

مکانیزم های دفاعی در خانواده های افراد مبتلا به سوءمصرف مواد مخدر

حسین جناابادی^۱، نرگس زمانی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۹/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۸/۲۳

چکیده

هدف: هدف از انجام این پژوهش، بررسی مکانیزم ها و سبک های دفاعی در خانواده افراد مبتلا به مصرف و سوءمصرف مواد بود. **روش:** طرح پژوهش حاضر توصیفی بود. نمونه این پژوهش متشکل از ۲۸۰ نفر (هر گروه ۷۰ نفر) از خانواده افراد سوءمصرف کنندگان مواد مخدر، الکل، دارو و سیگار بود که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده جهت سنجش مکانیزم های دفاعی پرسش نامه سبک های دفاعی آندروز (۱۹۹۳) بود. **یافته ها:** بیشترین میانگین و درصد استفاده از مکانیزم های رشد نیافته در همراهان بیماران مبتلا به مصرف مواد مخدر و الکل بوده و کمترین میانگین و درصد در همراهان بیماران مبتلا به مصرف مواد آرام بخش بوده است. در میان مکانیزم های رشد نیافته بیشترین درصد استفاده را انکار در همراهان سوءمصرف الکل و کمترین درصد استفاده را مکانیزم گذار به عمل در همراهان مصرف مواد مخدر داشته است. **نتیجه گیری:** مکانیزم های دفاعی شناخت ما را از خود تغییر می دهد، از این رو مکانیزم های دفاعی ناپخته، مانعی برای درک واقعیت در افراد می شوند و امکان دفاع منطقی و موثر را از فرد سلب می کنند و ظرفیت بینشی و خوداکتشافی فرد را کاهش می دهند.

کلیدواژه ها: مکانیزم های دفاعی، سبک های دفاعی، مواد مخدر

۱. نویسنده مسئول: دانشیار گروه علوم تربیتی دانشگاه سیستان و بلوچستان، پست الکترونیک: hjenaabadi@ped.usb.ac.ir

۲. کارشناس ارشد، دانشگاه همدان، همدان، ایران

مقدمه

آسیب های اجتماعی پدیده هایی متنوع، نسبی و متغیرند. پرخاشگری، جنایت، خودکشی، طلاق، اعتیاد و تن فروشی نمونه هایی از آسیب های اجتماعی هستند که کم و کیف آن ها بر حسب زمان و مکان تغییر می کند. یکی از آسیب های اجتماعی که موضوعی اساسی در ارتباط با سلامت جسمانی و روانی است، پدیده اعتیاد است (وایلنت^۱، ۱۹۹۴). اعتیاد، پیامدهای زیستی، روانی و اجتماعی فراوانی به دنبال دارد. شاید بتوان اعتیاد را گریزگاهی دانست که انسان ناکام از کمبودها، تزلزلها و اختلالات روانی به آن پناه می برد. اعتیاد حالتی است که شخص هم از نظر جسمانی و هم از نظر روانی به ماده ای وابستگی پیدا می کند، نیاز شدید و اجباری به ادامه مصرف آن ماده داشته و قادر نیست به میل و اراده خود آن را ترک کند و تحمل او در مقابل مصرف تدریجی مواد کمتر می شود (هاشمی، محمدزادگان، قاسم بکلو، ایرانی و وکیلی، ۱۳۹۳). اعتیاد یک رفتار چند بعدی بوده و مؤلفه های اجتماعی، روانشناختی و زیستی متفاوتی در آن نقش دارد. یکی از عوامل دخیل در پدیده اعتیاد عوامل خانوادگی است (گنجی، ۱۳۹۲). هنگامی که خانواده ها با یکی از بستگان دچار سوء مصرف دارو سروکار دارند، فشار چشمگیری را تجربه می کنند و ممکن است با رفتارهایی در دامنه ای از پذیرش مسئولیت و در نتیجه، اتخاذ رویکرد پدران و مبتنی بر درگیری گرفته تا قطع ارتباط کامل و عدم درگیری به این موضوع واکنش نشان دهند (روسکام، زیچ، نیلز^۲، ۲۰۰۸). سوء مصرف مواد در یک عضو خانواده، نشانه ناکارآمدی تعاملات و پویایی خانواده است که با انگیزه دستیابی به ثبات و توازن خانواده انجام می گیرد. این رفتار تحت تاثیر ناکارآمدی دائمی پویایی خانواده قرار دارد (زمانی، حبیبی عسگر آباد، زمانی، جمشیدنژاد و منجمی، ۲۰۱۵). در این شرایط، خانواده به عنوان یک واحد، جهت کسب مجدد ثبات و تعادل، تعاملات و راهبردهای مقابله ای و مکانیزم های دفاعی پیچیده ای اتخاذ می کند که ممکن است در مزن شدن سوء مصرف نقش داشته باشند. آگاهی از این فرایندها و تعاملات، در فهم ماهیت مشکل سوء مصرف و پیشرفت آن توسط اعضای

خانواده اهمیت به سزایی دارد (ساتوریوس^۱ و همکاران، ۲۰۰۸). در چنین موقعیتی، ارزشیابی تعاملات میان عضو مصرف کننده و سایر اعضای خانواده منجر به فهم نقش پویایی ناکارآمد خانوادگی در علت شناسی، نوع مصرف و پیشرفت آن می شود (زمانی و همکاران، ۲۰۱۵).

از دیگر عوامل اثر گذار در اعتیاد می توان تاثیر دوستان و همسالان (سادوک و سادوک^۲، ۲۰۰۵)، تاثیر رسانه های عمومی (گنجی، ۱۳۹۲) و متغیرهای روانشناختی را نام برد که از اهمیت خاص تری برخوردارند، چرا که روان شناسان معتقدند تاثیر عوامل زیستی و اجتماعی باید از دریچه گرایش های روانی فرد مصرف کننده مواد بگذرد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳). از میان عوامل روانشناختی مرتبط با مصرف مواد می توان به مکانیزم های دفاعی که به طور ناهشیار رفتار ما را تحت تاثیر قرار می دهند، اشاره کرد. مکانیزم های دفاعی، فرایندهای تنظیم کننده خودکاری هستند که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی از طریق تاثیر گذاری بر چگونگی ادراک حوادث تهدید کننده، عمل می کنند (وایلنت، ۲۰۱۴) و راهی برای سازش با ناخوشایندی و تعارضات موجود در این بین است، به طوری که مغلوب نشویم. روشهایی که ما برای سازش به کار می بندیم، دفاع نامیده می شوند (فیست و فیست^۴، ۱۳۹۱؛ هولمنس و بالبی^۵، ۱۹۹۴). گرچه مکانیزم های دفاعی بهنجار هستند و همه از آنها استفاده می کنند، اما اگر به صورت افراطی به کار روند، به رفتار وسواسی و روان رنجور می انجامند (فیست و فیست، ۱۳۹۱). فروید سبک دفاعی شخصی افراد و فراوانی استفاده از مکانیزم های دفاعی در مقایسه با دیگران را متغیر اصلی برای شناخت شخصیت، آسیب شناسی و میزان سازش یافتگی می دانست (به نقل از جمیلیان، زمانی، خوانساری و درویشی، ۲۰۱۳). در نظام روان تحلیل گری، دفاعها نقش مهمی در سلامت روانی افراد ایفا می کنند و هر اختلال روانی با مکانیزم های دفاعی غیرانطباقی مشخصی همراه است (بوند و پری^۶، ۲۰۰۴). در این زمینه مطالعاتی که توسط پژوهشگرانی همچون باقری، آزاد فلاح و فتحی

1. Sartorius & et al
4. Fist & Fist

2. Sadock
5. Holmens & Bowlby

3. American Psychiatric Association
6. Bond, Perry

آشتیانی (۱۳۹۲)؛ اکبری زردخانه، رستمی و زارعان (۱۳۸۷)؛ مهدی، فهیمی و بیرامی (۱۳۹۲)؛ آبد هالیم و فرهانا^۱ (۲۰۱۳)؛ آبد هالیم و فرهانا (۲۰۱۲)؛ ترکمان و همکاران (۲۰۱۴)؛ قمری، رستمی، نادر و ایل بیگی قلعه نی (۱۳۸۹) انجام شده حاکی از آن است که مکانیزم های دفاعی رشد نیافته در گرایش به مواد مخدر، مصرف مواد و عود اعتیاد موثر هستند، چرا که مکانیسم ها و سبک های سازش نیافته با بسیاری از شاخص های منفی سلامت مرتبط هستند (زمانی، احمدی، مغانلو، میرشکاری، ۱۳۹۳).

به طور کلی، مکانیزم های دفاعی نقش مهمی در گرایش به مصرف مواد داشته باشند. از طرفی با توجه به این عامل که نقش مکانیزم های دفاعی خانواده در اعتیاد افراد مورد بررسی قرار نگرفته و همچنین با در نظر گرفتن اهمیت مکانیزم های دفاعی در تمیز افراد در معرض خطر مصرف مواد، هدف پژوهش حاضر بررسی مکانیزم ها و سبک های دفاعی در خانواده افراد مبتلا به مصرف و سوء مصرف سیگار و الکل، مواد آرام بخش خواب آور و مواد مخدر است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

پژوهش حاضر توصیفی بود که هدف آن تبیین روابط بین پدیده ها و افزودن به مجموعه دانش موجود در زمینه نقش مکانیزم های دفاعی است. جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از افرادی که براساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا واجد ملاک های تشخیصی اختلالات اعتیاد (مواد مخدر افیونی و تریاک، سیگار، الکل و دارو) در استان همدان در سال ۱۳۹۳ و بهار و تابستان ۱۳۹۴ بودند. همچنین خانواده های این افراد نیز در جامعه آماری قرار می گرفتند. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش شامل ۴ گروه مقایسه با حجم ۲۸۰ نفر (هر گروه ۷۰ نفر) از همراهان بیماران بود. با توجه به رعایت معیارهای اخلاقی پژوهش، نمونه گیری به روش نمونه گیری در دسترس از همراهان بیماران دچار اختلالات اعتیادی که در مراکز ترک اعتیاد و کلینیک خصوصی ترک اعتیاد پزشکان و روان پزشکان همدان صورت گرفت. بدین ترتیب که افراد واجد

۵۸

58

سال نهم شماره ۳۵، پاییز ۱۳۹۴
Vol. 9, No. 35, Autumn 2015

شرایط ورود در صورت موافقت، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. بیماران دارای اختلال‌هایی مانند اختلال دوقطبی، اختلال شخصیت مرزی و اختلالات سازگاری، حذف شدند. همچنین متغیرهای مانند سن و جنس کنترل شد. ملاک‌های ورود همراهان به پژوهش عبارت بود از: ۱- همراهان بیماران (پدر، مادر و همسران) که در هنگام مراجعه همراه آنان بودند؛ ۲- عدم داغدیدگی در خانواده به تازگی و ملاک‌های خروج شامل همراهان به جز اعضای خانواده بودند. ملاحظات اخلاقی رعایت شده عبارت بودند از ۱- انتخاب نمونه به صورت در دسترس؛ ۲- اختیاری بودن شرکت در پژوهش برای همه شرکت‌کنندگان؛ ۳- ارائه اطلاعات لازم در زمینه نحوه اجرای طرح پژوهشی؛ ۴- محرمانه بودن اطلاعات بدست آمده از شرکت‌کنندگان.

ابزار

پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی آندروز، سینگ و بولد^۱ (۱۹۹۳): این پرسش‌نامه رفتار دفاعی را به وسیله ارزیابی تجربی مشتقات هشیار مکانیزم‌های دفاعی در زندگی روزمره مورد سنجش قرار می‌دهد و براساس الگوی سلسله مراتبی دفاع‌ها ساخته شده که ۸۸ گویه دارد و ۲۴ مکانیزم را مورد بررسی قرار می‌دهد. باند و پری (۲۰۰۴) با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی ۴ سبک دفاعی را در سطح مکانیزم‌های دفاعی مشخص کردند که عبارتند از: (۱) سبک سازش نایافته، (۲) سبک تحریف تصویر ذهنی، (۳) سبک خودقربانی، (۴) سبک سازش یافته. مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته عبارتند از: (والایش، پیشاپیش‌نگری، شوخ طبعی و فرونشانی)؛ مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته عبارتند از: (دلیل تراشی، فرافکنی، انکار، همه-کارتوانی، ناارزنده سازی، گذار به عمل، بدنی سازی، خیال‌پردازی اوتیستیک، لایه‌سازی، پرخاشگری منفعلانه، جابجایی و مجزا سازی)؛ مکانیزم‌های دفاعی روان‌آزرده عبارتند از: (دیگردوستی کاذب، تشکل واکنشی، عقلانی سازی و ابطال (سان مارتین، روما، سارتی، لینگارد و بولد^۲، ۲۰۰۴). آن‌ها رابطه بین سبک‌های دفاعی ۴ گروه از اختلالات روانی و گروهی از افراد بهنجار را نیز مورد مطالعه قرار دادند. نتایج در تفکیک گروه‌های تحقیق از

یکدیگر و نیز تفکیک افراد بهنجار و بیمار براساس سبک های دفاعی رضایت بخش نبود. از آن رو محققین با توجه به طبقه بندی ارزیابی تشخیصی بر اساس متن بازنگری شده ی ویرایش سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، پرسش نامه سبک های دفاعی را مورد تجدید قرار دادند و پرسش نامه سبک های دفاعی ۴۰ سوالی تدوین گردید که ۲۰ مکانیزم دفاعی را در ۳ سطح مورد ارزیابی قرار می دهد و ضریب آلفای کرونباخ سبک های رشد یافته، رشد نیافته و نورو تیک فرم فارسی در نمونه ی دانشجویی برای کل به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۴ و برای پسران ۰/۷۴، ۰/۷۴، ۰/۷۲ و برای دختران ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۴ بود (به نقل از بشارت، ۱۳۸۶).

یافته ها

آماره های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی به تفکیک گروه ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی به تفکیک گروه ها

گروه ها	سوء مصرف سیگار و همراهان مصرف و سوء مصرف الکل		سوء مصرف و همراهان مصرف و سوء مصرف الکل		آرام بخش		همراهان سوء مصرف مواد مخدر		مقایسه ختی دو		
	f	%	f	%	f	%	f	%	مقداری	مجددوختی	
نسبت بیمار	پدر	۱۷	۲۴/۲۹	۹	۱۲/۸۶	۸	۱۱/۴۳	۵	۷/۱۴		
	مادر	۸	۱۱/۴۳	۱۱	۱۵/۷۱	۲۱	۳۰	۲	۲/۸۵	۰/۷۴۲	۳/۹۴
	همسر(زن بیمار)	۴۲	۶۰	۴۷	۶۷/۱۵	۱۲	۱۷/۱۵	۵۹	۸۴/۲۹		
تحصیلات	همسر(شوهر بیمار)	۳	۴/۲۸	۳	۴/۲۸	۲۹	۴۱/۴۲	۴	۵/۷۲		
	بیسواد	۴۸	۶۸/۵۷	۲۷	۳۸/۵۷	۴۱	۵۸/۵۷	۳۷	۵۲/۸۵	۰/۶۲۴	۲/۶۴۲
	زیردیپلم	۱۴	۲۰	۳۱	۴۴/۲۸	۱۸	۲۵/۷۱	۱۶	۲۲/۸۶		
	بالا تر از دیپلم	۸	۱۱/۴۳	۱۲	۱۷/۱۵	۱۱	۱۵/۷۱	۱۷	۲۴/۲۹		

همانگونه که مشاهده شد در متغیرهای تحصیلات و نسبت با بیمار گروه ها همتا بودند. همچنین میانگین (انحراف استاندارد) سنی گروه مصرف و سوء مصرف سیگار ۲۹/۱۰ (۵/۹۲) سال، گروه مصرف و سوء مصرف الکل ۳۲/۰۷ (۷/۴۳)، گروه سوء مصرف مواد آرام بخش

۲۶/۶۴ (۶/۰۷) سال، و گروه سوء مصرف مواد مخدر ۲۴/۶۱ (۵/۲۷) سال بود که نتایج تحلیل واریانس حکایت از عدم تفاوت معنادار گروه‌ها داشت ($F=۰/۴۲, P>۰/۰۵$). نتایج تحلیل واریانس برای بررسی میانگین نمره‌ها در مکانیزم‌های دفاعی با توجه به گروه‌های چهارگانه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس برای بررسی میانگین نمره‌های مکانیزم‌های دفاعی در گروه‌های مورد مقایسه

کل	همراهان		همراهان		همراهان		همراهان		متغیرها دفاعها	
	سوء مصرف مواد مخدر	سوء مصرف آرام بخش	سوء مصرف الکل	سوء مصرف سیگار	مصرف و سوء مصرف	مصرف و سوء مصرف	مصرف و سوء مصرف	مصرف و سوء مصرف		
معداری	F آماره	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	
۰/۳۷۸	۰/۴۳۸	۱/۳	۹/۷	۰/۹	۸/۳	۱/۳	۸/۰	۱/۲	۷/۷	دلیل تراشی
۰/۵۷۹	۰/۶۵۴	۲/۴	۷/۳	۱/۶	۸/۶	۱/۹	۶/۴	۲/۲	۹/۱	فراکنی
۰/۱۳۶	۲/۸۵۷	۲/۲	۶/۴	۲/۴	۹/۷	۲/۳	۹/۹	۱/۱	۸/۸	انکار
۰/۰۹۴	۳/۱۹۸	۲/۴	۸/۹	۳/۲	۸/۹	۱/۰	۷/۲	۲/۳	۶/۵	همه کار توانی
۰/۰۰۰۱	۰/۹۵۷	۱/۲	۵/۹	۲/۵	۶/۹	۱/۱	۷/۹	۲/۵	۴/۶	نارزنده سازی
۰/۰۷۹	۱/۸۳۹	۱/۹	۳/۶	۲/۴	۷/۴	۲/۵	۵/۵	۱/۰	۵/۹	گذار به عمل
۰/۹۴۳	۵/۹۱۸	۲/۶	۴/۲	۱/۰	۵/۹	۱/۷	۶/۱	۲/۶	۸/۴	بدنی سازی
۰/۰۸۹	۳/۸۱۳	۱/۶	۷/۹	۲/۵	۷/۹	۱/۵	۶/۵	۲/۵	۹/۷	خیال پردازی اوتیستیک
۰/۰۰۰۱	۱/۹۷۱	۲/۹	۵/۶	۰/۳	۸/۶	۲/۶	۶/۸	۱/۶	۶/۴	لایه سازی
۰/۰۷۴	۰/۱۶۷	۱/۴	۸/۴	۱/۷	۵/۶	۲/۰	۹/۱	۱/۲	۹/۷	پرخاشگری منفعلانه
۰/۰۰۰۱	۱/۰۹۴	۲/۲	۷/۸	۱/۹	۶/۴	۱/۶	۵/۴	۲/۹	۵/۵	جابجایی
۰/۶۵۶	۴/۹۵۴	۱/۴	۵/۶	۱/۳	۷/۶	۲/۹	۶/۶	۱/۶	۶/۷	مجزاسازی
۰/۰۰۰۱	۵/۴۱۳	۰/۵	۶/۹	۰/۷	۵/۹	۱/۴	۶/۹	۰/۹	۷/۸	نمره کل در رشد نیافته
۰/۰۳۴	۲/۹۸۱	۳/۲	۳/۶	۱/۵	۳/۶	۱/۲	۳/۳	۱/۰	۳/۶	فرونشانی
۰/۱۴۳	۲/۲۱۰	۱/۲	۴/۴	۱/۳	۲/۳	۱/۱	۳/۶	۲/۰	۱/۴	والایش
۰/۰۶۷	۱/۱۶۴	۱/۱	۴/۵	۰/۳	۴/۶	۱	۴	۱/۰	۴/۰	شوخی طبیعی
۰/۴۲۹	۳/۰۶۸	۱/۰	۵/۴	۱/۲	۵/۴	۱/۱	۴/۶	۳/۲	۳/۷	پیشاپیش نگری
۰/۵۱۲	۱/۰۰۴	۱/۲	۴/۶	۱/۴	۴/۸	۱/۳	۳/۷	۰/۳	۳/۴	نمره کل در رشد یافته
۰/۲۴۶	۲/۴۷۱	۲/۶	۶/۸	۲/۳	۴/۷	۱/۶	۶/۸	۲/۵	۷/۴	دیگر دوستی کاذب
۰/۴۵۶	۱/۹۴۶	۳/۶	۹/۶	۲/۶	۷/۶	۳/۰	۹/۷	۲/۶	۸/۵	تشکل واکنشی
۰/۶۴۹	۴/۲۴۰	۱/۵	۸/۷	۱/۳	۸/۳	۲/۴	۷/۶	۳/۵	۵/۹	عقلانی سازی
۰/۵۶۳	۳/۶۸۹	۲/۳	۸/۶	۲/۴	۷/۶	۱/۴	۶/۴	۲/۶	۷/۶	ابطال
۰/۰۶۸	۶/۱۶۵	۰/۹	۶/۳	۲/۶	۷/۷	۳/۲	۸/۶	۳/۹	۶/۷	نمره کل روان آزرده

مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته

مکانیزم‌های رشد یافته

مکانیزم‌های روان آزرده

نتایج تحلیل واریانس و آزمون‌های تعقیبی توکی نشان داد که همراهان بیماران مبتلا به مصرف و سوء مصرف سیگار، از مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته نسبت به سبک‌های رشد یافته و روان آزرده بیشتر استفاده می‌کنند و بیشترین و کمترین مکانیزم مورد استفاده در مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته شامل؛ خیال‌پردازی اوتیستیک و نارزنده‌سازی را به خود اختصاص دادند. درصد استفاده از مکانیزم دفاعی رشد یافته به نسبت دو مکانیزم دیگر به شدت پایین است به طوری که بیشترین درصد استفاده از آن در مکانیزم شوخ‌طبعی و کمترین درصد متعلق به والایش می‌باشد. در مکانیزم روان آزرده، تشکل واکنشی بالاترین مکانیزم‌های مورد استفاده و مکانیزم عقلانی سازی کمترین مکانیزم مورد استفاده است. همراهان بیماران مبتلا به اختلال مصرف و سوء مصرف الکل، نیز مانند همراهان بیماران مبتلا به اختلال مصرف سیگار، از مکانیزم رشد نیافته به نسبت بالایی استفاده می‌کنند با این تفاوت که این افراد از مکانیزم دفاعی انکار بیشترین استفاده و از مکانیزم‌های دفاعی جابجایی و گذار به عمل کمترین استفاده را داشتند. بیشترین و کمترین درصد در مکانیزم رشد یافته پیشاپیش‌نگری و فرونشانی بود. در مورد مکانیزم روان آزرده بیشترین تشکل واکنش و ابطال کمترین بود. همراهان بیماران مبتلا به مواد آرام‌بخش و اضطراب از مکانیزم رشد نیافته به نسبت بالایی استفاده می‌کنند. این افراد از مکانیزم دفاعی انکار بیشترین استفاده و از مکانیزم دفاعی پرخاشگری منفعلانه کمترین استفاده را دارند. بیشترین و کمترین درصد در مکانیزم رشد یافته پیشاپیش‌نگری و والایش بود. در مورد مکانیزم روان آزرده عقلانی سازی بیشترین و دیگر دوستی کاذب کمترین می‌باشد. در مکانیزم دفاعی رشد یافته عقلانی سازی و دیگر دوستی کاذب بیشترین و کمترین درصد را به خود اختصاص دادند. در همراهان بیماران دچار مصرف و سوء مصرف مواد مخدر، بیشترین مکانیزم مورد استفاده از مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته دلیل تراشی و کمترین آن بدنی سازی بود. در مکانیزم‌های رشد یافته پیشاپیش‌نگری بالاترین و فرونشانی پایین‌ترین مکانیزم مورد استفاده بود، در مکانیزم روان آزرده مکانیزم تشکل واکنشی و دیگر دوستی کاذب بیشترین و کمترین نمره را گرفتند.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی مکانیزم ها و سبک های دفاعی در خانواده افراد مبتلا به مصرف و سوء مصرف سیگار و الکل، مواد آرام بخش خواب آور و مواد مخدر بود. نتایج این پژوهش نشان داد که خانواده های این افراد بیشتر از سبک های دفاعی رشد نایافته استفاده می کنند. اکثر مطالعات انجام شده در این زمینه، مقایسه ی افراد معتاد با افراد سالم بوده است و تحقیقی مشابه پژوهش حاضر یافت نشد لذا امکان مقایسه دقیق وجود نداشت. اما یافته های این پژوهش تقریبا با یافته های پژوهش های باقری و همکاران (۱۳۹۲)؛ اکبری زردخانه و همکاران (۱۳۸۷)؛ مهدی و همکاران (۱۳۹۲)؛ آبد هالیم و فرحانا (۲۰۱۳)؛ آبد هالیم و فرحانا (۲۰۱۲)؛ ترکمان و همکاران (۲۰۱۴)؛ قمری و همکاران (۱۳۸۹) همسو است. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که مکانیزم های دفاعی رشد نایافته در گرایش به مواد مخدر، مصرف مواد و عود اعتیاد موثر هستند. نتایج احمدی، نجفی، حسینی المدنی و عاشوری (۱۳۹۱) در مورد مقایسه سبک های دفاعی و ویژگی های شخصیتی در افراد معتاد و عادی نشان داد که میانگین نمرات افراد معتاد نسبت به گروه عادی در متغیرهای سبک های دفاعی رشد نایافته، روان آزردهی و ویژگی های شخصیتی روان رنجوری و برون گرایی بیشتر و در متغیر سبک های دفاعی رشد یافته کمتر بود. در تبیین یافته های این پژوهش می توان گفت که مکانیزم های دفاعی فرایندهای روان شناختی خودکاری هستند که از افراد در مقابل اضطراب محافظت می کنند و آن ها را از فشارهای روانی و تهدیدهای درونی و بیرونی آگاه می سازند. افرادی که در استفاده از سبک های دفاعی رشد نایافته برای مقابله با فشار روانی و تعارضات هیجانی در زندگی افراط می کنند به طور معمول از سلامت روان پایین تری برخوردارند (مهدی و همکاران، ۱۳۹۲). اختلالات روانی نه تنها سبب ناکارآمدی بیماران روانی می شود، بلکه خانواده های آن ها را نیز به شدت تحت تاثیر قرار داده و عملکرد آن ها را مختل می کند. این تاثیرپذیری در ابعاد مختلفی همچون سلامت روان و عملکرد اجتماعی و اقتصادی قابل مشاهده بوده و در مجموع، بهزیستی خانواده را کاهش داده و فشار زیادی بر آن تحمیل می نماید. از این رو می توان گفت اختلالات روانی و فقدان سلامت روان، یکی از دغدغه های خانواده های دارای افراد معتاد تلقی می شود (زمانی و همکاران،

۲۰۱۵). حضور در خانواده‌ی دارای یک عضو مبتلا به اختلال روانی، اغلب فشار عینی و ذهنی عمده‌ای را بر سایر اعضای خانواده تحمیل می‌کند. میزان این فشار به روابط بین اعضا مانند زن یا شوهر و فرزندان و یا پدر و مادر، سن و جنس، کیفیت رابطه پیش از بیماری آن‌ها با بیمار، ماهیت مشکلات بیمار، راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده بستگی دارد. از آنجا که، مکانیزم‌های دفاعی شناخت ما را از خود تغییر می‌دهد، از این رو مکانیزم‌های دفاعی ناپخته، مانعی برای درک واقعیت در افراد می‌شوند و امکان دفاع منطقی و موثر را از وی سلب می‌کنند و ظرفیت بینشی و خود اکتشافی فرد را کاهش می‌دهند. علاوه بر این افراد با سبک‌های دفاعی رشد نیافته بیشتر مایل هستند که راه حل‌های ناکارآمد را برای حل تعارضات خود به کار ببرند که این عامل باعث باقی ماندن آن‌ها در روابط دشوار می‌شود و می‌تواند حتی شدت آسیب وارده را تشدید کند. شاید یکی از دلایل استفاده بیش از حد خانواده‌های افراد مبتلا به اعتیاد از مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته عدم رو به رو شدن با همین مشکلات موجود در خانواده باشد (وایلنت^۱، ۱۹۹۹؛ نیکل و انگل^۲، ۲۰۰۶؛ ساتوریوس و همکاران، ۲۰۰۸). مکانیزم‌های دفاعی در واقع، واقعیات موجود در زندگی افراد را تحریف می‌کنند و میزان این تحریف در دفاع‌های رشد نیافته و روان آزرده بیشتر از دفاع‌های رشد یافته است. از آنجایی که این دفاع‌ها واقعیت‌های ناخوشایند را تحریف می‌کنند، تا حدی تحمل و کنار آمدن با این شرایط را برای افراد آسان می‌کنند. شاید به همین دلیل است که خانواده‌های افراد مبتلا به اعتیاد از مکانیزم‌های رشد نیافته استفاده می‌کنند تا بتوانند با این شرایط کنار بیایند (براد^۳، ۲۰۰۴). دفاع‌هایی مانند انکار، جبران، تشکل و کنشی، عقلانی سازی که خانواده افراد مبتلا به اعتیاد از آن‌ها استفاده می‌کنند نه تنها باعث حل مشکل در خانواده نمی‌شود بلکه با افزایش تنش دفاعی باعث خستگی ذهنی این افراد نیز می‌شود. این افراد با توسل به مکانیزم انکار سعی می‌کنند شرایط موجود را نفی کنند و با دفاع عقلانی سازی سعی در توجیه رفتارها و اعمال نادرست خود دارند و از این طریق یک دور باطل ایجاد شده که باعث تثبیت این دفاع‌ها می‌شود. به این صورت که چون افراد قادر به حل مشکلات نیستند سعی می‌کنند اثرات زیانبار آن را حتی به صورت موقتی کاهش دهند در

1. Vaillant

2. Nickel & Egle

3. Brad

نتیجه بیشتر و بیشتر به سمت مکانیزم‌های ناکارآمد و استفاده از آن‌ها سوق داده می‌شوند (رین، دیسای، روزنبلات و گستفرند^۱، ۲۰۰۲؛ بخان^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). علاوه بر این مکانیزم‌های دفاعی از جمله مهم‌ترین عناصر شخصیت هستند که اجازه می‌دهند افراد با فراز و نشیب‌های زندگی‌شان انطباق یابند. اما مسئله موجود در این بین این است که افراد مبتلا به اعتیاد و خانواده‌های آن‌ها در شرایط استرس‌زا قادر به استفاده درست از مکانیسم‌های دفاعی درست نیستند و به سمت رفتارها و اعمال مخرب حرکت می‌کنند (ترکمان و همکاران، ۲۰۱۴؛ گیجسبرز^۳، ۲۰۰۸). به طور کلی می‌توان گفت که مکانیسم‌های دفاعی، تکنیک‌های روانی هستند که افراد از آن‌ها برای حفظ خودشان از تجربه کامل وضعیت خود، مقابله با واقعیت، حفظ تصویر خاص خود و برای کاهش پریشانی روانی-عاطفی مورد استفاده قرار می‌دهند. این مکانیزم‌ها در ابتدا به منظور کاهش آشفتگی مورد استفاده قرار می‌گیرند تا ما را از آسیب حفظ کنند، اما در صورت استفاده زیاد از آن‌ها، این مکانیزم‌ها به مرور زمان منفعت خود را از دست می‌دهند و به بخشی از الگوی رفتارهای ناکارآمد افراد تبدیل می‌شوند. استفاده از این دفاع‌ها در خانواده‌های افراد مبتلا به اعتیاد باعث کاهش احساس گناه و پریشانی در این افراد می‌شود که از دیگر دلایل استفاده از این مکانیزم‌ها در این افراد است (آبدهالیم و فرهانا، ۲۰۱۲). بنابراین، با توجه به آثار و عواقبی که پدیده اعتیاد برای خانواده و متعاقب آن برای جامعه دارد و با توجه به اهمیت نقش عوامل روانشناختی، در نظر گرفتن عوامل روان شناختی اثرگذار بر این پدیده مانند مکانیزم‌های دفاعی معتادین و خانواده‌های آن‌ها امری ضروری است. نمونه پژوهش حاضر محدود به استان همدان بوده است لذا تعمیم نتایج باید با احتیاط انجام شود. پیشنهاد می‌شود با توجه اینکه وضعیت روانشناختی خانواده‌های افراد معتاد کمتر مورد بررسی قرار گرفته است، پژوهش‌های بیشتری در این خصوص انجام شود. همچنین دیگر عوامل اثرگذار بر این پدیده خانمان سوز نیز در پژوهش‌های دیگر بررسی شود.

۶۵

65

منابع

احمدی، محسن؛ نجفی، محمود؛ حسینی المدنی، سیدعلی و عاشوری، آلاله (۱۳۹۱). مقایسه سبکهای دفاعی و ویژگی های شخصیتی در افراد معتاد و عادی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۲۳(۲)، ۵۱-۳۹.

اکبری زرد خانه، سعید؛ رستمی، رضا و زارعان، مصطفی (۱۳۸۷). رابطه هوش هیجانی و مکانیزم های دفاعی با اعتیاد. *فصلنامه روان شناسان ایرانی*، ۴(۱۵)، ۳۰۳-۲۹۳.

باقری، مریم؛ آزاد فلاح، پرویز و فتحی آشتیانی، علی (۱۳۹۲). مقایسه سبک های دفاعی و دلبستگی در زنان مبتلا به سوء مصرف دارو و غیر معتاد. *مجله روان شناسی*، ۱۶(۲)، ۲۳۶-۲۲۰.

بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). بررسی ویژگی های روانسنجی پرسشنامه سبک های دفاعی. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.

زمانی، نرگس؛ احمدی، وحید؛ عطایی مغالو، وحید و میرشکار، ساره (۱۳۹۳). مقایسه میزان اثربخشی دو روش رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی بر بهبود علائم رفتارهای تکانشی بیماران دچار افسردگی اساسی دارای افکار خودکشی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲(۵)، ۴۵-۵۴.

فیست و فیست (۱۳۹۱). *نظریه های شخصیت*. ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: انتشارات روان.

قمری، حسین؛ رستمی، مریم؛ نادر، مقصود و ایل بیگی قلعه نی (۱۳۸۹). مقایسه ویژگی های شخصیتی و مکانیزم های دفاعی در افراد معتاد و غیر معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۴(۱۵)، ۸۱-۷۱.

گنجی، حمزه (۱۳۹۲). *آسیب شناسی روانی بر اساس DSM_5*. تهران: انتشارات ساوالان.

مهدی، منصور علی؛ فهیمی، صمد و بیرامی، منصور (۱۳۹۲). مطالعه مقایسه ای سبک ها و سازوکارهای دفاعی معتادان خود معرف و افراد غیر معتاد. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۱۴(۱)، ۹۱-۸۳.

هاشمی، تورج؛ قاسم بکلو، یونس؛ محمد زاده گان، رضا؛ وکیلی، سجاد و ایرانی، محمدامین (۱۳۹۳). مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد و افراد سالم. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۳۱)، ۱۳۳-۱۱۹.

Abdhalim, M.H & Farhana, S (2012). Defense mechanisms style of relapsing addicts in Malaysian context. *International journal of humanities and social science*, 2(24), 218-224.

Abdhalim, M.H & Farhana, S (2013). Relationship between defense mechanisms and coping styles among relapsing addicts. *Procedia-social and behavioral sciences*, 84, 1829-1837.

American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 edition, (Dsm-5)*.

Andrews, G; Singh, M & Bond, M (1993). The Defense style questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 (4), 246-56.

- Bokhan, N.A; Mandel, A.L; Stoyanova, I.Y.A; Mazurova, L.V; Aslanbekova, N.V & Ankudinova, I.E (2013). Psychological defense and strategies of coping in alcohol dependence and co-dependence in women. *Journal of psychology & psychotherapy*, 3(5), 1-4.
- Bond, M & Perry, J.C (2004). Long-Term Changes in Defense Styles With Psychodynamic Psychotherapy for Depressive, Anxiety, and Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1665-1671.
- Brad, B (2004). Psychological defense mechanisms: a new perspective. *American journal of psychoanalysis*, 64(1), 1-26.
- Gijbers, A. (2008). Reality and addiction: neuroscientific and psychological perspectives. *ISCAST journal*, 4, 1-15.
- Holmens, J & Bowlby, J (1994). *Attachment Theory*. London: Routledge.
- Jamilian, H; Zamani, N; Darvishi, M & Khansari, M (2013). Study of Defensive Methods and Mechanisms in Developmental, Emotional (Internalization), and Disruptive Behavior (Externalization) Disorders. *Canadian Center of Science and Education*, 6(7). 109-115.
- Nickel, R & Engle, U.T (2006). Psychological defense styles, childhood adversities and psychopathology in adulthood. *Child abuse & neglect*, 30, 157-170.
- Rinn, W; Desai, N; Rosenblatt, H & Gastfriend, D.R (2002). Addiction denial and cognitive dysfunction: a preliminary investigation. *The journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 14, 52-57.
- Roskam, I; Zech, E & Nils, F (2008). School reorientation of children with disabled. *Journal of Development*, 86 (2), 132-42.
- Sadock, B.J & Sadock, V.A (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry*. New York, USA, Lippincott Williams & Wilkins.
- SanMartini, P; Roma, R; Sarti, S; Lingiardi, V & Bond, M (2004). Italian version of the Defense Styles Questionnaire. *Comprehensive Psychiatry*, 45(6), 483-494.
- Sartorius, N; Leff, J; Lopez, J; Ibor, L; Maj, M & Okasha A (2008). *Family & Mental Disorders: from burden to empowerment*. chichester, UK: Wiley.
- Torkaman, M; Abdolmohammadi, K; Azadnam, E; Sanaei kamal, S; Darvishi, M; Lotfi maher, N; Fathi, A; Naiebi asl, M & Alizade, M.H (2014). Predicting trends based on the substances identity crisis, the level of aggression and defense mechanisms. *Indian journal of fundamental and applied life sciences*, 4(3), 550-554.
- Vaillant, G.E (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 44-50.
- Vaillant, G.E (1999). *Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers*. Washington, DC, American Psychiatric Press.
- Vaillant, G.E (2014). *Adaptation to life*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Zamani, N; Habibi asgar abad, M; Zamani, N. Jamshidnejad, N & Monajjemi, M (2015). "A Comparison between Personality Traits and Defense Styles in Teenagers with Avoidant Restrictive Food Intake Disorder and Normal Individuals". *The International Journal of Indian Psychology*, 1, 127-135.