



The mediator role of alexithymia between ego defense styles and the intensity of pain in patients with chronic pain

Marzieh Pahlevan^{*1} , Mohammad Ali Besharat² , Ahmad Borjali³ , Hojjatollah Farahani⁴ 

1. *phD of health psychology, Young Research and Elite Club, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran, marziepahlevan@yahoo.com*
2. *Professor, Department of psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran*
3. *Associate Professor, Department of psychology, Faculty of Psychology, Allameh tabatabaee university, Tehran, Iran*
4. *Assistant professor, Department of psychology, Faculty of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran*

ABSTRACT

Aims and background: Chronic pain, is one of the psychosomatic disease that a lot of people meet throughout their life. The aim of this study was to determine the mediation role of alexithymia between ego defense styles and the intensity of pain that percipience by the patients with chronic pain.

Materials and methods: The method of the study was the correlation, and the statistical universe was the 20-60 age patients with chronic pain who had referred to the Mahan clinic and the physical medicine and rehabilitation clinic of Arman in Tehran from spring to autumn of 1396. 520 patients who had musculoskeletal pain at least for 3 months, were chosen purposefully and answered the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), defense styles questionnaire(DSQ), and Numeric Rating Scale (NRS).

Findings: The intensity of pain had the positive relation with alexithymia, neurotic defense style, and immature defense style ($p < 0.001$). Alexithymia had negative relation with mature defense style ($p < 0.001$), and a positive relation with immature defense style ($p < 0.001$). Alexithymia ($t=4.31, \beta= 0.19$), and immature defense style ($t=6.06, \beta= 0.26$) could clarify the variance of the pain intensity. Alexithymia could also clarify the mature defense style ($t= 8.75, \beta= -0.35$), and the immature defense style ($t= 6.17, \beta= 0.27$).

Conclusion: Based on the findings, the relation between immature defense style and the intensity of pain, was not a simple linear relationship, but alexithymia could affect this relation. Also, the alexithymia could be in a total mediator role for the mature defense style and the intensity of pain.

Keywords: Alexithymia, Ego defense styles, chronic pain

► Please cite this paper as:

Pahlevan M, Besharat MA, Borjali A, Farahani H[The mediator role of alexithymia between ego defense styles and the intensity of pain in patients with chronic pain(Persian)]. *J Anesth Pain* 2019;10(3):1-12.

Corresponding Author: Marzieh Pahlevan, PhD of health psychology, Young Research and Elite Club, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Email: marziepahlevan@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۰، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۸

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۰، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۸

نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی میان سبک‌های دفاعی ایگو و شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن

مر ضیه پهلوان^{۱*}، محمدعلی بشارت^۲، احمد بر جعلی^۳، حجت اله فراهانی^۴

۱. دکترای تخصصی روانشناسی سلامت، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۲. استاد گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۴. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۲/۷

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۸/۱/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۸/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: درد مزمن، از جمله بیماری‌های روان-تنی است که افراد بسیاری در طول زندگی خود با آن مواجه می‌شوند. هدف از پژوهش حاضر، تعیین نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی میان سبک‌های دفاعی ایگو و شدت درد ادراک شده در بیماران مبتلا به درد مزمن بود. **مواد و روش‌ها:** روش پژوهش همبستگی، و جامعه آماری عبارت بود از بیماران ۲۰ تا ۶۰ ساله مبتلا به درد مزمن مراجعه کننده به کلینیک درد ماهان و کلینیک جامع طب فیزیکی و توانبخشی آرمان در شهر تهران، در خلال بهار تا پاییز ۱۳۹۶. ۵۰۲ بیمار که سابقه حداقل ۳ ماه دردهای مزمن اسکلتی-عضلانی داشتند، به صورت هدفمند انتخاب شده و پرسشنامه‌های ناگویی هیجانی تورنتو، سبک‌های دفاعی، و مقیاس درجه بندی شدت درد را پاسخ دادند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد شدت درد با ناگویی هیجانی و سبک‌های دفاعی روان آزرده و رشد نیافته در سطح ۰،۰۱، همبستگی مثبت معنادار داشت. ناگویی هیجانی با سبک دفاعی رشد یافته در سطح ۰،۰۱ رابطه منفی معنادار، و با سبک دفاعی رشد نیافته در سطح ۰،۰۱ همبستگی مثبت معنادار داشت. ناگویی هیجانی ($t=4/31$ و $\beta=0/19$) و سبک دفاعی رشد نیافته ($t=6/06$ و $\beta=0/26$) توانستند واریانس شدت درد را تبیین کنند. ناگویی هیجانی توانست تبیین کننده سبک دفاعی رشد یافته ($t=8/75$ و $\beta=-0/35$) و رشد نیافته ($t=6/17$ و $\beta=0/27$) نیز باشد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها، رابطه میان سبک دفاعی رشد نیافته و شدت درد، یک رابطه خطی ساده نیست؛ بلکه ناگویی هیجانی می‌تواند این رابطه را تحت تاثیر قرار دهد. همچنین ناگویی هیجانی می‌تواند در نقش یک میانجی کامل برای دفاع‌های رشد یافته و شدت درد باشد.

کلمات کلیدی: ناگویی هیجانی، سبک‌های دفاعی ایگو، درد مزمن

مقدمه

انسان از دیرباز با پدیده درد مواجه بوده و دغدغه شناخت بهتر و در نهایت، تسکین آن را داشته است. درد توسط

انجمن بین‌المللی مطالعه درد^(۱) به عنوان تجربه هیجانی و احساس ناخوشایندی تعریف شده است که با آسیب بافتی

نویسنده مسئول: مرضیه پهلوان، دکترای تخصصی روانشناسی سلامت، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
پست الکترونیک: marzielahlevar@yahoo.com

یافته در قالب بیماری‌های گوناگون از قبیل اختلالات روان تنی، خود را بروز می‌دهند. در پژوهش حاضر نیز یکی از اهداف مقدماتی، تعیین رابطه سبک‌های دفاعی ایگو با شدت درد ادراک شده در بیماران مبتلا به درد مزمن بود. این در حالی است که برخی پژوهش‌های موجود، احتمال تاثیر پذیری ناگویی هیجانی از مکانیسم‌های دفاعی را مطرح نموده‌اند. با توجه به اینکه یکی از اصلی‌ترین دغدغه‌های پژوهشگران، مسأله تاثیرگذاری متغیرهای واسطه میان دو یا چند متغیر دیگر است، در پژوهش حاضر نیز، مسأله و هدف اصلی پژوهش، بررسی نقش واسطه‌های مولفه ناگویی هیجانی میان سبک‌های دفاعی ایگو و شدت درد ادراک شده توسط بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشد. اهمیت این مسأله علاوه بر نقش داشتن سبک‌های دفاعی در شدت درد ادراک شده^(۳)، همچنین از این جهت می‌باشد که اختلال در ناگویی هیجانی نیز می‌تواند بر شدت درد در این بیماران تاثیر داشته باشد^(۸،۷). ناگویی هیجانی عبارت است از ناتوانی در پردازش شناختی و تنظیم هیجان‌ها و تمایز قائل شدن میان آنها. این سازه، سازه‌ای است چند بعدی، متشکل از دشواری در شناسایی احساس‌ها و تمایز قائل شدن میان احساس‌های بدنی مربوط به برانگیختگی هیجانی، دشواری در توصیف احساس‌ها برای دیگران و قدرت تجسم محدود که به صورت فقر در خیال پردازی یا سبک تفکر عینی (غیرتجسمی) مشخص می‌شود^(۹). به نظر می‌رسد هنگامی که شخص قادر به شناسایی و توصیف هیجانات درونی خود نبوده و از طرف دیگر نیز دارای سبک تفکر عینی می‌باشد، تجمع هیجانات درونی ناشناخته می‌تواند تظاهراتی عینی یافته و در شکلی مبذل، مثلاً به صورت دردهایی در اندام‌های گوناگون بدن، خود را نشان دهد. چنانکه در پژوهش‌های متعدد انجام شده^(۸،۷) نیز این ارتباط میان ناگویی هیجانی و شدت درد ادراک شده به خوبی نشان داده شده است. بر این اساس می‌توان تصور کرد که احتمالاً شدت درد ادراک شده در بیماران مبتلا به درد مزمن، علاوه بر سبک‌های دفاعی، با میزان ناگویی

واقعی یا بالقوه همراه بوده و یا بر اساس چنین آسیبی توصیف می‌شود. این تعریف حاکی از آن است که رابطه میان آسیب بافت و درد، لزوماً قابل پیش بینی نبوده و ادراک شدت درد می‌تواند علاوه بر جنبه‌های حسی، از جنبه‌های روانشناختی نیز متاثر باشد. ترک و همکاران^(۳) چنین عنوان نموده‌اند که هرچه درد مزمن‌تر می‌شود، نقش عوامل روانشناختی و اجتماعی در بدتر شدن درد و استمرار آن، در مقایسه با نقش عوامل زیستی، پررنگ‌تر می‌گردد. در این میان، درد مزمن که دارای طول مدتی بیش از سه ماه می‌باشد^(۱)، می‌تواند تاثیرات بسیار زیادی بر جنبه‌های فردی، اجتماعی و اقتصادی زندگی فرد در بر داشته باشد. چگونگی ادراک درد در بیماران مبتلا به درد مزمن نیز متاثر از عوامل روانشناختی گوناگونی است که با یکدیگر دارای ارتباط و تعامل می‌باشند. مطابق با پژوهش‌های انجام شده^(۳)، یکی از اساسی‌ترین مولفه‌های روانشناختی مرتبط با درد مزمن، مکانیسم‌های دفاعی ایگو می‌باشد. مکانیسم‌های دفاعی، فرآیندهای روانشناختی ناهشیاری هستند که از شخص در برابر اضطراب حمایت کرده و از طریق تغییر، تحریف یا انتقال افکار، احساسات و ادراکات مزاحم، ایفای نقش می‌نمایند^(۲). مطابق با طبقه بندی اندروز، سیگ و بوند^(۵) که بر مبنای طبقه‌بندی سلسه مراتبی وایلنت^(۶) در خصوص دفاع‌ها صورت گرفته، مکانیسم‌های دفاعی، به ۳ سبک دفاعی رشد یافته، نوروتیک و رشد نیافته تقسیم می‌شوند. فروید درد را نتیجه روان رنجوری تبدیلی می‌داند که کارکرد آن نوعی حل تعارض بود. چنین به نظر می‌رسد که در هنگامی که شخص دارای دفاع‌های روانشناختی رشد یافته می‌باشد، قادر است از خود در مقابل عوامل آزارنده محافظت نموده و از تبدیل و بروز آنها در قالب بیماری‌های روان تنی همچون دردهای مزمن جلوگیری نماید. اما در هنگامی که شخص از دفاع‌های روان شناختی کارآمدی برخوردار نبوده و با رشد نایافتگی دفاع‌ها مواجه است، در هنگام مواجهه با تعارضات و عوامل آزارنده، قادر به محافظت از خود نبوده و این عوامل به صورت‌هایی تغییر

عملی کنترل درد (ترجمه دکتر محسن دهقانی) اهدا شد. پس از کنار گذاشتن پاسخنامه‌های ناقص، مخدوش و بی اعتبار، نمونه پژوهش به ۵۰۲ نفر (۲۱۵ مرد و ۲۸۷ زن) تقلیل یافت.

ابزار سنجش

مقیاس درجه بندی عددی شدت درد (NRS):

مقیاس درجه بندی عددی شدت درد، یک محور دیداری درجه بندی شده است که شدت درد را از طریق سوال از بیمار برای انتخاب یک عدد (بین ۰ و ۱۰) اندازه گیری می کند. این مقیاس دارای همبستگی بالایی با مقیاس دیداری شدت درد (VAS) است^(۱۱). ترجیح مقیاس NRS نسبت به VAS به این دلیل است که فهم آن و استفاده از آن ساده تر بوده^(۱۱، ۱۲) و همچنین در پژوهش های بالینی، بویژه با بیمارانی که تحصیلات پایین تری دارند، اعتبار بالایی را نشان می دهد.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-۲۰):

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^(۱۳) یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی را در مقیاس پنج درجه ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره های سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می شود. ویژگی های روانسنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در پژوهش های متعدد بررسی و تایید شده است^(۹، ۱۴-۱۶). در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰^(۱۷)، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل، و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. روایی همزمان مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس های این آزمون و مقیاس های هوش هیجانی، بهزیستی روانشناختی

هیجانی نیز مرتبط باشد.

با توجه به یافته ها و اهداف پژوهشی ذکر شده، فرضیه های این پژوهش بدین شرح اند:

- ۱- سبک های دفاعی ایگو با شدت درد ادراک شده در بیماران مبتلا به درد مزمن رابطه دارند.
- ۲- ناگویی هیجانی، میان سبک های دفاعی ایگو و شدت درد ادراک شده، نقش واسطه ای دارد.

روش مطالعه

جامعه آماری پژوهش حاضر، عبارت بود از بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-استخوانی، که در فاصله زمانی بهار تا پاییز سال ۱۳۹۶ به کلینیک درد ماهان و کلینیک جامع طب فیزیکی و توانبخشی آرمان مراجعه کرده بودند. تعداد ۵۱۴ بیمار مبتلا به درد مزمن عضلانی-استخوانی (اعم از زن و مرد) برای شرکت در پژوهش دعوت شدند. شرایط لازم برای شرکت در این پژوهش، عبارت بود از: داشتن دردهای اسکلتی-عضلانی (در نواحی همچون گردن، شانه، آرنج، ساعد، مچ دست، کمر، باسن، زانو، ساق پا) به مدت حداقل سه ماه و هر روزه؛ به طوری که این درد فاقد علت های مشخص طبی (همچون سرطان، ورم مفاصل، شکستگی، جراحی، آسیب های نخاعی و نورولوژیک، پوکی استخوان، بیماری های حاد عفونی و ...) باشد، بازه سنی میان ۲۰ تا ۶۰ سال، داشتن تحصیلات در حد خواندن و نوشتن، نداشتن سابقه عمل جراحی در ۳ ماه گذشته، عدم سوء مصرف و یا اعتیاد به الکل و یا مواد مخدر، عدم بارداری، عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی شدید مثل سایکوزها. از کلیه بیمارانی که دارای ملاک های مورد نظر بودند، درخواست شد تا با رضایت شخصی به پرسش های موجود در پرسشنامه ها (مقیاس درجه بندی عددی شدت درد، پرسشنامه فراشناخت ها، و مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو) پاسخ دهند. جهت در نظر گرفتن نفع و سودمندی پژوهش برای شرکت کنندگان نیز، به کلیه افراد شرکت کننده کتابی تحت عنوان راهنمای

تا ۱۳۸۵ در نمونه‌های بیمار ($n=423$) و بهنجار ($n=1397$) انجام شده‌اند، مورد بررسی و تایید قرار گرفته‌اند^(۱۹-۲۱). در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از زیر مقیاس‌های پرسشنامه سبک‌های دفاعی برای سبک رشد یافته از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ و برای سبک نورتیک از ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های پرسشنامه سبک‌های دفاعی را تایید می‌کنند. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) نسخه فارسی پرسشنامه سبک‌های دفاعی از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی، مقیاس مشکلات بین شخصی، زیر مقیاس‌های نوروگرایی و برونگرایی مقیاس شخصیتی NEOPI-R، مقیاس درجه بندی حرمت خود، مقیاس خود کارآمدی، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو و فهرست عواطف مثبت و منفی در مورد نمونه‌های مختلف از دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز با تعیین سه عامل (سه سبک دفاعی رشد یافته، نورتیک و رشد نیافته)، روایی سازه نسخه فارسی پرسشنامه سبک‌های دفاعی را مورد تایید قرار داد^(۱۹ و ۲۰).

یافته‌ها

افراد مورد بررسی، ۲۸۷ (۵۷/۲٪) زن، و ۲۱۵ (۴۲/۸٪) مرد بودند. میانگین سنی بیماران، ۳۹/۲ سال بود و در دامنه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال قرار داشتند. ۳۸۸ (۷۷/۳٪) از شرکت کنندگان متاهل، و ۱۱۴ (۲۲/۷٪) مجرد بودند. ۲۶۵ (۵۲/۸٪) دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر، ۱۸۲ (۳۶/۳٪) لیسانس، ۳۷ (۷/۴٪) فوق لیسانس، و ۱۸ (۳/۶٪) دارای مدرک تحصیلی دکترا بودند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است.

و درماندگی روانشناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس ناگویی هیجانی کل با هوش هیجانی ($r = -0.70, P > 0.001$)، بهزیستی روانشناختی ($r = 0.44, P > 0.001$) و درماندگی روانشناختی ($r = -0.68, P > 0.001$) همبستگی معنادار وجود دارد. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی و متغیرهای فوق نیز معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ تایید کردند^(۱۷ و ۱۸).

پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ-۴۰)

پرسشنامه سبک‌های دفاعی^(۵)، یک ابزار ۴۰ سوالی است که در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف)، بیست مکانیسم دفاعی را بر حسب سه سبک دفاعی رشد یافته، نورتیک و رشد نیافته می‌سنجد. سبک دفاعی رشد یافته شامل مکانیسم‌های والایش، شوخ طبعی، پیش‌بینی و فرونشانی است. مکانیسم‌های مربوط به سبک دفاعی نورتیک عبارت‌اند از: ابطال، نوع‌دوستی کاذب، آرمانی‌سازی و واکنش متضاد. سبک دفاعی رشد نیافته نیز از دوازده مکانیسم دفاعی به این شرح تشکیل شده است: فرافکنی، پرخاشگری نافع، عملی‌سازی، مجزاسازی، نارزنده‌سازی، خیال‌پردازی اوتیستیک، انکار، جابجایی، تفرق، دوپارگی، دلیل تراشی و بدنی‌سازی. هم‌چنین باتوجه به میزان توافق ۸ متخصص در مورد ارتباط ماده‌های DSQ با تعاریف DSM-III-R، اعتبار صوری و محتوایی آن نیز مناسب ارزیابی شده است. در گروه بهنجار بالاترین میانگین مربوط به سبک رشد یافته، سپس روان آزرده و سپس رشد نیافته بوده است. ضریب آلفا نیز بین ۰/۱۰ (مربوط به مکانیسم انکار) و ۰/۸۱ (مربوط به خیال‌پردازی اوتیستیک) گزارش شده است. ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه سبک‌های دفاعی در چندین پژوهش، که در خلال سال‌های ۱۳۷۸

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات شدت درد، ناگویی هیجانی، سبک‌های دفاعی

متغیر	مردان		زنان		کل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شدت درد	۵,۸۵۰	۲,۱۵۷	۶,۸۳۰	۲,۱۰۵	۶,۴۱۰	۲,۱۷۹
ناگویی خلقی	۵۴,۶۰۴	۱۰,۵۱۹	۵۷,۱۰۴	۱۱,۵۹۴	۵۶,۰۳۳	۱۱,۲۰۴
سبک دفاعی رشد یافته	۵,۷۱۲	۱,۴۶۹	۵,۵۱۲	۱,۵۳۹	۵,۵۹۷	۱,۵۱۱
سبک دفاعی روان آزرده	۵,۴۴۸	۱,۳۲۸	۵,۵۷۷	۱,۳۲۱	۵,۵۲۱	۱,۳۲۴
سبک دفاعی رشد نیافته	۴,۵۹۲	۰,۸۵۰	۴,۶۰۱	۰,۹۴۳	۴,۵۹۷	۰,۹۰۳

نتایج آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۲ نشان داده شده است. بر اساس داده‌های این جدول، شدت درد با ناگویی هیجانی، سبک دفاعی روان آزرده و سبک دفاعی رشد نیافته در سطح ۰,۰۱، همبستگی مثبت معنادار دارد. ناگویی هیجانی با سبک دفاعی رشد یافته در سطح ۰,۰۱ همبستگی منفی معنادار، و با سبک دفاعی رشد نیافته در سطح ۰,۰۱ همبستگی مثبت معنادار دارد.

جدول ۲: ضرایب همبستگی پیرسون میان نمره‌های بیماران در شدت درد، ناگویی هیجانی، سبک‌های دفاعی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱- شدت درد	۱				
۲- ناگویی هیجانی	۰,۳۳۵**	۱			
۳- سبک رشد یافته	-۰,۰۰۳	-۰,۱۹۲**	۱		
۴- سبک روان آزرده	۰,۱۳۸**	۰,۰۴۵	۰,۵۹۲**	۱	
۵- سبک رشد نیافته	۰,۲۸۹**	۰,۳۳۱**	۰,۲۳۸**	۰,۴۳۷**	۱

**معناداری در سطح ۰,۰۵

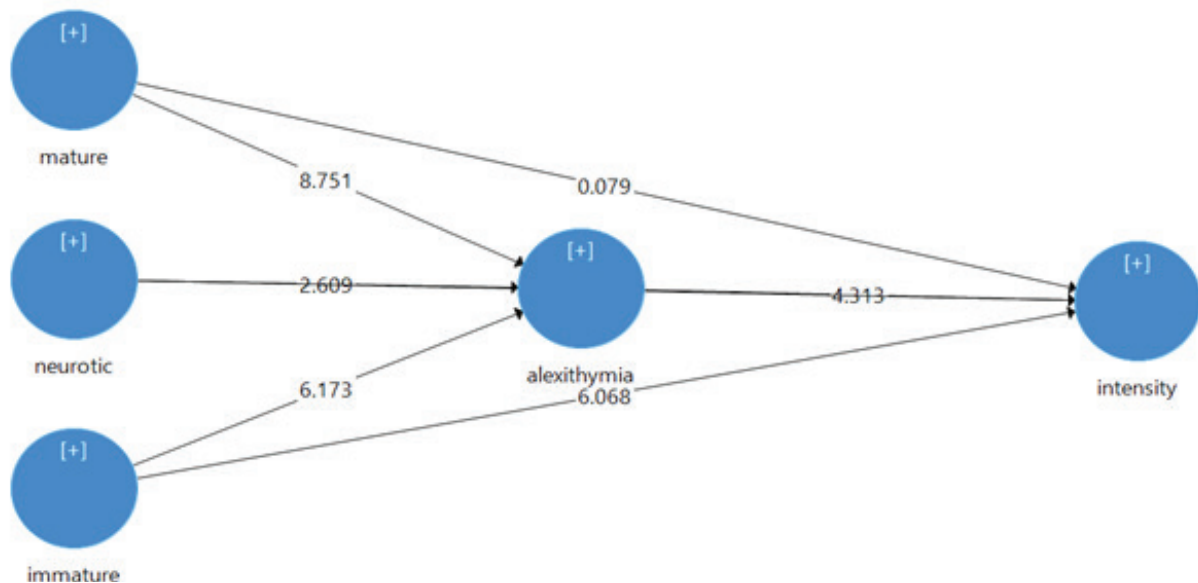
**معناداری در سطح ۰,۰۱

در بررسی مدل در پژوهش حاضر به سبب ویژگی خاص آن (وجود متغیر شدت درد، که تنها با یک سوال مورد ارزیابی قرار می‌گرفت)، با نرم‌افزار smart PLS-3 به انجام رسید. نتایج بدست آمده از آزمون‌های پایایی مدل، بیانگر آلفای کرونباخ بالاتر از ۰,۵، پایایی اشتراکی بالاتر از ۰/۵، و پایایی ترکیبی بالاتر از ۰/۷ در کلیه متغیرها بود.

در خصوص روایی مدل، پس از حذف سوالات با بارهای عاملی کمتر از ۰,۷ بنا به پیشنهاد هینسلر، رینگل و سنکوویکز^(۳۳)، آزمون‌های روایی همگرایی مدل، حاکی از معنادار بودن کلیه بارهای عاملی بود. میانگین واریانس استخراجی (AVE)، در کلیه متغیرها بزرگتر از ۰/۵ و همچنین پایین‌تر از میزان پایایی ترکیبی (CR) بود.

که این جداول به دلیل گستردگی آن قابل نمایش در مقاله نبود. مدل مورد بحث در پژوهش حاضر، در حالت معناداری ضرایب، در شکل ۱ نشان داده شده است.

درخصوص روایی واگرا، آزمون بارهای عرضی انجام شد و واگرایی سوالات هر متغیر نسبت به متغیر دیگر مورد تایید قرار گرفت. در آزمون فورنل و لارکر نیز جذر AVE، از همبستگی آن متغیر با سایر متغیرها بیشتر بود؛



شکل ۱- مدل اندازه‌گیری در حالت معناداری ضرایب

آزمون معناداری مسیرهای مستقیم فرضیات پژوهش در جدول ۳ نمایش داده شده است.

جدول ۳: آزمون معناداری مسیرهای مستقیم فرضیات پژوهش

سطح معناداری	خطای استاندارد	بتا	آزمون آماری t	مسیرها
۰,۰۰۰	۰,۰۴۶	۰,۱۹۷	۴,۳۱۳	شدت درد-> ناگویی هیجانی
۰,۰۰۰	۰,۰۴۵	۰,۲۷۸	۶,۱۷۳	ناگویی هیجانی-> سبک رشد نیافته
۰,۰۰۰	۰,۰۴۳	۰,۲۶۴	۶,۰۶۸	شدت درد-> سبک رشد نیافته
۰,۰۰۰	۰,۰۴۰	۰,۳۵۲-	۸,۷۵۱	ناگویی هیجانی-> سبک رشد یافته
۰,۹۳۷	۰,۰۴۷	۰,۰۰۴	۰,۰۷۹	شدت درد-> سبک رشد یافته
۰,۰۰۹	۰,۰۴۹	۰,۱۲۸	۲,۶۰۹	ناگویی هیجانی-> سبک روان آزرده
۰,۰۰۲	۰,۰۴۷	۰,۱۴۳	۳,۰۶۹	شدت درد-> سبک روان آزرده

سبک دفاعی رشد نیافته ($t = 6/17$ و $\beta = 0/27$)، و همچنین سبک دفاعی روان آزرده ($t = 2/60$ و $\beta = 0/12$) می‌توانند تبیین کننده ناگویی هیجانی باشند. جهت تعیین نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی میان سه سبک دفاعی ایگو و شدت درد، از آزمون سوبل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ قابل مشاهده است.

چنانکه در جدول ۳ قابل مشاهده است، کلیه مسیرها بجز سبک رشد یافته به شدت درد معنادار هستند. نتایج حاصل از آزمون معناداری مدل، بیانگر موارد زیر است: ناگویی هیجانی ($t = 4/31$ و $\beta = 1/90$)، سبک دفاعی روان آزرده ($t = 3/06$ و $\beta = 0/14$)، و سبک دفاعی رشد نیافته ($t = 6/06$ و $\beta = 0/26$) می‌توانند واریانس شدت درد را تبیین کنند. سبک دفاعی رشد یافته ($t = 8/75$ و $\beta = -0/35$)،

جدول ۴: Z سوبل برای مسیرهای غیر مستقیم

مسیر غیر مستقیم	حاصلضرب بتاهای مستقیم	آزمون سوبل	ارزش P
نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی میان سبک دفاعی رشد یافته و شدت درد	۰,۰۰۰	۳,۸۶۸	۰,۰۰۰
نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی میان سبک دفاعی روان آزرده و شدت درد	۰,۰۲۶	۲,۲۳۲	۰,۰۲۵
نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی میان سبک دفاعی رشد نیافته و شدت درد	۰,۰۴۹	۳,۵۳۵	۰,۰۰۰

توسط چین^(۳۳)، بالاتر از حد متوسط ارزیابی می‌شود. نتایج شاخص f2 برای سنجش اندازه اثر نیز در خصوص ناگویی هیجانی، دفاع‌های رشد یافته، دفاع‌های روان آزرده و دفاع‌های رشد نیافته نسبت به شدت درد، به ترتیب مقادیر ۰,۳۶، ۰,۰۰، ۰,۰۲، ۰,۰۷ را نشان می‌دادند که در مقایسه با مقادیر ذکر شده توسط هنسler، رینگل و سنکوویکز^(۳۳)، ناگویی هیجانی، خوب، و کلیه سبک‌های دفاعی، ضعیف تا متوسط ارزیابی می‌شوند. همچنین مقادیر به دست آمده برای سبک‌های دفاعی رشد یافته، روان آزرده و رشد نیافته، نسبت به ناگویی هیجانی نیز به ترتیب عبارت بودند از ۰,۱۵، ۰,۰۱، ۰,۰۹، که در اینجا نیز کلیه سبک‌های دفاعی دارای کیفیت‌های ضعیف تا متوسط می‌باشند.

جهت سنجش کیفیت مدل اندازه‌گیری، از شاخص روایی متقاطع اشتراکی (CV.Com)، و برای سنجش کیفیت مدل ساختاری از آزمون ارتباط پیش بین با شاخص روایی متقاطع افزونگی (CV.Red) استفاده شد، که در جدول ۵ قابل ملاحظه است.

مطابق با این یافته‌ها، ناگویی هیجانی می‌تواند میان سبک دفاعی رشد یافته و شدت درد ادراک شده، با سطح معناداری ۰,۰۱، میان سبک دفاعی روان آزرده و شدت درد ادراک شده، با سطح معناداری ۰,۰۵، و میان سبک دفاعی رشد نیافته و شدت درد ادراک شده، با سطح معناداری ۰,۰۱، نقش میانجی یا واسطه داشته باشد. از آنجا که طبق مطالب ذکر شده، میان سبک دفاعی رشد یافته و شدت درد رابطه‌ای موجود نبود، اما میان سبک دفاعی رشد یافته و ناگویی هیجانی و همچنین میان ناگویی هیجانی و شدت درد رابطه وجود داشت، لذا ناگویی هیجانی برای سبک رشد یافته و شدت درد، میانجی کامل بوده و برای دو سبک دفاعی روان آزرده و رشد نیافته، میانجی جزئی می‌باشد. بر اساس نتایج بدست آمده از آزمون R2، متغیرهای مستقل ناگویی هیجانی، سبک دفاعی رشد یافته، سبک دفاعی روان آزرده و سبک دفاعی رشد نیافته، روی هم رفته ۰/۴۳۹ و ۰/۲۴۶ و مجموع سبک‌های دفاعی (۰/۱۹۳) که این مقدار در مقایسه با سه مقدار (۰/۱۹، ۰/۳۳، ۰/۶۷) تعیین شده

جدول ۵: آزمون‌های سنجش کیفیت مدل

سبک رشد نایافته	سبک روان آزرده	سبک رشد یافته	ناگویی هیجانی	شدت درد	آزمون‌های سنجش کیفیت مدل / متغیرها
۰,۰۱۵	- ۰,۰۳۰	۰,۰۹۱	۰,۳۸۷	۱,۰۰۰	کیفیت مدل اندازه‌گیری (شاخص CV. Com)
۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۱۲۲	۰,۱۷۹	کیفیت مدل ساختاری (شاخص CV. Red)

می‌باشد. این نتیجه که در دو سبک دفاعی روان آزرده و رشد نایافته با فرضیه اول پژوهش هم راستا است و با یافته‌های پژوهش‌های پیشین^(۳۲) نیز مطابقت دارد، برحسب احتمالات زیر تبیین می‌شود. این احتمال وجود دارد که تجربه درد با شدت‌هایی متفاوت در افراد مبتلا به درد مزمن، در اصل حاصل از تبدیل برخی هیجانات و به عبارتی دیگر برآمده از مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد باشد^(۳۴). در پژوهش‌های دیگر، این احتمالات مطرح شده است که بیماران مبتلا به درد، به میزان بالاتری از واژگون‌سازی^(۳۵)، درون ریزی خشم^(۲۶-۲۸)، بدنی‌سازی و انکار^(۳۳) استفاده می‌نمایند. درواقع، چنین به نظر می‌رسد که عوامل هیجانی و همچنین مکانیسم‌های دفاعی می‌توانند تجربه شخص از درد را تحت تاثیر قرار دهند^(۳۹). از طرف دیگر نتایج این پژوهش نشان داد که ناگویی هیجانی، میان سبک‌های دفاعی ایگو و شدت درد ادراک شده در بیماران مبتلا به درد مزمن نقش واسطه‌ای دارد؛ که این میانجی‌گری در خصوص سبک دفاعی رشد یافته، یک میانجی‌گری کامل، و در خصوص سبک‌های دفاعی روان آزرده و رشد نایافته، یک میانجی‌گری جزئی بود. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که بخشی از رابطه سبک‌های دفاعی روان آزرده و رشد نایافته با شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن از طریق ناگویی هیجانی اعمال می‌شود؛ و در عین حال، ناگویی هیجانی می‌تواند تبیین‌کننده کامل این رابطه و البته به نحوی معکوس، در خصوص سبک دفاعی رشد یافته باشد. این یافته‌ها که دارای هم‌سویی با برخی پژوهش‌های پیشین می‌باشد^(۳۰-۳۶) می‌تواند بیانگر این مطلب باشد که

مقادیر به دست آمده از شاخص روایی متقاطع اشتراکی، در مقایسه با مقادیر (۰,۰۲ ضعیف، ۰,۱۵ متوسط، ۰,۳۵ قوی) تعیین شده توسط هنسler، رینگل و سنکوویکز^(۳۲) بیانگر کیفیت قوی مولفه‌های ناگویی هیجانی، کیفیت نسبتاً متوسط سبک رشد یافته و کیفیت ضعیف سبک‌های دفاعی روان آزرده و رشد نایافته است. نتایج بدست آمده از شاخص روایی متقاطع افزونگی نیز در مقایسه با مقادیر مذکور، بیانگر کیفیت متوسط متغیر شدت درد می‌باشد که این نشان می‌دهد متغیرهای مستقل نسبتاً مناسبی از ادبیات استخراج شده که با کیفیتی نسبی می‌توانند شدت درد را پیش‌بینی کنند. متغیر ناگویی هیجانی به لحاظ نقشی که در کیفیت مدل ساختاری دارد، از کیفیت متوسط برخوردار است، اما متغیرهای سبک‌های دفاعی رشد یافته، روان رنجور و رشد نایافته دارای کیفیت ضعیف می‌باشند. جهت سنجش کیفیت مدل کلی نیز از شاخص GOF استفاده شد. در پژوهش حاضر، مقدار برآمده از این شاخص، ۰,۴۳۰ می‌باشد؛ که از طریق فرمول زیر بدست آمد و در مقایسه با سه مقدار ذکر شده توسط چین که پیش‌تر اعلام شد، خوب ارزیابی می‌شود.

$$GOF = \sqrt{\text{average}(\text{Comunalitie}) * R^2} = 0.430$$

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که رابطه سبک دفاعی روان آزرده و رشد نایافته با شدت درد ادراک شده در بیماران مبتلا به درد مزمن، مثبت و معنادار است، اما رابطه سبک دفاعی رشد یافته با شدت درد، منفی و غیر معنادار

در پژوهش حاضر، جامعه آماری پژوهش و نوع پژوهش، محدودیت‌هایی را در حیطه تعمیم یافته‌ها مطرح می‌کند که لازم است در نظر گرفته شود. نمونه مورد بررسی در این پژوهش، نمونه‌ای محدود و هدفمند بود و لذا در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط شود. جهت بررسی دقیق‌تر پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در این حیطه با گروه‌های نمونه گوناگون و در جمعیت‌های آماری گوناگون انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود درمانگران بیماری‌های روان تنی، با توجه به نتایج برآمده از پژوهش حاضر، تاکید بیشتری بر مولفه‌های ناگویی هیجانی و همچنین میزان استفاده از سبک‌های دفاعی روان آزرده و رشد نیافته جهت تغییر آنها به سمت و سویی کارآمدتر داشته باشند.

تقدیر و تشکر

در پایان از همکاری کلینیک درد ماهان، و کلینیک جامع طب فیزیکی و توانبخشی آرمان و کلیه افرادی که به عنوان آزمودنی در پژوهش حاضر مشارکت داشتند، صمیمانه سپاسگزاریم.

هنگامی که اطلاعات هیجانی به درستی دریافت و ارزیابی نمی‌شوند، شخص ممکن است به طور شدیدتری آسیب دیده و احساس درماندگی افزایش یابد؛ که این درماندگی می‌تواند اختلال را در هیجانات و شناخت‌های فرد به وجود آورده و احتمال استفاده شخص از دفاع‌های نوروپیک و رشد نیافته را افزایش دهد^(۳۲). در واقع می‌توان اینگونه نتیجه‌گیری نمود که با توجه به وجود ارتباط قوی میان ناگویی هیجانی و شدت درد ادراک شده در بیماران مبتلا به درد مزمن، به نظر می‌رسد که این بیماران در هنگام مواجهه با عوامل آزارنده، قادر به شناخت و ابراز و احیانا نظم‌دهی هیجانات خود نبوده^(۳۴) و ناچار به استفاده از دفاع‌های روانشناختی ایگو شده و با توجه به اینکه دفاع‌های روانشناختی آنها نیز از کارآمدی کافی برخوردار نیست، لذا غالب دفاع‌هایی که به کار می‌گیرند، از سنخ دفاع‌های روان آزرده و رشد نیافته خواهد بود که به سبب اینکه این دفاع‌ها نیز قادر به محافظت مطلوب شخص در مقابل عوامل آزارنده و درد و پیامدهای آن نیستند، لذا درد به صورت مزمن درآمده و در طولانی مدت نیز ادامه می‌یابد.

References

- Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms, 2nd edn. IASP Press, Seattle, WA. 1994.
- Turk DC, Okifuji A, Sinclair ID, Stan TW. Pain, disability and physical functioning in subgroups of fibromyalgia patients. *Journal of Rheumatology*. 1996; 23: 1255- 1262.
- Monsen K, Havik OE. Psychological functioning and bodily conditions in patients with pain disorder associated with psychological factors. *British Journal of Medical Psychology*. 2001; 74: 183–195.
- Frued A. The ego and the mechanisms of defense. New York: International universities press. 1936.
- Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense style questionnaire. *Journal of nervous and mental disorder*. 1993; 18, 1: 246-256.
- Vaillant GE. Defense mechanisms. In A. M. Nicholi, Jr. (Ed.), *The new Harvard guide to psychiatry* (pp. 200-207). Cambridge, MA, England: Belknap Press. 1988.
- Burger AJ, Lumley MA, Carty JN, Latsch DV, Thakur ER, & et al. The effects of a novel psychological attribution and emotional awareness and expression therapy for chronic musculoskeletal pain: A preliminary, uncontrolled trial. *Journal of Psychosomatic Research*. 2016; 81, 1–8.
- Chang MC, Chen PF, Lung FW. Personality disparity in chronic regional and widespread pain. *Psychiatry Research*. 2017; 254: 284–289.
- Taylor GJ, & Bagby RM. An overview of the alexithymia construct. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 40-67). San Francisco: Jossey-Bass. 2000.
- Salaffi F, Stancati A, Silvestri CA, Ciapetti A, Grassi W. Minimal clinically important changes in chronic musculoskeletal pain intensity measured on a numerical rating scale. *European Journal of Pain*. 2004; 8: 283–291.
- Zalmay P, Williams ACDC. How do medical students use and understand painrating scales? *Scandinavian Journaj of Pain*. 2017; 15: 68–72.
- Brevik H. Patients' subjective acute pain rating scales (VAS, NRS) are fine; more elaborate evaluations needed for chronic pain, especially in the elderly and demented patient. *Scandinavian Journal of Pain*. 2017; 15:73–74.
- Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psycho somatic Research*. 1994a; 38:23–32.
- Parker JDA, Taylor GJ, & Bagby RM. The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*. 2001; 30: 107-115.
- Parker JDA, Taylor GJ, & Bagby RM. The 20-item Toronto Alexithymia Scale: III reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003, 55: 269-275.
- Palmer BR, Gignac G, Manocha R, & Syough C. A psychometric evaluation of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test Version 2.0. *Intelligence*. 2004; 33: 285-305.
- Besharat MA. Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*. 2007; 101: 209-220.
- Besharat MA. Toronto Alexithymia Scale: Questionnaire, Instruction and Scoring (Persian Version). *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. 2013; 10(37): 90-92. (persian).
- Besharat MA. Psychometric properties of defense

- styles questionnaire. Research Report. Tehran University. 1386. (persian).
20. Besharat MA. Reliability, Validity and Factor Analysis of Defensive Styles Questionnaire. Contemporary psychology. 1391; 8. (persian).
 21. Besharat MA., Sharifi M, Iravani M. Investigating the Relationship between Attachment Styles and Defensive Mechanisms. Journal of psychology. 1380; 19: 277-289. (persian).
 22. Henseler J, Ringle CM, Sinkovics RR. The use of partial least squares path modeling in international marketing. In: Sinkovics, R.R., Ghauri, P. N. (Eds.), Advances in International Marketing. Emerald Bingley. 2009; 277-320.
 23. Chin WW. Issues and opinion on structural equation modeling. MIS Quarterly. 1998; 21: 7-16.
 24. Engel GE. 'Psychogenic' pain and the pain-prone patient. Am. J. Med., 26: 899-918.
 25. Tauschke E, Merskey H, Helmes E. Psychological defence mechanisms in patients with pain. Pain. 1990; 40: 161-170.
 26. Bruehl S, Chung OY, Burns JW, Biridepalli S. The association between anger expression and chronic pain intensity: Evidence for partial mediation by endogenous opioid dysfunction. Pain. 2003, 106(3): 317-324.
 27. Burns JW, Bruehl S, Quartana PJ. Anger management style and hostility among patients with chronic pain: Effects on symptomspecific physiological reactivity during anger- and sadness-recall interviews. Psychosom Med. 2006; 68(5): 786-793.
 28. Quartana PJ, Bounds S, Yoon KL, Goodin BR, Burns JW. Anger Suppression Predicts Pain, Emotional, and Cardiovascular Responses to the Cold Pressor. ann. behav. Med. 2010; 39: 211-221. DOI 10.1007/s12160-010-9182-8.
 29. Horn S, & Munafo M. Pain. Theory, research and intervention. Philadelphia: Open University Press. 1998.
 30. Bogutyn T, Kokoszka A, Palczyński J, Holas P. Defense mechanisms in alexithymia. Psychol. Rep. 1999; 84: 183-187.
 31. Le HN, Berenbaum H, & Raghavan C. Culture and alexithymia: Mean levels, correlates and the role of parental socialization of emotions. Emotion. 2002; 2(4): 341-360. <http://dx.doi.org/10.1037/1528-3542.2.4.341>
 32. Besharat MA, Shahidi S. What is the relationship between alexithymia and ego defense styles? A correlational study with Iranian students. Asian Journal of Psychiatry. 2011; 4:145-149.
 33. Evren C, Cagil D, Ulku M, Ozcetinkaya S, Gokalp P, Cetin T, Yigiter S. Relationship between defense styles, alexithymia, and personality in alcohol-dependent inpatients. Compr. Psychiatry. 2012; 53: 860-867.
 34. Taylor G J, Bagby R M. The alexithymia a personality dimension. In: Widiger, T. A.(Ed.), The Oxford Handbook Of Personality Disorders. Oxford University Press, Oxford. 2012; 648-673.
 35. Helmes E, McNeill P D, Holden,RR, Jackson C. The construct of alex ithymia: associations with defense mechanisms. J. Clin. Psychol. 2008; 64: 318-331.
 36. Chung MC, Di X, Wan KH. Exploring the interrelationship between alexithymia, defense style, emotional suppression, homicide-related posttraumatic stress disorder and psychiatric comorbidity. PsychiatryResearch. 2016; 243: 373-381.