مداخله، بهبود رفتار کودک، کاهش استرس والدین، بهبود کارکردهای خانواده‌ها، تنظیم عواطف، خلق و نگرش نسبت به خود به‌عنوان یک والد بود. نتایج نشان داد در سه حوزه بهبود مهارت‌ها دیده شد: کارکرد والدگری، رابطه والدین-کودک و کنترل رفتارهای پرخطر و مصرف مواد توسط والدین. یکی از مشخصه‌های مهم این مداخله، رضایت زیاد خانواده‌ها بود.

درمان چندسیستمی^۳: این برنامه، درمانی جامع و مبتنی بر خانواده جوانانی است که دچار مشکلات هیجانی، رفتاری و اجتماعی هستند. درمان‌گران متخصص، مشکلات فردی، خانوادگی و محیطی که بر مشکلات رفتاری تأثیر دارند را مشخص کرده و بر روی آنها کار می‌کنند. مداخله‌ها عبارت است از: بهبود ارتباط، مهارت‌های والدگری، ارتباط با همسالان، عملکرد تحصیلی و مدرسه و شبکه اجتماعی. این برنامه برای نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ ساله‌ای که مشکلات جدی رفتاری یا رفتارهای ضداجتماعی دارند، طراحی شده است؛ از جمله مصرف مواد یا انجام رفتارهای جنایی. درمان چندسیستمی با درگیر کردن خانواده می‌کوشد تا ریشه‌های رفتارهای مشکل‌آفرین نوجوانان را دریابد و درمان کند. فراتحلیلی که به‌تازگی انجام شد (ون در استوو و همکاران، ۲۰۱۴) نشان داد این مداخله برای نوجوانان مشکل‌دار بسیار اثربخش است.

مداخله قدرت مقابله^۱: این برنامه توسط لاک من و ولز (۲۰۰۲) به عنوان یک مداخله عام و برای پیشگیری از رفتارهای نامناسب و پرخاش کودکان تدوین شد. این برنامه هم کودکان و هم والدین را دربر می گرفت.

اجزای اساسی این برنامه عبارتند از: مهارت های والدگری، حل مسئله، حل اختلاف، پیوند با مدرسه، مشارکت بیشتر والدین در رسیدگی به فرزندان، تنظیم خود و توانایی های اجتماعی. اجرای این برنامه نشان داد در کودکانی که در این برنامه شرکت کرده بودند در مقایسه با افراد گروه کنترل، میزان مصرف مواد کاهش یافت.

برنامه پل ها^۲: گروبر و همکاران (۲۰۰۱) در مداخله خود، ترکیبی از درمان و ارائه نقش خانوادگی برای والدینی که به سوء مصرف مواد می پرداختند و برای درمان مراجعه کرده بودند ارائه کردند.

آنان به این افراد کمک می کردند که بتوانند نقش های خانوادگی خود را احیاء کنند و مهارت های مورد نیاز برای والدی مؤثر و حمایت کننده را بیاموزند. در این برنامه، در کنار پیشگیری از بازگشت، خدمات بالانیز به والدین ارائه شد.

برنامه تقویت خانواده: یکی از مؤثرترین برنامه ها و تنها برنامه ای است که مستقل از مجریان آن و در فرهنگ های مختلف اثربخشی داشته است. این برنامه توسط کامپفر و همکاران در دهه ۸۰ میلادی تدوین شد و تاکنون در ۱۷ کشور جهان و در فرهنگ های مختلف اجرا شده است و اثربخشی آن به صورت فراگیری تأیید شده است.

این برنامه شامل ۱۴ جلسه است و برای والدین فرزندان ۳ تا ۱۶ سال تهیه شده است. هر جلسه دو ساعت است که ساعت اول والدین و فرزندان جدا آموزش می بینند و جلسه دوم مشترک است که به تعامل فرزندان و والدین پرداخته می شود. محتوای برنامه شامل این موارد است: روابط خانوادگی، مهارت فرزندپروری، مهارت های زندگی و اجتماعی (کامپفر و همکاران، ۲۰۰۸).

