

## مقدمه

پایداری نهاد خانواده در طول دوره های مختلف تاریخی دلالت بر کارکردی بودن این نهاد دارد. صاحب نظران بر این باورند که جامعه سالم از خانواده های 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 دیگر آسیبها و انحرافات را ناشی از اختلال در کارکرد نهاد خانواده می دانند و یکی از آنها که امروزه گریبانگیر اکثر جوامع گردیده، اعتیاد است (نوری، ۱۳۸۴). صاحب نظران بر پایه مشاهدات بی شمار خود به این نتیجه رسیده اند که خانواده، در مجموع علل و معلولهای گوناگونی که در موضوع اعتیاد به مواد مخدر مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته بودند، دارای برترین نقش است. به عبارت روشنتر مسئله اعتیاد مربوط به نوع خانواده، ارتباط کارکردهای ویژه آن، تاریخچه منحصر به فرد و نیز ارزشهای حاکم در آن است (پیرمرادی، ۱۳۷۹).

اجبار به مصرف مواد می تواند کل زندگی فرد را تحت تأثیر قرار داده و اغلب منجر به دامنه وسیعی از رفتارهای بیمارگونه شده و کارکرد طبیعی فرد را در خانواده، محیط کار و اجتماع مختل کند. از طرفی دیگر، دلبستگی و پیوند خاصی بین اعضای یک خانواده وجود دارد و آنها نگران یکدیگرند و از هم دفاع، حمایت و پشتیبانی می کنند، بنابراین کارکرد سایر افراد خانواده نیز مختل می گردد (راهدرت و زچاویکس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵). تئوریهای خانواده درمانی (بوئن<sup>۲</sup>، ۱۹۷۸؛ هی لی<sup>۳</sup>، ۱۹۶۷؛ مینوچین<sup>۴</sup>، ۱۹۷۴)، نیز بیان می کنند که کارکرد خانواده و فرد به هم وابسته هستند، به این معنی که مشکلات فرد، مشکلات خانواده زیانهای ناشی از سوء مصرف مواد علاوه بر شخص سوء مصرف کننده، به خانواده و دیگران هم سرایت می کند، حتی اگر آنها مشکل سوء مصرف مواد نداشته باشند (هری، گودن، شنفلد و کلی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶).

<sup>۱</sup>-Rahdert & Czechowicz

<sup>۲</sup>- Bowen

<sup>۳</sup>- Haley

<sup>۴</sup>- Minuchin

<sup>۵</sup>-Herry, Godden, Shenfeld & Kelly

یکی از ویژگیهای خانواده سالم، کمک به اعضاء خود در جهت تمایز یافتگی<sup>۱</sup> است، به این معنا که افراد خانواده یاد بگیرند، کارکرد عقلانی و احساسی خود را از هم و کارکرد خود را از اعضای خانواده تفکیک دهند. تمایز یافتگی پایین در اعتیاد و هم وابستگی<sup>۲</sup> افراد به فرد معتاد و رفتارهای اعتیادی تأثیر زیادی دارد و کار بر روی این مشکل بر بهبود و سلامت روان آنها اثرگذار خواهد بود (سلم<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). این مفهوم در تئوری خانواده درمانی سیستمی بوئن مورد توجه است، از این رو درمان با استفاده از این رویکرد مفید و مؤثر خواهد بود.

بنابراین خانواده هم در پیدایش و هم در تداوم اعتیاد به مواد مخدر دارای نقش اساسی است و این مشکل، تمام اعضای خانواده را متأثر می کند و باید در خانواده نیز درمان شود تا همه اعضای خانواده در درمان و بهبودی سهیم بوده و کارکرد بهتری داشته باشند.

### بیان مسئله

برآوردهای خوش بینانه رسمی حاکی از آن است که حدود دو میلیون نفر معتاد در کشور وجود دارند، این در حالیست که آمارهای غیر رسمی برآورد بالاتری را نشان می دهد (نارنجیها و رفیعی، ۱۳۸۶). چنانچه دایره ارتباطی هر فرد معتاد را فقط به ۴ نفر محدود کنیم، قریب به ۱۰ میلیون نفر از مردم ما مستقیم یا غیر مستقیم با مشکل اعتیاد در تماس یا درگیر هستند، که این رقم قابل تأمل بوده و اهمیت مداخلات خانواده درمانی را مشخص خواهد کرد.

از دیدگاه روانشناسی نیز دامنه تأثیرات مخرب اعتیاد به مواد از آن رو حائز اهمیت فراوان است که عواقب وخیم آن تنها فرد معتاد را در بر نمی گیرد، بلکه معمولاً همسر، فرزندان، خانواده گسترده، دایره دوستان و همکاران و ... در معرض آثار ویرانگر آن قرار خواهند گرفت (پیرمرادی، ۱۳۷۹).

---

<sup>۱</sup> - Differentiation

<sup>۲</sup> - Codependency

<sup>۳</sup> - Selm

از طرفی روابط میان خرده فرهنگ خانواده عمیق و چند لایه است و عمدتاً بر پایه یک تاریخچه مشترک، ادراکات و تصورات مشترک از جهان و یک حس مشترک از هدف است (گلدنبرگ و گلدنبرگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). همه انسانها در خانواده رشد می کنند و ارتباطات، باورها، مردم اطراف ما و جهان ما تحت تأثیر خانواده قرار دارد. بنابراین برای شناختن خود، خانواده و اعضای آن و اینکه انسان چگونه با حوادث گوناگون برخورد می کند، نیاز هست در مورد اینکه چطور خانواده، افراد را تحت تأثیر قرار می دهد، بهتر دانسته شود. به این معنی که علاوه بر تأثیری که فرد می تواند در خانواده و کارکرد آن داشته باشد، از خانواده و روابط اعضا با یکدیگر نیز تأثیر می پذیرد (مازورک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸).

