

بررسی سبکها و مکانیزم های دفاعی افراد مبتلا به اختلال وسواس- بی اختیاری، اختلال اضطراب تعمیم یافته و اختلال هراس اجتماعی

The Study of defense styles & mechanisms in patients with Obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder & social phobia disorder

تاریخ پذیرش: ۸۸/۲/۱۶

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۰/۸

Afzali M H.*, MSc, FathiAshtiani A, Ph. D., Azadfallah P., Ph.D

محمد حسن افزلی*، علی فتحی آشتیانی**، پرویز آزاد فلاح***

Abstract

Introduction: This study was aimed to determine and compare the defense mechanisms and styles in obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and social phobia in 4 groups (including OCD, GAD, Social phobia and healthy subjects).

Method: Each group comprising 30 subjects were assessed by Defensive style Questionnaire (DSQ-40). The defense mechanisms and styles of patients were compared to normal group and evaluated.

Results: Statistical analysis showed that patient's defense mechanisms and styles differed significantly from normal group. Clinical groups used more Immature and Neurotic defenses. In comparison to healthy group, OCD subjects exhibited more Neurotic and Immature style. In details, they used the acting out, reaction formation and undoing defenses more than normal group; likewise GAD group used projection, idealization, somatization and less humor and suppression. SP used more projection, idealization, somatization and passive aggression and less suppression.

Conclusions: The results of present study clarified the importance of research on defense mechanisms in both normal and clinical span in order to diagnose and treat the anxiety disorders; also suggest that these findings are comparable with other studies; however studying on defense mechanisms needs further investigations in Iran.

Key Words: Obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, social phobia disorder, defense mechanism, defensive style.

چکیده

مقدمه: این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه مکانیزمها و سبکهای دفاعی افراد مبتلا به اختلال وسواس- بی اختیاری (OCD)، اختلال اضطراب تعمیم یافته (GAD) و اختلال هراس اجتماعی (SP) انجام پذیرفته است.

روش: نمونه این پژوهش متشکل از افراد مبتلا به اختلال- وسواس بی اختیاری (۳۰ نفر)، اختلال اضطراب تعمیم یافته (۳۰ نفر)، اختلال هراس اجتماعی (۳۰ نفر) و افراد غیر مبتلا (۳۰ نفر) است که توسط روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده اند. ابزار مورد استفاده جهت سنجش مکانیزمهای دفاعی پرسشنامه سبکهای دفاعی (DSQ-40) می باشد. مکانیزمها و سبکهای دفاعی گروههای مبتلا با گروه بهنجار و الگوی مکانیزمهای دفاعی هر چهار گروه با استفاده از روش های آماری مقایسه میانگین ها، و تحلیل واریانس یک راهه و آزمون های تعقیبی با یکدیگر مقایسه شدند.

یافته ها: بررسی های آماری نشان داد که گروه های مبتلا نسبت به گروه غیر مبتلا از سبکهای دفاعی رشد نایافته و روان آزرده به صورت معنا داری بیشتر استفاده می کنند و مشخص شد که میان گروهها در استفاده برخی از مکانیزمهای دفاعی تفاوت معنا دار وجود دارد. به علاوه مشخص گردید که مشخصه اصلی الگوی دفاعی گروه مبتلایان به اختلال وسواس- بی اختیاری در مقایسه با گروه بهنجار در استفاده زیاد آنها از مکانیزم های دفاعی گذار به عمل، تشکل واکنشی و ابطال است به همین ترتیب مشخصه اصلی الگوی دفاعی گروه مبتلایان به اختلال اضطراب تعمیم یافته در مقایسه با گروه بهنجار در استفاده زیاد آنها از مکانیزم های دفاعی فراقکنی، آرمانی سازی، جسمی سازی و استفاده کمتر آنها از مکانیزم های دفاعی طنز و فرونشانی است و مشخصه اصلی الگوی دفاعی گروه مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی در مقایسه با گروه بهنجار در استفاده زیاد آنها از مکانیزم های دفاعی فراقکنی، آرمانی سازی، جسمی سازی و پرخاشگری منفعلانه و استفاده کمتر آنها از مکانیزم دفاعی فرونشانی است.

نتیجه گیری: مطالعه کنونی اهمیت بررسی مکانیزمهای دفاعی را چه در گستره بهنجار و چه در گستره بالینی جهت تشخیص و درمان اختلالات اضطرابی نمایان می سازد. یافته های این پژوهش به طور کلی با یافته های سایر مطالعات قابل مقایسه هستند، با این حال انجام پژوهش در زمینه مکانیزمهای دفاعی در ایران نیازمند توجه بیشتری است.

واژه های کلیدی: سبکهای دفاعی، مکانیزمهای دفاعی، اختلال وسواس - بی اختیاری، اختلال اضطراب تعمیم یافته، اختلال هراس اجتماعی

*Correspondance Email:
k.afzali@Gmail.com

* نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه تربیت مدرس

** استاد دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله (عج)

*** دانشیار دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه

نظام روان تحلیل گری فروید تأثیر عظیمی بر نظریه و عمل در روانشناسی و روانپزشکی، تصور ما از ماهیت انسان و درک ما از شخصیت داشته است [۱]. فرض بنیادی نظریه روان تحلیل گری مبتنی بر این موضوع است که قسمت عمده ای از زندگی روانی هر شخص در فرایندهای ناهشیار ریشه دارد این بخش از ذهن، در نظام فرویدی مخزن تکانه های غریزی غیر قابل دسترس، تجربه های سرکوب شده، خاطرات کودکی قبل از رشد زبان و امیال نیرومند ولی ارضا نشده می باشد [۲].

در روان تحلیل گری سنتی و نوین بسیاری از مفاهیم و نظریه ها به طور مستقیم با مفهوم ناهشیار ارتباط دارند. در این میان «مکانیزمهای دفاعی من»^۱ که فروید آنها را راهکارهای ناهشیار «من» جهت کنترل غرایز و تکانه ها تعریف کرد [۳]، یکی از مهمترین مفاهیم مرتبط با ناهشیار است که در نظام روان تحلیل گری جهت تبیین عملکرد دفاعی دستگاه روانی در برابر اضطراب و تنیدگی معرفی شدند.

مکانیزمهای دفاعی به دلیل اهمیت ویژه ای که در مفهوم پردازش اختلالهای روانی و درمان آنها از دیدگاه روانپویشی دارند، مورد توجه بالینی و پژوهشی خاصی قرار گرفته اند [۴]. در نظام روان تحلیل گری هر اختلال روانی با مکانیزمهای دفاعی غیر انطباقی مشخصی همراه است، و دفاعها نقش مهمی در سلامت روانی افراد ایفا می کنند ([۳] [۵] [۶] [۷]). بررسی های متعددی از این فرض حمایت کرده اند، و در تحقیقات مشخص شده است که سلامت جسمی و روانی افراد به طور معناداری با مکانیزمهای دفاعی آنها در ارتباط است [۸]. با این توصیف مکانیزمهای دفاعی به طور منطقی این ظرفیت را دارند که به عنوان یکی از متغیرهای درمانی در نظر گرفته شوند و در مداخلات درمانی از توجه ویژه ای برخوردار باشند. در این راستا مطالعات نیز اهمیت ارتباط میان مداخلات درمانی و مکانیزمهای دفاعی را مورد تأیید

قرار داده اند. به عنوان نمونه مطالعات نشان داده اند که درمانهای پویشی - که مستقیماً با دفاعهای بیمار سرو کار دارند - به کاهش چشمگیری در میزان استفاده از دفاعهای غیر انطباقی و بالعکس افزایش معناداری در دفاعهای انطباقی و سازگارانه کمک می کنند [۸]، جالب توجه آنکه سایر روشهای روان درمانی نیز اثری مشابه داشته اند [۴]. بنابراین به نظر می رسد صرف نظر از نوع درمان، ارتباطی مشخص میان بهبودی و دفاعهای غیر مرضی وجود دارد.

با این توصیف، شناسایی مکانیزمهای دفاعی غیر انطباقی افراد مبتلا به اختلالات روانی، در فرایند طرح ریزی چارچوب درمان بسیار مفید است [۷]؛ به عنوان مثال در این خصوص مشخص شده، آن دسته از بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی که مشخصاً از دفاعهای به نسبت سازش یافته تر استفاده می کنند، نیازمند مداخلات درمانی مختصری هستند؛ ولی دسته ای از بیماران روان آزرده که به مراتب دفاعهای ناپخته تری دارند، نیازمند مداخلات درمانی پیشرفته تری می باشند (همان منبع). از طرف دیگر شناسایی دفاعهای اختلالهای مختلف جهت کمک به تشخیص افتراقی نیز کاربرد قابل قبولی دارد؛ این که مشخص شود هر اختلال با چه نوع مکانیزمهای دفاعی برجسته ای همراه است، علاوه بر فهم بیشتر عملکرد نظام روانی، راهبردی کمکی در جهت تشخیص و تمیز اختلالهای روانی است [۴].

بر اساس رویکرد روان تحلیل گری افراد در مواجهه با تنیدگی از سبکهای دفاعی مشخصی استفاده می کنند که این سبکها بر اساس میزان پختگی^۲ به چهار گروه ناپخته^۳ (رشد نیافته)، روان آزرده^۴، خودشیفته^۵ و پخته^۶ (رشد یافته) تقسیم می شوند [۹]. هریک از این سبکها شامل مکانیزمهای دفاعی ویژه ای هستند. مشخص شده است که در افراد مبتلا به اختلالهای روانی، سبک دفاعی

2. Maturity
3. Immature
4. Neurotic
5. Narcissistic
6. Mature

1. Ego defense mechanisms

پیشگیری از اختلالهای روانی دارند، در این تحقیق سعی شده است تا با شناسایی مکانیزمهای دفاعی برجسته اختلال وسواس - بی اختیاری، اختلال اضطراب تعمیم یافته و اختلال هراس اجتماعی در جامعه ایرانی، و مقایسه آنها با افراد سالم و فاقد این اختلالات، این فرض که هر اختلال روانی با مکانیزمهای دفاعی خاصی در ارتباط است، در مورد اختلالات اضطرابی مورد بررسی قرار گیرد.

روش

طرح پژوهش

طرح پژوهشی حاضر از نوع تحقیقات بنیادین می باشد که هدف آن به طور کلی تبیین روابط بین پدیده ها و افزودن به مجموعه دانش موجود در زمینه نقش مکانیزم های دفاعی در اختلالات اضطرابی است. با توجه به موضوع پژوهش و ماهیت متغیرهایی که از قبل شکل گرفته اند و اینکه امکان دستکاری متغیرها وجود ندارد این طرح از نوع پس رویدادی بوده که در آن محقق سعی در بررسی، مقایسه و تبیین نتایج به دست آمده را دارد به علاوه در گستره طرح های پس رویدادی با توجه به ماهیت مقایسه گروههای مختلف در این پژوهش، این طرح در حوزه طرحهای علی - مقایسه ای قرار می گیرد.

جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری این پژوهش را افرادی که براساس ملاکهای راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی [۱۰] واجد ملاکهای تشخیصی اختلال وسواس - بی اختیاری و اختلال اضطراب تعمیم یافته و اختلال هراس اجتماعی بودند تشکیل دادند. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش شامل ۴ گروه مقایسه با حجم نمونه در هر گروه ۳۰ نفر بود. روش نمونه گیری در گروه بالینی (اختلال وسواس - بی اختیاری و اختلال اضطراب تعمیم یافته و اختلال هراس اجتماعی) بصورت در دسترس و براساس تشخیص روانپزشکان و روانشناسان از بیمارستان امام

رشد نیافته و غیر انطباقی، و در جمعیت غیر بالینی سبک دفاعی به مراتب رشدیافته تر است [۴]. از این رو آنچه که در اکثر تحقیقات مربوط به دفاعهای روانی انجام می شود، در درجه اول بررسی سبک دفاعی، و در درجه دوم مکانیزمهای دفاعی برجسته ای است که افراد از آنها استفاده می کنند.

در نظریه روان تحلیل گری هر اختلال روانی با مکانیزمهای دفاعی مشخصی همراه است. مطالعات متعددی این فرض را بررسی کرده اند و نتایج به دست آمده از آنها در بعضی موارد نا همسان بوده است، به عنوان مثال بلایا و همکاران [۷] نشان دادند که دفاع برجسته در افسردگی فرافکنی^۷ است در حالی که باند [۶] مکانیزم های دفاعی غالب در افسردگی را پرخاشگری انفعالی^۸ و بازگشت علیه خود^۹ می داند. در مطالعه ای دیگر آفر و همکاران [۳] دریافتند که دفاعهای ابطال^{۱۰} و تشکل واکنشی^{۱۱} مختص اختلال وسواس هستند در حالی که پولاک و اندروز [۵] ابطال، فرافکنی و کنش نمایی^{۱۲} را به عنوان دفاع های غالب در اختلال وسواس می دانستند. با توجه به عدم همسانی داده ها در مورد مکانیزمهای دفاعی غالب در اختلالات دیگر مانند هراس اجتماعی و اختلال وحشتزدگی [۶] می توان این فرض را مطرح کرد که علت این ناهماهنگی عدم توجه به اختلالات هم آیند^{۱۳} یا نشانه های^{۱۴} همراه با اختلال و یا تفاوت های فرهنگی است.

با توجه به توضیحات فوق، بنابراین لزوم بررسی مکانیزمهای دفاعی بیماران طبقات مختلف اختلالات روانی، امری شایسته و بایسته به نظر می رسد و با در نظر گرفتن اهمیتی که دفاعها در بحث درمان و حتی

7. Projection

8. Passive aggression

9. Turning against the self

10. Undoing

11. Reaction-formation

12. Acting out

13. Comorbidity

14. Symptoms

این مقیاس در سال ۱۹۸۶ توسط گودمن^{۱۵} و همکاران ساخته شده [۱۱] و برای تعیین شدت اختلال وسواس-بی اختیاری به کار می رود. در این فهرست دو مقیاس فرعی برای سنجش وسواس وجود دارد. در هر دو مقیاس شدت علائم برحسب فراوانی، مدت، اضطراب حاصله، آسیب کنشی و مداخله در زندگی مراجع، مقاومت و درجه کنترل طی ۷ روز قبل از مصاحبه ارزیابی می شود. پس از تکمیل آزمون، مصاحبه گر مراجع را روی پنج مقیاس پنج قسمتی شامل: شدت علائم، فراوانی علائم، مدت زمان علائم، میزان اضطراب بیمار و مداخله علائم در زندگی روزمره اش و میزان مقاومت بیمار در برابر انجام این تشریفات ارزیابی می کند.

این مقیاس اعتبار^{۱۶} و روایی^{۱۷} خوبی در ارزیابی شدت علائم نشان داده است [۱۱]. روایی بین ارزیابان در ۴۰ بیمار، ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی (ضریب آلفا) برای این مقیاس ۰/۸۹ گزارش شده است [۱۲]. در ایران نیز با نمونه ای ۵۰ نفری از بیماران وسواس-بی اختیاری، ضریب اعتبار این مقیاس از طریق بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۸۴ گزارش شده است [۱۳].

۴ پرسشنامه اضطراب بک (BAI)

پرسشنامه اضطراب بک [۱۴] یک پرسشنامه خود-گزارشی^{۱۸} برای اندازه گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان است. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه ای را که نشان دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می کند. هر یک از ماده های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می کند.

مطالعات انجام شده نشان می دهند که این آزمون از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش باز

حسین (ع)، بیمارستان بقیه الله (عج)، مرکز مشاوره دانشگاه تهران، مرکز مشاوره دانشگاه تربیت مدرس انتخاب شدند و در گروه غیر بالینی نیز شامل افرادی بدون هیچ گونه سابقه بیماری روانی و با پایگاه اقتصادی مشابه با بیماران بود که از میان دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی و دانشگاه تربیت مدرس انتخاب شدند. گروه های مورد بررسی از نظر ویژگی های جمعیت شناختی شامل سن، میزان تحصیلات و وضعیت تاهل همتا شدند. در رابطه با معیارهای ورود و خروج افراد به پژوهش حاضر لازم به ذکر است که افرادی در این مطالعه شرکت کردند که در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سالگی بوده، حداقل میزان تحصیلات آنها دیپلم بود و در شروع مداخلات درمانی قرار داشتند. بعلاوه در صورت داشتن سابقه بیماری روانی به غیر از اختلال وسواس-بی اختیاری و اختلال اضطراب تعمیم یافته و اختلال هراس اجتماعی از نمونه حذف شدند. همچنین عدم وجود اختلالات عضوی نظیر ضربه به سر، صرع، تشنج و تومور مغزی نیز مورد توجه قرار گرفت.

ابزار جمع آوری اطلاعات

ابزارهای به کار رفته در پژوهش حاضر به شرح زیر می باشد:

۱) **تشخیص بالینی:** بر اساس مصاحبه تشخیصی با هر یک از مراجعین توسط روانپزشکان و روانشناسان با توجه به ملاکهای تشخیصی DSM-IV-TR بود.

۲) **فرم مشخصات جمعیت شناختی:** این فرم اطلاعاتی از قبیل سن، جنس، وضعیت تحصیلی، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سابقه بیماری روانی و جسمی بود.

۳) **مقیاس وسواس-بی اختیاری ییل - برآون (Y-BOCS)**

15. Goodman, W. K

16. Reliability

17. Validity

18. Self-report

گزارش شده است. روایی سازه^{۱۹} در مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی و آزمودنی های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص روان پزشکی بررسی شد که تفاوت معناداری با هم نشان دادند که این خود حاکی از اعتبار سازه بالاست. نقطه برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰٪ و نقطه برش ۵۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۹٪ افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی را از گروه کنترل تمیز می دهد (همان منبع).

آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه گیری شدت اضطراب می باشد (همان منبع). ضریب اعتبار این پرسشنامه در ایران با روش بازآزمایی و به فاصله دو هفته ۰/۸۰ گزارش شده است [۱۵].

۵) پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN)

این پرسشنامه نخستین بار توسط کانور و همکاران به منظور ارزیابی هراس اجتماعی تهیه گردید [۱۶]. SPIN یک مقیاس خود سنجی ۱۷ ماده ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) است و در آن هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه ای (۰=به هیچ وجه، ۱=کم، ۲=تا اندازه ای، ۳=زیاد، ۴=خیلی زیاد) درجه بندی می شود. تلویحات بالینی این پرسشنامه به این قرار است که ابزاری است که با درجه بندی بیمار سه حیطة علائم بالینی با اهمیت ترس، اجتناب و علائم فیزیولوژیکی اطلاعاتی را ارائه می کند و دارای مزیت های عملی کوتاه بودن، سادگی و آسانی نمره گذاری می باشد. این ابزار با دارا بودن ویژگی های با ثبات روان سنجی به عنوان یک ابزار معتبر برای سنجش شدت علائم هراس اجتماعی به کار می رود. به علاوه به عنوان یک ابزار غربالگری و برای آزمون پاسخ به درمان در اختلال هراس اجتماعی کار برد دارد و در نهایت این مقیاس می تواند درمان ها با کارایی متفاوت را از هم تمیز دهد (همان منبع). این آزمون از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. اعتبار آن با روش باز آزمایی در گروه های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است و برای مقیاس های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۸۰

۶) پرسشنامه سبک های دفاعی (DSQ - 40)

این پرسشنامه بر اساس الگوی سلسله مراتبی دفاع ها توسط آندروز و همکاران در سال ۱۹۹۳ تدوین گردید که شامل ۴۰ سوال در مقیاس ۹ درجه ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است و ۲۰ مکانیزم دفاعی را در سه سطح رشد یافته، روان آزاده وار، رشد نایافته مورد ارزیابی قرار می داد [۱۷ و ۱۸]. پرسشنامه سبک های دفاعی (DSQ - 40) در ایران توسط حیدری نسب [۱۹] مورد بررسی و هنجاریابی قرار گرفت. اعتبار پرسشنامه سبک های دفاعی نیز از طریق روش بازآزمایی و نیز محاسبه آلفای کرونباخ انجام شده است. ضریب اعتبار و آلفا در گروه های مطالعه به تفکیک در دانش آموزان و دانشجویان و جنسیت گروه نمونه گیری و نیز سبک های دفاعی نشان می دهد بالاترین آلفای کلی در مردان دانشجو (۰/۸۱) و پایین ترین آلفای کل در دانش آموزان دختر (۰/۶۹) مشاهده می شود. در سبک های دفاعی، بالاترین آلفا مربوط به سبک رشد نایافته (۰/۷۲) و کمترین مربوط به سبک روان آزاده وار می گردد (۰/۵۰). براین اساس بالاترین آلفای کرونباخ محاسبه شده بین دو نیمه آزمون مربوط به مردان دانشجو و کمترین به سبک روان آزاده وار مربوط می شود و این موضوع حاکی از این است که همبستگی های مربوط به دو بار اجرای پرسشنامه در گروه های مورد مطالعه ($p < 0.01$) معنادار

مشاهده می‌شود. برای بررسی الگوی مکانیزمهای دفاعی مورد استفاده افراد مبتلا به اختلال وسواس- بی اختیاری، اختلال اضطراب تعمیم یافته و اختلال هراس اجتماعی و افراد غیر مبتلا و مقایسه الگوی مکانیزمهای دفاعی این گروهها از روش تحلیل واریانس یک-راهه (ANOVA) استفاده به عمل آمد و با توجه به تعداد برابر آزمودنی‌ها در هر گروه، برای مقایسه میانگین دو به دوی گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی (HSD) و زیر گروه‌های همسان استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ آمده است

هستند و بر اساس این یافته‌ها مشخص گردید پرسشنامه سبکهای دفاعی در گروه‌های مورد مطالعه از اعتبار مناسبی برخوردار است [۱۹].

نتایج

در این تحقیق از روش های آمار استنباطی شامل آزمون خی دو و تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه میانگینهای مربوط به داده های جمعیت شناختی گروه ها استفاده گردید که نتایج آن در جدول‌های شماره ۱ و ۲

جدول ۱: مقایسه فراوانی گروه‌های چهارگانه به تفکیک جنس، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات

مقایسه خی دو		بهنجار		مبتلایان به هراس اجتماعی		مبتلایان به اضطراب تعمیم یافته		مبتلایان به وسواس		گروه		متغیر
۰/۵۹۳	۱/۹	۵۰	۱۵	۵۷	۱۷	۵۳	۱۶	۶۷	۲۰	زن	جنس	
		۵۰	۱۵	۴۳	۱۳	۴۷	۱۴	۳۳	۱۰	مرد		
۰/۹۵۷	۳/۱۶۷	۳۳	۱۰	۴۷	۱۴	۴۰	۱۲	۳۷	۱۱	دیپلم	میزان تحصیلات	
		۴۷	۱۴	۴۰	۱۲	۴۷	۱۴	۴۷	۱۴	کارشناسی		
		۱۳	۴	۱۰	۳	۱۳	۴	۱۳	۴	کارشناسی ارشد		
		۷	۲	۳	۱	۰	۰	۳	۱	دکتری		
۰/۲۷۶	۳/۸۷۱	۵۳	۱۶	۵۷	۱۷	۶۰	۱۸	۳۷	۱۱	مجرد	وضعیت تأهل	
		۴۷	۱۴	۴۳	۱۳	۴۰	۱۲	۶۳	۱۹	متاهل		

است که ۴۵ درصد گروه نمونه را تشکیل می‌دهند و کمترین فراوانی نیز مربوط به فارغ التحصیلان یا دانشجویان دوره دکتری است که ۳ درصد گروه نمونه را تشکیل می‌دهند و از لحاظ وضعیت تأهل بیشترین فراوانی مربوط به افراد مجرد است که ۵۲ درصد گروه نمونه را تشکیل می‌دهند و غالب آنها (۵۷ درصد) در

با توجه به داده های جدول شماره ۱ مشاهده می شود که از لحاظ جنس بیشترین فراوانی مربوط به زنان است که ۵۷ درصد گروه نمونه را تشکیل می‌دهند و غالب آنها (۶۷ درصد) در گروه مبتلایان به وسواس قرار دارند. از لحاظ میزان تحصیلات، بیشترین فراوانی مربوط فارغ التحصیلان یا دانشجویان دوره کارشناسی

اجتماعی، با میانگین سنی ۳۲/۵۱ و ۲۶/۰۴ به خود اختصاص داده‌اند ولی گروه‌ها از لحاظ متغیر سن با یکدیگر تفاوت معنی داری ندارند و هم‌تا می‌باشند (جدول ۲).

گروه مبتلایان به هراس اجتماعی قرار دارند به علاوه گروه‌ها از لحاظ سه متغیر جنس، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات با یکدیگر تفاوت معنی داری ندارند و هم‌تا می‌باشند.

بیشترین و کمترین میانگین سنی را به ترتیب گروه‌های مبتلایان به وسواس و مبتلایان به هراس

جدول ۲: مقایسه میانگین سنی گروه‌های چهارگانه

P	آزمون F	انحراف استاندارد	میانگین	دامنه سنی	گروه
۰/۶۲۴	۰/۴۷۵	۶/۹۱	۳۲/۵۱	۲۲-۴۰	مبتلایان به وسواس
		۵/۵۸	۲۷/۸۱	۲۰-۳۷	مبتلایان به اضطراب تعمیم یافته
		۵/۱۲	۲۶/۰۴	۲۱-۳۵	مبتلایان به هراس اجتماعی
		۷/۲۵	۲۸/۳۲	۲۰-۴۰	بهنجار

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه بین مکانیزمها و سبکهای دفاعی در گروه‌های مورد مقایسه

کل	بهنجار		(SP)		(GAD)		(OCD)		شاخص دفاعها	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
سطح معنی‌داری	F									
۰/۰۰۳	۰/۶۳۱	۱/۸	۶/۴	۲/۴	۶/۳	۲/۱	۶/۹	۱/۷	۶/۸	دلیل تراشی
۰/۰۰۱	۹/۳۳۳	۲	a۳/۳	۱/۲	bc۵	۲/۵	c۵/۷	۱/۸	ab۴/۱	فراافکنی
۰/۰۶۷	۲/۴۵۶	۲	۴	۱/۸	۳/۷	۱/۶	۲/۸	۱/۹	۳/۲	انکار
۰/۱۰۹	۲/۰۶۲	۱/۹	۴/۸	۱/۷	۴/۷	۲	۵/۳	۱/۸	۴/۲	تفرق
۰/۰۵۸	۲/۵۶۱	۱/۵	۴/۵	۲/۴	۵/۱	۱/۷	۵/۶	۱/۵	۴/۶	نا آرزنده سازی
۰/۰۲۷	۳/۱۶۶	۱/۸	a۴/۷	۲/۵	ab۵/۵	۲/۲	ab۵/۳	۱/۳	b۶/۳	گذار به عمل
۰/۰۰۱	۶/۸۸۵	۱/۸	۴/۲	۱/۳	a۶	۱/۶	a۵/۷	۲/۱	a۵/۲	بدنی سازی
۰/۰۸۱	۲/۳۰۰	۲/۱	a۴	۲/۷	ba۴/۸	۲/۴	ab۴/۷	۲/۵	b۵/۷	خیال پردازی
۰/۰۹۲	۲/۱۹۵	۲/۲	۳/۸	۲/۲	۴/۲	۱/۹	۴	۱/۴	۴/۹	لایه سازی
۰/۰۰۱	۵/۹۹۵	۱/۶	a۳/۸	۱/۳	b۵/۶	۲/۱	ab۴/۷	۱/۷	a۴/۲	پرخاشگری منفعلانه
۰/۳۵۱	۱/۱۰۲	۱/۹	۳/۴	۲/۵	۴/۱	۲/۴	۴/۴	۱/۹	۳/۹	جابجایی
۰/۰۸۲	۲/۲۹۵	۲	۳/۷	۱/۸	۳/۶	۱/۸	۴/۴	۲/۱	۴/۶	مجزا سازی
۰/۰۰۱	۷/۱۰۷	۰/۹	a۴/۱	۰/۶	b۴/۹	۰/۸	b۵	۰/۶	b۴/۸	سبک رشد نیافته
۰/۰۱۳	۳/۷۲۴	۱/۹	a۵	۲	br۲/۵	۱/۵	b۳/۶	۲	ab۴	فرو نشانی
۰/۹۶۸	۰/۰۸۵	۱/۷	۴/۳	۲/۲	۴/۴	۲/۵	۴/۶	۲/۲	۴/۴	والایی گزایی
۰/۰۵۳	۲/۶۳۷	۱/۷	a۵/۴	۲/۶	ab۴/۹	۱/۵	b۳/۹	۲/۱	ab۴/۴	طنز
۰/۲۱۴	۱/۵۱۷	۱/۵	۶/۵	۱/۴	۷	۲/۳	۶	۱/۷	۶/۵	پیشاپیش نگری
۰/۱۱۸	۲/۰۰۱	۱/۵	۴/۶	۱/۳	۴/۹	۱/۱	۴/۵	۱/۳	۴/۸	سبک رشد یافته
۰/۱۹۰	۱/۶۱۲	۲	۵/۷	۲/۳	۶/۷	۱/۸	۶	۱/۸	۶/۵	دیگر دوستی
۰/۰۰۳	۴/۹۶۴	۱/۷	a۴/۳	۱/۹	ab۵	۲/۴	a۴/۵	۱/۵	b۶	تشکل واکنشی
۰/۰۰۱	۷/۱۹۶	۲/۵	۳/۷	۱/۷	a۶	۱/۶	a۵/۵	۲/۲	a۵	آرمانی سازی
۰/۰۵۲	۲/۶۴۹	۲/۱	b۴/۹	۲/۹	ba۵/۸	۲	ba۵/۳	۱/۳	a۶/۳	ابطال
۰/۰۰۱	۹/۰۳۲	۱/۱	a۵/۳	۱	b۵/۹	۱/۱	ba۵/۳	۰/۸	b۶	سبک روان آزرده

میانگین‌هایی که کنارشان حروف یکسان (a,b,c) نوشته شده در آزمون تعقیبی توکی در زیر گروه‌های همسان قرار می‌گیرند و با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند.

پردازی اوتیستیک ($p < 0.01$) و لایه سازی ($p < 0.05$). همچنین دفاع‌های روان‌آزردهای که افراد مبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری در مقایسه با گروه بهنجار، بیشتر استفاده می‌کنند عبارتند از: تشکل - واکنشی ($p < 0.001$)، آرمانی‌سازی ($p < 0.05$) و ابطال ($p < 0.01$).

- افراد مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته به نسبت افراد بهنجار از سبک دفاعی رشدنیافته بیشتر استفاده

نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه (در جدول ۳) و آزمونهای تعقیبی توکی نشان می‌دهد که:

- افراد مبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری نسبت به افراد بهنجار از سبک دفاعی رشدنیافته و روان‌آزرد بیشتر استفاده می‌کنند. دفاع‌های رشدنیافته‌ای که افراد مبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری در مقایسه با گروه بهنجار، بیشتر استفاده می‌کنند عبارتند از: گذار به عمل ($p < 0.001$)، بدنی‌سازی ($p < 0.05$)، خیال -

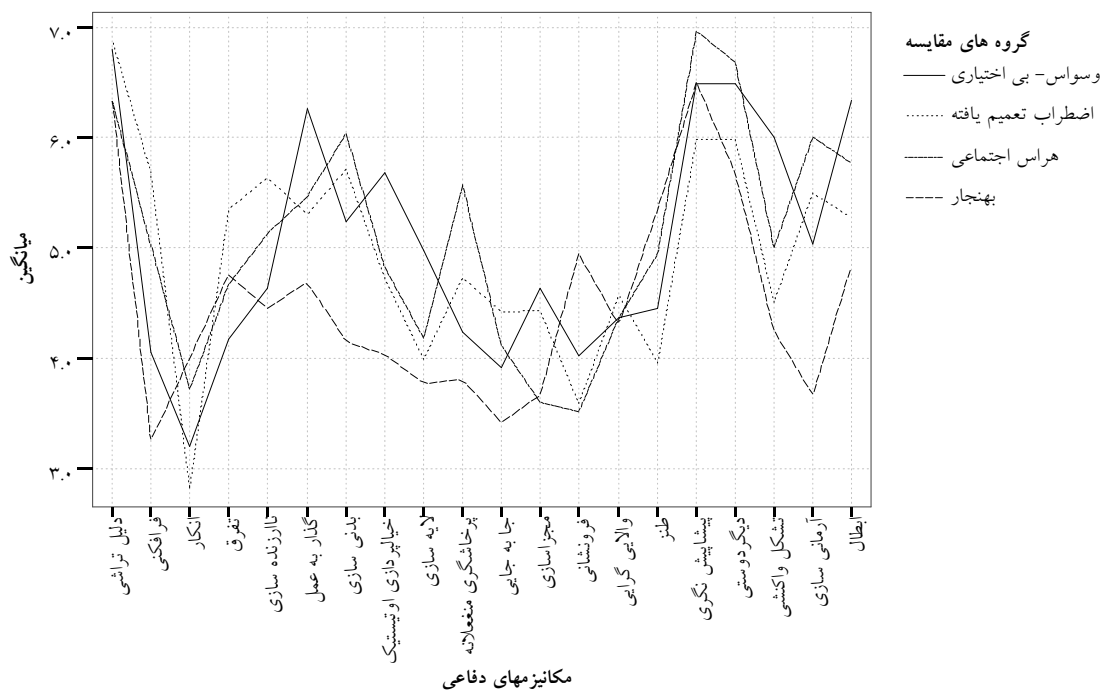
- بین گروه‌های چهارگانه (وسواس-بی‌اختیاری، اضطراب تعمیم‌یافته، هراس اجتماعی و بهنجار) در استفاده از هفت مکانیزم دفاعی فرافکنی ($P < 0/001$)؛ استفاده از هفت مکانیزم دفاعی فرافکنی ($F = 9/323$)، گذار به عمل ($F = 3/166$ ؛ $P < 0/05$)، بدن‌سازی ($F = 6/885$ ؛ $P < 0/001$)، پرخاشگری منفعلانه ($F = 5/995$ ؛ $P < 0/01$)، فرونشانی ($F = 3/724$ ؛ $P < 0/05$)، تشکل واکنشی ($P < 0/01$)؛ و آرمانی‌سازی ($F = 4/964$ ؛ $P < 0/001$) تفاوت معنادار وجود دارد.

لازم به ذکر است که نتایج آزمون زیرگروه‌های همسان همه گروه‌ها در جدول ۳ آورده شده است بدین صورت که حروف لاتین یکسانی در کنار مکانیزم‌هایی که در زیرگروه‌های همسان قرار گرفته اند نوشته شده است (a,b,c).

نتایج به دست آمده در نمودار ۱ به سهولت قابل مشاهده و بررسی هستند.

می‌کنند. دفاع‌های رشدنیافته‌ای که افراد مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در مقایسه با گروه بهنجار، بیشتر استفاده می‌کنند عبارتند از: فرافکنی ($p < 0/001$)، انکار ($p < 0/05$)، نارزنده‌سازی ($p < 0/01$) و بدن‌سازی ($p < 0/01$) و دفاع روان‌آزرده‌ای که افراد مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در مقایسه با گروه بهنجار، بیشتر استفاده می‌کنند آرمانی‌سازی ($p = 0/001$) می‌باشد.

- افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی به نسبت افراد بهنجار از سبک دفاعی رشدنیافته و روان‌آزرده بیشتر استفاده می‌کنند. دفاع‌های رشدنیافته‌ای که افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی در مقایسه با گروه بهنجار، بیشتر استفاده می‌کنند عبارتند از: فرافکنی ($p < 0/001$)، بدن‌سازی ($p < 0/001$) و پرخاشگری منفعلانه ($p < 0/001$) و دفاع روان‌آزرده‌ای که افراد مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در مقایسه با گروه بهنجار، بیشتر استفاده می‌کنند آرمانی‌سازی ($p < 0/001$) می‌باشد.



نمودار ۱: میانگین‌های نمرات مکانیزم‌های دفاعی به تفکیک گروه‌های مورد مقایسه

بی‌اختیاری، اضطراب تعمیم‌یافته و هراس اجتماعی در استفاده از دو مکانیزم دفاعی بدنی سازی و آرمانی سازی با گروه بهنجار تفاوت معنی دار دارند در حالی که بین این سه گروه در استفاده از این دو مکانیزم دفاعی تفاوتی وجود ندارد.

بحث

به طور کلی مشخص شده است که در افراد مبتلا به اختلالهای روانی، سبکهای دفاعی، رشد نیافته و غیر انطباقی بوده و سبک دفاعی جمعیت غیر بالینی به مراتب رشدیافته تر است [۴]. مکانیزمهای دفاعی در حقیقت تحریف کننده واقعیت هستند و میزان تحریف واقعیت در دفاعهای رشد نیافته و روان آزرده بیشتر از دفاعهای رشد یافته است. هر چه میزان تحریف شناختی یک دفاع بیشتر باشد، به دنبال آن از میزان آگاهی هشیارانه کاسته می شود و در نتیجه تلاش کمتری جهت مقابله با تحریف شناختی انجام می‌شود [۲۰]، بنابراین مکانیزمهای دفاعی، شناخت آگاهانه ما را از خود تغییر دهند، آگاهی ما را از تعارض هایمان کم می کنند، و احساسات متعارض با باورهای ما را تحت تأثیر قرار دهند، [۲۱]. از این رو مکانیزمهای دفاعی خصوصاً مکانیزمهایی که رشد نیافته ترند، مانعی برای درک واقعیت در فرد شده و امکان دفاع منطقی و مؤثر را از وی سلب می کنند و ظرفیت بینشی و خود اکتشافی فرد را کاهش می‌دهند. با این توصیف در این تحقیق با مقایسه گروه های مبتلا و افراد بهنجار مشخص شد که:

۱- مبتلایان به اختلال وسواس- بی اختیاری بیش از افراد غیر مبتلا از سبک های روان آزرده و رشد نیافته استفاده می‌کنند به علاوه گروه مبتلایان و گروه غیر مبتلا بیشترین تفاوت را در استفاده از مکانیزم های دفاعی گذار به عمل، تشکل واکنشی و ابطال دارند، نتیجه ای که با نظریه های روان تحلیلی مرتبط با اختلال وسواس- بی اختیاری همخوانی دارد برای مثال در نظر فروید در ساختار روان رنجوری وسواس،

در جدول ۳ گروههایی که در استفاده از مکانیزمهای دفاعی مورد نظر با یکدیگر تفاوت معنادار دارند مشخص شده‌اند. در استفاده از مکانیزم دفاعی فرافکنی، گروه وسواس- بی اختیاری با گروه اضطراب تعمیم یافته ($p < 0/01$)، گروه اضطراب تعمیم یافته با گروه بهنجار ($p < 0/001$) و گروه هراس اجتماعی با گروه بهنجار ($p < 0/01$) تفاوت معنادار دارند. در استفاده از مکانیزم دفاعی گذار به عمل، گروه وسواس- بی اختیاری با گروه بهنجار ($p < 0/05$) تفاوت معنادار دارند. در استفاده از مکانیزم دفاعی بدنی‌سازی، گروه اضطراب تعمیم یافته با گروه بهنجار ($p < 0/01$) و گروه هراس اجتماعی با گروه بهنجار ($p < 0/001$) تفاوت معنادار دارند. در استفاده از مکانیزم دفاعی پرخاشگری منفعلانه، گروه وسواس- بی اختیاری با گروه هراس اجتماعی ($p < 0/05$) و گروه هراس اجتماعی با گروه بهنجار ($p < 0/01$) تفاوت معنادار دارند. در استفاده از مکانیزم دفاعی فرونشانی، گروه اضطراب تعمیم یافته با گروه بهنجار ($p < 0/05$) و گروه هراس اجتماعی با گروه بهنجار ($p < 0/05$) تفاوت معنادار دارند. در استفاده از مکانیزم دفاعی تشکل واکنشی، گروه وسواس- بی اختیاری با گروه اضطراب تعمیم یافته ($p < 0/05$) و با گروه بهنجار ($p < 0/01$) تفاوت معنادار دارند. در استفاده از مکانیزم دفاعی آرمانی‌سازی، گروه اضطراب تعمیم یافته با گروه بهنجار ($p < 0/01$) و گروه هراس اجتماعی با گروه بهنجار ($p < 0/001$) تفاوت معنادار دارند با توجه به مطالب ذکر شده می‌بینیم که در مقایسه الگوی مکانیزمهای دفاعی سه اختلال وسواس- بی اختیاری، اضطراب تعمیم‌یافته و هراس اجتماعی مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی را نمی توان بر مبنای الگوی مکانیزمهای دفاعیشان از دو گروه دیگر مبتلایان تمییز داد و در جایی میان دو اختلال وسواس- بی اختیاری و اضطراب تعمیم‌یافته قرار دارند. نکته قابل توجه دیگر اینکه با توجه دقیق تر به جدول شماره ۳ مشاهده می شود که در هر سه گروه مبتلایان به اختلال وسواس-

های خوب و بد یک پدیده خارجی را مورد بزرگ نمایی غیر واقع بینانه قرار دادن (آرمانی سازی) می‌تواند موجب به وجود آمدن اضطراب و نگرانی مفرط شود، اولین ملاک تشخیصی اختلال اضطراب تعمیم یافته در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، به علاوه ناتوانی فرد در اخذ یک تصمیم هشیارانه برای به تعویق انداختن پرداختن به تعارض و اجتناب از آن به شکل عمدی و گذرا (فرونشانی) و عدم قابلیت بیان افکار و احساسهای درونی که ممکن است به شکل مستقیم ایجاد ناراحتی برای خود یا دیگری را فراهم سازند به شکل غیر مستقیم (طنز) می‌تواند موجب عدم توانایی فرد در کنترل نگرانی مفرط شود که دومین ملاک تشخیصی اختلال اضطراب تعمیم یافته در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است و در نهایت استفاده از مکانیزم دفاعی بدنی سازی یعنی هنگامی که پدیده های روان شناختی به شکل نشانه های جسمانی بیان می‌شود و فرد از واکنش بر اساس تجلی های روانی ناتوان بوده و به جای آن از واکنشهای جسمانی بهره می‌برد، همخوان با چهار مولفه خستگی پذیری، تحریک پذیری، تنش عضلانی و اختلال خواب از سومین ملاک تشخیصی اختلال اضطراب تعمیم یافته در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است.

۳- گروه مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی و گروه غیر مبتلا بیشترین تفاوت را در استفاده از مکانیزم های دفاعی فرافکنی، آرمانی سازی، جسمی سازی، پرخاشگری منفعلانه و فرو نشانی دارند. در مورد استفاده بیشتر مبتلایان از مکانیزم های دفاعی فرافکنی، آرمانی سازی، پرخاشگری منفعلانه و ناتوانی آنها در استفاده از مکانیزم دفاعی فرو نشانی می‌توان این تبیین را مطرح کرد که در این اختلال همانند اختلال اضطراب تعمیم یافته نسبت دادن فکر، احساس، آرزو یا تکانه اضطراب آور منفی به افراد یا پدیده های خارجی (فرافکنی) و همزمان جنبه های خوب و بد یک پدیده خارجی را مورد بزرگ نمایی غیر

سرکوبی نه توسط فراموشی، بلکه تشکلی متضاد با ماهیت سائق ناخودآگاه شکل می‌گیرد و یا در جایی دیگر اجبارها را سعی "من" بیمار در جبران بازنمایی های خود آگاهانه سائق می‌داند [۲۲]. به علاوه این موضوع که تکانه به صورت ناگهانی و انفجاری به سوی عمل جهت داده می‌شود و فرد به خاطر رها شدن از تنش ایجاد شده در پی افکار و احساسهایش به تکانه تسلیم می‌شود (گذار به عمل) مطابق با اولین مولفه مرتبط با رفتار بی اختیار در ملاکهای تشخیصی اختلال وسواس- بی اختیاری در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است؛ و نیاز فرد به نوعی عمل سحرآمیز منفی که فرد را از پیامد برخی رویدادها و حتی وقوع رویدادها دور نگه می‌دارد (ابطال) مطابق با سومین مولفه مرتبط با وسواس در ملاکهای تشخیصی اختلال وسواس- بی اختیاری در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است جایی که فرد می‌کوشد افکار، تکانه ها، یا تصاویر ذهنی اش را نادیده بگیرد یا سرکوب کند، یا آنها را با فکر یا عملی دیگر خنثی نماید.

۲- براساس نتایج به دست آمده، افراد مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته نه تنها از سبکهای دفاعی رشد نیافته و روان آزرده بیشتر از افراد بهنجار استفاده می‌کنند بلکه از سبک دفاعی رشد یافته نیز کمتر از افراد بهنجار استفاده می‌کنند یافته ای که می‌تواند با تبیین فروید که اختلال اضطراب تعمیم یافته را ناشی از تضعیف یا از هم پاشیدگی کارکرد دفاعی من می‌داند [۲۳] هم راستا باشد. به علاوه گروه مبتلایان و گروه غیر مبتلا بیشترین تفاوت را در استفاده از مکانیزم های دفاعی فرافکنی، آرمانی سازی، جسمی سازی، طنز و فرونشانی دارند. در مورد استفاده بیشتر مبتلایان از مکانیزم های دفاعی فرافکنی و آرمانی سازی و ناتوانی آنها در استفاده از مکانیزم های دفاعی طنز و فرو نشانی می‌توان این تبیین را مطرح کرد که نسبت دادن فکر، احساس، آرزو یا تکانه اضطراب آور منفی به افراد یا یک پدیده خارجی (فرافکنی) و همزمان جنبه

استفاده کمتر آنها از مکانیزم های دفاعی طنز و فرونشانی است که با پژوهش کندی^{۲۰} و همکاران [۲۵] ، اسپینهوون و کویمین [۲۶] و حیدری نسب [۱۹] همخوان بوده در حالی که با پژوهش یان^{۲۱} و همکاران [۲۷] همخوانی ندارد و مشخصه اصلی الگوی دفاعی گروه مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی مقایسه با گروه بهنجار در استفاده زیاد آنها از مکانیزم های دفاعی فرافکنی، آرمانی سازی، جسمی سازی و پرخاشگری منفعلانه و استفاده کمتر آنها از مکانیزم دفاعی فرونشانی است که با پژوهش کندی و همکاران [۲۵] ، بلایا و همکاران [۷] همخوان بوده در حالی که با پژوهش اسپینهوون و کویمین [۲۶] و لین اکس و هو جی؛ به نقل از باند، [۶] همخوانی ندارد. فرهنگی و یا تفاوت در ابزار سنجش و در نظر گرفته نشدن همبودی اختلال های اضطرابی با اختلال های خلقی و اختلال های شخصیت نسبت داد.

۴- همانطور که پیشتر به آن اشاره شد در نظام روان تحلیل گری فرض بر این است که هر اختلال روانی با مکانیزمهای دفاعی غیر انطباقی مشخصی همراه است در این پژوهش نیز مشخص شد که افراد مبتلا به اختلال وسواس- بی اختیاری، اختلال اضطراب تعمیم یافته و اختلال هراس اجتماعی و افراد غیر مبتلا در استفاده از مکانیزمهای دفاعی با یکدیگر تفاوت دارند بدین شرح که بین گروههای چهارگانه (وسواس- بی اختیاری، اضطراب تعمیم یافته، هراس اجتماعی و بهنجار) در استفاده از هفت مکانیزم دفاعی فرافکنی، گذار به عمل، بدنی سازی، پرخاشگری منفعلانه ، فرو نشانی، تشکل واکنشی و آرمانی سازی تفاوت وجود دارد. با مقایسه الگوی مکانیزمهای دفاعی گروه های مبتلا به اختلال وسواس- بی اختیاری، اضطراب تعمیم یافته و هراس اجتماعی مشاهده شد که الگوی مکانیزمهای دفاعی مبتلایان به اختلال های اضطراب تعمیم یافته و هراس اجتماعی به یکدیگر نزدیک تر

واقع بینانه قرار دادن (آرمانی سازی) همراه با موقعیتی که در آن پرخاشگری به دیگران از رهگذر انفعال و غیرمستقیم به شکل شکست خوردن، طفره رفتن و اعمالی که به طور کلی به خود آسیب می رساند تا دیگری، دیده می شود (پرخاشگری منفعلانه). می تواند موجب ترس آشکار و مستمر از موقعیتهای اجتماعی شود، اولین ملاک تشخیصی اختلال هراس اجتماعی در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، به علاوه ناتوانی فرد در اخذ یک تصمیم هشیارانه برای به تعویق انداختن پرداختن به تعارض و اجتناب از آن به شکل عمدی و گذرا (فرونشانی) می تواند موجب شود که شخص از موقعیتهای اجتماعی یا عملکردی ترس آور اجتناب کرده یا آنها را با اضطراب با پریشانی شدید تحمل کند که سومین ملاک تشخیصی اختلال هراس اجتماعی در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است و در نهایت استفاده از مکانیزم دفاعی بدنی سازی یعنی هنگامی که پدیده های روان شناختی به شکل نشانه های جسمانی بیان می شود و فرد از واکنش بر اساس تجلی های روانی ناتوان بوده و به جای آن از واکنشهای جسمانی بهره می برد، همخوان با چهار نشانه سرخ شدن، عرق کردن، تپش قلب و لرزیدن است که اشکال متداول بیان اضطراب در این اختلال هستند [۲۴].

بر طبق یافته ها مشخصه اصلی الگوی دفاعی گروه مبتلایان به اختلال وسواس- بی اختیاری در مقایسه با گروه بهنجار در استفاده زیاد آنها از مکانیزم های دفاعی گذار به عمل، تشکل واکنشی و ابطال است که با پژوهشهای اندروز و پولاک [۵] ، آفر و همکاران [۳] ، بلایا و همکاران [۷] و حیدری نسب [۱۹] همخوان بوده در حالی که با پژوهش کندی و همکاران [۲۵] ، همخوانی ندارد به همین ترتیب مشخصه اصلی الگوی دفاعی گروه مبتلایان به اختلال اضطراب تعمیم یافته مقایسه با گروه بهنجار در استفاده زیاد آنها از مکانیزم های دفاعی فرافکنی، آرمانی سازی، جسمی سازی و

20 . Kennedy, B. L.

21 . Yuan, Y.

و در نهایت هر سه گروه مبتلایان به اختلال وسواس-بی‌اختیاری، اضطراب تعمیم‌یافته و هراس اجتماعی در استفاده از دو مکانیزم دفاعی بدنی سازی و آرمانی سازی با گروه بهنجار تفاوت معنی دار دارند در حالی که بین این سه گروه در استفاده از این دو مکانیزم دفاعی تفاوتی وجود ندارد مطلبی که مختص فرهنگ ایرانی می باشد و با توجه به جایگاه غیر معمول درمان پزشکی و دارو درمانی برای اختلالات اضطرابی در ایران و نیاز بیماران اضطرابی ایرانی به یک پزشک در جایگاه درمانگر جای تأمل و درنگ بیشتری دارد.

فرض اساسی در بررسی رابطه مکانیزمهای دفاعی و تشخیص این است که استفاده عادی از یک سبک یا مکانیزم دفاعی معین، آسیب پذیری فرد در برابر یکی از اختلالهای محور I و II را بالا می برد [۲۱]. با این توضیح، این تحقیق نشان داده است که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی عمدتاً از سبک دفاعی رشد نیافته و روان آزرده استفاده می کنند؛ به علاوه از آن جهت که با علم به مکانیزمهای دفاعی جمعیت بالینی، می‌توان چگونگی فرایند دفاع روانی بیمار گون را درک نمود و از طرف دیگر با توجه به این که هر اختلال روانی با مکانیزمهای دفاعی خاصی مشخص می شود و لذا بررسی مکانیزمهای دفاعی می تواند در تشخیص افتراقی نیز مفید واقع شود [۴] نتایج این تحقیق گویای این موضوع بود که مشخصه اصلی الگوی دفاعی گروه مبتلایان به اختلال وسواس-بی اختیاری در مقایسه با گروه بهنجار در استفاده زیاد آنها از مکانیزم های دفاعی گذار به عمل، تشکل واکنشی و ابطال است به همین ترتیب مشخصه اصلی الگوی دفاعی گروه مبتلایان به اختلال اضطراب تعمیم یافته در مقایسه با گروه بهنجار در استفاده زیاد آنها از مکانیزم های دفاعی فرافکنی، آرمانی سازی، جسمی سازی و استفاده کمتر آنها از مکانیزم های دفاعی طنز و فرونشانی است و مشخصه اصلی الگوی دفاعی گروه مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی در مقایسه با گروه بهنجار در استفاده زیاد آنها از مکانیزم های دفاعی

بوده با یکدیگر تفاوت چندانی ندارند در حالی که مبتلایان به این دو اختلال به نسبت مبتلایان به اختلال وسواس-بی‌اختیاری از مکانیزم های دفاعی رشد نیافته پرخاشگری منفعلانه و فرافکنی بیشتر استفاده می‌کنند، موضوعی که همخوان با دیدگاه سلیگمن در مورد اختلالات اضطرابی است که آنها را به دو دسته اضطراب آشکار(برای مثال اختلال هراس و اضطراب تعمیم یافته) و اضطراب استنباطی(برای مثال اختلال وسواس-بی‌اختیاری) تقسیم می کند. برمبنای یافته های این پژوهش این تفاوت را می توان به تفاوت الگوی مکانیزمها و سبک های دفاعی این دو دسته نسبت داد[۲۹].

در مقایسه الگوی مکانیزمهای دفاعی سه اختلال وسواس-بی‌اختیاری، اضطراب تعمیم‌یافته و هراس اجتماعی مشاهده شد که مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی را نمی توان بر مبنای الگوی مکانیزمهای دفاعیشان از دو گروه دیگر مبتلایان تمییز داد به این معنی که مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی از الگوی دفاعی میانه ای یا بینابینی استفاده می کنند، این موضوع با نتایج پژوهش بلایا و همکاران [۷] مشابه است و در توجیه آن بیان شده که اغلب افرادی که بر مبنای ملاک های چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به اختلال هراس اجتماعی دچار هستند، افرادی هستند که خلق و خوی آسیب گریز^{۲۲} دارند و این خلق و خو است که همراه با الگوهای روان آزرده موجود در دیگر اختلالات اضطرابی، موجب آسیب در آنها می شود بدین معنی که این اختلال بیش از آنکه مربوط به طبقه ای خاص از اختلالات اضطرابی باشد، ترکیبی از اضطراب و خوی آسیب گریز است.

22. harm avoidant temperament

Psychotherapy for Depressive, Anxiety, and Personality Disorders. *Am J Psychiatry*, 2004, 161, 1665-71.

9. Vaillant GE. (1992). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. Washington, DC, American Psychiatric Press.

۱۰. انجمن روانپزشکی آمریکا، چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی (متن تجدید نظر شده). ترجمه محمد رضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس. تهران: انتشارات سخن. (۱۳۸۴).

11. Goodman WK, Pice LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RH, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Development, use and reliability. *Arch General Psychiatr*, 1989, 46, 1006-11.

12. Wonkim S, Dyksen M, Katz R. Rating scales for obsessive compulsive disorder. *Psychiat Annul*, 1989, 19, 74-79.

۱۳. محمدخانی، پروانه. بررسی راهبردهای مقابله با استرس و علائم در مبتلایان به اختلال وسواسی- اجباری و اختلال اضطراب فراگیر. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی چاپ نشده. انیستیتو روانپزشکی تهران ۱۳۷۲. ۱۳۲-۱۳۶.

14. Beck AT, Brown E, Epstein S, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Counseling Clinic Psychol*, 1988, 56, 893-897.

۱۵. غرایبی، بنفشه. بررسی پاره ای از الگوهای شناختی در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی چاپ نشده. انیستیتو روانپزشکی تهران ۱۳۷۲، ۱۶۷-۱۶۵.

16. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherweed A, Foa EB. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British J Psychiatr*, 2000, 176: 379-386.

فرافکنی، آرمانی سازی، جسمی سازی و پرخاشگری منفعلانه و استفاده کمتر آنها از مکانیزم دفاعی فرونشانی است، این داده ها از جهتی همخوان با نظریه پردازی های جامع روان تحلیلگران درباره ارتباط آسیب شناسی روانی و مکانیزمهای دفاعی است و از جهت دیگر بیانگر نیمرخ دفاعی بیماران ایرانی است با این امید که نتیجه ای که از این تحقیق به دست آمده بر گستره علم روانشناسی افزوده و به متخصصان بالینی در امر تشخیص و درک بهتر اختلالات اضطرابی یاری رساند.

منابع

۱. شولتز، دوان پی؛ شولتز، سیدنی آلن.. نظریه های شخصیت. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر ویرایش. (۱۳۸۱).

۲. ریو، جان مارشال. انگیزش و هیجان (ویراست دوم). ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر ویرایش. (۱۳۸۱).

3. Offer R, Lavie R, Gothelf D. and Apter A. Defense Mechanisms, Negative Emotions and Psychopathology in Adolescent Inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 2000, 41(1), 35-41.

4. Cramer P. Defense Mechanisms in Psychology Today. *J Am Psychology*, 2000, 55(6), 637-646.

5. Andrews G, Pollock C, and Stewart G. The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry*, 1989, 46(5), 455-60.

6. Bond M, Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harvard Rev Psychiatr*, 2004, 12(5), 263-278.

7. Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Bond M, Manfro GG. Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder?. *Rev Bras Psychiatr*, 2006, 28(3), 179-183.

8. Bond M, Perry JC. Long-Term Changes in Defense Styles With Psychodynamic

with comorbid anxiety and depression". *J Nerv Ment Dis*, 2002.190, 265-267.

28. Sinha BK, Watson DC. Gender, age, and cultural differences in the Defense Style Questionnaire-40. *J Clinic Psychology*, 1998. 54(1):67-75.

روزنهران، دیوید؛ سلیگمن، مارتین. روانشناسی ناپهنجاری آسیب شناسی روانی. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر ساوالان. (۱۳۸۲)

17. Andrews G, Singh M, and Bond M. The defense style questionnaire. *Journal of Nervous and mental Disease*, 1993.181(4), 246-56.

18. Sinha BK, Watson DC. Personality disorder clusters and the defense style questionnaire. *Psycholo and Psychothera*, 2004, 77, 55-66.

۱۹. حیدری نسب، لیلا. مقایسه مکانیزمهای دفاعی در نمونه های بالینی و غیربالینی براساس هنجاریابی و یافته های مبتنی بر روانسنجی پرسشنامه ایرانی سبکهای دفاعی (DSQ). رساله دکتری چاپ نشده. دانشگاه تربیت مدرس. ۱۳۸۵. ۲۰۴-۱۸۵.

20. Brad B. Psychological Defense Mechanisms: A new perspective. *Am J Psychanal*, 2004. 64(1), 1-26

21. Vaillant GE. Mental health. *Am J Psychiatry*, 2003.160, 1373-84.

۲۲. فروید، زیگموند. کاربرد تداعی آزاد در روانکاوی کلاسیک. ترجمه سعید شجاع شفتی. تهران: انتشارات ققنوس. (۱۳۸۳).

۲۳. دادستان، پریخ. روانشناسی مرضی تحولی (جلد اول). تهران: انتشارات سمت. (۱۳۸۰).

24. Davison GC, Johnson SL, Kring AM, Neale J M. *Abnormal psychology*, USA, Wiley Inc .2007.

25. Kennedy BL, Schwab JJ, Hyde JA. Defense styles and personality dimensions of research subjects with anxiety and and depressive disorders. *Psychiatric Quarterly*, 2001.72(3).

26. Spinhoven P, Kooiman CG. "Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: an explorative study". *J Nerv ment Dis*. 1997.185(2), 87-94.

27. Yuan Y, Boazhang X, Qinwu A. "Defense mechanism in chinese patients

یادداشت:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....