

عوامل خانوادگی و شخصیتی مرتبط با اعتیاد

سیمین قبادزاده^۱، مرضیه مسعودی^۲، شهرام محمدخانی^۳، جعفر حسینی^۴

چکیده

سوء مصرف مواد به عنوان یکی از جدی‌ترین معضلات اجتماعی در ایران بوده و زمینه‌ساز بسیاری از آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی است. این پدیده‌ی خانمان‌سوز یک اختلال عود کننده‌ی مزمن است و تخریب‌های پیوسته‌ای که ایجاد می‌کند، تمام گستره‌ی زندگی فرد شامل روابط زناشویی، شغل و تحصیل را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اعتیاد پیامدهای نامطلوب اجتماعی و همچنین از بین رفتن سرمایه‌های انسانی جوان و مغزهای متفکر را به دنبال دارد. به طوری که مصرف مواد یکی از موانع جدی در توسعه جوامع است. با توجه به تأثیرات مخرب این اختلال در زندگی فردی و خانوادگی افراد، لزوم شناسایی عوامل زیرساز و به پیر و آن تمهید روش‌های درمانی مؤثر بیش از پیش آشکار می‌گردد. تحقیقات مختلفی نشان داده‌اند که عوامل شخصیتی و خانوادگی، دو مؤلفه‌ی مهم از عوامل مستعد کننده در گرایش به اعتیاد هستند. بنابراین در این پژوهش به گردآوری عوامل شخصیتی و خانوادگی مستعد کننده فرد در برابر اعتیاد پرداخته شده است. قطعاً آگاهی از این عوامل پیش‌بین، در انتخاب زمان مناسب مداخلات درمانی اثرگذار خواهد بود. همچنین توجه به خانواده و آموزش و آگاهی بخشی به خانواده‌ها بیش از پیش ضرورت دارد.

کلید واژه‌ها: شخصیت، اعتیاد، خانواده

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. پست الکترونیک:

Raha_gh72@yahoo.com

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۴. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

مقدمه

اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است که بر همه ابعاد زندگی، اثر گذاشته و سلامتی فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد (گالانتر، ۲۰۰۶). گزارش سالانه سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵ نشان می‌دهد که در دنیا حدود ۲۰۰ میلیون معتاد به انواع مواد افیونی وجود دارد. اعتیاد به مواد مخدر، یکی از چهار بحران جهانی هزاره سوم و در صدر تهدیدها و آسیب‌های اجتماعی و از غم‌انگیزترین معضلات جوامع امروزی است که اکثر جوامع مختلف را به چالش کشانده است و تأثیر آن در ظهور سایر آسیب‌های اجتماعی نمود عینی دارد (طباطبایی چهر، ابراهیمی و مرتضوی، ۱۳۹۱). در گستره کنونی، شیوع و بروز این پدیده در جامعه ایران منجر به طیف وسیعی از آسیب‌های روانی-اجتماعی و خانوادگی گردیده است (بابایی، حسنی و محمدخانی، ۱۳۹۱). اعتیاد عبارت است از وابستگی به موادی که تکرار مصرف آن با کمیّت مشخص و در زمان‌های معین از نظر مصرف‌کننده ضروری بوده و موجب وابستگی جسمی، روانی و پیدایش پدیده تحمل در بدن نسبت به مواد مصرفی می‌گردد (بزمی، ۱۳۹۰). با توجه به هزینه‌های بسیار بالای مبارزه با مواد مخدر، درمان و نگهداری معتادان و همچنین معایب مربوط به روش‌های درمان و سم‌زدایی، به نظر می‌رسد پیشگیری از سوءمصرف مواد بسیار مقرون به صرفه و کارآمدتر باشد. از این رو یکی از زمینه‌های مهم پژوهش در زمینه سوءمصرف مواد، شناسایی عوامل خطر و محافظت‌کننده گرایش به مصرف مواد است. عوامل متعددی در مصرف مواد نقش دارند. برای طراحی برنامه‌ای مؤثر در پیشگیری از مصرف مواد، درک سبب‌شناسی این پدیده و عوامل مرتبط آن ضروری است. طی چند دهه گذشته نظریه‌های مختلف تلاش کرده‌اند تا تبیین روشنی از علل گرایش افراد به سمت مواد ارائه دهند. این نظریه‌ها طیف گسترده‌ای از عوامل زمینه‌ساز ژنتیکی، روانشناختی، خانوادگی و اجتماعی را مورد بررسی قرار داده‌اند. در سبب‌شناسی گرایش به اعتیاد فرضیه‌های مختلفی بیان شده است که هیچ یک به تنهایی نمی‌تواند علت گرایش به اعتیاد را تبیین کند. در بیشتر موارد، مجموعه‌ای از عوامل و زمینه‌ها در این گرایش نقش دارند. لیکن در هر شرایط فرهنگی و

اجتماعی و در هر فرد، برخی از عوامل نقش بارزتری ایفا می‌کنند. در این مقاله سعی شده، به عوامل خانوادگی و شخصیتی زمینه‌ساز گرایش به مصرف مواد که بر اساس تحقیقات و پژوهش‌هایی که طی ۲۰ سال گذشته در ایران انجام شده به طور خلاصه اشاره شود و ارتباط عوامل خانوادگی و شخصیتی با اعتیاد و گرایش به مصرف مواد مورد تبیین قرار گیرد.

عوامل خانوادگی

(۱) خانواده

خانواده نقش عمده‌ای در بروز، تداوم و ابقاء سوءمصرف مواد ایفا می‌کند. در بعضی از تحقیقات، نقش خانواده به عنوان یک عامل مهم در سوءمصرف مواد به قدری حائز اهمیت قلمداد می‌شود که آن را به عنوان متغیر مستقل در نظر می‌گیرند. در پژوهش‌های محمدخانی و رضایی جمالویی (۱۳۹۵)، نجفلوی و نوابی نژاد (۱۳۹۳) و موسوی (۱۳۸۲) به بررسی جو خانواده‌های معتادین پرداخته شده است. یافته‌ها نشان داد که در خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد، انسجام یا به عبارتی میزان تعهد، حمایت و یاری‌رسانی به یکدیگر و احساس تعلق و روح جمعی ضعیف است. انسجام ضعیف باعث گسستگی اعضای خانواده از یکدیگر شده و اعضای خانواده در مواقع بحرانی و مواجهه با شرایط دشوار از یکدیگر حمایت نمی‌کنند. همچنین نتایج، وجود تعارض بالا در این خانواده‌ها را نشان دادند. آشفتگی در خانواده به ویژه اختلاف بین والدین می‌تواند عامل خطر افزایش مصرف مواد در فرزندان باشد. در خانواده‌های دارای فرزند وابسته به مواد، رشد فردی و پیشرفت اعضا تشویق نمی‌شود. بحث‌های منطقی و فعالیت‌های فرهنگی در محیط اینگونه خانواده‌ها اولویت ندارد. باورها و گرایش‌های مذهبی که یک عامل حفاظتی محسوب می‌گردد، در این خانواده‌ها کمرنگ است. سازمان خانواده، غیرساخت‌دار و سازماندهی نشده است، به این معنی که خانواده در انجام فعالیت‌ها و مسئولیت‌ها از سازماندهی شفاف و ساختارمند برخوردار نیست. این امر ممکن است اعضا را با ابهام در نقش و مسئولیت‌ها مواجه سازد. و این امر احتمال مصرف مواد را در یکی از اعضای خانواده افزایش می‌دهد. میزان کنترل نیز در خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد کمتر از خانواده‌های عادی

است. کنترل به تعیین قوانین و نحوه انجام هر فعالیت توسط اعضای خانواده اطلاق می‌گردد و به دوام زندگی خانواده کمک می‌کند. کنترل توسط والدین یا مظاهر والدینی تعیین می‌گردد و اعضا ملزم به رعایت این قوانین و شیوه عمل هستند. خانواده‌هایی که از کنترل کافی برخوردار نیستند یا والدینی که توان اعمال کنترل بر اعضا را ندارند بیشتر احتمال دارد خانواده را دچار آشفتگی کنند. بنابراین نیمرخ جو خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد با انسجام ضعیف، تعارض بالا، فقدان ترغیب به پیشرفت، عدم جهت‌گیری منطقی و فرهنگی و ورزشی، سازماندهی ضعیف و کنترل نابسندگی مشخص می‌شود. همچنین نتایج محمدخانی و رضایی جمالویی (۱۳۹۵) نشان داد که نگرش والدین با مصرف و تمایل به مصرف سیگار و قلیان رابطه دارد. بنابراین نظر خانواده درباره مصرف قلیان و سیگار در فرزندان از اهمیت بالایی برخوردار است که این موضوع نشان‌دهنده‌ی تأثیر شگرف و نقش خانواده در شروع مصرف مواد دخانیات در نوجوانان است.

