

## رویکردها و مدل‌های اعتیاد

کیوان شکری<sup>۱</sup>، رضا رنجبران<sup>۲</sup>، انیسه روخوش<sup>۳</sup>

### چکیده

رویکردها و مدل‌های اعتیاد عوامل متعددی را در گرایش به اعتیاد مؤثر می‌دانند. روش این پژوهش کتابخانه‌ای و اسنادی بود. مدل‌ها و رویکردهای اعتیاد با مرور یافته‌های علمی و رویکرد تحلیلی و نظری مورد بررسی قرار گرفت. هر یک از مدل‌ها برای درک اعتیاد یا رفتارهای اعتیادی خاص به شیوه گرایش به اعتیاد و عوامل متفاوت در تداوم اعتیاد تأکید دارند. مدل اجتماعی/ محیطی، اعتیاد را اکثراً بازتاب عوامل محیطی همچون فقر، پایگاه پایین اقتصادی اجتماعی، فشار اجتماعی، همشینی با افراد کج‌رو و... می‌داند. مدل روانی، اعتیاد را حاصل شکست در اراده فرد وابسته به مواد می‌داند و مدل ژنتیکی و وراثتی به دنبال پاسخی از منظر بیولوژیکی است. به این علت که هر کدام از این مدل‌ها نظرات تک‌بعدی و ناقصی را ارائه داده‌اند برخی از صاحب‌نظران به سمت ادغام این تبیین‌ها حرکت کردند و مدل زیستی-روانی-اجتماعی را مطرح کرده‌اند. البته در سال‌های اخیر بعد معنوی نیز به این مدل اضافه شده است. طبق این مدل، اعتیاد حاصل ترکیب عوامل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی است. اعتیاد به عنوان یک آسیب اجتماعی در کنار مشکلاتی چون بیکاری، فقر، طلاق و... تحت تأثیر دلایل روان‌شناختی فردی که خود در بستر خانواده، ارتباط با همسالان و جامعه شکل می‌گیرد، به دلیل تبعات فراوان آن در نظام سیاسی اقتصادی کشور نیازمند توجه و اراده جدی برای کاهش آسیب‌های آن است. بنابراین بهتر است برنامه ریزی برای پیشگیری و درمان اعتیاد با در نظر گرفتن ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی باشد. مهم‌ترین ویژگی این مدل، نگاه جامع و کل‌نگر به انسان است.

**کلیدواژه‌ها:** اعتیاد، رویکردها، زیستی، روانی، اجتماعی

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. پست الکترونیک

shokri.keivan@gmail.com

۲. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳. کارشناس مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

## مقدمه

اعتیاد یک مشکل جهانی است که تقریباً بیشتر کشورهای جهان با آن روبرو هستند. کشور ما هم به سبب شرایط جغرافیایی، تغییرات اقتصادی و اجتماعی، عوامل فردی و محیطی با این معضل روبرو است و به سبب نداشتن مداخله‌های پیشگیرانه مناسب، در معرض گسترش و تشدید این بیماری است. زیان‌های ناشی از اعتیاد و هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی و نداشتن بهره‌وری نیروی انسانی متعاقب این بیماری، میلیاردها دلار است. بنابراین کوشش‌های پیشگیرانه از آن، کاملاً روشن و یک ضرورت انکارناپذیر است. بنا به گزارش برلی<sup>۱</sup>، مسئله سوء مصرف مواد در حال حاضر بعد از سه بحران اصلی جهان یعنی نابودی محیط زیست، تهدید اتمی و بحران فقر، بحران چهارم جهان را تشکیل داده است (به نقل از شکری، ۱۳۹۵). بر اساس اعلام مسئولان وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی سالانه حدود ۸ درصد به مصرف کنندگان مواد مخدر در کشور افزوده می‌شود. طبق گزارش معاونت سلامت بهداشت، آمار مبتلایان به سوء مصرف مواد در ایران ۳ میلیون و ۷۰۰ هزار نفر اعلام شده است (به نقل از کریم یار جهرمی، افتخارزاده، و حمیدی پور، ۱۳۹۲). بنابراین شدت اعتیاد که به نوع ماده مصرفی، مقدار مصرف، دفعات مصرف و شیوه مصرف بستگی دارد آمار نسبتاً بالایی را نشان می‌دهد. بدون شک این پدیده شوم پیامدهای ناخوشایند بسیاری در پی دارد که می‌توان به چالش از هم پاشیدگی خانواده‌ها و طلاق، فرزندان بی سرپرست و آینده آنان، هدر رفتن منابع مالی و اقتصادی کشور، پر شدن زندان‌ها و افزایش سایر انحرافات اشاره نمود. بر این اساس پرداختن به موضوع مورد بحث اجتناب‌ناپذیر است. شاخه‌های مختلف علوم در این زمینه به تحقیق پرداخته‌اند. مثلاً علم پزشکی به تأثیرات دارویی مواد مخدر بر اعضا و جوارح بدن پرداخته است. علم روان‌شناسی بیشتر بر جنبه‌های روانی فرد معتاد پرداخته و علل و نتایج روانی مصرف مواد مخدر را مورد مطالعه قرار داده است. جامعه‌شناسی و مددکاری اجتماعی عوامل اجتماعی و محیط اجتماعی را مورد بررسی قرار داده‌اند. اطلاع از نظریات رایج درباره پدیده اعتیاد یک ضرورت انکارناپذیر است. هر یک از این مدل‌ها از همان ابتدا برای

درک اعتیاد یا رفتارهای اعتیادی خاص به چگونگی بروز اعتیاد تأکید می‌کنند. همچنین بر اساس سبب‌شناسی مطرح شده در هر یک از این مدل‌ها پیشنهادهایی نیز برای پیشگیری، مداخله و درمان نیز ارائه می‌دهند. در واقع اعتیاد نیز مانند سایر مسائل و پدیده‌های اجتماعی از علت‌های گوناگونی نشأت می‌گیرد و نمی‌توان آن را در یک نگاه تک‌عاملی بررسی کرد چرا که مسائل اجتماعی اولاً چندبعدی بوده و ثانیاً، انسان موجودی چندبعدی است. به همین دلیل برای تبیین علل اعتیاد نمی‌توان یک مدل را مطرح کرد چرا که هر کدام از این مدل‌ها بخشی از مسئله مورد بررسی را تبیین می‌کنند و هیچ کدام از آن‌ها به تنهایی از جامعیت برخوردار نیستند. به همین دلیل این مدل‌ها مکمل یکدیگر هستند. برای آشنایی با رویکردهای گوناگون اعتیاد در این مقاله رویکردها در طبقات مشخصی ارائه و معرفی می‌شوند.

### مدل‌های اجتماعی اعتیاد

مدل محیطی و اجتماعی اعتیاد بر نقش محیط فرد در اختلال سوء مصرف مواد مخدر تأکید دارد. مدل روند زندگی، اعتیاد را یک روند همیشگی می‌داند که فرد درگیر را به لذت و امنیت می‌رساند. مرکز این مدل نقش بافت اجتماعی و تجارب فردی مؤثر در مصرف همیشگی مواد است. مدل مشابهی بر نقش نیروهای محل اجتماعی از قبیل بیکاری و فقر تأکید دارد که فرد را در معرض خطر سوء مصرف مواد قرار می‌دهند. مدل فرهنگی - اجتماعی نیز عوامل فرهنگی و اجتماعی را عامل پیشگیری و شیوع رفتارهای خاص می‌داند. تأکید این مدل بر مکانیسم‌های اجتماعی تسهیل‌گر توسعه اعتیاد است. این مکانیسم‌ها می‌توانند اعتقادات قومی، سنت‌های خانوادگی، هنجارهای اجتماعی و موقعیت‌های اقتصادی و اجتماعی باشند. این رویکرد عوامل و بافت اجتماعی را در شروع مصرف مواد و اعتیاد مؤثر می‌داند. دیدگاه جامعه‌شناختی مصرف مواد را محصول روابط اجتماعی می‌داند که باعث ایجاد ناامیدی، ناکامی، محرومیت و از خودبیگانگی می‌شود. معمولاً نوجوانان در جریان سال‌های ابتدایی در مدرسه معمولاً نگرش مثبتی به مواد ندارند و نگرش آنان اجتماع‌پسندانانه است ولی در دوره متوسطه نگرش آنان در جهت

پذیرش این رفتارها تغییر می‌کند و این پذیرش آنان را در معرض خطر قرار می‌دهد (هاوکینز، کاتالانو و میلرف، ۱۹۹۲). هر چه فرد در سنین پایین‌تر درگیر رفتارهای مشکل‌ساز شود احتمال بروز این رفتارها در آینده بیشتر است. پژوهش نشان داده است نوجوانانی که قبل از ۱۵ سالگی شروع به مصرف مواد کرده‌اند بیشتر از کسانی که بعد از ۱۹ سالگی چنین تجربه‌ای دارند در معرض خطر سوء مصرف مواد در بزرگسالی قرار می‌گیرند (هاوکینز و همکاران، ۱۹۹۲). از دیگر عوامل مؤثر که این رویکرد به آن می‌پردازد عدم آشنایی جوانان با مهارت‌های زندگی و ناآشنایی با شیوه‌های شاد زیستن و جامعه‌پذیر بودن است (بوتین و گریفین، ۲۰۰۴). مصرف مواد توسط همسالان نیز یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های مصرف مواد است که این رویکرد به آن پرداخته است. معمولاً افرادی که سابقه سوء مصرف مواد دارند بسیاری از رفتارهای آنان از طریق معاشرت یعنی داشتن روابط اجتماعی با انواع خاصی از مردم مانند معتادان آموخته می‌شود. در واقع، فرایند یادگیری اعتیاد به وسیله دوستان فرد معتاد آموخته می‌شود. ادوین ساترلند معتقد است که در جریان رشد، فرد رفتار درست، کج رفتاری و انگیزه عمل به رفتار را یاد می‌گیرد. ساترلند بیشترین سهم را به گروه‌های نخستین و خانواده می‌دهد که دارای روابط چهره به چهره و صمیمانه هستند (صدیق سروستانی، ۱۳۹۰). این موضوع در پژوهش‌های پژوهشگرانی همچون فیضی، ویسی رایگانی، عبدی، شاکری و مردوفی (۱۳۹۴)؛ فولادی (۱۳۹۵)؛ توکر<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۱)؛ ویستل، باچند، پیل و برون<sup>۴</sup> (۲۰۱۳)؛ سیمونز - مورتون و فرहत<sup>۵</sup> (۲۰۱۰) نیز تایید شده است. هر چقدر امکان دسترسی به مواد بیشتر باشد، خطر مصرف مواد نیز افزایش می‌یابد. دسترس‌پذیری ادراک شده نیز با افزایش خطر مصرف مرتبط است. به عنوان مثال در مدارس سی که کودکان احساس کنند دسترسی آسانی به مواد دارند میزان مصرف بالاست (پازانی، برجلی، احدی و موجمباری، ۱۳۹۵). محیط خانواده و روابط حاکم بر خانواده و فشارهای اجتماعی همچون عدم موفقیت در دستیابی به اهداف با ارزش از نظر اجتماع، وقوع حوادث بزرگ و تأثیرگذار از نظر اجتماع

