

دانش و پژوهش

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

علوم تربیتی و روان‌شناسی

شماره هفتم - بهار ۱۳۸۰

صص ۲۰-۱

مقایسه ویژگیهای روانی و روابط زناشویی معتادان و غیرمعتادان با همسران آنها

مشکران: محسن گل پرور* - حسین مولوی**

رتال جامع علوم انسانی

چکیده

این پژوهش با روش علی-مقایسه‌ای و با هدف مقایسه ویژگیهای روانی و روابط زناشویی معتادان و غیرمعتادان و همسران آنها انجام شده است. به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، ۱۰۰ نفر معتاد به همراه همسران آنها (۱۰۰ نفر معتاد، ۱۰۰ نفر همسران آنها) که از مرکز ترک سرپایی اعتیاد شهر اصفهان به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند با ۱۰۰ زوج غیرمعتاد (۱۰۰ نفر مرد و ۱۰۰ نفر همسران آنها) به صورت چند مرحله‌ای از سطح شهر اصفهان نمونه‌گیری شدند و پس از اجرای پرسشنامه‌های سلامت عمومی (GHQ) و خرده مقیاس خصومت و پرخاشگری SCL-90-R و پرسشنامه باورهای مربوط به روابط زناشویی (RBI) در مورد آنها با یکدیگر مقایسه شدند. در این پژوهش از تحلیل مانوا و ضریب همبستگی به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش و از تحلیل تمایزات برای پیش‌بینی عضویت گروهی

*- دانشجوی دوره دکتری روان‌شناسی و عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان.

** - دانشیار دانشگاه اصفهان.

معتاد و غیرمعتاد استفاده شده است. نتایج تحلیل مانوا نشان داد که تفاوت معتادان و همسران آنها از غیرمعتادان و همسران‌شان در نشانه‌ها و شکایات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسایی عملکرد اجتماعی، افسردگی و خصومت و پرخاشگری معتادان است. تحلیل مانوای انجام شده بر روی گروه معتادان و غیرمعتادان و همسران گروه معتاد و غیرمعتاد در باورهای مربوط به روابط زناشویی نیز تفاوت معتاداری را نشان داد. به عبارتی معتادان و همسران آنها، هم نشانه‌هایی از آشفتگی روانی را نشان دادند و هم در روابط زناشویی از باورهای غیرمنطقی برخوردار بودند. کلید واژه‌ها: اعتیاد، معتادان خودمعرف، همسران افراد معتاد، ویژگیهای روانی، روابط زناشویی

مقدمه

اعتیاد به‌عنوان یکی از معضلات کنونی اغلب جوامع دنیا از دیدگاههای گوناگون روانکاو، زیستی- فیزیولوژیک، یادگیری، شناختی و فرهنگی- اجتماعی مورد توجه و تعبیر و تفسیر قرار گرفته است. محدودیت تعابیر مطرح شده در هر یک از دیدگاهها، بستر اصلی پدید آبی نگرش چند عاملی به اعتیاد بوده، به تریبی که تأکید می‌شود اعتیاد به‌عنوان پدیده زیستی، روانی، اجتماعی با عوامل گوناگون تعامل و رابطه‌ای دوسویه دارد. از دید برخی از روان‌شناسان کلاسیک، معتادان به‌عنوان افرادی دچار اختلال شخصیت معرفی می‌شدند (ویتگ ۱۹۷۹، ص ۲۶۸ و لیندزی و پاول^۱ ۱۳۷۷، ص ۵۷۸)؛ ولی نتایج و یافته‌های پژوهشهای جدید مؤید این نظریه نیست. بر اساس این پژوهشها، معتادان دارای شخصیت اعتیادگرای یگانه‌ای نیستند و از الگوهای روانی- شخصیتی ناهمگنی تبعیت می‌کنند (آزاد ۱۳۷۷ و بوتزین و همکاران ۱۹۹۳ و والر و ماهونی^۲ ۱۹۹۹). با وجود این معتادان در مقایسه با گروههای همگن غیرمعتاد، اغلب نشانه‌هایی از افسردگی،^۳ اضطراب،^۴ خود بیمارینداری،^۵ ناسازگاری اجتماعی،^۶ تکانشی و پرخاشگر بودن و باورهای غیرمنطقی را دارا هستند. (نریمانی ۱۳۷۷، امینی خوبی ۱۳۷۷).

1- Lindsay and powel

2- Waller and Mahoney

3- Depression

4- Anxiety

5- Hypochondria

6- Sociat maladjustment

گسپ و روی (۱۹۷۶) در بررسیهایی که بر روی نمونه‌های بالینی معتادان در بیمارستانهای انگلستان انجام دادند پی بردند که معتادان در خصوص انحراف جامعه‌سنجی از آزمون MMPI و یکدندگی در مقیاس P پرسشنامه شخصیت آیزنک نمرات بالاتری به دست آوردند.

شایسته (۱۳۷۵) در تحقیقی که بر روی ۱۶۶ نفر، ۸۳ نفر معتاد از مرکز بازپروری مهیار اصفهان و ۸۳ نفر غیرمعتاد با استفاده از آزمون MMPI، برخی نتایج را بدین شرح گزارش نموده است: نمرات بالاتر افراد معتاد در مقیاسهای جامعه‌رنجوری، افسردگی، خودبیماری‌پنداری، خستگی روانی، هیستری و مقیاس F از گروه غیرمعتاد تفاوت معناداری داشت؛ ولی در مقیاسهای پارانویا، اسکیزوفرنی، مانیا و مقیاس L و K تفاوت معناداری به دست نیامد.

عملکرد خانواده و روابط حاکم بر آن، بستری برای گرایش افراد خانواده به اعتیاد و اعتیاد یکی از اعضای خانواده نیز عامل فشارآور بالقوه‌ای است که می‌تواند دیگر اعضای خانواده را به نحو نامطلوبی تحت فشار قرار دهد (چیریلو و همکاران^۱ ۱۳۷۸، کارلسون و همکاران^۲ ۱۳۷۸).

کانون اصلی فشارهای حاصل از اعتیاد مردان متأهل، همسر و فرزندان آنها هستند. مطابق تحقیقات اورفورد و گاتریز (۱۹۷۵)، گورمن و رونی (۱۹۸۹) و تفنگچی (۱۳۵۲) همسران افراد معتاد برای مبارزه با اعتیاد شوهر از راهبردهای مقابله‌ای گوناگون مانند اجتناب‌شناختی، تلاش برای فرار فکری از مشکل، مواجهه فعال با همسر، تهدید به ترک و یا طلاق استفاده می‌کنند.

