

مقایسه سبکها و مکانیزمهای دفاعی بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری و افراد سالم

Comparison of defense styles & defense mechanisms of patients with obsessive-compulsive disorder & normal people

تاریخ پذیرش: ۸۷/۶/۱۴

تاریخ دریافت: ۸۷/۴/۱۷

Afzali, M. M.Sc, Fathi -Ashtiani, A. Ph.D,
Azad Fallah, P. Ph.D

محمد حسن افزلی^{*}، دکتر علی فتحی آشتیانی^{*}
دکتر پرویز آزاد فلاح^{**}

Abstract

Introduction: It has been suggested that the defense mechanisms are in charge of caring the ego in response to the different kind of anxiety forms. Since in psychoanalytic approach each psychological disorder has uncoping defense mechanisms, this study was aimed to determine and compare the style of the defense mechanisms in both obsessive-compulsive disorder and healthy people.

Method: people with OCD, fulfilling DSM-IV criteria for OCD and healthy people, each group comprising 30 subjects were evaluated on Defensive style Questionnaire (DSQ-40)

Result: In comparison, OCD subjects differed significantly from normal group. OCD people exhibited more on the neurotic and immature style. In details, they used the acting out, reaction formation and undoing styles than to normal group.

Conclusion: The results of our study suggest that these findings are comparable with other (foreign) studies; however studying on defense mechanisms needs further investigations.

Key Words: obsessive-compulsive disorder, defense mechanism, defensive style

چکیده:

مقدمه: مکانیزمهای دفاعی مسئولیت محافظت از «من» را در مواجهه با شکل‌های مختلف اضطراب برعهده دارند و از آن جهت که در نظام روان تحلیل‌گری هر اختلال روانی با مکانیزمهای دفاعی غیرانطباقی مشخصی همراه است، این مطالعه با هدف تعیین سبکها و مکانیزمهای دفاعی افراد مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری و مقایسه آنها با افراد بهنجار انجام پذیرفته است.

روش: این مطالعه از نوع توصیفی پس‌رویدادی است که در آن از جامعه مبتلایان به اختلال وسواس - بی‌اختیاری ساکن در شهر تهران نمونه‌ای ۳۰ نفره، با روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شد و با ۳۰ نفر از افراد بهنجار مقایسه شدند. ابزار مورد استفاده جهت سنجش مکانیزمهای دفاعی پرسشنامه سبکهای دفاعی (DSQ-40) می‌باشد. داده‌های به دست آمده با روش آماری مقایسه میانگین‌های آزمون t مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها مشخص کرد که تفاوت معنا داری میان بیماران مبتلا به وسواس - بی‌اختیاری و گروه بهنجار از نظر سبکهای دفاعی مورد استفاده وجود دارد. افراد مبتلا به اختلال مذکور، بیشتر از سبکهای دفاعی رشد نیافته و روان‌آزرده استفاده می‌کنند. به علاوه مشخص گردید که دفاعهای گذار به عمل، تشکل واکنشی و ابطال در اختلال وسواس - بی‌اختیاری بیشترین سهم را دارند و افراد مبتلا نسبت به گروه بهنجار از دفاعهای نام برده بیشتر استفاده می‌کنند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش به‌طور کلی با یافته‌های سایر مطالعات قابل مقایسه هستند، با این حال انجام پژوهش در زمینه مکانیزمهای دفاعی در ایران نیازمند توجه بیشتری است.
واژه‌های کلیدی: سبکهای دفاعی، مکانیزمهای دفاعی، اختلال وسواس بی‌اختیاری

✉ Corresponding author: Department of
Psychology Tarbiat Modares University, Tehran,
Iran
E-mail: k.afzali@gmail.com

✉ نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی
* استاد دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، گروه روانشناسی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری
** دانشیار دانشگاه تربیت مدرس، گروه روانشناسی
آدرس نویسنده اول: بزرگراه جلال آل احمد بعد از پل نصر (گیشا)،
دانشگاه تربیت مدرس، گروه روانشناسی

مقدمه

نظام روان تحلیل گری فروید تاثیر 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 تکانه‌های غریزی غیر قابل دسترس، تجربه‌های سرکوب شده، خاطرات کودکی قبل از رشد زبان و امیال نیرومند ولی ارضا نشده می‌باشد [۲].

در روان تحلیل گری سنتی و نوین بسیاری از مفاهیم و نظریه‌ها به طور مستقیم با مفهوم ناهوشیار ارتباط دارند. در این میان «مکانیزمهای دفاعی من»^۱ که فروید آنها را راهکارهای ناهشیار «من» جهت کنترل غرایز و تکانه‌ها تعریف کرد [۳] یکی از مهمترین مفاهیم مرتبط با ناهوشیار 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 اختلالات روانی و درمان آنها از دیدگاه روان پویایی 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 [۵-۷] و دفاعها نقش مهمی در سلامت روانی افراد ایفا می‌کنند. بررسی‌های 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 [۶]. 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 تایید قرار داده اند. به عنوان نمونه مطالعات نشان داده اند که درمانهای پویایی - 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 می‌کنند [۶]. جالب توجه آنکه سایر روشهای روان درمانی نیز اثری مشابه داشته اند [۴]. بنابراین به نظر می‌رسد 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 می‌کنند، نیازمند مداخلات درمانی مختصرتری هستند؛ ولی دسته ای از بیماران روان آزاده که به مراتب دفاعهای ناپخته تری دارند، نیازمند مداخلات درمانی پیشرفته تری می‌باشند. از طرف دیگر شناسایی دفاعهای اختلالی 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 می‌کنند که این سبکها بر اساس میزان پختگی^۲ به چهار گروه ناپخته^۳ (رشد نیافته)، روان آزاده^۴، خودشیفته^۵ و پخته^۶ (رشد یافته) تقسیم می‌شوند [۸]. هریک از این سبکها شامل مکانیزمهای دفاعی ویژه ای هستند. مشخص شده است که در افراد مبتلا به اختلالهای روانی، سبک دفاعی رشد نیافته و غیر انطباقی و در جمعیت غیر بالینی سبک دفاعی به مراتب رشد یافته تر است [۴]. از این رو آنچه که در اکثر تحقیقات مربوط به دفاعهای روانی انجام می‌شود، در درجه اول بررسی سبک دفاعی و در درجه دوم مکانیزمهای دفاعی برجسته‌ای است

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

1 . Ego defense mechanisms

که افراد از آنها استفاده می کنند.

روش

طرح پژوهش

طرح پژوهشی حاضر از نوع تحقیقات بنیادین می باشد که هدف آن بطور 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 است که در آن محقق سعی در بررسی، مقایسه و تبیین نتایج به دست آمده را دارد.

جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش عبارت است از کلیه افرادی که براساس ملاکهای راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-IV-TR، 2000) واجد ملاکهای تشخیصی اختلال وسواس - بی اختیاری بوده و به کلینیک ها یا مراکز مشاوره شهر تهران مراجعه کرده اند. این افراد شامل اشخاصی از هر دو جنس، در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سالگی و حداقل میزان تحصیلات آن ها دیپلم بوده اند که در شروع مداخلات درمانی قرار داشته اند.

نمونه آماری

نمونه مورد مطالعه در این پژوهش شامل دو گروه مقایسه است که حجم هر گروه ۳۰ نفر میباشد که با توجه به طرح پژوهش که از نوع پس رویدادی بوده کافی است. بدلیل محدودیت در نمونه گیری از گروه بالینی روش نمونه گیری بصورت در دسترس بود. گروه بالینی، مبتلایان به اختلال وسواس - بی اختیاری، براساس تشخیص روانپزشکان و روانشناسان از بیمارستان امام حسین (ع)، بیمارستان بقیه الله (عج)، مرکز مشاوره دانشگاه تهران، مرکز مشاوره دانشگاه تربیت مدرس انتخاب شدند و گروه غیر بالینی نیز شامل افرادی بدون هیچ گونه سابقه بیماری روانی و با پایگاه اقتصادی مشابه با بیماران است که از میان مراجعه کنندگان به فرهنگسرای اندیشه و

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 ناهمسان بوده است، به عنوان مثال بلایا و همکاران [۷] نشان دادند که دفاع برجسته در افسردگی فراقنی^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، فراقنی و کنش نمایی^{۱۲} را به عنوان دفاعهای غالب در اختلال وسواس می دانستند. با توجه به عدم همسانی داده ها در مورد مکانیزم های دفاعی غالب در اختلالات دیگر مانند هراس اجتماعی و اختلال وحشتزدگی [۶] می توان این فرض را مطرح کرد که علت این ناهمخوانی 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 لزوم بررسی مکانیزم های دفاعی بیماران طبقات مختلف اختلالات روانی، امری شایسته و بایسته به نظر می رسد و با در نظر گرفتن اهمیت که دفاعها در بحث درمان و حتی پیشگیری از اختلالهای روانی دارند، در این تحقیق نیز ارزیابی مکانیزم های دفاعی یکی از اختلالهای اضطرابی یعنی اختلال وسواس - بی اختیاری محور اصلی بحث و بررسی است. به بیان روشن تر، مسئله اصلی بررسی این موضوع است که کدام یک از مکانیزم های دفاعی در اختلال وسواس - بی اختیاری سهم بیشتری دارند و آیا تفاوت معناداری میان افراد مبتلا به این اختلال و افراد غیر مبتلا از نظر سبک و مکانیزم های دفاعی مورد استفاده وجود دارد یا خیر.

- 7 . Projection
- 8 . Passive aggression
- 9 . Turning against the self
- 10 . Undoing
- 11 . Reaction-formation
- 12 . Acting out
- 13 . Comorbidity
- 14 . Symptoms

دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی تهران و دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس انتخاب شدند. گروههای مورد بررسی از نظر ویژگیهای 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 کلیه آزمودنیهایی که در این مطالعه شرکت کردند، در صورت داشتن سابقه بیماری روانی به غیر از اختلال وسواس- بی اختیاری از نمونه حذف شدند. همچنین عدم وجود اختلالات عضوی نظیر ضربه به سر، صرع، تشنج و تومور مغزی نیز مورد توجه قرار گرفت در ضمن موضوع توجه به تشخیصهای همایند و تلاش برای خالص بودن تشخیص اختلال وسواس- بی اختیاری در آزمودنیها موجب محدود شدن حجم نمونه بالینی به ۳۰ نفر شد.

ابزار پژوهشی

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

این مقیاس در سال ۱۹۸۶ توسط گودمن^{۱۵} و همکاران ساخته شده است 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 ارزیابی می کند. شامل :

۱. شدت علائم
۲. فراوانی علائم
۳. مدت زمان علائم
۴. میزان اضطراب بیمار و مداخله علائم در زندگی روزمره اش
۵. میزان مقاومت بیمار در برابر انجام این تشریفات

نمره صفر در صورت نبود مشکل، نمره ۱ به مشکل کم، نمره ۲ به مشکل متوسط، نمره ۳ به مشکل زیاد و نمره ۴ به

مشکل خیلی زیاد داده می شود. بدین ترتیب با جمع نمرات، نمره کل از صفر تا ۴۰ در رابطه با وسواس مراجع به دست می آید.

نقاط برش^{۱۶} پیشنهاد شده برای این پرسشنامه عبارتند از :
۲۰- ۱۰: وسواس خفیف، ۳۰- ۲۱: وسواس متوسط، ۴۰- ۳۱: وسواس شدید

این مقیاس اعتبار^{۱۷} و روایی^{۱۸} خوبی در ارزیابی شدت علائم نشان داده است روایی بین ارزیابان در ۴۰ بیمار، ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی (ضریب آلفا) برای این مقیاس ۰/۸۹ گزارش شده است [۹].

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 [۱۰].

در پژوهش حاضر به منظور تشخیص اختلال وسواس بی اختیاری از نقطه برش ۲۱ (وسواس متوسط و شدید) استفاده شد.

پرسشنامه سبکهای دفاعی

این پرسشنامه بر اساس الگوی سلسله مراتبی دفاعها 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 [۱۱].

پرسشنامه سبکهای دفاعی (DSQ - 40) در ایران توسط حیدری نسب [۱۲] مورد بررسی و هنجاریابی قرار گرفت اعتبار^{۱۹} پرسشنامه سبکهای دفاعی نیز از طریق روش بازآزمایی و نیز محاسبه آلفای کرونباخ انجام شده است. ضریب اعتبار و آلفا در گروههای مطالعه به تفکیک در دانش آموزان و دانشجویان و جنسیت گروه نمونه گیری و نیز سبکهای دفاعی نشان می دهد بالا ترین آلفای کلی در مردان دانشجو (۰/۸۱) و پایین ترین آلفای کلی در دانش آموزان دختر (۰/۶۹) مشاهده می شود. در سبکهای دفاعی، بالاترین

16 .Cut off point
17 .Reliability
18 .Validity
19 .Reliability

15 . Goodman

آلفا مربوط به سبک رشد نیافته (۰/۷۲) و کمترین مربوط به سبک روان آزرده 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 آزرده 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 در مقایسه با بحرانی (۰/۰۵) و (۰/۰۱) معنادار هستند و بر اساس این یافته ها مشخص گردید پرسشنامه سبکهای دفاعی در گروه های مورد مطالعه از اعتبار مناسبی برخوردار است [۱۲].

روش تحلیل داده ها

در این پژوهش به منظور خلاصه کردن داده ها از شاخص های آمار توصیفی از قبیل درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده می شود، همچنین با استفاده از آزمون آماری t معناداری تفاوت میانگینها مورد بررسی قرار می گیرد.

یافته ها

برای بررسی سبکها و مکانیزمهای دفاعی افراد مبتلا به

اختلال وسواس - بی اختیاری و مقایسه آنها با افراد بهنجار، نمره مربوط به سبکها و مکانیزمهای دفاعی به دست آمده از پرسشنامه (DSQ-40) با استفاده از آزمون آماری t معناداری تفاوت میانگینها مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۱ نشانگر نتایج مقایسه میانگینهای دو گروه در مکانیزمهای دفاعی و سبک دفاعی رشد نیافته است، همانطور که در این جدول مشاهده می شود و بر اساس میزان t محاسبه شده ($t = 3/17$)، بین دو گروه وسواس - بی اختیاری و بهنجار در استفاده از سبک دفاعی رشد نیافته تفاوت معنادار در سطح $p < 0/01$ وجود دارد. بنابراین، با توجه به میانگینهای نمرات سبک دفاعی رشد نیافته در دو گروه ($OCD = 4/8$) و بهنجار ($4/1$) میتوان نتیجه گرفت که افراد مبتلا به اختلال وسواس - بی اختیاری به نسبت افراد بهنجار از سبک دفاعی رشد نیافته بیشتر استفاده می کنند. دفاعهای رشد نیافته ای که افراد مبتلا به اختلال وسواس - بی اختیاری به طور معناداری از آنها، در مقایسه با گروه بهنجار، بیشتر استفاده می کنند عبارتند از: گذار به عمل ($p < 0/001$)، بدنی سازی ($p < 0/05$)، خیال پردازی اوتیستیک ($p < 0/01$) و لایه سازی ($p < 0/05$).

جدول ۱: نتایج مقایسه سبک دفاعی رشد نیافته بین دو گروه وسواس - بی اختیاری (OCD) و بهنجار

شاخص دفاعیها	بالینی (OCD)		بهنجار		تفاوت میانگینها (MD)	خطای استاندارد تفاوت (SED)	آزمون t (df=58)	
	میانگین (Mean)	انحراف معیار (S)	میانگین (Mean)	انحراف معیار (S)			t	P
دلیل تراشی	۸/۶	۷/۱	۶/۴	۱/۸	۴۵۰/۰	۴۴۹/۰	۰/۱/۱	۳۲۱/۰
فراکنی	۱/۴	۸/۱	۳/۳	۲	۸۰۰/۰	۴۸۷/۰	۶۴/۱	۱۱۰/۰
انکار	۲/۳	۹/۱	۴	۲	۸۰۰/۰	۵۱۵/۰	۵۵/۱-	۱۲۶/۰
تفرق	۲/۴	۸/۱	۴/۸	۱/۹	۵۸۳/۰	۴۷۲/۰	۲۳/۱-	۲۲۲/۰
نا ارزنده سازی	۶/۴	۵/۱	۴/۵	۱/۵	۱۸۳/۰	۳۹۶/۰	۴۶/۰	۶۴۵/۰
گذار به عمل	۳/۶	۳/۱	۴/۷	۱/۸	۵۸۳/۱	۴۰۹/۰	۸۷/۳	۰۰۰۱/۰
بدنی سازی	۲/۵	۱/۲	۴/۲	۱/۸	۰۸۳/۱	۵۰۲/۰	۱۵/۲	۰۳۵/۰
خیال پردازی اوتیستیک	۷/۵	۵/۲	۴	۲/۱	۶۵۰/۱	۶۰۰/۰	۷۵/۲	۰۰۸/۰
لایه سازی	۹/۴	۴/۱	۳/۸	۲/۲	۲۱۶/۱	۴۷۹/۰	۵۳/۲	۰۱۴/۰
پرخاشگری منفعلانه	۲/۴	۷/۱	۳/۸	۱/۶	۴۳۳/۰	۴۲۵/۰	۰۲/۱	۳۱۳/۰
جابجایی	۹/۳	۹/۱	۳/۴	۱/۹	۵۰۰/۰	۴۹۰/۰	۰۲/۱	۳۱۲/۰
مجزا سازی	۶/۴	۱/۲	۳/۷	۲	۹۶۶/۰	۵۱۹/۰	۸۶/۱	۰۶۸/۰
سبک رشد نیافته	۸/۴	۶/۰	۴/۱	۰/۹	۶۲۳/۰	۱۹۶/۰	۱۷/۳	۰۰۲/۰

جدول ۲: نتایج مقایسه سبک دفاعی رشد یافته بین دو گروه وسواس - بی اختیاری (OCD) و بهنجار

شخص دفاعها	بالینی (OCD)		بهنجار		تفاوت	خطای استاندارد	آزمون t (df=۵۸)	
	میانگین (Mean)	انحراف معیار (S)	میانگین (Mean)	انحراف معیار (S)	میانگین ها (MD)	تفاوت (SED)	t	P
رو نشانی	۴	۲	۵	۱/۹	۹۳۳/۰-	۵۰۷/۰	۸۴/۱-	۰۷۱/۰
الایی گرای	۴/۴	۲/۲	۴/۳	۱/۷	۰۶۶/۰	۵۰۲/۰	۱۳/۰	۸۹۵/۰
طنز	۴/۴	۱/۲	۵/۴	۱/۷	۹۰۰/۰-	۴۹۸/۰	۸۰/۱-	۰۷۶/۰
پیشاپیش نگر	۵/۶	۷/۱	۶/۵	۱/۵	۰۱۶/۰-	۴۲۱/۰	۰۴/۰-	۹۶۹/۰
سبک رشد یافته	۸/۴	۳/۱	۴/۶	۱/۵	۴۴۵/۰-	۳۱۳/۰	۴۲/۱-	۱۶۰/۰

جدول ۲ نشانگر نتایج مقایسه میانگینهای دو گروه در مکانیزمهای دفاعی و سبک دفاعی رشد یافته است. همانطور که در این جدول مشاهده می شود و بر اساس میزان t محاسبه شده ($t = -۱/۴۲$)، گروه وسواس - بی اختیاری به نسبت گروه بهنجار از سبک دفاعی رشد یافته کمتر استفاده می کند با این حال تفاوت بین دو گروه وسواس - بی اختیاری و بهنجار در استفاده از سبک دفاعی رشد یافته معنادار نیست. به علاوه دفاعهای رشد یافته ای که افراد مبتلا به اختلال وسواس - بی اختیاری از آنها، در مقایسه با گروه بهنجار، کمتر استفاده می کنند و تفاوت آنها نزدیک به سطح معناداری است عبارتند از: فرونشانی ($p = ۰/۰۷۱$) و طنز ($p = ۰/۰۷۶$).

جدول ۳ نشانگر نتایج مقایسه میانگین های دو گروه در مکانیزمهای دفاعی و سبک دفاعی روان آزرده است، همانطور که در این جدول مشاهده می شود و براساس میزان t محاسبه شده ($t = ۴/۲۵$) تفاوت میانگین سبک دفاعی روان آزرده بین دو گروه در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار است. بدین معنا که میزان استفاده دو گروه مورد نظر از سبک دفاعی روان آزرده

با یکدیگر متفاوت است. با توجه به میانگینهای نمرات سبک دفاعی روان آزرده در دو گروه ($OCD = ۶$ و بهنجار $= ۵/۳$) می توان نتیجه گرفت که افراد مبتلا به اختلال وسواس - بی اختیاری به نسبت افراد بهنجار از سبک دفاعی روان آزرده بیشتر استفاده می کنند. دفاع های روان آزرده ای که افراد مبتلا به اختلال وسواس - بی اختیاری به طور معناداری از آنها، در مقایسه با گروه بهنجار، بیشتر استفاده می کنند عبارتند از: تشکل واکنشی ($p < ۰/۰۰۱$)، آرمانی سازی ($p < ۰/۰۵$) و ابطال ($p < ۰/۰۱$).

نتیجه گیری

نتایج بدست آمده مشخص کرد که افراد مبتلا به اختلال وسواس - بی اختیاری به صورت معناداری به نسبت افراد سالم از سبکهای دفاعی روان آزرده و رشدنا یافته بیشتر استفاده می کنند، این مسئله همخوان با دیدگاه رایج در مورد همبستگی میزان رشد یافتگی مکانیزمهای دفاعی و آسیب شناسی روانی است. به طور کلی مشخص شده است که در

جدول ۳: نتایج مقایسه سبک دفاعی روان آزرده بین دو گروه وسواس - بی اختیاری (OCD) و بهنجار

شخص دفاعها	بالینی (OCD)		بهنجار		تفاوت میانگین ها (MD)	خطای استاندارد تفاوت (SED)	آزمون t (df=۵۸)	
	میانگین (Mean)	انحراف معیار (S)	میانگین (Mean)	انحراف معیار (S)			t	P
دیگر دوستی	۵/۶	۸/۱	۵/۷	۲	۸۰۰/۰	۴۸۳/۰	۶۵/۱	۱۰۳/۰
اکتش وارونه	۶	۵/۱	۴/۳	۱/۷	۷۵۰/۱	۴۱۶/۰	۲۰/۴	۰۰۰/۰
رمانی سازی	۵	۲/۲	۳/۷	۲/۵	۳۶۶/۱	۶۱۶/۰	۲۱/۲	۰۳۱/۰
طال	۳/۶	۳/۱	۴/۹	۲/۱	۴۸۳/۱	۴۵۴/۰	۲۶/۳	۰۰۲/۰
سبک روان آزرده	۶	۸/۰	۵/۳	۱/۱	۳۵۰/۱	۳۱۷/۰	۲۵/۴	۰۰۰/۰

افراد مبتلا به اختلالهای روانی، سبکهای دفاعی، رشد نیافته و غیر انطباقی بوده و سبک دفاعی جمعیت غیر بالینی به مراتب رشد یافته 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 هوشیارانه کاسته می شود و در نتیجه تلاش کمتری جهت مقابله با تحریف شناختی انجام می شود [۱۳]. بنابراین مکانیزمهای دفاعی شناخت آگاهانه ما را از خود تغییر دهند، آگاهی ما را از تعارضهایمان کم می کنند، و احساسات متعارض با باورهای ما را تحت تاثیر قرار دهند، [۱۴] از این رو مکانیزمهای دفاعی خصوصاً مکانیزمهایی که رشد نیافته ترند، مانعی برای درک واقعیت در فرد می شود و امکان دفاع منطقی و موثر را از وی سلب می کند و ظرفیت بینشی و خود اکتشافی فرد را کاهش می دهند. با این توصیف در این تحقیق مشخص شد که مبتلایان به اختلال وسواس-بی اختیاری بیش از افراد غیر مبتلا از سبکهای روان آزرده و رشد نیافته استفاده می کنند به علاوه گروه مبتلایان و گروه غیرمبتلا بیشترین تفاوت را در استفاده از مکانیزمهای 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، سرکوبی نه به توسط فراموشی بلکه تشکلی متضاد با ماهیت سائق ناخودآگاه شکل می گیرد و یا در جایی دیگر اجبارها را سعی من بیمار در جبران بازنمایی های خود آگاهانه سائق می داند [۱۵]. به علاوه این موضوع که تکانه به صورت ناگهانی و انفجاری به سوی عمل جهت داده می شود و فرد به خاطر رها شدن از تنش ایجاد شده در پی افکار و احساسهایش به تکانه تسلیم می شود (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 می دارد (ابطال) مطابق است

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 می کوشد افکار، تکانه ها، یا تصاویر ذهنی اش را نادیده بگیرد یا سرکوب کند، یا آنها را با فکر یا عملی دیگر خنثی نماید. به لحاظ تجربی نیز در مطالعات پیشین نتایج مشابهی در مورد استفاده از سبکهای دفاعی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس-بی اختیاری به دست آمد برای مثال در پژوهشهای اندروز و پولاک [۵]، آفر و همکاران [۳]، کندی و همکاران [۱۶]، بلایا و همکاران [۷] و حیدری نسب [۱۲] نیز نشان داده شد که افراد مبتلا به اختلال وسواس-بی اختیاری بیش از افراد غیر مبتلا از سبکهای روان آزرده و رشد نیافته استفاده می کنند به علاوه بر طبق یافته ها مشخصه اصلی الگوی مکانیزمهای دفاعی گروه مبتلایان به اختلال وسواس-بی اختیاری در مقایسه با گروه بهنجار در استفاده زیاد آنها از مکانیزمهای دفاعی گذار به عمل، تشکل واکنشی و ابطال است که با اندروز و پولاک [۵]، آفر و همکاران [۳]، بلایا و همکاران [۷] و حیدری نسب [۱۲] همخوان بوده است در حالی که با پژوهش کندی و همکاران [۱۶]، همخوانی ندارد از آن جهت که فرهنگ در سبک و نیمرخ دفاعی افراد موثر است [۱۷]. علت این ناهمخوانی ها را می توان به تفاوت های فرهنگی و یا تفاوت در ابزار سنجش و در نظر گرفته نشدن همبودی اختلال های اضطرابی با اختلال های خلقی و اختلال های شخصیت در پژوهش های پیشین نسبت داد. لازم به ذکر است که باوجود پیشینه پژوهشی درباره رابطه آسیب شناسی روانی و سبکها و مکانیزمهای دفاعی این پژوهش از نخستین تحقیقاتی است که رابطه دقیق این دو سازه را در فرهنگ ایرانی مورد سنجش قرار میدهد و مطالعات پیشینی مانند حیدری نسب [۱۲] که با این موضوع در ایران انجام شده است تنها به سنجش نشانه های یک اختلال با استفاده از سیاهه هایی مانند SCL-90 و بررسی رابطه آنها با سبکها و مکانیزمهای دفاعی می پردازد، در حالی که پژوهش حاضر به بررسی رابطه یک تشخیص بالینی تا حد ممکن خالص با سبکها و مکانیزمهای دفاعی می پردازد و از این رو است که میتواند در امری مانند

guide for clinicians and researchers. Washington, DC, American Psychiatric Press 1992.

9- Wonkim, S., Dyksen, M., Katz, R. Rating scales for obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Annuals* 1989; 19: 74-79.

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

11- Andrews, G., Singh, M., and Bond, M. The defense style questionnaire. *Journal of Nervous and mental Disease* 1993; 181 (4): 246-56.

۱۲- حیدری نسب، لیلا. مقایسه مکانیزمهای دفاعی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی براساس هنجاریابی و یافته‌های مبتنی بر روانسنجی پرسشنامه ایرانی سبکهای دفاعی (DSQ). رساله دکتری چاپ نشده. دانشگاه تربیت مدرس ۱۳۸۵.

13- Brad, B. Psychological Defense Mechanisms: A new perspective. *American Journal of Psychoanalysis* 2004; 64 (1): 1-26.

14- Vaillant, G. E. Mental health. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160: 1373-84.

۱۵- فروید، زیگموند. کاربرد تداعی آزاد در روانکاوی کلاسیک. ترجمه سعید شجاع شفتی. تهران: انتشارات ققنوس؛ ۱۳۸۳.

16- Kennedy, B. L., Schwab, J. J., Hyde, J. A. Defense styles and personality dimensions of research subjects with anxiety and depressive disorders. *Psychiatric Quarterly* 2001; 72 (3).

17- Sinha, B. K., Watson, D. C. Gender, age, and cultural differences in the Defense Style Questionnaire-40. *Journal of Clinical psychology*, 1998; 54 (1): 67-75.

تشخیص افتراقی مفید واقع شود در حالی که تحقیقات ایرانی پیشین از این مهم بی بهره اند.

تشکر و قدردانی

مراتب سپاس و قدردانی خود را به کلیه بزرگوارانی که امکان عملی ساختن این پژوهش را فراهم آوردند، اعلام می‌دارم.

منابع

۱- شولتز، دوان پی؛ شولتز، سیدنی آلن. (۱۹۹۸). نظریه‌های شخصیت.

ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر ویرایش؛ ۱۳۸۱.

۲- ریو، جان مارشال. (۲۰۰۱). 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 Psychiafry* 2000; 41 (1): 35-41.

4- Cramer, P. Defense Mechanisms in Psychology Today. *Journal of American Psychology* 2000; 55 (6): 637-646.

5- Andrews, G., Pollock, C., and Stewart, G. The determination of defense style by questionnaire. *Archive of General Psychiatry* 1989; 46 (5): 455-60. (Abstract retrieved from "www.Pubmed.gov").

6- Bond, M. and Perry, J. C. Long-Term Changes in Defense Styles With Psychodynamic Psychotherapy for Depressive, Anxiety, and Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry* 2004; 161: 1665-71.

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

8- Vaillant, G.E. Ego mechanisms of defense: A