

مقایسه ناگویی خلقی، سرشت و منش و پرخاشگری در معنادان و افراد عادی

سیده زهره حسینی کتکی^۱، محمود نجفی^۲، محمد علی محمدی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه ناگویی خلقی، سرشت و منش و پرخاشگری در معنادان و افراد عادی بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت علی-مقایسه‌ای انجام شد. ۸۰ فرد معناد و ۸۰ فرد عادی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و همتاسازی شدند. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه ناگویی خلقی (Toronto Alexithymia Scale یا TAS)، پرسش‌نامه سرشتی منشی (Temperament and Character Inventory یا TCI) و پرسش‌نامه پرخاشگری Buss و Perry بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیره و تک متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین مؤلفه‌های ناگویی خلقی (دشواری تشخیص احساس‌ها، دشواری توصیف احساس‌ها و تفکر برون‌مدار) و پرخاشگری (پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت) میان معنادان و افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود داشت؛ بدین صورت که نمرات مؤلفه‌های ناگویی خلقی و پرخاشگری در افراد معناد بیشتر از افراد عادی بود. همچنین، نمرات مؤلفه‌های آسیب و نوجویی در متغیر سرشت و منش در افراد معناد بیشتر از افراد عادی گزارش گردید و نمرات مؤلفه‌های خودرهبی، مشارکت و پشتکار در افراد معناد کمتر از افراد عادی به دست آمد. تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در مؤلفه‌های پاداش-وابستگی و خودتعالی مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر در راستای پژوهش‌های معطوف به بررسی ابعاد شخصیتی زیربنایی دخیل در اعتیاد، می‌تواند در جهت شناخت دقیق‌تر عوامل دخیل در این پدیده و ارایه راهکارهای مناسب جهت پیشگیری و درمان کمک کننده باشد.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد، سرشت و منش، ناگویی خلقی، پرخاشگری

ارجاع: حسینی کتکی سیده زهره، نجفی محمود، محمدی‌فر محمد علی. مقایسه ناگویی خلقی، سرشت و منش و پرخاشگری در معنادان و افراد عادی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۴): ۴۶۳-۴۵۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۸/۲۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۶/۳

مقدمه

پدیده اعتیاد و سوء مصرف مواد به عنوان مشکل فراگیر و روزافزون برای همه دنیا شناخته شده است. اعتیاد به مواد مخدر به عنوان نابسامانی اجتماعی، پدیده‌ای است که به آن بلای هستی‌سوز نام نهاده‌اند؛ چرا که ویرانگری‌های حاصل از آن زمینه‌ساز سقوط بسیاری از ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی و اخلاقی می‌گردد (۱). برای بررسی و شناخت پدیده اعتیاد، توجه به جنبه‌های فردی، جسمی، ژنتیکی و روانی لازم و ضروری است. از این‌رو، درباره علل و عوامل مؤثر بر اعتیاد می‌توان به عوامل فردی، محیطی و اجتماعی اشاره نمود. از میان عوامل فردی نیز می‌توان ویژگی‌های شخصیتی را برشمرد (۲). عوامل شخصیتی به صورت مستقیم و غیر مستقیم در ایجاد و تداوم انواع گوناگون ناسازگاری‌ها دخالت دارند و با این هدف، محققان درصدد روشن کردن نقش مؤلفه‌های شخصیتی در جمعیت‌های بالینی و سالم بوده‌اند. یکی از مؤلفه‌های شخصیتی که در اعتیاد نقش دارد، ناگویی خلقی است. این اختلال شامل ویژگی‌های مشکل شناخت و توصیف احساسات و همچنین، تمایز بین احساسات

و حس‌های فیزیکی می‌باشد. افراد دارای ناگویی خلقی، نقص در تفکرات جهت‌دار بیرونی و محدودیت در توانایی‌هایشان برای خیال‌پردازی یا استفاده از تصویرسازی را نشان می‌دهند (۳). ناگویی خلقی واژه‌ای است که از واژه‌های یونانی α به معنای فقدان، Lexis به معنای کلمه و Thymus به معنی خلق تشکیل شده است که فقدان کلمات برای احساس‌ها معنی می‌شود (۴). اصطلاح ناگویی خلقی برای شناسایی طبقه‌ای از رفتارها به کار می‌رود و اغلب در افرادی مشاهده می‌گردد که مشکلات گوناگونی را در سلامت جسمی و ذهنی تجربه می‌کنند (۵).

ناگویی خلقی مدت‌ها مورد توجه گروه کوچکی از پزشکان با گرایش روان‌کاوی قرار گرفت که در حیطه بیماری‌های روان‌تنی فعالیت می‌کردند (۶). ناگویی خلقی یا نارسایی هیجانی به عنوان یک پدیده هیجانی-شناختی، به اختلال خاص در کارکرد روانی اطلاق می‌شود که در نتیجه فرایند بازداری خودکار اطلاعات و احساس‌های هیجانی به وجود می‌آید. ویژگی‌های ناگویی خلقی شامل دشواری‌هایی در شناسایی و توصیف

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

نویسنده مسؤول: محمود نجفی

Email: m_najafi@semnan.ac.ir

می‌شود. هر کدام از ابعاد سرشت و منش در یک دستگاه تعامل، سازگاری و تجربیات زندگی را هدایت می‌نماید و چگونگی عملکرد این دستگاه تعاملی، فرد را آماده ابتلا به اختلالات هیجانی و رفتاری می‌کند (۲۲). تحقیقات بسیاری نشان داده‌اند که ابعاد سرشت و منش شدت اعتیاد را در افراد معتاد تعیین می‌کند (۲۳، ۲۴، ۲۵). به طور کلی، با توجه به نقش ابعاد سرشت و منش در بروز علایم گوناگون اختلالات روان‌پزشکی و یافته‌های متفاوت و تحقیقات محدود در این زمینه، بینش و بررسی بیشتری نیاز است. همچنین، آشنایی با تفاوت‌های آن‌ها می‌تواند برای پیامدهای بالینی درمان سوء مصرف الکل جالب باشد. پرخاشگری یکی دیگر از مؤلفه‌های مؤثر در اعتیاد می‌باشد. پرخاشگری رفتاری به قصد آسیب زدن (جسمانی یا زبانی) به فردی دیگر یا خود یا نبود کردن دارایی دیگران تعریف می‌شود. مصرف مواد مخدر افراد را به مشکلاتی مانند ناتوانی از انجام وظایف خانوادگی، شغلی و... مبتلا می‌نماید (۲۵) و حتی باعث افزایش رفتارهای پرخاشگری در مصرف کننده می‌گردد (۲۶، ۲۷). همچنین، شواهد تجربی گسترده‌ای وابستگی به الکل را به عنوان عامل خطری برای خودکشی و آدم کشی (۲۷)، خشونت خانوادگی و زناشویی (۲۸، ۲۹) و سوء استفاده از کودکان (۲۶) شناخته‌اند. در اهمیت بررسی جنبه‌های مربوط به هیجان در افراد معتاد، نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده است که آموزش مهارت‌های نظم‌جویی هیجانی، در کاهش نمرات نیم‌رخ خطر مصرف موارد اثربخش بود (۳۰). همچنین، تحقیق دیگری با مقایسه تنظیم هیجان در افراد دارای سوء مصرف مواد و افراد عادی به این نتیجه دست یافت که افراد دارای سوء مصرف مواد، در ابعاد مختلف تنظیم هیجان دچار مشکل هستند (۳۱). بنابراین، بررسی مسایل مربوط به هیجان‌ها از جمله ناگویی خلقی (هیجانی) در افراد معتاد از اهمیت خاصی برخوردار است.

