

## مقایسه ناگویی خلقی و هوش معنوی در افراد معتاد، افراد تحت درمان با متادون و افراد غیر معتاد

محمد نریمانی<sup>۱</sup>، اصغر پوراسمعلی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۰۷/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۹/۰۵

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی ناگویی خلقی و هوش معنوی در افراد معتاد، افراد تحت درمان با متادون و افراد غیر معتاد انجام گرفت. **روش:** طرح این مطالعه در مقوله‌ی علی-مقایسه‌ای قرار می‌گیرد. نمونه‌ها شامل ۳۰ نفر معتاد تحت درمان با متادون، ۳۰ نفر معتاد در حال مصرف مواد و ۳۰ نفر از افراد غیر معتاد بودند که به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات، آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های ناگویی خلقی تورنتو و هوش معنوی کینگ را تکمیل کردند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین افراد گروه معتاد و افراد گروه غیر معتاد و همچنین بین افراد گروه تحت درمان با متادون و افراد گروه غیرمعتاد در مقیاس ناگویی خلقی کل و هر سه خرده مقیاس آن تفاوت معنی داری وجود دارد، همچنین بین دو گروه افراد معتاد و افراد تحت درمان با متادون در زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساس‌ها تفاوت معنی داری مشاهده شد. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که از پرورش توانایی‌های کنترل و تنظیم هیجانات و هوش معنوی می‌توان به عنوان یک سپر دفاعی در برابر اعتیاد بهره جست و همچنین می‌توان با پرورش چنین ویژگی‌هایی به افراد معتاد در رهایی از اعتیادشان یاری رساند.

**کلید واژه‌ها:** ناگویی خلقی، هوش معنوی، اعتیاد

۱. نویسنده مسؤل: استاد گروه روان شناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی. پست الکترونیک: narimani@uma.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی

## مقدمه

مصرف مواد و اعتیاد<sup>۱</sup> یکی از معضلات و نگرانی‌های عمده جهان امروز است. از آنجایی که مصرف مواد و اعتیاد، اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد، تهدیدی جدی و نگران کننده است. وابستگی و سوء مصرف مواد به عنوان اختلالات مزمن و عود کننده با تأثیرات و پیش‌آیندهای زیستی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می‌شود (والاس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳، به نقل از حاجی علیزاده، بحرینیان، نظیری و مدرس غروی، ۱۳۸۷). پژوهش‌های انجام شده در زمینه اعتیاد، عوامل خطر ساز متعددی را برای این اختلال مطرح کرده‌اند که از میان آن‌ها می‌توان به میزان بالای تعارض خانوادگی، مشکلات تحصیلی، بروز همزمان اختلالات روانی چون افسردگی و اختلالات شخصیتی، مصرف مواد از سوی همسالان و والدین، تکانشگری و شروع زودرس مصرف سیگار، اشاره کرد (سادوک و سادوک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷؛ ترجمه رفیعی و رضاعی، ۱۳۸۷). علاوه بر عوامل بیان شده از میان عوامل متعددی که در رابطه با گرایش به سوء مصرف مواد وجود دارد، می‌توان به نقش برجسته مشکلات هیجانی و ناتوانی در کنترل و تنظیم هیجانات به‌طور کلی و ناگویی خلقی<sup>۴</sup> به‌طور خاص اشاره کرد.

مفهوم ناگویی خلقی، بر پایه‌ی مشاهده بیماران روان‌تنی استوار است و اولین بار توسط سیفنیوس<sup>۵</sup> (۱۹۷۳) مطرح شد و اساساً با مشکل در تشخیص و بیان احساسات، خیال‌بافی بسیار کم، سبک شناختی با جهت‌گیری بیرونی و وابسته به محرک یا به عبارتی فکر برون‌مدار توأم با اصل اخلاقی سودمند‌گرایی و مشکل در تمیز دادن بین احساسات و حواس فیزیکی مشخص می‌شود. گمان می‌رود که این ویژگی‌ها یک نوع کمبود در پردازش شناختی و نظم‌دهی حالت‌های عاطفی را منعکس می‌کنند (تیلور<sup>۶</sup>، ۱۹۹۴). هرچند ناگویی خلقی در ارتباط با بیماران روان‌تنی مطرح شد، اما امروزه به عنوان یک صفت شخصیتی در میان تمامی افراد جامعه توزیع شده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سطوح بالای ناگویی خلقی با گستره‌ی متنوعی از اختلال‌های روان پزشکی مانند،

1. addiction                      2. Wallace                      3. Sadock & Sadock  
4. Alexithymia                    5. Sifneos                      6. Taylor

افسردگی (هنتیکا، هنکالامپی، لتونن و ویناماکا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱)، اضطراب (برتز، کونسلی، پترز دیاز و جوونت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹)، روان رنجورخویی (اسپینا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳)، الکلیسم و سوء مصرف مواد، سبک زندگی فاقد تحرک، سوء تغذیه و عادات غذایی نادرست (هلمرز و منت<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹) در ارتباط هستند.

از میان اختلال‌های روانپزشکی مرتبط با ناگویی خلقی، اختلال سوء مصرف مواد توجه بسیاری را به خود جلب کرده است. به عنوان مثال، کریستال<sup>۵</sup> (۱۹۹۷)، به نقل از قلعه بان، (۱۳۸۷) معتقد است که ناگویی خلقی به عنوان نارسایی در درک، پردازش و توصیف هیجان باعث می‌شود که برخی افراد آمادگی وابستگی به مواد را داشته باشند. همچنین، کریستال (۱۹۹۶) معتقد است هیجان‌های افراد معتاد کودکانه و در سطح پیش کلامی<sup>۶</sup> است و ظرفیت شناختی آسیب دیده آن‌ها به عدم توانایی تفسیر افسردگی و اضطراب منتهی می‌شود. در این شرایط، ظرفیت تأخیر واکنش<sup>۷</sup> (مهارت من<sup>۸</sup>) پایین است. در نتیجه تعارض فرد با محیط افزایش می‌یابد و شخص مکرراً درماندگی و استرس در برابر هیجان‌ها را تجربه می‌کند (به نقل از قلعه بان، ۱۳۸۷). نتایج پژوهش تربرگ، یونگ، سالیوان و لایور<sup>۹</sup> (۲۰۰۹) حاکی از آن است که بین مصرف الکل و نمره بالای ناگویی خلقی رابطه مستقیمی وجود دارد. در مطالعه‌ای دیگر، بیماران وابسته به کوکائین نمره‌های ناگویی خلقی بالاتری نسبت به گروه کنترل داشتند (کلر و ویلسون<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۴، به نقل از کللند، ماگرا، فوت، روزنهام و کسنک<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۵). همچنین، تحقیقات دیگری نشان می‌دهند که بین هر سه زیر مؤلفه ناگویی خلقی در افراد معتاد با افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (حمیدی، رستمی، فرهودی و عبدالمنافی، ۲۰۱۰؛ لیندسای و سیاروچی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۹؛ قلعه بان، ۱۳۸۷). مطالعه هاولیند، هندریکس، شاو و هنری<sup>۱۳</sup> (۱۹۸۸)، به نقل از قلعه بان، (۱۳۸۷) نشان می‌دهد که ناگویی خلقی در الکی‌هایی که به تازگی پرهیز را شروع کرده‌اند، با پیشرفت درمان کاهش پیدا می‌کند و چنین نتیجه می‌گیرند که ناگویی خلقی یک واکنش موقعیتی در بسیاری از بیماران است.

1. Hintikka, Honkalampi, Lehtonen & Viinamaki
2. Berthoze, Consoli, Peterz-Diaz & Jouvent
3. Espina
4. Helmers & Mente
5. Krystal
6. Preverbal
7. delay action
8. ego
9. Thorberg, Young, Sullivan & Lyvers
10. Keller & Wilson
11. Cleland, Magura, Foote, Rosenblum & Kosanke
12. Lindsay & Ciarrochi
13. Haviland, Hendryx, Shaw & Henry

یکی از موارد دیگری که می‌تواند به ادبیات مربوط به حوزه اعتیاد کمک کند مطالعه هوش معنوی<sup>۱</sup> در افراد معتاد در مقایسه با افراد غیر معتاد است. مفهوم هوش معنوی در ادبیات روان‌شناسی برای اولین بار در سال ۱۹۹۶ توسط استیونز<sup>۲</sup> و بعد در سال ۱۹۹۹ توسط امونز<sup>۳</sup> مطرح شد (به نقل از سهرابی، ۱۳۸۷). امونز (۱۹۹۹) هوش معنوی را نوعی هوش غائی می‌داند که مسائل معنایی و ارزشی را به ما نشان داده و مسائل مرتبط با آن را برای ما حل می‌کند. همچنین، امونز (۱۹۹۹) معتقد است که هوش معنوی سازه‌ی معنویت و هوش را در درون یک سازه جدید ترکیب می‌کند، در حالی که معنویت با جستجو و تجربه عناصر مقدس، معنا، هوشیاری اوج یافته و تعالی در ارتباط است، هوش معنوی مستلزم توانایی‌هایی است که از چنین موضوعات معنوی برای تطابق و کنش اثربخش و تولید محصولات و پیامدهای با ارزش استفاده می‌کند. مروری بر پژوهش‌های انجام شده در زمینه هوش افراد وابسته به مواد نشان داده است که عملکرد شناختی و سطح هوش اغلب این افراد پایین‌تر از میانگین است (والیا، فوکسا، دریب و استار<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). همچنین با توجه به نقش مذهب و احاطه آن بر همه شئون زندگی انسان، مذهب در بازداری فرد از گرایش به موادمخدر نقش تعیین‌کننده‌ای دارد (کوک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). در برخی از مطالعات (ویلز، بیر و ساندی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳) از مذهب به عنوان سپری در مقابل وابستگی به مواد یاد شده است. مذهب از طریق برقراری یک نظم اخلاقی، تدارک فرصت‌هایی برای به‌دست آوردن شایستگی‌های یاد گرفته شده و تهیه قوانین اجتماعی، سوء مصرف مواد و بهبودی از آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد (اسمیت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳). میلر، دیویس و گرینوالد<sup>۸</sup> (۲۰۰۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که نوجوانانی که دین‌دار نیستند و نمرات پایینی در اندازه‌گیری میزان فعالیت دینی به‌دست می‌آورند در مقایسه با نوجوانان دارای سطح بالاتر فعالیت دینی، مصرف و سوء مصرف مواد بیشتری را دارند. با توجه به نتایج تحقیقات، هم هوش و هم مذهب و معنویت در عدم گرایش به اعتیاد نقش دارند و به عقیده کینگ<sup>۹</sup> (۲۰۰۸) هوش معنوی میانجی تأثیرات معنویت و ترکیبی از معنویت و هوش است. پس به‌طور منطقی هوش معنوی نیز باید در اعتیاد و

1. spiritual intelligence

2. Stevens

3. Emmons

4. Whalleya, Foxa, Dearyb &amp; Starr

5. Cook

6. Wills, Year &amp; Sandy

7. Smith

8. Miller, Davies &amp; Greenwald

9. King

بهبودی از آن نقش تعیین کننده‌ای داشته باشد؛ چون هر دو سازه هوش و معنویت را در خود دارد.

با توجه به آنچه گفته شد شخصیت و متغیرهای درونی مانند هوش معنوی و ناگویی خلقی در گرایش به مصرف مواد و تسریع بخشی این اختلال نقش مهمی دارد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه ناگویی خلقی و هوش معنوی در بین افراد معتاد، افراد تحت درمان با متادون و افراد غیر معتاد انجام گرفت.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوع و اهداف پژوهش در مقوله‌ی مطالعات علی - مقایسه‌ای (پس رویدادی) قرار می‌گیرد. جامعه آماری این پژوهش شامل مردان سوء مصرف کننده مواد در شهر اردبیل می‌شود که در آذر ماه ۱۳۹۰ به مراکز بازتوانی و ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند. ۳۰ نفر از معتادان تحت درمان با متادون که حاضر به همکاری بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین افراد مراجعه کننده به سه مرکز ترک اعتیاد شهرستان اردبیل (از هر مرکز ۱۰ نفر) انتخاب شدند. از بین افرادی که دارای پرونده در مراکز ترک اعتیاد بوده، ولی هم‌چنان به مصرف مواد ادامه می‌دادند ۳۰ نفر دیگر نیز انتخاب شدند. لازم به ذکر است که این ۳۰ نفر بعد از انتخاب و کسب رضایت و انجام مصاحبه به عنوان افراد در حال مصرف مواد انتخاب شده و از نظر جنسیت، سن و سطح تحصیلات با گروه اول هم‌تا شدند. در نهایت، برای انتخاب گروه غیر معتاد از بین افرادی که سابقه سوء مصرف مواد نداشتند و از نظر ویژگی‌های دموگرافیک شبیه دو گروه بودند، ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند.

## ابزار

۱-مقیاس ناگویی خلقی تورنتو<sup>۱</sup>: این مقیاس ۲۰ ماده‌ای توسط بگبی، پارکر و تیلور<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) ساخته شده و ناگویی خلقی را در سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص

احساس‌ها<sup>۱</sup> (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساس‌ها<sup>۲</sup> (۵ ماده) و تفکر برون مدار<sup>۳</sup> (۸ ماده) ارزیابی می‌کند. در این مقیاس نمره بالاتر نشان دهنده شدت بیشتر ناگویی خلقی است. قربانی، بینگ، واتسون، دويسون و ماک<sup>۴</sup> (۲۰۰۲) آلفای این مقیاس را در نمونه ایرانی، برای دشواری در تشخیص احساس‌ها ۰/۷۴، برای دشواری در توصیف احساس‌ها ۰/۶۱ و برای تفکر برون مدار ۰/۵۰ به دست آورده‌اند. محمد (۱۳۸۰) اعتبار کل مقیاس را در نمونه ایرانی با استفاده از روش دو نیمه کردن و بازآزمایی ۰/۷۴ و ۰/۷۲ گزارش کرد. در نمره گذاری مقیاس TAS-۲۰، مدستین، فیرر و مالتی<sup>۵</sup> (۲۰۰۴) نمرات ۶۰ به بالا را به عنوان ناگویی خلقی و نمرات ۵۲ به پایین را به عنوان غیرناگویی خلقی در نظر گرفته‌اند.

۲- مقیاس خود گزارشی هوش معنوی: این آزمون توسط کینگ (۲۰۰۸) به منظور اندازه گیری تنوع رفتاری، جریان فکری و ویژگی‌های ذهنی افراد در ۲۴ گویه ساخته شده است. این آزمون دارای ۴ زیر مقیاس به نام تفکر وجودی نقادانه<sup>۶</sup>، معنا سازی شخصی<sup>۷</sup>، هشیاری متعالی<sup>۸</sup> و بسط حالت هشیاری<sup>۹</sup> است. فرم اولیه این آزمون ۴۲ سؤالی بود که با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی در یک نمونه ۶۱۹ نفری از دانشجویان دانشگاه ترنت<sup>۱۱</sup> کانادا در ۲۰۰۷، آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و اعتبار از طریق دو نیمه کردن ۰/۸۴ به دست آمد. کینگ پس از بررسی و حذف ۱۸ سؤال اضافی، آزمون ۲۴ گویه‌ای را مجدداً با یک گروه نمونه‌ی ۳۰۵ نفری از دانشجویان مورد بررسی قرار داد و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آورد. در پژوهش کینگ آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۸، ۰/۸۷، ۰/۹۱ گزارش شد (کینگ، ۲۰۰۸). زاهد بابلان و معینی کیا (۱۳۸۹) اعتبار این آزمون را به روش آلفای کرونباخ در کل ۰/۸۷ و برای هر یک از زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۱، ۰/۶۳، ۰/۶۱ به دست آوردند.

1. difficulty identifying feelings  
3. externally-oriented thinking  
5. Modestin, Furrer & Malti  
7. critical existential thinking  
9. transcendental awareness  
11. Trent

2. difficulty describing feelings  
4. Ghorbani, Bing, Watson, Davison & Mack  
6. spiritual intelligence self-report inventory  
8. personal meaning production  
10. conscious state expansion

**یافته‌ها**

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

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

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف	متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف
	معتاد	۱۲/۱۳	۲/۱۶		معتاد	۸/۸۶	۳/۳۱
تفکر وجودی	درمان با	۱۴/۵۶	۳/۸۲	معناسازی شخصی	درمان با	۱۳/۰۰	۳/۶۱
نقدانه	متادون				متادون		
	غیر معتاد	۱۳/۲۰	۲/۵۵		غیر معتاد	۱۴/۳۶	۳/۱۶
	معتاد	۱۳/۴۰	۳/۷۲		معتاد	۱۰/۳۳	۲/۹۶
هشیاری متعالی	درمان با	۱۶/۹۶	۳/۹۹	بسط حالت	درمان با	۱۳/۱۳	۳/۰۳
	متادون			هشیاری	متادون		
	غیر معتاد	۱۷/۶۶	۳/۹۰		غیر معتاد	۱۳/۳۰	۲/۷۱
	معتاد	۴۴/۷۳	۷/۲۶		معتاد	۲۳/۰۶	۳/۲۲
هوش معنوی	درمان با	۵۷/۶۶	۹/۶۸	دشواری تشخیص	درمان با	۲۱/۱۰	۳/۸۰
کل	متادون			احساس‌ها	متادون		
	غیر معتاد	۵۸/۵۳	۹/۲۱		غیر معتاد	۱۷/۴۰	۳/۴۵
	معتاد	۱۵/۴۶	۲/۱۲		معتاد	۲۳/۱۳	۳/۷۶
دشواری	درمان با	۱۴/۷۰	۲/۸۴	تفکر برون مدار	درمان با	۲۲/۶۶	۳/۸۲
توصیف	متادون				متادون		
احساس‌ها	غیر معتاد	۱۲/۳۳	۲/۴۸		غیر معتاد	۲۰/۱۰	۳/۱۲
	معتاد	۶۱/۶۶	۷/۳۸		-	-	-
ناگویی خلقی	درمان با	۵۸/۴۶	۷/۶۷		-	-	-
کل	متادون				-	-	-
	غیر معتاد	۴۹/۸۳	۶/۱۷		-	-	-

در چارچوب تعیین معنی داری تفاوت میان گروه‌ها (معتاد، افراد تحت درمان با متادون و غیر معتاد) در ناگویی خلقی (و زیر مقیاس‌های آن) و هوش معنوی (و زیر مقیاس‌های آن)، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوآ) استفاده شد. یکی از پیش شرط‌های مانوآ برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون برای آزمون این پیش شرط در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌ها

متغیرها	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی داری
ناگویی خلقی کل	۰/۳۰۳	۲	۸۷	۰/۷۳۹
هوش معنوی کل	۰/۸۵۹	۲	۸۷	۰/۴۲۷
دشواری در تشخیص احساس‌ها	۰/۳۷۶	۲	۸۷	۰/۶۸۸
دشواری در توصیف احساس‌ها	۲/۰۷۲	۲	۸۷	۰/۱۳۲
تفکر برون مدار	۰/۰۲۳	۲	۸۷	۰/۹۷۸
تفکر وجودی نقادانه	۱/۵۰۲	۲	۸۷	۰/۲۱۴
معناسازی شخصی	۰/۰۴۱	۲	۸۷	۰/۹۶۰
هشیاری متعالی	۰/۰۴۶	۲	۸۷	۰/۹۵۵
بسط حالت هشیاری	۱/۳۰۴	۲	۸۷	۰/۲۷۷

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد پیش فرض برابری واریانس‌ها برای تحلیل واریانس چند متغیری رعایت شده است، به این صورت که این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنادار نبود، در نتیجه استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیره بلا مانع است. با وجود این، در ابتدا از آزمون لامبدای ویلکز برای تعیین اثر کلی متغیر گروه بر متغیرهای پژوهشی استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون معنی داری واریانس چند متغیره

لامبدای ویلکز	ارزش F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	معنی داری	مجذور اتا ( $\Delta^2$ )
کل مقیاس	۱۸/۰۸۳	۴	۱۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹۴
زیر مقیاس‌ها	۶/۲۰۳	۱۴	۱۶۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴۹

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۳، مشاهده می‌شود که اثر کلی متغیر گروه هم در مقیاس‌های کلی (ناگویی خلقی و هوش معنوی) و هم در زیر مقیاس‌ها معنی دار است. برای بررسی الگوهای تفاوت از آزمون تحلیل واریانس به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیره برای تعیین تفاوت بین گروهی در مقیاس‌های کل

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذور اتا
ناگویی خلقی کل	۲۲۴۸/۰۲	۲	۱۱۲۴/۰۱۱	۲۲/۲۳۳	۰/۰۰۱	۰/۳۳۸
هوش معنوی کل	۳۵۸۴/۶۲	۲	۱۷۹۲/۳۱۱	۲۳/۲۳۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴۸

همان‌گونه که در جدول ۴ ارائه شده است در هر دو مقیاس کلی (ناگویی خلقی و هوش معنوی) تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیره برای تعیین تفاوت بین گروهی در زیر

مقیاس‌های پژوهشی

متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنی داری	مجذورات
دشواری در تشخیص احساس‌ها	۲	۲۴۸/۳۴۴	۲۰/۲۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۱۷
دشواری در توصیف احساس‌ها	۲	۸۰/۰۳۳	۱۲/۷۸۹	۰/۰۰۱	۰/۲۲۷
تفکر برون مدار	۲	۸۰/۰۳۳	۶/۲۲۳	۰/۰۰۳	۰/۱۲۵
تفکر وجودی نقادانه	۲	۴۴/۶۳۳	۵/۱۸۰	۰/۰۰۷	۰/۱۰۶
معناسازی شخصی	۲	۲۴۶/۰۱۱	۲۱/۶۵۳	۰/۰۰۱	۰/۳۳۲
هشیاری متعالی	۲	۱۵۷/۰۷۸	۱۰/۴۴۱	۰/۰۰۱	۰/۱۹۴
بسط حالت هشیاری	۲	۸۳/۳۴۴	۹/۸۴۶	۰/۰۰۱	۰/۱۸۵

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود تفاوت معناداری در تمام زیر مقیاس‌های پژوهشی وجود دارد. برای بررسی تفاوت‌ها در گروه‌های مورد مطالعه از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. نتایج نشان داد که در زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساس‌ها، گروه معتاد از گروه‌های تحت درمان متادون و غیرمعتاد نمرات بالاتری گرفتند. همچنین، نمرات گروه تحت درمان متادون از گروه غیرمعتاد بالاتر بود. در زیر مقیاس‌های دشواری در توصیف احساس‌ها، تفکر برون مدار و ناگویی خلقی کل گروه‌های معتاد و تحت درمان متادون نمرات بالاتری نسبت به گروه غیرمعتاد داشتند. در زیر مقیاس تفکر وجودی نقادانه گروه تحت درمان متادون نمرات بالاتری نسبت به گروه معتاد داشتند و تفاوت معناداری بین هیچ یک از گروه‌ها با گروه غیرمعتاد به دست نیامد. همچنین، در زیر مقیاس‌های معناسازی شخصی، هشیاری متعالی، بسط حالت هشیاری و هوش معنوی کل هر دو گروه غیرمعتاد و تحت درمان متادون نمرات بالاتری نسبت به گروه معتاد داشتند.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان ناگویی خلقی (و زیر مقیاس‌های آن) و هوش معنوی (و زیر مقیاس‌های آن) در بین افراد معتاد، افراد تحت درمان با متادون و افراد غیر

معتاد انجام گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش اول پژوهش نشان داد که بین افراد گروه معتاد و افراد گروه غیر معتاد و همچنین بین افراد گروه تحت درمان با متادون و افراد گروه غیر معتاد در مقیاس ناگویی خلقی کل و هر سه خرده مقیاس آن تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به طوری که افراد گروه معتاد و افراد گروه تحت درمان با متادون در این مقیاس‌ها نمرات بیشتری نسبت به افراد غیر معتاد دارند. این یافته با نتایج یافته‌های حمیدی و همکاران (۲۰۱۰) که نشان دادند هر سه زیر مولفه ناگویی خلقی در افراد معتاد با افراد عادی تفاوت معنی‌داری دارند و همچنین با نتایج یافته‌های کریستال (۱۹۹۷)؛ به نقل از قلعه بان، (۱۳۸۷)، لپندسای و سیاروچی (۲۰۰۹) و قلعه بان (۱۳۸۷) که به نتایجی مشابه دست یافتند، هم‌خوان است. همچنین، در این بخش از پژوهش بین دو گروه افراد معتاد و افراد تحت درمان با متادون در زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساس‌ها تفاوت معنی‌داری مشاهده شد که این قسمت از پژوهش با یافته‌های مطالعه هاویلند و همکاران (۱۹۸۸)، به نقل از قلعه بان، (۱۳۸۷) هم‌خوان است.

در تبیین تفاوت گروه‌های معتاد و تحت درمان با متادون با افراد غیر معتاد در ناگویی خلقی و زیر مولفه‌های آن می‌توان گفت، از آنجایی که افراد مبتلا به ناگویی خلقی، نشانه‌های بدنی انگیزختگی هیجانی را بد تفهیم می‌کنند، در ماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه‌های جسمانی هستند (تیلور، پارکر، باگی و اکلین<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲)، به همین دلایل احتمال گرایش به مصرف مواد در آن‌ها وجود دارد. به طوری که مبتلایان به ناگویی خلقی احساس‌های نامتمایز دارند و این احساس‌ها همراه با یک برانگیختگی جسمانی است، اما به علت مشکل در تمایز، توصیف و تنظیم احساس‌ها، برانگیختگی فعال باقی مانده و از بین نمی‌رود و این امر باعث اختلال در دستگاه عصبی خودکار و دستگاه ایمنی می‌شود. چنین برانگیختگی که همراه ناگویی خلقی است، در نهایت باعث تولید علائم بیماری‌های جسمی (لوملی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶) و اضطراب و افسردگی (دوین، استوارت و وات<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹) می‌شود و در نهایت ممکن است مصرف مواد به منظور کاهش این علائم و کاستن از میزان اضطراب و افسردگی فرد با ناگویی خلقی بالا

صورت گیرد. جیمت<sup>۱</sup> (۱۹۹۴، به نقل از قلعه بان، ۱۳۸۷) تاکید می کند که مصرف مواد روان گردان مانند خود درمانی با هدف کاهش اضطراب و افسردگی صورت می گیرد. کریستال (۱۹۹۷) معتقد است که افراد معتاد با ناگویی خلقی بالا، هیجان های کودکانه در سطح پیش کلامی با ظرفیت شناختی آسیب دیده دارند که این ناتوانی باعث می شود که در تفسیر افسردگی و اضطراب کارایی لازم را نداشته باشند؛ در نتیجه، در این افراد تعارض فرد با محیط افزایش می یابد و شخص مکرراً درماندگی و استرس در برابر هیجان ها را تجربه می کند و به منظور مقابله با این درماندگی ها، روش های مقابله ای ناپخته چون مصرف مواد را ادامه می دهد (به نقل از قلعه بان، ۱۳۸۷). همچنین، پژوهش ها نشان داده است که افراد مبتلا به ناگویی خلقی در شناسایی صحیح هیجان ها از چهره دیگران مشکل دارند و ظرفیت آن ها برای همدردی با حالت های هیجانی دیگران محدود است و این یافته ها نشان می دهند که دشواری در برقراری رابطه عاطفی که از مشخصه های اصلی ناگویی خلقی هستند می تواند سوء مصرف مواد را تسهیل کند (پارکر، تیلور و باگی، ۲۰۰۱).

۱۷

17

در تبیین تفاوت معنی دار افراد معتاد و افراد تحت درمان با متادون در زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساس ها از خرده مقیاس های ناگویی خلقی، می توان به پژوهش هاویلند و همکارانش (۱۹۸۸، به نقل از قلعه بان، ۱۳۸۷) اشاره کرد. در این بررسی ناگویی خلقی در الکل هایی که به تازگی پرهیز را شروع کرده اند، با پیشرفت درمان کاهش پیدا می کند. آن ها چنین نتیجه می گیرند که ناگویی خلقی یک واکنش موقعیتی در بسیاری از بیماران است. از این رو، احتمالاً چنین نتیجه گیری درباره معتادان تحت درمان با متادون نیز صادق است، اما از آنجایی که تنها در یکی از خرده مقیاس ها (دشواری در تشخیص احساس ها) چنین تفاوتی مشاهده شد می توان امیدوار بود که با گذر سیر درمانی افراد معتاد نمرات کمتری در ناگویی خلقی کسب خواهند کرد که این احتمال مستلزم بررسی دقیق تر میزان ناگویی خلقی افراد در طول دوران ترک و بعد از ترک افراد معتاد است. همچنین، احتمال دارد که نمره پایین در تشخیص احساس ها باعث شود تا افراد معتاد به منظور ترک اقدام به درمان کنند.

همچنین، نتایج نشان داد که بین نمرات هوش معنوی کل و هر چهار زیر مؤلفه آن در افراد گروه معتاد و افراد گروه تحت درمان با متادون و بین نمرات هوش معنوی کل و سه زیر مؤلفه آن (معنا سازی شخصی، هشیاری متعالی و بسط حالت هشیاری) در افراد گروه معتاد و افراد گروه غیر معتاد تفاوت معنی داری وجود دارد؛ به طوری که، در این زیر مؤلفه‌ها و هوش معنوی کل افراد معتاد نمرات پایین تری نسبت به افراد غیر معتاد و افراد گروه تحت درمان با متادون کسب کردند. در نهایت، بین افراد گروه‌های غیر معتاد و تحت درمان با متادون در هوش معنوی و زیر مؤلفه‌های آن تفاوت معنی داری مشاهده نشد. هرچند در زمینه هوش معنوی در ارتباط با اعتیاد تحقیقات بسیار کمی صورت گرفته است، اما پژوهش‌هایی با توجه به دو سازه اصلی هوش معنوی (یعنی هوش و معنویت) در ارتباط با اعتیاد صورت گرفته است که در این جا بر اساس این پژوهش‌ها و با در نظر گرفتن ادبیات تحقیق، یافته‌های این بخش تبیین شده است. به عبارت دیگر، با توجه به نتایج تحقیقات، هوش، مذهب و معنویت در گرایش به اعتیاد نقش دارند و همان‌طور که بیان شد به عقیده‌ی کینگ (۲۰۰۸) هوش معنوی میانجی تأثیرات معنویت و ترکیبی از معنویت و هوش است. پس به‌طور منطقی هوش معنوی نیز باید در اعتیاد و ادامه دادن فرایند مصرف و یا تصمیم بر ترک آن، نقش تعیین کننده‌ای داشته باشد؛ چون هر دو سازه‌ی هوش و معنویت را در برگرفته است. در واقع، رشد هوش معنوی باعث می‌شود تا افراد یک بینش جدید درباره خود داشته و به خود با ثباتی دست یابند؛ علاوه بر این، موجب بالا رفتن اعتماد به نفس می‌شود و به افراد اجازه می‌دهد تا موقعیت را تا آنجا که ممکن است تغییر دهند و یا بهتر کنند و آن را اداره کنند (کینگ، ۲۰۰۸)؛ احتمالاً از طریق چنین ویژگی‌هایی، فرایند ترک در افراد معتاد تسهیل می‌شود. از دید زوهار و مارشال<sup>۱</sup> (۲۰۰۰)، یکی از مؤلفه‌های هوش معنوی وابسته نبودن به آرای جمع است. از این رو، احتمالاً هنگامی که شخص از جانب همسالان

برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت موقعیت و وابسته به نظر جمع نبودن به میزان زیادی از تسلیم شدن شخص در مقابل فشار جمع جلوگیری می‌کند. به نظر می‌رسد که سازه معنویت و مذهبی بودن در هوش معنوی نقش عمده‌ای در گرایش و رهایی فرد از دام اعتیاد دارد. چرا که مذهب می‌تواند مصرف مواد و بهبودی از آن را از طریق برقراری یک نظم اخلاقی تحت تأثیر قرار دهد. مذهب راهنمایی‌ها یا قواعد خاص اخلاقی را به منظور کنترل خویشتن و عفت (مانند امتناع از مصرف مواد) در اختیار فرد قرار می‌دهد. علاوه بر این، مذهب به تسهیل تجربه معنوی<sup>۱</sup> نیز کمک می‌کند. تجربه معنوی می‌تواند تعهدات اخلاقی را تحکیم بخشد که این نیز به نوبه خود مانع از مصرف مواد می‌شود. همچنین، با استناد به دستورات مذهبی می‌توان قوانینی وضع کرد که مصرف مواد را ممنوع اعلام کند (اسمیت، ۲۰۰۳). مذهب می‌تواند از طریق مهارت‌ها و دانش‌هایی که فرد در طی زندگی خود کسب می‌کند از مصرف مواد پیشگیری کند. به عنوان مثال، مذهب می‌تواند یک سیستم معنایی شامل هدف‌دار بودن زندگی، احساس خودارزشمندی مثبت و خود را شایسته احترام دانستن درست کند. این سیستم معنایی می‌تواند مانع از خطرپذیری و رفتار هیجان‌خواهی شود، که این نیز می‌تواند منجر به احتمال کاهش مصرف مواد توسط فرد شود. شرکت در فعالیت‌ها و گروه‌های مذهبی می‌تواند به عنوان یک مهارت مقابله‌ای در برابر تنش‌گرهای زندگی که فرد را وادار به استفاده از مواد می‌کند، عمل کند (اسمیت، ۲۰۰۳). بنابراین، می‌توان این گونه نتیجه گرفت که چنانچه فرد دارای سطح هوش معنوی افزون‌تری باشد به تبع آن معنایی که به خود و جهان اطرافش می‌دهد توأم با احساس ارزشمندی و هدفمندی است. بنابراین، احتمال کمتری وجود دارد که به اقداماتی نظیر مصرف مواد دست زند که به احساس ارزشمند بودنش آسیب رساند یا آنکه مانع از رسیدن به اهدافش شود. به عبارت دیگر، مذهب به

واسطه نقش مقابله‌ای در برابر فشارهای روانی می‌تواند وابستگی و یا سوءمصرف مواد را پیشگیری کند. چراکه باورهای شناختی افراد متدین نظیر اعتقاد به اینکه خداوند در سختی‌ها به انسان کمک می‌کند، اعتقاد به اینکه خداوند انسان را آزاد آفریده است و او را مسؤول رفتار خودش قرار داده است یا احساس اطمینان و آرامش از طریق نیایش، بر واکنش فرد متدین در مقابله با فشار روانی تأثیر می‌گذارد. پاراگمنت (۱۹۹۰، به نقل از حسنی و بهرامی، ۱۳۸۴) معتقد است که مذهب در فرایند مقابله نقش دو سویه دارد، به طوری که می‌تواند با شکل دهی به ماهیت «حوادث زندگی»، اعمال مقابله و نتایج این حوادث، به مقابله کمک کند. همچنین، مذهب می‌تواند ناشی از مقابله نیز باشد که با عنصر دیگری از فرایند مقابله ایجاد شده است. با توجه به این اظهار نظر پاراگمنت می‌توان چنین نتیجه گرفت که احتمالاً نمره بالای هوش معنوی در افراد غیر معتاد باعث می‌شود به مقابله آن‌ها در برابر اعتیاد کمک کند و نمره بالای افراد تحت درمان با متادون، حاصل مقابله و تصمیم آن‌ها بر ترک است.

توانایی‌های کنترل و تنظیم هیجانات و هوش معنوی می‌تواند به عنوان یک سپر دفاعی در برابر اعتیاد مطرح باشد و می‌توان با پرورش چنین ویژگی‌هایی در رهایی افراد معتاد از اعتیادشان مدد رساند. بنابراین، بر اساس یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که روان‌درمان‌گرها، متخصصان ترک اعتیاد و نهادهای مسؤول می‌توانند با تقویت توانایی‌های هیجانی و معنوی، به کاهش وابستگی به مواد و افزایش امکان ترک مصرف مواد، کمک کنند. همچنین، با توجه به تفاوت معنی‌دار بین سطوح ناگویی خلقی و هوش معنوی در آزمودنی‌های معتاد، تحت درمان با متادون و غیر معتاد پیشنهاد می‌شود که تأثیر آموزش سبک‌های ارتقاء هوش معنوی و کاهش ناگویی خلقی در فرایند درمان و پیشگیری از عود مجدد در افراد معتاد به مواد مخدر مورد مطالعه قرار گیرد.

## منابع

- حاجی علیزاده، کبری؛ بحرینیان، عبدالمجید؛ نظیری، قاسم و مدرس غروی، مرتضی (۱۳۸۷). مقایسه نگرش‌های نا کارآمد در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد عادی و پیامدهای روانشناختی آن. *فصلنامه علمی سوء مصرف مواد*، ۲(۷)، ۶۷-۷۸.
- حسنی واجاری، کتابون و بهرامی احسان، هادی (۱۳۸۴). نقش مقابله مذهبی در خوشبختی معنوی در تبیین سلامت روان. *مجله روان شناسی*، ۳، ۲۴۸-۲۶۰.
- زاهد بابلان، عادل و معینی کیا، مهدی (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین هوش معنوی و هویت دینی در بین دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی. گزارش پژوهشی، دانشگاه محقق اردبیلی.
- سادوک، ویرجینیا؛ سادوک، بنجامین (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری روانپزشکی بالینی. ترجمه حسن رفیعی، فرزین رضاعی (۱۳۸۷)، تهران: انتشارات ارجمند.
- سهرابی، فرامرز (۱۳۸۷). مبانی هوش معنوی. *فصلنامه سلامت روان*، ۱، ۱۴-۱۸.
- قلعه بان، مریم (۱۳۸۷). بررسی و مقایسه ناگویی خلقی و خود تنظیم گری در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد غیر مبتلا. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه تهران.
- محمد، سعید (۱۳۸۰). بررسی ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به کولیت اولسروز و مقایسه آن با افراد غیر معتاد. پایان نامه کارشناسی ارشد. چاپ نشده، انستیتو روانپزشکی تهران.

- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Berthozze, S., Consoli, S., Peterz-Diaz, F., & Jouvent, R. (1999). Alexithymia and anxiety: Compounded relationships? A psychometric study. *European psychiatry*, 14(7), 372-378.
- Cleland, C., Magura, S., Foote, J., Rosenblum, A. and Kosanke, N. (2005). Psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for substance users. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 58, 299-306.
- Cook, C. (2004). Addiction and spirituality. *Addiction*, 99, 539-551.
- Devine, H., Stewart, S. H., & Watt, M. C. (1999). Relations between anxiety sensitivity and dimensions of alexithymia in a young adult sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 145-158.
- Emmons, R. A. (1999). *The psychology of ultimate concern: Motivation and spirituality in personality*. New York: The Guilford Press.
- Espina, A. (2003). Alexithymia in parents of daughters with eating disorders its relationship with psychopathological and personality variables. *Journal of psychosomatic research*, 55, 553- 560.
- Ghorbani, N., Bing, M. N., Watson, P. J., Davison, H. K., & Mack, D. A. (2002). Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and United-States. *International Journal of psychology*, 37, 297-308.
- Hamidi, S., Rostami, R., Farhoodi, F., Abdolmanafi, A. (2010). A study and comparison of Alexithymia among patients with substance use disorder and normal people. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1367-1370.
- Helmerts, K. F., & Mente, A. (1999). Alexithymia and health behaviors in healthy male volunteers. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 635-645.

- Hintikka, J., Honkalampi, K., Lehtonen, J., & Viinamaki, H. (2001). Are Alexithymia and depression distinct or overlapping construct: a study in a general population. *Comprehensive psychiatry*, 42 (3), 234-239.
- King, D. B. (2008). *Rethinking claims of spiritual intelligence: a definition, model, and measure*. Unpublished Master's Thesis, Trent University, Peterborough, Ontario, Canada.
- Lindsay, J. & Ciarrochi, J. (2009). Substance abusers report being more alexithymic than others but do not show emotional processing deficits on a performance measure of alexithymia. *Addiction Research and Theory*, 17(3), 315-321.
- Lumley, M. A. (1996). Family factors related to alexithymia characteristics. *Psychosomatic Medicine*, 58, 211-216.
- Miller, L., Davies M., Greenwald S. (2000). Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(9), 1190-7.
- Modestin, J., Furrer, R., & Malti, T. (2004). Study on alexithymia in adult non-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 707-709.
- Parker, D. A., Taylor, G. J & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30, 107-115.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Smith, C. (2003). Theorizing religious effects among American adolescents. *Journal for the scientific study of religion*, 42, 17-30.
- Taylor, G. J., Parker, J. D. A., Bagby, M. & Acklin, M. W. (1992). Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 417-424.
- Taylor, G. J. (1994). The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 10, 61-74.
- Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A. & Lyvers, M. (2009). Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. *Addictive Behaviors*, 34, 237-245.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2005). *World Drug Report*. New York: United Nations Publications.
- Whalleya, L. J., Foxa, H. C., Dearyb, I. J. & Starr, J. M. (2005). Childhood IQ, smoking, and cognitive change from age 11 to 64 years. *Addictive Behaviors*, 30, 77-88.
- Wills, T, A & Year, M, A & Sandy, J. (2003). Buffering effects of religiosity for adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(1), 24-31.
- Zohar, D., Marshall, I. (2000). *SQ, connecting with our spiritual intelligence*. New York: Bloomsbury Publishing.