

مقایسه سبک‌های دفاعی من در افراد مبتلا به اختلال جسمانی‌سازی، اضطرابی و افراد عادی

تاریخ دریافت: ۹۳/۶/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱/۲۴

کمیل زاهدی تجریشی*، محمدعلی بشارت**

چکیده

مقدمه: تمایز قائل شدن میان افراد مبتلا به اختلال جسمانی‌سازی و اضطرابی همواره مورد توجه روانشناسان بالینی بوده است. هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه سبک‌های دفاعی من در بین افراد مبتلا به اختلال‌های جسمانی‌سازی، اضطرابی و افراد عادی بود.

روش: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام افراد مبتلا به اختلال‌های جسمانی‌سازی و اضطرابی مراجعه کننده به کلینیک‌های دولتی و خصوصی سطح شهر تهران در سال ۱۳۹۱ و همچنین افراد عادی ساکن این شهر بود. برای دستیابی به این هدف، ۹۰ نفر (۳۰ بیمار جسمانی‌سازی، ۳۰ بیمار اضطرابی و ۳۰ نفر از افراد عادی) از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ) پاسخ دادند. افراد گروه عادی علاوه بر مقیاس نامبرده به مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS-21) نیز پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌های پژوهش حاضر، از شاخص‌های آمار توصیفی، تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) و آزمون تعقیبی استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان دادند که اختلاف میانگین نمرات سبک دفاعی رشدنا یافته بین هر سه گروه معنادار بود. علاوه بر این، میانگین نمرات سبک‌های دفاعی رشدیافته و نورو تیک نیز بین گروه‌های افراد عادی، بیماران اضطرابی و جسمانی‌سازی دارای تفاوت معنادار بودند. البته سبک‌های دفاعی رشدیافته و نورو تیک میان گروه‌های بیماران اضطرابی و جسمانی‌سازی تفاوت معناداری نداشتند.

نتیجه‌گیری: بر اساس این نتایج می‌توان از بررسی سبک‌های دفاعی برای تمیز اختلالات اضطرابی و جسمانی‌سازی استفاده کرد. به عبارت دیگر، سبک‌های دفاعی من باید کانون توجه بالینی در درمان اختلالات جسمانی‌سازی و اضطرابی قرار گیرند.

واژه‌های کلیدی: اختلالات اضطرابی، اختلال جسمانی‌سازی، سبک‌های دفاعی من

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد می باشد.

komeil.zahedi@ut.ac.ir

besharat@ut.ac.ir

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

** نویسنده مسئول: استاد، گروه روان‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

مقدمه

سبک‌های دفاعی فرآیندهای خودکار خودتنظیمی^۱ هستند، که با هدف کاهش تناقضات شناختی و تغییرات ناگهانی در واقعیات بیرونی و درونی، و به وسیله تحریف ادراک‌های فرد از رویدادهای تهدیدکننده، عمل می‌کنند [۱، ۲]. به عبارت دیگر سبک‌های دفاعی، مجموعه عملیاتی هستند که ارگانسیم برای محافظت از خود در مقابل تکانه‌ها و عواطف انجام می‌دهد. مکانیسم‌های دفاعی به‌عنوان دسته‌ای از عملیات ذهنی تعریف شده‌اند که افکار، تکانه‌ها و آرزوهای غیرقابل قبول را به منظور حفاظت از افراد در برابر اضطراب فزاینده، برای افزایش حرمت‌خود یا برای حفاظت از یکپارچگی خود، بیرون از حوزه هشیاری فرد نگاه می‌دارند. همچنین سبک‌های دفاعی به‌عنوان قسمتی از عملکرد شخصیت به‌نحار محسوب می‌شوند، اما استفاده فزاینده و نامناسب از دفاع‌های خاص، می‌تواند به آسیب روانی منجر گردد [۳]. در DSM-IV-TR نیز مکانیسم‌های دفاعی به‌عنوان «فرآیندهای خودکار روانشناختی، که از افراد در برابر اضطراب و یا عوامل فشارزای درونی و بیرونی محافظت می‌کنند، تعریف شده‌اند [۴].

فروید^۲ (۱۹۲۳) سبک‌های دفاعی^۳ فرد را که شامل استفاده مکرر وی از مجموعه مشخصی از سبک‌های دفاعی مرتبط به یکدیگر می‌شوند، مورد توجه قرار داد و آن را اصلی‌ترین متغیر برای تبیین پویایی و کنش‌وری شخصیت و آسیب‌شناسی روانی معرفی نمود. فروید معتقد بود که این مکانیسم‌ها، اضطراب ناشی از تعارضات درون‌روانی حاصل از سائق‌های لذت‌گرا را کاهش می‌دهند [۵]. علی‌رغم تغییرات و ویرایش‌های صورت گرفته در دیدگاه تحلیل روانی، مفهوم سبک‌ها و فرآیندهای دفاعی همچنان پابرجا باقی مانده و مطالعات نشان‌دهنده افزایش مجدد علاقه پژوهشگران به حوزه سبک‌های دفاعی و متغیرهای مرتبط با آن است [۶، ۷، ۸، ۹].

سبک‌های دفاعی که مسئول حفاظت از من^۴ در برابر انواع مختلف اضطراب هستند، می‌توانند با توجه به چگونگی استفاده از آن‌ها در محیط، کارآمد یا ناکارآمد باشند. اندروز،

سینگ، و باند^۵ (۱۹۹۳) سه سبک دفاعی اصلی را بر مبنای بیست سبک دفاعی که توسط وایلنت مطرح شده بود، طبقه‌بندی نمودند. این سه سبک دفاعی به صورت سبک-های «رشدیافته»^۶، «نورتیک»^۷، و «رشدنیافته»^۸ نامگذاری شدند [۱۰]. سبک دفاعی رشدیافته، روش طبیعی، سازش-یافته، و کارآمد مقابله را نشان می‌دهد و با سلامت جسمانی و روانی بیشتر، رابطه دارد [۱، ۲]. سبک‌های رشدنیافته و نورتیک، ممکن است پیامد راهبردهای سازش‌یافته و ناکارآمد در نظر گرفته شوند و با شاخص‌های منفی سلامت مانند افسردگی و اختلالات شخصیت در ارتباط هستند [۱۱، ۱۲]. اضطراب یک حالت خلقی است که با هیجان منفی شدید در پاسخ به رویدادها و یا موقعیت‌های تهدیدکننده (خواه واقعی باشند و یا تصویری) مشخص می‌شود. اضطراب پدیده‌ای بسیار پیچیده است و از طریق سه سیستم پاسخ-دهی مرتبط با یکدیگر، ابراز می‌گردد: سیستم‌های جسمانی، شناختی و رفتاری. اضطراب می‌تواند ارزش سازگارانه داشته باشد و در حقیقت، سطوح متوسط اضطراب، منجر به افزایش عملکرد می‌شود و عبور از گذارهای رشدی را تسهیل می‌کند. در هر حال، از آنجایی که همه افراد در بعضی از موقعیت‌ها دچار اضطراب می‌شوند و اضطراب نیز در برخی از دوره‌های رشدی خاص به‌نحار است، تفکیک اضطراب به‌نحار از نابه‌نحار (یا اختلالات اضطرابی) اغلب دشوار است. سبک‌های دفاعی من می‌توانند منجر به اجتناب از اضطراب شوند ولی اگرچه اجتناب منجر به آسودگی موقت از علائم اضطراب می‌گردد، ممکن است باعث ایجاد آسیب در چندین حوزه زندگی شود [۱۳].

دیدگاه تحلیل روانی، جسمانی‌سازی را به‌عنوان فرآیندی ناهشیار که منجر به استفاده ناسازگارانه از سبک‌های دفاعی می‌شود، مفهوم‌سازی می‌کند. پیشینه پژوهش مملو از تجارب بالینی و سوابق بیمارانی است که از تظاهرات بدنی برای نشان دادن ناراحتی‌های هیجانی‌شان استفاده می‌کنند. در هر حال، این مفهوم پیچیده و از لحاظ تجربی غیر قابل بررسی است البته این مسئله نمی‌تواند نقش احتمالی این سبک‌ها را، حداقل در مورد بعضی افراد، در اختلال

5. Andrews, Singh, Bond

6. mature

7. neurotic

8. immature

1. self regulation

2. Freud

3. defense styles

4. ego

تجربی نشانگر ارتباط میان استفاده از سبک‌های دفاعی مختلف و سلامت روانشناختی و جسمانی هستند [۱۶]. استفاده از سبک‌ها و سبک‌های دفاعی انطباقی، موجب سلامت بیشتر روانشناختی و جسمانی می‌گردد [۲، ۱۷، ۱۸]، در حالی که استفاده از سبک‌ها و سبک‌های دفاعی غیرانطباقی، با شاخص‌های منفی سلامتی مانند افسردگی و اختلالات شخصیت مرتبط است [۱۱، ۱۷، ۱۹]. دسته دوم پژوهش‌هایی هستند که تغییر در سبک‌های دفاعی را در جریان درمان اختلالات مختلف مانند افسردگی، یا اضطراب بررسی می‌نمایند. نتایج پژوهش‌های دسته دوم حاکی از آن است که در جریان درمان موفقیت آمیز هر یک از اختلالات، دفاع‌های رشدنیافته و نورتیک به سمت دفاع‌های رشدیافته تغییر می‌کنند [۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵].

هدف اصلی پژوهش حاضر شناسایی ویژگی‌ها و کنش‌وری‌های سبک‌های دفاعی من در بین بیماران مبتلا به اختلال‌های جسمانی‌سازی، اضطرابی و افراد عادی است.

با توجه به هدف پژوهش و ملاحظات نظری و یافته‌های پژوهشی موجود، فرضیه پژوهش به شرح زیر است:

* سبک‌های دفاعی من در بیماران جسمانی‌سازی، بیماران اضطرابی، و افراد عادی متفاوت هستند.

روش

طرح پژوهش: طرح کلی پژوهش حاضر با توجه به هدف آن که مقایسه سبک‌های دفاعی من در بیماران جسمانی‌سازی، اضطرابی و افراد عادی است، از نوع علی-مقایسه‌ای^۴ محسوب می‌شود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام بیماران مبتلا به اختلالات جسمانی‌سازی و اختلالات اضطرابی مراجعه کننده به کلینیک‌های دولتی و خصوصی سطح شهر تهران در سال ۱۳۹۱ و همچنین افراد عادی ساکن این شهر بود. برای انتخاب نمونه، اعضای گروه بیمار پژوهش از میان افرادی که بعد از اجرای مصاحبه بالینی ساختار یافته اختلالات محور یک (SCID-I) بر اساس DSM-IV توسط روانپزشک یا روانشناس بالینی، دارای اختلالات اضطرابی (هراس اجتماعی یا وسواس فکری-عملی) و یا اختلال جسمانی‌سازی تشخیص داده می‌شدند،

جسمانی‌سازی نادیده بگیرد. پژوهشگران معتقدند که در مبتلایان به جسمانی‌سازی، نوعی سازه شخصیتی مرتبط با پیامدهای درمانی وجود دارد که ممکن است به طور معنی-داری با دیگر شکایات جسمانی کارکردی نیز رابطه داشته باشد. این سازه شخصیتی، سبک مقابله سرکوب‌گر^۱ نام دارد و به عنوان نوعی سبک مستعدساز^۲ که تجارب هیجان‌های منفی را انکار می‌کند، تعریف می‌شود [۱۴]. هنگامی که افراد دارای سبک مقابله سرکوب‌گر در موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب قرار می‌گیرند، تمایل دارند تا تفاوتی را میان برانگیختگی فیزیولوژیک واقعی و برانگیختگی‌ای که خود گزارش می‌دهند، تجربه کنند. بنابراین، روش مقابله آنها نوعی خودفریبی^۳ محسوب می‌شود. آنها نمی‌خواهند دیگران را تحت تأثیر قرار دهند، اما تمایل دارند تا سوگیری خوش‌بینانه زیادی را، در رابطه با سلامت روانی و جسمانی خود داشته باشند و یا به عبارت دیگر، نوعی خیال آسب ناپذیری دارند [۱۵].

اگرچه افرادی که دارای سبک مقابله سرکوب‌گر هستند، ناراحتی‌های جسمی و روانی کمتری را گزارش می‌کنند، اما آنها سطوح بالای برانگیختگی فیزیولوژیک را از خود بروز می‌دهند. احتمالاً این برانگیختگی فیزیولوژیک، در ایجاد اختلال جسمانی‌سازی دخیل است. عده‌ای از پژوهشگران معتقدند که افراد دارای سبک مقابله سرکوب‌گر، خطرهای مرتبط با سلامتی بیشتری را تجربه می‌کنند و نسبت به درمان‌های پزشکی و روانشناختی شکایات جسمی، دیرتر پاسخ خواهند داد. نکته مهمتر این که، افرادی با چنین سبک مقابله‌ای، از پردازش اطلاعات منفی درباره خودشان خودداری می‌کنند. بنابراین، اگرچه آنها ممکن است اختلال جسمانی‌سازی را تجربه کنند، اما یا آن را گزارش نمی‌کنند و یا به طور کامل از آن آگاه نیستند [۱۴].

علی‌رغم قدمت مفهوم سبک‌های دفاعی در روان‌شناسی، پژوهش‌های انجام شده در این زمینه چندان سازمان‌یافته نیستند. با این حال، پژوهش‌های انجام شده در زمینه سبک‌های دفاعی را می‌توان به دو دسته عمده تقسیم کرد. دسته اول آن‌هایی که به مقایسه سبک‌های دفاعی میان دو یا چند گروه مختلف می‌پردازند. برای مثال یافته‌های

1. repressive coping style
2. dispositional style
3. self-deceptive

4. causal-comparative

ابزار

۱- پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ): پرسشنامه سبک‌های دفاعی یک ابزار ۴۰ سوالی است که در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) بیست مکانیسم دفاعی را بر حسب سه سبک دفاعی رشد یافته، نوروتیک و رشد نیافته می‌سنجد. سبک دفاعی رشد یافته شامل مکانیسم‌های والایش، شوخ‌طبعی، پیش‌بینی و فرونشانی است. مکانیسم‌های مربوط به سبک دفاعی نوروتیک عبارتند از: ابطال، نوع‌دوستی کاذب، آرمانی‌سازی و واکنش متضاد. سبک دفاعی رشد نیافته نیز از دوازده مکانیسم دفاعی به این شرح تشکیل شده است: فرافکنی، پرخاشگری نافع، عملی‌سازی، مجزاسازی، نارزنده‌سازی، خیال‌پردازی اوتیستیک، انکار، جابجایی، تفرق، دوپارگی، دلیل تراشی و بدنی‌سازی. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از سبک‌های دفاعی رضایت‌بخش توصیف شده‌اند [۱۰].

ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه سبک‌های دفاعی در چندین پژوهش، که در خلال سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۵ در نمونه‌های بیمار ($n=423$) و بهنجار ($n=1397$) انجام شده‌اند، مورد بررسی و تأیید قرار گرفته‌اند [۲۴، ۲۵]. در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از زیر مقیاس‌های پرسشنامه سبک‌های دفاعی برای سبک رشد یافته از $0/83$ تا $0/94$ ، برای سبک رشد نیافته از $0/81$ تا $0/92$ و برای سبک نوروتیک از $0/79$ تا $0/91$ به دست آمد. این ضرایب که همه در سطح $P < 0/001$ معنادار هستند، همسانی درونی زیرمقیاس‌های پرسشنامه سبک‌های دفاعی را تأیید می‌کنند. پایایی بازآزمایی پرسشنامه سبک‌های دفاعی برای نمونه‌های بیمار ($n=107$) و بهنجار ($n=248$) در دو نوبت با فاصله‌های ۲ تا ۶ هفته برای سبک رشد یافته از $0/73$ تا $0/87$ ، برای سبک رشد نیافته از $0/71$ تا $0/84$ و برای سبک نوروتیک از $0/69$ تا $0/78$ به دست آمد. این ضرایب که همه در سطح $P < 0/001$ معنادار هستند، پایایی بازآزمایی پرسشنامه سبک‌های دفاعی را تأیید می‌کنند.

روایی همگرا^۱ و تشخیصی (افتراقی)^۱ نسخه فارسی پرسشنامه سبک‌های دفاعی از طریق اجرای همزمان

انتخاب شد. تعداد نمونه اولیه پژوهش حاضر ۱۰۵ نفر بود که پس از حذف موارد نامعتبر که به صورت ناقص به مقیاس‌های پژوهش پاسخ داده بودند، به ۹۰ نفر (۳۰ نفر مبتلا به اختلال جسمانی‌سازی، ۳۰ نفر مبتلا به اختلالات اضطرابی، ۳۰ نفر افراد عادی) تقلیل یافت. این نمونه شامل ۴۵ نفر زن (۱۵ نفر مبتلا به اختلال جسمانی‌سازی، ۱۵ نفر مبتلا به اختلالات اضطرابی و ۱۵ نفر افراد عادی) و ۴۵ نفر مرد (۱۵ نفر مبتلا به اختلال جسمانی‌سازی، ۱۵ نفر مبتلا به اختلالات اضطرابی و ۱۵ نفر افراد عادی) بود که از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج پژوهش، انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: مبتلا بودن به اختلالات اضطرابی یا اختلال جسمانی‌سازی، مراجعه برای نخستین بار (به منظور کنترل اثر درمان‌های دارویی یا روان‌درمانی) و دامنه سنی ۶۵-۱۸ سال. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: ابتلا به بیماری‌های جسمی شدید (مانند سرطان و MS)، ابتلا به سایر اختلالات روانی همزمان با اختلالات اضطرابی یا جسمانی‌سازی، و مصرف طولانی مدت داروهای روانپزشکی.

در هنگام تشکیل گروه‌های مورد بررسی در پژوهش حاضر، سعی شد تا نمونه براساس متغیرهای سن ($F=4/54$ ، $p=0/58$)، جنس ($X^2=0/09$ ، $p=0/96$)، و سطح تحصیلات ($X^2=0/74$ ، $p=0/81$) همتا شوند. علاوه بر این، افراد عادی علاوه بر پرسشنامه سایر گروه‌های مورد مطالعه، به مقیاس افسردگی اضطراب‌استرس (DASS-21) نیز پاسخ دادند، تا فقدان اختلالات روانی جدی در آن‌ها مشخص شود. افرادی که نمرات آن‌ها در این پرسشنامه از نقاط برش تجاوز کرد، از نمونه پژوهش کنار گذاشته شدند. برای تحلیل داده‌های پژوهش حاضر، از شاخص‌های آمار توصیفی مانند درصد، فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. در قسمت شاخص‌های آمار استنباطی، تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA)، و آزمون تعقیبی مورد استفاده قرار گرفتند. تمامی شاخص‌های ذکر شده، با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۸ محاسبه شدند.

آزمودنی‌ها و مقایسه نمره‌های دو گروه جمعیت عمومی و بالینی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت [۲۷]. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس با نمره‌های افسردگی بک، اضطراب بک، عواطف منفی و درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار از ۰/۴۴ تا ۰/۶۱ ($P < ۰/۰۰۱$) و با عواطف مثبت و بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار از ۰/۴۱ تا ۰/۵۸ ($P < ۰/۰۰۱$) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان، همگرا و تشخیصی مقیاس افسردگی اضطراب استرس را تأیید می‌کنند.

روند اجرای پژوهش: به منظور جمع‌آوری نمونه و اجرای پرسشنامه‌های پژوهش، به تعداد زیادی از بیمارستان‌ها و مراکز درمانی روانپزشکی و روان‌شناسی واقع در شهر تهران مراجعه شد. سرانجام از میان این مراکز درمانی، مسئولین بخش روان‌تنی بیمارستان امام خمینی (ره)، مرکز مشاوره دانشگاه تهران، و یک کلینیک تخصصی روان‌شناسی واقع در میدان ونک، آمادگی خود را جهت همکاری اعلام کردند. قبل از اجرای پرسشنامه‌ها، هدف از پژوهش برای افراد توضیح داده می‌شد و پس از کسب رضایت آن‌ها، پرسشنامه‌ها در اختیار ایشان قرار می‌گرفت. از آنجایی که به علت ماهیت اختلال جسمانی‌سازی، اکثر افراد مبتلا دارای سطح سواد پایین یا فاقد سواد لازم بودند، سوالات برای همه افراد نمونه خوانده شد تا سوگیری در این زمینه به وجود نیاید. همچنین گروه افراد عادی از میان همراهان بیماران و یا کارکنان سایر بخش‌های مراکز درمانی که از لحاظ سن، جنس، و سطح تحصیلات مشابه با افراد مورد بررسی بودند، انتخاب شدند.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به سبک‌های دفاعی من، اضطراب، افسردگی و استرس را به تفکیک گروه شرکت کنندگان نشان می‌دهد.

مقیاس سلامت روانی^۲، مقیاس مشکلات بین شخصی^۳، زیر مقیاس‌های نورزگرایی^۴ و برونگرایی^۵ مقیاس شخصیتی NEOPI-R^۶، مقیاس درجه بندی حرمت خود، مقیاس خودکارآمدی^۷، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو و فهرست عواطف مثبت و منفی^۸ در مورد نمونه‌های مختلف از دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. [۲۶، ۲۵].

۲- مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS-21): مقیاس افسردگی اضطراب استرس^۹ یک آزمون ۲۱ سوالی است که علائم افسردگی، اضطراب و استرس را در مقیاس چهار درجه‌ای از نمره ۰ تا ۳ می‌سنجد [۲۷]. این آزمون از سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس تشکیل شده است. نمره فرد در هر مقیاس بر حسب هفت گویه مختص آن مقیاس سنجیده می‌شود. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش نشانه‌های عواطف منفی محسوب می‌شود و پایایی و روایی آن در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است [۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰].

بشارت (۱۳۸۴) ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در مورد نمره نمونه‌هایی از جمعیت عمومی ($n=۲۷۸$) برای افسردگی، ۰/۸۵ برای اضطراب، ۰/۸۹ برای استرس و ۰/۹۱ برای کل مقیاس گزارش کرده است [۲۷]. این ضرایب در خصوص نمره نمونه‌های بالینی ($n=۱۹۴$) برای افسردگی، ۰/۹۱ برای اضطراب، ۰/۸۷ برای استرس و ۰/۹۳ برای کل مقیاس گزارش شده است. این ضرایب، همسانی درونی مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در حد خوب تأیید می‌کنند. روایی همزمان، همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس افسردگی اضطراب استرس از طریق اجرای همزمان مقیاس افسردگی بک^{۱۰}، مقیاس اضطراب بک^{۱۱}، فهرست عواطف مثبت و منفی^{۱۲} و مقیاس سلامت روانی در مورد

1. discriminant
2. Mental Health Inventory
3. Inventory of Interpersonal Problems
4. neuroticism
5. extraversion
6. NEO Personality Inventory-Revised
7. Self-Efficacy Scale
8. Positive and Negative Affect Scedule
- 9 . Depression Anxiety Stress Scale (DASS)
10. Beck Depression Inventory
11. Beck Anxiety Scale

12. Positive and Negative Affect Schedule

جدول ۱) شاخص‌های توصیفی مربوط به سبک‌های دفاعی من، اضطراب، افسردگی و استرس به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

بیماران جسمانی‌سازی				بیماران اضطرابی				افراد عادی				میانگین
میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر	
۶/۶۷	۰/۸۴	۴/۷۵	۸/۳۸	۴/۵۸	۰/۸۳	۲/۷۵	۶	۴/۵۸	۰/۸۳	۲/۷۵	۶	سبک دفاعی رشدیافته
۴/۳۲	۰/۹۳	۲/۲۵	۶/۶۳	۵/۶۲	۱/۱۲	۳/۱۳	۷/۶۳	۵/۶۲	۱/۱۲	۳/۱۳	۷/۶۳	سبک دفاعی نورتیک
۳/۴۲	۰/۵۸	۲/۴۶	۵/۱۷	۴/۵۱	۰/۹۸	۲/۶۷	۷/۱۷	۴/۵۱	۰/۹۸	۲/۶۷	۷/۱۷	سبک دفاعی رشدنیافته
۴	۴/۹۲	۰	۱۵	-	-	-	-	-	-	-	-	افسردگی
۱/۶۰	۲/۱۵	۰	۱۸	-	-	-	-	-	-	-	-	اضطراب
۳/۵۰	۴/۱۱	۰	۱۷	-	-	-	-	-	-	-	-	استرس

پیش‌فرض‌های آن توسط آزمون‌های باکس و لوین مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/اکواریانس به درستی رعایت شده است ($F=۱/۶۹$ ، $P=۰/۰۶$ ، $BOX=۳۴/۲۱$). در ادامه فرضیه همگنی واریانس‌ها نیز مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۲ آمده است.

بر اساس اطلاعات مندرج در این جدول، میانگین نمرات سبک دفاعی رشدیافته در افراد عادی بیشتر از سایر گروه‌ها است با این وجود میانگین نمرات سبک‌های دفاعی نورتیک و رشدنیافته در گروه بیماران جسمانی‌سازی بیشتر از سایر گروه‌ها است.

برای بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. پیش از استفاده از این روش ابتدا

جدول ۲) نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس گروه‌ها

متغیر	F	df صورت	df مخرج	سطح معناداری
سبک دفاعی رشدیافته	۲/۰۷	۲	۸۷	۰/۱۳۲
سبک دفاعی نورتیک	۰/۸۲	۲	۸۷	۰/۴۴۵
سبک دفاعی رشدنیافته	۲/۶۹	۲	۸۷	۰/۰۷۴

بر اساس اطلاعات مندرج در جدول ۲، به دلیل معنادار نبودن F در هیچ کدام از متغیرهای مورد بررسی، فرضیه همگنی واریانس گروه‌ها در مورد هر سه سبک دفاعی تأیید شد. بنابراین اجرای تحلیل واریانس چندمتغیری بلامانع است.

جدول ۳) نتایج تحلیل واریانس چند متغیری تفاوت کلی سبک‌های دفاعی من در گروه‌ها

اثر/شاخص	آماره ملاک	ارزش آماره	F	df فرضیه	df خطا	p	اندازه اثر (مجذور اتا)
گروه	پیلای	۱/۰۲	۳۰/۲۷	۶	۱۷۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۶	۴۲/۳۴	۶	۱۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	هتلینگ	۴/۰۵	۵۶/۷۳	۶	۱۶۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷

می‌دهند که سه گروه حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معنادار دارند. آزمون پیگیری در جدول ۴ آمده است.

اطلاعات جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که هر سه شاخص آماره ملاک آزمون در مورد تفاوت گروه‌ها از لحاظ متغیر سبک‌های دفاعی معنادار شده است. این اطلاعات نشان

جدول ۴) نتایج تحلیل واریانس چند متغیری تفاوت سبک‌های دفاعی من در گروه‌ها

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر (مجذور اتا)
سبک دفاعی رشدیافته	۱۰۹/۱۷	۲	۵۴/۵۸	۶۶/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰
سبک دفاعی نورتیک	۴۳/۰۱	۲	۲۱/۵۰	۲۱/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۳
سبک دفاعی رشدنیافته	۱۰۸/۲۸	۲	۵۴/۱۴	۹۳/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸

بر اساس اطلاعات مندرج در جدول ۴، میان گروه‌های مورد بررسی در زمینه هر سه سبک دفاعی رشدیافته، نورتیک و رشدنیافته تفاوت معنادار وجود دارد. برای مشخص شدن جزئیات تفاوت‌ها و مقایسه دو به دو گروه‌ها از آزمون تعقیبی بانفرونی استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵) نتایج آزمون بانفرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها در زیرمقیاس‌های سبک‌های دفاعی من

متغیر	گروه مرجع	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
سبک دفاعی رشدیافته	عادی	اضطرابی	۲/۱۰*	۰/۲۳	۰/۰۰۱
	اضطرابی	جسمانی‌سازی	۲/۵۱*	۰/۲۳	۰/۰۰۱
سبک دفاعی نورتیک	عادی	اضطرابی	-۱/۳۰*	۰/۲۳	۰/۲۳۰
	اضطرابی	جسمانی‌سازی	-۱/۵۸*	۰/۲۶	۰/۰۰۱
سبک دفاعی رشدنیافته	عادی	اضطرابی	-۱/۰۹*	۰/۱۹	۰/۸۲۱
	اضطرابی	جسمانی‌سازی	-۲/۶۷*	۰/۱۹	۰/۰۰۱
		جسمانی‌سازی	-۱/۵۷*	۰/۱۹	۰/۰۰۱

* معناداری در سطح $P < ۰/۰۵$

بر اساس داده‌های جدول ۵، اختلاف میانگین نمرات سبک دفاعی رشدنیافته بین هر سه گروه معنادار است. علاوه بر این، میانگین نمرات سبک‌های دفاعی رشدیافته و نورتیک نیز بین گروه‌های افراد عادی، بیماران اضطرابی و جسمانی‌سازی دارای تفاوت معنادار بودند. البته سبک‌های دفاعی رشدیافته و نورتیک میان گروه‌های بیماران اضطرابی و جسمانی‌سازی تفاوت معناداری نداشتند.

برای تفسیر این یافته‌ها می‌توان از دو جهت به رابطه اختلالات روانی و استفاده از سبک‌های دفاعی نگریست. در قسمت اول می‌توان اختلال روانی را مقدم بر استفاده از سبک‌های دفاعی ناسازگار در نظر گرفت. کرامر^۱ معتقد است که افراد دارای اختلالات روانی مانند اختلالات اضطرابی و جسمانی‌سازی، مشکلات بیشتری را در تنظیم تکانه‌ها و هیجان‌هایشان تجربه می‌کنند و بنابراین می‌توان انتظار استفاده از سبک‌های دفاعی رشدنیافته و نورتیک بیشتری را از آن‌ها داشت [۲۰]. از سوی دیگر می‌توان استفاده از سبک‌های دفاعی ناسازگار را به عنوان یکی از عوامل ایجاد اختلالات روانی در نظر گرفت. در پشتیبانی از این فرض می‌توان به تعریف سبک‌های دفاعی توجه نمود. سبک‌های دفاعی به‌عنوان دسته‌ای از عملیات ذهنی تعریف شده‌اند که افکار، تکانه‌ها و آرزوهای غیرقابل قبول را به منظور حفاظت از افراد در برابر اضطراب فزاینده، برای افزایش حرمت‌خود یا برای حفاظت از یکپارچگی خود، بیرون از حوزه هشیاری فرد نگاه می‌دارند. سبک‌های دفاعی به عنوان قسمتی از عملکرد شخصیت بهنجار

هدف مطالعه حاضر مقایسه سبک‌های دفاعی من در بیماران جسمانی‌سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی بود. در رابطه با فرضیه پژوهش، یافته‌ها نشان دادند که اختلاف میانگین نمرات سبک دفاعی رشدنیافته بین هر سه گروه معنادار است. علاوه بر این، میانگین نمرات سبک‌های دفاعی رشدیافته و نورتیک نیز بین گروه‌های افراد عادی، بیماران اضطرابی و جسمانی‌سازی دارای تفاوت معنادار بودند. البته سبک‌های دفاعی رشدیافته و نورتیک میان گروه‌های بیماران اضطرابی و جسمانی‌سازی تفاوت معناداری نداشتند. این یافته‌ها را می‌توان همسو با نتایج

بحث

سایر پژوهش‌ها دانست [۲، ۱۱، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹].

1. Cramer

شخصیت همپوشی دارند، و به‌صورت یک طبقه منسجم نیستند. در نتیجه این پژوهشگران معتقدند که اختلالات جسمانی‌شکل فاقد ملاک‌های کافی برای تمایز از اختلالاتی مانند افسردگی و اضطراب هستند [۳۷]. می‌توان همین همپوشی بالای میان اختلالات جسمانی‌سازی و اضطرابی را عامل اصلی عدم مشاهده تفاوت در استفاده از سبک‌های دفاعی نورتیک و رشدنا یافته در نظر گرفت.

به‌طور کلی نتایج پژوهش حاضر حاکی از تفاوت معنادار سبک‌های دفاعی در میان بیماران اضطرابی، بیماران جسمانی‌سازی و افراد عادی است. به عبارت دیگر نتایج این پژوهش نشان می‌دهند که این بیماران از سبک‌های دفاعی متفاوتی برای کنترل اضطراب خود استفاده می‌کنند. این نتایج می‌تواند رهنمون پژوهش‌های جدیدتر به منظور گسترش دانش روانشناختی در زمینه اختلالات جسمانی‌سازی و اضطرابی گردد. در سطح عملی و به خصوص بالینی، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند به متخصصان بالینی در تشخیص بهتر اختلال جسمانی‌سازی کمک نماید. هر پژوهشی علی‌رغم تلاش‌هایی که در زمینه کامل انجام شدن آن صورت می‌گیرد، دارای محدودیت‌هایی است که پژوهش حاضر نیز از این امر مستثنی نیست. برای مثال، پژوهش حاضر به دلیل طرح آن که از نوع پس‌رویدادی است، مشکلاتی در زمینه نتیجه‌گیری‌های علی دارد. بنابراین در تفسیر یافته‌های پژوهش باید احتیاط شود. علاوه بر این، برای سنجش عدم وجود اختلال در افراد عادی نمونه صرفاً از پرسشنامه استفاده شد که جزء محدودیت‌های پژوهش است. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی در این زمینه به بررسی سایر اختلالات اضطرابی نیز بپردازند. علاوه بر این در صورت امکان، پژوهش‌های مداخله‌ای در زمینه تغییر سبک‌های دفاعی این بیماران و بررسی نتایج آن نیز می‌تواند نقش این سبک‌های دفاعی را بیش از پیش روشن سازد.

منابع

- 1- Carvalho AF, Hyphantis TN, Taunay TC, Macêdo DS, Floros GD, Ottoni GL, Fountoulakis KN, Lara DR. The relationship between affective temperaments, defensive styles and depressive symptoms in a large sample. *J Affect Disorders*. 2013; 146(1): 58-65.
- 2- Vigna-Taglianti M, Arfelli P. Confusion of tongues: A defense mechanism and a complex

محسوب می‌شوند، اما استفاده فزاینده و نامناسب از دفاع‌های خاص، می‌تواند به آسیب روانی منجر گردد [۳]. این دیدگاه که سبک‌های دفاعی را به‌صورت فرآیندهای سازش‌یافته و بهنجار در نظر می‌گیرد، همچنین دلالت ضمنی بر سازش‌یافته بودن این سبک‌ها در ارتباط با زمینه موقعیتی دارد [۳۱، ۳۲، ۳۳]. در موقعیت‌هایی که شخص هیچ‌کترلی بر موقعیت دشوار ندارد، استفاده از سبک‌های دفاعی می‌تواند موجب کاهش اضطراب و پریشانی ناشی از حل مسئله گردد. با این حال، در مواجهه با موقعیت‌هایی که دارای راه‌حل‌های مشخص است، استفاده از سبک‌های دفاعی ممکن است مخمل عملکرد فرد شود. در موقعیت‌هایی که باید برای مقابله با آن مستقیماً وارد عمل شد، تحریف ادراک فرد از موقعیت، می‌تواند منجر به صدمه به او شود. دیدگاه تحلیل روانی، جسمانی‌سازی را به‌عنوان فرآیندی ناهشیار که منجر به استفاده ناسازگار از سبک‌های دفاعی می‌شود، مفهوم‌سازی می‌کند. پیشینه پژوهش مملو از تجارب بالینی و سوابق بیمارانی است که از تظاهرات بدنی برای نشان دادن ناراحتی‌های هیجانی‌شان استفاده می‌کنند [۱۴]. همان‌طور که ذکر شد، استفاده ناسازگار از سبک‌های دفاعی رشدنا یافته و نورتیک نیز می‌تواند موجب ایجاد اختلالات روانی مانند اضطراب و جسمانی‌سازی گردد.

قسمت دیگری از این یافته‌ها که نیاز به تفسیر جداگانه‌ای دارد، عدم مشاهده تفاوت معنادار میان استفاده از سبک‌های دفاعی نورتیک و رشدنا یافته میان بیماران جسمانی‌سازی و اضطرابی است. در تبیین این یافته می‌توان به اشکالات موجود در طبقه‌بندی اختلال جسمانی‌سازی نگاهی داشت. بعضی از پژوهشگران معتقدند که DSM-IV-TR، دارای نواقصی در مفهوم‌سازی اختلالات جسمانی‌شکل است. واژه‌های جسمانی‌شکل و جسمانی‌سازی، دلالت بر ایجاد علائم جسمانی به‌وسیله خود بیماران دارند و بنابراین نشانگر رنج واقعی آن‌ها نیستند. در نتیجه، این واژگان معمولاً توسط بیماران پذیرفته نمی‌شوند. علاوه بر این، ممکن است اختلالات جسمانی‌شکل برای فرهنگ‌هایی که به دوگانه‌نگری ذهن و بدن پایبند نیستند، کاربردی نباشد [۳۴]. در این فرهنگ‌ها، اختلالات جسمانی‌شکل با سایر اختلالات روانی مانند اضطراب، افسردگی، و اختلالات

- thoughts: effects on responses to acute pain induction. *Cogn Emot.* 2007; 22(4): 671-96.
- 16- Besharat MA, Shahidi S. What is the relationship between alexithymia and ego defense styles? A correlational study with Iranian students. *Asian J Psychiatr.* 2011; 4: 145-9.
- 17- Cramer P. Psychological maturity and change in adult defense mechanisms. *J Res Pers.* 2012; 46(3): 306-16.
- 18- Vaillant G.E. Involuntary coping mechanisms: A psychodynamic perspective. *Dialogues Clin Neurosci.* 2011; 13: 366-70.
- 19- Trimboli F, Marshall RL, Keenan, CW. Assessing psychopathology from a structural perspective: A psychodynamic model. *Bull Menninger Clin.* 2013; 77: 132-60.
- 20- Cramer P. The development of defense mechanisms from pre-adolescence to early adulthood: Do IQ and social class matter? A longitudinal study. *J Res Pers.* 2009; 43: 464-71.
- 21- Jun JY, Lee YJ, Lee SH, Yoo SY, Song J, Kim SJ. Association between defense mechanisms and psychiatric symptoms in North Korean Refugees. *Compr Psychiatry.* 2015; 56: 179-87.
- 22- Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety and personality disorders. *Am J Psychiatry.* 2004; 161(9): 1665-71.
- 23- Cichocki L. Changes in defence mechanisms of people suffering from psychotic disorders and receiving therapy in the Day Treatment Centre. *Arch Psychiatr Psychother.* 2008; 4: 27-32.
- 24- Van HL, Dekker J, Peen J, Abraham RE, Schoevers R. Predictive value of self-reported and observer-rated defense style in depression treatment. *Am J Psychother.* 2009; 63: 25-39.
- 25- Diehl M, Chui H, Hay EL, Lumley MA, Gruhn D, Labouvie-Vief G. Change in coping and defense mechanisms across adulthood: Longitudinal findings in a European American sample. *Dev Psychol.* 2014; 50: 634-48.
- 26- Besharat MA. Evaluating the Psychometric characteristics of Defense styles Questionnaire. Research Report. University of Tehran; 2008. [Persian].
- 27- Besharat MA. Evaluating the Psychometric characteristics of Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) in clinical groups and a community sample. Research Report. University of Tehran; 2006. [Persian].
- 28- Daza P, Novy, DM, Stanley MA, Averill P. The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *J Psychopathol Behav.* 2002; 24: 195-205.
- 29- Davies G, Caputi P, Skarvelis M, Ronan N. The Depression Anxiety and Stress Scales: Reference data from a large psychiatric outpatient sample. *Aust J Psychol.* 2015; 67(2): 79-104.
- communication of unwelcome children with an early broken intimacy. *IFP.* 2014; 23: 30-36.
- 3- Larsen A, Bøggild H, Mortensen JT, Foldager L, Hansen J, Christensen A, et al. Psychopathology, defence mechanisms, and the psychosocial work environment. *Int J Soc Psychiatry.* 2010; 56: 563-77.
- 4- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Revision). Washington: 2000.
- 5- Hyphantis TN, Taunay TC, Macedo DS, Soeiro-de-Souza MG, Bisol LW, Fountoulakis KN, et al. Affective temperaments and ego defense mechanisms associated with somatic symptom severity in a large sample. *J Affect Disord.* 2013; 150: 481-9.
- 6- Rice TR, Hoffman, L. Defense mechanisms and implicit emotion regulation: a comparison of a psychodynamic construct with one from contemporary neuroscience. *J Am Psychoanal Assoc.* 2014; 62: 693-708.
- 7- Prunas A, Preti E, Huemer J, Shaw RJ, Steiner H. Defensive functioning and psychopathology: a study with the REM-71. *Compr Psychiatry.* 2014; 55: 1696-702.
- 8- Taylor JB. Psychological Adaptive Mechanisms: Ego Defense Recognition in Practice and Research. *Psychosom Med.* 2014; 55: 210-7.
- 9- Hyphantis T. The Greek version of the defense style questionnaire: Psychometric properties in three different samples. *Compr Psychiatry.* 2010; 51: 618-29.
- 10- Chabrol H, Rousseau A, Rodgers R, Callahan S, Pirlot G, Sztulman H. A study of the face validity of the 40 item version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40). *J Nerv Ment Dis.* 2005; 193: 756-9.
- 11- Hyphantis T, Goulia P, Carvalho, AF. Personality traits, defense mechanisms and hostility features associated with somatic symptom severity in both health and disease. *J Psychosom Res.* 2013; 75(4): 362-9.
- 12- Hyphantis TN, Christou K, Kontoudaki S, Manta, C, Papamichael G, Goulia P, et al. Disability status, disease parameters, defense styles, and ego strength associated with psychiatric complications of multiple sclerosis. *Int J Psychiat Med.* 2008; 38: 307-27.
- 13- Norr AM, Albanese BJ, Allan NP, Schmidt, NB. Anxiety sensitivity as a mechanism for gender discrepancies in anxiety and mood symptoms. *J Psychiatr Res.* 2015; 62: 101-7.
- 14- Prasertsri N, Holden J, Keefe FJ, Wilkie DJ. Repressive coping style: Relationships with depression, pain, and pain coping strategies in lung cancer out patients. *Lung Cancer J.* 2011; 71(2): 235-40.
- 15- Elfant E, Burns J, Zeichner A. Repressive coping style and suppression of pain-related

- 30- Norton PJ. Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21): psychometric analysis across four racial groups. *Anxiety Stress Cop.* 2007; 20: 253-65.
- 31- Cramer P. *Protecting the self: Defense mechanisms in action.* Guilford Press. New York: 2006.
- 32- Cramer P. Defense mechanisms: 40 years of empirical research. *J Pers Assess.* 2015; 97: 114-22.
- 33- Metzger JA. Adaptive Defense Mechanisms: Function and Transcendence. *J Clin Psychol.* 2014; 70: 478-88.
- 34- Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M. Somatoform disorders: Time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry.* 2005; 162: 847-55.



The Comparison of Ego Defense Styles in Patients with Somatization, Anxiety, and Normal Individuals

Zahedi-Tajrishi, K. Ph.D Student., Besharat, M.A.* Ph.D.

Abstract

Introduction: Clinical psychologists tend to differentiate somatization and anxiety disorder. The main aims of this study were comparison of the ego defense styles among patients with somatization, anxiety disorders and normal subjects.

Method: The study population consisted all of patients with somatization and anxiety disorders referred to public and private clinics in Tehran in 1391, as well as, normal people living in this city. To achieve these goals, 90 participants (30 patients with somatization, 30 patients with anxiety, and 30 normal individuals) who were selected by purposeful sampling and answered to Defensive Styles Questionnaire (DSQ). In addition, normal group answered Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21). The data were analyzed by using descriptive statistics and multivariate analysis of variance (MANOVA) and the post-hoc test.

Results: The findings showed significant differences in the mature ego defense style for 3 groups. In addition, there were significant differences in the immature and neurotic defense styles between normal, anxiety and somatization groups. However, there were no differences in mature and neurotic defense styles between anxiety and somatization groups.

Conclusion: Based on research findings we can use defense mechanisms to differentiate between patients with somatization and anxiety disorder. These results suggest that ego defense styles should be considered as a focus of clinical attention in the treatment of physical disorders and anxiety.

Keywords: Anxiety Disorders, Ego Defense Styles, Somatization Disorder

*Correspondence E-mail:
besharat@ut.ac.ir

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی