Psychological Achievements
Spring & Summer, 2025, *32*(1)
Serial Number 33, 465-498
Rcceived: 09 Dec 2023
Accepted: 13 Feb 2024
DOI: 10.22055/psy.2024.45520.3170
(Psychol Achiev)
Orginal Article

Comparison of the Effectiveness of Community-Based Treatment (TC) and Narcotics Anonymous (NA) in the Defense Mechanisms of People Addicted to Methamphetamine

Vali Rashidzadegan Dost*
Fatemeh Shahabizadeh**
Ghasem Ahi***

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of the therapeutic community (TC) and Narcotics Anonymous (NA) on the defense mechanisms of methamphetamine addicts. The present study was applied in terms of purpose and was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design with two experimental groups and a control group with a follow-up period. The study population included all methamphetamine addicts who used methamphetamine at least twice a month and at most three times a week for 2 years, who were receiving treatment in two treatment centers: Raz Aramesh Community Therapy Center and NA sessions at Shahid Ostadian Welfare Center in Shiraz during the first 6 months of 2021. To examine and compare three groups, 15 people in each group, for a total of 45 people, were considered. The instrument used in this study was the Andrews et al. Defense Mechanisms Questionnaire, and the TC treatment protocol and the NA treatment protocol were administered in two 90-minute sessions. In all three groups, these questionnaires were first distributed, and then educational interventions were conducted for the test groups. Finally, a post-test was administered to all three groups after two months. Data analysis was performed using SPSS-22, and covariance statistical tests were used for final analysis. The results showed that there was a significant difference between the meaning of only the subscales of inhibitory control and selective attention, somatization, isolation, sublimation and suppression, and neuroticism in the experimental (under NA) and control groups. The results of the Bonferroni test show that there is a significant difference in the mean of the subscales of memory, planning, and social cognition, autistic fantasy omnipotence mechanisms and suppression, neuroticism, extraversion, and openness between TC

* PhD. student in psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran..
** Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran. *Corresponding Author:* f_shahabizadeh@yahoo.com
*** Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

and NA, and TC had a higher effectiveness. Therefore, according to the results, TC and NA treatment can be used to reduce maladaptive defense mechanisms.

Keywords: Therapeutic community (TC), Narcotics Anonymous (NA), defense mechanisms, methamphetamine addicts.

Extended Abstract

Introduction

The present study was conducted to compare the effectiveness of the therapeutic community (TC) and Narcotics Anonymous (NA) in the defense mechanisms of people addicted to methamphetamine. Addiction is a disease that has many biological, psychological, and social consequences, and its treatment programs also have various consequences. Most treatment programs aim to reduce or stop taking medication. However, drug-dependent patients are also dealing with many other problems, many of which may date back to before they started using drugs. These problems may even be one of the important reasons for starting to use drugs. In this way, treatment programs should not only aim to reduce and stop drug use but should also consider relevant and important psychological variables related to the initiation and continuation of drug use. Despite the efforts that have been made regarding the etiology of drug use, it should be noted that people who abuse drugs do not fall into a specific psychological and social pattern, but this phenomenon is the result of the interaction of various and numerous factors; In fact, each of the theories that have been proposed in this regard have examined only a part of this phenomenon. Among the factors that determine the tendency to use drugs, psychological variables are more important because psychologists believe that the influence of biological and social factors must be seen through the lens of a person's psychological tendencies to use drugs.

Method

The current study was applied in terms of purpose and in a semi-experimental manner with a pre-test-post-test design with two experimental groups and one control group, along with a follow-up period. The statistical population studied included all people addicted to methamphetamine with consumption at least twice a month and at most three times a week for 2 years in 2 maintenance centers of the community center for the treatment of

the secret of peace and NA sessions of Shahid Ostadian welfare in the city of Shiraz in 6 months. They were first treated in 2021. According to Cohen's table, 15 people were considered for each group and 45 people in total. The sampling method was purposeful based on the entry and exit criteria, and the assignment in the groups was done randomly in three groups of 15 people: experiment 1 (TC treatment), experiment 2 (NA treatment), and the control group. The tool used in this research is the defense mechanism questionnaire of Andrews et al. (1993), and the TC treatment protocol and the NA treatment protocol were conducted in two 90-minute sessions in the morning and evening shifts during 12 sessions every 4 days for 3 months. In all three groups, these questionnaires were first distributed, and then educational interventions were held for the test groups. Finally, after two months, a post-test was administered to all three groups. The data was analyzed by spss-22, and statistical tests of covariance were the final analysis.

Results

The results showed that there is a significant difference between the means of only the subscales of inhibitory control and selective attention, physicalizing, isolation, exaltation and suppression, irritability in the experimental (under NA) and control groups. The results of the Bonferroni test show that there is a significant difference between TC and NA in the average subscales of memory, planning, and social cognition, mechanisms of all-purpose ability, autistic fantasy and suppression, irritability, extroversion, and openness. And TC has a higher effectiveness.

Discussion

Therefore, according to the results, TC and NA treatment can be used in the use of incompatible defense mechanisms. Being in a family with a member suffering from a mental disorder often imposes a major objective and mental pressure on other family members. The amount of this pressure depends on the relationships between the members, such as husband and wife and children or parents, age, and gender, the quality of their relationship with the patient before the illness, the nature of the patient's problems, and the coping strategies used. Since defense mechanisms change our understanding of ourselves, immature defense mechanisms become an obstacle to people's understanding of reality and deprive them of the possibility of rational and effective defense. They reduce a person's capacity for insight and self-discovery. In addition, people with underdeveloped defensive styles are more willing to use ineffective solutions to solve their conflicts, which causes them to remain in difficult relationships and can even intensify the severity of the damage. Perhaps one of the reasons for the

excessive use of defense mechanisms by the families of people suffering from addiction is the failure to face the same problems in the family.

Author Contributions: Author 1 was responsible for leading the overall research process. Author 2 was responsible for research plan design, data collection and analysis and all authors discussed the results, reviewed, and approved the final version of the manuscript.

Acknowledgments: The authors thank all dear teachers who have helped us in this research.

Conflicts of interest: The authors declare there is no conflict of interest in this article.

Funding: This research is not sponsored by any institution and all costs have been borne by the authors

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۹/۱۸
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۱۱/۲۴

دست آوردهای روان‌شناختی
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۴۰۴
دوره‌ی چهارم، سال ۳۲، شماره‌ی ۱
ص‌ص: ۴۹۸-۴۶۵

مقایسه اثربخشی اجتماع درمان‌مدار (TC) و انجمن معتادان گمنام (NA) در مکانیزم‌های دفاعی افراد معتاد به مت‌آمفتامین

ولی رشیدزادگان دوست*
فاطمه شهابی‌زاده**
قاسم آهی***

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی اجتماع درمان مدار (TC) و انجمن معتادان گمنام(NA) در مکانیزم‌های دفاعی افراد معتاد به مت‌آمفتامین انجام شد. مطالعه حاضر از نظر هدف کاربردی و به شیوه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون – پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل به همراه دوره پیگیری بود. جامعه آماری مورد مطالعه شامل کلیه افراد معتاد به مت‌آمفتامین با مصرف حداقل دو بار در ماه و حداکثر سه بار در هفته به مدت ۲ سال بود که در دو مرکز نگهداری مرکز اجتماع درمان مدار راز آرامش و جلسات NA بهزیستی شهید استادیان در شهر شیراز در ٦ ماهه نخست در سال ۱۴۰۰ تحت درمان بودند. جهت بررسی و مقایسه سه گروه که برای هر گروه ۱۵ نفر و در مجموع ٤٥ نفر در نظر گرفته شد. ابزار استفاده شده در این پژوهش، پرسشنامه مکانیزم‌های دفاعی .Andrews et al، و پروتکل درمان TC و پروتکل درمان NA به صورت دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام گرفت، که در هر سه گروه ابتدا این پرسشنامه‌ها توزیع و سپس برای گروه‌های آزمون مداخله‌های آموزشی برگزار شد. در نهایت به فاصله دو ماه از هرسه گروه، پس آزمون گرفته شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط spss-22 انجام شد و تست‌های آماری کواریانس مورد تجزیه و تحلیل نهایی قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین میانگین تنها خرده‌مقیاس‌های کنترل مهاری و توجه انتخابی، بدنی سازی، مجزاسازی، والایش و فرونشانی، روان آزرده خویی در گروه‌های آزمایش (تحت NA) و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج آزمون بونفرونی نشان می‌دهد که در میانگین خرده مقیاس‌های حافظه، برنامه‌ریزی و شناخت اجتماعی، مکانیزم‌های همه کار توانی خیال پردازی اوتیستیک و فرونشانی، روان آزرده خویی، برون‌گرایی و گشودگی بین TC و NA

* دانشجوی دکترای روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

** دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران. (نویسنده مسئول)
f_shahabizadeh@yahoo.com

*** استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

تفاوت معنی‌داری وجود دارد و TC اثربخشی بالاتری داشته است. بنابراین با توجه به نتایج می‌توان از درمان TC و NA در استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار بهره برد.

کلید واژگان: اجتماع درمان‌مدار (TC)، انجمن معتادان گمنام (NA)، مکانیزم‌های دفاعی، افراد معتاد به مت‌آمفتامین.

مقدمه

اعتیاد، یک اختلال روانشناختی- اجتماعی است، که با استفاده مکرر از مواد مخدر یا درگیر شدن مکرر در رفتاری مانند قمار، سوء مصرف الکل و یا مواد مخدر شناخته می‌شود (Nestler, 2013). سوءمصرف مواد یکی از جدی‌ترین معضلات بشری در سال‌های اخیر و یکی از پیچیده‌ترین پدیده‌های انسانی می‌باشد، که به عنوان الگوی غیر تطابقی مصرف مواد منجر به بروز مشکلات مکرر شغلی اجتماعی و قانونی می‌گردد. معضلات اجتماعی این مسئله در کشورهای در حال توسعه، چشمگیر بوده و این کشورها به دلیل دارا بودن بافت جمعیتی جوان در معرض خطر بیشتری قرار دارند. دانشجویان نیز مانند سایر اقشار جوان از این معضل در امان نیستند. اثرهای مصرف مواد در دانشجویان عمیق و گاهی کشنده گزارش شده است (Shams Alizadeh et al., 2008). اعتیاد به حالتی گفته می‌شود که فرد علی‌رغم عواقب و علائم نامطلوب ناشی از مصرف، اقدام به ادامه مصرف مواد می‌کند، که در فرد ایجاد تغییرات خلقی یا رفتاری کرده یا دچار اختلالات عصبی ناشی از آن می‌شود (Khaghani et al., 2020). بنا به گزارش دفتر مواد مخدر و جرم سازمان ملل در سال ۲۰۰۴ میلادی تعداد مصرف کنندگان انواع مواد مخدر رقمی حدود ۱۸۵ میلیون نفر برآورد شده است که ۳ درصد جمعیت جهان را شامل می‌شود. و در این بین، مواد محرک از نوع آمفتامین‌ها (Amphetamine)، و مت‌آمفتامین‌ها (Methamphetamine)، با مجموع ۳۰ میلیون نفر مصرف‌کننده در ردیف دوم مصرف قرار دارد (Barati et al., 2011). مت‌آمفتامین (منقطع شده با N – متیل آمفتامین) یک محرک قوی سیستم عصبی مرکزی است که عمدتاً به‌عنوان داروی تفریحی استفاده می‌شود. مت‌آمفتامین در سال ۱۸۹۳ کشف شد و به عنوان دو انانتیومر وجود دارد: لوومت‌آمفتامین و دکسترو-مت‌آمفتامین. مت‌آمفتامین به درستی به یک ماده شیمیایی خاص، پایه آزاد نژادی، اشاره دارد، که مخلوط مساوی لوومت‌آمفتامین و دکسترومت‌آمفتامین به شکل آمین خالص است. مت‌آمفتامین به‌ندرت در مورد نگرانی‌های

مربوط به مسمومیت عصبی انسان و پتانسیل استفاده تفریحی به‌عنوان داروی قارچی و شادی، در میان سایر نگرانی‌ها و هم‌چنین در دسترس بودن داروهای جایگزین ایمن با اثربخشی درمانی قابل مقایسه، تجویز می‌شود (Rai et al., 2023). دکسترومت‌آمفتامین یک محرک قوی‌تر نسبت به لوومت‌آمفتامین است (Rau et al., 2015). مشهور است که مت‌آمفتامین دارای مسئولیت اعتیاد زیاد (به عنوان مثال، احتمال زیاد مصرف طولانی مدت یا دوز بالا منجر به مصرف اجباری مواد مخدر می‌شود) و مسئولیت وابستگی زیاد (به عنوان مثال احتمال زیاد بروز علائم ترک در هنگام مصرف مت‌آمفتامین متوقف می‌شود) است و ترک مت‌آمفتامین پس از مصرف زیاد ممکن است منجر به سندرم ترک حاد شود، که می‌تواند ماه‌ها بیش از دوره معمول ترک ادامه یابد. در دوزهای کم تا متوسط، مت‌آمفتامین می‌تواند باعث افزایش خلق و خو، افزایش هوشیاری، تمرکز و انرژی در افراد خسته، کاهش اشتها و کاهش وزن شود. در دوزهای بسیار زیاد، می‌تواند روان‌پریشی، تجزیه عضله اسکلتی، تشنج و خونریزی در مغز را القا کند. استفاده مزمن با دوز بالا می‌تواند، باعث خلق وخوی غیرقابل پیش‌بینی و سریع، روان‌پریشی محرک (به‌عنوان مثال، پارانویا، توهم و هذیان) و رفتار خشن شود. به‌صورت تفریحی، توانایی مت‌آمفتامین در افزایش انرژی گزارش شده است، که باعث افزایش خلق و خو و افزایش میل جنسی به حدی می‌شود که مصرف‌کننده قادر به انجام فعالیت جنسی به طور مداوم برای چندین روز هستند (Yu et al., 2015). به‌طور خلاصه اثرات روانشناختی مت‌آمفتامین می‌تواند، شامل سرخوشی، بی‌نظمی، تغییر در میل جنسی، هوشیاری، دلهره و تمرکز، کاهش احساس خستگی، بی‌خوابی یا بیداری، اشکال در فرآیندهای شناختی، تحریک‌پذیری و بی‌قراری باشد (Yu et al., 2015). مصرف مت‌آمفتامین هم‌چنین ارتباط زیادی با اضطراب، افسردگی، روان‌پریشی آمفتامین، خودکشی و رفتارهای خشن دارد (Darke et al., 2008) و علاوه بر آن افراد مبتلا به اختلالات بهداشت روان مانند افسردگی و اضطراب بیشتر در معرض اختلالات مصرف مواد هستند (Yuan et al., 2015). در مجموع اگر چه در افراد با بدعملکردی تنظیم هیجان، سطح بالای ناراحتی و اضطراب و شرایط استرس‌زا فرد را به سمت مصرف مواد سوق می‌دهد، اما این مواد از جمله مت‌آمفتامین نیز خود همان‌طور که اشاره شد، افزایش‌دهنده سطح اضطراب و افسردگی است (Zarghami et al., 2023).

از سویی دیگر سطوح بالای اضطراب می‌تواند منتج به فعال شدن مکانیزم‌های دفاعی گردد. آنا فروید مفهوم اضطراب سیگنال را معرفی کرد. وی اظهار داشت که "این مستقیماً یک تنش غریزی متناقض نبوده بلکه سیگنالی است که در نقش یک تنش غریزی پیش‌بینی شده رخ می‌دهد". بنابراین عملکرد سیگنالینگ اضطراب بسیار مهم تلقی می‌شود و از نظر بیولوژیکی برای هشدار به ارگانیسم از خطر یا تهدید برای رسیدن به تعادل فرآیندی سازگار است. اضطراب به عنوان افزایش تنش جسمی یا روحی احساس می‌شود و سیگنالی که ارگانیسم از این طریق دریافت می‌کند امکان انجام اقدامات دفاعی در مورد خطر درک شده را فراهم می‌کند. بخشی از مکانیسم‌های موجود تقریباً همیشه به شدت آسیب‌زننده هستند. این دفاعیات، به‌طور مشترک، به شخص اجازه می‌دهد تجربیات خارجی را مرتب کند تا نیاز به کنار آمدن با واقعیت را از بین ببرد. استفاده‌کنندگان پاتولوژیک از این مکانیسم‌ها اغلب برای دیگران غیرمنطقی یا دیوانه به نظر می‌رسند. این‌ها دفاع‌های "آسیب‌شناختی" است که در روان‌پریشی آشکار رایج است. با این حال، آن‌ها به‌طور معمول در رویاها و هم‌چنین در تمام دوران کودکی یافت می‌شوند (Vaillant et al., 1986). در نظریه روانکاوی، مکانیسم دفاعی فرآیندی روانشناختی در حیطه ناخودآگاه است، که اضطراب ناشی از محرک‌های غیرقابل قبول یا بالقوه مضر را کاهش می‌دهد (Schacter & Danie, 2011). به عبارتی اهداف سازوکارهای دفاعی، محافظت از ذهن و خود در برابر اضطراب یا تحریم‌های اجتماعی و یا پناه بردن از موقعیتی است، که در حال حاضر فرد نمی‌تواند از پس آن برآید. مکانیسم‌های دفاعی استراتژی‌های روانشناختی است که توسط ذهن ناخودآگاه وارد عمل می‌شود؛ برای دستکاری، انکار یا تحریف واقعیت به‌منظور دفاع در برابر احساس اضطراب و انگیزه‌های غیرقابل قبول و حفظ طرحواره خود یا دیگر طرحواره‌ها، انسان‌ها از اندیشه‌های سرکوب شده آگاه هستند اما از امیال، آرزوها یا خاطرات واپس رانده شده آگاه نیستند. در نظریه روانکاوی، سرکوب اساس سایر مکانیسم‌های دفاعی در نظر گرفته شده است (Ruuttu et al., 2006). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد، جوانانی که سازگاری کمتری دارند با مشکلات بسیاری از قبیل گرایش به اعتیاد روبرو هستند، در واقع بین گرایش به اعتیاد با سبک‌های دفاعی رشد نیافته همبستگی مثبت معنی‌دار وجود دارد. البته قابل ذکر است مکانیسم دفاعی، فقط زمانی آسیب‌شناختی می‌شود که استفاده مداوم از آن منجر به رفتار ناسازگار شود، به‌طوری که در سلامت جسمی یا روانی فرد

تأثیر منفی بگذارد (Ruuttu et al., 2006). افرادی که به سوء مصرف مواد و سیگار رو می‌آورند بیشتر از مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته استفاده می‌کنند. این افراد در موقعیت‌های پر استرس از به کارگیری مکانیزم‌های دفاعی مؤثر و کارآمد ناتوان هستند و به رفتارهای برانگیخته و مخرب مانند مصرف سیگار و مواد روی می‌آورند. نتایج مطالعات دیگری نیز نشان داد، که بین مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته با پذیرش اعتیاد و رفتارهای خود آسیب‌رسان رابطه وجود دارد و افراد معتاد و الکلی بیش از دیگران از مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته و روان آزرده استفاده می‌کنند. از طرفی استفاده بیشتر از سبک‌های دفاعی رشد یافته با بهزیستی روانشناختی بیشتر در جمعیت عمومی (Vailnat, 2000) و بهبود شدت علائم رابطه دارد.

نتایج پژوهش (Ghanei et al., 2022)، نشان داد که درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی–رفتاری، راهبردی مؤثر در کاهش وسوسه مصرف و پیشگیری از عود در معتادان خودمعرف می‌باشد و می‌توان از آن، به عنوان روش درمانی مؤثر بهره برد. نتایج بررسی (Khaghani et al., 2021)، نشان داد که عوامل پایبندی به درمان شامل شش مقوله اصلی است: پایبندی به کمک عوامل خانوادگی؛ پایبندی به کمک عوامل رفتاری؛ پایبندی به کمک عوامل معنوی؛ پایبندی به کمک عوامل اجتماعی؛ پایبندی به کمک اصلاح زندگی شخصی و پایبندی به کمک عوامل درمانی. در کل نتایج نشان می‌دهد، پایبندی به درمان در انجمن معتادان گمنام در کنار شش عامل مهم ذکر شده رخ می‌دهد و درمانگر اعتیاد برای درمان باید به تقویت شش حیطه توجه کند.

بنابراین با توجه به آنچه مطرح شد و با توجه به ماهیت متفاوت این دو رویکرد درمانی محقق در این پژوهش به دنبال پاسخ به این پرسش است که آیا بین اثر بخشی TC و NA در مکانیزم‌های دفاعی در افراد معتاد به مت‌آمفتامین تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش در زمره تحقیقات کمی است که هدفش ارزیابی و مقایسه اثربخشی دو مداخله درمانی بود. روش این پژوهش نیمه آزمایشی همراه با پیگیری سه ماهه بود و از طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بهره گرفته شد. در این پژوهش روش درمانی در

دو سطح TC و NA و یک سطح عدم مداخله (گروه کنترل) به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شدند.

