

هم‌وابستگی و رواسازی آزمون هم‌وابستگی اسپن-فیشر در زنان شهر مشهد

سید محمد حسن اشرف^۱

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۰۹/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۲/۲۸

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی مقدماتی ماهیت پدیده هم‌وابستگی بر اساس ویژگی‌های زنان افراد معتاد به مواد مخدر و رواسازی آزمون هم‌وابستگی اسپن-فیشر بود. **روش:** به این منظور نخست آزمون اسپن-فیشر با استفاده از نمونه‌ای ۵۰۷ نفری از زنان عادی مشهد هنجار شد. نمونه‌ای به حجم ۲۰۴ نفر از زنان افراد معتاد که به همراه همسرانشان برای درمان به ۳۳ مرکز خصوصی ترک اعتیاد در شهر مشهد مراجعه کرده بودند استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج ضمن تایید روایی و اعتبار آزمون اسپن-فیشر، تفاوت معناداری میان دو گروه هم‌وابسته و عادی از نظر اعتیاد والدین اشتغال نشان داد. **بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش ضمن تاکید بر نقش این متغیر، نشان داد هم‌وابستگی می‌تواند به عنوان یکی از عوامل مقاومت در برابر ترک اعتیاد و بهبود در نظر گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: هم‌وابستگی، اعتیاد، هنجاریابی

مقدمه

هم‌وابسته^۱ فردی است که به دیگران اجازه می‌دهد با سوء رفتارشان بر او تاثیر گذاشته، و میل و سواس گونه‌ای برای کنترل و تغییر دادن در او ایجاد کنند (دریو^۲، ۲۰۰۹). بیشتر هم‌وابستگان افرادی هستند که به دلیل ابتلای یکی از بستگان درجه اول خود به اعتیاد، پرخوری و یا دیگر رفتارهای معتادگونه‌ی طولانی مدت (و یا برخی بیماری‌های روانی طولانی)، دچار نوعی سواس مزمن و پیش‌رونده می‌شوند؛ و سواس و میل شدید و بیمارگونه برای کنترل، تغییر دادن و تسلط بر فرد مورد نظر (توئرسکی^۳، ۱۳۸۶).

فرد هم‌وابسته با تمرکز بر احساسات، نیازها و انگیزه‌های دیگران، از خویشتن فاصله گرفته و نسبت به تغییرات جسمی نیازهای روانی خود غفلت می‌ورزد. از طرفی دیگر با میل و سواس گونه‌ی به تکرار گذشته، در دور رفتارهای خود تخریبی^۴ گرفتار آمده و سناریوهای خود شکست دهنده و خود تخریبی فراوانی برای خویشتن می‌آفریند. به خاطر چند وجهی بودن هم‌وابستگی، رایج تعریفی برای آن دشوار بوده و گاهی از آن به عنوان یک سندروم^۵ یاد کرده‌اند (وایتفیلد^۶، ۱۳۸۱).

پدیده‌ی هم‌وابستگی تلاش و تبیینی در جهت حذف تاکید بیش از حد بر مفهوم "من" در سبب‌شناسی و درمان اعتیاد است. چرا که به کمک این مفهوم می‌توان از روش‌های ریشه‌یابی سنتی اعتیاد (همچون تمامی مراجع تشخیص و نشانه‌شناسی اختلالات روانی و روان‌شناسی مرضی) که همه چیز را در خود فرد معتاد سراغ می‌گیرند فاصله گرفت و در کنار "من" بیمار، بر "ما"ی بیمار نیز نظری داشت و در کنار تلاش برای درک سبب‌شناسی‌های فردی و شناخت پویایی‌های درون روانی، برای درک تعاملات بین فردی موجد اعتیاد و پویایی‌های بین فردی تلاش کرد (ویلسون^۷، ۲۰۰۲). یکی از مهم‌ترین دلایل ابتلای افراد به این اختلال، روابط ناسالم و مساله‌دار ایشان با والدین به هنگام کودکی است؛ به میزانی که والد در حال تجربه یک مشکل روانی-اجتماعی است، برای فراهم کردن نیازهای زناشویی و عاطفی کمتر در دسترس خواهد بود... کودکان والدین سوء‌مصرف‌کننده مواد، غالباً آنچه را که نیاز طبیعی و سازگاری با زندگی است،

1. codependent
5. syndrome

2. Drew
6. Whitfield

3. Twerski
7. Wilson

4. self-defeating

به دست نمی آورند. این کودکان بدبخت با انتظار بی‌اعتمادی از دیگران بزرگ می‌شوند، خودم‌محور هستند و غالباً متنفر؛ آنان معمولاً خودشان را بسیار دست کم می‌گیرند (داجن و شی^۱، ۲۰۰۰).

توجه ناکافی و نادرست والدین به کودک، این احساس را در او ایجاد می‌کند که گویی اصلاً هویت خارجی ندارد. در چنین شرایطی کودک می‌آموزد که خود را با توجه به احساسات پدر و مادرش - و نه احساسات خودش - شناسایی و تعریف کند. پدران و مادرانی که بیشتر به وضع عاطفی، احساسی و جسمانی خود توجه دارند پیام مهمی برای فرزندانشان می‌فرستند که مفهوم آن از این قرار است: "احساسات تو مهم نیستند. تنها من مهم هستم." بسیاری از این بچه‌ها که از صرف وقت و مراقبت پدر و مادر محروم می‌شوند، احساس "نبودن" می‌کنند. احساس می‌کنند که نامرئی هستند، انگار که وجود خارجی ندارند (فوروارد^۲، ۱۹۹۰). همین کودکان در روابط بعدی خود در دوران بزرگسالی، به راحتی خود را نادیده گرفته و سناریوی کودکی خود را تکرار می‌کنند (براون^۳، ۲۰۰۱).

کسی به درستی نمی‌داند واژه‌ی هم‌وابستگی دقیقاً کجا، چه وقت و توسط چه کسی ابداع شده است. اما به نظر می‌رسد در حدود اواسط قرن بیستم بر اساس چگونگی تاثیر متقابل اعضای خانواده، دوستان نزدیک الکلی‌ها یا وابستگان به دیگر مواد شیمیایی و افراد کژرفتار و بیمار پدیدار شده است. هم‌وابستگی به معنای امروزی آن برای نخستین بار در دهه‌ی ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ در ادبیات درمان الکلی و داروهای روانگردان شنیده شد. در طول این دوره چنین پنداشته می‌شد که همواره در کنار یک مصرف‌کننده (مخصوصاً مذکر) فرد غیر مصرف‌کننده‌ای وجود دارد که به عنوان یک "محافظ" با رفتارهای حمایت‌گرانه‌ی خود نسبت به مصرف‌کننده، او را از دریافت عواقب اجتماعی اعتیادش حفظ می‌کند. در آن ایام چنین فرض می‌شد که همسر و یا معشوقه‌ی فرد مصرف‌کننده با برآوردن نیازهای وی، او را نسبت به ادامه‌ی اعتیاد تشویق می‌کند. در ادبیات آن دوره این گونه افراد را "هم-الکلی"^۴ می‌نامیدند. همچنین واژه‌ی "توانمندکننده"^۵ که در آن دوره کاربرد فراوانی داشت برای اشاره به چنین افرادی به کار می‌رفت. در سال‌های بعد و با

رواج اصطلاح هم‌وابسته، واژه‌ی "هم - الکی" و "توانمند کننده" از رواج افتاده و کمتر شنیده شدند (لین^۱، ۲۰۰۸). از آغاز دهه‌ی ۱۹۸۰ واژه‌ی هم‌وابستگی برای توصیف هر فرد نزدیک به شخص وابسته به مواد شیمیایی مورد استفاده‌ی وسیع واقع شد و به زودی برای توصیف آنچه که ما اکنون آن را به عنوان بیماری هم‌وابستگی می‌نامیم، به کار برده شد. مندنهال^۲ (۱۹۸۹) دو دیدگاه برجسته نسبت به هم‌وابستگی را به این شرح خاطر نشان می‌سازد: بنابر دیدگاه اول، افراد هم‌وابسته خود نقص‌های شخصیتی خاصی دارند که آنان را نسبت به انتخاب همسران الکی تشویق می‌کند و بنابر دومین دیدگاه افراد هم‌وابسته اساساً افرادی طبیعی هستند که در زندگی تحت تاثیر فشار روانی متناوب بوده‌اند؛ یا به قول مندنهال افراد طبیعی‌ای که با شخصی که بیماری روانی پیشرفته‌ای دارد زندگی می‌کنند. دیدگاه اول هم‌وابستگی را یک اختلال درون فردی با پیش‌آگهی بد می‌داند (سرماک^۳، ۱۹۸۶) و دیدگاه دوم هم‌وابستگی را یک اختلال بین فردی یا نقصی در الگوی تعاملات فرد می‌داند و آن را بیشتر قابل درمان می‌شمرد.

دیر و رابرت^۴ (۱۹۹۳) ضمن ساخت و هنجاریابی مقیاس سنجش هم‌وابستگی هولیاک (جهت سنجش باورها و شناخت‌های افراد هم‌وابسته) به بررسی روایی این مقیاس پرداخته و با انجام تحلیل عاملی به بررسی ساختار زیربنایی آن پرداختند. تحلیل عاملی نشان داد مقیاس سنجش هم‌وابستگی هولیاک^۵ سه عامل زیربنایی دارد: تمرکز بیرونی، قربانی بودن^۶ و واکنشگری^۷. ضریب همسانی درونی سه خرده مقیاس بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ گزارش شد.

گری و لومباردو^۸ (۱۹۹۹) با انتخاب نمونه‌ای به حجم ۱۶۵ نفر از دانشجویان به بررسی "میزان شیوع هم‌وابستگی در میان دانشجویان دانشگاه" پرداختند. نتایج نشان داد ۵۰ درصد از این دانشجویان یا این مفهوم آشنا بوده و راجع به آن مطالعاتی داشته‌اند. نتایج نشان داد تفاوت کلی در میانگین نمرات دو گروه مردان و زنان دیده نشد. هانیگمن و وایتهد^۹ (۲۰۰۷) به بررسی رابطه‌ی میان هم‌وابستگی و اختلال شخصیت مرزی و شخصیت وابسته پرداختند. به این منظور از هفتاد و پنج دانشجو (۱۶ مرد و ۵۹ زن) به عنوان گروه نمونه استفاده شده

است. در این مطالعه، به منظور سنجش هم‌وابستگی افراد از مقیاس سنجش هم‌وابستگی پاتر-افرون استفاده شد. همچنین با استفاده از آزمون میلون ۲ و مقیاس سنجش نگرش‌های خطا (دی ای اس) به منظور سنجش شخصیت وابسته و میزان نگرش‌های اشتباه شرکت‌کنندگان استفاده شد. نتایج نشان دادند که میان هم‌وابستگی افراد و ابتلا به شخصیت مرزی، همبستگی قدرتمندی وجود دارد و نیز بین هم‌وابستگی و ابتلا به اختلال شخصیت وابسته یک همبستگی ضعیف یافت شد. همچنین، نتایج نشان دادند که هم‌وابستگی و شخصیت مرزی به گونه‌ای مشابه با داشتن طحاره‌های شناختی خطا، ارتباط دارند. پژوهش حاضر با توجه نظریات مطروحه، ضمن روا سازی آزمون اسپن-فیشر و بررسی خصوصیات روانسنجی آن، به دنبال بررسی ارتباط میان مدت زندگی مشترک با فرد وابسته به مواد روانگردان، وابستگی (حداقل) یکی از والدین به مواد روانگردان و ابتلا به هم‌وابستگی است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

تحقیق حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. پس از تهیه‌ی فهرست کلینیک‌های خصوصی ترک اعتیاد شهر مشهد از معاونت درمان، تعداد ۳۴ کلینیک از بین ۱۳۲ کلینیک موجود در شهر مشهد (مطابق فهرست معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مشهد) به صورت تصادفی انتخاب شدند (یک سوم کلینیک‌های خصوصی ترک اعتیاد شهر مشهد). سپس با جلب موافقت ۳۳ کلینیک، تعداد ۲۰۳ پرسشنامه در بین همسران افراد معتادی که برای ترک مراجعه کرده بودند و بنا به مبانی نظری این پژوهش برچسب هم‌وابستگی خورده بودند، برای آزمون فرضیه‌های این تحقیق، توزیع شد. همچنین، تعداد ۵۰۷ پرسشنامه برای روا سازی آزمون اسپن-فیشر در میان زنان عادی مشهدی اجرا شد.

ابزار

آزمون اسپن-فیشر: این آزمون یک آزمون ۱۶ سوالی دانشگاهی رسمی برای سنجش هم‌وابستگی است که به طریق طیف لیکرت ۶ تایی پاسخ داده می‌شود و دو عدد از

سوالات آن نمره‌گذاری معکوس دارند (سوال ۵ و ۷). اسپن و فیشر در سال ۱۹۹۰ فرم ۱۵ سوالی این آزمون را پس از رواسازی با تایید روایی و اعتبار (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷) با نام اختصاری "اس اف سی اس" به جامعه‌ی دانشگاهی عرضه کردند. در سال ۱۹۹۱ اسپن و فیشر، به چندین مطالعه‌ی مقایسه‌ای دست زدند که این مطالعات منجر به اضافه‌گشتن ۱ سوال به آزمون شد. در تحقیق حاضر از فرم ۱۶ سوالی آزمون مذکور که در سال ۱۹۹۱ تهیه شده، استفاده شده است.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی سن و مدت زمان زندگی با فرد معتاد به تفکیک گروه در جدول زیر ارایه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی سن و مدت زمان زندگی با فرد معتاد به تفکیک گروه

گروه‌ها	گروه عادی		گروه هم وابسته	
متغیرها	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
سن	۱۲/۲۱	۳۶/۲۸	۱۱/۱۰	۳۴/۲۸
مدت زمان زندگی با فرد معتاد	-	-	۱۰/۴۸	۱۵/۱۱

آماره‌های توصیفی اعتیاد/عدم اعتیاد والدین به تفکیک گروه‌ها در جدول زیر ارایه شده است.

جدول ۲: اعتیاد و عدم اعتیاد والدین به تفکیک گروه‌ها

اعتیاد والدین	گروه عادی		گروه هم‌وابسته	
	فراوانی	فراوانی درصدی	فراوانی	فراوانی درصدی
خیر	۴۵۱	۹۰/۲۶	۹۶	۴۸
بلی	۴۹	۹/۷۴	۱۰۳	۵۲
جمع کل	۵۰۰	۱۰۰	۱۹۹	۱۰۰

به منظور رواسازی و بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه‌ی هم‌وابستگی اسپن-فیشر، از انواع روش‌های کلاسیک سنجش و اندازه‌گیری استفاده شد. لازم به ذکر است که داده‌های جمع‌آوری شده به دلیل عدم برقراری شرایط مورد نیاز برای تحلیل با تئوری سوال-پاسخ (تک بعدی بودن) با این روش مورد تحلیل قرار نگرفت. در ابتدا برای بررسی خصوصیات

روانسجی سئوالات از روش لوپ استفاده شد. در ادامه ضرایب توان افتراقی سئوالات (ضرب تمیز) و میانگین وزنی و همبستگی سئوال با نمره کل محاسبه شد. برای بررسی اعتبار پرسشنامه از روش های آلفای کرونباخ، روش دو نیمه کردن و روش بازآزمایی استفاده شد. و برای بررسی و تبیین روایی آزمون از روش های روایی ملاکی و روایی سازه استفاده شده است. نتایج به دست آمده از تحلیل سئوالات پرسشنامه ی هم وابستگی اسپن - فیشر بر اساس روش لوپ نشان داد بیشتر سئوالات همبستگی متوسطی با آزمون دارند. سئوالات ۴ و ۷ دارای کمترین همبستگی (۰/۲۲) و سئوالات ۹ و ۱۵ دارای بیشترین همبستگی (۰/۴۲) بودند. حذف هیچ کدام از سئوالات باعث افزایش اعتبار نمی شد. خصوصیات روانسجی سئوالات در جدول زیر ارایه شده است.

جدول ۳: خصوصیات روانسجی سئوالات پرسشنامه هم وابستگی اسپن-فیشر

سئوالات	همبستگی سئوال با آزمون	توان افتراقی	واریانس سئوال	میانگین وزنی
سئوال ۱	۰/۶۲	۲/۶۹	۳/۷۰	۳/۴۱
سئوال ۲	۰/۶۰	۲/۴۶	۳/۷۶	۳/۱۷
سئوال ۳	۰/۶۳	۲/۵۰	۳/۷۷	۳/۰۱
سئوال ۴	۰/۵۷	۱/۷۸	۳/۶۲	۳/۳۲
سئوال ۵	۰/۶۵	۱/۹۶	۳/۴۲	۳/۸۷
سئوال ۶	۰/۵۶	۱/۹۹	۳/۱۷	۳/۳۱
سئوال ۷	۰/۴۷	۱/۵۹	۳/۳۱	۳/۶۴
سئوال ۸	۰/۵۵	۱/۹۳	۳/۴۵	۴/۰۹
سئوال ۹	۰/۷۱	۳/۱۳	۴/۴۳	۳/۷۳
سئوال ۱۰	۰/۶۷	۲/۹۳	۴/۴۶	۳/۰۳
سئوال ۱۱	۰/۶۰	۲/۵۱	۳/۸۱	۲/۷۶
سئوال ۱۲	۰/۶۷	۲/۵۵	۳/۸۴	۳/۶۰
سئوال ۱۳	۰/۵۳	۲/۰۴	۳/۶۹	۴/۰۸
سئوال ۱۴	۰/۵۶	۲/۵۹	۴/۱۵	۳/۷۳
سئوال ۱۵	۰/۷۱	۲/۶۶	۳/۷۹	۳/۹۱
سئوال ۱۶	۰/۶۴	۲/۵۰	۳/۶۶	۳/۹۴

یکی از مناسب‌ترین سئوال‌ات این پرسشنامه سئوال ۹ است، زیرا بیشترین ضریب همبستگی با نمره کل (۰/۷۱) و بیشترین توان افتراقی (۳/۱۳) به این سئوال اختصاص دارد. سئوال ۱۰ توانسته بیشترین پراکندگی را در بین آزمودنی‌ها ایجاد کند (۴/۴۶). سئوال ۸ نیز توانسته است بیشترین مقدار میانگین وزنی را به خود اختصاص دهد (۴/۰۹). در مجموع کلیه سئوال‌ات خصوصیات روانسنجی مناسبی داشته‌اند. هیچ کدام از آنها توان افتراقی منفی نداشته‌اند و همگی توانسته‌اند پراکندگی قابل قبولی به وجود آورند. میانگین و انحراف معیار و خلاصه نمرات هنجاری آزمون اسپن-فیشر در جدول زیر گزارش شده است.