۲) سبک‌های فرزندپروری

خانواده به عنوان نخستین منبع تأثیرگذار در دوران کودکی و نوجوانی، بر تصمیم فرد در انجام رفتارهای مخاطره‌آمیز اثر تعیین‌کننده‌ای دارد. شیوه‌های فرزندپروری در بروز و ظهور رفتارهای مخاطره‌آمیز تأثیر دارند. رفتارهای خشونت‌آمیز والدین موجب خود کم-بینی کودکان شده و رضایت از خویشتن را در آنان کاهش می‌دهد. این کودکان احتمال دارد با افرادی که از نظر عاطفی آن‌ها را حمایت می‌کنند و مواد نیز مصرف می‌کنند دوست شوند. کوهوت^۱ (۱۹۷۱) آسیب عمده به شخصیت معتاد را ناشی از ناکامی‌ها و سرخوردگی‌های شدید در رابطه با مادر و عدم موفقیت در تنظیم اعمال و تنش‌ها می‌داند که منجر به ساختار روانی ناکارآمد در تنظیم درونی اعمال و رفتار می‌شود. در ادبیات علمی، این موضوع با عنوان سبک‌های فرزندپروری، محور تحقیقات فراوانی قرار گرفته است. تعامل والد-فرزند شامل دو بعد ارزیابی‌پذیرش^۲ (حمایت و پرورش عاطفه مثبت بین والد و کودک) و کنترل (هدایت و نظارت بر رفتار کودک) است. بعد گرمی عاطفی در مقابل خصومت (بی‌توجهی، طرد و خشونت)، مؤثرترین بعد رابطه والد-فرزند و مبنای

شکل‌گیری تجربیات آینده فرد است (آماتو و فولر^۱، ۲۰۰۲). بامریند^۲ (۱۹۶۷) با در نظر گرفتن دو بُعد پاسخدهی در برابر عدم پاسخدهی و تقاضا در برابر عدم تقاضا، سه سبک شامل فرزندپروری مقتدرانه^۳ (انتظارات معقول با ایجاد محدودیت‌های منطقی، ابراز محبت، و مشارکت فرزند در تصمیم‌گیری‌ها)، فرزندپروری مستبدانه^۴ (انتظارات غیرواقعی و طاقت‌فرسا، استفاده از تنبیه و زور، کم‌توجهی به نیازهای عاطفی) و فرزندپروری سهل‌گیرانه^۵ (بدون انتظار از فرزند و ضعف در کنترل خواسته‌های وی) را معرفی نمود. کیفیت ارتباط مادر-فرزند و کلیه ابعاد آن (سردرگمی نقش، عاطفه مثبت، ارتباط و همانندسازی) در گرایش فرد به اعتیاد نقش دارند (فراهتی، ۱۳۹۱). نتایج مطالعه یوسفی (۱۳۸۶) نشان داد که ادراک خانواده به عنوان خانواده مستبد، پیش‌بینی‌کننده رفتارهای ضد اجتماعی، پرخاشگری و رفتارهای تکانشی در فرزندان است. همچنین نتایج تحقیق سهیلی، دهشیری و موسوی (۱۳۹۴) نشان داد که سبک فرزندپروری طرد با گرایش به مصرف مواد رابطه مثبت و معنادار، و سبک گرمی عاطفی با گرایش به مصرف مواد رابطه منفی و معنادار دارد. سهیلی و همکاران (۱۳۹۴) در تبیین این یافته اشاره کرده‌اند که شیوه‌های پرورش فرزند بر بسیاری از ابعاد روانشناختی از جمله رشد روانشناختی، سازگاری اجتماعی، احساس ارزشمندی، اعتماد به نفس، مدیریت هیجانات و رفتارهای فرد نقش مهمی ایفا می‌کند. محبت و گرمی همراه با آزادی موجب می‌شود که فضایی مناسب برای برون‌ریزی هیجانی و فرصتی برای یادگیری و کسب تجربه در کودکان فراهم شود. والدین دارای روابط سرد اغلب افسردگی، اضطراب، ترس‌های مرضی و روابط بین‌فردی مخرب با دیگران دارند و با فرزندان خود نیز بر همین اساس رفتار می‌کنند. بنابراین، رابطه سرد همراه با طرد و یا حتی توهین و خشونت با فرزندان باعث بیزاری از خانواده شده و آن‌ها را به انواع رفتارهای مخرب و ناسازگارانه سوق می‌دهد. سیفی‌گندمانی، صفاری‌نیا و کلانتری‌میبدی (۱۳۹۱) در پژوهشی به بررسی رابطه ترکیب سبک فرزندپروری پدر و مادر و گرایش به مواد پرداختند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که داشتن پدر و مادری مقتدر بهترین نتیجه را

1. Amato & Fowler
 2. baumrind
 3. authoritative parenting

4. authoritarian parenting
 5. permissive parenting

برای فرزندان به دنبال دارد و کمترین گرایش به مواد را به دنبال داشته است و از سوی دیگر بیشترین گرایش به مواد مخدر در خانواده‌هایی دیده شده است که هر دو والد سهل‌گیرند یا حداقل یک والد سهل‌گیر است. در بین این دو سنخ نیز گرایش به مواد مخدر از سنخ‌های در برگیرنده‌ی حداقل یک والد مقتدر تا سنخ‌های در برگیرنده‌ی حداقل یک والد سهل‌گیر رو به افزایش است. سنخ مادر مقتدر / پدر مقتدر که در برگیرنده‌ی پدر و مادری است که هر دو کنترل و محبت بالایی دارند، کمترین گرایش و سنخ مادر / پدر سهل‌گیر که در برگیرنده‌ی دو والد با محبت بالا و کنترل پایین است، بیشترین گرایش را نسبت به مواد مخدر داشتند. به بیان دیگر، هرچه کنترل والدینی کمتر می‌شود، گرایش به مواد مخدر در نوجوانان افزایش می‌یابد. در این میان، مقایسه‌ی دو سنخ مادر مستبد / پدر مقتدر و سنخ مادر مقتدر / پدر مستبد نیز اطلاعات ارزشمندی را در مورد اهمیت محبت و کنترل والدینی و نیز تأثیر متفاوت پدر و مادر در پرورش فرزندان به دست می‌دهد. اگرچه هر دو سنخ یاد شده در برگیرنده‌ی یک والد مستبد و یک والد مقتدر است اما فرزندان سنخ مادر مستبد / پدر مقتدر گرایش کمتری به مواد مخدر گزارش کرده‌اند. شاید بتوان گفت که اقتدار پدر یعنی محبت و کنترل بالای پدر نسبت به مادر تأثیر بیشتری در گرایش یا عدم گرایش نوجوان به مواد مخدر داشته است.