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

با توجه به آنچه در بالا مطرح شد، خانواده‌های فرزندان مصرف‌کننده مواد و الکل به دلایل مختلف ژنتیک، عامل‌های اختصاصی خانواده‌های مصرف‌کننده و همچنین عامل‌های خطر خانوادگی عام در معرض ابتلا به اعتیاد یا سایر آسیب‌های روانی-اجتماعی قرار دارند. علاوه بر آن که به احتمال قوی این کودکان و نوجوانان در آینده به اعتیاد مبتلا خواهند شد. کیفیت نامناسب زندگی آنان، یعنی زندگی در خشونت، انواع آزارها و بدرفتاری‌ها، بیماری‌های روانی، خانواده پرتنش و پریشان و سایر موارد، ضرورت مداخله‌های جدی پیشگیرانه را مطرح می‌کند. این در حالی است که مداخله‌های مبتنی بر خانواده متعددی در جهان تدوین و اجرا شده‌اند که مطالعات متعدد در طی سال‌های مکرر حکایت از اثربخشی آنها دارد. در این رابطه، ضروری است مسئولان، برنامه‌ریزان و تصمیم‌گیرندگان نهادهای مختلف رسمی و غیررسمی و به‌ویژه سازمان‌های مردم‌نهاد که دسترسی به چنین خانواده‌هایی دارند در این زمینه اقدام کنند. مسلم است در چنین برنامه‌ریزی‌هایی علاوه بر مرور مطالعات و تحقیقات انجام‌شده، نیازسنجی و ارزیابی وضعیت کنونی خانواده‌های مصرف‌کننده و وضعیت زندگی فرزندان آنها از اولویت بالایی برخوردار است.

فهرست منابع

- وزیران، محسن و مستشاری، گلاره. (۱۳۸۱). *راهنمای درمان اعتیاد*. تهران: پرشکوه.
- Agrawal, A., & Lynskey, M.T. (2008). Are there genetic influences on addiction: Evidence from family, adoption and twin studies. *Addiction*, 103: 1069-1081.
- Appleyard, K., Berlin, L.J., Rosanbalm, K.D., Dodge, K.A. (2011). Preventing early child maltreatment: Implications from a longitudinal study of maternal abuse history, substance use problems, and offspring victimization. *Prevention Science*, 12: 139-149.
- Arenas, M.L. & Greif, G.L. (2000). Issues of fatherhood and recovery for V.A. substance abuse patients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32:339-41.
- Arria, A.M.; Mericle, A.A.; Meyersk, K.; & Winters, K. C. (2012). Parental substance use impairment, parenting and substance use disorder risk. *Journal of Substance Abuse and Treatment*. 43: 114-122.

- Barlow, J., Sembis, S., Gardner, F., MacDonald, G., Petron, S., et al. (2013). An evaluation of the Parents under Pressure Programme: A study of protocol for and RCT into its clinical and cost effectiveness. *Trials*, 14: 210-221.
- Barnow, S., Lucht, M. & Freyberger, H.J. (2002). Alcohol problems in adolescence with reference to high risk children of alcoholic parents. Results of a family study in Mecklenburg Vorpommern. *Nervenarzt*, 73: 671-9.
- Barnow, S., Schuckit, M.A., Lucht, M., John, R. & Freyberger, H.J. (2002). The importance of a positive family history of alcoholism, parental refection and emotional warmth, behavioral problems and peer substance use for alcohol problems in teenagers: A path analysis. *Journal of Studing Alcoholism*, 63: 305-15.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., & Mendez, E. (2013). Chronic childhood adversity and stages of substance use involvement in adolescents, *Drug Alcohol Dependency*, 131: 85-91.
- Bernal Roldan, B., Galera S.A. & O'Brien, B. (2006). Perception of the mothering role of women who live in a context of drugs and violence. *Review of Latin American Enfermagem*, 13, 1118-26.
- Borning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P.M., Schauning-Busch, J., Ruths, S., Moresge, D., Pflug, E., Klein, M., & Tomasius, R. (2012). Selective prevention programs for children from substance-affected families: A comprehensive systematic review. *Substance Abuse Treatment and Policy*, 7: 213-40.
- Casado-Flores, J., Bano-Rodrigo, A., & Romero, E. (1990). Social and medical problems in children of heroin-addicted parents: A study of 75 patients. *American Journal of Diseases in Children*, 144: 977-9.
- Chilcoat, H.D., & Anthony, J.C. (1996). Impact of parent monitoring on initiation of drug use through late childhood. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 91-100.
- Clark, H.K., Shamble, S.R., Ringwalt, C.L., & Hanley, S. (2012). Predicting high risk adolescents' substance use over time: The role of parental monitoring. *Journal of Primary Prevention*, 33: 67-77.
- Dawe, S., Harnett, P.H., Rendalls, V. & Staiger, P. (2003). Improving family functioning and child outcome in methadone maintained families: The Parents Under Pressure Programme. *Drug and Alcohol Review*, 22: 299-307.
- DeLucia, C., Belz, A. & Chassin, L. (2001). Do adolescent symptomatology and family environment vary over time with fluctuations in paternal alcohol impairment? *Developmental Psychology*, 37: 207-16.
- DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B.K., Harrington, K., Davies, S., Hook, E.W. 3rd & Oh, M.K. (2001). Parental monitoring: Association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics*, 107: 1363-8.
- Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Edwards, V.J. & Croft, J.B. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviour*, 27: 713-25.
- Ellis, D.A., Zucker, R.A., & Fitzgerald, H.E. (1997). The role of family influences in development and risk. *Alcohol Health Research World*, 21: 218-26.
- Etz, D.E., Robertson, E.B. & Ashery, R.S. (1998). Drug abuse prevention through family-based interventions: Future research. In: R.S. Ashery, E.B. Robertson & Kumpfer, K.L. (Eds.). *Drug Abuse Prevention Through Family Intervention*. Rockville: National Institute of Drug Abuse.
- Fuller, B.E., Chermack, S.T., Cruise, K.A., Kirsch, E., Fitzgerald, H.E. & Zucker, R.A. (2003). Predictors of aggression across three generations among sons of alcoholics:

