

سهم تنظیم هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی و دلبستگی، در پیش بینی علائم سایکوسوماتیک با تعدیلگری جنسیت و سطح پریشانی

چکیده

زمینه: پژوهش حاضر با هدف تعیین سهم تنظیم هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی و دلبستگی، در پیش‌بینی علائم سایکوسوماتیک با تعدیلگری جنسیت و سطح پریشانی انجام شد.
روش کار: روش تحقیق از نوع تحلیل مسیر بود. به این منظور ۵۴۰ نفر مبتلا به اختلالات روان تنی شهر تهران با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به پرسشنامه‌های تحمل پریشانی، تنظیم هیجان، مکانیسم‌های دفاعی و علائم روان‌تنی PHQ-15 پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها، از تحلیل مسیر با متغیرهای مشاهده شده، استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس مطالعه حاضر، تفاوت‌های جنسیتی در سهم تنظیم هیجان، سبک‌های دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی در پیش‌بینی علائم سایکوسوماتیک با توجه به سطح پریشانی افراد، یکسان نبود. از لحاظ دلبستگی و تنظیم هیجانی مشخص شد که تفاوت ضرایب مسیر پیش‌بینی در سطح پریشانی پایین و بالا معنی‌دار نیست، اما در مکانیسم دفاعی روان رنجور در سطح پریشانی پائین تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در شرایط پریشانی بالا نیز بین هیچ کدام از ضرایب مسیر تفاوت‌های جنسیتی وجود ندارد و کماکان سطح پریشانی افراد عامل مهمی در سهم سبک‌های دلبستگی، مکانیسم‌های دفاعی و تنظیم هیجانی در پیش‌بینی علائم سایکوسوماتیک است.

نتیجه‌گیری: وقتی سطح پریشانی پائین باشد، زنان روان رنجورتر و علائم سایکوسوماتیک بیشتری نسبت به مردان دارای سطح پریشانی پائین نشان می‌دهند.

واژگان کلیدی: تنظیم هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی، سبک‌های دلبستگی، علائم سایکوسوماتیک، سطح پریشانی، جنسیت

اصغر بدایع^۱، شهرام وزیری^{۲*}، فرح لطفی کاشانی^۲

^۱ گروه روان شناسی سلامت، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.

^۲ دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.

* نشانی نویسنده مسئول:

گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران

نشانی الکترونیک:

shahram.vaziri@gmail.com

مقدمه

تنی به کار می‌برند شایان توجه است؛ زیرا این مکانیسم‌ها شیوه‌هایی هستند که افراد به طور ناخودآگاه در برابر رخداد‌های اضطراب‌آور به کار می‌برند تا از خود در برابر آسیب‌های روانی که می‌تواند منجر به بروز علائم روان‌تنی شوند، محافظت کنند (۱۲). فریود سبک دفاعی شخصی، یعنی فراوانی استفاده از مکانیسم‌های دفاعی متفاوت در مقایسه با دیگران را متغیر اصلی برای شناخت شخصیت، آسیب‌شناسی و میزان سازش یافتگی می‌دانست (۱۱). اگرچه این مکانیسم‌ها، خصوصیات مختلفی دارند، اما دارای دو ویژگی مشترک هستند. همه آنها واقعیت را تحریف و یا انکار می‌کنند و فعالیت‌شان بصورت ناهشیار است. بر اساس طبقه‌بندی سلسله‌مراتبی وایلنت از مکانیسم‌های دفاعی، بیست مکانیسم را به سه سبک دفاعی رشد یافته، رشد نیافته و روان‌آزرده تقسیم کردند (۱۳ و ۱۴). با توجه به این که مکانیسم‌های دفاعی سازش یافته (رشد یافته) با پیامدهای سلامت جسمانی و روانی در ارتباط هستند و مکانیسم‌های دفاعی سازش نیافته (رشد نیافته و روان‌آزرده) با بسیاری از شاخص‌های منفی سلامت مرتبط می‌باشند (۱۵)، بررسی رابطه‌ی میان مکانیسم‌های دفاعی و بیماری‌های روان‌تنی می‌تواند راهگشای درمان این بیماری‌ها باشد (۱۶).

علاوه بر مکانیسم‌های دفاعی، در ارتباط بین سلامت روان و جسم، پرداختن به آسیب‌شناسی روانی کودک و بزرگسال برحسب روابط نامناسب بین کودکان و مراقبان‌شان یا نمادهای دلبستگی آنها، موضوعی قابل بررسی است. به طوری که کیفیت این دلبستگی به گونه‌ای معنی‌دار بر سلامت روان‌شناختی وی مؤثر می‌باشد (۱۷). همان‌طور که پژوهش‌ها به طور کلی نشان دهنده اهمیت انکارناپذیر سبک دلبستگی به عنوان یک عامل اساسی در سلامت روانی افراد هستند و سبک‌های دلبستگی ناپایمن را به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری تأیید کرده‌اند (۱۸ و ۱۹). ویژگی‌های مربوط به بیماری روان‌تنی نیز در سبک‌های دلبستگی ناپایمن بیشتر است (۲۰ و ۲۱). بنابراین نظریه دلبستگی بر پایدار ماندن پاسخ‌هایی که در خلال نوزادی در تعامل بین نوزاد و نخستین مراقب وی شکل می‌گیرند، تأکید دارد. اما به رغم زیربنای زیستی - روانی - اجتماعی این نظریه، به کاربرد آن در قلمرو پزشکی روان‌تنی فقط در سال‌های اخیر توجه شده است و این مسئله قطعی است که تلاش در درمان آسیب‌پذیری‌های روانی بزرگسالان و نادیده گرفتن مشکل در دوران کودکی امری بی‌فایده است و شناخت پیش‌بینی‌کننده‌های آسیب‌پذیری در جامعه امری ضروری است (۲۲).

بر اساس مطالب مطرح شده، اگرچه بررسی نقش متغیرهای روان‌شناختی از جمله سه‌م تنظیم هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی و دلبستگی، در پیش‌بینی علائم سایکوسوماتیک، می‌تواند در شناخت عوامل زمینه‌ساز و تشدیدکننده بیماری‌های روان‌تنی مؤثر واقع شوند اما برای شناخت بهتر روابط بین متغیرها، بررسی نقش متغیرهای تعدیل‌کننده می‌تواند کمک‌کننده باشد. همان‌طور که مطالعات نشان داده است اضطراب و عوامل استرس‌زا قادر هستند بدن را تحت تأثیر قرار دهند و باعث تشدید مشکلات

در چند دهه اخیر، بیماری‌های جدیدی تحت عنوان اختلالات روان‌تنی^۱ (سایکوسوماتیک) ظهور کرده‌اند که پیچیدگی موجود در تشخیص آن‌ها منجر به تحمیل بار اقتصادی زیادی به بیماران می‌شود (۱). این اختلالات روان‌تنی، گروه وسیعی از بیماری‌ها هستند که نشانه‌ها و علائم جسمی مولفه اصلی آنها را تشکیل می‌دهند. این مشکلات و اختلالات اشاره به نشانگان جسمانی مانند اختلالات قلبی - عروقی، تنفسی، معدی - روده‌ای، استخوانی - عضلانی، دستگاه‌های تناسلی - ادراری، پوست و اختلالات دیگری نظیر سردردهای میگرنی، سرگیجه، خستگی بیش از اندازه، اختلال حافظه، اشکال در تمرکز، تنگی نفس، تهوع، استفراغ، بی‌خوابی و غیره دارند که در آنها حوادث پرمعنای روان‌شناختی به طور تنگاتنگی با نشانه‌های بدنی مرتبط هستند (۲). اختلالات روان‌تنی در برگیرنده تعاملات میان ذهن و بدن هستند و در آنها مغز از راه‌هایی که هنوز شناخته شده نیست، پیام‌های مختلفی ارسال می‌کند که بر آگاهی فرد تأثیر می‌گذارد و از وجود یک مشکل جدی در بدن خبر می‌دهد. به علاوه مکانیسم‌های ناشناخته روانی یا مغزی نیز وجود دارند که تغییرات جزئی یا غیرقابل شناسایی در بیوشیمی و ایمنی‌شناسی عصبی ایجاد می‌کنند و باعث بروز این بیماری‌ها می‌گردند (۳). علاوه بر مکانیسم‌های بیولوژیکی درگیر، عوامل روان‌شناختی و هیجانی در ایجاد این بیماری‌ها دخیل هستند (۴). به طوری که اختلالات هیجانی از شایع‌ترین علائم روان‌شناختی در بیماران سایکوسوماتیک بوده که به میزان قابل توجهی به ناتوانی‌ها و وضعیت نامناسب زندگی در این بیماران مربوط می‌شود. همان‌طور که شواهد پژوهشی نشان می‌دهد، مکانیسم‌های اختلال در تنظیم هیجان با حضور بیماری‌های روان‌تنی از جمله سردرد (۵)، بیماری‌های التهابی روده (۶)، اختلالات گوارشی عملکرد (۷) و بیماری‌های پوستی (۸) مرتبطند. تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان فرآیندهایی که از راه آنها افراد هیجان‌هایشان را برای پاسخ به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل می‌کنند، در نظر گرفته می‌شود و شکلی ویژه از خودتنظیمی است. روی‌هم‌رفته، تنظیم هیجان یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنش‌وری موفق بوده و نقش مهم در سازگاری با وقایع زندگی ایفا می‌کند (۵ و ۹). با توجه به اینکه برخی از ویژگی‌های افراد مبتلا به بیماری‌های روان‌تنی از جمله اختلالات هیجانی، سبب می‌شود تا فرد در موقعیت‌های هیجانی قادر نباشد اطلاعات هیجانی ناشی از آن رویداد را به درستی پردازش و ادراک کند (۱۰)، در نتیجه برای محافظت خود در مقابل عواطف نگران‌کننده به ارزیابی‌های ناهشیار و ادراک تحریف شده روی می‌آورد. گاه نیز به دلیل ناتوانی در به کار بردن راهبردهای صحیح جهت تنظیم و مدیریت هیجان‌های خود، نیازمند استفاده از ساز و کارهای جایگزین می‌شود که یکی از آنها مکانیسم‌های دفاعی است (۱۱). بررسی مکانیسم‌های دفاعی که افراد مبتلا به بیماری‌های روان

۱. Psychosomatic Disorders

از تحلیل مسیر و تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه گروهها در متغیرها استفاده شد. تمام محاسبات با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. مدل رگرسیون نیز با نرم افزار AMOS نسخه ۲۶ و مقایسه گروهها با ماکروی جیمز گسکین صورت گرفت.

فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ-S): این پرسشنامه توسط گراس و جان (۲۰۰۳) تهیه شده است (۳۲). دارای ۳۶ ماده و دو خرده مقیاس فرونشانی ارزیابی مجدد است. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳؛ و اعتبار باز آزمایی بعد از سه ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. در ایران نیز کفایت‌های روانسنجی این مقیاس بر روی دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی مورد مطالعه قرار گرفته است که ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد، فرونشانی و همچنین کل مقیاس، به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۵۲، ۰/۷۰، گزارش شده است (۳۳). یافته‌های مذکور با نتایج پرسشنامه گراس و جان و همچنین با ضریب آلفای کرونباخ مطرح در پژوهش داخلی دیگری همسان است (۳۴) که نشان از کفایت قابل قبول پرسشنامه مذکور در پژوهش‌های داخلی است.

پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسال (AAQ): این پرسشنامه توسط هازان و شیور در سال ۱۹۹۳ تدوین شده است. این پرسشنامه دلبستگی‌های ایمن و نایمن را میسنجد. این پرسشنامه شامل دو بخش است که در بخش اول (AAQ1) آزمودنی به سه پاراگراف که به شکل جمله‌های توصیفی طرح شد و در یک مقیاس هفت درجه ای پاسخ می‌دهد. در بخش دوم (AAQ2) مجدداً همان توصیف‌ها طرح شده، ولی این بار آزمودنی تنها با علامت زدن یکی از آنها، تشابه خود را با یکی از آن توصیف‌ها بیان می‌کند. پایایی پرسشنامه با استفاده از شیوه آزمون - مجدد در پژوهش‌های فراوانی ثابت شده است. برای نمونه، در مورد سنجش مقوله ای (AAQ2)، ثبات شیوه آزمون مجدد ۷۰ درصد، و در مقیاس‌های پیوسته یا درجه بندی توصیفی (AAQ1)، در محدوده زمانی ۱ تا ۸ هفته، پایایی ۶۰ درصد برآورد شده است (۳۵). روایی این پرسشنامه نیز در نمونه ایرانی با بررسی میزان همبستگی سه توصیف اصلی بخش نخست در نمونه ای ۱۰۰ نفری از آزمودنی‌ها به استناد روایی واگرا بررسی شد و نتایج نشان داد که سه توصیف پرسشنامه، سه محتوای جداگانه را می‌سنجد (۳۶).

پرسشنامه مکانیسم‌های دفاعی (DSQ-40): این پرسشنامه توسط آندرز و همکاران در سال ۱۹۹۳ تدوین گردید که در قالب ۴۰ سؤال و در مقیاس ۹ درجه ای لیکرت، ۲۰ مکانیسم دفاعی را بر حسب سه سبک دفاعی، رشد یافته (پخته)، نوروپیک و رشد نایافته (ناپخته) می‌سنجد. در نمره گذاری این آزمون برای هر

جسمی و یا تغییر در فرآیندهای مختلف مرتبط با بیماری جسمی شوند (۲۳). بنابراین سازه ای تحت عنوان پریشانی روانشناختی به عنوان نشانگان غیر اختصاصی که سازه‌هایی چون اضطراب، افسردگی، مسائل شناختی، تحریک پذیری و وسواس فکری عملی را در بر می‌گیرد (۲۴)، به نظر می‌رسد می‌تواند در ارتباط بین تنظیم هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی و دلبستگی با علائم روان‌تنی نقش تعدیل‌کننده‌ای ایفا نماید. براساس پژوهش‌های اخیر، یافته‌ها از بالا بودن پریشانی در افراد مبتلا به مشکلات روان‌تنی حمایت کردند (۲۶ و ۲۵) و در برخی پژوهش‌ها، پریشانی روانی به عنوان مهم‌ترین و یا دومین عامل خطر برای تعدادی از بیماری‌های روان‌تنی مانند بیماری‌های پوستی (۲۷)، گزارش شده است. مساله مهم دیگری که در ارتباط بین عوامل روان‌شناختی موثر بر بیماری‌های روان‌تنی می‌تواند نقش تعدیل‌کننده‌ای داشته باشد، جنسیت افراد مبتلا است. براساس آنچه در متون علمی مطرح شده است، میزان سلامت (اعم از روانی و جسمانی) در زنان و مردان هر جامعه ای بر اساس متغیرهای فرهنگی و نقش‌هایی که جامعه برای آنان در نظر می‌گیرد متفاوت می‌باشد (۲۸). به همین ترتیب تأثیر بیماری‌های روان‌تنی و عوارض آن نیز در بین زنان و مردان متفاوت است (۲۹) به طوری که زنان بیشتر به دلیل تغییرات تصویر ذهنی از جسم خویش و مردان، بیشتر به دلیل تغییر در توانایی، عملکرد و ایفای نقش، دچار مشکلات روانشناختی می‌شوند (۳۰). به علاوه، مکانیسم‌های سازگاری که نقش مهمی در توانا ساختن بیمار برای یادگیری روش‌های «زندگی با بیماری» ایفا می‌کنند نیز، تحت تأثیر جنسیت قرار دارند (۳۱). در راستای تفاوت‌های جنسیتی در بیماری‌های روان‌تنی، پژوهش‌های قبلی تنها به تفاوت بیماری روان‌تنی بین زنان و مردان پرداخته (۲۹) و نقش تعدیل‌کننده جنسیت کمتر مورد توجه و بررسی قرار گرفته است. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف سهم تنظیم هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی و دلبستگی، در پیش‌بینی علائم سایکوسوماتیک با تعدیلگری جنسیت و سطح پریشانی انجام شده است.

روش کار

روش تحقیق از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه آماری در این پژوهش تمامی افراد مبتلا به اختلالات روان‌تنی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. پژوهشگر با مراجعه به مراکز درمانی بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی شهر تهران، نمونه ۶۰۰ نفری از افرادی که به وسیله آزمون (PHQ15)، اختلال روان‌تنی آنها مورد تأیید قرار گرفته بود را با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب نمود. سپس افراد نمونه با پرسشنامه‌های پریشانی روان‌شناختی، تنظیم هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی و سبک دلبستگی مورد آزمون قرار گرفتند. از بین ۶۰۰ نفر، تعداد ۵۴۰ پرسشنامه وارد تحلیل شدند که براساس نمره حاصل از آزمون تحمل پریشانی به دو گروه دارای سطح پریشانی بالا و پایین تقسیم بندی شدند. به منظور تحلیل داده‌ها،

۱. Adult Attachment Questionnaire

۲. Defense Style Questionnaire

تفاوت‌هایی در مکانیسم‌های دفاعی و تنظیم هیجانی وجود ندارد. تفاوت‌های متناقض، این سوال را پیش می‌آورد که آیا جنسیت نیز می‌تواند نقش میانجی ایفا کند؟ در مقاله اخیر (وزیری و همکاران که در دست چاپ است) مشخص شده که سطح پریشانی نقش تعدیل‌گری ایفا می‌کند، ولی عامل جنسیت مورد بررسی قرار نگرفت.

جدول ۲ الی ۴ نتایج تحلیل مسیر با تعدیل‌گری جنسیت و کنترل سطح پریشانی را نشان می‌دهد.

همان‌طور که مشخص است در زنان و مردان دارای سطح پریشانی پائین، سبک دلبستگی اضطرابی، علائم سایکوسوماتیک را به طور معنی‌داری پیش‌بینی می‌کند. مقدار بتای استاندارد در زنان (۰/۶۸۲) بالاتر از مردان (۰/۵۱۴-) است. در مورد سبک دلبستگی دوسوگرا، مسیر پیش‌بینی در مورد زنان دارای سطح پریشانی پائین (۰/۰۵۴-) معنی‌دار اما در مورد مردان (۰/۰۰۷-) معنی‌دار نیست. در سبک دلبستگی اضطرابی نیز تفاوت مسیرها در سطح پریشانی بالا معنی‌دار است اما در سبک دلبستگی دوسوگرا این اتفاق فقط در مورد زنان رخ می‌دهد. با این حال مقایسه آماری ضرایب مسیرها (جدول ۵) نشان می‌دهند که تفاوت‌ها معنی‌دار نیست و کماکان سطح پریشانی افراد، عامل مهم‌تری در تأثیر سبک‌های دلبستگی بر علائم سایکوسوماتیک است.

همان‌طور که مشخص است در زنان و مردان دارای سطح پریشانی پائین، تنظیم هیجانی از نوع فرونشانی در زنان (۰/۰۵۴) علائم سایکوسوماتیک را به طور معنی‌داری پیش‌بینی می‌کند، اما در مورد مردان (۰/۰۱۳-) معنی‌دار نیست. در تنظیم هیجانی از نوع ارزیابی مجدد نیز بین زنان و مردان تفاوت معنی‌داری در ضرایب مسیر وجود ندارد. مقایسه آماری ضرایب مسیرها (جدول ۵) نشان می‌دهند که تفاوت‌ها معنی‌دار نیست.

همان‌طور که مشخص است در زنان و مردان دارای سطح پریشانی پائین، مکانیسم دفاعی رشد یافته علائم سایکوسوماتیک را به طور معنی‌داری پیش‌بینی نمی‌کند. در مکانیسم دفاعی روان رنجور، مسیر پیش‌بینی در مورد زنان (۰/۷۳۴-) و مردان (۰/۷۰۶-) دارای سطح پریشانی پایین معنی‌دار است. مقدار بتای استاندارد در زنان قدری بالاتر از بتای مردان است. در مکانیسم دفاعی رشد نیافته، مسیر پیش‌بینی در مورد زنان (۰/۸۵۴-) و مردان (۰/۸۷۷-) دارای سطح پریشانی پایین، معنی‌دار است. مقدار بتای استاندارد در مردان قدری بالاتر از بتای زنان است. با این حال مقایسه آماری ضرایب مسیرها (جدول ۵) نشان می‌دهند که تفاوت‌ها در مکانیسم دفاعی روان رنجور معنی‌دار است.

جدول ۶ مقایسه معنی‌داری تفاوت مسیر پیش‌بینی علائم سایکوسوماتیک بر اساس تنظیم هیجانی، سبک‌های دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی در زنان و مردان دارای سطح پریشانی بالا را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، تفاوت مسیر پیش‌بینی در زنان و مردان معنی‌دار نیست.

سبک دفاعی، میانگین نمره‌های آن سبک محاسبه می‌شود. سبک دفاعی رشد یافته شامل: مکانیسم‌های والایی‌گرایی، شوخ‌طبعی، پیشاپیش‌گری و فرونشانی (حذف) است. مکانیسم‌های مربوط به سبک دفاعی نوروتیک عبارتند از: امحاء، دیگردوستی کاذب، آرمان‌سازی و تشکل واکنشی. سبک دفاعی رشد نیافته شامل ۱۲ مکانیسم دفاعی است: فرافکنی، پرخاشگری فعل‌پذیر، گذار به عمل، مجزاسازی، بی‌ارزش‌سازی، خیال‌پردازی در خودمانده، انکار، جابجایی، تفرق، دوپاره‌سازی، دلیل‌تراشی و بدنی‌سازی. این پرسشنامه در ایران نیز توسط حیدری نسب (۳۷) مورد بررسی و هنجاریابی قرار گرفت. پایایی پرسشنامه سبک‌های دفاعی نیز از طریق روش بازآزمایی و نیز محاسبه آلفای کرونباخ انجام شد. ضریب اعتبار آلفا در گروه‌های پژوهش به تفکیک در دانش‌آموزان و دانشجویان و جنسیت گروه نمونه‌گیری و نیز سبک‌های دفاعی نشان داده شد. بالاترین آلفای کلی در مردان دانشجو (۰/۸۱) و پایین‌ترین آلفای کل در دختران دانش‌آموز (۰/۶۹) مشاهده گردید. در سبک‌های دفاعی، بالاترین آلفا مربوط به سبک رشد نیافته (۰/۷۲) و کمترین، مربوط به سبک روان‌آزرده بود (۰/۵۰). همچنین بالاترین ضریب بین دو نیمه به مردان دانشجو و کمترین آن به سبک روان‌آزرده مربوط می‌شد. همه همبستگی‌های مربوط به دوبرابر اجرای پرسشنامه در گروه‌های مورد پژوهش در مقایسه با مقادیر بحرانی معنادار بودند (۱۳). همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌ها برای نمونه ۲۴۱ نفری دانشجویان دانشگاه تهران، برای هر یک از سبک‌های پخته، ناپخته و نوروتیک به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳، ۰/۷۴ گزارش گردید (۱۱). همچنین ضریب اعتبار بازآزمایی برای نمونه ۳۰ نفری با ۴ هفته فاصله $r = 0.82$ ، با آزمودنی‌های پسر $r = 0.81$ و آزمودنی‌های دختر $r = 0.84$ گزارش شده است (۱۱).

مقیاس ارزیابی پریشانی روان‌شناختی کسلر (K10): این پرسشنامه توسط کسلر و همکارانش در سال ۲۰۰۲ به صورت ۱۰ سوالی تدوین شده است. پاسخ‌سوال‌ها به صورت ۵ گزینه‌ای (همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت و هرگز) بوده و هر پاسخ بین صفر تا ۴ نمره گذاری می‌شوند. فوروکاو و همکاران (۳۸)، فسارت و همکاران (۳۹) و بوگی و همکاران (۴۰) اعتبار و پایایی این پرسشنامه را تأیید کرده‌اند.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی مکانیسم‌های دفاعی، تنظیم هیجانی، سبک‌های دلبستگی و نمرات کلی علائم سایکوسوماتیک در جدول ۱ ارائه شده‌اند.

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد در میانگین سبک‌های دلبستگی، تفاوت‌های درون‌جنسیتی بر حسب سطح پریشانی وجود دارد، اما تفاوت‌های بین‌جنسیتی وجود ندارد. در صورتی که چنین

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی نمرات گروه در تنظیم هیجانی، سبک‌های دلبستگی، مکانیسم‌های دفاعی و سایکوسوماتیک به تفکیک جنسیت و سطح پریشانی

مردان				زنان				متغیرها
پریشانی بالا		پریشانی پایین		پریشانی بالا		پریشانی پایین		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۲/۴۸۰	۲۰/۵۱	۲/۲۴۲	۶/۶۵	۲/۰۲۲	۲۰/۷۴	۱/۹۵۳	۶/۴۷	اضطرابی
۴/۱۷۴	۱۵/۰۴	۵/۶۲۷	۱۱/۶۳	۴/۲۷۷	۱۴/۸۵	۵/۳۶۹	۱۱/۶۸	دوسوگرا
۵/۳۶۷	۹/۴۶	۶/۶۷۴	۲۰/۵۲	۱۰/۱۶۸	۱۶/۶۴	۷/۸۱۵	۱۸/۳۰	رشدیافته
۵/۴۲۳	۴۰/۸۷	۴/۴۷۲	۱۴/۲۲	۴/۱۴۰	۴۴/۰۴	۳/۳۷۷	۱۸/۴۰	روان رنجور
۹/۰۱۲	۷۱/۱۱	۶/۸۳۵	۲۸/۸۶	۶/۸۰۲	۷۶/۱۹	۶/۰۴۰	۳۳/۷۹	رشدنیافته
۲/۳۷۰	۱۸/۰۷	۴/۱۹۳	۷/۴۱	۲/۱۸۰	۱۸/۰۳	۳/۹۰۹	۷/۴۷	فرونشانی
۳/۲۶۹	۱۲/۷۹	۱/۲۴۴	۱۶/۹۴	۳/۲۲۶	۱۳/۳۱	۱/۶۶۶	۱۷/۲۱	ارزیابی مجدد
۲/۳۶۵	۱۱/۴۴	۲/۹۲۳	۱۰/۲۲	۲/۴۸۵	۱۳/۱۴	۲/۶۴۱	۱۱/۰۵	سایکوسوماتیک

جدول ۲ خلاصه محاسبات مدل پیش‌بینی علایم سایکوسوماتیک بر اساس سبک‌های دلبستگی

p	t	se	b	B	دلبستگی	پریشانی	جنسیت
۰/۰۰۱	-۱۴/۵۰۸	۰/۰۵۲	-۰/۷۵۹	-۰/۵۶۲	اضطرابی	پایین	زنان
۰/۰۰۱	-۱۰/۱۱۲	۰/۰۸۳	-۰/۸۳۹	-۰/۶۸۲	اضطرابی	بالا	زنان
۰/۰۳۶	-۲/۰۹۱	۰/۰۱۳	-۰/۰۲۷	-۰/۰۵۴	دوسوگرا	پایین	زنان
۰/۶۵۸	۰/۴۴۳	۰/۰۲۳	۰/۰۱۰	۰/۰۱۸	دوسوگرا	بالا	زنان
۰/۰۰۱	-۱۱/۷۳۵	۰/۰۵۷	-۰/۶۷۰	-۰/۵۱۴	اضطرابی	پایین	مردان
۰/۰۰۱	-۸/۶۷۱	۰/۰۸۲	-۰/۷۰۷	-۰/۷۴۲	اضطرابی	بالا	مردان
۰/۷۷۷	-۰/۲۸۴	۰/۰۱۲	-۰/۰۰۳	-۰/۰۰۷	دوسوگرا	پایین	مردان
۰/۱۳۹	۰/۴۸۱	۰/۰۲۴	۰/۰۳۵	۰/۰۶۲	دوسوگرا	بالا	مردان

جدول ۳ خلاصه محاسبات مدل پیش‌بینی علایم سایکوسوماتیک بر اساس تنظیم هیجانی

p	t	se	b	B	تنظیم هیجانی	پریشانی	جنسیت
۰/۹۲۹	۰/۰۹۰	۰/۰۱۷	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	فرونشانی	پایین	زنان
۰/۸۳۳	۰/۲۱۱	۰/۰۴۷	۰/۰۱۰	۰/۰۰۹	فرونشانی	بالا	زنان
۰/۰۳۹	۲/۰۶۱	۰/۰۴۱	۰/۰۸۵	۰/۰۵۴	ارزیابی	پایین	زنان
۰/۳۴۷	۰/۹۴۱	۰/۰۳۲	۰/۰۳۰	۰/۰۳۹	ارزیابی	بالا	زنان
۰/۶۰۹	-۰/۵۱۱	۰/۰۱۷	-۰/۰۰۹	-۰/۰۱۳	فرونشانی	پایین	مردان
۰/۱۳۳	۱/۵۰۱	۰/۰۴۲	۰/۰۶۴	۰/۰۶۴	فرونشانی	بالا	مردان
۰/۷۸۴	۰/۲۷۴	۰/۰۵۶	۰/۰۱۵	۰/۰۰۷	ارزیابی	پایین	مردان
۰/۸۹۶	۰/۱۳۰	۰/۰۳۰	۰/۰۰۴	۰/۰۰۵	ارزیابی	بالا	مردان

جدول ۴ خلاصه محاسبات مدل پیش‌بینی علایم سایکوسوماتیک بر اساس مکانیسم‌های دفاعی

p	t	se	b	B	مکانیسم‌های دفاعی	پریشانی	جنسیت
۰/۸۱۷	۰/۲۳۱	۰/۰۰۸	۰/۰۰۲	۰/۰۰۶	رشد یافته	پایین	زنان
۰/۰۸۳	۱/۷۳۳	۰/۰۱۰	۰/۰۱۷	۰/۰۷۰	رشد یافته	بالا	زنان
***	-۲۵/۰۷۰	۰/۰۳۹	-۰/۹۶۵	-۰/۷۳۴	روان رنجور	پایین	زنان
***	-۱۸/۴۸۷	۰/۰۵۰	-۰/۹۲۲	-۰/۷۳۶	روان رنجور	بالا	زنان
***	۳۶/۸۵۹	۰/۰۲۶	۰/۹۴۲	۰/۸۵۴	رشد نیافته	پایین	زنان
***	۲۱/۱۹۶	۰/۰۳۹	۰/۸۳۳	۰/۸۸۰	رشد نیافته	بالا	زنان
۰/۴۴۸	۰/۷۵۹	۰/۰۱۱	۰/۰۰۸/۰۰۸	۰/۰۱۸	رشد یافته	پایین	مردان
۰/۱۰۳	۱/۶۲۹	۰/۰۱۹	۰/۰۳۱	۰/۰۷۱	رشد یافته	بالا	مردان
***	-۳۲/۴۷۰	۰/۰۳۲	-۱/۰۵۰	-۰/۷۰۶	روان رنجور	پایین	مردان
***	-۱۵/۵۴۱	۰/۰۶۰	-۰/۹۲۸	-۰/۸۲۷	روان رنجور	بالا	مردان
***	۳۹/۱۳۴	۰/۰۲۵	۰/۹۷۴	۰/۸۷۷	رشد نیافته	پایین	مردان
***	۲۰/۲۸۴	۰/۰۴۱	۰/۸۳۲	-۰/۷۴۲	رشد نیافته	بالا	مردان

جدول ۵ خلاصه محاسبات معنی داری تفاوت ضرایب مسیر پیش بینی علانم سایکوسوماتیک بر اساس تنظیم هیجانی، دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی با تعدیلگری جنسیت و در سطح پریشانی پایین

مردان با پریشانی پایین		زنان با پریشانی پایین			مسیرها	
Z	P	برآورد	P	برآورد		
-۰/۴۲۷	۰/۶۰۹	-۰/۰۰۹	۰/۹۲۹	۰/۰۰۲	سایکوسوماتیک >---	فرونشانی
-۱/۰۰۴	۰/۷۸۴	۰/۰۱۵	۰/۰۳۹	۰/۰۸۵	سایکوسوماتیک >---	ارزیابی مجدد
۰/۴۵۰	۰/۴۴۸	۰/۰۰۸	۰/۸۱۷	۰/۰۰۲	سایکوسوماتیک >---	رشد یافته
-۱/۶۸۲	۰/۰۰۰	-۱/۰۵۰	۰/۰۰۰	-۰/۹۶۵	سایکوسوماتیک >---	روان رنجور
۰/۸۹۶	۰/۰۰۰	۰/۹۷۴	۰/۰۰۰	۰/۹۴۲	سایکوسوماتیک >---	رشد نیافته
۱/۱۵۶	۰/۰۰۰	-۰/۶۷۰	۰/۰۰۰	-۰/۷۵۹	سایکوسوماتیک >---	اضطرابی
۱/۳۰۷	۰/۷۷۷	-۰/۰۰۳	۰/۰۳۶	-۰/۰۲۷	سایکوسوماتیک >---	دوسوگرا

جدول ۶ خلاصه محاسبات معنی داری تفاوت ضرایب مسیر پیش بینی علانم سایکوسوماتیک بر اساس تنظیم هیجانی، دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی با تعدیلگری جنسیت و در سطح پریشانی بالا

p	t	se	b	B	دلبستگی	پریشانی	جنسیت
۰/۰۰۱	-۱۴/۵۰۸	۰/۰۵۲	-۰/۷۵۹	-۰/۵۶۲	اضطرابی	پایین	زنان
۰/۰۰۱	-۱۰/۱۱۲	۰/۰۸۳	-۰/۸۳۹	-۰/۶۸۲	اضطرابی	بالا	زنان
*۰/۰۳۶	-۲/۰۹۱	۰/۰۱۳	-۰/۰۲۷	-۰/۰۵۴	دوسوگرا	پایین	زنان
۰/۶۵۸	۰/۴۴۳	۰/۰۲۳	۰/۰۱۰	۰/۰۱۸	دوسوگرا	بالا	مردان
۰/۰۰۱	-۱۱/۷۳۵	۰/۰۵۷	-۰/۶۷۰	۰/۵۱۴	اضطرابی	پایین	مردان
۰/۰۰۱	-۸/۶۷۱	۰/۰۸۲	-۰/۷۰۷	-۰/۷۴۲	اضطرابی	بالا	مردان
۰/۷۷۷	-۰/۲۸۴	۰/۰۱۲	-۰/۰۰۳	-۰/۰۰۷	دوسوگرا	پایین	مردان
۰/۱۳۹	۰/۴۸۱	۰/۰۲۴	۰/۰۳۵	۰/۰۶۲	دوسوگرا	بالا	مردان

بحث و نتیجه گیری

روان‌تنی نیز از این حیثه مستثنی نیستند. به بیان محققین به سبب اینکه هنجارهای اجتماعی، زنان را در نقش‌هایی می‌گذارد که مناسب تصور سنتی انفعالی بودن و فعالیت جسمانی نسبتاً کمتری از مردان است، این امر موجب می‌شود که در زنان احساس اثربخشی و عزت نفس کمتری به خصوص در زمان بیماری ایجاد شده و در جذب پریشانی در سطح بالاتری قرار بگیرند. یکی دیگر از ویژگی‌هایی که باعث بارز شدن تفاوت بین زنان و مردان شده، وجود برخی ویژگی‌های ذاتی و اجتماعی است که در یافته‌های پژوهشگرانی چون دوبر و فریس (۴۳) مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. یکی از این ویژگی‌ها، داشتن تصورات قالبی در اسناد بیرونی یا درونی موقعیت‌ها و موفقیت‌ها می‌باشد. درکل زن‌ها بیشتر پیروزی‌های خود را به شانس و تصادف و عوامل بیرونی نسبت می‌دهند که این مسأله به نوبه‌ی خود باعث کاهش احساس کنترل و تأثیرگذاری در آنها و در انتها موجب جذب پریشانی و احتمال پریشان شدن در آنها می‌شود. البته در ایجاد اینگونه باورها، فرهنگ نقش بسزایی را ایفا می‌کند. این موضوع در تحقیقات اولیه‌ی اسناد مرتبط با جنس و نقش‌های جنسیتی همخوانی دارد. در پژوهش حاضر همچنین مشخص شده است که زنان در موقعیت‌های با پریشانی پایین به نسبت مردان بیشتر از سبک‌های دفاعی نوروتیک استفاده می‌کنند. براساس مطالعات قبلی، دفاع‌های

به طور کلی چنین می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت‌های جنسیتی در سهم تنظیم هیجان، سبک‌های دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی در پیش‌بینی علانم سایکوسوماتیک با توجه به سطح پریشانی افراد، نتایج کاملاً همسوئی ندارد. از لحاظ دلبستگی و تنظیم هیجانی مشخص شد که تفاوت ضرایب مسیر پیش‌بینی در سطح پریشانی پایین و بالا معنی دار نیست، اما در مکانیسم دفاعی روان رنجور در سطح پریشانی پائین تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در شرایط پریشانی بالا نیز بین هیچ کدام از ضرایب مسیر تفاوت‌های جنسیتی وجود ندارد و کماکان سطح پریشانی افراد عامل مهمی در سهم سبک‌های دلبستگی، مکانیسم‌های دفاعی و تنظیم هیجانی در پیش‌بینی علانم سایکوسوماتیک است. به عبارت دیگر، وقتی سطح پریشانی پائین باشد، زنان روان رنجورتر، علانم سایکوسوماتیک بیشتری نسبت به مردان دارای سطح پریشانی پائین نشان می‌دهند. نتیجه به دست آمده با نتایج پژوهش‌های غدیری و همکاران (۱۶)، زاهدی تجریشی و بشارت (۴۱)، فرجی و همکاران (۲۹) و خواجه مبارکه و همکاران (۴۲) همسوئی دارد. در تبیین یافته حاضر چنین می‌توان بیان کرد که در حدود نیم قرن است که درباره‌ی تفاوت‌های فردی زن و مرد از دیدگاه روانشناسی واقعیت‌هایی بدست آمده است که زنان و مردان مبتلا به اختلالات

نحوه‌ی برخورد بیمار با رویدادهای استرس‌زا نقش تعیین کننده‌ای دارند، زنان با مکانیسم‌های دفاعی نوروپیک حتی با سطح پایینی از پریشانی در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا، توانایی حل مسئله مناسب کمی دارند، آنها تنش‌های خویش را یا سرکوب می‌کنند که همین ضربه مهلکی به روان آنها خواهد بود و یا با استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نظیر جابجایی و تفرق، هم محیط اطراف خویش را با مشکل مواجه خواهند و هم از لحاظ هویتی دچار اشکال خواهند شد (۴۹) و همین امر موجب می‌شود احتمال رفتارهای ناسازگارانه از سوی آنها افزایش یابد و این رفتارها می‌تواند در تشدید آسیب‌های روانی منجر به علائم سایکوسوماتیک موثر باشند (۵۰).

علاوه بر این در مورد در تبیین این یافته که سطح پریشانی در ارتباط بین تنظیم هیجانی و سبک‌های دلبستگی با علائم سایکوسوماتیک نقش تعدیل کننده ای ندارند، می‌توان گفت که عکس‌العمل افراد نسبت به استرسورها ابتدا به مشخصات محرک، در مرحله بعد به ویژگی‌های فردی و در درجه بعدی به تجارب قبلی افراد از جمله دلبستگی افراد بستگی دارد، و کمتر به تجارب بعدی حاصل از ارتباط با دیگران از جمله تنظیم هیجانی مرتبط است.

براساس یافته‌های حاصل مبنی بر نقش تعدیل‌گری جنسیت و پریشانی در پیش بینی علائم سایکوسوماتیک براساس مکانیسم‌های دفاعی رنجور در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی پیشنهاد می‌گردد، متخصصان و درمانگران حوزه سلامت، با کاهش مکانیسم‌های دفاعی روان آزرده در زنان مبتلا به اختلالات روان‌تنی گامی مهم در جهت ارتقای سلامت روانی بردارند.

نوروپیک در بزرگسالان تحت استرس و پریشانی دیده می‌شود (کنترل، جابجایی، برونی سازی، بازداری، عقلانی سازی، جداسازی، دلیل تراشی، تجزیه، واکنش وارونه، واپس زنی و جنسی سازی) (۴۴). بنابراین بکارگیری دفاع‌های نوروپیک در زنان مبتلا به اختلالات روان تنی که تحت استرس و پریشانی قرار دارند، موضوعی قابل تبیین است. زنان با پریشانی روانی پایین که سطحی از استرس، اضطراب و افسردگی درون آنها نمود دارد، در مقابله با تنش‌ها و فشارهای روانی، مشکلات بیشتری را در تنظیم تکانه‌ها و هیجان‌هایشان تجربه می‌کنند، بنابراین می‌توان انتظار استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نوروپیک بیشتری از آنها داشت (۴۵). همچنین زمانی که سطح پریشانی پایین باشد در مقایسه با سطح پریشانی بالا که شخص کنترل بیشتری بر موقعیت دشوار دارد و امکان یافتن راه حل مسائل بیشتر می‌باشد، استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ممکن است مخل عملکرد فرد شود، زیرا در موقعیت‌هایی که باید برای مقابله با آن مستقیماً وارد عمل شد، تحریف ادراک فرد از موقعیت، می‌تواند منجر به صدمه‌ی او شود (۴۱) و در بروز نشانه‌های روان تنی مؤثر باشد. در این راستا بوند و پری (۴۶) در پژوهشی نشان دادند که سلامت جسمی و روانی افراد با مکانیسم‌های دفاعی آنها به طور معناداری در ارتباط است. بشارت و همکاران نشان دادند که وقتی سبک دفاعی غالب فردی نوروپیک باشد، معمولاً از طریق واپس زنی، جابجایی و سرکوب (از نمونه مکانیسم‌های نوروپیک) با موضوع استرس و شرایط استرس‌زا مواجه می‌شود (۴۷). همچنین سبک دفاعی نوروپیک با مشکلات روانشناختی و تشدید بیماری‌ها مرتبط می‌باشد (۴۷ و ۱۳).

از آنجایی که پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مکانیسم‌های دفاعی در

منابع

۱. شبه زهرا، فیضی آوات، افشار حمید، حسن زاده کشتلی عمار، ادیبی پیمان. شناسایی نیم رخ های اختلالات روان تنی و ارتباط آن با مشکلات روانی در یک جمعیت بزرگسال ایرانی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران ۱۳۹۵؛ ۲۶ (۱۳۷): ۸۲-۹۴.
۲. صدراپی امیررضا، براتی سمیرا، حدادی محبوبه، زال پورمقدم زینب. مقایسه اختلالات روان تنی در بین مصرف کنندگان مواد افیونی و مت آمفتامین شیشه، چهارمین کنگره بین المللی روان تنی (سایکوسوماتیک)، اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان. ۱۳۹۱.
۳. محمودی نادر، ملک-شاهی-فر معصومه. بررسی میزان شیوع و رابطه اختلالات سایکوسوماتیک با هوش هیجانی و سبک دلبستگی در مدارس متوسطه پسرانه استان زنجان، دانشگاه آزاد اصفهان، چهارمین کنگره بین-المللی روان-تنی. ۱۳۹۱.
۴. افشاری افروز، افشار حمید، شفیعی کتابیون، ادیبی ندا. رابطه بین الکسی تایمیا و مؤلفه های آن با اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی پوست. افق دانش ۱۹۹۲؛ ۱۹ (۵): ۳۳-۳۹.
5. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010;30(2):217-37.
6. Iglesias M, Barreiro M, Vazquez I, Nieto L, Martinez I, Seoane M, et al. S1199 Prevalence of Alexithymia in Inflammatory Bowel Disease: Relationship With Sociodemographic and Clinical Parameters. *Gastroenterology* 2010;138(5):S-202.
۷. مظاهری مینا، افشار حمید، محمدی نرگس، دقاق زاده حامد، باقریان رضا، ادیبی پیمان. ارتباط ابعاد الکسی تایمیا با افسردگی و اضطراب در مبتلایان به اختلالات گوارشی عملکردی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۸۹؛ ۸ (۱۶).
8. Schaarschmidt ML, Schmieder A, Umar N, Terris D, Goebeler M, Goerd S, et al. Patient preferences for psoriasis treatments: process characteristics can outweigh outcome attributes. *Arch Dermatol* 2011;147(11):1285-94.
۹. صدری دمیرچی اسماعیل، اسماعیلی قاضی ولونی فریبا، اسدی شیشه گران سارا. مقایسه تنظیم شناختی هیجان، منبع کنترل و معنایی در زنان وابسته به

مواد و زنان عادی. فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه ۱۳۹۵؛ سال هفتم، شماره دوم، ۱۲۹-۱۴۶.

۱۰. بشرپور سجاد، علمردانی صومعه سجاد، شاه محمدزاده یحیی. نقش ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در پیش‌بینی علایم جسمانی‌سازی در دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال ۹۳-۹۲. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان ۱۳۹۳؛ ۱۳: ۹۷۲-۹۶۱.

۱۱. بشارت محمدعلی، حافظی الهه، مقدم زاده علی. بررسی اثربخشی آشکارسازی هیجانی نوشتاری بر مکانیسمهای دفاعی افراد ناگوهیجان. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی ۱۳۹۶؛ ۸(۳۰): ۸۳-۱۰۶.

12. Burger J. Personality. New York: cengage. 2019.

13. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. J Nerv Ment Dis 1993;181(4):246-56.

14. Ausubel D. Ego Development and Psychopathology. New York: Routledge. 2018.

۱۵. زندی سعید، شهابی نژاد زهرا، برهان اعظم. پیش‌بینی سطوح مختلف مکانیسمهای دفاعی بر اساس پنج عامل بزرگ شخصیت در دانشجویان. مجله علوم پزشکی زانکو ۱۳۹۶؛ ۱۸ (۵۶): ۳۲-۲۱.

۱۶. غدیری فرهاد، عبدالمحمدی کریم، سلیمانی اسماعیل. پیش بینی اختلال علایم بدنی(جسمانی سازی) بر اساس سبک های دفاعی و تنظیم هیجان در دانشجویان. رویش روان شناسی ۱۳۹۸؛ ۳ (پیاپی ۳۶): ۲۳۴-۲۲۷.

17. Zhu C, Ou L, Geng Q, Zhang M, Ye R, Chen J, et al. Association of somatic symptoms with depression and anxiety in clinical patients of general hospitals in Guangzhou, China. Gen Hosp Psychiatry 2012;34(2):113-20.

18. Öztürk A, Mutlu T. The relationship between attachment style, subjective well-being, happiness and social anxiety among university students'. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2010;9:1772-6.

19. Morley TE, Moran G. The origins of cognitive vulnerability in early childhood: mechanisms linking early attachment to later depression. Clin Psychol Rev 2011;31(7):1071-82.

20. Oskis A, Clow A, Hucklebridge F, Bifulco A, Jacobs C, Loveday C. Understanding alexithymia in female adolescents: The role of attachment style. Personality and Individual Differences 2013;54(1):97-102.

21. Taylor GJ, Bagby RM, Kushner SC, Benoit D, Atkinson L. Alexithymia and adult attachment representations: associations with the five-factor model of personality and perceived relationship adjustment. Compr Psychiatry 2014;55(5):1258-68.

۲۲. کرمی جهانگیر، یزدانبخش کامران، کریمی پروانه. بررسی نقش میانجی گری سبک های دلبستگی در تبیین رابطه ابعاد سرشت، منش شخصیت و اختلال جسمانی سازی در بین دبیران زن شهر کرمانشاه. مجله زیست پزشکی جرجانی ۱۳۹۶؛ ۱۵(۱): ۶۵-۵۳.

23. Van den Dries L, Juffer F, Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. Children and youth services review 2009;31(3):410-21.

24. Ohayashi H. Psychological distress: symptoms, causes, and coping. Nova Science Publishers; 2012.

25. Marchand A, Blanc ME. The contribution of work and non-work factors to the onset of psychological distress: an eight-year prospective study of a representative sample of employees in Canada. J Occup Health 2010;52(3):176-85.

۲۶. وزیري شهرام، شیدایی اقدم شوان، نوخت لعیا، خلیلی منصوره، وزیري یاشار، معصومی رویا، وزیري آرش. مقایسه‌ی علایم بدنی در افراد با پریشانی روانی بالا و پایین. مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار) (روانشناسی کاربردی) ۱۳۹۷؛ ۱۲ (۴۹): ۵۷-۶۶.

27. Orion E, Wolf R. Psychological factors in skin diseases: stress and skin: facts and controversies. Clin Dermatol 2013;31(6):707-11.

۲۸. قاسمی شعیب، دلاوران علی، کریمی زارچی مهدی. مقایسه شاخص کل سلامت روان زنان و مردان به شیوه فراتحلیل. فصلنامه اندازه گیری تربیتی(۱۳۹۱)؛ ۳(۱۰): ۱۵۹-۱۷۵.

۲۹. فرجی فریده، نامداری سهیلا، نظامی علیرضا. ویژگیهای جمعیت شناختی مبتلایان به اختلالات سوماتوفرم و برخی عوامل مرتبط با آن در افراد بستری در بیمارستان قدس سندانج در سال ۱۳۹۰. چهارمین کنگره بین المللی روان تنی (سایکوسوماتیک)، اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان. ۱۳۹۱.

30. Rhodes VA, Watson PM. Symptom distress--the concept: past and present. Semin Oncol Nurs 1987;3(4):242-7.

۳۱. نوغانی فاطمه، منجم زهرا، بحرانی ناصر، قدرتی جابلو ویدا. مقایسه میزان عزت نفس بیماران زن و مرد مبتلا به سرطان. مجله حیات ۱۳۸۵؛ ۱۲ (۲): ۳۳-۴۱.

32. Gross JJ. Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. J Pers Soc Psychol 1998;74(1):224-37.

۳۳. قاسم پور عبدالله، ایل بیگی رضا، حسن زاده شهناز. خصوصیات روانسنجی پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان در یک نمونه ایرانی. ششمین همایش بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه گیلان ۱۳۹۱؛ ۷۲۴-۷۲۲.

۳۴. مشهدی علی، قاسم زاده عبدالله، اکبری ابراهیم، ایل بیگی رضا، حسن زاده شهناز. نقش حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجانی در پیش‌بینی اختلال اضطراب اجتماعی دانشجویان. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی ۱۳۹۱؛ ۴(۲): ۹۹-۸۹.

35. Feeney JA, Noller P. Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. Journal of personality and Social Psychology 1990;58(2):281-90.

۳۶. پاکدامن شهلا. بررسی ارتباط بین سبک های دلبستگی و جامعه طبری در نوجوانی. رساله دکتری دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران. ۱۳۸۰.

۳۷. حیدری‌نسب لیلا، منصور محمود، آزاد فلاح پرویز، شعیری محمد رضا. روانی و اعتبار پرسشنامه سبک‌های دفاعی در نمونه‌های ایرانی. روانشناسی بالینی و شخصیت ۱۳۸۶؛ ۱ (۲۲): ۱۱-۲۷.

38. Furukawa TA, Kessler RC, Slade T, Andrews G. The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. Psychol Med 2003;33(2):357-62.

39. Fassaert T, De Wit MA, Tuinebreijer WC, Wouters H, Verhoeff AP, Beekman AT, et al. Psychometric properties of an interviewer-administered version of the Kessler Psychological Distress scale (K10) among Dutch, Moroccan and Turkish respondents. Int J Methods Psychiatr Res 2009;18(3):159-68.

40. Bougie E, Arim RG, Kohen DE, Findlay LC. Validation of the 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) in the 2012 Aboriginal Peoples Survey. Health Rep 2016;27(1):3-10.

۴۱. زاهدی تجربی کمال، بشارت محمدعلی. مقایسه سبک های دفاعی من در افراد مبتلا به اختلال جسمانی سازی، اضطرابی و افراد عادی. روان شناسی بالینی ۱۳۹۳؛ ۶(۴): ۶۱-۷۰.

۴۲. خواجه مبارکه نوشین، مولوی حسین، نوری ابوالقاسم. تعیین رابطه متغیرهای جمعیت شناختی و منبع کنترل برشکایات روان تنی، چهارمین کنگره بین المللی روان تنی (سایکوسوماتیک)، اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان. ۱۳۹۱.

۴۳. صفرزاده سحر، سواری کریم، دشت بزرگی زهرا. مقایسه تحمل پریشانی، سبک‌های مقابله با استرس، هوش معنوی و شادمانی بین سالمندان زن و مرد. روان‌شناسی پیروی ۱۳۹۵؛ ۲(۴): ۲۳۷-۲۴۸.

۴۴. فروید زیگموند. مکانیزم های دفاع روانی. ترجمه سیدحبيب گوهری راد. انتشارات رادمهر. ۱۳۹۵.

45. Cramer P. The development of defense mechanisms from pre-adolescence to early adulthood: Do IQ and social class matter? A longitudinal study. *Journal of Research in Personality* 2009;43(3):464-71.

46. Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Am J Psychiatry* 2004;161(9):1665-71.

۴۷. بشارت محمدعلی، شریفی ماندانا، ایروانی محمود. بررسی رابطه سبک های دلبستگی و مکانیسم های دفاعی. *مجله روانشناسی* ۱۳۸۰؛ ۱۹: ۲۸.

۴۸. حسنی جعفر، علی پور فرشید، عبدالرحیمی نوشاد لیلا، بذاقی الهه، سعیدپور صابر، بذاقی مظاهر. بررسی مقایسه ای سبک های دفاعی در بیماران دیابتی و غیر دیابتی. *فصلنامه پرستاری دیابت* ۱۳۹۶؛ ۶ (۱): ۴۰۸-۴۱۹.

۴۹. خدامرادی صادق، بشارت محمدعلی، همتی آزاد. مقایسه سبک های دفاعی در بیماران مبتلا به سرطان سینه با گروه غیربالینی. *نشریه یافته* ۱۳۹۲؛ شماره ۳ (پیاپی ۵۶): ۷۵-۸۶.

50. Northoff G, Heinzel A, de Greck M, Bempohl F, Dobrowolny H, Panksepp J. Self-referential processing in our brain--a meta-analysis of imaging studies on the self. *Neuroimage* 2006;31(1):440-57.