۳) طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^۱

طرح‌واره‌ها در مراحل اولیه زندگی کودکان و در نتیجه تجارب منفی با پدر و مادر و همسالان به وجود می‌آیند و فرض بر این است که این طرح‌واره‌ها راهنمای بسیاری از شناخت‌ها، احساسات و رفتارهای ناکارآمد هستند. یانگ^۲ طرح‌واره‌ها را حاصل تکامل خلق و خوی کودک با تجارب ناکارآمد او با خانواده و اطرافیان در سال‌های اول زندگی می‌داند که به دلیل ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی، دلبستگی ایمن به دیگران مانند نیاز به امنیت، بیان نیازها و هیجان سالم، خودانگیختگی و تفریح و محدودیت‌های واقع‌بینانه در دوران کودکی به وجود آمده‌اند. پژوهش‌ها طرح‌واره‌های حوزه، بریدگی/طرد؛ خودگردانی/عملکرد مختل؛ دیگرجهت‌مندی و خویش‌نمندی/خود انضباطی ناکافی را

1. early maladaptive schema

2. Young

در گروه افراد وابسته به مواد بیشتر از افراد غیر وابسته گزارش کرده‌اند (منصوری جلیلیان و یزدان بخش، ۱۳۹۳، رضایی، حسین زاده، دولتشاهی، مصافی و جعفری، ۱۳۹۰). منصوری جلیلیان و یزدان بخش (۱۳۹۳) این یافته‌ها را این گونه تبیین کرده‌اند: افرادی با طرح‌واره‌ی بریدگی/طرد باور دارند که دیگران به انسان ضرر می‌رسانند، بدرفتارند و انسان را طرد و سرافکننده می‌کنند. در نتیجه چنین افرادی وقتی با بحران مواجه می‌شوند، نمی‌توانند به دیگران اعتماد کنند و برای رسیدن به آرامش و رهایی از احساس‌های ناخوشایند به مصرف مواد مخدر گرایش پیدا می‌کنند. طرح‌واره‌های حوزه خودگردانی/ عملکرد مختل به‌طور معمول در خانواده‌هایی به وجود می‌آید که بیش از حد از کودک خود محافظت می‌کنند و اعتماد به نفس کودک را کاهش می‌دهند. افرادی که این طرح‌واره در آن‌ها فعال است اعتقاد دارند که نمی‌توانند مسئولیت‌های روزمره را به درستی انجام دهند و این حالت اغلب به صورت درماندگی آموخته شده ظاهر می‌شود. درماندگی باعث آشفتگی و اضطراب فرد شده، و فرد برای تسکین آشفتگی و رسیدن به آرامش به مصرف مواد روی می‌آورد. طرح‌واره دیگرجهت‌مندی در خانواده‌هایی به وجود می‌آید که کودک را با قید و شرط پذیرفته‌اند. افرادی که این طرح‌واره در آن‌ها فعال شده است، احساس اجبار نسبت به واگذاری افراطی کنترل خود به دیگران دارند. این طرح‌واره اغلب به شکل افراطی همراه با حساسیت بیش از حد نسبت به احساسات دیگران تجلی می‌یابد. به طور کلی این طرح‌واره منجر به خشمی می‌شود که در قالب یک سری نشانه‌های ناسازگارانه از جمله رفتارهای منفعل پرخاشگرانه، طغیان‌های عاطفی کنترل نشده، علائم روان‌تنی، کناره‌گیری از عواطف، برون‌ریزی و سوءمصرف مواد آشکار می‌شود. طرح‌واره خویشنداری/خود انضباطی ناکافی مربوط به حوزه محدودیت‌های مختل است. این حوزه به طور معمول در خانواده‌هایی به وجود می‌آید که به جای انضباط، مواجهه مناسب، محدودیت‌های منطقی، وجه مشخصه آن‌ها سردرگمی یا حس برتری است. افرادی که این طرح‌واره در آن‌ها فعال است تحمل شکست و ناکامی را ندارند و به شدت از ناراحتی‌ها اجتناب می‌کنند و به هر طریقی از تعارض جلوگیری می‌کنند. این افراد در مواجهه با مشکلات به جای

برخورد مسأله‌مدار، برخوردی هیجانی با مشکلات دارند و برای از بین بردن تعارض و آشفتگی به سوء مصرف مواد روی می‌آورند.

۴) سبک‌های دلبستگی

سبک‌های دلبستگی از جمله عواملی است که می‌تواند در گرایش افراد به مواد مخدر، نقش داشته باشد. دلبستگی را به صورت پیوند عاطفی پایدار بین دو فرد تعریف کرده‌اند. با وجود اینکه عوامل شروع مصرف مواد ممکن است یک کنجکاوی ساده باشد، عوامل تدوam مصرف اعتیاد می‌تواند با سبک‌های دلبستگی مرتبط باشد. دلبستگی باعث می‌شود وقتی با افراد خاصی در زندگی، تعامل می‌کنیم لذت ببریم و در مواقع استرس از نزدیکی با آنها احساس آرامش کنیم. این تجارب مربوط به دلبستگی اولیه با مراقبان، احساسات، افکار و رفتار را در روابط بعدی هدایت می‌کند. پیرو تحقیقات بالبی در مورد دلبستگی، اینزورث سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را معرفی کرد (برک، ۲۰۰۷؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۱). سوء مصرف مواد به عنوان یک راهبرد ناکارآمد مقابله با آشفتگی هیجانی در افراد دلبسته اضطرابی اجتنابی بازنمایی می‌شود. از نقطه نظر دلبستگی، سوء مصرف مواد را می‌توان به عنوان یک راهبرد غیرفعال مصنوعی و به عنوان تلاشی برای مقابله با دلبستگی ناایمن، کاهش آشفتگی هیجانی و تعدیل روابط بین فردی ادراک کرد. اعتیاد را می‌توان تعامل فرد، مواد و محیط دانست. در عمل، مواد واسطه بین فرد و محیط می‌شود و رابطه ایمنی بخش با محیط به واسطه مواد صورت می‌گیرد. چنین تعبیر می‌شود که فرد در پرتو مواد امنیت پیدا می‌کند (محمدزاده، خسروی و رضایی، ۱۳۹۰). ابوالقاسمی، محمودی و سلیمانی (۱۳۸۸) در تحقیقی با عنوان بررسی نقش سبک‌های دلبستگی در تمیز دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری به این نتیجه رسیدند که سبک‌های دلبستگی ناایمن، افراد را برای مصرف سیگار و مواد آسیب پذیر می‌سازد و این افراد هیجانات منفی زیادتری را تجربه می‌کنند. همچنین یافته‌های پژوهش کاری، نواران و موسی‌زاده (۱۳۹۳) و رحمانیان، زمانی و علی‌بازی (۱۳۹۴) نشان داد که میانگین نمرات سبک‌های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا در افراد معتاد بالاتر از افراد بهنجار و میانگین

نمرات سبک دلبستگی ایمن در افراد بهنجار بالاتر از افراد وابسته به مواد بود. به اعتقاد ویلیامز و کلی^۱ (۲۰۰۵) افراد نایمن برای فرونشانی عواطف و احساسات منفی از مصرف مواد به عنوان یک مکانیزم خوددرمانی استفاده می‌کنند. بر اساس نظر بالبی، وقتی کودک منبع عاطفی خود را مسئولیت‌پذیر و در دسترس نداند، در وی سبک دلبستگی اجتنابی پدید می‌آید. بارزترین خصوصیات این افراد این است که خود و دیگران را منفی تلقی کرده و چون در رابطه احساس امنیت ندارند، مضطرب شده و برای غلبه بر عواطف منفی و نیازهای دلبستگی تلاش‌هایی را انجام می‌دهند که احتمال آسیب‌پذیری در آن‌ها را افزایش می‌دهد. بر اساس نظریه خود تحقیری کاپلان، افراد دارای سبک دلبستگی نایمن ممکن است با گرایش به گروه‌های نامتعارف سعی کنند تا احساس پذیرش اجتماعی و خودارزشمندی را کسب کنند. اغلب در این بافت، امکان مواجهه با دوستان و افراد تقویت‌کننده مصرف مواد وجود دارد. از آنجا که این افراد به خاطر عدم حمایت و تایید خانواده، احساس طرد شدگی دارند و احساس می‌کنند که بر زندگی کنترل ندارند، اعتماد به نفس آن‌ها کاهش یافته و احساس گناه و ناامیدی می‌کنند. در نتیجه اضطراب و استرس شدیدی را تجربه کرده که منجر به عدم سازگاری با مشکلات می‌گردد و برای کنترل شرایط روانی خود به سمت رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد می‌روند. شاید بتوان گفت که مشکل اصلی گرایش به اعتیاد در افراد با دلبستگی اجتنابی مشکل در ایجاد رابطه است.

۵) مدل فرآیند و محتوای خانواده

خانواده محیط مهمی است که با طیف وسیعی از رفتارهای اجتماعی و هیجانی فرزندان ارتباط دارد (ماینر^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). تحقیقات زیادی گویای این واقعیت است که ریشه بسیاری از رفتارهای انحرافی کودکان و نوجوانان، کانون خانواده متلاشی است. از این رو، روان‌شناسان و خانواده درمانگران سعی کرده‌اند با ایجاد نظریه‌ها و مدل‌هایی در مورد عملکرد خانواده به تبیین مشکلات و مسائل خانواده و نحوه برخورد با آن‌ها بپردازند. یکی از مدل‌های بومی که قابلیت نمایش نیم‌رخ روان‌شناختی خانواده را دارا است، مدل فرآیند

و محتوای خانواده است که توسط سامانی (۲۰۰۵) طراحی شده است. سامانی در خصوص عوامل مؤثر بر کنترل و یا تشدید بحران و درگیری خانواده، مجموعه‌ای از کنش‌های خانوادگی را مؤثر می‌داند که در سه دسته خلاصه می‌شوند: فرایند خانواده، محتوای خانواده و بافت اجتماعی. در این مدل فرآیندهای خانواده عبارت‌اند از مجموعه کنش‌های هر خانواده که برای انطباق و سازگاری با شرایط جدید از آن‌ها استفاده می‌کنند و شامل مواردی نظیر مهارت‌های ارتباطی، راهبردهای مقابله‌ای، مهارت تصمیم‌گیری و حل مسئله، انسجام و انعطاف‌پذیری و جهت‌گیری مذهبی است. بعد دوم یعنی محتوای خانواده شامل همه آن چیزهایی است که واقعیت کاملاً ملموس زندگی اعضای خانواده را شکل می‌دهد و به کفایت و داشته‌های خانواده در زمینه‌های سلامت جسمی و روانی، شغل و تحصیلات، منابع مالی، تسهیلات آموزشی، محل سکونت، زمان با هم بودن و ظاهر فیزیکی و جایگاه اجتماعی اشاره دارد. بعد سوم، بافت اجتماعی است. بافت اجتماعی خانواده مجموعه باورها، اعتقادات و ارزش‌های حاکم بر جامعه است که خانواده در آن قرار دارد (سامانی و اسد منش، ۱۳۹۰). سلیمی، گوهری، کرمانشاهی و جاودان (۱۳۹۴) پژوهشی تحت عنوان پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بر اساس مدل فرآیند و محتوای خانواده انجام دادند. نتایج نشان داد که مدل فرآیند و محتوای خانواده توان پیش‌بینی گرایش به اعتیاد را دارد. هنگامی که این عوامل تضعیف شود امکان دارد گرایش به سمت اعتیاد افزایش پیدا کند. آن‌ها در تبیین نتایج خود بیان کرده‌اند که خانواده محل آرامش و آسایش گرفتن است و لذا هنگامی که این جایگاه و این مکان آرامش‌بخش به هر دلیلی با خللی مواجه گردد می‌توان این گونه نتیجه گرفت که فرد برای تسکین خود از آلام زندگی به سمت اعتیاد روی بیاورد.

عوامل مربوط به شخصیت

شخصیت عبارت است از الگوی نسبتاً پایدار صفات، گرایش‌ها یا ویژگی‌هایی که تا اندازه‌ای به رفتار افراد دوام می‌بخشد. به طور اختصاصی‌تر، شخصیت از صفات یا گرایش‌هایی تشکیل می‌شود که به تفاوت‌های فردی در رفتار، ثبات رفتار در طول زمان و تداوم رفتار در موقعیت‌های گوناگون می‌انجامد. این صفات می‌توانند منحصر به فرد باشند ولی

الگوهای آن‌ها در هر فرد تفاوت دارند (فیست و فیست، ۲۰۰۲، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۷). در ادامه به بررسی ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی، اختلالات شخصیت و تیپ‌های شخصیتی با مصرف مواد پرداخته می‌شود.

۱) ویژگی‌های شخصیت

به طور کلی در روانشناسی امروز، دیدگاه‌های متفاوتی در مورد شخصیت وجود دارد. یکی از رویکردهایی که از پذیرش نسبی برخوردار بوده، نظریه پنج عاملی شخصیت شامل روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، تجربه‌پذیری، توافق و وظیفه‌شناسی است. به نظر آیزنک^۱ دو گونه شخصیت بالاترین استعداد ارتکاب جرم را به نمایش می‌گذارند. گروه اول شامل برون‌گرایان روان‌رنجور یا افرادی است که به دلیل زیست‌شناسی خاص خود، به تحریک بسیار بالایی از جانب محیط نیاز دارند. علاوه بر این، دستگاه عصبی سمپاتیک آن‌ها در نشان دادن واکنش بدون متوازن‌سازی تقابلی از دستگاه پاراسمپاتیک، سرعت عمل دارد. گروه دوم یعنی روان‌پزیش‌ها، کینه‌جو و نسبت به دیگران بی‌احساس هستند. ارجی و حیدری پهلوان (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان دادند که بین افراد معتاد و غیرمعتاد از نظر عوامل شخصیتی روان‌نژندی، باوجدان بودن، توافق‌پذیری و برون‌گرایی تفاوت وجود دارد. افراد دارای نمره پایین در توافق‌پذیری و دل‌پذیربودن، منفی‌گرا، خودبین، مشکوک به نیت دیگران و رقابت‌گرا هستند. در نظریه هیجان‌خواهی زاگرمین^۲ (۲۰۰۷) تأکید شده است که جستجوی تازگی همراه با آسیب‌گریزی پایین، هسته رفتار تکانشوری را تشکیل می‌دهد و تکانشوری با سوء مصرف مواد همبستگی بالا دارد. افرادی که در عامل گشودگی به تجربه یا انعطاف نمره پایین می‌گیرند، دارای رفتار سنتی و دیدگاه محافظه‌کارانه هستند. این اشخاص امور آشنا و پیش‌پا افتاده را به پدیده‌های نو و بدیع ترجیح می‌دهند و پاسخ‌های هیجانی آن‌ها تا اندازه‌ای ملایم است (مک کرا و کاستا، ۱۹۹۹).

یافته‌های پژوهش اسدی، علیلو، خسروشاهی و خورسند (۱۳۹۳) و قمری، رستمی، نادر و قلعه‌نی (۱۳۹۲) نشان داد که بین افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد عادی از نظر

برونگرایی، روان‌نژندی و روانپریشی تفاوت معنادار وجود دارد که بیانگر میزان بالاتر برونگرایی، روان‌نژندی و روانپریشی در بین افراد مصرف‌کننده مواد نسبت به افراد عادی است. برونگرایی ویژگی شخصیتی است که با جامعه‌پذیری و بشاش بودن مشخص می‌شود و از این رو با عواطف مثبت در ارتباط است. افراد برونگرا فعال بوده و طبیعت آن‌ها با رکود و ایستا بودن متضاد است. آن‌ها به دلیل برانگیختگی پایین با راهکارهای مختلفی چون سوءاستفاده از مواد و نیز انجام رفتارهای پرخطر عواطف مثبت خود را بالا می‌برند (کوپر، آگوچا و شلدون، ۲۰۰۰). روان‌رنجورخویی نشان‌دهنده میزان تجربه احساسات و عواطف منفی از جمله ترس، غم، شرم، خشم، گناه، نفرت و کینه‌توزی در برابر استرس است. افراد روان‌رنجور مستعد استفاده از مواد مخدر و انجام رفتارهای پرخطر برای مقابله با حالات خلقی آزارنده هستند. افراد با روان‌رنجوری بالا در مقایسه با افراد عادی دارای سیستم عصبی خودکار تحریک‌پذیر هستند. در واقع روان‌رنجوری بالا با واکنش‌پذیری افراطی و ناپایداری روانی ارتباط دارد. همچنین آیزنک در تحقیقی با بررسی رابطه بین سه بعد شخصیت و سبک‌های مقابله‌ای به این نتیجه رسید که افراد با ویژگی روانپریشی، بیشتر از الکل و مواد استفاده می‌کنند (به نقل از علیلو و شریفی، ۱۳۹۲). همچنین نتایج پژوهش حسنی (۱۳۹۱) نشان داد که افراد سیگاری در مقایسه با افراد غیرسیگاری درجات بالاتری از خصوصیات نوزگرایی را دارا هستند. در پژوهش احمدی، نجفی، مدنی و عاشوری (۱۳۹۱) رابطه روان‌رنجورخویی با عود مصرف مواد بررسی شد. نتایج حاکی از آن بود که روان‌رنجورخویی تنها پیش‌بینی‌کننده معنادار تعداد دفعات عود است. عامل روان-رنجورخویی دربرگیرنده تمایل به تجربه اضطراب، تنش، ترحم‌جویی، خصومت، زودانگیختگی، افسردگی و حرمت خود پایین است. بعد روان‌رنجورخویی / پایداری هیجانی با قابلیت تحریک مدار لیمبیک مرتبط است به گونه‌ای که در پی تحریک القاء‌کننده هیجان، افراد روان‌رنجور برانگیخته‌تر از افراد پایدار هیجانی هستند (حسنی، ۱۳۹۱). یافته‌های پژوهش رضائی، جهانگیرپور، موسوی و موسوی (۱۳۹۳) حاکی از رابطه بین وظیفه‌شناسی پایین و گرایش به اعتیاد بود. بدین ترتیب دانشجویانی که نمره وظیفه‌شناسی

