

## رابطه هوش هیجانی و مکانیزمهای دفاعی با اعتیاد

# The Relationship between Emotional Intelligence, Defence Mechanisms and Addiction

Saeed Akbari Zardkhaneh  
M. A. in Clinical Psychology

Reza Rostami, PhD  
University of Tehran

دکتر رضا رستمی  
استادیار دانشگاه تهران

سعید اکبری زردخانه  
کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

Mostafa Zarean  
M. A. in Clinical Psychology

مصطفی زارعان  
کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

### Abstract

The Emotional Intelligence Scale (Beshart, 2007), Defense Style Questionnaire (Andrews, Singh, & Bond, 1993), and Addiction Acknowledgment Scale (Weed et al, 1992) were administered to a random selection of 296 Tehran university students. Findings demonstrated a negative relationship between total emotional intelligence scores, emotional perception subscale, and addiction acknowledgment. Controlling for emotional intelligence and its component effects, a significant relationship between mature and immature defense mechanisms and addiction acknowledgment was negative and positive respectively. Controlling for defense mechanisms, there were negative relationships between emotional intelligence, its emotional perception component, and addiction acknowledgment. It can be concluded that, emotional intelligence construct can be a strong mediator of the relationship between emotional characteristics and addition acknowledgment.

**Key words:** emotional intelligence, defense mechanisms, addiction.

Contact information: Akbari76ir@yahoo.com

### چکیده

مقیاس هوش هیجانی (بشارت، ۲۰۰۷)، پرسشنامه سبک دفاعی (اندروز، سینگ، و باند، ۱۹۹۳) و مقیاس پذیرش اعتیاد (AAS؛ وید و دیگران، ۱۹۹۲)، در ۲۹۶ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران با انتخاب تصادفی اجرا شد. نتایج نشان دادند که بین نمره‌های کل هوش هیجانی، زیرمقیاس ادراک هیجانی و پذیرش اعتیاد رابطه منفی معنادار وجود دارد. با کنترل اثر هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن، بین مکانیزمهای دفاعی رشد یافته و رشد نایافته و پذیرش اعتیاد به ترتیب رابطه منفی و مثبت معنادار مشاهده شد. اما با کنترل اثر مکانیزمهای دفاعی، هوش هیجانی، مؤلفه ادراک هیجانی و پذیرش اعتیاد رابطه منفی داشتند. بنابراین، سازه هوش هیجانی می‌تواند نقش متغیر میانجی نیرومند بین ویژگیهای هیجانی با پذیرش اعتیاد داشته باشد.

**واژه‌های کلیدی:** هوش هیجانی، مکانیزمهای دفاعی، پذیرش اعتیاد.

received : 9 Sep 2007

دریافت : ۸۶/۶/۱۹

accepted : 9 Mar 2008

پذیرش : ۸۶/۱۲/۱۹

## مقدمه

یکی از موضوعهای اساسی در ارتباط با سلامت جوانان، مصرف مواد است (ولت، بارنس، هافمن و دینچف، ۱۹۹۹؛ گرکین و شر، ۲۰۰۶؛ بن ساک و دیگران، ۲۰۰۶؛ هانگ و دیگران، ۲۰۰۶). میزان مصرف مواد در نوجوانان و جوانان روز به روز افزایش می‌یابد و برای کنترل این امر لازم است در برنامه‌های پیشگیری و درمان از روی آوردهای جدید بهره گرفته شود (هانگ و دیگران، ۲۰۰۶؛ ایسرالوویتزا و راسون، ۲۰۰۶).

دلایل گوناگونی برای روی آوردن به مصرف مواد ذکر شده‌اند: برخی از افراد در پی پذیرفته شدن در جامعه هستند و بعضی دیگر بدین وسیله سعی می‌کنند خود را رشد یافته‌تر<sup>۱</sup> نشان دهند (جسور، ۱۹۸۴). جامعه و اطرافیان نیز متقابلاً در افزایش مصرف مواد نقش دارند. در برخی از گروههای اجتماعی، مصرف مواد شرط پذیرفته شدن از سوی دیگران است. این نکته براساس پژوهشهایی که نشان داده‌اند پیشنهاد مصرف از سوی دوستان باعث افزایش مصرف مواد می‌شود، تأیید شده است (کنراد، فلاوی و هیل، ۱۹۹۲).

عاداتهای سوء مصرف مواد به متغیرهای روان‌شناختی از جمله ویژگیهای شخصیتی و سطح هوشی فرد نیز بستگی دارد (هامپسون، اندروز، بارکلی، لیختن اشتاین و لی، ۲۰۰۶؛ هاراکها، شلتا، وریسب، راتگر و انگلسا، ۲۰۰۶؛ والیا، فوکسا، دیریپ و استار، ۲۰۰۵؛ فین و هال، ۲۰۰۴). پژوهشها نشان داده‌اند افرادی که نمی‌توانند برانگیختگیهای<sup>۲</sup> خود را مهار کنند به احتمال زیاد مصرف‌کننده دایمی مواد می‌شوند (دوران، مک چارگ و کوهن، ۲۰۰۷). همچنین نوجوانانی که تنوع‌طلب<sup>۳</sup> و تحریک‌جو<sup>۴</sup> هستند، بیشتر به دنبال مواد می‌روند (ون نورینگ و اورلاند، ۱۹۸۵؛ ویلز، واکارو و مک نمارا، ۱۹۹۴). مروری بر پژوهشهای انجام شده در زمینه سطح هوش افراد وابسته به مواد نیز نشان داده است که عملکرد شناختی و سطح هوش اغلب این افراد پایین‌تر

از میانگین است (والیا و دیگران، ۲۰۰۵؛ فین و هال، ۲۰۰۴).

در سالهای اخیر، هوش هیجانی به‌عنوان یکی از متغیرهای روان‌شناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است (به‌عنوان مثال گلمن، ۱۹۹۵؛ شاته و دیگران، ۱۹۹۸؛ مه‌یر، کاروسو و سالووی، ۲۰۰۰). شواهد زیادی نشان می‌دهند که هوش هیجانی با موفقیت یا عدم موفقیت فرد در حوزه‌های مختلف زندگی مرتبط است (شاته، مالو، تورستنسون، بولار و روک، ۲۰۰۷؛ جین و سین‌ها، ۲۰۰۵؛ جاکوبس و دیگران، ۲۰۰۸). با این حال پژوهشهای اندکی به بررسی ارتباط هوش هیجانی با سوءمصرف مواد پرداخته‌اند (برای مثال پارکر، تیلور، استابروک، شل و وود، ۲۰۰۸).

سطح پایین هوش هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجانها و مدیریت آنهاست، در شروع مصرف مواد نقش دارد (گلمن، ۱۹۹۵؛ پارکر و دیگران، ۲۰۰۸). هنگامی که فرد برای مصرف مواد از سوی همسالان تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت مؤثر هیجانها به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های هوش هیجانی، خطر مصرف را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجانها باعث می‌شود که فرد در موقعیتهایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند. افرادی که هوش هیجانی بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آنها فشارهای ناخواسته همسالان را درک و هیجانهای خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (ترینیداد و جانسون، ۲۰۰۲). در مقابل کسانی که هوش هیجانی پایینی دارند، برای مقابله با هیجانهای منفی خود، عموماً به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (ترینیداد، آنگر، چو و جانسون، ۲۰۰۴).

سازه ناگویی خلقی<sup>۵</sup> که شامل تخریب سه حوزه بازشناسی<sup>۶</sup>، پردازش<sup>۷</sup> و ابراز احساسها<sup>۸</sup> است، یکی از نزدیکترین مفاهیم به هوش هیجانی است (تایلور و باگی،

1. matured  
2. impulse  
3. novelty seeking

4. sensation seeking  
5. alexithymia  
6. recognition

7. processing  
8. emotional expression

ابتلا به اختلالهای روانی نیز در این افراد بالاست (نیکل و اگل، ۲۰۰۶). بنابراین، به نظر می‌رسد سبک دفاعی می‌تواند نقش مهمی در آسیبهای روانی و گرایش افراد به مصرف مواد داشته باشد.

در مجموع، اهمیت قابل ملاحظه هوش هیجانی و مکانیزمهای دفاعی در آسیب‌شناسی روانی برجسته نشده است. بنابراین، بررسی رابطه این متغیرها با اعتیاد، می‌تواند در درمان اختلالهای سوءمصرف مواد، نقشی مؤثر داشته باشد.

با توجه به مطالب فوق، در پژوهش حاضر پرسشهای زیر مطرح شده‌اند: (۱) آیا بین هوش هیجانی و مکانیزمهای دفاعی با پذیرش اعتیاد رابطه وجود دارد؟ (۲) کدامیک از مؤلفه‌های هوش هیجانی و مکانیزمهای دفاعی پذیرش اعتیاد را پیش‌بینی می‌کند؟

## روش

مطالعه حاضر از نظر هدف یک پژوهش بنیادی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها، یک پژوهش توصیفی (پس‌رویدادی) است. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دختر و پسر مشغول به تحصیل در دانشگاه تهران در سال تحصیلی ۱۳۸۵-۱۳۸۶ بود. ۲۹۶ دانشجو (۱۹۱ دختر و ۱۰۵ پسر) با میانگین سنی ۲۱/۶ به صورت تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. برای تعیین نمونه ابتدا کلیه دانشکده‌های دانشگاه تهران به گروههای آموزشی علوم انسانی، فنی و مهندسی، علوم پایه و هنر تقسیم شد. سپس از بین دانشکده‌های هر گروه آموزشی، دو دانشکده (به‌استثنای گروه هنر)، انتخاب و با مراجعه به این دانشکده‌ها، انتخاب تصادفی کلاسها صورت گرفت. در هر کلاس از دانشجویان خواسته شد که ابزارهای پژوهش را تکمیل کنند. جهت گردآوری داده‌ها، از ابزارهای زیر استفاده شد:

• **مقیاس پذیرش اعتیاد<sup>۱</sup> (AAS)** دارای ۱۳ ماده است که توسط وید<sup>۲</sup> و دیگران (۱۹۹۲) نقل از گراهام،

۲۰۰۰؛ بشارت، ۲۰۰۸). ناگویی خلقی با مصرف الکل (کللند، ماگورا، فوت، روزبنلام و کوسانکه، ۲۰۰۵؛ رسوم، لاهیج، دولدر، جانگ و جانسن، ۲۰۰۴) و نیز با مصرف فزاینده مواد در مردان مرتبط است (هلمرز و منت، ۲۰۰۰؛ بشارت، ۲۰۰۸). این یافته‌ها نشان می‌دهند که دشواری در بازشناسی هیجانها و نارسایی در برقراری رابطه عاطفی با دیگران که از مشخصه‌های اصلی ناگویی خلقی هستند، منجر به سوءمصرف مواد در افراد می‌شوند (پارکر، تیلور و باگی، ۲۰۰۱).

مروری بر یافته‌های موجود در زمینه هوش هیجانی و ناگویی خلقی نشان می‌دهد که احتمالاً یکی از دلایل اصلی گرایش افراد به مصرف مواد، مشکلات و کاستیهای وسیع در حوزه هیجانهاست. نارسا کنش‌وریه‌های<sup>۱</sup> هیجانی در رویارویی افراد با حوادث تنیدگی‌زا از هسته‌های اساسی آسیب‌شناسی روانی است که در دیدگاه روان تحلیل‌گری، با عنوان مکانیزمهای دفاعی صورت‌بندی شده است. به عبارت دیگر، برای مقابله با فراخوانی هیجانهای مختلف، افراد از الگوها و سبکهای دفاعی خاصی استفاده می‌کنند (اسپیلبرگر و ریهایزر، ۲۰۰۶؛ دیویدسون، مک‌گریگور، جانسون، وودی و چاپلین، ۲۰۰۴). با مطرح‌شدن مکانیزمهای دفاعی در ادبیات پژوهشی، تقسیم‌بندیهای متفاوت و متعددی برای آنها ارائه شده است. در یکی از تقسیم‌بندیها، مکانیزمهای دفاعی را به صورت طیفی از رشدیافتگی<sup>۲</sup> تا رشدنا یافتگی<sup>۳</sup> در نظر گرفته و از این حیث، آنها را به سه گروه رشدیافته، روان‌آزرده<sup>۴</sup> و رشدنا یافته تقسیم کرده‌اند (اندروز<sup>۵</sup>، پالاک<sup>۶</sup> و استوارت<sup>۷</sup>، ۱۹۸۹ نقل از مارتینی، روما، سارتی، لینگیاردی و باند، ۲۰۰۴).

یافته‌ها نشان داده‌اند افرادی که به سمت مصرف مواد کشیده می‌شوند، بیشتر از مکانیزمهای دفاعی رشدنا یافته استفاده می‌کنند (بالیک، سالیوان، کارتر و جویس، ۱۹۹۷). این افراد در موقعیتهای تنیدگی‌زا، از به‌کارگیری مکانیزمهای دفاعی مؤثر و کارآمد ناتوان هستند و به رفتارهای برانگیخته و مخرب مانند مصرف مواد روی می‌آورند. میزان

1. dysfunctions  
2. maturity  
3. immaturity

4. neurotic  
5. Andrews, D. A.  
6. Pollock, G. A.

7. Stewart, R. B.  
8. Addiction Acknowledgment Scale  
9. Weed, N. C.

خود مانده<sup>۲۰</sup>، انکار<sup>۲۱</sup>، جابجایی<sup>۲۲</sup>، تفرق<sup>۲۳</sup>، دو پاره‌سازی<sup>۲۴</sup>، مدلل‌سازی<sup>۲۵</sup> و بدنی‌سازی<sup>۲۶</sup> است. ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های هریک از سبک‌های رشدیافته، رشدنیافته و روان‌آزرده فرم فارسی در یک نمونه دانشجویی به ترتیب برابر با ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۴ بودند که مبین همسانی درونی<sup>۲۷</sup> رضایتبخش برای فرم ایرانی پرسشنامه سبک‌های دفاعی است. ضریب بازآزمایی<sup>۲۸</sup> پرسشنامه سبک‌های دفاعی نیز ۰/۸۲ به دست آمد (بشارت، شریفی و ایروانی، ۱۳۸۰). اجرای همزمان این پرسشنامه و فهرست دلبستگی بزرگسالان<sup>۲۹</sup> (AAI) نشان‌دهنده ارتباط بین سبک‌های دلبستگی و سبک‌های دفاعی است. بدین معنا که افراد دارای دلبستگی ایمن از سبک‌های دفاعی رشد یافته بیشتر و افراد دارای سبک‌های دلبستگی ناایمن از سبک‌های دفاعی رشدنیافته بیشتر بهره می‌گیرند (بشارت و دیگران، ۱۳۸۰).

• **مقیاس هوش هیجانی**<sup>۳۰</sup> شامل ۳۳ ماده است که توسط شاته و دیگران (۱۹۹۸) براساس مدل هوش هیجانی مهیر و سالووی (۱۹۹۰، ۱۹۹۷) ساخته شده است. این مقیاس سه مقوله توانایی‌های سازشی شامل ادراک<sup>۳۱</sup> هیجانی، نظم‌جوئی<sup>۳۲</sup> هیجانی و به‌کارگیری<sup>۳۳</sup> هیجانی را در مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از نمره یک (کاملاً مخالف) تا نمره پنج (کاملاً موافق) می‌سنجد. اعتبار این مقیاس به روش ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ (گیگانک، پالمر، مانوچا و استوگ، ۲۰۰۵؛ شاته و دیگران، ۱۹۹۸) و ضریب بازآزمایی آن به فاصله دو هفته، ۰/۷۸ گزارش شده است (شاته و دیگران، ۲۰۰۷). روایی<sup>۳۴</sup> مقیاس هوش هیجانی نیز از طریق سنجش همبستگی آن با سازه‌های مرتبط، کافی گزارش شده است (آستین، ساکلوفسکی،

۲۰۰۰) برای اندازه‌گیری تمایل به پذیرش مصرف الکل و داروهای مخدر ساخته شده است. کرمیرزا (۱۳۷۸) آلفای کرونباخ این مقیاس را برابر با ۰/۷۵ و رستمی، نصرت‌آبادی و محمدی (۱۳۸۶)، برابر با ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. اعتبار<sup>۱</sup> این ابزار نیز در فاصله زمانی دو هفته، برای مردان و زنان به ترتیب برابر با ۰/۸۹ و ۰/۸۴ گزارش شده است (گراهام، ۲۰۰۰). ضریب همبستگی این مقیاس با مقیاس تجدیدنظر شده الکلیسم مک اندرو<sup>۲</sup> (MAC-R)، ۰/۷۶ و همسانی درونی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است (آفاقی، ۱۳۸۰). تحلیل حساسیت<sup>۳</sup> (SA) و تحلیل ویژگی دریافت‌کنندگی عملی<sup>۴</sup> (ROC) این ابزار در جامعه دانشجویی نیز مناسب گزارش شده است (رستمی و دیگران، ۱۳۸۶). صادقی فیروزآبادی (۱۳۸۶) ضرایب همبستگی مقیاس AAS با فهرست غربال‌گری غیرمستقیم سوءمصرف مواد<sup>۵</sup> (SASSI-3)، را در جمعیت غیرمعتاد و معتاد به ترتیب ۰/۵۶ و ۰/۷۰ گزارش کرده است.

• **پرسشنامه سبک دفاعی**<sup>۶</sup> (اندروز، سینگ و باند، ۱۹۹۳) دارای ۴۰ سؤال است که در مقیاس لیکرت ۹ نقطه‌ای (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف)، ۲۰ نوع مکانیزم دفاعی را برحسب سه سبک دفاعی رشدیافته، روان‌آزرده و رشدنیافته می‌سنجد. سبک دفاعی رشدیافته شامل مکانیزم‌های والایی‌گرایی<sup>۷</sup>، شوخ‌طبعی<sup>۸</sup>، پیش‌بینی<sup>۹</sup> و حذف<sup>۱۰</sup> است. مکانیزم‌های مربوط به سبک دفاعی روان‌آزرده عبارتند از: امحاء<sup>۱۱</sup>، دیگر دوستی کاذب<sup>۱۲</sup>، آرمانی‌سازی<sup>۱۳</sup> و تشکل‌واکنشی<sup>۱۴</sup>. سبک دفاعی رشد نیافته شامل فرافکنی<sup>۱۵</sup>، پرخاشگری فعل‌پذیر<sup>۱۶</sup>، به‌عمل درآوری<sup>۱۷</sup>، مجزاسازی<sup>۱۸</sup>، نارزنده‌سازی<sup>۱۹</sup>، خیالپردازی در

- |                                       |                        |                                  |
|---------------------------------------|------------------------|----------------------------------|
| 1. reliability                        | 13. idealization       | 25. rationalization              |
| 2. McAndrew Alcoholism Scale-R        | 14. reaction formation | 26. somatization                 |
| 3. Sensitivity Analysis               | 15. projecion          | 27. internal consistency         |
| 4. Receptive Operation Characteristic | 16. passive aggressive | 28. test-retest coffeicient      |
| 5. Substance Abuse Subtle Screening   | 17. acting out         | 29. Adult Attachment Inventory   |
| 6. Defense Style Questionnaire        | 18. isolation          | 30. Emotional Intelligence Scale |
| 7. sublimation                        | 19. devaluation        | 31. perception                   |
| 8. humor                              | 20. autistic fantasy   | 32. regulation                   |
| 9. anticipation                       | 21. denial             | 33. utilization                  |
| 10. suppression                       | 22. displacement       | 34. validity                     |
| 11. undoing                           | 23. dissociation       |                                  |
| 12. pseudo-altruism                   | 24. splitting          |                                  |

آشکار کرد (بشارت، ۲۰۰۷). داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS و با بهره‌گیری از تحلیل ضریب همبستگی پیرسون و ضریب همبستگی جزئی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

ابتدا جهت بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش، ضرایب همبستگی محاسبه شدند (جدول ۱). نتایج نشان می‌دهند که پذیرش اعتیاد با مکانیزمهای دفاعی رشد یافته و مؤلفه‌های هوش هیجانی (به‌استثنای به‌کارگیری هیجانی) رابطه منفی و با مکانیزم دفاعی رشدنا یافته رابطه مثبت معنادار دارد. همچنین بین مؤلفه‌های هوش هیجانی نیز روابط معنادار و مستقیم وجود دارد.

هانگ و مک‌کنی، ۲۰۰۴؛ شاته و دیگران، ۱۹۹۸). در فرم فارسی این مقیاس آلفای کرونباخ پرسشهای آن در مورد یک نمونه ۴۴۲ نفری از دانشجویان از ۰/۸۸ تا ۰/۹۱ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب آزمون است. ضریب آزمون - بازآزمون کل مقیاس ۰/۷۵ و زیر-مقیاسهای نظم‌جوئی هیجانها، وحدت‌بخشی هیجانها و ارزیابی هیجانها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۶۹ و ۰/۷۱ گزارش شده است (بشارت، ۲۰۰۷). همبستگی حاصل از اجرای همزمان این مقیاس با ناگویی خلقی تورنتو<sup>۱</sup> (TAS؛ باگی<sup>۲</sup> پارکر<sup>۳</sup> و تیلور<sup>۴</sup>، ۱۹۹۴)، فهرست سلامت روانی<sup>۵</sup> (MHI؛ ویت<sup>۶</sup> و وار<sup>۷</sup>، ۱۹۹۳) و بهزیستی روانی<sup>۸</sup> (PWB؛ ریف<sup>۹</sup>، ۱۹۹۹) به ترتیب برابر با ۰/۵۷، ۰/۷۹، ۰/۳۷- بود. تحلیل عاملی نیز وجود ۳ عامل در این ابزار را

جدول ۱: ماتریس همبستگی متغیرهای هوش هیجانی، مکانیزمهای دفاعی و پذیرش اعتیاد

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. پذیرش اعتیاد	—						
۲. رشد یافته	۰/۲۲**	—					
۳. روان آزوده	۰/۰۶	۰/۳۴**	—				
۴. رشد نایافته	۰/۱۲*	۰/۰۷	۰/۲۷**	—			
۵. ادراک هیجانی	۰/۲۸**	۰/۴۳**	۰/۲۰**	۰/۰۸	—		
۶. نظم‌جوئی هیجانی	۰/۱۵*	۰/۳۶**	۰/۲۴**	۰/۱۰	۰/۴۴**	—	
۷. به‌کارگیری هیجانی	۰/۰۸	۰/۳۴**	۰/۲۴**	۰/۰۶	۰/۴۷**	۰/۴۶**	—
۸. هوش هیجانی (کل)	۰/۲۴**	۰/۴۷**	۰/۲۸**	۰/۰۲	۰/۷۵**	۰/۸۹**	۰/۶۶**

\*\* P کوچکتر از ۰/۰۱

\* P کوچکتر از ۰/۰۵

جدول ۲: مشخصه‌های تحلیل رگرسیون همزمان پذیرش اعتیاد به تفکیک

هوش هیجانی کل و مؤلفه‌های آن

متغیر	R <sup>۲</sup>	F	β	t	سطح معناداری
هوش هیجانی کل	۰/۰۶	۱۸	۰/۲۴	-۴/۲۴	۰/۰۰۰۱
ادراک هیجانی			۰/۱۲	-۵/۴۴	۰/۰۰۰۱
نظم‌جوئی هیجانی	۰/۱۱	۳۳/۸۴	۰/۰۱	-۰/۶۲	۰/۵۳
به‌کارگیری هیجانی			۰/۰۴	۱/۶۱	۰/۱۱

1. Toronto Alexithymia Scale  
2. Bagby, R. M.  
3. Parker, J. D.

4. Taylor, G. J.  
5. Mental Health Inventory  
6. Veit, C. T.

7. Ware, J. E.  
8. Psychological well-being  
9. Ryff, C. D.

مکانیزم دفاعی روان آزرده نتوانست میزان این تبیین را بیشتر کند (جدول ۳).

جدول ۳: مشخصه‌های تحلیل رگرسیون همزمان پذیرش اعتیاد براساس مکانیزمهای دفاعی

مؤلفه	R <sup>۲</sup>	F	β	t	سطح معناداری
رشد یافته			-۰/۰۴	-۳/۷۰	۰/۰۰۰۱
رشد نیافته	۰/۰۷	۶/۷۹	۰/۰۱	۲/۳۴	۰/۰۲
روان آزرده			-۰/۰۰۴	-۰/۳۷	۰/۷۱

به منظور تعیین اثر اختصاصی هر یک از متغیرهای هوش هیجانی و مکانیزمهای دفاعی بر پذیرش اعتیاد، ضرایب همبستگی جزئی هر یک از مؤلفه‌های متغیرهای هوش هیجانی با پذیرش اعتیاد پس از کنترل همبستگیهای جزئی انواع مکانیزمهای دفاعی صورت گرفت (جدول ۴).

در مرحله بعد برای بررسی این سؤال که آیا هوش هیجانی توانائی پیش‌بینی پذیرش اعتیاد را دارد، از روش تحلیل رگرسیون همزمان<sup>۱</sup> استفاده شد. نتایج نشان دادند هوش هیجانی کلی می‌تواند در حدود ۶ درصد از واریانس پذیرش اعتیاد را تبیین کند. (جدول ۲) در ادامه برای مشخص کردن اینکه کدام یک از مؤلفه‌های هوش هیجانی دارای نقش بیشتری در تبیین واریانس پذیرش اعتیاد است؛ رگرسیون همزمان براساس مؤلفه‌های هوش هیجانی صورت گرفت (جدول ۳).

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهند از بین مؤلفه‌های هوش هیجانی، فقط ضریب مؤلفه ادراک هیجانی معنادار است و حدود ۱۱ درصد از واریانس پذیرش اعتیاد را تبیین می‌کند ( $P < ۰/۰۰۱$ ).

اجرای تحلیل رگرسیون همزمان براساس مکانیزمهای دفاعی نیز نشان داد که ضرایب مکانیزمهای دفاعی رشد یافته و رشد نیافته معنادار هستند و روی هم حدود ۷ درصد از واریانس پذیرش اعتیاد را تبیین می‌کنند و

جدول ۴: ضرایب همبستگی جزئی مؤلفه‌های هوش هیجانی و پذیرش اعتیاد با کنترل مکانیزمهای دفاعی

مکانیزمهای دفاعی	ادراک هیجانی	نظم‌جویی	به‌کارگیری هیجانی	هوش هیجانی (کل)
رشد یافته	-۰/۲۶*	-۰/۰۷	-۰/۰۳	-۰/۱۶*
روان آزرده	-۰/۳۳*	-۰/۱۴*	-۰/۰۷	-۰/۲۳*
رشد نیافته	-۰/۳۱*	-۰/۱۶*	-۰/۰۹	-۰/۲۵*

\*\* P کوچکتر از ۰/۰۱

نشان داد.

برای پی‌بردن به اینکه در نتیجه کنترل مؤلفه‌های هوش هیجانی رابطه بین مکانیزمهای دفاعی با پذیرش اعتیاد چگونه است، ضرایب همبستگی مکانیزمهای دفاعی و پذیرش اعتیاد با کنترل اثر مؤلفه‌های هوش هیجانی محاسبه شد (جدول ۵).

یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهند که پس از کنترل مؤلفه‌های هوش هیجانی، بین مکانیزمهای دفاعی روان-آزرده با پذیرش اعتیاد رابطه وجود ندارد؛ در حالی که

جدول ۴ نشان می‌دهد که با کنترل و حذف اثر مکانیزمهای دفاعی رشد یافته، پذیرش اعتیاد با هوش هیجانی و مؤلفه ادراک هیجانی رابطه معکوس معنادار دارد. کنترل اثر مکانیزمهای دفاعی روان آزرده نیز رابطه معکوس پذیرش اعتیاد با هوش هیجانی و مؤلفه‌های ادراک هیجانی و تنظیم هیجانی را مشخص کرد. همچنین رابطه معکوس معنادار بین کنترل مکانیزمهای دفاعی رشد نیافته، هوش هیجانی و مؤلفه‌های ادراک هیجانی و تنظیم هیجانی رابطه معکوس معنادار با پذیرش اعتیاد را

دیگران، ۱۹۹۷).

در تعیین رابطه هر یک از متغیرهای هوش هیجانی و مکانیزمهای دفاعی در پذیرش اعتیاد، یافته‌های این پژوهش نشان دادند که با کنترل اثر مکانیزمهای دفاعی، نمره کلی هوش هیجانی و مؤلفه ادراک هیجانی با پذیرش اعتیاد رابطه منفی دارد. از میان زیرمقیاسهای هوش هیجانی و مکانیزمهای دفاعی، زیر مقیاس ادراک هیجانی دارای همبستگی قویتری با پذیرش اعتیاد است. بنابراین می‌توان گفت توانایی ایجاد تمایز و بازشناسی هیجانها و عواطف، نقش تعیین‌کننده‌ای در گرایش افراد به مصرف مواد دارد. ادراک هیجانی هم شامل احساسها و عواطف خود فرد و هم شامل درک و فهم هیجانهای دیگران است. این عواطف و هیجانها به صورت کلامی و غیر کلامی ابراز می‌شوند. بنابراین برای ارزیابی و درک درست از هیجانهای خود و دیگران، لازم است هم نسبت به عناصر کلامی و هم غیر کلامی تجربه هیجانی حساس باشیم. از دیگر مؤلفه‌های ادراک هیجانی، توانایی نامگذاری عواطف است که بازشناسی و ایجاد تمایز بین هیجانهای مختلف را تسهیل می‌کند. براساس یافته‌های پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد کسب مهارت‌ها و توانایی‌های مرتبط با این بخش از هوش هیجانی، می‌تواند به عنوان یک عامل محافظت‌کننده در برابر پذیرش مصرف مواد باشد.

در مورد عدم وجود رابطه منفی معنادار بین مؤلفه‌های نظم‌جویی هیجانی و به‌کارگیری هیجانها با پذیرش اعتیاد می‌توان به دو نکته اشاره کرد؛ نخست اینکه ادراک هیجانی نقش اساسی‌تری در گرایش و آغاز سوء مصرف مواد دارد و دوم اینکه به نظر می‌رسد برای تبیین درگیر شدن افراد در رفتارهای پر خطر مرتبط با مصرف مواد باید بیشتر به نقش تعاملی مؤلفه‌های هوش هیجانی که در قالب نمره کلی هوش هیجانی تبلور می‌یابد، توجه داشت تا به نقش جداگانه مؤلفه‌ها، چرا که براساس مبانی نظری، هوش هیجانی را باید به عنوان یک فرایند درهم تنیده پردازش اطلاعات دانست که شامل مراحل مختلف درونشده<sup>۱</sup>، پردازش<sup>۲</sup> و برونشده<sup>۳</sup> است (سالووی،

بین مکانیزمهای دفاعی رشدیافته و رشدنیافته با متغیر پذیرش اعتیاد به ترتیب رابطه معکوس و مستقیم معنادار مشاهده می‌شود.

جدول ۵: ضرایب همبستگی جزئی مکانیزمهای دفاعی و پذیرش اعتیاد با کنترل مؤلفه‌های هوش هیجانی

مؤلفه‌های هوش هیجانی	رشد یافته	روان‌آزرده	رشدنیافته
ادراک هیجانی	*-۰/۱۲	-۰/۰۱	-۰/۱۰
نظم‌جویی هیجانی	*-۰/۱۸	۰/۰۲	*-۰/۱۴
به‌کارگیری هیجانی	*-۰/۲۰	-۰/۰۴	*-۰/۱۳
هوش هیجانی (کل)	*-۰/۱۳	۰/۰۱	*-۰/۱۳

\* P کوچکتر از ۰/۰۵ \*\* P کوچکتر از ۰/۰۱

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که هوش هیجانی با پذیرش اعتیاد رابطه منفی دارد. بنابراین می‌توان گفت افرادی که در رفتارهای مصرف مواد درگیر شده‌اند، هوش هیجانی پایین‌تری دارند. به عبارت دیگر این افراد در توجه به اطلاعات هیجانی، ادراک صحیح آنها، پردازش درست و مدیریت مطلوب هیجانها در روابط بین فردی با دشواریهایی مواجه هستند. این دشواریها باعث می‌شوند تا فرد در رویارویی با موقعیتهای تنیدگی‌زای زندگی توانایی تحلیل، تصمیم‌گیری و انتخاب رفتار صحیح را از دست بدهد و به سوی رفتارهای سازش‌نیافته کشیده شود. در این مفهوم می‌توان سوء مصرف مواد را به عنوان یک مکانیزم دفاعی رشدنیافته در نظر گرفت که افراد با هوش هیجانی پایین در مواجهه با موقعیتهای مشکل به آن متوسل می‌شوند. نتایج این بخش با یافته‌های پژوهشهای ترینیداد و دیگران (۲۰۰۴)، ترینیداد و جانسون (۲۰۰۲)، گلن (۱۹۹۵) و پارکر و دیگران، (۲۰۰۸) همسویی دارد. همچنین یافته‌های مربوط به رابطه مکانیزمهای دفاعی با پذیرش اعتیاد، با نتایج پژوهشهای پیشین در این زمینه همسو هستند (اسپیلبرگر و ریهایزر، ۲۰۰۶؛ دیویدسون و دیگران، ۲۰۰۴؛ بالیک و

مهیر، گولدمن، تروی و پالفای، ۱۹۹۵؛ مایر، روبرتز و بارساد، ۲۰۰۸).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند که با کنترل اثر هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن، بین مکانیزمهای دفاعی با پذیرش اعتیاد رابطه معنادار مشاهده نمی‌شود؛ اگرچه در برخی از پژوهشها (مانند بالیک و دیگران، ۱۹۹۷) به نتایج معنادار دست یافته‌اند. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت بین هوش هیجانی با مکانیزمهای دفاعی از نظر مفهومی، مشابهت‌ها و همپوشیهایی وجود دارد و هر دو مفهوم به نوعی برخاسته از توجه و تأکید متخصصان بر مقوله بهداشت و سلامت هیجانی هستند. پس این سازه‌ها به دلیل چارچوب مفهومی مشابه، احتمالاً مقوله واحدی را ارزیابی می‌کنند. با این تفاوت که روی آورد مکانیزمهای دفاعی سنتی‌تر و قدیمی‌تر از نارسا کنش-وریهی هیجانی است و تاریخچه مفهومی هوش هیجانی به زحمت به دو دهه می‌رسد.

در این پژوهش نیز سعی شده تا به سودمندی و کارایی این دو چهارچوب نظری در یک مطالعه یکپارچه توجه شود. یافته‌ها در مجموع نشان دادند که در مقایسه با روی آورد سنتی مکانیزمهای دفاعی، سازه هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن بهتر می‌توانند رابطه ویژگیهای هیجانی با پذیرش اعتیاد را تبیین کنند.

با توجه به اینکه مصرف مواد و مشکلات مربوط به آن از عوامل متعدد فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی ناشی می‌شود، بنابراین به نظر می‌رسد بررسی اعتیاد در پرتو دو عامل هوش هیجانی و مکانیزمهای دفاعی، توانایی کنترل همه جانبه متغیرهای مداخله‌گر را ندارد و می‌توان احتمال داد که نتایج پژوهش حاضر از عوامل مذکور تأثیر پذیرفته باشند.

ماهیت پیچیده مشکلات مرتبط با اعتیاد، ضرورت به کارگیری شیوه‌های پژوهشی چندبعدی و سازمان یافته در این خصوص را نشان می‌دهد. بنابراین، پژوهشهایی که بتوانند عوامل مؤثر بر اعتیاد را در یک سطح وسیع کنترل و مطالعه کنند، بیشتر راهگشا خواهند بود.

## منابع

- آفاقی، ح. (۱۳۸۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس تجدید نظر شده اعتیاد مک اندرو. پایان نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع.، شریفی، م.، و ایروانی، م. (۱۳۸۰). بررسی رابطه سبکهای دلبستگی و مکانیزمهای دفاعی. *مجله روان‌شناسان ایرانی*، ۵، ۲۷۷-۲۸۹.
- رستمی، ر.، نصرت آبادی، م.، و محمدی، ف. (۱۳۸۶). بررسی مقدماتی دقت تشخیصی مقیاسهای AAS، MAC-R و APS. *پژوهشهای روانشناختی*، ۲ (۱ و ۱۰)، ۱۱-۲۸.
- صادقی فیروزآبادی، و. (۱۳۸۶). بررسی پایایی و روایی فهرست غربالگری غیرمستقیم سوءمصرف مواد، ویرایش سوم (SASSI-3). پایان نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- کردمیرزا، ع. (۱۳۷۸). *هنجاریابی آزمون APS (مقیاس آمادگی اعتیاد) به منظور شناسایی افراد مستعد سوءمصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاههای تهران*. پایان نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 4, 264-256.
- Austin, E. J., Saklofske, D. H., Haung, S. H., & McKenney, D. (2004). Measurement of trait emotional intelligence: Testing and cross-validating a modified version of Schutte et al. (1998) measure. *Personality and Individual Differences*, 38, 555-562.
- Besharat, M. A. (2007). Psychometric properties of Farsi version of the Emotional Intelligence Scale-41 (FFIS-41). *Personality and Individual Differences*, 43, 991-1000.
- Beshart, M. A. (2008). Assessing reliability and validity of the Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale in a sample of substance-using pati-



- nality and psychopathology* (3rd ed). New York: Oxford University Press.
- Grekin, E. R., & Sher, K. J. (2006).** Alcohol dependence symptoms among college freshmen: Prevalence, stability, and person-environment interactions experimental and clinical psychopharmacology. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *14*, 329-338.
- Hampson, S. E., Andrews, J. A., Barckley, M., Lichtenstein, E., & Lee, M. E. (2006).** Personality traits, perceived risk, and risk-reduction behaviors: A further study of smoking and Radon. *Health Psychology*, *25*, 530-536.
- Harakeha, Z. T., Scholtea, H. J., Vriesb, H., Rutger, M. E., & Engelsa, (2006).** Association between personality and adolescent smoking. *Addictive Behaviors*, *31*, 232-245.
- Helmers, K., & Mente, A. (1999).** Alexithymia and health behaviours in healthy male volunteers. *Journal of Psychometric Research*, *47*, 635-645.
- Huang, B., Grant, B. F., Dawson, D. A., Stinson, F. S., Chou, S. P., Saha, T. D., Goldstein, R. B., Smith, S. M., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2006).** Race ethnicity and the prevalence and co-occurrence of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (4th ed.), Edition, alcohol and drug use disorders and Axis I and II disorders: United States, 2001 to 2002. *Comprehensive Psychiatry*, *47*, 252-257.
- Isralowitza, R., & Rawson, R. (2006).** Gender differences in prevalence of drug use among high risk adolescents in Israel. *Addictive Behaviors*, *31*, 355-358.
- ents. *Psychological Reports*, *102*, 259-270.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Carter, F. A., & Joyce, P. R. (1997).** Lifetime comorbidity of alcohol dependence in women with bulimia nervosa. *Addictive Behaviors*, *22*, 437-446.
- Cleland, C., Magura, S., Foote, J., Rosenblum, A., & Kosanke, N. (2005).** Psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for substance users. *Journal of Psychosomatic Research*, *58*, 299-306.
- Conrad, K. M., Flay, B. R., & Hill, D. (1992).** Why children start smoking cigarettes: Predictors of onset. *British Journal of Addiction*, *87*, 1711-1724.
- Davidson, K. W., McGregor, M. W., Johnson, E. A., Woody, E. Z., & Chaplin, W. F. (2004).** The relation between defense use and adaptive behavior. *Journal of Research in Personality*, *38*, 105-129.
- Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L. (2007).** Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, *32*, 90-98.
- Finn, P. R., & Hall, J. (2004).** Cognitive ability and risk for alcoholism: Short-term memory capacity and intelligence moderate personality risk for alcohol problems. *Journal of Abnormal Psychology*, *113*, 569-581.
- Giganc, G. E., Palmer, B. R. H., Manocha, R., & Stough, C. (2005).** An examination of the factor structure of the schutte self-report emotional intelligence (SSREI) scale. *Personality and Individual Differences*, *39*, 1029-1042.
- Goleman, D. (1995).** *Emotional intelligence*. New York: Bantam Books.
- Graham, J. R. (2000).** *MMPI-2: Assessing perso-*

- dual Differences*, 30, 107-115.
- Parker, J. D., Taylor, R. N., Eastabrook, J. M., Schell, S. L., & Wood, L. M. (2008).** Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 45, 174-180.
- Rossum, L., Laheij, R., Doelder, M., Jong, C., Jansen, J. (2004).** Prevalence of gastrointestinal symptoms in alcoholics and the relationship with alexithymia. *Psychiatry Research*, 129, 107-112.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995).** Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Schutte, N. S., Malou, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N., & Rooke, S. E. (2007).** A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42, 921-933.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., & Dornheim, L. (1998).** Development and validation of the measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, 167-177.
- Spielberger, C. D., & Reheiser, E. C. (2006).** Psychological defense mechanisms, motivation and the use of tobacco. *Personality and Individual Differences*, 41, 1033-1043.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2000).** An overview of
- Jacobs, M., Snow, J., Geraci, M., Meena Vythingam, M., Blair, R. J., Charney, D. S., Pine, D. S., & Blair, K. S. (2008).** Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 87, 9-24.
- Jain, A. K., & Sinha, A. K. (2005).** General health in organizations: Relative relevance of emotional intelligence, trust, and organizational support. *International Journal of Stress Management*, 12, 257-273.
- Jessor, R. (1984).** Adolescent development and behavioral health. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 69-90). New York: John Wiley & Sons.
- Martini, P. S., Roma, P., Sarti, S., Lingiardi, V., & Bond, M. (2004).** Italian version of the Defense Style Questionnaire. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 483-494.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2000).** Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298.
- Mayer, J. D., Roberts, R. D., & Barsade, S. G. (2008).** Human abilities: Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*, 59, 507-536.
- Nickel, R., & Egle, U. T. (2006).** Psychological defense styles, childhood adversities and psychopathology in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 30, 157-170.
- Parker, D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2001).** The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30, 107-115.

- Welte, J. W., Barnes, G. M., Hoffman, J. H., & Dintcheff, B. A. (1999).** Trends in adolescent alcohol and other substance use: Relationships to trends in peer, parent, and social influences. *Substance Use & Misuse, 34*, 1427-1449.
- 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., Vaccaro, D., & McNamara, G. (1994).** Novelty seeking, risk taking, and related constructs as predictors of adolescent substance use: An application of Cloninger's theory. *Journal of Substance Abuse, 6*, 1-20.
- the alexithymia construct. In: R. Bar-On and J. D. A. Parker (Eds), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 40-67). Jossey-Bass, San Francisco.
- Trinidad, D. R., & Johnson, C. A. (2002).** The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and individual differences, 32*, 95-105.
- Trinidad, D. R., Unger, J. B., Chou, C. P., & Johnson, A. (2004).** The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. *Personality and Individual Differences, 36*, 945-954.
- Von Knorring, L., & Oreland, L. (1985).** Personality trait and platelet monoamine oxidase in tobacco smokers. *Psychological Medicine, 15*, 323-334.