



Interaction of conscious and unconscious mechanisms in coping with chronic pain

Manijeh Firoozi^{1*}

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

ABSTRACT

Aims and background: Patients use various consciousness and unconsciousness mechanisms to deal with pain. The relationship between mature, immature and neurotic defense mechanism with adaptive and non-adaptive emotion regulation strategies was investigated.

Materials and methods: In this correlative study, 200 patients with chronic pain participated in this study from Akhtar and Labafi Nejad hospitals. Participants completed the Defensive Styles Questionnaire (DSQ) and the Cognitive Emotion Regulation strategies- Short Form Questionnaire (CERQ-Short). A stepwise regression was used to analyze the findings.

Findings: Regression analysis showed a significant positive correlation between immature and neurotic defense mechanism with non-adaptive emotion regulation strategies and there is significant negative correlation with adaptive strategies of cognitive-emotional regulation. In addition, there is no significant relationship between mature defense mechanisms with adaptive and non-adaptive cognitive-emotional regulation strategies.

Conclusion: Using immature and neurotic defense mechanism in patients with chronic pain, predicts less adaptive strategies and more non-adaptive emotional regulation strategies. Therefore, in order to motivate the patients by applying adaptive strategies for pain management, it is necessary to overcome unconscious processes.

Keywords: chronic pain, defense mechanisms, emotional regulation, adaptive and non-adaptive coping strategies

► Please cite this paper as:

Manijeh Firoozi[Interaction of conscious and unconscious mechanisms in coping to chronic pain(Persian)]. J Anesth Pain 2020;10(4):1-13.

Corresponding Author: Manijeh Firoozi, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

Email: mfiroozy@ut.ac.ir

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۰، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۸

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۰، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۸

تعامل مکانیسم‌های مقابله هوشیار و ناهشیار در سازش با درد مزمن

منیژه فیروزی^{*۱}

۱. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۶/۱۷

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۸/۵/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: برای مقابله با درد، بیماران از مکانیسم‌های هشیار و ناهشیار متعدد بهره می‌گیرند. هدف اصلی این پژوهش مطالعه ارتباط بین مکانیسم‌های دفاعی پخته، ناپخته و روان‌آزرده با راهبردهای انطباقی و غیر انطباقی تنظیم هیجان بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه همبستگی، ۲۰۰ بیمار مبتلا به درد از بیمارستان اختر و لبافی نژاد شرکت کردند. شرکت‌کننده‌ها پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ) و پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان - فرم کوتاه (CERQ-short) را تکمیل نمودند. از رگرسیون گام‌به‌گام برای تحلیل یافته‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل رگرسیون نشان داد بین مکانیسم‌های دفاعی ناپخته و روان‌آزرده با راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان رابطه مثبت معنادار و با راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان رابطه منفی معنادار وجود دارد. علاوه بر آن بین مکانیسم‌های دفاعی پخته با راهبردهای غیر انطباقی و با راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان رابطه معناداری وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناپخته و روان‌آزرده در بیماران مبتلا به درد مزمن، پیش‌بینی‌کننده به کارگیری کمتر راهبردهای انطباقی و روی آوردن بیشتر به راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان است. بنابراین، برای ترغیب بیماران برای به کارگیری راهبردهای سودمند برای مدیریت درد، لازم است تا به فرایندهای ناهشیار مداخله گر غلبه شود.

کلمات کلیدی: درد مزمن، مکانیسم‌های دفاعی، تنظیم هیجان، راهبردهای انطباقی و غیر انطباقی

مقدمه

اختلالات روان‌شناختی با درد مزمن در طیفی از افسردگی، اضطراب، اختلالات شخصیتی و یا راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه (از قبیل، ترس، اجتناب و فاجعه‌سازی) قابل

بیماران مبتلا به درد مزمن با طیف گسترده‌ای از شرایط دشوار و فشارهای روان‌شناختی مواجه هستند که می‌بایست به طور موثری با آن کنار آیند^(۱). همبودی

نویسنده مسئول: منیژه فیروزی، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
پست الکترونیک: mfiroozy@ut.ac.ir

بین تنظیم هیجان، شدت هیجانی و پاسخ عاطفی مبتلایان به رماتیسم مفصلی را بررسی کردند. نتایج نشان دادند که تغییر در میزان پاسخ به درد تحت تأثیر تنظیم هیجانی و شدت هیجان است. به عبارت دیگر افرادی که توانایی تنظیم هیجانی کمتر و شدت هیجانی بالاتری دارند، در لحظاتی که درد شدیدی تجربه می‌کنند پاسخ‌های عاطفی بدتری بروز می‌دهند.

هشت راهبرد رای مقابله با هیجان شناسایی شده است: مواجهه‌ای، فاصله گرفتن، خویشتن‌داری، طلب حمایت‌های اجتماعی، پذیرش مسئولیت، گریز-اجتناب، حل مسئله به صورت برنامه‌ریزی‌شده و ارزیابی مجدد مثبت. در این پژوهش این راهبردهای تنظیم هیجان، به عنوان مکانیسم‌های هشیار در نظر گرفته شده‌اند که افراد آگاهانه و خودخواسته از آن بهره می‌گیرند.^(۹)

مکانیسم‌های دفاعی، فرآیندهای تنظیم‌کننده خودکاری هستند که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی از طریق تأثیرگذاری بر چگونگی ادراک حوادث تهدیدکننده راه‌اندازی می‌شوند.^(۱۰) در واقع مکانیسم‌های دفاعی؛ احساسات، افکار یا رفتارهای الگو شده‌ای هستند که نسبتاً غیرارادی بوده و در پاسخ به ادراک خطر برانگیخته می‌شوند.^(۱۱) آن‌ها نوعی فرآیند ذهنی یا سبک مقابله‌ای هستند که منجر به ظهور واکنش‌های روان‌شناختی خودکار شده تا از فرد در برابر اضطراب محافظت کنند.^(۱۲)

هنگامی که افراد نتوانند با روش‌های منطقی و مستقیم اضطراب و مشکلات خود را کنترل کنند، به روش‌های غیرمستقیم، یعنی مکانیسم‌های دفاعی متوسل می‌شوند.^(۱۳) بنابراین مکانیسم‌های دفاعی مسئولیت محافظت از رکن اصلی شخصیت را در مواجهه با شکل‌های مختلف اضطراب بر عهده دارند.^(۱۴) بررسی‌های متعددی از این فرض حمایت کرده‌اند که سلامت جسمی و روانی افراد به‌طور معناداری با مکانیسم‌های دفاعی آن‌ها در ارتباط است.^(۱۵) مکانیسم‌های دفاعی شیوه‌های واکنش فرد به تعارض هیجانی و تنیدگی‌های درونی و

مشاهده است.^(۱۶) زندگی کردن با درد مزمن مستلزم فشار عاطفی قابل توجهی است به طوری که توانایی عاطفی و هیجانی فرد بیمار کاهش می‌یابد و نهایتاً باعث تضعیف عملکرد هیجانی، احساس ناامیدی، درماندگی و افسردگی در بیمار می‌گردد.^(۱۷)

افراد مبتلا به درد مزمن راهبردهای مقابله‌گوناگونی را به کار می‌گیرند که برخی از آن‌ها انطباقی و برخی غیر انطباقی است. مطالعات انجام شده در مورد بیماران مبتلا به درد مزمن نشان داده در حالی که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای فعال (مانند تلاش برای انجام وظایف علی‌رغم وجود درد، عدم توجه به درد، استفاده از آرامش عضلانی) دارای نتایج انطباقی است، استفاده از راهبردهای مقابله غیرفعال (وابستگی و یا تکیه کردن به دیگران برای دریافت کمک جهت کنترل درد و در محدوده‌ی فعالیت) با افسردگی، درد و ناتوانی جسمی شدیدتر همراه است.^(۱۸) یکی از راهبردهایی که می‌تواند باعث تعدیل ادراک درد و اثرات آن گردد فرآیندهای مقابله با درد و تنظیم هیجانات است. تجربه هیجانهای منفی بین بیماران مبتلا به درد مزمن امری طبیعی است اما آنها در میزان شناسایی هیجان، پذیرفتن آن، استفاده از آن در صورت امکان و ادامه دادن به عملکرد خود به رغم وجود هیجان تفاوت‌های فردی زیادی دارند (۵). از آنجا که تجربه‌های هیجانی ناخوشایند، درد ادراک شده را افزایش می‌دهد، نحوه تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. تنظیم هیجان، همانند یک ترموستات برقرار کننده تعادل است، بدین مفهوم که می‌تواند هیجان‌ها را تعدیل کرده و آن‌ها را قابل کنترل سازد. بسیاری از پژوهش‌ها همگرا باهم نشان داده‌اند که تنظیم هیجان و مؤلفه‌های هیجانی مانند توجه و کنترل ادراک شده به طور مستقیم شدت، فراوانی و طول دوره ادراک درد را تحت تأثیر قرار می‌دهد.^(۱۹) هولتون، بری و چنی^(۲۰) با استفاده از یک طرح پژوهشی آینده‌نگر بر روی مبتلایان به اختلال درد مزمن دریافتند که تنظیم هیجان سازگاران یک متغیر پیش‌بین اصلی برای شدت ادراک درد است. هانسن و همکاران^(۲۱) ارتباط

مزمّن می‌شود. دوم پژوهش‌های بسیار اندکی به مطالعه مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به درد مزمن پرداخته‌اند. این حوزه از علم نیاز به رشد بیشتری دارد. هدف اصلی این پژوهش مطالعه ارتباط بین مکانیسم‌های دفاعی پخته، ناپخته و روان آزرده با راهبردهای انطباقی و غیر انطباقی تنظیم هیجان بود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر به یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی همبستگی است. بر اساس جدول مورگان، ۲۰۰ نفر بیمار مبتلا به درد مزمن بالای ۲۰ سال از بیمارستان اختر و لبافی‌نژاد به روش داوطلبانه در این پژوهش شرکت کردند. معیارهای ورود شامل محدوده سنی بین ۲۰ - ۶۰ سال، دارا بودن تحصیلات حداقل متوسطه و سپری شدن حداقل یک سال از تشخیص بیماری و معیارهای خروج شامل درد ناتوان‌کننده و شدید که مانع پاسخگویی به سوالات پژوهش شود، داشتن سابقه روان پزشکی جدی، تحت درمان روان پزشکی (مصرف داروهای روان پزشکی) و درمان‌های روان شناختی بود. پس از اخذ مجوز از مسئولین بیمارستان جهت اجرای پروژه، شرکت‌کننده‌های در پژوهش، پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ) و پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان - فرم کوتاه (CERQ-short) را تکمیل نمودند. پیش از آن برای بیماران توضیح داده شد که هر زمان که مایل بودند می‌توانستند پژوهش را ترک کنند. همچنین، به آنها اطمینان داده شد که نام آنها در هیچ جایی درج نخواهد شد. برخی از شرکت‌کننده‌ها مایل بودند از نتیجه آزمون خود با خبر شوند. در پایان، پژوهش، اطلاعات درخواستی همراه با توصیه‌هایی برای تنظیم هیجان از طریق تلگرام در اختیار آنها قرار گرفت. این پژوهش با کد اخلاق IR.SSU.MEDICINE.REC.1397,399 اجرا شد. بعد از اتمام مرحله جمع‌آوری اطلاعات، داده‌های به دست آمده نمره‌گذاری شده و از طریق نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

بیرونی روزمره را تحت تأثیر قرار می‌دهند^(۱۶). بر این اساس، دفاع، تقلای انگیزه شده‌ای است که هیجان دردناک را به حداقل و هیجان لذت‌بخش را به حداکثر می‌رساند^(۱۷). فولد، جانگ و آرنز^(۱۸) در مدلی نشان دادند که ارتقا مکانیسم‌های سازگارتر به بهبود ظرفیت خود مراقبتی، افزایش انعطاف‌پذیری در پاسخ به محیط، افزایش فعالیت و روابط بین فردی موثر می‌انجامد. تاشک، مریکی و هلمز^(۱۹) در پژوهشی بیان کردند که مکانیسم‌های دفاعی نقش شفا بخشی دارند و به کارگیری صحیح آنها نه تنها می‌تواند علائم بیماری را کاهش دهد، بلکه موجب کاهش درد می‌شود. تاتوگلو و همکاران^(۲۰) گزارش نمودند که مکانیسم‌های دفاعی جابه‌جایی و سرکوبگری بیش از مکانیسم‌های دفاعی دیگر موجب کیفیت پایین زندگی در جنبه‌های جسمی بیماران شدند و مکانیسم‌های فرافکنی و تشکل واکنشی در کاهش جنبه‌های شناختی و نقش اجتماعی بیماران اثرگذار بودند. پژوهشها آشکار کردند که مکانیسم‌های دفاعی ناپخته مانند تلاش برای سرکوب، نادیده گرفتن و بازداری از هیجان‌ها و یا تلاش برای کنترل بیش‌ازحد هیجانات از طریق نگرانی نشخوار فکری منجر به افزایش شدت و ادراک درد می‌شود^(۲۱).

گیلیام، برنز، کوآرتانا و همکاران^(۲۲) در مطالعه‌ای که هم مکانیسم‌های هشیار و هم ناهشیار تنظیم هیجان را مطالعه کردند، دریافتند افرادی که نمرات بالاتری در زیر مقیاس‌های نشخوار فکری و درماندگی مقیاس فاجعه‌سازی درد کسب کردند و بیشتر مستعد سرکوب افکار و هیجان‌های ناخواسته بودند، در دوره بهبود درد بیشتری را ادراک می‌کردند.

در این پژوهش برای نخستین مرتبه رابطه مکانیسم‌های هشیار و ناهشیار به طور همسان مورد مطالعه قرار گرفت. ممکن است که شکست در درمان‌های شناختی درد مزمن ریشه در فرایندهای ناهشیارانه مانند مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد داشته باشد. بنابراین، مطالعه همزمان موجب گسترش دیدگاه برای درمان روان‌شناختی دردهای

و نوروپیک فرم فارسی مقیاس در یک نمونه‌ی دانشجویی برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳، ۰/۷۴ و برای دانشجویان دختر ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۴ و برای دانشجویان پسر ۰/۷۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۲ بود که نشانه‌ی همسانی درونی رضایت‌بخش برای فرم ایرانی پرسش‌نامه‌ی سبک‌های دفاعی محسوب می‌شود. پایایی باز آزمایی پرسش‌نامه‌ی سبک‌های دفاعی برای یک نمونه‌ی ۳۰ نفری در دو نوبت با فاصله‌ی ۴ هفته برای کل آزمودنی‌ها $r = 0/82$ ، آزمودنی‌های پسر $r = 0/81$ و آزمودنی‌های دختر $r = 0/84$ محاسبه شد^(۲۶).

یافته‌ها

در این پژوهش درنهایت ۲۰۰ نفر مشارکت داشتند که از این تعداد ۸۸ نفر مرد (۴۴ درصد) و ۱۱۲ نفر (۵۶ درصد) زن بودند. از نظر وضعیت تأهل، ۴۲ نفر (۲۱ درصد) مجرد، ۱۴۳ نفر (۷۱.۵ درصد) متأهل و ۱۷ نفر هم مطلقه یا متارکه بودند. وضعیت شغلی شرکت‌کنندگان در پژوهش هم باین صورت بود: ۹۷ نفر (۴۸.۵ درصد) شاغل، ۵۹ نفر (۲۹.۵ درصد) خانه‌دار، ۱۰ نفر (۵ درصد) بازنشسته و ۳۴ نفر (۱۷ درصد) هم بیکار بودند. از لحاظ سطح تحصیلات نیز ۴ نفر (۲ درصد) بی‌سواد، ۲۷ نفر (۱۳.۵ درصد) سیکل، ۴۲ نفر (۲۱ درصد) دیپلم، ۴۱ نفر (۲۰.۵ درصد) فوق‌دیپلم، ۵۴ نفر (۲۷ درصد) لیسانس و ۳۲ نفر (۱۶ درصد) دارای مدرک فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. از لحاظ شدت درد ۴۴ نفر (۲۲ درصد) دارای درد ملایم، ۷۹ نفر (۳۹.۵ درصد) درد متوسط، ۵۰ نفر (۲۵ درصد) درد شدید، ۲۲ نفر (۱۱ درصد) درد بسیار شدید و ۵ نفر (۲.۵ درصد) بدترین حالت درد را تجربه می‌کردند. محدوده سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش بین ۲۰ تا ۶۸ بود که اکثریت شرکت‌کنندگان بین ۳۱ تا ۴۰ سال سن داشتند. ۵۹ درصد از افراد شرکت‌کننده از مکانیسم‌های دفاعی پخته، ۶۷ درصد از مکانیسم‌های دفاعی ناپخته و ۷۲ درصد از مکانیسم‌های دفاعی روان‌آزرده استفاده می‌کنند. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان - فرم کوتاه ۱۸ گویه‌ای (CERQ-short)

گارفنسی و همکاران^(۲۳) با تمرکز بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در مواجهه با حوادث تهدیدکننده و استرس‌زای زندگی، این ابزار را ساختند. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان از نه زیر مقیاس تشکیل شده است و هر مقیاس آن یک فرآیند مقابله شناختی را می‌سنجد: خود سرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر/نشخوارگری، فاجعه‌نمایی، کم‌اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی. پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۹۳ به دست آمد. در ایران پژوهشگران مختلف به بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه این پرسشنامه پرداخته‌اند. به طور مثال، بشارت و بزازیان^(۲۴) به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه ۱۸ گویه‌ای پرداخته‌اند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که پرسشنامه ۱۸ گویه‌ای تنظیم هیجانی از روایی و پایایی لازم برخوردار است.

