

وابستگی متقابل و سلامت روان در همسران افراد دچار سوء مصرف مواد اپیوئیدی Codependency and Mental Health in Wives of Opioid Drug Abusers

تاریخ پذیرش: ۲۲ / ۹ / ۸۸

تاریخ دریافت: ۱۸ / ۳ / ۸۸

Makvand-Hosseini, Sh.*Ph.D., Bigdeli,
I. Ph.D., Aghabeigi, A. B.A.

شاهرخ مکوند حسینی*، ایمان... بیگدلی**،
آتوسا آقابیگی***

Abstract

Introduction: The main purpose of this research is to examine the possible relationship between codependency and mental health among wives of opioid drug abusers under TC intervention.

Method: Participants (n=30 addicts' wives under TC) were selected using available sampling method. All participants were filled GHQ-28 and dependency questionnaires.

Results: A Significant positive correlation was found between codependency and mental health. Anxiety alone ($R^2=0/31$) and anxiety and social performance together ($R^2=0/46$) were predicted variations of codependency by wives of drug abusers.

Conclusion: Codependency is associated with increased symptoms of abnormality for wives of drug abusers. Anxiety and social performance disorder are the important predictors for codependency.

Keywords: Codependency, Mental Health, Opioid Drug Abuse

چکیده

مقدمه: مطالعات اخیر حاکی از وابستگی متقابل و عدم سلامت روان همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر است. هدف این پژوهش بررسی رابطه وابستگی متقابل و سلامت روان همسران افراد دچار سوء مصرف مواد اپیوئیدی بود.

روش: تعداد ۳۰ بیمار مراجعه کننده به مرکز درمان اجتماع محور و همسران آنان به عنوان نمونه در دسترس انتخاب و پرسشنامه‌های GHQ-28 و وابستگی متقابل را تکمیل نمودند.

یافته‌ها: بین وابستگی متقابل همسران افراد دچار سوء مصرف مواد و سلامت روان آنان رابطه وجود داشت. اضطراب به تنهایی ($R^2=0/31$) و اضطراب و عملکرد اجتماعی توأمأ ($R^2=0/46$) تغییرات وابستگی متقابل را پیش‌بینی می‌کردند.

نتیجه‌گیری: وابستگی متقابل همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد با افزایش نشانه‌های عدم سلامت روانی آنها همبسته است. اضطراب و اختلال در عملکرد اجتماعی مهم‌ترین نشانه‌های پیش‌بینی کننده وابستگی متقابل هستند.

واژه‌های کلیدی: وابستگی متقابل، سلامت روان، سوء مصرف مواد اپیوئیدی.

مقدمه

اولیه^۱ (ناخشنودی فعلی به دلیل پرورش یافتن در خانواده‌ای دشوار، وابسته به مواد شیمیایی و غرق در مشکل تا حد عدم وجود فرصت ابراز آزادانه احساسات و عواطف توسط اعضا)، عزت نفس پایین (افکار خود انتقادگرانه و نفرت از خود و احساس شرم و خود سرزنشگری)، پنهان کردن خود^{۱۱} (استفاده از رفتار مثبت برای پنهان کردن و کنترل هیجانات منفی همراه با سرکوبی احساسات) و مشکلات پزشکی (به دلیل احساس مداوم عدم سلامت در قیاس با خانواده‌های دیگر و دوستان، همراه با نگرانی و دلمشغولی با مشکلات سلامتی خیالی یا واقعی و نقص عضو قریب الوقوع)^۵.

در مجموع الگوهای رفتاری اعضای خانواده یا به طور کلی اطرافیان فردی که وابستگی به مواد پیدا کرده است، باعث پیدایش پدیده‌ای می‌شود که به آن سبک زندگی مختل می‌گویند. در این سبک زندگی، هم فرد معتاد و هم خانواده او به مجموعه‌ای از رفتارها معتاد می‌شوند که به خاطر ماهیت اعتیاد، کنش یکی بدون واکنش طرف دیگر، آنها را دچار علائم محرومیت می‌کند^۶.

