فصلنامه ایده های نوین روانشناسی

دوره ۱۲، شماره ۱۶، بهار سال ۱۴۰۱

اعتیاد در نوجوانان: مروری بر نقش عملکرد خانواده

شقایق کیالها[۱]

چکیده

اعتیاد یکی از مشکلات پیش روی جامعه ی ما و مخصوصا قشر جوان و نوجوان است. جامعه ی ایران جامعه ی جوانی است، پس بایستی برای حل این معضل تلاش فراوانی انجام داد. عوامل زیادی در گرایش به اعتیاد نقش دارند. هدف این پژوهش مرور بر مبانی نظری و پیشینه پژوهش ها راجع به نقش عملکرد خانواده در اعتیاد نوجوانان است. مطالعه حاضر توصیفی (از نوع مروری) می‌باشد. روش مورد استفاده در این پژوهش مطالعه‌ای و کتابخانه‌ای بود. در این پژوهش به بررسی ادبیات و پیشینه مربوط به عملکرد خانواده و اعتیاد پرداخته شد. در این راستا علاوه بر بررسی منابع اطلاعاتی خارجی، منابع و پایگاه‌های اطلاعاتی داخل ایران نیز بررسی شد. مطالعات انجام شده بیانگر آن است که خانواده یکی از مهم ترین نقش ها در اعتیاد نوجوانان را یدک می کشد. با توجه به اینکه قسمت عمده شخصیت فرد در خانواده شکل می گیرد و اساس سازگاری فرد در جامعه، در خانواده ریخته می شود؛ هنگامی که خانواده نتواند عملکرد مطلوبی داشته باشد، این وظیفه خواه ناخواه بر عهده دیگر افراد یا گروه ها مانند گروه همسالان واگذار می شود. وضعیت نابسامان در خانواده های گسسته و بیمارگون یکی از مهم ترین عوامل ایجاد و گسترش اعتیاد در نوجوانان است.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد، نوجوانان، عملکرد خانواده

[۱] کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ورامین پیشوا، ورامین پیشوا، ایران(Shaghayegh_3363@yahoo.com)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

مقدمه

اعتیاد[1]یا وابستگی به مواد یکی از معضلات جامعه بزرگ جهانی و کشور ما محسوب می شود که در کمین بسیاری از افراد جامعه نشسته است و به صورت تمایلات تکانشی و غیر قابل کنترل برای بدست آوردن و سوء مصرف دارو تعریف شده است که فرد با وجود پیامدهای اجتماعی و بهداشتی عمیقا منفی ناشی از آن، به مصرف خود ادامه می دهد(محسنی، میرگل و میری، ۱۳۹۷). وابستگی به مواد از طرفی باعث تسکین و آرامش موقت و گاهی تحریک و نشاط گذار برای فرد می گردد و از طرف دیگر بعد از اتمام این اثرات سبب جستجوی فرد برای یافتن مجدد ماده و وابستگی مداوم به آن می شود(سادوک وسادوک، ۲۰۰۷؛ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).در این حالت فرد هم از لحاظ جسمی و هم از لحاظ روانی به ماده مخدر وابستگی پیدا می کند و مجبور است به تدریج مقدار ماده مصرفی را افزایش دهد و در این حین ممکن است به رفتار های خطرزا دست بزند وکمتر متوجه پیامد های رفتار خود باشد. اعتیاد را می توان یک مسمومیت مزمن دانست که هم برای خود شخص و هم برای خانواده و جامعه اش مضر است. اعتیاد از عوامل اصلی گسترش بیماری هایی چون ایدز و هپاتیت و نیز بد کاری و تغییرات ریخت شناسی در سیستم های نورونی تنظیم کننده ی حساسیت نسبت به پاداش و لذت می باشد (کلی[2]،ابری[3]،میلیگان[4]،برگمن[5]و هاپنر[6]،۲۰۱۸).

اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر به مثابه یک مسأله اجتماعی، پدیده‌ای است که همراه با آن توانایی جامعه در سازمان‌یابی و حفظ نظم موجود از بین می‌رود و باعث دگرگونی‌های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی در یک جامعه می‌شود. پدیده اعتیاد پیامدهای ناخوشایند بسیاری در پی دارد که می‌توان به چالش از هم‌پاشیدگی خانواده‌ها و طلاق، فرزندان بی‌سرپرست و آینده آنان، درگیرشدن نسل جوان در این مشکل و به هدر رفتن منابع مالی و اقتصادی کشور، پر شدن زندان‌ها و افزایش سایر انحرافات، اشاره نمود و بنا به میزان بالای آسیب‌رسانی اعتیاد پرداختن به موضوع مورد بحث اجتناب‌ناپذیر می‌باشد(دی گویسپی[7]و همکاران، ۲۰۱۸). چنانچه کالک[8]و ریچ[9]تأکید کرده‌اند برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد باید در سنین جوانی و دبیرستان به مرحله اجرا در آیند (کالک و ریچ، ۲۰۰۴). غافل ماندن از نوجوانان و جوانان و مسایل آنها خسارت‌های جبران ناپذیری برای جامعه دارد و به عکس شناخت ویژگی‌های آنان می‌تواند در نحوه برخورد با آنها، به والدین، مربیان و مسؤولان دست‌اندرکار تعلیم و تربیت کمک شایانی نماید. این شناخت نه تنها باعث درک عمیق‌تر نوجوانان می‌گردد بلکه زمینه‌هایی را فراهم می‌آورد تا در طرح و برنامه‌ریزی و به کار بردن امکانات آموزشی

[1] -adiction
[2]- Kelly
[3] -Abry
[4] -Milligan
[5] -Bergman
[6] -Hoeppner
[7] -DiGuiseppi
[8]-Kalke
[9]-Rasch

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

و تربیتی، به ویژگی‌ها و تفاوت‌های فردی آنان توجه گردد و در نهایت رفتار به هنجار از نابهنجار تشخیص داده شود و انتظاراتی مطابق سن، ویژگی‌ها و موقعیت آنان در نظر گرفته شود (هزارجریبی و دیگران ۱۳۸۹).

صرف نظر از اینکه یک جامعه به پدیده مصرف مواد به عنوان یک پدیده اخلاقی بنگرد یا اینکه آن را یک مسأله قانونی در نظر بگیرد، این پدیده مشکلات عدیده‌ای هم برای فرد مصرف کننده و هم برای کل جامعه به بار می‌آورد که منجر به بروز نگرانی در متخصصان اجتماعی و بهداشتی می‌شود. مشخص نمودن تأثیر مصرف مواد مخدر بر جامعه مشکل است. زیرا بسیاری از عوارض آن، دهها سال بعد ظاهر می‌شود. لیکن عواقب و خسارت‌های اقتصادی، بهداشتی، روانی، اجتماعی و خانوادگی اعتیاد بر کسی پوشیده نیست . اعتیاد یک پدیده مخرب اجتماعی است، زیرا اثرات نامطلوب و عواقب وخیم آن تنها دامن‌گیر شخص معتاد نمی‌شود، بلکه همه افرادی که به گونه‌ای با معتاد وابستگی و ارتباط نزدیک دارند، را در بر می‌گیرد؛ مخصوصاً اگر فرد معتاد مسئول اداره یک خانواده و در نقش همسر و یا پدر نیز باشد. مصرف مواد مخدر و به تدریج فروش آن، سرآغازی برای دیگر اشکال بزه‌کاری است، زیرا فرد معتاد ناگزیر است برای تهیه مواد مخدر دست به سرقت یا هر عمل غیرقانونی دیگری بزند (صدری دمیرچی و کیانی، ۱۳۹۷).

اعتیاد پدیده ای روانی – اجتماعی است که دلایل پدیدآیی آن در ویژگی های شخصیتی، عوامل بیولوژیکی، روابط خانوادگی، مناسبات اجتماعی و شرایط اقتصادی و فرهنگی فرد معتاد نهفته است (قربانی و محمدی نیکو، ۱۳۹۸). با توجه به آسیب های فراوانی که اعتیاد برای فرد به دنبال دارد، لذا شناسایی عوامل مرتبط با آن حائز اهمیت است. نتایج پژوهش های مختلف نشان می دهد که عوامل زیست شناختی، روان شناختی، اجتماعی و خانوادگی متعددی با سوء مصرف مواد در ارتباط است (ساویج[1] و همکاران، ۲۰۱۶). عوامل مؤثر در سوءمصرف مواد در نوجوانان در شش حوزه بررسی شده است که عبارتند از: عوامل فردی، خانوادگی، عوامل مرتبط با مدرسه، گروه همسالان، جامعه، نظام اجتماعی و فرهنگی. (طارمیان، ۱۳۷۸). از میان این عوامل، عامل خانواده در امر پیشگیری، از ویژگی خاصی برخوردار است زیرا خانواده اولین نقطه تجمع افراد است و راهنمایی‌ها و آموزش‌های اولیه پدران و مادران در درون خانواده می‌تواند تا حد زیادی از بروز نابسامانی‌های ناشی از اعتیاد جلوگیری کند. بنابراین به نظر می رسد یکی از مهمترین عوامل موثر بر گرایش به اعتیاد در نوجوانان، عملکرد خانواده است.

