

تبیین اختلال وسواسی - اجباری بر حسب سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی Explaining the role of attachment styles and defensive mechanisms in obsession-compulsion disorder

تاریخ پذیرش: ۸۷/۹/۲۴

تاریخ دریافت: ۸۶/۱۱/۲۶

Ahadi B. PhD[✉], Azizinejad F. MD,
Narimani M. PhD, Berahmand U. PhD

بتول احدی[✉]، فهیمه عزیزی‌نژاد^۱،
محمد نریمانی^۱، اوشا برهمند^۱

Abstract

Introduction: The present study aimed to explain the effects of early childhood experiences of patients with obsessive-compulsive disorder by comparing attachment styles and defensive mechanisms in these patients with normal individuals.

Method: A causal comparative research design was used. The statistical universe of the present study comprised all women suffer from obsessive-compulsive disorder residing in Yazd who sought treatment at Bahman Hospital during the first three months of 1385. The study sample included all those women approached the hospital on Saturdays, Mondays, and Wednesdays and diagnosed having obsessive-compulsive disorder by psychiatrist. The comparison group composed of 80 women from the normal population, who were possibly matched on age and educational status with the clinical group.

To assess attachment styles and defensive mechanisms, the standardized Persian version of the adult attachment interview (AAI) and defensive mechanisms questionnaire were used, by order. Data were analyzed using descriptive indices and means were compared using T-test for independent groups.

Results: Avoidant and ambivalent attachment styles were statistically greater among individuals with obsessive-compulsive disorder than normal controls. Normals tended to employ more mature defensive mechanisms than their obsessed counterparts.

Conclusion: First, parental overprotection and unresponsiveness are associated with obsessive-compulsive symptoms. Second, treatment of obsessive-compulsive disorder is accompanied by a significant increase in the use of mature defensive mechanisms.

Keywords: Obsession-Compulsive Disorder, Attachment Styles, Defensive Mechanisms

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی و تبیین تجارب اوایل کودکی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، به مقایسه سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی این بیماران با افراد عادی پرداخته است.

روش: روش تحقیق پژوهش حاضر پس‌رویدادی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری ساکن شهرستان یزد که در فاصله سه ماهه اول سال ۱۳۸۵ به بیمارستان بهمن یزد مراجعه کرده بودند، تشکیل می‌دهند. نمونه پژوهش شامل تمامی مراجعه‌کنندگانی بود که در روزهای زوج به بیمارستان فوق مراجعه کرده و توسط روان‌پزشک بیمارستان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری تشخیص داده شده بودند. گروه مقایسه نیز شامل هشتاد زن از جامعه عادی بود که از نظر سن و تحصیلات تا جای ممکن هم‌تای گروه نمونه بودند. برای اندازه‌گیری سبک‌های دلبستگی از فرم فارسی هنجاریابی‌شده فهرست دلبستگی بزرگسال (AAI) و برای اندازه‌گیری مکانیزم‌های دفاعی از فرم فارسی هنجاریابی‌شده پرسش‌نامه مکانیزم‌های دفاعی استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی و برای مقایسه میانگین‌ها از آزمون T برای گروه‌های همبسته استفاده شد.

یافته‌ها: میزان سبک‌های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا در افراد مبتلا به وسواس به‌طور معنی‌داری بیشتر از افراد بهنجار است. میزان مکانیزم‌های رشدیافته در افراد بهنجار بیشتر از افراد مبتلا به وسواس است.

نتیجه‌گیری: اولاً بین بیش‌حمایت‌کنندگی و کمتر پاسخ‌گو بودن والدین و علائم اختلال وسواسی-اجباری همبستگی وجود دارد. ثانیاً درمان اختلال وسواسی-اجباری با افزایش قابل‌ملاحظه استفاده از مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته همراه است.

کلیدواژه‌ها: اختلال وسواسی-اجباری، سبک‌های دلبستگی، مکانیزم‌های دفاعی

[✉] **Corresponding Author:** Department of Psychology, Faculty of Literature, Mohaghegh-e-Ardabili University, Ardabil, Iran
Email: ahadi@uma.ac.ir

[✉] گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
^۱ گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

اختلال وسواسی- اجباری از جمله اختلالات اضطرابی است که در ابتدا به واسطه تداوم افکار وسواسی مشخص می‌شود؛ افکار، تکانه‌ها یا تصاویر ذهنی مزاحم برانگیزنده اضطراب که اداره زندگی فرد را به دست گرفته و بر آن غالب می‌شوند [۱]. این اختلال یکی از ناتوان‌سازترین اختلالات اضطرابی است و از طرف سازمان بهداشت جهانی به عنوان یکی از علل اساسی ناتوانی شناخته شده است. افکار وسواسی اولین مولفه اختلال وسواسی- اجباری محسوب می‌شوند. دومین مولفه آن رواج وسواس‌های عملی است؛ فشار بر فرد مبتلا برای انجام مجموعه‌ای از اعمال تکراری غیرعقلانی بر طبق قواعد انعطاف‌ناپذیر درونی، که فرد با تصور کنترل زندگی ذهنی به آنها مبادرت می‌ورزد. در گذشته اعمال و افکار وسواسی مولفه‌های مجزای این اختلال در نظر گرفته می‌شدند، اما اخیراً به سمت یکپارچگی در دیدگاهی تک‌بعدی پیش می‌روند [۲، ۳]. فوتنتله و همکاران [۴]، ۱۰۱ بیمار بزرگسال مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری را با ۱۵ نمونه کلینیکی از اروپا، آسیا، آفریقا، آمریکای شمالی و -لاتین مقایسه کردند. این پژوهشگران شیوع بالاتر در زنان در مقایسه با مردان، شروع اختلال در سنین پایین و همانند شدن افکار و اعمال وسواسی را در تمامی فرهنگ‌ها مشاهده کردند و دریافتند که فرهنگ تاثیر کمی بر ویژگی‌های این اختلال دارد. پژوهش‌های شناختی اولیه به جای آمادگی زیربنایی ابتلا از دید تحولی، بر باورها و راهبردهای کنترل موثر بر تداوم و تشدید اختلال تمرکز کرده‌اند. اما الگوهای طبیعی، تصویری از اختلال وسواسی- اجباری به عنوان نتیجه‌ای از بدتنظیمی رفتارهای عادی و حالات روحی در طول تحول فرد ارایه می‌کنند. یافته‌های تازه‌تر شناختی- تحولی و نظریه دل‌بستگی، ساختارهای شناختی- عاطفی مانند بازنمایی درونی خود و جهان را به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های بااهمیت برای آسیب‌پذیری در این اختلال مطرح کرده‌اند. همچنین پیوندی قوی بین چنین بازنمایی‌های درونی، تعاملات ابتدایی والد- کودک را پیشنهاد می‌کنند. یافته‌ها حاکی از آنست که این تعاملات، با تحولات بعدی مفهوم خود، حساسیت بیش از حد و ادراک جهان به عنوان مکانی خطرناک، اما کنترل‌پذیر و در نتیجه آسیب‌پذیری زیربنایی، با اختلال مرتبط است [۵]. دل‌بستگی، پیوند عاطفی بین کودک در حال رشد و مادر است که از ابتدای تولد ایجاد می‌شود. اما تاثیر آن فقط محدود به دوران کودکی نیست، بلکه همه دوره‌های زندگی، حتی دوره سالمندی را در برمی‌گیرد [۶]. پژوهشگران دل‌بستگی، سه الگوی متمایز و یا سه سبک دل‌بستگی معرفی کرده‌اند که این طبقه‌بندی عمدتاً بر اساس گرمی و پاسخ‌دهی مراقبتی صورت گرفته است [۷].

دل‌بستگی ایمن ناشی از نحوه مراقبتی است که حساس و پاسخ‌ده است و احساس ایمنی و حمایت را سبب می‌شود. دل‌بستگی

اجتنابی با مراقبتی سرد، طردکننده و بدون حمایت توأم است و در نتیجه آن احساس خوداتکایی افزایش می‌یابد. دل‌بستگی دوسوگرا که با مراقبت بی‌ثبات و غیریکسان همراه است و سبب اضطراب و خشم می‌شود. درحالی‌که کاهش اضطراب یکی از کنش‌های سبک دل‌بستگی ایمن است، سبک‌های اجتنابی و دوسوگرا، تنیدگی و نگرانی فزاینده‌ای را به خود تحمیل می‌کنند و وی را به استفاده از شیوه‌های دفاعی ناکارآمد وادار می‌سازند. اعتماد به خود و اعتماد به دیگری دو ویژگی اساسی افراد ایمن محسوب می‌شوند. اعتماد به خود به عنوان یکی از مبانی درون‌روانی فردی که دارای دل‌بستگی ایمن است، فرد را قادر می‌سازد که در مواجهه با موقعیت‌های تنیدگی‌زا با مهارت بیشتری از مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته استفاده کند. فقدان اعتماد به خود نیز با تحلیل بنیادهای درون‌روانی قدرت، مواجهه نامطلوب با موقعیت‌های تنیدگی‌زا، استیصال و درماندگی روان‌شناختی را به فرد نایمن تحمیل کرده، تمسک او را به سبک‌های دفاعی رشدنیافته و نوروتیک توجیه می‌کند.

اعتقاد به این‌که ساختارهای شناختی- هیجانی پایدار، علت آسیب‌پذیری فرد در برابر اختلالات روانی است، موضوعی اساسی در نظریه‌های شناختی است. برخی نظریه‌پردازان [۸، ۹] از مفاهیمی مانند الگوهای عملی درونی از خود، دیگران و دیدگاه شخص نسبت به جهان (جهان‌بینی) برای توصیف اختلالات مختلف استفاده کرده‌اند.

در حالی که مدل‌های شناختی سنتی، درمان اختلال وسواسی- اجباری را تسهیل کرده‌اند، بحث‌های نظری، پیشینه باورهای ناکارآمد را به بازی می‌گیرند [۱۰]. دُرُن و کیریوس [۱۱] بر این باورند که توجه به ادراک فرد از خود و جهان‌بینی وی، ممکن است به درک گسترده‌تری از تحول و استمرار اختلال وسواسی- اجباری بیانجامد. یکی از محوری‌ترین فرضیه‌ها در زمینه نظریه دل‌بستگی پیشنهاد می‌کند که بازنمایی ذهنی تجارب دل‌بستگی دوران کودکی، به شدت بر کیفیت روابط بین فردی تاثیرگذار است، اما اطلاعات بیشتری را نیز می‌توان از ارزیابی مکانیزم‌های دفاعی به دست آورد که تصویری بالینی از روش‌های حل تعارضات و مقابله با منابع استرس در فرد ارایه می‌کنند. این دیدگاه یک‌پارچه می‌تواند تعاریف تشخیصی و نقطه‌نظرات درمانی را تسهیل سازد. فیچین و همکاران [۱۲] دریافتند که تطابق و شباهت میان رفتارهای عادی تحولی و ویژگی‌های اختلال وسواسی- اجباری ممکن است بیش از یک اتفاق باشد و رفتارهای فرد در این اختلال نتیجه‌ای از بدتنظیمی مدارهای نورونی است که اساساً در تشخیص تهدید و اجتناب از آسیب درگیرند.

تاکنون پژوهش‌های زیادی در زمینه ریشه‌یابی و درمان مبتلایان به اختلال وسواسی- اجباری صورت گرفته است. با این حال تاکنون در زمینه سبک‌های دل‌بستگی که می‌توانند از عوامل زمینه‌ساز استفاده از مکانیزم‌های دفاعی نامطلوب و در نتیجه ایجاد ناتوانی در

دانشجویان دانشگاه تهران توسط بشارت [۱۴] استاندارد شده است، دارای ۱۵ سؤال است و سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را در مقیاس لی‌سکرت (پنج‌درجه‌ای) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی تحت مقیاس‌های آزمون به ترتیب ۵ و ۲۵ بود. ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های مربوط به بخش ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل نمونه‌ها به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴ و ۰/۸۵ بود. ضرایب همبستگی بین نمره‌های نمونه‌ای ۳۰ نفری از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای سنجش اعتبار بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب در مورد سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۴ بود که نشانه رضایت‌بخش بودن اعتبار بازآزمایی است [۱۴]. روایی محتوایی مقیاس دلبستگی بزرگسال با سنجش ضریب‌های همبستگی بین نمره‌های ۱۵ نفر از متخصصان روان‌شناسی مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب توافق کندال برای سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۱ و ۰/۵۷ محاسبه شد. روایی هم‌گرایی مقیاس دلبستگی بزرگسال از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس‌های مشکلات "بین‌شخصی" و "حرمت خود" کوپر-اسمیت در مورد یک نمونه ۳۰ نفری از آزمودنی‌ها ارزیابی شد و مورد تایید قرار گرفت. به طوری که سبک دلبستگی ایمن با مشکلات بین‌شخصی همبستگی منفی معنی‌دار از $R = -0/61$ تا $R = -0/83$ و با حرمت خود همبستگی مثبت معنی‌دار از $R = 0/39$ تا $R = 0/41$ و سبک دلبستگی نایمن با مشکلات بین‌شخصی همبستگی مثبت معنی‌دار از $R = 0/26$ تا $R = 0/45$ و با حرمت خود همبستگی منفی اما غیرمعنی‌دار داشت [۱۴].

مکانیزم‌های دفاعی آزمودنی‌ها در این پژوهش با استفاده از فرم فارسی پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی که توسط بشارت و همکاران [۱۵] هنجاریابی شده است، اندازه‌گیری شد. این پرسش‌نامه ابزاری ۴۰ سؤالی و با مقیاس ۹ درجه‌ای لی‌کرت است که بیست مکانیزم دفاعی را برحسب سه سبک دفاعی رشدیافته (مانند مکانیزم والایش و شوخ‌طبعی)، نوروپیک (مانند آرمانی‌سازی و واکنش متضاد) و رشدنیافته (مانند جابه‌جایی و دلیل‌تراشی) می‌سنجد. ضریب‌های آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از سبک‌های رشدیافته، رشدنیافته و نوروپیک در فرم فارسی برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳، ۰/۷۴ به دست آمد که نشانه هم‌سانی درونی رضایت‌بخش برای فرم ایرانی پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی محسوب می‌شود [۱۵]. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ این سه زیرمقیاس در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۳ و ۰/۷۶ بود. اعتبار بازآزمایی پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی برای یک نمونه ۳۰ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای کل آزمودنی‌ها $R = 0/82$ محاسبه شد [۱۵]. برای تحلیل و تفسیر داده‌های پژوهش از شاخص‌های آماری شامل میانگین، انحراف استاندارد و خطای

فرد برای مقابله موثر با اضطراب و تمسک به شیوه‌های مرضی دفع آن در افراد مبتلا باشند، پژوهشی انجام نشده است. بنابراین پژوهش حاضر گامی است برای بررسی بیشتر این اختلال و پاسخ‌گویی به دو سؤال اساسی زیر:

- ۱- آیا تفاوت معنی‌داری بین سبک‌های دلبستگی (ایمن، اجتنابی و دوسوگرا) در گروه مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری و گروه بهنجار وجود دارد؟
- ۲- آیا تفاوت معنی‌داری بین مکانیزم‌های دفاعی (رشدیافته، رشدنیافته و نوروپیک) در گروه مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری و گروه بهنجار وجود دارد؟

روش

از آن جایی که متغیرهای پژوهش حاضر قابل دست‌کاری و کنترل نیستند، روش تحقیق پس‌رویدادی است [۱۳]. بدین ترتیب مولفه‌های مجزای هر یک از دو عامل سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی در دو گروه مبتلا به وسواسی- اجباری و بهنجار به منظور کشف ارتباط بین این دو عامل با اختلال بالینی وسواسی- اجباری، یک به یک مورد مقایسه قرار گرفته‌اند. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان مبتلا به وسواسی- اجباری در شهرستان یزد که در فاصله ۲۰ فروردین تا ۲۰ تیر ماه سال ۱۳۸۵ (سه ماه) به بیمارستان بهمن یزد مراجعه کرده‌اند، تشکیل داده‌اند. نمونه‌گیری در این پژوهش بدین ترتیب بود که کلیه زنان بیماری که در روزهای زوج (روز زوج به صورت تصادفی از میان روزهای زوج و روزهای فرد انتخاب شد) طی ۳ ماه به بیمارستان بهمن یزد مراجعه کرده بودند و توسط روان‌پزشک مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری تشخیص داده شده بودند نمونه پژوهش حاضر را تشکیل دادند ($N=80$). در روش‌های علی- مقایسه‌ای (پس‌رویدادی)، حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است [۱۳]. گروه مقایسه نیز از هشتاد نفر زن از جامعه عادی که از نظر سن و تحصیلات تا جای ممکن هم‌تای گروه نمونه بودند و سابقه اختلال روانی نداشتند، تشکیل شده بود. در رابطه با معیارهای ورود و خروج افراد به پژوهش حاضر لازم به ذکر است که کلیه آزمودنی‌هایی که در این مطالعه شرکت کردند، در صورت داشتن سابقه بیماری‌های روانی به غیر از وسواس و نیز در صورت وجود هم‌بودی با سایر اختلالات روانی از نمونه حذف شدند. همچنین عدم وجود اختلالات عضوی نظیر ضربه به سر، صرع، تشنج و تومور مغزی نیز مورد توجه قرار گرفت. اجرای آزمون‌ها به صورت انفرادی و در یک جلسه انجام شد و برای جلوگیری از تاثیر خستگی در آزمودنی‌ها، انتخاب اولویت اجرای آزمون‌ها برای هر بیمار، به صورت تصادفی صورت پذیرفت.

برای اندازه‌گیری سبک‌های دلبستگی از فهرست دلبستگی بزرگسال (AAI) استفاده شد. فرم هنجاریابی شده این آزمون که روی

جدول ۳) آزمون مقایسه میانگین مکانیزم‌های دفاعی در گروه‌های مورد مطالعه

متغیرها	t	سطح معنی داری
مکانیزم دفاعی رشدیافته	۲۴/۵	۰/۰۰۰
مکانیزم دفاعی نوروپیک	۰/۲۷	۰/۷۸
مکانیزم دفاعی رشدنا یافته	۱/۰۲	۰/۳۱

بحث

محور اصلی پژوهش حاضر، مقایسه سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری و افراد بهنجار بود. این پژوهش نشان داد میزان سبک دلبستگی اجتنابی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری به طور معنی داری بیش از همتاهای بهنجار خود است. گرچه در زمینه سبک‌های دلبستگی و اختلال وسواسی- اجباری پژوهش‌های بسیار اندکی انجام شده است، ولی بررسی نتایج به دست آمده از پژوهش‌های پیشین حاکی از آن است که دانشجویان دارای نمرات بالا در مقیاس افکار وسواسی، والدین خود را طردکننده تر ارزیابی می‌کنند. همچنین این پژوهش‌ها موید آن است که بین علایم وسواس و سبک دلبستگی ناایمن- اجتنابی همبستگی وجود دارد [۱۶]. افراد اجتنابی در کودکی به گونه‌ای طردشدگی را از جانب چهره دلبستگی تجربه می‌کنند و در واقع با انکار رابطه دلبستگی، خود را از خطر طرد بیشتر حفظ می‌کنند. از سوی دیگر منفی‌نگری اجتناب‌گرها نسبت به دیگران باعث می‌شود که این افراد با محرومیت از روابط و حمایت‌های عاطفی- اجتماعی، حداقل در مواجهه با برخی تنیدگی‌های زندگی نتوانند از روش‌های مثبت استفاده کنند و به بیماری‌هایی مانند اختلال وسواسی- اجباری مبتلا شوند.

در بررسی تفاوت سبک دلبستگی مضطرب دوسوگرا بین افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری و افراد بهنجار، نتایج حاصل از مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که میزان این سبک در گروه مبتلایان به وسواس به طور معنی داری بالاتر از گروه بهنجار است. بررسی پیشینه پژوهشی در این زمینه نشان می‌دهد کسانی که در مقیاس افکار وسواسی نمرات بالا به دست آورده بودند، والدین‌شان را بیش محافظت‌کننده، کمتر پاسخگو و از نظر عاطفی غیرقابل دسترس توصیف کرده بودند [۱۷]. تجارب اولیه دلبستگی، ادراکات فرد از خود و محیط را شکل می‌دهند و با توجه به نقش بازنمایی‌های آسیب‌دیده و مختل فرد مبتلا به وسواس از "خود" و "جهان"، این یافته استنباط می‌شود که تجارب اولیه در زمینه دلبستگی می‌توانند از عوامل زمینه‌ساز باورهای ناکارآمد در اختلال وسواسی- اجباری باشند.

مقایسه مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته بین افراد مبتلا به وسواسی- اجباری و افراد بهنجار حاکی از آن بود که گروه بهنجار

معیار میانگین و برای مقایسه گروه‌های تحت مطالعه از آزمون T گروه‌های همبسته استفاده شد. اطلاعات جمع‌آوری شده در برنامه SPSS 11 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱) میانگین و انحراف استاندارد سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی در گروه‌های مورد مطالعه

گروه‌ها	گروه بهنجار		وسواسی- اجباری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
دلبستگی	ایمن	۱۶/۷۲	۲/۰۲	۳/۵۰
	اجتنابی	۱۲/۲۵	۲/۸۸	۳/۸۵
	دوسوگرا	۱۳/۷۷	۳/۸۷	۴/۴۰
مکانیزم‌های دفاعی	رشدیافته	۶/۰۳	۱/۴۸	۱/۵۹
	نوروپیک	۵/۹۵	۱/۴۱	۱/۸۶
	رشدنا یافته	۴/۴۷	۰/۹۶	۱/۳۷

یافته‌ها

جدول ۱ شاخص‌های آماری متغیرهای مورد مطالعه را نشان می‌دهد. سؤال اول پژوهش حاضر این بود که آیا بین سبک‌های دلبستگی در گروه وسواسی و گروه بهنجار تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج حاصل از آزمون T برای سبک دلبستگی ایمن ($T=۱/۴۴, P=۰/۱۵$)، سبک دلبستگی اجتنابی ($T=۲/۱۶, P=۰/۰۳$) و سبک دلبستگی دوسوگرا ($T=۳/۱۵, P=۰/۰۰۲$) به دست آمد (جدول ۲). بنابراین میانگین نمرات سبک‌های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا در گروه مبتلایان به اختلال وسواسی- اجباری به طور معنی داری بیشتر از گروه بهنجار است.

جدول ۲) آزمون مقایسه میانگین سبک‌های دلبستگی در گروه‌های مورد مطالعه

متغیرها	t	سطح معنی داری
سبک دلبستگی ایمن	۱/۴۴	۰/۱۵
سبک دلبستگی اجتنابی	۲/۱۶	۰/۰۳
سبک دلبستگی دوسوگرا	۳/۱۵	۰/۰۰۲

در پاسخ به سؤال دوم پژوهش حاضر مبنی بر اینکه آیا بین مکانیزم‌های دفاعی گروه وسواسی و گروه بهنجار تفاوت معنی داری وجود دارد، از آزمون T برای گروه‌های همبسته به منظور بررسی تفاوت بین میانگین نمرات آزمودنی‌ها در دو گروه (وسواسی و بهنجار) استفاده شد. همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، بین مکانیزم دفاعی رشدیافته گروه وسواسی و گروه بهنجار تفاوت وجود دارد. ولی تفاوت میانگین مکانیزم دفاعی رشدنا یافته و نوروپیک بین دو گروه مورد مطالعه معنی دار ارزیابی نشد.

- 3- Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiat*. 2005;(162):228-38.
- 4- Fontenelle LF, Mendlowies MV, Marques C, Versiani M. Trans-cultural aspects of obsessive-compulsive disorder: A description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. *J Psychiat Res*. 2004;(38):403-31.
- 5- Parkes CM, Stevenson-Hinde J, Marris JP. Attachment across the life. London/New York: Tavistack; 1991. p. 165-98.
- 6- Ainsworth MDS, Belhar M, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. 2nd ed. Hillsdale: Erlbaum; 1978. p. 345-73.
- 7- Feeney JA, Kirkpatrick LA. Effects of adult attachment and presence of romantic partners on physiological responses to stress. *J Personal Social Psychol*. 1996;70:255-70.
- 8-Bowlby J. Attachment and loss. Vol 1. New York: Basic Books; 1969. p. 67-73.
- 9- Janoff-Bulman R. Understanding people in terms of their assumptive worlds. *Pers Personal*. 1991;(3):99-116.
- 10- Bhar S, Kyrios M. Ambivalent self-esteem as meta-vulnerability for obsessive-compulsive disorder. *Self concept theory, research and practice: advances from the new millennium*. Sydney (Australia): Self Research Center; 2000. p. 143-156.
- 11- Doron G, kirios M. Obsessive-compulsive disorder: A review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Am J Psychiat*. 2004;(38):524-32.
- 12- Feygin DL, Swain JE, Leckman JF. The normalcy of neurosis: Evolutionary origins of obsessive-compulsive disorder and related behaviors. *Progress Neuro-Psychopharmacol Biolog Psychiat*. 2006;30(5):854-64.
- ۱۳- دلاور علی. مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. چاپ چهارم. تهران: انتشارات رشد؛ ۱۳۸۴. ص. ۵-۳۹۳.
- ۱۴- بشارت محمدعلی. هنجاریابی مقیاس دلبستگی بزرگسال. تهران: معاونت پژوهشی دانشگاه تهران؛ ۱۳۸۴. ص. ۶۵-۱۵۲.
- ۱۵- بشارت محمدعلی، شریفی محمد، ابروانی مهدی. بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی. *مجله روان‌شناسی*. ۱۳۸۰؛۱۹(۳):۸۹-۲۷۷.
- 16- Trautman K. Quality of attachment and cognitive schemata in depression and obsessive compulsive phenomena [Dissertation]. Melbourne, Australia: University of Melbourne; 1994. p. 258-272.
- 17- Cassidy J, Berlin LJ. The insecure ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Dev*. 1994;(65):971-91.
- 18- Albuher MD, Ronald C, Abelson MD, James L, Randolph MD, Esse M. Defense mechanism changes in successfully treated patients with obsessive-compulsive disorder. *Am Psychiat*. 1997;(58):558-9.

نسبت به گروه مبتلایان به اختلال وسواس از مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته بیشتر استفاده می‌کنند و این تفاوت معنی‌دار بود. این یافته در سایر مطالعات نیز مشاهده شده است. آبوچر و همکاران [۱۸] در پژوهشی به بررسی این موضوع پرداختند که پس از درمان موفقیت‌آمیز اختلال وسواسی- اجباری، چه تغییراتی در مکانیزم‌های دفاعی افراد ایجاد می‌شود. این پژوهش نشان داد که پس از درمان، این دسته از افراد به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای از مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته استفاده می‌کنند. سازگاری بهینه، حداکثر رضایت و تعادل میان انگیزه‌های متعارض در شخص، از ویژگی‌های مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته هستند که با اندازه‌های عینی موفقیت در زندگی همبستگی بالایی دارند. یافته پژوهشی حاضر، هم‌خوان با پژوهش‌های پیشین و مبین آن است که به موازات بهبودی، برگشت‌پذیری مکانیزم‌های دفاعی سالم‌تر در افراد بیمار مشاهده می‌شود.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی پژوهش حاضر موید آن است که الگوهای دلبستگی ناایمن (اجتنابی و مضطرب- دوسوگرا) می‌توانند به عنوان عوامل خطر سازی که آستانه آسیب‌پذیری فرد را در برابر استرس کاهش می‌دهند، مورد توجه قرار گیرند. از این‌رو می‌توان بر نقش مهم درمانگر در درک نیازهای دلبستگی بیمار مبتلا به وسواسی- اجباری و ایفای نقش پایگاه امن در جهت ایجاد احساس امنیت در وی تاکید کرد. همچنین با در نظر گرفتن واپس‌روی بیمار مبتلا به وسواسی- اجباری در استفاده از مکانیزم‌های دفاعی ناسالم این احتمال وجود دارد که با آموزش تکنیک‌های رشدیافته مقابله با اضطراب به این بیماران، چگونگی مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا و بهبود بیماری آنان تسریع شود.

منابع

- 1- Stein DJ. Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorders. *Biolog Psychiat*. 2002;(47):296-304.
- 2- Evans DW, Leckman JF. Origins of obsessive-compulsive disorder: Developmental and evolutionary perspective. *Dev Psychol*. 2006;(72):321-32.