

مکانیسم‌های دفاعی و جسمانی‌سازی: سلسله مراتب دفاعی موثر بر جسمانی‌سازی
Defense mechanisms and Somatization: The effect of defense hierarchy on somatization

Fatemeh Noorbala

Nima Ghorbani

Masoud Gholamali Lavasani

فاطمه نوربالا*

نیما قربانی**

مسعود غلامعلی لواسانی***

Abstract

The aim of present study was to evaluate the possible role of dominant defense styles in predicting somatization symptoms and general health. 253 university students, including 149 female and 104 male, were studied with Defense Style Questionnaire (Andrews, 1993), Symptoms of Somatization (Rief and Hiller, 1998), and General Health Questionnaire (Goldberg, 1979). The results showed that defense mechanisms act as a predictor of somatization symptoms and general health. Mature defense styles negatively predicted somatization and positively predicted general health. Immature defenses were positive predictor of somatization and neurotic styles were negative predictor of general health. Moreover, autistic fantasy, acting out, isolation, and undoing defenses, specifically and positively predicted somatization symptoms. The results are an evidence for the possible role of defense styles in an inducing and a relapsing of psychosomatic disorders. Psychotherapies can reduce somatization and improve general health by focusing on the defense styles which have an important role in.

Key Words: Defense styles, Somatization, General Health

چکیده

هدف تحقیق حاضر بررسی نقش سبک‌های دفاعی غالب در پیش‌بینی علائم جسمانی‌سازی و وضعیت سلامت عمومی است. نمونه این پژوهش شامل ۲۵۳ دانشجو (۱۴۹ زن و ۱۰۴ مرد) بوده‌است و ابزارهای مورد استفاده پرسشنامه سبک‌های دفاعی اندروز (۱۹۹۳)، چک لیست علائم جسمانی‌سازی ریف و هیلر (۱۹۹۸) و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۹) بودند. نتایج نشان دادند که سبک‌های دفاعی، پیش‌بین مناسبی برای علائم جسمانی‌سازی و سلامت عمومی در افراد هستند. بدین‌صورت که سبک دفاعی رشدیافته، علائم جسمانی‌سازی را به‌صورت منفی و سلامت عمومی را به‌صورت مثبت پیش‌بینی می‌کرد. همچنین سبک‌های دفاعی رشدنیافته و نوروتیک به ترتیب علائم جسمانی‌سازی را به‌طور مثبت و سلامت عمومی را به‌شکل منفی پیش‌بینی می‌کردند. علاوه بر این، دیگر یافته‌ها نشان دادند که به‌طور اختصاصی دفاع‌های خیال‌پردازی اوتیستیک، برون‌ریزی، انزوا و ابطال به‌ترتیب پیش‌بینی کننده مثبت علائم جسمانی‌سازی در افراد بودند. یافته‌های این مطالعه می‌تواند شاهی بر نقش احتمالی سبک‌های دفاعی در ایجاد و عود اختلالات روان‌تنی محسوب شود. روان‌درمانگران می‌توانند با تمرکز بر این سبک‌های دفاعی، باعث کاهش جسمانی‌سازی و ارتقای سلامت عمومی گردند.

واژه‌های کلیدی: سبک‌های دفاعی، جسمانی‌سازی، سلامت عمومی

* دانشجوی دکتری سلامت گروه روانشناسی. دانشگاه تهران
** نویسنده مسئول: استاد گروه روانشناسی. دانشگاه تهران

Email: nghorbani@ut.ac.ir

*** دانشیار گروه مبانی روانی آموزش و پرورش. دانشگاه تهران
دریافت: ۹۶/۱۲/۱ پذیرش: ۹۷/۲/۲۱

Received: 20 Feb 2018 Accepted: 11 May 2018

مقدمه

اهمیت ارتباط بین فرایندهای جسمانی و روانی در بین تحقیقات، روز به روز افزایش می‌یابد. این موضوع در عمل منجر به توجه فزاینده به عوامل روانشناختی در شکل‌گیری اختلالات جسمانی، پیش‌گیری از ناتوانی در بیماری‌ها و پیشرفت سیر درمان شده است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). از دیگر نشانه‌های اهمیت این موضوع، طب روان‌تنی است که بر وحدت و تعامل میان جسم و روان تاکید دارد و امروزه دامنه وسیعی از بیماری‌ها را دربرگرفته است (قربانی، واتسون و موریس، ۲۰۰۰). یکی از متغیرهای روانشناختی موثر بر سلامت و بیماری‌های جسمانی، سبک‌های دفاعی هستند. سبک‌های دفاعی مجموعه راهبردهای شناختی، هیجانی و بین‌شخصی‌ای هستند که به فرد کمک می‌کنند تا افکار و احساسات اضطراب‌آور خود را خارج از آگاهی نگاه دارد (وایلانت، ۲۰۰۰). اندروز، سینگ و باند (۱۹۹۳) بر اساس طبقه‌بندی سلسه‌مراتبی وایلنت بیست دفاع را به سه سبک دفاعی رشدیافته^۱، روان‌آزرده^۲ و رشدنا یافته^۳ تقسیم کردند. سبک دفاعی رشدیافته (مانند تصعید، شوخ‌طبعی، فرونشانی، پیش‌گویی و ...)، شیوه‌های انطباقی کارآمد و بهنجار هستند و سبک‌های دفاعی رشدنا یافته (مانند فرافکنی، برون‌ریزی، پرخاشگرمفعل، انکار و ...) و نوروتیک (مانند جابجایی، سرکوبی، واکنش واروونه و ...) شیوه‌های انطباقی ناکارآمد و نابهنجار هستند (چابربول و همکاران، ۲۰۰۵). بر اساس این تقسیم‌بندی، هرچه نرخ استفاده از دفاع‌های رشدیافته در افراد بیشتر باشد، اضطراب تعدیل شده‌تری را در عین مواجهه با واقعیت تجربه می‌کنند. این افراد بهتر می‌توانند متوجه احساسات خود شوند و رویارویی مناسب‌تری نیز با واقعیت پیدا می‌کنند. همچنین این سبک دفاعی با سلامت جسمانی و روانی بالاتر رابطه دارد (ویگناتاگلینت، ۲۰۱۴). در مقابل، استفاده بیشتر از دفاع‌های نوروتیک و رشدنا یافته، منجر به دوری‌گزینی و اجتناب بیشتر از احساسات و واقعیت می‌شود و با شاخص‌های منفی سلامت مانند افسردگی و اختلالات شخصیت در ارتباط است (هایفنتایز و گولیا، ۲۰۱۳). در نظام روان‌پوشی، هر اختلال روانی با سبک‌های دفاعی غیرانطباقی مشخصی همراه است و دفاع‌ها نقش مهمی در سلامت روانی و جسمی افراد دارند (باند و پری، ۲۰۰۴). بر همین اساس، جسمانی‌سازی^۴ فرایندی ناهشیار است که منجر به استفاده ناسازگارانه از سبک‌های دفاعی می‌شود. در واقع این افراد از تظاهرات بدنی برای نشان دادن ناراحتی‌های هیجانی‌شان استفاده می‌کنند. بر اساس این تعریف، تمامی شکایات رایج جسمانی که جنبه پزشکی و درمانی پیدا نمی‌کنند (مانند تمامی دردهای جسمی، گرفتگی‌های عضلانی، بی‌اشتهایی و پرخوری‌های غذایی، مشکلات جنسی، مشکلات خواب و ...) و اختلالات ساختاری و کارکردی در بیماری‌های جسمانی متاثر از انعکاس فرایندهای روانی افراد هستند. در واقع فرایندهای روانشناختی در شروع، تشدید، تداوم و عود اکثر مشکلات جسمی

^۱- Mature

^۲- Immature

^۳- Neurotic

^۴- Somatization

اثرگذار هستند و به همین دلیل، وجود بسیاری از مشکلات خفیف تا حاد جسمانی در گروه علائم جسمانی‌سازی قرار می‌گیرند (هیلر، ۲۰۰۶).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مبتلایان به جسمانی‌سازی و افرادی که شکایات جسمانی کارکردی دارند، از سبک دفاعی سرکوبگر، که به انکار تجارب هیجانی منفی می‌پردازد، بیشتر استفاده می‌کنند (پراسرتسری، ۲۰۱۱). افراد سرکوبگر، در ظاهر اضطراب پایین‌تر و ناراحتی جسمی و روانی کمتری را گزارش می‌کنند و نوعی خیال آسب‌ناپذیری در مورد خود دارند، اما سطوح بالای برانگیختگی فیزیولوژیک را از خود بروز می‌دهند که احتمالاً همین موضوع در ایجاد اختلال جسمانی‌سازی در این افراد موثر است (الفانت و همکاران، ۲۰۰۷). تحقیقات نشان می‌دهند بین سرکوبگری بالا و فشار خون بالا و مشکلات قلبی-عروقی رابطه وجود دارد (گیس دیویس و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین در طرحی دیگر نتایج نشان دادند که سرکوبگری بالاتر با پیشرفت سریع‌تر سرطان و احتمال نجات کمتر در بیماری رابطه دارد (گیس دیویس و همکاران، ۲۰۰۳). مطالعات نشان می‌دهند که افراد دارای سبک مقابله سرکوبگر، خطرهای مرتبط با سلامتی بیشتری را تجربه می‌کنند (کاشانکی و همکاران، ۲۰۱۶)، و نسبت به درمان‌های پزشکی و روانشناختی مرتبط با شکایات جسمی، دیرتر پاسخ می‌دهند. همچنین این افراد به دلیل پردازش نکردن اطلاعات منفی درباره خودشان، از وجود اختلالات جسمانی‌سازی در درون خود آگاه نیستند و یا آن را گزارش نمی‌کنند (پراسرتسری، ۲۰۱۱). شواهد پژوهشی حاکی از آن است که نوع سبک‌های دفاعی غالب در افراد (رشدیافته، نوروتیک یا رشدنیافته) با وضعیت مراقبت از سلامتی و نوع مراقبت از بیماری در آن‌ها مرتبط است. همچنین مطالعات نشان می‌دهند که استفاده از سبک‌های دفاعی رشدیافته در دوران جوانی، پیش‌بین سلامت جسمانی بالاتر در دوران میانسالی می‌باشد (مالون و همکاران، ۲۰۱۳). و با خودکارآمدی و عزت نفس بالاتر رابطه دارد (منظری توکلی، ۲۰۱۴). اما استفاده از سبک‌های دفاعی رشدنیافته با تشدید علائم جسمانی افسردگی و بیماری جسمی رابطه دارد (هایفتنایز و همکاران، ۲۰۱۳؛ هایفتنایز و گولیا، ۲۰۱۳). مطالعاتی که بر روی بیماران جسمی صورت گرفته، نشان می‌دهند که هر چه شدت بیماری فرد بیشتر باشد، احتمال استفاده بیشتر وی از سبک‌های دفاعی رشدنیافته به نسبت سبک‌های دفاعی نوروتیک و رشدیافته بیشتر است. همچنین وجود سبک‌های دفاعی نوروتیک یا رشدنیافته با اغراق در علائم بیماری، طول دوره‌ی بیشتر درمان و شدت بیشتر علائم بیماری در ارتباط است (مالون و همکاران، ۲۰۱۳). مطالعات دیگری به‌طور اختصاصی نشان می‌دهند که سه دفاع جابجایی، جسمانی‌سازی و پرخاشگری منفعلانه (که هر سه جزء دسته سبک‌های دفاعی رشدنیافته می‌باشند)، با مشکلات شدیدتر جسمانی در بیماران افسرده ارتباط دارد (هایفتنایز و همکاران، ۲۰۱۳؛ هایفتنایز و گولیا، ۲۰۱۳). به‌طور کلی، شواهد پژوهشی متعددی اثرگذاری و رابطه‌ی بین سبک‌های دفاعی و میزان سلامت جسمانی و روانی را در افراد نشان می‌دهند (لارزن و همکاران، ۲۰۱۰؛ وابلنت و موکامل، ۲۰۰۱). در پژوهش کاروالهو (۲۰۱۳) که بر روی بیماران همودیالیز اجرا شد، نتایج حاکی از آن است که در این بیماران، دفاع‌های دوپاره‌سازی، فرافکنی، واکنش وارونه و انکار به میزان بیشتری مورد استفاده قرار می‌گیرند. همچنین در تحقیقی دیگر بر روی بیماران التهابی روده نشان داده شد که واکنش وارونه به شکل معناداری بیش از دفاع‌های دیگر در

این افراد وجود دارد (هایفتنایز و همکاران، ۲۰۱۰). پژوهش‌های دیگری نیز نشان می‌دهند که بیماران روده‌ای در فاز فعال بیماری خود و بیماران ربوی، به‌طور کلی بیشتر از دفاع خیال‌پردازی اوتیستیک استفاده می‌کنند (هایفتنایز و همکاران، ۲۰۰۵ و البوکورک و همکاران، ۲۰۱۱). در مطالعه البوکورک و همکاران (۲۰۱۱) مشخص شد بیماران ربوی به‌طور خاص از دفاع‌های ابطال، برون‌ریزی، خیال‌پردازی اوتیستیک، انکار و دوباره‌سازی بیش از سایر دفاع‌ها استفاده می‌کنند.

با توجه به موارد فوق، اگرچه رابطه بین سبک‌های دفاعی و جسمانی‌سازی در بیماری‌های متعدد جسمی مورد بررسی قرار گرفته است، اما با توجه به تعریف فوق از جسمانی‌سازی مبنی بر قرارگیری مشکلات خفیف تا حد جسمانی در گروه علائم جسمانی‌سازی (هیلر، ۲۰۰۶)، بسیاری از افراد به ظاهر سالم و غیر درگیر در مداخلات پزشکی نیز در محدوده درگیر در علائم جسمانی‌سازی قرار می‌گیرند. همچنین از آنجا که پیشگیری از مزمن شدن مشکلات جسمانی خفیف و کارکردی به جلوگیری از ایجاد مشکلات جسمانی حاد و ساختاری می‌انجامد، لزوم بررسی رابطه‌ی بین نوع سبک‌های دفاعی مورد استفاده در افراد سالم با میزان جسمانی‌سازی علائم روانشناختی در آن‌ها امری شایسته به نظر می‌رسد. به همین جهت، هدف از تحقیق حاضر بررسی نقش نوع سبک‌های دفاعی غالب در افراد سالم در پیش‌بینی میزان علائم جسمانی‌سازی در این افراد و وضعیت سلامت عمومی آن‌ها است. در این پژوهش، سعی شده علاوه بر شناسایی اثر پیش‌بین سبک‌های دفاعی رشدیافته، نورورتیک و رشدنیافته در شکل‌گیری علائم جسمانی‌سازی و وضعیت کلی سلامت عمومی، به بررسی نقش دفاع‌های جزئی‌تر (مانند سرکوبی، برون‌ریزی، ابطال و ...) در تشدید علائم جسمانی‌سازی نیز پرداخته شود.

روش

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع مطالعات همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را دانشجویان دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران تشکیل داده‌اند. ۲۵۳ دانشجو (۱۴۹ زن و ۱۰۴ مرد) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در تحقیق شرکت کردند. میانگین سنی افراد ۲۳/۲۰ با دامنه ۱۸-۴۰ سال و انحراف استاندارد ۵/۶۰ بود و از این میان ۷۷ درصد مجرد و ۲۳ درصد متاهل بودند. هر فرد شرکت‌کننده در مطالعه، مجموعه پرسشنامه‌های سبک‌های دفاعی، چک لیست علائم جسمانی‌سازی و پرسشنامه سلامت عمومی را تکمیل نموده است. در نهایت داده‌های مطالعه حاضر با استفاده از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه گام‌به‌گام در نرم‌افزار SPSS-18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار

پرسشنامه سبک‌های دفاعی^۱ (DSQ-40): این پرسشنامه بر اساس الگوی سلسله مراتبی دفاع‌ها توسط اندروز و همکاران (۱۹۹۳) تدوین گردیده که شامل ۴۰ سوال است و ۲۰ دفاع را در سه سطح رشدنیافته (انکار،

^۱- Defense Style Questionnaire

جداسازی، ناززنده‌سازی، برون‌ریزی، جسمانی‌سازی، خیال‌پردازی اوتیستیک، لایه‌سازی، دلیل‌تراشی، جابجایی، پرخاشگری منفعلانه و فرافکنی، رشدیافته (تصعید، طنز، فرونشانی و پیشاپیش‌نگری) و روان‌آزرده (ابطال، دیگر دوستی، آرمانی‌سازی و واکنش وارونه) ارزیابی می‌کند. سوالات در یک طیف لیکرت ۹ درجه‌ای (از کاملا موافق تا کاملا مخالف) تنظیم شده و نمره بالاتر از ۱۰ در هر دفاع نشانه استفاده فرد از آن دفاع می‌باشد (اندروز و همکاران، ۱۹۹۳). آلفای کرونباخ این آزمون در نمونه ایرانی در تحقیق بشارت و همکاران (۱۳۸۰) برای هر یک از سبک‌های رشدیافته، رشدنا یافته و روان‌آزرده به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۴ و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله چهار هفته ۰/۸۲ گزارش شده است. روایی همگرایی این پرسشنامه نیز از طریق اجرای همزمان مقیاس‌های مختلف مورد تایید قرار گرفته است. همچنین در تحقیق حیدری‌نسب و همکاران (۱۳۸۶) نیز ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۴ به دست آمده است و اعتبار پرسشنامه از طریق بازآزمایی سنجیده و مناسب گزارش شده است.

چک لیست علائم جسمانی‌سازی^۱ (SOMS): مقیاس ۵۳ ماده‌ای ریف و هیلر (۱۹۹۸) جهت سنجش نشانگان اختلال جسمانی‌سازی بر اساس DSM و ICD استفاده می‌گردد. این مقیاس با ۵۳ گویه که به صورت بلی/خیر پاسخ داده می‌شوند، به بررسی میزان علائم جسمانی‌سازی در دو سال اخیر می‌پردازد. آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۲ و اعتبار همزمان و پایایی آن نیز بالا گزارش شده است (ریف و هیلر، ۲۰۰۳). در مطالعه حاضر، برای اولین بار این مقیاس ترجمه و در نمونه ایرانی اجرا شده است و ضریب آلفای کرونباخ آن معادل ۰/۹۳ بدست آمده است که مطلوب می‌باشد.

پرسشنامه سلامت عمومی^۲ (GHQ): این پرسشنامه توسط گلدبرگ (۱۹۷۹) برای تشخیص اختلالات خفیف روانی ساخته شد. دارای ۲۸ سوال و چهار زیرمقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی می‌باشد. این آزمون یکی از معتبرترین آزمون‌های سرنده سلامت عمومی می‌باشد. میزان حساسیت و ویژگی این مقیاس در تحقیق نوربالا و همکاران به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۹۴ گزارش شده است و ضریب پایایی معادل ۰/۸۵ می‌باشد. همچنین نتایج مربوط به اعتبار همزمان این آزمون با آزمون SCL-90 در سطح اطمینان $P < 0.001$ معنادار و مورد تایید می‌باشد (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۰).

^۱- Somatoform Symptoms

^۲- General Health Questionnaire

نتایج

جهت بررسی رابطه‌ی اولیه بین متغیرهای سبک‌های دفاعی، سلامت عمومی و جسمانی‌سازی از روش همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۱ مشهود است:

جدول ۱- ضرایب همبستگی پیرسون سبک‌های دفاعی، سلامت عمومی و علائم جسمانی‌سازی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱ سبک دفاعی رشدیافته	-				
۲ سبک رشدنیافته	۰/۰۶	-			
۳ سبک دفاعی روان‌آزرده	۰/۴۴**	۰/۴۶**	-		
۴ سلامت عمومی	۰/۳۱**	-۰/۵۱**	-۰/۲۰**	-	
۵ علائم جسمانی‌سازی	-۰/۱۲*	-۰/۳۲**	۰/۲۲**	-۰/۵۶**	-

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

جدول ۱ نشان می‌دهد سبک دفاعی رشدیافته، همبستگی منفی معنادار با علائم جسمانی‌سازی دارد و سبک‌های دفاعی رشدنیافته و روان‌آزرده همبستگی مثبت معنادار با علائم جسمانی‌سازی و همبستگی منفی معنادار با سلامت عمومی دارند. برای بررسی نوع رابطه بین متغیرها، از رگرسیون چندگانه گام به گام استفاده شد. در جدول ۲ اثر پیش‌بینی‌کنندگی سبک‌های دفاعی بر سلامت عمومی قابل مشاهده است. یافته‌ها نشان می‌دهند که سبک دفاعی رشدنیافته ۲۶ درصد از تغییرات نمره کل سلامت عمومی افراد را تبیین می‌کند ($P < 0.01$)، که با اضافه شدن سبک دفاعی رشدیافته در گام بعدی، مقدار تبیین واریانس متغیر وابسته به ۳۷ درصد ($P < 0.01$)، و با افزوده شدن سبک دفاعی روان‌آزرده مقدار تبیین واریانس سلامت عمومی به ۳۹ درصد افزایش یافت ($P < 0.01$).

جدول ۲- خلاصه الگوی رگرسیون چندگانه گام به گام جهت پیش‌بینی سلامت عمومی از روی

سبک‌های دفاعی رشدیافته، رشدنیافته و روان‌آزرده

مدل	متغیر	R	R ²	S.E	F	t	Beta	Sig
گام اول	رشدنیافته	۰/۵۱	۰/۲۶	۰/۵۶۶	۸۷/۱۸	-۹/۳۳	-۰/۵۱	۰/۰۰۱
گام دوم	رشدنیافته رشدیافته	۰/۶۱	۰/۳۷	۰/۵۲۱	۷۴/۳۸	-۱۰/۵۳	-۰/۵۳	۰/۰۰۱
	رشدنیافته					۶/۷۸	۰/۳۴	۰/۰۰۱
	رشدنیافته					-۸/۰۶	-۰/۴۵	۰/۰۰۱
گام سوم	رشدنیافته	۰/۶۲	۰/۳۹	۰/۵۱۴	۵۳/۲۸	۷/۳۳	۰/۴۱	۰/۰۰۱
	روان‌آزرده					-۲/۷۰	-۰/۱۷	۰/۰۰۷

مکانیسم‌های دفاعی و جسمانی‌سازی: سلسله مراتب دفاعی موثر بر جسمانی‌سازی

جدول ۳ نتایج بررسی رگرسیون سبک‌های دفاعی بر علائم جسمانی‌سازی را نشان می‌دهد. بر این اساس، سبک دفاعی رشدنیافته به تنهایی ۱۲ درصد از تغییرات علائم جسمانی‌سازی را تبیین می‌کند ($P < 0/01$). در گام دوم با اضافه شدن سبک دفاعی رشدیافته، درصد تبیین واریانس متغیر وابسته به ۱۴ درصد افزایش می‌یابد ($P < 0/01$)، و در گام سوم با ورود سبک دفاعی روان‌آزرده، مجموعه‌ی سبک‌های دفاعی ۱۷ درصد از تغییرات علائم جسمانی‌سازی در افراد را مورد تبیین و پیش‌بینی قرار می‌دهند ($P < 0/01$).

جدول ۳- خلاصه الگوی رگرسیون چندگانه گام به گام جهت پیش‌بینی علائم جسمانی‌سازی از روی سبک‌های دفاعی رشدیافته، رشدنیافته و روان‌آزرده

مدل	متغیر	R	R ²	S.E	F	t	Beta	Sig
گام اول	رشدنیافته	۰/۳۵	۰/۱۲	۰/۱۹۴	۳۳/۸۷	۵/۸۲	۰/۳۵	۰/۰۰۱
گام دوم	رشدنیافته رشدیافته	۰/۳۷	۰/۱۴	۰/۱۹۲	۱۹/۴۸	۲/۱۴	۰/۱۳	۰/۰۳۳
گام سوم	رشدنیافته رشدیافته روان‌آزرده	۰/۴۱	۰/۱۷	۰/۱۸۹	۱۶/۷۷	۳/۳۹	۰/۲۲	۰/۰۰۱
						۳/۱۵	۰/۲۳	۰/۰۰۲

برای فهم بهتر نوع سبک‌های دفاعی دخیل در جسمانی‌سازی افراد، اثر تمامی ۲۰ سبک دفاعی بر علائم جسمانی‌سازی در آزمون رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در نهایت ۴ دفاع خاص شناسایی شدند که یافته‌ها در جدول ۴ قابل رویت می‌باشد. بر اساس این نتایج دفاع خیال‌پردازی اوتیستیک ۱۴ درصد از واریانس جسمانی‌سازی را در افراد پیش‌بینی می‌کند ($P < 0/01$)، و در گام دوم دفاع برون‌ریزی با اضافه کردن ۵ درصد، میزان تبیین واریانس متغیر وابسته را به ۱۹ درصد می‌رساند ($P < 0/01$). در گام سوم رگرسیون، دفاع انزوا وارد مدل می‌شود که سهم معناداری در افزایش پیش‌بینی تغییرات به ۲۲ درصد دارد ($P < 0/01$)، و در نهایت در گام آخر با ورود دفاع ابطال، در مجموع ۲۵ درصد از تغییرات متغیر جسمانی‌سازی در افراد می‌تواند به‌وسیله این دفاع‌های خاص مورد پیش‌بینی و تبیین قرار گیرد ($P < 0/01$).

جدول ۴- خلاصه الگوی رگرسیون چندگانه گام به گام جهت پیش‌بینی علائم جسمانی‌سازی از روی خرده‌مقیاس‌های سبک‌های دفاعی

مدل	متغیر	R	R ²	S.E	F	t	Beta	Sig
گام اول	خیال‌پردازی اوتیستیک	۰/۳۷	۰/۱۴	۰/۱۹۲	۴۰/۳۸	۶/۳۵	۰/۳۷	۰/۰۰۱
گام دوم	خیال‌پردازی اوتیستیک برون‌ریزی	۰/۴۴	۰/۱۹	۰/۱۸۶	۲۹/۹۷	۵/۶۶	۰/۳۲	۰/۰۰۱
گام سوم	خیال‌پردازی اوتیستیک برون‌ریزی انزوا	۰/۴۷	۰/۲۲	۰/۱۸۳	۲۳/۸۳	۳/۴۷	۰/۲۰	۰/۰۰۱
گام چهارم	خیال‌پردازی اوتیستیک برون‌ریزی انزوا	۰/۵۰	۰/۲۵	۰/۱۸۰	۲۰/۵۵	۵/۵۲	۰/۱۸	۰/۰۰۲
	انزوا					۳/۰۶	۰/۱۸	۰/۰۰۱
	ابطال					۳/۲۱	۰/۱۷	۰/۰۰۴

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه‌ی حاضر بررسی نقش نوع سبک‌های دفاعی غالب در افراد سالم در پیش‌بینی میزان علائم جسمانی‌سازی و سلامت عمومی است. یافته‌ها نشان دادند سبک‌های دفاعی، پیش‌بین مناسبی برای میزان علائم جسمانی‌سازی و سلامت عمومی در افراد است. بدین صورت که سبک دفاعی رشدیافته، علائم جسمانی‌سازی را به صورت منفی و سلامت عمومی را به صورت مثبت پیش‌بینی می‌کند. همچنین سبک‌های دفاعی رشدنیافته و نوروپیک به ترتیب علائم جسمانی‌سازی را به طور مثبت و سلامت عمومی را به شکل منفی پیش‌بینی می‌کنند. این یافته‌ها همسو با نتایج دیگر تحقیقات می‌باشد (مالون و همکاران، ۲۰۱۳؛ هایفنتایز و همکاران، ۲۰۱۳؛ هایفنتایز و گولیا، ۲۰۱۳؛ لارزن و همکاران، ۲۰۱۰؛ وایلنت و موکامل، ۲۰۰۱، جمیل و همکاران، ۱۳۹۴؛ زاهدی و همکاران، ۱۳۹۳؛ علی‌اکبری و همکاران، ۱۳۹۲؛ افضل‌ی و همکاران، ۱۳۸۸). در تبیین نحوه اثرگذاری سبک‌های دفاعی، باید به تفاوت بین سبک‌های دفاعی رشدیافته با رشدنیافته و نوروپیک نظر کرد. اگرچه تمامی سبک‌های دفاعی تلاش می‌کنند تا افکار و احساسات اضطراب‌آور فرد را خارج از آگاهی نگاه دارند و در صورت استفاده مکرر و بیش از

اندازه از هر یک از دفاع‌های سالم و ناسالم ظرفیت روانشناختی افراد کاهش می‌یابد، اما سبک‌های دفاعی رشدنیافته و نوروتیک با شدت و میزان بیشتری شناخت آگاهانه ما را از خود تغییر می‌دهند و بینش ما را نسبت به تعارضات احساسی و درک واقعیت تحت تاثیر قرار می‌دهند (وایلان، ۲۰۰۳). به همین دلیل، وقتی ساختار روانی افراد به استفاده‌ی بیشتری از سبک‌های دفاعی رشدنیافته و نوروتیک می‌پردازد، انسجام درونی خود بر اثر دفع هیجانات منفی تخریب می‌شود و به شکل تظاهرات جسمانی و تخریب سلامت فرد خود را نشان می‌دهد (البوکورک و همکاران، ۲۰۱۱).

دیگر یافته‌های این پژوهش نشان دادند که دفاع‌های خیال‌پردازی اوتیستیک، برون‌ریزی، انزوا و ابطال به ترتیب پیش‌بینی کننده مثبت علائم جسمانی‌سازی در افراد هستند. این نتایج همسو با برخی پژوهش‌های پیشین نیز می‌باشد (کاروالهو و همکاران، ۲۰۱۳؛ البوکورک و همکاران، ۲۰۱۱ و هایفنتایز و همکاران، ۲۰۰۵). در تبیین یافته‌های فوق می‌توان به فرایند هر یک از دفاع‌ها در نحوه مدیریت عواطف و رفتارها در فرد اشاره کرد. طبق نظریات پژوهشی، دفاع‌هایی که ماهیت سرکوبگری هیجانات را داشته باشند، موجب علائم جسمانی‌سازی در فرد می‌شوند (مالون و همکاران، ۲۰۱۳؛ پراسرتسری، ۲۰۱۱). همچنین بر اساس نظریات روان‌پوشی دوانلو (۱۹۹۰) مکانیسم‌های دفاعی به سه دسته سرکوبگر، وسواسی و واپس‌رونده تقسیم می‌شوند. دفاع‌های سرکوبگر، افکار و احساسات دردناک را خارج از حیطه آگاهی هشیار قرار می‌دهند. طبق این تقسیم‌بندی سرکوبی، واکنش وارونه، ابطال و گسستگی از جمله دفاع‌های سرکوبگر محسوب می‌شوند. از آنجا که، پرسننامه سنجش سبک‌های دفاعی (DSQ-40) زیرمقیاسی تحت عنوان سرکوبی جهت سنجش دفاع‌های سرکوبگر ندارد، در تحلیل نتایج به بررسی زیرمقیاس‌های مرتبط با سرکوبی باید پرداخت. دفاع خیال‌پردازی اوتیستیک از جمله دفاع‌های مرتبط با گسستگی می‌باشد که در آن گریز موقتی از شرایط دردناک به خیال‌پردازی رخ می‌دهد، در واقع نوعی فرار از واقعیت و هدایت تمایلات دست‌نیافتنی به افکار خیالی و دنیای ذهنی می‌باشد. افراد با فرار از واقعیت موجود، هیجانات منفی ناشی از ناکامی در دنیای واقعی را نیز سرکوب می‌کنند و به دنیای مجازی خیال پناه می‌برند، غافل از اینکه این آرامش موقتی است و زبان بدن آن‌ها به جبران هیجانات پردازش نشده، دچار مشکلات جسمی شده و به درد می‌آید. در همین راستا، پژوهش‌های پیشین نیز نشان می‌دهند که بیماران روده‌ای در فاز فعال بیماری خود و بیماران ریوی، به‌طورکلی بیشتر از دفاع‌های خیال‌پردازی اوتیستیک استفاده می‌کنند (هایفنتایز و همکاران، ۲۰۰۵ و البوکورک و همکاران، ۲۰۱۱).

در تبیین اثر پیش‌بین دفاع انزوا در بروز علائم جسمانی‌سازی، ابتدا باید به بررسی محتوای سوالات سنجش انزوا بپردازیم. عبارات "اغلب به من گفته می‌شود که احساساتم را نشان نمی‌دهم" و "در موقعیت‌هایی که به نظر تکان‌دهنده می‌رسند، اغلب هیچ احساسی ندارم"، اگر چه در ظاهر به سنجش انزوا اختصاص دارند، اما دقت در محتوای آن‌ها نشان می‌دهد که در واقع به سنجش سرکوبی می‌پردازند. بنابراین، می‌توان همسو با یافته‌های مطالعات متعدد پیشین ادعا کرد که سرکوبی، پیش‌بین علائم جسمانی‌سازی در افراد می‌باشد (پراسرتسری، ۲۰۱۱؛ گیس دیویس و همکاران، ۲۰۰۸؛ الفانت و همکاران، ۲۰۰۷؛ گیس دیویس و همکاران، ۲۰۰۳). علاوه بر این،

پژوهش کاروالهو و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان می‌دهد که مکانیسم دفاعی انزوا، بدترین پیش‌آگهی را در بیماران مزمن دارد.

ابطال مکانیسم دفاعی دیگری است که به پیش‌بینی جسمانی‌سازی می‌پردازد. عبارات "هر جایی که از حقم دفاع می‌کنم، به خاطر رک بودنم از دیگران عذرخواهی می‌کنم" و "اگر افکار خصمانه‌ای داشته باشم، احساس می‌کنم لازم است کاری برای جبران آن انجام دهم"، به سنجش دفاع ابطال می‌پردازند. بار دیگر تحلیل محتوای این عبارات نشان می‌دهد که مولفه وجود احساس گناه نیز در این عبارات مورد بررسی قرار می‌گیرد. بر همین اساس می‌توان ادعا کرد افرادی که احساس گناه ناسالم را مکرر تجربه می‌کنند و تلاش می‌کنند با مکانیسم دفاعی ابطال به جبران این حس بپردازند، بیشتر دچار مشکلات جسمی می‌شوند. این یافته همخوان با نظریات دوانلو در باب احساس گناه ناسالم می‌باشد. طبق این نظریه وجدان سختگیر، با اعمال خشونت و سرزنش نسبت به خود، احساس گناه ناسالم را تجربه می‌کند و هیجانات منفی را سرکوب می‌کند. بنابراین، باز هم سرکوب هیجانات منفی، باعث ایجاد یا بروز علائم جسمانی‌سازی می‌شود (دوانلو، ۱۹۹۰).

آخرین یافته تحقیق حاضر، نقش پیش‌بین برون‌ریزی در جسمانی‌سازی است. پژوهش‌های متعددی همسو با این مطالعه، برون‌ریزی را از عوامل تخریب سلامت جسمانی می‌دانند (هایفتنایز و همکاران، ۲۰۱۳؛ پاپا و همکاران، ۲۰۰۶ و وایلد، ۲۰۰۴). هر چه ظرفیت روانی فرد برای تحمل تجربه هیجانات منفی پایین‌تر باشد، دفاع برون‌ریزی در وی بیشتر بروز می‌کند (فردریکسون، ۲۰۱۳). این افراد به محض اینکه دچار هیجان منفی می‌شوند، بدون هیچ پردازش درون روانی آن را به بیرون پرتاب کرده و با پرخاشگری یا واکنش هیجانی شدید پاسخ می‌دهند. اگر چه در ظاهر و برای مدت کوتاهی احساس سبکی و آرامش را تجربه می‌کنند، اما تجربه مکرر پاسخ‌های شدید فیزیولوژیک و احساسات منفی پس از برون‌ریزی به مرور باعث تخریب جسمانی و روانی فرد می‌شوند و این سبکی موقت به دردهای مزمن جسمی و روانی می‌انجامد.

پژوهش حاضر نشان داد که سبک‌های دفاعی رشدنیافته و نوروپیک و به‌طور خاص دفاع‌هایی چون خالپردازی اوتیستیک، برون‌ریزی، ابطال و انزوا پیش‌بین بروز علائم جسمانی‌سازی در افراد سالم می‌باشند. همچنین سبک‌های دفاعی رشدیافته پیش‌بین علائم جسمانی‌سازی کمتر و سلامت عمومی بالاتر می‌باشند. این یافته‌ها در پیشگیری از ایجاد و عود بیماری‌های روان‌تنی می‌توانند موثر باشند. علاوه بر این، درمانگران بالینی با استفاده از این نتایج و تمرکز بر دفاع‌های موثر بر جسمانی‌سازی، می‌توانند بر سرعت اثربخشی درمان‌های روانشناختی در اختلالات روان‌تنی بیفزایند. لازم به ذکر است، مطالعه حاضر نیز مانند تمام مطالعات علمی با محدودیت‌هایی مواجه است که از آن جمله می‌توان به محدودیت جامعه آماری پژوهش و نوع پژوهش اشاره کرد که ملاحظاتی را در تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادها ایجاد می‌کنند. همچنین محدودیت مهم دیگر این تحقیق، استفاده از ابزار خودگزارشی برای سنجش سبک‌های دفاعی می‌باشد. از آنجا که، سبک‌های دفاعی به‌طور ناهشیار عمل می‌کنند و بسیاری مواقع فرد از وجود آن‌ها آگاه نیست، سنجش هشیار آن‌ها توسط پرسشنامه، نقایصی در تشخیص درست ایجاد می‌کند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از ابزارهای مصاحبه‌ای جهت سنجش

مکانیسم‌های دفاعی و جسمانی‌سازی: سلسله مراتب دفاعی موثر بر جسمانی‌سازی

سبک‌های دفاعی و نمونه‌های سالم دیگر جوامع آماری استفاده شود. علاوه بر این، اجرای مطالعات مداخله‌ای در زمینه کاهش سرکوبی و اثر آن بر علائم جسمانی‌سازی به روشن‌تر شدن نقش صریح سبک‌های دفاعی در بهبود علائم روان‌تنی کمک خواهد کرد.

References

- Afzali, M. H., FathiAshtiani, A., &Azadfallah, P. (2009). The Study of defense styles & mechanisms in patients with Obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder & social phobia disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 1, 79-93. In Persian.
- Albuquerque, S. C., Carvalho, E. R., Lopes, R. S., Marques, H. S., Macedo, D. S., Pereira, E. D., Hyphantis, T. N., &Carvalho, A. F.(2011). Ego defense mechanisms in COPD: impact on health-related quality of life and dyspnoea severity. *Quality of Life Research*, 20, 1401-1410.
- Ali AkbariDehkordi, M., Salehi, SH.,&Rezaee, A. (2013). Comparison of Irrational Beliefs and Defensive Styles among Coronary Heart Patients and Normal Individuals. *Journal of Health Psychology*, 2(6), 18-32. In Persian.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The defense style questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 246-256.
- Besharat, M. A., Sharifi, M., & Ivarani, M. (2001). Investigating the Relationship between Attachment Styles and Defensive Mechanisms. *Journal of Psychology*, 3(19), 277-289. In Persian.
- Bond, M., & Perry, J. C. (2004). Long-Term Changes in Defense Styles With PsychodynamicPsychotherapy for Depressive, Anxiety, and Personality Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 1665-1671.
- Carvalho, A. F., Ramirez, S. P., Macedo, D. S., Sales, P. M. G., Rebouc, J. C., Daher, E. F., &Hyphantis, T. N. (2013). The Psychological Defensive Profile of Hemodialysis Patients and Its Relationship to Health-Related Quality of Life. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(7), 621-628.
- Chabrol, H., Rousseau, A., Rodgers, R., Callahan, S., Pirlot, G., &Sztulman, H. (2005). A study of the face validity of the 40 item version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 756-759.
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the nonconscious*. New York, NY: Wiley.
- Elfant, E., Burns, J., &Zeichner, A. (2007). Repressive coping style and suppression of pain-related thoughts: effects on responses to acute pain induction. *Cognition and Emotion*, 22(4), 671-696.
- Fredrickson, J. (2013). *Co-Creating Change, Effective Dynamic Therapy Techniques*. Kansas city, Seven Leaves Press.

- Ghorbani, N., Watson, P. J., & Morris, R. (2000). Personality, Stress and mental health.: evidence of relationship in a sample of Iranian managers. *Personality and Individual Differences*, 28, 647-670.
- Giese-Davis, J., Conrad, A., Nouriani, B., & Spiegel, D. (2008). Exploring Emotion-Regulation and Autonomic Physiology in Metastatic Breast Cancer Patients: Repression, Suppression, an Restraint of Hostility. *Personality and Individual Differences*, 44(1), 226-237.
- Giese-Davis, J., & Spiegel, D. (2003). *Handbook of Affective Sciences*. Oxford, Oxford University Press.
- HeidariNasab, L., Mansour, M, Azad Falah, P., &Shaeri, M. R. (2007). Validity and reliability of defense style questionnaire (DSQ-40) in Iranian samples. *DaneshvarRaftar*, 14(22), 11-26. In Persian.
- Hiller, W., Rief, W., &Brahler, E. (2006). Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 704-712.
- Hyphantis, T., Traintafillidis, J. K., Pappa, S., Mantas, C., Kaltsouda, A., Cherakakis, P., Alamanos, Y., Manousos, O. N., &Mavreas, V. (2005). Defense Mechanisms in InflammatoryBowel Disease *Journal of Gastroenterology*, 40, 24-30.
- Hyphantis, T., Tomenson, T., Bai, M., Tsianos, E., Mavreas, V., & Creed, F. (2010). Psychological Distress, Somatization, and Defense Mechanisms Associated with Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease Patients. *Digestive Diseases and Sciences*, 55, 724-732.
- Hyphantis, T., Goulia, P., Carvalho, A. F. (2013). Personality traits, defense mechanisms and hostility features associate with somatic symptom severity in both health and disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 75, 362-369.
- Hyphantis, T. N., Taunay, T. C., Macedo, D. S., Soeiro-de-Souza, M. G., Bisol, L. W., Fountoulakis, K. N., Lara, D. R., &Carvalho, A. F. (2013). Affective temperaments and ego defense mechanisms associated with somatic symptom severity in a large sample. *Journal of Affective Disorders*, 150, 481-489.
- Jamil, L., AtefVahid, M., Dehghani, M., &Habibi, M. (2015). The Mental Health Through Psychodynamic Perspective: The Relationship between the Ego Strength, The Defense Styles, and the Object Relations to Mental Health. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 21(2), 144-154. In Persian.
- Kapalan, H., Sado, B., & Ruiz, P. (2015). *Synapsis of psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry*. 11th edition. Wolters Kluwer.
- Kashanaki, H., Ghorbani, N., &Hatami, J. (2016). Studying the Effect of Feeling Suppression and Psychological and Physical Symptoms According to Integrative Self-Knowledge, Mindfulness, Self-Compassion, Social Desirability and Self-Control. *Applied Psychological Research Quarterly*, 7(3), 55-70. In Persian.

- Larsen, A., Bøggild, H., Mortensen, J. T., Foldager, L., Hansen, J., & Christensen, A. (2010). Psychopathology, defense mechanisms, and the psychosocial work environment. *International Journal of Social Psychiatry*, 56, 563–577.
- Malone, J. C., Cohen, S., Liu, S. R., Vaillant, G. E., & Waldinger, R. J. (2013). Adaptive midlife defense mechanisms and late-life health. *Personality and Individual Differences*, 55, 85–89.
- Manzaritavakoli, V., Hashemizadeh, V., Salehi, S., & Salajegheh, S. (2014). Defensive Styles: Consequence of Emotional Self-Efficacy and Self-Esteem. *Applied Psychological Research Quarterly*, 4(4), 27-39. In Persian.
- Noorbala, A. A., Bagheri Yazdi, S. A., & Kazem, M. (2009). The Validation of General Health Questionnaire- 28 as a Psychiatric Screening Tool. *Hakim Health System Research*, 11(4), 47-53. In Persian.
- Pappa, C., Hyphantis, T., Pappa, S., Aspiotis, M., Stefanidou, M., & Kitsos, G. (2006). Psychiatric manifestations and personality traits associated with compliance with glaucoma treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 609–17.
- Prasertsri, N., Holden, J., Keefe, F. J., & Wilkie, D. J. (2011). Repressive coping style: Relationships with depression, pain, and pain coping strategies in lung cancer out patients. *Lung Cancer*, 71(2), 235-40.
- Rief, W., & Hiller, W. (2003). A New Approach to the Assessment of the Treatment Effects of Somatoform Disorders. *Psychosomatics*, 44, 492–498.
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55, 89–98.
- Vaillant, G. E., & Mukamal, K. (2001). Successful aging. *American Journal of Psychiatry*, 158, 839–847.
- Vigna-Taglianti, M., & Arfelli, P. (2014). Confusion of tongues: A defense mechanism and a complex communication of unwelcome children with an early broken intimacy. *International Forum of Psychoanalysis*, 23, 30-36.
- Wild, J. (2004). Relationship between Cognitive Distortions and Anger. *The Rational Emotive Behavioral Therapists*, 11(1), 61-82.
- Zahedi-Tajrishi, K., Besharat, M. A. (2014). The Comparison of Ego Defense Styles in Patients with Somatization, Anxiety, and Normal Individuals. *Journal of Clinical Psychology*, 6(4), 61-70. In Persian.