با این توضیحات اگر خانواده ای کارکردگرا باشد، افرادی سالم پرورش خواهد داد. در تعریف خانواده سالم و کارآمد گفته می شود که آن سیستمی باز است که اعضای آن در عین حالی که از روابط عاطفی گرمی با هم برخوردارند، هویت فردی خود را حفظ می کنند. در این گونه خانواده ها، عشق به صورت نامشروط است و اعضا پذیرای یکدیگر هستند، آستانه تحمل افراد در مقابل کشمکش و اضطراب بالاست و به هنگام نیاز داوطلبانه درصدد یاری و خواهان آن هستند (والش<sup>۳</sup>، ۱۹۸۸؛ نقل از مرادی، ۱۳۷۹). در مقابل در خانواده های کژکارکرد، ارتباطات رضایت بخشی وجود ندارد و مشکلات فراوانی در مرزهای بین فردی وجود دارد، افراد دارای روحیه پایین بوده و احساس افسردگی فراگیر است (بیورز<sup>۴</sup>، ۱۹۸۲).

پدیده اعتیاد به مواد مخدر را نیز می توان حاصل ناهنجاریها و تجربیات ناقص عاطفی افراد در محیط خانواده و انتقال ناآگاهانه این تجربیات به نسلهای بعدی دانست. بنابراین کیفیت روابط عاطفی درون خانواده و الگوهای تعاملی جاری بین اعضای خانواده در شکل گیری و تداوم اعتیاد و روند درمان آن از اهمیت خاصی برخوردار است و بدون مرکزیت بخشیدن به عوامل مذکور، پرداختن به بیماری اعتیاد و اجرای اقدامات

---

<sup>۱</sup> - Goldenberg & Goldenberg

<sup>۲</sup> - Mazurek

<sup>۳</sup> - Walsh

<sup>۴</sup> - Beavers

درمانی و پیشگیری موثر نخواهد بود (سرگلزایی، ۱۳۷۹). کافمن<sup>۱</sup> (۱۹۸۵) با نگرش سیستمی به خانواده معتقد است که مصرف مواد باعث ایجاد یک سیستم نگهدارنده در خانواده می شود. افزوده شدن مصرف مواد و اعتیاد یکی از اعضای خانواده موجب تغییراتی در نقشها، وظایف و کارکرد هر یک از اعضای خانواده می شود. در واقع یک چرخه معیوب پدیدار می گردد، بدین معنی که ابتدا مواد باعث تغییرات در نقش، ارتباط و تعارض بین اعضاء می گردد و سپس این تغییرات و تعارضات استرس زا، خود به مثابه عاملی جهت تداوم مصرف مواد عمل می کند.

در ارتباط با بررسی شیوه های مقابله با اعتیاد در خانواده اعتقاد بر این است که اعضای خانواده بدون توجه به سلامتی و نیازهای اساسی خود تلاش زیادی را برای کنترل رفتار فرد معتاد و مراقبت از او به عمل می آورند، در نتیجه شیوه های مقابله ای متفاوتی را از خود بروز می دهند که بستگی زیادی به وضعیت سلامت روان آنها دارد (پرکینسون<sup>۲</sup> ۱۹۹۷).

اعضای این خانواده ها هر کدام به نوعی گرفتار و درگیر فرد معتاد و مسائل و مشکلات مربوط به او هستند و تمایز یافتگی کمی از خانواده های خود دارند و قادر نیستند فکر و احساس خود را از دیگران متمایز کنند و به راحتی با احساساتی که خانواده به آنها تحمیل می کند، آشفته می شوند و این هم-وابستگی<sup>۳</sup> و نیز تمایز نیافتگی<sup>۴</sup> است (فریتزلن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸).

بتی (۱۹۸۷)، شخص هم وابسته را چنین توصیف می کند: شخصی که اجازه می دهد رفتار افراد دیگر او را تحت تأثیر قرار داده و سعی در کنترل رفتار دیگران دارد، که این باعث آزار شخص می شود. حتی به پیشنهاد کرماک (۱۹۸۶) هم وابستگی به عنوان یک طبقه بندی تشخیصی در DSM-III مطرح شد و به عنوان هدف

---

<sup>۱</sup> - Kaufman

<sup>۲</sup> - Perkinson

<sup>۳</sup> - Codependency

<sup>۴</sup> - Undifferentiation

<sup>۵</sup> - Fritzlan

درمانی برای اعضای خانواده هایی که با اختلالات اعتیادی در تعامل هستند، در نظر گرفته شد (نقل از سلم، ۲۰۰۲).

تحقیق توربرگ<sup>۱</sup> و لیورس<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) نشان می‌دهد که افرادی که تحت درمان الکلیسم، اعتیاد به هروئین، آمفتامین، کوکائین یا کانابیس بودند، سطح بالایی از دلبستگی ناایمن، ترس از صمیمیت و سطح پایین دلبستگی ایمن و خود متمایزسازی<sup>۳</sup> را در مقایسه با گروه کنترل گزارش دادند. بنابراین عدم تمایزیافتگی یا تمایز یافتگی اندک این افراد می‌تواند زمینه ساز و یا عامل تأثیرگذار مستقیم در اعتیاد افراد باشد. از این رو کار روی این عامل می‌تواند در بهبود کارکرد فرد معتاد و اعضای خانواده او مؤثر باشد.

مفهوم تمایز یکی از مفاهیم اساسی تئوری بوئن است، که به توانایی تجربه صمیمیت با دیگران و در عین حال استقلال از دیگران اشاره دارد (کلور،<sup>۴</sup> ۲۰۰۹).

در تئوری سیستمی بوئن تمامی نشانه ها مانند بیماریهای روانی، بیماریهای جسمی، سوء مصرف مواد و مشکلات اجتماعی با شکست در انطباق با سیستم، خود متمایز سازی اندک و مبالغه در فرآیند عاطفی ارتباط مثبتی دارد (هراس،<sup>۵</sup> ۲۰۰۸).

