

## مقایسه خودتخریب‌گری روان‌شناختی بر پایه خودشناسی، خودانتقادی و احساس شرم و گناه در سه گروه افراد سالم، بیماران اتوایمیون و بیماران غیراتوایمیون

اشرف سادات موسوی<sup>✉</sup>، نیما قربانی<sup>۱</sup>، محمود قاضی طباطبایی<sup>۲</sup>

<sup>✉</sup>گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

<sup>۱</sup>گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

<sup>۲</sup>گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۲۵

### چکیده

**مقدمه:** بیماری‌های اتوایمیون مستلزم خودتخریبی علیه سیستم ایمنی هستند و طبق نظریه همگونی غایی، سیستم روانی و جسمانی بصورت موازی با یکدیگر عمل می‌کنند. از این رو ردیابی چنین شباهتی در مقایسه بیماران اتوایمیون با دیگر بیماران و افراد سالم مسأله اصلی پژوهش حاضر است. بر این اساس پیش‌بینی می‌شود میزان خودانتقادی و احساس شرم و گناه (به‌عنوان انعکاسی از ناهماهنگی درون سیستمی روان‌شناختی) و خودشناسی (به‌عنوان تسهیل‌گر و همسان‌کننده روان‌شناختی) به ترتیب در بیماران اتوایمیون بیشتر و کمتر از دو گروه دیگر باشد.

**روش:** در پژوهش پس‌رویدادی حاضر ۱۳۰ بیمار اتوایمیون، ۱۱۱ بیمار غیراتوایمیون و ۱۵۱ دانشجو به شیوه در دسترس مورد بررسی قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها مقیاس خودشناسی انسجامی، پرسش‌نامه احساسات شخصی و مقیاس سطوح خودانتقادی به کار رفت. برای ارزشیابی مدل ساختاری شاخص‌های مجذور کای، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نرم‌نشده برازندگی (NNFI)، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص برازندگی افزایشی (IFI) و ریشه میانگین مجذور خطای تقریب (RMSEA) به کار رفت.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان‌گر برازندگی الگو در هر سه گروه افراد سالم، بیماران اتوایمیون و بیماران غیراتوایمیون بود. مقایسه سه‌گروهی نیز نشان داد سه گروه با یکدیگر تفاوت دارند. افزون بر این بررسی فرض‌های مربوط به ضریب ساختار عاملی و واریانس خطا نیز نشان‌گر تفاوت معنادار سه گروه بود.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌ها در بافت نظریه همگونی غائی قابل تبیین است: به دلیل توازی اهداف، خودتخریبی ایمنی با خودتخریبی روان‌شناختی همراه است.

**کلیدواژه‌ها:** بیماری اتوایمیون، خودتخریب‌گری، خودشناسی، خودانتقادی، همگونی غایی

## مقدمه

نظریه‌های عام روان‌شناسی همواره بر نبود مرز میان ابعاد زیست‌شناختی و روان‌شناختی انسان تأکید کرده‌اند. برای مثال پیازه نظریه روان‌شناختی خود در مورد تحول، شناخت را به موازات سازه‌ها و شباهت‌های تحولی زیست‌شناختی ارگانیزم قرار داده است. بررسی‌های گوناگون ارتباط سطوح روان‌شناختی و زیست‌شناختی - و به عبارت دیگر ذهن و بدن را نشان داده‌اند؛ آسیب‌پذیری به عفونت‌های تنفسی در افرادی که زندگی خود را استرس‌زا می‌دانند، بیشتر است [۱] و بهبود زخم در افرادی که بصورت دائمی و مزمن در موقعیت‌های استرس‌زا به سر می‌برند، دیرتر صورت می‌پذیرد [۲]. یافته‌های پژوهشی نشان‌گر آن است که چگونگی فائق آمدن بر هیجان‌های وابسته به یک موقعیت، خلق مثبت و منفی، شوخی، گریه و خنده و راهبردهای حل مشکل همگی بر شدت و ضعف کارکرد سیستم ایمنی تأثیر می‌گذارند [۳].

فرض دیدگاه همگونی غایی (Teleological Coherence) این است که تعامل میان سطوح روان‌شناختی، عصب‌شناختی و ایمنی‌شناختی یک موجود زنده با در نظر گرفتن قوانین وحدت بخش و زیربنایی همگونی غایی بهتر درک می‌شود. این قوانین دو جنبه را در بر می‌گیرد: ۱- روابط میان سیستم‌های ایمنی و عصب‌روان‌شناختی پیامدی از غایت مشترک آن‌ها، یعنی «ایجاد و حفظ مداوم هویت خود»، ریشه می‌گیرد. ۲- ماهیت چنین روابطی به سبب لزوم هماهنگی غایت میان همه سطوح ارگانیزم است که در ایجاد و حفظ هویت خود متبلور می‌شود [۱]. در چنین بافتی توانایی سیستم ایمنی برای تمایز میان ساختارهای خودی و غیرخودی در درجه اول و همگام با دیگر سیستم‌ها به سبب نیاز ارگانیزم به خودتعیین‌گری (Self-Determination) است و نه تنها به سبب نیاز به دفاع از بدن در برابر هجوم عوامل خارجی. به‌طور مشابه سیستم روان‌شناختی نیز مسئول فرایندهای تفرّد، خودآفرینشی و حفظ خودتعیین‌گری است [۴].

اگر بنا به فرض دیدگاه همگونی غایی، لزوم همبستگی غایت خودتعیین‌گری - در مورد هر دو سیستم روان‌شناختی و ایمنی‌شناختی صدق کند، باید شناسایی الگوهای رفتاری هم-ریخت میان سیستم‌های روان‌شناختی، عصب‌شناختی و ایمنی‌شناختی در طول زندگی ارگانیزم امکان‌پذیر باشد؛ در طول چهار هفته اول زندگی نوزادی، سیستم ایمنی به نسبت نارس و در مقایسه با سیستم ایمنی بزرگسال، انعطاف‌پذیر است. در این دوران پاسخ ایمنی‌شناختی یک فرد، خودتعیین‌گر نیست و در عوض شناسایی ایمنی‌شناختی (خودی از غیرخودی)، بیشتر توسط آنتی‌بادی‌های مادر صورت می‌گیرد. به‌طور هم‌زمان در این دوران، خودانگاره روان‌شناختی فرد نیز در بافتی از انگاره مادر تعریف می‌شود و سپس به تدریج به عنوان یک فرد جدا و یکپارچه تمایز می‌یابد. در بافت الگوی همگونی غایی، این

پدیده‌ها به‌سادگی به عنوان بروز آشکار هماهنگی غایت در کل سیستم تفسیر می‌شود و نمایان‌گر مرحله‌ای از فرایند تحول خود روانی-ایمنی (Psychoimmune) است که با نارسی، انعطاف‌پذیری و حساسیت به دستکاری مشخص می‌شود. یافته‌هایی که نشان می‌دهد استرس در موش‌های باردار یا شیرده باعث کاهش پاسخ‌های ایمنی فرزندان آن‌ها، پس از قطع شیردهی می‌شود، با این تفسیر هم‌خوان است [۴].

بنابراین هماهنگی با دیدگاه همگونی غایی، اختلال در مرزهای خودی/ غیرخودی یک سیستم (ایمنی‌شناختی، روان‌شناختی، یا اجتماعی) مرزهای تعیین شده دیگر سیستم‌ها را (به طریق گوناگون، بسته به ماهیت اختلال و این که اختلال در چه سنی روی می‌دهد) تحت تأثیر قرار می‌دهد. به‌ویژه گونه‌های شخصیتی و پروفایل‌های روان‌شناختی در مورد برخی از بیماری‌ها با پروفایل‌های واکنش ایمنی هماهنگ است. در چنین مواردی، اختلال در پروفایل‌های روان‌شناختی با بیماری‌های ایمنی‌شناختی مزمن و به عکس، اختلال در پروفایل‌های ایمنی‌شناختی با اختلال‌های روان‌شناختی مرتبط است. به بیان دیگر در این دیدگاه، سلامت به حفظ انسجام یا ارتباط بهینه همه سطوح ارگانیزم وابسته است و بیماری، ناشی از قطع ارتباط یا عدم انسجام فرایندهای پویای ارگانیزم است [۴].

باور بر این است که سائق درونی خودنگهداری در تمامی حیوانات به ودیعه گذاشته شده است، ولی برخی افراد به شیوه‌ای رفتار می‌کنند که با این اصل ارگانیزمی ناهمسان و در برخی موارد به‌طور کامل متضاد است [۵]. شکست‌جویی (Self-Defeating)، خودتخریب‌گری (Self-Destructiveness)، آسیب به خود (Self-Harm) و صدمه به خود (Self-Injury) واژه‌هایی هستند که در متون مختلف برای این گرایش‌های متضاد با اصل صیانت نفس به کار رفته است. کلی و دیگران (۱۹۸۵؛ به نقل از [۶]) خودتخریبی را این‌گونه تعریف کرده‌اند: تمایل به انجام رفتارهایی که احتمال تجربه نتایج منفی را افزایش و احتمال کسب موفقیت آتی را کاهش می‌دهد. این تعریف با تعریف سومین ویراست تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-III-R) [۷] از شخصیت شکست‌جو هم‌خوان است. به بیان دگر الگوهای شکست‌جویی، مجموعه‌ای بادوام از رفتارهای نامنطق و فراگیری هستند که پیامدهای روان‌شناختی منفی و درازمدت آن به مزایای کوتاه‌مدت و فوری حاصل از آن غلبه دارد [۸]. این رفتارها با یک تصویر خود نالایق و سبک میان‌فردی خودقربانی‌ساز در ارتباط است [۹]. خودتخریبی، آن‌چنان که فرض می‌شود، پدیده‌ای کاملاً مشخص نیست، بلکه می‌توان تجلی‌های آن را روی یک پیوستار و در ادامه دیگر رفتارهای انسان در نظر گرفت؛ به‌گونه‌ای که در یک سوی پیوستار، مراقبت از خود کامل و در سوی دیگر آن گرایش‌های به‌شدت خودتخریب‌گر و در انتهای آن خودکشی قرار دارد [۱۰]. در

می‌کند. بنابراین مشکل، تنها تعریف آرمانی موفقیت نیست، بلکه پاسخ ناسازگارانه به موفقیت کسب‌شده را که فرد پیش از این، آن را موفقیت تعریف کرده بود- نیز دربرمی‌گیرد. گذشته از این دو مورد، مجازاتی که فرد به سبب نرسیدن به این استانداردها برای خود در نظر می‌گیرد، بسیار نامعقول است. خودتنبیهی (Self-Punitiveness) عمومی به سبب شکست، یک مشخصه اساسی خودانتقادی درونی‌شده است. در این افراد، شکست باعث توجه سازگارانه در مورد این‌که چگونه می‌توان در آینده موفق شد، نمی‌شود. از آنجا که این افراد نقص‌هایشان در برخی زمینه‌های خاص نمی‌پذیرند، شکست در آن‌ها احساس بی‌ارزشی مطلق به‌وجود می‌آورد [۱۳]. یافته‌های پژوهشی نیز مؤید آن است که کمال‌گرایی تأثیر مستقیم و مثبت بر رفتارهای به تعویق انداختن (Procrastination) [۱۴] و خودناتوان‌ساز (Self-Handicapping) [۱۵]، که از مظاهر رفتارهای خودتخریب‌گر هستند، دارد.

بنابراین به علت وجود ارتباط میان افسردگی و نقص دستگاه ایمنی و از آنجا که احساس گنه‌کاری از تظاهرات هیجانی افسردگی و بازخورد منفی و انتقاد دائم نسبت به خود از تظاهرات شناختی افسردگی است [۱۶]، احساس گناه و تمایلات خودانتقادی باید در بیماران اتوایمیون (Autoimmune) بالا باشد و حتی احتمال وجود یک ارتباط علی- دیالکتیکی در دو سطح روان‌شناختی و ایمنی‌شناختی نیز وجود دارد. به عبارت ساده‌تر از آنجا که از یک سو بیماری‌های اتوایمیون، مستلزم خودتخریبی جسمانی است و از سوی دیگر طبق فرضیه همگونی غایی، سیستم روانی و جسمانی بصورت موازی با یکدیگر عمل می‌کنند، انتظار می‌رود در بیماران اتوایمیون خودتخریبی جسمانی با خودتخریبی روانی همراه باشد. از این روی، ردیابی چنین شباهتی در مقایسه بیماران اتوایمیون با دیگر بیماران و افراد سالم مسأله اصلی پژوهش حاضر است. از دگرسو با توجه به نقش خودنظم‌دهی کارکردهای خودشناختی [۱۷]، خودتخریبی و احساس گناه می‌تواند از تبعات خودآگاهی پایین باشد. مطالعات گذشته بر ارتباط معکوس افسردگی و خودشناسی نیز صحت گذاشته‌اند [۱۸]. از این روی، احساس گناه و خودتخریبی بیشتر در بیماران اتوایمیون، باید با خودشناسی پایین‌تر نیز همراه باشد.

بیماری‌های اتوایمیون را می‌توان به‌طور ساده این‌طور توضیح داد که گاهی اوقات سیستم ایمنی به اشتباه برخی از انواع سلول‌های طبیعی را بیگانه فرض کرده و مانند سلول‌های خارجی به آن‌ها حمله می‌کند. پیدایی نشانه‌های ناشی از این حمله با نام بیماری‌های اتوایمیون شناخته شده است [۱۹]. از انواع بیماری‌های اتوایمیون- که افراد مبتلا به آن‌ها در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفتند- می‌توان به بیماری‌های بهجت (Behçet's)، مولتیپل اسکلروسیس (Multiple Sclerosis)، اسکلودرمی (scleroderma)، کرون (Crohn)، لوپوس

حیطه گرایش‌های خودتخریب‌گر، اگرچه تمایز روشنی میان گرایش‌های خودتخریب‌گر مستقیم و غیرمستقیم وجود دارد (برای مثال دود کردن سیگار پس از صرف شام و تصمیم‌گیری برای پایان‌دادن به زندگی)، ولی تمامی این گرایش‌ها عناصر مشترکی دارند: این گرایش‌ها تلاش‌هایی هستند برای تعدیل تجارب عاطفی، شناختی یا اجتماعی و با اشکال مختلف اختلال‌های روانی (برای مثال افسردگی، اضطراب و اختلال‌های برونی) در ارتباطند [۵].

یافته‌های پژوهشی در زمینه سلامت روان‌شناختی نشان می‌دهد گناه، شرم افراطی و غیرمنطقی به پریشانی عمده، روابط مختل و آسیب‌شناسی روانی منجر می‌شود [۱۱]. پژوهش‌های بالینی و تجربی [۸] افسردگی را با شرم و گناه مرتبط دانسته‌اند و به دلیل ارتباط نزدیک افسردگی و خودتخریب‌گری [۵] می‌توان انتظار داشت خودتخریب‌گری با میزان بالقوه‌ای از شرم و گناه در ارتباط باشد.

خودانتقادی (Self-Criticism) از دیگر متغیرهایی است که با احساس حقارت شدید، احساس گناه، بی‌ارزشی و احساس شکست در مطابقت با معیارهای مورد انتظار مشخص می‌شود. خودانتقادی به عنوان داشتن انتظارات بالا از خود و تلاش برای پیشرفت تعریف شده است. افراد خودانتقادگر هنگام روبرو شدن با مانع در راه رسیدن به اهدافشان، بسیار آسیب‌پذیر می‌شوند و مستعد تجربه افسردگی هستند [۱۲]. خودانتقادی بر پایه میزان درون‌فکنی معیار عمل، در یک پیوستار قرار می‌گیرد؛ در یک انتهای این پیوستار، نوعی از خودانتقادی وجود دارد که بر استانداردهای به نسبت بیرونی متکی است و در انتهای دیگر آن نوعی از خودانتقادی، که مستلزم استانداردهای درونی است. خودانتقادی مقایسه‌ای (Comparative Self-Criticism: CSC) به صورت دید منفی نسبت به خود، به سبب مقایسه خود با دیگران تعریف شده است. در این سطح، تمرکز بر مقایسه نامناسب خود با دیگرانی است که برتر، متخاصم و منتقد به نظر می‌رسند، و در نهایت به نارضایتی و ناراحتی از مواجهه و ارزیابی شدن توسط دیگران منجر می‌شود. خودانتقادی درونی‌شده (Internalized Self-Criticism: ISC) به صورت دید منفی نسبت به خود، به سبب مقایسه خود با استانداردهای شخصی و درونی، تعریف شده است. از آنجا که این استانداردها بسیار بالا هستند، تحقق آن‌ها غیرممکن است، ولی این عدم تحقق از دید خود شخص خودانتقادگر، ضعف و نقص به حساب می‌آید. ساختاری که استانداردهای بالا نقش مهمی در آن دارند، کمال‌گرایی (Perfectionism) است. استانداردهای بالا به طور الزامی به دید منفی از خود منتهی نمی‌شوند، یک پاسخ خودانتقادانه به موفقیت، مستلزم نفی تجربه موفقیت به سبب استانداردهای دائماً در حال افزایش است؛ وقتی استانداردهای شخصی بالا تحقق می‌یابد، فرد خودانتقادگر راضی نمی‌شود و با وضع استانداردهای سطح بالاتر، موفقیت خود را شکست ارزیابی

**پرسش‌نامه احساسات شخصی ( Personal Feeling Questionnaire )** که دارای دو خرده‌مقیاس شرم (Shame) و گناه (Guilt) است. در این پرسش‌نامه ۲۲ احساس و حالت مختلف نام برده شده است و پاسخ‌دهنده روی یک پیوستار پنج درجه‌ای به آن‌ها پاسخ می‌دهد. اعتبار (Reliability) آزمون - بازآزمون آن در مورد خرده‌مقیاس شرم ۰/۹۳ و در مورد گناه ۰/۸۵ گزارش شده است [۲۲]. روایی (Validity) آن نیز از طریق ارتباط قوی با خودابطالی (Self-Derogation) ( $r=0/50$ )، ناستواری خود (Self-Instability) ( $r=0/34$ )، اضطراب اجتماعی ( $r=0/37$ ) و منبع بیرونی کنترل ( $r=0/21$ ) تأیید شده است [۲۳].

**مقیاس سطوح خودانتقادی ( Levels of Self-Criticism Scale )** دارای دو خرده‌مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای و خودانتقادی درونی شده است. ۲۲ گویه دارد و روی یک پیوستار هفت‌درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. آلفای کرونباخ دو خرده‌مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای و درونی شده به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۸ گزارش شده است. همبستگی این دو خرده‌مقیاس با ارزش خود به ترتیب ۰/۶۶- و ۰/۵۲- و با خرده‌مقیاس ناپایداری هیجانی (Neuroticism) تست نئو (NEO) به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۵۴ به دست آمده است [۱۳].

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزارهای SPSS-12 و LISREL-8.72 انجام شد. برای ارزشیابی مدل ساختاری شاخص‌های مجذور کای، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نرم‌نمده برازندگی (NNFI)، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص برازندگی افزایشی (IFI) و ریشه میانگین مجذور خطای تقریب (RMSEA) به کار رفت.

### یافته‌ها

میانگین (و انحراف معیار) سن (برحسب سال) و مدت بیماری (برحسب ماه) در گروه اتوایمیون به ترتیب ۲۹/۶۲ (۸/۶۲) و ۵۶/۶۵ (۵۵/۹۶) و در گروه غیراتوایمیون به ترتیب ۲۶/۷۹ (۱۰/۴۵) و ۵۴/۵۸ (۶۶/۶۳) بود. در بیماران اتوایمیون ۷۹/۳۹ درصد زن و ۲۰/۶۱ درصد مرد، ۵۱/۹۱ درصد متأهل و ۴۸/۰۹ بودند.

جدول ۱. داده‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه

خودشناسی	خودانتقادی درونی	خودانتقادی مقایسه‌ای	شرم	گناه
میانگین	۳/۵۸	۲/۴۳	۱/۲۰	۱/۶۳
انحراف معیار	۱/۳۰	۰/۹۱	۰/۶۵	۰/۷۰
آلفای کرونباخ	۰/۸۱	۰/۵۱	۰/۷۸	۰/۶۶
میانگین	۳/۴۲	۲/۴۸	۱/۲۳	۱/۶۲
انحراف معیار	۱/۲۱	۰/۸۲	۰/۶۵	۰/۷۱
آلفای کرونباخ	۰/۷۷	۰/۵۳	۰/۷۸	۰/۶۸
میانگین	۳/۲۰	۲/۳۶	۱/۲۵	۱/۷۴
انحراف معیار	۱/۲۸	۰/۷۶	۰/۶۶	۰/۵۶
آلفای کرونباخ	۰/۸۰	۰/۵۵	۰/۸۲	۰/۶۲

سرخ‌رنگ سیستماتیک ( Systemic Lupus Erythematosus )، پان (Poly-Arteritis Nodosa)، پلی‌میوزیت (PolyMyositis)، میاستنی حاد ( Myasthenia Gravis )، تاکایاسو آرتريت (Takayasu's Arteritis)، آرتريت روماتويد (Rheumatoid Arthritis) و هپاتیت اتوایمیون (Autoimmune Hepatitis) اشاره کرد [۲۰]. بر پایه مطالب بیان شده، پژوهش حاضر با هدف بررسی سه گروه بیماران اتوایمیون، بیماران غیراتوایمیون و افراد سالم در متغیرهای مرتبط با خودتخریب‌گری انجام شد.

### روش

در پژوهش پس‌رویدادی حاضر ۱۳۰ بیمار اتوایمیون، ۱۱۱ بیمار غیراتوایمیون و ۱۵۱ دانشجوی دانشگاه تهران به شیوه در دسترس مورد بررسی قرار گرفتند. بیماران اتوایمیون از مراجعان به درمانگاه و بیمارستان شریعتی و انجمن MS ایران و بیماران غیراتوایمیون از مراجعان به درمانگاه و بیمارستان شریعتی انتخاب شدند.

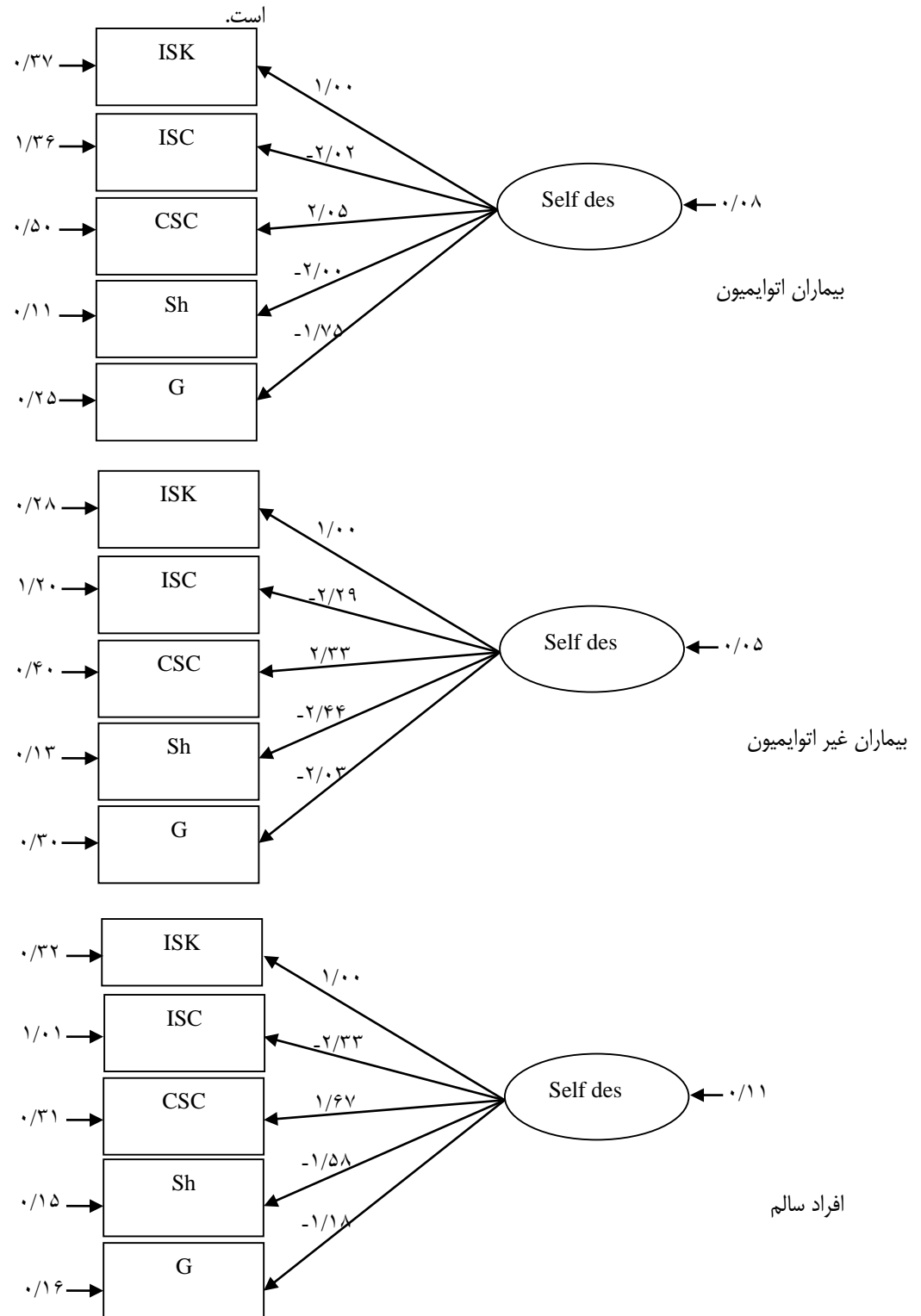
مولتیپل اسکلروسیس، آرتريت روماتويد، اسکلودرمی، کرون، لوپوس سرخ‌رنگ سیستماتیک، پان، پلی‌میوزیت، هپاتیت اتوایمیون، میاستنی حاد، تاکایاسو آرتريت و بهجت از بیماری‌های اتوایمیون و دیابت، تیروئید، هپاتیت غیراتوایمیون، مشکلات معده، کلیه و کبد، سرطان، فشار خون، کم‌خونی، مشکلات غده، صرع، میوتونی، کلون، کیسه صفرا، میگرن، ضعف عضلات و مشکلات قلبی از بیماری‌های غیراتوایمیون بودند. تمامی آزمودنی‌ها با رضایت شخصی در پژوهش شرکت کردند و پرسش‌نامه‌ها بدون نام و نام خانوادگی تکمیل شدند.

برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار رفت:

**مقیاس خودشناسی انسجامی (Integrative Self-Knowledge)** دارای ۱۴ گویه است که روی پیوستار پنج‌درجه‌ای (از به‌طور عمدۀ درست تا به‌طور عمدۀ نادرست) پاسخ داده می‌شود. آلفای کرونباخ این مقیاس در ایران ۰/۸۱ و در آمریکا ۰/۸۳ گزارش شده است [۲۱].

میانگین هر مقیاس / خرده‌مقیاس به عنوان نشان‌گر به کار رفت. برای خودتخریب‌گری (Self des) پنج شاخص [خودشناسی انسجامی (ISK)، خودانتقادی درونی (ISC)، خودانتقادی مقایسه‌ای (CSC)، شرم (Sh) و گناه (G)] در نظر گرفته شد (شکل ۱). تخمین‌های غیراستاندارد، خطاهای استاندارد و سطح معناداری متغیرهای الگو، به تفکیک سه گروه در جدول ۲ آمده است.

در بیماران غیراتوایمیون ۷۴/۷۷ درصد زن و ۲۵/۲۳ درصد مرد، ۴۴/۱۴ درصد متأهل و ۵۵/۸۶ درصد مجرد بودند. میانگین (و انحراف معیار) سن در گروه افراد سالم ۲۰/۲۱ (۳/۳۹) بود. ۶۰/۲۶ درصد افراد سالم زن و ۳۹/۷۴ درصد مرد، ۷/۲۸ درصد متأهل و ۹۲/۷۲ درصد مجرد بودند. داده‌های توصیفی مربوط به ابزارها به تفکیک سه گروه در جدول ۱ آمده است.



شکل ۱. ضرایب مسیر و خطای استاندارد خودتخریب‌گری برپایه خودشناسی، خودانتقادی درونی، خودانتقادی بیرونی، شرم و گناه به تفکیک سه گروه بیماران اتوایمیون، بیماران غیراتوایمیون و افراد سالم

جدول ۲. تخمین‌های غیراستاندارد (خطاهای استاندارد) و سطح معناداری متغیرها به تفکیک سه گروه

THETA-DELTA		PHI				LAMBDA					
G	Sh	CSC	ISC	ISK	Psy Sys	G	Sh	CSC	ISC	ISK	
۰/۲۵	۰/۱۱	۰/۵۰	۱/۳۶	۰/۷۳	۰/۰۸	-۱/۷۵	-۲/۰۰	-۲/۰۵	-۲/۰۲		
(۰/۰۴)	(۰/۰۴)	(۰/۰۷)	(۰/۱۸)	(۰/۰۵)	(۰/۰۳)	(۰/۴۱)	(۰/۴۶)	(۰/۵۰)	(۰/۵۹)	۱	اتوایمیون
۶/۰۶	۳/۱۰	۶/۸۰	۷/۶۳	۷/۶۷	۲/۲۶	-۴/۲۳	-۴/۳۵	-۴/۰۷	-۳/۴۲		
۰/۳۰	۰/۱۳	۰/۴۰	۱/۲۰	۰/۲۸	۰/۰۵	-۲/۰۳	-۲/۴۴	-۲/۳۳	-۲/۲۹		
(۰/۰۵)	(۰/۰۴)	(۰/۰۷)	(۰/۱۷)	(۰/۰۴)	(۰/۰۳)	(۰/۵۸)	(۰/۶۷)	(۰/۶۷)	(۰/۷۸)	۱	غیراتوایمیون
۵/۹۴	۲/۹۵	۵/۹۸	۷/۰۰	۷/۰۸	۱/۹۱	-۳/۵۱	-۳/۶۵	-۳/۵۰	-۲/۹۴		
۰/۱۶	۰/۱۵	۰/۳۱	۱/۰۱	۰/۳۲	۰/۱۱	-۱/۱۸	-۱/۵۸	-۱/۶۷	-۲/۳۳		
(۰/۰۲)	(۰/۰۳)	(۰/۰۵)	(۰/۱۳)	(۰/۰۴)	(۰/۰۴)	(۰/۲۱)	(۰/۲۷)	(۰/۳۰)	(۰/۴۵)	۱	سالم
۶/۷۷	۵/۱۳	۶/۷۵	۷/۵۵	۸/۰۳	۳/۰۹	-۵/۶۳	-۵/۹۱	-۵/۶۴	-۵/۲۳		

جدول ۳. شاخص‌های برازندگی الگو، به تفکیک سه گروه

PGFI	AGFI	GFI	RFI	IFI	CFI	PNFI	NNFI	NFI	ECVI	SRMR	RMR	RMSEA	p	df	χ <sup>۲</sup>	
۰/۳۰	۰/۷۴	۰/۹۱	۰/۷۱	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۴۳	۰/۷۴	۰/۸۵	۰/۴۰	۰/۰۹۳	۰/۰۷۶	۰/۲۰۱	۰/۰۰۰۰۱	۵	۳۱/۰۶	اتوایمیون
۰/۳۰	۰/۷۳	۰/۹۱	۰/۶۹	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۴۲	۰/۷۴	۰/۸۵	۰/۴۲	۰/۰۹۵	۰/۰۵۵	۰/۱۹۹	۰/۰۰۰۰۶	۵	۲۶/۷۵	غیراتوایمیون
۰/۳۲	۰/۹۰	۰/۹۷	۰/۹۲	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۴۸	۰/۹۵	۰/۹۶	۰/۲۲	۰/۰۳۹	۰/۰۲۴	۰/۱۰۰	۰/۰۲۸۰۱	۵	۱۲/۵۵	سالم

جدول ۴. شاخص‌های برازندگی الگوی مقایسه گروهی

PGFI	AGFI	GFI	RFI	IFI	CFI	PNFI	NNFI	NFI	ECVI	SRMR	RMR	RMSEA	p	df	χ <sup>۲</sup>	
-	-	۰/۵۴	۱/۳۰	۰/۴۳	۰/۴۳	۰/۳۵	۰/۳۲	۰/۴۲	۱/۴۲	۰/۳۸	۰/۲۴	۰/۳۸۷	۰/۰۰۰۰۰	۲۵	۵۱۰/۹۰	مقایسه سه گروهی

جدول ۵. شاخص‌های برازندگی فرض‌های مربوط به ساختار عاملی و واریانس خطا

فرض‌ها	χ <sup>۲</sup>	df	p	RMSEA	تصمیم‌گیری
LX=PS	۷۰/۳۶	۱۵	۰/۰۰۰	۰/۱۶۹	رد فرض صفر
LX=IN	۷۷/۸۷	۲۳	۰/۰۰۰	۰/۱۳۶	رد فرض صفر
LX=IN, TD=IN	۷۷/۸۷	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۱۳۶	رد فرض صفر

زمان معاینه افسرده‌تر بودند، بلکه به طور معناداری در سال پیش از بروز نخستین نشانه‌های مولتیپل اسکلروسیس نیز افسردگی بیشتری داشتند [۲۸]. مطالعه دیگری نشان داد میان بیماران مولتیپل اسکلروسیس و آرتریت روماتوئید تفاوتی از نظر فرکانس و شدت نشانه‌های افسردگی وجود ندارد [۲۹]. میزان اضطراب نیز در بیماران اتوایمیون بالاست [۲۷]. مثلاً در مطالعه زورزون و همکاران [۲۹] در میزان نشانه‌های اضطرابی (با استفاده از آزمون هامیلتون) بین افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید و مولتیپل اسکلروسیس تفاوتی وجود نداشت، ولی این میزان بطور معنی‌داری بیش از گروه کنترل سالم بود. پریشانی‌های روان‌شناختی ناشی از وقایع آسیب‌زای زندگی اغلب تظاهراتی از آرتریت روماتوئید و لوپوس را پیش‌بینی می‌کند و طیف متفاوتی از تغییرات ایمنی‌شناختی با بیماری‌های روان‌شناختی مانند افسردگی عمده، اسکیزوفرنی، اضطراب و شخصیت چندگانه همراه است [۴]. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند سرکوبی، ناتوانی در بیان احساسات خصوصاً آمیز به طور مستقیم، بیش‌همرنگی و خصوصیات هیستری‌گونه در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس، هم قبل و هم بعد از بروز بیرونی نشانه‌ها زیاد است [۳۰]. بنابراین از نظر این دیدگاه، سلامت به حفظ انسجام یا ارتباط بهینه همه سطوح ارگانیزم وابسته است، برعکس بیماری ناشی از قطع ارتباط یا عدم انسجام فرایندهای پویای ارگانیزم است [۴]. بنابراین مطابق این دیدگاه، به دلیل هماهنگی غایت میان سیستم ایمنی و سیستم روان‌شناختی، درمان‌های شناختی-رفتاری مناسب می‌تواند سیر اختلالات ایمنی شناختی را به ویژه در مواردی که اختلال کاملاً مشخصی در خودنگاره ایمنی‌شناختی وجود داشته باشد (برای مثال بیماری‌های اتوایمیون)- تغییر دهند [۱].

در کل بر مبنای نظریه انسجام غائی [۱، ۴]، هدف ارگانیزم رسیدن به وحدت درونی و تعیین مرزهای خودی و غیرخودی است. اگرچه این نظریه بر تعیین هویت خود و مرزهای خودی و غیرخودی تأکید کرده است، یافته‌های این پژوهش نشان داد وحدت و انسجام خود که در اثر نوعی خودشناسی انسجام‌دهنده تسهیل [۱۸] و در اثر خودانتقادی تخریب می‌شود [۱۳]، از مولفه‌های اصلی تعیین هویت خود، تفرّد، خود آفرینشی و در مجموع سازش‌یافتگی است. انسجام و وحدت امری است که در نظریه‌های مختلف شخصیتی همچون یونگ و راجرز مطرح شده و از مبانی اساسی سلامت روان است [۱۸].

به دلیل محدودیت‌های زمانی، مالی و اداری برای گروه سالم از نمونه دانشجویی استفاده شد که از نظر سنی و تحصیلات با دو گروه دیگر متفاوت بودند و همچنین گروه بیماران اتوایمیون نامتجانس بود. بهتر بود گروه بیماری‌های اتوایمیون بزرگ‌تر و منسجم‌تر باشد. هم‌چنین نبود امکان نمونه‌گیری تصادفی به همراه دیگر محدودیت‌های بیان‌شده از میزان تعمیم یافته‌ها می‌کاهد.

چنانچه که مشاهده می‌شود، تخمین‌ها در سطح ۰/۰۵ معنادار هستند (تخمین غیراستاندارد دو برابر خطای استاندارد است). گفتنی است شمار تکرار در گروه اتوایمیون، غیراتوایمیون و سالم به ترتیب ۱۶، ۱۸ و ۷ بار بود. شاخص‌های برازندگی نشان داد الگوی در نظر گرفته‌شده در هر سه گروه برازش خوبی دارد (جدول ۳). مقایسه سه‌گروهی نیز نشان‌گر تفاوت سه گروه در متغیرهای مورد بررسی بود (جدول ۴). بررسی فرض‌های مربوط به ضریب ساختار عاملی و واریانس خطا (جدول ۵) نیز نشان‌گر تفاوت معنادار سه گروه بود.

## بحث

هدف پژوهش حاضر، همسو با دیدگاه همگونی غایی، مقایسه خودتخریب‌گری روان‌شناختی در سه گروه بیماران اتوایمیون، غیراتوایمیون و سالم بود. یافته‌ها نشان داد الگوی در نظر گرفته‌شده در هر سه گروه برازش مناسبی دارد. هم‌چنین ضریب ساختار عاملی و واریانس خطا در سه گروه متفاوت است. این یافته‌ها در بافت نظریه همگونی غائی [۴] که هماهنگی غایت را اصل بنیادین خود قرار داده است، قابل تبیین است: به دلیل توازی اهداف، خودتخریبی ایمنی با خودتخریبی روان‌شناختی همراه است. هم‌چنین یافته‌ها نشان‌گر ارتباط وارونه خودشناسی و دیگر متغیرهای مورد بررسی بود. بنابراین با توجه به نقش تسهیل‌گر فرایند خودشناختی در هم‌سانی درونی، ویژگی خودنظم‌دهنده آن [۱۷] و تأثیر آن در بهزیستی روانی [۲۱]، می‌توان پیش‌بینی کرد هرچه میزان خودشناسی بالاتر باشد، هم‌سانی درونی بیشتر و بنابراین مشکلات روان‌شناختی کمتر است.

یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های پیشین هم‌خوان است: احساس تنهایی، احساسات دوگانه، احساس گناه، ناخشنودی از ظاهر و پشیمانی درباره کارهای ناتمام بر افکار بیماران اتوایمیون سایه افکنده است [۲۴]. شیوع خودکشی (به عنوان آخرین حد خودتخریب‌گری) نیز در برخی از بیماری‌های اتوایمیون (مثلاً مولتیپل اسکلروسیس) بالاست. یک مطالعه میزان خودکشی این افراد را نسبت به گروه کنترل هفت برابر [۲۵] و مطالعه دیگر سه برابر [۲۶] گزارش کرده است. خطر خودکشی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس با شدت ناتوانی فیزیکی هم‌بسته بوده و این خطر حدود ۱۰ سال پس از شروع نشانه‌های بیماری، یعنی به احتمال زمانی که بیماری وارد سیر پیش‌رونده خود می‌گردد، به حداکثر رسیده است [۲۵]. میزان افسردگی نیز در بیماران اتوایمیون بالاست [۲۷]. شیوع بالای افسردگی در بیماران نه فقط نسبت به جمعیت عمومی، بلکه نسبت به سایر بیماران نورولوژیک نیز قابل توجه است. برای مثال پژوهشی نشان داد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس نسبت به بیماران نورولوژیک دیگری که ناتوانایی‌های مشابهی با بیماران گروه اول داشتند، نه فقط در

گروه دیگر پایین تر بود. بنابراین هماهنگی با پیش‌بینی‌های این دیدگاه، به دلیل هماهنگی غایت میان سیستم‌های ایمنی و روان‌شناختی، درمان‌های روان‌شناختی مناسب باید بتوانند سیر اختلالات ایمنی شناختی را در افراد مبتلا تغییر دهند. یافته‌های پژوهش‌های آتی در این زمینه رهگشا خواهد بود.

**تشکر و قدردانی:** بدین‌وسیله از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، هم‌چنین جناب آقای دکتر جمشید لطفی، برای فراهم آوردن امکان نمونه‌گیری، صمیمانه قدردانی می‌شود.

## منابع

handicapping behaviors in university students. *J Behave Sci* 2010;4(2): 103-8. [Persian].

16. Dadsetan P. Developmental psychology from infancy through adulthood. Tehran: SAMT; 1999 [Persian].

17. Higgins ET. The "self digest": self-knowledge serving self-regulatory functions. *J Pers Soc Psychol*. 1996;71(6):1062-83.

18. Ghorbani N, Bing MN, Watson PJ, Kristl Davison H, LeBreton DL. Individualist and collectivist values: evidence of compatibility in Iran and the United States. *Pers Individ Diff*. 2003;35(2):431-47.

19. Burnet M. Genes, dreams, and realities. Great Britain: Hazell Watson and viney ltd.; 1971.

20. Lahita RG, Chiorazzi N, Reeves WH. Textbook of the autoimmune diseases. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000.

21. Ghorbani N, Watson PJ, Bing MN, Davison HK, LeBreton D. Two facets of self-knowledge: cross-cultural development of measures in Iran and the United States. *Genet Soc Gen Psychol Monogr*. 2003; 129(3):238-68.

22. Harder DH, Zalma A. Two promising shame and guilt scales: A construct validity comparison. *J Pers Assess*. 1990; 55(3-4):729-45.

23. Harder DW, Rockart L, Cutler L. Additional validity evidence for the Harder Personal Feelings Questionnaire-2 (PFQ2): A measure of shame and guilt proneness. *J Clin Psychol*. 1993;49(3):345-8.

24. Pausley JW. Pathological mourning: a key factor in the psychopathogenesis of autoimmune disorders. A special contribution. *Psychother Psychosom*. 1983; 40(1-4):181-90.

25. Gelder MG, Lopez-Ibor JR, Andreasen NC. New oxford textbook of psychiatry. UK: Oxford university press; 2000.

26. Fis KJ, Morehouse SA, Brown MG, Skedgel C, Murray TJ. Hospital-based psychiatric service utilization and morbidity in multiple sclerosis. *Can J Neurol Sci*. 1998; 25(3):230-5.

27. Reichenberg A, Yirmiya R, Schuld A, Kraus T, Haack M, Morag A, et al. Cytokine-associated emotional and cognitive disturbances in humans. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58(5):445-52.

28. Whitlock FA, Siskind MM. Depression as a major symptom of multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*. 1980; 43(10):861-5.

## نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر تأییدکننده پیش‌بینی فرضیه همگونی غایی، مبنی بر توازی سیستم روان‌شناختی و ایمنی بود. یافته‌ها نشان داد در کنار مشکلات مربوط به سیستم ایمنی در بیماران اتوایمیون، میزان خودانتقادی و احساس شرم و گناه نیز -به عنوان انعکاسی از ناهماهنگی درون‌سیستمی روان‌شناختی- در این بیماران بالاست. از دگرسو میزان خودشناسی -به‌عنوان تسهیل‌گر و همسان‌کننده روانی- در این بیماران نسبت به دو

1. Booth RJ, Ashbridge KR. Teleological coherence: exploring the dimensions of the immune system. *Scand J Immunol*. 1992;36(6):751-9.

2. Booth RJ. Mind-body common sense. *Adv Mind Body Med*. 2001;17(1):3-5.

3. Booth RJ, Pennebaker, J.W. Emotions and immunity. In: Lewis M, Haviland-Jones, J.M, editor. The handbook of emotions (2th ed.). New York: The Guilford Press; 2000.

4. Booth RJ, Ashbridge, K.R. . A fresh look at the relationship between the psyche and immune system: teleological coherence and harmony of purpose. *J Mind Body Health*. 1993;9: 4-23.

5. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:339-63.

6. Sharp M, Schill T. Chronic self-destructiveness and self-defeating personality: similarities and differences. *J Pers Assess*. 1995;64(2):270-8.

7. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3<sup>th</sup> ed. Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.

8. Baumeister RF, Scher SJ. Self-defeating behavior patterns among normal individuals: review and analysis of common self-destructive tendencies. *Psychol Bull*. 1988; 104(1):3-22.

9. Wei M, Ku TY Testing a conceptual model of working through self-defeating patterns. *J Couns Psychol*. 2007; 54(3):295-305.

10. Turp M. The many faces of self-harm. *Psychodynamic Practice*. 2002; 8(2):197-217.

11. O'Connor LE, Berry JW, Weiss J, Bush M, Sampson H. Interpersonal guilt: the development of a new measure. *J Clin Psychol*. 1997; 53(1):73-89.

12. Bagby RM, Rector NA. Self-criticism, dependency and the five factor model of personality in depression: assessing construct overlap. *Pers Individ Diff*. 1998; 24(6):895-7.

13. Thompson R, Zuroff DC. The Levels of Self-Criticism Scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Pers Individ Diff*. 2004; 36(2):419-30.

14. Hajloo N, Sobhi-Gharamaleki N, Bagheri s. The relationship of perfectionism, self-efficacy, consciousness and stress with procrastination. *J Behav Sci*. 2013;6(5):307-14. [Persian].

15. Niknam m, Hosseini S, Yazdani S. Relationship between perfectionism beliefs and self-



29. Zorzon M, De Masi R, Nasuelli D, Ukmar M, Mucelli RP, Cazzato G, et al. Depression and anxiety in multiple sclerosis. A clinical and MRI study in 95 subjects. *J Neurol*. 2001; 248(5):416-21.
30. Gilberstadt H, Farkas E. Another look at MMPI profile types in multiple sclerosis. *J Consult Psychol*. 1961; 25:440-4.