د - پرسشنامه سبک‌های دفاعی

اندروز، سینگ و بند^(۲۵) این پرسش‌نامه را که یک ابزار ۴۰ سؤالی است، ساختند. این پرسشنامه در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) بیست مکانیسم دفاعی را بر حسب سه سبک دفاعی رشد یافته، نوروپیک و رشد نایافته را می‌سنجد. سبک دفاعی رشد یافته شامل مکانیسم‌های والایش، شوخ‌طبعی، پیش‌بینی و فرونشانی است. مکانیسم‌های مربوط به سبک دفاعی نوروپیک عبارت‌اند از: ابطال، نوع‌دوستی کاذب، آرمانی‌سازی و واکنش متضاد. سبک دفاعی رشد نایافته شامل دوازده مکانیسم دفاعی است: فرافکنی، پرخاشگری غیرفعال، عملی‌سازی، مجزاسازی، ناآرزنده‌سازی، خیال‌پردازی اوتیستیک، انکار، جابجایی، تفرق، دوپارگی، دلیل‌تراشی و بدنی‌سازی. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از سبک‌های دفاعی رضایت‌بخش توصیف شده‌اند ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از سبک‌های رشد یافته، رشد نایافته

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
مکانیسم‌های دفاعی پخته	۲۶	۷۱	۴۶.۱۱	۹.۹۷
مکانیسم‌های دفاعی ناپخته	۵۷	۱۷۰	۱۱۳.۷۵	۲۰.۴۶
مکانیسم‌های دفاعی روان آزوده	۲۳	۶۶	۴۶.۲۰	۹.۱۰
راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان	۳۴	۱۲۵	۸۹/۵۶	۱۲/۳
راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان	۱۸	۴۶	۳۳.۰۳	۶.۰۹

در جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای مستقل با راهکارهای انطباقی و غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان آمده است.

جدول ۲: ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای مستقل و وابسته

متغیرها	راهکارهای انطباقی	راهکارهای غیر انطباقی
مکانیسم‌های دفاعی پخته	۰.۱۵	-۰.۱۴
مکانیسم‌های دفاعی ناپخته	-۰.۴۶**	۰.۴۳**
مکانیسم‌های دفاعی روان آزوده	-۰.۳۳**	۰.۴۳**

** $P \geq 0.01$ * $P \geq 0.05$

همچنین آماره‌های تولرانس و VIF به دست آمده در ستون آخر جدول ضرایب تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که مفروضه عدم هم خطی چندگانه رعایت شده است. مقادیر تولرانس بالاتر از 0.10 و VIF کمتر از 10 نشان‌دهنده عدم هم خطی چندگانه است که نتایج نشان داده شده در جدول حاکی از رعایت این مفروضه است. همچنین آماره دوربین-واتسون $1/908$ به دست آمد که نشان‌دهنده استقلال خطاهای رگرسیون است؛ بنابراین همه مفروضات رگرسیون خطی برقرار بود.

نتایج رگرسیون گام‌به‌گام در جدول ۳ نشان می‌دهد که از بین متغیرهای پیش‌بین، متغیرهای مکانیسم‌های دفاعی ناپخته و روان آزوده به طور معنی‌داری بر راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان تأثیر دارند.

برای تعیین میزان تعامل مکانیسم‌های دفاعی بر راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان در بیماران درد مزمن از رگرسیون خطی چندگانه به روش گام‌به‌گام استفاده شد.

ابتدا پیش‌فرض‌های آزمون رگرسیون خطی شامل غربالگری داده‌ها، واریانس مقادیر پرت چند متغیره، نرمال بودن باقیمانده استاندارد نشده، عدم هم‌خطی چندگانه و استقلال خطاها مورد بررسی قرار گرفت. در مرحله غربالگری داده‌ها وجود مقادیر گمشده بررسی شد و به خاطر اهمیت داده‌های جمع‌آوری شده از روش محافظه‌کارانه حذف فهرستی در تحلیل رگرسیون استفاده شد. در مرحله واریانس مقادیر پرت چند متغیره با استفاده فاصله مهالانویس داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۳: مقادیر آنوای تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای متغیر وابسته راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجانی

مدل	شاخص	مجموع مجزورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری
مکانیسم‌های دفاعی ناپخته	رگرسیون	۹۲۳/۷۶۲	۱	۲۸/۲۷۸	۰/۰۰۰
	باقیمانده	۶۴۶۸/۰۵۸	۱۹۸		
	کل	۷۳۹۱/۸۲۰	۱۹۹		
مکانیسم‌های دفاعی ناپخته، و مکانیسم دفاعی روان آزرده	رگرسیون	۱۲۹۶/۹۶۹	۳	۱۳/۹۰۳	۰/۰۰۰
	باقیمانده	۶۰۹۴/۸۵۱	۱۹۶		
	کل	۷۳۹۱/۸۲۰	۱۹۹		

جدول ۴: ضرایب تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای متغیر وابسته راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجانی

آماره هم‌خطی	sig	t	sig	F	β	ضرایب غیراستاندارد		آماره پیش‌بین
						SEB	B	
VIF	تولرانس	۰/۰۰۰	۵/۴۰۸	۰/۰۰۰	۲۸/۲۷۸		۲/۸۷۴	۱۵/۵۴۰
۱/۰۶۸	۰/۹۳۶	۰/۰۹	۰/۶۵۳	۰/۰۸	۱۷/۳۰۲	۰/۳۱۲	۰/۰۴۱	۰/۱۹۱
۱/۰۰۵	۰/۹۹۵	۰/۰۱۱	-۴/۵۷۷	۰/۰۰۰	۱۳/۹۰۳	-۰/۳۶۸	۰/۲۶۰	-۰/۲۶۰
۱/۰۷۳	۰/۹۳۲	۰/۰۱۴	-۲/۴۸۹	۰/۰۰۰	۲۸/۲۷۸	-۰/۳۵۲	۰/۱۱۲	-۰/۱۱۲

علامت منفی ضرایب بتای هر سه متغیر نشان می‌دهد که جهت این تأثیر معکوس است؛ یعنی هرچه استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناپخته و مکانیسم‌های دفاعی روان آزرده بیشتر باشد استفاده از راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجانی کمتر می‌شود و برعکس.

مطابق با جدول ۴ مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته با ضریب استاندارد ۰/۳۶۸ بیشترین سهم را به خود اختصاص داده است و متغیر مکانیسم‌های دفاعی روان آزرده با ضریب ۰/۳۵۲ به نسبت کمتری بر متغیر وابسته تأثیر دارد اما مکانیسم دفاعی ناپخته کمترین سهم را به خود اختصاص داده است.

جدول ۵: مقادیر آنوای تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای متغیر وابسته راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجانی

مدل	شاخص	مجموع مجزورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری
مکانیسم‌های دفاعی ناپخته	رگرسیون	۴۳۳/۵۹۱	۱	۲۴/۴۶۵	۰/۰۰۰
	باقیمانده	۳۵۰۹/۲۰۴	۱۹۸		
	کل	۳۹۴۲/۷۹۵	۱۹۹		
مکانیسم‌های دفاعی ناپخته و مکانیسم دفاعی روان آزرده	رگرسیون	۸۹۸/۶۹۲	۳	۳۱/۲۸۸	۰/۰۰۰
	باقیمانده	۳۰۴۴/۱۰۳	۱۹۶		
	کل	۳۹۴۲/۷۹۵	۱۹۹		

ناپخته و روان آزرده به طور معنی‌داری بر راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان تأثیر دارند.

نتایج رگرسیون گام‌به‌گام در جدول ۵ نشان می‌دهد که از بین متغیرهای پیش‌بین، متغیرهای مکانیسم‌های دفاعی

جدول ۶: ضرایب تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای متغیر وابسته راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجانی

آماره هم خطی		sig	t	β	ضرایب غیراستاندارد		مدل
VIF	تولرانس				SEB	B	
۱/۰۰۳	۰/۵۲۴	۰/۰۶	۵/۱۴۷	۰-/۱۳۲	۰/۰۲۹	۰-/۱۴۸	مکانیسم‌های دفاعی پخته
۱/۲۷۳	۰/۷۸۶	۰/۰۰۰	۴/۱۹۷	۰/۳۹۴	۰/۰۱۵	۰/۰۶۴	مکانیسم‌های دفاعی ناپخته
۱/۲۳۶	۰/۸۰۹	۰/۰۱۹	۲/۳۶۰	۰/۳۶۳	۰/۰۳۴	۰/۰۸۰	مکانیسم‌های دفاعی روان آزرده
		۰/۰۰۰	۸/۸۶۸		۲/۳۰۹	۲۰/۴۷۶	مقدار ثابت

که می‌تواند نقش پررنگ آنها را در مصالحه با شرایط ناشی از درد آشکار کند. به عبارتی، بیماران مبتلا به درد مزمن مشکلات ناشی از درد را از طریق مکانیسم‌های دفاعی حل و فصل می‌نمایند و کمتر از راهبردهای تنظیم هیجان استفاده می‌کنند. در واقع می‌توان پدیده درد را به‌عنوان تعارضی پویا در نظر گرفت. طبق دیدگاه برخی مؤلفین، درد که ممکن است تصادفاً از برخی آسیب‌ها ناشی شده باشد، با پویایی‌های شخصیتی ترکیب و ادغام می‌گردد، پویایی‌هایی که می‌توان گفت تا حدی نیز قبل از بیماری دردناک وجود داشته‌اند^(۲۷).

مکانیسم‌های ناپخته شامل درونفکنی، خیال‌پردازی، پرخاشگری انفعالی، فرافکنی و از همه مهمتر جسمانی کردن است^(۱۷). برخی از این مکانیسم‌ها با اختلال درد مزمن همخوانی کامل دارد. جسمانی کردن مهمترین مولفه در درد مزمن است. این بیماران بسیاری از مشکلات هیجانی خود را به صورت نشانه‌های جسمی از جمله درد در نواحی مختلف بدن نشان می‌دهند. خشم یکی از برجسته‌ترین احساساتی که بیماران مبتلا به درد مزمن تجربه می‌کنند^(۱۸). مکانیسم‌های ناپخته در این بیماران گرایش آنها را برای بیان مناسب خشم آشکار می‌کنند.

مطابق با جدول ۶ مکانیسم‌های دفاعی ناپخته با ضریب استاندارد ۰/۳۹۴ بیشترین سهم را به خود اختصاص داده است و متغیر مکانیسم‌های دفاعی روان آزرده با ضریب ۰/۳۶۳ به نسبت کمتری بر متغیر وابسته تأثیر دارد اما مکانیسم دفاعی پخته کمترین سهم را به خود اختصاص داده است. علامت منفی ضرایب بتای هر سه متغیر نشان می‌دهد که جهت این تأثیر معکوس است؛ یعنی هرچه استفاده از مکانیسم‌های دفاعی پخته بیشتر باشد استفاده از راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجانی کمتر می‌شود و برعکس.

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد ۵۹ درصد از افراد شرکت کننده از مکانیسم‌های دفاعی پخته (شوخطبعی، والایش و نوع دوستی)، ۶۷ درصد از مکانیسم‌های دفاعی ناپخته و ۷۲ درصد از مکانیسم‌های دفاعی روان آزرده استفاده می‌کنند (این ارقام نشانگر این است که بیماران همزمان دفاع‌های مختلف را به کار می‌گیرند). نتایج به دست آمده بیانگر این بود که بیماران مبتلا به درد مزمن از مکانیسم‌های دفاعی به میزان زیادی استفاده می‌کنند

مزمّن، حاکی از تلاش‌های روان‌شناختی برای گریز از هیجان‌های ناخوشایند مانند اضطراب و خشم است. آنقدر این احساسات آزاردهنده و دردناک هستند که بیمار به طور ناهشیارانه‌ای ترجیح می‌دهد که درد جسمانی را به جان بخرد، اما زیر بار اضطراب‌های ناهشیار نرود. به علاوه، درد جسمی را همه می‌فهمند و همدردی می‌کنند اما درد روانی مبهم است و کسی با فرد همدلی نشان نمی‌دهد. این موضوعی ترغیب‌کننده برای جابه‌جا کردن مشکلات هیجانی و درد به عنوان یک عارضه جسمی است.

یافته‌های حاصل از این بخش پژوهش، با یافته‌های بشارت^(۳۹) و پارکر و همکاران^(۴۰) همسو است. نتیجه پژوهش بشارت نشان داد نارسایی هیجانی با مکانیسم‌های دفاعی من رابطه دارد. پارکر و همکاران در پژوهشی در زمینه رابطه آلکسی تایمی و سبک‌های دفاعی دریافتند که افراد مبتلا به آلکسی تایمی به طور معناداری نمره‌های بالاتری در سبک‌های دفاعی ناپخته و نوروپیک و نمره‌های پایین‌تری در سبک دفاعی پخته به دست می‌آورند. در پژوهش^(۴۱) هلمز و همکاران گزارش کردند که بین نارسایی هیجانی و سبک دفاعی رشد یافته، همبستگی منفی معنادار و بین نارسایی هیجانی و سبک‌های دفاعی نوروپیک و رشد نیافته همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش حاضر همسو است و این فرض را تأیید می‌کند که میان انواع مکانیسم‌های دفاعی و راهبردهای تنظیم شناختی مختلف هیجان رابطه معناداری وجود دارد.

در تبیین یافته‌های پژوهش، باید گفت استفاده افراطی از مکانیسم‌های دفاعی سبب انحراف از واقعیت می‌شود. بیمار جنبه‌هایی از واقعیت را نادیده می‌گیرد تا اضطراب‌های درونی را تخفیف دهد. این مکانیسم‌ها از طرف دیگر به خودفریبی ختم می‌شوند. از سوی دیگر، این مکانیسم‌ها پوششی بر اضطراب می‌کشند و فرد از مواجه شدن با بحران درونی در امان می‌ماند. انحراف از واقعیت و خود فریبی مانع از برنامه‌ریزی صحیح برای مهار هیجان‌های

پرخاشگری انفعالی نیز به شکل رفتارهای کنترل‌گرانه نمود پیدا می‌کند. بیماران مبتلا به درد مزمن تمایل دارند تا با برانگیختن همدلی دیگران آنها را وادار به توجه و محبت منصر به فرد کنند. خیالپردازی‌های مبتنی بر خشم فرو خورده نسبت به اطرافیان و درونی‌سازی پرخاشگری ادراک شده از طرف دیگران، همانندسازی با پرخاشگر یا پرخاشگری نسبت به خود نمادهایی از واکنش‌های دفاعی در بیماران مبتلا به درد مزمن است. در مکانیسم تبدیل تعارض‌های روانی (تکانه‌های سرکوب شده) به نشانه‌های جسمی بدل می‌شوند. محتمل است که در بیماران درد، تکانه‌های سرکوب شده موجب تداوم درد باشند. مکانیسم‌های روان آزرده شامل جابه‌جایی، خود بیمارانگاری، واکنش وارونه، واپس‌روی و گوشه‌گیری است^(۴۲). این مکانیسم‌ها نیز با درد مزمن ارتباط نزدیکی نشان دادند. بیماران مبتلا به درد مزمن ممکن است هیجانهای منفی خود از قبیل خشم را جابه‌جا کنند. بیمار ممکن است از والدین خود در کودکی یا فرد متجاوز خشمگین باشد، اما این خشم به جای اینکه معطوف به افراد متجاوز یا پرخاشگر واقعی شود، به سمت افراد کم‌خطر مانند همسر و فرزندان که معمولاً نقش مراقب را بر عهده دارند، معطوف می‌شود.

از سویی دیگر بیمار تمایل دارد درد را که نشانه‌ای مزمن است، به بیماری خطرناکی که ناشناخته مانده، مرتبط سازد. واکنش وارونه فرد احساس و نیت خود را به طور اغراق‌آمیزی عکس آن چیزی که بوده ابراز می‌کند. بیمار درد مزمن، مشکلات روان‌شناختی خود را به صورت فاجعه‌آفرینی در قالب درد نشان می‌دهد^(۴۳). واپس‌روی با تمایل بیمار برای واگذار کردن استقلال شخصی و تحت مراقبت قرار گرفتن آشکار می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به درد مزمن روابط اجتماعی محدودی دارند که با مکانیسم دفاعی گوشه‌گیری همخوانی دارد.

به طور خلاصه می‌توان گفت که به کارگیری میزان بالای مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به درد

می‌کند، تفاوت خاستگاه مکانیسم‌های دفاعی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است. به‌گونه‌ای که مکانیسم‌های دفاعی بیشتر به‌صورت ناهشیار و تنظیم شناختی هیجان بیشتر هشیارانه به کار می‌روند؛ بیماران وقتی نمی‌توانند به روش منطقی و مستقیم اضطراب و مشکلات خود را حل کنند، به روش‌های غیرمستقیم یعنی مکانیسم‌های دفاعی متوسل می‌شوند. طبیعتاً به دلیل ماهیت این بیماری هیچ‌کدام از این روش‌ها به‌تنهایی قادر به برطرف ساختن مشکلات این بیماران نیست و هر دو مکانیسم با هم و سازگار با شرایط کمک کننده هستند.

نتایج نشان داد مکانیسم‌های دفاعی ناپخته و روان‌آزرده توانستند به کارگیری راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان را به طور مثبت و راهبردهای انطباقی را به طور منفی پیش‌بینی کنند. علاوه بر آن مکانیسم‌های دفاعی پخته نتوانست راهبردهای انطباقی و غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان را پیش‌بینی کند. این یافته بیانگر آنست که کسانی که مکانیسم‌های دفاعی ناپخته و روان‌آزرده را به کار می‌گیرند، در انطباق با درد مزمن ناتوان‌تر هستند. کمک به این بیماران برای مدیریت هیجان‌ها به کمک درمان‌های عمیق روان‌پوشی می‌تواند راهی باشد تا آنها در سطح هشیار و به‌کارگیری راهبردهای مقابل به صورت هشیارانه اقدام نمایند.

دفاع‌های پخته احساس رضامندی را افزایش داده و امکان می‌دهند احساسات، افکار و تبعات آنها به‌صورت هشیار تجربه شوند. آنها نه تنها تعارضات و ناهماهنگی شناختی را کاهش می‌دهند، بلکه بین انگیزه‌های متعارض تعادل ایجاد کرده و نوعی تلفیق و هماهنگی به وجود می‌آورند. به این ترتیب فرد آماده می‌شود تا راهبردهای سازگارانه را در سطح هشیار به‌کار گیرد. در این پژوهش، این دفاع‌ها راهبردهای انطباقی را پیش‌بینی نمی‌کرد.

این موضوع می‌تواند پای متغیرهای میانجی دیگری را به میان آورد که انتقال از ناهشیاری به هشیاری را تسهیل می‌نماید. در پژوهش‌های آینده می‌توان چنین متغیرهایی را مورد مطالعه قرار داد. به علاوه این پژوهش پیشنهاد

منفی می‌شود. به طور مثال، مکانیسم تشکل واکنشی راهی است تا بیمار مبتلا به درد مزمن به جای پذیرش اضطراب طاقت فرسا، با جسمانی‌سازی، درد جسمانی را بپذیرد. یکی از معایب مکانیسم‌های دفاعی عدم مسئولیت‌پذیری است. بیماری که به طور افراطی گرایش به استفاده از مکانیسم‌های دفاعی دارد، حاضر نیست مسئولیت مدیریت هیجان‌های خود را بپذیرد. به این ترتیب، راهبردهای مقابل هشیار که جنبه شناختی دارند و فعالانه فرد را درگیر تنظیم هیجان می‌کنند مغفول باقی می‌مانند. این یافته به درمانگران توصیه می‌کند تا برای کارآمد شدن درمان‌های روان‌شناختی و بهره‌برداری بیماران از تکالیف درمانی، حتماً به مکانیسم‌های دفاعی و فرایندهای ناهشیار توجه کنند. مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته، ابتدایی و ناپخته هستند و با انزوا، عملکرد دفاعی به‌دور از واقعیت، انفعال و خیال‌پردازی مشخص می‌شوند^(۳۲). دفاع‌های روان‌آزرده راهبردهای غیرانطباقی هستند که فرد برای مقابله با اضطراب ناشی از امیال نهفته و سرکوب شده به کار می‌برد^(۳۳). پیش‌نیاز استفاده از راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان شامل پذیرش، تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد مثبت، داشتن نگرش امیدوارانه و مثبت‌نگر است. این راهبردها با مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته که فرد را از واقعیت دور می‌کنند یا با مکانیسم‌های دفاعی روان‌آزرده که واقعیت را تحریف می‌نمایند، در تناقض قرار می‌گیرند.

بیمارانی که در جستجوی درمان هستند، سطح بالاتری از آشفستگی‌های هیجانی و مشکلات شغلی و اضطرابی نشان می‌دهند. آنها ممکن است در مورد معنای علائم و آینده بیماری، مضطرب و نگران باشند. ترس و اضطراب موجب افت عملکرد و در نتیجه ناتوانی بیشتر در بیماران می‌گردد^(۳۴)؛ بنابراین می‌توان نتایج را از این زاویه تبیین نمود که بیمار خود را در شرایط بحرانی می‌بیند و در مقابله با این شرایط سخت به مصالحه می‌پردازد. او تمام توان خود را چه به صورت هشیارانه و چه نیمه‌هشیار و ناهشیار بسیج می‌کند تا بتواند با شرایط سخت ناشی از بیماری و تبعات آن کنار بیاید. آنچه این موضوع را تأیید

می‌کند که بیمار مبتلا به درد مزمن از الگوهای رفتاری ناکارآمد که از دفاع‌های ناهشیار برخوردار است آگاه شود تا زمینه برای یادگیری مهارت‌های انطباقی جدید فراهم گردد. از محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به استفاده از پرسشنامه برای مطالعه فرایندهای ناهشیار اشاره کرد. در آزمون‌های فرافکن، افراد بیشتر واکنش‌های ناهشیار خود را آشکار می‌کنند. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش این بود که مستقیم همه مکانیسم‌های دفاعی اندازه‌گیری نشدند و تنها طبقات کلی آنها مورد استفاده قرار گرفت. در پژوهش‌های آینده برای افزایش دقت در دستیابی به ماهیت دفاع‌های بیماران مبتلا به درد مزمن پیشنهاد می‌شود از ابزارهای فرافکن استفاده گردد. با این رویکرد، مکانیسم‌های دقیقی که بیماران مبتلا به درد مزمن به کار می‌گیرند، شناخته خواهد شد. در پایان از همکاری و همیاری مسئولین بیمارستان اختر و کلینیک درد بیمارستان لبافی نژاد برای هماهنگی‌های لازم تشکر می‌شود.

References

1. Sharpe L. Psychosocial management of chronic pain in patients with rheumatoid arthritis: challenges and solutions. *Journal of pain research*. 2016; 9:137.
2. Furnes B, Natvig GK, Dysvik E. Suffering and transition strategies in adult patients attending a chronic pain management programme. *Journal of clinical nursing*. 2015;24(5-6):707-16.
3. Di Tella M, Ghiggia A, Tesio V, Romeo A, Colonna F, Fusaro E, Torta R, Castelli L. Pain experience in Fibromyalgia Syndrome: The role of alexithymia and psychological distress. *Journal of Affective Disorders*. 2017; 208:87-93.
4. Sirois FM, Molnar DS, Hirsch JK. Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and Identity*. 2015;14(3):334-47.
5. Joachim GL, Acorn S. Living with chronic illness: The interface of stigma and normalization. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*. 2016;32(3).
6. Finan PH, Garland EL. The role of positive affect in pain and its treatment. *The Clinical journal of pain*. 2015;31(2):177.
7. Holton MK, Barry AE, Chaney JD. Employee stress management: An examination of adaptive and maladaptive coping strategies on employee health. *Work*. 2016;53(2):299-305.
8. Hanssen MM, Vancleef LM, Vlaeyen JW, Hayes AF, Schouten EG, Peters ML. Optimism, motivational coping and well-being: Evidence supporting the importance of flexible goal adjustment. *Journal of Happiness Studies*. 2015;16(6):1525-37.
9. Williams F, Hasking P. Emotion regulation, coping and alcohol use as moderators in the relationship between non-suicidal self-injury and psychological distress. *Prevention Science*. 2010;11(1):33-41.
10. Bhushan B. Self-healing Materials and Defense Mechanisms. In *Biomimetic* 2018; 911-912. Springer, Cham.
11. SeyedTabaee SR, Rahmatinejad P, Mohammadi SD, Akbari V. Psychological Defense Mechanisms and Alexithymia in Cancer Patients. *Alborz University Medical Journal*. 2018;7(2):141-50.
12. Starcevic B. Chronic Stress and Chronic Pain: Disability After Trauma and Global Trends. In *Chronic Stress and Its Effect on Brain Structure and Connectivity* 2019; 90-95. IGI Global.
13. Talepasand S, Mahfar F. Relationship Between Defense Mechanisms and the Quality of Life in Women with Breast Cancer. *International Journal of Cancer Management*. 2018; (1) 11-20.
14. Colovic O, Tosevski DL, Mladenovic IP, Milosavljevic M, Munjiza A. Defense mechanisms in “pure” anxiety and “pure” depressive disorders. *The Journal of nervous and mental disease*. 2016;204(10):746-51.
15. Costa RM, Oliveira G, Pestana J, Costa D, Oliveira RF. Do Psychosocial Factors Moderate the Relation between Testosterone and Female Sexual Desire? The Role of Interoception, Alexithymia, Defense Mechanisms, and Relationship Status. *Adaptive Human Behavior and Physiology*. 2019;5(1):13-30.
16. Costa RM, Oliveira G, Pestana J, Costa D, Oliveira RF. Do Psychosocial Factors Moderate the Relation between Testosterone and Female Sexual Desire? The Role of Interoception, Alexithymia, Defense Mechanisms, and Relationship Status. *Adaptive Human Behavior and Physiology*. 2019;5(1):13-30.
17. Hyphantis TN, Taunay TC, Macedo DS, Soeiro-de-Souza MG, Bisol LW, Fountoulakis KN, Lara DR, Carvalho AF. Affective temperaments and ego defense mechanisms associated with somatic symptom severity in a large sample. *Journal of Affective Disorders*. 2013;150(2):481-9.
18. de Almeida Silva V, Louzã MR, da Silva MA, Nakano EY. Ego defense mechanisms and types of

- object relations in adults with ADHD. *Journal of attention disorders*. 2016;20(11):979-87.
19. Wright S, Crewe B, Hulley S. Suppression, denial, sublimation: Defending against the initial pains of very long life sentences. *Theoretical criminology*. 2017;21(2):225-46.
 20. Tutoglu A, Boyaci A, Karababa IF, Koca I, Kaya E, Kucuk A, Yetisgin A. Psychological defensive profile of sciatica patients with neuropathic pain and its relationship to quality of life. *Zeitschrift für Rheumatologie*. 2015;74(7):646-51.
 21. Yu CK. Pain in the mind: Neuroticism, defense mechanisms, and dreaming as indicators of hysterical conversion and dissociation. *Dreaming*. 2011;21(2):105.
 22. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC. 2005.
 23. Besharat MA. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Instruction and Scoring (Persian Version). *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. 2017; 13 (50): 221-223.
 24. Andrews G, Singh M, Bond M. The defense style questionnaire. *J Nerv Ment Dis*. 2014; 181(4): 246-56.
 25. Besharat M. Personality and coping styles. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2007; 2(7): 25-49.
 26. Tutoglu A, Boyaci A, Karababa IF, Koca I, Kaya E, Kucuk A, Yetisgin A. Psychological defensive profile of sciatica patients with neuropathic pain and its relationship to quality of life. *Zeitschrift für Rheumatologie*. 2015;74(7):646-51.
 27. Porcerelli JH, Huth-Bocks A, Huprich SK, Richardson L. Defense mechanisms of pregnant mothers predict attachment security, social-emotional competence, and behavior problems in their toddlers. *American Journal of Psychiatry*. 2015;173(2):138-46.
 28. Cramer P. Defense mechanisms: 40 years of empirical research. *Journal of Personality Assessment*. 2015;97(2):114-22.
 29. Besharat MA, Khajavi Z. The relationship between attachment styles and alexithymia: Mediating role of defense mechanisms. *Asian Journal of Psychiatry*. 2013;6(6):571-6.
 30. Ziadni MS, Jasinski MJ, Labouvie-Vief G, Lumley MA. Alexithymia, defenses, and ego strength: cross-sectional and longitudinal relationships with psychological well-being and depression. *Journal of happiness studies*. 2017;18(6):1799-813.
 31. Helmes E, McNeill PD, Holden RR, Jackson C. The construct of alexithymia: Associations with defense mechanisms. *Journal of clinical psychology*. 2008;64(3):318-31.
 32. Cramer P. Defense mechanisms: 40 years of empirical research. *Journal of Personality Assessment*. 2015;97(2):114-22.
 33. Petraglia J, Bhatia M, Drapeau M. Ten principles to guide psychodynamic technique with defense mechanisms: An examination of theory, research, and clinical implications. *Journal of Psychology and Psychotherapy*. 2017;7(1):2161-0487.