

آسیب شناسی خانوادگی اعتیاد

دکتر محمد علی بشارت^۱

پرسشها

- نقش خانواده در وابستگی به اعتیاد چگونه است؟
- نشانه های وابستگی به اعتیاد در خانواده چیست؟
- ضوابط تشخیص وابستگی به اعتیاد در خانواده چیست؟
- عوامل زمینه ساز وابستگی به مواد مخدر در خانواده چیست؟
- پیش گیری از وابستگی به اعتیاد در خانواده چگونه است؟
- عوامل استمرار بخش وابستگی به اعتیاد در خانواده چیست؟

چکیده

وابستگی به مواد مخدر (اعتیاد) اختلالی چند عاملی محسوب می شود. هر یک از متغیرهای تاثیرگذار بر شکل گیری وابستگی به مواد مخدر نقشی منحصر به فرد در پدید آیی و آسیب شناسی این اختلال ایفا می کنند. هدف اصلی این مقاله بررسی متغیرهای خانوادگی اعتیاد است، متغیرهایی که بنیادی ترین و گسترده ترین نقش ها را در فرایند شکل گیری وابستگی به مواد بر عهده دارند. این بررسی در دو زمینه انجام می شود: ۱) متغیرهای محروم ساز (۲) متغیرهای برخوردار ساز. نقش محرومیت‌های اولیه، اختلالات دلبستگی، فزون حمایتگری والدین، موقعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده و سلطه گری به منزله متغیرهای خانوادگی بر اساس تبیین های روانپریشی، نظریه دلبستگی و رویکرد سیستمی تشریح می شوند. در بررسی نتایج، با ارائه راهکارهای پیشگیری از اختلالات

^۱نشانی: دانشگاه تهران، تهران پل گیشا، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی، صندوق پستی ۶۴۵۶-

مصرف مواد، بر اهمیت رویکرد سیستمی در آسیب شناسی، پیشگیری و درمان اعتیاد تاکید شده است.

واژه های کلیدی: وابستگی به مواد مخدر (اعتیاد)، متغیرهای خانوادگی، اختلالات دلبستگی، فزون حمایتگری والدین، سلطه گری والدین، موقعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده.

Abstract

Substance dependence is considered as a multifactor disorder. Family factors have a crucial influence on drug use and abuse behavior. The aim of this paper is to investigate family dynamics of addiction. Family variables of loss, attachment disorders, maternal overprotection, parental authoritarian and family socioeconomic status will be discussed based on the psychodynamic, attachment and systems theories.

Key words: Substance use disorders, substance dependence, addiction, family factors, attachment disorders

مقدمه

خانواده نقش اساسی در زمینه های سلامت و بیماری فرد ایفا می کند نظریه ها و تحقیقات متعدد نقش و نفوذ خانواده را در شکل گیری مفاهیم سلامت و بیماری و الگوی رفتار بهنجار و نابهنجار تایید کرده اند (پاترسن و کارویک ۱۹۹۴ و کرنز ۱۹۹۴ و کرنز و ویس ۱۹۹۴) خانواده بر این اساس، خانواده، واحد اصلی و نخستین سلامت دانسته شده (لیتمن، ۱۹۷۴، ۱۹۸۹، لیتمن و ونترز ۱۹۷۹) و گسترش حوزه های علمی و عملی در چارچوب نظامهای بهداشتی، پزشکی، روانشناختی و جامعه شناسی با هدف توجه مخصوص و مستقیم به خانواده، نمونه های برجسته از این رویکرد به حساب می آیند.

متغیرهای تاثیر گذار بر پدیدآیی، تداوم و درمان اختلالات مصرف مواد متعدد و متفاوت هستند. پژوهشهای بالینی صدها متغیر را به منزله متغیرهای پیش بین^۱ در زمینه اختلالات مصرف مواد^۲ بررسی کرده اند (نیوکام و ریچاردسون ۲۰۰۰). لیتری (۱۹۸۵) این متغیرها را به چهار دسته

^۱ Predictive variables

^۲ Substance use disorders

تقسیم کرده است: (۱) محیط فرهنگی - اجتماعی^۱، (۲) عوامل بین شخصی^۲ (خانواده، مدرسه، همسالان) (۳) متغیرهای روانی - رفتاری^۳ (شخصیت، بزخوردها، فعالیتهای) و (۴) تاثیرات بیژنتیک^۴. افراد به تناسب و تفاوت زیر نفوذ این متغیرها قرار می گیرند (لتیری، ۱۹۸۵. نیوکام ۱۹۹۵. هاکینز، کاتالانو، و میلر ۱۹۹۲).

یافته های پژوهشی نقش بنیادین متغیرهای متعدد مربوط به کنش وری^۵ و رفتار خانوادگی را در زمینه پیشگیری^۶ و پدیدآیی^۷ اختلالات مصرف مواد نشان داده اند. (نیوکام ۱۹۹۴) گستره و عمق نفوذ و تاثیرگذاری متغیرهای خانوادگی بر حسب اهمیتشان از زاویه های متفاوت بررسی شده اند. این متغیرها نوعا از طریق فرآیندهای اجتماعی شدن^۸ درون خانوادگی، سرمشق گیری^۹ و تقلید^{۱۰} از رفتار والدین، تقویت اجتماعی درونی سازی ارزشها و رفتارهای خانواده، و شیوه های کنترل اجتماعی و انضباطی والدین، آمادگی فرزندان را برای مصرف و سومصرف مواد متاثر می سازند (نیوکام و ریچاردسون ۲۰۰۰). گسستگی خانواده، کیفیت روابط والدین - کودک، حمایت والدین، و بازخوردها و محدودسازیهای والدین در مورد مصرف مواد نیز از متغیرهای شناخته شده هستند. (جانسون و پندیئا، ۱۹۹۱، نیدل، سو، ۱۹۸۸). هاکینز و همکاران (۱۹۹۲) سه وضعیت B 1988 A دهرتی ۱۹۹۰، نیوکام و بنتلر، خانوادگی را ترسیم کرده اند: (۱) مدیریت ضعیف، متناقض و بی ثبات خانواده، (۲) تعارض خانوادگی، و (۳) پیوندهای ضعیف خانوادگی. سلطه گری و انضباط متناقض و بی ثبات والدین، کیفیت ضعیف و نامطلوب تعامل والدین با فرزندان، و آرزوها و انتظارات پایین برای فرزندان از مشخصه های مدیریت ضعیف خانوادگی محسوب می شوند و احتمال گرایش و گرفتاری جوان به مواد را افزایش می دهند. تعارض خانوادگی نیز به

¹ Cultural – societal environment

² Interpersonal forces

³ Psychobehavioral factors

⁴ Biogenetic influences

⁵ functioning

⁶ prevention

⁷ genesis

⁸ socialization

⁹ modeling

¹⁰ imitation

شکلهای متفاوت ناهمسازی و اختلاف زناشویی، طلاق و جدایی، اعتماد شخصی و مهارتهای مقابله ای^۱ فرزندان را تحلیل می برد و آنها را با خطر پناه بردن به مواد در مقابله با این استرسها مواجه می سازد (ریچاردسون، ۱۹۹۳، نیوکام و هارلو ۱۹۸۶) این مشخصه های خانوادگی مانع تشکیل پیوندهای بین والدین - کودک شده، آسیب پذیری کودکان را افزایش می دهند. یافته های بالینی مصرف بیشتر مواد را بین اعضای خانواده هایی که فاقد روابط صمیمی والدین - فرزندان بوده، پیوندهای ایمن را تجربه نکرده اند، تایید می کنند (جسور و جسور، ۱۹۷۷ ف کندل ۱۹۸۰) روابط خانوادگی گرم، صمیمی و حمایتگر در صورتی که مداخله جویانه نباشند فرزندان را از افتادن به دام اغواگر مواد مصنوعی می سازند (نیوکام و ریچاردسون ۲۰۰۰) در این مقاله پیرامون وابستگی به مواد مخدر و آسیب شناسی خانوادگی اعتیاد بحث می شود.

نشانه شناسی و وابستگی به مواد

DSM (چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری بیماریهای روانی انجمن روانپزشکی آمریکا) اختلالات مصرف مواد را در دو مقوله معرفی کرده است: ۱) وابستگی APA (۱۹۹۴، IV مواد^۲) ۲) سو مصرف مواد^۳. مجموعه ای از نشانه های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک که بر اساس آنها فرد معتاد علی رغم مشکلات آشکار وابسته به مواد به استفاده از مواد ادامه می دهد، مشخصه اصلی وابستگی به مواد محسوب می شوند. تکرار و تداوم مصرف مواد توسط شخص به پدیده های تحمل، ترک و مصرف اجباری (وسواسی) منجر می گردد. جدول ۱ نشانه های توصیف می کند.

^۱ Coping skills

^۲ Substance dependence

^۳ Substance abuse

DSM – IV وابستگی به مواد را براساس ضوابط تشخیصی

DSM-IV جدول ۱- ضوابط تشخیصی وابستگی به مواد براساس وجود حداقل سه مورد از نشانه های زیر در خلال یک دوره ۱۴ ماهه:

- ۱- تحمل نسبت به ماده به یکی از دو صورت زیر:
الف) نیاز به مقادیر فزاینده ماده برای رسیدن به مسمومیت یا اثر مطلوب
ب) کاهش قابل ملاحظه تاثیر (ماده) در نتیجه مصرف مداوم مقدار ثابت ماده
- ۲- ترک ماده به یکی از دو صورت زیر:
الف) سندرم اختصاصی ترک ماده
ب) مصرف همان ماده (یا ماده ای کاملاً مشابه) برای تسکین یا اجتناب از نشانه های ترک
- ۳- ماده غالباً در مقادیر بیشتر یا دوره ای طولانی تر از آنچه مورد نظر بوده مصرف می شود.
- ۴- میل مداوم یا اقدام ناموفق برای کاهش یا کنترل مصرف ماده
- ۵- صرف وقت زیاد در مورد فعالیتهای لازم برای تهیه ماده (مثل ملاقات پزشکان متعدد یا طی مسافتهای طولانی)، مصرف ماده (مثل تدخین پیاپی) یا رهایی از آثار ماده
- ۶- توقف یا کاهش فعالیتهای مهم اجتماعی، شغلی یا تفریحی به علت مصرف ماده
- ۷- ندامت مصرف ماده علی رغم آگاهی به مشکلات جسمانی یا روانی پایدار یا بازگشت پذیری که تحت تاثیر ماده به وجود آمده یا تشدید شده اند (مثل ادامه مصرف کوکائین علی رغم آگاهی به افسردگی حاصل از آن)

تشخیص وابستگی به مواد مستلزم تصریح وجود یا عدم وابستگی فیزیولوژیک، دوره بهبود موقت، استفاده از داروهای آگونیستی، و این که زندگی کنترل شده است یا نه، می باشد.

علت شناسی وابستگی به مواد

وابستگی به مواد مخدر (اعتیاد) اختلالی چند عاملی محسوب می شود (لتیری ۱۹۸۵) نیوکام و ریچاردسون ۲۰۰۰) تعامل مجموعه ای از عوامل، شامل متغیرهای شخصی (روانی) بین شخصی (خانواد، همسالان)، اجتماعی - فرهنگی و بیژنتیک، نقش تعیین کننده دارد. هدف اصلی این مقاله، بررسی عوامل خانوادگی اعتیاد است، اما مروری بر علت شناسی عمومی ب خودی خود سهم متغیرهای خانوادگی را بر جسته می سازد. یکی از روشهای مرسوم و در عین حال مفید علت

شناسی، تقسیم بندی متغیرهای تاثیرگذار و تعیین کننده یک اختلال به عوامل زمینه ساز^۱، عوامل آشکارساز^۲، و عوامل استمرار بخش^۳ می باشد. جدولهای ۲ تا ۴ عوامل وابستگی به مواد را نشان می دهند.

جدول ۲- عوامل زمینه ساز وابستگی به مواد مخدر (اعتیاد)	
محیطی	شخصی
متغیرهای ارتباطی کودک - والدین در اوایل زندگی	متغیرهای روانشناختی
انضباط ناهمسان والدین	مشکلات عاطفی
فقدان محرکهای فکری	ناتوانی های مخصوص یادگیر
سلطه گری والدین	باورهای مثبت در مورد سوء مصرف مواد
سهل انگاری والدین	خطر جویی و تهیج طلبی
مسامحه کاری (غفلت) والدین	حرمت خود پایین
مواجه شدن با مشکلات خانوادگی در اوایل زندگی	مسند مهار گذاری بیرونی
سوء مصرف مواد توسط والدین	
مشکلات روانشناختی والدین	
مجرمیت (تبهکاری) والدین	
اختلاف یا خشونت بین والدین	
سازمان نایافتگی خانوادگی	
انحراف خواهر - برادرها	
استرسهای اوایل زندگی	
داغدیدگی ها	
جدایی ها	
بدر رفتاری و تجاوز به (حقوق) کودک	
محرومیت های اجتماعی	
پرورش موسسه ای	


From: Car, A (1999), the handbook of child and adolescent clinical psychology. London and New York: routledge.

¹ Predisposing factors

² Precipitating factors

³ Maintaining factors

جدول ۳- عوامل آشکارساز وابستگی به مواد مخدر (اعتیاد)



در دسترس بودن مواد
کنجکاوی در مورد مواد
اصرار همسالان برای مصرف مواد
تمایل به تنظیم حالتهای خلقی منفی با مواد
استرسهای حاد زندگی
بیماری یا آسیب دیدگی
بدرفتاری و تجاوز به (حقوق) کودکان
آزارگری
تولدها یا داغدیدگی ها
انتقال های پرخه زندگی
تغییر مدرسه
از دست دادن دوستان همسال
جدایی یا طلاق
بی کاری والدین
جابجایی خانه

From: Car, A (1999), the handbook of child and adolescent clinical psychology.
London and New York: routledge.

جدول ۱- عوامل استمرار بخش وابستگی به مواد مخدر (اعتیاد)	
شخصی	محیطی
<p>متغیرهای زیست شناختی وابستگی نئوپولوژیکی هیپاتیت و بیماریهای حاصل از مواد با ایجاد HIV حالت‌های خلقی منفی باعث تداوم سوء مصرف مواد می شوند. متغیرهای رفتاری مشکلات تحصیلی و شغلی حاصل از مواد با ایجاد حالت‌های خلقی منفی باعث تداوم سوء مصرف مواد می شوند. گرفتار شدن در سیستمهای قضایی به خاطر سرقت یا سوء مصرف مواد با ایجاد حالت‌های خلقی منفی باعث تداوم سوء مصرف مواد می شوند. باورهای مثبت در مورد سوء مصرف مواد نهیج طلبی و خطر جویی شایستگی شخصی پایین مکانیسمهای دفاعی رشد نایافته راهبردهای مقابله ناکتش ور</p>	<p>متغیرهای سیستم درمانی خانواده مشکلات را انکار می کند. خانواده در مورد حل مشکل مردد است. خانواده تاکنون با مشکلات مشابه مواجه نشده است. خانواده برنامه های درمان را رد می کند. فقدان همکاری بین متخصصان متغیرهای سیستم خانواده والدین با مصرف مواد سرمشق می شوند یا سوء مصرف مواد را تقویت می کنند. نشان دادن بازخورد مثبت در مورد سوء مصرف مواد و تحمل سوء مصرف مواد تعامل بی تعهد بدون دلبستگی بین والدین - کودک و فقدان نظارت مستمر انضباط ناهمسان والدین الگوهای ارتباطی مغشوش مثلت سازی سازمان خانوادگی آشفته غیبت پدر اختلافات خانواده متغیرهای مربوط به والدین اطلاعات نادرست در مورد سوء مصرف مواد مدلهای درونکاری نایمن در مورد رابطه ها حرمت خود پایین والدین مسند مهار گذاری بیرونی والدین سبک اسنادی افسرده وار یا منفی تحریفهای شناختی مکانیسم های دفاعی رشد نایافته راهبردهای مقابله ناکتش ور متغیرهای شبکه اجتماعی در دسترس بودن همبستگی مواد باوفایی نسبت به گروه همسالان مصرف کننده مواد تحصیل در جایی که نظارت مناسب وجود ندارد شبکه حمایت اجتماعی ضعیف استرس خانوادگی بالا محرومیت‌های اجتماعی میزان جرم بالا فرصتهای شغلی کم</p>

From: Car, A (1999). The handbook of child and adolescent clinical psychology.
London and New York: routledge

از مجموعه عوامل و متغیرهای تاثیرگذار برگرایش جوانان به سوی مصرف و وابستگی به مواد مخدر، متغیرهای خانوادگی بنیادی ترین، گسترده ترین و بیشترین نقش را بر عهده دارند. این مقاله در راستای تشریح نقش متغیرهای خانوادگی و مکانیسمهای تاثیرگذاری این متغیرها بر اختلالات مصرف مواد، دو دسته از عوامل مهم یعنی محرومیتها و امکانات را براساس یافته های مربوط به معتادان ایرانی بررسی می کند.

محرومیتها - محرومیتهایی که به شکلهای مختلف از اوایل زندگی در چهارچوب خانواده و روابط خانوادگی بر فرد تحمیل می شوند، از دیدگاههای مختلف به عنوان عوامل زمینه ساز مشکلات بعدی از جمله وابستگی هب مواد مخدر مورد بررسی قرار گرفته اند. تبیین های روان پویشی^۱ بر محرومیتهای مرحله دهانی تحول روانی تاکید می کنند. شکل گیری منش دهانی^۲ با (تثبیت)^۳ در این مرحله، ماهیت آسیب شناختی رفتارهای آینده را مشخص می کند. چنین فردی بسیار مستعد است تا نیازهای روانشناختی خود را از طریق دهان ارضا کند، و مخصوصا در مواجهه با استرسها و بر اثر ناکامی ها با بازگشت به مرحله دهانی، نیروگذاریهایی متناسب با آن مرحله و به کارگیری مکانیسمهای رشد نایافته و نورتیک پاسخ دهد. (ویلنت، ۱۹۷۳، ۱۹۷۶، ۱۹۸۰) برم و کاتزریان (۱۹۹۷) نقش کنش تعادلی وابستگی به مواد را مطرح کرده اند. طبق این فرض، وابستگی به مواد واجد کنش تعادلی است و به فرد وابسته کمک می ند تا به هنگام مواجهه با استرسها و ناکامی ها با استفاده از مواد، تعادل روانشناختی خود را باز یابد.

نقش محرومیتهای دهانی و پیرو آن (تثبیت) و تشکیل منش دهانی در پدیدآیی اختلالات مصرف مواد گرچه در چارچوب رابطه کودک - مادر تحقق می یابد و از این جهت یک متغیر خانوادگی محسوب می شود، بیشتر به عنوان یک کنش دهانی و محصول یک متغیر شخصیتی (منش دهانی) تفسیر شده است. به همین دلیل، و با تاکید بر اصالت پیوند عاطفی کودک - مادر به

¹ psychodynamic

² Oral character

³ Fixation

عنوان نیازی نخستین و مستقل از تغذیه، نظریه دلبستگی^۱ نقش محرومیت‌های اولیه را از زاویه ای دیگر بررسی می‌کند.

بالبی (۱۹۶۹، ۱۹۷۳، ۱۹۸۰) فرایند شکل‌گیری دلبستگی (پیوند عاطفی) نوزاد به مادر را تشریح کرد و نشان داد که تشکیل چنین پیوندی و تجربه امنیت در چارچوب این پیوند سنگ بنای تحول و کنش‌وری بهنجار است. از سوی دیگر، تجربه ناامنی در رابطه دلبستگی با مشخصه‌های بی‌اعتمادی آسیب‌پذیری، حساسیت و مشکلات ارتباطی همبستگی دارد. پیرو تحقیقات بالبی در مورد دلبستگی، اینسورت و همکاران (۱۹۷۸) سه سبک دلبستگی ایمن^۲، اجتنابی^۳ و دوسوگرا^۴ تشخیص دادند. سبک‌های دلبستگی^۵ روش‌های مقابله فرد با موقعیت‌های استرس‌زا^۶ را متأثر می‌سازند (سروف و واترز، ۱۹۷۷، کویک و سیری ۱۹۸۸). افراد ایمن ضمن تصدیق موقعیت به سادگی از دیگران کمک می‌گیرند، اجتناب‌گرها در تصدیق موقعیت و جستجوی کمک و حمایت با مشکل مواجه می‌شوند، و نشان برجسته دوسوگراها حساسیت بیش از حد نسبت به عواطف منفی و نگاره‌های دلبستگی^۷ است به گونه‌ای که سد راه خود پیروی آنها می‌شود (کویک و سیری ۱۹۸۸).

نتایج پژوهش در مورد دو گروه از آزمودنی‌های معتاد و غیرمعتاد (گروه کنترل بهنجار) ایرانی نشان داد که اختلالات دلبستگی در معتادان بیش از آزمودنی‌های غیرمعتاد می‌باشد (بشارت منتشر نشده). آزمودنی‌های معتاد همچنین نشان دادند که بیش از گروه کنترل از مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته و نوروپیک برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا استفاده می‌کنند. چند تبیین احتمالی برای همبستگی بین اختلالات دلبستگی و وابستگی به مواد مطرح شده است. بی‌اعتمادی به دیگران یکی از مشخصه‌های افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن می‌باشد (گریفین و بارتولومئو ۱۹۹۴). بی‌اعتمادی به دیگران، که شکل تعمیم یافته بی‌اعتمادی نسبت به نگاره دلبستگی تلفی می‌گردد، باعث می‌شود که فرد در مواجهه با استرسها، ناکامی‌ها و مشکلات واقعی زندگی نتواند روی

^۱ Attachment theory

^۲ secure

^۳ avoidant

^۴ ambivalent

^۵ Attachment styles

^۶ Stressful situations

^۷ Attachment figure

حمایت و یاری رسانی دیگران حساب کند. در چنین شرایطی، پناه بردن به مواد مخدر یکی از مکانیسم های جبرانی محسوب می شود. اختلالات روابط دلبستگی از طریق رفتار اجتنابی (در اجتنابگرها) و تردید نسبت به موضوع دلبستگی (دردوسوگرها) به جای وابستگی رشد یافته^۱ (فربرن ۱۹۵۲) یا استقلال عاطفی^۲ (همز و لیندلی ۱۹۸۹) استقلال رشد نایافته را برای این دسته از افراد به ارمغان می آورند. استقلال رشد نایافته که مکمل بی اعتمادی به دیگران می باشد فرایند گریز و اجتناب از روابط صمیمی و یاری طلبی را تشدید می کند و یا با تردید جدی مواجه می سازد. بدین ترتیب، مکانیسم جبرانی توسل به مواد مخدر برای مقابله با استرسها و یا فرار از مشکلات زندگی بیش از پیش تقویت می شود.

در امتداد اختلالات روابط دلبستگی با انسانها، می توان شکل گیری دلبستگی به اشیا را به عنوان دلبستگی های جانشینی مطرح کرد. دلبستگی های جانشینی می توانند بخشی از همبستگی بین اختلالات دلبستگی و وابستگی به مواد را، به منزله نوعی دلبستگی به شی توجیه کنند. تایید فرض اخیر نیازمند پژوهشهای مستقل در این زمینه است.

امکانات

یافته های پژوهشی و تجربه های بالینی نشان می دهند که، علاوه بر متغیرهای محروم ساز خانوادگی، متغیرهای برخوردار ساز خانوادگی نیز در گرایش جوانان به سوی اعتیاد و وابستگی به مواد مخدر موثرند. نقش فزون حمایتگری^۳ والدین، مخصوصا مادر، و موقعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده، مخصوصا پدر را در این زمینه بررسی می کنیم. نتایج تحقیقات نشان میدهند که بیش از ۵۰ درصد معنادان به خانواده های تک سرپرستی متعلق هستند (کاپلن و سادوک ۱۹۸۸). نتایج تحقیق در مورد گروهی از معنادان جوان ایرانی که ۵۸ درصد آنها از کودکی پدر خود را از دست داده و با مادر زندگی می کردند، نشان داد که اختلالات مصرف مواد آنها با فزون حمایتگری مادر در ارتباط قرار می گیرد (بشارت، میرزمانی و پورحسن، ۱۳۸۰). همبستگی بین فزون حمایتگری مادر

^۱ Mature dependence

^۲ Emotional autonomy

^۳ overprotection

در کودک و اختلالات مصرف مواد در سنین بعد به دو صورت تبیین شده است. اول این که در غیاب پدر، حمایت‌های مضاعف و جبرانی مادر، وابستگی های کودک را تقویت می کنند و تحول بهنجار فرایند جدایی - استقلال را مختل می سازند. این پدیده به خودی خود در سنین استقلال، زمانی که فشار انتظارات خانوادگی و اجتماعی در راستای تحقق استقلال و مسئولیت پذیری افزون می شود، فرد را شدیداً آسیب پذیر می سازد. وابستگی به مواد یکی از پاسخهای وی به این مطالبات می باشد. پاسخی که فرد را هرچند به صورت موقت، به آرامش بیشتر تجربه شده در سایه فزون حمایتگری های مادر می رساند. این فرض با جدیدترین تبیین های روان پوشی در مورد نقش کنش تعادلی وابستگی به مواد در بازگرداندن تعادل روانشناختی به هنگام مواجهه با این قبیل فشارها نیز مطابقت می کند (برم و کانزبان ۱۹۹۷).

دوم این که فزون حمایتگری های مادر در غیاب پدر ممکن است صرفاً ماهیت جبرانی نداشته باشند، بلکه به منزله نیازها و انتظارات شخصی مادر، نشانگر استغانه هایی باشند که کودک را به عنوان جانشین پدر به یاری می طلبند و از این طریق اعتماد به خودی کاذب بر این قهرمان کوچک تحمیل می کنند. این اعتماد به خود کاذب در سایه حمایتها و مراقبتهای مادر در این مرحله (کودکی) کار ناآزموده فریه می شود و در اولین آزمونهای واقعی زندگی ماهیت کاذبش، آشکار می گردد. وابستگی به مواد بازگشتی است به وضعیت آرمانی پیشین، مکانیسمی است برای انکار ناکارآمدی و ناتوانی شخصی (میلر و گلد، ۱۹۸۹). و تلاشی است برای برقراری مجدد تعادل روانشناختی (برم و کانزبان ۱۹۹۷).

موقعیتهای اقتصادی و اجتماعی برتر خانوادگی که معمولاً مکمل یکدیگر هستند نیز به عنوان متغیری برخوردار ساز، با مکانیسمهایی مشابه آنچه در مورد فزون حمایتگری مادر گفته شد، با اختلالات مصرف مواد در ارتباط قرار میگیرند (بشارت، میرزمانی، پورحسن ۱۳۸۰). در سایه توانمندیهای اقتصادی و موقعیتهای اجتماعی خانواده، بازخوردها، تاییدات و انتظارات خانوادگی (و اجتماعی) پیوسته و هماهنگ اعتماد به خود کاذب و خودکارآمد پنداری کودک را تقویت میکنند. پنداری که در سایه کمکهای خانوادگی (نه شخصی) مجال آزمایش نیافته، کارناآموزده فریه شده و در آزمونهای واقعی زندگی فرد را با شکست و ناکامی مواجه می سازد. پناه بردن به مواد مخدر مکانیسمی است برای فرار از مشکلات واقعی زندگی و بازگشت به وضعیت آزاد پیشین. این

مکانیسم همچنین می تواند در خدمت انکار ناکارآمدی و ناتوانی شخصی (میلر و گلد، ۱۹۸۹) و برقراری مجدد تعادل روانشناختی (برم و کانزیان ۱۹۹۷) قرار گیرد.

علاوه بر تبیین های پیش گفته، یک تبیین دیگر را مخصوصا در مورد خانواده های ایرانی، نباید از نظر دور داشت. در خانواده هایی که سلطه گری والدین، و مهارگری آنها، مخصوصا پدر، مجال برای ابراز وجود و اثبات خود به فرزندان، مخصوصا پسران، باقی نمی گذارد، وابستگی به مواد به آنها این فرصت را میدهد تا هر چند به صورت مرضی، بتوانند خود و شایستگی های خود را اثبات کنند. این مکانیسم با تقاضاها، تشویق ها و پاداشهای والدین تشدید میشود زیرا هدف آن، یعنی اثبات خود، با همین تقاضاها و تشویقهای والدین محقق میگردد.

نتیجه گیری:

در این مقاله نقش متغیرهای خانوادگی شامل محرومیتهای اولیه، اختلالات دلبستگی (پیوند عاطفی کودک - مادر) فزون حمایتگری والدین، موقعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده، و سلطه گری والدین در شکل گیری وابستگی به مواد مخدر تشریح شد.

تبیین های روان پریشی بر نقش محرومیتهای اولیه و فرایندهای (تثبیت) و شکل گیری منش دهانی در کنار کنش تعادلی مواد مخدر تاکید کردند. گرچه پژوهشها در این زمینه به نتایج متفاوت و بعضا متناقض دست یافته اند، اهمیت محرومیتهای مرحله دهانی تحول را نمی توان از نظر دور داشت. در چارچوب برنامه های پیشگیری از اختلالات مصرف مواد، آموزش خانواده ها، مخصوصا مادران، می تواند کارساز باشد. تشریح نیازهای دهانی شامل نیازهای جسمانی و روانی این مرحله از تحول، آموزشهای عملی شیوه های شیردهی و از شیرگیری، تصریح اهمیت و ضرورت ارضای مناسب این نیازهای اساسی، مخصوصا جنبه های روانشناختی آنها، و در نهایت نمایش بنیانهای رفتار بهنجار و نابهنجار مرتبط با این مرحله، از محورهای اصلی برنامه های پیشگیری دراز مدت محسوب می شوند.

بر اساس نظریه دلبستگی، اهمیت پیوندهای عاطفی کودک - مادر و نقش اختلالات روابط دلبستگی در پدیدآیی اختلالات مصرف مواد بررسی شد. فراهم سازی زمینه های لازم برای تشکیل پیوندهای عاطفی مثبت و پایدار و تجربه احساس امنیت در روابط دلبستگی سنگ بنای اعتماد اساسی در کودک می باشد. هر عاملی که روابط دلبستگی را ناامن و مختل سازد به این اعتماد آسیب می رساند. همبستگی بین اختلالات دلبستگی و اختلالات مصرف مواد، اهمیت نقش تعیین کننده روابط دلبستگی را برجسته میکند. آسیب شناسی اعتیاد بدون در نظر گرفتن این متغیر اساسی ناقص خواهد بود. برنامه های پیشگیری هم برای افزایش ضریب موفقیت و کارآیی خود ملزم به تدارک زمینه های شکل گیری و تقویت روابط دلبستگی ایمن هستند. فزون حمایتگری و سلطه گری والدین و موقعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده نیز در کنار سایر متغیرها، هر یک به سهم خود بر اهمیت نقش تعیین کننده متغیرهای خانوادگی در شکل گیری اعتیاد تاکید می کنند. تسهیل تحول فرایند بهنجار جدایی - استقلال، اکتشافگری و تجربه آموزی، و در نهایت، استقرار مرزهای واقعی هویت شخصی و شکل گیری (خود) ی واقعیت نگری، تاثیرات منفی این دسته از متغیرها را تعدیل می کنند.

در سطحی بالاتر، یافته های پژوهشی و تجربه های بالینی ضرورت یکپارچه سازی تبیین های مبتنی بر رویکردهای پویایی و دلبستگی اختلالات مصرف مواد را درچارچوب رویکردهای سیستمی مسحل کرده اند. از نقطه نظر سیستمی، چهار اصل کلی پیوند، بین فرد و خانواده را ترسیم می کنند.

۱- بین اعضای خانواده پیوندهای نزدیک و صمیمی برقرارمیشود. بررسی این پیوندها به منظور شناخت مشکلات و تغییر آنها از بررسی هر یک از اعضای معتبرتر است.

۲- زندگی در چهارچوب پیوندهای نزدیک و صمیمی، سبکهای تعاملی نسبتا پایداری را مستقر می سازد.

۳- سبکهای تعاملی، رابطه متقابل و دوسویه بین (مشکل) و (خانواده) را تبیین می کند.

۴- مشکلات، محصول ناهمسازی سیستم خانواده و سبکهای زندگی خانوادگی با بعضی شرایط و تغییرات محیطی می باشد.

مدل زیستی - روانی - اجتماعی (انگل ۱۹۷۷) با تاکید بر تعامل متغیرهای زیست شناختی، روانشناختی و اجتماعی، می تواند به منزله یک مدل سیستمی در آسیب شناسی اختلالات مصرف مواد به کار بسته شود. براساس این مدل، معنی و تاثیر یک نابهنجاری زیست شناختی بر کنش وری بیمار باید در پرتو امکانات شخص برای مقابله و روابط وی با دیگران تعیین و تبیین شود. فرهنگ بیمار نیز بر تفسیر وی در مورد منابع مقابله و سازش اجتماعی تاثیر می گذارد. مدل زیستی - روانی - اجتماعی به عنوان مدلی جامع در زمینه پزشکی رفتاری و روانشناسی بالینی سلامت شناخته شده است (شوارتز ۱۹۸۲). این مدل نه تنها در زمینه علت شناسی، که در مورد پیشگیری و درمان بیماریها نیز مدلی کارآمد محسوب می شود.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

بشارت، محمدعلی، میرزمانی، محمود، پورحسین، رضا (۱۳۸۰) نقش متغیرهای خانوادگی در پدیدآیی اختلالاتهای مصرف مواد. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۲۷، ۵۲ - ۶۷

References:

- Ainsworth M.D.S, Blehar M.C, waters E, & Wall S, (1978), patterns of attachment: A psychological study of the strang situation. Hills - dale. Nj. Erlbum.
- American psychiatric association (1994), diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) Washington DC:APA.
- Bowlby J. (1969) attachment and loss, Vol 1. Attachment. New york: basic books.
- Bowlby J.(1973). Attachment and loss, Vol 2. sepration, anxiety and anger. Newyork: basic books.
- Bowlby J. (1980) attachment and loss. Vol 3, loss, new york: basic books.
- Brehm, N. M and khantzian, E.J. (1997) psychodynamics. In J.H. lowinson, R.
- Ruiz, R. B. millman & J. G. langrod (Eds), substance abuse: A comprehensive textbook (pp. 90-100). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model, a challenge to biomedicine. Science, 196, 129-136.
- Fairbairn, R. (1952). Psychoanalytic studies of the personality. London: Tavistok.
- Griffin D,& Britholomew K, (1994). Models of the self and other, fundamental dimensions underlying measures of attachment. Journal of personality and social psychology. 67: 430-445
- 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 developmentnew york: academic press.
- Johnson, V& pandina, R. J (1991) effects of the family environment on adolescent substance use, delinquency, and coping styles. Amrican 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.
- Krens, R.D (1994). Introduction: families and chronic illness. Annals of behavioral medicine, 16, 107-108.
- Krens, R.D & Weiss, L (1994), family influences on the course of chronic illness: A cognitive - behavioral transactional model. Annals of behavioral medicine, 16, 116-121.
- Koback RR, screey A. attachment in late adolescence working models. Affect regulation and representations of self and other. Child development. 1988, 59: 135-146.
- Lettieri,D.J. (1985). Drug abuse: a review of explanations and models of explanation, advances in alcohol and substance abuse, 4, 9-40.