

مقایسه‌ی ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی و اضطراب صفت - حالت در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی و افراد عادی

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۰/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۵/۶

ملیحه تقوی**، محمود نجفی**، فرحناز کیان ارثی***، شاهرخ آقاییان****

چکیده

مقدمه: متغیرهای روان‌شناختی مختلفی در اختلالات روانی نقش دارند. هدف این مطالعه مقایسه‌ی ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی، و اضطراب صفت - حالت در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی و افراد عادی بود.

روش: طرح این پژوهش از نوع علی - مقایسه‌ای بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را تمامی افرادی که در بهار سال ۱۳۹۱ به ساختمان پزشکان رسول اکرم (ص) شهرستان شاهرود مراجعه کرده بودند در بر می‌گرفت که از بین آنها ۲۱۹ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این نمونه به سه گروه تقسیم شد: یک گروه ۴۹ نفری با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، یک گروه ۶۰ نفری با تشخیص اختلال افسردگی اساسی، و گروه دیگر ۱۱۰ فرد عادی را در بر می‌گرفت. شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌ی سبک‌های دفاعی، مقیاس ناگویی خلقی تورنتو و پرسشنامه‌ی اضطراب صفت - حالت را تکمیل نمودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمرات ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی، و اضطراب صفت - حالت در بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی، و افراد عادی تفاوت معناداری دارد. میانگین نمرات ابعاد دشواری در شناسایی احساس‌ها و دشواری در توصیف احساس‌های ناگویی خلقی، اضطراب صفت، و سبک دفاعی ناپخته در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی نسبت به افراد عادی بالاتر بود. نمرات بعد تفکر برون‌مدار ناگویی خلقی و سبک دفاعی پخته در افراد عادی در مقایسه با گروه‌های بالینی میانگین بالاتری را به خود اختصاص داده بود. هیچ‌گونه تفاوت معناداری در میانگین نمرات سبک دفاعی روان‌آزرده در بین گروه‌ها مشاهده نشد. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات اضطراب حالت در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نسبت به افراد مبتلا به افسردگی اساسی و افراد عادی بالاتر است.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از اهمیت سبک‌های دفاعی و ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی بود.

واژه‌های کلیدی: ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی، اضطراب صفت - حالت، اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی

malihe.taghavi.1986@gmail.com

* کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

m_najafi@sun.semnan.ac.ir

** نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

kianersi.f@gmail.com

*** استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

aghayan@shmu.ac.ir

**** استادیار، گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، سمنان، ایران

مقدمه

افراد می‌توانند از هیجان‌های خود برای شناسایی اهداف و انگیزه‌ها استفاده کنند. اکثر مردم معتقدند خوب می‌دانند چه می‌خواهند و چه چیزی برایشان بهتر است؛ با وجود این افراد اهداف و انگیزه‌هایی دارند که از آنها بی‌خبرند [۱]. آگاهی اشخاص از احساس‌هایشان و توانایی بیان این احساس‌ها برای اشخاص دیگر در تسهیل تبادلات اجتماعی بسیار تأثیر گذار است. آگاهی هیجانی ضعیف چندین دهه مورد مطالعه قرار گرفته است و به عنوان ناگویی خلقی^۱ شناخته شده است [۲]. اولین بار سیفنتوس^۲ در سال ۱۹۳۷ اصطلاح ناگویی خلقی را مطرح ساخت [۳]. این اصطلاح از واژه‌های یونانی α به معنای فقدان، Lexis به معنای کلمه و Thymus به معنی خلق تشکیل شده است که فقدان کلمات برای احساس‌ها معنی می‌شود [۴]. دشواری‌هایی در شناسایی احساس‌ها^۳، دشواری‌هایی در توصیف احساس‌ها^۴ [۵]، سبک تفکر برون مدار^۵ [۶] ظرفیت تخیلی محدود، توانایی ضعیف در همدلی، تمایل شدید برای رفتار تکانشی و گرایش زیاد به توصیفات نامتمایز از تجربه‌های هیجانی [۷] از جمله ویژگی‌های ناگویی خلقی هستند. از دیدگاه علوم شناختی، هیجان‌ها به عنوان دسته‌ای از طرحواره‌های مبتنی بر پردازش اطلاعات شناخته می‌شوند که شامل فرایندها و تجسم‌های نمادین و غیر نمادین هستند [۸]. بر حسب مدل‌های آسیب‌پذیری-استرس^۶، عوامل محیطی در تعامل با عوامل آسیب‌زایی که از قبل وجود دارند (مانند آسیب‌های زیستی و روان‌شناختی) باعث ایجاد اختلال‌های هیجانی می‌شوند [۹]. این نقص هیجانی یکی از عوامل خطر برای انواع اختلال‌های پزشکی و روان‌پزشکی است [۱۰] و در تعدادی از اختلال‌های بالینی مانند اختلال‌های جسمانی شکل، اختلال وحشتزدگی، افسردگی اساسی، نشانه‌های بدنی، اختلال استرس پس از سانحه، و اختلال‌های خوردن نقش بسزایی دارد [۱۱]. مطالعه‌های تجربی درباره‌ی ثبات ناگویی خلقی بحث انگیز است. نتایج برخی از پژوهش‌ها در بین جمعیت‌های بالینی نشان داده