- Relationships involving grandparental and parental alcoholism, child aggression, marital aggression and parenting practices. *Journal of Studying Alcoholism*, 64: 472-83.
- Galera, S.A., Bernal Roldan, M.C., & O'Brien, B. (2005). Women living in a drug (and violence) context-The maternal role. *Review of Latin American Enfermagem*, 13:1142-7.
 - Glantz, M.D.(2002). Introduction to the special issue on the impact of childhood psychopathology interventions on subsequent substance abuse: Pieces of the puzzle. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70:1203-6.
 - Greco-Vigorito, C., Drucker, P.M., Moore-Russell, M. & Avaltroni, J.(1996). Affective symptoms in young children of substance abusers correlate with parental distress. *Psychological Report*, 79:547-52.
 - Gruber, K.J., Fleetwood, T.W., & Herring, M.W. (2001). In- home continuing care services for substance-affected families: The briges program. *Social Worker*. 46: 267-77.
 - Gue, J., Hawkins, J.D., Hill, K. G. & Abbott, R.D.(2001). Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of Studing Alcohol*, 62: 754-62.
 - Hanson, R.F., Self-Brown, S., Fricker-Elhai, A., Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E. & Resnick, H. (2006). Relations among parental substance use, violence exposure and mental health: The national survey of adolescents. *Addictive Behavior*, 31: 1988-2001.
 - Haugland, B.S. (2003). Paternal alcohol abuse: Relationship between child adjustment, parental characteristics, and family functioning. *Child Psychiatry and Human Development*, 34:127-46.
 - Hayatbakhsh, M.R., Najman, J.M., Jamrozik, K., Mamun, A.A., Alati, R. (2006). Do parents marital circumstances predict young adults DSM-IV cannabis use disorders A prospective study. *Addiction*, 101: 1778-86.
 - Hogan, D.M. (2003). Parenting beliefs and practices of opiate-addicted parents: concealment and taboo. *European Addiction Research*, 9:113-9.
 - Hudgson, R. (2004). Family interventions for alcohol problems. *Alcohol and Alcoholism*, 39: 86-7.
 - Johnson, J.L. & Leff, M.(1999). Children of substance abusers: Overview of research findings. *Pediatrics*, 103: 1085-99.
 - Juliana, P., & Goodman, C. (2005). In: Lowinson, JH., Ruiz, P., Millman, R.B., Langrod, J.G. *Substance abuse*, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
 - Kilpatrick, D.G., Ruggiero, K.J., Acierno, R., Saunders, B.E., Resnick, H.S. & Best, C.L. (2003). *Violence and risk*
 - Knight, D.K., Broome, K.M., Cross, D.R. & Simpson, D. D. (1998). Antisocial tendency among drug-addicted adults: Potential long-term effects of parental absence, support, and conflict during childhood. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24: 361-75.
 - Kumpfer, K.L. (2014). Family-based interventions for the prevention of substance abuse and other impulsive control disorder in girls. *ISRN Addiction*. Hindawi publishing.
 - Kumpfer, K.L. & Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, 58:457-65.
 - Kumpfer, K.L., Alvarado, R. & Whiteside, H.O. (2003). Family-based interventions for substance use and misuse prevention. *Substance Use and Misuse*, 38:1759-87.
 - Kumpfer, K.L., Pinyuchon, M., Teixeira A., deMelo, A., & Whiteside, H.O. (2008). Cultural adaptation process for international dissemination of the Strengthening Families Program. *Evaluation & Health Professions*, 31: 226-239.

- Kumpfer, K.L. (1999). Outcome measures of interventions in the study of children of substance-abusing parents. *Pediatrics*, 103:1128-44.
- Lockman, J.D., & Wells, K.C. (2002). The Coping Power Program at middle-school transition: Universal and indicated prevention effects. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16: S40-S54.
- Merikangas, K.R., Dierker, L. & Fenton, B. (1998). Familial factor and substance abuse: Implications for prevention. In: R.S. Ashery, E.B. Robertson & Kumpfer, K.L. (Eds.). *Drug Abuse Prevention Through Family Intervention*. Rockville: National Institute of Drug Abuse.
- Nurco, D.N., Dinlock, O'Grady, K.E. & Hanlon, T.E. (1996). Early family adversity as a precursor of narcotic addiction. *Drug, Alcoholism & Dependency*, 43: 103-13.
- Osterman, F. & Grubic, V.N. (2000). Family functioning of recovered alcohol-addicted patients: A comparative study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19: 475-9.
- Pinheiro, R.T., Pinheiro, K.A., Magalhaes, P.V., Horta, B.L., da Silva, R.A., Sousa, P.L. & Fleming, M. (2006). Cocaine addiction and family dysfunction: A case-control study in southern Brazil. *Substance Use and Misuse*, 41, 307-16.
- Resnick, M.D., Bearman, P.S., Blum, R.W., Bauman, K.E., Harris, K.M., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R.E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L.H. & Udry, J.R. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA*, 278: 823-32.
- Rounsaville, B.J., Kosten, T.R., Weissman, M.M., Prusoff, B., Pauls, D., Anton, S.F. & Merikangas, K. (1991). Psychiatric disorders in relatives of probands with opiate addiction. *Archives of General Psychiatry*, 48, 33-42.
- Sartor, C.E., Lynskey, M.T., Heath, A.C., Jacob, T., & True, W. (2007). The role of childhood risk factors in initiation of alcohol use and progression to alcohol dependence. *Addiction*, 102: 216-25.
- Shannon, J.B. (2009). *Child abuse: Sourcebook*. New York: Omnigraphics, Inc.
- Shcuckit, M.A., Danko, G.P. & Smith, T.L. (2004). Patterns of drug-related disorders in a prospective study of men chosen for their family history of alcoholism. *Journal of Studying Alcoholism*, 65:613-20.
- Shen, S., Locke-Wellman, J. & Hill, S.Y. (2001). Adolescent alcohol expectancies in offspring from families at high risk for developing alcoholism. *Journal of Studying Alcoholism*, 62: 763-72.
- Simantov, E., Schoen, C., & Klein, J.D. (2000). Health-compromising behaviors: Why do adolescents smoke or drink? Identifying underlying risk and protective factors. *Archives of Pediatric and Adolescents Medicine*, 154: 1025-33.
- Spoth, R.L., Guyall, M. & Day, S.X. (2002). Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost-effectiveness and cost-benefit analysis of two interventions. *Journal of Studing Alcoholism*, 63: 219-28.
- van der Stouwee, T., Asscher, J.J., Stams G.J., Dekovic, M., & van der Laan, P.H. (2014). The effectiveness of multisystemic therapy (MST): A meta analysis. *Clinical Psychology Review*. 34: 468-81.
- Van Ryzin, M.J., Fosco, G.M. & Dishion, T.J. (2012). Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11 °year prospective analysis. *Addictive Behavior*, 37: 1314-24.
- Wallace, B.C. (1990). Crack cocaine smokers as adult children of alcoholics: The dysfunctional family link. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 7:89-100.

- Walsh, C., MacMillan, H., & Jamieson, E. (2002). The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: Findings from Ontario Health Supplement. *Child Abuse and Neglect*, 26: 11-22.
- Walsh, C., MacMillan, H., & Jamieson, E. (2003). The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: Findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse and Neglect*, 27: 1409-25.
- Warner, L.A. & White, H.R.(2003). Longitudinal effects of age at onset and first drinking situations on problem drinking. *Substance Use and Misuse*, 38: 1983-2016.
- Whitaker, R.C., Orzol, S.M. & Kahn, R.S. (2006). Maternal mental health, substance use, and domestic violence in the year after delivery and subsequent behavior problems in children at age 3 years. *Archives of General Psychiatry*, 63: 551-560.
- Wojcieszek, K. A.(2003). Parents and children in families with alcohol problems- anthropologic and preventive study. *Medical Wieku Rozwoj*, 7: 65-74.