در دهه‌های اخیر شیوع اعتیاد در جمعیت جهان رو به افزایش بوده است و این فزونی در جمعیت جوان که بیشترین گرفتاران دام اعتیاد را تشکیل می‌دهند، بیشتر و چشمگیرتر می‌باشد. آثار سوء مصرف مواد بر فرد، خانواده و جامعه بر کسی پوشیده نیست؛ به طوری که سالانه هزینه‌های سنگینی بر اقتصاد کشورها تحمیل می‌کند؛ در صورتی که روش‌های درمانی برای مقابله با این پدیده خانمان سوز راه به جایی نبرده است. بنابراین، با توجه به گستردگی دامنه شیوع اعتیاد، امروزه فرض بر این است که جلوگیری از مبتلا شدن افراد به سوء مصرف مواد و پیشگیری از آن آسان‌تر از درمان این اختلال می‌باشد (۳۱). در نظر گرفتن عوامل اثرگذار بر این پدیده می‌تواند یاریگر افراد در پیشگیری از آن باشد. همچنین، مقایسه افراد معتاد با افراد عادی در ناگویی خلقی، جنبه‌های شخصیتی و مؤلفه‌های پرخاشگری سبب می‌گردد تا پژوهشگران و متخصصان نسبت به عوامل مؤثر و مهم در اعتیاد به بهبود مشکلات روان‌شناختی افراد معتاد طریق علاوه بر پیشگیری از اعتیاد به بهبود مشکلات روان‌شناختی افراد معتاد کمک نمایند و همچنین، با در نظر گرفتن این امر که هر یک از این سازه‌ها می‌توانند در شروع و تداوم مصرف مواد نقش داشته باشند، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین ناگویی خلقی، سرشت و منش و پرخاشگری در افراد معتاد و عادی تفاوت وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود و جامعه آماری آن را تمام مردان معتاد به مواد مخدر که در بازه زمانی ماه‌های بهمن تا خرداد سال ۱۳۹۳

احساسات، سبک تفکر برون‌مدار، تفکر نمادین کاهش یافته و توانایی محدود در تمایز هیجان‌ها از حس‌های بدنی می‌باشد (۷). ناگویی خلقی با خطر افزایش اختلالات روانی مانند اختلالات شبه جسمی، افسردگی، اختلالات خوردن و ظهور علایم روان‌تنی (۸)، اختلال هراس (۹) و همچنین، کنترل ضعیف تکانه همراه است (۱۰). از میان اختلالات روان‌پزشکی مرتبط با ناگویی خلقی، اختلال مصرف مواد توجه بسیاری را به خود جلب کرده است. مطالعات به این نتیجه رسیده‌اند که ناگویی‌های خلقی متغیری است که اغلب با مصرف مواد تداومی می‌شود (۱۳-۱۰). سال‌های زیادی بحث بر سر این بود که آیا ناگویی خلقی یک ویژگی شخصیتی باثبات است و یا یک پدیده وابسته به صفت؟ گرچه در هر حالت ناگویی خلقی در بروز اختلالات روانی نقش دارد (۱۶-۱۴، ۱۱). مطالعات نشان داده‌اند که ناگویی خلقی با نوشیدن شدیدتر همراه است (۱۸، ۱۷). یکی دیگر از عوامل شخصیتی دخیل در اعتیاد، سرشت و منش می‌باشد که با مدل روان زیست‌شناختی Cloninger قابل درک است. این مدل بر پایه یافته‌های حاصل از کالبدشناسی اعصاب و نوروفیزیولوژی و همچنین، روان‌شناسی رشد، بالینی و روان‌پزشکی است و یک چارچوب نظری محکم در باب شخصیت می‌باشد. بر اساس این دیدگاه، شخصیت شامل دو بعد سرشت و منش است که به عنوان نتایج حاصل از تعامل مستمر محیط و ژنتیک در طول عمر شناخته می‌شود (۱۹). در گام اول، او اعتقاد دارد که سامانه‌های سرشتی در مغز دارای سازمان یافتگی کارکردی متشکل از سامانه‌های متفاوت و مستقل از یکدیگر برای فعال‌سازی، تداوم و بازداری رفتار در پاسخگویی به گروه‌های معینی از محرک‌ها است. فعال‌سازی رفتاری در پاسخ به محرک‌های نو و نشانه‌های پاداش و رهایی از تنبیه صورت می‌گیرد. بنابراین، تفاوت‌های فردی در چنین قابلیت «نوجویی» نامیده می‌شود. بازداری رفتاری نیز در پاسخ به محرک‌های تنبیه یا نبودن پاداش است. تفاوت‌های فردی در قابلیت وقفه یا بازداری رفتاری، آسیب‌پذیری نامیده می‌شود. رفتاری که با پاداش تقویت می‌شود و اغلب تا مدتی پس از قطع پاداش ادامه می‌یابد. Cloninger تفاوت‌های فردی در تداوم پاسخ پس از قطع پاداش را پاداش-وابستگی نامگذاری کرد (۲۰). بدین ترتیب، او این سه بعد را که هر یک دارای چهار مقیاس فرعی هستند، در قسمت سرشت معرفی کرد و بعد چهارم را که فاقد زیرمقیاس است، پشتکار نامید.

سرشت به پایه‌های زیستی شخصیت و خصیصه‌های آن اشاره دارد که در سراسر زندگی استوار می‌ماند و شامل نوجویی، آسیب‌پذیری، پاداش‌وابستگی و پشتکار است؛ در حالی که منش به نگرش افراد نسبت به خودشان و انسان به عنوان بخشی از جهان مربوط می‌شود که متأثر از یادگیری اجتماعی می‌باشد و در طول زندگی رشد می‌کند (۲۱). Cloninger سه بعد منش را شامل «خودهدایتی، همکاری و خودفراروی» می‌داند. در این مجموعه، بعد خودراهبری بر پایه پنداشت از خویشتن به عنوان یک فرد مستقل، دارای زیرمجموعه‌های «وحدت، احترام، عزت، تأثیربخشی، رهبری و امید» است. همچنین، بعد همکاری بر پایه پنداشت از خویشتن به عنوان بخشی از جهان انسانی و جامعه قرار دارد که از آن ابعادی مانند «حس اجتماعی، رحم و شفقت، وجدان و تمایل به انجام امور خیریه» مشتق می‌شود. علاوه بر این، دو بعد خودفراروی بر پایه مفهوم از خویشتن به عنوان بخشی از جهان و منابع پیرامون آن مطرح می‌شود که با پندارهای حضور رازگونه، ایمان مذهبی، متانت و صبوری مشروط است (۲۰).

این سه بعد عملکرد، سیستم مرکزی متفاوتی در سیستم‌های کنترل رفتار دارند که به ترتیب به عملکرد فعال کننده، مهار کننده و نگهدارنده رفتار مربوط

پرسش‌نامه سرشستی منشئی Cloninger (Temperament and Character Inventory یا TCI): جهت سنجش ویژگی‌های سرشستی منشئی شخصیت از این مقیاس استفاده شد. معیار پاسخگویی به این ابزار به صورت دوگزینه‌ای (درست و غلط) است و سؤالات به صورت صفر و ۱ نمره‌گذاری می‌شوند (۳۳). در پژوهشی نسخه ۱۲۵ سؤالی این پرسش‌نامه در ایران معرفی و روایی‌یابی گردید و همبستگی درونی مقیاس‌ها با استفاده از ضریب Cronbach's alpha در نمونه ۱۲۱۲ نفری برای نوجویی ۰/۷۲، آسیب‌پرهیزی ۰/۸۰، پاداش‌وابستگی ۰/۷۳، پشتکار ۰/۵۵، همکاری ۰/۷۷، خودراهبری ۰/۸۴ و خودفراری ۰/۷۲ گزارش گردید (۳۴). همچنین، ضریب پایایی این مقیاس بین نمرات به دست آمده از آزمون و نمرات بازآزمون که بر روی ۲۰ نفر از آزمودنی‌ها انجام شد، در ابعاد نوجویی، آسیب‌پرهیزی، پاداش‌وابستگی، پشتکار، همکاری، خودراهبری و خودفراری به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۹۱، ۰/۶۱، ۰/۷۶، ۰/۹۵، ۰/۸۵ و ۰/۸۸ به دست آمد (۳۴). در پژوهش حاضر ضریب Cronbach's alpha برای نوجویی ۰/۸۳، آسیب‌پرهیزی ۰/۷۷، پاداش‌وابستگی ۰/۶۸، پشتکار ۰/۷۲، همکاری ۰/۸۴، خودراهبری ۰/۷۹ و خودفراری ۰/۸۶ محاسبه شد.

پرسش‌نامه پرخاشگری Perry و Buss: جهت اندازه‌گیری پرخاشگری از این مقیاس استفاده شد. نمونه اصلی این پرسش‌نامه دارای ۵۲ سؤال می‌باشد، اما بسیاری از سؤالات ضعیف این پرسش‌نامه با استفاده از روش تحلیل عامل حذف شد و در نهایت به پرسش‌نامه ۲۹ سؤالی تبدیل گردید (۳۵). پاسخ‌ها در طیف پنج درجه‌ای «کاملاً شبیه من است» تا «کاملاً شبیه من نیست» نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار چهار بعد «پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت» را مورد بررسی قرار می‌دهد. در یک پژوهش خارجی ضریب Cronbach's alpha برای پرخاشگری فیزیکی ۰/۸۵، کلامی ۰/۷۲، خشم ۰/۸۳ و خصومت ۰/۷۷ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۹ به دست آمده است (۳۵). در تحقیق حاضر ضریب Cronbach's alpha برای پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۳، ۰/۷۵ و ۰/۸۸ گزارش گردید.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

برای بررسی تفاوت گروه‌ها در مؤلفه‌های ناگویی خلقی، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. یکی از پیش‌شرط‌های این آزمون، برابری ماتریس کواریانس‌ها بود. نتایج به دست آمده حکایت از برقراری این پیش‌شرط داشت ($\text{Box's } M = 7/046, F = 1/15, P > 0/050$). پیش‌شرط دیگر این آزمون، برابری واریانس‌های خطا بود. نتایج آزمون Leven در جدول ۲ ارائه شده است.

بر اساس داده‌های جدول ۲، پیش‌شرط واریانس خطا نیز در همه مؤلفه‌ها برقرار است. با توجه به برقراری پیش‌شرط‌ها، نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان دهنده وجود تفاوت معنی‌دار ترکیب خطی حاصل از مؤلفه‌های ناگویی خلقی در دو گروه می‌باشد ($\text{Wilks' } \lambda = 0/88, F = 6/776, P < 0/001$). جهت بررسی الگوهای تفاوت، تحلیل واریانس تک متغیره مورد استفاده قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

به مراکز ترک اعتیاد شهرکرد مراجعه کرده بودند، تشکیل داد. کلیه کارکنان شرکت گاز نیز با گروه معتاد هم‌تاسازی شدند. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار GPower برآورد شد. نمونه‌های مطالعه شامل ۸۰ نفر معتاد به مواد مخدر مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرکرد و ۸۰ فرد غیر معتاد بود؛ بدین ترتیب میان مراکز ترک اعتیاد شهرکرد، سه مرکز به صورت تصادفی انتخاب شد و سپس ۸۰ فرد معتاد از میان مراجعان معتاد به مواد مخدر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس برگزیده شدند. همچنین، ۸۰ فرد غیر معتاد که از نظر ویژگی‌های دموگرافیک شبیه گروه اول بودند نیز به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و مورد بررسی قرار گرفتند. این افراد از میان کارکنان شرکت گاز استان بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش افراد معتاد شامل اعتیاد به مواد مخدر (تریاک، هروئین، شیشه، الکل و متادون)، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، دامنه تحصیلات سیکل تا کارشناسی، عدم سابقه بیماری جسمی مزمن، عدم سابقه بیماری روانی و گذشت حداقل دو سال از اعتیاد بود. ملاک ورود به پژوهش در افراد غیر معتاد نیز عبارت از عدم اعتیاد به مواد مخدر و عدم سابقه استفاده از مواد، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، دامنه تحصیلات سیکل تا کارشناسی، عدم سابقه بیماری جسمی مزمن و بیماری روانی بود. همچنین، دو گروه از لحاظ متغیرهای جنس، سن و تحصیلات هم‌تاسازی شدند. پس از انتخاب نمونه‌ها و اخذ رضایت‌نامه کتبی از اعضای نمونه انتخاب شده، پرسش‌نامه‌های مطالعه به افراد داده شد و سپس جمع‌آوری گردید. با توجه به این که تحقیق از نوع علی-مقایسه‌ای بود، به منظور تحلیل داده‌های به دست آمده، از شاخص‌های توصیفی و تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد.

