

مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی
اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس فکری- عملی و جمعیت عمومی^۱

**Alexithymia and defense mechanisms in patients with
depression, generalized anxiety disorder, obsessive-
compulsive disorders and normal individuals: A
comparative study**

M.A. Besharat, Ph.D.

دکتر محمدعلی بشارت*

E. Hafezi, B.A.

الهه حافظی**

F. Ranjbar Shirazi, B.A.

فرزانه رنجبر شیرازی**

T. Ranjbari, B.A.

توحید رنجبری**

چکیده

ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی از جمله متغیرهای روانشناختی بسیار مهمی هستند که به شناسایی ناهنجاری‌های عاطفی، شناختی و رفتاری در شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های روانشناختی کمک می‌کنند. افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی احساسات منفی خود را به صورت غیرقابل کنترل و با شدت زیاد تجربه می‌کنند و اغلب فاقد مهارت‌های لازم برای مدیریت و

۱. این تحقیق در قالب طرح پژوهشی شماره ۵۱۰۶۰۰۳/۱/۷۱ با استفاده از اعتبارات پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده است.

*. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تهران (نویسنده مسؤول)

** . دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تهران

مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس...

تنظیم تجارب عاطفی شدید خود هستند. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در افراد مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس فکری-عملی و افراد عادی بود. تعداد ۱۶۰ شرکت‌کننده (۴۰ بیمار افسرده، ۴۰ بیمار اضطرابی، ۴۰ بیمار وسواسی و ۴۰ فرد عادی) در این پژوهش شرکت کردند. شرکت‌کنندگان مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (FTAS-20) و پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ) را تکمیل کردند. در گروه بهنجار به‌منظور بررسی فقدان هرگونه بیماری روانی جدی، مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS-21) و مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-I) اجرا شد. نتایج نشان داد که بین گروه‌های بالینی و افراد عادی در ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/001$). بین گروه‌های بالینی نیز تفاوت‌ها در تعدادی از متغیرها معنادار بود ($p < 0/001$). از نتایج پژوهش حاضر می‌توان به‌منظور تشخیص و تمایز بین این سه اختلال شایع که همبودی بالایی دارند استفاده کرد. از نتایج این پژوهش می‌توان در تدوین برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی مناسب برای مشکلات هیجانی استفاده کرد.

واژه-کلیدها: ناگویی هیجانی، مکانیسم دفاعی، افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس فکری-عملی.

Abstract

Individuals with emotional problems experience uncontrollable and intensive negative affect. They do not have the ability to manage and regulate their acute emotional experiences. The main aim of the present study was to compare alexithymia and defense mechanisms among patients with Major Depression Disorder (MDD), Generalized Anxiety Disorder (GAD), Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and normal individuals. A total of 160 participants (40 patients with MDD, 40 patients with GAD, 40 patients with OCD, and 40 normal individuals) participated in this study. Following a psychiatric diagnosis of the disorders, participants were asked to complete the Farsi version of the Toronto Alexithymia scale-20 (FTAS-20) and Defense Styles Questionnaire (DSQ-40). The normal group also completed the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) and were selected based on Structured Clinical

Interview (SCID-I). The results demonstrated that there are significant differences between clinical and normal groups in terms of alexithymia and defense mechanisms ($p < 0.001$). Significant differences among clinical groups were also found ($p < 0.001$). The results of the present study could be used in diagnosis and differentiate among these three high prevalent comorbid disorders. The findings could be used in preventive and therapeutical programs for emotional problems.

Keywords: alexithymia, defense mechanism, major depressive disorder, general anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder

Contact information: besharat@ut.ac.ir

مقدمه

طبق نظر سازمان جهانی بهداشت^۱ (WHO)، اختلال‌های روانپزشکی، مخصوصاً اختلال‌های هیجانی (اضطراب، افسردگی و سواس)، در اکثر بیماری‌ها و ناتوانی‌های حاصل از آن‌ها نقش دارند. این سازمان شیوع افسردگی را ۱۶ درصد و در حال افزایش گزارش کرده است. علاوه بر این، شیوع طول عمر اختلال‌های اضطرابی را نیز ۲۸ درصد عنوان کرده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۶؛ به نقل از سیلد، روتازر و بویج، ۲۰۱۷). در حالی که اضطراب و افسردگی طبقات تشخیصی ناهمگونی را تشکیل می‌دهند؛ همبندی آن‌ها نشان می‌دهد که احتمالاً عوامل زمینه‌ساز و ویژگی‌های مشترکی در شکل‌گیری آن‌ها نقش دارند (روسیکو و خازناف، ۲۰۱۷). هم‌چنین علی‌رغم این که در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲ (DSM-5؛ انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳)، اختلال‌های سواس فکری- عملی از اختلال‌های اضطرابی جدا شده و در طبقه جداگانه‌ای قرار گرفته‌اند، همچنان شباهت‌های زیستی و روانی بین آن‌ها از مسائل محوری پژوهش‌های بالینی است (پلیسولو، ماکبر و مالت، ۲۰۱۵). بر همین اساس، پیشینه‌های نظری و تجربی به بررسی زمینه‌ها و ویژگی‌هایی که این اختلال‌ها و نشانه‌ها را افزایش می‌دهند پرداخته‌اند. از جمله این عوامل می‌توان به مسائل زیستی و محیطی (پینهو، موروسولی، کلودرو- کند، فریرا و اوردونانا، ۲۰۱۸)، عوامل روانشناختی مانند خصوصیات شخصیتی، نقص‌های شناختی، راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، ناتوانی در غلبه

مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس...

بر استرس‌های محیطی و تحمل ناپذیری شکست اشاره کرد (وترنک، لیتل، چاسون، اسمیت، هارت و همکاران، ۲۰۱۱؛ وینک، آرسن و شاورس، ۲۰۰۸). در زمینه عوامل اجتماعی نیز وقایع استرس‌زا، فقدان حمایت اجتماعی، سابقه بیماری‌های روانشناختی در والدین و محیط خانوادگی آشفته احتمالاً در بروز علایم و نشانه‌های این اختلال‌های هیجانی دخیل هستند (گیاکو، لامن و پریب، ۲۰۱۷؛ وینک و همکاران، ۲۰۰۸). علی‌رغم این که تحقیقات زیادی به بررسی سبب‌شناسی این اختلال‌ها پرداخته‌اند، به علت مشترک بودن عوامل خطر روانی، لازم است در سبب‌شناسی به عواملی پرداخته شود که به تشخیص افتراقی این اختلال‌ها کمک کند (وینک و همکاران، ۲۰۰۸). هیجان‌ها و دفع‌ها دو دسته از عوامل روانشناختی هستند که نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های روانشناختی دارند. به دلیل اهمیت نقش این دو متغیر روانشناختی، مقایسه ناگویی هیجانی^۴ و مکانیسم‌های دفاعی^۵ در افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی، افسردگی و وسواسی و مقایسه این متغیرها در این سه گروه بیماران، و همین‌طور مقایسه آن‌ها با افراد غیربیمار، هدف اصلی این پژوهش بود. در عین حال، به دلیل همبودی بالای این اختلال‌ها، یافته‌های این پژوهش می‌تواند دستاورد ارزشمندی برای رویکردهای فراتشخیصی در آسیب‌شناسی روانی باشند.

ناگویی هیجانی، بر حسب مجموعه‌ای از ویژگی‌ها شامل ضعف در شناسایی احساسات^۶ (DIF)، ناتوانی در توصیف حالت‌های عاطفی^۷ (DDF)، سبک‌شناختی عینی^۸ (EOT) و فقدان خیال‌پردازی (پارکر، تیلور و بگی، ۱۹۹۸؛ به نقل از بشارت، حسینی‌نژاد و لواسانی، ۱۳۹۳) مشخص می‌شود. افراد ناگو هیجان به جای تجارب روانشناختی و عاطفی بیشتر درگیر تجارب فیزیکی خود هستند (پانایت و بیلسما، ۲۰۱۲). آسیب‌زایی اصلی ناگویی هیجانی در حوزه پردازش و تنظیم عواطف و هیجان‌ها آشکار می‌شود (استاسیویچ، برادیزا، گودلسکی، کافی، شلاچ و همکاران، ۲۰۱۲). افراد ناگو هیجان به دلایل مختلف هم‌چون خصیصه‌های شخصیتی، مشکلاتی در تنظیم احساسات به‌ویژه در موقعیت‌های روانشناختی سرشار از تعارض دارند که به‌طور مستقیم فرد را مستعد اختلال‌های مربوط به ناتوانی در تنظیم احساسات از جمله اضطراب (بشارت، تجربی و نوربالا، ۱۳۹۲؛ دالبودک، اورن، آلدمیر، کاسکان و یلدریم و همکاران، ۲۰۱۳؛ کاروکیوی، هاتالا، کالوا، هاپاسالو-پسو، لیوکسیلا و همکاران، ۲۰۱۰)، افسردگی

مقیاسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس...

(بشارت، مسعودی و لواسانی، ۱۳۹۴؛ بامونتی، هیزل، تاپکیو، فرانسوس، تالبوت و همکاران، ۲۰۱۰؛ پیکاردی، فگناتی، گیگانسکو، توکاجلی، لگا و همکاران، ۲۰۱۱؛ ریف، اوستروولد، تروگت، نوین، نصیری و همکاران، ۲۰۱۰؛ فکی، سلامی، فکی، تریگو، ترکی و همکاران، ۲۰۱۷؛ کوئیلیتی، تبلور، مک براید و بگی، ۲۰۱۷؛ لواس، دالیو، لکونت و یان، ۲۰۱۶؛ لیوک، لیچسنرینگ، کراس و هرمس، ۲۰۱۲؛ لی و گواجاردو، ۲۰۱۱؛ هو، ونگ و لی، ۲۰۱۶) و وسواس (پانایت و بیلسما، ۲۰۱۲؛ پتی، تمپل، نورتون، یاروسلاوسکی، گراور و همکاران، ۲۰۰۹؛ خسروانی، اردستانی، باستان و کمالی، ۲۰۱۷؛ دی‌براردیس، سرونی، کمپلنا، رینی، اولیویری و همکاران، ۲۰۱۵؛ کانگ، نامکونگ، یو، ژانگ و کیم، ۲۰۱۲) می‌کند.

علاوه بر دشواری تنظیم هیجان، اجتناب از احساسات نیز در افراد ناگو هیجان توجیه‌کننده رابطه ناگویی هیجانی با آسیب‌های جدی روانی است (پانایوتا، لئونیدو، کونستانینو، هارت، رینهارت و همکاران، ۲۰۱۵). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که افراد ناگو هیجان قادر به بازشناسی محرک‌های هیجانی نیستند. این افراد در بازنمایی هیجان‌ها از روی چهره مشکل دارند به گونه‌ای که در پردازش حافظه کوتاه‌مدت دیداری مرتبط با هیجان خوشحالی، حساسیت کمتری به چهره‌های خوشحال نسبت به چهره‌های خشمگین نشان می‌دهند (تاکاهاشی، هیرانو و گوبا، ۲۰۱۵). مطالعات عصب‌شناختی نیز با استفاده از تصویربرداری مغزی، کاهش پاسخ خودکار مغز افراد ناگو هیجان به چهره‌های هیجانی و تأثیر آن بر شدت افسردگی را تأیید کرده‌اند (پولاتوس، ورنر، داسچک، شاندری، ماتیاس و همکاران، ۲۰۱۱؛ ساسلو، کاگل، رافر، ردلیچ، داهم و همکاران، ۲۰۱۶). نقص‌های شناختی محصول ناگویی هیجانی باعث می‌شود این افراد بیشتر تحت تأثیر تجربه‌های عاطفی شدید و منفی قرار بگیرند که در طولانی‌مدت فقدان لذت و بی‌تفاوتی که از نشانه‌های افسردگی هستند را در پی خواهد داشت (پانایت و بیلسما، ۲۰۱۲). این یافته‌ها بیانگر لزوم توجه به ناگویی هیجانی به‌عنوان یک عامل خطر در پیش‌بینی اختلال‌های روانپزشکی است (آنور و الکین، شریدن و وایس، ۲۰۱۳؛ کاون و تامس، ۲۰۱۰).

از طرفی ناگویی هیجانی با ایجاد اختلال در پردازش هیجان‌ها می‌تواند احتمال استفاده از روش‌های ناسالمی هم چون مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد را افزایش دهد (بشارت و شهیدی،

مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس...

۲۰۱۱؛ سارنو، ماددو و گرتز، ۲۰۱۰). بنابراین، یکی دیگر از همبسته‌ها و پیش‌بینی‌کننده‌های اختلال‌های روانشناختی استفاده از مکانیسم‌های دفاعی مختلف است. سبک‌های دفاعی، مجموعه عملیاتی هستند که فرد برای محافظت از خود در مقابل تکانه‌ها و عواطف انجام می‌دهد (ویلنت، ۲۰۰۰). گرچه استفاده از مکانیسم‌های دفاعی به‌تنهایی نشانه آسیب و اختلال نیست؛ ولی استفاده افراطی، مکرر و اغراق‌آمیز از آن‌ها جنبه بیمارگونه و آسیب‌زا خواهد داشت و رفتارهای تکراری، نورتیک و وسواسی را به همراه دارد. در نتیجه با این که دفاع‌ها در رشد و ثبات شخصیت نقش عمده‌ای دارند، گاهی بسته به ساختار درونی و سطح رشدیافتگی شان منجر به بهم ریختگی و ناسازگاری می‌شوند (شولتز و شولتز، ۲۰۱۵).

آنا فروید معتقد بود که تمایل افراد به استفاده از نوع خاصی از مکانیسم‌های دفاعی، آن‌ها را به مسیرهای آسیب‌زایی متفاوتی می‌کشاند (کالاتی، اوسی، رونچی و سرتی، ۲۰۱۰). ویلنت (۲۰۱۲) معتقد است که استفاده انعطاف‌ناپذیر از دفاع‌ها به افسردگی، اضطراب یا رفتارهای تکانشی منجر می‌شود. یافته‌های تجربی نیز نشانگر رابطه میان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی مختلف و بیماری‌های روانشناختی و جسمانی هستند (بشارت و شهیدی، ۲۰۱۱). به‌عنوان مثال، استفاده از سبک‌های غیر انطباقی با اختلال‌های خلقی (بک، ۱۹۷۹؛ کالاتی و همکاران، ۲۰۱۰؛ کوون و السون، ۲۰۰۷)، حمله‌های وحشت‌زدگی و اختلال‌های اضطرابی و وسواسی (باندا، ۲۰۰۴؛ فلوراس، سیموس، آنتونیادیس، بوزیکاس، هیفانتیس و همکاران، ۲۰۱۵) مرتبط است. به‌طور خاص نیز اختلال وحشت‌زدگی با جسمانی‌سازی و اختلال افسردگی اساسی با جداسازی و سرکوبی مرتبط دانسته شده است (پورسلی، اولسون، پرسنیاک، مارکوا و میلر، ۲۰۰۹). استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته افراد را مستعد غم و اندوه طولانی مدت می‌کند و یک عامل خطر درونی برای ابتلا به غم و اندوه مزمن به حساب می‌آید (گانا و دلانت، ۲۰۱۱). از سوی دیگر، در افراد سالم، استفاده از دفاع‌های رشدیافته مانند نوع‌دوستی، فرونشانی و الایش با تنظیم هیجان‌ها، موفقیت زناشویی، شادی، سلامت جسمی و روانی همراه است (مالون، کوهن، لیو، ویلنت و ولدینگر، ۲۰۱۳).

با استناد به شواهد موجود در خصوص مبانی مشترک و همبودی بالای اختلال‌های افسردگی، اضطرابی و وسواس فکری- عملی، موضوع تشخیص افتراقی این اختلال‌ها از اهمیت

مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس...

ویژه‌ای برخوردار است. شیوع بالا و تاثیر گذاری این اختلال‌ها بر جنبه‌های مختلف زندگی نیز اهمیت شناسایی عوامل زمینه ساز شکل‌گیری و یا تداوم آن‌ها را برجسته‌تر می‌سازد. بر این اساس، هدف مطالعه حاضر بررسی و مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در اختلال‌های افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر و وسواس فکری- عملی بود. یافته‌های برخاسته از مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در نمونه‌های بیمار و غیربیمار، می‌توانند دستاورد ارزشمندی برای رویکردهای فراتشخیصی در آسیب‌شناسی روانی باشند.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: طرح کلی پژوهش با توجه به هدف آن که مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به اختلال‌های افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر و وسواس فکری- عملی است، از نوع علی مقایسه‌ای^۹ محسوب می‌شود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به اختلال‌های افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر و وسواس فکری- عملی (۱۸ تا ۶۰ ساله) مراجعه کننده به کلینیک‌های خصوصی روانپزشکی شهرستان قم و همچنین افراد عادی ساکن این شهر در سال ۹۷-۹۶ بود. تعداد نمونه اولیه پژوهش ۱۷۶ نفر بود که بعد از اعمال ملاک ورود و خروج، حذف موارد نامعتبر و نقص در تکمیل سؤالات به ۱۶۰ نفر تقلیل یافت. نمونه نهایی شامل ۴۰ نفر مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (۳۴ زن، ۶ مرد)، ۴۰ نفر مبتلا به اضطراب فراگیر (۲۵ زن، ۱۵ مرد)، ۴۰ نفر مبتلا به اختلال‌های وسواس فکری- عملی (۲۵ زن، ۱۵ مرد) و ۴۰ نفر بهنجار (۲۵ زن، ۱۵ مرد) بود که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و با تشخیص و ارجاع توسط روانپزشک انتخاب شدند. ملاک‌های ورود برای گروه بالینی شامل ابتلا به یکی از اختلال‌های افسردگی اساسی یا اضطراب فراگیر و یا وسواس فکری- عملی، عدم همبودی و ابتلای همزمان این سه اختلال، هم چنین نداشتن سایر بیماری‌های روانی و جسمانی شدید، عدم استفاده از داروهای روانپزشکی و مواد در ۶ ماه اخیر بود. معیار خروج از پژوهش، نارضایتی آزمودنی از ادامه همکاری بود. قبل از اجرای پرسشنامه‌ها دو گروه بالینی و عادی از نظر متغیرهای سن، جنس و وضعیت تأهل همتا شدند. در گروه بهنجار نیز به منظور بررسی فقدان هرگونه بیماری روانی جدی مقیاس افسردگی اضطراب

مقیاسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس...

استرس (DASS-21) و مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-I) توسط روانشناس بالینی اجراء شد. میانگین سنی گروه افسرده ۳۶/۴۳ سال ($SD=10/566$)، بیماران اضطرابی ۳۴/۳۲ سال ($SD=11/986$)، بیماران وسواسی ۳۱/۱۰ سال ($SD=10/468$) و افراد عادی ۳۴/۸۳ سال ($SD=13/368$) بود. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، تحلیل نهایی داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. از آمار توصیفی برای محاسبه شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و ترسیم جداول استفاده شد. در قسمت شاخص‌های آمار استنباطی، تحلیل واریانس چندمتغیری ($MANOVA$)، و آزمون تعقیبی توکی مورد استفاده قرار گرفتند. این تحلیل‌های آماری به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام گرفت. پس از کسب رضایت آزمودنی‌ها، توضیح اهداف پژوهش و حفظ محرمانه بودن اطلاعات آن‌ها، پرسشنامه‌ها به شرح زیر در اختیار گروه‌های بالینی و افراد عادی قرار گرفت.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو- مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^{۱۱} (TAS-20؛ بگبی، تیلور و پارکر، ۱۹۹۴) یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است (پارکر، تیلور و بگبی، ۲۰۰۱، ۲۰۰۳؛ پالمر، گیگانس، مانوکا و استاف، ۲۰۰۴؛ پندی، مندل، تیلور و پارکر، ۱۹۹۶؛ تیلور و بگبی، ۲۰۰۰). در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ (FTAS-20؛ بشارت، ۲۰۰۷)، 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^{۱۱} خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی^{۱۲} مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از $r=0/70$ تا $r=0/77$ برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شد. درستی آزمایی همزمان^{۱۳} مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی^{۱۴}، بهزیستی روانشناختی^{۱۵} و درماندگی روانشناختی^{۱۶} بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در

مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس...

مقیاس ناگویی هیجانی کل با هوش هیجانی ($r = -0.70$ ، $P < 0.001$)، بهزیستی روانشناختی ($r = 0.44$ ، $P < 0.001$) و درماندگی روانشناختی ($r = -0.68$ ، $P < 0.001$) وجود دارد. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی و متغیرهای فوق نیز معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی^{۱۷} نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ تأیید کردند (بشارت، ۱۳۹۲، ۲۰۰۷).

پرسشنامه سبک‌های دفاعی: پرسشنامه سبک‌های دفاعی^{۱۸} (DSQ)؛ اندروز، سینگ و باند، ۱۹۹۳)، یک ابزار ۴۰ سؤالی است که در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) بیست مکانیسم دفاعی را برحسب سه سبک دفاعی رشدیافته، نورتیک و رشدنایافته می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از سبک‌های دفاعی رضایت‌بخش توصیف شده‌اند (اندروز و همکاران، ۱۹۹۳). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه سبک‌های دفاعی در چندین پژوهش، که در خلال سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۵ در نمونه‌های بیمار ($n = 423$) و بهنجار ($n = 1397$) انجام شده‌اند، مورد بررسی و تأیید قرار گرفته‌اند (بشارت، ۱۳۸۶؛ بشارت، شریفی، ایروانی، ۱۳۸۰). در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از زیرمقیاس‌های پرسشنامه سبک‌های دفاعی برای سبک رشدیافته از ۰/۸۳ تا ۰/۹۴، برای سبک رشدنایافته از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ و برای سبک نورتیک از ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ به‌دست آمد. این ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های پرسشنامه سبک‌های دفاعی را تأیید می‌کنند. پایایی بازآزمایی پرسشنامه سبک‌های دفاعی برای نمونه‌های بیمار ($n = 107$) و بهنجار ($n = 248$) در دو نوبت با فاصله‌های ۲ تا ۶ هفته برای سبک رشدیافته از ۰/۷۳ تا ۰/۸۷، برای سبک رشدنایافته از ۰/۷۱ تا ۰/۸۴ و برای سبک نورتیک از ۰/۶۹ تا ۰/۷۸ به‌دست آمد. این ضرایب که همه در سطح $p < 0.001$ معنادار هستند، پایایی بازآزمایی پرسشنامه سبک‌های دفاعی را تأیید می‌کنند. درستی آزمایی همگرا^{۱۹} و تشخیصی (افتراقی)^{۲۰} نسخه فارسی پرسشنامه سبک‌های دفاعی از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی^{۲۱}، مقیاس مشکلات بین شخصی^{۲۲}، زیرمقیاس‌های نوروگرایی و برونگرایی مقیاس شخصیتی NEOPI-R، مقیاس درجه‌بندی حرمت خود^{۲۳}، مقیاس خودکارآمدی^{۲۴}، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو و فهرست عواطف مثبت و منفی در مورد نمونه‌های مختلف از دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد

مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس...

تأیید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز با تعیین سه عامل (سه سبک دفاعی رشدیافته، نورتیک و رشدنیافته)، درستی آزمایشی سازه نسخه فارسی پرسشنامه سبک‌های دفاعی را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۶).

داده‌ها و یافته‌ها

در این قسمت ابتدا توصیفی آماری از اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌های مورد مطالعه ارائه شده است. همان‌گونه که در جدول شماره (۱) مشاهده می‌شود در متغیرهای دموگرافیک تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین گروه بیمار و بهنجار دیده نمی‌شود.

جدول ۱: فراوانی و درصد فراوانی شرکت‌کنندگان بر اساس جنس، تأهل و تحصیلات به تفکیک گروه بیمار و بهنجار

گروه	متغیر	سطح	فراوانی	درصد فراوانی
بیمار	جنسیت	مرد	۳۶	۳۰
		زن	۸۴	۷۰
	وضعیت تأهل	مجرد	۳۷	۳۰/۸
		متاهل	۸۳	۶۹/۲
	تحصیلات	ابتدایی	۱۶	۱۳/۴
		سیکل	۲۸	۲۳/۳
		دیپلم	۳۹	۳۲/۵
		فوق دیپلم	۸	۶/۷
		لیسانس	۲۴	۲۰
		فوق لیسانس	۵	۴/۲
بهنجار	جنسیت	مرد	۱۲	۳۰
		زن	۲۸	۷۰
	وضعیت تأهل	مجرد	۱۲	۳۰
		متاهل	۲۸	۷۰
	تحصیلات	ابتدایی	۵	۱۲/۵
		سیکل	۹	۲۲/۵
		دیپلم	۱۳	۳۲/۵
		فوق دیپلم	۳	۷/۵
		لیسانس	۸	۲۰
		فوق لیسانس	۲	۵

مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس...

هم‌چنین در جدول شماره (۲) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های پژوهش

انحراف استاندارد	میانگین	بیماران وسواسی		اضطراب فراگیر		بیماران افسرده		گروه	متغیر
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۹/۹۳	۴۲/۹۳	۱۷/۰۴	۷۲/۲	۱۱/۱۲	۶۱/۱۷	۱۰/۶	۵۹/۱۸	ناگویی هیجانی	
۱۳/۹۸	۵۵/۲۲	۱۲/۹۶	۴۱/۱۸	۱۲/۲۸	۴۰/۲۵	۹/۷۲	۴۲/۸۷	مکانیسم‌های رشد یافته	
۱۰/۰۷	۳۶/۴۶	۱۰/۱۶	۴۲/۴۴	۱۱/۱۵	۴۸/۸۶	۱۱/۱۲	۴۰/۸۷	مکانیسم‌های نوروتیک	
۲۲/۶۳	۸۶/۹۷	۲۶/۹۹	۱۲۲/۸۴	۲۳/۱۰	۱۰۶/۶۶	۲۰/۶۴	۱۳۲/۶۱	مکانیسم‌های رشدنا یافته	

برای تعیین تفاوت بین گروه‌ها، داده‌ها از طریق روش تحلیل واریانس چندمتغیری تحلیل شدند. قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری جهت رعایت پیش‌فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لوین استفاده شد. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس رعایت شده بود ($BOX=73/12$)، ($F=0/97, P=0/51$). همچنین از طریق آزمون لوین که نتایج آن در جدول شماره (۳) آمده است، مشخص شد که شرط همسانی واریانس‌های بین گروهی نیز رعایت شده است؛ زیرا نتایج آن برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبود.

جدول ۳: نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض همسانی واریانس‌های چهار گروه در متغیرهای پژوهش

سطح معناداری	DF2	DF1	F	متغیر
۰/۳۳	۱۵۶	۳	۱/۱۶	ناگویی هیجانی
۰/۱۶	۱۵۶	۳	۱/۷۳	مکانیسم‌های رشد یافته
۰/۸۸	۱۵۶	۳	۰/۲۲	مکانیسم‌های نوروتیک
۰/۴۱	۱۵۶	۳	۰/۹۵	مکانیسم‌های رشدنا یافته

جدول شماره (۴) نشان می‌دهد که اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته طبق آزمون‌های معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری اثر پیلایی، لامبدای ویکلز، اثر هتلینگ گروه و بزرگترین ریشه روی به‌صورت مشابه با سطح معناداری $0/001$ و از نظر آماری معنادار است.

مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس...

جدول ۴: نتایج آزمون‌های معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری

برای اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته

متغیر	نوع آزمون	ارزش	F	سطح معناداری
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۸	۱۳/۵۹	۰/۰۰۱
	لامبدای ویکلز	۰/۳۶	۱۵/۸۱	۰/۰۰۱
	اثر هنتینگت گروه	۱/۳۷	۱۷/۳۹	۰/۰۰۱
	برزرگترین ریشه روی	۰/۹۹	۳۸/۳۵	۰/۰۰۱

جدول شماره (۵) نشان می‌دهد که بین افراد چهار گروه مورد مطالعه (بیماران افسرده، بیماران اضطراب فراگیر، بیماران وسواسی و افراد بهنجار) در متغیرهای وابسته ناگویی هیجانی، مکانیسم‌های رشدیافته، مکانیسم‌های نوروتیک و مکانیسم‌های رشدنیافته به صورت مشابه و با سطح معناداری ۰/۰۰۱ تفاوت وجود دارد.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری اثرات گروه بر متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری
ناگویی هیجانی	۹۸۰۲/۹۸	۳	۳۲۶۷/۶۶	۲۵/۸۵	۰/۰۰۱
مکانیسم‌های رشدیافته	۵۸۴۴/۳۷	۳	۱۹۴۸/۱۲	۱۲/۷۹	۰/۰۰۱
مکانیسم‌های نوروتیک	۳۱۶۸/۵۶	۳	۱۰۵۶/۱۸	۹/۳۳	۰/۰۰۱
مکانیسم‌های رشدنیافته	۴۷۸۸/۸۶	۳	۱۵۹۶۰/۲۸	۲۹	۰/۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی توکی در جدول شماره (۶) نشان داده شده است. با توجه به نتایج جداول شماره (۲) و (۶) می‌توان گفت که در مقایسه بین گروه‌های بالینی با افراد بهنجار میانگین ناگویی هیجانی در تمام گروه‌های بالینی بالاتر از افراد عادی و معنادار است ($P < ۰/۰۱$). به علاوه در مقایسه بین گروه‌های بالینی، بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی نسبت به بیماران افسرده و اضطراب فراگیر میانگین نمرات بالاتری در ناگویی هیجانی دارند و این تفاوت معنادار است. درحالی‌که تفاوت معنی‌داری بین افراد افسرده و اضطراب فراگیر در نمرات ناگویی هیجانی وجود ندارد ($P > ۰/۰۱$). همچنین میانگین مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته بین افراد بهنجار نسبت به گروه‌های بالینی بیشتر و تفاوت بین آن‌ها معنادار است. در مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک تنها تفاوت بین گروه مبتلا به اضطراب

مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس...

فراگیر با افراد عادی و افسرده مشاهده شد. یافته آخر پژوهش نیز بیانگر این موضوع است که تفاوت معنی‌داری بین گروه بیماران افسرده و وسواسی نسبت به گروه بیماران اضطراب فراگیر و بهنجار در استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته وجود دارد. به عبارتی افراد مبتلا به افسردگی و وسواس میانگین بیشتری در استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته دارند در حالی که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بیشتر از دفاع‌های نوروتیک استفاده می‌کنند.

جدول ۶: نتایج آزمون پیگیری توکی

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین (۲-۱)	خطای استاندارد	سطح معناداری
ناگویی هیجانی	افسرده	اضطراب فراگیر	-۲/۴۱	۲/۵۱	۰/۷۷
		وسواسی	-۱۳/۰۱	۲/۵۱	۰/۰۰۱
		بهنجار	۱۶/۲۴	۲/۵۱	۰/۰۰۱
	اضطراب فراگیر	وسواسی	-۱۱/۰۲	۲/۵۱	۰/۰۰۱
		بهنجار	۱۸/۶۶	۲/۵۱	۰/۰۰۱
		بهنجار	۲۹/۲۶	۲/۵۱	۰/۰۰۱
مکانیسم‌های رشد یافته	افسرده	اضطراب فراگیر	۲/۶۱	۲/۷۵	۰/۷۸
		وسواسی	۱/۶۹	۲/۷۵	۰/۹۳
		بهنجار	-۱۲/۳۵	۲/۷۵	۰/۰۰۱
	اضطراب فراگیر	وسواسی	-۰/۹۲	۲/۷۵	۰/۹۸
		بهنجار	-۱۴/۹۶	۲/۷۵	۰/۰۰۱
		بهنجار	-۱۴/۰۴	۲/۷۵	۰/۰۰۱
مکانیسم‌های نوروتیک	افسرده	اضطراب فراگیر	-۷/۹۹	۲/۳۷	۰/۰۰۵
		وسواسی	-۱/۵۷	۲/۳۷	۰/۹۱
		بهنجار	۴/۴۱	۲/۳۷	۰/۲۵
	اضطراب فراگیر	وسواسی	۶/۴۲	۲/۳۷	۰/۰۴
		بهنجار	۱۲/۴	۲/۳۷	۰/۰۰۱
		بهنجار	-۵/۹۸	۲/۳۷	۰/۰۶
مکانیسم‌های رشد نیافته	افسرده	اضطراب فراگیر	۲۵/۹۵	۵/۲۴	۰/۰۰۱
		وسواسی	۹/۷۸	۵/۲۴	۰/۲۴
		بهنجار	۴۵/۶۴	۵/۲۴	۰/۰۰۱
	اضطراب فراگیر	وسواسی	-۱۶/۱۷	۵/۲۴	۰/۰۱
		بهنجار	۱۹/۶۹	۵/۲۴	۰/۰۰۱
		بهنجار	۳۵/۸۶	۵/۲۴	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس فکری- عملی و جمعیت بهنجار بود. نتایج این پژوهش نشان داد که بین نمره ناگویی هیجانی گروه‌های بالینی و افراد بهنجار تفاوت معنادار وجود دارد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، ناگویی هیجانی افراد مبتلا به وسواس فکری- عملی از ناگویی هیجانی افراد افسرده و مضطرب به صورت معنادار بیشتر بود. گرچه مطالعه منتشر شده‌ای در خصوص مقایسه ناگویی هیجانی بین این گروه‌های بالینی مشاهده نشد، اما می‌توان گفت که نتایج این پژوهش همسو با پژوهش‌هایی است که مدعی هستند ناگویی هیجانی در افراد دارای اختلالات بالینی بیشتر از افراد عادی است (آنور و همکاران، ۲۰۱۳؛ بمونتی و همکاران، ۲۰۱۰؛ پیکاردی و همکاران، ۲۰۱۱؛ ریف و همکاران، ۲۰۱۰؛ کاروکیوی و همکاران، ۲۰۱۰؛ لی و گواجاردو، ۲۰۱۱). پژوهش‌هایی نیز تفکر عینی را بیشتر مرتبط با علایم و نشانه‌های وسواس دانسته‌اند و شدت ناگویی هیجانی را در افراد وسواسی بالاتر گزارش کرده‌اند (خسروانی و همکاران، ۲۰۱۷؛ دی براردیس و همکاران، ۲۰۱۵؛ کانگ و همکاران، ۲۰۱۲). این نتایج را می‌توان برحسب چند احتمال به شرح زیر تبیین کرد.

افرادی که قادر به درک، ارزیابی و تنظیم هیجان‌های خود نیستند سبک مقابله هیجانی ضعیفی در پاسخ به موقعیت‌های استرس‌آمیز دارند که باعث می‌شود این افراد گرایش بیشتری به سمت اختلالات روانی پیدا کنند، درحالی‌که افرادی که سطوح بالاتری از درک هیجانی دارند با به کار بردن راهبردهای مقابله مؤثر احساسات خود را تنظیم کرده و در برابر مشکلات روانی مصون می‌مانند (دیویس و هامفری، ۲۰۱۲). در مورد تفاوت گروه افسرده با گروه عادی در ناگویی هیجانی، می‌توان این‌گونه تبیین کرد که ناتوانی در شناسایی و ابراز احساسات در روابط بین‌فردی باعث می‌شود افرادی که دارای ناگویی هیجانی هستند روابط سرد و با فاصله‌ای را تجربه کنند و دیدگاه منفی نسبت به خود، دیگران و محیط پیرامونی داشته باشند. این تجربه، که به منزله نوعی بی‌حسی عاطفی است، افسردگی را تشدید می‌کند (لوک و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین این نوع از ناگویی هیجانی با تجربه ناامیدی، کسالت، بی‌احساسی، عدم علاقه، اشتیاق، لذت و افکار خودکشی همراه است و زمینه‌های مشکلات روانی را فراهم

مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس...

می‌سازد (لواس و همکاران، ۲۰۱۶). در مورد اضطراب نیز هم چون افسردگی، برخلاف افراد عادی که واکنش فیزیولوژیکی مناسبی به موقعیت نشان می‌دهند، دشواری در تمایز احساسات از یکدیگر و از حس‌های بدنی باعث می‌شود فرد مضطرب احساسات تمایز نیافته خود را با واکنش‌های فیزیولوژیکی و افزایش پاسخ‌های خودکار به استرس نشان دهد؛ این واکنش‌های نامناسب فیزیولوژیکی (افزایش پاسخ‌های سمپاتیک و محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال) باعث می‌شود فرد علائم خود را شدیدتر احساس کند و منجر به بروز اختلالات اضطرابی شود (ساسلو و همکاران، ۲۰۱۶). به عبارتی، ناگویی هیجانی مانع از آن می‌شود که فرد بین فعالیت سمپاتیک و احساسات ذهنی تمایز نهد و از این طریق مستعد بیماری‌های مرتبط با استرس می‌شود (پولاتوس و همکاران، ۲۰۱۱). هم‌چنین، آن دسته از افرادی که ظرفیت شناخت احساسات خود و دیگران و مدیریت مناسب هیجان در روابط با دیگران را ندارند در برابر اضطراب، از مکانیسم‌های دفاعی رشدنا یافته استفاده می‌کنند و قادر به کنار آمدن با موقعیت‌های استرس‌زا نیستند. بنابراین، در مقایسه با افراد عادی علائم اضطرابی بیشتری را تجربه می‌کنند (سارنو و همکاران، ۲۰۱۰).

در تبیین این یافته که افراد مبتلا به وسواس فکری-عملی در مقایسه با دو گروه بالینی مبتلا به افسردگی و اضطراب فراگیر نمرات بیشتری در ناگویی هیجانی داشتند، می‌توان گفت که علاوه بر دو بعد دشواری در شناسایی و توصیف احساسات، مؤلفه سبک تفکر عینی به وضوح در افراد وسواسی برجسته‌تر است. افراد وسواسی دارای تفکر عینی و بیرونی هستند و قدرت تفکر در مورد وقایع درونی را ندارد. بنابراین دائماً در تلاش برای سرکوب کردن این افکار و هیجان‌های مرتبط با آن هستند. در نتیجه این افکار و احساسات سرکوب شده به صورت نشخوارهای ذهنی وسواسی درمی‌آیند (پتی و همکاران، ۲۰۰۹). کانگ و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان دادند بیماران مبتلا به وسواس در تمام جنبه‌ها و ابعاد ناگویی هیجانی نمراتی بالاتر از گروه عادی داشتند. مشکل در تمایز تجارب درونی، افکار و احساسات از واقعیت منجر به تجربه افکار و تصاویر ناخوشایند و ناراحت‌کننده می‌شود. بنابراین، ناگویی هیجانی در افراد وسواسی منجر به برانگیختگی‌های هیجانی می‌شود و در مقابله فرد با استرس‌های زندگی اختلال ایجاد می‌کند. مسئولیت‌پذیری بیش از حد و بینش ضعیف در افراد وسواسی ممکن است محصول

مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس...

همین ویژگی‌های مرتبط با ناگویی هیجانی باشد که پیامد آن احساس گناه و تشدید نشان‌های وسواس در در این افراد است (دی براردیس و همکاران، ۲۰۱۵). رویکردهای روان‌پویایی به نقش بازنمایی‌های ذهنی از خود و دیگران در شکل‌گیری نشانه‌های وسواس اشاره دارند و نقص در آگاهی هیجانی را با وسواس مرتبط می‌دانند. بنابراین، این احتمال وجود دارد که کمبود آگاهی عاطفی از عوامل زیربنایی وسواس باشد که به شکل فقدان همدلی (نقص در شناسایی حالات هیجانی دیگران) یا ناگویی هیجانی (نقص در شناسایی هیجان‌های خود) نشانه‌های وسواس را فرا می‌خوانند (بلات و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از کانگ و همکاران، ۲۰۱۲). هم‌چنین ناگویی هیجانی در افراد وسواسی تأثیر منفی بر عملکرد اجتماعی می‌گذارد. این افراد به‌علت ناتوانی در شناسایی احساسات، فاقد حس همدلی هستند و نمی‌توانند هیجان‌ها را از طریق چهره بازشناسی کنند، بنابراین پاسخ عاطفی مناسبی به موقعیت نمی‌دهند که باعث می‌شود فرد برای درک موقعیت اجتماعی به‌جای افکار عادی به افکار وسواسی روی آورد.

نتایج پژوهش نشان داد که در الگوی استفاده از مکانیسم‌های دفاعی بین افراد مبتلا به افسردگی، وسواس و اضطراب با جمعیت بهنجار تفاوت معنادار وجود دارد. افراد بهنجار بیشتر از دفاع‌های رشدیافته، افراد مبتلا به افسردگی و وسواس از دفاع‌های رشدنا یافته و افراد اضطرابی از دفاع‌های نورو تیک استفاده می‌کنند. بین سه گروه بالینی نیز تنها تفاوت معنادار بین افراد مبتلا به افسردگی و وسواس با اضطراب فراگیر بود. اکثر تحقیقات در این زمینه نتایج همسویی دارند و نشان داده‌اند که بیماران روانپزشکی الگوهای دفاعی غیرانطباقی‌تر و ناسازگارتری نسبت به افراد عادی دارند (بشارت، ۱۳۹۲؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۱؛ فلوراس و همکاران، ۲۰۱۵؛ گانا و دلانت، ۲۰۱۱؛ مالوون و همکاران، ۲۰۱۳). نتایج پژوهش حاضر با نظریه فروید در مورد استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته در افراد بهنجار مطابقت دارد. فروید (۱۹۲۶؛ به نقل از ویلنت، ۲۰۱۲) معتقد بود استفاده از دفاع‌ها به‌صورت کارآمد، با تحریف ادراک از واقعیت به افراد اجازه می‌دهد تا یک دوره استراحت برای مسلط شدن بر تغییرات خودانگاره داشته باشند، چون در شرایط تنش‌زا تصویری که فرد از خود دارد نمی‌تواند بلافاصله منسجم شود. استفاده از دفاع‌های کارآمد باعث می‌شود این تصویر در طول زمان یکپارچه شود و به فرد کمک می‌کند با تغییرات ناگهانی سازگار گردد. استفاده از دفاع‌های

مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس...

انطباقی روابط بهتر، رضایت شغلی، سلامت روانی و بهزیستی را در پی دارد (مالون و همکاران، ۲۰۱۳).

در تبیین تفاوت در سبک‌های دفاعی غالب افراد دچار اختلالات بالینی با افراد عادی احتمالاتی وجود دارد که مدعی هستند استفاده از سبک‌های دفاعی رشدنیافته باعث کم کردن امید و افزایش آشفتگی در فرد می‌شود و از این طریق فرد را مستعد افسردگی می‌کند. همچنین افرادی که از دفاع‌های رشدنیافته استفاده می‌کنند از نوعی نشخوارگری در حل مسائل خود استفاده می‌کنند که این نوع نشخوار نه تنها به حل مسئله کمکی نمی‌کند، بلکه به عواطف منفی دامن می‌زند و باعث شکل‌گیری افسردگی می‌شود. بنابراین، ترکیب نشخوار و استفاده از دفاع‌های رشدنیافته، افسردگی را توجیه می‌کند (کوون و السون، ۲۰۰۷). فروید (۱۹۲۶)؛ به نقل از ویلنت، (۲۰۱۲) نیز علت استفاده افراد مضطرب از دفاع‌های نوروتیک را از هم پاشیدگی کارکرد دفاعی من می‌داند به این صورت که من برای محافظت خود در مقابل تمایلات کشاننده‌ها از سرکوبی و دفاع‌های نوروتیک استفاده می‌کند. این سبک دفاعی وقتی به شکل سبک دفاعی غالب فرد درمی‌آید با ایجاد اختلال در مدیریت و تنظیم هیجان‌ها زمینه‌ساز ایجاد اضطراب در فرد می‌شود.

می‌توان از دیدگاه نظری پلاچیک و همکاران (۱۹۷۹) نیز احتمالاتی را برای تفسیر سبک دفاعی غالب در افراد افسرده، مضطرب و وسواسی مطرح کرد. از نظر پلاچیک دفاع‌ها از هیجان‌ها مشتق می‌شوند. به این صورت که در طول فرآیند رشد هر فرد با شرایطی مواجه می‌شود که به دنبال آن حالت‌های هیجانی همچون خشم، ترس، نفرت و غم را تجربه می‌کند. ابراز این حالات عاطفی منجر به تعارض و پیامدهای منفی بیشتری برای فرد می‌شود. در نتیجه فرد به ناچار برای برخورد با تعارض عاطفی به وجود آمده از راهبردهای غیرمستقیمی همچون مکانیسم‌های دفاعی استفاده می‌کند. این راهبردها بسته به هیجانی که فرد آن را تجربه می‌کند متفاوت هستند. به‌عنوان مثال یک راه برای مقابله با حس خشم استفاده از دفاع جابه‌جایی است و یا کسی که مدام خود را سرزنش می‌کند و احساس گناه می‌کند از طریق فراقکنی و سرزنش دیگران حس گناه خود را کاهش می‌دهد. در نتیجه هر دفاع برای مدیریت هیجان خاصی طراحی شده است. بنابراین، پلاچیک معتقد است که به‌علت وجود هشت هیجان اساسی، هشت

مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس...

دفاع اساسی شامل جابه‌جایی، فرافکنی، جبران، واپس‌روی، سرکوبی، انکار، واکنش وارونه و عقلانی‌سازی وجود دارد که هر کدام نیز زیرمجموعه‌هایی دارند. در نهایت طبق این نظریه، هر دفاع تصویری را در ذهن فرد بیدار می‌کند که به‌هنگام مواجهه با محرکی که این تصویر را فعال کند، هیجان، و به‌دنبال آن دفاع خاص آن هیجان، فراخوانده. بنابراین به‌عنوان مثال تجربه مکرر هیجان ترس در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، فرد را به استفاده از دفاع‌های نوروتیک بیشتر؛ و تجربه طولانی‌مدت هیجان‌های غم و گناه در افراد افسرده و وسواسی آن‌ها را به سمت دفاع‌های رشدنیافته‌تر سوق می‌دهد (پلاچیک و همکاران، ۱۹۷۹).

مطابق با نظریه‌های شناختی نیز فرد وسواسی وقتی به‌واسطه افکار وسواسی، اضطراب را تجربه می‌کند از رفتارهای اجباری و عملی‌سازی برای کاهش اضطراب استفاده می‌کند (باند، ۲۰۰۴). به‌علاوه، این موضوع که تکانه به‌صورت ناگهانی و انفجاری به‌سوی عمل جهت داده می‌شود و فرد به‌خاطر رها شدن از تنش ایجاد شده در پی افکار و احساسات به تکانه تسلیم می‌شود (گذار به عمل) مطابق با اولین مؤلفه مرتبط با رفتار بی‌اختیار در ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواسی در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۷) است. مطابق با درمان‌های بین‌فردی نیز نشانه‌های افسردگی فقط به فرد مربوط نمی‌شود بلکه به روابط بین‌فردی و محیط بیرونی هم فرافکنی می‌شود (بک، ۱۹۷۹). فروید نیز معتقد بود انتقاد شدید از خود که ویژگی اصلی افراد افسرده است، عمیقاً به شخص دیگر و محیط بیرون فرافکنی می‌شود. بنابراین، استفاده از مکانیسم دفاعی فرافکنی که از دسته دفاع‌های رشدنیافته است به‌وفور در افراد افسرده دیده می‌شود.

دستاوردهای پژوهش را می‌توان در دو دسته پیامد نظری و عملی خلاصه کرد: در سطح نظری این پژوهش تأییدکننده یافته‌های پیشین مبنی بر تأثیر احتمالی ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در شکل‌گیری اختلال‌های روانشناختی، مخصوصاً مشکلات هیجانی، است. از این دستاورد پژوهش می‌توان فرض‌های جدید در خصوص سبب‌شناسی اختلال‌های روانشناختی مطرح کرد؛ فرض‌های مبتنی بر اختلال و آشفتگی‌های هیجانی، مشکلات مربوط به تنظیم هیجان‌ها و به‌کارگیری مکانیسم‌های دفاعی در مواجهه با استرس‌های ناشی از این آشفتگی‌ها و اختلال‌ها. علاوه بر این، به‌علت همبودی بالای سه اختلال اضطراب، افسردگی و وسواس، کشف و تأیید عوامل مشترک مؤثر در شکل‌گیری و یا تداوم اختلال‌ها، گامی است

مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس...

در جهت غنی‌سازی رویکردهای فراتشخیصی این اختلال‌ها. در سطح عملی با شناسایی ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در افراد مبتلا، می‌توان به ارتباط درمانی که عامل مهمی در موفقیت روان‌درمانگری است کمک کرد. بنابراین، چشم‌انداز درمانی می‌تواند متمرکز بر برآورده ساختن نیازهای یک فرد ناگوهیجان باشد و مداخلات متمرکز بر شناسایی، تمایز و توصیف احساسات یا آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان به‌منظور کاهش علائم و نشانه‌ها باشد (لوک و همکاران، ۲۰۱۲).

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، لازم است به مشکل قابلیت اعتماد استفاده از ابزار خود توصیفی در سنجش ناگویی هیجانی توجه شود. افراد با سطح بالای ناگویی هیجانی که قادر به شناسایی هیجان‌های خود نیستند نمی‌توانند این هیجان‌ها را به‌درستی گزارش دهند. هم‌چنین تحت برخی شرایط روانی خاص مثل افسردگی فرد ناگوهیجان ارزیابی منفی‌تری از توانایی‌های خود ارائه می‌دهد. در پژوهش حاضر به‌علت محدودیت زمانی مطالعه به‌صورت مقطعی انجام شد. شدت بیماری در افراد مبتلا متفاوت بود؛ متغیری که کنترل نشد و ممکن است بر نتایج تأثیرگذار بوده باشد. پیشنهاد می‌شود افراد به لحاظ خصوصیات شخصیتی، وضعیت اجتماعی- اقتصادی و تفاوت‌های فرهنگی نیز مورد بررسی قرار گیرند و به‌منظور تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج از حجم نمونه بالاتر در جمعیت‌های بالینی دیگر استفاده شود.

پی‌نوشت‌ها:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1- World Health Organization (WHO) | 2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| 3- American Psychiatric Association | 4- alexithymia |
| 5- defense mechanisms | 6- difficulty in identifying feelings |
| 7- difficulty in describing feelings | 8- externally oriented thinking |
| 9- casual-comparative | 10- Toronto Alexithymia Scale |
| 11- internal consistency | 12- test-retest reliability |
| 13- concurrent validity | 14- emotional intelligence |
| 15- psychological well-being | 16- psychological distress |
| 17- confirmatory factor analysis | 18- Defense Style Questionnaire (DSQ) |
| 19- convergent | 20- discriminant |
| 21- Mental Health Inventory | 22- Inventory of Interpersonal Problems |
| 23- Self-Esteem Rating Scale | 24- Self-Efficacy Scale |

منابع و مأخذ فارسی:

- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه سبک‌های دفاعی. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۲). مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو: پرسشنامه، روش اجرا و نمره‌گذاری (نسخه فارسی). *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۳۷، ۹۰-۹۲.
- بشارت، محمدعلی؛ زاهدی تجریشی، کمیل و نوربالا، احمدعلی. (۱۳۹۲). مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی‌سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی. *روانشناسی معاصر*، ۱۶، ۱۶-۳.
- بشارت، محمدعلی؛ شریفی، ماندانا و ایروانی، محمود. (۱۳۸۰). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی. *مجله روانشناسی*، ۱۹، ۲۸۹-۲۷۷.
- بشارت، محمدعلی؛ محمدی حسینی‌نژاد، الهه و غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۳). نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی هیجانی، خشم و نشخوار خشم با سبک‌های دفاعی من. *روانشناسی معاصر*، ۱۸، ۴۸-۲۹.
- بشارت، محمدعلی؛ مسعودی، مرضیه و غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۴). ناگویی هیجانی و آسیب‌پذیری روانی-بدنی. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۳۴، ۵۶-۴۷.

منابع و مأخذ خارجی:

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 246-256.
- Bagby, R.M., Taylor, G.J., & Parker, J.D. (1994b). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Bamonti, P.M., Heisel, M.J., Topciu, R.A., Franus, N., Talbot, N.L., & Duberstein, P.R. (2010). Association of alexithymia and depression symptom severity in adults aged 50 years and older. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 51-56.

مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس...

- Beck, A.T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression* (Ed.). New York, NY: Guilford press.
- Besharat, M.A. (2007). Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports, 101*, 209-220.
- Besharat, M.A., & Shahidi, S. (2011). What is the relationship between alexithymia and ego defense styles? A correlational study with Iranian students. *Asian Journal of Psychiatry, 4*, 145-149.
- Bond, M. (2004). Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harvard Review of Psychiatry, 12*, 263-278.
- Calati, R., Oasi, O., Ronchi, D., & Serretti, A. (2010). The use of the defence style questionnaire in major depressive and panic disorders: A comprehensive meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83*, 1-13.
- Dalbudak, E., Evren, C., Aldemir, S., Coskun, K.S., Yıldırım, F.G., & Ugurlu, H. (2013). Alexithymia and personality in relation to social anxiety among university students. *Psychiatry Research, 209*, 167-172.
- Davis, S.K., & Humphrey, N. (2012). The influence of emotional intelligence (EI) on coping and mental health in adolescence: Divergent roles for trait and ability EI. *Journal of Adolescence, 35*, 1369-1379.
- De Berardis, D., Serroni, N., Campanella, D., Rapini, G., Olivieri, L., Feliziani, B., ... & Mazza, M. (2015). Alexithymia, responsibility attitudes and suicide ideation among outpatients with obsessive-compulsive disorder: An exploratory study. *Comprehensive Psychiatry, 58*, 82-87.
- Feki, R., Sellami, R., Feki, I., Trigui, D., Turki, H., & Masmoudi, J. (2017). Association between depression and alexithymia in adolescents with Acne vulgaris. *European Psychiatry, 41*, 437-445.
- Floros, G., Siomos, K., Antoniadis, D., Bozikas, V.P., Hyphantis, T., & Garyfallos, G. (2015). Examining personality factors and character defenses assists in the differentiation between college students with Internet addiction and unaffected controls. *Personality and Individual Differences, 86*, 238-242.
- Gana, K., & K'Delant, P. (2011). The effects of temperament, character, and defense mechanisms on grief severity among the elderly. *Journal of Affective Disorders, 128*, 128-134.
- Giacco, D., Laxhman, N., & Priebe, S. (2017). Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Seminars in Cell & Developmental Biology*. Academic Press.
- Ho, N.S., Wong, M.M., & Lee, T.M. (2016). Neural connectivity of alexithymia:

مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس ...

- specific association with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 193, 362-372.
- Kang, J.I., Namkoong, K., Yoo, S.W., Jung, K., & Kim, S.J. (2012). Abnormalities of emotional awareness and perception in patients with obsessive – compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 141, 286-293.
- Karukivi, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K.M., Liuksila, P.R., Joukamaa, M., & Saarijärvi, S. (2010). Alexithymia is associated with anxiety among adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 125, 383-387.
- Khosravani, V., Ardestani, M.S., Bastan, F.S., & Kamali, Z. (2017). The relationship between alexithymia and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 14, 127-133.
- Koven, N.S., & Thomas, W. (2010). Mapping facets of alexithymia to executive dysfunction in daily life. *Personality and Individual Differences*, 49, 24-28.
- Kwon, P., & Olson, M.L. (2007). Rumination and depressive symptoms: Moderating role of defense style immaturity. *Personality and Individual Differences*, 43, 715-724.
- Lee, S.A., & Guajardo, N.R. (2011). Affect intensity and alexithymia differentially influence the relationship between neuroticism and depressive symptomatology among college students. *Personality and Individual Differences*, 50, 646-650.
- Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J., & Hermes, S. (2012). Is alexithymia associated with specific mental disorders. *Psychopathology*, 45, 22-28.
- Loas, G., Dalleau, E., Lecointe, H., & Yon, V. (2016). Relationships between anhedonia, alexithymia, impulsivity, suicidal ideation, recent suicide attempt, C-reactive protein and serum lipid levels among 122 inpatients with mood or anxious disorders. *Psychiatry Research*, 246, 296-302.
- Malone, J.C., Cohen, S., Liu, S. R., Vaillant, G.E., & Waldinger, R.J. (2013). Adaptive midlife defense mechanisms and late-life health. *Personality and Individual Differences*, 55, 85-89.
- Onur, E., Alkin, T., Sheridan, M.J., & Wise, T.N. (2013). Alexithymia and emotional intelligence in patients with panic disorder, generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Psychiatric Quarterly*, 84, 303-311.
- Palmer, B. R., Gignac, G., Manocha, R., & Syough, C. (2004). A psychometric evaluation of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test Version 2.0. *Intelligence*, 33, 285-305.
- Panaite, V., Bylsma, L.M. (2012). Alexithymia. *Encyclopedia of Human Behavior*

- (2th ed.) (pp. 92-99). New York, NY: Academic Press.
- Panayiotou, G., Leonidou, C., Constantinou, E., Hart, J., Rinehart, K.L., Sy, J.T., & Björgvinsson, T. (2015). Do alexithymic individuals avoid their feelings? Experiential avoidance mediates the association between alexithymia, psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, *56*, 206-216
- Pandey, R., Mandal, M.K., Taylor, G.J., & Parker, J.D.A. (1996). Cross-cultural alexithymia: development and validation of a Hindi translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Clinical Psychology*, *52*, 173-176.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, *30*, 107-115.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale: III reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, *55*, 269-275.
- Pelissolo, A., Moukheiber, A., & Mallet, L. (2015). Obsessive-compulsive disorders and anxiety disorders: A comparison of personality and emotionality patterns. *Psychiatry Research*, *229*, 695-701.
- Pettit, J.W., Temple, S.R., Norton, P.J., Yaroslavsky, I., Grover, K.E., Morgan, S.T., & Schatte, D.J. (2009). Thought suppression and suicidal ideation: preliminary evidence in support of a robust association. *Depression and Anxiety*, *26*, 758-763.
- Picardi, A., Fagnani, C., Gigantesco, A., Toccaceli, V., Lega, I., & Stazi, M.A. (2011). Genetic influences on alexithymia and their relationship with depressive symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, *71*, 256-263.
- Pinheiro, M.B., Morosoli, J.J., Colodro-Conde, L., Ferreira, P.H., & Ordoñana, J.R. (2018). Genetic and environmental influences to low back pain and symptoms of depression and anxiety: A population-based twin study. *Journal of Psychosomatic Research*, *105*, 92-98.
- Pollatos, O., Werner, N.S., Duschek, S., Schandry, R., Matthias, E., Traut-Mattausch, E., & Herbert, B.M. (2011). Differential effects of alexithymia subscales on autonomic reactivity and anxiety during social stress. *Journal of Psychosomatic Research*, *70*, 525-533.
- Porcerelli, J.H., Olson, T.R., Presniak, M.D., Markova, T., & Miller, K. (2009). Defense mechanisms and major depressive disorder in African American women. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *197*, 736-741.
- Quilty, L.C., Taylor, G.J., McBride, C., & Bagby, R.M. (2017). Relationships among alexithymia, therapeutic alliance, and psychotherapy outcome in major depressive disorder. *Psychiatry Research*, *254*, 75-79.
- Rieffe, C., Oosterveld, P., Terwogt, M.M., Novin, S., Nasiri, H., & Latifian, M.

مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس ...

- (2010). Relationship between alexithymia, mood and internalizing symptoms in children and young adolescents: Evidence from an Iranian sample. *Personality and Individual Differences*, 48, 425-430.
- Ruscio, A.M., & Khazanov, G.K. (2017). Anxiety and depression. *The Oxford Handbook of Mood Disorders*. Oxford University Press, New York, NY; 313-324.
- Sarno, I., Madeddu, F., & Gratz, K.L. (2010). Self-injury, psychiatric symptoms, and defense mechanisms: findings in an Italian nonclinical sample. *European Psychiatry*, 25, 136-145.
- Schultz, D.P., & Schultz, S.E. (2015). The study of the history of psychology. *Cengage Learning* (11th ed.). (pp. 1-20). United States, US: Harcourt College.
- Sild, M., Ruthazer, E.S., & Booij, L. (2017). Major depressive disorder and anxiety disorders from the glial perspective: Etiological mechanisms, intervention and monitoring. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 475-488.
- Stasiewicz, P.R., Bradizza, C.M., Gudleski, G.D., Coffey, S.F., Schlauch, R.C., Bailey, S.T., ... & Gulliver, S.B. (2012). The relationship of alexithymia to emotional dysregulation within an alcohol dependent treatment sample. *Addictive Behaviors*, 37, 469-476.
- Suslow, T., Kugel, H., Rufer, M., Redlich, R., Dohm, K., Grotegerd, D., ... & Dannlowski, U. (2016). Alexithymia is associated with attenuated automatic brain response to facial emotion in clinical depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 65, 194-200.
- Takahashi, J., Hirano, T., & Gyoba, J. (2015). Effects of facial expressions on visual short-term memory in relation to alexithymia traits. *Personality and Individual Differences*, 83, 128-135.
- Taylor, G.J., & Bagby, M. (2000). An overview of the alexithymia construct. In R. Bar-On & J.D.A. Parker (Eds.), *The Handbook of Emotional Intelligence*. (pp. 263-276). San Francisco: Jossey-Bass.
- Vaillant, G.E (2012). Defense mechanism. *Encyclopedia of Human Behavior* (2th ed.). (pp. 659-666). New York, NY: Academic Press.
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55, 89-98.
- Vink, D., Aartsen, M.J., & Schoevers, R.A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *Journal of Affective Disorders*, 106, 29-44.
- Wetterneck, C.T., Little, T.E., Chasson, G.S., Smith, A.H., Hart, J.M., Stanley, M.A., & Björgvinsson, T. (2011). Obsessive-compulsive personality traits: How are they related to OCD severity?. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 1024-1031.