بالایی را کسب کردند نگرش آن‌ها به اعتیاد منفی بود. ویژگی این افراد، عملکرد سنجیده، احتیاط در تصمیم‌گیری و دادن پاسخ به گونه‌ای مؤثر به جای واکنش تکانشی یا از روی عادت است. افراد وظیفه‌شناس قادر به مقاومت در برابر تکانه یا بروز هیجان‌های نامتناسب خود هستند و کمتر به مصرف الکل و یا مواد مخدر گرایش دارند. همچنین این افراد بیشتر مایلند از رفتارهایی که سلامتشان را به مخاطره می‌اندازد دوری نموده و در فعالیت‌های دارای پیامدهای رفتاری مثبت شرکت کنند (رابرتز، والتون و بوگ، ۲۰۰۵).

۲) کمال‌گرایی

از جمله ویژگی‌های شخصیتی که می‌تواند در سوءمصرف مواد مؤثر باشد، کمال‌گرایی است. کمال‌گرایی شامل مجموعه‌ای از معیارهای بسیار بالا برای عملکرد است که با خود ارزیابی‌های منفی، انتقادات و سرزنش خود همراه است (فراست، مارتن، لهارت و روزن بلات^۲، ۱۹۹۰). نخستین بار هماچک^۳ (۱۹۷۸) در تعریف خود دو نوع کمال‌گرایی را مطرح کرد. کمال‌گرایی بهنجار و نابهنجار. تری شورت، اونز، اسلید و دیویی^۴ (۱۹۹۵) بر اساس تقسیم‌بندی بهنجار-نابهنجار هماچک، در چهارچوب یک مدل نظری دو نوع کمال‌گرایی مثبت و منفی را متمایز کردند. نوع اول آن کمال‌گرایی مثبت یا انطباقی است که در آن فرد استانداردهای شخصی سطح بالا، اما قابل دسترس، گرایش به نظم و سازمان‌دهی در امور، احساس رضایتمندی از عملکرد خود، جستجو برای تعالی در امور و انگیزش برای رسیدن به پاداش‌های مثبت را دارد. در کمال‌گرایی منفی یا غیر انطباقی، فرد با استانداردهای سطح بالا و غیرواقع‌بینانه، نگرانی مفرط درباره اشتباهات و نقایص شخصی، ادراک فشار زیاد از محیط برای کامل بودن، ادراک فاصله زیاد استانداردها با عملکرد شخصی، شک و تردید اجبارگونه در امور و پرهیز از عواقب کارکردهای شخصی مواجه است. به اعتقاد بندورا، معیارهای سخت برای ارزشیابی از خود، به احساس بی‌ارزشی و بی‌هدفی می‌انجامد که می‌تواند زمینه استفاده از مواد مخدر را فراهم سازد (بندورا^۵، ۱۹۸۲). نتایج پژوهش

1. Roberts, Walton & Bogg
2. Frost, Marten, Lahart & Rosenblate
3. Hamachek

4. Terry-short, Owens, Slade, & Dewey
5. Bandura

ابوالقاسمی، احمدی و کیامرثی (۱۳۸۶) نیز نشان داد که کمال‌گرایی منفی با پیامدهای روان‌شناختی در افراد معتاد همبستگی منفی معناداری دارد. همچنین نتایج پژوهش رنجبر نوشری، علیلو، اسدی مجره، قدرتی و نجار مبارکی (۱۳۹۲) نشان داد که میانگین نمره کمال‌گرایی مثبت در افراد بهنجار در مقایسه با افراد مصرف‌کننده مواد بالاتر است. آن‌ها این نتیجه را این‌گونه تبیین کردند که افراد معتاد، به‌رغم داشتن انتظارات غیرواقعی از خود و ناتوانی در پذیرش محدودیت‌های شخصی، خود را کامل توصیف می‌کنند و به منظور پنهان ساختن احساسات بی‌ارزش، دیگران را آرمان‌سازی کرده و خود را کمتر از آنچه هستند، می‌پندارند. آن‌ها هنگام تجربه شکست، به‌جای استفاده از فعالیت‌های خودکنترلی، از طریق سرزنش خود به دنبال کامل بودن هستند. همه این عوامل باعث ایجاد هیجانات غیرقابل تحمل در آن‌ها شده و از این رو بیشتر در معرض خطر سوء مصرف مواد مخدر قرار می‌گیرند.

۳) اختلالات شخصیت

اختلال شخصیت مجموعه الگوهای پایدار رفتار غیرانطباقی و انعطاف‌ناپذیر از رفتار و تجربه درونی است که در آن فرد از انتظارات فرهنگ منحرف است (اتکینسون^۱ و همکاران، ترجمه براهنی و همکاران، ۱۳۸۵). وجود شخصیت ضداجتماعی در معتادان نسبت به افراد عادی بیشتر است (مولوی و رسول‌زاده، ۱۳۸۳). شخصیت ضداجتماعی به صورت طیفی از رفتارهایی مانند پرخاشگری، بی‌مسئولیتی، بی‌ملاحظه بودن نسبت به اطرافیان، به خطر انداختن دیگران و ناتوانی در پرداختن به تعهدات مشخص می‌شود. این اختلال با نشانه‌هایی مانند کاستی‌هایی در توانایی‌های یادگیری اجتماعی به ویژه در یادگیری اجتنابی، کم‌انگیزگی هیجانی، آمادگی ژنتیکی برای بزهکاری و نابهنجاری‌های مغزی مشخص می‌شود (سلیگمن و روزنهان^۲، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰). بسیاری از پژوهشگران معتقدند که افراد مبتلا به شخصیت مرزی بعد از اختلال ضداجتماعی، بیش از هر اختلال روانپزشکی دیگر هم‌زمان واجد معیارهای تشخیصی یک اختلال سوء مصرف