وابستگی متقابل اغلب با تواناسازی^{۱۲} نیز همراه می‌شود تا جاییکه برخی این دو مفهوم را با هم یکی می‌دانند^۷. برخی دیگر تواناسازی را آنقدر مهم می‌دانند که عنوان کرده‌اند بایستی وابستگی متقابل را هر چه محدودتر کرد و تنها بر تواناسازی اعضای خانواده متمرکز شد^۸. این اصطلاح توسط درمانگران جهت توصیف اعضای خانواده‌ها و کسانی که در تلاش به منظور مقابله با مشکل اعتیاد، با بی‌مبالاتی به فرد معتاد کمک می‌کنند که مصرف مواد را ادامه دهد، به کار می‌رود^۹. مفهوم اصلی تواناسازی این است که فرد تواناساز به طور آگاهانه به گونه‌ای رفتار می‌کند که

مفهوم وابستگی متقابل در حوزه درمان وابستگی به مواد شیمیایی و به خصوص الکل شکل گرفته است^۱. این واژه به الگوهای رفتاری اعضای خانواده یا به طور کلی اطرافیان افراد دچار سوء مصرف که تحت تأثیر فرد وابسته به مواد ایجاد شده و می‌تواند باعث آسیب به بیمار و اطرافیان او گردد اطلاق می‌شود^۲. مطالعات نشان می‌دهند وابستگی متقابل مسئله‌ای چند بعدی است و عوامل مختلف شخصیتی، فرهنگی، اجتماعی و محیطی در آن نقش دارند^۳. مجمع ملی وابستگی متقابل^۴، وابستگی متقابل را رفتاری اکتسابی تعریف کرده است که به صورت وابستگی به افراد یا اشیاء خارج از خود بروز می‌کند. این وابستگی‌ها شامل غفلت از خود^۲ و کاهش هویت فردی^۳ است. خود کاذبی در فرد شکل می‌گیرد که به صورت عادات و سواسی اجباری، اعتیاد و اختلالات دیگر، که موجب بیگانگی فرد با هویتش می‌شوند و احساس شرمندگی را پرورش می‌دهند، بروز می‌کند^۴. پس از آن محققان در بررسی‌ها سه مؤلفه اصلی آن را انکار/ هذیان^۴ (اختلال فکری)، سرکوبی هیجانی^۵ (اختلال احساسی) و سواس عملی^۶ (اختلال رفتاری)، توام با دو نشانه فرعی عزت نفس پایین^۷ و مشکلات پزشکی^۸ معرفی کردند^۴. در تحلیل عاملی بعدی بر روی این مؤلفه‌ها پنج عامل به دست آمد که عبارت بود از یک نشانه اصلی غفلت از خود / دیگر محوری^۹ (اجبار عملی برای کمک یا کنترل وقایع یا افراد از طریق دستکاری یا نصیحت کردن) و چهار نشانه: موضوعیت در خانواده

¹- National Council on Codependency

²- Self neglect

³- Diminishing identity

⁴- Denial/delusion

⁵- Emotional repression

⁶- Compulsions

⁷- Low self-worth

⁸- Medical problems

⁹- Other focus/self-neglect

¹⁰- Family of origin issues

¹¹- Hiding self

¹²- Enabling behavior

مشکلات طبی و پنهان کردن خود) همبستگی معناداری با افسردگی زنان سالمند نشان دادند. اختلالات شخصیتی خودشیفته، پارانوئید و ضد اجتماعی با وابستگی متقابل همبستگی‌های معناداری نشان داده‌اند [۱۴]. در یکی از مطالعات [۱۵] نشان داده شده است که همسران افراد دچار سوء مصرف، بیشتر از سایر اعضای خانواده دچار افسردگی می‌شوند. از طرفی مطالعات گوپلم [۱۶] نشان داده است که در خانواده‌های دارای زمینه ژنتیکی ابتلا به بیماری روانی، مبتلایان به سوء مصرف مواد نسبت به خانواده‌های دیگر از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار هستند. به عبارت دیگر علیرغم اینکه سوء مصرف مواد می‌تواند ناشی از زمینه ژنتیکی افراد دارای سابقه اختلالات روانی خانوادگی باشد، عملاً مصرف‌کننده عامل بر هم‌زننده سلامت روانی خانواده است.

یافته‌های یک مطالعه بین فرهنگی اخیر [۱۷] نیز بر روی جمعیت زنان جوانی که در جستجوی مراقبت‌های بهداشتی اولیه بوده‌اند شیوع وابستگی متقابل را ۲۵ درصد ذکر کرده است. به علاوه نتایج حاکی است که شیوع وابستگی متقابل در فرهنگ‌هایی که سلطه‌پذیری را به زنان دیکته می‌کنند هشت بار بیشتر از فرهنگ‌هایی است که این حالت را دیکته نمی‌کنند. عوامل مرتبط دیگر عبارت بودند از: داشتن یک شریک وابسته به الکل، یک پدر الکلی، یک شریک دارای مشکلات جنسی و جسمانی درمان نشده و نیز تاریخچه‌ای از مشکلات عاطفی درمان نشده. پژوهش‌ها همچنین نشان داده است که، خانواده‌های افراد دچار سوء مصرف مواد مخدر میزان خشونت بیشتری را نسبت به خانواده‌های افراد عادی تجربه می‌کنند. از طرف دیگر یافته‌هایی وجود دارد که نشان می‌دهد قربانیان همسرآزاری به خصوص بدرفتاری جسمانی، از مشکلات سلامت عمومی بیشتری رنج می‌برند [۱۸، ۱۹، ۲۰].

به هر حال مرور پژوهش‌ها در این زمینه حاکی از این است که، احتمالاً به دلیل شیوع بالاتر مصرف الکل

مانع مواجه شدن فرد معتاد با عواقب ناگوار رفتارهایش می‌شود، به گونه‌ای که فرد شرایط را برای ادامه مصرف مناسب می‌بیند. اما تفاوت عمده‌ای که تواناساز با وابسته متقابل دارد، در نوع رابطه‌ای است که با شخص معتاد برقرار می‌شود. لازم نیست که تواناساز در یک رابطه پایدار در جریان مستمر با فرد معتاد قرار داشته باشد. به عبارت دیگر یک فرد ممکن است معتادی را در ادامه اعتیادش توانا سازد، بدون آنکه به او وابسته متقابل باشد. تواناسازی اشاره به رفتارهای مشخص و خاصی دارد، در حالیکه وابستگی متقابل بر الگویی از روابط دلالت دارد. فرد وابسته متقابل در یک رابطه پایدار و ادامه‌دار با معتاد در توانا ساختن او به مصرف دخالت می‌کند، ولی فرد تواناساز ممکن است تنها در یک ارتباط و تماس کوتاه بر معتاد اثر گذارد [۹]. به هر حال وابستگی متقابل و تواناسازی می‌توانند در یک فرد جمع باشند [۱۰]. وابستگی متقابل ممکن است در ظاهر مهربانی، محبت و عشق به نظر آید. فرد وابسته متقابل تمام تلاش خود را به کار می‌برد تا همسر خوبی برای فرد معتاد باشد و با تمام وجود به شناسایی نیازها و خواسته‌های همسر معتاد خود می‌پردازد تا بتواند از او به خوبی مراقبت کرده و تعادل حیاتی خانواده را حفظ کند [۹]. آنها حاضرند که با فرد معتاد در مصرف مواد همراهی کنند تا بتوانند مصرف او را کنترل کنند و یا الگویی برای وی باشند. حتی حاضرند برای اینکه او را درمان کنند خود را قربانی نمایند. بسیاری از متخصصین توانبخشی معتادان تأیید می‌کنند که این تواناسازی فرد معتاد اغلب تحت نام عشق انجام می‌شود [۸].

پژوهش‌های تجربی زیادی از تأثیر نامطلوب اعتیاد سرپرست خانواده بر وضعیت اجتماعی خانواده‌ها خبر می‌دهد [۱۱]. شیوع بیماری‌های روانی نظیر افسردگی، اضطراب، وسواس فکری و عملی، خودکشی، اختلالات خواب و جنسی در خانواده‌های دچار سوء مصرف مواد افیونی به طور معناداری بالا است [۱۲]. در یک مطالعه [۱۳] سه مؤلفه وابستگی متقابل (عزت نفس پایین،

می‌آید. محاسبات آماری حاکی از این است که عامل سلامت عمومی در هر یک از زیر مقیاس‌ها ۵۹ درصد واریانس آزمون را تشکیل داده است و چهار مقیاس از یکدیگر مستقل نیستند. ضریب همبستگی بین زیر مقیاس‌ها نیز کمتر از درجه همبستگی هر زیرمقیاس و مقیاس کلی است. همبستگی بین زیرمقیاس‌ها نشان دهنده وجود یک عامل عمومی است و از مجموع ۲۸ ماده پرسشنامه ۳۲ درصد از مجموع واریانس را عامل عمومی تشکیل می‌دهد [۲۲].

۲- پرسشنامه وابستگی متقابل [۲۳]: نیز با هدف ارزیابی شدت وابستگی متقابل در مادران و همسران بیماران وابسته به مواد مخدر تنظیم شده است. اعتبار این پرسشنامه با استفاده از شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شده است. پرسشنامه در ۳۶ گویه تنظیم شده است و آزمودنی در طیف لیکرت پنج گزینه‌ای به آن پاسخ می‌گوید و تکمیل آن ۱۰ دقیقه به طول می‌انجامد. حاصل اجرای پرسشنامه یک نمره کل است که بیانگر شدت وابستگی متقابل آزمودنی می‌باشد. نمره بیشتر بیانگر وابستگی متقابل بیشتر است و حداکثر نمره ای که فرد کسب می‌کند ۱۸۰ می‌باشد.

روند اجرای پژوهش: پس از مراجعه به تنها مرکز درمانی اجتماع محور در شهر سمنان، اطلاعات جمعیت شناختی اولیه از جمله سن، جنس، وضعیت تأهل و مدت شرکت در درمان کلیه بیماران تحت درمان تهیه شد. از میان این فهرست اسامی آن دسته از بیماران متأهل، که به دلیل سوء مصرف مواد اپیوئیدی تحت درمان بودند، انتخاب شد. سپس موافقت همسران این بیماران، برای شرکت در پژوهش به صورت شفاهی و کتبی، جلب گردید. به این ترتیب تعداد ۳۰ همسر انتخاب شدند و پرسشنامه‌های "سلامت عمومی" و "وابستگی متقابل" را به صورت انفرادی تکمیل کردند.

نسبت به مواد مخدر دیگر در کشورهای جهان، اکثر بررسی‌ها بر خانواده‌های افراد دچار سوء مصرف الکل متمرکز شده است و تحقیقات اندکی بر روی خانواده‌های افراد دچار سوء مصرف مواد اپیوئید (تریاک و هروئین) صورت گرفته است. این در حالی است که مشکل فعلی جامعه ما به دلیل همسایگی با یکی از تولید کنندگان و توزیع کنندگان عمده مواد اپیوئیدی، مشکل اعتیاد سرپرست خانوار به مواد اپیوئیدی و متعاقباً وابستگی متقابل همسران و احتمالاً تأثیرات سوء بر سلامت روان آنها است. لذا این پژوهش اختصاصاً بر بررسی رابطه میان وابستگی متقابل به عنوان یک اختلال ارتباطی و سلامت روانی همسران افراد دچار سوء مصرف مواد اپیوئیدی (تریاک و هروئین) متمرکز گشته است. هدف اصلی از این بررسی پی بردن به رابطه میان دو متغیر وابستگی متقابل و سلامت روان در جمعیت همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد اپیوئیدی و تعیین مهمترین مؤلفه‌های سلامت روان در این ارتباط بوده است.

روش

آزمودنیها: با استفاده از شیوه نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر از همسران بیماران دچار سوء مصرف مواد مخدر (اپیوم) که به مرکز درمانی اجتماع محور (IC) مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. نمونه‌گیری از میان همسران افراد دچار سوء مصرفی که همگی دوره درمان با متادون یا بوپرنورفین را پشت سر گذاشته بودند (حداقل ۱۰ روز به طور مستمر در مرکز حضور یافته بودند) انجام گرفت.

مقیاس‌ها: ۱- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): که توسط گلدبرگ و هیلر [۲۱] معرفی شده است، یک پرسشنامه استاندارد روانپزشکی است که برای غربالگری سلامت روانی به کار می‌رود و دارای چهار زیر مقیاس نشانگان جسمانی سازی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی است. آزمون سلامت عمومی دارای یک شاخص کلی نیز می‌باشد که از جمع چهار مؤلفه ذکر شده به دست

یافته‌ها

داده‌های استخراج شده از پرسش نامه‌ها در دو مرحله تحلیل شدند: در مرحله اول با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون همبستگی میان نمرات وابستگی متقابل و نمره کلی سلامت عمومی و نیز زیر مقیاس‌های چهارگانه آن محاسبه گردید. در جدول شماره ۱، میانگین و انحراف استاندارد نمرات وابستگی متقابل، سلامت عمومی و مؤلفه‌های چهارگانه سلامت عمومی منعکس شده‌اند. همان گونه که دیده می‌شود میانگین مؤلفه اضطراب و بی‌خوابی بالاتر از سه مؤلفه دیگر است. پس از آن مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی بالاترین میانگین را دارد و بالاخره پس از این دو مؤلفه، جسمانی‌سازی و افسردگی به ترتیب دارای میانگین‌های بالاتری هستند. همانگونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، همبستگی مثبت معناداری میان نمره کلی سلامت عمومی و نمره وابستگی متقابل همسران وجود داشت. بررسی هر یک از مؤلفه‌ها به طور جداگانه نیز حاکی از این است که کلیه

مؤلفه‌های سلامت عمومی با وابستگی متقابل رابطه همبستگی مثبت معنادار دارند. در مرحله دوم، برای بررسی اینکه کدام یک از مؤلفه‌های سلامت عمومی یا ترکیبی از مؤلفه‌ها وابستگی متقابل را بهتر تبیین می‌کنند، از آزمون رگرسیون با روش گام به گام استفاده شد. چهار مؤلفه سلامت عمومی و نمره کلی سلامت عمومی، به عنوان متغیرهای پیش‌بین، و نمره وابستگی متقابل، به عنوان متغیر وابسته، وارد معادله رگرسیون شدند. همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌کنید، در مرحله اول اضطراب به تنهایی و در مرحله دوم اضطراب و عملکرد اجتماعی با هم در تحلیل رگرسیون نمایان شدند. بر اساس ضرایب تعیین با توجه به معنادار بودن آزمون‌های t و F ($P < 0/001$) می‌توان گفت اضطراب به تنهایی $0/31$ و اضطراب و عملکرد اجتماعی با هم $0/46$ از واریانس وابستگی متقابل را تبیین می‌کنند.

جدول شماره ۱- داده‌های توصیفی نمرات وابستگی متقابل و سلامت عمومی

شاخص‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
وابستگی متقابل	۶۷/۸۲	۸/۵۱
سلامت عمومی	۳۷/۳۳	۹/۵۶
جسمانی‌سازی	۹/۳۰	۳/۱۶
اضطراب و بی‌خوابی	۱۳/۲۱	۲/۳۶
اختلال در عملکرد اجتماعی	۹/۹۳	۳/۱۴
افسردگی	۸/۸۶	۳/۷۶

جدول ۲- ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات وابستگی متقابل و شاخص‌های سلامت عمومی همسران افراد دچار سوء مصرف مواد

شاخص های GHQ	r	سطح معناداری
نمره کلی سلامت عمومی	۰/۵۱۸	۰/۰۰۱
نشانه‌های جسمانی سازی	۰/۳۴۱	۰/۰۰۱
اضطراب و بی خوابی	۰/۵۶۵	۰/۰۰۱
اختلال در عملکرد اجتماعی	۰/۵۱۷	۰/۰۰۱
افسردگی	۰/۲۹۴	۰/۰۲۲

جدول ۳- تحلیل رگرسیون گام به گام وابستگی متقابل بر مؤلفه‌های سلامت عمومی

گام	متغیرهای پیش بین	B	Beta	t	R ²	F	Sig.
۱	اضطراب	۲/۰۳	۰/۵۶	۵/۲۱	۰/۳۱	۲۷/۱۷	۰/۰۰۱
۲	اضطراب	۱/۶۶	۰/۴۶	۴/۶۵	۰/۴۶۹	۲۵/۱۴	۰/۰۰۱
	عملکرد اجتماعی	۱/۰۸	۰/۴۰	۴/۰۰			

بحث

نسبت به سایر مؤلفه‌ها (نمره کلی سلامت، جسمانی سازی و افسردگی) متغیرهای پیش‌بین بهتری برای وابستگی متقابل هستند. این یافته به این معنی است که می‌توان وابستگی متقابل همسران افراد دچار سوء مصرف مواد اپیوئیدی را از میزان اختلال آنها در عملکرد اجتماعی و نیز سطح اضطراب آنها استنباط کرد. یافته‌ها همچنین به گونه ضمنی حاکی از این است که، همسران افراد دچار سوء مصرف مواد اپیوئیدی پس از درمان (سم زدایی با متادون یا بوپرنورفین و درمان اجتماع محور متوالی) و بهبودی نسبی شوهرانشان، از نظر سلامت روانی در حد نرمال هستند چرا که نمرات سلامت روانی آنها در حد نرمال

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که بین وابستگی متقابل همسران افراد دچار سوء مصرف مواد و سلامت عمومی آنان رابطه مثبت وجود دارد. از آنجا که نمرات بالاتر در پرسشنامه سلامت عمومی نشانگر عدم سلامت روانی است، این نتیجه بیانگر این است که افزایش وابستگی متقابل با افزایش نشانه‌های آسیب روانی همراه است. بررسی مؤلفه‌های سلامت عمومی نیز نشانگر این است که کلیه مؤلفه‌ها (اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی، نشانه‌های جسمانی و افسردگی) با وابستگی متقابل این ارتباط را دارند. به علاوه، نتایج حاکی از این است که اضطراب به تنهایی و اضطراب و عملکرد اجتماعی توأم

می‌شوند که سه وضعیت پی در پی به خود می‌گیرند: نجات دهنده^{۲۰}، قربانی^{۲۱} و ملامت گر^{۲۲}. شخص وابسته متقابل از موضع یک نجات دهنده در بازی «من فقط می‌خواهم به تو کمک کنم» گرفتار می‌شود و سعی می‌کند یکی از افراد مهم^{۲۳} زندگی خود را، که واقعاً نمی‌خواهد تغییر کند ولی نقش قربانی را بازی می‌کند، تغییر دهد. پس از مدتی هر دو بازیگر نقش خود را عوض می‌کنند؛ فرد وابسته متقابل ابتدا به موضع ملامت‌گر تغییر نقش می‌دهد و فرد دیگر را وادار به تغییر می‌کند، سپس بازی را با فرو رفتن در نقش قربانی و احساس‌های ناامیدی، سوء استفاده و افسردگی به پایان می‌برد. فرد مهم نیز ابتدا از نقش قربانی به نقش ملامت‌گر (موضعی که در آن پرخاشگری و خشونت رخ می‌دهد) تغییر موضع می‌دهد، سپس بازی را با نقش نجات دهنده‌ای که معمولاً خوب رفتار می‌کند و قول می‌دهد که تغییر کند، به پایان می‌برد. این تبادلات ناهشیار بوده و مرتباً تکرار می‌شوند.

مطالعات دیگر نشان می‌دهد که نسخه‌های از پیش تعیین شده فرهنگی^{۲۴} نیز به طور مشابهی موجب اختلالات ارتباطی می‌شوند و به وابستگی متقابل کمک می‌کنند. برای مثال القای سلطه‌پذیری به زنان و اینکه مردان کانون اصلی توجه‌اند و دختران و مادران بایستی به آنها خدمت کنند، در برخی فرهنگ‌ها رایج است [۲۶]. این نگرش‌ها و عقاید همچنین می‌توانند نسل به نسل منتقل شوند و زمینه وابستگی متقابل را برای همسران فراهم آورند [۲۷].

به هرحال بایستی توجه داشت که آزمودنی‌های مطالعه حاضر همسران افراد وابسته به مواد ایپوئیدی پس از سم زدایی بوده‌اند که حداقل ده روز در جلسات درمانی اجتماع محور شرکت کرده بودند و ممکن است

بوده است. در کل این نتایج با یافته‌های مطالعات گذشته [۱۲، ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۶] مبنی بر عدم سلامت روانی افراد وابسته متقابل همگرا است. با این حال یافته‌های مطالعه حاضر اختلال در عملکرد اجتماعی و اضطراب را با وابستگی متقابل همبسته می‌داند درحالی‌که مطالعات گذشته بر افسردگی همسران یا دیگر اعضای خانواده تأکید داشته‌اند [۱۲، ۱۳، ۱۵]. از آنجا که وابستگی متقابل در اصل یک اختلال ارتباطی به حساب می‌آید منطقی به نظر می‌رسد که اختلال در روابط اجتماعی در تحلیل‌ها نمایان شود. در یک مطالعه [۱۷] با استفاده از تحلیل‌های تبدلی^{۱۳} اریک برن [۲۴، ۲۵] نشان داده شده است که نسخه‌های از پیش تعیین شده زندگی^{۱۴} و بازی‌های روانشناختی^{۱۵} در ایجاد وابستگی متقابل دخیل هستند که منجر به اختلال در روابط اجتماعی می‌شوند. این نسخه‌ها معمولاً محصول رفتارهای اکتسابی در خانواده و نیز تصمیم‌گیری‌های اولیه اتخاذ شده در دوران کودکی برای فرد هستند که منجر به هویت بسیار سازگار^{۱۶}، سرکوبی هیجانی^{۱۷} و سوق یافتن به سوی نجات دیگران می‌شوند. این رفتارهای منفعل در چهار زمینه اختلال ایجاد می‌کنند: وجود مشکل (من مشکلی ندارم)، اهمیت مشکل (وقتی همسرم خوب شود مشکل برطرف خواهد شد)، راه حل مشکل (همه مردها مثل هم هستند) و ظرفیت حل مشکل (من نمی‌توانم تنها زندگی کنم). یک زن به دنبال یک نسخه وابستگی متقابل ممکن است به راحتی ترغیب شود هرکاری برای نجات همسرش انجام دهد. درست همان رفتاری که در خانواده پدری اش^{۱۸} انجام می‌داد. این یعنی شروع یک همزیستی ارتباطی ثانویه^{۱۹}. این رفتارهای منفعل همچنین باعث بروز بازی‌های روانشناختی

13- Transactional analysis

14- Life scripts

15- Psychological games

16- Over adaptation

17- Emotional repression

18- Original family

19- Secondary symbiosis

20- Rescuer

21- Victim

22- Persecutor

23- Significant others

24- Cultural scripts

اعتیاد. چاپ اول. تهران: ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۷؛ ۵۲-۳۷.

7. Rotunda RJ, West L, O'Farrell TJ. Enabling behavior in a clinical sample of alcohol-dependent clients and their partners. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2004; (26)4: 269-276.

8. Rotunda R, Doman K. Partner enabling of alcoholics. Critical review and future directions. *American Journal of Family Therapy*. 2001; (29):257-270.

۹. معصومیان حسام الدین. هم وابستگی. تازه های علوم شناختی. سال اول؛ ویژه نامه ۱۳۷۸؛ ۵۲-۴۲.

10. Doweiko HE. *Concepts of Chemical Dependency*. USA: Brooks/Cole Publishing. 1996. P.65-66.

۱۱. گودرزی مهدیه. بررسی تأثیر اعتیاد سرپرست خانواده بر وضعیت اجتماعی و تحصیلی اعضای خانواده در شهرستان کرمان [پایان نامه کارشناسی ارشد]. دانشگاه الزهراء، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی؛ ۱۳۸۳.

12. Brennan PA, Hammen C, Katz AR, Le Brocque RM. Maternal depression: Paternal psychopathology and adolescent diagnostic outcomes. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*. 2002; 70(5): 1075-1085

13. Martsolf DS, Sedlak CA, Doheny MO. Codependency and related health variables. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2000; 14(3):150-158.

14. Janiri L, Onni M, Hadjichristos A, Rago R, Sarchiapone M, and DeRisio S. Codependency and personality traits in alcoholics and their partners. *European Neuropsychopharmacology*. 1996; 6(4): 4-9.

۱۵. هراتی هنگامه. بررسی افسردگی و شدت آن در فامیل های درجه یک معتادین مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد [پایان نامه پزشکی عمومی]. سیستان و بلوچستان: دانشگاه علوم پزشکی؛ ۱۳۸۳.

16. Guillem E, Pelissolo A, Vorspan F, Bouchez-Arbabzadeh S. and Lépine, J-P. Sociodemographic profiles, addictive and mental comorbidity in cannabis users in an outpatient specific setting. *L'Encéphale*. In Press; Corrected Proof; Available online 2008.

این مسئله در کاهش علائم افسردگی همسرانشان مؤثر بوده باشد. تبیین دیگر برای این تفاوت می تواند این باشد که نوع مواد مصرفی (الکل، مواد ایپوئیدی، محرکها و ...) با نوع علایم ایجاد شده در افراد وابسته متقابل ارتباط داشته باشد، اما اثبات این مسئله نیازمند تحقیقات بیشتر است. با توجه به یافته های به دست آمده می توان نتیجه گرفت که هر چه وابستگی متقابل همسران بیشتر باشد سلامت روانی آنها در سطح پایین تری است. اضطراب به تنهایی و اضطراب و عملکرد مختل اجتماعی توأم می توانند وابستگی متقابل را در همسران این افراد پیش بینی کنند. همسران وابسته متقابل اضطراب زیادی را تجربه می کنند و عملکرد اجتماعی شان دچار اختلال است. از طرف دیگر می توان گفت که وابستگی متقابل تنها محدود به همسران مصرف کنندگان الکل نیست و همسران افراد دچار سوء مصرف مواد ایپوئیدی نیز از این مشکل ارتباطی رنج می برند.

منابع

1. Go'mez AP, Delgado DD. Codependency in families of drugs consumers and nonconsumers. State of the art and construction of an instrument. *Psicothema*. 2003; (15): 381-387.

2. Whitfield CL. Co-dependence: Healing the human condition. Deerfield Beach: Health Communications, Inc; 1991. P.73-75.

3. Reyome ND, Ward KS. Self-reported history of childhood maltreatment and codependency in undergraduate nursing students. *Journal of Emotional Abuse*. 2007; (7): 37-50.

4. Wegscheider-Cruse and Cruse. Understanding codependency. Deerfield Beach: Health Communications, Inc; 1990. P.103-105

5. Martslof DS, Hughes-Hummer C, Estok P, Zeller RA. Co-dependency in Male and Female, *Helping Professional*. 1999; (13): 97-103.

۶. نادری شهرام، بینازاده محمد، صفاتیان سعید، پیوندی علی اصغر. درسنامه جامع درمان

۲۲. استورا بنیامین. تنیدگی یا استرس، ترجمه پریرخ دادستان، چاپ اول. تهران: انتشارات رشد؛ ۱۳۷۷. ۶۵.
۲۳. مقبل سمیرا. بررسی هم وابستگی در مردان معتاد و همسرانشان [پایان نامه کارشناسی]. دانشگاه پیام نور اصفهان؛ ۱۳۸۶.
24. Berne E. *Transactional analysis in psychotherapy: A systemic individual and social psychiatry*. New York: Grove Press; 1961.
25. Berne E. *Games people play: The psychology of human relations*. New York: Grove Press; 1967.
26. Go´mez AP, Delgado DD. *Codependency in families of drugs consumers and nonconsumers: State of the art and construction of an instrument*. *Psicothema*. 2003; (15): 381–387.
27. Noriega G. *Codependence: A transgenerational script*. *Transactional Analysis Journal*. 2004;(34):312–322.
17. Noriega G, Ramos L, Medina-Mora ME. and Villa, AR. *Prevalence of Codependence in Young Women Seeking Primary Health Care and Associated Risk Factors*. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2008;78 (2): 199-210.
۱۸. جلالی داریوش، آقایی اصغر، رهبریان جهانبخش. خشونت علیه همسران معتادان. فصلنامه پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۳۸۵؛ ۶ (۲۲): ۲۳-۱۵.
19. O Farell, TJ. Fals-Stewart, W. Murphy M, Murphy CM. *Partner violence before and after individually based alcoholism treatment for male alcoholic patients*. *Journal of Consulting and clinical Psychology*. 2003; 71(1): 92-102.
۲۰. قهاری شهربانو، پناغی لیلا، عاطف وحید محمد کاظم، زارعی دوست الهام، محمدی علیرضا، سلامت روان زنان قربانی همسر آزاری، مجله دانشکده علوم پزشکی گرگان. ۱۳۸۵؛ ۸ (۴): ۲۵-۱۸.
21. Goldberg DP, Hiller VF. *A scale version of the General Health Questionnaire*. *Psychol Med*. 1979; 9(1):139-45.