جامعه آماری مورد مطالعه شامل کلیه افراد معتاد به مت‌آمفتامین با مصرف حداقل دو بار در ماه و حداکثر سه بار در هفته به مدت ۲ سال بود که در ۲ مرکز اجتماع درمان مدار راز آرامش و جلسات NA بهزیستی استادیان در شهر شیراز در ٦ ماهه نخست در سال ۱٤۰۰ تحت درمان بودند. طبق جدول کوهن (Bazargan & Hijazi, 2014)، جهت بررسی و مقایسه سه گروه و با در نظر گرفتن حداقل توان آزمون لازم (۸۰ درصد) و اندازه اثر متوسط برابر ۰/۵۰ و احتمال خطای ۰/۰۵، برای هر گروه ۱۵ نفر و در مجموع ٤۵ نفر در نظر گرفته شد.

روش نمونه‌گیری بر اساس ملاک‌های ورود و خروج هدفمند بود و گمارش در گروه‌ها به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری آزمایش ۱ (درمان TC)، آزمایش ۲ (درمان NA) و گروه گواه انجام شد. ملاک‌های ورود که شامل، گذشتن حداقل ۲ ماه و حداکثر ۹ ماه از زمان بستری در مرکز اجتماع درمان‌مدار راز آرامش و جلسات NA بهزیستی استادیان در شهر شیراز، دامنه سنی ۵۵-۲۵ سال، داشتن حأاقل مدرک تحصیلی دیپلم، جنسیت مرد، عدم داشتن بیماری جسمی مثل دیابت، صرع و مشکلات کلیوی، بر اساس پرونده بیمار، عدم دریافت تشخیص‌های دیگر در مشکلات روانشناختی جدی (سایکوتیک) بر اساس پرونده بیمار و عدم دریافت مداخله‌های روانشناختی در ٦ ماه اخیر بود. و ملاک‌های خروج شامل: مصرف در دوره مرخصی و دوره ترخیص تدریجی، غیبت بیش از ۳ جلسه، انصراف و عدم رضایت برای شرکت در جلسات بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه مکانیزم‌های دفاعی (Defense Styles Questionnaire): پرسشنامه مکانیزم‌های دفاعی DSQ-40 توسط (Andrews et al., 1993)، تدوین گردید، که شامل ٤۰ سؤال است و ۲۰ مکانیزم دفاعی را در سه سطح رشد یافته، روان آزرده‌وار و رشد نایافته مورد ارزیابی قرار می‌داد. مکانیزم‌های دفاعی رشد نایافته به این صورت طبقه‌بندی شده بودند: دلیل‌تراشی، فرافکنی، انکار، همه کار توانی، نا ارزنده‌سازی، گذار به عمل، خیال‌پردازی اوتیستیک، بدنی‌سازی، لایه‌سازی، جابه‌جایی، مجزا سازی و پرخاشگریی منفعلانه. مکانیزم‌های دفاعی

رشد یافته بدین صورت طبقه‌بندی شدند: والایش، شوخ طبعی، پیشاپیش نگری و فرو نشانی. در آخر مکانیزم‌های روان آزرده نیز به این شکل: دیگر دوستی کاذب، عقلانی‌سازی، تشکل واکنشی و ابطال فرم‌دهی شدند. در این پرسشنامه چهل سؤال گردآوری شده که پاسخ‌دهی به آن‌ها از کاملاً مخالفم که نمره ۱ و کاملاً موافقم که نمره ۹ را دارد، می‌باشد و جواب غلط در این بین وجود ندارد. کاملاً موافقم ۹ – موافقم ۸ – تا حدی موافقم ۷ – کمی موافقم ٦ – نه موافق و نه مخالف ٥ – کمی مخالف ٤ – تا حدودی مخالف ۳ – مخالفم ۲ – کاملاً مخالفم ۱. اگر فرد در هر یک از این مکانیزم‌ها، نمره‌ای بیشتر از ۱۰ را کسب کند، این به آن معنی است که مکانیزمی فعال در او می‌باشد. میانگین نمره‌ها در هر سبک دفاعی با سبک‌های دیگر نیز مقایسه می‌شود، تا مشخص شود که شخص از کدام نوع رشد یافته، رشد نایافته و یا روان آزرده بهره می‌گیرد. الف) رشد نایافته: شامل؛ دلیل تراشی: سؤالات ١٦. فرافکنی: سؤالات ٦ و ۲۹. انکار: سؤالات ۸ و ۱۸. همه کار توانی: سؤالات ۹ و ۱۵. نا ارزنده سازی: سؤالات ۱۰ و ۱۳. گذار به عمل: سؤالات ۱۱ و ۲۰. بدنی سازی: سؤالات ۱۲ و ۲۷. خیال پردازی اوتیستیک: سؤالات ١٤ و ۱۷. لایه سازی: سؤالات ۱۹و۲۲. پرخاشگری منفعلانه: سؤالات ۲۳ و ٣٦. جا به جایی: سؤالات ۳۱ و ۳۳. مجزا سازی: سؤالات ٣٤ و ۳۷. ب) رشد یافته: فرو نشانی: سؤالات ۲ و ۲۵. والایش: سؤالات ۳ و ۳۸. شوخ طبعی: سؤالات ٥ و ٢٦. پیشاپیش نگری: سؤالات ۳۰ و ۳۵. ج) روان آزرده: دیگر دوستی کاذب: سؤالات ۱ و ۳۹. تشکل واکنشی: سؤالات ۷ و ۲۸. عقلانی‌سازی: سؤالات ۲۱ و ٢٤. ابطال: سؤالات ۳۲ و ٤٠. (Andrews et al., 1993). این پرسشنامه در کشورهایی چون ژاپن، فرانسه، برزیل، پرتقال و ایران مورد ارزیابی قرار گرفته است. آن‌ها برای اصلاح پرسشنامه قبلی ملاک‌های متعددی را برای ارزیابی روایی سازه و روایی ملاک و اعتبار هر ماده در نظر گرفتند. پرسشنامه سبک‌های دفاعی در ایران نیز توسط (Heydari Nesab, 2016) مورد بررسی و هنجاریابی قرار گرفت. مراحل هنجاریابی به طور کلی بعد از برگردان پرسشنامه به زبان فارسی و رفع نواقص آن به لحاظ ادبی در دو بخش روایی و پایایی پیگیری شد. این نسخه جدید به مراتب از کیفیت روانسنجی بهتری نسبت به نسخه‌های دیگر برخوردار است. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش (Heydari Nesab, 2016) سنجیده و اینگونه گزارش شد؛ با استفاده از روش آزمون باز ازمون و نیز محاسبه آلفای کرونباخ (۰/۸۷– ۰/۸۱) پایایی این پرسشنامه مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. هم‌چنین روایی محتوایی، روایی

همگرا و روایی سازه نیز با استفاده از نظر متخصصان در مورد ارتباط ماده‌های پرسشنامه با تعاریف مرتبط با مکانیزم‌های مورد وارسی و نیز استفاده از آزمون نئو مورد مطالعه قرار گرفت. به‌طور کلی، بر اساس شواهد موجود، پرسشنامه مکانیزم‌های دفاعی DSQ-40 از روایی محتوایی (CVI=0.85, CVR=0.78) و روایی سازه مطلوب (CFI≈0.90–0.93, RMSEA≈0.06–0.08) برخوردار بوده و به عنوان ابزاری معتبر و پایا برای سنجش سبک‌های دفاعی در مطالعات روان‌شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

توافق نظر بالای متخصصان در مورد ارتباط ماده‌های پرسشنامه سبک‌های دفاعی با تعاریف ارائه شده در مورد مکانیزم‌های دفاعی در منابع معتبر، وجود همبستگی‌های قابل قبول بین عامل‌های نئو و پرسشنامه سبک‌های دفاعی و نیز همبستگی‌های بالا بین ماده‌های پرسشنامه با مکانیسم‌ها و سبک‌های مرتبط نشانه روایی قابل قبول این پرسشنامه می‌باشد.

پروتکل درمان (Therapeutic Community-TC) TC: درمان در TC اساساً یک فرآیند مبتنی بر یادگیری اجتماعی است، چون در مراجعان به گونه‌ای ناپختگی روانی و ناکارآمدی اجتماعی وجود دارد. بنابراین بهترین شیوه برخورد با این مشکلات فراهم آوردن محیط درمانی است که به افزایش این مهارت‌ها و شایستگی‌های فردی کمک کند. چون TC یک پروتکل درمانی است که بر اساس مفاهیم و درمان یادگیری اجتماعی، شناختی، رفتاری، گشتالت، انسانگرایی، روان کاوی رشد یافته است، لذا می‌تواند تغییرات چند بعدی در افراد سوء مصرف‌کنندهٔ مواد ایجاد نماید. TC شامل دو تیم درمان و پژوهش می‌باشد، که تیم درمان مرکز شامل روان‌پزشک، روان‌شناس، مددکار، تکنسین آزمایشگاه، مربی ورزش و کار درمانگر است که وظیفه طرح‌ریزی و هدایت درمان را به عهده دارند. تیم پژوهش مرکز شامل روان‌پزشک، جامعه‌شناس، روان‌شناس و مددکار است و وظیفه ارزیابی فرآیند درمان و انجام تحقیقات و پژوهش‌ها را به عهده دارد. اجتماع درمان مدار یک برنامه اقامتی است که طول مدت آن از ۳۰ روز تا ۳ سال متغیر می‌باشد، که در آن افراد در کنار یکدیگر مکانیسم‌های مقابله‌ای بدون مواد را در خود رشد می‌دهند. یک فرد از طریق کسب تجارب موفقیت‌آمیز از زندگی کردن در اجتماعی کوچک برای ورود به دنیای بیرون آماده می‌شود. در ادامه و در جدول ۱ جلسات درمانی TC ذکر شده است.

تعداد جلسات آموزشی تحت نظارت سازمان بهزیستی و مرکز اجتماع درمان‌مدار راز آرامش شیراز در قالب گروه‌های NA و TC به صورت دو جلسه ۹۰ دقیقه در شیفت صبح و

عصر طی ۱۲ جلسه هر ماه ٤ روز به مدت ۳ ماه برگزار گردید. که محتوای آموزشی جلسات TC شامل گروه درمانی در رابطه با مهارت‌های زندگی، جلسات ماتریکس، سمینار و محتوای جلسات آموزشی NA شامل جلسه مشارکت، سخنرانی، پرسش پاسخ و کتاب‌خوانی می‌باشد.

