

## مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و مکانیزم‌های دفاعی در افراد معتاد و غیرمعتاد

حسین قمری<sup>۱</sup>، مریم رستمی<sup>۲</sup>، مقصود نادر<sup>۳</sup>، رضا ایل بیگی قلعه‌نی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۰۴/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۵/۱۱

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و مکانیزم‌های دفاعی در افراد معتاد و غیرمعتاد بود. **روش:** طرح پژوهش علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان کرج در زمستان سال ۱۳۹۰ بود. تعداد ۱۰۰ نفر فرد معتاد و ۱۰۰ نفر غیرمعتاد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه غیرمعتاد از نظر سن، جنس و تحصیلات با گروه معتاد هم‌تا شده بودند. پرسشنامه‌های نئو و پرسشنامه‌ی مکانیزم‌های دفاعی در هر دو گروه اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که بین ترکیب خطی متشکل از مولفه‌های نئو و مکانیزم‌های دفاعی در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد؛ به این صورت که روان رنجورخویی و مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته و نورونیک در افراد معتاد، و ابعاد برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، پذیرا بودن و وجدان و مکانیزم‌های دفاعی رشد یافته در افراد غیر معتاد بیشتر است. **نتیجه‌گیری:** بر اساس این یافته‌ها می‌توان نتیجه‌گیری کرد که ویژگی‌های شخصیتی و مکانیزم‌های دفاعی از عوامل اصلی بروز، تشدید یا عود اعتیاد است.

**کلیدواژه‌ها:** ویژگی‌های شخصیتی، مکانیزم‌های دفاعی، افراد معتاد

۱. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی. پست الکترونیک: H\_ghamarigivi@yahoo.com

۲. دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه علامه طباطبایی

۴. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی

## مقدمه

اعتیاد یکی از مهم‌ترین انحرافات اجتماعی محسوب می‌شود که پایه و اساس بسیاری از آسیب‌ها و معضلات اجتماعی در سطح جامعه است. اعتیاد بیش از آنکه پدیده‌ای روانی و شخصی باشد، یک پدیده اجتماعی است. در تعریف طبی اعتیاد که مبتنی بر نشانه‌شناسی است گفته می‌شود: "اعتیاد سندرمی بالینی با تظاهرات رفتاری، شناختی و فیزیولوژی است که باعث می‌شود فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد" (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). اما در تعریف عملیاتی و بالینی که سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> ارائه داده، گفته می‌شود: "اعتیاد یک بیماری مسری است که موجب فریب جسمی، روانی و معنوی فرد و در طی آن روابط اجتماعی وی نیز مختل می‌شود." از مجموع تعاریف مربوط به اعتیاد می‌توان گفت که اعتیاد حالتی است که شخص هم از نظر جسمانی و هم از نظر روانی به ماده‌ای وابستگی پیدا می‌کند، احتیاج شدید و اجباری به ادامه مصرف آن ماده دارد و قادر نیست به میل و اراده خود آن را ترک کند و تحمل او در مقابل مصرف تدریجی مواد کمتر می‌شود. در عصر حاضر شیوع و مصرف مواد مخدر رو به افزایش و سن مصرف مواد مخدر رو به کاهش است. مقایسه آمارها نشان می‌دهد که در سال ۱۳۷۷ تقریباً ۵۰۰ هزار نفر معتاد در کشور و بر اساس آمارهای سازمان ملل متحد در سال ۱۳۷۷ در ۱۰ شهر بزرگ ایران حدود ۷۱۰ هزار معتاد و در سال ۱۳۸۰ بر اساس آمارهای وزارت بهداشت و درمان و دفتر مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل<sup>۲</sup> در ۸۵ شهرستان که تمامی استان‌ها را در بر می‌گرفت حداقل ۳ میلیون و ۷۶۱ هزار نفر مصرف کننده مواد افیونی وجود دارد؛ همچنین، مدیرکل مبارزه با مواد مخدر سال ۱۳۸۸ تعداد معتادان را بر اساس آمار گرفته شده در کشور یک میلیون و ۱۶۰ هزار معتاد که با احتساب افرادی که به صورت موردی و غیرحرفه‌ای این عمل را انجام می‌دهند بیش از دویلمیون نفر برآورد کرده است (میر آشتیانی، ۱۳۸۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد بیشتر در سن نوجوانی و جوانی قربانی اعتیاد می‌شوند. در پژوهشی در آمریکا نشان داده شده که ۷۸ درصد معتادان کمتر از ۲۵ سال و حدود ۵۰ درصد آنها کمتر از ۲۱ سال داشته‌اند و همچنین پژوهشی در ایران نشان داده که سن سرنوشت ساز و حساس برای اعتیاد بین ۱۶ تا ۲۵ سال است

(صدیق آشتیانی، ۱۳۸۶). همچنین، برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد بالاترین درصد معتادان در گروه سنی ۲۱ تا ۳۳ سال جای دارند. اعتیاد عوارضی را به همراه دارد که مهم‌ترین عوارض آن شامل: عوارض روانی که افسردگی، اضطراب، فراموشی، روان پریشی، اختلالات مغزی مانند دمانس و دلیریم را در بر می‌گیرد. مشکلات اجتماعی ناشی از اعتیاد نیز مانند بیکاری، طلاق و سرقت است. از منظر دیگر، قدرت اقتصادی ناشی از ارزش افزوده‌ی مواد مخدر به دلیل تجارت سودآور آن که بعد از اسلحه در درجه دوم قرار دارد -درآمد سالانه‌ی حاصل از تجارت مواد مخدر بالغ بر ۵۰۰ میلیارد دلار است- مقابله و کنترل سوء مصرف مواد را با مشکل مواجه ساخته است (رحیمی مؤقر، ۱۳۷۵). یافته‌های بالینی نشان می‌دهد که در شکل‌گیری وابستگی به مواد مخدر عوامل مختلفی از جمله ویژگی‌های شخصیتی، شیوه زندگی، روابط اجتماعی، نگرش، باورها، احساسات، دلبستگی‌ها، عواطف و رفتارهایی که در طی رشد فرد شکل گرفته‌اند دخالت دارند و این وضعیت فرد را مستعد و آماده مصرف می‌کند. همان‌طور که عنوان شد یکی از عوامل گرایش به مواد ویژگی‌های شخصیتی است. بنا به اعتقاد بسیاری از پژوهشگران، شخصیت مهم‌ترین عامل زیرساز در ابتلا به اعتیاد است و این تصور وجود دارد که سوء مصرف کنندگان مواد، دارای ضعف‌های شخصیتی هستند که آنها را نسبت به مصرف داروها و معتاد شدن به آنها آسیب‌پذیر می‌سازد (هنسل و بروک، ۲۰۰۱). در ۵۰ سال گذشته، تلاش‌های بسیاری در چارچوب بررسی ارتباط سوء مصرف مواد و سازه‌های شخصیت انجام شده است. فرض وجود یک شخصیت یا منش اعتیادی در مفاهیم روانکاوی از وابستگی به مواد ریشه می‌گیرد. درباره نقش ویژگی‌های شخصیت (برای نمونه تکانش‌وری، پرخاشگری و هیجان‌جویی) بر رفتار اعتیادی، بررسی‌های زیادی انجام شده است. این بررسی‌ها گویای آن هستند که ویژگی‌های شخصیت در شروع، گسترش و تداوم وابستگی به مواد نقش دارند (بال، ۲۰۰۴؛ بارنس، موری، پاتون، بنتلر و آندرسون، ۲۰۰۰). در یک بررسی بر پایه الگوی سه عاملی آیزنک<sup>۱</sup> نشان داده شد که افرادی که به مقدار زیادی الکل می‌نوشند در دو بعد روان‌رنجورخویی (N) و روان‌پریشی (P) نمرات بالاتری به دست می‌آورند (والتون و رابرتز، ۲۰۰۴). بررسی‌های انجام شده بر پایه الگوی

1. Ball

2. Barnes, Murry, Patton, Bentler &amp; Anderson

3. Eysenck

پنج عاملی شخصیت کوستا و مک کرا<sup>۱</sup> (۱۹۹۲) نیز نشان دهنده رابطه میان وابستگی به مواد و ویژگی‌های شخصیت هستند. فیشر، الیاس و ریتزا<sup>۲</sup>، (۱۹۹۸) نیز در بررسی عود در معتادان، در پی‌گیری یک ساله نشان دادند افرادی که پس از ترک، عود داشتند در بعد N نمره بالا و در بعد باوجدان بودن (C) نمره پایین به دست می‌آورند. مان، وایز، تراینیداد و کوهانسکی<sup>۳</sup> (۱۹۹۵) در بررسی ۴۰ نفر از افراد وابسته به مواد نشان دادند که این افراد در مقایسه با گروه بهنجار، در بعد روان‌رنجورخویی (N) و برون‌گرایی (E) نمرات بالا و در بعد دلپذیر بودن (A) نمرات پایین به دست می‌آورند ترول و شر (۱۹۹۴) بر پایه تحلیل همبستگی بر روی دانشجویان مصرف مواد، به دو متغیر مرتبط با مصرف مواد دست یافتند؛ نخست یک شاخص آسیب‌شناسی روانی عام که در آن نمره‌های بالا در بعدهای روان‌رنجورخویی (N) و انعطاف‌پذیری (o) و نمره پایین در بعد وجدان (C)، هم‌زمان با افسردگی، اضطراب و سوء مصرف مواد همبستگی معناداری دارد و دوم در بعدهای A، N، C و نمره بالا در بعد E با سوء مصرف مواد همراه است. متغیر دیگری که می‌تواند نقشی اساسی در اعتیاد داشته باشد مکانیزم‌های دفاعی است. مکانیزم‌های دفاعی فرایندهای ناهشیار درون روانی هستند که وظیفه محافظت از خود را در مقابل موقعیت‌های تهدیدآمیز یا استرس‌زا برعهده دارد. آنها از طریق اجتناب از اضطراب و یا شیوه‌ای خاص از مواجهه با اضطراب شرایط روانی را سازمان و بقاء می‌بخشند. بنابراین، آنها تلاش‌هایی را در رویارویی با تعارض روانی انجام می‌دهند و می‌توانند رفتارهای مقابله‌ای را تسهیل کنند. اما استفاده به شیوه‌ای نامناسب از آنها (همچون انکار، فرافکنی، جابجایی، انزوا)، می‌تواند رشد روانی را مختل کند و از پاسخ‌های مقابله‌ای مفید جلوگیری به عمل آورد (کرامر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰).

مکانیزم‌های دفاعی در حقیقت تحریف‌کننده واقعیت هستند و میزان تحریف واقعیت در دفاع‌های رشد نیافته و روان‌آزرده بیشتر از دفاع‌های رشد یافته است. هر چه میزان تحریف شناختی یک دفاع بیشتر باشد، به دنبال آن از میزان آگاهی هوشیارانه کاسته می‌شود و در نتیجه تلاش کمتری برای مقابله با تحریف شناختی انجام می‌شود (براد<sup>۵</sup>،

1. Costa & McCrae  
4. Cramer

2. Fisher, Elias & Ritza  
5. Brad

3. Mann, Wise, Trinidad & Kohans

(۲۰۰۴). بنابراین، مکانیزم‌های دفاعی شناخت آگاهانه ما را از تعارض‌هایمان کم می‌کنند و احساسات متعارض با باورهای ما را تحت تاثیر قرار می‌دهند؛ از این رو، مکانیزم‌های دفاعی خصوصا مکانیزم‌هایی که رشد نیافته‌ترند، مانعی برای درک واقعیت در فرد می‌شود و امکان دفاع منطقی و موثر را از وی سلب می‌کند و ظرفیت بینشی و خود اکتشافی فرد را کاهش می‌دهند (وایلنت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). اکبری، رستمی و زارعان (۱۳۸۷) در پژوهشی بر روی دانشجویان نشان دادند که بین مکانیزم‌های دفاعی رشد یافته و نیافته با گرایش به مصرف مواد و مواد مخدر رابطه معنادار وجود دارد. همچنین، نیکل و ایگل (۲۰۰۶) نشان دادند که برخی از افراد در موقعیت‌های مختلف از بکارگیری مکانیزم‌های مطلوب ناتوانند و در نتیجه به مصرف مواد روی می‌آورند.

پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سوال است که: "آیا بین مکانیزم‌های دفاعی و ویژگی‌های شخصیتی در افراد معتاد و بهنجار تفاوت وجود دارد؟"

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود که به صورت گذشته نگر انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد معتاد مراجعه کننده به مراکز و کلینیک‌های ترک اعتیاد شهرستان کرج در زمستان ۱۳۹۰ بود. تعداد ۱۰۰ نفر از این مراجعان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و تعداد ۱۰۰ نفر از افرادی که سابقه اعتیاد نداشتند به عنوان گروه مقایسه در نظر گرفته شدند. این افراد به لحاظ سن، جنس و تحصیلات همتا شده بودند.

## ابزار

۱- پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ-۴۰): این پرسشنامه توسط اندروز و همکاران در سال ۱۹۹۳ تدوین شد که شامل ۴۰ سوال در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرتی (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است که ۲۰ مکانیزم دفاعی را در سه سطح رشد یافته، روان آزرده‌وار و

رشد نیافته مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه در ایران توسط حیدری نسب (۱۳۸۵) مورد بررسی و هنجاریابی قرار گرفته است. تحقیقات نشان داد که نسخه ایرانی پرسشنامه همانند نسخه اصلی از اعتبار مطلوبی برخوردار است. بالاترین آلفای کلی در پسران دانشجو (۰/۸۱) و پایین‌ترین آلفای کل در دختران دانش‌آموز (۰/۶۹) مشاهده شد. همه همبستگی‌های مربوط به دوبار اجرای پرسشنامه در گروه‌های مورد مطالعه در مقایسه با مقادیر بحرانی معنادار بودند، براساس این یافته‌ها مشخص شد پرسشنامه سبک‌های دفاعی در گروه‌های مورد مطالعه از اعتبار نسبی مناسبی برخوردار است (حیدری نسب، ۱۳۸۵).

۲- پرسشنامه شخصیتی NEO-FFI: این پرسشنامه توسط مک کری و کاستا در سال ۱۹۸۵ ساخته شد (کاستا و مک کرا، ۱۹۸۵). گروسی و همکاران (۱۳۸۰) این پرسشنامه را در ایران هنجاریابی کردند. فرم کوتاه این ابزار که در این پژوهش استفاده شد شامل ۶۰ ماده است که ۵ عامل اصلی روان‌رنجوری، برونگرایی، گشودگی به تجربه، موافقت و وجدانی بودن را می‌سنجد. در این تست برای هر عامل ۱۲ سوال اختصاص یافته است. ماده‌ها به صورت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف، کاملاً مخالف) پاسخ داده می‌شوند. نمره‌های ۰ تا ۴ به این گزینه‌ها تعلق می‌گیرد. اعتبار این ابزار با روش بازآزمایی روی ۶۴ نفر به فاصله دو هفته برای پنج عامل به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۴، ۰/۷۹، ۰/۸۰ و ۰/۸۲ و نیز ضریب آلفای کرونباخ پنج عامل به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۵، ۰/۵۹، ۰/۴۸ و ۰/۷۵ گزارش شده است (عطاری و همکاران، ۱۳۸۵). ضریب آلفای گزارش شده توسط مک کری و کاستا بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ با میانگین ۰/۸۱ متغیر بوده است (مک کرا و کاستا، ۱۹۹۱).

## یافته‌ها

به لحاظ تحصیلات ۶۷ درصد از افراد گروه وابسته به مواد مخدر دارای سطح تحصیلی زیردیپلم، ۲۶ درصد دیپلم، ۳ درصد فوق‌دیپلم و ۴ درصد لیسانس بودند. اما در گروه

غیروابسته ۴۶ درصد زیر دیپلم، ۲۴ درصد دیپلم، ۱۸ درصد فوق دیپلم و ۱۲ درصد لیسانس بودند. همچنین، ۴۱ درصد از افراد گروه وابسته به مواد مخدر متاهل و ۵۹ درصد مجرد بودند. اما در گروه غیروابسته ۳۶ درصد متاهل و ۶۴ درصد مجرد بودند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها در جدول زیر ارائه شده است.

**جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها**

متغیرها	معتاد		غیرمعتاد	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
روان رنجورخویی	۳۰/۵۹	۶/۴۲	۱۷/۲۲	۲۴/۷۹
برونگرایی	۱۶/۳۱	۵/۹۲	۱۹/۵۷	۵/۱۸
موافقت و پذیرش	۱۷/۶۷	۴/۷۷	۲۰/۶۰	۵/۱۳
وجدانی بودن	۱۱/۹۹	۷/۲۴	۲۴/۲۳	۴/۵۵
گشودگی به تجربه	۱۴/۱۱	۴/۳۸	۳۰/۳۷	۴/۴۰
مکانیزم‌های رشد یافته	۴۵/۲۸	۱/۶۸	۶۵/۲۸	۰/۹۸
مکانیزم‌های نوروتیک	۶۴/۷۰	۱/۲۹	۴۵/۰۱	۱/۱۱
مکانیزم‌های رشد نیافته	۶۶/۳۰	۱/۷۹	۴۴/۹۹	۱/۱۸

برای بررسی تفاوت نمرات میانگین بین دو گروه معتاد و غیرمعتاد از تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوآ) استفاده شد. نتایج این تحلیل نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات ترکیب خطی عوامل شخصیتی و مکانیزم‌های دفاعی در دو گروه متفاوت است ( $F=۴۲/۹۱۴$ ,  $P<۰/۰۰۱$ ,  $\lambda=۰/۲۶۶$ ). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

**جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای تفاوت نمرات معتادین و افراد غیرمعتاد در متغیرهای مطالعه شده**

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
روان رنجورخویی	۳۸۱۹/۳۸	۱	۳۸۱۹/۳۸	۱۲۳/۳۶۹	۰/۰۰۰۵
برونگرایی	۲۹۱۸/۴۸	۱	۲۹۱۸/۴۸	۱۵۱/۱۸۱	۰/۰۰۰۵
موافقت و پذیرش	۴۰۷۷/۰۴	۱	۴۰۷۷/۰۴	۱۶۶/۲۶۲	۰/۰۰۰۵
وجدان	۲۷۳۰/۶۰	۱	۲۷۳۰/۶۰	۱۱۷/۵۵۶	۰/۰۰۰۵

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
گشودگی به تجربه	۳۲۵۰/۵۰	۱	۳۲۵۰/۵۰	۱۰۷/۳۰۳	۰/۰۰۰۵
مکانیزم‌های رشد یافته	۲۳۲۶/۲۷	۱	۲۳۲۶/۲۷	۶/۰۱۱	۰/۰۰۰۵
مکانیزم‌های نوروتیک	۲۳۸۲/۸۲	۱	۲۳۸۲/۸۲	۳۶/۳۴۰	۰/۰۰۰۵
مکانیزم‌های رشد نیافته	۳۱۳۷/۳۷	۱	۳۱۳۷/۳۷	۱۴/۲۲۰	۰/۰۰۰۵

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تفاوت معناداری در تمام متغیرها بین دو گروه وجود دارد. با توجه به آماره‌های توصیفی در متغیرهای روان‌رنجورخویی، مکانیزم‌های نوروتیک و مکانیزم‌های رشد نیافته گروه معتاد نمرات بالاتری دریافت داشته‌اند و در سایر متغیرها گروه غیرمعتاد نمرات بالاتری دریافت نموده‌اند.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که بین افراد معتاد و غیرمعتاد از لحاظ تمامی ابعاد شخصیتی تفاوت معنادار وجود دارد، به طوری که افراد معتاد نمرات بالاتری در بعد روان‌رنجورخویی و نمرات پایین‌تری در ابعاد برون‌گرایی، گشودگی به تجربه یا انعطاف، موافقت و پذیرش و وجدانی بودن به دست آوردند. بررسی‌های انجام شده در زمینه شخصیت و اعتیاد نشان داده‌اند که معتادان در عامل شخصیتی روان‌رنجورخویی نمرات بالایی نشان می‌دهند (والتون و رابرتز، ۲۰۰۴؛ فیشر ۱۹۹۸؛ ترول و شر، ۱۹۹۴؛ مک کورمیک، ۱۹۹۸). در پژوهش حاضر میانگین نمره معتادان در مقایسه با جمعیت عادی در عامل روان‌رنجورخویی بالا و از نظر آماری معنادار بود. این عامل نشان دهنده میزان تجربه احساسات و عواطف منفی از جمله ترس، غم، شرم، خشم، گناه، نفرت و کینه توزی در برابر استرس است (کاستا و مک کرا، ۱۹۹۲). برخی پژوهشگران روان‌رنجورخویی را همان هیجان‌پذیری یا عاطفه منفی نامیده‌اند و آن را عامل آسیب‌پذیری در برابر اختلال‌های روانی و از جمله اضطراب، افسردگی و وابستگی به مواد عنوان کرده‌اند (واتسون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴، کلارک و هارکنس<sup>۱</sup>). افراد دارای نمره پایین در



موافقت و دلپذیر بودن، منفی گرا، خودبین، مشکوک به نیت دیگران و رقابت گرا هستند. نمره‌های پایین در این عامل با اختلال‌های شخصیت خودشیفته، ضداجتماعی و پارانوئید مرتبط است، درحالی که نمره‌های بسیار بالا در این بعد با اختلال‌های شخصیت وابسته مرتبط است (کاستا و مک کرا، ۱۹۹۲). در بررسی حاضر، میانگین نمره معتادان در این عامل پایین‌تر از افراد عادی به دست آمد و این یافته با یافته‌های پژوهش‌های پیشین هم سو است. افراد دارای نمره‌های پایین در عامل با وجدان بودن، آسان گیر و اهمال کارند، یعنی در کار و تلاش معطوف به هدف، بی‌علاقه و بی‌شور و شوق‌اند. این افراد تکانشور و لذت گرا هستند (کاستا و مک کرا، ۱۹۹۲). همان‌گونه که بیان شد معتادان در این عامل نمره پایین (۱۹۸۷) می‌آورند. هم در نظریه زیستی-اجتماعی کلونینجر (۱۹۸۷) و هم در نظریه هیجان‌جویی زاگرمین (۲۰۰۴) تأکید شده است که جستجوی تازگی همراه با آسیب‌گریزی پایین، هسته رفتار تکانشوری را تشکیل می‌دهد و تکانشوری با سوء مصرف مواد و شخصیت ضداجتماعی همبستگی بالا دارد. تکانشوری نیز در الگوی پنج‌عاملی، زیر عامل با وجدان بودن، بار منفی و معنادار می‌گیرد. به بیان دیگر، نمره پایین در عامل با وجدان بودن با رفتار تکانشی و غیرمحتاطانه مشخص می‌شود. بررسی حاضر با یافته‌های یادشده در بالا هم سو است. افرادی که در عامل گشودگی به تجربه یا انعطاف نمره پایین می‌گیرند، دارای رفتار سنتی و دیدگاه محافظه‌کارانه هستند. این اشخاص امور آشنا و پیش پا افتاده را به پدیده‌های نو و بدیع ترجیح می‌دهند و پاسخ‌های هیجانی آنها تا اندازه‌ای ملایم است (کاستا و مک کرا، ۱۹۹۲). ترول و شر<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) نمره پایین در این بعد را عامل عام آسیب‌شناسی روانی شمرده‌اند. در بررسی حاضر نمره معتادان در این بعد پایین‌تر از نمونه عادی بود. در بعد برون‌گرایی یافته‌های این بررسی گویای وجود تفاوت معنادار بین افراد معتاد و گروه بهنجار بود. بررسی حاضر با پژوهش‌های والتون و روبرتز<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) هم سویی ندارد، اما با یافته‌هایمان و همکاران (۱۹۹۵) و فیشر و همکاران (۱۹۹۸) هم سو است. در نمرات پایین تمایل به صحبتی که در آن هیجان و سرزندگی نباشد، است. افراد با نمرات پایین در موقعیت

اجتماعی احساس شرم و بی‌لیاقتی دارند و از ملاقات کردن و همکاری با دیگران لذت نمی‌برند و تمایلی به بشاش بودن یا پویایی خاص ندارند.

همچنین، نتایج پژوهش نشان داد که بین افراد معتاد و غیرمعتاد از لحاظ مکانیزم‌های دفاعی تفاوت معنادار وجود دارد، به طوری که افراد معتاد نمرات بالاتری در مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته و نوروتیک و نمرات پایین‌تری در مکانیزم‌های دفاعی رشد یافته به دست آوردند. این نتایج با نتایج اکبری و همکاران (۱۳۸۷) و نیکل و ایگل (۲۰۰۶) همسو است. برای تبیین این نتایج می‌توان چنین عنوان کرد که بعضی از افراد در مواجهه با موقعیت‌های دشوار و پراسترس، توانایی تحلیل، تصمیم‌گیری و انتخاب رفتار صحیح را از دست می‌دهند و در این شرایط احتمال ارتکاب رفتارهای ناسازگارانه افزایش می‌یابد. در این مفهوم می‌توان مصرف مواد مخدر را به عنوان یک مکانیزم دفاعی رشد نیافته یا نوروتیک در نظر گرفت که افراد هنگام مواجهه با موقعیت‌های مشکل‌آفرین به آن متوسل می‌شوند. همچنین، می‌توان بیان داشت که وقتی اطلاعات هیجانی و شناختی به درستی در فرایند پردازش، ادراک و ارزیابی نشوند، سازمان عواطف و شناخت‌های فرد عملکرد بهینه‌ای نخواهند داشت و در نتیجه احتمال استفاده از مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته و نوروتیک در شرایط استرس‌زا افزایش می‌یابد. همان‌طور که وایلنت (۱۹۹۲) اعتقاد دارد که مکانیزم‌های دفاعی به طور خودکار برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی از طریق تاثیرگذاری بر چگونگی ادراک حوادث تهدید کننده عمل می‌کنند.

## منابع

- اکبری، سعید؛ رستمی، رضا و زارعان، مصطفی (۱۳۸۷). رابطه هوش هیجانی و مکانیزم‌های دفاعی با اعتیاد. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، ۴(۱۵)، ۳۰۳-۲۹۳.
- حیدری نسب، لیلان. (۱۳۸۵). *مقایسه مکانیزم‌های دفاعی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی براساس هنجاریابی و یافته‌های مبتنی بر روانسنجی پرسشنامه ایرانی سبک‌های دفاعی*. رساله دکتری، دانشگاه تربیت مدرس.
- رحیمی موقر، آفرین (۱۳۷۵). *پیشگیری اولیه از اعتیاد*. سازمان بهزیستی کشور.

- سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا. (۲۰۰۳). خلاصه رونپزشکی. ترجمه: نصرت الله پورافکاری. (۱۳۸۲). تهران: انتشارات شهرآب.
- صدیق سروسستانی، رحمت الله. (۱۳۸۶). *آسیب شناسی اجتماعی تهران*. انتشارات سمت.
- میر آشتیانی، الهام (۱۳۸۴). *جامعه شناسی اعتیاد در ایران امروز*. تهران، انتشارات مهاجر.
- Ball, S. A. (2004). *Personality traits, disorders, and substance abuse*. In R. M. Stelmack. *On the psychobiology of personality: Essays in honor of Marvin Zuckerman*. New York: Pergamon.
- Barnes, G. E.; Murray, R. P.; Patton, D.; Bentler, P. M.; & Anderson, R. E. (2000). *The addiction-prone personality*. New York: Plenum Publishers.
- Brad, B. (2004). Psychological Defense Mechanisms: A new perspective. *American Journal of Psychoanalysis*, 64 (1): 1-26.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory and NEO Five-Factor Inventory*. Odessa, F. L: Psychological Assessment Resources.
- Cramer, P. (2002). Defense Mechanisms in Psychology Today. *Journal of American Psychology*, 55 (6): 637-646.
- Fisher, L. A.; Elias, I. W.; & Ritza, K. (1998). Predicting relapse to substance abuse as a function. *Critical Experimental Research*, 22, 1041-1047.
- Hansen, E. B.; & Breivik, G., (2001). Sensation Seeking as a Predictor of Positive and Negative Risk Behavior among Adolescents, *Personality and Individual Differences*, 30, 627-640.
- Mann, L. S.; Wise, T. N.; Trinidad, A.; & Kohanski, R. (1995). *Alexithymia, affect, recognition, and five factors*, Routledge.
- McCrae, R. R.; & Costa, P. T. (2004). A contemplated revision of NEO Five-Factor Inventory, *Personality and Individual Differences*, 36, 587-596.
- Nickel, R.; & Egle, U. (2006). Psychological defense styles, childhood adversities and psychopathology in adulthood, *Journal of Child Abuse Neglect*, 30(2): 157-170.
- Quirk, S. W.; & McCormick, R. A. (1998). Personality subtypes, coping styles, symptom correlates, and substances of choice among a cohort of substance abusers, *Assessment*, 5, 157-170
- Trull, T. J.; & Sher, K. J. (1994). Relationship between the five-factor model of personality and axis I disorders in a non-clinical sample, *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 350-360.
- Vaillant, G. E. (1999). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*, Washington, DC. American Psychiatric Press.
- Walton, K. E.; & Roberts, B. W. (2004). On the relationship between substance use and personality traits: Abstainers are not maladjusted, *Journal of Research in Personality*, 38, 514-535.
- Watson, D.; Clark, L. A.; & Harkness, A. R. (1994). Structures of personality and their relevance to psychopathology, *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 18-31.



پروشکاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی