



نقش متغیرهای خانوادگی در پدید آیی اختلال کاربرد نابجای مواد

دکتر محمد علی بشارت*، دکتر محمود میرزمانی**، دکتر رضا پور حسین***

چکیده

هدف: با توجه به نقش مؤثر متغیرهای خانوادگی در پدید آیی، تداوم و درمان اختلالهای روان شناختی و ماهیت ارتباط آنها با اختلال کاربرد نابجای مواد و نظر به اهمیت این ارتباط در برنامه ریزی های درمانی و راهبردهای پیشگیری آن، بررسی حاضر انجام شده است. روش: در این پژوهش ویژگیهای خانوادگی و نقش این متغیرها در پدید آیی اختلال مصرف مواد در ۲۴ مرد معتاد به مواد مخدر که طی یک دوره دو ساله به یک مطب خصوصی مراجعه کرده‌اند بررسی شده است. یافته‌ها: این بررسی نشان داد که اختلالهای مصرف مواد با کیفیت روابط خانوادگی، فزون حمایتگری پدر و مادر و وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده ارتباط دارند. همچنین آزمودنیهایی که با پدر و مادر هر دو زندگی می‌کنند از نظر متغیرهای فزون حمایتگری مادر، سن شروع، نخستین تجربه های مصرف مواد، سن اعتیاد به مواد و حرمت خود تفاوت معنی داری با آزمودنیهایی داشته‌اند که تنها با مادر خود زندگی می‌کرده‌اند. نتایج: بر اساس نتایج این پژوهش، تحمیل واقعی یا نمادین بار سنگین مسئولیتهای زندگی بر پسر به دلیل نبود پدر و وجود مادر فزون حمایتگر از یک سو و تقویت اعتماد به نفس (خود) کاذب وی به دلایل پیش گفته یا بر اثر موقعیت نسبتاً ممتاز اقتصادی - اجتماعی پدر (خانواده) از سوی دیگر از ویژگیهای خانوادگی معتادان جوان به شمار می‌رود.

کلید واژه: اعتیاد، اختلال مصرف مواد، خانواده، فزون حمایتگری

درمان اختلال کاربرد نابجای مواد تأثیر

می‌گذارند. در پژوهشهای بالینی متغیرهای چندی

به منزله متغیرهای پیش بین در زمینه اختلال

مقدمه

متغیرهای گوناگونی بر پدید آیی، تداوم و

*دکتری تخصصی روانشناسی بالینی عضو هیئت علمی دانشگاه تهران، گروه روانشناسی، تهران، صندوق پستی ۱۴۱۵۵-۶۴۵۶
**دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه ... (عج)، گروه روانشناسی، تهران، خیابان ملاصدرا، بیمارستان بقیه ا.

***دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، صندوق پستی ۱۴۱۵۵-۶۴۵۶

۳- پیوندهای ضعیف خانوادگی.

اقتدارگرایی و انضباط متناقض و سست والدین، کیفیت ضعیف و نامناسب، تعامل والدین با فرزندان و آرزوها و انتظارات پائین برای فرزندان از ویژگیهای مدیریت ضعیف خانوادگی به شمار می روند و احتمال گرایش جوان به مواد را افزایش می دهند. تعارض خانوادگی نیز به شکلهای متفاوت ناهمسازی و درگیریهای زناشویی و جدایی را افزایش داده، اعتمادشخصی و مهارتهای اجتماعی فرزندان را کاهش می دهد و آنها را با خطر پناه بردن به مواد در رویارویی با این استرسها روبرو می سازد (ریچاردسون، ۱۹۹۳؛ نیوکام و هارلو^{۱۳}، ۱۹۸۶). این ویژگیهای خانوادگی تشکیل پیوندهای میان والدین - کودک را بازداري نموده، آسیب پذیری کودکان را افزایش می دهند. یافته های بالینی مصرف بیشتر مواد را میان اعضای خانواده هایی که دارای روابط صمیمی میان پدر و مادر و فرزندان نیستند و پیوندهای ایمن را تجربه نکرده اند، تأیید می کنند (جسور^{۱۴} و جسور، ۱۹۷۷؛ کندل^{۱۵}، ۱۹۸۰). روابط خانوادگی گرم، صمیمی و حمایتگر فرزندان را از افتادن به دام مواد دور می کنند (نیوکام و ریچاردسون، ۲۰۰۰). در پژوهش حاضر نقش حمایت بیش از حد مادر، وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده و کشمکش های

کاربرد نابجای مواد بررسی شده اند (نیوکام^۱ و ریچاردسون^۲، ۲۰۰۰). لتیری^۳ (۱۹۸۵) این متغیرها را به چهار دسته تقسیم کرده است:

- ۱- محیط فرهنگی - اجتماعی،
- ۲- عوامل بین شخصی (خانواده، مدرسه و همسالان)،
- ۳- متغیرهای روانی - رفتاری (شخصیت، بازخوردها و فعالیتها)،
- ۴- تأثیرات زیستی - ژنتیکی (لتیری، ۱۹۸۵؛ نیوکام، ۱۹۹۵؛ هاکینز^۴، کاتالانو^۵، میلر^۶، ۱۹۹۲).

یافته های پژوهشی نقش بنیادین متغیرهای گوناگون مربوط به کنش وری و رفتار خانوادگی را در دو زمینه پیشگیری و پدید آیی اختلالهای کاربرد نابجای مواد نشان داده اند (نیوکام، ۱۹۹۲). گستره و ژرفای نفوذ و تأثیرگذاری متغیرهای خانوادگی بر حسب اهمیت آنها از زاویه های گوناگون بررسی شده اند. این متغیرها از راه فرایندهای اجتماعی شدن درون خانوادگی، سرمشق گیری و تقلید از رفتار والدین، تقویت اجتماعی، درونی سازی ارزشها و رفتارهای خانواده، شیوه های کنترل اجتماعی و انضباطی والدین بر آمادگی فرزندان برای کاربرد نابجای مواد اثر می گذارند (نیوکام و ریچاردسون، ۲۰۰۰). گسستگی خانواده، کیفیت روابط والدین - کودک، حمایت والدین، بازخوردها و محدودسازیهای والدین در مورد کاربرد نابجای مواد نیز از متغیرهای شناخته شده هستند (جانسون^۷، پندینا^۸، ۱۹۹۱؛ نیدل^۹، سو^{۱۰}، دوهرتی^{۱۱}، ۱۹۹۰؛ نیوکام و بنتلر^{۱۲}، ۱۹۸۸ a، ۱۹۸۸ b). هاکینز و همکاران (۱۹۹۲) برای خانواده سه وضعیت قائل شده اند:

- ۱- مدیریت ضعیف، متناقض و ناپایدار خانواده،
- ۲- درگیریهای خانوادگی،

- | | |
|-------------|---------------|
| 1- Newcomp | 2- Richardson |
| 3- Lettieri | 4- Hawkins |
| 5- Catalano | 6- Miller |
| 7- Johnson | 8- Pandina |
| 9- Needle | 10- Su |
| 11- Doherty | 12- Bentler |
| 13- Harlow | 14- Jessor |
| 15- Kandel | |

خانوادگی در افزایش احتمال اختلالاتی کاربرد
نابجای مواد بررسی شده است.

روش

آزمودنیهای پژوهش ۲۴ مرد معتاد به مواد
مخدر (تریاک و هروئین) بودند که به همراه ۳۵
عضو خانواده (۲۲ مادر، ۱۰ پدر، ۳ همسر) برای
دریافت خدمات درمانی طی یک دوره دو ساله
به یک مطب خصوصی در تهران مراجعه کرده‌اند.
معیار شرکت آزمودنیها در پژوهش، داشتن
معیارهای تشخیصی DSM-IV (۱۹۹۴)، انجمن
روانشناسی آمریکا) در مورد اختلال وابستگی به
مواد بود. جدول ۱ ویژگیهای بالینی و خانوادگی
آزمودنیها را نشان می‌دهد. میانگین سنی
آزمودنیهای پژوهش ۲۶/۹ (انحراف معیار ۳/۹۹ و
دامنه ۲۱-۳۵ سال)، میانگین سن شروع مصرف
مواد ۱۹ سال (انحراف معیار ۱/۱۷، با دامنه
۱۷-۲۲ سال) و میانگین سن شروع اعتیاد، ۲۲/۹
(با انحراف معیار ۱/۹۴ و دامنه
۲۰-۲۷ سال) بوده است.

برای گردآوری داده‌ها در مرحله نخست با
بررسی ویژگیهای فردی و خانوادگی آزمودنیها
به کمک تکمیل پرسشنامه اختلال کاربرد نابجای
مواد و اجرای مصاحبه با خانواده آغاز شد. پس
از بررسیهای مقدماتی تشخیصی و بالینی،
جلسه‌های خانواده درمانگری سیستمی و شناخت
درمانگری تحلیلی با فاصله یک هفته تا ۴ جلسه
ادامه یافت. ابزار به کار برده شده در این پژوهش
به شرح زیر بود:

پرسشنامه اختلال کاربرد نابجای مواد: این
پرسشنامه دارای پرسشهایی در زمینه ویژگیهای
جمعیت شناختی آزمودنیها (از جمله سن،
وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و شغل)، نوع
مواد، میزان مصرف، مدت مصرف، اقدامات قبلی

برای ترک مواد مخدر مورد استفاده آنها و
پیامدهای کاربرد مواد است.

مصاحبه بالینی: این مقیاس یک مصاحبه نیمه
ساخت دار است که با الهام از مصاحبه بالینی
خانوادگی کینستن^۱ و لودر^۲ (۱۹۸۴) و بر پایه
اصول مصاحبه گری سیستمی تدوین شده است.
این مصاحبه با هدف آشکارسازی الگوی تعامل
درون سیستمی، اعضای خانواده را به تعاملهای
خودخواسته برمی‌انگیزد. مجموعه‌ای از پرسشها،
این فرصت را در اختیار اعضای خانواده قرار
می‌دهند تا نگرشها، شباهت‌ها، تفاوت‌ها،
تعارضها، نقش‌ها، مسئولیت‌ها، درجات استقلال و
وابستگی، مشکلات، راه حل‌ها، سلسله مراتب،
مرزها، ائتلاف‌ها، فاصله‌ها، رابطه‌ها و تعامل‌های
درون خانوادگی را توصیف کنند. این مقیاس در
راستای دو محور اصلی فاصله و سلسله مراتب،
زیر مقیاسهای فزون حمایتگری، تعارض و اعتماد
به نفس (خود)^۳ و اقتدارگرایی اعضای خانواده را
می‌سنجد.

یافته‌ها

ویژگیهای بالینی و خانوادگی آزمودنیها نشان
می‌دهند که ۵۸٪ از معتادان (۱۴ نفر) بدون پدر و
۸/۳٪ (۲ نفر) بدون مادر، ۳۳/۳٪ (۸ نفر) با پدر و
مادر خود زندگی می‌کنند. وضعیت اقتصادی
۴۵/۸٪ خانواده‌ها (۱۱ نفر) ضعیف؛ ۳۳/۳٪ (۸
نفر) متوسط و ۲۰/۸٪ (۵ نفر) خوب تا عالی
است (جدول ۱).

1- Kinston

2- Loader

3- self-confidence

جدول ۱- ویژگیهای بالینی و جمعیت شناختی افراد مبتلا به اختلالهای مصرف مواد

متغیر	متغیر	فراوانی	درصد
اقدامات درمانی قبلی	-	۱۷	۷۱
	-	۷	۲۹/۲
زندگی همراه با	مادر	۱۴	۵۸
	پدر	۲	۸/۳
	پدر و مادر	۸	۳۳/۳
وضعیت اقتصادی	همسر	۳	۱۲/۵
	ضعیف	۱۱	۴۵/۸۳
	متوسط	۸	۳۳/۳
	عالی	۶	۲۰/۸۳
وضعیت تحصیلی	بالاتر از دیپلم	۴	۱۶/۷
	دیپلم	۷	۲۹/۱۶
	زیر دیپلم	۱۳	۵۴/۱۶
وضعیت شغلی	بیکار	۸	۳۳/۳
	پاره وقت	۱۳	۵۴/۱۶
وضعیت تأهل	محصل	۳	۱۲/۵
	مجرد	۱۹	۷۹
	متاهل	۳	۱۲/۵
	مطلقه	۲	۸/۳

مقایسه دو گروه بر حسب نمره اعتماد به نفس (خود) آزمودنی ها نشان داد که میانگین نمره اعتماد به نفس (خود) گروه اول (انحراف معیار = ۱/۰۹ و میانگین = ۴/۱۴) از گروه دوم (انحراف معیار = ۱/۰۳ و میانگین = ۳/۷۵) بیشتر بود، اما تفاوت میانگینها از نظر آماری معنی دار نبود.

با توجه به ناهمگن بودن گروه دوم از نظر وضعیت اقتصادی آزمودنیهای سه گروه اقتصادی ضعیف، متوسط و عالی بر حسب نمره اعتماد به نفس مقایسه شدند. نتایج نشان داد که تفاوت میانگین نمره اعتماد به نفس (خود) در اعضای گروههای اول و سوم (ضعیف و عالی) از نظر آماری معنی دار نیست. اما تفاوت میانگین نمره اعتماد به نفس (خود) گروه دوم با هر یک از این دو گروه

نتایج تحلیل واریانس (MANOVA) برای مقایسه دو گروه آزمودنیهایی که تنها با مادر زندگی می کنند و آزمودنیهایی که با پدر و مادر هر دو زندگی می کنند در مورد متغیرهای فزون حمایتگری مادر، سن شروع نخستین تجربه های مصرف مواد، سن اعتیاد به مواد و حرمت خود نشان داد که بین دو گروه در سه متغیر نخست ($P < 0/01$) تفاوت معنی دار وجود دارد. (فزون حمایتگری مادر: $P < 0/01$ و $df = 1 و 20$ و $F = 8/85$; سن اعتیاد: $P < 0/001$ و $df = 1 و 20$ و $F = 26/1$; سن شروع: $P < 0/01$ و $df = 1 و 20$ و $F = 6/91$). مادران گروه اول بیش از مادران گروه دوم نسبت به فرزندان حمایتگر بوده اند و سن شروع مصرف مواد و سن اعتیاد در گروه اول پایین تر از گروه دوم می باشد (جدول ۲).

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس نمرات آزمودنیهایی که تنها با مادر زندگی کرده‌اند و آزمودنیهایی که با پدر و مادر زندگی کرده‌اند در مورد متغیرهای بالینی و خانوادگی

منبع	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
فزون حمایتگری مادر	۴/۹۱	۱/۲۰	۴/۹۱	۸/۸۵	۰/۰۰۷
سن شروع مصرف مواد	۷/۹۵	۱/۲۰	۷/۹۵	۶/۹۱	۰/۰۱
سن اعتیاد	۳۸	۱/۲۰	۳۸	۲۶/۱	<۰/۰۰۱
اعتماد به نفس (خود)	۰/۷۸	۱/۲۰	۰/۷۸	۰/۶۷	N.S.

خانوادگی، فزون حمایتگری پدر و مادر و وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده ارتباط دارند. این یافته‌ها با یافته‌های سایر پژوهشها (جانسون و پندینا، ۱۹۹۱، نیدل و همکاران، ۱۹۹۰، نیوکام و بتسلر، ۱۹۸۸a، ۱۹۸۸b) همسویی دارند. چند تبیین احتمالی در مورد نقش فزون حمایتگری والدین، به ویژه فزون حمایتگری مادر در نبود پدر، مطرح می‌شود. نخستین احتمال این است که در نبود پدر، حمایت‌های بیشتر و جبرانی مادر وابستگی‌های کودک را تقویت می‌کند و تحول به‌سبب فرآیند جدایی - استقلال را مختل می‌سازد. این پدیده به خودی خود در سنین استقلال و مسئولیت‌پذیری، زمانی که فشار چشمداشتهای خانواده و اجتماع افزون می‌شود، فرد را شدیداً آسیب‌پذیر می‌سازد. وابستگی به مواد یکی از پاسخهای وی به این فشارها می‌باشد. پاسخی که فرد را هرچند به صورت زودگذر به آرامش پیش‌تر تجربه شده در سایه فزون حمایتگری‌های مادر می‌رساند. این فرض با تبیین‌های نوین روان‌پویشی در مورد نقش کنش تعادلی وابستگی به مواد در بازگرداندن تعادل روانشناختی به هنگام رویارویی با این فشارها نیز همخوانی دارد (برم^۱ و کانتزیان^۲، ۱۹۹۷).

معنی‌دار بود (با گروه اول: $P < 0/02$ و $df=10$ و $F=7/10$ ؛ با گروه سوم: $P < 0/001$ و $df=10$ و $F=15/98$).

آزمون همبستگی پیرسون بین نمره‌های فزون حمایتگری مادر و اعتماد به نفس (خود) آزمودنی‌ها در گروه‌های سه‌گانه اقتصادی بین این دو متغیر در گروه اقتصادی ضعیف همبستگی مثبت معنی‌دار نشان داد ($r=0/65$ و $P < 0/05$)، اما در دو گروه دیگر همبستگی دو متغیر معنی‌دار نبود.

نتایج آزمون همبستگی پیرسون همچنین نشان داد که بین نمره فزون حمایتگری مادر با سن شروع مصرف مواد ($r=0/45$ و $P < 0/05$) و سن اعتیاد آزمودنیها ($r=0/52$ و $P < 0/01$) همبستگی منفی معنی‌دار وجود دارد. فزون حمایتگری مادر با سن پایین‌تر شروع مصرف مواد و اعتیاد ارتباط داشت.

ضریب‌های همبستگی پیرسون میان نمره‌های آزمودنیها در مقیاس تعارض والدین با اعتماد به نفس (خود)، سن شروع مصرف مواد و سن اعتیاد فرزندان نشان داد که تعارض والدین با هیچیک از این متغیرها رابطه معنی‌دار ندارد.

بحث

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که اختلال‌های مصرف مواد با کیفیت روابط

احتمال دوم این است که فزون حمایتگری‌های مادر در نبود پدر صرفاً ماهیتی جبرانی ندارند، بلکه به منزله نیازها و چشمداشت‌های شخصی مادر و نشانگر نیاز وی به کودک به عنوان یک جانشین پدر است. این چشمداشت نیز فشار روانی زودهنگامی را به کودک تحمیل می‌کند که می‌تواند واکنشی در برابر آن باشد. وابستگی به موادساز و کاری است برای انکار ناکارآمدی و ناتوانی شخصی (میلر و گلد^۱، ۱۹۸۹)؛ و کوششی برای برقراری مجدد تعادل روانشناختی (برم و کانزیان، ۱۹۹۷).

این شیوه تبیین که سازوکارهای تأثیرگذاری فزون حمایتگری پدر و مادر را بر اختلالهای مصرف مواد فرزندان بررسی می‌کند با یافته‌های مربوط به آن دسته از آزمودنیها که با پدر و مادر هر دو زندگی می‌کنند و از وضعیت اقتصادی عالی برخوردار هستند نیز همسویی دارد. نبود همبستگی معنی‌دار میان فزون حمایتگری مادران و اعتماد به نفس (خود) فرزندان در این دسته از آزمودنیها در تأیید این تبیین است.

میزان کشمکش میان پدر و مادر، کمترین همبستگی را با اعتماد به نفس (خود) و همچنین با سن شروع مصرف مواد و اعتیاد فرزندان نشان می‌دهد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در سایه متغیرهای تعیین کننده و مهمی مانند فزون حمایتگری والدین و وضعیت اقتصادی - اجتماعی از یک سو و شمار اندک آزمودنیهایی که با پدر و مادر هر دو زندگی کرده‌اند (یک سوم نمونه پژوهش) از سوی دیگر، کمتر امکان بروز تأثیرات کشمکش‌های پدر و مادر بر اعتماد به نفس (خود) کودک به وجود می‌آید. همین احتمال، تفاوت این یافته با یافته‌های پژوهشهای

پیشین را مبنی بر وجود همبستگی میان کشمکش‌های پدر و مادر و اختلالهای مصرف مواد را توجیه می‌کند.

به طور کلی یافته‌های بررسی حاضر نشان داد که فراتر از آنچه به عنوان نقش مؤثر متغیرهای خانوادگی از جمله مصرف مواد در والدین (نوع مصرف مواد در والدین، بازخورد والدین در مورد مواد، رفتار کنترل والدین در مورد مواد مانند آن) و سایر رفتارهای پدر و مادر و خانواده (مدیریت ضعیف، تعارض خانوادگی، پیوندهای ناپایدار و مانند آن) بر اختلالهای مصرف مواد مطرح شده است. این متغیرها از زاویه‌های دیگر نیز بر پدیدآیی اختلالهای مصرف مواد تأثیر می‌گذارند. اعتماد به نفس (خود) کاذب، خواه دستاورد فزون حمایتگریهای مادر باشد، خواه دستاورد بازخوردها و چشمداشت‌های خانواده و اجتماع، یا برخاسته از توانمندیهای اقتصادی - اجتماعی خانواده، یکی از مکانیسم‌های اصلی پدید آیی اختلالهای مصرف مواد به شمار می‌رود. این یافته جایگاه و اهمیت نقش متغیرهای خانوادگی را در گرایش به این مشکل مهم اجتماعی نشان می‌دهد. در این راستا بررسی در زمینه راهبردهای پیشگیری متمرکز بر متغیرهای خانوادگی تأثیرگذار بر اختلالهای مصرف مواد و راهکارهای درمانی مبتنی بر رویکردهای سیستمی (خانواده درمانگری سیستمی) نقش مهمی در زمینه پیشگیری و درمان گرایش به کاربرد نابجای مواد به ویژه در جوانان خواهد داشت. نداشتن ابزار سنجش استاندارد شده، نبود گروه گواه و کوچک بودن حجم نمونه با دامنه سنی محدود از جمله محدودیتهای این پژوهش هستند.

منابع

- American Psychiatric Association (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4th ed.). Washington, DC: A.P.A.
- Brehm, N. M., & Khantzian, E. J. (1997). Psychodynamics. In J. H. Lowinson, R. Ruiz, R. B. Millman, & J. G. Langrod (Eds.). **Substance abuse: A comprehensive textbook**. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse problems. **Psychological Bulletin**, 112, 64-105.
- Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). **Problem behavior and psychosocial development**. New York: Academic Press.
- Johnson, V., & Pandina, R. J. (1991). Effects of the family environment on adolescent substance use delinquency, and coping styles. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, 17, 71-88.
- Kandel, D. B. (1980). Drug and drinking behavior among youth. **Annual Review of Sociology**, 6, 235-285.
- Kinston, W., & Loader, P. (1984). Eliciting whole-family interaction with a standardized clinical interview. **Journal of Family Therapy**, 6, 347-363.
- Lettieri, D. J. (1985). Drug abuse: A review of explanations and models of explanation. **Advances in Alcohol and Substance Abuse**, 4, 9-40.
- Miller, N. S., & Gold, M. S. (1989). Suggestions for changes in DSM-III-R criteria for substance use disorders. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, 15, 223-230.
- Needle, R. H., Su, S. S., & Doherty, W. J. (1990). Divorce, remarriage, and adolescent substance use: A prospective longitudinal study. **Journal of Marriage and the Family**, 52, 157-169.
- Newcomb, M. D. (1992). Substance abuse and control in the United States: Ethical and Legal issues. **Social Science and Medicine**, 35, 471-479.
- Newcomb, M. D. (1995). Identifying high – risk youth: Prevalence and patterns of adolescent drug abuse. In E. Rahdert, D. Czechowicz, & I. Amsel (Eds.). **Adolescent drug abuse: Clinical assessment and therapeutic intervention**. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1988a). Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study. **Journal of Abnormal Psychology**, 97, 64-75.
- Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1988b). The impact of family context, deviant attitudes, and emotional distress on adolescent drug use: Longitudinal latent variable analyses of mothers and their children. **Journal of Research in Personality**, 22, 154-176.
- Newcomb, M. D., & Harlow, L. L. (1986). Life events and substance use among adolescents: Mediating effects of perceived loss of control and meaninglessness in life. **Journal of Personality and Social Psychology**, 51, 564-577.
- Newcomb, M. D., & Richardson, M. A. (2000). Substance use disorders. In M. Hersen, R. T. Ammerman (Eds.), **Advanced abnormal child psychology**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Richardson, M. A. (1993). **Psychological predictors and consequences of recent drug use among anglo and hispanic children and adolescents: An evaluation of social development theory**. Unpublished doctoral dissertation, University of California, Los- Angeles.