پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۳۱، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۶، صفحات ۲۶۵ تا ۲۷۱

مقاله اصلی
(Original Article)

مقایسه سبکهای دلبستگی بیماران مبتلا به اختلالهای مصرف مواد و افراد غیرمبتلا

دکتر محمدعلی بشارت، بهاره غفوری، دکتر رضا رستمی*

* گروه روانشناسی، دانشکدهٔ روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران

چکیده

سابقه و هدف: *هدف اساسی پژوهش حاضر مقایسه سبکهای دلبستگی بیماران مبتلا به اختلالهای مصرف مواد و افراد غیرمبتلا بود.*

روش بررسی: *۲۴۰ آزمودنی داوطلب شامل ۱۲۰ بیمار مبتلا به اختلالهای مصرف مواد افیونی و ۱۲۰ آزمودنی غیرمبتلا در این پژوهش شرکت کردند. از آزمودنی‌ها خواسته شد "پرسشنامهٔ اختلالهای مصرف مواد" و "مقیاس دلبستگی بزرگسال" را تکمیل کنند. برای تحلیل آماری داده‌های پژوهش از شاخصها و روشهای آماری شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، آزمون t گروههای مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد.*

یافته‌ها: *نتایج پژوهش نشان داد که بین سبکهای دلبستگی بیماران مبتلا به اختلالهای مصرف مواد افیونی و سبکهای دلبستگی افراد غیرمبتلا تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین بین سبکهای دلبستگی ایمن و ناایمن با شدت ابتلا به اختلالهای مصرف مواد افیونی به ترتیب همبستگی منفی و مثبت معنی‌دار وجود داشت.*

نتیجه‌گیری: *بر اساس یافته‌های پژوهش، سبکهای دلبستگی می‌توانند ابتلا به اختلالهای مصرف مواد افیونی را از طریق فرایندهای تعامل خانوادگی، کنترل اجتماعی، تنظیم عواطف و خودکارآمدی تحت تاثیر قرار دهند.*

واژگان کلیدی: *نظریهٔ دلبستگی، سبک دلبستگی، اختلال مصرف مواد، اعتیاد.*

مقدمه

یافته‌های پژوهشی نقش بنیادین متغیرهای متعدد مربوط به کنش‌وری و رفتار خانوادگی را در دو زمینهٔ پیشگیری و پدیدآیی اختلالهای مصرف مواد نشان داده‌اند (۳-۱). گستره و عمق نفوذ و تاثیرگذاری متغیرهای خانوادگی بر حسب اهمیتشان از زاویه‌های متفاوت بررسی شده‌اند. این متغیرها از طریق فرایندهای اجتماعی شدن درون خانوادگی، سرمشق‌گیری و تقلید از رفتار والدین، تقویت اجتماعی، درونی‌سازی ارزشها و رفتارهای خانواده و شیوه‌های کنترل اجتماعی و انضباطی والدین، آمادگی فرزندان را برای مصرف و سوء مصرف مواد متاثر می‌سازند (۴،۱). گستگی خانواده، کیفیت روابط والدین- کودک، حمایت والدین و بازخوردها و محدودسازیهای والدین در مورد مصرف مواد نیز از متغیرهای شناخته شده است (۸-۵). یافته‌های بالینی مصرف بیشتر مواد را در بین اعضای خانواده‌هایی که فاقد روابط صمیمی والدین- فرزندان بوده و پیوندهای ایمن را تجربه نکرده‌اند، تایید می‌کنند (۱۰،۹).

بالبی (Bowlby) (۱۳-۱۱) فرایند شکل‌گیری دلبستگی (Attachment) (پیوند عاطفی) نوزاد به مادر را تشریح کرد و نشان داد که تشکیل چنین پیوندی و تجربهٔ امنیت در چارچوب این پیوند سنگ بنای تحول و کنش وری در افراد غیرمبتلا است. از سوی دیگر، تجربهٔ ناامنی در رابطهٔ دلبستگی با مشخصه‌های بی‌اعتمادی، آسیب‌پذیری، حساسیت و مشکلات ارتباطی همبستگی دارد. پیرو تحقیقات بالبی در

آدرس نویسنده مسئول: تهران، پل گیشا، دانشکدهٔ روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی، صندق پستی ٦٤٥٦-٤١٥٥، دکتر محمدعلی بشارت (**email**: besharat2000@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۹/۲۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸٦/۷/۱۵

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

مـورد دلبـستگی، Ainstworth و همکـاران (۱۴) سـه سـبک دلبستگی ایمـن (Secure)، اجتنـابی (Avoidant) و دوسـوگرا (Ambivalent) تشخیص دادند. سبکهای دلبستگی، روشـهای مواجههٔ فرد با موقعیتهای استرس‌زا را متـاثر مـی‌سـازند (۱۵). افراد ایمن ضمن تصدیق موقعیت به سادگی از دیگـران کمـک می‌گیرند، اجتنابگرها در تصدیق موقعیت و جستجوی کمک و حمایت با مشکل مواجه می‌شوند و نشان برجستهٔ دوسـوگراها حساسیت بیش از حد نسبت بـه عواطـف منفـی و نگـاره‌هـای دلبستگی (Attachment figures) است به گونه‌ای که سـد راه خودپیروی آنها می‌شود (۱۵).

علی‌رغم اهمیت و تاثیر بی‌چون و چرای اختلالهای دلبـستگی در پدیدآیی بسیاری از اختلالهای روانشناختی، کیفیـت رابطـهٔ این اختلالها با اختلالهای مصرف مواد مورد بررسی پژوهشگران قرار نگرفته است. انجام چنین پژوهشی نه تنها توزیـع فراوانـی سبکهای دلبستگی بیماران مبتلا به اختلالهای مصرف مـواد را مشخص می‌سازد، بلکه صحت و اعتبار یافتـه‌هـای پیـشین در مورد نقش متغیرهای خانوادگی در پدیدآیی اختلالهای مصرف مواد را نیز به محک آزمون می‌نهد.

پرسش اصلی پژوهش حاضر در مورد رابطهٔ احتمالی نوع سبک دلبستگی فرد با ابتلای وی به اختلالهای مصرف مواد این است که « آیا نوع سبک دلبـستگی فـرد مـی‌توانـد ابـتلای فـرد بـه اختلالهای مصرف مواد را تبیین کند؟» مقایسهٔ سبک دلبستگی بیماران مبتلا به اختلالهای مصرف مـواد و افـراد غیـرمبتلا در چارچوب فرضیه‌های پژوهش تا حدودی پاسخ پرسش فـوق را مشخص می‌کنـد. در ایـن پـژوهش فرضـیه‌هـای زیـر بررسـی می‌شوند:

۱- توزیع فراوانی سبکهای دلبستگی ایمن و ناایمن در بیماران مبتلا به اختلالهای مصرف مواد و افراد غیرمبتلا متفاوت است.

۲- بین سبک دلبـستگی ایمـن و شـدت ابـتلا بـه اختلالهـای مصرف مواد همبستگی منفی وجود دارد.

۳- بین سـبکهای دلبـستگی نـاایمن (اجتنـابی، دو سـوگرا) و شدت ابتلا به اختلالهای مصرف مواد همبستگی مثبـت وجـود دارد.

مواد و روشها

جامعهٔ مورد مطالعه در این پـژوهش کلیـهٔ بیمـاران مبـتلا بـه اختلالهای مصرف مواد مراجعه‌کننده به سه مرکـز درمـانی در مناطق شـرق، غـرب و مرکـز تهـران بودنـد. در ایـن پـژوهش آزمودنی‌ها در دو گروه نمونهٔ بیمـار و غیـرمبتلا مـورد بررسـی قرار گرفتند. گروه بیماران شامل ۱۲۰ معتاد (۱۱۵ مرد، ۵ زن) داوطلب شرکت در پژوهش بودند که در بهـار سـال ۱۳۸۴ بـه صورت مراجعات متوالی برای درمان با متادون به یکی از مراکز سه گانهٔ درمان اعتیاد در شرق، غرب و مرکـز تهـران مراجعـه مـی‌کردنـد. میـانگین سـنی گـروه بیمـار ۹/۲±۳۵/۳ سـال (۶۰-۱۸ سال) بود. نمونهٔ غیربیمار نیـز شـامل ۱۲۰ آزمـودنی (۱۱۵ مـرد، ۵ زن) داوطلـب شـرکت در پـژوهش از همراهـان بیماران انتخاب شدند. شرایط پذیرش این گروه بـرای شـرکت در پژوهش این بود که هـیچ گونـه سـابقهٔ وابـستگی یـا سـوء مـصرف مـواد نداشـته باشـند و از نظـر ویژگیهـای جمعیـت شناختی شامل جنس، سن، تحصیلات، تأهل و سطح درآمد با گروه بیمـار همـسان باشـند. میـانگین سـنی گـروه غیربیمـار ۸/۹±۳۵/۹ سال (۵۷-۱۸ سال) بود.

پس از هماهنگی با مراکز ترک اعتیاد واقـع در مرکـز، شـرق و غـــرب تهـــران، پرســـشنامهٔ اختلالهـــای مـــصرف مـــواد (Substance Use Disorders Questionnaire) و مقیـــاس دلبـستگی بزرگـسال (Adult Attachment Inventory) بـه صورت انفرادی در مورد آزمودنی‌های دو گـروه اجـرا شـد. بـه منظور اجرای پژوهش، نخست هماهنگی‌های لازم با مراکز سه گانـه درمـان اعتیـاد صـورت گرفـت. سـپس بـرای ترغیـب آزمودنی‌ها به همکاری بیشتر، اهداف و اهمیت پژوهش حاضـر برای آنها تشریح گردیـد و گفتـه شـد کـه در صـورت تمایـل می‌توانند نتایج خـود در پاسـخ بـه پرسـشنامه‌هـا را از محقـق دریافت کنند. پس از موافقت و تمایـل افـراد، پرسـشنامه‌هـای مذکور به شکل انفرادی در اختیار آنها قرار می‌گرفت تا نـسبت به تکمیل آن اقدام نمایند. ابتدا پرسشنامهٔ اختلالهـای مـصرف مـواد و سـپس مقیـاس دلبـستگی بزرگـسال توسـط بیمـاران تکمیل گردید. پس از تکمیل پرسشنامه‌های مربوط بـه نمونـه بیمار، بـه بررسـی افـراد غیربیمـار پرداختـه شـد کـه از نظـر ویژگیهای جمعیت شناختی با نمونه بیمار همسان شدند. پـس از جلب موافقـت ایـن افـراد، مقیـاس دلبـستگی بزرگـسال در اختیار این افراد قرار می‌گرفت تا نسبت بـه تکمیـل آن اقـدام نمایند.

پرسشنامهٔ اختلالهای مصرف مواد: ایـن پرسـشنامه ویژگیهـای جمعیت شناختی (شامل سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت اقتـصادی)، نـوع مـواد، میـزان مـصرف، مـدت مصرف، اقدامات قبلی برای ترک مواد مورد استفاده، پیامدهای مـــصرف مـــواد و ســـایر ویژگیهـــای بـــالینی آزمودنیهـــا را می‌سنجد. این پرسشنامه، که به منظور هدفهای خاص پژوهش حاضر ساخته شد و روایی محتوایی آن بـر حـسب نظـر چهـار

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

متخصص (دو روانپزشک و دو روانشناس) مورد تایید قرار گرفت، از ۱۴ سوال بسته-پاسخ تشکیل شده است. آزمودنی بر حسب مورد به صورت بلی/خیر یا انتخاب یکی از چند گزینهٔ پیشنهاد شده، پاسخ خود را مشخص می کند.

مقیاس دلبستگی بزرگسال: مقیاس دلبستگی بزرگسال که با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازن و شیور (۱۶) ساخته و در مورد دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی شده است (۱۷)، یک آزمون ۱۵ سؤالی است و سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم= ۱، کم= ۲، متوسط= ۳، زیاد= ۴، خیلی زیاد= ۵) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های آزمون به ترتیب ۵ و ۲۵ خواهد بود. ضرایب آلفای کرونباخ پرسشهای زیرمقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در مورد یک نمونهٔ دانشجویی (۱۴۸۰ نفر شامل ۸۶۰ دختر و ۶۲۰ پسر) برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴، ۰/۸۵ (برای دانشجویان دختر ۰/۸۶، ۰/۸۳، ۰/۸۴ و برای دانشجویان پسر ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶) محاسبه شد که نشانه همسانی درونی (Internal consistency) خوب مقیاس دلبستگی بزرگسال است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های یک نمونهٔ ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصلهٔ چهار هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی (Test-retest reliability) محاسبه شد. این ضرایب در مورد سبکهای دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۸۴ (برای دانشجویان دختر ۰/۸۶، ۰/۸۲، ۰/۸۵ و برای دانشجویان پسر ۰/۸۸، ۰/۸۳ و ۰/۸۳) محاسبه شد که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس می‌باشد.

روایی محتوایی (Content validity) مقیاس دلبستگی بزرگسال با سنجش ضرایب همبستگی بین نمره‌های پانزده نفر از متخصصان روانشناسی مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب توافق کندال برای سبکهای دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۱ و ۰/۵۷ محاسبه شد. روایی همزمان (Concurrent validity) مقیاس دلبستگی بزرگسال از طریق اجرای همزمان مقیاسهای "مشکلات بین شخصی" و "عزت نفس کوپر اسمیت" در مورد یک نمونهٔ ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها ارزیابی شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در سبک دلبستگی ایمن و زیرمقیاس‌های مشکلات بین شخص همبستگی منفی معنی‌دار (r= -۰/۶۱ تا r= -۰/۸۳) و با زیرمقیاس‌های عزت نفس همبستگی مثبت معنی‌دار (r=۰/۳۹ تا r=۰/۴۱) وجود دارد. بین نمره آزمودنی‌ها در سبکهای دلبستگی ناایمن و زیرمقیاس‌های مشکلات بین شخص همبستگی مثبت معنی‌دار (r=۰/۲۶ تا r=۰/۴۵) و با زیرمقیاس‌های عزت نفس همبستگی منفی و اما غیرمعنی‌دار به دست آمد. این نتایج نشان‌دهندهٔ روایی کافی مقیاس دلبستگی بزرگسال است. نتایج تحلیل عوامل نیز با تعیین سه عامل سبک دلبستگی ایمن، سبک دلبستگی اجتنابی و سبک دلبستگی دوسوگرا، روایی سازهٔ (Construct validity) مقیاس دلبستگی بزرگسال را مورد تایید قرار داد (۱۷).

یافته‌ها

جدول شماره ۱ توزیع فراوانی آزمودنی‌های بیمار و غیربیمار را بر حسب متغیرهای دموگرافیک نشان می‌دهد. آزمودنی‌های گروه غیربیمار بر اساس اصل همسان‌سازی گروهها، با ویژگیهای مشابه گروه بیمار انتخاب و در پژوهش شرکت داده شده‌اند.

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های آزمودنی‌ها را برحسب سبکهای دلبستگی نشان می‌دهد. بر این اساس، میانگین نمره آزمودنی‌های غیرمبتلا در سبک دلبستگی ایمن (۳/۷۲) بیش از میانگین نمره آزمودنی‌های بیمار است و بر عکس میانگین نمره آزمودنی‌های بیمار در سبکهای دلبستگی اجتنابی (۲/۸۶) و دوسوگرا (۲/۰۹) بیش از میانگین نمره آزمودنی‌های غیرمبتلا است. در تمامی موارد اختلاف بین دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار است.

جدول ۲ـ میانگین و انحراف معیار نمره‌های آزمودنی‌ها برحسب سبک‌های دلبستگی

نوع دلبستگی	گروه بیمار (n= ۱۲۰)	گروه غیرمبتلا (n= ۱۲۰)	P
دلبستگی ایمن	*۲/۶۴±۰/۶۹	۳/۷۲±۰/۶۸	۰/۰۰۱
دلبستگی اجتنابی	۲/۸۶±۰/۷۳	۱/۹۰±۰/۶۴	۰/۰۰۱
دلبستگی‌دوسوگرا	۲/۰۹±۰/۷۳	۱/۶۷±۰/۶۹	۰/۰۰۱

*اعداد به صورت میانگین±انحراف معیار آورده شده است

میانگین و انحراف معیار نمره‌های معتادان در مورد شدت ابتلا به اختلالهای مصرف مواد افیونی بر حسب سن شروع مصرف مواد ۷/۸±۲۴/۹، نوع مواد مصرفی ۱/۴±۳/۰، روش مصرف ۱/۴±۲/۰و میزان مصرف ۱/۶±۲/۶ و شدت ابتلا ۳/۳±۱۶/۱بود.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های بیمار و غیربیمار بر حسب متغیرهای دموگرافیک

گروه	شاخص	جنس		تحصیلات					تأهل			سطح درآمد		
		زن	مرد	بیسواد	ابتدایی	سیکل	دیپلم	فوق‌دیپلم به بالا	مجرد	متأهل	مطلقه	عدم‌وجود درآمد	پائین	متوسط	بالا
بیمار		۵	۱۱۵	۲	۱۳	۳۸	۵۷	۱۰	۴۰	۷۱	۹	۳	۱۳	۸۸	۱۶
		(۴/۲)*	(۹۵/۸۳)	(۱/۷)	(۱۰/۸)	(۳۱/۷)	(۴۷/۵)	(۸/۳)	(۳۳/۳)	(۵۹/۲)	(۷/۵)	(۲/۵)	(۱۰/۸)	(۷۳/۳)	(۱۳/۳)
غیرمبتلا		۵	۱۱۵	-	۱۶	۳۵	۵۹	۱۰	۳۹	۷۲	۹	۱	۱۵	۹۱	۱۳
		(۴/۲)	(۹۵/۸۳)	-	(۱۳/۳)	(۲۹/۲)	(۴۹/۲)	(۸/۳)	(۳۲/۵)	(۶۰)	(۷/۵)	(۰/۸)	(۱۲/۵)	(۷۵/۸)	(۱۰/۸)
کل		۱۰	۲۳۰	۲	۲۹	۷۸	۱۱۴	۲۰	۷۹	۱۴۳	۱۸	۴	۲۸	۱۷۹	۲۹
		(۴/۲)	(۹۵/۸۳)	۰/۸۳	(۱۲/۰۸)	(۳۲/۵)	(۴۷/۵)	(۸/۳)	(۳۲/۹)	(۵۹/۵)	(۷/۵)	(۱/۶۶)	(۱۱/۶۶)	(۷۴/۵۸)	(۱۲/۸۰)

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند

جدول ۴ـ خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون شدت ابتلا به اختلالهای مصرف مواد افیونی در بیماران بر حسب سبکهای دلبستگی

شاخص	SS	df	Ms	F	P	R	R^2	SE
متغیر								
رگرسیون	۵۲۸/۷۲۴	۳	۱۷۶/۲۴	۱۴/۱۲۸	۰/۰۰۰	۰/۵۱۷	۰/۲۶۸	۳/۵۳۲
باقیمانده	۱۴۴۷/۰۶۸	۱۱۶	۱۲/۴۵					

شاخص	B	SEB	Beta	t	P
متغیر					
دلبستگی ایمن	-۲/۴۵۶	۰/۶۹۳	-۰/۴۱۹	-۳/۵۴۳	۰/۰۰۱
دلبستگی اجتنابی	۰/۶۹۶	۰/۶۴۲	۰/۱۲۶	۱/۰۸۵	۰/۲۸۰
دلبستگی‌دوسوگرا	-۴/۲۶۸	۰/۴۵۴	-۰/۰۰۱	-۰/۰۰۹	۰/۹۹۳

جدول ۳- ضرایب همبستگی پیرسون بین سبکهای دلبستگی و سن شروع، میزان و روش مصرف و شدت ابتلا به اختلالهای مصرف مواد افیونی در بیماران

متغیر	نوع سبک دلبستگی		
	ایمن	اجتنابی	دوسوگرا
سن شروع	-۰/۴۱**	۰/۳۷**	۰/۲۲*
اندازه موادمصرفی	-۰/۲۲*	۰/۲۱*	۰/۰۲
روش مصرف	-۰/۳۳**	۰/۱۸*	۰/۱۲
شدت ابتلا	-۰/۵۱**	۰/۴۳**	۰/۱۲

** α= ۰/۰۱; * α= ۰/۰۵

به منظور بررسی فرضیه دوم و سوم پژوهش، ابتدا همبستگی ساده پیرسون بین سبکهای دلبستگی و شدت ابتلا محاسبه شد. ضرایب همبستگی محاسبه شده نشان می‌دهند که فرضیه‌های دوم و سوم پژوهش مبنی بر وجود رابطه منفی بین سبک دلبستگی ایمن و شدت ابتلا و وجود رابطه مثبت بین سبک دلبستگی اجتنابی و شدت ابتلا تأیید می‌شوند. همبستگی بین سبک دلبستگی دوسوگرا و شدت ابتلا به اختلالهای مصرف مواد معنی‌دار نبود (جدول ۳).

سپس رابطهٔ سبکهای دلبستگی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و شدت ابتلا به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون تحلیل شدند. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین میانگین نمره شدت ابتلا با سبکهای دلبستگی در جدول ۴ ارائه شده‌اند. براساس این نتایج، میزان F مشاهده شده معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱) و ۲۶ درصد واریانس مربوط به شدت ابتلا به وسیله سبکهای دلبستگی تبیین می‌شود (R2=۰/۲۶۸). ضرایب رگرسیون هریک از سه متغییر پیش‌بین نشان می‌دهد که تنها سبک دلبستگی ایمن می‌تواند واریانس متغیر شدت ابتلا را به صورت معنی‌دار تبیین کند (P<۰/۰۰۱). ضریب تأثیر سبک دلبستگی ایمن (B= -۲/۴۵۶) باتوجه به آماره t نشان می‌دهد که سبک

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

دلبستگی ایمن با اطمینان ۰/۹۹ می‌تواند تغییرات مربوط به متغیر شدت ابتلا را پیش‌بینی کند. یعنی افزایش نمره سبک دلبستگی ایمن باعث کاهش شدت ابتلا می‌شود.

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که بین سبکهای دلبستگی ایمن و ناایمن دو گروه بیمار و غیر بیمار تفاوت معنی‌دار وجود دارد. میانگین نمره‌های گروه غیرمبتلا در سبک دلبستگی ایمن بالاتر از میانگین نمره‌های گروه بیمار بود و میانگین نمره‌های گروه بیمار در سبکهای دلبستگی ناایمن (اجتنابی، دوسوگرا) بالاتر از میانگین نمره‌های گروه غیر بیمار بود. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهشهای قبلی (۱۸) که رابطه بین سبک دلبستگی و اغلب اختلالات روانشناختی شامل اختلالات خلقی، اضطرابی، شخصیت و سوء مصرف مواد را مورد مطالعه قرار داده‌اند، همسو است. همچنین این یافته‌ها با نتایج پژوهش مکنالی و همکاران (۱۹) که به بررسی ابعاد دلبستگی و مشکلات مرتبط با نوشیدن الکل پرداختند و نیز با نتایج پژوهش کاسپر و همکاران (۲۰) که رابطه بین سبکهای دلبستگی و مصرف مواد را آزمودند و نیز با نتایج پژوهش توربرگ و لیورز (۲۱) که رابطه بین دلبستگی، ترس از صمیمیت و تمایز خود را آزمودند، همخوانی دارد. چند تبیین احتمالی برای این یافته مطرح می‌شود.

باتوجه به نظریه تعامل خانواده بروک و همکاران (۲۲) می‌توان از سبک تعامل خانوادگی به عنوان یکی از مکانیسم‌های تأثیرگذار بر سبک دلبستگی برای تبیین این یافته استفاده کرد. وجود مشکلات ارتباطی و خانوادگی بیشتر در سبک تعامل خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالهای مصرف مواد، فراوانی بیشتر سبک دلبستگی ناایمن در فرزندان این خانواده‌ها را توجیه می‌کند.

تبیین مشابه دیگر را می‌توان براساس نظریه کنترل اجتماعی الیوت (۲۲) ارائه نمود. بر اساس این نظریه، وجود فشار در درون خانواده‌های بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد و عدم وجود روابط صمیمانه میان والدین و فرزندان در خانواده‌های این بیماران فراوانی بیشتر سبک دلبستگی ناایمن در فرزندان این خانواده‌ها را توجیه می‌نماید.

مطابق نظریه خودشیفتگی کوهات (۲۳)، معتادان افرادی هستند که از تجربیات دردناک ناشی از سرخوردگیهای شدید در ارتباط با مادر رنج می‌برند. بی‌توجهی مادر نسبت به نیازهای فرزند باعث می‌شود خود تنظیم‌گری با موفقیت انجام نشود و ساختارهای روانی مرتبط با کنترل درونی رفتار شکل نگیرند. در نتیجه، این افراد به امور و اشیای بیرونی وابستگی پیدا می‌کنند و مصرف مواد یکی از شیوه‌های جبران کمبودهای درونی آنها محسوب می‌شود. بر این اساس می‌توان از تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی که مربوط به سرخوردگیهای شدید در ارتباط با مادر است به عنوان یکی از مکانیسم‌های تأثیرگذار بر سبک دلبستگی برای تبیین این یافته استفاده نمود. به این ترتیب، بی‌توجهی بیشتر مادر نسبت به نیازهای کودک در دوران کودکی در خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالهای مصرف مواد، فراوانی بیشتر سبکهای دلبستگی ناایمن در فرزندان این خانواده‌ها را توجیه می‌کند.

نتایج پژوهش نشان داد که بین سبک دلبستگی ایمن و شدت ابتلا به اختلال مصرف مواد همبستگی منفی معنی‌دار وجود دارد و فقط سبک دلبستگی ایمن می‌تواند تغییرات مربوط به شدت ابتلا را پیش‌بینی نماید. این یافتهٔ اکتشافی پژوهش را می‌توان براساس چند تبیین احتمالی تفسیر کرد.

یکی از کارکردهای ابتدایی دلبستگی تنظیم تجربه‌های عاطفی در روابط بین شخصی است (۲۱). افراد دارای سبک دلبستگی ایمن هنگام مواجهه با استرسهای هیجانی، به جستجوی حمایت اجتماعی می‌پردازند درحالیکه افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن برای خودتنظیم‌گری عاطفی به روشهای دیگر مانند مصرف الکل یا مواد مخدر، پناه می‌برند (۲۱). بر این اساس می‌توان از شیوهٔ مقابله با استرس‌های هیجانی به عنوان یکی از مکانیسم‌های تأثیرگذار بر شدت ابتلا به سوء مصرف مواد برای تبیین این یافته استفاده نمود. احتمالا جستجوی حمایت‌های اجتماعی هنگام مواجهه با استرسهای هیجانی در افراد ایمن مبتلا به اختلالهای مصرف مواد، کاهش شدت ابتلا در این افراد را توجیه می‌کند.

افراد دارای سبک دلبستگی ایمن، تجسمی مثبت و حمایتگر از نگاره دلبستگی دارند. این تجسم مثبت احساس خودارزشمندی و خودکارآمدی را در این افراد افزایش می‌دهد و آنها را قادر می‌سازد که عواطف منفی خود را به شیوه‌ای سازنده تعدیل نمایند (۱۸). براین اساس می‌توان از احساس خودارزشمندی و خودکارآمدی به عنوان یکی از مکانیسم‌های تأثیرگذار بر کاهش شدت ابتلا به سوء مصرف مواد، برای تبیین این یافته استفاده نمود. احساس خودارزشمندی و خودکارآمدی در افراد دارای سبک دلبستگی ایمن مبتلا به سوء مصرف مواد منجر به تعدیل عواطف منفی به شیوه‌ای سازنده‌تر در این افراد می‌شود که این امر می‌تواند کاهش شدت ابتلا در این افراد را توجیه نماید. نتایج این پژوهش،

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

بیانگر اهمیت سبکهای دلبستگی و ضرورت توجه به آنها در مطالعات و اقدامات مربوط به درمان اختلالهای مصرف مواد است. رابطه به دست آمده در این پژوهش نشانگر این است که در شکل‌گیری اختلالهای مصرف مواد، نباید نقش موثر سبکهای دلبستگی نادیده گرفته شود. بویژه نتایج این پژوهش می‌تواند به محققان و متخصصان بالینی، کمکهای شایان توجهی در برنامه‌های مداخله و پیشگیری از سوء مصرف مواد با تمرکز بر سبکهای دلبستگی، متغیرهای خانوادگی و خانواده‌درمانی، نماید.

جامعهٔ آماری پژوهش (معتادان خود معرف، داوطلب، اکثراً مذکر) و نوع پژوهش (همبستگی) محدودیتهایی را در زمینهٔ تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شود. مطالعه و مقایسه سبکهای دلبستگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی یا سایر انواع اعتیاد (به اشیاء یا اشخاص) با هدف بررسی دقیق‌تر نقش سبکهای دلبستگی در پیدایش و تداوم این وابستگی‌ها برای پژوهشهای آتی پیشنهاد می‌شود. به همین منظور، مطالعهٔ سبکهای دلبستگی افراد معتاد (به مواد افیونی و جز آن) برحسب نظریه‌های جدیدی که به وجود «شخصیت اعتیادآور» اعتقاد دارند در مقایسه با رویکردهایی که اعتیادهای مختلف را به عنوان پدیده‌های متفاوت رفتاری درنظر می‌گیرند، پیشنهاد می‌شود.

REFERENCES

۱. بشارت مع، میرزمانی م، پورحسین ر. نقش متغییرهای خانوادگی در پدیدآیی اختلالهای مصرف مواد. مجله اندیشه و رفتار، ۱۳۸۰؛ شماره ۳، صفحات ۴۶ تا ۵۲.

۲. بهرامی ا، مولف. اعتیاد و فرایند پیشگیری. چاپ اول، تهران: انتشارات سمت، سال ۱۳۸۳.

3. Newcomb MD. Substance abuse and control in the United States: ethical and legal issues. Soc Sci Med 1992;35:471-79.

4. Newcomb MD, Richardson MA. Substance use disorders. In: Hersen M, Ammerican RD, editors. Advanced abnormal child psychology. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2000.

5. Johnson V, Pandina RJ. Effects of the family environment on adolescent substance use, delinquency, and coping styles. Am J Drug Alcohol Abuse 1991;17:71-88.

6. Needle RH, Su SS, Doherty WJ. Divorce, remarriage, and adolescent substance use: A prospective longitudinal study. Journal of Marriage and the Family 1990;52:157-69.

7. Newcomb MD, Bentler PM. Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study. J Abnorm Psychol 1988;97:64-75.

8. Newcomb MD, Bentler PM. The impact of family context, deviant attitudes, and emotional distress on adolescent drug use. Longitudinal latent variable analyses of mothers and their children. Journal of Research in Personality 1988b;22:154-76.

9. Jessor R, Jessor SL, editors. Problem behavior and psychosocial development. New York: Academic Press, 1977.

10. Kandel DB. Drug and drinking behavior among youth. Ann Rev Soc 1980;6:235-85.

11. Bowlby J, editor. Attachment and loss: attachment. New York: Basic Books, 1969.

12. Bowlby J, editor. Attachment and loss: separation, anxiety and anger. New York: Basic Books, 1973.

13. Bowlby J, editor. Attachment and loss: sadness and depression. New York: Basic Books, 1980.

14. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S, editors. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1978.

15. Kobak RR, Sceery A. Attachment in late adolescence: working models, after regulation and representations of self and others. Child Dev 1988;59:135-46.

16. Hazan C, Shaver PR. Romantic love conceptualized as an attachment process. J Pers Soc Psychol 1987;52:511-24.

۱۷. بشارت مع، مولف. هنجاريابي مقياس دلبستگي بزرگسال. گزارش پژوهشي. دانشگاه تهران، ۱۳۸۴.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

18. Cassidy J, Shaver PR, editors. Handbook of attachment: theory, research, and clinical application. New York: Guilford Press, 1999.

19. Mcnally AM, Palfai TP, Levine RV, More BM. Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults. J Addict Behav 2003;28:115-26.

20. Caspers KM, Cadoret RJ, Douglas L, Yucuis R, Troutman B. Contributions of attachment style and perceived social support to life time use of illicit substances. J Addict Behav 2005;30:1007-11.

21. Torberg FA, Lyvers M. Attachment, fear, intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. J Addict Behav 2005;22:154-76.

22. Petraitis J, Flay BR, Miler TA. Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. Psychol Bull 1995;117:67-86.

23. Kohut H, editor. The restoration of the self. Madison, CT: International University Press, 1992.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]