کر و بوئن (۱۹۸۸) عنوان می‌کند که تمایزیافتگی، توانایی کم کردن اضطراب خود و پایداری در مقابل غرق شدن در چیزی یا واکنش در مقابل اضطراب دیگران است. تمایزیافتگی خوب در ارتباطات، با سطح اضطراب پایین، انعطاف پذیری و صمیمیت با دیگران بدون ترس از آمیختگی با دیگران ارتباط مثبت دارد. افراد با تمایزیافتگی کمتر، اضطراب مزمن، فشار و استرس دارند و علائم بیماری جسمی و روانشناختی زیادی مانند جسمانی کردن، خلق ناآرام، اضطراب و الکلیسم را نشان می‌دهند (نقل از هن لین،<sup>۶</sup> ۲۰۰۶).

---

<sup>۱</sup>-Thorberg

<sup>۲</sup>- Lyvers

<sup>۳</sup>- Differentiation of self

<sup>۴</sup>-Klever

<sup>۵</sup>- Heras

<sup>۶</sup>- Henline

از لحاظ خانواده، وقتی خانواده ای در گپرو دار چالش با نیروهای معطوف به وحدت و تفرد است، لاجرم اضطراب برانگیخته می شود. اگر وحدت غلبه کند، خانواده به سوی کارکرد عاطفی بیشتر رهنمون می شود و خود پیروی فردی کاهش می یابد. در نتیجه کاهش خود پیروی، فرد دچار افزایش اضطراب مزمن می شود. به نظر بوئن اضطراب مزمن مبنای اصلی تمام نشانه های بیمارگون است و تنها پادزهر این وضعیت رسیدن به تمایز و تفکیک است، فرآیندی که در اثر آن فرد یاد می گیرد مسیر حرکت خویش را تنظیم کند، نه اینکه دائماً از رهنمودهای خانواده یا دیگران تبعیت نماید (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۳۸۵).

به خاطر هم آمیختگی<sup>۱</sup> با اعضای خانواده، بوئن اظهار کرد که ناتوانی در تمایز بین خود و دیگران منجر به واکنش پذیری و مشکلاتی در روابط بین فردی می شود و تغییر زمانی اتفاق می افتد که هر یک از اعضای خانواده تمایز یافته تر شود. وقتی این اتفاق می افتد به خاطر تغییر در یک قسمت از سیستم تغییراتی در تمام سیستم به وجود می آید و همه اعضای خانواده به همان صورت تمایز یافتگی حاصل می کنند. درمانگران منظومه های خانواده بوئن بر این باورند که تمام اختلالاتی که در کارکرد خانواده وجود دارد، از جمله سوء مصرف مواد از مدیریت ناکارای اضطراب در سیستم خانواده ناشی می شود و اعتیاد برای افراد و خانواده ها به عنوان راهی برای کنترل اضطراب نگریسته می شود (کر، ۱۹۸۱). از این رو هدف اصلی درمان بوئنی کاهش اضطراب مزمن به وسیله: ۱- آگاه کردن از سیستم عاطفی خانواده و ۲- افزایش سطح تمایز و تمرکز بر تغییر خود به جای سعی در تغییر دادن دیگران است (نقل از موسسه نظام خانواده بوئن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹).

کروبوئن (۱۹۸۸) عنوان می کنند که رابطه بین اعضای یک خانواده به طور مستقیمی با کارکرد هر یک از اعضا ارتباط دارد و توانایی هر یک از اعضا برای کارکرد فردی ارتباط مستقیمی با کارکرد کل خانواده دارد (نقل از گاندی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷).

---

<sup>۱</sup> - Fusion

<sup>۲</sup> - Bowen Family System Institute

<sup>۳</sup> - Gandy

از این رو درمان اعتیاد در دیدگاه بوئن نیز شامل آموزش به تمام اعضای خانواده در مورد کارکرد سیستم و کاهش سطح اضطراب خانواده و بهبود تمایزیافتگی تمام اعضای خانواده است (بوئن، ۱۹۷۴؛ دیویس<sup>۱</sup>، ۱۹۸۰؛ لاونسن<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۸۳؛ نقل از چان، ۲۰۰۳). شواهد رو به رشدی نیز وجود دارند که درمان خانواده محور کارکرد خانواده را بهبود می بخشد و در این زمینه نسبت به رویکردهای دیگر برتری دارد (افارل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). همانطور که کافمن (۱۹۸۰) نیز عنوان کرد که خانواده درمانی بعد مهمی از درمان سوء مصرف مواد در دهه اخیر شده است.

بنابراین لازم است کل سیستم خانواده درگیر درمان شوند تا نتیجه بهتری حاصل شود و مسیر بهبودی به درستی طی شده و کارکرد هر یک از اعضای خانواده نیز بهتر از پیش گردد.

#### اهمیت و ضرورت مسئله

امروزه در مباحث علمی- پژوهشی نگرشی چند جانبه به پدیده های مورد مطالعه، امری رایج است و لذا نگرشی یک بعدی به موضوعات پیچیده اجتماعی و روانی از اعتبار و مقبولیت کافی برخوردار نیستند، پدیده اعتیاد نیز از این قاعده مستثنی نیست. بنابراین ضروری است در توضیح فرآیند شکل گیری و نیز برآورد امکانات پیشگیری و درمانی آن، از شاخه های مختلف علوم استفاده گردد. صاحب نظران پدیده اعتیاد به مواد مخدر را حاصل ناهنجاریها و تجربیات ناقص عاطفی افراد در محیط خانواده و انتقال ناآگاهانه این تجربیات به نسلهای بعد می دانند. بنابراین کیفیت روابط عاطفی درون خانوادگی و الگوهای تعاملی جاری بین اعضای خانواده در شکل گیری و تداوم اعتیاد و نیز در روند درمان آن از اهمیت خاصی برخوردار است. بدون مرکزیت بخشیدن به عوامل مذکور قادر به توضیح پیدایش بیماری اعتیاد و اجرای اقدامات درمانی و پیشگیری مؤثر نخواهیم بود (چیریلیو، برینی، کامبوزیا و مازا، ۱۳۷۹). همانطور که کافمن و کافمن (۱۹۹۷)، نیز به این مسأله

---

<sup>۱</sup>- Daivis  
<sup>۲</sup>- Lawsen  
<sup>۳</sup>-O'Farrell

اشاره کرده اند، کل خانواده در سوء مصرف مواد به عنوان بیمار نگریسته می شوند و پویائیهای موجود در سیستم خانواده به خوبی تکنیکهای لازم را برای تغییرات ساختاری در خانواده فراهم می سازد.

در پایان دهه ۱۹۷۰ بیشتر از ۹۰ درصد برنامه های درمانی سوء مصرف مواد در ایالات متحده آمریکا، مداخلات خانواده درمانی ثبت شده است (کولمان<sup>۱</sup> و دیویس<sup>۲</sup>، ۱۹۷۸؛ نقل از سیم<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). اهمیت و شایستگی درگیر کردن اعضای خانواده در درمان اعتیاد نوجوانان به طور گسترده ای ثابت شده است و خانواده درمانی در میان پنج مدل برتر درمان در فرا تحلیلی است که توسط والدورن<sup>۴</sup> در سال ۱۹۹۷ صورت داده است، بعلاوه خانواده درمانی تأثیر خاصی در درمان سوء مصرف نوجوانان داشته است (میرز، آپوداکا، فلیکر و اسلسنیک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲).

متأسفانه در کشور ما توجه چندانی به خانواده درمانی در درمان سوء مصرف مواد نشده است و تحقیق چندانی در این زمینه انجام نشده است. خانواده درمانی سیستمی بوئن در دیگر کشورها درمورد خانواده هایی با اختلالات مختلف آزمون و موفقیت آن نشان داده شده است (هراس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸).

در ایران نیز این رویکرد در چند مورد در خصوص زوج درمانی مورد استفاده قرار گرفته و نتایج خوبی از آن حاصل شده است (خزاعی، ۱۳۸۶)، ولی در مورد اعتیاد و خانواده درمانی اعتیاد با استفاده از این رویکرد پژوهشی صورت نگرفته است و این در حالی است که تمایز یافتگی از آسیب های شایع در خانواده های معتادان است (کومز<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴) و به نظر می رسد اصلاح آن ضروری باشد که این مفهوم در تئوری سیستمی بوئن مورد توجه است.

---

<sup>۱</sup> - Coleman

<sup>۲</sup> - Davis

<sup>۳</sup> - Sim

<sup>۴</sup> - Waldorn

<sup>۵</sup> - Meyers, Apodaca, Flicker & Slesnick

<sup>۶</sup> - Heras

<sup>۷</sup> - Coombs



الگوهای تعاملی مورد مشاهده در خانواده هسته ای، غالباً با تجربیات در خانواده های اصلی والدین در ارتباط هستند. بنابراین مشکلات جسمی، عاطفی و اجتماعی بیان و نتیجه مشکلاتی است که در طی چند نسل ریشه دوانیده و از نسلی به نسل بعد منتقل گردیده اند. از این دید تصورات ارزشی و قواعد سیستمی خاص در خلال رشد تدریجی، همگام و در طی چندین نسل به وجود می آیند.

از این منظر وارد کردن نسل والدین، در روند درمان، هم به لحاظ تشخیصی و هم به منظور تغییر الگوهای چند نسلی مفید و موثر واقع می شود (اشترلین و همکاران<sup>۱</sup>، ۱۳۷۹؛ نقل از مرادی، ۱۳۸۰). خانواده هسته ای<sup>۲</sup>، جایگاهی است که شخص در حال حاضر در آن زندگی می کند. افراد برای ایجاد این خانواده هسته ای از خانواده اصلی<sup>۳</sup> خودشان آمده اند. بنابراین، توضیح خانواده هسته ای بدون بررسی رابطه متقابل آن آن با خانواده اصلی امکان پذیر نیست. خانواده هسته ای فعلی، خانواده اصلی نسل بعد خواهد بود که شکل گیری فرایند انتقال الگوهای رفتاری چند نسل را تعیین می کند (استونز<sup>۴</sup> و اسمیت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱؛ نقل از شیبانی، ۱۳۸۶).

این روش درمانی بیش از همه از طرف بزورمنی ناژی و موری بوئن تبیین و ارائه گردیده است. مشکل اصلی در تاریخچه خانوادگی ایجاد و حفظ مرزهای سالم بین فردی است. حضور نسل والدین در فرآیند درمان، این فرصت را به وجود می آورد که در فضایی عاری از ترس و تنش، که توسط درمانگر تأیید و تضمین می شود، بخشی از تمایزات انجام نگرفته، انجام شود (مورفی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰؛ نقل از مرادی، ۱۳۸۰).

رویکرد بوئن، رویکردی بین نسلی<sup>۷</sup> است. او در مدل چند نسلی خود عنوان می کند که خانواده یک سیستم عاطفی و تعاملی است، از این رو مشکلات یک عضو خانواده را نمی توان جدا از دیگر اعضای خانواده فهمید.

---

<sup>۱</sup> - Stierlin

<sup>۲</sup> - Nuclear Family

<sup>۳</sup> - Family of Origin

<sup>۴</sup> - Stevens

<sup>۵</sup> - Smith

<sup>۶</sup> - Morfey

<sup>۷</sup> - Inter generational

بنابراین تمرکز روی تعاملات خانواده است و نه صرفاً مراجع معلوم. اوینگ<sup>۱</sup> و فاکس<sup>۲</sup> بر اساس این رویکرد مطرح کردند که سوء مصرف الکل تعادل عاطفی خانواده را حفظ می کند و اگر صرفاً شخص معتاد تغییر کند، ممکن است خانواده او در مقابل این تغییر مقاومت کنند (شیبانی، ۱۳۸۶).

با این توضیحات اگر همه اعضای خانواده در فرآیند درمان حضور داشته باشند، سطح تمایز آنها افزایش یافته و کارکرد بهتری خواهند داشت. از طرفی، چون این ویژگی قابل آموزش و انتقال از نسلی به نسل دیگر است، بنابراین در نسلهای بعدی نیز تأثیر خواهد گذاشت که اگر اینگونه باشد قدم بزرگی در درمان و پیشگیری از یکی عوامل یا زمینه های بروز اعتیاد برداشته خواهد شد، چون ممکن است از طریق تصحیح پویائیهای ناسازگارانه خانواده به پیشگیری سوء مصرف در دیگر اعضای خانواده کمک کند (کافمن، ۲۰۰۴).

از اینرو در پژوهش حاضر مداخله ای براساس تئوری خانواده درمانی سیستمی بوئن برای افزایش تمایز یافتگی و بهبود کارکرد خانواده هایی که عضو معتاد دارند، صورت خواهد گرفت.

علاوه بر تأکید بر نقش مهم خانواده درمانی در زمینه اعتیاد، جنبه مهم دیگر این تحقیق کار با دیگر اعضای خانواده، نه فقط برای بهبود فرد معتاد، بلکه برای بهبود کارکرد آنها و رهایی آنها از تمایز یافتگی اندک است که تاکنون توجهی به این موضوع نشده است.

از طرفی با اجرای پرسشنامه تمایز یافتگی به صورت نسبتاً گسترده بر روی افراد معتاد و خانواده های آنها، استفاده از پرسشنامه مذکور در پژوهشهای بعدی در این زمینه میسر خواهد شد.

---

<sup>۱</sup>- Eving

<sup>۲</sup>- Fax

## متغیرها

خانواده درمانی سیستمی بوئن: متغیر مستقل، کمی (گسسته)، اسمی

تمایز یافتگی اعضا: متغیر وابسته، کمی (پیوسته)، فاصله ای، اندازه گیری با پرسشنامه تمایز یافتگی

کارکرد خانواده: متغیر وابسته، کمی (پیوسته)، فاصله ای، اندازه گیری با پرسشنامه عملکرد خانواده

دارا بودن فرزند معتاد در خانواده های شرکت کننده: متغیر زمینه ای، کمی (گسسته)، نسبتی

## تعاریف مفهومی متغیرها

**خانواده درمانی سیستمی بوئن:** درمانی خانواده محور است که تأکید اصلی آن صمیمیت معنادار در روابط

با دیگران، بر اساس رشد خود فرد است (هن لین، ۲۰۰۶).

**تمایز یافتگی:** خودتمایزسازی دو مؤلفه پایه ای دارد. یکی از آنها توانایی یکپارچه سازی فرآیند عقلانی و

عاطفی است. در این پایه، در سطح بالای تمایز یافتگی، تفکر و عقلانیت با وجود شدت واکنشهای عاطفی

غیرارادی فعال و در دسترس است. در تمایز یافتگی پایین عقلانیت یا تفکر افراد توسط واکنش عاطفی تحت

سلطه یا حمایت قرار می گیرد.

دومین مؤلفه تمایز یافتگی، تعادل بین فردیت و با هم بودن است. در این مؤلفه در سطح بالای تمایز یافتگی،

افراد قابلیت انعطاف پذیری عاطفی در ارتباط نزدیک با دیگران را، در حالی که فردیت خود را حفظ می کنند،

دارند. در سطح پایین تمایز یافتگی افراد انرژی بیشتری در واکنش به ارتباط با دیگران صرف می کنند، در

حالی که انرژی کمتری برای هدایت خود با پختگی و به صورت بالغانه دارند (کلور، ۲۰۰۹).

**کارکرد خانواده:** "کارکرد خانواده تلاش مشترکی است برای برقراری و حفظ تعادل در خانواده"، خانواده

دارای کارکرد، یک منظومه باز است که اعضای آن به طور عاطفی به هم پیوسته اند، ولی با این وجود برای

گسترش هویت فردی خود تشویق شده اند (ثنائی، ۱۳۷۹).

### تعاریف عملیاتی مفاهیم

**خانواده درمانی سیستمی بوئن:** مقصود از این نوع خانواده درمانی انجام مداخله درمانی با استفاده از تئوری سیستمی بوئن بر روی ۵ نفر از معتادان و اعضای خانواده های آنان (۲۰ نفر) به صورت جداگانه و حضوری، برای هر یک از خانواده ها به مدت ۸ جلسه است.

**تمایز یافتگی اعضا:** نمره هر فرد در آزمون خود متمایزسازی است که نمرات بالاتر نشان دهنده تمایز یافتگی بالاتر است.

**کارکرد خانواده:** نمره ای است که هر یک از اعضای خانواده و کل خانواده از پرسشنامه سنجش کارکرد خانواده کسب می کنند و نمرات کمتر نشان دهنده کارکرد بهتر است.

### هدف کلی

تعیین اثر بخشی رویکرد "خانواده درمانی سیستمی بوئن" در تمایز یافتگی و کارکرد اعضای خانواده های دارای فرزند معتاد

### اهداف اختصاصی

- ۱- تعیین اثر بخشی "خانواده درمانی سیستمی بوئن" بر افزایش تمایز یافتگی فرزند معتاد و اعضای خانواده های آنها.
- ۲- تعیین اثر بخشی "خانواده درمانی سیستمی بوئن" بر بهبود کارکرد خانواده های دارای فرزند معتاد.
- ۳- تعیین افزایش تمایز یافتگی بر بهبود کارکرد خانواده های معتاد.
- ۴- بررسی و تعیین اعتبار و روایی پرسشنامه تمایز یافتگی در افراد معتاد و خانواده های آنها.

### اهداف کاربردی

۱. معرفی مداخله ای برای ارتقاء سلامت روان خانواده های دارای فرزند معنادار.
۲. کمک به خانواده ها برای اتخاذ شیوه ها و رفتارهایی که موجب ادامه بهبود و نگهداری روابط سالم باشد.
۳. امکان استفاده از پرسشنامه تمایز یافتگی در تحقیقات آینده.

### فرضیه ها

- ۱- " خانواده درمانی سیستمی بوئن " تمایز یافتگی فرد معنادار اعضای خانواده او را افزایش می دهد.
- ۲- " خانواده درمانی سیستمی بوئن " کارکرد خانواده های معنادار را بهبود می بخشد.
- ۳- تمایز یافتگی با کارکرد خانواده های معنادار ارتباط مستقیم دارد.

## مقدمه

سوء مصرف و وابستگی به مواد پدیده پیچیده‌ای است و به مصرف مزمن و دائمی با هدفی غیر از تجویز پزشکی گفته می‌شود، که باعث تغییر در بدن یا مغز می‌گردد. ویژگیهای آن شامل میل شدید و گاهی غیرقابل کنترل به مواد، جستجو و مصرف آن، حتی با وجود مواجهه با پیامدهای منفی شدید است (گیلسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). در سال ۱۹۶۴ سازمان بهداشت جهانی به این نتیجه رسید که اصطلاح "اعتیاد" دیگر یک اصطلاح علمی نیست و اصطلاح "وابستگی دارویی" را به جای آن توصیه نمود. این مفهوم در طول چند دهه معانی رسمی و معمول بسیاری داشته است. اساساً برای تعریف جنبه‌های مختلف وابستگی از دو مفهوم وابستگی رفتاری و وابستگی روانی استفاده شده است. در مفهوم وابستگی رفتاری بر فعالیتهای مواد جویی و شواهد مربوط به الگوهای مصرف بیمارگون تأکید می‌شود، در حالی که وابستگی جسمی به اثرات جسمانی (فیزیولوژیک) دوره‌های متعدد مصرف اطلاق می‌شود. آن دسته از تعاریف وابستگی که بر وابستگی جسمی تأکید کرده اند به ملاکهای طبقه بندی از وجود تحمل و اثرات ترک استفاده کرده اند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲). وابستگی به مواد، برای بسیاری از افراد، به دلیل بازگشتهای<sup>۲</sup> احتمالی که حتی پس از دوره‌های طولانی ترک رخ می‌دهد، تبدیل به یک بیماری مزمن می‌شود (کریج<sup>۳</sup>، ۱۹۸۵).

---

<sup>۱</sup> - Gilson  
<sup>۲</sup> - Relapse  
<sup>۳</sup> - Crage

### سبب شناسی اعتیاد

عوامل زیادی در توصیف علت‌های اعتیاد وجود دارد که از جمله آنها می‌توان موارد زیر را نام برد:

### عامل ژنتیک

به نظر می‌رسد این عامل از تأثیر گذارترین عوامل در بروز اعتیاد باشد، همانطور که تحقیق گلنتز<sup>۱</sup> و پیکنز<sup>۲</sup> (۱۹۹۲) نیز نشان می‌دهد که اعتیاد در افرادی که یکی از اعضای خانواده شان مبتلا به این مشکل است، شایع تر است.

### عامل محیط

خانه، همسایگان، مدرسه، محل کار یا محیط اجتماعی ای که فرد در آن زندگی می‌کند، می‌تواند فرد را تحت تأثیر مواد مخدر و اعتیاد قرار دهد.

### مسائل سلامت روان

تحقیقات زیادی نشان داده اند که بیش از نیمی از افرادی که سوء مصرف مواد دارند، همچنین دارای مشکلات روانشناختی، بخصوص اضطراب یا افسردگی در دوره ای از زندگی خود بوده اند (ریجر<sup>۳</sup>، فارمر<sup>۴</sup> و ری<sup>۵</sup>، ۱۹۹۰).

### وابستگی معنوی یا مذهبی

معنویت برای افراد گوناگون معانی مختلفی دارد، که یکی از جنبه های آن حس ارتباط با دنیای اطراف است. شخصی که در این زمینه دچار کمبود است ممکن است برای غلبه بر احساس ناامیدی خود، به مصرف مواد مخدر روی آورد.

---

<sup>۱</sup> - Glantz  
<sup>۲</sup> - Pickens  
<sup>۳</sup> - Reiger  
<sup>۴</sup> - Farmer  
<sup>۵</sup> - Rae

از دیگر عوامل خطر آفرین می توان به عملکرد ضعیف در مدرسه، فقر و تعارض در خانواده، وجود دوستان سوء مصرف کننده، جنسیت، سن، سوء استفاده جسمی، عاطفی و جنسی از فرد و ... اشاره کرد (هری و همکاران ۲۰۰۶).

## خانواده

تعریف واحدی از خانواده وجود ندارد، این تعریف از فرهنگها و سیستمهای اعتقادی مختلف تأثیر می پذیرد و از آنجا که فرهنگها و اعتقادات در طول زمان تغییر می کنند، تعاریف خانواده نیز ثابت و ایستا نیستند.

سارگنت<sup>۱</sup> (۱۹۸۳) خانواده را اینگونه تعریف می کند، «خانواده گروهی از اشخاص با پیوندهای عاطفی و مسئولیت مشترک هستند که در مجاورت یکدیگر زندگی می کنند». دیگران این تعریف را با اشاره به چهار ویژگی خانواده در خانواده درمانی گسترش داده اند:

- خانواده به طور کلی، بزرگتر - و متفاوت - از مجموع هر کدام از اعضای آن است.
- رفتار هر کدام از اعضای خانواده از طریق علیت حلقوی<sup>۲</sup> با یکدیگر مرتبط است، به این معنی که اگر یک عضو خانواده رفتار خود را تغییر دهد، در نتیجه آن دیگران نیز تغییر خواهند کرد و به نوبه خود باعث تغییرات بعدی در عضوی خواهد شد که تغییر از او شروع شده است.
- هر خانواده ای الگویی از صفات ارتباطی دارد که می تواند ابزارهای کلامی یا غیر کلامی، ملموس یا ناملموس برای ابراز هیجان، تعارض، عاطفه و غیره باشد.
- خانواده تلاش دارد که به ثبات برسد، بدین معنی که منظومه های خانواده با خود تنظیمی خودکاری که دارند، یک نیاز اساسی برای حفظ تعادل دارند (نقل از کافمن و یوشیکا، ۲۰۰۵).

<sup>۱</sup> - Sargent

<sup>۲</sup> - Circular Causality



### نقش خانواده در ایجاد و نگهداری سوء مصرف مواد

ما همه در خانواده ای رشد می کنیم که برخورد و ارتباط با آنها، اعتقاد در مورد خود ما، افراد دیگر در اطراف و جهان ما را تحت تأثیر قرار می دهد و البته اعتقادات ما تعیین می کند که چطور با دیگران و جهان ارتباط برقرار کنیم. بنابراین اگر می خواهیم بدانیم که چطور در مورد حوادث و جهان اطراف واکنش نشان می دهیم، نیاز است که در مورد اینکه چطور خانواده ما را تحت تأثیر قرار می دهد، بهتر بدانیم (مازورک، ۲۰۰۸). محققین وجود چندین عامل را در خانواده، در به وجود آمدن مشکل اعتیاد در جوانان و بخصوص نوجوانان تأثیرگذار می دانند و در تحقیقات مختلف ثابت کرده اند (بروک<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰).

شرایط عاطفی خانواده و الگوی والدگری ابعادی هستند که در مداخلات خانواده درمانی مورد توجه قرار می گیرند. رفتار اعتیادی و سوء مصرف الکل و مواد در خانواده و نگرش نسبت به این مسئله پیش بینی کننده این مشکل هستند. اما نگرش والدین نسبت به سوء مصرف در نوجوانان مهمترین عامل پیش بین است (مک دمورت، ۱۹۸۴؛ نقل از راهدرت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵). محیط خانوادگی (بومراید، ۱۹۹۱)، تعارض شدید بین والدین و کودکان، تعارضات زناشویی، عواطف منفی و کیفیت رابطه والد-فرزندی نقش مهمی در ایجاد سوء مصرف مواد در فرزندان دارند، بنابراین رفتار درون خانواده عناصر سازنده بروز آسیب پذیری را نسبت به مصرف مواد فراهم می سازد. ممکن است پویائیهای خانواده مختل، عضو خانواده را به سمت استفاده از مواد و ادامه سوء مصرف سوق داده باشد. از طرفی نوع مدیریت در خانواده و شیوه های والدگری مانند تکنیکهای انضباطی آزادانه یا رفتار حمایتی والدین، در جلوگیری از اعتیاد فرزندان مؤثر بوده است (پترسون، ۱۹۹۲؛ ویلز، ۱۹۹۰؛ نقل از راهدرت، ۱۹۹۵).

تحقیق شیدلر و بلوک (۱۹۹۰)، نیز نشان داد که برخورد و تماس با مواد مخدر از طریق درک روابط خانوادگی آنها قابل پیش بینی است، زیرا این افراد در مراحل رشدی خویش دچار مشکلات شدید عاطفی گشته اند.

---

<sup>۱</sup>-Broock

<sup>۲</sup>-Rahdert

اینان در سنین پایین ۷-۸ سالگی دارای مشکلات ارتباطی و رفتارهای هیجانی بوده اند. دلیل ظهور این تغییرات غالباً در محیط تربیتی- روانشناسی خانواده در مرحله رشدی آنها ذکر گردیده است. شاخص اصلی چنین محیطی عدم توانایی والدین در بیان معقول احساسات خویش مطرح می شود. در چنین خانواده هایی، فرزندان در معرض انتقادات بی شمار و انتظار فعالیت های بیشتر و خارج از توان قرار گرفته اند و در نتیجه از طریق اقدامات شدید حمایتی در بین خود یک اتحاد کاملاً متضاد و مصنوعی ایجاد نموده اند. در بررسی فوق روشن گشت که عرضه مواد مخدر به تنهایی و به خودی خود دلیلی موجه برای رفتار اعتیاد به شمار نمی آید. دلیل اصلی این امر باید بیشتر در ضعف شخصیتی جوانان، یعنی جراحت پذیری نهادین نزد آنها که حاصل رشد ناکافی در روابط عاطفی خانواده است، جستجو گردد (نقل از چیریلیو و همکاران، ۱۳۷۹).

#### کارکرد خانواده و اعتیاد

تأثیرات سوء مصرف مواد در بافت خانواده، ممکن است تغییرات کارکردی ایجاد کند و مسیر خانواده را در جهت به دست آوردن ثبات تغییر دهد. از طرف دیگر، امکان دارد پویائیهای خانواده مختل به خاطر تلاش برای مقابله با سوء مصرف مواد در یکی از اعضای آن ایجاد شده باشد.

محققین دریافته اند، افرادی که وابسته به مواد مخدر هستند بیشتر احتمال دارد که نسبت به همسالان غیر سوء مصرف کننده از خانواده هایی باشند که دارای ویژگیهای کارکرد معیوب و ساختار ناسالم هستند. شرایط اصلی ای که، در سالهای شکل گیری وابستگی به مواد تشخیص داده شده است، عبارتند از سطح بالای تعارض و انحراف خانوادگی، عدم حضور والدین، نظارت ضعیف و جدایی یا طلاق. کارکرد خانواده می تواند منبع سلامت و آسیب پذیریهای متعددی برای فرزندان آن خانواده باشد. سطح کارکرد خانواده اصلی در میان افرادی که وابسته به سوء مصرف مواد هستند پایین تر از سطح کارکرد خانواده اصلی در افراد غیر وابسته است (کوراد<sup>۱</sup>، ۱۹۷۴؛ مک کارتی<sup>۲</sup> و انجلین<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰؛ نقل از شیبانی، ۱۳۸۶).

<sup>۱</sup> - Corrado  
<sup>۲</sup> - Mccarthy  
<sup>۳</sup> - Anglin

### تأثیر سوءمصرف مواد و اعتیاد بر خانواده

آسیب پذیری خانواده‌ای که دچار سوءمصرف مواد است تنها از طریق بررسی زمینه ژنتیکی و نقش روابط، پویاییها و تعاملات خانوادگی آن در ایجاد سوءمصرف مواد مشخص نمی‌گردد، بلکه توجه به تأثیراتی که سوءمصرف مواد و اعتیاد بر خانواده و اعضای آن دارد نیز از اهمیت خاصی برخوردار است. در این قسمت برخی از اثراتی که سوءمصرف مواد بر خانواده دارد و باعث افزایش آسیب‌پذیری خانواده می‌گردد توصیف می‌شود.

### تأثیرات روانشناختی بر فرد و خانواده

دامنه تأثیری که مصرف مواد و وابستگی به آن بر فرد و خانواده می‌گذارد از طریق مؤلفه‌های مختلفی تعیین می‌شود. ماهیت سوءمصرف مواد نیز، تا اندازه زیادی، از طریق انطباق خانواده با سوءمصرف مواد مشخص می‌گردد.

زندگی در خانواده‌هایی که دچار سوءمصرف و وابستگی به مواد هستند فشار روانی زیادی را ایجاد می‌کند که خانواده تلاش می‌کند به اشکال مختلفی با آن مقابله کند. گاهی این تلاش به معنی تغییرات وسیعی است که در داخل منظومه خانواده، تعاملات آنها و مسیر رشدی فرزندان خانواده رخ می‌دهد. تعامل خانواده، از نقطه نظر چارچوب منظومه‌ای (بیتسون<sup>۱</sup>، ۱۹۷۱؛ بوئن، ۱۹۷۴)، به شکلی است که همیشه برای حفظ «ثبات» تغییر می‌کند. از این نقطه نظر، مصرف مواد توسط عضو خانواده رفتاری است که برای به دست آوردن تعادل و ثبات موردنیاز در کارکرد خانواده ایجاد می‌شود. واکنش خانواده به سوءمصرف مواد، تلاشی برای کسب چنین تعادلی برای ادامه زندگی است. سوءمصرف مواد مخدر یا الکل توانایی خانواده برای تنظیم کردن کارکرد عاطفی و رفتاری خود را به شدت مورد چالش قرار می‌دهد. خانواده

---

<sup>۱</sup> - Bateson

<sup>۲</sup> - Homeostasis

به عنوان یک واحد معمولاً به تعادل خود خواهد رسید، اما ممکن است این تعادل از نوع تعادل مختل باشد (نقل از دیتون، ۲۰۰۸).

اغلب، تأثیرات سوءمصرف مواد به ورای خانواده هسته‌ای<sup>۱</sup> می‌رسد. این امکان وجود دارد که اعضای خانواده گسترده<sup>۲</sup>، احساسات رها شدگی، اضطراب، ترس، خشم، نگرانی، خجالت یا گناه را تجربه کنند؛ ممکن است آنها تمایل به نادیده گرفتن یا قطع کردن رابطه با شخص سوءمصرف‌کننده را داشته باشند. علاوه بر این، این امکان وجود دارد که تأثیراتی که بر خانواده‌ها گذاشته می‌شود، به نسلهای آینده نیز منتقل شود. تأثیرات میان نسلی سوءمصرف مواد می‌تواند بر سر مشق‌گیری نقش‌ها، اعتماد و رفتار هنجار تأثیر منفی داشته باشد، که این می‌تواند به روابط میان نسلها آسیب بزند. برای مثال، کودکی که پدر و مادر سوءمصرف‌کننده داشته است، ممکن است در رشد خود تبدیل به والدی بیش از حد حمایت‌کننده<sup>۳</sup> و کنترل‌کننده شود، که به کودکان خود اجازه خودمختاری نمی‌دهد (کافمن و یوشیکا، ۲۰۰۵).

در ادبیات پژوهشی، اشتراکات متعددی از خانواده‌های مختل سوءمصرف‌کننده‌های مواد توصیف شده است. کافمن (۱۹۸۰) تعاملات خانوادگی اشخاص وابسته به هروئین را بررسی کرد و مطابق با اختلالاتی که توسط مینوچین<sup>۴</sup> (۱۹۷۵) توصیف شده است طبقه‌بندی کرد:

- **تعامل درهم تنیده<sup>۵</sup>:** خانواده به بهای از دست دادن خودمختاری<sup>۶</sup> اعضای مختلف خانواده، به شکل شکل درگیر بودن بیش از حد<sup>۷</sup> و نزدیکی غیرمؤثر، تعامل برقرار می‌کند. منظومه خانواده از طریق واکنشهای عاطفی شدید با فشارهای روانی مقابله می‌کند.

---

1 - Nuclear Family  
2 - Extended Family  
3 - Overprotective  
4 - Minuchin  
5 - Enmeshed Interaction  
6 - Autonomy  
7 - Overinvolvement