

اعتیاد، خانواده و مداخله‌های خانواده‌محور

حسن نوروزی^۱، سیدجواد حسینی^۲، محمود نجفی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۲۵

چکیده

سوء مصرف مواد در والدین یک مسئله جدی است که رفاه کودکان و خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و یک بیماری خانوادگی ناشی از سبک زندگی است که از علل محیطی خانوادگی و ژنتیکی تأثیر می‌پذیرد. خانواده، نهاد مقدسی است که اساس و ارکان هر جامعه‌ای بر آن قرار دارد. در واقع، خانواده کوچک‌ترین نهاد اجتماعی است که وظیفه مهم آن رشد و پرورش فرزندان است و نقش مهمی در پیشگیری از آسیب‌های روانی و اجتماعی، به‌ویژه اعتیاد دارد. هم‌بودی سوء مصرف مواد در والدین و فرزندپروری مشکل‌ساز، به‌عنوان یک نگرانی عمده در مورد سلامت عمومی شناخته شده است. متأسفانه علت آشفته‌گی خانواده، عمیقاً در سوء مصرف مواد است. از این‌رو برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر توانمندسازی خانواده باید در فعالیت‌های پیشگیرانه جامع گنجانده شوند و مداخله‌های پیشگیری مبتنی بر خانواده در پیشگیری از سوء مصرف مواد مدنظر قرار گیرد. هدف اصلی این مقاله مروری، بررسی خانواده و اعتیاد و به‌دنبال آن مداخله‌های خانواده‌محور در این زمینه است.

واژگان کلیدی: اعتیاد، خانواده، مداخله‌های خانواده‌محور

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان. پست الکترونیک: h.noroozy@gmail.com

۲. دانشجوی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه سمنان

۳. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان

مقدمه

براساس یک زمینه‌یابی کلی در مورد سوء مصرف مواد در سال ۲۰۱۲، تخمین زده شد که ۷/۵ میلیون کودک، یا به عبارتی ۱۰/۵ درصد جمعیت ۱۷ سال یا پایین‌تر، همراه با حداقل یک والد که دچار سوء مصرف مواد یا الکل است، زندگی می‌کنند (خدمات اجرای سوء مصرف مواد و سلامت روان، ۲۰۱۲). بیش از یک‌سوم این کودکان (۳۵/۹ درصد) ۵ ساله یا کوچک‌تر هستند (اپلیارد، برلین، روزانبلام و دودج^۱، ۲۰۰۱) و حدود دو سوم بزرگ‌سالانی که در برنامه‌های درمانی سوء مصرف مواد شرکت می‌کنند، والدین هستند (نیکولز، میلیگان، اسمیت، اسورد، تابانه و هندرسون^۲، ۲۰۱۲).

پیامدهای ضعفی برای کودکان والدین مصرف‌کننده مواد در خلال رشد آنها قابل مشاهده است. در کودکی، مواجهه با مصرف والدین، مشکلات خلقی مانند تحریک‌پذیری، آشفتگی خواب و تغذیه، گریه کردن بیش از حد و ناراحتی‌های جسمی مانند مشکلات معده و روده، تب و تشنج پیش‌بینی می‌شود (کانرز، بردلی، وایت ساید-مانسل و کران^۳، ۲۰۰۱؛ جانسون و ولز^۴، ۱۹۹۹؛ وایت ساید-مانسل، کران و کانرز، ۱۹۹۹). در سه سال اول زندگی، سوء مصرف مواد در والدین با دل‌بستگی ناایمن و آشفتگی (برنارد و مک‌گانی^۵، ۲۰۰۴؛ بیگلی، فرانک، روز-جاکوبس، کابرال، و ترانیک^۶، ۲۰۰۳؛ پجلو، ساچمن، کالند و مایس^۷، ۲۰۰۶) و عملکرد ضعیف کودک در مقیاس‌های رشدی به‌خصوص در زمینه رشد گفتار و زبان ارتباط دارد (دان، تارتر، مزیح، و نیوکوف، کیریسی و کیریلووا^۸، ۲۰۰۲؛ شولمن، شاپیرا و هیرشفیلد^۹، ۲۰۰۰). کودکانی که در سن مدرسه، والدین مصرف‌کننده مواد دارند، شاید رفتارهای پرخاشگرانه بیشتری نشان می‌دهند و دوستان و تجارب اندک و تعارض بیشتری دارند (دان و همکاران، ۲۰۰۲)؛ به‌همین میزان درصد بیشتری از فزون‌کاری و بی‌توجهی دارند (برنارد و مک‌گلانی، ۲۰۰۴؛

1. Appleyard, Berlin, Rosanbalm & Dodge
2. Niccols, Milligan, Smith, Sword, Thabane & Henderson
3. Conners, Bradley, Whiteside-Mansell & Crone
4. Janson & Velez
5. Barnard & McKeganey
6. Beeghly, Frank, Rose-Jacobs, Cabral & Tronick
7. Pajulo, Suchman, Kalland & Mayes
8. Dunn, Tarter, Mezzich, Vanyukov, Kirisci & Kirillova
9. Shulman, Shapira & Hirshfield

چرونیس، لاهی، پلهام، کیپ، بامان و لی^۱، ۲۰۰۳). فرزندان نوجوان این والدین، میزان بالاتری از آسیب روانی مانند افسردگی، اضطراب (لاتر، کوئینگ، مدیکانگاس، وران ساویل^۲، ۱۹۹۸؛ مریکانگاس، دیرکر و زاتمری^۳، ۱۹۹۸) و سوء مصرف مواد (بیدرمن، فاراون، هانوتیاس، و فیگنر^۴، ۲۰۰۰؛ ریتز، استیوارت، برنت، کو و براون^۵، ۲۰۰۲) دارند. این پیامدهای رشدی شدید که با سوء مصرف مواد در والدین مرتبط است شاید ناشی از تمرین فرزندپروری بی‌اثر است. والدین درگیر سوء مصرف مواد، بیشتر سبک فرزندپروری طاقت‌فرسا و اجباری را به کار می‌گیرند، تا نظارت کمتری داشته باشند و بیشتر بر اشکال تنبیه‌گر انضباط متکی هستند (کندل^۶، ۱۹۹۰؛ میلر، اسمیث و مودار^۷، ۱۹۹۹). والدین مصرف‌کننده مواد بیشتر فرزندپروری مشکل‌ساز دارند، که گاهی اوقات به سطح سوء رفتار می‌رسد. برای مثال، در مطالعه بیش از ۸۰۰۰ شرکت‌کننده، از آنها خواسته شد تا سوء مصرف الکل والدین را با نگاهی به گذشته آنها گزارش کنند، پاسخ‌دهندگان که با یک یا دو والد مصرف‌کننده الکل بزرگ شده بودند، احتمال تجربه سوء رفتار هیجانی، جسمی و یا غفلت در خلال فرآیند رشد در آنها دو برابر بیشتر از افرادی بود که والدین وابسته به مواد نداشتند (دوبه، آندا، فلیتی، کروفیت، ادواردز و گیلز^۸، ۲۰۰۱). مطالعات آینده‌نگر وجود این ارتباط را تأیید کردند. در یک پیگیری دو ساله در بیش از ۷۰۰۰ والدین، تاریخچه بدرفتاری با کودک نداشتند. کافین، کلهر و هونبرگ (۱۹۹۶) دریافتند که وضعیت اجتماعی، اقتصادی، تحصیلات، اندازه خانواده و حمایت اجتماعی، پیش‌بینی‌کننده قوی برای بدرفتاری کودک نبودند، اما وجود والدین مصرف‌کننده مواد، احتمال سوء رفتار با کودک را ۲/۹ برابر و غفلت کودکان را ۳/۲۴ برابر افزایش می‌دهد. در یک زمینه‌یابی اجتماعی که در بیش از ۱۱۰۰۰ والد انجام شد، نتایج مشابهی به دست آمد (کلهر، کافین، هونبرگ و فیشر^۹، ۱۹۹۴) از حدود ۳۰۰ والدی که بدرفتاری با کودک را گزارش کرده بودند، ۴۰

1. Chronis, Lahey, Pelham, Kipp, Baumann & Lee
2. Luthar, Cushing, Merikangas & Rounsaville
3. Merikangas, Dierker & Szatmari
4. Biederman, Faraone, Monuteaux & Feighner
5. Ritter, Stewart, Bernet, Coe & Brown
6. Kandel
7. Miller, Smyth & Mudar
8. Dube, Anda, Felitti, Croft, Edwards & Giles
9. Kelleher, Chaffin, Hollenberg & Fischer

درصد بدرفتاری با کودک و ۵۶ درصد غفلت از کودک را گزارش کردند و همچنین ملاک‌های سوء مصرف مواد را براساس مصاحبه تشخیصی ساختاریافته داشتند. در مقابل، تنها ۱۶ درصد از والدینی که سوء رفتار نداشتند، وابسته به مصرف مواد بودند. این مطالعات شیوع حقیقی بدرفتاری و سوء مصرف مواد را کمتر از حد ممکن تخمین زده است، چون مطالعات خودگزارشی بیشتر دچار سوگیری می‌شوند (امیلی و رونالد^۱، ۲۰۱۵).

مادران مصرف‌کننده مواد دو برابر بیش از مادرانی که مصرف‌کننده مواد نبودند، مسئولیت نگه‌داری کودک خود را از دست می‌دهند (ساچمن، دی کاست، لیت، بارلی^۲، ۲۰۱۰) و هنگامی که کودکان زیر نظر خدمات حمایت‌کننده قرار می‌گیرند، مادران مصرف‌کننده مواد، کمتر با دستور دادگاه موافقت می‌کنند و شاید به‌صورت دائمی مسئولیت نگه‌داری آنها را از دست می‌دهند (برنارد، مک گلانسی، ۲۰۰۴؛ گرلا، ندل، شی و هسر^۳، ۲۰۰۹). والدین مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد، به‌دنبال درمان مصرف‌کننده مواد نیستند یا به‌دلیل ترس از این که مسئولیت نگه‌داری کودک را از دست دهند یا با پیگرد قانونی روبه‌رو شوند، درمان را خیلی زود رها می‌کنند (نیکولز و سورد^۴، ۲۰۰۵). ادارات خدمات کودک برای یافتن جایگزین دائمی برای کودکانی که خانه را ترک کرده‌اند زیر فشار سنگین مالی و سیاسی قرار دارند، درحالی که درمان موفقیت‌آمیز مصرف‌کننده مواد، نیازمند زمان کافی برای بهبودی فرد است (دوبر، نیبرز، داسارو، ریوردان و مورگنسترن^۵، ۲۰۱۲). دیدگاهی که می‌گوید مادران بین مراقبت از کودکان خود و اتمام درمان مصرف‌کننده مواد یکی را انتخاب کنند، نشان‌دهنده موانع مهمی است که برای مادران رخ می‌دهد (جانسون و ولز، ۱۹۹۹). شرکت‌کنندگان در خدماتی که هم به سوء مصرف مواد و هم به مشکلات فرزندپروری می‌پردازند، والدین را قادر می‌سازد تا بدون اهمیت بیشتر برای یکی در برابر دیگری، به هر دو نیاز خود پردازند (امیلی و رونالد، ۲۰۱۵).

1. Emily & Ronald
4. Sword

2. DeCoste, Leigh & Borelli
5. Dauber, Neighbors, Dasaro, Riordan & Morgenstern

3. Grella, Needell, Shi & Hser

سوء مصرف مواد و کودک

راه‌های ارتباطی اثرگذار سوء مصرف مواد و خطر بدرفتاری با کودک

پنج مسیر یادشده زیر، مروری براساس مطالعه پژوهشی است که به‌ازای یک تعامل متقابل انحصاری نیست، بلکه به‌معنای مسیرهای تعاملی ارتباط بین سوء مصرف مواد و مشکلات فرزندپروری با نگاه بوم‌شناختی چندگانه است (امیلی و رونالد، ۲۰۱۵).

۱- نقائص موجود در نظم‌جویی هیجانی، سوء مصرف مواد و خطر بدرفتاری با کودک را پیش‌بینی می‌کند.

نقائص فردی در نظم‌جویی هیجانی در میان والدین، هم سوء مصرف مواد و هم فرزندپروری ضعیف را پیش‌بینی می‌کند (بورلی، وست، دکاسته و ساچمن، ۲۰۱۲). این نقائص نمود کنترل‌تکانه ضعیف و کاهش تحمل شکست‌ها و همچنین ناتوانی در مقابله با وضعیت هیجانی منفی از طریق راه‌های سازگارانه است. در این شرایط، مصرف مواد به‌عنوان نوعی خوددرمانی یا راهکاری برای اجتناب هیجانی آغاز می‌شود (ساچمن، دی کاسته، کاستی گلیان، کیگا و مایس^۱، ۲۰۰۸). زمانی که والدین احساس خشم و ناکامی را بدون تفکر در مورد عواقب آن بروز می‌دهند، در این شرایط، فرزندپروری، خشن و خشونت‌آمیز است (امیلی و رونالد، ۲۰۱۵).

والدینی که مشکلاتی در نظم‌جویی عواطف منفی خود دارند، دچار مشکلاتی در ارزیابی و توجه دقیق به هیجان‌های کودکان خود دارند (امیلی و رونالد، ۲۰۱۵). اسلید^۲ (۲۰۰۵). این مهارت‌های همدلانه «کارکرد بازتابی»^۳ نامگذاری شد و آن برای والدینی توصیف گردید که قادر به درک، نظم‌دهی و تجربه هیجان‌های خود هستند، درحالی‌که ناخودآگاه به هیجان‌های کودک خود واکنش نشان می‌دهند و با واکنش بازتابی بالا به نیازهای آنها پاسخ می‌دهند. کارکرد بازتابی در والدین مصرف‌کننده مواد عموماً کم است، زیرا آنها برای تفکیک احساس خود از کودکشان و خشم از شرایط خود در تلاش هستند (بورلی و همکاران، ۲۰۱۲). احتمالاً این والدین به‌صورت عمدی به کودک خود نگرش

منفی دارند و با خصومت به آنها پاسخ می‌دهند (دان و همکاران، ۲۰۰۲؛ ساچمن و همکاران، ۲۰۱۰). نداشتن نظم‌جویی هیجانی که با سوء مصرف مواد همراه می‌شود، توانایی والدین برای تمرکز بر توصیف‌های جایگزین در مورد رفتارهای منفی کودکان را محدود می‌سازد یا عواقب منفی برای این واکنش‌ها را پیش‌بینی می‌کند (جانسون و ولز، ۱۹۹۹؛ کلی، ۱۹۹۸؛ میلر و همکاران، ۱۹۹۹).

۲- عوامل روان‌شناختی، سوء مصرف مواد و خطر بدرفتاری با کودک را پیش‌بینی می‌کند.

فشار روان‌شناختی به‌عنوان علت رایج سوء مصرف مواد در والدین و مشکلات فرزندپروری در نظر گرفته می‌شود (هیلسون، کوپر^۱، ۱۹۹۴). والدین مصرف‌کننده مواد براساس تاریخچه زندگی، وضعیت استخدام و حمایت اجتماعی محدود، میزان بالاتری از فشار روانی را تجربه می‌کنند (امیلی و رونالد، ۲۰۱۵). در سال ۲۰۰۴، کانرز و همکاران در مطالعه بیش از ۲۰۰۰ مادری که بین سال‌های ۱۹۹۳ تا ۲۰۰۰ از ۵۰ برنامه بازتوانی سوء مصرف مواد استفاده کرده بودند، دریافتند که ۸۸ درصد این زنان بیکار بودند، ۵۱/۷ درصد مدرک دبیرستان نداشتند و ۷۰/۶ درصد کمک‌های اجتماعی دریافت کرده بودند. یک‌سوم نمونه در طی ۲ سال قبل بی‌خانمان بودند و دو سوم آنها بازداشت شده بودند. ۵۰ درصد آنها گزارش کردند که توسط والدین خود مورد سوء رفتار قرار گرفته‌اند و ۷۳/۶ درصد توسط افراد غیروالد مورد سوء رفتار قرار گرفته بودند. در بیش از نیمی از افراد، آسیب‌شناسی روانی هم‌بود مشاهده شد. در شایع‌ترین موارد، دارای اختلال افسردگی، سانحه و دوقطبی بودند.

هنگامی که والدین مصرف‌کننده مواد فشار روانی را ارزیابی می‌کنند و تطابق نداشتن نیاز و منابع خود را تشخیص می‌دهند، واکنش‌های ناسازگارانه مانند استفاده از مواد بیشتر و سازوکارهای دفاعی، هم‌چون انتقال ناکامی‌ها به سمت کودکان را به کار می‌گیرند (کلی، ۱۹۹۸). نیر، اسکولر، بلک، کتینگر و هارینگتون^۲ (۲۰۰۳) با استفاده از ۱۶۱ مادر مصرف‌کننده مواد، یک مطالعه زمینه‌یابی انجام گردیده و در این زمینه‌یابی به‌دنبال عواملی

بودند که بین افرادی که به بهانه سوء رفتار در خدمات حمایتی از کودکان مشارکت داشتند با آنهایی که این گونه نبودند، تفاوت نشان دهند. نتایج نشان داد که مشارکت در خدمات حمایتی از کودکان به جای هر نوعی از فشارهای روانی توسط فشارهای روان شناختی انباشته شده، پیش بینی می شد. به خصوص مادرانی که پنج عامل ایجاد فشار روانی یا بیشتر در زندگی داشتند، نسبت به کسانی که چهارده عامل ایجاد فشار روانی یا کمتر داشتند در معرض خطر بد رفتاری بودند. عوامل بیشتری که در مادران مصرف کننده مواد مشارکت در خدمات حمایتی از کودکان را پیش بینی می کرد، سن جوان تر، منابع بین فردی کاهش یافته، حمایت کمتر اعضای خانواده، اختصاص دادن زمان کمتری برای برقراری ارتباط را شامل می شدند (لوسیر، لاونچر و برترانر^۱، ۲۰۱۰).

۳- نقایص دانش فرزندپروری و رشد کودک، خطر بد رفتاری کودک را پیش بینی می کند.

والدین مصرف کننده مواد در مراقبت از کودک خود، طی مراحل رشد، نقایص دانش فرزندپروری را نشان دادند (امیلی و رونالد، ۲۰۱۵). در سال ۲۰۰۴، ولز و همکاران، پرسشنامه ای را با در نظر گرفتن تمرین های فرزندپروری و رشد کودک ایجاد کردند و در یک نمونه ۷۳ نفری از زنان باردار در هفته نخست درمان سوء مصرف مواد اجرا کردند. نتایج بیانگر نمره مجموع میانگین ۵۷/۳ درصد بود که یک میزان رد شده است. همچنین، پاجلو و همکاران (۲۰۰۶) دریافتند که مادران مصرف کننده مواد در شناسایی مهارت هایی که کودکان آنها داشتند و توانایی هایی که فاقد آن بودند، مشکل داشتند و نمی توانستند به صورت دقیق مرحله رشد بعدی آنها را پیش بینی کنند. در این موارد، ممکن است والدین انتظار زیادی از فرزندان خود داشته باشند و به بهانه این که کودک آنها فاقد صلاحیت رشد لازم است، نسبت به آنها بد رفتاری داشته باشند (کروین^۲، ۲۰۰۵). نداشتن توقع های مناسب و راهکارهای جایگزین برای پرداختن به مشکلات رفتاری کودک، ممکن است، موجب استفاده از نظم غیر قابل توجیه و نامناسب شود (کلی، ۱۹۹۸؛ مگرا، لاودت، کنگ و ویتنسی^۳، ۱۹۹۹). فرض شده که این نقایص دانشی، ریشه در تخریب

شناختی والدین و به‌دلیل توجه به مواد (کلاوسن، آگویلار و لادوینگ^۱، ۲۰۱۲) و همچنین دسترسی کم به منابع تحصیلی در مورد فرزندپروری است (امیلی و رونالد، ۲۰۱۵).

۴- اشتغال قبلی به جستجوی مواد منجر به خطر بدرفتاری کودک می‌شود.

در بسیاری از خانواده‌ها زمان، تلاش و پولی که باید در مسیر تکمیل نیازهای کودک خرج شود برای به‌دست آوردن مواد خرج می‌شود (برنارد و مک لگانسی، ۲۰۰۴؛ دان و همکاران، ۲۰۰۲؛ لوسیر و همکاران، ۲۰۱۰).

در سطح شناختی، کسب مواد و مراقبت از کودک، برای به‌دست آوردن توجه والدین رقابت می‌کنند و والدین نمی‌توانند در یکی یا دیگری به‌خوبی سرمایه‌گذاری کنند (امیلی و رونالد، ۲۰۱۵). در سطح عصب‌شناختی، مشخص شده که مواد، مراکز انگیزشی مغز را از طریق حساس‌سازی گیرنده‌های دوپامین در هسته‌های آکومبسن خراب می‌کند (راینسون^۲، ۲۰۰۳). راینسون (۲۰۰۳) نشان داد که همراه با مصرف مکرر مواد، هسته‌های آکومبسن به تحریک مواد حساس می‌شوند و این فعالیت توانایی منطقی و عقلانی فرد مصرف‌کننده در از بین بردن انگیزش موجود برای تداوم مواد را مختل می‌کند. ممکن است همراه با نشانه‌های محیطی مواد مانند گوشه خیابان که والدین در گذشته مواد را تهیه می‌کردند، یا حوادث استرس‌زا مانند گریه کودک که موجب می‌شد والدین با استفاده از مواد با آن مقابله کنند، حساس‌سازی به‌صورت ناخودآگاه شروع شود. در حالی که والدین آگاهانه درصدد مراقبت از کودک هستند، در حالت حساس‌شده، انگیزه برای مصرف بیشتر مواد، با این سائق رقابت می‌کند (پجلو و همکاران، ۲۰۰۶ و راینسون، ۲۰۰۳).

۵- کاهش لذت فرزندپروری، موجب خطر بدرفتاری با کودک می‌شود.

والدین مصرف‌کننده مواد نسبت به والدینی که مصرف‌کننده مواد نیستند، لذت کمتری از نقش فرزندپروری به‌دست می‌آورند. مطالعه‌ها نشان داده‌اند که والدین مصرف‌کننده مواد، زمان کمتری در تعامل با کودکان خود سپری می‌کنند (کلاوسن و همکاران، ۲۰۱۰؛

ساجمن و همکاران، ۲۰۱۱). لوسیر و همکاران (۲۰۱۰)، سطح کمتری از رضایت را در ارتباط فرزندپروری خود گزارش دادند؛ در الگوی مشاهده رفتاری، تعامل کمتری با فرزندان خود آغاز می‌کنند (پجلو و همکاران، ۲۰۰۶) و در کودکی رفتارهای پیونددهنده کمتری با کودکان خود دارند (دان و همکاران، ۲۰۰۲). علاوه بر این، هنگامی که زوج مادر- فرزند با هم تعامل می‌کنند، تعامل آنها با اشتیاق یا لذت دوجانبه کمتر و تعارض بیشتر مشهود می‌شود (پجلو و همکاران، ۲۰۰۶).

محققان این گونه فرض می‌کنند که اثرات ایجاد شده ناشی از مواد ممنوعه، توانایی والدین مصرف‌کننده مواد برای تجربه لذت، غیر از مواد را کاهش می‌دهد. زمانی که تحمل بیشتر شود، برای دستیابی به احساس لذت، میزان بیشتر و بیشتری از مواد مورد نیاز است و آستانه تجربه لذت در سطح عصب‌شناختی افزایش می‌یابد. در این حالت فعالیت‌های پاداش‌دهنده طبیعی هم‌چون تعامل با یک کودک، لذت کافی برای ترفیع خلقی را ندارند (گنورگ، لی موال و کوپ^۱، ۲۰۱۲). کاهش لذت که از تعامل والد- فرزند ایجاد می‌شود می‌تواند انگیزه والدین برای تعامل در مراقبت از کودکانشان را کاهش دهد (امیلی و رونالد، ۲۰۱۵).

پنج مفهوم یادشده، ارتباط پیچیده بین سوء مصرف مواد و مشکلات فرزندپروری را توصیف می‌کند و حمایت نظری برای درمان هم‌زمان را فراهم می‌کند. درمان مصرف مواد بدون پرداختن به وضعیت فرزندپروری که فعالیت کافی برای مدیریت مسائل رفتاری کودک را ندارند، والدین را در برابر لغزش مواد، به‌عنوان یک سازوکار دفاعی، آسیب‌پذیر می‌سازد (بلت، پوناماکی^۲، ۲۰۰۷؛ ساجمن و همکاران، ۲۰۰۸؛ وایت ساید- مانسل و همکاران، ۱۹۹۹). علاوه بر این، پرداختن به فرزندپروری بدون پرداختن به سوء مصرف مواد، بیهوده خواهد بود، زیرا فرزندپروری مؤثر نیازمند میزان قابل ملاحظه‌ای از نظم‌جویی هیجانی و انگیزش ذاتی است که هر دو اینها با مواد ناسازگار هستند (گنورگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ راینسسون، ۲۰۰۳). درمان تلفیقی سوء مصرف مواد و مشکلات

فرزندپروری از طریق افزایش مهارت‌های خودنظم‌دهی، قادر به تقویت پیامدهای هر دو بخش خواهد بود (امیلی و رونالد، ۲۰۱۵). همچنین در ادامه با بررسی مداخله‌های خانواده‌محور در این زمینه، می‌توان تا حد بسیار زیادی این مسئله را بهبود بخشید.

خانواده و فرزندپروری

خانواده، نهاد مقدسی است که اساس و ارکان هر جامعه‌ای بر آن قرار دارد. در واقع، خانواده کوچک‌ترین نهاد اجتماعی است که وظیفه مهم آن رشد و پرورش فرزندان است و به همین دلیل، مفهوم خانواده با آرامش، گرمی، صمیمیت و رشد همراه شده است (محمدخانی و نوری، ۱۳۹۱). زندگی خانوادگی نقش اساسی در حفظ سلامت روانی، اجتماعی و جسمانی کودکان و والدین دارد. خانواده اولین و مهم‌ترین بافت اجتماعی را برای رشد انسان فراهم می‌کند. به کارگیری روش آموزشی حل مسئله با رویکرد خانواده‌محور می‌تواند جهت بهبود و تکمیل فرآیند درمانی ترک اعتیاد مددجویان، به‌عنوان یک روش غیردارویی، مفید و مؤثر باشد (محمدخانی و نوری، ۱۳۹۱).

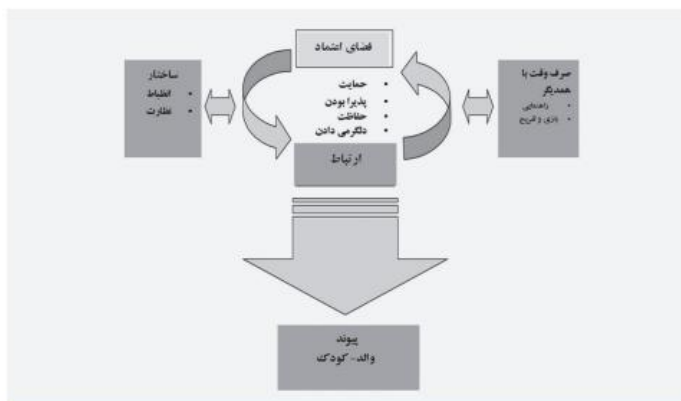
۱۰۶

اگرچه از نظر تخصصی، در همه کشورهای جهان، خانواده یکی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین عوامل در پیشگیری از اعتیاد محسوب می‌شود، ولی به‌لحاظ ویژگی‌های اجتماعی و فرهنگی کشور ما، اهمیت خانواده بیشتر از سایر کشورهاست زیرا، بیشتر فرزندان در خانواده زندگی می‌کنند و معمولاً افراد زمانی خانواده خود را ترک می‌کنند که خود، خانواده دیگری را تشکیل می‌دهند. همچنین، سال‌های زندگی افراد در خانواده، طولانی‌تر از سایر کشورهای سنتی یا پیشرفته است. گاهی اوقات حتی افراد تا نیمی از دهه سوم عمر خود را در خانواده زندگی می‌کنند. علاوه بر این، آیین‌ها، سنت‌ها و فرهنگ نیز به‌شدت بر خانواده و زندگی خانوادگی تأکید دارند (محمدخانی، ۱۳۸۸).

حمایت اجتماعی، یکی از عواملی است که اثر فشارهای روانی را خنثی می‌کند و مانند سپری از انسان در مقابل این فشارهای زندگی دفاع می‌کند. خانواده، یکی از مهم‌ترین منابع کسب حمایت اجتماعی است. خانواده‌هایی که روابط گرم و صمیمانه با فرزندان خود دارند، با آنان محترمانه برخورد می‌کنند و برای فرزندان خود ارزش زیادی قائل

هستند، حمایت اجتماعی فراوانی برای فرزندان مهیا می‌کنند و به‌همین دلیل از آسیب‌پذیری آنان و روی آوردن به مصرف مواد می‌کاهند (محمدخانی و نوری، ۱۳۹۱). اگرچه نظارت بر رفتارهای فرزندان، نقش بسیار مهمی در پیشگیری از اعتیاد آنان دارد، ولی باید به یاد داشت، زمانی نظارت مفید خواهد بود که روابط گرم و صمیمانه‌ای بین والدین و فرزندان وجود داشته باشد. اعمال نظارت، در شرایطی که چنین رابطه‌ای وجود نداشته باشد، نتیجه مناسبی نخواهد داد و منجر به واکنش‌های شدیدی در فرزند می‌شود (محمدخانی، ۱۳۸۹).

پیوند عاطفی عمیق بین کودک و والدین نتیجه ایجاد فضای همراه با اعتماد است که پیامد مستقیم حمایت جسمی، مراقبت، پذیرش و دلگرمی‌دادن و تشویق است (لزین، رولری، بین و تیلور^۱، ۲۰۰۴). حمایت جسمی، مراقبت، پذیرش و دلگرمی‌دادن، از طریق کلامی و راه‌های دیگر ابراز می‌شود. هرچه این عناصر، بین کودک و والدین بیشتر تبادل شود، فرایند ایجاد فضای اعتماد تقویت می‌شود (شکل ۱). ایجاد ارتباط و جو توأم با اعتماد، برای اعمال ساختار، انضباط، کنترل و راهنمایی توسط والدین بسیار مهم است. همچنین ارتباط و اعتماد، بر لذت‌بردن متقابل والدین و فرزندان از صرف وقت با همدیگر تأثیر می‌گذارد که به‌نوبه خود فرصتی برای ارتباط، تفریح و تعامل جدی و ایجاد اعتماد بیشتر فراهم می‌سازد و پیامد آن پیوند پایدار و مقاوم بین والدین و فرزندان است که نقش حفاظتی مهم در برابر رفتارهای پرخطر نظیر مصرف مواد ایفا می‌کند (لزین و همکاران، ۲۰۰۴). برخی از مطالعه‌ها بیان می‌کنند که ممکن است مادران، هنگامی که کودکان از آنها جدا می‌شوند به‌عنوان یک راهکار مقابله‌ای با این فقدان و به‌دلیل کاهش نیازهای مادرانه، میزان مصرف مواد را افزایش دهند، درحالی‌که مادرانی که با فرزندان خود هستند نسبت به زمانی که فرزندان در اطرافشان نیستند به احتمال بیشتری میزان مصرف مواد را کاهش می‌دهند (لام، وچسبرگ و زوله^۲، ۲۰۰۴).



شکل ۱. بررسی پیوند والد-کودک (محمدخانی و نوری، ۱۳۹۱)

تمامی این حقایق تکان‌دهنده باید باعث می‌شود که والدین متوجه اهمیت نقش خودشان در پیشگیری از مصرف مواد و همچنین حضور فرزندان در این امر شوند و همچنین تأکید بیشتری بر این حقیقت است که پیشگیری باید از خانه آغاز شود (محمدخانی و نوری، ۱۳۹۱).

بررسی‌های رایج در مورد مطالعه‌های درمان دو گانه، دو نوع پیامد را با نام‌های تمرین‌های فرزندپروری و سوء مصرف مواد والدین، گزارش کرده‌اند. نیکولز و همکاران (۲۰۱۲) گزارش کردند که تنها بخشی از نتایج برنامه‌های فرزندپروری که درمان سوء مصرف مواد مداخله‌های خانواده‌محور را مورد توجه قرار داده بودند، محتوای مختص فرزندپروری داشتند. به صورت مشابهی، میلیگان و همکاران (۲۰۱۰) مطالعه‌های درمانی که در آن درمان سوء مصرف مواد با برخی از مداخله‌های والد یا کودک یکپارچه شده بود را بررسی کردند، اما تنها به پیامدهای مصرف مواد پرداختند. هدف اصلی بررسی فعلی در کنار توجه به این که چگونه یک بررسی خوب باید صورت گیرد و چه سطحی از موفقیت باید تحقق پذیرد، بررسی خانواده و اعتیاد و به دنبال آن مداخله‌های خانواده‌محور در این زمینه است.

مداخله‌های خانواده‌محور

متأسفانه علت سوء مصرف مواد، به‌طور عمیقی در آشفتگی خانواده ریشه دارد. سوء مصرف مواد یک بیماری خانوادگی ناشی از سبک زندگی است که از علل محیطی

خانوادگی و ژنتیکی تأثیر می‌پذیرد (کامفر^۱، ۱۹۸۵). از این رو برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر توانمندسازی خانواده باید در فعالیتهای پیشگیرانه جامع گنجانده شوند (محمدخانی و نوری، ۱۳۹۱).

ارزیابی‌ها نشان می‌دهد که برنامه‌های پیشگیرانه‌ای که بر پویایی‌های خانواده متمرکز می‌کنند، اثربخشی بیشتری دارند. اگرچه رویکردهای پیشگیرانه متمرکز بر کودکان و نوجوانان که بر آموزش مهارت‌های فردی و اجتماعی تأکید دارد، اثربخش هستند، اما اثرات بسیار محدودی در پیشگیری یا کاهش مصرف مواد به‌جا می‌گذارند. در مقابل کار کردن با والدین و خانواده کودکان بسیار مؤثرتر است. ترکیب رویکردهای پیشگیری متمرکز بر فقط کودکان، که در مدرسه یا جامعه اجرا می‌شوند با رویکردهای توانمندسازی خانواده، موجب افزایش اثرات پیشگیرانه مداخله‌ها می‌شود (کامفر، آلواردو، تیت و تورنر^۲، ۲۰۰۲).

در سال ۱۹۹۷، برنامه‌های پیشگیری مقبولیت گسترده‌ای یافتند و سهم زیادی در کاهش سوء مصرف مواد در جوانان داشتند (جانستون^۳، ۲۰۱۰). بسیاری از رویکردهای پیشگیری از سوء مصرف مواد در جوانان، روی موضوعاتی کار می‌کنند که شامل موارد زیر است: آموزش افراد در دوره کودکی درباره مواد، آموزش عاطفی، فعالیت‌های جایگزین، ارشاد، نظارت، آموزش مهارت‌های زندگی یا اجتماعی و سایر مسائل مربوط به جوانان. این نوع پیشگیری‌های متمرکز بر کودک مفید هستند، اما اثرات مثبت خیلی کمی روی پیشگیری یا کاهش مصرف مواد دارند. کار کردن روی والدین و خانواده کودکان بسیار مؤثرتر است (جانستون، ۲۰۱۰). کار بر روی جوانان به‌تنهایی، اثربخشی اندکی دارد و اندازه اثر متوسط مداخله‌های متمرکز بر کودکان، از ۰/۰۵ برای آموزش عاطفی تا ۰/۰۵ برای آموزش درباره مواد، تا ۰/۲۸ برای آموزش مهارت‌های زندگی متغیر است (تابلر و استراتون^۴، ۱۹۹۷). اگر مداخله‌هایی که بر روی جوانان به‌تنهایی صورت می‌گیرد با رویکردهای توانمندسازی خانواده ترکیب شود، شاهد اثرات مضاعف خواهیم بود و این

موجب افزایش اثربخشی مداخله‌ها می‌شود (کامفر و همکاران، ۲۰۰۲). جدول شماره ۱ میانگین اندازه اثر برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر خانواده و مبتنی بر مدرسه را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱. میانگین اندازه اثر برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر خانواده و مبتنی بر مدرسه (تا بلر و استراتون ۱۹۹۷ و تا بر و کامفر، ۲۰۰۰)

متوسط اندازه تأثیر	رویکرد مداخله پیشگیری
-۰/۰۵	آموزش عاطفی مبتنی بر مدرسه
۰/۰۵	ارایه اطلاعات به علاوه آموزش عاطفی
۰/۲۸	آموزش مهارت‌های اجتماعی یا زندگی
۰/۱۰	رویکردهای فراگیر متمرکز بر فقط کودک
۰/۳۱	آموزش مهارت‌های فرزندپروری
۰/۸۲	آموزش مهارت‌های خانوادگی
۱/۶۲	حمایت‌های درون خانواده
۰/۹۶	مداخله‌های خانوادگی

بررسی‌های جدید نشان داد که وجود سه عامل محافظت‌کننده در خانواده (مثل روابط مثبت بین والد و کودک، توجه کافی والدین و ارزش‌ها و نگرش‌های ضد مصرف مواد در والدین) تأثیر مهم و زیادی بر مصرف نکردن مواد و سایر مشکلات رفتاری نوجوانان دارد (دمبو، ووکه، شمول، پاچکو، سبیرگر، رولی و لیوینگستون^۱، ۲۰۰۰). الگوی بوم‌شناختی اجتماعی مصرف مواد در نوجوانان، نشان داد که عوامل سه‌گانه محافظ خانوادگی، بر انتخاب دوستان در نوجوانان تأثیر می‌گذارند و دوستان نوجوانان، ارزش‌ها و مصرف مواد در آنها، پیش‌بینی‌کننده مصرف مواد در نوجوانان است (تورنر، سالس و اسپرینگر^۲، ۱۹۹۸).

تعدادی از رویکردهایی که مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند، شامل برنامه‌هایی هستند که در

1. Dembo, Wothke, Shemwell, Pacheco, Seeberger, Rollie & Livingston
2. Turner, Sales & Springer

سطح همگانی از طریق مدارس با خانواده‌ها ارتباط برقرار می‌کنند، سپس خانواده‌های نیازمند خدمات بیشتر را به برنامه‌های انتخابی و خاص هدایت می‌کنند. سایر رویکردها شامل درگیر کردن والدین از طریق برنامه‌ها یا موقعیت‌هایی است که از قبل در آن‌ها حضور دارند مانند کار کردن با شرکت کنندگان در برنامه مراکز درمان نگاه‌دارنده متادون یا در محیط کار والدین (دیشهون و مک ماهون^۱، ۱۹۹۸). مداخله‌های پیشگیری مبتنی بر خانواده، در پیشگیری از سوء مصرف مواد بسیار امیدبخش بوده‌اند. برای این که برنامه‌های پیشگیری متمرکز بر خانواده مؤثر واقع شوند، باید متناسب با سن، جنسیت و نیازهای فرهنگی کودکان و خانواده‌هایشان طراحی شوند (کامفر و آلوارادو، ۱۹۹۸).

برنامه‌های مختلفی در سطوح همگانی، انتخابی و خاص برای توانمندسازی خانواده وجود دارد. نتایج مطالعه‌ها نشان می‌دهد که مؤثرترین برنامه‌های متمرکز بر خانواده برای پیشگیری از مصرف مواد، آن‌هایی هستند که بر عوامل خطر ساز و حفاظت‌کننده مصرف مواد در سطح خانواده متمرکز هستند. به‌طور کلی، مطالعه‌های اولیه نشان می‌دهد که برای این که مداخله خانواده‌محور مؤثر واقع شوند باید:

- ۱- بر تغییر کارکرد خانواده و رفتارهای والدینی تأکید کنند.
- ۲- خانواده‌های آسیب‌پذیری را که به‌سختی در دسترس هستند، آماج مداخله قرار دهند.
- ۳- پدر و مادر را هم‌زمان در برنامه‌های مداخله مشارکت دهند.
- ۴- بر کاهش عوامل پیشاینده مصرف مواد در نوجوانان با استفاده از مداخله‌های خانواده‌محور متمرکز شوند.
- ۵- رفتارهای پرخطر والدین مانند مصرف مواد را هدف قرار دهند (محمدخانی و نوری، ۱۳۹۱).

مداخله‌های پیشگیرانه متمرکز بر خانواده

رویکردهای برنامه‌های خانواده‌محور که با هدف پیشگیری طراحی شده‌اند، می‌توان به سه دسته تقسیم کرد:

- آموزش مهارت‌های خانواده و والدین

• حمایت درون خانواده

• خانواده درمانی

این شیوه‌ها به‌طور کلی، به‌جای تمرکز بر کودک در خانواده، بر پویایی موجود در خانواده و جامعه تمرکز دارند. این شیوه‌ها در مورد استفاده از مواد، به‌طور مستقیم مسائل مربوط به جوانان را هدف قرار نمی‌دهند، اما بر عوامل خطرزای شناخته‌شده و عوامل محافظت‌کننده‌ای که احتمال شروع یا ادامه استفاده از مواد را کاهش یا افزایش می‌دهد، تمرکز دارند (محمدخانی و نوری، ۱۳۹۱).

۱- آموزش مهارت‌های خانواده و والدین: اصل مهم برنامه‌های خانواده‌محور این است که این برنامه‌ها باید پیوندها و ارتباطات خانوادگی را تقویت کرده و شامل مهارت‌های والدینی، تمرین‌هایی در زمینه ایجاد بحث و اجرای سیاست‌های خانوادگی در مورد مصرف مواد و ارایه اطلاعات و آموزش‌هایی در زمینه مواد باشند (آشری، رابرتسون^۱ و کامفر، ۱۹۹۸). همچنین برنامه‌های پیشگیری خانواده‌محور باید به والدین، مهارت‌های رفتاری جهت موارد زیر را آموزش دهند، کاهش مشکلات رفتاری در کودکان، ایجاد انضباط و قواعد پایدار و نحوه نظارت بر فعالیت‌های نوجوانان (موسسه ملی سوء مصرف مواد، ۲۰۰۸).

اهداف و محتوای برنامه‌های مربوط به والدین

- ارایه اطلاعات کامل به والدین در زمینه انواع مواد و الگوهای مصرف مواد در نوجوانان؛
- ارایه اطلاعات به والدین درباره دلایل مصرف مواد توسط نوجوانان؛
- کمک به والدین در ایجاد یک دیدگاه شخصی در مورد مواد براساس حقایق موجود و روشن‌سازی دیدگاه آن‌ها درباره مواد؛
- آموزش مهارت‌ها و راهبردهای لازم به والدین (مجموعه مهارت‌های والدینی) برای پیشگیری یا مقابله با مصرف مواد در فرزندان.

۲- حمایت درون خانواده: برنامه‌های پیشگیری می‌توانند عوامل حمایتی را در میان کودکان، از طریق آموزش مهارت‌های ارتباطی خانوادگی، سبک‌های تربیتی مناسب،

اجرای قاطع و متداول قوانین و دیگر مهارت‌های مدیریت خانواده را در والدین تقویت کند. همچنین می‌توان به والدین آموزش داد که چگونه حمایت هیجانی، اجتماعی، شناختی و مادی‌شان را افزایش دهند. مطالعه‌ها، فواید نقش پویاتر والدین را در زندگی کودکانشان تأیید کرده‌اند، این مسئله می‌تواند از طریق صحبت در مورد نظارت بر فعالیت‌ها، آشنایی با دوستان بچه‌ها، درک مشکلات و نگرانی‌های آن‌ها و درگیر شدن در یادگیری و تحصیل آن‌ها انجام پذیرد (موسسه ملی سوء مصرف مواد، ۲۰۰۸). برنامه‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی، اساس بسیاری از برنامه‌های پیشگیری هستند. بسیاری از مشکلات جدی نوجوانان را می‌توان در مداخله‌های اولیه کاهش داد. برنامه‌های حمایت درون خانواده، برای والدینی است که کودکان تا ۵ سال و در معرض خطر دارند تا با استفاده از این برنامه‌ها، نتایج رفتاری و شناختی مفیدی دریافت کنند. این رویکرد پیشگیری، خانواده‌های در معرض خطر و بحرانی را مد نظر قرار می‌دهد و بر ارائه خدمات بهداشتی و اجتماعی به‌عنوان خدمات مورد نیاز هر خانواده تمرکز می‌کند. برنامه حمایت خانواده قبل از آموزش مدیریت خانه و مدیریت کودک، ابتدا نیازهای اساسی و مهم خانواده را شناسایی می‌کند (محمدخانی و نوری، ۱۳۹۱).

۳- خانواده درمانی: به خانواده‌هایی که درگیر مشکلات رفتاری شده‌اند و نیاز به مداخله دارند، کمک‌های فشرده‌تر و اطلاعاتی که خاص مشکلشان است، ارائه می‌شود. چنین کمک‌هایی، به‌طور مثال، ممکن است شامل خانواده‌درمانی، درمان مراقبتی، یا دیگر مداخله‌های مخصوص خانواده باشد. به‌عنوان مثال، در مدارس ابتدایی، کودکانی که رفتارهای پرخاشگری زود هنگام دارند، احتمال زیادی وجود دارد که در آینده مواد مصرف کنند و به‌همین دلیل باید این کودکان برای مداخله‌های متمرکز بر خانواده ارجاع داده شوند (وبست- استراتون و هوون^۱، ۱۹۹۷). این برنامه‌ها در کاهش پرخاشگری، اختلال سلوک، اختلال نقص توجه بیش‌فعالی، اختلال رفتار مقابله‌جویانه، سوء استفاده از کودکان، مصرف مواد و خلاف کاری بسیار مؤثرند (ساندرز^۲، ۱۹۹۶). در این رویکرد،

تمرکز روی خانواده‌هایی است که نوجوانان مشکل‌دار دارند (مشکلاتی مثل پرخاشگری، اختلال سلوک، افسردگی و مشکلات اجتماعی و تحصیلی) و در جلسات درمانی، توسط یک متخصص، آموزش داده می‌شوند. نظریه سیستمی خانواده، فرآیند درمان را هدایت می‌کند که در آن، قبل از این‌که از راهنمای آموزشی مربوط به مهارت‌های رفتاری استفاده شود، درمان ارائه می‌شود. خانواده‌درمانی، رویکردهای پیشگیری را مدنظر قرار می‌دهد زیرا شکست در درمان پرخاشگری و اختلالات سلوک اولیه، منجر به بروز مشکلات اجتماعی جدی می‌شود؛ مشکلاتی مثل خلاف کاری، مصرف مواد، خودکشی، حاملگی در دوره نوجوانی و ایدز (محمدخانی و نوری، ۱۳۹۱).

براساس این رویکردها، خانواده می‌تواند از طریق حصول اطمینان از موارد زیر نقش مهمی در پیشگیری از مصرف مواد در میان اعضایش داشته باشد:

- داشتن اطلاعات لازم در مورد مواد و سوء مصرف مواد؛
- ارتباط کافی بین کودک و والدین؛
- حفظ روابط محبت‌آمیز میان اعضای خانواده؛
- تقسیم عادلانه وظایف بین اعضای خانواده؛
- روابط خوب میان فرزندان؛
- نشان‌دادن رفتارهای مسئولیت‌پذیرانه نسبت به مصرف مواد؛
- بحث در مورد مواد با کودکان؛
- ایجاد قوانین خانوادگی روشن در مورد مصرف مواد؛
- اطمینان حاصل کردن از این‌که مواد غیرقانونی توسط اعضای خانواده مصرف نمی‌شود (محمدخانی و نوری، ۱۳۹۱).

نتیجه‌گیری

سوء مصرف مواد یک بیماری خانوادگی ناشی از سبک زندگی است که از علل محیطی خانوادگی و ژنتیکی تأثیر می‌پذیرد (کامفر، ۱۹۸۵). خانواده نقش مهمی در

پیشگیری از آسیب‌های روانی و اجتماعی، به‌ویژه اعتیاد دارد. بسیاری از عوامل محافظت‌کننده از مصرف، سوء مصرف و وابستگی به مواد، مرتبط با خانواده و کارکردهای اساسی آن است. همچنین، تعداد زیادی از عوامل خطر ساز نیز با ضعف‌ها، ناکارآمدی و اختلال در کارکردهای خانوادگی ارتباط دارد. از این‌رو برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر توانمندسازی خانواده باید در فعالیت‌های پیشگیرانه جامع گنجانده شوند.

مداخله‌های مبتنی بر خانواده از نظر هزینه مناسب‌ترند، زیرا علاوه بر مصرف مواد، بر پرخاشگری، خلاف کاری، حاملگی در دوره نوجوانی، ایدز، شکست در مدرسه، خودکشی و سلامت روان هم تأثیر دارند. اما یکی از چالش‌هایی که برنامه‌های پیشگیری متمرکز بر خانواده با آن مواجه هستند، تعیین نحوه برقراری ارتباط و درگیر شدن با خانواده‌ها است (محمدخانی و نوری، ۱۳۹۱).

مشارکت هم‌زمان در درمان مصرف مواد و مداخله‌های فرزندپروری اثربخشی بیشتری دارند و مزیتی برای مشارکت بیشتر والدین در فرآیند درمان است. مداخله‌های دوگانه هم‌زمان باعث می‌شود تا والدین شانس بیشتری برای تأمین موفقیت‌آمیز رفاه کودک داشته باشند. به عبارت دیگر برخی از مطالعه‌ها بر این نکته تأکید می‌کنند که تا زمانی که والدین پیشرفتی در درمان مصرف مواد نداشته باشند و به نیازهای روان‌شناختی خود نپرداخته باشند قادر به فرزندپروری کارآمد و برقراری ارتباط والد-فرزندی نخواهند بود (ساجمن و همکاران، ۲۰۱۰؛ ساجمن، دکوسته، مک ماهون، رانساویله^۱ و مایس، ۲۰۱۱).

چهار مطالعه، یک الگوی پیوندی برای والدینی ارائه کرده‌اند که به صورت ارادی در درمان مصرف مواد و مداخله‌های فرزندپروری شرکت کرده‌اند، اما نیمی از مداخله‌های فرزندپروری قبل از اینکه نیمه دیگر آن مهارت‌های فرزندپروری را بیاموزند بر رفاه روان‌شناختی والدین و مقابله‌های هیجانی آنها می‌پردازند (لاتر^۲ و ساجمن، ۲۰۰۰؛ لاتر

و همکاران، ۲۰۰۷؛ ساچمن و همکاران، ۲۰۰۸، ۲۰۱۰ و ۲۰۱۱). نتایج این چهار مطالعه بیانگر نیاز به پرداختن به نظم‌جویی هیجانی است که یکی از مهم‌ترین راه‌های ارتباط‌دهنده بین مصرف مواد و مشکلات فرزندپروری است. فراگیری راهکارهای مقابله هیجانی کمک می‌کند تا والدین بتوانند چگونگی مدیریت فشارهای روان‌شناختی، مشکلات رفتاری کودک و شروع‌کننده‌های مصرف مواد را بیاموزند (امیلی و رونالد، ۲۰۱۵).

همچنین بررسی کمپ و فینکلستین^۱ (۱۹۹۷) و بلچر، باتز، والاس، هون، رینهارد، ریوس و پالسيفر^۲ (۲۰۰۵) بیان کرده‌اند که در کاربست مداخله‌ها، باید نکات فرهنگی نیز مد نظر قرار گیرد. انتظارات والدین از کودکان و ارزش‌ها و مهارت‌هایی که والدین به دنبال ایجاد آن در کودکان هستند تا حد زیادی وابسته به پیشینه فرهنگی متفاوت است. در خانواده‌های کم‌درآمد و به‌خصوص در اقلیت‌های قومی، والدین باید به کودکان کمک کنند تا در مقابله با محدودیت‌های محیطی موفق باشند. برای این کودکان، سازگاری هیجانی تنها به‌خاطر راهکارهای انضباطی والدین و قوانین خانواده نیست، بلکه به‌خاطر این است که این والدین چگونه کودکان خود را اجتماعی کرده‌اند (کوارد، فوی - واتسون، زیمر، و والاس^۳، ۲۰۰۷؛ کوارد، والاس، استیونسون و براتمن^۴، ۲۰۰۴). در جمع‌بندی گفته‌های یادشده، باید گفت که مسئله اعتیاد به مواد به‌خصوص در بستر خانواده و فرزندان، از مسائل مهم به‌شمار می‌رود و توجه به آن و انجام مداخله‌های به‌موقع و پیشگیرانه، امری لازم و ضروری است. با توجه به هدف این مقاله مروری که سعی بر آن داشت تا موضوع اعتیاد به مواد در نهاد خانواده و مداخله‌های خانواده‌محور را بررسی کند، انجام پژوهش‌ها و مقاله‌های مروری بیشتر برای افزایش دانش در این زمینه پیشنهاد می‌شود.

4. Belcher, Butz, Wallace, Hoon, Reinhardt, Reeves & Pulsifer

5. Coard, Foy-Watson, Zimmer & Wallace

6. Stevenson & Brotman

منابع

- حبیبی، رحیم؛ صالح مقدم، امیررضا؛ طلایی، ابراهیم و حسین، کریمی موفقی (۱۳۹۰). بررسی تأثیر آموزش حل مسئله تعدیل شده با رویکرد خانواده محور، بر میزان عزت نفس مددجویان وابسته به مواد مخدر. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۵۵(۱)، ۵۹-۵۲.
- محمدخانی، شهرام (۱۳۸۸). *عوامل خطرساز و حفاظت کننده ی خانوادگی مصرف مواد در نوجوانان*. مقاله ارائه شده در نخستین کنگره ی کشوری پیشگیری از سوء مصرف مواد، تهران. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- محمدخانی، شهرام (۱۳۸۹). *پیشگیری اولیه از اعتیاد در محیط های دانش آموزی*. مقاله ارائه شده در نخستین کنگره کشوری پیشگیری از سوء مصرف مواد، تهران. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- محمدخانی، شهرام و نوری، ربابه (۱۳۹۱). *پیشگیری اولیه از اعتیاد با تمرکز بر خانواده*. تهران: ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- 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(2), 139-149.
- Ashery, R. S., Robertson, E. B., & Kumpfer, K. L (Eds.) (1998). *Drug abuse prevention through family interventions* (Vol. 177). DIANE Publishing.
- Barnard, M., & McKeganey, N (2004). The impact of parental problem drug use on children: what is the problem and what can be done to help?. *Addiction*, 99(5), 552-559.
- Beeghly, M., Frank, D. A., Rose-Jacobs, R., Cabral, H., & Tronick, E (2003). Level of prenatal cocaine exposure and infant-caregiver attachment behavior. *Neurotoxicology and Teratology*, 25(1), 23-38.
- Belcher, H. M., Butz, A. M., Wallace, P., Hoon, A. H., Reinhardt, E., Reeves, S. A., & Pulsifer, M. B (2005). Spectrum of early intervention services for children with intrauterine drug exposure. *Infants & Young Children*, 18(1), 2-15.
- Belt, R., & Punamäki, R. L (2007). Mother-infant group psychotherapy as an intensive treatment in early interaction among mothers with substance abuse problems. *Journal of child psychotherapy*, 33(2), 202-220.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., & Feighner, J. A (2000). Patterns of alcohol and drug use in adolescents can be predicted by parental substance use disorders. *Pediatrics*, 106(4), 792-797.
- Borelli, J. L., West, J. L., Decoste, C., & Suchman, N. E (2012). Emotionally avoidant language in the parenting interviews of substance-dependent mothers: Associations with

- reflective functioning, recent substance use, and parenting behavior. *Infant mental health journal*, 33(5), 506-519.
- Camp, J. M., & Finkelstein, N (1997). Parenting training for women in residential substance abuse treatment: Results of a demonstration project. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(5), 411-422.
 - Chaffin, M., Kelleher, K., & Hollenberg, J (1996). Onset of physical abuse and neglect: Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child abuse & neglect*, 20(3), 191-203.
 - Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Kipp, H. L., Baumann, B. L., & Lee, S. S (2003). Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1424-1432.
 - Clausen, J. M., Aguilar, R. M., & Ludwig, M. E (2012). Fostering healthy attachment between substance dependent parents and their infant children. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 11(4), 376-386.
 - Coard, S. I., Foy-Watson, S., Zimmer, C., & Wallace, A (2007). Considering Culturally Relevant Parenting Practices in Intervention Development and Adaptation A Randomized Controlled Trial of the Black Parenting Strengths and Strategies (BPSS) Program. *The Counseling Psychologist*, 35(6), 797-820.
 - Coard, S. I., Wallace, S. A., Stevenson Jr, H. C., & Brotman, L. M (2004). Towards culturally relevant preventive interventions: The consideration of racial socialization in parent training with African American families. *Journal of Child and Family Studies*, 13(3), 277-293.
 - Conners, N. A., Bradley, R. H., Whiteside Mansell, L., Liu, J. Y., Roberts, T. J., Burgdorf, K., & Herrell, J. M (2004). Children of mothers with serious substance abuse problems: An accumulation of risks. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(1), 85-100.
 - Conners, N. A., Bradley, R. H., Whiteside-Mansell, L., & Crone, C. C (2001). A comprehensive substance abuse treatment program for women and their children: An initial evaluation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(2), 67-75.
 - Dauber, S., Neighbors, C., Dasaro, C., Riordan, A., & Morgenstern, J (2012). Impact of intensive case management on child welfare system involvement for substance-dependent parenting women on public assistance. *Children and youth services review*, 34(7), 1359-1366.
 - Dembo, R., Wothke, W., Shemwell, M., Pacheco, K., Seeberger, W., Rollie, M., ... & Livingston, S (2000). A structural model of the influence of family problems and child abuse factors on serious delinquency among youths processed at a juvenile assessment center. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 10(1), 17-31.
 - Department of Health and Human Services National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse (2011). NIDA, 1-28.

- Dishion, T. J., & McMahon, R. J (1998). Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: A conceptual and empirical formulation. *Clinical child and family psychology review*, 1(1), 61-75.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J., & Giles, W. H (2001). Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect*, 25(12), 1627-1640.
- Dunn, M. G., Tarter, R. E., Mezzich, A. C., Vanyukov, M., Kirisci, L., & Kirillova, G (2002). Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. *Clinical psychology review*, 22(7), 1063-1090.
- George, O., Le Moal, M., & Koob, G. F (2012). Allostasis and addiction: role of the dopamine and corticotropin-releasing factor systems. *Physiology & behavior*, 106(1), 58-64.
- Grella, C. E., Needell, B., Shi, Y., & Hser, Y. I (2009). Do drug treatment services predict reunification outcomes of mothers and their children in child welfare?. *Journal of substance abuse treatment*, 36(3), 278-293.
- Hillson, J. M., & Kuiper, N. A (1994). A stress and coping model of child maltreatment. *Clinical Psychology Review*, 14(4), 261-285.
- Janson, L. M., & Velez, M (1999). Understanding and Treating Substance Abusers and Their Infants. *Infants & Young Children*, 11(4), 79-89.
- Johnston, L. D (2010). *Monitoring the Future: National Survey Results on Drug Use, 1975-2008: Volume II: College Students and Adults Ages 19-50*. DIANE Publishing.
- Kandel, D. B (1990). Parenting styles, drug use, and children's adjustment in families of young adults. *Journal of Marriage and the Family*, 183-196.
- Kelleher, K., Chaffin, M., Hollenberg, J., & Fischer, E (1994). Alcohol and drug disorders among physically abusive and neglectful parents in a community-based sample. *American Journal of Public Health*, 84(10), 1586-1590.
- Kelley, S. J (1998). Stress and coping behaviors of substance-abusing mothers. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 3(3), 103.
- Kerwin, M. E (2005). Collaboration between child welfare and substance-abuse fields: Combined treatment programs for mothers. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(7), 581-597.
- Kumpfer, K. L., & Alvarado, R (1998). *Effective family strengthening interventions*. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Kumpfer, K. L., & DeMarsh, J. P (1985). Prevention of chemical dependency in children of alcohol and drug abusers. *NIDA Notes*, 5, 2-3.

- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., Tait, C., & Turner, C (2002). *Effectiveness of school-based family and children's skills training for substance abuse prevention among 6-8-year-old rural children* (Vol. 16, No. 4S, p. S65). Educational Publishing Foundation.
- Lam, W. K., Wechsberg, W., & Zule, W (2004). African-American women who use crack cocaine: a comparison of mothers who live with and have been separated from their children. *Child abuse & neglect*, 28(11), 1229-1247.
- Lezin, N., Rolleri, L. A., Bean, S., & Taylor, J (2004). Parent-child connectedness: implications for research interventions and positive impacts on adolescent health.
- K (2010). Parenting and maternal substance addiction: factors affecting utilization of child protective services. *Substance use & misuse*, 45(10), 1572-1588.
- Luthar, S. S., & Suchman, N. E (2000). Relational Psychotherapy Mothers' Group: A developmentally informed intervention for at-risk mothers. *Development and Psychopathology*, 12(02), 235-253.
- Luthar, S. S., Cushing, G., Merikangas, K. R., & Rounsaville, B. J (1998). Multiple jeopardy: Risk and protective factors among addicted mothers' offspring. *Development and psychopathology*, 10(01), 117-136.
- Magra, S., Laudet, A., Kang, S. Y., & Whitney, S. A (1999). Effectiveness of comprehensive services for crack-dependent mothers with newborns and young children. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31(4), 321-338.
- Merikangas, K. R., Dierker, L. C., & Szatmari, P (1998). Psychopathology among offspring of parents with substance abuse and/or anxiety disorders: a high-risk study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(05), 711-720.
- Miller, B. A., Smyth, N. J., & Mudar, P. J (1999). Mothers' alcohol and other drug problems and their punitiveness toward their children. *Journal of studies on alcohol*, 60(5), 632-642.
- Milligan, K., Niccols, A., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., Smith, A., & Liu, J (2010). Maternal substance use and integrated treatment programs for women with substance abuse issues and their children: a meta-analysis. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 5, 21-21.
- Nair, P., Schuler, M. E., Black, M. M., Kettinger, L., & Harrington, D (2003). Cumulative environmental risk in substance abusing women: early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development. *Child abuse & neglect*, 27(9), 997-1017.
- National Institute on Drug Abuse Addiction Science: From Molecules to Managed Care series (2008). Drug abuse costs the United States economy hundreds of billions of dollars in increased health care costs, crime and lost productivity. Retrieved from <http://www.drugabuse.gov/publications/addiction-science-molecules-to-managed-care/introduction/drug-abuse-costs-united-states-economy-hundreds-billions-dollars-in-increased-health>.

- Neger, E. N., & Prinz, R. J (2015). Interventions to address parenting and parental substance abuse: Conceptual and methodological considerations. *Clinical psychology review*, 39, 71-82.
- Niccols, A., & Sword, W (2005). "New Choices" for substance-using mothers and their children: Preliminary evaluation. *Journal of Substance Use*, 10(4), 239-251.
- Niccols, A., Milligan, K., Smith, A., Sword, W., Thabane, L., & Henderson, J (2012). Integrated programs for mothers with substance abuse issues and their children: a systematic review of studies reporting on child outcomes. *Child abuse & neglect*, 36(4), 308-322.
- Pajulo, M., Suchman, N., Kalland, M., & Mayes, L (2006). Enhancing the effectiveness of residential treatment for substance abusing pregnant and parenting women: Focus on maternal reflective functioning and mother-child relationship. *Infant Mental Health Journal*, 27(5), 448-465.
- Ritter, J., Stewart, M., Bernet, C., Coe, M., & Brown, S. A (2002). Effects of childhood exposure to familial alcoholism and family violence on adolescent substance use, conduct problems, and self-esteem. *Journal of traumatic stress*, 15(2), 113-122.
- Robinson, T. E (2003). & Berriage. KC. *Addiction, Annual Review of Psychology*, 54, 25-53. Suchman, N. E., Decoste, C., McMahon, T. J., Rounsaville, B., & Mayes, L (2011). The mothers and toddlers program, an attachment-based parenting intervention for substance-using women: Results at 6-week follow-up in a randomized clinical pilot. *Infant mental health journal*, 32(4), 427-449.
- Sanders, M. R (1996). New directions in behavioral family intervention with children. In *Advances in clinical child psychology* (pp. 283-330). Springer US.
- Shulman, L. H., Shapira, S. R., & Hirshfield, S (2000). Outreach developmental services to children of patients in treatment for substance abuse. *American Journal of Public Health*, 90(12), 1930.
- Slade, A (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & human development*, 7(3), 269-281.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2012). Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of national findings. NSDUH series H-44, HHS publication no (SMA) 12-4713. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Suchman, N. E., DeCoste, C., Leigh, D., & Borelli, J (2010a). Reflective functioning in mothers with drug use disorders: Implications for dyadic interactions with infants and toddlers. *Attachment & human development*, 12(6), 567-585.
- Suchman, N. E., DeCoste, C., Leigh, D., & Borelli, J (2010b). Reflective functioning in mothers with drug use disorders: Implications for dyadic interactions with infants and toddlers. *Attachment & human development*, 12(6), 567-585.

- Suchman, N., DeCoste, C., Castiglioni, N., Legow, N., & Mayes, L (2008). The Mothers and Toddlers Program: Preliminary findings from an attachment-based parenting intervention for substance-abusing mothers. *Psychoanalytic Psychology*, 25(3), 499.
- Suchman, N. E., Decoste, C., McMahon, T. J., Rounsaville, B., & Mayes, L (2011). The mothers and toddlers program, an attachment-based parenting intervention for substance-using women: Results at 6-week follow-up in a randomized clinical pilot. *Infant mental health journal*, 32(4), 427-449.
- Tobler, N. S., & Stratton, H. H (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18(1), 71-128.
- Turner, C., Sales, L., & Springer, F (1998, July). Analysis of the high risk youth grantee program: pathways to substance use. In *Third Annual CSAP High-Risk Youth Conference*.
- Velez, M. L., Jansson, L. M., Montoya, I. D., Schweitzer, W., Golden, A., & Svikis, D (2004). Parenting knowledge among substance abusing women in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(3), 215-222.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(1), 93.
- Whiteside-Mansell, L., Crone, C. C., & Connors, N. A (1999). The development and evaluation of an alcohol and drug prevention and treatment program for women and children: The AR-CARES program. *Journal of substance abuse treatment*, 16(3), 265-275.