مواد نیز هستند (علیلو و شریفی، ۱۳۹۲). اختلال شخصیت مرزی طبقه‌ی گسترده‌ای از خصوصیات شخصیتی است که ویژگی اصلی آن ناپایداری در انواع زمینه‌های شخصیت، از جمله روابط میان‌فردی، خودانگاره، عواطف و بی‌هدفی است. یک رابطه دوسویه بین اختلال شخصیت مرزی و مصرف مواد غیر قانونی وجود دارد. مصرف مواد مخدر و برخی مواد خاص مثل آمفتامین‌ها موجب تشدید علائم اختلال شخصیت مرزی می‌گردد. از سوی دیگر مصرف این مواد موجب بروز عادات تخریبی و از هم پاشیدن خودکنترلی فرد و در نتیجه باعث بروز تابلوی بالینی اختلال شخصیت مرزی می‌شود (قنادی و علیلو، ۱۳۹۳). در تحقیق قنادی و علیلو (۱۳۹۳) نتایج نشان داد که میانگین نمرات اختلال شخصیت خودشیفته در زندانیان معتاد بیشتر از زندانیان غیرمعتاد و در زندانیان غیرمعتاد بیشتر از افراد عادی بود. مهم‌ترین ویژگی اختلال شخصیتی خودشیفته الگوهای بزرگ‌نمایی و خودنمایی برای تحسین شدن، فقدان همدلی و یکدلی با دیگران، گرایش‌های بهره‌کشی، خیال‌پردازی درباره موفقیت نامحدود، قدرت و زیبایی است (سلیگمن و روزنهان، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰). همچنین پژوهش نویدیان، دواچی و باردوست (۱۳۸۱) و قنادی و علیلو (۱۳۹۳) نشان داد که خصوصیات شخصیت مرزی، خودشیفته و ضداجتماعی به ترتیب شایع‌ترین خصوصیات شخصیتی معتادان بودند. پژوهش درویشی‌زاده و دماوندی (۲۰۱۰) نشان داد که میزان شیوع اختلالات شخصیت (به طور خاص، اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی) در افراد معتاد به طور قابل توجهی بالاتر از افراد غیرمعتاد بود. مطابق دیدگاه‌های روانپوشی، مصرف مواد وسیله‌ای برای جبران عملکرد معیوب خود است. دیدگاه‌های اولیه بر پایه نظریه روانکاوی فروید به تمرکز بر وابستگی‌های دهانی و سابق‌های لیبیدویی گرایش داشتند. فروید انسان‌ها را دارای فطرتی ضد اجتماعی می‌دانست و بر این باور بود که از آغاز زندگی، تجسس لذت خودمیان‌بین و برانگیختگی‌های مخرب زیست-شناختی، افراد را در تعارض با خواسته‌های گروه اجتماعی قرار می‌دهد. از طرفی تضمین بقای جامعه، مستلزم آن است که افراد بتوانند این برانگیختگی‌ها را مهار کنند یا آن‌ها را در مسیر دیگری قرار دهند. دیدگاه‌های جدیدتر، اعتیاد را بیانگر کمبودهای احساسی در رشد و عاطفه می‌دانند. داروها برای کاستن از حالات‌های هیجانی آزارنده و یا به عنوان

یک مکانیزم دفاعی در ارتباط با یک تعارض درونی مصرف می‌شوند (دادستان، ۱۳۸۹). این راهبردهای روانی نامناسب باعث تعارضات رفتاری فرد با جامعه می‌شوند. آدلر تعدادی مشکلات همگانی مانند مشکلات مربوط به رفتار انسان در قبال دیگران، مشکلات شغلی و مشکلات عاطفی در زندگی انسان‌ها را مطرح کرد. از نظر آدلر انسان‌ها برای حل و فصل این مشکلات از سبک‌های زندگی مختلفی استفاده می‌کنند. سبک زندگی سلطه‌جو بیشتر با رفتارهای ضداجتماعی و اعتیاد مرتبط است. آدلر نگرش سلطه‌جویانه را با آگاهی اجتماعی ناچیز نشان می‌دهد، چنین فردی بدون توجه به دیگران رفتار می‌کند. نوع افراطی این تیپ به دیگران حمله کرده و آزارگر، بزه‌کار، یا جامعه‌ستیز می‌شود و نوع کمتر خطرناک، معتاد به مواد مخدر شده یا دست به خودکشی می‌زند، آن‌ها باور دارند با حمله کردن به خودشان، به دیگران صدمه می‌زنند (شولتز و شولتز، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰). مطابق با رویکرد شرطی‌سازی و تقویت مثبت، مصرف مواد را می‌توان رفتاری شمرده که با پیامدهای خود حفظ می‌شوند. الگوهای تقویت مثبت بر آثار لذت بخش و وجدآور داروها تأکید می‌کنند و اعلام می‌دارند که این آثار بسیار تقویت کننده، علت اصلی مصرف دارو است (سلیگمن و روزنهان، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰). بر این اساس، افراد وابسته به مواد با توجه به داشتن شخصیت هیجانی و انعطاف ناپذیری که دارند اغلب با پیامدهای وجدآور و پاداش‌های روانی تقویت می‌شوند و موقعیت‌ها و شرایط محیطی نیز رفتارهای مرتبط با صفات شخصیتی فرد را بیشتر فراخوانی می‌کنند.

۴) تیپ شخصیتی D

در برخی مطالعات، تیپ شخصیتی D یا درمانده را به دلیل وجود دو سازه شخصیتی ثابت شامل عاطفه منفی و بازداری اجتماعی برای گرایش به اعتیاد و تمایل کمتر به رفتارهای مربوط به تندرستی مورد تایید قرار داده‌اند. یافته‌های پژوهش سهیلی و همکاران (۱۳۹۴) حاکی از رابطه بین تیپ شخصیتی D و گرایش به مصرف مواد است. افراد با تیپ شخصیتی D به دلیل برخورداری از صفات شخصیتی خاص، استعداد بیشتری برای رفتارهای مخرب و خودآسیب‌رسان دارند. این دسته از افراد نسبت به سلامت جسمی و روانی خود بی‌تفاوت

هستند. همچنین تجربه هیجانات منفی همراه با کاهش مکانسیم بازداری‌های اجتماعی و ضعف در حفظ و تقویت حمایت‌های اجتماعی و عاطفی دیگران در آن‌ها وجود دارد که این تجارب ناخوشایند در کنار اهمیت ندادن به سلامتی خود گرایش آن‌ها را به تجربه محرک‌های نامطلوب و مضر از جمله سوءمصرف مواد و در نهایت اعتیاد افزایش می‌دهد (سهیلی و همکاران، ۱۳۹۴).

۵) خصوصیات شخصیتی بر اساس پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا

زمانی، محمودی و مروجی (۱۳۸۷) در تحقیقی به بررسی خصوصیات شخصیتی معتادان با استفاده از پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا پرداختند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که ۱) میزان افسردگی در آزمودنی‌ها بالاترین درجه را در نیم‌رخ روانی به خود اختصاص داد. ۲) عملکرد آزمودنی‌ها در ترکیب مقیاس‌های اسکیزوفرنی، افسردگی و انحراف روانی اجتماعی بیانگر تابلوی بالینی افرادی است که تمایلات خودآزاری و تنش‌های فراوان، عصیان بر ضد خانواده و سایر نهادهای اجتماعی داشته و خود را قربانی خانواده‌های خود می‌دانند. همچنین خود را جدا از دیگران احساس کرده و متعلق به اجتماعی که در آن زندگی می‌کنند، نمی‌دانند و از درونی ساختن ارزش‌های آن عاجز بوده و سرباز می‌زنند. ۳) نمرات پایین آزمودنی‌ها در مقیاس‌های پارانوئا، هیستری و مانیا (شیدایی) گویای فقدان دفاع روانی در بیان پاسخ‌ها است. یعنی معتادین نسبت به افراد عادی دفاع کمتری در پاسخ‌ها داشته و شاید بتوان گفت این گرایش ناشی از آن است که گروه معتادین به هنگام آزمون، وضع مشخص و شناخته شده‌ای به عنوان یک فرد معتاد دارند و در واقع نسبت به وجود مشکلات خود معترف بوده‌اند و در بیان و افشای نقاط ضعف، نارسایی‌ها و نابهنجاری‌های خویش حالت دفاعی و انکار کمتری به خود گرفته‌اند. بطور کلی نتایج تحقیق زمانی و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد که افراد معتاد در تمام مقیاس‌های بالینی از هنجار جامعه فاصله گرفته و در محدوده اختلال شخصیتی قرار گرفته‌اند. همچنین در مقیاس دروغ پردازی، نابسامدی و اصلاح نمره بالایی گرفتند که بیانگر توصیف کمال‌گرایانه افراطی

و آرمانی از خودشان، نوعی دفاع از خود و تلاش آنان برای ارائه توصیف مثبت و غیرواقع گرایانه از خود است. پژوهش انجام یافته توسط اخوت (به نقل از زمانی و همکاران، ۱۳۸۷) در ایران نیز به هنگام هنجاریابی آزمون شخصیتی چندوجهی مینه سوتا بر روی معتادان حاکی از آن بود که معتادین خصوصیات پسیوپاتیک و پسیکونوروتیک را نشان می‌دهند. نمرات معتادین در مقیاس‌های اضطراب، گرایش به افسردگی و احساس تنهایی، بزرگترین عدد را نشان داد که این الگو تقریباً مشابه جوامع غربی است. همچنین معتادین مرد ایرانی دارای نگرانی فراوانی هستند، احساس ناامنی و بی‌کفایتی و اندیشناکی فراوانی از خود نشان می‌دهند. افسردگی زودرس، نوسان شدید عاطفی، یأس و ناامیدی و احساس اینکه فردی هستند یکه و تنها و سدی بین آن‌ها و سایر مردم وجود دارد، از جمله یافته‌های مهم این پژوهش بود. پژوهش حکیمیان و رشان (به نقل از زمانی و همکاران، ۱۳۸۷) بر روی معتادین به هروئین نیز وجود آثار و علائم فرضی شخصیت‌های پسیکوپاتیک را در آن‌ها تأیید می‌کند. بنابراین چنانچه نیمرخ شخصیتی فردی در مقیاس‌های اسکیزوفرنی، انحراف روانی اجتماعی و افسردگی بالا و در مقیاس‌های اصلاح و دروغ‌پردازی پایین بود، اعتیاد به عنوان یک احتمال تشخیصی مطرح می‌گردد. لازم به ذکر است که تأکید شده است که هیچ یک از مقیاس‌های فوق به تنهایی واجد ارزش تفسیری نیست مگر اینکه به صورت ترکیبی و براساس مصاحبه بالینی تحت تفسیر قرار گیرند.

نتیجه‌گیری

به طور خلاصه براساس یافته‌های پژوهش‌های گوناگون می‌توان نتیجه گرفت که عوامل مربوط به خانواده و شخصیت از جمله عوامل مهم در گرایش به اعتیاد هستند. خانواده نقش عمده‌ای در بروز، تداوم و ابقاء سوءمصرف مواد ایفا می‌کند. در بعضی از تحقیقات، نقش خانواده به عنوان یک عامل مهم در سوءمصرف مواد به قدری حائز اهمیت قلمداد می‌شود که آن را به عنوان متغیر مستقل در نظر می‌گیرند. خانواده به عنوان نخستین منبع تأثیرگذار در دوران کودکی و نوجوانی، بر شکل‌گیری هویت و تعریفی که از خود پیدا می‌کند اثر تعیین‌کننده‌ای دارد. شیوه‌های فرزندپروری در بروز و ظهور رفتارهای مخاطره‌آمیز تأثیر

دارند. رفتارهای خشونت‌آمیز والدین موجب خود کم‌بینی کودکان شده و رضایت از خویشتن را در آنان کاهش می‌دهد. تجارب کودک در کودکی باعث شکل‌گیری انواع طرح‌واره‌ها درباره خود، دیگران و دنیای پیرامون می‌گردد. طرح‌واره‌ها در مراحل اولیه زندگی کودکان و در نتیجه تجارب منفی با پدر و مادر و همسالان به وجود می‌آیند و فرض بر این است که این طرح‌واره‌ها راهنمای بسیاری از شناخت‌ها، احساسات و رفتارهای ناکارآمد هستند. از طرفی شخصیت فرد که محصول نهایی این تجارب در خانواده و سرشت و ژنتیک او است در کنار سایر عوامل محیطی می‌تواند به عنوان عامل زمینه‌ساز گرایش به تجربه مصرف مواد برای اولین بار و همچنین ادامه آن رفتار باشد. این نتایج و آشنایی با عوامل زمینه‌ساز، کاربردهای مهمی در مفهوم‌سازی سطوح بالقوه مداخله برای پیشگیری از مصرف مواد دارد. بر این اساس، می‌توان انتظار داشت با برگزاری دوره‌های آموزشی برای والدین، آن‌ها را در شناخت هر چه بیشتر نیازهای کودکان و داشتن روابط صمیمی با کودک یاری رسانده و آن‌ها را با روش‌های بالقوه خطرناک فرزندپروری آشنا کرده و در نهایت آموزش‌های لازم را به آن‌ها داد. همچنین به درمانگران چشم‌اندازی ارائه خواهد داد تا در طرح درمان بیماران وابسته به مواد، ارزیابی ویژگی‌های شخصیتی آن‌ها را نیز در الویت قرار داده و در کنار درمان‌های دارویی، در نظر گرفتن ویژگی‌های شخصیتی نیز لحاظ شود. بنابراین انتظار می‌رود مداخلات پیشگیرانه چند سطحی بوده و عوامل خطر ساز را در حیطه‌های متعدد هدف قرار دهند. همچنین، توصیه می‌شود که در پژوهش‌های آینده به نقش عوامل خانوادگی و شخصیتی افراد وابسته به مواد بیشتر از گذشته توجه گردد.

منابع

ابوالقاسمی، عباس؛ محمودی، هیوا و سلیمانی، اسماعیل (۱۳۸۸). بررسی نقش سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی در تمیز دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری. *دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۱۶ (۳)، ۱۴۳-۱۳۴.

ابوالقاسمی، عباس؛ احمدی، محسن و کیامرثی، آذر (۱۳۸۶). بررسی ارتباط فراشناخت و کمال‌گرایی با پیامدهای روان‌شناختی در افراد معتاد به مواد مخدر، *تحقیقات علوم رفتاری*، ۵ (۲)،

اتکینسون، ریتا ال؛ اتکینسون، ریچارد سی؛ اسمیت، ادوارد ای بام؛ داریل جی و هوکسما، سوزان نولن (۱۳۸۵). *زمینه روانشناسی هیلگارد*. ترجمه‌ی محمد تقی براهنی و همکاران. تهران: انتشارات رشد.

اسدی مجره، سامره؛ علیلو، مجید محمود؛ خسروشاهی، جعفر و خورسند، مریم (۱۳۹۳). *الگوهای شخصیتی، باورهای غیرمنطقی و تکانشگری در مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان*. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۳۲ (۱)، ۱۳۵-۱۱۹.

احمدی، محسن؛ نجفی، محمود؛ حسینی المدنی، سیدعلی و عاشوری، آلاله (۱۳۹۱). مقایسه سبک‌های دفاعی و ویژگی‌های شخصیتی در افراد معتاد و عادی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۶ (۲۳)، ۵۱-۳۹.

ارجی، اکرم و حیدری پهلوان، احمد (۱۳۹۰). ویژگی‌های شخصیتی، هیجان خواهی، سبکهای حل مساله و سیستم بازداری / فعالسازی رفتاری بر سوء مصرف مواد. *روان شناسی معاصر*، ۵، ۵۹-۶۱.

بابایی، زهرا؛ حسنی، جعفر و محمدخانی، شهرام (۱۳۹۱). تأثیر آموزش مهارت نظم جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک در وسوسه‌ی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد: مطالعه‌ی تک آزمودنی. *مجله روان شناسی بالینی*، ۴ (۳)، ۴۱-۳۳.

برک، لورا (۱۳۹۱). *روانشناسی رشد: از لقاح تا کودکی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی. جلد اول، تهران، ارسبان (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).

بزمی، نعیمه (۱۳۹۰). *روانشناسی وابستگی به مواد*. تهران: نشر کتاب ارجمند.

حسینی، جعفر (۱۳۹۱). خصوصیات شخصیتی افراد سیگاری و غیرسیگاری براساس الگوی پنج عاملی شخصیت. *مجله روانشناسی*، ۱۶ (۳)، ۲۵۰-۲۳۲.

دادستان، پربرخ (۱۳۸۹). *روانشناسی جنایی*. تهران: انتشارات سمت.

رحمانیان، مهدیه؛ زمانی، مریم و علیبازی، هوشنگ (۱۳۹۴). رابطه بین سبک دلبستگی و نگرش به مواد: نقش تعدیل کننده ویژگی‌های شخصیت. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۹ (۳۳)، ۱۳۴-۱۲۲.

رضایی، امید؛ حسین زاده، حدیث؛ دولتشاهی، بهروز؛ مصافی، سعیده و جعفری، فیروزه (۱۳۹۰). طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد وابسته به مواد افیونی و افراد غیر وابسته. *فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی*، ۱۲ (۴)، ۴۴-۳۷.

رضائی، سجاده؛ جهانگیرپور، مهسا؛ موسوی، ولی‌الله و موسوی، حشمت‌الله (۱۳۹۳). نقش میانجی و ویژگی شخصیتی وظیفه‌شناسی در رابطه بین گرایش به اعتیاد و عملکرد تحصیلی. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۳۰ (۱)، ۶۸-۵۳.

رنجبر نوشری، فرزانه؛ علیلو، محمودمجید؛ اسدی مجره، سامره؛ قدرتی، یلدا و نجار مبارکی، سیده مهسا (۱۳۹۲). مقایسه راهبردهای مقابله با استرس، کمال‌گرایی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد بهنجار. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۲۵ (۲)، ۳۹-۵۶.