اشلسینگر و هوربرگ (۱۹۸۸) نیز مراحل سه‌گانه خشم، تلاش و توانمندسازی را مطرح ساخته، اشاره می‌کنند که خانواده‌های افراد معتاد، به‌خصوص همسر و فرزندان آنها غالباً در مقابل اعتیاد پدر و یا شوهر خشمگین می‌شوند و به تدریج بعد از توسل به راهبردهای مقابله‌ای سعی در سازگاری با شرایط موجود می‌کنند.

علاوه بر پیامدها و تبعات اعتیاد، متغیرهای موقعیتی از قبیل وضعیت اشتغال زنان، فقدان روابط صمیمانه خانوادگی، یکنواختی زندگی، تعداد فرزندان، وضعیت

درآمد و بیکاری همسر معتاد منجر به خصومت، پرخاشگری و همسرآزاری و روابط مختل زناشویی می‌شود. اعتیاد شوهر غالباً باعث برهم خوردن نقش‌ها و وظایف خانوادگی شده، این امر می‌تواند بر بار مسؤلیت زنان خانه‌دار بیفزاید و آنها را تحت فشار قرار دهد. به‌علاوه صرف هزینه برای تهیه و مصرف مواد و یا بیکاری که ناشی از کاهش توانایی انجام کار در افراد معتاد است، مشکلات مالی عدیده‌ای برای خانواده‌ها پدید می‌آورد.

به گفته کاروانو (۱۹۹۵) «هنگامی که فرد معتاد از طرف همسر و یا فرزندان برای ترک و یا جلوگیری از مصرف مواد مخدر تحت فشار قرار می‌گیرد، جلوه‌های کلامی و غیرکلامی پرخاشگری را نشان می‌دهد». روابط زناشویی نیز تغییری چند عاملی است که شامل ابعاد فیزیولوژیک و جسمانی، روانی، اجتماعی و روحی و معنوی است (بلاچ،^۱ ۱۳۷۰). اختلال در هر یک از ابعاد چهارگانه فوق می‌تواند بنیان روابط زناشویی را سست نماید. معتادان اغلب در بعد فیزیولوژیک و جسمی دچار افت انگیزش جنسی هستند (یاندولی و همکاران ۱۹۸۹). افسردگی، اضطراب، اختلال شخصیتی معتادان نیز می‌تواند زمینه را برای برهم زدن تعادل روانی همسران آنها پدید آورد. این مسأله با توجه به نتایج تحقیقاتی که بر روی زوج‌های دچار مشکل در روابط زناشویی انجام شده، استنباط گردیده است (هگنل و کریتمن ۱۹۷۴، اسپیگلر و گوورمونت ۱۹۹۸).

آقابخشی (۱۳۷۶) در مطالعه‌ای که به‌منظور سنجش تأثیر اعتیاد بر همسر و فرزندان خانواده روی ۱۰۰ نفر معتاد و خانواده‌های آنها در مناطق گوناگون شهر تهران انجام داده، بدین نتایج دست یافته است که: اعتیاد در خانواده، به‌خصوص اعتیاد پدر، بر نقش حمایتی خانواده تأثیر گذاشته و در ۹۲/۵ درصد موارد اختلاف، و افت عملکرد خانواده را باعث شده و در ۸۷ درصد موارد نیز روابط بین اعضای خانواده را دچار اختلال نموده است.

أفارل^۲ (۱۹۹۵) در یک مطالعه موردی که با طرح آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی یک زوج که شوهر معتاد بود، انجام داد نتایج خود را قبل از اجرای آزمایش (درمان) این چنین بیان می‌کند: هم شوهر و هم همسر از نظر پریشانی هیجانی

(شامل اضطراب، افسردگی و خصومت) در دامنه خیلی شدید قرار داشتند و از لحاظ نمرات مقیاس سازگاری زناشویی در دامنه زوج‌های ناخرسند بودند (به نقل از لاست و هرسن ۱۳۷۸، صص ۱۰۹-۸۷). بر همین مبنا و با توجه به مقدمات بیان شده، همان‌گونه که هرسن و ترنر^۱ نیز (۱۳۷۶) بیان کرده‌اند، در کنار اعتیاد شناسایی و توجه به دیگر مشکلات معتادان مثل افسردگی، اضطراب، خودبیماری‌پنداری و... برای کارآمدتر ساختن درمان و پیشگیری از بازگشت، امری حیاتی است. در عین حال توجه به همسران افراد معتاد که تحقیقات چندی نشان می‌دهد، دچار کمبود اعتماد به نفس، افسردگی، اضطراب، خصومت و پرخاشگری هستند، برای مهیا ساختن زمینه‌های بهبودبخشی شرایط زندگی و روابط زناشویی معتادان و خانواده‌های آنها امری اجتناب‌ناپذیر است. بنابراین اهداف پژوهش حاضر بدین قرار است:

- ۱- مقایسه و تعیین تفاوت ویژگیهای روانی معتادان با غیرمعتادان.
- ۲- مقایسه و تعیین تفاوت ویژگیهای روانی همسران افراد معتاد با همسران افراد غیرمعتاد.
- ۳- مقایسه و تعیین تفاوت روابط زناشویی (مبتنی بر باورها) افراد معتاد با افراد غیرمعتاد.
- ۴- مقایسه و تعیین تفاوت روابط زناشویی (مبتنی بر باورها) همسران افراد معتاد با همسران افراد غیرمعتاد.

فرضیه‌های پژوهش نیز به شرح زیر تنظیم گردیده است:

- ۱- میان ویژگیهای روانی (در این پژوهش شامل نشانه‌ها و شکایات جسمانی، اضطراب، نارسایی عملکرد اجتماعی، افسردگی، خصومت و پرخاشگری بوده است) معتادان و غیرمعتادان تفاوت معناداری وجود دارد.
- ۲- میان ویژگیهای روانی همسران افراد معتاد با همسران افراد غیرمعتاد تفاوت معناداری وجود دارد.
- ۳- میان باورهای مربوط به باورهای زناشویی معتادان و غیرمعتادان تفاوت معناداری وجود دارد.
- ۴- میان باورهای مربوط به روابط زناشویی همسران افراد معتاد با همسران افراد غیرمعتاد تفاوت معناداری وجود دارد.

روش پژوهش

روش این پژوهش توصیفی - تحلیلی و نوع آن علی - مقایسه‌ای یا پس‌رویدادی است.

جامعه آماری، حجم و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری گروه معنادان شامل کلیه کسانی بوده که همراه همسر خود به مرکز ترک سرپایی اعتیاد وابسته به سازمان بهزیستی استان اصفهان و از ابتدای مهرماه ۱۳۷۸ تا پایان دی‌ماه ۱۳۷۸ مراجعه کردند. تعداد تقریبی معنادانی که به همراه همسر خود در طول ۴ ماه مطالعه به مرکز مراجعه نمودند، ۲۵۰ زوج (۲۵۰ نفر شوهر معناد و ۲۵۰ نفر همسران آنها) بوده است. از بین این ۲۵۰ زوج مراجعه‌کننده، ۱۰۰ زوج (۱۰۰ معناد و ۱۰۰ نفر همسران آنها) که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند، مورد آزمون قرار گرفتند. جامعه آماری گروه غیرمعناد نیز شامل کلیه مردان متأهل و همسران آنها در شهر اصفهان بود. ابتدا به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای از روی نقشه شهر اصفهان، ۱۰ منطقه شهری انتخاب، سپس از بین زوج‌های ساکن در خیابانهای ۱۰ منطقه، ۱۰۰ زوج غیرمعناد (۱۰۰ شوهر و ۱۰۰ نفر همسران آنها) به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند.

ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات

الف - پرسشنامه سلامت عمومی یا GHQ^۱: این پرسشنامه را که در سال ۱۹۷۲ گلدبرگ^۲ تهیه کرده دارای ۲۸ سؤال و از چهار زیرمقیاس، نشانه‌ها و شکایات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی تشکیل شده است (استورا^۳ ۱۳۷۷). در عین حال برای سنجش خصومت و پرخاشگری از خرده‌مقیاس خصومت و پرخاشگری SCL-90-R که شامل ۶ سؤال بوده استفاده شده است. ضریب آلفای کرونباخ^۴ برای کلیه زیرمقیاسهای پرسشنامه GHQ و خرده‌مقیاس خصومت و پرخاشگری SCL-90-R در این پژوهش برای گروههای شوهران و همسران ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ به دست آمد.

1- General Health Questionnaire

2. Goldberg

3. Stora

4- choronbach's Alpha coefficient

ب: پرسشنامه باورهای مربوط به روابط زناشویی یا RBI^۱: این پرسشنامه شامل ۴۰ سؤال است که آیدلسون و اپستاین^۲ برای سنجش روابط زناشویی نابسامان طراحی کرده و ساخته‌اند. ۸ سؤال مربوط به مسائل جنسی به دلیل مسائل اجتماعی-فرهنگی از فرم ترجمه شده پرسشنامه حذف گردید که به این ترتیب ۳۲ سؤال باقی ماند. در این مطالعه پس از حذف سؤالات ۲، ۴، ۶، ۱۵، ۱۶ ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ تا ۰/۸۷ برای دو گروه شوهران و همسران به دست آمد.

ج: پرسشنامه ویژگیهای جمعیت‌شناختی: شامل تعدادی سؤال در زمینه سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، تعداد فرزندان، وضعیت مسکن، میزان درآمد ماهیانه و... معنادان و غیرمعنادان و همسران آنها بوده است.

د: مصاحبه: به منظور آشنایی مقدماتی و ارائه توضیحات برای رفع ابهامات پاسخ‌دهندگان به پرسشنامه‌ها از روش مصاحبه نیز استفاده به عمل آمد. در مواردی که افراد نمونه از سواد لازم جهت پاسخگویی به سؤالات برخوردار نبودند هر پرسش به همراه پاسخ آن برای شرکت‌کنندگان خوانده می‌شد و پاسخ آنها در فرم پرسشنامه‌ها ثبت می‌گردید.

روشهای تحلیل داده‌ها

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل مانوا^۳ و ضریب همبستگی^۴ استفاده شد. در این پژوهش متغیر مستقل عضویت گروهی (معتاد و غیرمعتاد)، متغیرهای وابسته، نمرات ویژگیهای روانی و باورهای مربوط به زناشویی و متغیرهای کنترل، شامل سن، تحصیلات، وضعیت مسکن، وضعیت و نوع اشتغال و روابط خانوادگی بوده است.

نتایج و بحث

نتایج و بحث مربوط به ویژگیهای روانی شوهران گروه معتاد و غیرمعتاد میانگین نمرات نشانه‌ها و شکایات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسایی عملکرد اجتماعی، افسردگی، خصومت و پرخاشگری شوهران معتاد و غیرمعتاد بعد از کنترل متغیرهای مداخله‌گر در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱ - میانگین نمرات ویژگیهای روانی شوهران معنادار و غیرمعنادار

ویژگیهای روانی	گروه معنادار		گروه غیرمعنادار	
	میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد
نشانه‌ها و شکایات جسمانی	۱۴/۶۸	۰/۵۴	۷/۲۱	۰/۵۴
اضطراب و بی‌خوابی	۱۳/۵۰	۰/۵۹	۷/۷۹	۰/۵۹
نارسایی عملکرد اجتماعی	۱۴/۶۰	۰/۴۵	۱۱/۷۸	۰/۴۵
افسردگی	۱۰/۲۳	۰/۵۶	۵/۳۹	۰/۵۶
خصومت و پرخاشگری	۶/۸۲	۰/۵	۴/۰۱	۰/۵

چنانکه در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات گروه شوهران معنادار در نشانه‌ها و شکایات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسایی عملکرد اجتماعی، افسردگی، خصومت و پرخاشگری از میانگین نمرات گروه شوهران غیرمعنادار بیشتر است. نتایج تحلیل مانوای انجام شده پس از مقایسه گروه معنادان با غیرمعنادان در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲ - نتایج تحلیل مانوای گروه شوهران معنادار و غیرمعنادار بر اساس نمرات ویژگیهای روانی

متغیر	مجموع مجذورات آزادی	درجه	واریانس	ضریب F	معنی‌دار بودن	میزان تفاوت آماری	توان
نشانه‌ها و شکایات جسمانی	۲۷۴۰/۳	۱	۲۷۴۰/۳	۹۶/۴۴	۰	۰/۳۳	۱
اضطراب و بی‌خوابی	۱۶۰۱/۵	۱	۱۶۰۱/۵	۴۵/۸۹	۰	۰/۱۹	۱
نارسایی عملکرد اجتماعی	۳۸۷/۸	۱	۳۸۷/۸	۱۸/۵۶	۰	۰/۰۸	۰/۹۹
افسردگی	۱۱۴۹/۳	۱	۱۱۴۹/۳	۳۶/۳۵	۰	۰/۱۵۶	۱
خصومت و پرخاشگری	۳۸۵/۲۲	۱	۳۸۵/۲۲	۱۶/۲۵	۰	۰/۰۷۷	۰/۹۸

نشانه‌ها و شکایات جسمانی شوهران: بر اساس یافته‌های جدول ۲ تفاوت بین نشانه‌ها و شکایات جسمانی شوهران معتاد و غیرمعتاد، با صد درصد اطمینان تأیید گردید. پژوهشهای رازی (۱۳۷۱)، شایسته (۱۳۷۵)، نریمانی (۱۳۷۷) مبنی بر اینکه نشانه‌ها و شکایات جسمانی را می‌توان معادل خودبیماری‌انداری و هیپوکندریا تلقی کرد با نتیجه پژوهش حاضر همسویی دارد. افراد معتاد ممکن است خود را به‌عنوان بیماری‌رانی تلقی کنند که نیاز جدی به توجه و مراقبت‌های پزشکی دارند. بر همین مبنا آنها اغلب به منظور تأیید نگرش بیمار بودن، نشانه‌ها و شکایات جسمانی بیشتری از خود بروز می‌دهند. همین‌طور معتادان سعی می‌کنند تا وضعیت خود را بدتر از آنچه هست جلوه دهند. این کار عموماً برای جلب همدردی و کمک بیشتر از دیگران صورت می‌گیرد. در عین حال، به نظر می‌رسد نشانه‌ها و شکایات جسمانی معتادان حاصل تعامل نگرش افراد معتاد به خود به‌عنوان بیمار و مبالغه‌آمیز جلوه دادن مشکلات خود برای کمک بیشتر باشد.

اضطراب و بی‌خوابی شوهران: تفاوت نمرات معتادان با غیرمعتادان در زیرمقیاس اضطراب و بی‌خوابی GHQ نیز با صد درصد اطمینان (جدول ۲) تأیید گردید. یافته‌های افشنگ (۱۳۶۵)، امینی‌خویی (۱۳۷۷)، نریمانی (۱۳۷۷) مبنی بر اینکه معتادان از علایم اضطراب و روان‌نژندی بالاتری برخوردارند، با یافته‌های این پژوهش همخوانی دارد. معتادان غالباً از نوعی باور اغراق‌آمیز و تعمیم یافته نسبت به خود و حوادث دنیای اطراف رنج می‌برند. در کنار این باورهای غیرمنطقی و اغراق‌آمیز، بی‌اعتمادی نسبت به تواناییهای خود در مقابله با مشکلات و به‌خصوص اعتیاد، منبع دیگری جهت افزایش اضطراب آنهاست. معمولاً معتادان دارای سوابق ترک ناموفق و یا ترس و نگرانی از مواجه شدن با علایم ترک می‌باشند. این احساس تردید، عدم اطمینان و درماندگی نسبت به موفقیت می‌تواند با بروز علایم اضطراب رابطه داشته باشد. در عین حال، احتمالاً اشتغال ذهنی برای تصمیم به ترک، در کنار تجربیات ناموفق قبلی در سنجش‌های روانی و بالینی معتادان منعکس می‌گردد و بدین ترتیب باعث افزایش نمرات اضطراب آنها می‌شود.

نارسایی عملکرد اجتماعی شوهران: تفاوت نمرات شوهران گروه معتاد و غیرمعتاد در زیرمقیاس نارسایی عملکرد اجتماعی GHQ (جدول ۲) با ۹۹ درصد اطمینان تأیید

گردید. یافته‌های پژوهشگران دیگر از جمله اخوت (۱۳۵۵) و سیگارلسون و گود جانسون (۱۹۹۶) مبنی بر سازگاری اجتماعی و جامعه‌پذیری پایین معتادان با یافته‌های این پژوهش همسویی دارد؛ ولی تحقیق هوگان و همکاران^۱ (۱۹۷۰) به نقل از ساراسون (۱۹۷۲) مبنی بر سازگاری اجتماعی بالای معتادان با نتایج این پژوهش همسویی ندارد. به نظر می‌رسد معتادان به دلیل ناتوانی در برقراری روابط عاطفی قادر به برقراری روابط سالم اجتماعی نمی‌باشند. به علاوه بخش اعظمی از نارسایی عملکرد اجتماعی معتادان به احساس خودکم‌بینی و بی‌کفایتی آنها باز می‌گردد. معتادان از روبه‌رو شدن با مشکلات روزمره زندگی از خود ناتوانی نشان می‌دهند. به این ترتیب با ادامه مصرف مواد مخدر به مرور احساس بی‌کفایتی و تنهایی آنها افزایش می‌یابد. در عین حال نارسایی عملکرد اجتماعی معتادان به احساس عمومی آنها درباره ناتوانی در تصمیم‌گیری، احساس نارضایتی از خود و زندگی، احساس غیرمؤثر بودن در امور و عدم کسب لذت از انجام فعالیتهای عادی و روزمره مربوط می‌باشد.

افسردگی شوهران: تفاوت میان نمرات افسردگی شوهران معتاد و غیرمعتاد با صددرصد اطمینان تأیید شد (جدول ۲). یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهشگران دیگر از جمله سیناپان و میلر (۱۹۹۷)، شایسته (۱۳۷۵) و نریمانی (۱۳۷۷) همخوانی دارد. مجموعه علائم احساس گناه، کمبود اعتماد به نفس، کاهش علاقه به امور روزمره، گوشه‌گیری و انزوا و در بسیاری موارد کناره‌گیری اجتماعی، تمایل به خودکشی و یا اقدام به آن در معتادان مشاهده می‌گردد. افسردگی معتادان در دیدگاه روانکاوی عارضه‌ای دیرپاست. معتادان در عین حال از منبع کنترل بیرونی تری نسبت به غیرمعتادان برخوردارند؛ یعنی علاوه بر اینکه دیگران و عوامل محیطی را برای مشکلات خود و از جمله اعتیاد دائماً مورد سرزنش قرار می‌دهند از احساس توانایی و کنترل کمی نسبت به وقایع اطراف و سرنوشت خویش برخوردارند. اعتماد به نفس پایین و خودکم‌انگاری در تعاملی تکرارشونده با محیط اطراف منجر به افزایش بی‌کفایتی، کاهش اعتماد به نفس و احساس گناه و شرم و در نهایت درماندگی و افسردگی آنها می‌گردد.

خصوصیت و پرخاشگری: تفاوت میان پرخاشگری و خصوصیت معتادان و غیرمعتادان با ۹۸ درصد اطمینان (جدول ۲) تأیید گردید. نتایج پژوهش حاضر با پژوهشهای گسپ و روی (۱۹۷۶)، نربمانی (۱۳۷۷) و دنیسون و همکاران (۱۹۹۷)، مبنی بر وجود پرخاشگری و خصوصیت در معتادان هماهنگی و همسویی دارد. تحمل پایین، تکانشی بودن، بی‌برنامگی و رفع آنی مشکلات از ویژگیهای معتادان است. پرخاشگری در معتادان ناشی از تحمل پایینی است که معمولاً در مقابله با مشکلات از خود نشان می‌دهند. بسیاری از افراد معتاد نیز احتمالاً در گروه افرادی با تیپ A جای می‌گیرند (سراج خرمی، ۱۳۷۷) که نشان‌دهنده وضعیت تکانشی و لحظه‌ای عمل کردن آنهاست. بسیاری از معتادان نیز در دوره‌های محرومیت و یا عدم دسترسی به مواد در برابر مسائل و مشکلات محیطی و ناکامی‌ها به نحو چشمگیری کم‌تحمل‌تر از همیشه می‌شوند. برخی دیگر نیز هنگام رودررویی با تهاجم اعضای خانواده نسبت به ضعف و نقصان شخصیتی به‌طور ناگهانی پرخاشگری نشان می‌دهند.

نتایج و بحث مربوط به ویژگیهای روانی همسران افراد معتاد با همسران افراد غیرمعتاد میانگین نمرات مربوط به ویژگیهای روانی همسران گروه معتاد و غیرمعتاد پس از کنترل متغیرهای مداخله‌گر در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳ - میانگین نمرات مربوط به ویژگیهای روانی همسران افراد معتاد و غیرمعتاد

ویژگیهای روانی	گروه معتاد		گروه غیرمعتاد	
	میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد
نشانه‌ها و شکایات جسمانی	۱۴/۲۶	۰/۶۱	۹/۶۴	۰/۶۱
اضطراب و بی‌خوابی	۱۴/۵۹	۰/۵۸	۸/۲۲	۰/۵۸
نارسایی عملکرد اجتماعی	۱۳/۲۳	۰/۴۴	۱۱/۴۳	۰/۴۴
افسردگی	۱۲/۳۵	۰/۶۱	۵/۹۹	۰/۶۱
خصوصیت و پرخاشگری	۷/۲۳	۰/۴۵	۳/۰۸	۰/۴۵

جدول ۴- نتایج تحلیل مانوای همسران افراد معتاد و غیرمعتاد بر اساس ویژگیهای روانی

متغیر	مجموع مجدورات آزادی	درجه	واریانس	ضریب F	معنی‌دار بودن	میزان تفاوت	توان آماري
نشانه‌ها و شکایات جسمانی	۱۰۴۶/۴۹	۱	۱۰۴۶/۴۹	۲۷/۸۶	۰	۰/۱۲۴	۱
اضطراب و بی‌خوابی	۱۹۸۶/۳۷	۱	۱۹۸۶/۳۷	۵۸/۸۵	۰	۰/۲۳۱	۱
نارسایی عملکرد اجتماعی	۱۵۷/۵۱	۱	۱۵۷/۵۱	۸/۲	۰	۰/۰۴	۰/۸۱۴
افسردگی	۱۹۷/۶۲	۱	۱۹۷۹/۶۲	۵۳/۲۳	۰	۰/۲۱۴	۱
خصومت و پرخاشگری	۸۴۷/۲۶	۱	۸۴۷/۲۶	۴۲/۲۴	۰	۰/۱۷۷	۱

مطابق با یافته‌های جدول ۳، میانگین نمرات نشانه‌ها و شکایات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسایی عملکرد اجتماعی، افسردگی، خصومت و پرخاشگری همسران افراد معتاد از همسران افراد غیرمعتاد بیشتر است. نتایج تحلیل مانوای همسران افراد معتاد و همسران افراد غیرمعتاد بر اساس ویژگیهای روانی در جدول ۴ ارائه شده است.

نشانه‌ها و شکایات جسمانی همسران: تفاوت نمرات نشانه‌ها و شکایات جسمانی همسران افراد معتاد و غیرمعتاد با صددرصد اطمینان (جدول ۴) تأیید گردید. همسران افراد معتاد نسبت به همسران افراد غیرمعتاد از احساس کسالت، بیماری و کم‌انرژی بودن و برخی دیگر از نشانه‌ها و شکایات جسمانی مثل سردرد رنج می‌برند. این وضعیت ممکن است حاصل تعامل پیچیده اعتیاد شوهر با عوامل موقعیتی و اجتماعی زنان باشد. در بسیاری از خانواده‌ها، اعتیاد شوهر تأثیرات نامطلوبی در عرصه‌های گوناگون زندگی گذاشته است. همسران افراد معتاد، بر اثر فشارهای اقتصادی، اجتماعی و روان‌شناختی برخی نشانه‌ها و شکایات جسمانی، خستگی و ضعف نشان می‌دهند. همچنین به نظر می‌رسد همسران افراد معتاد نیز به‌منظور جلب همدردی و کمک بیشتر جهت رفع مشکل اعتیاد شوهر، به نوعی ناخواسته تلاش می‌نمایند تا وضعیت سلامت جسمانی خود را وخیم‌تر از آنچه که هست جلوه دهند.

اضطراب و بی‌خوابی همسران: تفاوت نمرات اضطراب و بی‌خوابی (براساس زیرمقیاس GHQ) همسران افراد معتاد و همسران افراد غیرمعتاد با صددرصد اطمینان (جدول ۴) مورد تأیید قرار گرفت. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های آفارل (۱۹۹۵) همسویی دارد. همسران افراد معتاد درباره خود، وضعیت زندگی و سرنوشت آینده خانواده خود نگران و در رنج هستند. اضطراب بیشتر همسران افراد معتاد نسبت به همسران افراد غیرمعتاد، شاید برآیندی از اشتغال ذهنی آنها با بی‌فرجامی و یا از هم‌پاشیدگی زندگی باشد. زنان بر اثر فشارهای کاری خانواده، مشکلات اقتصادی، یکنواختی، نداشتن رابطه صمیمانه با شوهر و تعدد فرزندان (مایلز ۱۹۸۸) علایمی از افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهند. این موضوع به‌ویژه در کشورها و جوامعی که زنان از لحاظ مالی وابسته به شوهران خود هستند بیشتر نمود پیدا کرده است، از طرفی وجود پرخاشگری و همسرآزاری که با اعتیاد رابطه دارد با اضطراب همسران افراد معتاد نیز رابطه مستقیم دارد.

نارسایی عملکرد اجتماعی همسران: نمرات بالاتر همسران افراد معتاد نسبت به همسران افراد غیرمعتاد در زیرمقیاس نارسایی عملکرد اجتماعی پرسشنامه GHQ با ۸۱ درصد اطمینان (جدول ۴) مورد تأیید قرار گرفت. نتایج این پژوهش، با پژوهش اورفوردر و گاتریز (۱۹۷۸) مبنی بر اعتماد به نفس پایین همسران افراد معتاد و همین‌طور با پژوهش اشلسینگر و هوربرگ (۱۹۸۸) مبنی بر احساس شرمساری اجتماعی و بی‌پناهی همسران افراد معتاد، تا حدودی همسویی دارد. نارسایی عملکرد اجتماعی همسران افراد معتاد را می‌توان برآیندی از احساسات و نگرشهای آنها نسبت به کارکردهای اجتماعی آنها دانست. این وضعیت گویای این حقیقت است که همسران افراد معتاد دارای احساس ناتوانی در تصمیم‌گیری خانوادگی و اجتماعی، نارضایتی از وضعیت زندگی و لذت نبردن از زندگی می‌باشند. به‌علاوه این نشانه‌ها به نظر می‌رسد بازتابی از وضعیت آنها در زمینه‌های اضطراب و افسردگی و احساس بیمار بودن باشد.

افسردگی همسران: تفاوت میان نمرات افسردگی همسران افراد معتاد و غیرمعتاد با صددرصد اطمینان (جدول ۴) مورد تأیید واقع شد. یافته‌های پژوهشی هگنل و کریتمن (۱۹۷۴)، آفارل (۱۹۹۵) با یافته‌های این پژوهش مبنی بر افسردگی بالاتر همسران افراد

معتاد نسبت به همسران افراد غیرمعتاد، به طور نسبی همسویی دارد؛ زیرا در بسیاری مواقع هنگامی که یکی از زوجین دچار مشکلات روانی و به خصوص افسردگی می شود، به احتمال زیاد همسر وی نیز در تعامل با وی به نوعی علایمی از افسردگی را نشان می دهد. به این ترتیب، می توان بخشی از افسردگی همسران افراد معتاد را ناشی از وضعیت فشارآور اعتیاد همسر به همراه رفتارها و روابط ناشی از افسردگی و کناره گیری فرد معتاد دانست. به علاوه فشارهای گوناگون اقتصادی ناشی از اعتیاد شوهر، پرخاشگری و همسرآزاری (کاروانو، ۱۹۹۵) و روابط زناشویی مختل و نابسامان، به همراه بر هم خوردن نقش ها و وظایف در خانواده (یاندولی و همکاران، ۱۹۸۹؛ آقابخشی، ۱۳۷۶) از عوامل مؤثر بر افسردگی همسران افراد معتاد است.

خصوصیت و پرخاشگری همسران: بین نمرات خصومت و پرخاشگری همسران افراد معتاد و غیرمعتاد تفاوت معناداری وجود داشت، این تفاوت با صددرصد اطمینان (جدول ۴) تأیید گردید. نتایج پژوهشهای اشلسینگر و هوربرگ (۱۹۸۸) و افارل (۱۹۹۵) نیز نشان می دهند که همسران افراد معتاد دچار خشم و پرخاشگری هستند. اورفورد و گاتریز (۱۹۷۸)، گورمن و رونی (۱۹۸۷) و تفنگچی (۱۳۵۲) طی مطالعات خود به سبک های مقابله ای گوناگون از طرف همسران مانند مقابله فعال با همسر معتاد و مواد مخدر، تهدید و پرخاش و تهدید به طلاق اشاره می کنند. وجود علایم پرخاشگری در همسران افراد معتاد ممکن است بازتابی از به کارگیری شیوه های مقابله ای همسران آنها باشد. در عین حال شیوه های پرخاشگرانه شوهر در بسیاری موارد می تواند منجر به راه اندازی پرخاشگری (به شکل مقابله به مثل) در همسران آنها شود. همین طور وضعیت آشفته و نابسامان خانوادگی به همراه فشارهای دیگر زندگی می تواند مسبب خشم و پرخاشگری همسران افراد معتاد باشد.

نتایج و بحث مربوط به باورهای مربوط به روابط زناشویی معتادان و غیرمعتادان و همسران آنها میانگین نمرات باورهای مربوط به روابط زناشویی گروه معتاد و غیرمعتاد و همسران آنها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. میانگین نمرات باورهای مربوط به روابط زناشویی معنادان و غیرمعنادان و همسران آنها

گروه	متغیرها	گروه معناد		گروه غیرمعناد	
		میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد
شوهران	باورهای مربوط به روابط زناشویی	۷۰/۲۲	۱/۴۸۸	۵۹/۶۸۸	۱/۴۸۸
همسران	باورهای مربوط به روابط زناشویی	۷۲/۹۸۴	۱/۵۲۱	۶۱/۷۲۶	۱/۵۲۱

مطابق یافته‌های جدول ۵ میانگین نمرات باورهای مربوط به روابط زناشویی معنادان و همسران آنها نسبت به گروه غیرمعناد و همسران آنها بیشتر است. نتایج تحلیل مانوای دو گروه معناد و غیرمعناد و همسران آنها در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶ - نتایج تحلیل مانوای دو گروه معناد و غیرمعناد و همسران آنها

متغیر	مجموع مجذورات آزادی	درجه	واریانس	ضریب F	معنی‌دار بودن	میزان تفاوت آماری	توان
باورهای مربوط به روابط زناشویی شوهران	۴۷۸۳/۴۵	۱	۴۷۸۳/۴۵	۲۳/۳۳۷	۰	۰/۱۰۹	۰/۹۸۸
باورهای مربوط به روابط زناشویی همسران	۵۴۶۳/۹۱۱	۱	۵۴۶۳/۹۱۱	۲۵/۴۸۹	۰	۰/۱۱۸	۰/۹۹۹

نمرات بالاتر افراد معناد نسبت به افراد غیرمعناد در باورهای مربوط به روابط زناشویی با ۹۹ درصد اطمینان (جدول ۶) تأیید گردید. این تفاوت گویای این حقیقت است که انتظارات، توقعات و نگرش افراد معناد نسبت به روابط زناشویی غیرمنطقی و افراطی‌تر از افراد غیر معناد است.

همان‌گونه که آیدلسون و اپستاین (۱۹۸۱) اشاره کرده‌اند، باورهای افراطی و غیرمنطقی را می‌توان نمودی از نارضایتی و اختلال در روابط زناشویی دانست. به این ترتیب نتیجه پژوهش حاضر با تحقیقات تفنگچی (۱۳۵۲) و آقابخشی (۱۳۷۶) مبنی بر نارضایتی معتادان از روابط زناشویی خود همسویی دارد. از آنجایی که همسران افراد معتاد اغلب از شیوه‌های مقابله‌ای استفاده می‌کنند که منجر به عدم تأیید و حمایت فرد معتاد می‌شود، به مرور این مسأله در روابط زناشویی آنها ایجاد اختلال می‌کند. همچنین افراد معتاد دچار افت برانگیختگی جنسی نیز هستند، به همین دلیل در کنار کاهش روابط جسمی و فیزیولوژیک، در ابعاد گوناگون زناشویی از جمله بعد روان‌شناختی مشکل پدید آمده به مرور باعث می‌شود تا معتادان نسبت به روابط زناشویی خود نگرشها و باورهای غیرمنطقی پیدا کنند.

تفاوت میان باورهای مربوط به روابط زناشویی همسران افراد معتاد با همسران افراد غیرمعتاد نیز با ۹۸ درصد اطمینان (جدول ۶) تأیید گردید. تفنگچی (۱۳۵۲) و پرویزی (۱۳۷۷) طی پژوهشهای خود به نارضایتی همسران افراد معتاد از روابط زناشویی و خانوادگی خود اشاره می‌کنند. به این جهت همسران افراد معتاد همسوبا شوهران خود دارای باورها، نگرشها، انتظارات و توقعات افراطی در روابط زناشویی هستند. این احتمال وجود دارد که همسران افراد معتاد به دلیل الگوهای مکرر ارتباطی خود با شوهر، به باور تغییرناپذیری شوهر و عدم توافق رسیده باشند، یا ممکن است که سرخوردگی و عدم دریافت تقویت به همراه تلاشهای مکرر آنها برای تغییر روابط خود با شوهر، آنها را به نوعی دچار درماندگی نموده و در روابط زناشویی آنها ایجاد اختلال نموده است. از طرف دیگر، میان معتادان و همسران آنها معمولاً تبادل عاطفی مثبت بسیار کم است که این وضعیت می‌تواند نارضایتی از روابط زناشویی را تشدید کند.

پیشنهادها: در مجموع، یافته‌های این تحقیق حاکی از آن است که افراد معتاد و همسران آنها از لحاظ ویژگیهای روانی نمرات بیشتری نسبت به غیرمعتادان و همسران آنها به دست آوردند. همچنین باورهای مربوط به روابط زناشویی به‌عنوان نمودی از روابط زناشویی نابسامان در معتادان و همسران آنها دارای گرایشهای غیرمنطقی بود. موضوع قابل توجه در تلفیق نتایج، این واقعیت است که ویژگیهای روانی و روابط زناشویی با اعتیاد رابطه‌ای دوسویه دارد؛ یعنی هم اعتیاد می‌تواند بر ویژگیهای روانی و روابط

زناشویی تأثیرات نامطلوبی به جای گذارد و هم ویژگیهای روانی و روابط زناشویی نابسامان می‌تواند بستری برای اعتیاد باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود با شروع درمان افراد معتاد، افراد خانواده و به‌خصوص همسران آنها به‌طور فعال در درمان آنها شرکت داده شوند. همین‌طور لازم است نشانه‌های مربوط به آسیب‌شناسی روانی معتادان و همسران آنها مورد توجه و بررسی قرار گرفته و در صورت لزوم درمانهای موازی با درمان اعتیاد برای رفع مشکلات روانی آنها به‌کار گرفته شود.

در مواردی نیز به نظر می‌رسد برخی از همسران افراد معتاد به دلیل شرمساری اجتماعی و یا احیاناً احساس گناه که ناشی از تصور و احساس آنها در مورد نگرش جامعه نسبت به معتادان می‌باشد، تمایل زیادی به همراهی شوهران معتاد خود برای درمان نشان نمی‌دهند. به همین دلیل ضروری است از طریق رسانه‌های همگانی، اعتیاد به شکل یک مشکل فردی-اجتماعی معرفی شود و همسران و فرزندان افراد معتاد ترغیب شوند تا در برنامه‌های درمانی آنها به‌صورت فعال شرکت کنند. در ارتباط با الگوهای ارتباطی، روابط زناشویی و باورهای زوجین که به علت اعتیاد شوهر دچار گرایشهای غیرمنطقی می‌گردد، توصیه می‌شود ضمن پیگیری درمانی، این گرایشها شناسایی شود و در صورت لزوم اقداماتی جهت رفع آنها به عمل آید.

منابع

- آزاد، حسین. (۱۳۷۷)، *آسیب‌شناسی روانی*، چاپ اول، تهران، مؤسسه انتشارات بعثت.
- آقابخش، حسن. (۱۳۷۶)، *رویکرد مددکاری اجتماعی در زمینه اثرات اعتیاد بر نظام خانواده*، اداره کل مطالعات پژوهشها.
- اخوت، ولی‌الله. (۱۳۵۵)، *روان‌درمانی و چند مقاله دیگر*، چاپ اول، تهران، انتشارات پیام.
- استورا، لی. *تنیذگی یا استمرار بیماری جدید تمدن*، ترجمه پریخ دادستان، (۱۳۷۷)، چاپ اول، تهران، انتشارات رشد.
- افشنگ، جمشید. (۱۳۶۵)، *ارزش‌گروه‌درمانی در درمان معتادان*، گزارش اولین سمینار بررسی مسائل اعتیاد، تهران، انتشارات امیرکبیر.

امینی خویی، ناصر. (۱۳۷۷)، بررسی و مقایسه منبع کنترل، شیوه‌های مقابله‌ای و باورهای غیرمنطقی افراد ۲۰-۴۰ ساله معتاد و عادی استان بوشهر، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

بلاج، سیدنی (گردآورنده). مقدمه‌ای بر روان‌درمانی، نظریه‌ها و روشهای رایج، ترجمه مهدی قراچه‌داغی، (۱۳۷۰)، چاپ اول، تهران، انتشارات رشد.

پرویزی، مؤگان. (۱۳۷۷)، بررسی عوامل مؤثر در طلاق از دیدگاه زنان شهرستان کرمانشاه، پایان‌نامه کارشناسی مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی خمینی‌شهر.

تفنگچی، مصطفی. (۱۳۵۲)، علل بازگشت مجدد معتادان به اعتیاد، پایان‌نامه کارشناسی علوم اجتماعی، آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی.

چیریلو، استفانو و آر، برینی و جی، کامبازو آر، ماز. اعتیاد به مواد مخدر در آیین روابط خانوادگی، ترجمه سعید پیرمرادی، (۱۳۷۸)، چاپ اول، اصفهان، نشر همام.

رازی، احد (مجری طرح). (۱۳۷۱)، بررسی عوامل اجتماعی و روانی مؤثر در ایجاد اعتیاد و عوارض روانی و اجتماعی حاصل از اعتیاد در بین زندانیان ندامتگاه شهرستان تبریز، طرح تحقیقاتی مربوط به دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

سراج خرمی، ناصر. (۱۳۷۷)، بررسی الگوی رفتاری A و B در زندانیان مرد معتاد به مواد مخدر زندان شهید کچوی کرج، مجموعه مقالات سمینار بررسی مسائل مربوط به اعتیاد جوانان تبریز.

شایسته، مهدی. (۱۳۷۵)، مقایسه خصوصیات شخصیتی جوانان معتاد به مواد مخدر و جوانان عادی (غیرمعتاد) در گروه سنی ۲۲-۱۴ سال در استان اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس تهران.

کارلسون، جان‌وال، اسپری و جی - لویس. خانواده‌درمانی، تضمین درمان کارآمد، ترجمه شکوه نوابی‌نژاد، (۱۳۷۸)، چاپ اول، تهران، انتشارات مرکز مطالعات و تحقیقات خانواده، انجمن اولیا و مربیان.

لاست، سینتیاجی و ام، هرسن. مطالعات موردی در رفتاردرمانی بزرگسالان، ترجمه حسن صبوری‌مقدم، (۱۳۷۸)، چاپ اول، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.

لیندزی، اسی. جی، ئی و جی، ئی، پاول. اصول روان‌شناسی بالینی بزرگسالان، جلد اول، ترجمه هامایاک آوادیس یانس و محمدرضا نیکخو، (۱۳۷۷)، چاپ اول، تهران، انتشارات بیکران.

نریمانی، محمد. (۱۳۷۷)، بررسی علل اعتیاد و راههای پیشگیری از آن در معتادان شهرهای اردبیل، خلخال و پارس آباد، مجموعه مقالات سمینار بررسی مسائل مربوط به اعتیاد جوانان تبریز - ۱۳۷۷، ناشر: فرمانداری شهرستان تبریز.

هرسن، مایکل و ساموئل، ام، تونر. مصاحبه تشخیصی، ترجمه سعید شاملو و محمدرضا محمدی، (۱۳۷۴)، چاپ اول، تهران، انتشارات رشد.

BALL, SA, SCHOTENFELD, RS. (1997). "A Five Factors Model of Personality and Addiction", Substance Use and Misuse Journal. N: 32 (1). PP: 25-41.

BOOTZIN, R, ACOELLA, L, ROOS, J, ALLOY, B. (1993). "Abnormal Psychology, Current Perspective" sixth Edition, Mc Grow Hill Book company.

CAROVANO, KATHRY. (1995). "woman and Substance Abuse" in, Drug lesson and Education Programs in Development Countries by, Henry, Kirsch (Edi), Transaction Publishers.

DENISON, ME and PAREDES, A, BOOTH, J. (1997). "Alcohol and Cocain Interactions and Aggressive Behaviour" Recent Development of Alcohol, N:13. PP: 293-303.

EPSTEIN, N, and EIDELSON, T, J. (1981). "Unrealistic Beliefs of Clinical Couples: Their Relationship to Expectations, Goals, and Satisfaction" American Journal of Family Therapy, N:9. PP: 13-32.

GORMAN, J, M and ROONEY, J, F. (1989). "The Influences of All-Anon on the Copin Behaviour of Wives of Alcoholics" Journal of Studies on Alcoholics, N:50. PP: 188-193.

GOSSOP, M and ROY, A. (1976). "Hostility in Drug Dependent Individuals: Its Relation to Specific Drug, and Oral and Intravenous Use" British Journal of Psychiatry, N:128. PP: 1030-1038.

HAGNELL, O and KREITMAN, N. (1974). "Mental Illness in Marital Pairs in a Total Population" British Journal of Psychiatry, N:125. PP: 293-302.

LEONARD, KENNETH, E and THEODORE JACOB. (1988). "Alcohol, Alcoholism and Family violence" in vincent, B, Van Haseit, Randalls, L Morrison, Alan, Bellack and Harsen, M (Eds) The Hand Book of family Violence, Plenum Press, New York and Landon.

- MILES, AGNES. (1988). "Women and Mental Health" Wheatsheaf Brington Publishers.
- ORFORD, D, D, GATHERIES, S. (1975). "Self Reported Coping Behaviour of Wives of Alcoholics and Its Association With Drinking Outcomes" Journal of Studies on Alcohol, Vol:30. PP: 1254-1264.
- SARASON, I, G. (1972). "Personality an Objective Approach" Second Edition, by John Wiley and Son's Inc.
- SCHLESINGER, S and HORBERG, K. (1988). "Taking Charge, How Families Climb Out of the Chaos of Addiction ... and Flourish" New York, Simon and Schuster.
- SIGARDSON, J and GUDJONSSON, OISLI, H. (1996). "Psychological Characteristics of Jevnile Alcohol and Drug Users", Journal of Adolescence, N:19 (2). PP: 121-126.
- SINNAPPAN, C, MILLER, N. (1997). "Treatment of Addictive and Depressive Disorders" in, The Principles and Practice of the Addiction in Psychiatry, by N, Miller, W. B, Saunclers Company, PP: 255-262.
- SPIEGLER, M and GUERREMONT, D. (1998). "Contemporary Behaviour, Therapy" Third Edition, Brook/cote Publishing company.
- WITTIG, A, F. (1979). "Introduction to Psychology", McGrow Hill Book Company.
- YANDOLI, D, MULLEADY, G, ROBBINS, C. (1989). "Family Therapy and Addictions" in, Treating Drug Abusers, by, G, Bennett (Edi), Routledge, PP: 48-67.

E-mail: Hmolavi @ edu.ui.ac.ir