Table 1.
TC (Therapeutic Community-TC) treatment protocol sessions

Meetings	TC Treatment Protocol
۱	آشنایی اولیه با قوانین گروه، غربالگری وضعیت عمومی بیمار، بیان اهداف دوره‌های درمانی
۲	آموزش نظم و قوانین
۳	آموزش چگونگی مراقبت از خود و پیشگیری از رفتارهای پرخطر
٤	آموزش سلسله مراتب و احترام به ساختار اجتماعی
٥	آموزش ارتقا کیفیت زندگی
٦	آموزش مهارت‌های زندگی و ماتریکس به بیمار و خانواده
۷	آموزش مدیریت زمان و آموزش برنامه ریزی برای مدیریت زندگی خانوادگی، عاطفی کاری
۸	آموزش به کارگیری برنامه‌های معنوی جهت ایجاد تحول درونی و آرامش
۹	آموزش تغییر باورهای ناکارآمد با باورهای کارآمد

پروتکل درمان NA (Narcotics Anonymous): انجمن معتادان گمنام NA یک انجمن بین‌المللی غیرانتفاعی است که اعتیاد به مواد مخدر مشکل اصلی زندگی‌شان بوده‌است. این انجمن متشکل از معتادان در حال بهبودی است که به‌طور مرتب گرد هم می‌آیند تا به کمک هم پاکی خود (از مواد مخدر) را حفظ کنند. اساس و زیربنای همه برنامه‌های انجمن معتادان گمنام همان ۱۲ قدم است (Moos, 2007). شیوه درمانی این انجمن برپایه مشارکت اجتماعی و همیاری گروهی است و به رشد شخصی، مسئولیت پذیری و استقلال فردی می انجامد. این برنامه در بعد تقویت معنویت بر آگاه سازی افراد درباره نیاز آن‌ها به نیروی معنوی و کسب قدرت از آن پرداخته و در بعد حمایت اجتماعی، روش اصلی بهبودی خود را برکمک یکایک مبتلایان به یکدیگر نهاده و افراد را در حلقه های بحث به گفتگو و تبادل تجربه وا می دارد. لذا براساس این شیوه، افراد مبتلا در جلسات بحث به بازنگری مسائل پرداخته، یکدیگر را در بازبینی مسائل، یاری می‌رسانند و بر مسئولیت خود برای درمان آگاهی می‌یابند (Kelly et al., 2011). ساختار جلسات NA غیررسمی است و در مکانی که توسط گروه اجاره می‌شود، برگزار می‌گردد و توسط اعضایی که به نوبت جلسه را باز و بسته می‌کنند، رهبری می‌شود.

جلسات اشکال گوناگونی دارند: مشارکت، سخنران، پرسش و پاسخ، موضوعی و برخی نیز ترکیبی از موارد بالا می‌باشند اما معمولی‌ترین نوع برگزاری به صورت مشارکتی است یعنی گرداننده جلسه به نوبت به اعضا اجازه می‌دهد بین یک تا سه دقیقه صحبت کنند. پایه و اساس انجمن معتادان گمنام، کمک معتادان به یکدیگر برای بهبودی است. اعضا به‌طور مرتب، گرد هم می‌آیند تا درباره تجربیاتشان در بهبودی به اشتراک بگذارند. برخورد معتادان گمنام در رابطه با بهبودی و بیماری اعتیاد کاملاً غیر حرفه‌ای می‌باشد و با درمیان گذاشتن تجربه خود با سایر اعضاء قدم ۱۲ و سنت ۵ به مرحله (NA World Service, 2018). قدم‌های دوازده‌گانه معتادان گمنام برگرفته از کتاب پایه.

Table 2.
Narcotics Anonymous (NA) treatment protocol

Meetings	NA treatment protocol
۱	ما اقرار کردیم که در مقابل اعتیادمان عاجز بودیم وزندگیمان غیرقابل اداره شده بود،
۲	ما به این باور رسیدیم که یک نیروی برتر می‌تواند سلامت عقل را به ما بازگرداند.
۳	ما تصمیم گرفتیم که اراده و زندگی را به مراقبت خداوند، بدان گونه که او را درک کرده‌ایم، بسپاریم.
٤	ما یک ترازنامه اخلاقی بی باکانه و جستجوگرانه از خود تهیه کردیم.
۵	ما چگونگی دقیق خطاهایمان را به خداوند، به خود و یک انسان دیگر اقرار کردیم.
٦	ما آمادگی کامل پیدا کردیم که خداوند کلیه نواقص شخصیتی ما را برطرف کند.
۷	ما با فروتنی از او خواستیم کمبودهای اخلاقی ما را برطرف کند.
۸	ما فهرستی از تمام کسانی که به آن‌ها صدمه زده بودیم تهیه کرده و خواستار جبران خسارت از تمام آن‌ها شدیم.
۹	ما به‌طور مستقیم در هر جا که امکان داشت از این افراد جبران خسارت کردیم، مگر در مواردی که اجرای این امر به ایشان یا دیگران لطمه بزند.
۱۰	ما به تهیه ترازنامه شخصی خود ادامه دادیم و هرگاه در اشتباه بودیم سریعاً به آن اقرار کردیم.
۱۱	ما از راه دعا و مراقبه خواهان ارتقاء رابطه آگاهانه خود با خداوند، بدان گونه که او را درک می‌کردیم شده و فقط جویای آگاهی از اراده او برای خود و قدرت اجرایی‌اش شدیم.
۱۲	با بیداری روحانی حاصل از برداشتن این قدم‌ها، ما کوشیدیم این پیام را به معتادان برسانیم و این اصول را در تمام امور زندگی خود به اجرا درآوریم

مداخله در گروه اجتماع درمان‌مدار (TC) مطابق پروتکل مرکز راز آرامش شیراز طی یک دوره سه‌ماهه شامل ۱۲ جلسه ساختارمند (هر ماه چهار جلسه) انجام شد. هر جلسه در دو بخش ۹۰ دقیقه‌ای (صبح و عصر) برگزار می‌شد. محتوای جلسات شامل گروه‌درمانی با محوریت مهارت‌های زندگی، جلسات ماتریکس و آموزش‌های ساختاریافته در قالب سمینار بود.

در گروه انجمن معتادان گمنام(NA) ، شرکت‌کنندگان در جلسات منظم سه‌ماهه این انجمن حضور یافتند. این جلسات که ماهیت آن‌ها برخلاف TC آموزشی-کلاسی نیست، شامل مشارکت اعضا، سخنرانی، پرسش‌وپاسخ و کتاب‌خوانی بوده و مطابق ساختار رسمی NA در همان دوره زمانی برگزار شد.

روش اجرای پژوهش

به‌منظور اجرای پژوهش ضمن جلسه هماهنگی با مدیریت سازمان بهزیستی شهرستان شیراز و اعضای انجمن معتادان گمنام شهید استادیان و مدیریت مرکز اجتماع درمان مدار شیراز برگزار گردید، مجوزهای لازم جهت انجام پژوهش در مرکز اجتماع درمان مدار و انجمن معتادان گمنام شهید استادیان به‌صورت حضوری و ضمنی اخذ گردید و پس از انجام بررسی‌های لازم و انتخاب نمونه و توجیه اعضاء پیش‌آزمون، با رعایت اصل گمنامی برگزار گردید. مداخلات و آموزش‌های تخصصی لازم در زمینه اجرای پروتکل دو رویکرد درمانی، اجتماع درمان مدار (T.C) و انجمن معتادان گمنام (NA) در قالب ۱۲ جلسه در طول ۱۲ هفته (٤ ماه) به صورت هر گروه هفته‌ای یک بار به آزمودنی‌ها ارائه گردید. بعد از آموزش‌های لازم جلسه پس‌آزمون، برگزار گردید و آزمودنی‌ها در طول سه ماهه بعدی مورد ارزیابی و پیگیری قرار گرفتند که به صورت هفتگی تست‌های اعتیاد، حضور در جلسات مشاوره و مشارکت اعضاء مورد ارزیابی قرار گرفت و نتیجه ارزیابی‌ها جهت استفاده در پژوهش در دستور کار قرار گرفت.

برای تجزیه وتحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و نمودار و از آزمون‌های آمار استنباطی شامل تحلیل کواریانس و مانکوا استفاده خواهد شد. لازم به ذکر است تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از SPSS22 انجام خواهد گرفت.

در راستای ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، از آزمودنی‌ها اطلاعات شخصی گرفته نشد و از پرسش در مورد نام افراد جلوگیری به عمل آمد وبه آن ها اطمینان داده شد که اظهاراتشان محرمانه بوده وبه منظور بالا رفتن کیفیت پژوهش از آزمودنی ها خواسته شد که با صداقت در نوشتن مطالب حدأکثر همکاری را با پژوهشگر داشته باشند.

یافته‌ها

در اینجا به ویژگی‌های جمعیت شناختی جامعه مورد نظر می‌پردازیم. که اطلاعات مربوط به سن در هر دو گروه نمونه در جدول ۳ آورده شده است.

Table 3.
Average age in the studied groups

Age	TC		NA		Control	
	Abundance	Percent	Abundance	Percent	Abundance	Percent
25–32	4	26.70	2	13.30	3	20.10
40-33	8	53.30	9	60.10	8	53.30
48-41	2	13.30	2	13.30	2	13.30
55-48	1	6.70	2	13.30	2	13.30
total	15	100.00	15	100.00	15	100.00
education	**TC**		**NA**		**Control**	
	Abundance	**Percent**	**Abundance**	**Percent**	**Abundance**	**Percent**
Diploma and less	2	13.30	1	6.70	2	13.30
Post diploma and bachelor's degree	11	73.4	12	80.00	10	66.70
Higher than bachelor's degree	2	13.30	2	13.30	3	20.00
total	15	100.00	15	100.00	15	100.00

Table 4.
Descriptive statistics of defense mechanisms in the studied groups in the pre-test

Subscales		TC		NA		Control	
		Average	standard deviation	Average	standard deviation	Average	standard deviation
Underdeveloped	Reasoning	6.60	2.41	6.20	1.69	6.26	1.83
	Projection	11.40	5.16	11.06	3.99	11.40	5.01
	Denial	8.33	3.90	7.00	2.20	8.80	2.14
	All-powerful	10.13	4.59	8.53	2.16	7.26	3.03
	Devaluation	10.26	4.99	10.20	3.82	10.86	4.71
	Acting	10.40	4.83	7.40	1.84	6.86	2.92
	Autistic fantasy	8.40	4.10	10.20	4.87	7.73	2.73
	Embodiment	7.00	3.83	7.80	2.33	7.80	2.14
	Layering	10.93	5.27	9.33	2.58	7.73	1.75
	Displacement	9.13	4.13	9.06	2.25	7.66	2.41
	Separation	7.73	3.89	9.13	2.55	9.40	2.82
	Passive aggression	7.73	3.89	8.06	2.05	9.33	2.58
Grown-up	Sublimation	7.73	3.89	7.40	2.35	8.20	3.40
	Humor	7.73	3.76	6.86	2.55	9.26	2.60
	Predicting	7.93	4.04	7.20	2.27	8.20	2.90
	Demeaning	7.06	3.78	7.60	2.38	9.33	2.58
Neurotic	Another False friendship	10.26	5.10	9.06	2.73	7.73	2.57
	Rationalization	9.93	5.47	7.53	2.32	9.26	2.46
	Reactive formation	9.40	3.97	7.33	2.25	7.80	2.33
	Nullification	7.00	3.83	7.33	2.58	7.86	2.38

طبق نتایج در همه گروه‌های مورد مطالعه، سن ٤٠-٣٣ سال، بیشترین فراوانی و سن ٥٥-٤٨ کمترین میزان فراوانی را تشکیل می‌دهد. و در مورد تحصیلات، در همه گروه‌های مورد مطالعه، تحصیلات فوق دیپلم تا لیسانس بیشترین فراوانی را تشکیل می‌دهد. با توجه به چند متغیره بودن خرده‌مقیاس‌های مکانیزم‌های دفاعی به عنوان متغیرهای وابسته، ابتدا تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) برای بررسی اثر درمان TC و NA نسبت به گروه کنترل انجام شد. پس از بررسی اثر کلی گروه‌ها بر مجموعه متغیرهای وابسته و حصول اطمینان از معنی‌دار بودن نتایج چندمتغیره، تحلیل ANCOVAتک‌متغیره برای هر خرده‌مقیاس به منظور بررسی تفاوت‌های جزئی بین گروه‌ها گزارش گردید. پیش از اجر ای تحلیل آنکووا/مانکووا، مفروضه‌های لازم بررسی شد. برای بررسی مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون، اثر متقابل گروه و نمره پیش‌آزمون (Group × Pretest) وارد مدل شد. نتایج نشان داد که این اثر متقابل غیرمعنی‌دار است($p > 0.05$) ؛ بنابراین رابطه بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در همه گروه‌ها یکسان بوده و مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار است.

Table 5.
The results of multivariate covariance analysis of the effectiveness of TC on the post-test scores of defense mechanisms

Subscales	Squares	F	Significance level	Impact level	Sum of squares	Df	Average
Reasoning	Group	4.42	1	4.42			
	Error	15.28	9	1.91	31	0.225	0.22
	Total	1259.00	30				
Projection	Group	3.84	1	3.84			
	Error	8.11	9	1.01	3.78	0.087	0.32
	Total	4117.00	30				
Denial	Group	4.73	1	4.73			
	Error	9.30	9	1.16	4.07	0.078	0.33
	Total	2805.00	30				
You can do anything.	Group	2.21	1	2.21			
	Error	11.14	9	1.39	1.59	0.243	0.16
	Total	2500.00	30				
Devaluing	Group	1.68	1	1.68			
	Error	7.18	9	0.89	1.87	0.208	0.19
	Total	3654.00	30				
Devaluing	Group	2.57	1	2.57			
	Error	11.87	9	1.48	1.73	0.225	0.17
	Total	2692.00	30				

Subscales	Squares	F	Significance level	Impact level	Sum of squares	Df	Average
Autistic fantasy	Group	11.58	1	11.58			
	Error	8.73	9	1.09	10.60	0.012	0.57
	Total	2146.00	30				
Physicalization	Group	1.63	1	1.63			
	Error	4.27	9	0.53	3.05	0.119	0.27
	Total	1859.00	30				
Layering	Group	4.45	1	4.45			
	Error	8.67	9	1.08	4.10	0.077	0.33
	Total	3278.00	30				
Moving around	Group	0.03	1	0.03			
	Error	5.58	9	0.69	0.04	0.837	0.00
	Total	2550.00	30				
Isolation	Group	0.60	1	0.60			
	Error	4.12	9	0.51	1.17	0.309	0.12
	Total	2743.00	30				
Passive aggression	Group	5.73	1	5.73			
	Error	19.36	9	2.42	2.37	0.162	0.22
	Total	2504.00	30				
Sublimation	Group	0.31	1	0.31			
	Error	9.06	9	1.13	0.27	0.612	0.03
	Total	2309.00	30				
Humor	Group	0.51	1	0.51			
	Error	1.80	9	0.22	2.29	0.168	0.22
	Total	2565.00	30				
Foresight	Group	1.70	1	1.70			
	Error	3.65	9	0.28	6.02	0.040	0.42
	Total	2173.00	30				
Infrasound	Group	2.09	1	2.09			
	Error	3.58	9	0.44	4.66	0.063	0.36
	Total	2410.00	30				
Another false friendship	Group	2.32	1	2.32			
	Error	13.03	9	0.96	2.42	0.158	0.23
	Total	2977.00	30				
Rationalization	Group	2.08	1	2.08			
	Error	12.04	9	0.68	3.03	0.120	0.27
	Total	3331.00	30				
Reactive formation	Group	4.35	1	4.35			
	Error	10.78	9	1.41	0.00	0.996	0.00
	Total	2719.00	30				
Cancellation	Group	4.82	1	4.82			
	Error	11.44	9	1.43	3.37	0.104	0.29
	Total	2015.00	30				

همان‌طور که در جدول بالا با پس‌آزمون گروه پیگیری دیده می‌شود بین میانگین خرده‌مقیاس‌های خیال پردازی اوتیستیک و پیشاپیش نگری در گروه‌های آزمایش (تحت TC) و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این جدول نشان می‌دهد با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تعدیل‌شده میزان مکانیزم‌های خیال پردازی اوتیستیک و پیشاپیش نگری بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

Table 6.
The results of multivariate covariance analysis on the follow-up scores of defense mechanisms

Subscales	Squares	F	Significance level	Impact level	Sum of squares	Df	Average
Reasoning	Group	2.33	1	2.41	1.55	0.247	0.16
	Error	44.39	9	1.54			
	Total	1235.00	30				
Projection	Group	3.84	1	3.84	3.78	0.087	0.32
	Error	8.11	9	1.01			
	Total	4117.00	30				
Denial	Group	4.73	1	4.73	4.07	0.078	0.33
	Error	9.30	9	1.16			
	Total	2805.00	30				
You can do anything	Group	2.21	1	2.21	1.59	0.243	0.16
	Error	11.14	9	1.39			
	Total	2500.00	30				
Devaluing	Group	1.68	1	1.68	1.87	0.208	0.19
	Error	7.18	9	0.89			
	Total	3654.00	30				
Transition to action	Group	2.57	1	2.57	1.73	0.225	0.17
	Error	11.87	9	1.48			
	Total	2692.00	30				
Autistic fantasy	Group	11.58	1	11.58	10.60	0.012	0.57
	Error	8.73	9	1.09			
	Total	2146.00	30				
Physicalization	Group	1.63	1	1.63	3.05	0.119	0.27
	Error	4.27	9	0.53			
	Total	1859.00	30				
Layering	Group	4.45	1	4.45	4.10	0.077	0.33
	Error	8.67	9	1.08			
	Total	3278.00	30				
Moving around	Group	0.03	1	0.03	0.04	0.837	0.00
	Error	5.58	9	0.69			
	Total	2550.00	30				

Subscales	Squares	F	Significance level	Impact level	Sum of squares	Df	Average
Isolation	Group	0.60	1	0.60	1.17	0.309	0.12
	Error	4.12	9	0.51			
	Total	2743.00	30				
Passive aggression	Group	5.73	1	5.73	2.37	0.162	0.22
	Error	19.36	9	2.42			
	Total	2504.00	30				
Sublimation	Group	0.31	1	0.31	0.27	0.612	0.03
	Error	9.06	9	1.13			
	Total	2309.00	30				
Humor	Group	0.04	1	0.04	0.13	0.722	0.22
	Error	2.34	9	0.31			
	Total	2539.00	30				
Foresight	Group	1.70	1	1.70	6.02	0.040	0.42
	Error	3.65	9	0.28			
	Total	2173.00	30				
Infrasound	Group	2.09	1	2.09	4.66	0.063	0.36
	Error	3.58	9	0.44			
	Total	2410.00	30				
Another false friendship	Group	2.32	1	2.32	2.42	0.158	0.23
	Error	13.03	9	0.96			
	Total	2977.00	30				
Rationalization	Group	2.08	1	2.08	3.03	0.120	0.27
	Error	12.04	9	0.68			
	Total	3331.00	30				
Reactive formation	Group	4.35	1	4.35	0.00	0.996	0.00
	Error	10.78	9	1.41			
	Total	2719.00	30				
Cancellation	Group	5.07	1	5.07	3.31	0.106	0.29
	Error	14.25	9	1.53			
	Total	1943.00	30				

همان‌طور که در جدول بالا که با پس آزمون گروه پیگیری انجام شده است؛ دیده می‌شود بین میانگین خرده‌مقیاس‌های خیال پردازی اوتیستیک و پیشاپیش نگری در گروه‌های آزمایش (تحت TC) و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این جدول نشان می‌دهد با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تعدیل‌شده میزان مکانیزم‌های خیال پردازی اوتیستیک و پیشاپیش‌نگری بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

Table 7.
Multivariate covariance analysis to investigate the effectiveness of NA on post-test scores of defenses mechanisms

Subscales		Sum of squares	Df	Mean squares	F	Significance level	Impact level
Reasoning	Group	0.17	1	0.17	0.08	0.774	0.01
	Error	15.54	9	1.94			
	Total	1230.00	30				
Projection	Group	0.00	1	0.00	0.00	0.939	0.00
	Error	4.46	9	0.55			
	Total	4404.00	30				
Denial	Group	0.67	1	0.67	0.98	0.350	0.11
	Error	5.50	9	0.68			
	Total	2425.00	30				
You can do anythin.	Group	0.18	1	0.18	0.13	0.722	0.01
	Error	10.88	9	1.36			
	Total	2334.00	30				
Devaluing	Group	0.13	1	0.13	0.38	0.554	0.04
	Error	2.87	9	0.35			
	Total	3960.00	30				
Transition to action	Group	1.55	1	1.55	1.04	0.337	0.11
	Error	11.93	9	1.49			
	Total	1807.00	30				
Autistic fantasy	Group	0.05	1	0.05	0.04	0.838	0.00
	Error	9.91	9	1.24			
	Total	2312.00	30				
Physicalization	Group	3.01	1	3.01	8.97	0.017	0.52
	Error	2.68	9	0.33			
	Total	3095.00	30				
Layering	Group	3.22	1	3.22	3.25	0.109	0.28
	Error	7.92	9	0.99			
	Total	2873.00	30				
Moving around	Group	0.62	1	0.62	0.32	0.585	0.03
	Error	15.58	9	1.94			
	Total	2424.00	30				
Isolation	Group	14.17	1	14.17	14.24	0.005	0.64
	Error	7.95	9	0.99			
	Total	3223.00	30				
Passive aggression	Group	0.42	1	0.42	0.30	0.595	0.03
	Error	3.92	9	1.39			
	Total	3217.00	30				
Sublimation	Group	5.07	1	5.07	9.29	0.016	0.53
	Error	6.86	9	0.54			
	Total	2420.00	30				

Subscales		Sum of squares	Df	Mean squares	F	Significance level	Impact level
Humor	Group	0.02	1	0.02	0.04	0.833	0.00
	Error	6.48	9	0.59			
	Total	2596.00	30				
Foresight	Group	0.26	1	0.26	0.54	0.482	0.06
	Error	9.72	9	0.49			
	Total	2249.00	30				
Infrasound	Group	5.51	1	5.51	6.42	0.035	0.44
	Error	10.26	9	0.85			
	Total	2252.00	30				
Another false friendship	Group	0.01	1	0.01	0.01	0.906	0.00
	Error	8.58	9	0.81			
	Total	2691.00	30				
Rationalization	Group	0.80	1	0.80	0.66	0.439	0.07
	Error	9.72	9	1.21			
	Total	2604.00	30				
Reactive formation	Group	0.36	1	0.36	0.28	0.606	0.03
	Error	10.26	9	1.28			
	Total	2103.00	30				
Cancellation	Group	0.09	1	0.09	0.08	0.778	0.01
	Error	8.58	9	1.07			
	Total	2090.00	30				

همان‌طور که در جدول بالا دیده می‌شود، بین میانگین خرده‌مقیاس‌های بدنی سازی، مجزاسازی، والایش و فرونشانی در گروه‌های آزمایش (تحت NA) و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این جدول نشان می‌دهد با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تعدیل‌شده میزان مکانیزم‌های بدنی سازی، مجزاسازی، والایش و فرونشانی بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

Table 8.
The results of multivariate covariance analysis on the follow-up scores of defense mechanisms

Subscales (follow-up)		Sum of squares	Df	Mean squares	F	Significance level	Impact level
Reasoning	Group	0.17	1	0.17	0.08	0.774	0.01
	Error	15.54	9	1.94			
	Total	1230.00	30				
Projection	Group	0.02	1	0.02	0.03	0.939	0.00
	Error	4.66	9	0.58			
	Total	4438.00	30				

Subscales (follow-up)		Sum of squares	Df	Mean squares	F	Significance level	Impact level
Denial	Group	0.67	1	0.67	0.98	0.350	0.11
	Error	5.50	9	0.68			
	Total	2425.00	30				
You can do anythin.	Group	0.18	1	0.18	0.13	0.722	0.01
	Error	10.88	9	1.36			
	Total	2334.00	30				
Devaluing	Group	0.13	1	0.13	0.38	0.554	0.04
	Error	2.87	9	0.35			
	Total	3960.00	30				
Transition to action	Group	1.55	1	1.55	1.04	0.337	0.11
	Error	11.93	9	1.49			
	Total	1807.00	30				
Autistic fantasy	Group	0.05	1	0.05	0.04	0.838	0.00
	Error	9.91	9	1.24			
	Total	2312.00	30				
Physicalization	Group	3.01	1	3.01	8.4	0.017	0.52
	Error	2.68	9	0.33			
	Total	3095.00	30				
Layering	Group	3.22	1	3.22	3.25	0.109	0.28
	Error	7.92	9	0.99			
	Total	2873.00	30				
Moving around	Group	0.62	1	0.62	0.32	0.585	0.03
	Error	15.58	9	1.94			
	Total	2424.00	30				
Isolation	Group	14.17	1	14.17	14.24	0.005	0.64
	Error	7.95	9	0.99			
	Total	3223.00	30				
Passive aggression	Group	0.42	1	0.42	0.30	0.595	0.03
	Error	3.92	9	1.39			
	Total	3217.00	30				
Sublimation	Group	5.07	1	5.07	9.29	0.016	0.53
	Error	6.86	9	0.54			
	Total	2420.00	30				
Humor	Group	0.02	1	0.02	0.04	0.833	0.00
	Error	6.48	9	0.59			
	Total	2596.00	30				
Foresight	Group	0.26	1	0.26	0.54	0.482	0.06
	Error	9.72	9	0.49			
	Total	2249.00	30				
Infrasound	Group	5.51	1	5.51	6.42	0.035	0.44
	Error	10.26	9	0.85			
	Total	2252.00	30				

Subscales (follow-up)		Sum of squares	Df	Mean squares	F	Significance level	Impact level
Another false friendship	Group	0.02	1	0.02	0.01	0.906	0.00
	Error	5.96	9	0.74			
	Total	2715.00	30				
Rationalization	Group	0.80	1	0.80	0.66	0.439	0.07
	Error	9.72	9	1.21			
	Total	2604.00	30				
Reactive formation	Group	0.39	1	0.39	0.28	0.606	0.03
	Error	11.46	9	1.43			
	Total	2169.00	30				
Cancellation	Group	0.09	1	0.09	0.08	0.778	0.01
	Error	8.58	9	1.07			
	Total	2090.00	30				

همان‌طور که در جدول بالا با نمره‌های پس آزمون گروه پیگیری انجام شده است؛ دیده می‌شود بین میانگین خرده‌مقیاس‌های بدنی سازی، مجزاسازی، والایش و فرونشانی در گروه‌های آزمایش (تحت NA) و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این جدول نشان می‌دهد با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تعدیل‌شده میزان مکانیزم‌های بدنی‌سازی، مجزاسازی، والایش و فرونشانی بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

Table 9.
Bonferroni test investigates the difference in the effectiveness of TC and NA to compare the mean of the subscales of defense mechanisms in three groups.

Dependent variable	Group A	Group A	Difference in averages	Standard error	Significance level
Reasoning	TC	NA	0.38	0.61	1.00
		Control	-1.41	0.69	0.16
	NA	TC	-0.38	0.61	1.00
		Control	-1.79*	0.55	0.01
	Control	NA	1.41	0.69	0.16
		TC	1.79*	0.55	0.01
Projection	TC	NA	-0.74	0.52	0.49
		Control	-1.57*	0.59	0.04
	NA	TC	0.74	0.52	0.49
		Control	-0.82	0.47	0.28
	Control	NA	-1.57*	0.59	0.04
		TC	0.82	0.47	0.28
Denial	TC	NA	-0.37	0.58	1.00
		Control	-1.30	0.66	0.18
	NA	TC	0.37	0.58	1.00
		Control	-0.93	0.53	0.27

Dependent variable	Group A	Group A	Difference in averages	Standard error	Significance level
	Control	NA	1.30	0.66	0.18
		TC	0.93	0.53	0.27
You can do anythin	TC	NA	1.76*	0.63	0.03
		Control	-2.17*	0.73	0.02
	NA	TC	-1.76*	0.63	0.03
		Control	-0.40	0.58	1.00
	Control	NA	2.17*	0.73	0.02
		TC	0.40	0.58	1.00
Devaluing	TC	NA	-0.59	0.47	0.67
		Control	-0.14	0.54	1.00
	NA	TC	0.59	0.47	0.67
		Control	0.44	0.43	0.94
	Control	NA	0.14	0.54	1.00
		TC	-0.44	0.43	0.94
Transition to action	TC	NA	0.35	0.72	1.00
		Control	-1.02	0.83	0.69
	NA	TC	-0.35	0.72	1.00
		Control	-1.37	0.66	0.14
	Control	NA	1.02	0.83	0.69
		TC	1.37	0.66	0.14
Autistic fantasy	TC	NA	-1.67*	0.55	0.02
		Control	-1.67	0.63	0.01
	NA	TC	-1.96*	0.55	0.02
		Control	1.67*	0.50	1.00
	Control	NA	-0.29	0.63	0.01
		TC	1.96*	0.50	1.00
Physicalization	TC	NA	-1.21	0.54	0.10
		Control	-1.60*	0.61	0.04
	NA	TC	1.21	0.54	0.10
		Control	-0.39	0.49	1.00
	Control	NA	1.60*	0.61	0.04
		TC	0.39	0.49	1.00
Layering	TC	NA	-0.18	0.56	1.00
		Control	-1.14	0.65	0.27
	NA	TC	0.18	0.56	1.00
		Control	-0.95	0.51	0.23
	Control	NA	1.14	0.65	0.27
		TC	0.95	0.51	0.23
Passive aggression	TC	NA	-1.69	0.71	0.08
		Control	-1.19	0.81	0.47
	NA	TC	1.69	0.71	0.08
		Control	0.50	0.65	1.00

Dependent variable	Group A	Group A	Difference in averages	Standard error	Significance level
Moving around	Control	NA	1.19	0.81	0.47
		TC	-0.50	0.65	1.00
	TC	NA	-0.74	0.53	0.52
		Control	0.56	0.61	1.00
	NA	TC	0.74	0.53	0.52
		Control	1.31*	0.48	0.03
	Control	NA	-0.56	0.61	1.00
		TC	-1.31*	0.48	0.03
Isolation	TC	NA	-0.72	0.42	0.30
		Control	-0.70	0.48	0.48
	NA	TC	0.72	0.42	0.30
		Control	0.02	0.38	1.00
	Control	NA	0.70	0.48	0.48
		TC	-0.20	0.38	1.00
Infrasound	TC	NA	-1.75*	0.56	0.01
		Control	-1.47	0.64	0.09
	NA	TC	1.75*	0.56	0.01
		Control	0.27	0.51	1.00
	Control	NA	1.47	0.64	0.09
		TC	-0.27	0.51	1.00
Sublimation	TC	NA	-0.40	0.66	1.00
		Control	0.14	0.76	1.00
	NA	TC	0.40	0.66	1.00
		Control	0.54	0.60	1.00
	Control	NA	-0.14	0.76	0.66
		TC	-0.54	0.60	1.00
Humor	TC	NA	-0.54	0.43	0.66
		Control	-0.10	0.49	1.00
	NA	TC	0.54	0.43	0.66
		Control	0.44	0.39	0.83
	Control	NA	0.10	0.49	1.00
		TC	-0.44	0.39	0.83
Foresight	TC	NA	-0.11	0.34	1.00
		Control	-1.37*	0.39	0.00
	NA	TC	0.11	0.34	1.00
		Control	-1.25*	0.31	0.00
	Control	NA	1.37*	0.39	0.00
		TC	1.25*	0.31	0.00
Another false friendship	TC	NA	-0.80	0.63	0.65
		Control	-1.12	0.72	0.40
	NA	TC	0.80	0.63	0.65
		Control	-0.32	0.57	1.00