جدول ۴: خلاصه نتایج نمرات هنجاری

نمرات	میانگین	میانه	مد	انحراف معیار	دامنه تغییرات	کمینه	بیشینه
نمرات خام	۵۶/۲۶	۵۷	۵۸	۱۲/۵۳	۱۵۶/۹۵	۲۲	۹۴
نمرات Z	۰	۰/۰۶	۰/۱۴	۱	۵/۷۵	-۲/۷۳	۳/۰۱
نمرات t	۵۰	۵۰/۵۹	۵۱/۳۹	۱۰	۵۷/۴۷	۲۲/۶۵	۸۰/۱۳

برای بررسی اعتبار پرسشنامه از روش همسانی درونی استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای آزمون برابر با ۰/۷۳ به دست آمد. ضریب اعتبار حاصل از تنصیف نیز بر اساس هر دو روش اسپیرمن-براون و گاتمن محاسبه شد که مقدار آن ۰/۷۴ به دست آمد که نشان دهنده اعتبار مناسب این پرسشنامه است. همچنین، همبستگی بین دو نیمه آزمون مساوی ۰/۶۲ و در حد قابل قبول بود. به منظور بررسی اعتبار و ثبات نمرات، بعد از ۱۵ روز از ۴۰ نفر از آزمودنی‌ها باز آزمون گرفته شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها بین نمرات آزمون و باز آزمون ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۵: ضرایب اعتبار آزمون اسپن-فیشر به روش بازآزمایی

آزمون‌ها	میانگین	انحراف معیار	مقدار همبستگی	معناداری
آزمون	۶۲/۱	۱۱/۳۹	۰/۹۰۶	۰/۰۰۰۵
باز آزمون	۶۲/۵	۱۲/۸۳		

برای بررسی روایی ملاکی، پرسشنامه بر روی گروهی که بر اساس مفروضه‌های زیر بنایی این پژوهش (زندگی مشترک با فرد معتاد) برچسب هم‌وابسته خورده بودند و نیز گروه عادی اجرا شد. به منظور بررسی این نکته که آیا پرسشنامه توان افتراق نهادن بین این دو گروه را دارد از آزمون تی دو گروه مستقل استفاده شد.

جدول ۶: نتایج آزمون تی برای بررسی تفاوت بین دو گروه هم‌وابسته و عادی

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t آماره	معناداری
هم‌وابسته	۵۸/۸۶	۱۳/۸۵	۳۷۱/۸۴	۳/۷۳۰	۰/۰۰۲
عادی	۵۴/۵۰	۱۱/۲۴			

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود تفاوت معناداری بین میانگین نمرات دو گروه وجود دارد. به این معنا که این پرسشنامه توانسته است به طور معناداری بین دو گروه عادی و گروه هم‌وابسته افتراق ایجاد کند ($t=۳/۷۳۰, P< ۰/۰۱$).

برای تعیین میزان روایی هم‌گرایی پرسشنامه هم‌وابستگی اسپن-فیشر، از آزمون هم‌وابستگی ویلسون (۱۹۸۹) که دارای ۲۰ سؤال و ضریب آلفا ۰/۸۳ بود استفاده شد. این دو پرسشنامه بر روی ۲۰۰ نفر از آزمودنی‌ها اجرا شد که نتایج همبستگی پیرسون نشان داد رابطه مثبت معناداری بین نمرات این دو پرسشنامه وجود دارد ($t=۰/۵۹, P< ۰/۰۰۱$).

همچنین، به منظور بررسی روایی ملاکی پرسشنامه اسپن-فیشر، میانگین هم‌وابستگی افرادی که والدین آنها معتاد بوده ($۱۲/۶۱ \pm ۵۸/۱۷$) با افرادی که والدین آنها معتاد نبود ($۱۰/۷۶ \pm ۵۳/۱۳$) با آزمون تی گروه‌های مستقل مورد مقایسه قرار گرفت که نتایج حکایت از تفاوت معنادار داشت ($t=۳/۶۳۰, P< ۰/۰۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر پس از بررسی خصوصیات روانسنجی آزمون هم‌وابستگی اسپن-فیشر، به رواسازی آن بر روی نمونه‌ی ۵۰۷ نفری اقدام شد. در خصوص ارتباط میان مدت زندگی مشترک با فرد وابسته به مواد روانگردان و ابتلا به هم‌وابستگی؛ بررسی تحقیقات

مشابه گذشته نشان داد که بسیاری از صاحب‌نظران بر این عقیده‌اند که زندگی طولانی مدت با یک فرد معتاد عامل ایجاد کننده و یا تشدید کننده‌ی هم‌وابستگی است (استاینکلس ۱۹۸۱). دلایلی که این تحقیقات برای این مساله بر شمرده اند عبارتند از: زندگی طولانی مدت با فردی که توجه و مراقبت زیادی می‌طلبد و برای برآوردن نیازهای خود به دیگران محتاج است، کم‌کم توجه و تمرکز فرد بر خویشتن و نیازهای اولیه و اصیل خود را کم رنگ می‌سازد (بیتی، ۱۳۸۶). دیگر اینکه زندگی طولانی مدت تحت فشار روانی ضمن ایجاد احساس درماندگی آموخته شده و استرس، به مرور مرجع هویت فرد را به بیرون از وی منتقل می‌کند (وایتفیلد، ۱۳۸۱). و نهایتاً اینکه چرخه‌ی فیزیولوژیک مصرف مواد مخدر (خماری - مصرف - نشگی - مسمومیت) در وجود فرد معتاد، اصیل و درونی است. در حالی که شریک زندگی فرد معتاد، می‌آموزد که با تفسیر و شناخت چرخه‌ی فیزیولوژیک همسر خود تغییرات و الزامات لحظه را برآورد کند (گیلیگان، ۱۹۸۲). به بیان دیگر، این خود فرد معتاد است که چرخه‌ی یاد شده را تجربه می‌کند و فازهای مختلف اعتیاد و احیانا ترک آن را از سر می‌گذراند در حالی که شریک زندگی وی، تمامی آنچه گفته شد را به واسطه‌ی دیگری و از خلال مشاهده و تفسیر وی تجربه می‌کند.

در خصوص ارتباط ابتلای یکی از والدین به وابستگی به مواد روانگردان و ابتلا به هم‌وابستگی؛ در میان تعاریف و نظریات موجود درباره‌ی هم‌وابستگی، بسیاری بر تاثیر اعتیاد یکی از والدین بر هم‌وابستگی افراد تاکید داشته‌اند (مانند براون، ۲۰۰۱؛ فوروارد، ۱۹۹۰؛ اوگرمن، ۱۹۹۳ و تشویقی، ۱۳۸۴). این تاکید تا بدان حد بوده که برخی هم‌وابستگی را بیماری کودکان نادیده گرفته شده نامیده‌اند (فوروارد، ۱۹۹۰). در میان تحقیقات موجود مشکلات دوران کودکی که موجد هم‌وابستگی هستند را با این تعابیر می‌توان یافت که عبارتند از: مورد سوء استفاده‌ی جسمی قرار گرفتن، مورد سوء استفاده‌ی جنسی قرار گرفتن، اعتیاد یکی از والدین، به خانواده‌ی کژکارکرد تعلق داشتن، مورد بی‌توجهی قرار گرفتن، مشاهده‌ی سناریوهای "خود شکست دهنده‌ی" یک والد، آموختن الگوی روابط مخرب والدین با یکدیگر و غیره. تمامی نظریه پردازانی که یکی از انواع متغیرهای مربوط به خانواده‌ی پدری افراد را وارد تعریف هم‌وابستگی کرده‌اند، به گونه‌ای

ضمنی هم وابستگی را پدیده‌ای درون روانی دانسته‌اند. یعنی فرد هم وابسته، افرادی را برای روابط طولانی مدت خود بر می‌گزیند که بتواند به گونه‌ای نقش مقابل وی را ایفا کنند. فرد هم وابسته به دنبال شریکی برای اجرا و تکرار بازی‌هایی که در کودکی آموخته بر می‌آید. فرد هم وابسته به دنبال روابطی است تا بتواند احساسات قدیمی حل نشده‌ی خود را بازنواخت کرده و در شرایطی هرچند ناخوشایند اما آشنا و مانوس به سر ببرد.

آلبرت ایس بنیانگذار روش درمان عقلانی - هیجانی در این زمینه ضمن تایید این مطلب که در میان فرزندان افراد الکلی، گرایش به ازدواج با افراد الکلی وجود دارد، این پدیده را معلول گرایش این افراد به تایید و حفظ نظام باورها و مدل‌های ذهنی‌شان از واقعیت می‌داند. چنین مدل‌های ذهنی‌ای، هرچند که ناکامروا ساز و شکست دهنده باشند، اما امنیت روانی ایشان را به خطر نمی‌اندازد. فرزندان چنین والدینی به تجربه می‌آموزند که نباید خطر کنند و یا دست به اقداماتی بزنند که هیجان‌شان را افزایش دهد، چون تفسیر ایشان از نمود فیزیولوژیکی هیجان‌ات دلهره‌آور و آسیب رسان است. فرزندان چنین والدینی با توجه به محیط ناامنی که سال‌های کودکی خود را در آن گذرانده‌اند، آموخته‌اند که تجربه‌ی هرگونه هیجانی نوید دهنده‌ی فشار روانی و مقدمه‌ی آسیب جسمی-روانی است. از دیگر سو می‌دانیم که به چالش کشیده شدن مدل‌های ذهنی افراد به شدت هیجان‌آور است. به خاطر همین هیجان‌آور بودن تغییر مدل‌های ذهنی و نیز پرهیز افراطی از تجربه‌ی هرگونه هیجان است که مدل‌های ناکارآمد ذهنی این افراد سال‌ها دوام می‌آورد و الگوی روابط طولانی مدت منجمله تصمیم‌گیری در خصوص ازدواج را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

همچنین، به نظر برخی صاحب نظران فمینیست در خصوص هم‌وابستگی، هم‌وابستگی گونه‌ای از دست رفتن خویش‌ن زنان، در جریان روابط است (وبستر، ۱۹۹۰؛ به نقل از یرینگ، ۲۰۰۲). به نظر این عده تاکید بیش از حد بر نقش‌های فرزند پروری زنان در خانواده، می‌تواند رشد شخصی ایشان را با مشکل روبرو کرده و منجر به مسایلی منجمله هم‌وابستگی شود (چسلر، ۱۹۸۹ و جک، ۱۹۹۱). برخی نیز تفاوت‌های جنسیتی موجود در نظام خانواده را یکی از منابع ایجاد هم‌وابستگی می‌دانند (هاکن، ۱۹۹۰). همچنین، فقدان منبع استقلال و قدرت و نیاز زن به مرد را به وجود آورنده‌ی هم‌وابستگی دانسته‌اند (میلر، ۱۹۷۶؛ به نقل از دریو، ۲۰۰۹).

به‌طور کل، نتایج پژوهش حاضر ضمن بررسی مشخصات هنجاری و تایید خصوصیات روانسنجی آزمون اسپن-فیشر، به صورت ضمنی تأکیدی بر نقش پدیده هم‌وابستگی در درمان پدیده اعتیاد بود.

منابع

- آذر، ماهیار و نوحی، سیما. (۱۳۸۷). *دایره‌المعارف اعتیاد و مواد مخدر*. تهران: ارجمند.
- آقا بخشی، حبیب. (۱۳۸۸). *اعتیاد و آسیب‌شناسی خانواده؛ رویکرد مددکاری اجتماعی به مسایل و آسیب‌های جامعه‌ای*. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- انجمن روان پزشکی آمریکا. (۱۹۹۴). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*. ترجمه: محمدرضا نائینیان و همکاران. تهران: دانشگاه شاهد.
- برگر، آلن. (۱۳۸۸). *۱۲ عامل ویرانگر در فرآیند بهبودی*. ترجمه: مهدی لطفی. تهران: زهره‌وند.
- برن، اریک. (۱۳۸۷). *بازی‌ها*. ترجمه: اسماعیل فصیح. تهران: ذهن آویز.
- بهرامی، هادی. (۱۳۸۳). *اعتیاد و فرآیند پیشگیری*. تهران: سمت.
- بیتی، ملودی. (۱۳۸۴). *وابستگی متقابل؛ هم‌وابستگی*. نسرین سلامت. تهران: نشر لیوسا.
- پاشاشریفی، حسن. (۱۳۸۱). *اصول روان‌سنجی و روان‌آزمایی*. تهران: رشد.
- تشویقی، فروهر. (۱۳۸۴). *مدخله*. تهران: نشر راه‌رشد.
- توئرسکی، آبراهام ج. (۱۳۸۶). *طرز فکر معتادوار؛ شناخت خود فریبی*. ترجمه: مینا ملکی معیری. تهران: نشر ترمه.
- داجن، چارلز ای. و شی، مایکل. (۲۰۰۰). *روان‌شناسی اعتیاد؛ اختلال‌های مصرف مواد، سنجش و درمان*. ترجمه: بابرامعلی رنجگر. تهران: نشر روان.
- راجرز، رونالد و مک‌میلن، چاندلر. (۱۳۸۲). *راهنمای رهایی از اعتیاد*. احمد شریف تبریزی. تهران: نشر فیروزه.
- رزونهان، دیوید و سلیگمن، مارتین. (۱۳۸۲). *آسیب‌شناسی روانی*. یحیی سید محمدی. تهران: ارسباران.
- سجادیه، محمد علی و فدایی، فرید. (۱۳۶۵). *شناخت، پیشگیری و درمان اعتیاد*. تهران: نشر تایماز.
- شاکرمی، عبدالحسین. (۱۳۶۸). *مواد مخدر و اعتیاد؛ تاریخچه، انواع، علل، عوارض و درمان*. مشهد: گوتبرگ.
- شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۳۷۲). *اعتیاد؛ شناخت، علل و درمان*. فصلنامه روان‌شناسی و علوم تربیتی. ۱، ۲، ۵۳-۷۵، ۵۳-۷۵.
- فرجاد، حسین و بهروش، هما. (۱۳۸۲). *اعتیاد و شیوه‌های درمان برای خانواده*. تهران: معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم قوه قضاییه.
- فوروارد، سوزان. (۱۹۹۰). *تربیت مسموم*. ترجمه: مهدی قراچه‌داغی. تهران: نشر البرز.
- گرسکی، ترنس؛ و میلر، مرلن (۱۳۸۸). *پاکی ماندگار؛ طرح پیشگیری از بازگشت به اعتیاد (لغزش)*. ترجمه: زهرا صفری. تهران: زهره‌وند.

گزاشی از اولین سمینار بررسی مسائل اعتیاد (۱۳۶۵). تهران: امیرکبیر.
گنجی، حمزه. (۱۳۸۶). ارزشیابی شخصیت. تهران: ساوالان.
مهار و کنترل بلای بزرگ و تهدید عظیم. ویژه نامه ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۸۷، ۲۱ اسفند). ایران.
۴۱۶، ۱-۱۶.

وایتفیلد، چارلز. (۱۳۸۱). هم وابستگی؛ راهایی از وضعیت بشری. ترجمه: حسام الدین معصومیان شرقی.
تهران: نشر فارابی حکیم.

Aday, J.B. (1995). An analysis of codependency in adult males: A comparison of adult males from chemically dependent families with adult males from nonchemically dependent families. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering.

Brown, Nina W. (2001). *Children of the Self-Absorbed*. Oakland, Ca: New Harbinger.

Carson, A, & Baker, B. (1994). Psychological Correlates of Codependency in Women. *Substance Use & Misuse*, 29, (3), 395-407.

Cermak, T. (1986). *Diagnosing and Treating Co-dependence*. Minnesota: Johnson Books. www.commerce.nobleimage.com.

Chesler, P. (1989). *Women and madness*. San Diego, Ca: Harcourt Brace Jovanovich.

Chiauzzi, E. & Liljegen, S. (1993). Taboo Topics in Addiction Treatment; an empirical review of clinical folklore. *Journal of substance treatment.*, 10(2), 303-316.

Chodorow, N. (1978). *The reproduction of mothering: Psychoanalysis and the sociology of gender*. Berkeley, CA: University of California Press.

Collins, B. G. (1993). Reconstructing codependency using self-in relation theory: A feminist perspective, *Social Work*, 38 (4).

Costa, P. & Widiger, T. (1994). *Personality Disorder and the Five-Factor Model Of Personality*. Washington, American Psychological Association.

Crester, Gary & Lombardo, D. (1999). *Examining Codependency in a College Population*. College Student Journal.

Dear. (2002). The Holyoake Codependency Index: further evidence of factorial validity. *Drug and Alcohol Review*. 21. (1), 47-52.

Denning, P. (1950). *Practicing Harm Reduction Psychotherapy: an alternative approach to addictions*. New York: Guilford.

Doumas, S. & Whiteleather, B. (2004). *The Relationship between Adult Attachment Style and Alcohol Problems and Codependency*. Printed at Rocky Mountain Psychological Association Annual Conerence, www.familystudies.boisestate.edu

Drew, J. (2009). *Codependency, in Sex and Society*. New York: Roberts Inc.

Ellis, A. McInerney, J. F. Digiuseppe, R. Yeager, R. J. (1988). *Rational-Emotive Therapy with Alcoholics and Substance Abusers*. New York. Pergamon Press.

Fischer, J., Spann, L., & Crawford, D. (1991). Measuring Codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 8, (14), 87-100.

Gayol, G. N. & Lira, L. R. (2002). *Construction and Validation a Measuring Instrument for Codependency*. Mexico: National Institute.

Gayol, G. N. (2003). Codependency: A Transgenerational Script. www.imat.com

- Haaken, J. (1990). Critical analyses of co-dependency construct. *Psychiatry*, 53, (15), 396-406.
- Hoenigmann, B. & Whitehead, C. (2007). The Relationship between Codependency and Borderline and Dependent Personality. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24, (4), 55-77.
- Jack, D. C. (1991). *Silencing the self: Women and depression*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Levenson, Hanna. (1972). Distinctions within the Concept of Internal-External Control: Development of a New Scale. American Psychological Association.
- Lin, C. (2008). The Study of Codependency. *Crime & Criminal Justice International*, 10, (31), 120-129.
- Loughead, T. A. (1991). Addictions as a process: Commonalities or codependence. *Contemporary Family Therapy*, 13 (5), 455-470.
- Mendenhall, W. (1989). Codependency definitions and dynamics. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6 (1), 3-17.
- O’Gorman, P. (1993). Codependency explored: A social movment in search Of definition and treatment. *Psychiatric Quarterly*, 64 (2), 199-212.
- Spann, Lynda. (1996). *Attribution About codependency on the Part of Feminists and Nonfememinists*. A Dissertation in Marriage and Family Therapy.
- Steinglass, P. (1981). The impact of alcoholism on the family: The relationship between degree of alcoholism and psychiatric symptomatology. *Journal of Studies on Alcohol*, 42 (3), 288-303.
- Subby, R. (1984). Inside the chemically dependent marriage. In U.S. Journal of Drug and Alcohol Dependency (Eds) Codependency (25-29). Deerfield Beach, FL: Health Communications.
- Wilson, Sandra D. & Collins, Gary. (1989). *Counseling Adult Children of Alcoholics* (Resources for Christian Counseling).
- Wilson, Sandra. (2002). Released from Shame: Moving Beyond the Pain of the Past. InterVarsity.
- Yearing, Barbara. (2002). *Codependency: its Relationship To Alcohol and Family – of-Origin Dynamics*. Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy, Selton Hall University.