زمانی، صاحب؛ محمودی، احمد و مروجی، مهتاب (۱۳۸۷). خصوصیات شخصیتی معتادان مرد مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۹ (۳)، ۶۶-۴۹.

سامانی، سیامک و اسدمنش، منیژه (۱۳۹۰). تأثیر آموزش خانواده بر تغییر گونه‌شناسی خانواده در مدل بافت نگر فرایند و محتوای خانواده. مجله روشها و مدل‌های روانشناختی، ۲ (۲)، ۱۴-۱.

سلینگمن، مارتین ای پی و روزنهان، دیوید ال (۱۳۹۰). آسیب‌شناسی روانی، ترجمه‌ی یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات ارسباران، جلد دوم.

سلیمی، هادی؛ گوهری، شیوا؛ کرمانشاهی، فاطمه و جاودان، موسی (۱۳۹۴). پیش‌بینی گرایش اعتیاد بر اساس مدل فرآیند و محتوای خانواده. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۲۷ (۳۴)، ۶۶-۵۳.

سهیلی، مهین؛ دهشیری، غلامرضا و موسوی، فاطمه (۱۳۹۴). گرایش به سوء مصرف مواد مخدر: بررسی مؤلفه‌های پیش‌بین سبک‌های فرزندپروری، استرس و تیپ شخصیتی. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۲۷ (۳۳)، ۱۰۴-۹۱.

سیفی‌گندمانی، محمدیاسین؛ صفاری‌نیا، مجید و کلانتری‌میبدی، سارا (۱۳۹۱). سنخ‌شناسی فرزندپروری خانواده ترکیب سبک فرزندپروری پدر و مادر و تأثیر آن بر گرایش به مواد مخدر در نوجوانان پسر. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۲۷ (۲۵)، ۲۴-۱۱.

شولتز، دوآن و شولتز، سیدنی ال. (۱۳۹۰). نظریه‌های شخصیت. ترجمه‌ی یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر ویرایش.

طباطبائی چهره، محبوبه؛ ابراهیمی ثانی، ابراهیم و مرتضوی، حامد (۱۳۹۲). اثربخشی رواندرمانی گروهی شناختی رفتاری در تغییر باورهای غیرمنطقی افراد معتاد، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۴ (۳)، ۴۳۰-۴۱۹.

علیلو، محمود و شریفی، محمدمین (۱۳۹۲). اختلال شخصیت مرزی. انتشارات کتاب ارجمند. گنجی، مهدی (۱۳۹۲). آسیب شناسی روانی. تهران: انتشارات نشر ساوالان. فراهتی، مهرزاد (۱۳۹۱). رابطه بین والدین و نوجوان در در نوجوانان معتاد و غیر معتاد ۱۸-۱۵ ساله شهر تهران. ویژه نامه دومین همایش اعتیاد، کرج، دانشگاه خوارزمی. فیست، جس؛ فیست، جی، گریگوری (۱۳۸۷). نظریه های شخصیت. ترجمه یحیی سید محمدی، یحیی، تهران: نشر روان.

قمری، حسین؛ رستمی، مریم؛ نادر، مقصود و ایل بیگی قلعه نی، رضا (۱۳۹۲). مقایسه ویژگی های شخصیتی و مکانیزم های دفاعی در افراد معتاد و غیر معتاد. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۴ (۱۵)، ۸۱-۷۱.

قنادی، فرنود و علیلو، مجید محمود (۱۳۹۳). پیش بینی گرایش به مصرف سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر و داروهای روانگردان بر اساس متغیرهای بدتنظیمی هیجان و تجربه کودک آزاری در افراد دارای صفات شخصیت مرزی. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۸ (۳۰)، ۱۱۲-۹۷.

کاری، فریده؛ غفاری نواران، عذرا؛ و موسی زاده، توکل (۱۳۹۳). مقایسه ادراک خود، خود-تنظیمی هیجانی و سبکهای دلبستگی افراد وابسته به مواد مخدر و بهنجار. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۸ (۳۲)، ۱۱۷-۱۰۵.

محمدخانی، شهرام و رضایی جمالویی، حسن (۱۳۹۵). رابطه ی مصرف سیگار و قلیان با عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی نوجوانان. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۳ (۲)، ۲۸۰-۲۶۲.

محمدزاده، جهانشاه؛ خسروی، افرا و رضایی، علی اصغر (۱۳۸۱). بررسی سبک های دلبستگی به عنوان یکی از متغیرهای پیش بین در وابستگی به مواد مخدر در جوانان پسر شهر ایلام. تحقیقات نظام سلامت، ۸ (۷)، ۱۱۶۵-۱۱۵۹.

منصوری جلیلیان، افسانه و کامران یزدانبخش، کامران (۱۳۹۳). پیش بینی گرایش به سوء مصرف مواد مخدر بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کمالگرایی در دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۱(۳۲)، ۵۱-۶۲.

موسوی، اشرف‌السادات (۱۳۸۲). بررسی کمی/کیفی عملکرد خانواده معتادان جوان. *مطالعات زنان*، ۱(۳)، ۶۰-۸۸.

مولوی، پرویز و رسول زاده، بهزاد (۱۳۸۳). بررسی عوامل مؤثر در گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر، *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۶(۲۲)، ۴۹-۵۵.

نجف‌لوی، فاطمه و نوایی‌نژاد، شکوه (۱۳۹۳). مقایسه نیم‌رخ جو خانواده افراد وابسته به مواد و عادی به منظور ارائه مداخلات مبتنی بر خانواده. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۱(۳۰)، ۸۱-۹۵.

نویدیان، علی؛ دواجی، اقدس و باردوست، نصراله (۱۳۸۱). بررسی خصوصیات شخصیتی معتادان به مواد مخدر در مرکز بازپروری زاهدان. *مجله حکیم*، ۵(۱)، ۱۷-۲۲.

یوسفی، فریده (۱۳۸۶). ارتباط فرزندپروری والدین با مهارت‌های اجتماعی و جنبه‌هایی از خودپنداره دانش‌آموزان دبیرستانی. *مجله دانشور رفتار*، ۱۴(۲۲)، ۳۷-۴۶.

Amato, P. R. and Fowler, F. (2002). Parenting Practices, Child Adjustment, and Family Diversity. *Journal of Marriage and Family*, 64(3), 703-716.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 127-147.

Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75 (1), 43-88.

Cooper, M. L., Agocha, V. B., & Sheldon, M. S. (2000). A Motivational Perspective on Risky Behaviors: The Role of Personality and Affect Regulatory Processes. *Journal Personality*, 68(6), 1059-1088.

Darvishi Zadeh, M., & Jilardi Damavandi, A. (2010). The incidence of personality disorders among substance dependents and non-addicted psychiatric clients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 781-784.

Frost, R., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.

Galanter, M. (2006). Innovations: alcohol & drug abuse: spirituality in Alcoholics Anonymous: a valuable adjunct to psychiatric services. *Psychiatric services*, 57(3), 307-9.

Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15(1), 27-33.

- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.
- McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1999). A five-factor theory of personality. *Handbook of personality: Theory and research*, 2, 139-153.
- Meunier, J. C., Roskam, I., Stievenart, M., Moortele, G., Browne, D. T., & Kumar, A. (2011). Externalizing behavior trajectories: The role of parenting, sibling relationships and child personality. *Journal of applied developmental psychology*, 32(1), 20-33.
- Roberts, B., Walton, K., & Bogg, T. (2005). Conscientiousness and Health across the Life Course. *Review of General Psychology*, 9(2), 156-168.
- Samani, S. (2005). *Family Process and Content Model*. Paper presented in International Society for Theoretical Psychology Conference, 20-24 June, Cape Town, South Africa.
- Terry-short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995) Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18(5), 663-668.
- Williams, S.K., & Kelly, F.D. (2005). Relationships among involvement, attachment, and behavioral problems in adolescence: examining father's influence. *The Journal of Early Adolescence*, 25(2), 168-96.
- Zuckerman, M. (2007). The sensation seeking scale V (SSS-V): Still reliable and valid. *Personality and Individual Differences*, 43, 1303-1305.