است که ناگویی خلقی یک صفت شخصیتی است؛ در حالی که نتایج گروه دیگری از پژوهش‌ها به روشنی نشان داده است که ناگویی خلقی یک ویژگی وابسته به حالت است که در طی زمان و با توجه به وضعیت بالینی آزمودنی تغییر پیدا می‌کند [۱۰]. در نظر گرفتن ناگویی خلقی به عنوان پاسخی خاص به موقعیت‌های استرس آور، به مطالعات رابطه‌ی بین ناگویی خلقی و اضطراب منجر شده است [۱۲]. هر چند فروید^۷ در ابتدا معتقد بود که اضطراب از رشد روان‌شناختی لیبیدو ناشی می‌گردد، در نهایت نظرش را به اینکه اضطراب هشدار در باره وجود یک خطر در ناخودآگاه است تغییر داد و بیان داشت که اضطراب حاصل تعارض بین امیال ناخودآگاه جنسی یا پرخاشگری و تهدیدات متقابل از فرامن یا واقعیت بیرونی است [۱۳]. اشیپلبرگر^۸ به نقل از [۱۴] بیان می‌دارد اضطراب حالت^۹ واکنشی است، شامل احساس‌های نامطلوب تنش که به صورت آگاهانه ادراک می‌شوند و با برانگیختگی دستگاه عصبی خودمختار مرتبط است. اضطراب صفت^{۱۰} همان طور که از نام آن بر می‌آید نوعی صفت دیرپای شخصیتی است و به تفاوت‌های نسبتاً ثابت فردی در آمادگی برای مضطرب بودن مربوط است [۱۴]. تعدادی از مطالعات پیشین به بررسی رابطه‌ی مستقیم ناگویی خلقی با اضطراب پرداخته‌اند [۱۲، ۱۵، ۱۶]. کاروکیوی^{۱۱} و همکاران [۱۶] بیان داشته‌اند، افرادی که احساس اضطراب می‌کنند می‌توانند هیجان‌هایشان را سرکوب نمایند تا از تجارب ناخوشایند اضطراب که با احساس‌های بدنی همراه است اجتناب کنند [۱۶]. عده‌ای از پژوهشگران معتقدند افراد مبتلا به ناگویی خلقی از ظرفیت کمتری جهت سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس آور برخوردارند [۱۷]. تعدادی از متخصصان [۱۸] ناگویی خلقی را پاسخی موقعیتی برای دفاع در برابر افسردگی و آثار استرس در نظر گرفته‌اند. مطالعات پیشین با جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی رابطه‌ی نیرومندی بین ناگویی خلقی و سبک دفاعی ناپخته‌ی "من"^{۱۲} گزارش داده‌اند [۴، ۱۱، ۱۹، ۲۰ و ۲۱].

7- Freud

8- Spielberger

9- state anxiety

10- trait anxiety

11- Karukivi

12- ego immature defense style

1- alexithymia

2- Sifneos

3- difficulties in identifying feelings

4- difficulties in describing feelings

5- externally oriented thinking

6- stress-diathesis

مکانیسم‌های دفاعی، فرآیندهای ناخودآگاهی هستند که به صورت غیر ارادی در پاسخ به ادراک خطر روانی برانگیخته می‌شوند و به منظور کاهش اضطراب به کار گرفته می‌شوند [۲۲]. تیلور^۱ و همکاران [۱۹] در بررسی رابطه‌ی ناگویی خلقی و سبک‌های دفاعی در نمونه‌های متفاوت، رابطه‌ی مثبت معناداری بین ناگویی خلقی و سبک دفاعی ناپخته، و رابطه‌ی منفی بین ناگویی خلقی و سبک دفاعی پخته^۲، و نیز رابطه‌ی مثبت معناداری بین ناگویی خلقی و سبک دفاعی روان آزرده^۳ به دست آوردند [۱۹]. با توجه به ارتباط ناگویی خلقی با کارکردهای اجتماعی آسیب دیده و ناهنجاری‌هایی در روابط [۲]، اهمیت ناگویی خلقی در مستعد ساختن افراد به بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی، همچنین نقش اساسی آن در کاهش توانایی در مدیریت استرس و تنظیم هیجانی، لزوم پژوهش در این زمینه برای پژوهشگران مشخص شده است و همچنین با توجه به اینکه طبق بررسی‌های انجام شده هیچ پژوهشی به مقایسه‌ی متغیرهای ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی، و اضطراب صفت-حالت در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی اساسی و افراد عادی در جامعه‌ی ایرانی نپرداخته است، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی، و اضطراب صفت-حالت در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی، و افراد عادی متفاوت است؟

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای بود.

آزمودنی‌ها: جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل تمامی افرادی است که در طی بهار سال ۱۳۹۱ به ساختمان پزشکان رسول اکرم (ص) شهرستان شاهرود مراجعه کرده‌اند. از بین این افراد ۲۵۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. افراد نمونه به سه گروه تقسیم شدند. یک گروه ۶۰ نفر با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، گروه دیگر ۶۰ نفر با تشخیص اختلال افسردگی اساسی، و یک گروه نیز ۱۳۰ فرد عادی را در بر می‌گرفت؛ بنابراین نمونه‌ی بالینی این پژوهش شامل ۱۲۰

بیمار بود که از بین کلیه‌ی بیماران مراجعه کننده به مطب روان‌پزشک ساختمان پزشکان انتخاب شدند. این بیماران توسط روان‌پزشک، با استفاده از مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلال‌های روانی، تشخیص اختلال‌های اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی را دریافت کردند. ملاک‌های ورود برای نمونه‌ی بالینی عبارت بودند از: (۱) رضایت بیمار برای شرکت در پژوهش، (۲) نداشتن سابقه‌ی بستری در بیمارستان روانی، (۳) فاقد تشخیص اختلال‌های محور II و (۴) تشخیص اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی، (۵) عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، و (۶) سن ۲۰-۴۰ سال (۷) تحصیلات دیپلم و بالاتر. پرسشنامه‌ها جهت تکمیل در اختیار روان‌پزشک قرار گرفت و با توجه به ملاک‌های ورود در اختیار بیماران گذاشته شد. نمونه‌ی عادی از بین کلیه‌ی همراهان بیماران مراجعه کننده به مطب سایر پزشکان در همان ساختمان پزشکان انتخاب شدند. تعداد افراد این گروه ۱۳۰ نفر بود. ملاک ورود برای گروه عادی عبارت بود از: (۱) رضایت فرد برای شرکت در پژوهش، (۲) تحصیلات دیپلم و بالاتر، (۳) سن ۲۰-۴۰ سال، (۴) عدم مراجعه به روان‌پزشک، و (۵) نداشتن سابقه‌ی بستری در بیمارستان روانی. پرسشنامه‌ها در اختیار منشی سایر پزشکان در ساختمان پزشکان مذکور قرار گرفت و پژوهشگر در جریان پژوهش بر نحوه‌ی توزیع پرسشنامه‌ها نظارت داشت. به دلیل عدم پاسخگویی کامل به سؤالات پرسشنامه، ۳۰ نفر از جریان پژوهش حذف شدند و از ۲۲۰ نفر افراد باقی مانده، ۵۰ نفر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و ۶۰ نفر مبتلا به افسردگی اساسی بودند و ۱۱۰ نفر نیز در گروه عادی جای گرفتند. ۱ نفر نیز از گروه افراد مبتلا به اضطراب فراگیر از طریق نمودار box به عنوان مقدار پرت شناسایی شده و از جریان پژوهش حذف گردید.

ابزار:

۱- پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو^۴ (TAS-۲۰): این پرسشنامه توسط باگی، تیلور، و پارکر در سال ۱۹۹۴ ساخته شد. پرسشنامه‌ی ناگویی خلقی تورنتو یک پرسشنامه‌ی خود سنجی و ۲۰ سؤالی است که سه بعد دشواری در شناسایی احساس‌ها (۷ سؤال)، دشواری در

1- Taylor

2- mature defense

3- neurotic defense

4- Toronto alexithymia scale-20

گروه‌های مورد مطالعه از پایایی مناسبی برخوردار است [۲۶].

۳- پرسشنامه‌ی اضطراب صفت- حالت^۲ (STAI): پرسشنامه‌ی اضطراب صفت- حالت توسط اشپیلبرگر در سال ۱۹۷۰ ساخته شده است. این پرسشنامه حاوی ۴۰ سؤال می‌باشد که ۲۰ سؤال اضطراب حالت و ۲۰ سؤال اضطراب صفت را می‌سنجد. سؤال‌ها بر حسب مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از "هرگز" تا "خیلی زیاد" در اضطراب حالت و از "تقریباً هرگز" تا "تقریباً همیشه" در اضطراب صفت نمره گذاری می‌شوند. در این پرسشنامه تعدادی از سؤال‌ها به صورت مستقیم و تعدادی به صورت معکوس ارائه شده‌اند. جهت بررسی پایایی و روایی این مقیاس از گروه بزرگی از دانشجویان در سطح کارشناسی استفاده شد. ضریب آلفا در گروه‌های مختلف در مقیاس حالت اضطراب، ۰/۹۲ و برای صفت اضطراب، ۰/۹۰ گزارش شده است. به منظور هنجاریابی پرسشنامه‌ی اضطراب صفت- حالت برای جمعیت ایرانی، پناهی شهری و همکاران آن را روی گروه‌های چهارگانه، دانش آموزان مؤنث (۳۹۴ نفر) و مذکر (۳۹۵ نفر) و دانشجویان مؤنث (۴۱۹ نفر) و مذکر (۳۸۷ نفر) اجرا نمودند. نتایج بیانگر همسانی درونی بالای مقیاس مذکور است [۲۷].

روند اجرای پژوهش: در این پژوهش از سه پرسشنامه‌ی ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی، و اضطراب صفت- حالت استفاده شد. پرسشنامه‌ها در بین مراجعه‌کنندگان به یک ساختمان پزشکان در شهرستان شاهرود اجرا شد. در مورد گروه‌های بالینی پرسشنامه در اختیار روان‌پزشک آن ساختمان پزشکان قرار گرفت و با توجه به ملاک‌های ورود در پژوهش در طی سه ماه در بین مراجعان اجرا شد و برای گروه عادی نیز با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود پرسشنامه در همان سه ماه بین همراهان بیماران مراجعه‌کننده به سایر پزشکان در همان ساختمان پزشکان اجرا گردید.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان پژوهش متشکل از ۸۳ (۳۷/۸۹٪) مرد و ۱۳۶ (۶۲/۱۱٪) زن بود. در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی، از میانگین و انحراف معیار و به منظور مقایسه‌ی میانگین نمرات ابعاد ناگویی

توصیف احساس‌ها (۵ سؤال)، و تفکر برون مدار (۸ سؤال) را در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره‌ی ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره‌ی ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد [۲۳]. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو در پژوهش‌های متعددی بررسی و تأیید شده است [۲۴]. در نسخه‌ی فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ [۲۴]، ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل و ۳ زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و تفکر برون مدار (عینی) به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانده‌ی همسانی درونی بالای این مقیاس است. پایایی باز آزمایی مقیاس تورنتو ۲۰ سؤالی در یک نمونه‌ی ۶۷ نفری از دانشجویان در مقطع کارشناسی در دو نوبت با فاصله‌ی ۴ هفته از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ برای ناگویی خلقی کل و زیر مقیاس‌های مختلف آن به دست آمد [۲۴].

۲- پرسشنامه‌ی سبک‌های دفاعی^۱ (DSQ-۴۰): پرسشنامه‌ی سبک‌های دفاعی ۴۰ سؤالی توسط اندروز و همکاران در ۱۹۹۳ تدوین گردید. این نسخه شامل ۴۰ سؤال در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است و ۲۰ مکانیسم دفاعی را در ۳ سطح پخته (۸ سؤال)، روان‌آزرده (۸ سؤال)، و ناپخته (۲۴ سؤال) مورد ارزیابی قرار می‌دهد [۲۵]. پرسشنامه‌ی سبک‌های دفاعی در ایران توسط حیدری نسب مورد بررسی و هنجاریابی قرار گرفت. با توجه به بررسی‌های صورت گرفته این پرسشنامه از روایی مطلوبی برخوردار است [۲۶]. پایایی پرسشنامه سبک‌های دفاعی نیز از طریق روش باز آزمایی و نیز محاسبه‌ی آلفای کرونباخ انجام شده است. ضریب پایایی و آلفا در گروه‌های مطالعه، به تفکیک در دانش آموزان و دانشجویان و جنسیت گروه نمونه‌گیری و نیز سبک‌های دفاعی نشان می‌دهد که بالاترین آلفای کلی در مردان دانشجو (۰/۸۱) و پایین‌ترین آلفای کل در دانش آموزان دختر (۰/۶۹) مشاهده می‌شود. در سبک‌های دفاعی، بالاترین آلفا مربوط به سبک ناپخته (۰/۷۲) و کمترین مربوط به سبک روان‌آزرده می‌گردد (۰/۵۰). بر اساس این یافته، مشخص گردید پرسشنامه‌ی سبک‌های دفاعی در

2- state-trait anxiety inventory(STAI)

1- defense styles questionnaire-40

میانگین و انحراف استاندارد سه گروه در متغیرهای مختلف در جدول ۱ ارائه شده است.

خلق، سبک‌های دفاعی، و اضطراب صفت- حالت، در بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی، و افراد عادی از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

جدول ۱) میانگین و انحراف استاندارد سه گروه در متغیرهای مختلف

گروه‌ها	اضطراب فراگیر		افسردگی اساسی		افراد عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب حالت	۵۶/۷۷	۶/۵۷	۵۲/۹۰	۵/۲۱	۴۲/۹۰	۶/۲۳
اضطراب صفت	۵۲/۸۹	۵/۷۷	۵۰/۳۱	۶/۲۴	۴۰/۴۶	۷/۴۷
سبک دفاعی روان آزرده	۴۱/۸۶	۹/۹۸	۴۳/۹۶	۸/۷۵	۴۴/۷۵	۹/۲۲
سبک دفاعی پخته	۳۷/۵۰	۸/۸۱	۳۸/۹۱	۸/۸۱	۴۴/۶۱	۹/۴۳
سبک دفاعی ناپخته	۱۲۲/۵۶	۲۲/۶۴	۱۱۸/۰۸	۲۸/۰۷	۱۰۴/۹۴	۲۵/۴۵
دشواری درشناسایی احساس‌ها	۲۵/۳۰	۴/۹۱	۲۳/۲۳	۵/۹۱	۱۷/۶۸	۵/۲۲
دشواری در توصیف احساس‌ها	۱۷/۲۰	۲/۷۶	۱۶/۷۷	۳/۲۵	۱۴/۵۰	۲/۵۶
تفکر برون مدار	۲۳/۷۰	۳/۸۲	۲۳/۱۳	۳/۵۲	۲۴/۷۲	۳/۱۸

شناسایی احساس‌ها، $F=۰/۱۴$ ، دشواری در توصیف احساس‌ها، $F=۳/۹۰$ ، تفکر برون مدار، $F=۳/۵۵$ ، سبک دفاعی روان آزرده، $F=۰/۵۵$ ، سبک دفاعی پخته، $F=۱/۷۰$ ، سبک دفاعی ناپخته، $F=۰/۰۲$ ، اضطراب صفت، $F=۶/۵۶$ ، اضطراب حالت، $F=۰/۴۵$ ، با سطح معناداری، $(P>۰/۰۵)$ ، با توجه به نتایج جدول ۲، سطح معنی داری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نیز در تمامی متغیرها در هر سه گروه بالاتر از $۰/۰۵$ است، از این رو فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته نیز تأیید می‌گردد (دشواری در شناسایی احساس‌ها، $F=۰/۱۴$ ، دشواری در توصیف احساس‌ها، $F=۳/۹۰$ ، تفکر برون مدار، $F=۳/۵۵$ ، سبک دفاعی روان آزرده، $F=۰/۵۵$ ، سبک دفاعی پخته، $F=۱/۷۰$ ، سبک دفاعی ناپخته، $F=۰/۰۲$ ، اضطراب صفت، $F=۶/۵۶$ ، اضطراب حالت، $F=۰/۴۵$ ، با سطح معناداری، $(P>۰/۰۵)$ ، همچنین نتیجه آزمون تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که لامبدای ویلکز $۰/۴۱$ در سطح کوچکتر از $۰/۰۱$ معنی دار است و این بیانگر تفاوت معنادار میانگین نمرات ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی، و اضطراب صفت- حالت در بین افراد مبتلا به اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی، و افراد عادی است. در جدول ۳ تفاوت میانگین متغیرهای مختلف در بین گروه‌ها نمایش داده شده است.

همان طور که در جدول ۱ نمایش داده شده است نمرات ابعاد دشواری در شناسایی احساس‌ها و دشواری در توصیف احساس‌ها و همچنین نمرات سبک دفاعی ناپخته و اضطراب صفت و حالت در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نسبت به سایر گروه‌ها بیشترین میانگین را به خود اختصاص داده است. نمرات بعد تفکر برون مدار ناگویی خلقی و سبک‌های دفاعی روان آزرده و پخته در افراد عادی بیشترین میانگین را داراست. در ادامه به منظور استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری جهت مقایسه‌ی میانگین نمرات ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی، و اضطراب صفت- حالت در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی، و افراد عادی ابتدا به بررسی مفروضه‌های این آزمون پرداخته می‌شود. نتیجه آزمون ام. باکس ($F=۰/۲۴$, $P>۰/۰۵$) پیش فرض آزمون تحلیل واریانس چند متغیری یعنی فرض همسانی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی، و اضطراب صفت- حالت در بین گروه‌ها را تأیید نمود. از این رو استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری بلا مانع است. همچنین، با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا می‌توان گفت پیش فرض همگنی واریانس‌ها نیز برقرار است (دشواری در

جدول ۲) آزمون کولموگروف-اسمیرنف

متغیرها	اضطراب فراگیر		افسردگی اساسی		افراد عادی	
	ZKS	سطح معناداری	ZKS	سطح معناداری	ZKS	سطح معناداری
دشواری در شناسایی احساسها	۰/۸۱	۰/۵۱	۱/۳۰	۰/۰۶	۰/۸۶	۰/۴۴
دشواری در توصیف احساسها	۰/۶۰	۰/۸۵	۰/۶۰	۰/۸۵	۱/۲۷	۰/۰۷
تفکر برون مدار	۰/۶۴	۰/۸۰	۰/۸۴	۰/۴۷	۰/۸۷	۰/۴۳
سبک دفاعی روان آزرده	۱/۰۳	۰/۲۳	۰/۷۸	۰/۵۷	۰/۷۲	۰/۶۶
سبک دفاعی پخته	۰/۶۶	۰/۷۶	۱/۰۹	۰/۱۷	۰/۷۱	۰/۶۸
سبک دفاعی ناپخته	۱/۰۷	۰/۱۹	۰/۵۹	۰/۸۷	۰/۸۵	۰/۴۵
اضطراب صفت	۰/۹۹	۰/۲۷	۰/۸۱	۰/۵۱	۰/۸۹	۰/۳۹
اضطراب حالت	۰/۸۱	۰/۵۲	۰/۶۶	۰/۷۷	۰/۷۳	۰/۶۵

جدول ۳) اثرات بین آزمودنی‌ها

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
دشواری در شناسایی احساسها	۲۲۹۲/۷۶	۲	۱۱۴۶/۳۸	۳۹/۰۰۴	۰/۰۰۱
دشواری در توصیف احساسها	۳۱۵/۴۱	۲	۱۵۷/۷۰	۱۸/۷۱۸	۰/۰۰۱
تفکر برون مدار	۹۸/۲۲	۲	۴۹/۱۱	۴/۱۸۵	۰/۰۱
سبک دفاعی روان آزرده	۳۲۲/۹۴	۲	۱۶۱/۴۷	۱/۸۷	۰/۱۵
سبک دفاعی پخته	۲۱۴۹/۵۳	۲	۱۰۷۴/۷۶	۱۲/۹۵	۰/۰۰۱
سبک دفاعی ناپخته	۱۳۰۹۸/۳۱	۲	۶۵۴۹/۱۵	۹/۹۴	۰/۰۰۱
اضطراب صفت	۶۸۲۰/۵	۲	۳۴۱۰/۲۵	۷۳/۶۴۱	۰/۰۰۱
اضطراب حالت	۷۹۵۳/۸۵	۲	۳۹۷۶/۹۲	۱۰۸/۴۹۱	۰/۰۰۱

مقایسه‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد. مقایسه‌های چندگانه سبک‌های دفاعی بر اساس سبک دفاعی پخته و ناپخته با استفاده از آزمون تعقیبی شفه نشان داد که میانگین افراد عادی با افراد مبتلا به اضطراب فراگیر و گروه افراد عادی با افراد مبتلا به افسردگی اساسی تفاوت معناداری دارند. در سایر مقایسه‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد. همان طور که در جدول ۴ نمایش داده شده است مقایسه‌های چندگانه‌ی اضطراب صفت-حالت بر اساس اضطراب صفت نشان داد که میانگین گروه اضطراب فراگیر با افراد عادی و گروه افسردگی اساسی با افراد عادی تفاوت معناداری دارند همچنین مشخص شد در اضطراب حالت نیز تمامی جفت میانگین‌ها با یکدیگر تفاوت معناداری دارند.

با توجه به مقدار F و سطح معنی داری نمایش داده شده در جدول ۳ ($p \leq 0.01$) می‌توان نتیجه گرفت که میانگین نمرات تمامی متغیرها به جز سبک دفاعی روان آزرده در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی، و افراد عادی تفاوت معناداری دارد. به دنبال نتایج فوق به مقایسه‌ی جفت میانگین‌ها در بین گروه‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی شفه پرداخته می‌شود. مقایسه‌های چند گانه‌ی ناگویی خلقی بر اساس دشواری در شناسایی احساسها و دشواری در توصیف احساسها با استفاده از آزمون تعقیبی شفه نشان داد که بین میانگین افراد مبتلا به اضطراب فراگیر با افراد عادی و گروه افراد مبتلا به افسردگی اساسی با افراد عادی تفاوت معناداری دارد. در بعد تفکر برون مدار نیز بین میانگین افراد مبتلا به افسردگی اساسی با افراد عادی تفاوت معناداری وجود داشت، در سایر

جدول ۴) آزمون شفه جهت مقایسه‌ی جفت میانگین‌ها

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری داری
دشواری در شناسایی احساس‌ها	اضطراب فراگیر	افراد عادی	۷/۴۸*	۰/۹۳	۰/۰۰۱
	افسردگی اساسی	افراد عادی	۵/۳۱*	۰/۸۷	۰/۰۰۱
دشواری در توصیف احساس‌ها	اضطراب فراگیر	افراد عادی	۲/۶۹*	۰/۴۹	۰/۰۰۱
	افسردگی اساسی	افراد عادی	۲/۰۹*	۰/۴۶	۰/۰۰۱
تفکر برون مدار	افراد عادی	افسردگی اساسی	۱/۵۴*	۰/۵۴	۰/۰۱
سبک دفاعی پخته	افراد عادی	افراد عادی	۶/۸۴*	۱/۵۶	۰/۰۰۱
		افسردگی اساسی	۵/۷۰*	۱/۴۶	۰/۰۰۱
سبک دفاعی ناپخته	اضطراب فراگیر	افراد عادی	۱۷/۶۰*	۴/۴۰	۰/۰۰۱
	افسردگی اساسی	افراد عادی	۱۳/۱۳*	۴/۱۱	۰/۰۰۷
اضطراب حالت	اضطراب فراگیر	افسردگی اساسی	۳/۸۷*	۱/۱۶	۰/۰۰۵
		افراد عادی	۱۳/۸۷*	۱/۰۳	۰/۰۰۱
	افسردگی اساسی	افراد عادی	۱۰*	۰/۹۷	۰/۰۰۱
اضطراب صفت	اضطراب فراگیر	افراد عادی	۱۲/۴۳*	۱/۱۶	۰/۰۰۱
	افسردگی اساسی	افراد عادی	۹/۸۵*	۱/۰۹	۰/۰۰۱

* $\alpha \leq 0.01$

بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی، و اضطراب صفت- حالت در بین بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی، و افراد عادی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد میانگین نمرات ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی، و اضطراب صفت- حالت در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی و افراد عادی تفاوت معنی داری دارد. با توجه به بررسی‌های صورت گرفته پژوهشی که مستقیماً به مقایسه‌ی این سه متغیر در این سه گروه پرداخته باشد یافت نشد؛ اما پژوهش‌های چندی به بررسی این متغیرها به صورت مجزا پرداخته‌اند که همسو با یافته‌های پژوهش حاضرند. تعداد زیادی از مطالعات از رابطه‌ی بین ناگویی خلقی با افسردگی و اضطراب [۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶] حمایت کرده‌اند. شواهدی وجود دارد که بیان می‌دارد افسردگی و اضطراب می‌تواند ناشی از حالت‌های واپس رنده‌ی رشد هیجانی باشد و بنابراین منجر به فراخوانی ویژگی‌های ناگویی خلقی گردد

[۲۸]. ناگویی خلقی می‌تواند واکنشی موقتی و دفاعی در برابر افسردگی و اضطراب حاد باشد که به طور اختصاصی همراه با موقعیت استرس زا است [۱۲]. بنابراین ناگویی خلقی ثانویه به عنوان دفاع یا راهبردی مقابله‌ای می‌تواند با آشفتگی روان‌شناختی، درد هیجانی، خاطرات دردناک و برانگیختگی فیزیولوژیک همراه باشد. نوع دیگری از ناگویی خلقی ثانویه ممکن است در افسردگی شدید و بالینی رخ دهد. در بسیاری از این موارد بیماران کاهش در انعطاف پذیری شناختی و آگاهی هیجانی همراه با کاهش در حجم گفتار را نشان می‌دهند که ممکن است به نمرات بالا در ناگویی خلقی منجر شود [۲۹]. هانکالامپی^۱ [۳۰] اشاره می‌کند وقتی افسردگی بهبود می‌یابد، ناگویی خلقی در افراد کاهش پیدا می‌کند؛ همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده‌ی بالاتر بودن میانگین نمرات بعد تفکرات برون مدار ناگویی خلقی در افراد عادی در مقایسه با افراد مبتلا به افسردگی اساسی، و بالاتر بودن میانگین نمرات دو بعد

افراد افزایش احساس کنترل است که این کار را با تبدیل پدیده‌ای روان‌شناختی به نشانه‌های جسمی انجام می‌دهد. نتایج پژوهش حاکی از تفاوت معنادار میانگین نمرات اضطراب حالت در بین گروه‌ها بود. همچنین یافته‌ها نشان دهنده‌ی بالاتر بودن میانگین نمرات اضطراب حالت در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر نسبت به افراد مبتلا به افسردگی اساسی و افراد عادی بالاتر بود. این نتیجه همخوان با نتایج پژوهش‌های چانگو دی زولا^۴ و همچنین ویچ، چرچیل، و لویس^۵ به نقل از [۳۵] است که بیان داشتند اختلال اضطراب فراگیر نشان دهنده‌ی فرایندهای شناختی پایه است که فرد را نسبت به حالت‌های اضطرابی آسیب پذیر می‌سازد. این نتیجه برحسب دیدگاه شناختی اضطراب فراگیر قابل توجیه است. اضطراب حالت یک آشفتگی موقتی هیجانی است که نشان دهنده‌ی تنش و هراس است. اغلب نظریه پردازان شناخت نگر بر این نکته تأکید دارند که اختلال‌های اضطراب فراگیر از باورهای نامناسب ناشی می‌شود. در نظریه‌ی شناختی مشابهی بک اظهار می‌کند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای باورهای غیر واقع نگر پنهان یا نهفته‌ای هستند که احساس خطر قریب الوقوع را در آنها ایجاد می‌کند. چنین باورهای نهفته‌ای دامنه‌ی تجربیات فرد را محدود می‌کنند و اضطراب مداوم به شکل گیری تصاویر و افکاری که "افکار خودآیند"^۶ نامیده شده‌اند منجر می‌شود [۳۶]. یافته‌ها همچنین نشانگر بالاتر بودن میانگین نمرات اضطراب صفت در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد مبتلا به افسردگی اساسی نسبت به افراد عادی بود. همان طور که پیش از این اشاره شد اضطراب صفت نوعی صفت دیرپای شخصیتی است و به تفاوت‌های نسبتاً ثابت فردی در آمادگی برای مضطرب بودن مربوط است [۱۴]. به طور خلاصه می‌توان بیان داشت ناتوانی در تنظیم هیجانی، سلامت روانی افراد را کاهش می‌دهد. افزایش این حالت‌های هیجانی منفی در زندگی این افراد اختلال‌هایی در زمینه‌های مختلف همچون زمینه‌های تحصیلی و شغلی ایجاد می‌کند. افراد مبتلا به ناگویی خلقی به دلیل هوش هیجانی پایین و توانایی همدلی ضعیف و ناتوانی در بیان

دشواری در شناسایی احساس‌ها و دشواری در توصیف احساس‌ها در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی در مقایسه با افراد عادی بود. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های پیشین همخوان بود [۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۲۸، ۳۰ و ۳۱]. شواهدی وجود دارد که بیان می‌دارد افسردگی و اضطراب می‌تواند ناشی از حالت‌های واپس رونده‌ی رشد هیجانی باشد و بنابراین منجر به فراخوانی ویژگی‌های ناگویی خلقی گردد [۲۸]. طبق نتایج حاصل از پژوهش، میانگین نمرات سبک دفاعی پخته در افراد عادی نسبت به افراد مبتلا به اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی بالاتر بود و همچنین میانگین نمرات سبک دفاعی ناپخته در آنها در مقایسه با گروه‌های بالینی پایین‌تر بود. اما میانگین نمرات سبک دفاعی روان آزرده هیچ گونه تفاوت معناداری در بین گروه‌ها نداشت. در رابطه با مقایسه‌ی سبک‌های دفاعی مورد استفاده در گروه بیمار و گروه غیر بیمار یافته‌های با ثباتی وجود دارد [۳۲، ۳۳] که همخوان با یافته‌های پژوهش حاضر است؛ همچنین یافته‌های این پژوهش همخوان با یافته‌ی کمپل سیل^۱، براون^۲، و هافمن^۳ به نقل از [۳۴] بود که بیان داشتند افراد دارای اختلال‌های اضطرابی و خلقی در مقایسه با افراد عادی هیجان‌های خودشان را کمتر می‌پذیرند و بیشتر از راهبردهای منع و سرکوبگری استفاده می‌کنند. یافته‌ها برای مقیاس دفاع‌های آزرده متفاوت بود. تعدادی از مطالعات هیچ گونه تفاوتی بین بیماران و گروه کنترل در این مقیاس به دست نیاموردند [۳۲]؛ در حالی که گزارش دیگری حاکی از این بود که بیماران در مقیاس دفاع‌های آزرده نمرات بالاتری به دست آوردند [۳۳]. افراد هنگام مواجهه با شرایط چالش برانگیز، معمولاً آشفتگی هیجانی بسیار زیادی را تجربه می‌کنند، آشفتگی هیجانی بسیار بالا سبب احساس عدم کنترل بر موقعیت در فرد می‌گردد و به تبع آن اضطراب و درماندگی فرد را افزایش می‌دهد. این افراد برای رهایی از هیجان‌ها و احساس‌های منفی ناشی از این موقعیت‌ها راهکارهای نامناسبی را بر می‌گزینند و از مکانیسم‌های دفاعی ناپخته‌ای چون سرکوب، انکار، و جسمانی سازی به طور وافر استفاده می‌کنند. یکی از دلایل جسمانی سازی در این

4- Chang & D' zurilla

5- Weich & Churchill & Lewis

6- automatic thinking

1- Campbell-Sills

2- Brown

3- Barlow

autonomic reactivity and anxiety during social stress. *J Psychosom Res.* 2011; (70): 525-533.

6- Duddu V, Isaac MK, Chaturvedi Sk. Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *J Psychosom Res.* 2003; (54): 435-438.

7- Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS. Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: a programmatic review. *Psychiatry Res.* 2010; (30): 43-48.

8- Heshmati R, Ghorbani N, Rostami R, Ahmadi M, Akhavan H. Comparative study of alexithymia in patients with psychotic disorders. *Sci J Hamadan U Med Sci Health Services.* 2010; 17(1): 56-62. [Persian].

9- Carleton N, Peluso DL, Collimore KC, Asmundson GJG. Social anxiety and post traumatic stress symptoms: the impact of distressing social events. *J Anxiety Disord.* 2011; (25): 49-57.

10- Salminen JK, Saarijärvi S, Toikka T, Kauhanen J, Äärelä J. Alexithymia behaves as a personality trait over a 5-year period in finnish general population. *J Psychosom Res.* 2006; (61): 275-278.

11- Vanheule S. Challenges for alexithymia research: a Commentary on "the construct of alexithymia: associations with defense mechanisms". *J Clin Psychol.* 2008; (64): 332-337.

12- Cam Celikel F, Saatcioglu O. Alexithymia and anxiety sensitivity in Turkish depressive, anxiety and somatoform disorders outpatients. *Int J Psychiatry Clin Practice.* 2007; (77): 740-745.

13- Kaplan H, Sadock B. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences clinical psychiatry, 9th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2003.

14- Farki D. The relationship between trait anxiety and goal orientation with academic self-efficacy in second grade technical school students of Shahrriyar city. [M. A. dissetation]. Tehran: Tehran University; 2007. [Persian].

15- Eizaguirre AE, Cabezón AOS, Alda IO, Olariaga LJ, Juaniz M. Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personal Individ Differ.* 2004; (36): 321-331.

16- Karukivi M, Hautala L, Kaleva O, Haa Pasalo-Pesu KM, Liuksila PR, Joukamaa M, Saarijärvi S. Alexithymia is associated with anxiety among adolescents. *J Affect Disord.* 2010; (725): 383-387.

17- Evren C, Cagil D, Ulka M, Ozcetinkaya S, Gokalp P, Cetin T, Yigiter S. Relationship between defense styles, alexithymia, and personality in alcohol-dependent inpatients. *Compr psychiatry.* 2012; 53(6): 860-867.

18- Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.

19- Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM. Relationships between alexithymia and related constructs. In: A Vingerhoets, F Van Bussel & J

احساس‌های خود، معمولاً از یکی از منابع نیرومند افزایش دهنده‌ی سلامت روان، یعنی حمایت اجتماعی محروم می‌گردند، به دنبال این محرومیت آسیب‌پذیری افراد نسبت به اضطراب و افسردگی افزایش می‌یابد. مسلماً چنین افرادی قادر نخواهند بود از تمامی استعدادها و توانایی‌های خود در جهت بهبود شرایط خویش بهره‌گیرند؛ به دلیل این که بخش زیادی از انرژی و وقت و هزینه‌ی این افراد صرف کنار آمدن با هیجان‌های منفی می‌گردد. با توجه به موارد مطرح شده، لزوم آموزش این افراد در زمینه‌ی افزایش تنظیم هیجان‌ها و راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار احساس می‌گردد. هر اندازه آگاهی هیجانی افراد افزایش یابد و اجتناب آنها از هیجان‌های منفی به دلیل رنج آور و دردناک بودن کاهش یابد، توانمندی "من" افزایش می‌یابد، از سبک دفاعی پخته‌تر استفاده می‌کنند و اعتماد آنها نسبت به توانایی‌های خویش در برخورد با موقعیت‌های استرس آور آتی افزایش می‌یابد. از آنجایی که نمونه‌ی پژوهش حاضر تنها شامل افراد مبتلا به افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر و افراد عادی ای است که به یک ساختمان پزشکان مراجعه کرده‌اند، بهتر است تعمیم یافته‌ها به کل جامعه با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی، و اضطراب صفت- حالت در سایر اختلال‌ها نیز مورد مقایسه قرار گیرند.

منابع

- 1- Franken RE. Human motivation, 4th ed. Ney publisher; 2005. [Persian].
- 2- Nicolò G, Semerari A, Iysaker PH, Dimaggio G, Conti I, D'Angerio S, Procacci M, Popolo R, Carcione A. Alexithymia in personality disorders: correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry Res.* 2011; (12): 37-42.
- 3- Humphreys TP, Wood LM, Parker JDA. Alexithymia and satisfaction in intimate relationships. *Personal and Individ Differ.* 2009; (49): 43-47.
- 4- Helmes E, McNeill PD, Holden RR, Jackson C. The construct of alexithymia: association with defense mechanisms. *J Clin Psychol.* 2008; (64): 318-331.
- 5- Pollatos O, Warner NS, Duschek S, Schandry R, Matthias E, Traut-mattausch E, Herbert BM. Differential effects of alexithymia subscales on

- 32- Cramer P. protecting the self: defense mechanisms in action. The Guilford press; 2006.
- 33- Simeon D, Guralnik O, Knutelska M, Schmeidler J. Personality factors associated with dissociation: temperament, defense and cognitive schemata. *Am j Psychiatry?* 2002; (159): 489-491.
- 34- Issazadegan A, Fathabadi J. The role of cognitive emotion regulation strategies and general health in alexithymia. *Developmental psychologist: Iran Psycho.* 2012; 8(31): 259-269. [Persian].
- 35- Joharifard R, Godarzi MA, Zamiri A. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on anxiety and dysfunctional attitudes in patients with generalized anxiety disorder. *J new result psycho.* 2008; (6): 81-94. [Persian].
- 36- Dadsetan P. *Criminal psychology*, Tehran: samt; 2004. [Persian].
- Boelhouwer, (ed.), *the-expression of emotions in health and disease*. Tilburg University Press; 1999. p. 103-114.
- 20- Besharat MA, Shahidi S. What is the relationship between alexithymia and ego defense? *Asian J Psychiatry.* 2005; (4): 745-749. [Persian].
- 21- Shahidi SH, Molaie A, Dehghani M. Relationship between health anxiety and alexithymia in an Iranian sample. *Soc and behav sci.* 2012; (46): 591-595.
- 22- Bovey WH, Hede A. Resistance to organizational change: the role of defense mechanisms. *J Managerial Psychol.* 2001; (16): 534-548.
- 23- Mazaheri M, Afshar H. On the relationship between alexithymia and depression and anxiety in psychiatric patients. *J Fundam Ment Health.* 2010; 12(2): 470-479. [Persian].
- 24- Besharat MA. Relationship of alexithymia with anxiety, depression, psychological distress and psychological well-being. *J Psycho;* 3(10): 17-42. [Persian].
- 25- Afzali MH, Fathi Ashtiyani A, Azad Falah P. Comparison of defense styles and defense mechanisms of patients with obsessive-compulsive disorder and normal people. *J Behav Sci.* 2008; 2(3): 245-252. [Persian].
- 26- Heydari nasab L. *The comparison of defense mechanisms in clinical and nonclinical samples based on normalization and psychometric properties of Iranian defense styles questionnaire*. [P.HD. dissertation]. Tehran: Tarbiyat Modares. 2006: 204-208. [Persian].
- 27- Panahi-Shahri M. *Early evaluation validity reliability and normalization spielberger state-trait anxiety questionnaire (STAL-Y)*. [M. A. dissertation]. Tehran: Tarbiyat Modares. 1993: 59-69. [Persian].
- 28- Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamaki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res.* 2000; (48): 99-104.
- 29- Kochi S. *Investigate the moderating role of positive affect, negative affect and self-efficacy on the relationship between alexithymia and experience of pain in chronic pain patients*. [M. A. dissertation]. Tehran: Tehran University; 2009. [Persian].
- 30- Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Lehto SM, Hintikka J, Haatainen K, Rissanen, T, Viinamaki H. Is alexithymia a risk factor for major depression, personality disorder, or alcohol use disorders? a prospective population-based study. *J Psychosom Res.* 2010; (68): 269-273.
- 31- Muller J, Alpers GW. Two facets of being bothered by bodily sensations anxiety sensitivity and alexithymia in psychosomatic patients. *Compr Psychiatry.* 2006; (47): 489-495.

Comparing of Alexithymia, Defensive Styles and State-Trait Anxiety among Patients with Generalized Anxiety Disorder Major Depression Disorder and Normal Individuals

Taghavi, M. M.A., Najafi, M., *Ph.D., Kianersi, F. Ph.D., Aghayan, S. M.D.

Abstract

Introduction: Various psychological factors play a role in mental disorders. The aim of this study was comparing of alexithymia, defensive styles and state-trait anxiety among patients with generalized anxiety disorder, major depression disorder and normal individuals.

Method: The research method was expose-facto. Population included all of clients to Rasoul Akram Medical Center in Shahrood city, during spring 2012 which among them 219 participants were selected by using the available sampling method. This sample was divided into three groups. A group with 49 participants with diagnosis of GAD, a group with 60 participants with diagnosis of MDD and the other with 110 participants included normal individuals. Participants filled out Toronto Alexithymia scale-20(TAS-20), defense styles questionnaire-40(DSQ-40) and state-trait anxiety inventory (STAI). For data analysis, used multivariate analysis of variance.

Results: The results represented that there are among patient with GAD, MDD, and normal individuals significant difference in dimensions of Alexithymia, defense styles and state-trait anxiety's scores mean difficulties in identifying feelings and difficulties in describing feelings, trait anxiety and immature defense style in patients with GAD and MDD was higher than normal people. State anxiety score's mean in patients with GAD was higher than patients with MDD and normal people. Any significant difference was not seen in neurotic defense style's score mean among groups.

Conclusion: The patients with GAD and MDD, experience higher anxious than normal individuals. The results represented importance of defense styles and dimensions of Alexithymia in patients with GAD and MDD.

Keywords: Alexithymia, Defense Styles, State-Trait Anxiety, Generalized Anxiety Disorder, Major Depression Disorder

*Correspondence E-mail:
m_najafi@sun.semnan.ac.ir