ابزارهای مورد استفاده: پرسش‌نامه ناگویی خلقی Toronto Alexithymia Scale (یا TAS): این پرسش‌نامه توسط Taylor و Bagby در سال ۱۹۹۴ ساخته شد. TAS یک پرسش‌نامه خودسنجی و ۲۰ سؤالی است که سه بعد «دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر برون‌مدار» را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) مورد سنجش قرار می‌دهد (۶). در نسخه فارسی این مقیاس، ضریب Cronbach's alpha برای ناگویی خلقی کل و سه زیرمقیاس مذکور (عینی) به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه گردید که حاکی از همسانی درونی بالای مقیاس می‌باشد (۳۲). پایایی بازآزمایی این ابزار در یک نمونه ۶۷ نفره از دانشجویان مقطع کارشناسی در دو نوبت با فاصله چهار هفته، از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ برای ناگویی خلقی کل و زیرمقیاس‌های مختلف به دست آمد. روایی هم‌زمان مقیاس TAS بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج ضرایب همبستگی Pearson نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس ناگویی خلقی کل با هوش هیجانی ($r = -0/80, P < 0/001$)، بهزیستی روان‌شناختی ($r = -0/44, P < 0/001$) و درماندگی روان‌شناختی ($r = -0/78, P < 0/001$) همبستگی معنی‌داری وجود دارد (۳۲). نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و تفکر برون‌مدار را در نسخه فارسی این مقیاس تأیید نمود (۳۲). در پژوهش حاضر ضریب Cronbach's alpha برای سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و تفکر برون‌مدار (عینی) و کل مقیاس به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۲، ۰/۷۷ و ۰/۸۱ گزارش گردید.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیر	معتادان		افراد عادی	
	میانگین $\pm$ انحراف معیار		میانگین $\pm$ انحراف معیار	
دشواری تشخیص احساس‌ها	۲۴/۴۸ $\pm$ ۶/۸۳		۲۱/۲۸ $\pm$ ۷/۲۳	
دشواری توصیف احساس‌ها	۱۷/۱۶ $\pm$ ۳/۷۷		۱۵/۱۱ $\pm$ ۴/۵۳	
تفکر برون‌مدار پرخاشگری	۲۴/۶۰ $\pm$ ۴/۰۳		۲۳/۰۸ $\pm$ ۳/۵۹	
پرخاشگری بدنی	۳۰/۷۲ $\pm$ ۸/۱۹		۲۲/۵۰ $\pm$ ۸/۵۶	
پرخاشگری کلامی	۱۷/۵۸ $\pm$ ۴/۴۱		۱۵/۴۰ $\pm$ ۳/۹۳	
خشم	۲۳/۱۶ $\pm$ ۶/۴۴		۱۹/۵۰ $\pm$ ۶/۹۰	
خصوصیت	۲۶/۸۷ $\pm$ ۷/۰۱		۲۰/۵۱ $\pm$ ۸/۱۷	
آسیب‌پذیری	۱۰/۰۰ $\pm$ ۲/۴۹		۸/۹۸ $\pm$ ۲/۸۴	
نوجویی	۱۱/۴۱ $\pm$ ۲/۷۹		۹/۶۸ $\pm$ ۳/۸۱	
خودرهبری	۱۰/۸۵ $\pm$ ۴/۱۰		۱۳/۱۷ $\pm$ ۴/۳۳	
مشارکت	۱۱/۳۱ $\pm$ ۲/۸۶		۱۴/۶۷ $\pm$ ۳/۲۶	
پشتکار	۲/۴۱ $\pm$ ۱/۰۶		۲/۷۳ $\pm$ ۰/۹۷	
پاداش‌وابستگی	۸/۴۲ $\pm$ ۲/۴۰		۸/۵۶ $\pm$ ۲/۷۷	
خودتعالی	۱۰/۲۲ $\pm$ ۲/۸۹		۹/۸۱ $\pm$ ۳/۰۸	

مطابق داده‌های جدول ۳، تفاوت معنی‌داری بین مؤلفه دشواری تشخیص احساس‌ها ($P = ۰/۰۰۵$)، دشواری توصیف احساس‌ها ($P = ۰/۰۰۲$) و تفکر برون‌مدار ($P = ۰/۰۱۳$) میان دو گروه وجود داشت. با توجه به آماره‌های توصیفی، می‌توان گفت که گروه معتاد در هر سه مؤلفه نمرات بالاتری اخذ نمود. برای بررسی تفاوت گروه‌ها در مؤلفه‌های سرشت و منش نیز از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. یکی از پیش‌شرط‌های این آزمون، برابری ماتریس کواریانس‌ها بود. نتایج حکایت از برقراری این پیش‌شرط داشت ($\text{Box's } M = ۲۴/۴۱۸, F = ۰/۸۳۱, P > ۰/۰۵۰$). پیش‌شرط دیگر این آزمون، برابری واریانس‌های خطا بود. نتایج آزمون Leven در جدول ۴ ارایه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون Leven جهت سنجش برابری واریانس‌های خطا در ناگویی خلقی

متغیرها	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	مقدار P
دشواری تشخیص احساس‌ها	۳/۱۸۸	۱	۱۵۸	۰/۰۷۶
دشواری توصیف احساس‌ها	۳/۵۲۴	۱	۱۵۸	۰/۰۶۲
تفکر برون‌مدار	۰/۵۸۸	۱	۱۵۸	۰/۴۴۴

پیش‌شرط واریانس‌های خطا نیز در همه مؤلفه‌ها برقرار بود. با توجه به برقراری پیش‌شرط‌ها، نتایج تحلیل واریانس چند متغیره حکایت از تفاوت معنی‌دار ترکیب خطی حاصل از مؤلفه‌های سرشت و منش در دو گروه داشت ($\text{Wilks' } \lambda = ۰/۷۲۸, F = ۸/۰۹۵, P < ۰/۰۰۱$). جهت بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت نمرات در مؤلفه‌های ناگویی خلقی

متغیرها	میانگین مجنورات	آماره F	مقدار P
دشواری تشخیص احساس‌ها	۴۰۹/۶۰۰	۸/۲۶۹	۰/۰۰۵
دشواری توصیف احساس‌ها	۱۶۸/۱۰۰	۹/۶۴۸	۰/۰۰۲
تفکر برون‌مدار	۹۱/۵۰۶	۶/۲۵۵	۰/۰۱۳

بر اساس داده‌های جدول ۵، تفاوت معنی‌داری بین مؤلفه آسیب‌پذیری، نوجویی، خودرهبری، مشارکت و پشتکار مشاهده گردید. با توجه به آماره‌های توصیفی، می‌توان گفت که میانگین نمرات مؤلفه‌های آسیب‌پذیری و نوجویی در گروه معتاد بالاتر از گروه عادی بود و مؤلفه‌های خودرهبری، مشارکت و پشتکار در گروه معتاد کمتر از گروه عادی به دست آمد. در مؤلفه‌های پاداش‌وابستگی و خودتعالی نیز تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

جدول ۴. نتایج آزمون Leven جهت سنجش برابری واریانس‌های خطا در مؤلفه‌های سرشت و منش

متغیرها	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	مقدار P
آسیب‌پذیری	۲/۳۵۵	۱	۱۵۸	۰/۱۲۷
نوجویی	۱/۲۳۴	۱	۱۵۸	۰/۲۶۸
خودرهبری	۱/۰۱۶	۱	۱۵۸	۰/۳۱۵
مشارکت	۲/۵۱۹	۱	۱۵۸	۰/۱۱۴
پشتکار	۱/۳۳۱	۱	۱۵۸	۰/۲۵۰
پاداش	۰/۲۳۱	۱	۱۵۸	۰/۶۳۲
خودتعالی	۰/۰۷۱	۱	۱۵۸	۰/۷۹۰

برای بررسی تفاوت گروه‌ها در مؤلفه‌های پرخاشگری از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده گردید. یکی از پیش‌شرط‌های این آزمون، برابری ماتریس کواریانس‌ها بود. نتایج حکایت از برقراری این پیش‌شرط داشت ($\text{Box's } M = ۱۵/۵۳۶, F = ۱/۵۱۱, P > ۰/۰۵۰$). پیش‌شرط دیگر این آزمون، برابری واریانس‌های خطا بود. نتایج آزمون Leven در جدول ۶ ارایه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت نمرات در مؤلفه‌های سرشت و منش

متغیرها	میانگین مجنورات	آماره F	مقدار P
آسیب‌پذیری	۴۲/۰۰۶	۵/۷۲۹	۰/۰۱۸
نوجویی	۱۱۹/۰۲۵	۱۰/۶۳۳	۰/۰۰۱
خودرهبری	۲۱۶/۲۲۵	۱۲/۱۳۳	۰/۰۰۱
مشارکت	۴۵۲/۲۵۶	۴۷/۸۶۹	۰/۰۰۱
پشتکار	۴/۲۲۵	۴/۰۴۹	۰/۰۴۶
پاداش	۰/۷۵۶	۰/۱۱۲	۰/۷۳۸
خودتعالی	۶/۸۰۶	۰/۷۵۹	۰/۳۸۵

پیش‌شرط واریانس‌های خطا نیز در همه مؤلفه‌ها برقرار می‌باشد. با توجه به برقراری پیش‌شرط‌ها، نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بیانگر وجود تفاوت

معنی دار ترکیب خطی حاصل از مؤلفه‌های ناگویی خلقی در دو گروه بود ($P < 0.001$, $F = 12/930$, Wilks' $\lambda = 0.750$). برای بررسی الگوهای تفاوت، از تحلیل واریانس تک متغیره استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون Leven جهت سنجش برابری واریانس‌های خطا در مؤلفه‌های پرخاشگری

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	مقدار P
پرخاشگری بدنی	۰/۳۳۰	۱	۱۵۸	۰/۵۶۶
پرخاشگری کلامی	۱/۴۷۴	۱	۱۵۸	۰/۲۲۷
خشم	۲/۴۲۵	۱	۱۵۸	۰/۱۲۱
خصوصیت	۳/۵۹۸	۱	۱۵۸	۰/۰۶۰

همان گونه که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، تفاوت معنی‌داری بین مؤلفه پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصوصیت در دو گروه وجود داشت. با توجه به آماره‌های توصیفی، می‌توان گفت که گروه معتاد در هر چهار مؤلفه نمرات بالاتری کسب نمودند.

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت نمرات در مؤلفه‌های پرخاشگری

متغیرها	میانگین مجزورات	آماره F	مقدار P
پرخاشگری بدنی	۲۷۰۶/۰۲۵	۳۸/۴۹۱	۰/۰۰۵
پرخاشگری کلامی	۱۹۱/۴۰۶	۱۰/۹۵۵	۰/۰۰۱
خشم	۵۳۶/۵۵۶	۱۲/۰۳۰	۰/۰۰۱
خصوصیت	۱۶۱۹/۲۵۶	۲۷/۸۹۲	۰/۰۰۵

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان ناگویی خلقی، سرشت و منش و پرخاشگری در بین معتادان و افراد عادی انجام گرفت. نتایج نشان داد که میانگین نمرات ناگویی خلقی در افراد معتاد بالاتر از میانگین نمرات گروه افراد عادی بود که با نتایج تحقیقات Lindsay و Ciarrochi (۱۲)، Sakuraba و همکاران (۱۳) و Thorberg و همکاران (۱۰) همسو می‌باشد. در تبیین تفاوت گروه‌های معتاد با افراد عادی در ناگویی خلقی می‌توان گفت، از آنجایی که افراد دارای ناگویی خلقی کمتر قادر به تشخیص نشانه‌های هیجانی خود و تنظیم احساساتشان به طور مؤثر می‌باشند (۱۲)، به اشتباه احساساتشان را به عنوان علایم بیمار بودن تفسیر می‌کنند (۶). عناصر تشکیل دهنده طرحواره‌های هیجانی در این افراد به خوبی هماهنگ و منسجم نشده است. همچنین، این افراد اغلب در موقعیت‌های اجتماعی احساس ناراحتی می‌کنند (۳۶) و تمایل بیشتری به گزارش سطح بالاتری از اضطراب و حساسیت به مجازات دارند (۳۷، ۱۷). در مطالعه‌ای عنوان شد که هیجان افراد معتاد به صورت کودکان و در سطح پیش کلامی است و ظرفیت شناختی آسیب دیده آن‌ها به عدم توانایی تفسیر افسردگی و اضطراب منتهی می‌شود (۳۸). در نتیجه، تعارض فرد با محیط افزایش می‌یابد و شخص به طور مکرر درماندگی و استرس در برابر هیجان‌ها را

