

## تحلیل کیفی تجربه زوجها از هموابستگی مرضی و پیامدهای آن بر سلامت روان

مشخصات نویسندگان:



تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.  
 انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.

۱. ریحانه شریفی نژاد\*: گروه روان‌شناسی خانواده، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

\*پست الکترونیکی نویسنده مسئول: r.sharifinejad@gmail.com

شیوه استناددهی: شریفی نژاد، ریحانه. (۱۴۰۳). تحلیل کیفی تجربه زوجها از هموابستگی مرضی و پیامدهای آن بر سلامت روان. *سنجش، ارزیابی و مداخلات زوج‌درمانی*، ۱(۲)، ۱-۱۱.

### چکیده

هدف پژوهش حاضر واکاوی تجربه زیسته زوج‌های تهرانی از هموابستگی مرضی و تبیین پیامدهای آن بر سلامت روان فردی و رابطه‌ای بود. این پژوهش با رویکرد کیفی و روش تحلیل مضمون انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۲۲ نفر از زوج‌های ساکن تهران بودند که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و با معیار تجربه آشکار الگوهای هموابستگی، آشفتگی رابطه‌ای و مراجعه یا آمادگی برای گفت‌وگو درباره مشکلات زناشویی انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته فردی گردآوری شد و فرایند نمونه‌گیری تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت. مصاحبه‌ها پس از اخذ رضایت آگاهانه ضبط، پیاده‌سازی و با استفاده از نرم‌افزار NVivo تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها بر اساس مراحل آشنایی با داده‌ها، کدگذاری اولیه، تشکیل مضامین، بازبینی، نام‌گذاری مضامین و تدوین گزارش انجام شد. تحلیل مصاحبه‌ها به شناسایی پنج مقوله اصلی انجامید: «فروپاشی مرزهای فردی و حل‌شدن خود در دیگری»، «چرخه مراقبت افراطی، کنترل و درماندگی»، «فرسودگی هیجانی و اضطراب رابطه‌ای»، «انزوای اجتماعی و کاهش استقلال روان‌شناختی» و «وابستگی دوسوگرا، تعارض مزمن و احساس گرفتارشدگی». مشارکت‌کنندگان هموابستگی را نه صرفاً علاقه شدید، بلکه الگویی فرساینده توصیف کردند که در آن ارزشمندی فرد به رضایت، خلق و رفتار همسر گره می‌خورد و سلامت روان از طریق اضطراب، نشخوار ذهنی، افسردگی، احساس گناه، کاهش عزت‌نفس و ناتوانی در تصمیم‌گیری مستقل آسیب می‌بیند. یافته‌ها نشان داد هموابستگی مرضی در روابط زوجی می‌تواند به تدریج مرز میان صمیمیت سالم و درهم‌تنیدگی آسیب‌زا را مخدوش کند و با ایجاد چرخه‌ای از مراقبت افراطی، کنترل، ترس از رهاشدگی و فرسودگی روانی، سلامت روان هر دو همسر را تهدید نماید. مداخلات زوج‌درمانی باید علاوه بر کاهش تعارض آشکار، بر بازسازی مرزهای فردی، تقویت خودتمایز یافتگی، تنظیم هیجان، کاهش رفتارهای نجات‌دهنده و آموزش وابستگی متقابل سالم تمرکز کنند.

واژگان کلیدی: هموابستگی مرضی، سلامت روان، زوجها، تحلیل کیفی، مرزهای فردی، تهران

# A Qualitative Analysis of Couples' Experiences of Pathological Codependency and Its Consequences for Mental Health



© 2024 the authors. This is an open access article under the terms of the [CC BY-NC 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) License.

## Authors' Information:

1. Reyhaneh Sharifi-Nejad\*: Department of Family Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

Corresponding author's email: [r.sharifinejad@gmail.com](mailto:r.sharifinejad@gmail.com)

**How to cite:** Sharifi-Nejad, R. (2024). A Qualitative Analysis of Couples' Experiences of Pathological Codependency and Its Consequences for Mental Health. *Couple Therapy Assessment, Evaluation, and Intervention*, 1(2), 1-11.

## Abstract

This study aimed to explore the lived experiences of couples in Tehran regarding pathological codependency and to explain its perceived consequences for individual and relational mental health. This qualitative study used thematic analysis. The participants were 22 married individuals from Tehran who were recruited through purposive sampling based on their lived experience of codependent relational patterns, marital distress, and willingness to discuss their couple relationship in depth. Data were collected through individual semi-structured interviews and continued until theoretical saturation was achieved. All interviews were conducted after obtaining informed consent, audio-recorded, transcribed verbatim, and analyzed using NVivo software. The analytic procedure included familiarization with the data, initial coding, theme construction, theme review, theme definition and naming, and report writing. The analysis generated five main categories: "collapse of personal boundaries and dissolution of the self in the partner," "the cycle of excessive caregiving, control, and helplessness," "emotional exhaustion and relational anxiety," "social isolation and reduced psychological autonomy," and "ambivalent dependency, chronic conflict, and perceived entrapment." Participants described codependency not as intense love, but as an erosive relational pattern in which self-worth becomes tied to the partner's mood, approval, and behavior. The reported mental health consequences included anxiety, rumination, depressive mood, guilt, reduced self-esteem, emotional fatigue, and impaired independent decision-making. The findings indicate that pathological codependency in couple relationships may gradually blur the boundary between healthy intimacy and harmful enmeshment. Through excessive caregiving, control, fear of abandonment, and psychological exhaustion, this pattern may undermine the mental health of both partners. Couple therapy interventions should therefore focus not only on overt conflict reduction but also on reconstructing personal boundaries, strengthening differentiation of self, improving emotion regulation, reducing rescuing behaviors, and promoting healthy interdependence.

**Keywords:** *codependency, mental health, couples, qualitative analysis, personal boundaries, Tehran*

روابط زوجی یکی از مهم‌ترین بسترهای تجربه امنیت هیجانی، حمایت روان‌شناختی، معنا، هویت و رشد فردی است. با این حال، همان رابطه‌ای که می‌تواند منبع آرامش، تعلق و خودگسترش باشد، در شرایطی ممکن است به زمینه‌ای برای فرسایش روانی، کاهش استقلال فردی و بازتولید الگوهای ناسالم وابستگی تبدیل شود. در ادبیات روان‌شناسی بالینی و خانواده‌درمانی، یکی از مفاهیمی که برای توصیف چنین الگوهایی به کار رفته «هم‌وابستگی مرضی» یا codependency است. این مفهوم در آغاز عمدتاً برای توصیف الگوهای رفتاری همسران یا اعضای خانواده افراد دارای سوءمصرف مواد مطرح شد، اما به تدریج دامنه آن به روابط عاطفی، زناشویی، خانوادگی و حتی روابط مراقبتی گسترش یافت. هم‌وابستگی مرضی معمولاً به الگویی اطلاق می‌شود که در آن فرد به‌گونه‌ای افراطی بر نیازها، هیجان‌ها، رفتارها و تأیید دیگری متمرکز می‌شود و در این فرایند، نیازها، مرزها، خواسته‌ها و هویت مستقل خود را نادیده می‌گیرد (Dear & Roberts, 2005; Fischer et al., 1991; Marks et al., 2012).

با وجود کاربرد گسترده این مفهوم در متون بالینی، هم‌وابستگی مرضی همچنان مفهومی بحث‌برانگیز است. برخی پژوهشگران آن را نه یک تشخیص مستقل، بلکه الگویی رابطه‌ای، آموخته‌شده و چندبعدی می‌دانند که با خودفداگری افراطی، تمرکز بیرونی، سرکوب هیجان، کنترل‌گری پنهان، واکنش‌پذیری هیجانی و دشواری در مرزبندی همراه است (Bacon et al., 2020; Bacon & Conway, 2023). از این منظر، هم‌وابستگی مرضی را نباید با عشق، تعهد یا حمایت سالم اشتباه گرفت. در وابستگی متقابل سالم، زوجین می‌توانند به یکدیگر تکیه کنند، نیازهای خود را بیان کنند، حمایت دریافت کنند و در عین نزدیکی، هویت و عاملیت فردی خود را حفظ نمایند. اما در هم‌وابستگی مرضی، نزدیکی عاطفی به درهم‌تنیدگی تبدیل می‌شود؛ مراقبت به کنترل می‌انجامد؛ نگرانی به پایش دائمی رفتارهای همسر بدل می‌گردد؛ و فداکاری، به جای انتخابی آگاهانه، به الزام روانی برای حفظ رابطه و جلوگیری از طردشدگی تبدیل می‌شود.

یکی از مبانی نظری مهم برای فهم هم‌وابستگی مرضی، نظریه دلبستگی است. بر اساس این نظریه، کیفیت روابط اولیه با مراقبان می‌تواند الگوهای پایدار انتظار، اعتماد، ترس از رهاشدگی و راهبردهای تنظیم هیجان را در روابط بزرگسالی شکل دهد (Bowlby, 1969/1982). Mikulincer & Shaver (2007) پژوهش‌های مربوط به دلبستگی بزرگسال نشان داده‌اند که روابط عاشقانه می‌توانند به‌مثابه روابط دلبستگی عمل کنند و سبک‌های دلبستگی ناایمن، به‌ویژه اضطرابی، با نیاز شدید به اطمینان‌جویی، حساسیت نسبت به نشانه‌های طرد، وابستگی هیجانی و دشواری در تحمل فاصله روانی همراه‌اند (Hazan & Shaver, 1987). در چارچوب هم‌وابستگی مرضی، فرد ممکن است احساس کند بدون تأیید یا حضور روانی همسر قادر به تنظیم هیجان‌های خود نیست؛ بنابراین، رابطه از منبع حمایت به سازوکاری برای بقای روانی تبدیل می‌شود. این وضعیت می‌تواند اضطراب، نشخوار ذهنی، کنترل‌گری، احساس گناه و فرسودگی را تشدید کند.

از سوی دیگر، نظریه نظام‌های خانواده و مفهوم خودتمایز یافتگی نیز چارچوب مهمی برای تحلیل هم‌وابستگی فراهم می‌کند. بوئن بر این باور بود که توانایی فرد برای حفظ تعادل میان صمیمیت و استقلال، یکی از شاخص‌های اساسی سلامت خانواده و زوج است (Bowen, 1978). در روابطی که سطح تمایز یافتگی پایین است، فرد به‌سختی می‌تواند میان احساسات خود و احساسات دیگری تمایز قائل شود و در نتیجه،

اضطراب رابطه‌ای به سرعت به واکنش‌های هیجانی، کنترل، فاصله‌گیری یا تسلیم شدن تبدیل می‌شود. در همین راستا، مینوچین نیز در نظریه ساختاری خانواده بر اهمیت مرزهای روشن میان اعضای خانواده تأکید کرد و نشان داد که مرزهای بسیار گسیخته یا بسیار درهم‌تنیده می‌توانند سلامت سیستم خانواده را مختل کنند (Minuchin, 1974). هم‌وابستگی مرضی را می‌توان یکی از نمودهای درهم‌تنیدگی دانست؛ وضعیتی که در آن مرزهای روانی زوجین چنان مبهم می‌شود که رنج، تصمیم، خلق و نیاز یک نفر به‌طور مستقیم و بی‌واسطه بر هویت و ثبات روانی دیگری سلطه می‌یابد.

مطالعات تجربی نیز نشان داده‌اند که هم‌وابستگی با پیامدهای نامطلوب رابطه‌ای و روان‌شناختی همراه است. مقیاس‌های سنجش هم‌وابستگی، از جمله مقیاس اسپن-فیشر، شاخص هم‌وابستگی هولیوک و مقیاس ترکیبی هم‌وابستگی، ابعاد مختلفی مانند خودفداگری، تمرکز بر دیگری، کنترل بین‌فردی و سرکوب هیجانی را برجسته کرده‌اند (Dear & Roberts, 2005; Fischer et al., 1991; Marks et al., 2012). در یک مطالعه تجربی درباره پیامدهای هم‌وابستگی در روابط عاطفی، نتایج نشان داد افراد دارای سطح بالاتر هم‌وابستگی، رفتارهای مقابله‌ای منفی خود و همسر را بیشتر ادراک می‌کنند، رابطه خود را مسئله‌دارتر می‌بینند و سطح پایین‌تری از رضایت از زندگی گزارش می‌کنند (Happ et al., 2023). این یافته‌ها اهمیت بررسی هم‌وابستگی را از سطح یک برچسب بالینی فراتر می‌برد و آن را به مسئله‌ای مرتبط با کیفیت زندگی، سلامت روان و کارکرد زوجی تبدیل می‌کند.

پیامدهای سلامت روان هم‌وابستگی مرضی چندلایه است. در سطح فردی، فرد هم‌وابسته ممکن است دچار کاهش عزت‌نفس، اضطراب جدایی، احساس بی‌ارزشی، افسردگی پنهان، فرسودگی هیجانی، خشم سرکوب‌شده و ناتوانی در تصمیم‌گیری مستقل شود. در سطح رابطه‌ای، هم‌وابستگی می‌تواند باعث شکل‌گیری چرخه‌ای شود که در آن یک همسر نقش «نجات‌دهنده» یا «مراقب دائمی» را بر عهده می‌گیرد و همسر دیگر، آگاهانه یا ناآگاهانه، در موقعیت وابستگی، مطالبه‌گری یا مسئولیت‌گریزی تثبیت می‌شود. نتیجه چنین چرخه‌ای معمولاً نه صمیمیت، بلکه تعارض مزمن، احساس قربانی بودن، توقع متقابل، دلخوری انباشته و کاهش رضایت زناشویی است. در واقع، هم‌وابستگی مرضی اغلب با دوگانگی عاطفی همراه است: فرد از یک سو احساس می‌کند بدون رابطه نمی‌تواند دوام بیاورد و از سوی دیگر، همان رابطه را منبع خستگی، اضطراب و بی‌ثباتی روانی تجربه می‌کند (Bacon et al., 2020; Happ et al., 2023).

در بافت فرهنگی ایران و به‌ویژه در شهر بزرگی مانند تهران، مطالعه هم‌وابستگی مرضی اهمیت مضاعفی دارد. تهران به‌عنوان کلان‌شهری که در آن سنت، مدرنیته، فشار اقتصادی، تغییر نقش‌های جنسیتی، افزایش انتظارات از ازدواج و دسترسی به خدمات مشاوره‌ای به‌طور هم‌زمان حضور دارند، بستر پیچیده‌ای برای شکل‌گیری و تجربه روابط زوجی فراهم می‌کند. از یک سو، ارزش‌های فرهنگی مرتبط با وفاداری، تحمل، مراقبت از همسر و حفظ خانواده می‌توانند سرمایه‌های مهمی برای پایداری رابطه باشند؛ از سوی دیگر، در صورت نبود مرزهای سالم، همین ارزش‌ها ممکن است به سکوت هیجانی، تحمل آسیب، خودفراموشی و تداوم روابط فرساینده منجر شوند. بسیاری از زوجها ممکن است رفتارهای هم‌وابسته را با تعهد، غیرت، مراقبت یا عشق اشتباه بگیرند و تنها زمانی به آسیب‌زا بودن آن پی ببرند که نشانه‌های اضطراب، افسردگی، خشم، بی‌خوابی، وسواس فکری نسبت به همسر یا احساس از دست دادن هویت فردی آشکار شده باشد.

با وجود اهمیت این موضوع، بخش زیادی از پژوهش‌های موجود درباره هم‌وابستگی ماهیتی کمی، مقیاس محور یا نظری دارند و کمتر به تجربه زیسته زوج‌ها، زبان روزمره آنان، معانی فرهنگی وابستگی، و شیوه‌ای که افراد این الگو را در بدن، ذهن و رابطه خود تجربه می‌کنند پرداخته‌اند. پژوهش کیفی می‌تواند امکان فهم عمیق‌تری از این پدیده فراهم کند؛ زیرا هم‌وابستگی صرفاً مجموعه‌ای از نشانه‌ها نیست، بلکه تجربه‌ای زیسته، تدریجی و رابطه‌ای است که در روایت‌های زوجین، در توصیف‌های آنان از خستگی، ترس، مراقبت، کنترل، شرم و امید به تغییر آشکار می‌شود. بنابراین، بررسی کیفی تجربه زوج‌ها می‌تواند به غنی‌سازی ادبیات زوج‌درمانی، تدوین مداخلات فرهنگی حساس و تمایز میان صمیمیت سالم و درهم‌تنیدگی آسیب‌زا کمک کند. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر واکاوی تجربه زوج‌های ساکن تهران از هم‌وابستگی مرضی و تبیین پیامدهای آن بر سلامت روان فردی و رابطه‌ای بود.

## روش‌شناسی

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و روش تحلیل مضمون انجام شد. انتخاب رویکرد کیفی به این دلیل بود که هدف مطالعه، سنجش شدت هم‌وابستگی یا آزمون رابطه میان متغیرها نبود، بلکه پژوهش در پی فهم عمیق تجربه زیسته زوج‌ها از شکل‌گیری، تداوم و پیامدهای هم‌وابستگی مرضی در زندگی زناشویی بود. جامعه پژوهش شامل زوج‌های متأهل ساکن شهر تهران بود که تجربه آشکار الگوهای هم‌وابستگی، مراقبت افراطی، کنترل‌گری رابطه‌ای، دشواری در مرزبندی و پیامدهای روان‌شناختی مرتبط با رابطه را گزارش می‌کردند. مشارکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند و سپس با بهره‌گیری محدود از معرفی زنجیره‌ای انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل تأهل رسمی، سکونت در تهران، حداقل دو سال زندگی مشترک، تمایل به مشارکت در مصاحبه، توانایی بیان تجربه‌های شخصی، و گزارش تجربه‌هایی مانند وابستگی افراطی به خلق یا تأیید همسر، دشواری در تصمیم‌گیری مستقل، احساس مسئولیت افراطی نسبت به رفتارهای همسر یا فرسودگی روانی ناشی از رابطه بود. معیارهای خروج شامل وجود بحران حاد روان‌پزشکی، خشونت شدید فعال که نیازمند مداخله فوری حفاظتی بود، ناتوانی در ادامه مصاحبه، یا انصراف از مشارکت در هر مرحله از پژوهش بود. در نهایت، ۲۲ نفر، شامل ۱۱ زن و ۱۱ مرد از ۱۱ زوج، در پژوهش شرکت کردند. فرایند مصاحبه تا زمانی ادامه یافت که داده‌های جدید به کد یا مضمون تازه معنا‌داری منجر نشد و اشباع نظری در مصاحبه بیستم حاصل شد؛ با این حال، برای اطمینان از پایداری مضامین، دو مصاحبه تکمیلی دیگر نیز انجام شد.

داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته فردی گردآوری شد. مصاحبه‌ها به صورت حضوری یا در موارد محدود به صورت آنلاین امن انجام گرفت و مدت هر مصاحبه بین ۵۰ تا ۸۰ دقیقه بود. پیش از شروع مصاحبه، هدف پژوهش، محرمانگی اطلاعات، اختیار مشارکت‌کننده برای توقف مصاحبه، و نحوه استفاده پژوهشی از داده‌ها توضیح داده شد و رضایت آگاهانه دریافت گردید. راهنمای مصاحبه شامل پرسش‌های باز بود؛ از جمله: «وقتی می‌گویید به همسرتان بیش از حد وابسته هستید، منظورتان چیست؟»، «در چه موقعیت‌هایی احساس می‌کنید آرامش شما کاملاً به رفتار یا خلق همسرتان وابسته است؟»، «این نوع وابستگی چه تأثیری بر احساس ارزشمندی، اضطراب، خلق یا تصمیم‌گیری شما داشته است؟»، «آیا مراقبت از همسر برای شما به احساس خستگی، اجبار یا کنترل تبدیل شده است؟»، و «به نظر شما مرز میان عشق، تعهد

و هم‌وابستگی آسیب‌زا در رابطه شما کجا قرار می‌گیرد؟». در طول مصاحبه، از پرسش‌های کاوشی مانند «می‌توانید نمونه‌ای بزنید؟»، «در آن لحظه چه احساسی داشتید؟» و «واکنش همسرتان چه بود؟» برای تعمیق داده‌ها استفاده شد. همه مصاحبه‌ها با اجازه مشارکت‌کنندگان ضبط و سپس کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی شدند.

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار NVivo و بر اساس منطق تحلیل مضمون انجام شد. در مرحله نخست، پژوهشگر چندین بار متن مصاحبه‌ها را مطالعه کرد تا با فضای کلی داده‌ها آشنا شود. در مرحله دوم، واحدهای معنایی مرتبط با تجربه هم‌وابستگی، مرزبندی، سلامت روان، تعارض، کنترل، مراقبت افراطی و فرسودگی استخراج و کدگذاری شد. در مرحله سوم، کدهای مشابه در خوشه‌های مفهومی قرار گرفتند و مضامین اولیه شکل گرفتند. در مرحله چهارم، مضامین با داده‌های خام مقایسه و بازبینی شدند تا اطمینان حاصل شود که هر مضمون هم از نظر درونی انسجام دارد و هم از مضامین دیگر متمایز است. در مرحله پنجم، مضامین نهایی تعریف و نام‌گذاری شدند و در مرحله ششم، گزارش تحلیلی یافته‌ها با استفاده از نقل‌قول‌های نماینده تدوین گردید. برای افزایش اعتبار پژوهش، از بازبینی مشارکت‌کنندگان، مرور همتای پژوهشی، یادداشت‌برداری تأملی، ثبت مسیر تحلیل و ارائه توصیف غنی از زمینه پژوهش استفاده شد. همچنین اصول اعتبارپذیری، انتقال‌پذیری، وابستگی و تأییدپذیری در فرایند گردآوری و تحلیل داده‌ها مورد توجه قرار گرفت (Lincoln & Guba, 1985; Nowell et al., 2017). گزارش مطالعه نیز با توجه به معیارهای اصلی COREQ برای پژوهش‌های کیفی مبتنی بر مصاحبه تنظیم شد (Tong et al., 2007).

## یافته‌ها

از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، ۲۲ نفر از زوج‌های ساکن تهران در پژوهش شرکت کردند که شامل ۱۱ زن و ۱۱ مرد بود. دامنه سنی مشارکت‌کنندگان بین ۲۷ تا ۴۹ سال قرار داشت؛ از این میان، ۴ نفر در گروه سنی ۲۷ تا ۳۰ سال، ۶ نفر در گروه ۳۱ تا ۳۵ سال، ۵ نفر در گروه ۳۶ تا ۴۰ سال، ۴ نفر در گروه ۴۱ تا ۴۵ سال و ۳ نفر در گروه ۴۶ تا ۴۹ سال بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۳ نفر دارای دیپلم، ۱۰ نفر دارای کارشناسی، ۷ نفر دارای کارشناسی ارشد و ۲ نفر دارای دکتری بودند. مدت زندگی مشترک در ۵ نفر بین ۲ تا ۵ سال، در ۸ نفر بین ۶ تا ۱۰ سال، در ۶ نفر بین ۱۱ تا ۱۵ سال و در ۳ نفر بیش از ۱۵ سال بود. از نظر وضعیت فرزندآوری، ۱۳ نفر دارای فرزند و ۹ نفر بدون فرزند بودند. همچنین ۱۶ نفر شاغل، ۴ نفر خانه‌دار و ۲ نفر در زمان مصاحبه فاقد اشتغال ثابت بودند. ۱۴ نفر سابقه مراجعه به مشاور یا روان‌شناس برای مسائل فردی یا زوجی داشتند و ۸ نفر هرگز پیش از پژوهش تجربه دریافت خدمات تخصصی نداشتند. تحلیل داده‌ها نشان داد تجربه هم‌وابستگی مرضی در میان مشارکت‌کنندگان در قالب پنج مقوله اصلی قابل تبیین است: فروپاشی مرزهای فردی و حل‌شدن خود در دیگری؛ چرخه مراقبت افراطی، کنترل و درماندگی؛ فرسودگی هیجانی و اضطراب رابطه‌ای؛ انزوای اجتماعی و کاهش استقلال روان‌شناختی؛ و وابستگی دوسوگرا، تعارض مزمن و احساس گرفتارشدگی.

نخستین مقوله، «فروپاشی مرزهای فردی و حل‌شدن خود در دیگری» بود. مشارکت‌کنندگان توضیح دادند که در جریان زندگی مشترک، مرز میان نیازها، احساسات و خواسته‌های خود و همسرشان به تدریج مبهم شده است. بسیاری از آنان احساس می‌کردند ارزشمندی، آرامش و حتی

هویت فردی‌شان به رضایت همسر وابسته شده است. در این الگو، فرد نمی‌توانست خواسته مستقل خود را بدون احساس گناه بیان کند و معمولاً پیش از هر تصمیمی، واکنش همسر را در ذهن خود پیش‌بینی می‌کرد. یک زن ۳۴ ساله با ۸ سال سابقه ازدواج بیان کرد: «گاهی حس می‌کنم اصلاً نمی‌دانم خودم چه می‌خواهم. اول فکر می‌کنم او ناراحت می‌شود یا نه؛ بعد اگر چیزی از خواسته خودم باقی ماند، به آن فکر می‌کنم». یک مرد ۳۹ ساله نیز گفت: «اگر همسر من حالش بد باشد، من هم انگار اجازه ندارم حالم خوب باشد. حتی وقتی مشکل به من ربطی ندارد، خودم را مسئول می‌دانم». این مضمون نشان داد که هم‌وابستگی مرضی به تدریج فرد را از تجربه یک «خود مستقل» دور می‌کند و رابطه به جای آنکه فضای رشد دو نفر باشد، به میدانی تبدیل می‌شود که در آن یک فرد خود را در دیگری گم می‌کند.

دومین مقوله، «چرخه مراقبت افراطی، کنترل و درماندگی» بود. مشارکت‌کنندگان مراقبت از همسر را در ابتدا نشانه عشق، مسئولیت‌پذیری یا وفاداری می‌دانستند، اما به مرور این مراقبت به رفتاری اجباری، فرساینده و کنترل‌گرانه تبدیل شده بود. در بسیاری از روایت‌ها، فرد هم‌وابسته تلاش می‌کرد حال همسر را مدیریت کند، مشکلات او را حل کند، تصمیم‌های او را پیش‌بینی کند و مانع پیامدهای منفی رفتارهایش شود. اما همین مراقبت افراطی، به جای بهبود رابطه، باعث تداوم مسئولیت‌گریزی یا وابستگی بیشتر همسر می‌شد. یک زن ۴۱ ساله گفت: «همیشه فکر می‌کردم اگر من حواسم نباشد، همه چیز خراب می‌شود؛ قبض‌ها، کارهای خانه، رابطه با خانواده‌ها، حتی حال روحی خودش. بعد دیدم من شده‌ام مدیر بحران زندگی او، نه همسرش». یک مرد ۳۲ ساله نیز بیان کرد: «من اسمش را حمایت گذاشته بودم، ولی واقعیت این بود که مدام چک می‌کردم کجاست، با کی حرف زده، ناراحت است یا نه. فکر می‌کردم دارم مراقبت می‌کنم، اما انگار داشتم کنترل می‌کردم». این مقوله نشان داد که در هم‌وابستگی مرضی، مراقبت و کنترل اغلب در هم تنیده‌اند و فرد هم‌وابسته در عین تلاش برای نجات رابطه، احساس درماندگی و بی‌قدرتی عمیقی را تجربه می‌کند.

سومین مقوله، «فرسودگی هیجانی و اضطراب رابطه‌ای» بود. مشارکت‌کنندگان هم‌وابستگی را با تجربه مداوم نگرانی، نشخوار ذهنی، حساسیت نسبت به تغییرات کوچک در رفتار همسر، بی‌خوابی، خستگی روانی و افت خلق توصیف کردند. برخی بیان کردند که یک پیام کوتاه، سکوت، دیر پاسخ دادن یا تغییر لحن همسر می‌تواند ساعت‌ها ذهن آنان را درگیر کند. یک زن ۲۹ ساله گفت: «اگر جواب پیامم را دیر بدهد، هزار فکر می‌آید سراغم؛ از اینکه دیگر دوستم ندارد تا اینکه حتماً کاری کرده‌ام ناراحت شده. تا جواب ندهد، نمی‌توانم روی کارم تمرکز کنم». یک مرد ۴۵ ساله نیز اظهار کرد: «من از بیرون آدم آرامی به نظر می‌رسم، ولی درونم همیشه در حالت آماده‌باش است. کوچک‌ترین ناراحتی همسر من را مثل خطر می‌بینم». این یافته نشان می‌دهد هم‌وابستگی مرضی فقط یک مسئله ارتباطی نیست، بلکه با نظام تنظیم هیجان فرد پیوند دارد. در چنین وضعیتی، آرامش فرد وابسته به نشانه‌های بیرونی از سوی همسر می‌شود و این امر زمینه اضطراب مزمن، فرسودگی هیجانی و کاهش کارکرد روزمره را فراهم می‌کند.

چهارمین مقوله، «انزوای اجتماعی و کاهش استقلال روان‌شناختی» بود. بسیاری از مشارکت‌کنندگان توضیح دادند که به تدریج روابط دوستانه، علایق شخصی، فعالیت‌های فردی و حتی ارتباط با خانواده خود را محدود کرده‌اند تا تنش زوجی کاهش یابد یا همسر احساس ناامنی نکند. در برخی موارد، این محدودسازی به درخواست مستقیم همسر صورت گرفته بود، اما در بسیاری از موارد، فرد خود به صورت پیشگیرانه از فعالیت‌های

مستقل صرف‌نظر می‌کرد تا از تعارض احتمالی جلوگیری کند. یک زن ۳۷ ساله بیان کرد: «کم‌کم دیدم دیگر با دوستانم بیرون نمی‌روم، کلاس زبان را رها کردم، حتی لباس پوشیدنم را هم با این فکر انتخاب می‌کنم که او چه واکنشی نشان می‌دهد». یک مرد ۳۶ ساله نیز گفت: «من قبل از ازدواج فوتبال، دوستان و برنامه‌های خودم را داشتم. حالا اگر بخواهم تنها بیرون بروم، احساس خیانت می‌کنم، حتی اگر همسرم چیزی نگوید». این مقوله نشان داد که هم‌وابستگی مرضی به کاهش شبکه حمایت اجتماعی و محدود شدن منابع هویتی فرد منجر می‌شود. وقتی رابطه زوجی تنها منبع معنا، امنیت و تأیید شود، فرد در برابر تنش‌های همان رابطه آسیب‌پذیرتر می‌شود.

پنجمین مقوله، «وابستگی دوسوگرا، تعارض مزمن و احساس گرفتارشدگی» بود. مشارکت‌کنندگان رابطه را هم‌زمان منبع امنیت و منبع رنج توصیف می‌کردند. آنان از یک سو از دوری، طردشدگی یا فروپاشی رابطه می‌ترسیدند و از سوی دیگر، از تداوم الگوی موجود احساس خستگی، خشم و درماندگی داشتند. این دوسوگرایی سبب می‌شد زوجین در چرخه‌های مکرر نزدیکی افراطی، دلخوری، کنترل، فاصله‌گیری، احساس گناه و بازگشت به همان الگو گرفتار شوند. یک زن ۴۴ ساله گفت: «بارها گفته‌ام دیگر نمی‌توانم، ولی وقتی کمی فاصله می‌گیرم، اضطرابم بیشتر می‌شود. انگار هم بودنش خسته‌ام می‌کند، هم نبودنش می‌ترساندم». یک مرد ۴۸ ساله نیز توضیح داد: «ما مدام دعوا می‌کنیم، ولی هیچ‌کدام نمی‌توانیم واقعاً جدا شویم یا حتی سالم‌تر نزدیک شویم. انگار به همین درد عادت کرده‌ایم». این مضمون نشان داد که هم‌وابستگی مرضی اغلب با نوعی قفل‌شدگی رابطه‌ای همراه است؛ رابطه نه به‌قدر کافی امن است که رشد ایجاد کند و نه به‌قدر کافی قابل ترک یا اصلاح به نظر می‌رسد. همین وضعیت احساس گرفتارشدگی، افسردگی، خشم پنهان و ناامیدی را تشدید می‌کند.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر واکاوی تجربه زوجها از هم‌وابستگی مرضی و پیامدهای آن بر سلامت روان بود. یافته‌ها نشان داد هم‌وابستگی مرضی در تجربه مشارکت‌کنندگان صرفاً به معنای علاقه شدید یا نیاز طبیعی به همسر نبود، بلکه الگویی چندبعدی و فرساینده بود که در آن مرزهای فردی تضعیف می‌شد، مراقبت به کنترل تبدیل می‌گردید، اضطراب رابطه‌ای افزایش می‌یافت، استقلال روان‌شناختی کاهش پیدا می‌کرد و رابطه در چرخه‌ای از وابستگی دوسوگرا و تعارض مزمن گرفتار می‌شد. این یافته با نگاه چندبعدی به هم‌وابستگی همسو است؛ نگاهی که آن را ترکیبی از تمرکز بیرونی، خودفداگری، کنترل بین‌فردی، سرکوب هیجان و واکنش‌پذیری می‌داند، نه صرفاً یک ویژگی شخصیتی ساده یا نشانه‌ای از محبت افراطی (Dear & Roberts, 2005; Marks et al., 2012). همچنین یافته‌ها با مطالعاتی همخوان است که هم‌وابستگی را پدیده‌ای تجربه‌شده در سطح هویت، بدن، هیجان و رابطه می‌دانند و نشان می‌دهند افراد هم‌وابسته اغلب میان نیاز به نزدیکی و رنج ناشی از همان نزدیکی گرفتار می‌شوند (Bacon et al., 2020).

مقوله نخست، یعنی فروپاشی مرزهای فردی و حل‌شدن خود در دیگری، نشان داد که مشارکت‌کنندگان به تدریج توانایی تشخیص خواسته‌ها، هیجان‌ها و اولویت‌های مستقل خود را از دست داده‌اند. این یافته با نظریه نظام‌های خانواده بوئن قابل تبیین است. از منظر بوئن، خودتمایزیافتگی پایین موجب می‌شود فرد در روابط نزدیک، میان صمیمیت و استقلال تعادل برقرار نکند و در برابر اضطراب رابطه‌ای، واکنش‌های هیجانی

شدیدی نشان دهد. (Bowen, 1978) هنگامی که فرد نتواند احساسات خود را از احساسات همسر جدا کند، خلق همسر به عامل تعیین‌کننده خلق او تبدیل می‌شود و رابطه به جای آنکه میدان تعامل دو فرد متمایز باشد، به سیستم هیجانی درهم‌تنیده‌ای تبدیل می‌گردد. این یافته همچنین با مفهوم مرزهای درهم‌تنیده در نظریه ساختاری خانواده همسو است. مینوچین معتقد بود که سلامت خانواده به وجود مرزهای روشن اما انعطاف‌پذیر وابسته است؛ در حالی که در مرزهای درهم‌تنیده، استقلال اعضا کاهش می‌یابد و واکنش‌های هیجانی به سرعت در کل سیستم پخش می‌شود. (Minuchin, 1974) بنابراین، در هم‌وابستگی مرضی، مشکل اصلی فقدان عشق نیست، بلکه فقدان فاصله روانی سالم است.

مقوله دوم، یعنی چرخه مراقبت افراطی، کنترل و درماندگی، نشان داد مشارکت‌کنندگان رفتارهای نجات‌دهنده و مراقبتی خود را ابتدا نشانه تعهد می‌دانستند، اما به مرور دریافتند که این مراقبت‌ها به کنترل، اضطراب و فرسودگی تبدیل شده است. این نتیجه با ادبیات هم‌وابستگی همخوان است که در آن خودفداگری و تمرکز افراطی بر دیگری دو مؤلفه اصلی محسوب می‌شوند. (Fischer et al., 1991; Marks et al., 2012) نکته مهم این است که در تجربه مشارکت‌کنندگان، کنترل‌گری همواره با نیت سلطه‌جویانه آشکار همراه نبود، بلکه اغلب از ترس، نگرانی و مسئولیت‌پذیری افراطی ناشی می‌شد. فرد هم‌وابسته احساس می‌کرد اگر مراقب نباشد، همسر آسیب می‌بیند، رابطه فرو می‌پاشد یا خود او طرد می‌شود. این وضعیت با یافته‌های (Happ et al., 2023) همسو است که نشان داد هم‌وابستگی با ادراک بیشتر از مقابله زوجی منفی و مشکلات رابطه‌ای همراه است. بر این اساس، مراقبت افراطی ممکن است به جای کاهش تنش، به تثبیت الگوهای منفی مقابله‌ای منجر شود؛ زیرا یک همسر بیش‌ازحد مسئولیت می‌پذیرد و دیگری ممکن است در نقش وابسته، منفعل یا مطالبه‌گر باقی بماند.

مقوله سوم، یعنی فرسودگی هیجانی و اضطراب رابطه‌ای، نشان داد هم‌وابستگی مرضی پیامدهای آشکاری برای سلامت روان دارد. مشارکت‌کنندگان از بی‌خوابی، نشخوار ذهنی، اضطراب، افت تمرکز، حساسیت به تغییرات رفتاری همسر و خستگی روانی سخن گفتند. این یافته را می‌توان در پرتو نظریه دلبستگی توضیح داد. در سبک‌های دلبستگی ناایمن، به‌ویژه دلبستگی اضطرابی، فرد نسبت به نشانه‌های فاصله، بی‌توجهی یا طرد بسیار حساس است و برای کاهش اضطراب، به اطمینان‌جویی، نزدیکی طلبی افراطی یا کنترل رابطه روی می‌آورد (Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Shaver, 2007). همسر به منبع اصلی تنظیم هیجان تبدیل می‌شود؛ بنابراین، کوچک‌ترین تغییر در پاسخ‌دهی یا خلق همسر می‌تواند تهدیدی برای امنیت روانی فرد تلقی شود. این وضعیت باعث می‌شود نظام روانی فرد در حالت آماده‌باش مزمّن قرار گیرد. همسویی این یافته با پژوهش (Bacon et al., 2020) نیز قابل توجه است؛ زیرا در آن مطالعه، افراد هم‌وابسته تجربه خود را با احساس گم کردن خویشتن، اضطراب، نیاز به تأیید و دشواری در رهایی از الگوهای رابطه‌ای آسیب‌زا توصیف کرده بودند.

مقوله چهارم، یعنی انزوای اجتماعی و کاهش استقلال روان‌شناختی، نشان داد هم‌وابستگی مرضی با محدود شدن تدریجی منابع هویتی و حمایتی خارج از رابطه همراه است. بسیاری از مشارکت‌کنندگان برای جلوگیری از تعارض یا ناامن شدن همسر، روابط دوستانه، فعالیت‌های شخصی و علایق مستقل خود را کنار گذاشته بودند. این یافته اهمیت تمایز میان صمیمیت سالم و درهم‌تنیدگی را برجسته می‌کند. در صمیمیت سالم، نزدیکی زوجین مانع رشد فردی و ارتباطات اجتماعی آنان نمی‌شود؛ اما در هم‌وابستگی مرضی، رابطه به تنها منبع معنا، تأیید

و امنیت تبدیل می‌شود. این امر فرد را آسیب‌پذیرتر می‌کند؛ زیرا هرگونه تنش در رابطه اصلی، کل نظام روانی و اجتماعی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از منظر خانواده‌درمانی، چنین وضعیتی نشان‌دهنده ضعف مرزبندی و کاهش انعطاف سیستم زوجی است (Bowen, 1978; Minuchin, 1974). همچنین با دیدگاه Bacon and Conway (2023) همخوان است که نزدیکی افراطی، درهم‌تنیدگی و هم‌وابستگی را مفاهیمی به هم پیوسته اما نیازمند تمایز نظری می‌دانند. یافته حاضر نشان می‌دهد که در تجربه زوج‌ها، انزوای اجتماعی نه‌تنها پیامد هم‌وابستگی است، بلکه خود به تداوم آن کمک می‌کند؛ زیرا فرد با از دست دادن شبکه‌های حمایتی، بیش‌ازپیش به رابطه فرساینده وابسته می‌شود. مقوله پنجم، یعنی وابستگی دوسوگرا، تعارض مزمن و احساس گرفتارشدگی، بیانگر هسته پارادوکسیکال هم‌وابستگی مرضی بود. مشارکت‌کنندگان هم‌زمان رابطه را منبع امنیت و رنج می‌دانستند. آنان از ماندن در الگوی موجود خسته بودند، اما فاصله گرفتن یا تغییر دادن رابطه نیز اضطراب شدید ایجاد می‌کرد. این یافته با ادبیات دل‌بستگی و هم‌وابستگی همسو است؛ زیرا در روابط ناایمن، فرد ممکن است به منبعی وابسته شود که خود منشأ اضطراب است (Mikulincer & Shaver, 2007). در چنین الگویی، تعارض نه‌الزاماً نشانه جدایی عاطفی، بلکه گاه شکل دیگری از اتصال ناسالم است؛ زوجین از طریق دعوا، کنترل، دلخوری و آشتی‌های مکرر همچنان در مدار هیجانی یکدیگر باقی می‌مانند. یافته‌های Happ et al. (2023) نیز نشان می‌دهد که هم‌وابستگی با ادراک رابطه به‌عنوان رابطه‌ای مسئله‌دار و کاهش رضایت از زندگی همراه است. در مطالعه حاضر، این کاهش رضایت تنها در سطح شناختی گزارش نشد، بلکه در قالب احساس گرفتارشدگی، ناامیدی، خشم پنهان و فرسودگی روانی آشکار شد.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که هم‌وابستگی مرضی را باید پدیده‌ای رابطه‌ای، هیجانی و هویتی دانست. این پدیده در سطح رابطه با کنترل، مراقبت افراطی، تعارض و مرزهای مبهم ظاهر می‌شود؛ در سطح هیجانی با اضطراب، ترس از طرد، فرسودگی و حساسیت افراطی همراه است؛ و در سطح هویتی به کاهش خودآگاهی، خودارزشمندی و استقلال روان‌شناختی منجر می‌شود. بنابراین، مداخلات بالینی نباید صرفاً بر کاهش دعوا یا افزایش مهارت ارتباطی متمرکز باشند، بلکه باید به بازسازی مرزها، شناسایی نقش‌های نجات‌دهنده و قربانی، تقویت خودتمایز یافتگی، اصلاح باورهای مرتبط با عشق و فداکاری، و توسعه وابستگی متقابل سالم بپردازند. زوج‌درمانی در این زمینه زمانی مؤثرتر خواهد بود که به هر دو سطح فردی و رابطه‌ای توجه کند؛ زیرا هم‌وابستگی نه فقط درون فرد، بلکه در الگوی تعاملی زوج تثبیت می‌شود.

## مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

## تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

در تمامی مراحل پژوهش حاضر اصول اخلاقی مرتبط با نشر و انجام پژوهش رعایت گردیده است.

## تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش ما را همراهی کردند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

## References

- Bacon, I., McKay, E., Reynolds, F., & McIntyre, A. (2020). The lived experience of codependency: An interpretative phenomenological analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18, 754–771. doi: 10.1007/s11469-018-9983-8
- Bacon, I., & Conway, L. (2023). Co-dependency and enmeshment: A fusion of concepts. *International Journal of Mental Health and Addiction*. doi: 10.1007/s11469-022-00810-4
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). Basic Books. Original work published 1969
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Cullen, J., & Carr, A. (1999). Codependency: An empirical study from a systemic perspective. *Contemporary Family Therapy*, 21, 505–526. doi: 10.1023/A:1021627205565
- Dear, G. E., & Roberts, C. M. (2005). Validation of the Holyoake Codependency Index. *The Journal of Psychology*, 139(4), 293–313. doi: 10.3200/JRLP.139.4.293-314
- Fischer, J. L., Spann, L., & Crawford, D. W. (1991). Measuring codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8(1), 87–100. doi: 10.1300/J020V08N01\_06
- Happ, Z., Bodó-Varga, Z., Bandi, S. A., Kiss, E. C., Nagy, L., & Csókási, K. (2023). How codependency affects dyadic coping, relationship perception and life satisfaction. *Current Psychology*, 42, 15688–15695. doi: 10.1007/s12144-022-02875-9
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. doi: 10.1037/0022-3514.52.3.511
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Marks, A. D. G., Blore, R. L., Hine, D. W., & Dear, G. E. (2012). Development and validation of a revised measure of codependency. *Australian Journal of Psychology*, 64(3), 119–127. doi: 10.1111/j.1742-9536.2011.00034.x
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1–13. doi: 10.1177/1609406917733847
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research: A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042