

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

محمد نریمانی<sup>۱</sup>، اصغر پور اسماعلی<sup>۲</sup>

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

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه 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 جمع آوری 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 غیر معتاد 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. **نتیجه گیری:** 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 مسؤول: استاد گروه روان شناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی، پست الکترونیک: narinmani@uma.ac.ir  
۲. کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی

**مقدمه**

صرف مواد و اعتیاد<sup>۱</sup> یکی از معضلات و نگرانی‌های عمدۀ جهان امروز است. از آنجایی که صرف مواد و اعتیاد، اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد، تهدیدی جدی و نگران کننده است. وابستگی و سوءصرف 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، صرف مواد از سوی همسالان و والدین، تکانشگری و شروع زودرس صرف سیگار، اشاره کرد (садوک 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 سوءصرف 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 سیفنهوس<sup>۵</sup> (۱۹۷۳) مطرح شد و اساساً با مشکل در تشخیص و بیان احساسات، خیال‌بافی بسیار کم، سبک شناختی با جهت گیری بیرونی و وابسته به محرك 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 ونظم‌دهی 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 مرتبط،

۸
۸

سال ششم، شماره ۲۲، تابستان ۱۳۹۱  
Vol. 6, No. 22, Summer 2012

1. addiction  
4. Alexithymia

2. Wallace  
5. Sifneos

3. Sadock & Sadock  
6. Taylor

افسردگی (هنتیکا، هنکالامپی، لتونن و ویناماکی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱)، اضطراب (برتز، کونسلی، پترزدیاز و جوونت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹)، روان رنجورخوبی (اسپینا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳)، الکلیسم و سوءصرف مواد، سبک زندگی فاقد تحرک، سوءتغذیه و عادات غذایی نادرست (هلمرز و منت<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹) در ارتباط هستند.

از میان اختلال‌های روانپزشکی مرتبط با ناگویی خلقی، اختلال سوءصرف 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 متهی 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 لا یور<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 کوکاین نمره‌های ناگویی خلقی بالاتری نسبت به گروه کنترل داشتند (کلرو و ویلسون<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۴)، به نقل از کللندر، ماگرا، فوت، روزنام 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 معنی داری وجود دارد (حیدری، رستمی، فرهودی و عبدالمنافی، ۱۳۸۷؛ لیندساو و سیاروچی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۹؛ قلعه بان، ۱۳۸۷). مطالعه هاویلند، هندریکس، شاو و هنری<sup>۱۳</sup> (۱۹۸۸)، به نقل از قلعه بان، (۱۳۸۷) نشان می‌دهد که ناگویی خلقی در الکلی‌هایی 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                          |
| 6. Preverbal                                    | 7. delay action                             |
| 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 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 معنی 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، ۲۰۰۵).

همچنین با توجه به نقش مذهب و احاطه آن بر همه شئون زندگی انسان، مذهب در بازداری فرد از گرایش به مواد مخدر نقش تعیین کننده‌ای دارد (کوک، ۲۰۰۴). در برخی از مطالعات (ویلز، بیر و ساندی، ۲۰۰۳) از مذهب به عنوان سپری در مقابل وابستگی به مواد یاد شده است. مذهب از طریق برقراری یک نظم اخلاقی، تدارک فرصت‌هایی برای به دست آوردن شایستگی‌های یاد گرفته شده و تهیه قوانین اجتماعی، سوءصرف مواد و بهبودی از آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد (اسمیت، ۲۰۰۳). میلر، دیویس و گرینوالد<sup>۴</sup> (۲۰۰۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که نوجوانانی که دین دار نیستند و نمرات پایینی در اندازه گیری میزان فعالیت دینی به دست می‌آورند در مقایسه با نوجوانان دارای سطح بالاتر فعالیت دینی، مصرف و سوءصرف 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>۵</sup> (۲۰۰۸) هوش معنوی میانجی تأثیرات معنویت و ترکیبی از معنویت و هوش است. پس به طور منطقی هوش معنوی نیز باید در اعتیاد و

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 سوءمصرف 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 سوءمصرف 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

1. Toronto alexithymia scale

2. Bagby, Parker & Taylor

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 خلقي است. قربانی، بینگ، واتسون، دویسون 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<sup>۵</sup> ۰/۷۴ و ۰/۷۲ گزارش کرد. در نمره گذاری مقیاس TAS-۲۰، مdestin، Furrer و Malti<sup>۶</sup> (۲۰۰۴) نمرات ۶۰ به بالا را به عنوان ناگویی خلقي و نمرات ۵۲ به پایین را به عنوان غیرناگویی خلقي در نظر گرفته‌اند.

۲- مقیاس خود گزارشی هوش معنوی<sup>۷</sup>: این آزمون توسط کینگ (۲۰۰۸) به منظور اندازه‌گیری 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>۸</sup>، معناسازی شخصی<sup>۹</sup>، هشیاری متعالی<sup>۱۰</sup> و بسط حالت هشیاری<sup>۱۱</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>۱۲</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 قرارداد و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آورد. در پژوهش کینگ آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۸، ۰/۷۸، ۰/۸۷، ۰/۹۱، 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 آورده‌ند.

۱۲
12

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 ۵**

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف	متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف	متغیرها	انحراف	میانگین	انحراف
تفکر وجودی	درمان با نقدانه	۱۲/۱۳	۲/۱۶	معتاد	درمان با متادون	۸/۸۶	۳/۳۱	درمان با متادون	۱۳/۰۰	۱۴/۵۶	۳/۸۲
هشیاری متعالی	درمان با متادون	۱۳/۲۰	۲/۵۵	غیر معتاد	غیر معتاد	۱۴/۳۶	۳/۱۶	بسط حالت	درمان با هشیاری	۱۳/۱۳	۳/۹۹
هوش معنوی	درمان با متادون	۱۳/۴۰	۳/۷۲	معتاد	معتاد	۱۰/۱۳۳	۲/۹۶	احساس‌ها	دشواری تشخیص	۲۱/۱۰	۹/۶۸
دشواری	درمان با متادون	۴۴/۷۳	۷/۲۶	معتاد	غیر معتاد	۲۳/۰۶	۳/۲۲	تفکر برون مدار	درمان با متادون	۲۲/۶۶	۲/۸۴
ناگویی خلقی	درمان با متادون	۶۱/۶۶	۷/۳۸	معتاد	غیر معتاد	۱۷/۴۰	۳/۴۵	غیر معتاد	دشواری	۲۰/۱۰	۹/۲۱
کل	کل	۵۷/۶۶	۵/۶۸	معتاد	معتاد	۲۳/۱۳	۳/۷۶	غیر معتاد	توصیف	۲۲/۶۶	۱۴/۷۰
کل	کل	۵۸/۵۳	۵/۶۸	معتاد	معتاد	۱۷/۴۰	۳/۸۰	غیر معتاد	احساس‌ها	۲۱/۱۰	۹/۶۸
است.		۴۹/۸۳	۶/۱۷	غیر معتاد		-	-	-		-	-

در چارچوب تعیین معنی داری تفاوت میان گروه‌ها (معتاد، افراد تحت درمان با متادون و غیر معتاد) در ناگویی خلقی (وزیر مقیاس‌های آن) و هوش معنوی (وزیر 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 بردسی برابری واریانس‌ها

متغیرها	F آماره	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
تفکربرون مدار	۰/۰۲۳	۲	۸۷	۰/۹۷۸
تفکر وجودی تقاضانه	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 بلامانع 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.

۱۴  
14

سال ششم، شماره ۲۲، تابستان ۱۳۹۱، Vol. 6, No. 22, Summer 2012

### جدول ۳: نتایج آزمون معنی داری واریانس چند متغیره

لامبدای ویلکز	ارزش F	درجه آزادی خطأ	معنی داری	مجذور اتا ( $\Delta^2$ )
کل مقیاس	۰/۴۹۶	۱۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹۴
زیر مقیاس‌ها	۰/۴۲۴	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 معنی‌دار 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	معنی داری مجذور اتا
ناگویی خلقی کل	۲۲۴۸/۰۲	۰/۰۰۱
هوش معنوی کل	۳۵۸۴/۶۲	۰/۰۰۱

همان گونه 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 مجزورات	آماره F	معنی داری	مجزور اتا
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
تفکربرون 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

همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود تفاوت معناداری در تمام زیر مقیاس‌های پژوهشی وجود دارد. برای بررسی تفاوت‌ها در گروه‌های مورد مطالعه از آزمون تعییبی LSD استفاده شد. نتایج نشان داد که در زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساس‌ها، گروه معنادار از گروه‌های تحت درمان متادون و غیرمعنادار نمرات بالاتری گرفتند. همچنین، نمرات گروه تحت درمان متادون از گروه غیرمعنادار بالاتر بود. در زیرمقیاس‌های دشواری در توصیف احساس‌ها، تفکربرون مدار و ناگویی خلقی کل گروه‌های معنادار و تحت درمان متادون نمرات بالاتری نسبت به گروه غیرمعنادار داشتند. در زیرمقیاس تفکر وجودی نقادانه گروه تحت درمان متادون نمرات بالاتری نسبت به گروه معنادار داشتند و تفاوت معناداری بین هیچ یک از گروه‌ها با گروه غیر معنادار به دست نیامد. همچنین، در زیرمقیاس‌های معناسازی شخصی، هشیاری متعالی، بسط حالت هشیاری و هوش معنوی کل هر دو گروه غیرمعنادار و تحت درمان متادون نمرات بالاتری نسبت به گروه معنادار 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 معنادار، 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 معنی داری دارند و همچنین با نتایج یافته‌های کریستال (۱۹۹۷)؛ به نقل از قلعه بان، (۱۳۸۷)، لیندسای و سیاروچی (۲۰۰۹) و قلعه بان (۱۳۸۷) که به نتایج مشابه دست یافتند، هم خوان 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) هم خوان 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 نشان می‌دهند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه‌های جسمانی شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه‌های جسمانی هستند (تیلور، پارکر، باگبی 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 نامتمايز 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 درنهایت ممکن است مصرف مواد به منظور کاهش این علائم و کاستن از میزان اضطراب و افسردگی فرد با ناگویی خلقی بالا

صورت گیرد. جیمیت<sup>۱</sup> (۱۹۹۴، به نقل از قلعه بان، ۱۳۸۷) تاکید می کند که مصرف مواد روان‌گردن مانند خود درمانی با هدف کاهش اضطراب و افسردگی صورت می گیرد. کریستال (۱۹۹۷) معتقد است که افراد معتاد با ناگویی خلقی بالا، هیجان‌های 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 باید و شخص مکرراً درماندگی و استرس در برابر هیجان‌ها را تجربه می کند و به منظور مقابله با این درماندگی‌ها، روش‌های مقابله‌ای ناپاخته چون مصرف مواد را ادامه می دهد (به نقل از قلعه بان، ۱۳۸۷). همچنین، پژوهش‌ها نشان داده است که افراد مبتلا به ناگویی خلقی در شناسایی صحیح هیجان‌ها از چهره دیگران مشکل دارند و ظرفیت آن‌ها برای همدردی با حالت‌های هیجانی دیگران محدود است و این یافته‌ها نشان می دهند که دشواری در برقراری رابطه عاطفی که از مشخصه‌های اصلی ناگویی خلقی هستند می تواند سوء‌صرف مواد را تسهیل کند (پارکر، تیلور و باگبی، ۲۰۰۱).

۱۷

۱۷

سال ششم، شماره ۲۲، تابستان ۱۳۹۱  
Vol. 6, No. 22, Summer 2012

در تبیین تفاوت معنی دار افراد معتاد و افراد تحت درمان با متادون در زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساس‌ها از خرد مقیاس‌های ناگویی خلقی، می‌توان به پژوهش هاویلند و همکارانش (۱۹۸۸، به نقل از قلعه بان، ۱۳۸۷) اشاره کرد. در این بررسی ناگویی خلقی در الکل‌هایی که به تازگی پرهیز را شروع کرده‌اند، با پیشرفت درمان کاهش پیدا می‌کند. آن‌ها چنین نتیجه می‌گیرند که ناگویی خلقی یک واکنش موقعیتی در بسیاری از بیماران است. از این‌رو، احتمالاً چنین نتیجه‌گیری درباره معتادان تحت درمان با متادون نیز صادق است، اما از آنجایی که تنها در یکی از خرد مقیاس‌ها (دشواری در تشخیص احساس‌ها) چنین تفاوتی مشاهده شد می‌توان امیدوار بود که با گذر سیر درمانی افراد معتاد نمرات کمتری در ناگویی خلقی کسب خواهند کرد که این احتمال مستلزم بررسی دقیق‌تر میزان ناگویی خلقی افراد در طول دوران ترک و بعد از ترک افراد معتاد است. همچنین، احتمال دارد که نمره پایین در تشخیص احساس‌ها 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 مؤلفه ها 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 گروه های غیر معتاد و تحت درمان با متادون در هوش معنوی و زیر مؤلفه های آن تفاوت معنی داری مشاهده نشد. هر چند در زمینه هوش معنوی در ارتباط با اعتیاد تحقیقات بسیار کمی صورت گرفته است، اما پژوهش هایی با توجه به دو سازه اصلی هوش معنوی (یعنی هوش و معنویت) در ارتباط با اعتیاد صورت گرفته است که در اینجا بر اساس این پژوهش ها و با در نظر گرفتن ادبیات تحقیق، یافته های این بخش تبیین شده است. به عبارت دیگر، با توجه به نتایج تحقیقات، هوش، مذهب و معنویت در گرایش به اعتیاد نقش دارند و همان طور که بیان شد به عقیده کینگ (۲۰۰۸) هوش معنوی میانجی تأثیرات معنویت و ترکیبی از معنویت و هوش است. پس به طور منطقی هوش معنوی نیز باید در اعتیاد و ادامه دادن فرایند مصرف و یا تصمیم بر ترک آن، نقش تعیین کننده ای داشته باشد؛ چون هر دو سازه هوش و معنویت را در بر گرفته است. در واقع، رشد هوش معنوی باعث می شود تا افراد یک یینش جدید درباره خود داشته و به خود با ثباتی دست یابند؛ علاوه بر این، موجب بالا رفتن اعتماد به نفس می شود و به افراد اجازه می دهد 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 ویژگی هایی، فرایند ترک در افراد معتاد تسهیل می شود. از دید زوهار و مارشال<sup>۱</sup> (۲۰۰۰)، یکی از مؤلفه های 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 تسليم 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 نظام 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 منوع 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 تنفس‌گرهای 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 سوءصرف مواد را پیشگیری کند. چراکه باورهای شناختی افراد متدين نظری 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 متدين 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، به‌طوری 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 شبکهای ارتقاء هوش معنوی و کاهش ناگویی خلقی در فرایند درمان و پیشگیری از عود مجدد در افراد معتاد به موادمخدّر مورد مطالعه قرار گیرد.

## منابع

- حاجی علیزاده، کبری؛ بحرینیان، عبدالمحید؛ نظریری، قاسم و مدرس غروی، مرتضی (۱۳۸۷). مقایسه نگرش‌های ناکارآمد در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد عادی و پیامدهای روانشناختی آن. *فصلنامه علمی سوء مصرف مواد*، ۲(۷)، ۶۷-۷۸.
- حسنی و اجاری، کتایون و بهرامی احسان، هادی (۱۳۸۴). نقش مقابله مذهبی در خوشبختی معنوی در تبیین سلامت روان. *مجله روان‌شناسی*، 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 روانپژوهشکی علوم رفتاری روانپژوهشکی بالینی. ترجمه حسن رفیعی، فرزین رضاعی (۱۳۸۷)، تهران: انتشارات ارجمند.
- سهرابی، فرامرز (۱۳۸۷). مبانی هوش معنوی. *فصلنامه سلامت روان*، ۱، ۱۴-۱۸.
- قلعه‌بان، مريم (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 اولسروروز و مقایسه آن با افراد غیر معتاد. پایان نامه کارشناسی ارشد. چاپ نشده، انسیتو روانپژوهشکی تهران.

۲۱

۲۱

- 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.
- Berthoze, 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.
- Helmers, 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 Yourk: United Nations Publications.
- Whalley, 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.