تجربه می‌کند و دامنه گسترده‌ای از استراتژی‌های تنظیم ناسازگارانه مانند مصرف مواد را به کار می‌گیرد (۶). از این‌رو، چنین افرادی از الکل و سایر مواد به عنوان یک مکانیسم دفاعی برای از بین بردن هیجانات ناخوشایند از جمله استرس و یا بهبود عملکرد بین فردی خود استفاده می‌نمایند. همچنین، این بیماران از کلمات عاطفی کمتری استفاده می‌کنند. گفتار آن‌ها خسته کننده و فاقد چگالی، جانشین‌سازی و نمادسازی و خیال‌پردازی آن‌ها فاقد تخیل قوی می‌باشد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که دشواری در برقراری رابطه عاطفی که از مشخصه‌های اصلی ناگویی خلقی است، می‌تواند سوء مصرف مواد را تسهیل کند (۳۹). افراد دارای ناگویی خلقی هنگامی که در معرض یک رویداد استرس‌زا یا یک واقعه آسیب‌زا قرار می‌گیرند، به دلیل ناتوانی در پردازش شناختی و تنظیم و مدیریت احساسات خود، دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند و در چنین شرایطی برای کنترل هیجان‌های خود ممکن است به مصرف مواد گرایش پیدا کنند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمرات بعد سرشتی نوجویی در افراد معتاد بالاتر از میانگین نمرات گروه افراد عادی بود که با یافته‌های مطالعات van Dijk و همکاران (۲۴)، Ryb و همکاران (۴۰) و Kurgvis و همکاران (۴۱) همخوانی داشت. مواد آنتی دوپامینرژیک می‌توانند مسیرهای مزولیمبیک دوپامینرژیک مغز را تعدیل کنند و از این طریق مانع رشد وابستگی می‌شوند. فعال شدن سیستم مزولیمبیک دوپامین مغز، یک مکانیسم نورویبولوژیک معمول مغزی هم در مصرف دارو و هم پاسخ ماده به محرک جدید را نشان می‌دهد (۴۲). در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد دارای نوجویی بالا، آمادگی برای دادن پاسخ فعال به محرک‌های نو را دارند که به رفتارهای پرخطر به ویژه مواد مخدر و فعالیت اکتشافی تمایل دارند. این افراد بسیار هیجانی هستند، در مقابل محرک‌های محیطی واکنش شدیدی نشان می‌دهند، در کنترل خود ناتوان می‌باشند، مستعد حواس‌پرتی هستند، یکنواختی را دوست ندارد و از آن خسته می‌شوند، با اطلاعات اندک سریع، شتاب‌زده و غیر منطقی تصمیم می‌گیرند، در ارزیابی سود و زیان دچار عدم تعادل می‌باشند که به نوبه خود به تغییر مسیر زندگی و مصرف مواد مخدر منجر می‌شود و محرک جدید می‌تواند به عنوان جایگزینی برای اثر دارو در درمان مصرف مواد استفاده شود.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین نمرات اجتناب از آسیب در افراد معتاد به مواد مخدر به طور معنی‌داری بیشتر از افراد عادی بود که نتایج با یافته‌های پژوهش‌های Hosak و همکاران (۴۳)، Conrad و همکاران (۲۳) و Vitoratou و همکاران (۲۱) مطابقت داشت. فردی که در آسیب‌پرهیزی نمره بالا می‌آورد، در انجام امور شک می‌کند، به انتقاد و تنبیه حساس است، نگرانی بدبینانه در پیش‌بینی از مشکلات آینده دارند و به طور نادرستی محرک‌های بیرونی را تهدیدآمیز تفسیر می‌کند. در نتیجه، رفتار اجتنابی غیر فعال مانند ترس از عدم اطمینان و کم‌رویی از غریبه‌ها را نشان می‌دهد و خستگی‌پذیری سریع و بالایی دارد. محتاط، تنش‌زده و عصبی است و احساس می‌کند که برای تغییر موقعیت و غلبه بر عوامل تنش‌زا قدرت و توانایی ندارد. بنابراین، برای حل مشکلات اجتماعی و هیجانات شدید روش‌های ناپخته و نادرست مانند مصرف مواد را به کار می‌گیرد و می‌کوشد این حس را با مصرف مواد برطرف کند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین میانگین نمرات پاداش وابستگی در افراد معتاد و افراد عادی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد که با یافته‌های پژوهش‌های Hosak و همکاران (۴۳) و Vitoratou و همکاران (۲۱) همسو بود و با مطالعه Evren و همکاران (۴۴) تفاوت داشت. پاداش وابستگی در ارتباط با فعالیت

نورآذر نژادیک است و به عنوان تمایل به پاسخ مثبت به سیگنال‌های پاداش برای حفظ و یا مقاومت در برابر خاموشی رفتار تعریف می‌شود. توضیح احتمالی در درک این تناقض آن است که مطالعه حاضر در کشوری در حال توسعه و با فرهنگ و سبک زندگی متفاوت انجام شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات پشتکار در افراد معتاد کمتر از میانگین آن در افراد عادی بود که این نتایج با یافته‌های مطالعات Hosak و همکاران (۴۳) و Vitoratou و همکاران (۲۱) مشابهت داشت. نمره پایین در این مقیاس، نشان دهنده سازگاری کم، عدم تحمل در برابر سختی‌ها و انتقادات، عدم تلاش برای گسترش و عمق بخشیدن به کارها می‌باشد. عدم توانایی مقابله صحیح و با کیفیت، موجب بروز و تشدید احساس فقدان کنترل بر زندگی و کاهش اعتماد به نفس و گرایش به رفتارهای غیر انطباقی همچون سوء مصرف مواد می‌گردد. می‌توان تبیین کرد که تمایل به ماجراجویی، نوجویی، عدم پشتکار و گرایش به پاداش آنی، از جمله عواملی است که معتادان را در معرض خطر بیشتر قرار می‌دهد.

مطابق نتایج پژوهش حاضر، میانگین نمرات خودرهبری در افراد معتاد به مواد مخدر از افراد غیر معتاد به طور معنی‌داری کمتر بود که با نتایج تحقیقات Gourion و همکاران (۴۵)، Hosak و همکاران (۴۳)، Evren و همکاران (۴۴) و Conrad و همکاران (۲۳) همخوانی داشت. خودرهبری به افراد اجازه شرکت در اقدامات هدفمند را می‌دهد؛ چرا که افراد حسی از دنبال کردن یک جهت هدفمند در زندگی را دارند و این امر اشاره به توانایی یک فرد برای کنترل، تنظیم و انطباق رفتار خود متناسب با اهداف و ارزش‌هایش دارد. خودرهبری پایین با کنترل ناکامی و قدرت ایگو ضعیف تعریف می‌شود و با ویژگی‌های همچون بی‌مسئولیتی، بی‌هدفی، کم‌تجربگی، ناتوانی، آسیب‌پذیری بالا، سرزنش‌پذیری، غیر مفید و سازنده بودن، نامؤثر بودن، غیر قابل اعتماد بودن و خودپذیرشی پایین توصیف می‌شود. در واقع می‌توان گفت افراد مصرف کننده مواد هم به دلیل ناتوانی در تحلیل صحیح خود و موقعیت خویش و هم ناتوانی در پذیرش خود و بی‌کفایتی برای روبه‌رو شدن با موقعیت‌های دشوار به مواد روی می‌آورند.

نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود که میانگین نمرات مشارکت در افراد معتاد به مواد مخدر از افراد غیر معتاد به طور معنی‌داری کمتر است که با یافته‌های مطالعات Hosak و همکاران (۴۳) و Evren و همکاران (۴۴) مشابه بود. فردی که در این مقیاس نمره پایین می‌آورد، از لحاظ اجتماعی بدون تحمل، بی‌تفاوت نسبت به افراد دیگر، غیر مفید و کینه‌توز توصیف می‌شود. تمایل به کار گروهی ندارد، از فرصت‌ها سود می‌جوید و تکروی می‌کند، رفتار صمیمانه ندارد و نمی‌تواند همدل دیگران باشد. می‌توان گفت افراد معتاد در پیروی از هنجارهای گروهی ناتوان هستند و با کناره‌گیری از کارهای جمعی، به این ناتوانی پاسخ می‌دهند.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، بین میانگین نمرات خودتعالی در افراد معتاد و افراد عادی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد که با یافته‌های تحقیق Hosak و همکاران (۴۳) متفاوت بود و با نتایج مطالعه Evren و همکاران (۴۴) همخوانی

داشت. خودتعالی با معنویت همراه می‌باشد و به طور کلی با هر چیزی که به عنوان بخش استنباطی و حیاتی از جهان واحد است، اشاره دارد. یک توضیح احتمالی برای تفاوت در این نتایج می‌تواند این باشد که بیماران مورد بررسی در پژوهش حاضر مانند مطالعه Evren و همکاران (۴۴)، به مدت دو یا چند ماده مخدر استفاده می‌کردند.

نتایج بررسی حاضر نشان داد که میانگین نمرات پرخاشگری در افراد معتاد بالاتر از میانگین نمرات گروه افراد عادی بود که یافته‌های مطالعات Epstein-Ngo و همکاران (۴۶)، Foran و O'Leary (۴۷) و Chermack و همکاران (۴۸) نیز مؤید این مطلب بود. ارتباط بین مصرف مواد و پرخاشگری با یک چارچوب بیوسایکولوژیک در چهار قلمرو «تأثیرات توسعه، تأثیرات موادمخدر و الکل، تفاوت‌های فردی و تأثیر شرایط» می‌تواند درک شود (۴۹). نتایج مطالعات نشان داده‌اند که مصرف کنندگان مواد حساسیت کمتری نسبت به پیامدهای منفی فعالیت‌های خود و توانایی کمتری در استفاده از بازخورد منفی رفتارهای خود برای تغییر رفتار آینده دارند که همین امر باعث افزایش رفتارهای پرخاشگرانه در افراد معتاد می‌شود. همچنین، بر اساس نوروفارماکولوژی (اثرات داروشناختی)، مصرف مواد سطح دوپامین را در بدن افزایش می‌دهد که پرخاشگری، تحریک‌پذیری، اضطراب، واکنش‌های خصمانه و تخلیه هیجانی را به دنبال دارد و منجر به مختل شدن کارکرد فیزیکی، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی فرد می‌گردد. عدم توانایی فرد در بیان احساسات و هیجانات خود می‌تواند به عنوان یکی از علل و محرک‌های اصلی اعتیاد و عود آن به شمار رود. افراد دارای برانگیختگی بالا در برخی از موقعیت‌ها به حل مسأله احساس خشم و درماندگی نیاز بیشتری دارند. در نتیجه، تمایل بیشتری برای مصرف مواد در کاهش احساس‌های منفی خود دارند.

محدود بودن نمونه‌های مطالعه به مردان و عدم کنترل نوع مواد مخدر و میزان مصرف، از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. همچنین، دسترسی به نمونه‌های پژوهش تا حدودی با مشکلاتی همراه بود. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود این مطالعه در جمعیت زنان معتاد به مواد مخدر نیز انجام گیرد و دو گروه زنان و مردان از نظر ویژگی‌های مذکور با هم مقایسه شوند و همچنین، اثر هر ماده مخدر به طور جداگانه بر متغیرهای مورد پژوهش بررسی گردد. علاوه بر این، با توجه به شیوع روزافزون پدیده اعتیاد در جامعه، پیشنهاد می‌شود دیگر عوامل اثرگذار فردی و اجتماعی بر این پدیده نیز مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان می‌باشد. بدین وسیله از کلیه افرادی که در انجام فرایند پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Sotoudeh H. Social pathology (sociology of deviance). Tehran, Iran: Avay Noor Publications; 2009. [In Persian].
2. Feist J, Feist JG. Theories of personality. Trans. Seyed Mohammadi Y. Tehran, Iran: Ravan Publications; 2011. [In Persian].
3. Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. Psychother Psychosom 1973; 22(2): 255-62.
4. Helmes E, McNeill PD, Holden RR, Jackson C. The construct of alexithymia: associations with defense mechanisms. J Clin

- Psychol 2008; 64(3): 318-31.
5. Humphreys TP, Wood LM, Parker JDA. Alexithymia and satisfaction in intimate relationships. *Pers Individ Dif* 2009; 46(1): 43-7.
 6. Taylor GJ, Bagby RM. New trends in alexithymia research. *Psychother Psychosom* 2004; 73(2): 68-77.
 7. Picardi A, Fagnani C, Gigantesco A, Toccaceli V, Lega I, Stazi MA. Genetic influences on alexithymia and their relationship with depressive symptoms. *J Psychosom Res* 2011; 71(4): 256-63.
 8. De Vries AM, Forni V, Voellinger R, Stiefel F. Alexithymia in cancer patients: review of the literature. *Psychother Psychosom* 2012; 81(2): 79-86.
 9. Galderisi S, Mancuso F, Mucci A, Garramone S, Zamboli R, Maj M. Alexithymia and cognitive dysfunctions in patients with panic disorder. *Psychother Psychosom* 2008; 77(3): 182-8.
 10. Thorberg FA, Young RM, Sullivan KA, Lyvers M. Alexithymia and alcohol use disorders: a critical review. *Addict Behav* 2009; 34(3): 237-45.
 11. De Rick A, Vanheule S. Alexithymia and DSM-IV personality disorder traits in alcoholic inpatients: A study of the relation between both constructs. *Pers Individ Dif* 2007; 43(1): 119-29.
 12. Lindsay J, Ciarrochi J. Substance abusers report being more alexithymic than others but do not show emotional processing deficits on a performance measure of alexithymia. *Addict Res Theory* 2009; 17(3): 315-21.
 13. Sakuraba S, Kubo M, Komoda T, Yamana J. Suicidal ideation and alexithymia in patients with alcoholism: a pilot study. *Subst Use Misuse* 2005; 40(6): 823-30.
 14. Uzun O, Ates A, Cansever A, Ozsahin A. Alexithymia in male alcoholics: study in a Turkish sample. *Compr Psychiatry* 2003; 44(4): 349-52.
 15. Coriale G, Bilotta E, Leone L, Cosimi F, Porrari R, De Rosa F, et al. Avoidance coping strategies, alexithymia and alcohol abuse: a mediation analysis. *Addict Behav* 2012; 37(11): 1224-9.
 16. de Haan HA, van der Palen J, Wijdeveld TG, Buitelaar JK, De Jong CA. Alexithymia in patients with substance use disorders: state or trait? *Psychiatry Res* 2014; 216(1): 137-45.
 17. Lyvers M, Lysychka O, Thorberg FA. Alexithymia and drinking in young adults: The role of alcohol-related intrusive thoughts. *Pers Individ Dif* 2014; 57: 70-3.
 18. Lyvers M, Onuoha R, Thorberg FA, Samios C. Alexithymia in relation to parental alcoholism, everyday frontal lobe functioning and alcohol consumption in a non-clinical sample. *Addict Behav* 2012; 37(2): 205-10.
 19. Matsudaira T, Kitamura T. Personality traits as risk factors of depression and anxiety among Japanese students. *J Clin Psychol* 2006; 62(1): 97-109.
 20. Kevyani H. Biological theories of personality. Tehran, Iran: Sana Publications; 1st ed. 2003. [In Persian].
 21. Vitoratou S, Ntzoufras I, Theleritis C, Smyrnis N, Stefanis NC. Temperament and character dimensions assessed in general population, in individuals with psychoactive substance dependence and in young male conscripts. *Eur Psychiatry* 2015; 30(4): 474-9.
 22. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50(12): 975-90.
 23. Conrad R, Geiser F, Wegener I. Temperament and character in relation to sick leave duration in mentally disordered outpatients-the downside of novelty seeking and cooperativeness. *Psychiatry Res* 2012; 200(2-3): 450-6.
 24. van Dijk FE, Lappenschaar M, Kan CC, Verkes RJ, Buitelaar JK. Symptomatic overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder in women: the role of temperament and character traits. *Compr Psychiatry* 2012; 53(1): 39-47.
 25. Pour Mavadat K, Arefi Z. A comparative study of religion and its relation to aggression in addicts, recovered addicts and non-addicted to drug. *Health Psychology Journal* 2013; 2(5): 90-100. [In Persian].
 26. Kelley ML, Lawrence HR, Millettich RJ, Hollis BF, Henson JM. Modeling risk for child abuse and harsh parenting in families with depressed and substance-abusing parents. *Child Abuse Negl* 2015; 43: 42-52.
 27. Pennel L, Quesada JL, Begue L, Dematteis M. Is suicide under the influence of alcohol a deliberate self-harm syndrome? An autopsy study of lethality. *J Affect Disord* 2015; 177: 80-5.
 28. Schumacher JA, Holt DJ. Domestic violence shelter residents' substance abuse treatment needs and options. *Aggress Violent Behav* 2012; 17(3): 188-97.
 29. Schumacher JA, Coffey SF, Leonard KE, O'Jile JR, Landy NC. Self-regulation, daily drinking, and partner violence in alcohol treatment-seeking men. *Exp Clin Psychopharmacol* 2013; 21(1): 17-28.
 30. Ramazanzadeh F, Moradi A, Mohammadkhani S. Effectiveness training emotion regulation skills in emotional schema and substance use profile of adolescents at risk. *Journal of Psychology* 2016; 19(4): 380-93. [In Persian].
 31. Ejei J, Gholamali Lavasani M, Erami H. Comparison of emotional regulation in substance abusers and normal subjects.