1. Hawkins, Catalano and Milford  
2. Botvin & Griffin  
3. Tucker

4. Whitesell, Bachand, Peel & Brown.  
5. Simons -Morton & Farhat

مثلاً از دست دادن نزدیکان، طلاق پدر و مادر، اخراج از شغل یا اخراج از مدرسه و تجربه وقوع حوادث منفی مانند سوءاستفاده جنسی از کودکان، قربانی شدن یک واقعه جنایی، تنبیه‌های لفظی یا جسمانی تمایل به مصرف مواد را در افراد ایجاد می‌کند (شکری، ۱۳۹۵). همچنین مشکلات اجتماعی که علت آن الگوهای کنترل نشده مهاجرت و ایجاد منطقه‌هایی است که اهالی آن از فرهنگ کلی جامعه جدا افتاده‌اند در گرایش به اعتیاد تاثیر دارد. زیرا معیارهای شکل گرفته در این مناطق با سایر مناطق در تضاد است و افراد به طور مکرر در معرض یادگیری الگوهای موافق قانون شکنی هستند. این امر در گرایش افراد به رفتارهای اعتیادی مؤثر است (ستوده، ۱۳۹۳). یکی دیگر از عوامل اجتماعی و محیطی مهم در گرایش افراد به اعتیاد، کنترل اجتماعی است. خانواده از چهار طریق می‌تواند بر رفتار فرزندان نظارت داشته باشد: (۱) نظارت درونی، (۲) نظارت غیرمستقیم، (۳) نظارت مستقیم و (۴) ارضای نیازها (محسنی تبریزی، ۱۳۸۳). رویکرد اجتماعی انحراف را یک پدیده اجتماعی می‌داند و بر این باور است که کج رفتاری اجتماعی ناشی از عوامل روان‌شناختی یا زیست‌شناختی نیست و منحرفان ذاتاً منحرف نیستند، بلکه این جامعه است که هویت انحرافی را در افراد پدید می‌آورد (زاهدی اصل، ۱۳۹۳). نگاه جامعه‌شناسان به اعتیاد بر این محور قرار دارد که بسیاری از عوامل شیوع اعتیاد و بازگشت به آن در درون فرد قرار ندارد. مصرف موادمخدر کار کردهایی دارد که افراد را به سوی خود جلب می‌کند. این مواد وسیله ارتباط، سرگرمی، تفریح و پیوستگی فرد به گروه است. از سوی دیگر افراد مستعد، فاقد امکانات لازم برای کسب شغلی، ارتباطات اجتماعی و راه‌هایی برای گذراندن اوقات فراغت هستند و زندگی افراد قابل تفکیک از تجارب نیست. درمان‌گر نمی‌تواند فقط به شکل اعتیاد فرد توجه کند، بلکه لازم است فرد را در شبکه روابط اجتماعی نگاه کند. اعتیاد حاصل مشکلاتی است که فرد با آن‌ها روبرو است و مشکلات او را نمی‌توان از زندگی اجتماعی جدا ساخت (سخاوت، ۱۳۸۲). بنابراین عوامل اجتماعی و محیطی نقش بسیار متنوعی را در زمینه‌ی استفاده از مواد ایفا می‌کنند و نظریه‌های جامعه‌شناختی این حوزه به تبیین نیروهای ساختاری و فرهنگی مؤثر بر سوءمصرف موادمخدر پرداخته‌اند. جامعه‌شناسان کارکردگرا معتقدند که سوءمصرف

موادمخدر، واکنشی به تضعیف هنجارهای اجتماعی است. از نظر کارکرد گریبان هر چه جامعه پیچیده‌تر شود و تحولات اجتماعی با سرعت بیشتری روی دهند، هنجارها و ارزش‌های اجتماعی مبهم‌تر شده و به وضعیت آنومیک (بی‌هنجاری) خواهند انجامید. آنومی در مقیاس جامعه می‌تواند به فشارهای اجتماعی و ناهمسازی‌های هنجاری ختم شود و موجبات سوء مصرف موادمخدر را فراهم کند. ناهمسازی هنجاری زمانی مشاهده می‌شود که مسئولان بهداشت و سلامت در مورد خطرات مصرف موادی مانند الکل و سیگار هشدار می‌دهند؛ اما کارخانه‌های تولیدکننده مشروبات الکلی و سیگار سالیانه میلیون‌ها دلار خرج تبلیغات و گول زدن مردم می‌کنند. آنومی یا بی‌هنجاری ممکن است در سطح فردی هم رخ دهد مثلاً زمانی که فرد احساس غربت و تنهایی کند و در مورد رفتار مناسب و نامناسب در جامعه دچار سردرگمی شود. بنابراین طبق رویکرد کارکردی - ساختی، سوء مصرف موادمخدر واکنشی است به نبود پیوند بین فرد و جامعه و تضعیف شدن وفاق جمعی در مورد هنجارهای مقبول اجتماعی (صدیق سروستانی، ۱۳۹۰).

رویکرد تضاد: رویکرد تضاد بر اهمیت تفاوت قدرت سیاسی، اقتصادی و اجتماعی گروه‌های ذی‌نفع اجتماعی و چگونگی تأثیر آن بر رفتارها و ارزش‌های سوء مصرف موادمخدر تأکید دارد. از این منظر سوء مصرف موادمخدر واکنشی به نابرابری موجود در نظام سرمایه‌داری است. افراد یک جامعه بیگانه از کار، دوستان و خانواده و همچنین از جامعه و نهادهای آن به سوء مصرف موادمخدر به عنوان ابزاری برای فرار از ستم و سرخوردگی ناشی از نابرابری روی می‌آورند. در چنین جامعه‌ای قدرتمندترین اعضای جامعه هنجارهایی را تعریف می‌کنند که مصرف مواد را غیرقانونی اعلام و برای تولید، عرضه و مصرف آن جریمه‌هایی نیز تعیین می‌کنند (صدیق سروستانی، ۱۳۹۰).

رویکرد کنش متقابل نمادین: کنش متقابل نمادین بر اهمیت تعریف و برجسب‌زنی و معانی منتسب به مصرف مواد تأکید دارد. اگر تجربه نخستین مصرف مواد خوب تلقی و تعریف شود، مصرف مواد تکرار خواهد شد و فرد ممکن است به تدریج بر چسب معتاد بخورد. اگر این تعریف طوری درونی شود که فرد نیز خود را معتاد تلقی کند، رفتار فرد استمرار و حتی افزایش خواهد یافت. مصرف مواد از طریق کنش متقابل نمادین در

گروه‌های کوچک (همسالان و دوستان) یاد گرفته می‌شود. افراد تازه کار در نخستین مرتبه مصرف مواد تحریک شدن برای مصرف و فنون آن را یاد می‌گیرند. زمانی که مصرف برخی مواد، رفتارها و تجارب توسط گروه همسالان و دوستان، مقبول و لذت‌بخش شمرده شود، احتمال ادامه مصرف وجود دارد. شرایط بد اجتماعی، فقر و فرصت‌های شغلی، شکست‌های مالی، داروهای تجویز شده مثل خواب‌آورها و مسکن‌ها و در دسترس بودن مواد از جمله دلایل سوء مصرف مواد است. عواملی همچون اثر همسالان (سیمون - مورتون، ۲۰۰۷)، والدین مصرف‌کننده الکل و مواد (دراپیل و موشر، ۲۰۰۷) و نظارت والدین (مارتینز، استور، الکساندر و چیلاکوت، ۲۰۰۸) از جمله عوامل خطر اجتماعی و محیطی مرتبط با مصرف مواد مخدر معرفی شده‌اند. از جمله عوامل اجتماعی و فردی مرتبط با اعتیاد عبارتند از: در دسترس بودن مواد، هنجارهای فرهنگی، فقر و محرومیت اقتصادی، تعارض و پیوند ضعیف خانوادگی، رفتارهای مشکل‌شایع و اولیه، کارکرد تحصیلی ضعیف، فقدان تعهد به مدرسه، عدم پذیرش همسالان و وابستگی منفی به آن‌ها، نگرش مطلوب و ضد اجتماعی به مواد، تجربه زود هنگام سوء مصرف، تجربه پایین والدین در ساختار بندی و سازماندهی خانوادگی، سبک کنار آمدن با تغییرات رشدی ناشی از عبور از نوجوانی و جوانی به بزرگسالی، فقدان نظارت والدین، جو منفی خانواده، نوع روابط با همسالان، چگونگی محیط مدرسه و اوضاع و شرایط محله زندگی.

نقدی، رضایی دره‌ده و زندی (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر ترک اعتیاد موفق در گروه مردان عضو NA در شهر نورآباد پرداختند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که متغیرهای طرد اجتماعی مضاعف، عدم موفقیت در ترک فردی، حمایت اجتماعی گروه از فرد و هویت یابی در گروه با متغیر وابسته تحقیق یعنی ترک اعتیاد موفق با عضویت در NA رابطه‌ی مثبت و معناداری دارند. همچنین بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون متغیرهای مستقل تحقیق حدود ۵۳ درصد از تغییرات ترک اعتیاد موفق با عضویت در NA را تبیین می‌کنند. باقری، نبوی، ملتفت و نقی‌پور (۱۳۸۹) در پژوهشی به

بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر پدیده اعتیاد در شهر اهواز پرداختند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که بین پایگاه اجتماعی - اقتصادی و شدت اعتیاد رابطه معکوس و معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین متغیرهای بی‌هنجاری، احساس انزوایی و معاشرت با افراد معتاد با شدت اعتیاد رابطه‌ی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت. رشادت (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد پرداخت. نتایج پژوهش نشان داد که تعهد اجتماعی، انزوای اجتماعی و کنترل اجتماعی در گروه معتادین به طرز معنی‌داری کمتر از گروه کنترل است. خادیمان و قناعتیان (۱۳۸۷) در پژوهشی به بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری و کاهش آسیب زنان شهر تهران پرداختند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که از هم گسستگی خانواده زن و شوهری خانواده پدر و مادری، نابسامانی خانواده زن و شوهری، پایگاه اقتصادی - اجتماعی، در دسترس بودن مواد مخدر و اعتیاد اعضای خانواده از عوامل مؤثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر بوده است. اسمال، فاست، کروسبی، وود و کر<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) در پژوهشی به بررسی نقش اجتماع و خصوص گروه دوستان و همسالان در شروع به تزریق مواد مخدر پرداختند. در این تحقیق داده‌ها از طریق مصاحبه با جوانان خیابانی تزریق کننده مواد مخدر گردآوری شده بود. نتایج این تحقیق نشان داد که در بیشتر مواقع تشویق دیگر استفاده‌کنندگان مواد به تزریق، این کار را تسهیل می‌کند. روایت جوانان در این تحقیق نشان داد که در اولین تزریق مواد، تأثیر اجتماعی متقابل همسالان بسیار برجسته است. کرمود، سونو، سونگپوت و دوین<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) در پژوهشی با استفاده از روش کیفی با استفاده از سه بحث گروهی متمرکز و ده مصاحبه عمیق به بررسی اعتیاد و مصرف مواد مخدر در دو ایالت در شمال شرقی هند پرداختند. نتایج این تحقیق نشان داد که گوشه‌نشینی و فشارهای هیجانی از جمله دلایل استفاده از الکل و مواد مخدر بودند.

نتایج مطالعه مروری قبادزاده، مسعودی، محمد خانی و حسنی (۱۳۹۶) نشان داد که در سطح فردی، عواملی مثل راهبردهای مقابله‌ای، عوامل مربوط به تحصیل و مدرسه،

1. Small, Fast, Krusi, Wood & Kerr

2. Kermode, Sono, Songput & Devine



مکانیسم‌های دفاعی فرد معتاد، خانواده و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی؛ در سطح هیجانی عواملی مثل هوش هیجانی، هیجان‌طلبی و سبک تنظیم هیجان و در سطح اجتماعی عواملی مثل وضعیت آنومیک، سرمایه اجتماعی، شبکه روابط، حمایت اجتماعی، شکاف بین نسلی و معنویت نقش عمده در گرایش، شروع و ادامه مصرف مواد ایفا می‌کنند.

### دلایل اعتیاد از منظر روان‌شناسی

نظریه‌های روان‌شناسی ریشه‌های علمی هرگونه کج‌رفتاری و ناهنجاری نظیر اعتیاد به مواد مخدر و سایر آسیب‌ها را در آسیب‌های روانی و عاطفی فرد جست‌وجو می‌کنند. در بعد روان‌شناختی خطر مصرف مواد و رفتارهای بزهکارانه اغلب در افرادی دیده می‌شود که دارای رفتارهای نظیر هیجان‌خواهی، اجتناب کم از آسیب و کنترل ضعیف تکانه هستند (کودجو و کلاین، ۲۰۰۲، به نقل از پازانی و همکاران، ۱۳۹۵). کامپرینگ و آلن (۲۰۰۲؛ به نقل از پازانی و همکاران، ۱۳۹۵). در پژوهشی رابطه‌ی جهت‌گیری اجتماعی و مهارت‌های حل مسئله اجتماعی رفتارهای مشکل‌ساز را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها نشان داد که جهت‌گیری اجتماعی مثبت نقش مهمی در میزان رفتارهای بزهکارانه و درگیری در مصرف مواد ایفا می‌کند.

اختلالات روانی با اختلال مصرف مواد مرتبط هستند. به عبارتی برخی اختلالات قبل و برخی اختلالات بعد از مصرف مواد مخدر به وجود می‌آیند. سوء مصرف مواد در میان افراد دارای بیماری روانی یک مشکل شایع است. از طرف دیگر بسیاری از مصرف‌کنندگان مزمن مواد مخدر به‌طور هم‌زمان از یک بیماری روانی جدی رنج می‌برند. در مورد رابطه این دو اختلال، فرضیه‌های گوناگونی (از جمله تقدم، وقوع هم‌زمان، رابطه علی یا دوگانه) مطرح شده است. پژوهش‌های انجام شده بیشتر این نتیجه‌گیری را تأیید می‌کنند که این دو، اختلال‌های جداگانه‌ای هستند که هر کدام می‌تواند خطر ابتلا به دیگری را افزایش دهد و این، به این معنی نیست که یکی علت دیگری است (سلیمی، ۱۳۹۳). غدیری صورمان آبادی، عبدالمحمدی و یوسف زاده (۱۳۹۶) عوامل روان‌شناختی

گرایش به اعتیاد را به شرح زیر معرفی کرده‌اند: سبک دلبستگی، خودکارآمدی، دین‌داری، ناگویی هیجانی، سبک فرزندپروری، تکانشگری، راهبردهای مقابله‌ای، تاب‌آوری، نشاط ذهنی، کمال‌گرایی، عزت نفس، باورهای فراشناخت و استرس ادراک شده.

انسیتوی ملی سوء مصرف مواد (۲۰۰۷) به سه رابطه احتمالی بین بیماری روانی و سوء مصرف مواد اشاره می‌کند که عبارتند از: (۱) بیماری‌های روانی می‌تواند به سوء مصرف مواد مخدر منجر شود، (۲) سوء مصرف مواد مخدر می‌تواند باعث ایجاد یا تشدید بیماری‌های روانی شود و (۳) ممکن است یک منشاء مشترک برای هر دو اختلال وجود داشته باشد (به نقل از سلیمی، ۱۳۹۳).

زیربنای مکانیزی که بین اختلالات آسیب‌شناسانه روانی و اختلالات مصرف مواد ارتباط برقرار می‌کند، چندان روشن نیست. شاید این دلیل را بتوان مطرح کرد که افرادی که قبل از مصرف مواد بیماری روانی دارند، برای کاهش درد و بهبود احساس کفایت خود و بهبود نشانه‌های بیمارگونه دست به خود درمانی می‌زنند و از الگویی تبعیت می‌کنند که آن‌ها را به سمت اختلال مصرف مواد می‌برد. افرادی که دچار بیماری روانی هستند، ممکن است تمایل زیادی به خود درمانی نداشته باشند اما فهم کمی نیز نسبت به مصرف مواد داشته باشند. این نوع افراد نسبت به سایر همسالان خود بینش پایین‌تری دارند و فرایند درمان اعتیاد آن‌ها به مراتب سخت‌تر است.

یکی از تبیین‌های روان‌شناختی که بر نارسایی‌های شخصیتی تأکید دارد، تبیین فروید است. فروید ساختار شخصیت را شامل سه لایه نهاد، من و من برتر می‌داند. نهاد سرچشمه نیروی نفسانی است که هیچ‌گونه قید و بندی نمی‌شناسد. من هسته اصلی شخصیت و مبین آموزش و واقعیات زندگی است. این بخش پیونددهنده نهاد و من برتر و به اصطلاح دروازه‌بان شخصیت است. من برتر شامل ارزش‌های اخلاقی و وجدانی فرد است که به تدریج با آموزش و پرورش و تأثیر عوامل محیطی ایجاد می‌شود. فروید معتقد است که عرصه زندگی انسان صحنه کشاکش دو نیروی نهاد و من برتر است. زمانی رفتار انحراف‌آمیز پیش می‌آید که نهاد در مبارزه با من برتر پیروز شود. می‌توان نتیجه گرفت

که هرگاه رشد روانی فرد به موازات رشد جسمی او انجام نگیرد و شخصیت فرد تکامل نیابد، فرد در معرض و هجوم بیماری‌ها و اختلالات روانی قرار می‌گیرد و به فردی بی‌اراده، تلقین‌پذیر و بی‌عاطفه تبدیل می‌شود. در این هنگام در معرض خطر کج‌روی و انحراف واقع می‌شود که اعتیاد به مواد مخدر یکی از این انحرافات است. این گونه افراد به دلیل عدم تکوین شخصیت نمی‌توانند ارزش‌های اخلاقی را بپذیرند و به آسانی نمی‌توانند خود را با محیط سازش دهند و دچار مشکلات احساسی و عاطفی می‌شوند. در نتیجه، زمینه مناسبی برای اعتیاد به مواد مخدر در چنین افرادی به وجود می‌آید (داوری، ۱۳۸۱).

تقریباً در کلیه تحقیقات مربوط به اعتیاد از ویژگی‌های شخصیتی به‌عنوان عاملی که شخص را به سوی اعتیاد می‌کشاند، نام برده شده است. از ویژگی‌های شخصیتی برجسته معتادان می‌توان به ویژگی‌های همچون روان پریش خویی، افسردگی، احساس تنش، ناامنی، احساس بی‌کفایتی و اشکال در برقراری روابط گرم و طولانی اجتماعی اشاره کرد. عدم رشد شخصیتی در شکل‌گیری اعتیاد عامل مهمی محسوب می‌شود. در بررسی‌های که با هدف مقایسه شخصیتی معتادان و افراد سالم صورت گرفته است، نتایج اغلب بیانگر تفاوت معنی‌دار در ابعاد برون‌گرایی، روان‌آزرده‌خویی و روان‌پریشی بین گروه معتاد و افراد سالم است (مامی، احدی، نادری، عنایتی و مظاهری، ۱۳۹۱).

شواهد علمی حاکی از آن است که بین دلبستگی با آسیب‌شناسی روانی در دوره کودکی، نوجوانی و بزرگسالی رابطه وجود دارد. مثلاً رابطه معناداری بین سبک‌های دلبستگی با اختلالات خلقی، اضطرابی، شخصیت و سوء مصرف مواد وجود دارد. مشخصه اختلال‌های دلبستگی آسیب‌زیستی، روانی و اجتماعی است که بر اثر محرومیت از مادر، فقدان مراقب یا جایگزین او و فقدان تعامل با او به وجود می‌آید. ریشه سندرم‌های رشد ناکافی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال شخصیت اجتنابی، اختلالات افسردگی، بزهکاری، مشکلات تحصیلی، مشکلات سوء مصرف مواد، در تجارب منفی دلبستگی دیده می‌شود. این تجارب منفی، سبب صدمات هیجانی در کودک می‌شود. کودکان دارای سبک دلبستگی ناایمن شخصیتی بی‌عاطفه خواهند داشت که مشخصه‌اش کناره‌گیری هیجانی، فقدان احساس و ضعف در برقراری روابط محبت‌آمیز و عاطفی

است. افرادی که شخصیت اضطرابی دارند یا دچار آسیب هستند برای فرار از واقعیت‌ها و فراموش کردن مشکلات به سمت مصرف مواد گرایش نشان می‌دهند. مصرف مواد پاسخی برای آسیب آن‌ها به شمار می‌روند نه علت آن. اعتماد به نفس پایین، بی‌مهارتی، منفعل بودن، سبک دفاعی و واکنشی منفی و تاریخچه‌ای از روابط وابسته بین اشخاص، فرد را به سمت اعتیاد می‌کشاند.

### دیدگاه روان‌کاوی

نظریات اولیه روان تحلیل‌گری بر اعتیاد به عنوان یک سازش لذت بخش و واپس‌گرا تاکید کرده‌اند. نظریات بعدی، سوء مصرف مواد را واکنشی به رنج روانی و نقائص خود تنظیمی مرتبط با آن قلمداد می‌کنند. این نقائص عبارتند از تخریب در مراقبت از خود، آسیب‌پذیری در زمینه عزت نفس، روابط موضوعی مشکل دار و نقائص عاطفی (برم و خانتریان، ۱۹۹۷، به نقل از محمدی و دهگانپور، ۱۳۸۲). نوشته‌های اولیه روان‌پویشی درباره اعتیاد منعکس کننده شیوه مسلط فهم و درک روان در آن زمان یعنی مدل ساختاری ذهن بود. بدین ترتیب در این زمان بر رفتار واپس‌گرا که معلول تعارضات ناهشیار نسبت به لذات لیبیدوئی پرخاشگری بود، تاکید می‌شد. فروید اعتیاد را به عنوان جایگزینی برای یک خود دوست‌داری واپس‌گرا می‌دانست که ابتدا لذت بخش و بعد غیر لذت‌بخش است. یعنی چرخه معیوبی که در اکثر سوء مصرف کنندگان مواد مشاهده می‌شود. در این چرخه میل به لذت ارضاء می‌شود اما با احساس گناه و از دست دادن عزت نفس همراه است. این احساسات، اضطراب قابل توجهی را ایجاد می‌کند که خود به تکرار عمل برای رهایی از اضطراب منجر می‌شود. از این دیدگاه اعتیاد نمونه‌ای از اجبار تکرار قلمداد می‌شود (محمدی و دهگانپور، ۱۳۸۲). یکی از چارچوب‌های اصلی برای فهم سوء مصرف مواد بر نقائص خود تنظیمی استوار است که در بردارنده نقائصی در مراقبت از خود، عزت نفس، روابط موضوعی و عواطف تاکید می‌کند. زینبرگ (۱۹۷۵) بر عدم تعادل "من" در فرد معتاد و ناتوانی او در نگهداری استقلال "من" تاکید می‌کند. وی با اشاره به اهمیت محیط، بیان می‌کند که معتادان

منابع تغذیه محرکی محیط را از دست داده‌اند. روابط آن‌ها با خانواده و سایرین تخریب شده و دریافت‌های آن‌ها از جهان خارج بیشتر منفی است. "من" به دلیل ناتوانی در نگهداری استقلال خود از نهاد و محیط بازگشت می‌کند. (محمدی و دهگانپور، ۱۳۸۲). فرمول بندی‌های جدید از آسیب‌پذیری نسبت به سوء مصرف مواد بر نقائص و کمبودهای تحولی و ساختاری سوء مصرف کنندگان مواد تاکید زیادی دارند که باعث می‌شود در تنظیم رفتار خود دچار مشکل شوند. بسیاری از افراد سوء مصرف کننده مواد نسبت به خطراتی که سلامتی آن‌ها را تهدید می‌کند بی‌توجه هستند. ناتوانی در مراقبت از خود با مجموعه‌ای از کارکردهای من از قبیل واقعیت‌سنجی، قضاوت و ترکیب مرتبط است. بی‌توجهی معتاد نسبت به خود نتیجه‌انگیزه‌های ناهشیار تخریب نیست، بلکه نتیجه شکست در پذیرش و درونی کردن این کارکردها از والدین مراقب در مراحل اولیه و بعدی تحول است. بسیاری از مشکلات مرتبط با مراقبت از خود در تاریخچه سوء مصرف کنندگان مواد قبل از مصرف یا حتی مدت‌ها پس از پرهیز یافت می‌شود. جنبه دیگر مرتبط با این موضوع، ناتوانی فرد در آرام کردن خود بویژه در زمان استرس است. این آسیب‌پذیری نیز از مشکل کودک در درونی‌سازی کارکردهای مراقبتی مادر ناشی می‌شود (محمدی و دهگانپور، ۱۳۸۲). اگرچه در تئوری‌های اولیه روان‌پویشی بر جنبه‌های واپس‌گرایی اعتیاد تکیه می‌شد اما می‌توان در مراحل بعدی فرمول بندی‌هایی را مشاهده کرد که اعتیاد را یک رفتار پیش‌رونده می‌دانند. تلاش برای تسلط، رفع یا تعدیل افسردگی، دفاع علیه کشاننده‌ها و عواطف و حل تعارضات درون روانی موضوعات معاصر فرضیات روان‌پویشی درباره سبب‌شناسی، دوره و درمان سوء مصرف مواد هستند. برخی از نظریات روان‌تحلیل‌گری در باره اعتیاد عبارتند از نظریه فینیکل، نظریه روان‌شناسی خود، نظریه کوهات و نظریه روابط موضوع.

## دیدگاه یادگیری

رفتار مصرف مواد را چه به صورت گاهگاهی و چه به صورت مداوم، می‌توان به عنوان

رفتاری که به وسیله پیامدهایش تداوم می‌یابد، نگر نیست. هر رخدادی که یک الگوی رفتاری پیشایند را نیرومند می‌کند، می‌تواند به عنوان تقویت کننده رفتار قلمداد شود. بدین مفهوم، مواد رفتار مصرف مواد را تقویت می‌کند. مواد همچنین می‌تواند از طریق پایان دادن حالاتی از قبیل درد، اضطراب یا افسردگی رفتارهای پیشایند را تقویت کنند. در برخی از موقعیت‌های اجتماعی رفتار مصرف کننده مواد چنانچه به موقعیت اجتماعی خاصی یا پذیرش از سوی دوستان منجر شود، تقویت می‌شود. این نوع تقویت کننده کاملاً جدا از اثرات دارویی است. تا زمانی که اثرات تقویت کننده اولیه یا تقویت ایجاد شده به وسیله تخفیف علائم بازگیری شروع شود، تقویت کننده اجتماعی می‌تواند تداوم بخش مصرف مواد باشد. هر بار مصرف مواد، تقویت مثبت را برمی‌انگیزد. این تقویت می‌تواند از سر خوشی ایجاد شده، کاهش عواطف دارای اختلال و تخفیف علائم بازگیری یا تلفیقی از این موارد ناشی شود. در مورد مواد با اثر کوتاه مدت مانند هروئین، کوکائین، نیکوتین و الکل این تقویت چند بار در روز تکرار می‌شود. نهایتاً لوزام مصرف مواد مانند سرنگ، بسته سیگار و ... و همچنین رفتارهای مرتبط با مصرف مواد می‌توانند به عنوان تقویت کننده ثانویه عمل کنند. استرس نیز می‌تواند به عنوان نشانه‌ای برای مصرف مواد، به ویژه در دوره پس از بازگیری عمل کند. علاوه بر تقویت آشکار رفتارهای مصرف مواد، احتمالاً ساز و کارهای دیگر یادگیری در وابستگی و عود نقش دارند. پدیده بازگیری از اوپیوئید و الکل می‌تواند به محرک محیطی یا درونی شرطی شود. این چنین شرطی شدن در حیوانات آزمایشگاهی، پرهیزکنندگان و داوطلبان برنامه متادون نشان داده شده است. تا مدت زمان زیادی پس از بازگیری (از اوپیوئید، نیکوتین و الکل) مصرف کننده‌ای که با محرک محیطی مواجه شود (که قبلاً با مصرف مواد یا بازگیری مرتبط بوده است) ممکن است بازگیری شرطی شده، میل شرطی شده یا هر دو را تجربه کند. احساسات افزایش یافته در میل به مصرف مواد ضرورتاً با علائم بازگیری همراه نیست. شدیدترین میل به مصرف از طریق موقعیت‌های مرتبط با دسترسی به مواد، دیدن فرد در حال مصرف، تعارف مواد از سوی فردی دیگر برانگیخته می‌شود. برخی بر این باورند که نشانه‌هایی که خاطرات سرخوشی ناشی از

مواد را ایجاد می‌کنند در تحریک میل از اهمیت بیشتری برخوردارند (محمدی و دهگانپور، ۱۳۸۲).

### دیدگاه شناختی

طبق دیدگاه شناختی که متأثر از نظریه یادگیری اجتماعی شناختی بندورا است شیوه تفسیر افراد از موقعیت‌های خاص، احساسات، انگیزش‌ها و اعمال آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مثلاً یک موقعیت اجتماعی ممکن است عقیده منحصر به فردی مثل «مواد من را اجتماعی تر می‌کند» را فعال نماید و به میل برای مصرف منجر شود (رحیمی، ۱۳۹۵). از نظر بک<sup>۱</sup> زنجیره‌ای از عقاید زیربنایی و عقاید اعتیادی منجر به رفتار اعتیادی می‌شود. اشخاص در معرض خطر اعتیاد دارای عقاید هسته‌ای هستند که حول تنها بودن و بی‌یاور بودن یا مورد پذیرش واقع نشدن آن‌ها قرار دارد. مثلاً این عقیده که «کسی مرا دوست ندارد» منجر به عواطفی از قبیل غمگینی یا خشم می‌شود و در این هنگام عقاید اعتیادی مثل این عقیده که «داروها راهی برای فرار هستند» موجب مصرف مواد می‌شود. بر اساس رویکردهای شناختی، هر فرد مجموعه‌ای از طرحواره‌ها موسوم به راهبردهای شناختی دارد که در شناخت محیط، از آن‌ها استفاده می‌کند. این طرحواره‌ها، الگوهای تفکر یا مجموعه باورهای اصلی فرد هستند که چگونگی تفسیر او را از خود و دنیا شکل می‌دهند. در جریان شناخت درمانی درمان‌جو تشویق می‌شود تا رابطه‌ی بین افکار خودکار منفی و احساس خود را به عنوان فرضیه‌هایی که باید به بوته آزمایش گذاشته شوند، تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار منفی است به عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار استفاده کند. در این شیوه هدف نه فقط تسریع بلکه تداوم در بهبودی و در صورت امکان جلوگیری از بازگشت مشکل است (نظری و اسدی، ۱۳۹۱). دیدگاه شناختی بر این باور است که سوءمصرف کنندگان مواد از نظر شناختی در برابر مصرف مواد آسیب‌پذیرترند. به عبارتی تحت شرایطی در این افراد باورهای خاصی به وجود می‌آید که احتمال سوءمصرف مواد را در آن‌ها افزایش می‌دهد. این باورها کاملاً فردی و غیرمتعارف

(نظیر بدون سر حال شدن و نشئگی نمی‌توانم با دیگران بجوشم) در موقعیت‌های خاص به وجود می‌آیند و احتمال مصرف مواد را افزایش می‌دهند (کارول<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸).

خود پنداره یکی از عوامل مرتبط با گرایش به اعتیاد است. در هر فردی، خود پنداره و توانایی‌های او در کنترل خود، در ترکیب با احساسات او در مورد احترام به خود، نظام خود را تشکیل می‌دهد. ویلیام جیمیز<sup>۲</sup> معتقد است که احترام به خود را می‌توان به عنوان رابطه میان خود واقعی و خود ایده‌آل شخص در نظر گرفت. به میزانی که خود واقعی در دست‌یابی به معیارهای خود ایده‌آل شکست می‌خورد فرد احترام به خود ضعیفی را تجربه خواهد کرد. روان‌شناسان تحولی به بررسی نکاتی می‌پردازند که چگونگی پی‌بردن شخص به خود واقعی‌اش را توضیح می‌دهد. گروهی از روان‌شناسان اجتماعی معتقدند که افراد بر اساس اینکه دیگران در مورد آن‌ها چه نظری دارند یا با آن‌ها چگونه رفتار می‌کنند در مورد خود اظهار نظر می‌کنند (احدی و بنی‌جمالی، ۱۳۸۷، به نقل از پازانی و همکاران، ۱۳۹۵). بسیاری از افراد دوره نوجوانی را به عنوان دوره تعیین‌کننده در تحول خود پنداره در نظر می‌گیرند. در خلال این دوره، اغلب افراد هویتی از خود پیدا می‌کنند که تا بزرگسالی پایدار باقی می‌ماند. ناهماهنگی کودکان به صورت تفاوت در میزان دست‌یابی توانایی‌های مرتبط با هم یا تاخیر در رشد در مقایسه با همسالان، می‌تواند منبع عمده‌ای برای مشکلات خود پنداره باشد. مطالعات موجود در این زمینه حاکی از آن است که خود پنداره در گرایش افراد به سوء مصرف مواد تاثیر دارد (فروع‌الدین و صدرالسادات، ۱۳۸۱؛ کاظمی زهرانی، کمالی و قربانی، علیدوست و پوراندی، ۱۳۹۳؛ اختر، ۲۰۱۳؛ نصیری، بخشی‌پور رودسری و نصیری، ۲۰۱۴، آلوارز-آگوییره، آلونسو-کاستیو و (۲۰۱۴)

هیجان خواهی نیز به عنوان یک عامل دیگر در گرایش به اعتیاد به شمار می‌آید. هیجان خواهی به عنوان جستجوی هیجان‌ها و تجربه‌های متنوع، تازه، پیچیده و پر شور و میل به خطر کردن بدنی، اجتماعی و مالی به خاطر خود این تجربه‌ها تعریف می‌شود.

1. Carroll  
2. William James

3. Alvarez-Aguirre, Alonso-Castillo



هیجان خواهی شامل فعالیت‌های خطرناک، شیوه غیرمنتظره زندگی و عدم پذیرش یکنواختی است. اگر پیامد یک رفتار پرخطر تاثیر مثبت در فرد هیجان خواه باشد فرد تمایل خواهد داشت که آن را تکرار کند. افراد هیجان خواه افرادی هستند که دارای خصوصیتی همچون برون‌گرایی، خودمختاری، جسارت و ناهماهنگی هستند (شولتز و شولتز، ۱۹۹۰؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۶). مطالعات موجود در این زمینه حاکی از آن است که هیجان خواهی از جمله عوامل اثرگذار در گرایش افراد به سمت اعتیاد است (مساح و همکاران، ۲۰۱۷؛ فولادی، ۱۳۹۵).

جرات ورزی یا مهارت ابراز وجود نیز در گرایش به اعتیاد نقش دارد. جرات ورزی یکی از جنبه‌های ارتباط میان فردی است. در تعاریف اولیه از جرات‌ورزی تقریباً تمام مهارت‌های تعاملی مطرح شده است. لازاروس<sup>۱</sup> ابراز وجود را دارای چهار مولفه می‌داند: رد تقاضاها، جلب محبت دیگران و مطرح کردن درخواست‌های خود، ابراز احساسات مثبت و منفی، شروع، ادامه و خاتمه دادن گفتگوها (هارجی، ساندرز و دیکسون ترجمه بیگی و فیروز بخت، ۱۳۹۰). افرادی که قادر به ابراز وجود نیستند، درک درستی از رفتار دیگران ندارند مثلاً درخواست‌های نامعقول دیگران را درخواست معقولی می‌دانند. سایرین آن‌ها را اشخاصی سهل‌الوصول می‌دانند و گاهی کمک‌های آن‌ها به سوءاستفاده دیگران منجر می‌شود. مطالعات موجود حاکی از آن است که ابراز وجود از جمله عواملی است که در آمادگی به اعتیاد نقش دارد (به نقل از پازانی و همکاران، ۱۳۹۵).

میرزاخانی و خدادای سنگده (۱۳۹۵) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که عوامل روان‌شناختی از جمله ویژگی‌های شخصیتی شامل، هیجان خواهی، روان‌آزردگی، کمال طلبی، راهبردهای مقابله‌ای آسیب‌زا از جمله، سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی و هیجانی، تعارض‌های روان‌شناختی شامل تعارض در اهداف، تعارض نقش جنسیتی و تعارض خود، تجربه آسیب‌زا شامل، از دست دادن والدین، غفلت والدین، تجربه خشونت‌ها و شکست عاطفی، انگیزه‌های فردی شامل کسب منافع روانی و کسب منافع جسمانی می‌توانند عوامل مستعدکننده اعتیاد باشند. افرادی که از سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی استفاده می‌کنند، مستعد

گرایش به مصرف مواد هستند. یافته‌های پژوهش راکتیک، کوواسیوک و دجوریک<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) نیز نشان داده است که سبک‌های مقابله‌ی رشدنا یافته و سازش نایافته با اعتیاد ارتباط معنی‌داری دارند. مطالعه گویترس و ون پامبرگ<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) نیز نشان داد که تجربه خشونت و سوء رفتارهایی در زندگی زنان به صورت آسیب‌های روانی، می‌تواند زمینه‌ساز مصرف مواد و شکل‌گیری اعتیاد شود. قریشی‌زاده و ترابی (۱۳۸۸) پژوهشی با عنوان بررسی بیماری‌های روانی توام با اعتیاد در ۲۰۰ مورد از مراجعه‌کنندگان به مرکز معتادان خودمعرف بهزیستی تبریز انجام دادند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که بیشترین مراجعه‌کنندگان از گروه سنی ۲۵-۳۴ سال بودند. بیشترین ماده مصرفی معتادان تریاک بود. ۹۰ درصد از معتادان علاوه بر مشکل وابستگی به مواد، یک یا چند اختلال روانپزشکی همراه با اعتیاد داشتند که شایع‌ترین آن‌ها به ترتیب افسردگی خفیف، اختلال اضطرابی و اختلال شخصیت ضداجتماعی بود.

پرویزی فرد، بیرشک، عاطف وحید و شاکر (۱۳۸۰) در پژوهشی به بررسی همبودی اختلال‌های خلقی و اضطرابی در سوءمصرف‌کنندگان مواد افیونی جویای درمان و مقایسه آن با افراد بهنجار پرداختند. نتایج نشان داد که که ۷۳/۲ درصد از معتادان مورد بررسی به ترتیب واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های خلقی و اضطرابی (غیر از اختلال مصرف مواد) بودند. در میان اختلال‌های خلقی و اضطرابی، افسردگی اساسی و اختلال اضطراب منتشر شایع‌ترین اختلال‌ها بودند. عدم رشد عاطفی، پایین بودن آستانه تحمل در برابر مشکلات و عدم توانایی عقلانی و عملی برای رفع مشکلات نیز زمینه‌ساز گرایش به اعتیاد مؤثر است. نتایج مطالعه مروری قبادزاده، مسعودی، محمدخانی و حسنی (۱۳۹۶) نشان داد که عوامل شناختی مرتبط با اعتیاد عبارتند از: ادراک خود، استرس ادراک شده، باورهای غیرمنطقی، نگرش به مواد، خودکارآمدی و پایگاه هویت.

## مدل‌های زیستی اعتیاد

در سال‌های اخیر برخی صاحب‌نظران تلاش‌های گسترده‌ای را برای دستیابی به تفاوت‌های

زیستی زمینه‌ساز اعتیاد مبادرت ورزیده‌اند. بنیادهای زیستی زمینه ساز اعتیاد توجه بسیاری از پژوهشگران را جلب نموده است. حساسیت متفاوت نسبت به نشانه‌های پاداش و تنبیه در افراد مختلف این فرض را مطرح ساخته است که افراد دارای وابستگی دارویی یا نظام بازداری رفتاری ضعیفی دارند و یا عملکرد نظام فعال ساز رفتاری در آن‌ها به شکلی است که حساسیت نظام بازداری رفتاری را مختل می‌سازد. در مطالعه‌ای به منظور بررسی تفاوت الگوی فعالیت نظام‌های مغزی/ رفتاری در افراد معتاد و غیر معتاد ۳۰ نفر آزمودنی معتاد مرد و ۳۰ نفر آزمودنی غیر معتاد مرد از طریق مقیاس شخصیتی گری ویلسون مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج نمایانگر فعالیت بیشتر نظام فعال ساز رفتاری و فعالیت کمتر بازداری رفتاری در گروه افراد معتاد بود. از لحاظ فعالیت نظام جنگ / گریز تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد (آزادفلاح، ۱۳۷۹).

بررسی الگوی موج‌نمای الکتریکی مغز در معتادان یکی از راهبردهایی است که در چند دهه اخیر مورد نظر بوده است. ناهنجاری الگوی فعالیت الکتریکی مغز در این افراد به دو صورت مشاهده شده است. یکی از ناهنجاری‌ها وجود امواج آهسته مغزی است. می‌توان گفت که امواج مغزی افراد معتاد شبیه امواج مغزی کودکان و بیانگر رشدنیافتگی مغزی است. دومین ناهنجاری وجود خیزک‌هایی در امواج مغزی معتادان است. وجود این خیزک‌ها با رفتار پرخاشگرانه و زودانگیخته ارتباط دارد، به نحوی که در اغلب افرادی که مرتکب اعمال پرخاشگرانه می‌شوند این خیزک‌ها مشهود بوده و این افراد درباره اعمال خود اظهار گناه یا نگرانی نمی‌کنند (روزنهان و سلیگمن، ۱۹۸۹، به نقل از آزادفلاح، ۱۳۷۹). توجه به این یافته‌ها نخستین احتمال را مطرح می‌سازد که قشر مغز در افراد معتاد از رشد یافتگی مطلوبی برخوردار نیست. بنابراین انتظار می‌رود که با تحول یافتگی قشر مغز رفتارهای اعتیادی آنان کاهش یابد. از سوی دیگر این نکته نیز تایید شده است که مصرف موادی چون هرویین، کوکائین، آمفتامین، الکل و نیکوتین موجب آزادسازی دوپامین در مسیرهای عصبی یاد شده می‌شود. بنابراین می‌توان فرض کرد که آزادسازی دوپامین در مسیرهای عصبی نظام فعال ساز ارتباط نزدیکی با حالت‌های هیجانی ناشی از مصرف این مواد دارد. نتایج مطالعه مروری قبادزاده، مسعودی، محمدخانی و حسینی

(۱۳۹۶) نشان داد که عوامل فیزیولوژیکی اعتیاد عبارتند از: مناطق مغزی درگیر در ولع مصرف، سیستم فعالسازی-بازداری رفتار و کارکردهای اجرایی-عصب شناختی. نتایج تحقیق حسینی کتکی، نجفی و محمدی فر (۱۳۹۵) با عنوان مقایسه ناگویی خلقی، سرشت و منش و پرخاشگری در معتادان و افراد عادی نشان داد که بین مؤلفه‌های ناگویی خلقی (دشواری تشخیص احساس‌ها، دشواری توصیف احساس‌ها و تفکر برون‌مدار) و پرخاشگری (پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت) میان معتادان و افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. بدین صورت که نمرات مؤلفه‌های ناگویی خلقی و پرخاشگری در افراد معتاد بیشتر از افراد عادی بود. همچنین، نمرات مؤلفه‌های آسیب و نوجویی در متغیر سرشت و منش در افراد معتاد بیشتر از افراد عادی بود. نمرات مؤلفه‌های خودرهبی، مشارکت و پشتکار در افراد معتاد کمتر از افراد عادی به دست آمد. تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در مؤلفه‌های پاداش-وابستگی و خودتعالی مشاهده نشد. این مطالعه در راستای پژوهش‌های معطوف به بررسی ابعاد شخصیتی زیربنایی دخیل در اعتیاد، می‌تواند در جهت شناخت دقیق‌تر عوامل دخیل در این پدیده و ارائه راهکارهای مناسب جهت پیشگیری و درمان کمک‌کننده باشد.

موثق‌ترین اطلاعات در رابطه با نقش ژنتیک در اعتیاد، در حیطه سوء مصرف و وابستگی به الکل است. مطالعات خانواده نشان‌دهنده نسبت خطر فزاینده برای افراد به عنوان افزایش تعداد بستگان الکی و به عنوان تعداد و شدت مشکلات خانوادگی ناشی از الکل است. مطالعات روی دوقلوها و نیز سنجش عمیق فرزندان افراد الکی ظاهراً از اهمیت عوامل ژنتیکی به عنوان عوامل سهیم در الکیسم حمایت می‌کنند. اکثر صاحب‌نظران تأثیر ژنتیک را بر استعداد ابتلاء به سوء مصرف مواد تصدیق می‌کنند (بهاری، ۱۳۹۲).

سزارلمبروز از پیشگامان نظریه بازپیدایی ژنتیکی است. به ادعای او فرد مبتلا به بازپیدایی ژنتیکی کسی است که به ویژگی‌های ارثی نیاکان خود در مراحل اولیه تکامل انسانی بازگشته است و در نتیجه نمی‌تواند برای پیروی از قواعد جامعه کنونی به خوبی جامعه‌پذیر شود. در نتیجه گرایش به آسیب‌های اجتماعی از جمله سوء مصرف مواد در او

بیشتر است.

شلدن<sup>۱</sup> معتقد بود که هر تیپ بدنی روحیه و مزاج خاصی دارد. به گفته او فربه تنان<sup>۲</sup>، افرادی آرام، راحت طلب، مهربان و برون گرا هستند. کشیده تنان اشخاصی درون گرا و خویشتن دار و سسترتان<sup>۳</sup> پر خاشخو و فعال هستند. شلدن مدعی است که می توان بر اساس احتمالات آماری پیش بینی کرد که میزان جرم سسترتان چهار برابر کشیده تنان باشد و بزهاکاران، معتادان و الکلی ها نیز ویژگی های جسمانی شان به سبب تنان شبیه است (ستوده، ۱۳۹۳).

بر اساس نظریه وابستگی جسمانی اعتیاد، وابستگی جسمانی معتاد را در چرخه معیوب دریافت دارو و نشانه های ترک مواد گرفتار می کند. عقیده بر این است که مصرف کنندگان مواد که مصرف آن ها تا حد ایجاد وابستگی جسمانی رسیده است به خاطر اجتناب از نشانه های ترک مواد مجبور به مصرف می شوند. برنامه های اولیه در مورد اعتیاد به مواد، بر اساس نظریه وابستگی جسمانی اعتیاد بوده است. این برنامه ها سعی داشتند که چرخه معیوب دریافت مواد را از طریق ترک تدریجی مواد در بیمارستان از بین ببرند. ترک تدریجی در مقایسه با ترک ناگهانی نشانه های ترک خفیف تری ایجاد می کند، اما متأسفانه وقتی این افراد پس از سم زدایی از بیمارستان مرخص می شوند دوباره به عادت اولیه خود باز می گردند. سم زدایی حالتی است که در آن دیگر مواد در بدن باقی نمی ماند و شخص نشانه های ترک مواد را تجربه نمی کند (به نقل از رحیمی، ۱۳۹۵).

ناتوانی نظریه های وابستگی جسمانی در تبیین جنبه های عمده اعتیاد، سبب پیدایش نظریه مشوق مثبت اعتیاد شد. در این نظریه دلیل اصلی گرایش معتادان به مصرف مواد، فرار یا اجتناب از پیامدهای ناخوشایند علائم ترک مواد یا علائم شرطی شده ترک مواد نیست، بلکه بیشتر برای حصول آثار خوشایند مواد و ایجاد لذت است. نکته حائز اهمیت این است که لذت حاصل از مصرف مواد، به خودی خود اساس اعتیاد نیست، بلکه لذت مورد انتظار از مصرف مواد (ارزش مشوق مثبت مواد) است که سبب گرایش به مواد

می‌شود. در آغاز ارزش مشوق مثبت مواد کاملاً با آثار آن ارتباط دارد، اما در اعتیاد مزمن، ارزش مشوق مثبت مواد اغلب به دور از لذت حاصل از مواد است (به نقل از رحیمی، ۱۳۹۵).

### مدل زیستی، روانی، اجتماعی اعتیاد

به دلیل نارضایتی از تبیین‌های ناقصی که مدل‌های قبلی ارائه داده‌اند، برخی از صاحب‌نظران به سمت ادغام این تبیین حرکت کرده‌اند. آن‌ها با نامیدن مدلشان به‌عنوان مدل زیستی-روانی-اجتماعی سعی در تبیین اعتیاد داشته‌اند. در این مدل، اعتیاد برآیند تلاقی عوامل زیستی، روانی و اجتماعی است. دانوان<sup>۱</sup> در دفاع از این مدل می‌گوید که به نظر می‌رسد اعتیاد محصول تعامل یادگیری اجتماعی در موقعیتی است که شامل وقایع فیزیولوژیکی - آن‌گونه که تعبیر و تفسیر و برجسب زده می‌شوند - و معنای داده شده از سوی فرد باشد. ویژگی مشترک میان اعتیادها و بی‌کفایتی هرگونه عامل منفرد در تبیین اعتیاد، نیاز به یک مدل پیچیده‌تر و چند مولفه‌ای را در معتادان برجسته می‌سازد. بنابراین، به علل، سیستم‌ها و سطوح متعدد تحلیل‌ها برای درک فرایند اعتیاد نیاز است. مدل زیستی، روانی، اجتماعی به دفاع از این علیت چندگانه اکتساب، ابقاء و قطع رفتارهای اعتیادی می‌پردازد. مدافعان این مدل اغلب از وجوه مشترکی در فرایند عود به‌عنوان بحثی که حامی نیاز به مدل زیستی، روانی و اجتماعی است، استفاده می‌کنند. این مدل آشکارا از پیچیدگی و ماهیت تعاملی فرایند اعتیاد و بهبودی حمایت می‌کند. به‌رحال به عناصر ادغام‌کننده اضافی نیاز است تا این مجموعه سه قسمتی از عوامل، برای تبیین نحوه معتاد شدن افراد و نحوه جریان بهبودی از اعتیاد واقعاً کارآمد نشان دهند (بهاری، ۱۳۹۲).

مدل زیستی-روانی-اجتماعی سعی می‌کند تا دلایل اعتیاد را توضیح دهد. دلایل بروز اعتیاد بسیار پیچیده هستند و سه عامل ذکر شده در مدل زیستی-روانی-اجتماعی نقش قابل توجهی در القای رفتار اعتیاد آور در یک فرد ایفا می‌کند. عامل زیستی در این مدل بیان می‌کند که برخی از مردم در مقایسه با دیگران، در اعتیاد از شانس بالاتری

برخوردار هستند. تحقیقات نشان می‌دهد که افراد با سابقه خانوادگی اعتیاد، در مقایسه با کسانی که چنین سابقه خانوادگی ندارد، بیشتر مستعد ابتلاء به اعتیاد هستند. از این رو، احتمال دارد عوامل زیستی یک فرد، نقش مهمی در توسعه رفتار اعتیاد آور وی ایفا کند. عامل روانی در مدل زیستی-روانی-اجتماعی نیز نقش عمده‌ای در اعتیاد ایفا می‌کند. برای بسیاری از مردم، به عنوان مثال، سیگار کشیدن منجر به احساسی مانند رفتار پاداش می‌شود که با انجام آن کارها حس شادی یا آرامش به آن‌ها دست می‌دهد. مفهوم رفتار پاداش در واقع، مفهومی روانی است، که فرد تنها احساس می‌کند پاداش دریافت کرده است. با این حال، وسوسه شدن از دریافت احساسات خوب برای یک فرد، منجر به اعتیاد به همان چیز می‌شود. عامل اجتماعی در مدل زیستی-روانی-اجتماعی، متشکل از محیط فرهنگی و اجتماعی اطراف یک فرد است. روابط وی با مردمی که در اطراف او هستند و گروه همسالان نقش بزرگی در اعتیاد ایفا می‌کند (نویسندگان، ۱۳۹۶). حبیبی کلیر، فرید و غریبی (۱۳۹۳) پژوهشی با عنوان واکاوی پدیدارشناسانه علل گرایش به اعتیاد و عامل‌های زمینه‌ساز ترک آن از دید معتادان بهبود یافته انجام دادند. آنان مصاحبه‌های بدون ساختار با ده معتاد بهبود یافته ۲۴ تا ۴۹ ساله انجام دادند که در طی آن معتادان، تجربه‌های خود را در خصوص این پدیده بیان کردند. سه مضمون از یافته پژوهش آنان استخراج شد که دیدگاه معتادان بهبود یافته را از علل گرایش به اعتیاد و عامل ترک موفقیت‌آمیز به تصویر کشیدند. این مضمون‌ها عبارت بودند از: علل فردی اعتیاد، علل اجتماعی گرایش به اعتیاد و انزجار از وضع موجود زندگی. آنان عدم وجود ثبات شخصیتی، حس برتری جوئی، گرایش به لذت‌طلبی، نبود مهارت‌های اساسی زندگی، کنجکاو، احساس خوشی کاذب به دنبال مصرف، شرایط محیطی نامناسب و برخورد نامناسب اعضای خانواده را مهم‌ترین عوامل گرایش افراد به اعتیاد و تداوم آن معرفی کرده بودند (حبیبی کلیر، فرید و غریبی، ۱۳۹۳).

سحاقی، قربان صباغ و محمدی (۱۳۹۶) پژوهشی را با عنوان مروری بر عوامل مخاطره‌آمیز فردی، بین فردی، محیطی و اجتماعی مرتبط با گرایش به سوء مصرف مواد مخدر انجام دادند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که عوامل فردی، بین فردی، اجتماعی و محیطی در گرایش به اعتیاد نقش داشته است. کریم یار جهرمی، افتخارزاده و حمیدی پور

(۱۳۹۲) پژوهشی را با عنوان بررسی میزان تاثیر علل مختلف عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد انجام دادند. از دیدگاه افراد معتاد مورد بررسی در بین عوامل فردی، عوامل روانی و در بین عوامل محیطی، عوامل اجتماعی بیشترین تاثیر را داشتند. در مجموع عوامل روانی بیشترین تاثیر و عوامل خانوادگی کمترین تاثیر را در بین حیطه‌های مختلف داشتند. نتایج تحقیق پازانی، بر جعلی، احدی و کراسکیان موجباری (۱۳۹۵) نشان داد که هم وابستگی به عنوان یک رفتار اکتسابی شامل غفلت از خود و کاهش هویت فردی، تحت تاثیر عوامل روان‌شناختی و نیز عوامل اجتماعی شکل می‌گیرد و رابطه این عوامل روانی اجتماعی را با آمادگی برای مصرف مواد مخدر واسطه‌گری می‌کند.

### بحث و نتیجه‌گیری

در مقاله حاضر پدیده اعتیاد با مدل‌های رایج مورد کنکاش قرار گرفت. بعد از مرور این مدل‌ها مشخص شد که اعتیاد از عوامل تعیین‌کننده متعددی تشکیل شده است که معرف حیطه‌های بسیار مختلفی از عملکرد آدمی است و از عناصر عمیقاً درونی و زیستی گرفته تا روانی و اجتماعی تاثیر می‌پذیرد. رویکردها و دیدگاه‌هایی که شرح آن‌ها گذشت اکثراً نظرات تک‌بعدی و اغلب ناقصی را برای درک مسئله اعتیاد بیان می‌کنند. مدل محیطی اجتماعی بر نقش محیط فرد و شرایط اجتماعی همچون فقر، بیکاری، فشار اجتماعی، جدایی والدین، وضعیت اقتصادی اجتماعی خانواده، میزان تحصیلات والدین، معاشرت با دوستان معتاد، در دسترس بودن مواد و زندگی در مناطق حاشیه‌نشین تأکید دارد. پژوهش‌هایی که در زمینه بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد صورت گرفته بیشتر بر اثرگذاری این عامل‌ها تأکید کرده‌اند. خادامیان و قناعتیان (۱۳۸۷) در پژوهش خود از هم‌گسستگی خانواده زن و شوهری، از هم‌گسستگی خانوادگی پدر و مادری، نابسامانی خانواده زن و شوهری، پایگاه اقتصادی اجتماعی، در دسترس بودن مواد مخدر، اعتیاد اعضای خانواده را از مهم‌ترین عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد زنان معرفی کرده‌اند. در پژوهش‌های دیگر عواملی همچون اثرهمسالان، والدین مصرف‌کننده الکل و مواد، نظارت و سبک والدین مهم‌ترین عوامل فردی و اجتماعی عنوان شدند. بدون شک



نهادهای اجتماعی یکدیگر را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به‌طور مثال نهاد خانواده در بسیاری از روابط متأثر از نهاد اقتصادی است. فقر مادی همراه با فشار روانی در خانواده باعث سختگیری‌های بی‌مورد توسط پدر یا مادر بر فرزندان می‌شود. خانواده از هم گسیخته به هر دلیل طلاق، غیبت‌های طولانی، فوت والدین و ... باعث اختلال در کارکرد صحیح خانواده و جلوگیری از رشد شخصیتی فرزندان آن خانواده می‌شود. در زمینه نقش محیط جغرافیایی و محل سکونت در گرایش افراد به اعتیاد می‌توان به این نتیجه رسید که در شهرهای مرزی امکان انتقال مواد مخدر به راحتی صورت می‌گیرد و در محل سکونت این مسئله اهمیت دارد که غالب افراد معتاد در مناطق حاشیه‌ای و مناطق قدیمی که دارای کوچه‌های پرپیچ و خم و خانه‌های مخروبه می‌باشد زندگی می‌کنند. واقعیت این است که محیط‌های آلوده می‌توانند زمینه مساعد شکوفایی استعدادها را موجود در افراد برای ارتکاب به جرم و اعتیاد را ایجاد نمایند. در این گونه مناطق که اغلب مناطق فقیرنشین هستند، امکانات رفاهی و مراکزی مانند سینما، پارک و امکانات رفاهی کمتر وجود دارند و جوانان برای گذران اوقات فراغت خود به طرف اعتیاد کشانده می‌شوند. اغلب روستاییان و مهاجران خارجی در محله‌های قدیمی، شلوغ و مخروبه‌ها که از مراکز شهرها به دور هستند اسکان می‌یابند و به دلیل آنکه این افراد، اغلب شغلی ندارند و در بین مردم شناخته شده نیستند، خیلی راحت و بهتر می‌توانند به توزیع مواد مخدر و در نهایت، مصرف آن روی آورند. در مورد نقش دوستان و همسالان می‌توان به این نتیجه رسید که عضویت در گروه همسالان برای نخستین بار کودکان را در فرایندی قرار می‌دهد که بیشترین میزان جامعه‌پذیری به صورتی ناخودآگاه و بدون هرگونه طرح‌سنجیده‌ای در آن انجام می‌پذیرد. گروه همسالان برخلاف خانواده و مدرسه، کاملاً حول محور منافع و علائق اعضا قرار دارد. اعضای این گروه می‌توانند به جستجوی روابط و موضوع‌هایی بپردازند که در خانواده و مدرسه با تحریم مواجه است. تقریباً در ۶۰ درصد موارد، اولین مصرف مواد به دنبال ارتباط با دوستان ناباب رخ می‌دهد. دوره نوجوانی دوره‌ای آکنده از تعارض و نوسان است. یکی از ویژگی‌های دوره نوجوانی هویت‌یابی، سست شدن روابط نوجوان با خانواده خود، افزایش گرایش او به همسالان و دوستان و الگویابی است. یک دوست

منحرف به راحتی قادر است که رفیق خود را اغفال کند. لذا یکی از مهم‌ترین علل اجتماعی اعتیاد نوجوانان، داشتن دوست ناباب است (جهانتاب، ۱۳۹۳). ارتباط و دوستی با همسالان مبتلا به سوء مصرف مواد، عامل مستعد کننده قوی برای ابتلای نوجوانان و جوانان به اعتیاد است. مصرف کنندگان مواد برای گرفتن تأیید رفتار خود از دوستان سعی می‌کنند آنان را وادار به همراهی با خود نمایند. نظریه همنشینی افتراقی مؤید این دلیل است. در این نظریه، کجروی و انحراف اجتماعی ناشی از آن است که فرد رفتار نابهنجاری را در خلال فرایند جامعه‌پذیری و یادگیری فراگرفته و آن را از طریق همانندسازی یا درونی کردن ارزش‌ها، در درون خود جایگزین کرده است و به صورت رفتار بروز می‌دهد. در این تحلیل، خانواده، دوستان و گروه همسالان بیشترین نقش را برعهده دارند.

مدل ژنتیکی و فیزیولوژیکی به دنبال پاسخی به بعد بیولوژیکی است و با مطالعه روی دوقلوها و نیز سنجش عمیق فرزندان افراد الکلی از اهمیت عوامل ژنتیکی به عنوان عوامل سهیم در الکلیسم حمایت می‌کند. عواملی که بر یکی از متغیرهای جسمی - زیستی تأکید دارند مواردی مانند نقص جسمی، عیوب ظاهری اندام، ساختمان جمجمه، کروموزوم اضافی، وضعیت خاص ژن‌ها، جنس، سن، نوع خون، وضع مزاج، ضعف، قدرت، سوابق بیماری، وضع ترشح غدد و حتی نژاد را علت کج روی می‌داند (روح بخش، ۱۳۹۵)

برخی آسیب شناسان اجتماعی بر این باورند که عوامل زیست‌شناختی مانند نقص جسمانی و وضعیت خاص ژنتیکی را باید علت کج رفتاری دانست. به طور مثال، سزار لمبروزو معتقد است که اغلب جنایتکاران و کژ رفتاران اجتماعی در ساختمان و اعمال بدن خود دارای نواقص هستند و میان نقص بدنی از یک سو و جنایت از سوی دیگر رابطه نزدیکی وجود دارد (ستوده، ۱۳۹۱). مدل روانی، شروع اختلال مصرف مواد را با بعضی از اختلالات در فرد مانند نقص توجه و بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال خلق و اضطراب مرتبط دانسته‌اند. تقریباً در کلیه تحقیقات مربوط به اعتیاد از ویژگی‌های شخصیتی به عنوان عاملی که شخص را به سوی اعتیاد می‌کشاند، نام برده شده است. نتایج تحقیق مدرسی فرد و ماردرپور (۱۳۹۵) با عنوان رابطه ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای و خودکارآمدی پرهیز از مواد در جوانان آلوده به اعتیاد نتایج نشان داد که خودکارآمدی

پرهیز از مواد با بعد روان رنجورخویی شخصیت رابطه منفی و با بعد انعطاف پذیری، رابطه مثبت دارد. راهبرد مقابله‌ای مسأله مدار با بعد انعطاف پذیری شخصیت رابطه مثبت و راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار با بعد روان رنجورخویی رابطه منفی دارد. همچنین خودکارآمدی پرهیز از مواد با راهبرد مقابله‌ای مسأله مدار رابطه مثبت دارد. بنابراین ابعاد شخصیتی مختلف و سطوح متفاوت خودکارآمدی و انتخاب سبک و الگوی مقابله‌ای از عوامل مؤثر در گرایش و یا عدم گرایش افراد به مصرف مواد و اعتیاد می‌باشند.

گروهی از افراد که بعضاً ضعیف‌النفس هستند، قدرت مقابله با مشکلات و ناکامی‌ها را ندارند و اعتیاد را راه نجات خود تلقی می‌کنند. برای رهایی از ناراحتی‌ها، فشارهای روانی، بی‌اعتمادی به خویشان و رفع هیجانات درونی در جستجوی پناهگاهی امن، به مواد مخدر و یا مصرف داروهای روان گردان پناه می‌برند. این افراد فکر می‌کنند که با مصرف مواد از گرفتاری‌های زندگی رهایی می‌یابند زیرا حالت تخدیری دارو و مواد مخدر سبب می‌شود که تا مدتی فرد معتاد نسبت به مسائل، مشکلات و واقعیت‌های زندگی بی‌تفاوت باشد. همین فرار از زیر بار مشکلات فردی، عامل عمده برای کشش افراد به طرف مواد مخدر است. یک دسته از افرادی که بیشتر در معرض اعتیاد به مواد مخدر قرار می‌گیرند افراد افسرده هستند. افراد افسرده ضعف روانی دارند و به نوعی احساس خلأ شخصیتی می‌کنند. آن‌ها به تصور خودشان، توان لذت بردن از دنیا را ندارند، همواره احساس ناتوانی و خستگی می‌کنند و خود را تهی از هرگونه توان و احساس مطلوب می‌دانند. چنین افرادی ممکن است با مصرف مواد در جستجوی جادویی برآیند که به دردهایشان پایان بخشد و خلأهایی را که در خودشان احساس می‌کنند رفع و نقص شخصیتشان را برطرف کنند. یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری اعتیاد تفاوت در ویژگی‌های شخصیتی از جمله هیجان خواهی افراد است. افراد معتاد در هیجان خواهی و زیرمولفه‌های آن شامل تجربه طلبی، ماجراجویی، ملال پذیری، تنوع طلبی سطح بالاتری از افراد عادی دارند و تعارض‌های روان‌شناختی و کسب منافع روانی انگیزه قوی جهت گرایش افراد به مصرف مواد است. هر کدام از این مدل‌های ذکر شده به تنهایی تبیین‌های ناقصی ارائه داده‌اند. به همین دلیل برخی از صاحب‌نظران به سمت ادغام این تبیین‌ها حرکت کرده‌اند و مدل

جدیدی تحت عنوان مدل زیستی-روانی-اجتماعی مطرح کرده‌اند؛ و اغلب از وجوه مشترکی در فرایند اعتیاد به عنوان بحثی که حامی نیاز به مدل زیستی، روانی و اجتماعی است استفاده می‌کنند. اگر چه در سال‌های اخیر بعد معنوی نیز به این مدل اضافه شده است. برای جستجوی مراقبت‌های درمانی مؤثرتر و انسانی‌تر، مطالعه جامعه شناختی رابطه پزشک و بیمار می‌تواند زمینه‌های اجتماعی که در فرایند درمان بیماران مورد غفلت واقع شده‌اند را برجسته تر کند. لذا آموزش مهارت‌های ارتباطی در کنار فن و دانش پزشکی، ایجاد پیوندهای مناسب در زمینه پژوهش و آموزش و جایگزین کردن الگوهای ارتباطی بیمارمدار می‌تواند راهکارهای مناسبی برای گذار از مدل سنتی پزشکی زیستی به مدل چندبعدی زیستی روانی اجتماعی در پیشگیری و درمان باشد (شفعتی و زاهدی، ۱۳۹۱). مدل سنتی سلامت بیشتر توانسته است مفهوم سلامت و بیماری جسمی را تفسیر نماید اما امروزه با تبیین ابعاد متفاوت سلامت انسانی این مدل دیگر کارآمد نخواهد بود. از سوی دیگر عدم وجود یک مدل کامل برای تبیین ساختار سلامت یک کشور می‌تواند عملی شدن این مفهوم در حوزه اجتماعی را به یک چالش بزرگ تبدیل نماید. با توجه به معرفی نشدن مدلی برای تبیین جایگاه سلامت معنوی در کشور از بین مدل‌های مختلف ارائه شده در دنیا مدل زیستی-روانی-اجتماعی-معنوی مرکز توسعه انسان و کودک جرج تاوان<sup>۱</sup> می‌تواند به عنوان یک مدل جامع مطرح شود. این مدل به جای بیماری و ناراحتی بیشتر بر سلامت و احساس خوب بودن تاکید دارد، به جای رفتارهای غیر بهداشتی و پرخطر بیشتر بر مفاهیمی چون کیفیت زندگی، سیستم‌های حمایتی و شیوه زندگی تاکید دارد. فرض این مدل بر این است که ذات انسان به گونه‌ای است که روز به روز به سمت بهتر شدن و انجام رفتارهای بهداشتی تر پیش می‌رود نه بدتر شدن. طبق این مدل انگیزه برای خوب بودن بیشتر امیدواری و لذت بردن از زندگی است نه ترس و هراس از مرگ و بیماری. نقش مراقبین بهداشتی در مدل سنتی بیشتر توصیه کننده و درمان کننده است در حالی که در این مدل نقش مراقبین بیشتر تسهیل کننده

سلامتی و تسهیل کننده ارتباط فرد با ذات درونی خود است. تغییر از نظر مدل سنتی تغییر رفتارهای غیر بهداشتی و درمان چنین عمل و عکس العمل‌هایی است در حالی که تغییر در این مدل بیشتر آگاهی یافتن از شرایط زندگی و بهبود زندگی است. مهم‌ترین ویژگی چنین مدلی این است که نگاهی جامع و کل‌نگر به انسان را ارائه می‌نماید. از سوی دیگر مسئولیت اجتماعی و فردی را نیز در قالب تعریف نقش‌ها تبیین می‌نماید (حجت، عزیزی، چرخ انداز و حجت، ۱۳۹۵).

در مجموع به نظر می‌رسد در یک جمع بندی کلی بر اساس رویکردهای نظری و یافته‌های پژوهشی می‌توان گفت که پیشگیری و درمان اعتیاد نیازمند داشتن نگاهی جامع در قالب مدل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی است و برنامه‌ریزی‌ها باید با در نظر گرفتن این ابعاد باشد.

### منابع

آزادفلاح، پرویز (۱۳۷۹). بنیادهای زیستی - روانی زمینه ساز اعتیاد. *مجله روانشناسی*، ۴(۳) پیاپی ۱۵، ۲۴۶-۲۳۴.

باقری، معصومه؛ نبوی، عبدالحسین؛ ملتفت، حسین و نقی‌پور، فاطمه (۱۳۸۹). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر پدیده‌ی اعتیاد در شهر اهواز، *فصلنامه جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۱(۳۸)، ۲. بهاری، فرشاد (۱۳۹۲). *اعتیاد مشاوره و درمان (راهنمای تغییر رفتار اعتیادی در معتادان)*. تهران: نشر دانژه.

پازانی، فریبا؛ برجلی، احمد؛ احدی، حسن و کراسکیان موجمباری، ادیس (۱۳۹۵). مدل ساختاری روابط عوامل روانی اجتماعی در آمادگی اعتیاد نوجوانان با نقش واسطه‌ای هم‌وابستگی. *فصلنامه اعتیاد پژوهشی سوء مصرف مواد*، (۱۰)، ۴۰، ۲۱۷-۲۳۳.

پازانی، فریبا؛ برجلی، احمد؛ احدی، حسن و موجمباری آدیس کراسکیان (۱۳۹۵). آمادگی به اعتیاد نوجوانان: عوامل روانی - اجتماعی و هم‌وابستگی. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۳(۱۱)، ۱۵۴-۱۲۷.

پرویزی فرد (۱۳۸۷). *بررسی همبودی اختلال‌های خلقی و اضطرابی در سوء مصرف کنندگان مواد افیونی جویای درمان و مقایسه آن با افراد بهنجار*، پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه تهران

پرویزی فرد، علی اکبر؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمد کاظم و شاکری جلال (۱۳۸۰).  
 بررسی همبودی اختلال‌های خلقی و اضطرابی در معتادان جویای درمان و افراد بهنجار. مجله  
 روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۷(۱ و ۲) ۴۵-۵۵  
 حبیبی کلیر، رامین؛ فرید، ابوالفضل؛ و غریبی، حسن (۱۳۹۳). واکاوی پدیدارشناسانه علل گرایش  
 به اعتیاد و عامل‌های زمینه‌ساز ترک آن از دید معتادان بهبودیافته، فصلنامه سلامت اجتماعی و  
 اعتیاد، ۱(۲)، ۴۱-۵۴.

حجت، محسن؛ عزیزی، جلیل؛ چرخ انداز، مریم و حجت، سودابه (۱۳۹۵). تبیین و تشریح مدل  
 زیست‌روانی-اجتماعی-معنوی سلامت، متعلق به مرکز تحقیقات سلامت  
 معنوی/فکری/جسمی آمریکا. کنگره سراسری تحول نظام سلامت در حوزه معنویت،  
 رویکردها و راهبردها. جهرم، دانشگاه علوم پزشکی  
 حسینی کتکی، سیده زهره؛ نجفی، محمود؛ محمدی فر، محمد علی (۱۳۹۵). مقایسه ناگویی خلقی،  
 سرشت و منش و پرخاشگری در معتادان و افراد عادی. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴(۴)، ۴۶۳-  
 ۴۵۵

جهانتاب، محمد (۱۳۹۳). دوستان ناباب و اعتیاد نوجوانان. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۱  
 (۴)، ۷۸-۶۳

خادمیان، طلعه؛ قناعتیان، زهرا (۱۳۸۸). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد  
 مخدر مراکز بازپروری و کاهش آسیب زنان شهر تهران (مرکز تولد دوباره، خانه خورشید).  
 پژوهش نامه علوم اجتماعی، ۲(۴)، ۵۹-۸۵

داوری، محمد (۱۳۸۱). پیشگیری و کنترل اعتیاد بانگرش اسلامی، قم: نقش کلک.  
 رحیمی، معجد (۱۳۹۵). بررسی کیفی عوامل مؤثر در شروع اعتیاد از دیدگاه مراجعه‌کنندگان به  
 مراکز کنگره ۶۰ و NA، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره توانبخشی، دانشکده  
 روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.

رشادت، کوروش (۱۳۸۸). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد به مواد مخدر در معتادان مراجعه -  
 کننده به جمعیت خیریه تولد دوباره شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری  
 اجتماعی، چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

روح بخش، الهام (۱۳۹۵). تاثیر بیماری‌های جسمی و روانی در گرایش به سوء مصرف مواد مخدر.

ماهنامه اجتماعی فرهنگی ایران پاک خانواده، بهمن ماه، ۵-۱

زاهدی اصل، محمد (۱۳۹۳) آسیب‌های اجتماعی از منظر مددکاری اجتماعی، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی

ستوده، هدایت ا...، ستوده (۱۳۹۳). آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات). تهران: انتشارات آوای نور.

سحاقی، حکیم، قربان صباغ، فاطمه و محمدی، علی (۱۳۹۶). مروری بر عوامل مخاطره آمیز فردی، بین فردی، محیطی و اجتماعی مرتبط با گرایش به سوء مصرف مواد مخدر. پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۲(۱۵)، ۳۰-۲۳

سخاوت، جواد (۱۳۸۲). اتیولوژی جامعه‌شناسی اعتیاد. فصلنامه اعتیاد پژوهشی، ۲(۲)، ۵-۴۷  
سلیمی، مسعود (۱۳۸۲). سوء مصرف مواد و بیماری‌های روانی. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۱(۲)، ۲۹-۴۰

شفعتی، معصومه؛ زاهدی، محمد جواد (۱۳۹۱). بررسی الگوی‌های زیستی، روانی و اجتماعی رابطه پزشک و بیمار: گذر از الگوی زیست پزشکی. مجله علمی - پژوهشی اخلاق زیستی، ۲(۵)، ۱۵۱-۱۸۶

۱۳۵

شکری، کیوان؛ سنگین استاد آبی، محمد صالح؛ علی آبادی، جمال (۱۳۹۵). پیشگیری از عود رفتار اعتیادی در معتادان. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۳(۹)، ۱۶۱-۱۹۴  
شولتز، دوان و شولتز، سیدنی آلن (۱۹۹۸). نظریه‌های شخصیت، ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۵). تهران: انتشارات ویرا

صدیق سروستانی، رحمت الله (۱۳۹۰). آسیب‌شناسی اجتماعی. تهران: انتشارات سمت  
صدیق سروستانی، رحمت اله (۱۳۹۰). آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی). تهران: انتشارات سمت

غدیری، فرهاد؛ عبدالمحمدی، کریم و یوسف زاده، باقر (۱۳۹۶). مروری بر عوامل روانشناختی مرتبط با گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در ایران. رویش روان‌شناسی، ۶(۳)، ۲۳۹-۲۵۴  
فروغ‌الدین، عدل اکبر و صدرالسادات، سید جلال‌الدین (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین خودپنداره و گرایش به اعتیاد در جوانان. فصلنامه طب و ترکیه، ۴۶، ۷۴-۶۶

فولادی، اصغر (۱۳۹۵). بررسی علل اعتیاد در استان آذربایجان شرقی - شهر تبریز. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۳(۱۰)، ۷۴-۵۵

- فیضی، حسین؛ ویسی رایگانی، علی‌اکبر؛ عبدی، علیرضا؛ شاکری، جلال و مردوفی، مهدی (۱۳۹۴).  
 علل گرایش به مواد از دیدگاه مراجعه کنندگان به مرکز ترک اعتیاد استان کرمانشاه. *فصلنامه پژوهش توان‌بخشی در پرستاری*، ۲(۲)، ۴۷-۵۶
- قبادزاده، سیمین؛ مسعودی، مرضیه؛ محمدخانی، شهرام و حسنی، جعفر (۱۳۹۶). عوامل رفتاری، هیجانی و اجتماعی مرتبط با اعتیاد. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۴(۱۳)، ۴۴-۱۳
- قبادزاده، سیمین؛ مسعودی، مرضیه؛ محمدخانی، شهرام و حسنی، جعفر (۱۳۹۵). مروری بر عوامل فیزیولوژی و شناختی مرتبط با اعتیاد. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۳(۹)، ۱۲۹-۱۱۱
- قریشی‌زاده، محمدعلی و ترابی، کتابون (۱۳۸۸). بررسی بیماری‌های روانی توأم با اعتیاد در ۲۰۰ مورد از مراجعه کنندگان به مرکز معتادان خودمعرف بهزیستی تبریز. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۳۶(۵۵)، ۴۹-۵۳
- کاظمی زهرانی، حمید؛ کمالی، ایوب و قربانی، مریم (۱۳۹۳). الگوی پیش‌بینی کنندگی وابستگی به نیکوتین بر اساس شاخص‌های سلامت روانی و تصور از خود. *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۸(۹)، ۵۳-۵۴۶
- کریم یارجه‌رمی، مهدی؛ افتخارزاده، محمدهادی و حمیدی پور، زهرا (۱۳۹۲). بررسی میزان تأثیر علل مختلف عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۳(۱)، ۱۲۴-۱۳
- مامی، شهرام؛ احدی، حسن؛ نادری، فرح؛ عنایتی، میرصلاح الدین و مظاهری، محمدمهدی (۱۳۹۱). پیش‌بینی مدل گرایش به اعتیاد دانش‌آموزان متوسطه شهر ایلام بر اساس عوامل شخصیتی (NEO) و متغیر میانجی سلامت روان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱(۶)، ۲۴۸-۲۵۶
- محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۸۳). *وندالیسم*. تهران: انتشارات آن
- محمدی، مسعود و دهگانپور، محمد (۱۳۸۲). آسیب‌شناسی روانی سوء مصرف مواد. تهران: دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر
- مدرسی فرد، فاطمه و ماردپور، علیرضا (۱۳۹۵). رابطه ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای و خودکارآمدی پرهیز از مواد در جوانان آلوده به اعتیاد. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی*. ۱۰(۳۹)، ۲۳۰-۲۱۳



میرزاخانی، فهیمه و خدادادی سنگده، جواد (۱۳۹۵). عوامل روانشناختی مستعدکننده اعتیاد در زنان: یک تحقیق کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۲(۱۴۵)، ۳۳۲-۳۴۴

نقدی، اسداله؛ رضایی درهده، مریم؛ زندی، فاطمه (۱۳۹۴). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر ترک اعتیاد موفق در گروه (مطالعه موردی: مردان عضو NA در شهر نورآباد) *فصلنامه توسعه اجتماعی*، ۹(۳)، ۲۸-۷.

نوید، فریبا (۱۳۹۶). کاربردهای بالینی مدل بیوسایکوسوشیال یا زیستی، روانی، اجتماعی. بازیابی از سایت <http://rasekhoon.net/article/show/1293195>

هارجی، اون ساندرز، کریستین دیکسون دیوید (۱۳۹۲). *مهارتهای اجتماعی در ارتباطات میان فردی*. ترجمه مهرداد فیروزبخت و خشایار بیگی. تهران: نشر رشد

Akhter, A. (2013). Relationship between Substance Use and Self-Esteem.

*International Journal of Scientific & Engineering Research*, 4(2), 1-7

Alvarez-Aguirre, A., Alonso-Castillo, M. M & Zanetti, A.C.G. (2014).

Predictive factors of alcohol and tobacco use in adolescents. *Revista latino-americana de enfermagem*, 22(6), 1056-1062.

Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2004). Life Skills Training Empirical Findings and Future Directions. *Journal of Primary Prevention*, 25, 211-232

Carroll, K. M., Ball, S.A., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T.A., Nuro, K.F., & Rounsaville, B. J. (2008). Computer assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: a randomized trial of CBT 4 CBT. *American Journal of Psychiatry*, 165(7), 881-888

Drapela, L.A., & Mosher, C. (2007). The conditional effect parental drug use on parent attachment and adolescent drug use: Social control and social development perspective model. *Journal of child & Adolescent Substance Abuse*, 16(3), 63-87.

Hawkins, J. D., Catalano, R.F & Miller, J. U. (1992). Risk and protective factor for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.

Kermode, M., Sono, C. Z., Songput, C. H., Devine, A. (2013). Falling through the cracks: a qualitative study of HIV risks among women who use drugs and alcohol in Northeast India. *BMC International Health and Human Rights*. 13, 9. Doi: 10.1186/1472-698X-13-9

Marrtins, S. S., Srorr, C. L., Alexander, P. K., & Chilcoat, H. D. (2008). Adolescent ecstasy and other drug use in the national survey of parents and youth: The role of sensationseeking, parental monitoring and peer drug use. *Addictive Behaviors*, 33, 919-933

- Massah, O., Azkhosh, M., Azami, Y., Goodiny, A. A., Doostian, Y & Mousavi, S.H. (2017). Students Tendency toward Illicit Drug Use: The Role of Perceived Social Support and Family Function in Iran. *Iran Journal of Psychiatry and Behavior Sciences*, 11(2), e8314. Doi: 10.17795/ijpbs.8314.
- Nasiry, F., Bakhshipour rodsari, A & Nasiry, S. (2014). Tendency to substance abuse on the basis of self-esteem and components of emotional intelligence. *Research on addiction quarterly journal of drug abuse*, 8(31), 103-111
- Raketic, D., Kovacevic, M., Djuric, T. (2009). Women addiction (alcohol and opiates) and defense mechanism style. *European Psychiatry*, 24(1), S451
- Simons- Morton, B. (2007). Social influences on adolescent substance use. *American Journal of Health Behavior*, 31(6), 672-84.
- Simons-Morton, B.G & Farhat, T. (2010). Recent findings on peer group influences on adolescent smoking. *The journal of primaryprevention*, 31(4), 191-208
- Small, W., Fast, D., Krusi, A., Wood, E., Kerr, T. (2009). Social influences upon injection initiation amongstreet-involved youth in Vancouver, Canada: a qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 4, 8. Doi: 10.1186/1747-597X-4-8.
- Tucker, J. S., Green, H. D., Zhou, A. J., Miles, J. N., Shih, R. A & D'Amico, E. J. (2011). Substance use among middle school students: Associations with self-rated and peer-nominated popularity. *Journal of adolescence*, 34(3), 513-519
- Whitesell, M., Bachand, A., Peel, J & Brown, M. (2013). Familial, social and individual factors contributing to risk for adolescent substance use. *Journal of addiction*, 1-10, ID 579310, Doi: 10.1155/2013/579310.