می‌توان گفت خانواده به عنوان اولین عامل حمایتی می‌تواند تأثیر چشمگیری بر مشکلات رفتاری، روانی و شخصیتی دوران بزرگسالی داشته باشد. چرا که از نظر هربرت[2] و گلدنبرگ[3](۲۰۱۲) خانواده جایگاه مهمی در رشد شخصیت افراد دارد و اغلب افراد دچار مشکلات مختلف شخصیتی و روانی که فاقد بهداشت و سلامت روانی هستند از خانواده های ناسالم برخاسته‌اند. از نظر سیلبورن[4] و همکاران (۲۰۰۶) جنبه مهم محیط خانواده، عملکرد خانواده[5]است که سلامت جسمانی، اجتماعی و هیجانی اعضا خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع آن چه درون خانواده اتفاق می‌افتد و چگونگی عملکرد

[1]- Savage
[2] -Herbert
[3] -Goldenberg
[7] -Silborn
[5] -family function

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

آن می‌تواند یک عامل کلیدی در ایجاد انعطاف پذیری و کاهش خطرات فعلی و آینده مرتبط با رویدادهای ناگوار و شرایط نامناسب باشد (قمری و خوشنام، ۱۳۹۰). والتون[1] و دیگران (۲۰۱۸) عملکرد خانواده را توانایی خانواده در هماهنگی یا انطباق با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، حل تعارض ها، همبستگی میان اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز میان افراد و اجرای مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل نظام خانواده تعریف کرده اند؛ که ۶ بعد را در بر می‌گیرد: ۱.حل مسئله، ۲.ارتباطات، ۳.نقش ها، ۴.واکنش های عاطفی، ۵.آمیزش(درگیری) عاطفی، ۶.کنترل رفتار. حل مسأله بیانگر توانایی خانواده در مسئله گشایی است، و نشان می‌دهد خانواده ها چگونه مشکلات را تفسیر و با آن چگونه برخورد می‌کنند (جیو و لیو[2] ۲۰۱۵). اپشتاین[3] و همکاران (۲۰۰۳) بر این باورند که ارتباط، عامل معتبری برای ارزیابی عملکرد خانواده است و توانایی خانواده سالم برای ارتباط فکری و احساس، بیشتر از خانواده های متوسط و یا دارای عملکرد بد است. نقش‌های خانوادگی شامل الگوهای تکراری رفتار و عملکرد اعضاء یا کل خانواده می‌باشد. ارزیابی خانواده از لحاظ ابعاد نقش شامل ارزیابی چگونگی عملکرد اعضاء خانوادگی می‌باشد که تکمیل کننده یکدیگر هستند (ایکاس[4] و همکاران، ۲۰۱۶). واکنش‌های عاطفی، عبارت است از توانایی پاسخ به مجموعه‌ای یا دامنه‌ای از محرک ها با کیفیت و فراوانی مناسب . آمیزش عاطفی مجموعه ای از فعالیت‌های اعضاء خانواده تعریف می‌شود که آن را در علائق، ارزش ها و دیگر فعالیت ها و اقدامات نشان می‌دهند و برای آن اهمیت قائل می‌شوند (کینتر، هرو، گلیک، ترجمه باباخانی و رسولی، ۱۳۹۵)؛ و کنترل رفتار به عنوان روشی از معیارهای خانواده تلقی کرد که برای مهار رفتار اعضا به کار می‌رود (کو[5] همکاران، ۲۰۱۶). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد بین عملکرد خانواده با سلامت روان (تن،[6] ۲۰۱۸) و تنظیم هیجان فرزندان (پروت[7] و همکاران، ۲۰۱۸) رابطه معناداری وجود دارد. در پژوهشی که کلادا، هاسکینگ[8] و ملوین[9] (۲۰۱۶) نقش عملکرد خانواده و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را در بهبودی و آسیب ناشی از خودکشی را بررسی کردند نتایج نشان داد که عملکرد ضعیف خانواده با آسیب ناشی از خودکشی همراه است. همچنین بهبود عملکرد خانواده و تنظیم شناختی هیجان با بهبود آسیب ناشی از خودکشی همراه است. یافته‌های به دست آمده از پژوهش گلچین و همکاران(۱۳۸۰) در پژوهشی که ارتباط عملکرد خانواده با برخی ویژگی‌های روانی نوجوانان را بررسی کرد به این نتیجه دست یافت که هر چه عملکرد خانواده مطلوب تر باشد، فرزندان از ویژگیهایی چون خودپنداره، مسئولیت پذیری، امید به آینده مطلوب‌تری برخوردارند.

بطور کلی صاحب نظران بر این باورند که جامعه سالم از خانواده‌های سالم تشکیل شده است و شرط سلامت خانواده، وجود روابط سالم و کارکرد صحیح این نهاد است. اما در قرون اخیر بروز و گسترش بسیاری از مشکلات فردی، اجتماعی و

[1] -Walton
[2] -Guo and Liu
[3] -Epstein
[4] -Ekas
[5] -Cao
[6] -Tan
[7] -Prout
[8] -Hasking
[9] - Melvin

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

دیگر آسیب‌ها و انحرافات را ناشی از اختلال در کارکرد نهاد خانواده می‌دانند و یکی از آنها که امروز گریبان‌گیر اکثر جوامع گردیده، اعتیاد است. (نوری، ۱۳۸۴).

مبانی نظری پژوهش

پدیده ی اعتیاد در جهان امروز باعث نابودی بسیاری از خانواده ها، به انحراف کشیدن نوجوانان ، شیوع و گسترش بیماری ها و ضررهای فراوان اقتصادی وحتی مرگ و میر گردیده است. در واقع اعتیاد به صورت یک مشکل فراگیر دامنگیر اجتماع انسانی شده است (صابری زفرقندی و خانی پور، ۱۳۹۷). سوءمصرف مواد و شیوع آن یکی از اصلی ترین دغدغه های دستگاه های بهداشتی و انتظامی هر جامعه به شمار می رود. سالانه هزینه های زیادی صرف درمان افراد معتاد می شود و هزاران نفر بر اثر سوءمصرف مواد جان خود را از دست می دهند (اونز[1] و همکاران، ۲۰۱۹).

بنابر تعریف علمی پذیرفته شده، اعتیاد عبارت است از وابستگی جسمی و روانی فرد به یک ماده دارویی مخدر یا محرک. امروزه در محافل دانشگاهی نیز به جای کلمه در اعتیاد «واژه وابستگی» را به کار می‌برند و «معتاد» را هم شخص «وابسته» می‌نامند (کلمبیا[2] ۲۰۱۲).

از نظر پزشکی، اعتیاد یا وابستگی، نوعی سندروم[3] یا نشانگان بالینی است که در پی مصرف مواد مخدر، در حالات رفتاری، شناختی و فیزیولوژیکی فرد مصرف کننده پدید می‌آید. میزان وابستگی کمی است و شدت و ضعف دارد، اما در هر حال اعتیاد رفتاری مرضی یا بیمار گونه است. پس، شخص معتاد یا وابسته در واقع بیمار است و رفتار جامعه با فرد معتاد می‌باید بر اساس این واقعیت علمی سامان یابد که معتادان را باید مداوا و معالجه کرد (انجمن روانپزشکی آمریکا[4] ۲۰۱۳). به تعریف دیگر، حالت مسمومیت متناوب و تدریجی است که مبتلایان آن ناچار هستند که هر چیز وقت مقداری بر مصرف روزانه خود بیافزایند تا اندازه‌ای که بدان معتاد یا با مواد مخدر خو گیرد. نیاز روانی و جسمانی مبرم به استعمال الکل یا داروی مخدر دیگر که اختیار مصرف و ترک آن از نیروی اراده شخص خارج شده باشد. شخص به ماده مخدر وابستگی روانی و بدنی و فیزیولوژیک پیدا نموده و کوشش در افزایش اندازه ماده مخدر دارد (دیگنهارت[5] و هال[6] ۲۰۱۲).

در حالت کلی طبق پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)[7] اختلالات مرتبط با مواد شامل ۱۰ طبقه‌ی مجزا از داروها می‌شود: الکل؛ کافئین؛ شاهدانگان؛ توهم‌زاها (با طبقه‌بندی مجزا برای فن سیکلیدین و سایر توهم‌زاها)؛ داروهای استنشاقی؛ مواد افیونی؛ مسکّن‌ها، داروهای خواب‌آور، ضد اضطراب‌ها؛ داروهای محرک (مواد از گونه‌ی آمفتامین، کوکائین و سایر داروهای محرک)؛ تنباکو؛ و سایر مواد (شناخته‌نشده). این ۱۰ طبقه کاملاً مجزا هستند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). طبق DSM-5 اختلالات مرتبط با مواد به دو گروه تقسیم شده‌اند: اختلالات مصرف مواد و

[1]-Owens
[2] -Columbia
[3] -Syndrome
[4] -American Psychiatry Association
[5] -Digenhardt
[6] -Hall
[7] -Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. fifth edition (DSM.5)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

اختلالات ناشی از مواد. ویژگی اصلی اختلال مصرف مواد مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان می‌دهند فرد با وجود مشکلات قابل ملاحظه‌ی مرتبط با مواد، مصرف مواد را ادامه می‌دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در مجموع، تشخیص اختلال مصرف مواد بر الگوی بیمارگون رفتارهای مرتبط با مصرف مواد استوار است. برای کمک به سازمان‌دهی، معیار ملاک‌های A را می‌توان متناسب با دسته‌بندی‌های کلی کنترل معیوب، اختلال اجتماعی، مصرف‌مخاطره‌آمیز و ملاک‌های دارویی در نظر گرفت. کنترل معیوب در مورد مصرف مواد، اولین دسته‌بندی ملاک‌هاست (ملاک ۱-۴). امکان دارد فرد ماده‌ای را با مقادیر بیشتر، طی مدت طولانی‌تر از آنچه در آغاز در نظر داشته است مصرف کند (ملاک ۱). امکان دارد فرد تمایل مداومی را به کاهش دادن یا تنظیم کردن مصرف مواد ابراز کند و بگوید تلاش‌های ناموفق متعددی را برای کاهش دادن یا قطع مصرف به خرج داده است (ملاک ۲). ممکن است فرد وقت زیادی را صرف به‌دست آوردن مواد، مصرف مواد یا بهبود یافتن از تأثیرات آن بکند (ملاک ۳). در برخی موارد اختلالات مصرف مواد شدیدتر، تقریباً تمام فعالیت‌های روزانه‌ی فرد بر محور مواد می‌چرخد (ملاک ۴).

اختلال اجتماعی دومین دسته‌بندی ملاک‌هاست (ملاک ۵-۷). مصرف مواد عودکننده ممکن است به ناتوانی در برآورده کردن تعهدات نقش عمده در محل کار، مدرسه یا خانه منجر شود (ملاک ۵). امکان دارد فرد با وجود داشتن مشکلات اجتماعی یا میان‌فردی مداوم یا مکرر که در اثر تأثیرات مواد ایجاد یا تشدید می‌شوند به مصرف مواد ادامه دهد (ملاک ۶). فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی یا تفریحی ممکن است به علت مصرف مواد رها شوند یا کاهش یابند (ملاک ۷). امکان دارد فرد از فعالیت‌های خانوادگی و سرگرمی‌ها به منظور مصرف مواد کناره‌گیری کند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). مصرف مخاطره‌آمیز مواد سومین دسته‌بندی ملاک‌هاست (ملاک ۸-۹). این ممکن است شکل مصرف مواد عودکننده در موقعیت‌هایی را به خود بگیرد که از لحاظ جسمانی خطرناک هستند (ملاک ۸). امکان دارد فرد با وجود آگاهی از اینکه مشکلات جسمانی یا روانی مداوم یا عودکننده‌ای دارد که احتمالاً ناشی از مواد هستند یا توسط مواد تشدید می‌شوند، به مصرف آن ادامه دهد (ملاک ۹). ملاک‌های دارویی آخرین دسته‌بندی هستند (ملاک ۱۰ و ۱۱). تحمل (ملاک ۱۰) با نیاز به افزایش قابل‌ملاحظه‌ی مقدار مواد برای دستیابی به تأثیر مطلوب یا کاهش چشمگیر تأثیر هنگامی که مقدار معمول مصرف شده است، مشخص می‌شود. اینکه تحمل تا چه اندازه‌ای ایجاد شود در بین افراد مختلف و در بین مواد گوناگون بسیار تفاوت دارد و ممکن است انواع تأثیرات دستگاه عصبی مرکزی را دربر داشته باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). ترک (ملاک ۱۱) نشانگانی است که زمانی روی می‌دهد که غلظت مواد در خون یا بافت در فردی که مصرف مواد زیاد و طولانی‌مدت داشته است، کاهش می‌یابد. فرد بعد از ایجاد نشانه‌های ترک، احتمالاً برای کاهش دادن نشانه‌ها، مواد را مصرف می‌کند. نشانه‌های ترک در بین طبقات مواد بسیار متفاوت هستند و برای این طبقات دارویی، مجموعه ملاک‌های جداگانه‌ای برای ترک ارائه شده‌اند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

گرایش به اعتیاد از دیدگاه رویکردهای مختلف

رویکرد روان تحلیلگری

اولین دیدگاه مطرح در روانشناسی که بر عوامل شخصیتی در وقوع وابستگی تاکید نمود، رویکرد روان تحلیل گری بوده است. بر اساس این رویکرد، اعتیاد به عنوان یک اختلال در ردیف سایر اختلالات تلقی می شود. شخصیت هر فرد از ساختار سه گانه نهاد، خود و فراخود و سطوح سه گانه هوشیاری (هشیاری، نیمه هوشیاری و ناهشیار) تشکیل شده است. هر انسانی از بدو تولد مراحل رشد روانی - جنسی معینی را تا دوران بلوغ سپری می نماید. چنانچه عبور از هر مرحله با موفقیت سپری نشود، فرد در آن مرحله تثبیت شده، در صورت مواجهه با عوامل فشارزا و ناکامی ها در بزرگسالی به رفتار مراحل قبلی رشد بازگشت می کند. مهم ترین نظریات مطرح در این بین، می توان به محرومیت دهانی یا تثبیت شدگی در مرحله رشد دهانی، رشد نایافتگی شخصیتی و ناتوانی در غلبه بر بحران های رشدی و کسب هویت، حالت دفاعی سرخوش آور، خودشیفتگی و معتادان و فراخود تنبیه گر، اشاره نمود. در دیدگاه های مربوط به یادگیری، در باب اعتیاد سه نظریه بر اساس شرطی سازی کلاسیک، شرطی سازی کنش گر و یادگیری اجتماعی وجود دارد (چاکراوارتی[1] شاه[2] و لطفی پور[3] ۲۰۱۳).

برای یک درمانگر پیرو روان تحلیل گری، اعتیاد نمود رفتاری یک عدم توازن روانی است که از ناکامی، محرومیت و رنج روانی نشأت می‌گیرد. این تعریف با آنچه کارن هورنای[4](۱۹۶۴) از زمره روان تحلیلگرانی است که سوءمصرف مواد را بعنوان انعکاسی از رنج روانی می‌نگرد. به زعم هورنای، افرادی که رو به سوء مصرف مواد می آورند، در تلاشند تا تجربه اضطراب خود را از طریق مصرف و سوءمصرف این مواد تخریب و تخدیر کنند (هنکل، ۲۰۱۱).

شواهدی وجود دارد که براساس آن پیشنهاد شده که افرادی که مواد مختلف مواد سوءمصرف قرار می‌دهند از ضربات روانی مهمی در زندگی خود رنج می برند. برآوردهای مربوط به زنان معتاد که یا مورد غفلت و بی توجهی قرار گرفته‌اند یا مورد سوءاستفاده جنسی واقع شده‌اند از ۴۰ تا ۷۰ درصد در نوسان است. شواهد بالینی نیز قویاً مطرح می‌سازد سوء استفاده جنسی یا بدنی توسط والدین و یا افراد با اهمیت دیگر می‌تواند موجب آسیب‌های روانی و هیجانی عمیق به کودکان شود. در زندگی بزرگسالی، این کودکان مورد آزار و اذیت واقع شده ممکن است به مصرف مواد و داروها برای مقابله با رنج روانی ناشی از سوءاستفاده جنسی، روانی، و هیجانی شدن بروند. بهرحال، وقتی که مردم بصورت یک عمل اجباری، صرفاً یکی از روش های گریختن از تجربه شرم را مورد استفاده قرار می‌دهند، آن ها به چنین نظام کنترلی به سادگی وابسته و معتاد می‌شوند. علاوه بر این، کنترل رنج روانی از طریق هرشکلی از رفتار اجباری صرفاً برای یک دوره زمانی کوتاه مؤثر واقع می‌شود. اگر چه رفتارهای

[1] -Chakravarthy
[2] -Shah
[3] -Lotfipour
[4] -Karen Horney

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

اجباری ممکن است بطور موقتی به ما کمک کند تا از احساسات یا مشکلات رنج آور اجتناب کنیم، ولی در واقع این رفتارها توان متوقف ساختن همیشگی مشکلات یا احساسات و هیجان های رنج آور را ندارند. سرانجام اینکه چنین افرادی با مشکل اینکه چگونه باید با این رنج هر باردوباره مقابله کند، مواجه می‌شود (قنواتی،۱۳۹۲).

رویکرد رفتارگرایی

در شرطی سازی کلاسیک یادگیری حاصل تداعی و پیوند میان محرک ها و پاسخ ها است. شرطی سازی کلاسیک، هنگامی که اثرات بدنی مواد با محرک های شرطی مانند نشانه های محیطی در اثر تکرار و مجاورت تداعی می شود به وقوع می پیوندند. بدین ترتیب فرد وابسته به مواد در حین مصرف مواد فرا می گیرد که اثرات بدنی مواد مخدر را با محیط اطراف تداعی کرده، به زودی نشانه های محیطی به عنوان محرک شرطی قادر است، تمایل و حالاتی را در بدن فرد به عنوان پاسخ های شرطی ایجاد نماید. در شرطی سازی کنشگر یادگیری حاصل پیامدهای منفی و مثبت رفتار قلمداد می شود. مصرف مواد مخدر بعد از انجام یک رفتار خاص، حکم تقویت کننده ای را به خود می گیرد که منجر به افزایش و تکرار آن رفتار می شود. همین طور رفتارها و اشیا مرتبط با مصرف مواد مخدر در اثر همراهی مکرر و با تقویت کننده اولیه (مواد مخدر) به تقویت کننده ثانویه تبدیل می شود (هنکل، ۲۰۱۱).

در یادگیری مشاهده ای بوسیله مشاهده دیگران و توجه به پیامدهایی که از انجام رفتار مشخصی عاید آنان می شود، به وقوع می پیوندد. طبق این دیدگاه، وابستگی به مواد مخدر، الگویی از رفتار اکتسابی است که غالبا از طریق الگوبرداری پدید آمده و بوسیله پیامدهای متنوع مربوط به مواد تقویت می شود. در دیدگاه شناختی بر نقش باورها و عقاید در اعتیاد تاکید می گردد. این دیدگاه بر در فرض اساسی استوار است. یکی، اساسی ترین دلیل فرد خصوصا نوجوان برای مصرف مواد مخدر، انتظارات و برداشت های او دربار مواد است. و دومی، سایر عوامل نظیر صفات شخصیتی نوجوانان یا ارتباط با همسالانی که ماده مخدر مصرف می نمایند، بر شناخت ها، ارزیابی ها و تصمیم گیری های نوجوانان درباره مواد مخدر تاثیر می گذارند. در این بین به عواملی هم چون نقش باورها و انتظارات، مهارت های تصمیم گیری و حل مسئله، شیوه های مقابله، منبع کنترل و کارآمدی شخصی می توان اشاره نمود (توماس[1] مک للان[2] و پررا[3] ۲۰۱۳).

رویکرد زیستی

مطالعات چندی به عوامل فیزیولوژیکی به ارث رسیده، در ارتباط با عملکرد نظام عصبی در ارتباط با آسیب پذیری فزاینده در برابر رشد سوء مصرف مواد و الکل اشاره نموده اند. اگر چه سهم نسبی این عوامل ارثی ویژه در افزایش خطر هنوز کاملاً مشخص نیست، ولی شاخص های عصبی و فیزیولوژیکی بالقوه ای در مورد این آسیب پذیری پیشنهاد شده که شامل تفاوت در تلوتلو خوردن بدنی، احساسات ذهنی مسمومیت و پاسخ فیزیولوژیکی فزاینده،

[1] -Thomas
[2] -McLellan
[3] -Perera

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

به اتانول یا مواد فعال دیگر در مواد مختلف می شود. عملکرد عصبی – فیزیولوژیکی نیز به عنوان یک عامل خطر مورد بررسی قرار گرفته است. جنبه هایی از عملکرد عصبی – فیزیولوژیک توارث پذیری هستند و چنین گفته می شود که نقایص شناختی معین، میان کودکان افراد الکلیک ممکن است در خطر ابتلا به الکلیسم و دیگر اختلال های سوء مصرف مواد نقش داشته باشد (هسلبروک[1] هسلبروک واپشتاین[2]،۱۹۹۹، به نقل از وزیریان،۱۳۹۰).

محققان چندی پی برده اند که احتمال نظام عصبی مرکزی نظیر عملکرد شناختی مختلف و اختلال الکتروفیزیولوژیکی در میان افراد تحت تاثیر اختلال های سوء مصرف مواد قرار می گیرد. اختلال عملکرد مغزی همراه با ناهنجاری های ساختاری نیز در میان افراد الکلیک مزمن گزارش شده است. حوزه های عملکرد شناختی مختل شامل حافظه، فراخنای توجه، مهارت های بینایی و فضایی، تفکر انتزاعی و استدلال کلامی است. بین علایم شدید وابستگی به الکل و عملکرد ضعیف شناختی در آزمون ها در میان افراد الکلیک، رابطه مستقیم را گزارش نموده اند. اختلالات الکتروآنتالوگرافیک و پتانسیل وابسته به رویداد در میان افراد الکلیک در مقایسه با افراد غیر الکلیک نیز گزارش شده است. مطالعات اخیر شواهدی بدست داده اند که بر مبنای آن بنظر می رسد که عوامل الکتروفیزیولوژیک که از طریق الکتروآنتالوگرافی و پتانسیل وابسته به رویداد اندازه گیری می شود، ممکن است در آسیب پذیری در برابر وابستگی به الکل و مواد، مستقل از مصرف مزمن مواد الکل سهم داشته باشند. علیرغم اینکه این یافته ها مشارکت احتمالی عوامل عصبی – فیزیولژیکی و الکتروفیزیولوژیک را در رشد وابستگی به الکل و مواد دیگری نشان می دهد، ولی رابطه میان اندازه گیری های الکتروفیزیولوژیکی و عصبی- فیزیولوژیکی در مورد علمکرد شناختی افراد، چندان روشن نیست (هارت[3] رادوا[4] ماتایکس[5] و روبیا[6] ۲۰۱۳).

رویکرد فرهنگی- اجتماعی

تصمیم به مصرف یا عدم مصرف یک یا بیش از یک ماده، در بافت و زمینه اجتماعی و فرهنگی که فرد در آن عضویت دارد بوقوع می پیوندد. در هر فرهنگ و اجتماعی دارای نگرشها و احساساتی است که نحوه برخورد با مواد تغییر دهنده هشیاری را تعیین می کند. این باورها و نگرش های اجتماعی و فرهنگی سپس چهارچوبی برای تصمیم گیری فرد برای مصرف مواد، و استانداردی که از آن طریق مصرف مواد مورد داوری و ارزیابی قرار می گیرد را تعیین می کند. قواعد اجتماعی و فرهنگی تعیین کننده سه عامل هستند:

۱) کدامیک از مواد یا داروها را بصورت مجاز و کدامیک را بصورت غیر مجاز می توان یا نمی توان مصرف کرد؛

۲) چه مقدار از مصرف توسط جامعه هر فرهنگ پذیرفته شده تلقی می شود؛

[1] -Hesselbrock
[2] -Epstein
[3] -Hart
[4] -Radua
[5] -Mataix
[6] -Rubia

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

۳) چه مجازاتها یا عواقبی را چنانچه این قواعد زیر پا گذاشته شود، می توان استفاده کرد (سعیدی، ۱۳۹۱).

گروه اجتماعی همچنین برای اعضاء خود همچنین اطلاعات لازم را درباره اثرات مواد گوناگون و اینکه چرا استفاده از مواد مطلوب یا نامطلوب است فراهم می کند. در مجموع برای هر فرد، عوامل اثر گذار اجتماعی و فرهنگی بعنوان تعیین کننده های با اهمیت الگوهای مصرف و سوء مصرف مواد، عمل می کنند. بنابراین به زعم محققان، زمانی که یک جامعه مفروض در نظر و قاعده بخشی به سبک مصرف مواد، زمانی که مواد را می توان مصرف کرد و یا مکانی که این مواد را می توان مصرف کرد با شکست مواجه می‌شود، سوء مصرف موارد اعتیاد به یک مشکل و مسئله تبدیل می شود. مشکل سوء مصرف و اعتیاد در بسیاری از جوامع کنونی محصولی ناتوانی جوامع در نظم بخشی و قاعده مند کردن مصرف مواد قابل قبول است و نه در ناتوانی آن در حفظ هر گونه مصرف مواد. فرهنگ های ایتالیایی و آمریکایی نمونه بارز نیروی قواعد اجتماعی به اداره و کنترل مصرف مواد است. در این فرهنگ، نوشیدن مجاز صرفاً به مراسم مذهبی یا میهمانی های خانوادگی محدود می شود. نوشیدن افراطی و فزاینده قویاً بازداری می شود، رفتار نوشیدن متناسب با قواعد در مراسم خانوادگی یا عبادی مراعات می شود. بنابراین اتفاقی نیست که در این گروه فرهنگی، نرخ ابتلا به الکلیسم نسبتاً پایین است. علیرغم اینکه این ادعا در برخی از فرهنگ ها و جوامع مصداق دارد ولی باید به یک نکته توجه جدی داشت که در هر فرهنگ قواعد و اصولی در مورد پذیرش یا عدم پذیرش مصرف مواد وجود دارد. در هر جامعه ای گروه های فرعی زیادی ممکن است وجود داشته باشند که استانداردهای اجتماعی و فرهنگی جامعه و والدین خود را تا حد نسبتاً محدودی می پذیرند. ولی در مجموع عناصر اجتماعی و فرهنگی از طریق مکانیسم های متعددی مصرف و سوء مصرف داروها و مواد را تحت تاثیر قرار می دهند (ایسنسی[1] و هینوینکل[2] ۲۰۱۲).

رویکرد شناختی و شناختی- اجتماعی

در شرایطی بسیاری از افراد مصرف و سؤمصرف مواد را فوراً لذت بخش و مطبوع نمی‌یابند. گاهی مواقع یک مصرف کننده باید آموزش لازم را در هنگام مصرف تفریحی و گاهگاهی کسب کند تا از آن طریق هم بتواند تأثیرات مواد را تشخیص دهد و هم بتواند این تأثیرات بعنوان لذت بخشی و مطبوع تفسیرکند. برای مثال، مصرف کننده‌ای که برای اولین بار ماری جوانا یا حشیش مصرف می‌کند، باید اغلب توسط همقطاران خود در مورد اینکه چگونه آن را مصرف کند و چگونه تأثیرات آن را بازشناسی نماید، آموزش ببیند. شاید حتی چنین افرادی نیاز داشته باشند که به آنها گفته شود چرا مسمومیت ناشی از ماری جوانا، این چنین مطبوع و لذت بخش است. فرایند مشابهی نیز از بعد اجتماعی و شناختی در مصرف کنندگان هروئین نیز دیده می‌شود. مصرف کنندگان هروئین مبتدی اغلب بوسیله مصرف کنندگان مجرب آموزش می‌بینند تا در انتظار چه تأثیراتی باشند و اینکه چرا این احساسات ناشی از هروئین، این چنین لذت بخش است. یک فرایند یادگیری شناختی و اجتماعی نیز درمورد

[1]- Isensee
[2] -Hanewinkel

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

الکل بوقوع می‌پیوندد. این تجربه‌ای کمیاب برای کسانی که اولین بار است اقدام به مصرف الکل می‌کنند نیست که در اثر شرکت در یک میهمانی شبانه، نوشیدن الکل او، آنچنان او را دچار ناخوشی می‌کند که دیگر هرگز دوباره به سراغ نوشیدن الکل نمی‌رود. با این حال مشروب خواران با تجربه تربه فرد مبتدی کمک می‌کنند تا چگونگی نوشیدن و چگونه لذت بردن از اثرات الکل را هم در بعد شناختی و هم در بعد اجتماعی فرا بگیرد. چنین بازخوردهایی اغلب جنبه غیررسمی دارد و از طریق منابع متعددی اعمال می‌شود: دوستان و رفیقان همراه، مقالات روزنامه ها، تبلیغات، برنامه های تلویزیونی، گفتگو با دوستان و همکاران و مشاهده دیگرانی که مشروب خواری می‌کنند، از عوامل اصلی این حوزه هستند. نتیجه این فرایند یادگیری شناختی ـ اجتماعی این است که مشروب خواران مبتدی فرا می‌گیرند چگونه مشروب بنوشند و چگونه از این تجربه لذت ببرند (هنکل، ۲۰۱۱).

عملکرد خانواده

مینوچین[1](۲۰۱۳، ترجمه ثنایی، ۱۳۹۳) خانواده را یک واحد اجتماعی که با یک رشته وظایف تکاملی روبه رو است تعریف می نماید. این وظایف در امتداد پارامترهای تفاوتهای فرهنگی تغییر می کند، اما ریشه های آن ها جهانی است. همچنین مینوچین خانواده را کانون شکل گیری هویت فرد می داند و آن را تکیه گاه هویت انسان می نامد. او معتقد است احساس هویت متکی بر دو رکن است، احساس تعلق و احساس مجزا بودن و خانواده را آزمایشگاهی می داند که این دو جزء در آن با هم مخلوط و نسخه پیچی می شود.

منظور از عملکرد خانواده یعنی توانایی خانواده در هماهنگی یا تطابق با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، حل تضادها و تعارضها، همبستگی بین اعضاء و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز بین افراد، اجرای مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل سیستم خانواده است (هیستاد[2]و اید[3]، ۲۰۱۶).

رویکردها و دیدگاه های تبیین عملکرد خانواده

بارنهیل (۱۹۷۹) خانواده های سالم را از خانواده های ناسالم بر اساس ابعاد هشتگانه زیر تمیز داده است. او این معیارها را در چهار گروه تحت عنوان " محورهای اساسی خانواده " به شرح زیر دسته بندی می کند.

الف) هویت

۱- فردیت در مقابل گروه

۲- تقابل در برابر انزوا

ب) تغییر

۳- انعطاف پذیری در مقابل خشکی و تحجر

۴- ثبات در مقابل عدم ثبات

ج) پردازش اطلاعات

[1] - Minuchin
[2] -Hystad
[3] - Eid

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

۵- وضوح در مقابل عدم وضوح یا ادراکات تحریف شده
۶- نقش وضوح در مقابل نقشهای مبهم یا تعارض
د) ساختار نقش
۷- تبادل نقش در مقابل نقشهای مبهم یا تعارضی
۸- وضوح در مقابل پراکندگی، یا حد و مرزهای از هم گسیخته بین نسلی
بارنهبل موارد فوق را به هم وابسته دانسته است، به نحوی که تغییر در یکی غالباً موجب بروز تغییراتی در سایر موارد می شود.
فلک[1](۱۹۸۰) پنج متغییر از کنشهای خانواده را که می بایست مد نظر قرار گیرند پیشنهاد نمود. این متغیرها عبارتند از:
۱ - پیشوایی: ماحصل شخصیت والدین، ویژگیهای پیوند زناشویی، مکمل بودن نقشهای والدین و به کارگیری قدرت از سوی والدین – که از شیوه های انظباطی آنها در کنترل خانواده به شمار می آید.
۲ – حد و مرزهای خانواده: این امر مرزهای خود، نسل و همچنین مرزهای موجود میان خانواده و جامعه را در بر می گیرد.
۳- عاطفی بودن: صمیمیت درون فردی، تعادل سه جانبه (پدر و مادر و فرزند یا فرزندان) خانواده، میزان پذیرش اعضای خانواده نسبت به احساسات یکدیگر و حساسیت واحد خانواده می باشد.
۴- ارتباط: میزان توجه و رسیدگی تعارضهای خانواده نسبت به یکدیگر، میزان تعادل در ارتباط کلامی و غیر کلامی، طرق ابراز وجود خانواده، وضوح و شکل و ترکیب گفتار اعضا و ماهیت تفکر انتزاعی و مجازی افراد مربوط است.
۵- به عملکرد معطوف هدف: تربیت اعمال شده از سوی خانواده در مورد اعضا، طرق احاطه کودکان بر فرایند جدایی از خانواده، کنترل رفتار و راهنمایی، ماهیت افراد خانواده، روابط با همسالان و راهنمایی آنها در این روابط، فعالیت های اوقات فراقت، چگونگی مواجهه خانواده ها با بحرانها، سازگاری افراد بعد از ترک خانواده.

رویکرد چند نسلی

این رویکرد که نشأت گرفته از نظریات بوئن است، به آسیب های خانوادگی در چند نسل می پردازد. در رویکرد بوئنی بیماری های عاطفی زمانی ایجاد می شود که افراد نمی توانند خود را به نحوی شایسته از خانواده های اصلی اشان متمایز کنند. متمایز کردن خود عبارت است از توانایی به دست آوردن کنترل عاطفی و در عین حال، ماندن در جو عاطفی شدید خانواده، متمایز کردن خود بیانگر میزان توانایی فرد برای تفکر واقع بینانه راجع به موضوعات سرشار از عاطفه در خانواده است . بوئن[2]معتقد است که سناریو زیر به ایجاد بیماری عاطفی می انجامد.

[1] - Falak
[2] - Bouen

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

زن و مردی که تضاد های حل نشده با پدر و مادر خود دارند ازدواج می کنند. زن و شوهر سعی دارند هر طور شده مسائل را فیصله بخشند. می پذیرند که با هم مخالفت نکنند و یک صمیمیت کاذب به وجود آورند. ازدواج از بیرون ظاهراً بی اشکال است. نمایی ظاهری از خوشبخت بودن دارد اما در اعماق آن کشمکش، تنهایی و درد حاکم است. یک سیستم با تولد کودک به عنوان جزء سوم، مثلثی به وجود می آید. کودک کانون توجه می شود. در سیستم قفل می شود و خروج از خانواده را حقیقتا" غیر ممکن می یابد(پروجاسکا و نورکراس، ۱۳۹۲).

رویکرد ساختاری

دومین دید گاه کلی در اصل ساختاری است در این دیدگاه کل اعضای خانواده دچار مسأله هستند و رفتار مختل الزاما" واکنش به ارگانیسم خانوادگی تحت فشار نیست. مینوچین (۱۹۶۷) که به واقع پیشرو این دید گاه است در تبیین آسیب شناسی کودک به وجود مرزهای در هم تنیده یا از هم گسسته اشاره دارد. در اصل خانواده های نا کار آمد با ایجاد این گونه مرزهای تحول و مستقل شدن اعضای خود را دچار وقفه می سازند. رویکرد ساختاری به دو نوع ساختار بیمار گون خانواده اشاره می کند:

خانواده ی گسسته

در این نوع خانواده مرزهای بسیار انعطاف ناپذیری وجود دارد در خانواده گسسته بین اعضای خانواده تماس کم یا هیچ تماسی وجود ندارد در این نوع خانواده ساختار سالم ، نظم یا قدرت تقریبا" دیده نمی شود. پیوند بین اعضای خانواده ضعیف است یا اصلا" پیوندی وجود ندارد برداشت کلی از این نوع خانواده ها نوعی میدان اتم مانند است، به این صورت که اعضای خانواده لحظه های طولانی بدون ارتباط با یکدیگر، در مدارهای جدا از هم حرکت می کنند خانواده نا منسجم است. در این گروه مادر نا فعال و بی تحرک است او احساس می کند از توان افتاده است (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۸).

خانواده به هم تنیده

مرزها در این نوع خانواده مبهم هستند ویژگی برجسته خانواده به هم تنیده "در هم آمیختگی" اعضای آن است به طوری که تلاش برای تغییر دادن یکی از اعضاء بلافاصله مقاومت اعضای دیگر را بر می انگیزد (مینوچین و همکاران، ۱۹۷۶). مرزی که والدین را از فرزندانشان جدا می سازد غالباً "به صورت نامناسب مثل زنا محارم قطع می شود. نقش های همسر و والد به اندازه ی کافی متمایز نشده اند به طوری که زیر سیستم همسر و زیر سیستم والد هیچ یک قادر به عمل نیستند. مرزهای فردی محترم شمرده نمی شوند به طوری که زیر سیستم های فردی نمی توانند خود مختاری و هویت به نحو شایسته ای پرورش دهند (پروجاسکا و نورکراس، ۱۳۹۲).

خانواده های بیمار گون

خانواده ها معمولاً یکی از اعضای خود را به عنوان عامل مشکل ساز شناسایی می کنند به زعم آنان علت اصلی بروز مشکل در جمع خانواده پاتولوژی (ناراحتی) درونی آن فرد خاص است و لذا از درمانگر توقع دارند حواس او

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

را بر خود متمرکز کرده در صدد تغییر وی بر آید حال آن که به زعم خانواده درمانگر بیمار معلوم فقط حاصل نشانه مرضی است و در واقع علت اصلی بروز مشکل وجود مراوده های نا کارساز خانواده می باشد (مینوچین و فیشمن، ۱۳۹۱). جان هوولز در شهر ایپسویچ انگلستان در جریان مفصل روی بررسی خانواده ها به این نتیجه رسیدکه: در روان پزشکی خانواده، در حکم زمینه برای کمک به بیمار نیست روان پزشکی خانواده خود خانواده را بیمار تلقی می کند و شخص بیمار را نشانه ای از آسیب شناسی روانی خانواده به حساب می آورد . از نظر ستیر، در خانواده های آشفته وضع بدن و چهره ی افراد بیان کننده وضع نا خوشایند آنان است. بدنها شق یا دولا و خمیده است و چهره ها عبوس و غمگین و یا مانند صورتکی بی احساس به نظر می رسد. نشانه دوستی در میان افراد کم است و شادی از وجود یکدیگر ناچیز گویی همبستگی خانوادگی نوعی وظیفه است و افراد خانواده صرفا" تلاش می کنند یکدیگر را تحمل کنند. بزرگتر ها آن قدر سر گرم امر و نهی به فرزند خود هستند و به او بکن نکن می گویند که هر گز نمی فهمند او کیست و هر گز از وجود او به عنوان یک انسان محظوظ نمی شوند. در نتیجه فرزند هم هیچ گاه از پدر و مادر به عنوان دو انسان بهره مند نمی شود. در خانواده های پریشان پدر و مادر از طرف فرزندانشان را از آسیب رسانی به یکدیگر باز می دارند و از طرفی اگر رفتار آنان را نپسندیدند خودشان آنان را سیلی می زنند (ستیر، ۱۳۹۲).

انواع خانواده های بیمارگون

سایی (۱۹۹۰) خانواده های مشکل دار را به شرح زیر طبقه بندی می کند.

۱. خانواده های وابسته به الکل، مواد مخدر و یا دارو های شیمیایی.

۲. خانواده های مبتلا به اختلالات عاطفی و یا مزمن روانی (واقعی یا خیالی) این گونه افراد والدین نوروتیکی هستند که از تصمیم گیری و انتخاب می هراسند و در نتیجه از تصمیم گیری اجتناب می ورزند. آنان دارای فرزندان ترسویی هستند که در تصمیم گیری و انتخاب ناتوانند.

۳. خانواده هایی که کودکان در آن خانواده ها از نظر جسمانی، روانی و یا جنسی مورد سوء استفاده قرار می گیرند.

۴. بسته خانواده هایی که دارای سیستم های. شدیدا "مراقب شده هستند در این خانواده ها کودکان هیچ گونه فرصتی برای ارزیابی احساسات و ارزشهای خود ندارند بلکه از آنان انتظار می رود دیدگاهها و ارزشهای سیستم محدود خانوادگی را در بست بپذیرند. شدت عمل و پیشداوری ها در این خانواده ها سد و مانعی برای ادامه ی یک زندگی سالم می باشند (جیمز و همکاران، ۲۰۱۳).

خانواده خارج از کنترل

در خانواده هایی که یکی از اعضای آنها نشانه های مرضی مربوط به کنترل را نشان می دهد درمانگر می تواند فرض را بر این بگذارد که این خانواده با مشکلات دیگری در یک یا چند زمینه مشخص دیگر از جمله سازمان سلسله مراتبی خانواده، اعمال وظایف اجرایی در زیر منظومه والدینی، نزدیکی بین اعضای خانواده رو به روست.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

در خانواده هایی که فرزند نو جوان دارند مسائل مربوط به کنترل ممکن است مربوط به نا توانی در گذشتن از مرحله ای که نگران فرزندان خود هستند به مرحله والدینی که به فرزند نوجوان خود اطمینان می کنند به وی احترام می گذارند باشد. در چنین موقعیتی برنامه های قدیمی که در دوران کودکی موفقیت امیز بوده اند در پیدایش شکل جدید خانواده خلل ایجاد می کنند، اگر چه ممکن است کودکان نسبت به تغییرات حاصله احساس آرامش و راحتی بیشتری نمایند، اما والدین هنوز موفق به یافتن راهکارهای جدید برای مرحله جدید نشده اند. همچنین که کودک نوجوان ممکن است آن قدر با والد گوش به زنگ خود قاطی شود که هیچ عملی از نظر دور نماند. در چنین وضعی ممانعت از مراوده های قاطیممکن است برخورد و یا رویارویی بین جزء کل والدینی و کودک را افزایش دهد و به کشف راهکارها کمک کند. الگو های ارتباطی در این گونه خانواده ها مغشوش است، اعضای این خانواده ها انتظار ندارند که کسی به حرفشان گوش کند پیام های ارتباطی بیشتر از محتوا اهمیت دارند. ارتباطات علی الظاهر حول تعاملات یا گروه های عاطفی نا مرتبط و کوچک سازماندهی می شوند (گنزلالز[1] و ویتانن،[2] ۲۰۰۹).

خانواده های روان تنی

زمانی که خانواده ای از مشکل روان تنی یکی از اعضای خود گلایه می کند ساخت خانواده مذکور ساختی است که بر نقشهای مراقبتی تأکید بیش از حد می کند. این خانواده ظاهراً زمانی بهترین عملکرد را دارد که یکی از اعضاء آن مریض شود ویژگی های این گونه خانواده ها عبارتند از: حد حمایت بیش از در هم تنیدگی اعضای خانواده به یکدیگر، ناتوانی در حل اختلافات، دلواپسی مفرط برای حفظ صلح یا اجتناب از اختلاف و کشمکش.

طرح سه محوری

تسنگ[3]و مک در موت[4](۱۹۷۹) یک طبقه بندی (سه محوری) از خانواده های مشکل دار ارائه داند.

محور این طرح تعیین سه طبقه از مشکلات بود:

۱) بد کار کردیهای رشدی در خانواده
۲) بد کار کردی نظام خانواده
۳) بد کار کردی گروه خانواده

این طرح نسبتاً پیچیده است و هر کس می خواهد از آن استفاده کند باید مقاله ی اصلی آن را با دقت مطالعه کند به طور خلاصه محور های آن به شرح زیر می آید:

محور۱- بد کار کردی رشدی خانواده

الف) بد کار کردی رشدی

[1] -Gonzalez
[2] -Viitanen
[3] - Teseng
[4].-Mak der Mut

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

بد کار کردی اولیه خانواده: به معنی اشکال در تحقیق رابطه ی زناشویی رضایت آمیز است

۱) بد کار کردی فرزند آوری در خانواده: با به دنیا آمدن فرزندان رخ می دهد.

۲) بد کار کردی در فرزند پروری خانواده: اشکال در ارتباط و تقویت فرزندان خردسال است.

۳) بد کار کردی در بلوغ خانواده: این امر معمولاً روی مشکلات تفرد و موضوعات جدایی متمرکز است.

۵- بد کار کردی در گرد هامیی خانواده

ب) تفاوت ها و پیچیدگی رشدی

۱) خانواده گسیخته: زمانی است که بحران خانوادگی با جدایی یاطلاق همراه می شود.

۲) مشکلات خانوداگی یک والد: به وجود تنها یک والد در خانواده بستگی دارند.

۳) بد کارکردی خانواده باز ساخته: در جایی است که ازدواج مجدد با داشتن فرزندان حاصل از ازدواج قبلی وجود دارد

۴) مزمن خانواده ی بی ثبات : مشحصه ی آن قهر و جداییهای فراوان و طلاق است.

محور ۲- بد کار کردی نظام خانواده

الف) بد کار کردی نظام همسر

۱) تکمیلی بد کار کردی زناشویی

۲) بد کار کردی زن

۳) اشویی تعارض آمیز

۴) بد کار کردی زناشویی وابسته

۵) بدقید بد کار کردی زناشویی

۶) بد کار کردی زناشویی ناسازگار

ب) بد کار کردی نظام فرعی والد –کودک

۱) بد کار کردی مربوط به والد

۲) بد کار کردی مربوط به کودک

۳) بد کار کردی رابطه والد –کودک

۴) بد کار کردی مثلثی والد – کودک

ج) بد کار کردی نظام فرعی خوهران و برادران

محور ۳- بد کار کردی گروه خانواده

الف) بد کار کردیهای کنشی- ساختاری

۱) ضعیف خانواده های دارای عملکرد

۲) حد ساخت یافته خانواده های بیش از

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

۳) خانواده هایی که یکپارچگی آسیب شناختی و کلاف گونه دارند
۴) هستند خانوادهه ایی که از لحاظ هیجانی از هم بریده
۵) نیافته خانواده های سازمان
ب) بد کار کردی های سازگاری اجتماعی
۱) هستند خانواده هایی که از لحاظ اجتماعی منزوی
۲) خانواده هایی که از نظر اجتماعی نا به هنجارند
۳) خانواده های دارای یک جو خاص (تحت سیطره ی موضوعات مشترک رایج ، رازها ، آیین ها یا عقاید فرهنگی).

روش شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مروری می باشد و از متون کتابخانه ای و پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف برای تدوین مقاله استفاده شده است. یک مقاله مروری تحقیقات اخیر در یک موضوع تحقیقی را بگونه ای خلاصه و سازماندهی می‌کند که بتواند به دیگران در فهم و تجمیع آن موضوع کمک کند. یک مقاله مروری دانش زمینه ای لازم در آن موضوع را به‌عنوان یک فرض در نظر می گیرد و به آن نمی پردازد و در عوض به طبقه بندی تحقیقات انجام شده در آن موضوع و دورنمای این موضوع تحقیقاتی در آینده و ارزیابی و مقایسه راه کارها و روشهای موجود می پردازد و هدف آن، فراهم کردن یک دیدگاه به خوبی سازماندهی شده و کامل از کارهای انجام شده در یک موضوع تحقیقی می‌باشد (حافظ نیا، ۱۳۸۸).

پژوهش حاضر از نوع مروری است، چرا که در آن ابتدا به بیان کلیاتی در مورد بودجه‌ریزی عملیاتی از قبیل مفاهیم و تعاریف، پیامدها و ... پرداخته شد. این اطلاعات و منابع به شیوه کتابخانه ای از تمامی منابع معتبر (شامل کتاب، مقاله ها و مجله ها، سایتها، دیسک های رایانه ای، اسناد، نشریه های رسمی دولتی، اسناد شخصی و خصوصی، مطبوعات، آمار نامه ها و اسناد صوتی و تصویری) مورد بررسی قرار گرفته و اطلاعات مفید با استفاده از ابزارهایی مانند فیش، جدول، یا فرم‌های شبه پرسشنامه یا ترکیبی از همه آن‌ها استخراج شد.

توسعه ی مدل های مفهومی پژوهش

نتایج مرور پیشینه و مبانی نظری نشان می دهد عامل خانواده در امر پیشگیری، از ویژگی خاصی برخوردار است. زیرا خانواده اولین نقطه تجمع افراد است و راهنمایی‌ها و آموزش‌های اولیه پدران و مادران در درون خانواده می‌تواند تا حد زیادی از بروز نابسامانی‌های ناشی از اعتیاد جلوگیری کند. با توجه به نقش خانواده در انتقال هنجارها، ارزش‌ها و الگو پذیری کودکان و نوجوانان از اعضای خانواده، در صورت اعتیاد والدین علاوه بر اثرات مخرب مصرف مواد توسط اولیا، این کودکان احتمال بیشتری دارد که به مصرف مواد مخدر روی آورند.

مرور پیشین ها نشان می دهد که میان کنترل والدین و اعتیاد فرزندان رابطه وجود دارد. شروع مصرف مواد مخدر به وسیله نوجوانان هنگامی است که از تحت تربیت والدین آزاد شده و با روحیه استقلال طلبی که در آنان ایجاد می‌شود

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

نقش والدین به جوانان واگذار می‌شود. در این مرحله نبود مهارت‌های زندگی و ناتوانی در کنترل احساسات در ارتباطشان با گروه‌هایی که مواد مخدر مصرف می‌کنند موجب مصرف مواد مخدر به وسیله آنان می‌شود.

نظریه پردازان بر این باورند که پدر و مادر نقش مهمی در فرآیند اجتماعی شدن کودکان دارند. پدر و مادر با رفتار و سبک زندگی خود، ارزش‌های فرهنگی، خانوادگی، و الگوهای زندگی اجتماعی را به کودکان خود می‌آموزند. نظریه‌های یادگیری اجتماعی و اجتماعی شدن تأکید زیادی بر دخالت رفتارها و نگرش‌های خانوادگی در ایجاد مشکلات فرزندان دارند. (شک[1] ۱۹۹۷؛ وایت[2] جانسون[3] و بایسکی[4] ۲۰۰۰)

یکی از جنبه‌های مهم رفتار پدر و مادر، اقتدار و کنترل صحیح در مقابل خودمختاری است. والدینی که قاطعیت همراه با محبت، اعتماد و دموکراسی برخوردارند، در هدایت، نظارت و تربیت فرزندان موفق‌ترند. یک نوجوان در سن بحرانی عمیقاً به راهنمایی، حمایت و همکاری، اعتماد، انضباط، درک متقابل، دلسوزی، محبت و احترام نیازمند است و کوتاهی پدر و مادر در هریک از این جنبه‌ها موجب گرایش فرزندان به گروه‌های ناسالم یا وابستگی به دوست و همسالان نامناسب خواهد شد، وابستگی‌هایی که آغاز بسیاری از ناهنجاری‌هاست.

همچنین میان استفاده از اوقات فراغت سالم و عدم استفاده از مواد مخدر رابطه وجود دارد. پرداختن والدین به امور تربیتی فرزندان که شامل اصول اخلاقی مناسب و منسجمی است که ویژگی تنبیهی نداشته باشد و در مقابل شامل نظارت دقیق بر کار آنان، شرکت والدین در زندگی روزمره جوانان، کسب اطلاع از فعالیت‌های فرزندان در طول روز و آموزش مهارت‌های زندگی به فرزندان با شیوه‌های مسأله‌یابی[5] و حل مسأله[6] می‌تواند از گرایش نوجوانان به بزهکاری جلوگیری کند .

در مجموع هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای سلامت کند، چنانچه از خانواده‌هایی سالم برخوردار نباشد. باز بی هیچ شبهه‌ای هیچ یک از آسیب‌های اجتماعی نیست که فارغ از تأثیر خانواده پدید آمده باشد. افراد پرورش یافته در خانواده نابسامان و از هم گسیخته زمینه‌های بیشتری در گرایش به انحراف و اعتیاد دارند. اعتیاد والدین از یک سو کنترل و تسلط والدین را بر فرزندان کاهش می‌دهد و از سوی دیگر عامل انتقال این عادت به فرزندان می‌شود.

نتیجه گیری و پیشنهادها

یکی از نهادهای مهم اجتماعی که به لحاظ اهمیت، نقش و کاربردهای مختلف، مورد توجه علمای مذهبی، اخلاقی و صاحب نظران تعلیم و تربیت، جامعه شناسی و روان شناسی قرار گرفته است، نهاد خانواده می باشد. لذا اهمیت شناخت و برسی عواملی که سبب قوام و استحکام این نهاد اجتماعی می گردند، می تواند گامی مفید در راستای ارتقای سطح فرهنگ جامعه باشد

[1] Shek
[2] White
[3] Johnson
[4] Buyske
[5] Problem finding
[6] Problein solving

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

در تبیین نتایج بدست آمده می توان گفت که طبیعتا در خانواده هایی که آرمان و اهداف اعضا مشخص بوده و هر یک از اعضا درصدند یکدیگر را در دستیابی به اهداف یاری نمایند ایجاد حس رضایت در آنان تقویت شده و لذا این شرایط در سایر رخدادهای زندگی نیز به نوعی شکل می گیرند. همچنین نظم، انضباط، رعایت اصول و قواعد خانه و خانواده که در قالب سازماندهی در کارکردهای خانواده تعریف می شود می تواند در ایجاد رضایت از زندگی نوجوانان مثمر ثمر باشد که این امر در نتایج یافته های پژوهش های پیشین نیز مورد تایید قرار می گیرد. لذا عملکرد مطلوب و کارآمد خانواده، اعضای خانواده را در برابر فشارهای زندگی مقاوم می سازد، عامل اثرگذاری بر رشد، شکوفایی و پیشرفت اعضای خانواده می شود و باعث می شود خانواده، کانون کمک، تسکین، التیام و شفابخشی باشد.

در مجموع هر چه خانواده از عملکرد بهتری برخوردار باشد به همان میزان احتمال کمتری برای انحرافات نوجوانان وجود خواهد داشت؛ لذا شایسته است عوامل موثر بر افزایش عملکرد خانواده که در این پژوهش اشاره شد، مد نظر قرار داده شود تا بدین طریق مداخلات اثربخش طراحی، و برنامه های آموزشی مرتبط برای خانواده های تدوین شود.

بر اساس نتایج پژوهش محقق پیشنهاد می کند برنامه های آموزشی بسیار وسیعی برای خانواده تدارک دیده شود تا خانواده ها به اهمیت این نکته پی ببرند که صرف همزیستی لزوما تامین کننده کارکرد خانوادگی بالا و بهزیستی روانی فرزندان نیست. به عبارت دیگر رابطه گرم بین اعضای خانواده خصوصاً با فرزندان امکان جذب آنها را به خانواده بیشتر کرده و کمتر احتمال دارد که از خانه و خانواده فراری باشند و به گروه دوستان یا گروههای نابهنجار پناه بیاورند. بر این اساس می‌توان گفت رابطه سرد همراه با طرد و یا حتی توهین و خشونت با فرزندان باعث بیزاری از خانواده می‌شود و آنها ممکن است به انواع رفتارهای مخرب و بزهکاری‌ها از جمله اعتیاد پناه بیاورند.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

منابع

پروچاسکا،ج.او و نورکراس،ج. (۱۳۹۲). *نظریه های روان درمان*،ترجمه.سیدمحمدی.تهران:انتشارات رشد.

سادوک، ویرجینا و سادوک، بنیامین. (۲۰۰۷). *خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری روانپزشکی بالینی*. ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی. (۱۳۸۷). تهران: ارجمند.

ستیر ، و (۱۳۹۲). *آدم سازی در روانشناسی خانواده*. ترجمه بیژن بیرشک . تهران : انتشارات رشد.

صدری دمیرچی، اسماعیل و کیانی، عارفه. (۱۳۹۷). پیش بینی گرایش به اعتیاد بر اساس عزت نفس اجتماعی و تنظیم شناختی هیجانی در دانشجویان. *فصلنامه در دانشگاه اسلامی*، ۸(۲۷).

قربانی، علیرضا و محمدی نیکو، اکرم. (۱۳۹۸). عوامل پیش بینی کننده اعتیاد به مواد مخدر زنان در استان گلستان. *فصلنامه سلامت اجتماعی*، ۶(۲)، ۲۱۷-۲۲۶.

قمری، محمد. خوشنام، امیرحسین.(۱۳۹۰).بررسی رابطه کارکرد خانواده اصلی و کیفیت زندگی در بین دانشجویان. *خانواده پژوهی*،۷(۲۷)؛ ۳۵۴-۳۴۳.

قنواتی، سارا. (۱۳۹۲). *اثربخشی مهارت حل مسئله بر سلامت روان و کیفیت زندگی معتادن شهر تهران*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم تحقیقات خوزستان.

کینتر، گابور آی. هرو، آلیسون ام. گلیک، ایرا دی.(۱۳۹۵). *راهنمای بالینی زوج درمانی و خانواده درمانی*. ترجمه وحیده باباخانی و آراس رسولی. تهران: ساوالان.

گلچین، مهری. نصیری، محمود. سیدبدرالدین، نجمی. بشردوست، نصراله.(۱۳۸۰). ارتباط عملکرد خانواده با برخی ویژگی های روانی نوجوانان دختر و پسر. *پژوهش در علوم پزشکی*، ۶(۴)، ۳۰۰-۳۰۲.

گلدنبرگ، ا. گلدنبرگ، ه. (۱۳۹۲). *خانواده درمانی*. ترجمه حسین شاهی و همکاران. تهران: انتشارات: روان.

محسنی، سحر؛ میرگل، احمد و میری، علیرضا. (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین راهبردهای انگیزش با استعداد اعتیاد و پرخاشگری دانش آموزان. *نشریه توسعه پرستاری در سلامت*، ۹(۲۴)، ۴۵-۵۴.

مینوچین ، س.(۱۳۹۳).خانواده و خانواده درمانی. ترجمه باقر ثنایی.تهران: انتشارات امیر کبیر

مینوچین،س و فیشمن،چ.چ.(۱۳۹۱). *فنون خانواده درمانی*. ترجمه فرشاد بهاری. تهران : انتشارات رشد.

وزیریان، محسن. (۱۳۹۰). *راهنمای پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد*. تهران: انتشارات انستیتو روانپزشکی و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5.* Washington DC London, and England: Author.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

Cao, Y., Li, L., Zhao, X., Zhang, Y., Zhang, Y., & Luo, X.(2016). Effects of Exposure to Domestic Physical Violence on Children's Behavior: A Chinese Community-based Sample. *J Child Adolesc Trauma*, 9(2): 127-135.

DiGuiseppi, G. T., Meisel, M. K., Balestrieri, S. G., Ott, M. Q., Clark, M. A., & Barnett, N. P. (2018). Relationships between social network characteristics, alcohol use, and alcohol-related consequences in a large network of first-year college students: How do peer drinking norms fit in? *Psychology of Addictive Behaviors, 32*(8), 914-921.

Gonzalez, L., &Viitanen, T.K. (2009). The effect of divorce laws in divorce rates in Europe. European Economic Review, 53,127-138.

Herbert Goldenberg, Irene Goldenberg, (2012).Family Therapy: An Overview, 8 ed. United states of America: Cengage Learning; 2-4

James, L., Brody, D., & Hamilton, Z. (2013). Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence and victims*, *28*(3), 359-380.

Kelada, L., Hasking, P., Melvin, G.A.(2016). Adolescent NSSI and Recovery: The Role of Family Functioning and Emotion Regulation. *Youth & Society*, 50(8), 1056-1077.

Kelly, J. F., Abry, A. W., Milligan, C. M., Bergman, B. G., & Hoeppner, B. B. (2018). On being "in recovery": A national study of prevalence and correlates of adopting or not adopting a recovery identity among individuals resolving drug and alcohol problems. *Psychology of Addictive Behaviors, 32*(6), 595-604.

Savage, J. E., Kaprio, J., Korhonen, T., Pulkkinen, L., Rose, R. J., Verhulst, B., & Dick, D. M. (2016). The effects of social anxiety on alcohol and cigarette use across adolescence: Results from a longitudinal twin study in Finland. *Psychology of Addictive Behaviors, 30*(4), 462-474.

Tan, T. X. (2018). Model minority of a different kind? Academic competence and behavioral health of Chinese children adopted into White American families. *Asian American Journal of Psychology, 9*(3), 169-178.

Thomas, K. M., Hopwood, C. J., Donnellan, M. B., Wright, A. G. C., Sanislow, C. A., McDevitt-Murphy, M. E., . . . Morey, L. C. (2014). Personality heterogeneity in PTSD: Distinct temperament and interpersonal typologies. *Psychological Assessment, 26*(1), 23-34.

Walton, K., Horton, N. J., Rifas-Shiman, S. L., Field, A. E., Austin, S. B., Haycraft, E., ... & Haines, J. (2018). Exploring the role of family functioning in the association between family dinner frequency and dietary intake among adolescents and young adults. *JAMA Network Open*, 1(7), e185217.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۲، شماره ۱۶، بهار سال ۱۴۰۱

Addiction in adolescents: A review of the role of family functioning

Shaghayegh kialha[1]

Abstract

Addiction is one of the problems facing our society, especially the youth. Iranian society is a young society, so a lot of effort must be made to solve this problem. Many factors play a role in addiction. The purpose of this study is to review the theoretical foundations and background of research on the role of family functioning in adolescent addiction. The present study is descriptive (review type). The method used in this study was a study and a library. In this study, literature and background related to family functioning and addiction were reviewed. In this regard, in addition to reviewing foreign intelligence sources, sources and databases inside Iran were also reviewed. Studies show that the family plays one of the most important roles in adolescent addiction. Considering that the major part of a person's personality is formed in the family and the basis of the individual's adjustment in society is laid in the family; When the family fails to perform well, this task is inevitably delegated to other individuals or groups, such as peers. Disorder in broken and diseased families is one of the most important factors in the development and spread of addiction in adolescents.

Keywords: Addiction, Adolescents, Family Function

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

[1]Master of General Psychology, Department of General Psychology, Islamic Azad University, Varamin Pishva Branch, Varamin Pishva, Iran (Shaghayegh_3363@yahoo.com)