- Journal of Psychology 2015; 19(2): 137-46. [In Persian].
32. Besharat MA. Relations between alexithymia, anxiety, depression, psychological distress, and psychological well-being. Journal of Psychology 2008; 3(10): 17-40. [In Persian].
 33. Ali Mohammadi AH, Shibani Noghabi F, Zahedi Tajrishi K. Comparison of temperament-character personality characteristics among addicted, depressed, anxious and normal people. Knowledge and Research in Applied Psychology 2012; 13(4): 51-60. [In Persian].
 34. Kavyani H, Hagh Shenaz H. A preliminary study for adaptation and standardization of Cloninger's Temperament and Character Inventory. Advances in Cognitive Science 2000; 2(3-4): 18-24. [In Persian].
 35. Naghdi H, Adib Rad N, Noorani Pour R. The effectiveness of the emotional intelligence training on the aggressiveness among adolescent boys. J Kermanshah Univ Med Sci 2010; 14(3): 211-8. [In Persian].
 36. Wise TN, Mann LS, Shay L. Alexithymia and the five-factor model of personality. Compr Psychiatry 1992; 33(3): 147-51.
 37. De Gucht V, Fischler B, Heiser W. Neuroticism, alexithymia, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. Pers Individ Dif 2004; 36(7): 1655-67.
 38. Ghaleban M. Study and comparison alexithymia and self-regulation in people with substance abuse and normal individuals [MSc Thesis]. Tehran, Iran: University of Tehran; 2008. [In Persian].
 39. Mattila A. Alexithymia in finnish general population [Dissertation]. Tampere, Finland: University of Tampere; 2009.
 40. Ryb GE, Dischinger PC, Kufera JA, Read KM. Risk perception and impulsivity: association with risky behaviors and substance abuse disorders. Accid Anal Prev 2006; 38(3): 567-73.
 41. Kurgys E, Ando B, Rozsa S, Gabor A, Szikszay Demeter I, Janka Z, et al. Temperament and character profile of alcohol dependent patients with depressive symptoms. Eur Psychiatry 2012; 27: 1.
 42. Bardo MT, Donohew RL, Harrington NG. Psychobiology of novelty seeking and drug seeking behavior. Behav Brain Res 1996; 77(1-2): 23-43.
 43. Hosak L, Preiss M, Halir M, Cermakova E, Csemy L. Temperament and character inventory (TCI) personality profile in metamphetamine abusers: a controlled study. Eur Psychiatry 2004; 19(4): 193-5.
 44. Evren C, Evren B, Yancar C, Erkiran M. Temperament and character model of personality profile of alcohol- and drug-dependent inpatients. Compr Psychiatry 2007; 48(3): 283-8.
 45. Gourion D, Pelissolo A, Lepine JP. Test-retest reliability of the Temperament and Character Inventory in patients with opiate dependence. Psychiatry Res 2003; 118(1): 81-8.
 46. Epstein-Ngo QM, Walton MA, Sanborn M, Kraus S, Blow F, Cunningham R, et al. Distal and proximal factors associated with aggression towards partners and non-partners among patients in substance abuse treatment. J Subst Abuse Treat 2014; 47(4): 282-92.
 47. Foran HM, O'Leary KD. Alcohol and intimate partner violence: a meta-analytic review. Clin Psychol Rev 2008; 28(7): 1222-34.
 48. Chermack ST, Murray RL, Walton MA, Booth BA, Wryobeck J, Blow FC. Partner aggression among men and women in substance use disorder treatment: correlates of psychological and physical aggression and injury. Drug Alcohol Depend 2008; 98(1-2): 35-44.
 49. Rothman EF, McNaughton RL, Johnson RM, LaValley M. Does the alcohol make them do it? Dating violence perpetration and drinking among youth. Epidemiol Rev 2012; 34: 103-19.

A Comparison of Alexithymia, Character and Temperament, and Aggression between Addicts and Healthy Individuals

Seyedeh Zohreh Hoseini-Katki¹, Mahmoud Najafi², Mohammad Ali Mohammadyfar³

Original Article

Abstract

Aim and Background: The present study was conducted to compare alexithymia, character and temperament, and aggression between addicts and healthy individuals.

Methods and Materials: This causal-comparative research was conducted on 80 addicts and 80 healthy individuals. The subjects were selected through convenience sampling method and were matched. The research tools included the Toronto Alexithymia Scale, Temperament and Character Inventory (TCI) (Cloninger et al.), and Buss-Perry Aggression Questionnaire (AGQ). Data were analyzed using MANOVA and ANOVA.

Findings: There was a significant difference between addicts and healthy individuals in terms of alexithymia components (difficulty identifying feelings, difficulty describing feelings, and externally-oriented thinking) and aggression components (physical aggression, verbal aggression, and anger and hostility). The scores of alexithymia and aggression components were higher in addicts compared to healthy individuals. Moreover, the scores of damage and novelty seeking components in the character and temperament variable were higher in addicts. The scores of the components of self-leadership, partnership, and persistence were lower in addicts in comparison with healthy individuals. No significant difference was found between the two groups in terms of the components of remuneration, dependency, and self-transcendence.

Conclusions: This study, in line with researches focused on investigating the underlying personality aspects involved in addiction, can be helpful in understanding the factors involved in this phenomenon and proposing suitable solutions for the prevention and treatment of addiction.

Keywords: Addiction, Character and temperament, Alexithymia, Aggression

Citation: Hoseini-Katki SZ, Najafi M, Mohammadyfar MA. A Comparison of Alexithymia, Character and Temperament, and Aggression between Addicts and Healthy Individuals. J Res Behav Sci 2016; 14(4): 455-63.

Received: 24.08.2016

Accepted: 15.11.2016

1- Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

3- Assistant Professor, Department of Educational Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

Corresponding Author: Mahmoud Najafi, Email: m_najafi@semnan.ac.ir