Dependent variable	Group A	Group A	Difference in averages	Standard error	Significance level
Reactive formation	Control	NA	1.12	0.72	0.40
		TC	0.32	0.57	1.00
	TC	NA	0.18	0.54	1.00
		Control	0.40	0.61	1.00
	NA	TC	-0.18	0.54	1.00
		Control	0.22	0.49	1.00
	Control	NA	-0.40	0.61	1.00
		TC	-0.22	0.49	1.00
Rationalization	TC	NA	-0.06	0.49	1.00
		Control	-1.15	0.56	0.07
	NA	TC	0.06	0.49	0.15
		Control	-1.08	0.44	0.07
	Control	NA	1.15	0.56	0.49
		TC	1.08	0.44	0.09
Cancellation	TC	NA	-0.86	0.60	0.49
		Control	-1.58	0.68	0.09
	NA	TC	0.86	0.60	0.49
		Control	-0.71	0.54	0.60
	Control	NA	1.58	0.68	0.09
		TC	0.71	0.54	0.60

نتایج آزمون بونفرونی (جدول ۹) نشان می‌دهد که در میانگین مکانیزم‌های همه کار توانی خیال پردازی اوتیستیک و فرونشانی بین TC و NA تفاوت معنی‌داری وجود دارد و TC اثربخشی بالاتری داشته است زیرا نمره میانگین آزمودنی‌ها که تحت TC بوده‌اند؛ در خرده مقیاس‌های ذکر شده پائینتر از نمره میانگین آزمودنی‌هایی که تحت NA بوده اند؛ می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

بین اثر بخشی TC و NA بر مکانیزم‌های دفاعی افراد معتاد به متاآمفتامین تفاوت وجود دارد. نتایج نشان داد که بین میانگین خرده‌مقیاس‌های خیال پردازی اوتیستیک و پیشاپیش نگری در گروه‌های آزمایش (تحت TC) و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به این معنی که با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تعدیل‌شده میزان مکانیزم‌های خیال پردازی اوتیستیک و پیشاپیش نگری بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین میانگین خرده‌مقیاس‌های بدنی سازی، مجزاسازی، والایش و فرونشانی در

گروه‌های آزمایش (تحت NA) و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به این معنی که با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تعدیل‌شده میزان مکانیزم‌های بدنی سازی، مجزاسازی، والایش و فرونشانی بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد در نتیجه فرضیه تایید می‌شود. این نتیجه همسو با نتایج (Behrvan & Miranouri, 2018)، می‌باشد. نتایج پژوهش نشان داد که دفعات بازگشت به اعتیاد با متغیرهای برچسب رابطه معنادار مثبت، با متغیرهای ساختاری کارکردی رابطه معنادار و با متغیرهای کنترل اجتماعی و احساس نیاز به مواد مخدر رابطه معنادار ندارد. برچسب، سن، احساس تبعیض و نگرش مثبت به اعتیاد مهمترین و تعیین کننده ترین عوامل تاثیرگذار مستقیم و مثبت و رضایت اجتماعی مهم‌ترین عامل تاثیرگذار مستقیم و معکوس بر دفعات بازگشت به اعتیاد محسوب می‌شوند. عوامل کنترل اجتماعی و احساس نیاز به مواد مخدر نیز تاثیر غیرمستقیم بر دفعات بازگشت مجدد به اعتیاد دارند. همچنین نتایج همسو با نتیجه Jafari and Khansari (2022) می‌باشد. لذا این درمان، روشی مناسب برای درمان افراد وابسته به مواد می‌باشد. همچنین ناهمسو با نتایج (Sharpley et al. (2016 که در پژوهشی با هدف ارتباط بین جنبه‌های تاب‌آوری روان‌شناختی و مکانیزم دفاعی و انواع فرعی افسردگی انجام گرفت که پیامدهایی برای مدل‌های درمان بالینی متمرکز بر معتادین که بر روی ۱۵۸ نفر معتاد به مواد به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفت، به این نتایج دست یافتند که بین درمان اجتماع محور و تاب‌آوری رابطه معنی‌داری وجود دارد.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که مکانیزم‌های دفاعی رشد نایافته در گرایش به مواد، مصرف مواد و عود اعتیاد مؤثر هستند. مکانیزم‌های دفاعی فرایندهای روان‌شناختی خودکاری هستند که از افراد در مقابل اضطراب محافظت می‌کنند و آنها را از فشارهای روانی و تهدیدهای درونی و بیرونی آگاه می‌سازند. افرادی که در استفاده از سبک‌های دفاعی رشد نایافته برای مقابله با فشار روانی و تعارضات هیجانی در زندگی افراط می‌کنند به طور معمول از سلامت روان پایین‌تری برخوردارند. اختلالات روانی نه تنها سبب ناکارآمدی بیماران روانی می‌شود، بلکه خانوادهای آنها را نیز به شدت تحت تأثیر قرار داده و عملکرد آنها را مختل می‌کند. این تأثیرپذیری 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 می‌نماید. از این رو می‌توان گفت اختلالات روانی و فقدان سلامت روان، یکی از دغدغه‌های خانواده‌های دارای افراد معتاد تلقی می‌شود (Zamani et al., 2016). حضور در خانواده 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 مؤثر را از وی سلب می‌کنند و ظرفیت بینشی و خود اکتشافی فرد را کاهش می‌دهند. علاوه براین افراد با سبک‌های دفاعی رشد نایافته بیشتر مایل هستند که راه‌حل‌های ناکارآمد را برای حل تعارضات خودبه 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 نایافته عدم روبه‌رو شدن با همین مشکلات موجود در خانواده باشد (Sartorius et al., 2008). مکانیزم‌های دفاعی در واقع، واقعیات موجود در زندگی افراد را تحریف می‌کنند و میزان این تحریف در دفاع‌های رشد نایافته و روان آزرده بیشتر از دفاع‌های رشد یافته است. ازآنجایی که این دفاع‌ها واقعیت‌های ناخوشایند را تحریف می‌کنند، تا حدی تحمل و کنارآمدن با این شرایط را برای افراد آسان می‌کنند. شاید به همین دلایل است که خانواده‌های افراد مبتلا به اعتیاد از مکانیزم‌های رشد نایافته استفاده می‌کنند تا بتوانند با این شرایط کنار بیایند (Brad, 2004).

دفاع‌هایی مانند انکار، جبران، تشکل واکنشی، عقلانی‌سازی 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 عقلانی‌سازی سعی در توجیه رفتار 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 اثرهای زیان‌بار آن را حتی به صورت موقتی کاهش دهند در نتیجه بیشتر و بیشتر به سمت مکانیزم‌های

ناکارآمد و استفاده ازآنها سوق داده می‌شوند (Bokhan et al., 2013). هم‌چنین می‌توان گفت که مصرف مواد تغییرات اساسی در سیستم پاداش مغز به وجود می‌آورد که ممکن است کنش‌های طبیعی مغز مختل گردد. رفتارهای اعتیاد گونه سیستم پاداش مغز را به شکل‌های مشابه با مواد مورد سومصرف مواد تحریک کرده و بعضی از علائم رفتاری را به وجود آورد که همانند علائم رفتاری ناشی از اختلالات مصرف به نظر می‌رسند (Merican Psychiatric Association, 2013).

برنامه انجمن گمنام در واقع به‌منظور ایجاد تغییر در زندگی، طرز تفکر و رفتار بیمار شکل گرفته است؛ زیرا در اصل این ابعاد شخصی و عاطفی در زندگی می‌باشد، که باعث معتاد شدن فرد شده است. در این برنامه در قدم یک که گفته می‌شود ما پذیرفتیم در مقابل مصرف ناتوان بودیم و زندگی‌مان غیرقابل کنترل شده بود به این موضوع اشاره دارد علت اینکه ذهن و جسم فرد حالت غیرعادی پیدا کرده و قدرت انتخاب ندارد به دلیل وجود بیماری اعتیاد است و نمی‌تواند مواد را به صورت کنترل شده مصرف نماید. دیوانگی یا نداشتن سلامت عقل به جنبه روانی بیماری اعتیاد اشاره دارد. نداشتن سلامت عقل باعث می‌شود علی‌رغم آگاهی از اینکه فرد با مصرف مجدد مواد یا شروع یک رفتار نابهنجار قادر نیست آن را رها کند یا با افکار این‌که این دفعه نتیجه با دفعات قبل متفاوت خواهد بود مصرف و یا رفتار خود را تکرار می‌کند (Association of Addicts of Gomnan, 2019). براساس تجربیات به دست آمده از گروه‌های خودیاری انجمن معتادان گمنام توانسته در کمک به شناخت بیشتر فرد معتاد از جنبه‌های مختلف برای سازگاری با شرایط مختلف و کنترل خود و قطع مصرف و پرهیز از مصرف مواد در معتادان مؤثر واقع می‌شود؛ همچنین توانسته عوامل دیگر مرتبط با مصرف مواد مانند مکانیزم‌های دفاعی را نیز تحت تأثیر قرار دهد.

در این قسمت به برخی مشکلات، مسائل، موانع و شرایطی که امکان تأثیرگذاری بر نتایج و یافته‌های تحقیق را دارند، اشاره می‌شود. محدودیت خروجی با توجه به ترکیبی بودن درمان بیماران تا استاندارد یک ساله با توجه به اینکه بیماران بعد از گذراندن دوره درمان تی سی می‌بایست در جلسات معتادان گمنام شرکت کنند. عدم وجود دوره دوم پیگیری در پژوهش و رصد بیماران در دوره زمانی طولانی تر جهت اثبات دقیق پژوهش جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه خود ابرازی و احتمال ارائه اطلاعات غلط از طرف بیماران. تک جنسیتی بودن به

دلیل عدم وجود مرکز درمانی اجتماع مدار مختص زنان، عدم انجام مرحله پیگیری، عدم کنترل اختلالات همبود از جمله افسردگی اشاره کرد.

در این قسمت با توجه به روابط بررسی شده در تحقیق و نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل‌های صورت گرفته، پیشنهادات کاربردی به شرح ذیل ارائه می‌شود: از آنجا که کاهش استفاده از مکانیزم‌های دفاعی ناسازگار افراد عامل بسیار مهمی در روند بهبود و روحیه معتادان محسوب می‌گردد و اثربخشی NA و درمان TC در کاهش استفاده از مکانیزم‌های دفاعی معتادان به اثبات رسید توصیه می‌شود مراکز ترک اعتیاد در کنار درمان‌های دارویی و کلینیکی از روش‌های درمانی گروهی و اجتماع محور نیز برای بهبود روند درمان معتادان بهره ببرند. پیشنهاد می‌گردد با توجه به ترکیبی بودن درمان بیماران تا استاندارد یک ساله ثبات درمانی و اینکه بیماران بعد از گذراندن دوره درمان تی سی می‌بایست در جلسات معتادان گمنام شرکت کنند تفکیک بیماران با توجه به ترخیص از تی سی یا ورودی مستقل معتادان گمنام غربالگری گردد. پیشنهاد می‌گردد که دوره پیگیری طولانی‌تری جهت اثبات دقیق پژوهش در نظر گرفته شود تا دامنه بررسی با ثبات‌تری از روند درمان مورد پژوهش قرار گیرد. پیشنهاد می‌گردد که دوره پیگیری دوم برای پژوهش‌های آتی در نظر گرفته شود تا روند بررسی ثبات در درمان بیماران در دامنه طولانی‌تری مورد بررسی قرار گیرد.

سهم مشارکت نویسندگان: در پژوهش حاضر نویسنده دوم، به عنوان استاد راهنما، نظارت و راهبردی روند کلی پژوهش و تدوین و نهایی‌سازی اصلاحات مقاله را بر عهده داشته‌اند. نویسنده اول در تدوین طرح تحقیق، فرآیند گردآوری، تحلیل و تفسیر یافته‌ها و نگارش متن مقاله را برعهده داشته و در مجموع نتیجه‌گیری از یافته‌ها و بسط و تفسیر به صورت مشترک و با بحث و تبادل نظر کلیه همکاران و با همراهی نویسنده سوم، به عنوان استاد مشاور پایان‌نامه، انجام شد.

تضاد منافع: نویسندگان اذعان دارند که در این مقاله هیچگونه تعارض منافعی وجود ندارد.

منابع مالی: پژوهش حاضر از هیچ موسسه و نهادی حمایت مالی دریافت نکرده و کلیه هزینه‌ها در طول فرآیند اجرای پژوهش بر عهده پژوهشگران بوده است.

تشکر و قدردانی: پژوهش حاضر بدون همکاری مشارکت کنندگان امکان‌پذیر نبود؛ بدینوسیله از کلیه مشارکت کنندگان تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

References

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. United States: American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). the defense style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 19*(1), 246-256. Doi: 10.1097/00005053-199304000-00006. PMID: 8473876

Association of addicts of Gomnan. (2019). Step function guide. Translated by the Translation Committee of the Iranian Gemnan Addicts Association. Tehran: Kimia Publishing House.

Barati, M., Allahverdipour, H., Moeini, B., Farhadi Nasab, A., Mahjub, H., & Jalilian, F. (2011). Assertiveness Skills Training Efficiency on College Students' Persuasive Subjective Norms against Substance Abuse. *Avicenna J Clin Med. 18*(3), 40-49. https://scholar.google.com/citations?user=6n5tzWYAAAAJ&hl=en

Behrvan, H., & Miranouri, S. A. (2018). Sociological analysis of the return of drug addicts to drug addicts in the community center for the treatment of drug addicts in Mashhad. *Addiction Research Journal, 10*(1), 45-78.

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. DOI: 10.4172/2161-0487.1000128

Brad, B. (2004). Psychological defense mechanisms: a new perspective. *American Journal of Psychoanalysis, 64*(1), 1-26. DOI: 10.1023/B:TAJP.0000017989.72521.26

Bazargan, S., & Hijazi, A. (2014). The book of research methods in behavioral sciences. Advertising publications. https://scholar.google.com/citations?user=tb3huS4AAAAJ&hl=en [Persian]

Darke, S., Kaye, S., McKetin, R., & Duflou, J. (2008). "Major physical and psychological harms of methamphetamine use". *Drug Alcohol Rev, 27*(3), 253–262. Doi: 10.1080/09595230801923702.

Heydari Nesab, L. (2016). Comparison of defense mechanisms in clinical and non-clinical samples based on norming and psychometric findings of the Iranian Defense Styles Questionnaire (DSQ), Ph.D thesis, Tarbiat Modares University.

Ghanei, A. K., Shahbazi, M., & Karaei, A. (2022). The effectiveness of combined acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy on the temptation to use and relapse prevention in self-identified addicts in addiction treatment centers. *Psychological Achievements, 30*(2), 392-369. https://doi.org/10.22055/psy.2023.40941.2858 [Persian]

Jafari, R., & Khansari, A. (2022). The effectiveness of the Twelve Steps of Narcotics Anonymous training on the resilience and self-efficacy of Narcotics Anonymous members. *Journal of Addiction Research, 16*(20): 278-259. http://etiadpajohi.ir/article-1-2589-en.html

Kelly, J. F., Urbanoski, K. A., Hoeppner, B. B., & Slaymaker, V. J. (2011). Facilitating comprehensive assessment of 12-step experiences: A multidimensional measure of mutual-help activity. *Alcoholism Treatment Quarterly, 29*(3), 181-203. Doi: 10.1080/07347324.2011.586280

Khaghani, F., Turkan, H., & Yousefi, Z. (2021). Qualitative study of factors affecting adherence to treatment in addicts under the treatment of Addicts Anonymous in Isfahan city. *Psychological Achievements, 28*(2), 219-240. https://doi.org/10.22055/psy.2021.32205.2479

Moos, R. H. (2007). Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence, 88*(2), 109-121. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2006.10.010. Epub 2006 Nov 28

NA World Services (2018). Narcotics Anonymous Membership Survey.

Nestler, E. J. (2013). "Cellular basis of memory for addiction". *Dialogues in Clinical Neuroscience, 15*(4), 431–443. Doi: 10.31887/DCNS.2013.15.4/enestler.

Rai, A., Mehta, N., Kumar, A., Majhee, L., Verma, P., & Singh, P. (2023). Does tobacco use enhance the risk of SARS-CoV-2 infection: evidence from Eastern Indian population. *Addict Health, 15*(3), 163-168. Doi: 10.34172/ahj.2023.1400. Epub 2023 Jul 29.

Rau, T., Ziemniak, J., & Poulsen, D. (2015). "The neuroprotective potential of low-dose methamphetamine in preclinical models of stroke and traumatic brain injury". Doi: 10.1016/j.pnpbp.2015.02.013. Epub 2015 Feb 25.

Ruuttu, T., Pelkonen, M., Holi, M., et al. (2006). "Psychometric properties of the defense style questionnaire (DSQ-40) in adolescents". *J. Nerv. Ment. Dis. 194*(2), 98-105. Doi: 10.1097/01.nmd.0000198141.88926.2e.

Ruuttu, T., Pelkonen, M., Holi, M., Mirjami, H., Matti, MD., Karlsson, Linnea MD, Kiviruusu, Olli BSocSc; Heilä, Hannele MD, Tuisku, Virpi MSocSc; Tuulio-Henriksson, Annamari LicPhil; Marttunen, Mauri. (February 2006). "Psychometric properties of the defense style questionnaire (DSQ-40) in adolescents". *J. Nerv. Ment. Dis. 194*(2), 98–105.

Sartorius, N., Leff, J., Lopez, J., Ibor, L., Maj, M., & Okasha, A. (2008). Family & Mental Disorders: from burden to empowerment. chicheste, UK: Wiley. https://books.google.com/books/about/Families_and_Mental_Disorders.

Schacter, D. L. (2011). Psychology Second Edition. 41 Madison Avenue, New York, NY 10010: Worth Publishers. pp. 482–483. https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3330887

Shams Alizadeh, N., Moghadam, M., Mohsenpour, B., & Rostami Gooran, N. (2008). Prevalence of substance abuse in medical students at Kurdistan University. SJKU. *13*(2), 18-26. http://sjku.muk.ac.ir/article-1-58-en.html

Sharpley, C. F., Bitsika, V., Jesulola, E., Fitzpatrick, K., & Agnew, L. L. (2016). The relationship between aspects of psychological resilience and defense mechanisms and subtypes of depression: Implications for drug-focused clinical treatment models. International journal of psychiatry in clinical practice, 20(3), 151 -156. Doi: 10.1111/ecc.12090. Epub 2013 Jul8.

Vaillant, G. E., Bond, M., & Vaillant, C. O. (1986). An empirically validated hierarchy of defence mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 73, 786–794. George Eman Valillant. https://www.psychologytoday.com/us/blog/theory-and

Vailnat, G. F. (2000). Adaptive mental Mechanisms: their role in a positive psychology. *American Psychologist*, -55. DOI:10.1016/B978-0-08-097086-8.25073-3

Yu, S., Zhu, L., Shen, Q., Bai, X., & Di, X. (2015). "Recent advances in methamphetamine neurotoxicity mechanisms and its molecular pathophysiology". Doi: 10.1155/2015/103969. Epub 2015 Mar 12.

Yuan, T.F., Li, A., Sun, X., Ouyang, H., Campos, C., Rocha, NB., Arias-Carrión, O., Machado, S., & Hou, G. (2015). "Transgenerational Inheritance of Paternal Neurobehavioral Phenotypes: Stress, Addiction, Ageing and Metabolism". https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5734660/

Zamani, N., Ahmadi, V., Ataei Mughanlou, V., & Mirshkar, S. (2016). Comparison of the effectiveness of two methods of dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy on improving the symptoms of impulsive behaviors in patients with major depression and suicidal thoughts. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences, 22*(5), 54-45. http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-1642-en.html

Zarghami, M., Kharazmi, O., Alipour, A., Babakhanian, M., Khosravi, A., & Mirtorabi, SD. (2023). Time series modeling and forecasting of drug-related deaths in Iran (2014-2016). *Addict Health, 15*(3), 149-155. Doi: 10.34172/ahj.2023.1277. Epub 2023 Jul 29 [Persian]

© 2025 The Author (s). Published by Shahid Chamran University of Ahvaz. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited