

آمادگی به اعتیاد نوجوانان: عوامل روانی - اجتماعی و هم‌وابستگی

فربیا پازانی^۱، احمد برجعلی^۲، حسن احدی^۳، آدیس کراسکیان موجمباری^۴

چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر تبیین نقش عوامل روانی اجتماعی و هم‌وابستگی در آمادگی به اعتیاد نوجوانان بوده است. برخی افراد در مقایسه با دیگران آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به عوامل خطر آمادگی به اعتیاد دارند. تجارب اولیه‌ی استرس‌زای زندگی مثل مورد آزار قرار گرفتن و شکل‌های تروما یکی از مهم‌ترین عوامل خطر هستند. آسیب‌پذیری ژنتیکی، والدین مصرف‌کننده الکل یا سایر مواد، فقدان نظارت کافی توسط والدین و ارتباط با همسالان مصرف‌کننده مواد نقش مهمی در آمادگی به اعتیاد نوجوانان دارد. یافته‌ها نشان می‌دهد که عوامل روان‌شناختی مثل هیجان‌خواهی و عوامل اجتماعی مثل پذیرش اجتماعی با مصرف مواد رابطه معنادار دارد. هم‌وابستگی و اعتیاد با یکدیگر مرتبط هستند، به‌ویژه که هم‌وابستگی ابتدا در ارتباط با والدین الکلی معرفی شد. خانواده در ایجاد هم‌وابستگی نقش مهم و مؤثری دارد. بنابراین با توجه به این امر و همچنین با در نظر گرفتن شیوع اعتیاد در جامعه، بررسی عوامل همراه و خطرزا برای این پدیده شوم ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: عوامل روانی اجتماعی، آمادگی به اعتیاد، هم‌وابستگی

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد کرج، کرج، ایران. پست الکترونیک:

fpazani@yahoo.com

۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۳. استاد، گروه روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۴. استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

مقدمه

با تغییر تدریجی شیوه زندگی به دنبال پیشرفت تمدن، همان گونه که بشر از رفاه بیشتری برخوردار می شود، عوارض و معضلاتی نیز رخ می نماید. زمانی انسان ها به شیوه ای سنتی و ابتدایی زندگی می کردند و مسائل و مشکلات جمعی و روانی شان را نیز سنتی حل می کردند، اما با تغییر شیوه زندگی به شکل امروزی و جدید گاهی مسائلی ایجاد می شود که حل آن از عهده بسیاری از افراد خارج است. بروز بیماری های روانی و سیر تدریجی آن منجر به ایجاد رفتارها و عادت هایی در انسان می شود که بعضاً کنترل و ترک آن بسیار مشکل و گاهی غیرممکن است. اعتیاد انسان به مصرف مواد و داروها از جمله این عادت ها است (قربانی، اکبری و آقازاده، ۱۳۹۳). سوء مصرف مواد یکی از چهار بحران جهانی است و مشکل اجتماعی عمده ای است که در بسیاری از کشورها وجود داشته و کلیه جنبه های زندگی افراد و جامعه را تحت تأثیر قرار می دهد (سفری حاجت آقایی، کمالی و اصفهانی، ۲۰۱۲). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی بیش از ۶ درصد سوء مصرف مواد مخدر دارند (بری اند و بلندی، ۲۰۱۰). سالانه بیش از ۲۶ میلیون نفر به علت مصرف مواد مخدر فوت می کنند که سهم کشورهای در حال توسعه بسیار بیشتر از کشورهای پیشرفته است (فیضی، ویسی رایگانی، عبدی، شاکری و مردوفی، ۱۳۹۴). سوء مصرف مواد افیونی از قرن ها پیش وجود داشته است و اکنون نیز تقریباً کشوری وجود ندارد که از گسترش سوء مصرف مواد در امان مانده باشد. اگرچه از دیرباز در تمام جوامع بشری سوء مصرف مواد افیونی به عنوان عادت غیر اجتماعی و نامقبول تلقی شده است، اما با وجود این عدم مقبولیت، طبقات مختلف اجتماع با این مسئله به صورت جدی درگیر می باشند؛ بنابراین با توجه به نرخ بالای وابستگی به مواد مخدر و مشکلات در درمان آن، شناسایی عوامل مؤثر بر این مشکل در جوامع ضروری به نظر می رسد (مولوی و رسولزاده، ۱۳۸۳).

اعتیاد و حیطه های مؤثر در شکل گیری آن

طی سال های گذشته نظریه ها و دیدگاه های مختلفی تلاش کرده اند تا تبیین روشنی از علل گرایش نوجوانان به سمت رفتارهای پرخطر ارائه نمایند که از جمله آن ها می توان به نظریه

یادگیری اجتماعی، نظریه رفتار مشکل آفرین، نظریه خود تحقیری، نظریه ارتباط مؤثر و نظریه‌های گروه همسالان اشاره کرد. این نظریه‌ها طیف گسترده‌ای از عوامل زمینه ساز از جمله عوامل ژنتیکی، روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی را مورد بررسی قرار داده‌اند، با این حال هیچ‌کدام از این نظریه‌ها به‌تنهایی قادر به تبیین ابعاد مختلف مسئله رفتارهای پرخطر نیستند و هر یک بر جنبه‌ای از پدیده مذکور تأکید کرده و عوامل دیگر را نادیده می‌گیرد (بوتوین و کانتور، ۲۰۰۰). یکی از رویکردهایی که در تبیین و پیشگیری از رفتارهای پرخطر بسیار سودمند بوده است، رویکرد عوامل خطر ساز و حفاظت کننده است (هاو کینز و همکاران، ۱۹۹۲). این رویکرد بیان می‌کند که بر اساس انواع متنوعی از عوامل خطر ساز برگرفته از مدل‌های نظری مختلف، می‌توان رفتارهای پرخطر را در نوجوانان پیش‌بینی کرد. مهم‌ترین جنبه مثبت این مدل‌ها در ارزش پیش‌بینی آن‌ها است، به این معنا که هر چه کودکان و نوجوانان در معرض عوامل خطر ساز زیادی قرار بگیرند، احتمال رفتار پرخطر در آن‌ها افزایش پیدا می‌کند. مدل‌های مبتنی بر عوامل خطر ساز و حفاظت کننده علاوه بر سازمان دادن عوامل مرتبط با شروع رفتارهای پرخطر به مفهوم‌سازی سطوح بالقوه مداخله برای پیشگیری از رفتارهای پرخطر نیز کمک می‌کند. عوامل خطر ساز احتمال مصرف مواد یا درگیری در رفتارهای خشونت آمیز را افزایش می‌دهند. برخی از عوامل خطر ساز در مرحله خاصی از تحول کودکان و نوجوانان مانند فشار گروه همسالان در مقایسه با عوامل دیگر تأثیر قوی‌تری دارند (هاو کینز و همکاران، ۱۹۹۲). عوامل مختلفی در آمادگی به اعتیاد نقش دارند که دارای ویژگی‌های متعددی هستند. این عوامل عوامل می‌توانند با یکدیگر جمع شوند و در نتیجه احتمال خطر یا مصونیت افزایش می‌یابد. به عنوان مثال افسردگی و اضطراب و دسترس پذیری به مواد در یک فرد احتمال خطر مصرف را در او افزایش می‌دهد. این عوامل از نظر کمیت و کیفیت متفاوت هستند و اهمیت آن‌ها در افراد یا سنین مختلف متفاوت است. در مجموع این عوامل می‌توانند در معرض تغییر قرار گیرند. با مروری در ادبیات پژوهشی عواملی که در آمادگی برای شروع مصرف مواد و اعتیاد مؤثرند در چند حیطه اصلی دسته‌بندی می‌شوند.

۱- حیطةی فرد/همسالان

احساس بیگانگی و روحیه عصیانگری: نوجوانانی که خودشان را بخشی از جامعه کلی احساس نمی کنند از قوانین پیروی نمی کنند و به تلاش برای موفقیت و مسئولیت پذیری باور ندارند. کسانی که در مقابل جامعه عصیان می کنند در معرض خطر مصرف مواد و بزهکاری و اخراج از مدرسه قرار دارند. نگرش مثبت به مواد: در جریان سالهای مدرسه ابتدایی کودکان معمولاً نگرش ضد مواد و اجتماع پسندانه دارند با این حال در دوره متوسطه نگرش آنان در جهت پذیرش بیشتر این رفتارها تغییر می کند و این پذیرش آنان را در معرض خطر قرار می دهد (هاو کینز و همکاران، ۱۹۹۲). آغاز زود هنگام رفتارهای مشکل ساز: هر چه فرد در سنین پایین تر درگیر رفتارهای مشکل ساز شود احتمال بروز این رفتارها در آینده بیشتر است. پژوهش ها نشان داده است که نوجوانانی که قبل از ۱۵ سالگی شروع به مصرف مواد کرده اند بیشتر از کسانی که بعد از ۱۹ سالگی چنین تجربه ای دارند در معرض خطر سوء مصرف مواد در بزرگسالی قرار می گیرند (کندل، ۱۹۸۲؛ به نقل از هاو کینز و همکاران، ۱۹۹۲). نوجوانانی که از سوی همسالان پذیرفته نمی شوند و ویژگی هایی مانند پرخاشگری، کمرویی و بازداری اجتماعی دارند آمادگی بیشتری برای مصرف مواد دارند. عواملی که ممکن است زیستی یا روان شناختی باشند در افرادی دیده می شوند که دارای رفتارهایی نظیر هیجان خواهی، اجتناب کم از آسیب و کنترل ضعیف تکانه هستند (به نقل از محمد خانی، ۱۳۸۶). از دیگر عوامل مؤثر بر مصرف مواد، عدم آشنایی جوانان با مهارت های زندگی و ناآشنایی با شیوه های شاد زیستن و جامعه پذیر بودن است. در این زمینه بوتوین و گریفین^۲ (۲۰۰۴) از مهارت های تصمیم گیری مقابله با اضطراب، مهارت های ارتباطی و جرأت مندی یاد می کنند. مصرف مواد توسط همسالان یکی از قوی ترین پیش بینی کننده های مصرف مواد در میان نوجوانان است که این امر در پژوهش های پژوهشگرانی همچون مولوی و رسولزاده (۱۳۸۳)؛ فیضی و همکاران (۱۳۹۴)؛ فولادی (۱۳۹۵)؛ توکر^۳ و همکاران (۲۰۱۱)؛ تراکو، کولدر، بوکر و ویکزورک^۴ (۲۰۱۱)؛ ویتسل،

1. Candle
2. Griffin
3. Tocker

4. Trucco, Colder, Bowker & Wiczorek

باچند، پیل و برون^۱ (۲۰۱۳)؛ سفری حاجت آقایی و همکاران (۲۰۱۲)؛ سیمونز-مورتون و فرهت^۲ (۲۰۱۰)؛ امینی، امینی، افشار مقدم و آذر (۱۳۸۲) نیز تأیید شده است.

۲- حیطه‌ی اجتماعی

مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که هر چه امکان دسترسی به مواد بیشتر باشد، خطر مصرف مواد افزایش می‌یابد. دسترس‌پذیری ادراک شده^۳ نیز با افزایش خطر مصرف مرتبط است. به عنوان مثال در مدارسی که کودکان فقط فکر می‌کنند مواد به آسانی قابل دسترس است، میزان مصرف بالاست (محمدخانی، ۱۳۸۶). همچنین زندگی در محله‌های پر جمعیت، فقدان نظارت بر مکان‌های عمومی، مهاجرت و وضعیت نامطلوب محیط فیزیکی، پیوند اجتماعی ضعیف و بی‌نظمی اجتماعی عوامل مؤثری در گرایش به مصرف مواد هستند. علاوه بر این کودکانی که در محیط‌های فقیر زندگی می‌کنند نیز در معرض خطر قرار دارند. به ویژه اگر فقر خیلی شدید با مشکلات رفتاری دوران کودکی همراه باشد، در دوره‌های بعدی زندگی اجتماعی خطر برای ابتلا به الکلیسم و مصرف مواد دیگر را افزایش می‌دهد (هاوکینز و همکاران، ۱۹۹۲). مطالعات موجود در این زمینه حاکی از آن است که در دسترس بودن مواد (محمدی جلالی فراهانی، کرمی، رسولی، رسولی و فضلی، ۱۳۹۳؛ طاهری، امیری، حسینی، محسن پور و دیویدسون، ۲۰۱۶)؛ محل زندگی و شرایط محیطی نامناسب (فولادی، ۱۳۹۵؛ حبیبی کلپیر، فرید و غریبی، ۱۳۹۳)؛ وضعیت اجتماعی-اقتصادی و فقر (فولادی، ۱۳۹۵؛ سفری حاجت آقایی و همکاران، ۲۰۱۲؛ لمسترا^۴ و همکاران، ۲۰۰۹؛ باقری، نبوی، ملتفت و نقی پور، ۱۳۸۹؛ امینی و همکاران، ۱۳۸۲) از جمله عواملی هستند که در گرایش افراد به سمت مصرف مواد اثر دارند.

۳- حیطه خانواده

کودکان و نوجوانانی که والدین آن‌ها مواد مصرف می‌کنند بیشتر احتمال دارد به مصرف مواد و رفتارهای ناهنجار، گرایش پیدا نمایند. به نظر می‌رسد مجموعه‌ای از عوامل ژنتیکی، تربیتی و یادگیری در این فرایند دخالت داشته باشند. وجود شخص معتاد در خانواده از

1. Whitesell, Bachand, Peel & Brown
2. Simons-morton & Farhat

3. perceived availability
4. Lemstra

طریق تشویق و ترغیب، بی توجهی به فرزندان و سهل انگاری در اعتیاد نوجوانان مؤثر است. علاوه بر این، مشکلات مربوط به مدیریت خانواده شامل مدیریت ضعیف، فقدان انتظارات روشن درباره‌ی رفتار، عدم نظارت و کنترل والدین بر رفتار کودکان، تنبیه شدید و بی ثباتی، تعارضات و اختلافات خانوادگی، نگرش‌ها و رفتارهای والدین درباره‌ی مواد، پیوند عاطفی ضعیف و تعهد اندک به خانواده از پیش‌بینی کننده‌های مؤثر در آمادگی برای اعتیاد نوجوانان است. به‌طور کلی می‌توان گفت که الگوهای ارتباطی منفی شامل انتقاد، متهم کردن، فقدان تحسین و تمجید، وجود مرزهای ناهمخوان و مبهم برای رفتار و انتظارات غیر واقعی والدین از فرزندان از ویژگی‌های مشترک خانواده‌هایی است که نوجوانانشان به مصرف مواد می‌پردازند (گرچی و بکرانی، ۱۳۸۵). مطالعات موجود در این زمینه حاکی از آن است که عملکرد خانواده (مساح و همکاران، ۲۰۱۶؛ میرزایی علویجه، نصیرزاده، اسلامی، شریفی راد و حسن زاده، ۱۳۹۲؛ شهریاری، دستجردی، حجت زاده، کیخایی و رمضان، ۱۳۹۲؛ امینی و همکاران، ۱۳۸۲)؛ ارتباطات درون خانواده (حبیبی کلیر و همکاران، ۱۳۹۳؛ فولادی، ۱۳۹۵؛ اردکانی و همکاران، ۲۰۱۵)؛ اعتیاد یکی از اعضای خانواده (قربانی و همکاران، ۱۳۹۳؛ طاهری و همکاران، ۲۰۱۶؛ فولادی، ۱۳۹۵؛ سفری حاجت آقایی و همکاران، ۲۰۱۲)؛ طلاق والدین (مولوی و رسول زاده، ۱۳۸۳؛ محمدی جلالی فراهانی و همکاران، ۱۳۹۳) از جمله عوامل اثر گذار بر گرایش افراد به سوء مصرف مواد هستند.

۱۳۲

سال ۳ شماره ۱، پاییز ۱۳۹۵
Vol. 3, No. 11, Autumn 2016

۴- حیطة مدرسه

شکست تحصیلی یکی دیگر از مهم‌ترین پیش‌بینی کننده‌های مصرف مواد در نوجوانی است. عدم احساس تعهد نسبت به مدرسه، غیبت از مدرسه و اخراج از آن از جمله عوامل زمینه‌ساز مصرف مواد است. رفتار ضداجتماعی و پایدار در ترکیب با گوشه‌گیری و کناره‌گیری خطر مصرف مواد را افزایش می‌دهد. مطالعات پژوهشگرانی همچون مولوی و رسول زاده (۱۳۸۳)؛ محمدی جلالی فراهانی و همکاران (۱۳۹۳)؛ فولادی (۱۳۹۵)؛ حاجتی آقایی و همکاران (۲۰۱۲) حاکی از آن است که مشکلات و شکست تحصیلی از جمله عوامل اثر گذار بر گرایش افراد به سوء مصرف مواد هستند.

عوامل روان‌شناختی مصرف مواد مخدر

کارشناسان سازمان بهداشت جهانی سلامت فکر و روان را این‌گونه تعریف می‌کنند: «سلامت فکر عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب». لوینسون^۱ و همکارانش نیز سلامت روان را این‌طور تعریف کرده‌اند: سلامت روان عبارت است از این که فرد چه احساسی نسبت به خود، دنیای اطراف، محل زندگی و اطرافیان دارد و مخصوصاً با توجه به مسئولیتی که در مقابل دیگران دارد، چگونگی سازش وی و شناخت موقعیت مکانی و زمانی خویشتن حائز اهمیت است (میلانی فر، ۱۳۸۲). بنابر تحقیقات انجمن ملی بهداشت روانی، افراد دارای سلامت روان خصوصیات زیر را بروز می‌دهند: (۱) افراد از نظر روانی و ذهنی خود را آن‌گونه که هستند می‌پذیرند و از استعدادهای خود بهره‌مند می‌شوند. آن‌ها در مورد عیوب جسمانی و ناراحتی‌های خود شکیبیا بوده و از آن ناراحت نمی‌شوند. آن‌ها اغلب آرامند، نسبت به عقاید تازه گشاده‌رو بوده و دارای طیب خاطر هستند شوخ طبع هستند و اعتماد به نفس دارند. (۲) افراد دارای سلامت احساس خوبی نسبت به دیگران دارند. آن‌ها کوشش می‌کنند دیگران را دوست بدارند و به علائق آن‌ها توجه کنند، آن‌ها با احساس یکی بودن با جامعه، نسبت به دیگران احساس مسئولیت می‌کنند. (۳) آن‌ها قدرت روبه‌رو شدن با نیازمندی‌های زندگی را دارند و پندارهای واقع‌گرایانه در مورد توانایی‌های خود دارند. از تجارب بنیادین زندگی لذت می‌برند اما هرگز خودشیفته نمی‌شوند (احدی و بنی جمالی، ۱۳۸۷). در ادامه برخی از عوامل روان‌شناختی مؤثر در آمادگی به اعتیاد مورد بررسی قرار می‌گیرد.

خود پنداره

در هر کودک، خود پنداره (عقاید وی در این مورد که او چگونه فردی است) و توانایی‌های او در کنترل خود (میزانی که وی جهت رفتار فعالیت‌های خود را تعیین می‌کند)، در ترکیب با احساسات او در مورد احترام به خود، نظام خود را تشکیل می‌دهد. ویلیام جیمز^۲ چنین مطرح کرده است که احترام به خود را می‌توان به‌عنوان رابطه میان خود واقعی و خود ایده‌آل

شخص در نظر گرفت. به میزانی که خود «واقعی» در دست یابی به معیارهای خود ایده‌آل شکست می‌خورد فرد احترام به خود ضعیفی را تجربه خواهد کرد. روانشناسان تحولی به بررسی نکاتی می‌پردازند که چگونگی پی بردن شخص به خود واقعی‌اش را توضیح می‌دهد و علت تفاوت بین خود پنداره افراد را بیان می‌کنند. گروهی از روانشناسان اجتماعی معتقدند که افراد بر اساس اینکه دیگران در مورد آن‌ها چه نظری دارند یا با آن‌ها چگونه رفتار می‌کنند در مورد خود اظهار نظر می‌کنند (به نقل از احدی و بنی جمالی، ۱۳۸۷). بسیاری از افراد، دوره‌ی نوجوانی را به‌عنوان دوره‌ای تعیین‌کننده در تحول خود پنداره در نظر می‌گیرند. در خلال این دوره، اغلب افراد هویتی از خود پیدا می‌کنند که تا بزرگسالی پایدار باقی می‌ماند. در دوران نوجوانی افراد می‌توانند به‌طور انتزاعی فکر کنند، امکانات فرضی را به تصور درآورند و در مورد افکار خود تعمق یا تفکر کنند. این توانایی‌ها امکان تحول سه جزء خودپنداره رشد یافته را فراهم می‌سازند که شامل شناسایی موارد زیر می‌شود: الف) تداوم خود در طول زمان، ب) وحدت خود در مقابل نقش‌ها و مقتضیات محیطی مختلف ج) متقابل بودن عقاید شخص با عقاید سایرین در مورد خود. اما توانایی‌های شناختی نویافته‌ی نوجوانان کمبودهای خاص خود را نیز به همراه دارد. نوجوانان کم‌سال اغلب در جریان جستجوی هویت خود، شیفته توانایی‌های شناختی جدید خود می‌شوند. در نتیجه ممکن است در مورد چگونگی نظر سایرین نسبت به خود بیش از حد حساس شوند. برای مثال، این‌طور فکر کنند که محور توجه دیگران هستند، درحالی‌که در واقع چنین نیست. ناهماهنگی کودکان به‌صورت تفاوت در میزان دستیابی به توانایی‌های مرتبط باهم، یا تأخیر در رشد در مقایسه با همسالان، می‌تواند منبع عمده‌ای برای مشکلات خود پنداره باشد (به نقل از احدی و جمهری، ۱۳۸۰). مطالعات موجود در این زمینه حاکی از آن است که خودپنداره (فروع الدین و صدر السادات، ۱۳۸۱؛ کاظمی زهرانی، کمالی و قربانی، ۱۳۹۳) و عزت نفس (یوبا، یاکوب، تالیب، عبدالله و مفرد، ۲۰۱۳؛ خواجه دالویی، زوار، علیدوست و پوراندی، ۲۰۱۳؛ اختر^۲، ۲۰۱۳؛ نصیری، بخشی پور رودسری و نصیری، ۲۰۱۴؛

آلوارز-آگوییره، آلونسو-کاستیلو و زانتی، ۲۰۱۴) از جمله عواملی هستند که در گرایش افراد به سوء مصرف مواد اثر دارند.

هیجان خواهی

هیجان خواهی به عنوان جستجوی هیجان‌ها و تجربه‌های متنوع، تازه، پیچیده و پرشور و میل به خطر کردن بدنی، اجتماعی، قانونی و مالی به خاطر خود این تجربه‌ها تعریف می‌شود. نوجوانی به عنوان یکی از مراحل پر چالش رشد که در واقع نقش پلی بین کودکی و بزرگسالی را بازی می‌کند موضوع مهمی مثل هیجان را پررنگ تر می‌کند. در این دوره علاوه بر رشد و تغییرات بدنی و ترشحات غدد داخلی که تا حدی موجبات تنش و هیجان را در نوجوان پدید می‌آورند، عوامل محیطی و اجتماعی، یکی از علل اصلی وجود هیجان‌ات در این دوره هستند. فرد زیاد هیجان خواه تحریک بیرونی دائمی مغز را ترجیح می‌دهد، از کارهای عادی خسته می‌شود و مرتباً در جستجوی راه‌هایی برای افزایش انگیزتگی از طریق تجربه‌های هیجان‌انگیز است. فرد کم هیجان خواه هجوم مداوم تحریک مغزی کمتری را ترجیح می‌دهد و کارهای عادی را نسبتاً خوب تحمل می‌کند (ریو، ۲۰۰۸؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۸). هیجان خواهی شامل فعالیت‌های خطرناک، شیوه غیرمنتظره زندگی و عدم پذیرش یکنواختی است. هیجان خواهی برای ربط دادن حوادث با یکدیگر ارائه می‌شود. یکی از دلایل مهم این مسئله از این حقیقت نشات می‌گیرد که این فعالیت تقویتی متقابل است، به این معنا که اگر پیامد یک رفتار پرخطر باعث اثر مثبت در فرد هیجان خواه شود تمایل خواهد داشت که آن را تکرار کند. افراد هیجان خواه افرادی هستند که دارای خصوصیات هم‌چون برونگرایی، خودمختاری، جسارت و ناهماهنگی هستند. هیجان خواهی در نتیجه سن تغییر می‌کند. افراد جوان تر بیشتر از افراد مسن به جستجوی حادثه، خطر و تجربیات جدید گرایش دارند (شولتز و شولتز، ۱۹۹۰؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۶). مطالعات موجود در این زمینه حاکی از آن است که هیجان خواهی از جمله عوامل اثرگذار

بر گرایش افراد به سمت اعتیاد است (پوکرل، ساسمان، سان، کنیازر و مساقاتو،^۱ ۲۰۱۰؛ اسکالز^۲ و همکاران، ۲۰۱۴؛ مساح و همکاران، ۲۰۱۶؛ نورباری و حسین^۳، ۲۰۱۵؛ فولادی، ۱۳۹۵؛ مساح، حسین ثابت، دوستیان، اعظمی و فرهودیان، ۲۰۱۴؛ یانویتزکی^۴، ۲۰۰۵؛ گالبریت، تود، کانر و برادلی^۵، ۲۰۱۵).

جرأت ورزی یا مهارت ابراز وجود

جرأت ورزی یکی از جنبه‌های ارتباط میان فردی است. در تعاریف اولیه از جرأت ورزی تقریباً تمام مهارت‌های تعاملی مطرح شده است. لازاروس^۶ ابراز وجود را دارای چهار مؤلفه می‌داند: رد تقاضاها، جلب محبت دیگران و مطرح کردن درخواست‌های خود، ابراز احساسات مثبت و منفی، شروع، ادامه و خاتمه دادن گفتگوها. لنج و جاکوبوسکی^۷ مهارت ابراز وجود را این گونه تعریف می‌کنند: «ابراز وجود شامل گرفتن حق خود و ابراز افکار، احساسات و اعتقادات خویش به نحوی مناسب، مستقیم و صادقانه است، به نحوی که حقوق دیگران را زیر پا نگذاریم». آلبرتی و امونز^۸ نیز ابراز وجود را این گونه تعریف می‌کنند «رفتاری که شخص را قادر می‌سازد به نفع خویش عمل کند، بدون هرگونه اضطرابی روی پاهای خودش بایستد، احساسات واقعی خود را صادقانه ابراز کند و بدون بی‌توجهی به حقوق دیگران حق خود را بگیرد. در هر دو تعریف بر رعایت و احترام به حقوق دیگران تأکید می‌شود و اینکه افراد باید بین گرفتن حقوق خود و پایمال کردن حقوق دیگران تفاوت قائل شوند (هارجی، دیکسون و ساندرز^۹، ترجمه بیگی و فیروزبخت، ۱۳۹۰). اشخاصی که قادر به ابراز وجود نیستند، درک دقیقی از رفتار دیگران ندارند مثلاً درخواست‌های نامعقول دیگران را درخواستی معقول می‌دانند. سایرین آن‌ها را اشخاصی سهل‌الوصول می‌دانند و گاهی کمک‌های آن‌ها به سوءاستفاده دیگران منجر می‌شود. ما نه تنها باید بین کمک کردن و مورد سوءاستفاده قرار گرفتن تمایز قائل شویم، بلکه باید برای

1. Pokhrel, Sussman, Sun, Kniazer & Masagatov
2. Scalse
3. Norbury & Husain
4. Yanovitzky

5. Galbraith, Todd, Conner & Bradley
6. Lazarus
7. Lange & Jakubowski
8. Alberti & Emmons
9. Hargie, Dickson & Sanders

جدا ساختن درخواست‌های معقول و نامعقول دیگران درک درستی از رفتار آن‌ها داشته باشیم. عواملی همچون جنسیت، موقعیت و زمینه‌ی فرهنگی در ابراز وجود مؤثرند. میزان جرأت و رزی با افزایش سن بالاتر می‌رود. یکی از مشکلات عمده که تأثیر بازدارنده بر کارآمدی و پویایی نوجوانان دارد و از شکل‌گیری سالم هویت و نیز شکوفایی استعدادها و قوای فکری و عاطفی آنان جلوگیری می‌کند، مشکل برقراری ارتباط اجتماعی و نداشتن مهارت‌های اجتماعی لازم است. آموزش رفتار مبتنی بر ابراز وجود، بر آن دلالت دارد که ما حق انجام چنین کاری را داریم. ادعای این حرف، مبین موضوع اخلاقی دیدگاه ما نسبت به آزادی و حرمتی است که برای خود و دیگران قائلیم. حق ابراز وجود، یکی از حقوق اساسی بشر است. به‌طور طبیعی حق با مسئولیت توأم است. ابراز وجود این فرصت را به فرد می‌دهد که با محیط اطراف و دیگران به‌طور متفاوت ارتباط برقرار کند (محمودی، ۱۳۹۰). مطالعات موجود در این زمینه حاکی از آن است که آموزش مهارت جرأت‌مندی در کاهش گرایش به اعتیاد مؤثر است (براتی و همکاران، ۱۳۹۰). ابراز وجود از جمله عواملی است که در آمادگی به اعتیاد نقش دارد و ارتباط منفی با اعتیاد دارد (سفری حاجت‌آقایی و همکاران، ۲۰۱۲؛ آلوارز-آگوییره و همکاران، ۲۰۱۴؛ حاجی حسنی، شفیق آبادی، پیرساقی و کیانی پور، ۱۳۹۱؛ صیادی، ۱۳۹۴؛ وجودی، عطارد و پورشریفی، ۱۳۹۲).

عوامل اجتماعی مصرف مواد مخدر

جامعه‌ی ایران تنوع قومی - فرهنگی زیادی دارد که در یک جغرافیای بسیار متنوع، گذار از شرایط سنتی به مدرن را تجربه می‌کند و با موضوع سلامت در ابعاد جسمانی - روانی و اجتماعی روبه‌رو است. در جریان توسعه‌ی یک جامعه در کنار انواع سرمایه مثل سرمایه طبیعی، انسانی و مادی سرمایه‌ی اجتماعی هم به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه مطرح هست. سرمایه اجتماعی حاصل مجموعه تعامل‌های روزمره بین اعضای یک جامعه است که با شکل‌گیری پیوندها و شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر اعتماد، مبادله‌ی متقابل و هنجارها حاصل می‌شود. فوکویاما^۱ وجود شاخص‌هایی از قبیل اعتماد و پیوندهای اجتماعی را دال بر وجود سرمایه‌ی اجتماعی و رواج شاخص‌های منفی اجتماعی از قبیل طلاق، اعتیاد،

فروپاشی بنیان خانواده‌ها را نشانه‌ای از فقدان سرمایه‌ی اجتماعی می‌داند. سرمایه اجتماعی از نگاه پاتنام آن دسته از ویژگی‌های زندگی اجتماعی، شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد است که مشارکت کنندگان را قادر می‌سازد تا به شیوه‌ای مؤثرتر اهداف مشترک خود را تعقیب کنند (وینتر^۱، ۲۰۰۰). از نظر محققان در مورد کاربرد خوش‌بینانه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی باید محتاط بود و بین دو گونه سرمایه اجتماعی باید تمایز قائل شد. نخست سرمایه اجتماعی درون‌گروهی است. این سرمایه به روابط مبتنی بر اعتماد و همکاری میان اعضای گروه اشاره دارد که سایر گروه‌ها برای اعضای آن غریبه محسوب می‌شوند. این گونه سرمایه اجتماعی می‌تواند به عنوان مانعی برای توسعه و رشد عمل کند، زیرا در خدمت منافع گروهی خاص قرار می‌گیرد و موجب ایجاد تبعیض میان اعضای جامعه می‌شود. روابط درون‌گروهی سرمایه اجتماعی می‌تواند به تقویت هویت‌های انحصاری کمک کند. گونه‌ی دوم «سرمایه اجتماعی بین‌گروهی» نام دارد. این سرمایه به اعتماد گروه‌های مختلف موجود در جامعه اشاره دارد و هر چه میزان آن بالاتر باشد امکان حصول توافق و حل اختلافات بیشتر می‌شود. روابط افقی از جمله انجمن‌های داوطلبانه، خانواده، همسایگان به شکل‌گیری سرمایه اجتماعی بین‌گروهی کمک کرده و روابط عمودی از جمله سلسله‌مراتب کاری، روابط قبیله‌ای و باندهای خیابانی به شکل‌گیری سرمایه اجتماعی درون‌گروهی کمک می‌کند (موسوی و شیانی، ۱۳۹۴). مطالعات موجود در این زمینه حاکی از آن است که سرمایه اجتماعی (حیدر نژاد، ۱۳۹۰؛ کریمی مزیدی، ۱۳۹۱؛ وین استانلیا^۲ و همکاران، ۲۰۰۸)، میزان مشارکت اجتماعی (حیدر نژاد، ۱۳۹۰؛ کریمی مزیدی، ۱۳۹۱؛ سفری حاجت آقایی و همکاران، ۲۰۱۲؛ ناصری پلنگرد، محمدی، دوله و ناصری، ۱۳۹۲)، اعتماد اجتماعی و شبکه روابط اجتماعی (حیدر نژاد، ۱۳۹۰؛ کریمی مزیدی، ۱۳۹۱)، یکپارچگی اجتماعی (انگلز، نب و دروپ^۳، ۱۹۹۹؛ سفری حاجت آقایی و همکاران، ۲۰۱۲) و پذیرش اجتماعی (لاچمن و ویلند^۴، ۱۹۹۴) در گرایش افراد به اعتیاد مؤثر هستند.

1. Winter
2. Winstanleya

3. Engels, Knibbe & Drop
4. Lochman, & Wayland

سلامت اجتماعی

اهمیت و جایگاه سلامت، با توجه به افزایش هزینه‌ها، تنوع بیماری‌های جدید و ناشناخته، مشکلات زندگی شهرنشینی برای مردم دنیا و برنامه‌ریزان اقتصادی و اجتماعی و سیاست‌گذاران به‌خوبی نمایان است. در واقع در کنار سلامت به معنای پزشکی آن، جامعه نیازمند سلامت اجتماعی به‌عنوان سازوکار ارتباطی است. به عبارت دیگر، سلامت اجتماعی شامل ویژگی‌هایی هم چون مشارکت، همبستگی، خود شکوفایی و انسجام است که باعث می‌شود مردم و نظام سلامت به یکدیگر پیوند داده شوند (موسوی و شیانی، ۱۳۹۴). در سلامت اجتماعی سه رویکرد مهم وجود دارد. رویکرد اول رویکردی است که سلامت اجتماعی را در معنا و مفهوم سلامت عمومی به کار می‌برد. این رویکرد سلامت اجتماعی را شاخصی می‌داند که توصیف‌گر عمومی وضع جامعه است. در این رویکرد به شاخص‌هایی همچون بیمه‌های سلامت، میزان بودجه، شیوع خشونت و جرم، مصرف مواد مخدر، تعداد زندانی‌ها، تعداد افراد بی‌خانمان و سرانه‌های آموزشی و بهداشتی توجه می‌شود (ایچبرگ^۱، ۲۰۰۵؛ به نقل از موسوی و شیانی، ۱۳۹۴). رویکرد دوم سلامت اجتماعی ناظر به رفتارهای سلامت شهروندان است که کنشی جمعی تلقی می‌شود و بر جامعه اثرگذار است. رفتارهای سلامت شامل عادت‌های غذایی، ورزش و تحرک، عدم مصرف سیگار و الکل است (رایان^۲، ۲۰۱۰؛ به نقل از موسوی و شیانی، ۱۳۹۴). رویکرد سوم بیانگر کیفیاتی ذهنی و روان‌شناختی است که ظرفیت‌های ایجاد تعامل سالم و سازنده را برای فرد ایجاد می‌کند. در این رویکرد می‌توان به نظریه‌ی سلامت اجتماعی کیز^۳ اشاره کرد (موسوی و شیانی، ۱۳۹۴).

نظریه سلامت اجتماعی کیز

کیز (۲۰۰۶) سلامت را با رویکرد جامعه‌محورانه تعریف می‌کند. از نظر او سلامت اجتماعی دربرگیرنده ارزیابی فرد از محیط و کارکرد خود او در جامعه است. سلامت اجتماعی کیز دارای ابعادی هم چون مشارکت اجتماعی^۴، پذیرش اجتماعی^۵، یکپارچگی اجتماعی^۶،

1. Ichberg
2. Rayan
3. Keyes

4. social contribution
5. social acceptance
6. social integration

شکوفایی اجتماعی^۱ و پیوستگی اجتماعی^۲ است. از نظر کییز گرچه این پنج مؤلفه بیانگر ارزیابی های فردی است اما با محیط اجتماعی پیوندی ناگسستی دارد. شاخص های کییز را می توان بعد سرمایه ی روان شناختی سرمایه ی اجتماعی دانست. در نظریه کییز فرد از نظر اجتماعی سالم زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه ی معنادار و قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند، احساس کند متعلق به گروه های اجتماعی است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم ببیند. سلامت اجتماعی به نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی گفته می شود که در صورت تحقق آن شهروندان انگیزه و روحیه ای شاد خواهند داشت و در نهایت، جامعه شاداب و سلامت خواهد بود. در واقع، زندگی سالم محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب های فردی از یک سو و محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه کننده ی افراد از سوی دیگر است (لارسون^۳، ۱۹۹۳). از نظر لارسون سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه های اجتماعی است و در واقع، شامل پاسخ های درونی فرد نسبت به محرک ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا نارضایتی او از زندگی و محیط اجتماعی است. حضور مردم در فرایند تصمیم گیری، طراحی و اجرای پروژه های سلامت نیازمند ارتقای سطح سرمایه ی اجتماعی آن هاست زیرا اگر مشارکت مردمی، به عنوان پایه ی اساسی اجرای طرح های سلامت، دچار اختلال شود، نظام سلامت به هیچ عنوان در پیشبرد اهداف خود موفق نخواهد شد. در واقع در کنار سلامت به معنای پزشکی آن، جامعه نیازمند سلامت اجتماعی به عنوان سازوکار ارتباطی است؛ به عبارت دیگر، سلامت اجتماعی شامل ویژگی هایی هم چون مشارکت، همبستگی، خود شکوفایی و انسجام است که باعث می شود مردم و نظام سلامت به یکدیگر پیوند بخورند (موسوی و شیانی، ۱۳۹۴).

هم وابستگی

اگرچه کمتر از ۳۰ سال است که از پیدایش این مفهوم می گذرد اما جنبش هم وابستگی در طول چند دهه گذشته در برخی کشورهای غربی و به تازگی در ایران هم در حال رشد و

1. social actualization
2. social coherence

3. Larson

گسترش است. پویایی شناسی اعضای خانواده و اطرافیان افراد الکلی و سایر افراد وابسته به مواد و افراد دچار اختلال باعث ظهور مفاهیم هم‌وابستگی و بالغ‌های رشدنیافته خانواده‌های مختل شد. برای اهداف کاربردی در درمان و بهبودی، وضعیت بالغ‌های رشدنیافته و هم‌وابستگی را می‌توان موضوعی واحد دانست و هر دو را به‌سادگی یک وضعیت بشری نامید. پس‌ازآنکه جانسون^۱ در سال ۱۹۷۳ اصطلاح هم‌الکلی^۲ را توصیف کرد، در دهه ۱۹۸۰ با عنوان هم‌وابستگی شروع به گسترش و تشریح بیشتر این وضعیت کردند. اصطلاح هم‌الکلی در ابتدا به زندگی کردن یا بودن در کنار یک الکلی فعال یا معتاد دیگر مربوط بود. پس‌ازآن معلوم شد که این حالت به زندگی کردن یا بودن در کنار هر فرد یا افرادی که به‌نوعی اختلال دارند، می‌تواند مربوط باشد. این وضعیت در اصل از بزرگ شدن در یک خانواده یا جامعه مشکل‌دار، ناسالم یا مختل ریشه می‌گیرد. مطالعات نشان می‌دهد که هم‌وابستگی مسئله‌ای چندبعدی است و عوامل مختلف شخصیتی، فرهنگی، اجتماعی و محیطی در آن نقش دارند (ریوم و وارد^۳، ۲۰۰۷). مطالعاتی که در زمینه ارتباط هم‌وابستگی با اعتیاد انجام شده نیز حاکی از ارتباط این دو متغیر است (ویگمن^۴، ۲۰۰۶؛ پارکر، فانولک و لوبلو^۵، ۲۰۰۳). هم‌وابستگی می‌تواند به عنوان یکی از عوامل مقاومت در برابر ترک اعتیاد و بهبود در نظر گرفته شود (اشرف، ۱۳۸۹).

۱۴۱

سال ۳، شماره ۱۱، پاییز ۱۳۹۵
Vol. 3, No. 11, Autumn 2016

تعریف هم‌وابستگی

مجمع ملی هم‌وابستگی، هم‌وابستگی را رفتاری اکتسابی تعریف کرده است که به‌صورت وابستگی به افراد یا اشیاء خارج از خود بروز می‌کند. این وابستگی شامل غفلت از خود^۶ و کاهش هویت فردی^۷ است. خود کاذبی در فرد شکل می‌گیرد که به‌صورت عادات و سواسی اجباری، اعتیاد و اختلالات دیگر که موجب بیگانگی فرد با هویتش شده و احساس شرمندگی را پرورش می‌دهد، بروز می‌کند. پس‌ازآن محققان در بررسی‌ها سه مؤلفه اصلی آن را؛ انکار (اختلال فکری)، سرکوبی هیجانی (اختلال احساسی) و سواس عملی (اختلال

1. Johnson
2. co- alcoholism
3. Reyome, & Ward
4. Wegmann

5. Parker, Faulk & Lobello
6. self-neglect
7. diminishing identity

رفتاری) توأم با دو نشانه فرعی عزت نفس پایین و مشکلات پزشکی معرفی کردند (ویسچیدر- کراس و کراس، ۱۹۹۰). نتایج مثقالی (۱۳۹۳) نشان داد که هم وابستگی یک وضعیت چند بعدی (جسمی، ذهنی، عاطفی و معنوی) است که با هرگونه رنج و اختلالی ابراز می شود و همراه یا ناشی از تمرکز فرد بر روی نیازها و رفتارهای دیگران است. مفهوم هم وابستگی ظاهراً یکی از کاربردی ترین راهگشاها برای کمک به کسانی بوده است که در حال بهبودی از بسیاری اختلالات مختلف هستند. هم وابستگی، شایع ترین نوع اعتیاد است و جلوه های آن عبارتند از: ۱- نجات دهندگان و کار راه اندازها، ۲- مردم راضی کن ۳- افزون طلبان، ۴- بی کفایت ها، ۵- کمال گرایان، ۶- قربانیان، ۷- فدائیان، ۸- معتادان ۹- افراد وسواسی، ۱۰- افراد بزرگ منش، ۱۱- خودخواهان یا خود شیفته ها، ۱۲- زورگوها یا قلدرها، ۱۳- سوء استفاده گران، ۱۴- کودکان از دست رفته یا گم شده و ۱۵- آدم های شوخ. هم وابستگی قابل درمان است (مثقالی، ۱۳۹۳). هم وابستگی یک الگوی هیجانی، روان شناختی و رفتاری مقابله ای است که نتیجه تماس طولانی مدت فرد با مجموعه ای از مقررات طاقت فرسا است و از به کار بستن آن ها ناشی می شود. مقرراتی که از اظهار و بیان آشکار احساسات و گفتگوی مستقیم درباره مشکلات شخصی و بین شخصی جلوگیری می کند (سابی، ۱۹۸۷). هم وابستگی بر اساس موارد زیر شکل می گیرد: نیاز به اداره و کنترل امور به منظور مقابله با پیامدهای نامطلوب شدید، غفلت از نیازهای خود، تحریف حدود مرزهای پیرامون صمیمیت و جدایی، گرفتار شدن با افراد مشخصی که مبتلا به اختلال هستند و تجلی های دیگری از قبیل افکار، احساسات انباشته شده، افسردگی و بیماری های پزشکی مرتبط با استرس و فشار (سرماک، ۱۹۸۶). هم وابستگی اشتغال ذهنی حاصل فشارهای روانی است و منجر به رفتارهای ناسازگار می شود. در هم وابستگی فرد در زمینه های زیر مشکل دارد: میزان عزت نفس پایین، تعیین مرزهای عملکردی، پذیرفتن واقعیت خود و ابراز آن، برآوردن نیازها و خواسته های خود، تجربه کردن و ابراز واقعیت خود به صورت متعادل. هم وابستگی آشفته گی هیجانی است که اغلب مخرب است و

مشخصه آن، جدایی و بیگانگی شدید نسبت به احساس‌های خود است (بیتی^۱، ۱۹۸۹). دیر، رابرتز و لانگ^۲ (۲۰۰۵) یازده تعریف برای هم‌وابستگی عنوان کردند و متوجه شدند که هسته اصلی ویژگی‌های هم‌وابستگی شامل تمرکز بیرونی، ایثار خود، کنترل دیگران و سرکوب احساسات است. هم‌وابستگی با رفتارهای درگیر شدن برای دیگران و مراقبت بیش از حد از دیگران برای حفظ احساس امنیت و نگه‌داشتن روابط تعریف می‌شود.

شکل‌گیری هم‌وابستگی

هم‌وابستگی، شایع‌ترین نوع اعتیاد است. اعتیاد به توجه و مشغولیت به "جا یا جاهای دیگر". این که فرد اعتقاد داشته باشد که چیزی بیرون از خود می‌تواند به او خوشبختی بدهد. این "دیگری"، چه افراد باشد چه مکان‌ها، اشیاء، رفتارها یا تجربه‌ها، فرد به این دلیل از خودش غافل می‌شود تا با تمرکزی که بر خارج از خود دارد، سودی ببرد. این سود و نفع بیشتر مربوط به کاهش احساس‌های درد است هرچند که هم‌زمان می‌تواند مربوط به افزایش موقت در احساس لذت هم باشد، اما این تغییر خلق و خو و احساس، اساساً مبتنی بر فرد دیگری است نه بر خواسته‌ها و نیازهای سالم خود. هم‌وابستگی از تلاش فرد برای اینکه از خود واقعی کودک درون در برابر نیروهای ظاهراً شکست‌ناپذیر محافظت کند، سرچشمه می‌گیرد. هم‌وابستگی از طریق الگو و نظام خانواده‌ای آموخته می‌شود که وابستگی در رابطه بین فردی، عدم استقلال فردی و تحریف واقعیت در آن خانواده جریان دارد (ویب^۳، ۲۰۰۹). از منظر دیدگاه سیستمی در خانواده، علت پیدایش هم‌وابستگی عدم تمایز بین احساسات و عواطف در محیط خانواده است که نتیجه آن تمرکز بیرونی، مراقبت بیش از حد از دیگران و پدید آمدن رفتارهای اجباری و وسواسی در فرد هست (پرست، بنسون و پروتسکی^۴، ۱۹۹۳). در تحقیق چانگ^۵ (۲۰۱۰)، علت پیدایش هم‌وابستگی، محیط خانوادگی استرس‌زا و ناکارآمد توصیف شده است که منجر به سطوح پایینی از تمایز یافتگی و سطوح بالایی از سبک‌های وابستگی برای مقابله با اضطراب می‌شود. تحقیقات نشان داده

1. Beattie
2. Dear, Roberts & Lange
3. Webb

4. Prest & Benson, Protinsky
5. Chang

است که ساختار ایجاد هم‌وابستگی با یک رویداد استرس‌زا در خانواده از جمله آزار و اذیت جسمی و جنسی و یا آزار عاطفی، غفلت توسط والدین و یا قرار گرفتن در معرض یک رویداد بسیار آسیب‌زا مرتبط است (لاگهد، ۱۹۹۱). نتایج اشرف (۱۳۸۸) نشان داد که همبستگی مثبت و معناداری میان دو متغیر اعتیاد والدین و زندگی مشترک با فرد معتاد وجود دارد.

ویژگی‌های هم‌وابستگی

هم‌وابستگی ویژگی‌های متعددی دارد که عبارتند از: ۱- آموختنی و اکتسابی است. ۲- مربوط به دوران رشد است. ۳- متمرکز بر دنیای خارج از خود است. ۴- گم‌گشتگی خود است. ۵- مرزها و حریم‌های شخصی تحریف شده دارد. ۶- اختلال در احساسات است و به شکل احساس پوچی، کمبود اعتماد به نفس، شرم، ترس، خشم، گیجی و کرختی آشکار می‌شود. ۷- باعث ایجاد مشکلاتی در رابطه با "خود" فرد و دیگران می‌شود. ۸- هم‌وابستگی مزمن است. ۹- پیش‌رونده است ۱۰- آزاردهنده است. ۱۱- قابل درمان است (وایتفیلد، ۱۹۹۱؛ ترجمه معصومیان شرقی، ۱۳۸۱). سایر ویژگی‌های فرد هم وابسته عبارت است از: ۱- سرپرستی، ۲- خودکم‌بینی، ۳- سرکوبی، ۴- وسواس، ۵- کنترل کردن دیگران، ۶- انکار، ۷- هم‌وابستگی، ۸- ارتباط سست، ۹- حدود مرزهای متزلزل، ۱۰- بی‌اعتمادی، ۱۱- خشم و ۱۲- مشکلات جنسی^۸ (وایتفیلد، ۱۹۹۱؛ ترجمه معصومیان شرقی، ۱۳۸۱).

هم‌وابستگی و جنسیت

مدل هم‌وابستگی یکی از رایج‌ترین چارچوب‌های نظری برای خدمات خانواده‌هایی با مصرف الکل یا سایر مواد مخدر است. این مدل در اواخر ۱۹۷۰ در ایالات متحده آمریکا ظاهر شد و در طی ۱۹۸۰ محبوبیت یافت. یک ادعای پایه‌ای در ادبیات هم‌وابستگی این است که همه اعضای خانواده‌ای که یک عضو آن الکل یا مصرف ماده‌ی دیگری دارد

1. Loughhead
2. caretaking
3. low self-worth
4. repression

5. obsessive compulsive
6. poor communication
7. weak boundaries
8. sex problems

علائم و نشانه‌های هم‌وابستگی را نشان می‌دهند (وایتفیلد، ۱۹۹۱؛ ترجمه معصومیان شرقی، ۱۳۸۱). این ادعا بر مبنای یک داده‌ی تجربی نیست و صحت آن برای آزمودن مشکل است. علیرغم فقدان یک تعریف قابل‌پذیرش، دیدگاه‌های متعددی در مورد هم‌وابستگی وجود دارد. یکی از موضوعات مشترک در بین تعاریف متعدد هم‌وابستگی تمرکز بر روی دیگران و گرایش به اولویت دادن نیازهای دیگران به نیازهای خود و درگیر شدن در رفتارهای بین فردی مثل سرپرستی و رها کردن افراد از مشکلاتی است که ناشی از بی‌مسئولیتی آن‌هاست. هندز و دیر^۱ (۱۹۹۴) مطرح کردند که بسیاری از ویژگی‌هایی که مفهوم هم‌وابستگی را تعریف می‌کنند با انتظارات سنتی از نقش‌های مراقبتی و پرورش زنان که مستلزم فداکاری، ایثار و مصالحه است ارتباط دارد. مشاهدات مشابهی چالش جدی را بین مفهوم هم‌وابستگی و دیدگاه فمینیست‌ها به وجود آورد. این افراد استدلال می‌کردند که ساختارهای اجتماعی و تحولی در حین پرورش ویژگی‌های مراقبت‌کنندگی و فداکاری در زنان، مردان را از چنین ویژگی‌هایی دور می‌سازند. فمینیست‌ها استدلال می‌کنند که سبک‌های شناختی رفتاری که به هم‌وابستگی برچسب زده می‌شوند بیشتر منطبق با کلیشه‌های جنسیتی زنانه است. آن‌ها اعتقاد دارند که اسناد چنین رفتارهایی به عنوان عدم کفایت شخصی عمدتاً در زنان لزوم تغییرات اجتماعی را از نظر دور می‌دارد. دو یافته‌ی کلیدی انتقادات فمینیست‌ها را حمایت می‌کند: ۱- زنان سطح بیشتری از هم‌وابستگی را نسبت به مردان ظاهر می‌کنند ۲- هم‌وابستگی با نقش‌های سنتی زنانه همبستگی بالایی دارد. کووان و واررن^۲ (۱۹۹۴) مطالعه‌ای را درباره ارتباط هم‌وابستگی و نقش‌های جنسیتی منتشر کردند. آن‌ها دریافتند که شواهد کمی از بیشتر بودن نمرات هم‌وابستگی در دانشجویان زن نسبت به دانشجویان مرد وجود دارد. نمرات زنان فقط در دو مقیاس از هشت مقیاس به‌طور معناداری بیشتر از مردان بود. مقیاس اول با توجه به تفاوت جنسیتی در اندازه‌ی عاطفه‌ی منفی و عزت‌نفس پایین بود. استدلال شد که هم‌وابستگی همراه با عزت‌نفس پایین است و با آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به اختلالات هیجانی همراه است. دومین مقیاس از تفاوت‌های جنسیتی در مورد مسئولیت‌پذیری نسبت به دیگران یافت شد که به‌طور معناداری در زنان بالاتر بود (کووان

و وارن (۱۹۹۴). دیر و روبرت^۱ (۲۰۰۲) در پژوهش خود نشان دادند که تمرکز بیرونی به عنوان یک موضوع هم‌وابستگی با نمره‌ی بالا در جنبه‌های منفی زنانگی و نمرات پایین در جنبه‌های مثبت مردانگی در ارتباط است. نمرات زنان در مقیاس تمرکز بیرونی به‌عنوان یک جنبه از هم‌وابستگی بالاتر از نمرات مردان بوده است. نتایج شریفی (۱۳۸۴) نشان داد که زنان با نقش‌های جنسیتی گوناگون از نظر میزان هم‌وابستگی متفاوتند. همچنین بیشترین تفاوت معنادار بین دو گروه زنان با نقش‌های جنسیتی زنانه و دو جنسیتی وجود دارد. نتایج پارسا فر و یزدخواستی (۱۳۹۳) نشان داد که نقش‌های جنسیتی مردانه تأثیرات معناداری در ارتقاء سطح سرسختی روان‌شناختی و تاب‌آوری دارد، در حالی که نقش‌های جنسیتی زنانه چنین تأثیراتی را ندارد. علاوه بر آن نتایج نشان‌دهنده تأثیر معکوس نقش‌های جنسیتی مردانه و تأثیر مستقیم نقش‌های جنسیتی زنانه روی هم‌وابستگی بود.

انتقادات به مفهوم هم‌وابستگی

رشد و گسترش این مفهوم با مخالفت‌هایی روبه‌رو بوده است. بسیاری از متخصصین بهداشت روان معتقدند که هم‌وابستگی رفتارهایی را تعریف می‌کند که با واژه وابستگی قابل بیان است. در مقابل برخی بر این باورند که واژه‌ی هم‌وابستگی از آغاز برای نشان دادن پدیده‌ای متفاوت از وابستگی شکل گرفته است (والن، هیلر، اسکرسون و روز، ۱۹۹۲). گروهی با مفهوم هم‌وابستگی از آن جهت مخالفند که مسئولیت اعتیاد مردان را بر دوش همسران آن‌ها قرار داده است. آن‌ها اعتقاد دارند که مفهوم هم‌وابستگی از طریق دیدگاه سنتی نسبت به مرد و زن و وابستگی رایج آن‌ها به نقش‌های اجتماعی شکل گرفته است. برخی بر این باورند که خلق مفهوم هم‌وابستگی به ضرر زنان بوده است و در آن به جای شخص مقصر، قربانی سرزنش می‌شود. به اعتقاد عده‌ای پیدایش و رشد این مفهوم ریشه در تمایلات و جو مرد سالارانه داشته و اساساً علیه زنان است. به همین دلیل برخی جایگاه مفهوم هم‌وابستگی را صرفاً در برنامه‌های خودیاری و درمانی دانسته و از موضع علمی آن را مردود می‌دانند (بل، ۱۹۹۵).

نتیجه‌گیری

بر اساس پژوهش‌های مطرح شده می‌توان نتیجه گرفت که عوامل متعدد روانی و اجتماعی و هم‌وابستگی به عنوان زیربنایی‌ترین رفتار اعتیادی در آمادگی برای اعتیاد به ویژه در نوجوانان نقش مهمی بازی می‌کند. در اصل، هم‌وابستگی برای توصیف وضعیت کسانی به کار می‌رفت که با یک فرد الکلی رابطه داشتند و تصور می‌کردند که می‌توانند فرد الکلی را نجات دهند. امروزه معنی هم‌وابستگی گسترش یافته است و همه کسانی را که ممکن است به علت زندگی در خانواده‌ای از هم پاشیده یا سوءاستفاده کننده دچار این عارضه شوند، در بر می‌گیرد. مهم‌ترین مشکلاتی که ممکن است باعث شود تا یک فرد به هم‌وابستگی دچار شود عواملی چون محروم بودن از عشق و توجه در سال‌های شکل‌گیری شخصیت، طرد شدن توسط والدین یا مراقبین، اعتیاد یکی از اعضای خانواده به مواد مخدر، یا وجود سوءاستفاده جسمی و روانی یا آزار جنسی است. در کنار اهمیت عوامل روانی و سلامت اجتماعی که نقش مهمی در آمادگی به اعتیاد دارند آنچه به عنوان هم‌وابستگی در سال‌های اولیه در خانواده شکل می‌گیرد در بستر انومی اجتماعی و زمینه‌ی ویژگی‌هایی روانی همچون هیجان خواهی رشد می‌کند و خطر درگیر شدن به مصرف مواد را به شدت افزایش می‌دهد. پیشنهاد می‌شود با توجه به اینکه مفیدترین و ثمربخش‌ترین نهاد اجتماعی برای دورنگهداشتن جوانان از اعتیاد، خانواده است، نسبت به آموزش خانواده‌ها اقدامات لازم را به عمل آید. آموزش مهارت‌های اجتماعی توسط خانواده‌ها و نهادهای علمی و آموزشی، میزان مصرف مواد مخدر و بد رفتاری‌های وابسته به آن مانند پرخاشگری، انزوا، فرار از مدرسه و خانه و سرقت را کاهش می‌دهد. برخی از این مهارت‌ها شامل مهارت‌های ارتباطی و شیوه صحیح ارتباط با دیگران، توانایی بیان نظر صحیح خود به دیگران و توانایی و جسارت "نه گفتن" به تقاضاهای غیر معمول است. آموزش شیوه‌های صحیح فرزند پروری و مهارت‌های مراقبت از خود و آگاهی از حقوق فردی می‌تواند مانع از شکل‌گیری رفتارهای اعتیادی به ویژه هم‌وابستگی گردد.

منابع

- احدی، حسن و بنی جمالی، شکوه السادات (۱۳۸۷). *روان شناسی رشد*. تهران: انتشارات جیحون.
- احدی، حسن و جمهری، فرهاد (۱۳۸۰). *روانشناسی رشد (۲): نوجوانی، جوانی، میانسالی، پیری*. تهران: انتشارات پردیس.
- اشرف، محمدحسن (۱۳۸۸). *ارائه مدل هم وابستگی براساس ویژگی های همسران افراد معتاد*. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبایی.
- اشرف سید محمد حسن (۱۳۸۹). *هم وابستگی و روسازی آزمون هم وابستگی اسپن-فیشر در زنان شهر مشهد*. *اعتیاد پژوهی*، ۴ (۱۵)، ۶۲-۴۹.
- امینی، کوروش؛ امینی، داریوش، افشار مقدم، فاطمه و آذر، ماهیار (۱۳۸۲). *بررسی عوامل اجتماعی و محیطی مرتبط با بازگشت مجدد معتادان به مصرف مواد افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان*. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان*، ۱۱ (۴۵)، ۴۷-۴۱.
- باقری، معصومه؛ نبوی، عبدالحسین؛ مانتف، حسین؛ نقی پور، فاطمه (۱۳۸۹). *بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر پدیده های اعتیاد در شهر اهواز*. *جامعه شناسی کاربردی*، ۲۱ (۲)، ۱۳۶-۱۱۹.
- براتی، مجید؛ اله وردی پور، حمید؛ معینی، بابک؛ فرهادی نسب، عبدالله؛ محجوب، حسین و جلیلیان، فرزاد (۱۳۹۰). *اثربخشی آموزش مهارت جراتمندی در کاهش هنجارهای انتزاعی ترغیب کننده مصرف مواد مخدر در بین دانشجویان*. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان*، ۱۸ (۳)، ۴۹-۴۰.
- پارسا فر، سارا و یزدخواستی، فریبا (۱۳۹۳). *بررسی روابط علی بین نقش های جنسیتی، تاب آوری، سرسختی، درماندگی آموخته شده و هم وابستگی، در همسران افراد معتاد*. *مطالعات زنان*، ۱۲ (۴)، ۹۶-۹۲.
- حاجی حسنی، مهرداد؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ پیرساقی، فهیمه و کیانی پور، عمر (۱۳۹۱). *رابطه بین پرخاشگری، ابراز وجود و افسردگی با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان دختر دانشگاه علامه طباطبایی*. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۱۳ (۳)، ۷۴-۶۵.
- حیبی کلیر، رامین؛ فرید، ابوالفضل و غریبی، حسن (۱۳۹۳). *واکاوی پدیدارشناسانه علل گرایش به اعتیاد و عامل های زمینه ساز ترک آن از دید معتادان بهبود یافته*. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۱ (۲)، ۵۴-۴۱.

- حیدر نژاد، علی رضا (۱۳۹۱). مقایسه میزان سرمایه اجتماعی در جوانان معتاد جز غیر معتاد. فصلنامه اعتیاد پژوهشی سوء مصرف مواد، ۶(۲۴)، ۹۴-۸۵
- شریفی، شادی (۱۳۸۴). مقایسه میزان هم وابستگی در زنان با نقش های جنسیتی گوناگون (زنانه، مردانه، دوجنسی، نامتمایز). پژوهش زنان، ۳(۱)، ۶۷-۴۹
- شولتز، دوان و شولتز، سیدنی آلن (۱۳۸۶). نظریه های شخصیت. ترجمه یحیی سید محمدی، ۱۳۸۶. تهران: انتشارات ویرای. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۸).
- شهریاری، شیرین؛ دستجردی، رضا؛ حجت زاده، نسرین؛ کیخایی، راضیه و رضانی، عباسعلی (۱۳۹۲). نقش و کارکرد خانواده در گرایش دانشجویان به اعتیاد و سوء مصرف مواد. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زابل، ۵(۴)، ۶۷-۶۰.
- صیادی، حلیمه (۱۳۹۲). نقش میانجی گرانه راهبردهای مقابله ای و ابراز وجود در رابطه بین هیجان خواهی با گرایش به اعتیاد. پایان نامه کارشناسی ارشد. رشته روانشناسی عمومی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه فردوسی مشهد.
- فروع الدین، عدل اکبر و صدرالسادات، سیدجلال الدین (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین خودپنداره و گرایش به اعتیاد در جوانان. طب و ترکیه، ۴۶، ۷۴-۶۶.
- فولادی، اصغر (۱۳۹۵). بررسی علل اعتیاد در استان آذربایجان شرقی - شهر تبریز. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۳(۱۰)، ۷۴-۵۵.
- فیضی، حسین؛ ویسی رایگانی، علی اکبر؛ عبدی، علیرضا؛ شاکری، جلال و مردوفی، مهدی (۱۳۹۴). علل گرایش به مصرف مواد از دیدگاه مراجعه کنندگان به مراکز ترک اعتیاد استان کرمانشاه. پژوهش توان بخشی در پرستاری، ۲(۲)، ۵۶-۴۷.
- قربانی، ابراهیم؛ اکبری، کریم و آقازاده، رحیم (۱۳۹۳). بررسی تأثیر اعتیاد والدین در گرایش به اعتیاد و فرار از خانه فرزندان (مطالعه موردی: شهرستان ارومیه). فصلنامه مطالعات مبارزه با مواد مخدر، ۶(۲۳-۲۲)، ۴۸-۳۳.
- کاظمی زهرانی، حمید؛ کمالی، ایوب و قربانی، مریم (۱۳۹۳). الگوی پیش بینی کنندگی وابستگی به نیکوتین بر اساس شاخص های سلامت روانی و تصور از خود. ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۸(۹)، ۵۴۶-۵۳۹.

کریمی مزیدی، سجاد (۱۳۹۱). رابطه سرمایه اجتماعی و کج روی در بین دانش آموزان پسر ۱۵ تا ۱۸ ساله شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۰. فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۱۳(۵۰)، ۱۳۴-۱۱۱.

گرچی، یوسف و بکرانی، فریدون (۱۳۸۵). شیوع شناسی مصرف مواد و عوامل خطر و محافظت کننده در دانشجویان دانشگاه صنعتی اصفهان. تهران: دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم تحقیقات و فناوری.

ریو، جان مارشال (۱۳۸۸). انگیزش و هیجان. ترجمه: یحیی سید محمدی، تهران: نشر ویرایش (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۸)

مثقالی، شیوا (۱۳۹۳). تحلیلی بر اختلال هم وابستگی: رویکردها و پژوهش ها، فصلنامه چشم انداز امین در روانشناسی کاربردی، ۱(۱)، ۴۰-۳۱
محمدخانی، شهرام (۱۳۸۶). مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر: ارزیابی اثر مستقیم و غیر مستقیم عوامل فردی و اجتماعی. فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی، ۲(۱)، ۱۶-۵.

محمدی جلالی فراهانی، مجتبی؛ کریمی، حمیدرضا؛ رسولی، ندا؛ رسولی، مجید و فضلای، مهدی (۱۳۹۳). بررسی عوامل مؤثر در گرایش دانش آموزان دوره متوسطه به سوء مصرف مواد مخدر و راه های پیشگیری از آن. فصلنامه مطالعات مبارزه با مواد مخدر، ۶(۲۱-۲۰)، ۷۸-۶۳.
محمودی، حسین (۱۳۹۰). بررسی رابطه ویژگی های شخصیتی (هیجان خواهی، ابراز وجود، سرسختی روان شناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی یا آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر در مردان و زنان متأهل شهرستان اراک. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک.

موسوی، میرطاهر و شینانی، ملیحه (۱۳۹۴). سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی: مفاهیم و رویکردها. تهران: نشر آگاه.

مولوی، پرویز و رسول زاده، بهزاد (۱۳۸۳). بررسی عوامل مؤثر در گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۶(۲۲-۲۱)، ۵۵-۴۹.

میرزایی علویجه، مهدی؛ نصیرزاده، مصطفی؛ اسلامی، احمدعلی؛ شریفی راد، غلامرضا و حسن زاده، اکبر (۱۳۹۲). تأثیر عملکرد خانواده در وابستگی جوانان به مواد مخدر صنعتی. فصلنامه علمی- پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۱(۲)، ۳۰-۱۹.

میلانی فر، بهروز (۱۳۸۲). *بهداشت روانی*. تهران: نشر قومس.

ناصری پلنگرد، سهیلا؛ محمدی، فریبا؛ دوله، معصومه و ناصری، محبوبه (۱۳۹۲). عوامل مؤثر بر اعتیاد زنان. *زن و فرهنگ*، ۴(۱۶)، ۸۳-۹۴.

ایتفیلد، چارلز (۱۳۸۱). *هموابستگی: رهایی از وضعیت بشری*. ترجمه حسام‌الدین معصومیان شرقی، تهران: نشر فارابی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۱)

وجودی، بابک؛ عطارد، نسترن و پور شریفی، حمید (۱۳۹۳). مقایسه حساسیت بین فردی و ابراز وجود در افراد وابسته به مواد مخدر و عادی. *اعتیاد پژوهی*، ۸(۳۱)، ۱۰۹-۱۱۸.

هارجی، اون؛ ساندرز، کریستین و دیکسون، دیوید (۱۳۹۰). *مهارت‌های اجتماعی در ارتباطات میان فردی*. ترجمه خشایار بیگی و مهرداد فیروزبخت، تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۴)

- Akhter, A. (2013). Relationship between Substance Use and Self-Esteem. *International Journal of Scientific & Engineering Research*, 4(2), 1-7.
- Alvarez-Aguirre, A., Alonso-Castillo, M. M & Zanetti, A.C.G. (2014). Predictive factors of alcohol and tobacco use in adolescents. *Revista latino-americana de enfermagem*, 22(6), 1056-1062.
- Ardekani, E., Movahhed, V., Azimi ghadikolaei, M., Heydari, Z., Ardekani, E & Toozandehjani, H. (2015). A survey on the relationship between emotional family atmosphere and tendency to drug addiction among students. *Indian journal of fundamental and applied life sciences*, 5(2), 586-592.
- Bell, J. (1995). Codependency (letter). *Drug and Alcohol Review*, 14, 240-241.
- Botvin, G. J & Griffin, K.W. (2004). Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions. *Journal of Primary Prevention*, 25(2), 211-232.
- Botvin, G. J. & Kantor, L.W. (2000). Preventing Alcohol and Tobacco Use through Life Skills Training. *Alcohol Research & Health*, 24, 250° 257
- Briand, L. A & Blendy, J. A. (2010). Molecular and genetic substrates linking stress and addiction. *Brain research*, 1314, 219-234.
- Cermak, T. (1986). *Diagnosing and treating codependence*. Minneapolis, MN: Johnson Institute Books.
- Chang, S. H. (2010). *Codependency among college students in the United States and Taiwan: A cross cultural study*. Unpublished dissertation of PhD, Ohio University, Counselor Education (Education)
- Cowan, G & Warren, W. (1994). Codependency and Gender- stereotyped Traits. *Sex Roles*, 30, 631-645.

- Dear, G. E & Roberts, C. M (2002). The relationship between codependency and femininity and masculinity. *Sex Roles: A Journal of Research*, 46, 159-165.
- Dear, G.E., Roberts, C. M & Lange, L. (2005). Defining codependency: A thematic analysis of published definitions. In S. P. Shohov (Ed.). *Advances in psychology Research*, 34, 189-205.
- Engels, R.C., Knibbe, R. A & Drop, M. J. (1999). Why do late adolescents drink at home? A study on psychological well-being, social integration and drinking context. *Addiction Research*, 7(1), 31-46.
- Galbraith, T., & Conner, B. T. (2015). Religiosity as a moderator of the relation between sensation seeking and substance use for college-aged individuals. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(1), 168 -175.
- Hands, M & Dear, G. (1994). Co-dependency: a critical review. *Drug and Alcohol Review*, 13(4), 437-445.
- Hawkins, J. D., Catalano, R.F & Miller, J. U. (1992). Risk and protective factor for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Keyes, C. L. M. (2006). mental health in adolescents: is Americas youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 395-402.
- Khajehdaluae, M., Zavar, A., Alidoust, M & Pourandi, R. (2013). The relation of self-esteem and illegal drug usage in high school students. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(11), 1-7.
- Larson, J. (1993). The measurement of social well-being. *Social Indicators Research*, 28, 285-296.
- Lemstra, M., Neudorf, C., Nannapneni, U., Bennett, N., Scott, C & Kershaw, T. (2009). The role of economic and cultural status as risk indicators for alcohol and marijuana use among adolescents. *Paediatrics and Child Health*, 14(4), 225-30.
- Lochman, J.E & Wayland, K. K. (1994). Aggression, social acceptance, and race as predictors of negative adolescent outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(7), 1026-1035.
- Loughead, T. A. (1991). Additions as a process: Commonalties or codependence. *Contemporary Family Therapy*, 13, 455-470.
- Massah, O., Azkshosh, M., Azami, Y., Goodiny, A. A., Doostian, Y & Mousavi, S.H. (2016). Students Tendency toward Illicit Drug Use: The Role of Perceived Social Support and Family Function in Iran. *Iran Journal of Psychiatry and Behavior Sciences*, 11(1), 1-6.
- Massah, O., HoseinSabet, F., Doostian, Y., A'zami, Y & Farhoudian, A. (2014). The Role of Sensation-Seeking and Coping Strategies in Predicting Addiction Potential among Students. *Practice in Clinical Psychology*, 2(3), 173-180.

- Nasiry, F., Bakhshipour rodsari, A & Nasiry, S. (2014). Tendency to substance abuse on the basis of self-esteem and components of emotional intelligence. *Research on addiction quarterly journal of drug abuse*, 8(31), 103-111.
- Norbury, A & Husain, M. (2015). Sensation-seeking: Dopaminergic modulation and risk for psychopathology. *Behavioural brain research*, 288, 79-93.
- Parker, F., Faulk, D & LoBello, S. (2003). Assessing codependency and family pathology in nursing students. *Journal of Addictions Nursing*, 14, 85-90.
- Prest, L. A., Benson, M. J & Protinsky, H. O. (1998). Family of origin and current relationship influences on codependency. *Family process*, 37(4), 513-528.
- Reyome, N.D & Ward, K.S. (2007). Self-Reported History of Childhood Maltreatment and Codependency in Undergraduate Nursing Students. *Journal of Emotional Abuse*, 7(1), 37-50.
- Safari hajat aghaii, S.S. H., Kamaly, A & Esfahani, M. (2012). Meta-Analysis of Individual and Environmental Factors that Influence People s Addiction Tendencies. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 1(3), 92-99.
- Scalese, M., Curzio, O., Cutrupi, V., Bastiani, L., Gori, M., Denoth, F & Molinaro, S. (2014). Links between psychotropic substance use and sensation seeking in a prevalence study: The role of some features of parenting style in a large sample of adolescents. *Journal of addiction*, 2014, 1-14.
- Simons-Morton, B.G & Farhat, T. (2010). Recent findings on peer group influences on adolescent smoking. *The journal of primary prevention*, 31(4), 191-208.
- Subby, R. (1987). *Lost in the Shuffle: The Co-dependent Reality*. Pompano Beach, FL: Health Communications.
- Taheri, Z., Amiri, M., Hosseini, M.A., Mohsenpour, M & Davidson, P. M. (2016). Factors affecting tendency for drug abuse in people attending addiction treatment centres: a quantitative content analysis. *Journal of addiction research & therapy*, 7(2), 1-4.
- Trucco, E. M., Colder, C. R., Bowker, J. C & Wiczorek, W. F. (2011). Interpersonal goals and susceptibility to peer influence: Risk factors for intentions to initiate substance use during early adolescence. *The Journal of early adolescence*, 31(4), 526-547.
- Tucker, J. S., Green, H. D., Zhou, A. J., Miles, J. N., Shih, R. A & D Anico, E. J. (2011). Substance use among middle school students: Associations with self-rated and peer-nominated popularity. *Journal of adolescence*, 34(3), 513-519.

- Uba, I., Yaacob, S. N., Talib, M. A., Abdullah, R & Mofrad, S. (2013). The role of self-esteem in the diminution of substance abuse among adolescents. *International Review of Social Sciences and Humanities*, 5(2), 140-149.
- Vallen, E. A., Hiller, M. A., Scherson, T. Y & Rose, M. D. (1992). Separate domains of KAR1 mediate distinct functions in mitosis and nuclear fusion. *Journal of Cell Biology*, 117(6), 1277-1287.
- Webb, T. (2009). Codependency from a family system perspective. *The Prager International Collection on Addiction*, 3(8), 141-160.
- Weegmann, M. (2006). Love is the drug: Co-dependency° the bind that blinds. *Drugs and Alcohol Today*, 6(1), 34-38.
- Wegscheider-cruse, S. H & Cruse, J. (1990). *Understanding co-dependency*. Florida, U.S.A: Deerfield Beach.
- Whitesell, M., Bachand, A., Peel, J & Brown, M. (2013). Familial, social and individual factors contributing to risk for adolescent substance use. *Journal of addiction*, 1-10, ID 579310, Doi: 10.1155/2013/579310.
- Winstanley, E. L., Steinwachs, D. M., Ensminger, M. E., Latkin, C. A., Stitzer, M. L & Olsen, Y. (2008). The association of self-reported neighborhood disorganization and social capital with adolescent alcohol and drug use, dependence, and access to treatment. *Drug and alcohol dependence*, 92(1), 173-182.
- Winter, I. (2000). *Towards a theorised understanding of family life and social capital* (p. 21). Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- Yanovitzky, I. (2005). Sensation seeking and adolescent drug use: The mediating role of association with deviant peers and pro-drug discussions. *Health communication*, 17(1), 67-89.