فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۸، شماره ۴، تابستان ۱۳۹۷



نقش سبک‌های دفاعی رشد یافته، رشد نیافته و روان آزرده در پیش‌بینی درد مزمن

رسول حشمتی*[۱]، سمانه میرزامحمدی[۲]، امین حامد صبحی[۳]، فردین افشاری[۴]، الهام نظری[۵]، حمید دود کانلو میلان[۶]

۱. دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز
۲. کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز
۳. کارشناسی، روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز
۴. کارشناسی، روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز
۵. کارشناسی، روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز
۶. کارشناسی، روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۱۴ تاریخ بازبینی: ۱۳۹۷/۳/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۳/۲۱

چکیده

زمینـه و هـدف: سـبک‌های دفاعـی نقـش مهمـی در تجـارب درون فـردی و بیـن فـردی دارنـد. یکـی از تجـارب مهـم، تجربـه درد اسـت. در تحقیقـات قبلـی رابطـه انـواع سـبک‌های دفاعـی باتجربـه درد مزمـن روشـن نیسـت. بنابرایـن، هـدف پژوهـش حاضـر بررسـی نقـش سـبک‌های دفاعـی رشـد یافتـه، رشـدنیافته و روان آزرده در پیش‌بینـی درد مزمـن در افـراد سـالم اسـت.

مـواد و روش‌هـا: در یـک پژوهـش توصیفـی همبسـتگی، گذشـته‌نگر و مقطعـی ۱۵۰ دانشـجو از دانشـگاه تبریـز بـه روش نمونه‌گیـری در دسـترس انتخـاب شـدند. بـرای جمـع‌آوری داده‌هـا از پرسشـنامه درد روان‌شـناختی مـک گیـل و پرسشـنامه سـبک‌های دفاعـی (DSQ-40) اسـتفاده شـد.

یافته‌هـا: بـرای تحلیـل داده‌هـا از روش همبسـتگی گشـتاوری پیرسـون و رگرسـیون چندگانـه اسـتفاده شـد.یافته‌ها نشـان دادنـد کـه متغیرهـای روان آزرده و رشـدنیافته، درد مزمـن را پیش‌بینـی می‌کنـد. هم‌چنیـن متغیـر رشـد یافتـه، نقـش تعیین‌کننـده‌ای در جلوگیـری از تجربـه درد دارد.

نتیجـه گیـری: بـر اسـاس یافته‌هـا می‌تـوان نتیجـه گرفـت کـه سـبک‌های دفاعـی رشـد یافتـه، روان آزرده و رشـدنیافته نقـش تعیین‌کننـده‌ای در درد مزمـن دارد. پیشـنهاد می‌شـود کـه از مداخـلات روان‌شـناختی جهـت اصـلاح سـبک‌های دفاعـی بیمـاران مبتلابـه درد مزمـن اسـتفاده گـردد.

واژه‌های کلیدی: درد مزمن، سبک دفاعی رشد یافته، سبک دفاعی رشدنیافته، سبک دفاعی روان آزرده

مقدمه

شـاید شناخته‌شـده‌ترین و پذیرفته‌شـده‌ترین تعریـف درد[۱] توسـط انجمـن بین‌المللی درد ارائه‌شـده باشـد: درد تجربـه حسـی و هیجانـی / عاطفـی و تجربـه شـناختی ناخوشـایندی اسـت کـه بـا آسـیب بافتـی واقعـی یـا بالقـوه همـراه بوده یـا در اصطـلاح با چنین آسـیبی شـرح داده‌شده اسـت[۲]درد همیشـه یـک تجربه شـخصی، ذهنـی، منحصربه‌فرد اسـت و همچنیـن چند بعدی بوده و توسـط جنسـیت بیمار[۳]، سـن، فرهنـگ، تجربـه درد قبلـی و عوامـل عاطفـی، مانند شـادی،

نویسنده مسئول: رسول حشمتی، دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز
پست الکترونیک: psy.heshmati@gmail.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

انـدوه، ترس، هیجـان و باورها و نگـرش بیمـار نسـبت بـه درد[۴] تحت تأثیـر قـرار می‌گیـرد. درد بـه دو نـوع حـاد و مزمـن تقسـیم می‌شـود. درد حـاد به‌عنـوان "درد بـا شـروع اخیـر و مـدت زمان محـدود احتمالی تعریف‌شـده اسـت. این حالـت معمـولاً یـک رابطـه علـی و موقتـی قابل‌شناسـایی بـا آسـیب یـا بیمـاری دارد." درد مزمـن، معمولاً فراتـر از زمـان بهبـودی از آسـیب همچنـان ادامـه دارد و اغلب ممکن است هیچ علـت قابل‌شناسـایی به وضوح وجـود نداشـته باشـد[۵]. پژوهش‌هـای اخیر نشان می‌دهنـد که بیش از ۱/۵ میلیـارد نفر در سراسر جهان از درد مزمن رنج می‌برنـد[۶] و شـیوع آن رو به افزایش است[۷]؛ ازایـن‌رو، درد مزمن، نه‌تنهـا از این نظر که رنج و عوارض بسـیار بـرای انسان به همراه دارد، بلکه از این نظر که دارای پیامدهـای عظیم اقتصادی برای جامعه نیز است، به یک مشکل شدید مراقبت بهداشتی تبدیل‌شـده است[۸] و اثـر منفی عمـده‌ای بر بودجه‌هـای مراقبت بهداشتی و هزینه‌هـای ملی دارد[۹].

درد بـر کیفیـت زندگـی اثـر می‌گـذارد، از همیـن رو شناسـایی و اهمیـت دادن بـه نقشـی کـه درد در سـلامت و بهداشـت روانـی و جسـمی فـرد دارد، یکـی از مؤلفه‌هـای نظام‌هـای بهداشـت و درمـان پیشـرفته بـه شـمار مـی‌رود. دردهـای غیرقابـل کنتـرل و طولانـی مـدت ممکـن اسـت از طریـق شـکل‌پذیری نورونـی و حساسـیت‌زدایی مرکـزی، تغییراتـی را در نظام‌هـای عصبـی مرکـزی و پیرامونـی بـه وجـود آورد و درنتیجـه باعـث بـروز بیمـاری شـوند. از بررسـی پژوهش‌هـای مربـوط بـه درد می‌تـوان نتیجـه گرفـت کـه درد مزمـن و پیامدهـای زیسـتی، روانـی و اجتماعـی آن بـر بهداشـت روانـی و عملکـرد شـغلی و خانوادگـی افـراد مبتـلا آسـیب جـدی وارد مـی‌آورد. عوامـل روان‌شـناختی و اجتماعـی به‌عنـوان عواملـی تلقـی می‌گردنـد کـه به‌طـور غیرمسـتقیم بـا فراینـد ادراک درد رابطـه دارنـد. به‌مـرور کـه درد مزمن‌تـر می‌شـود، نقـش عوامـل روان‌شـناختی و اجتماعـی در بدتـر شـدن درد و اسـتمرار آن در مقایسـه بـا نقـش عوامـل زیسـتی پررنگ‌تـر می‌گـردد[۱۰][۱۱][۱۲].

والدمـن تأثیـر انحصـاری جنبه‌هـای روان‌شـناختی درد را مـورد تأکیـد قـرار داده اسـت. درد روان زاد، نیـازی بـه پیـروی از مـدل پزشـکی درد نـدارد. روان درمانگـر از ایـن دیـدگاه بـه مسـئله درد می‌نگـرد کـه درد روان زاد بیـش از آن‌کـه یـک ضـرورت زیسـتی باشـد، نوعـی احسـاس هدفمنـد اسـت. لـذا به‌جایآن‌کـه پـی علـل درد باشـد، بیشـتر بـه پیامدهـای آن توجـه دارد[۱۳].

تحقیقـات نشـان می‌دهنـد کـه اضطـراب پیش‌بینی‌شـده نقـش بسـزایی در توجیـه مکانیسـم‌های روان‌شـناختی مربوطـه درد دارد. در شـرایط مسـاوی افـرادی کـه دارای اختـلال شـخصیت خاصـی هسـتند مثـلاً تـا حـدی تقاضـا کننـده یـا شـکایت کننده‌انـد، احتمـالاً بـه دردهـای مزمـن مبتـلا می‌شـوند. همچنیـن نشـان داده شـده کـه پاییـن بـودن سـطح تحصیـلات، شـغل روزانـه و یکنواخـت و کمبـود حمایت‌هـای محیطـی می‌توانـد افزایـش دردهـای مزمـن را بـه دنبـال داشـته باشـد. تصـور می‌شـود کـه برخـی افـراد مبتلابـه درد مزمـن، از ایـن علامـت به‌عنـوان یـک مکانیسـم هیجانـی علیـه تعـارض هسـته‌ای یـا فرآیندهـای سـایکوتیک سـود می‌جوینـد. فـرد مبتلابـه درد مزمـن، بـه دلیـل وجـود بیمـاری یـا آسـیب‌های جسـمانی ممکـن اسـت دچـار فقدان‌هـای حـاد روان‌شـناختی و واقعـی شـود[۱۴].

مکانیسـم‌های دفاعـی، فرآیندهـای تنظیـم کننـده خـودکاری هسـتند کـه بـرای کاهـش ناهماهنگـی شـناختی و بـه حداقـل رسـاندن تغییـرات ناگهانـی در واقعیـت درونـی و بیرونـی از طریـق تأثیرگـذاری بـر چگونگـی ادارک حـوادث تهدیدکننـده وارد عمـل می‌شـوند[۱۵][۱۶].

اگرچـه مکانیسـم‌های دفاعـی خصوصیاتـی مختلفـی دارنـد امـا دارای دو ویژگـی مشـترک هسـتند: همـه آن‌هـا، واقعیت را تحریـف یـا انـکار می‌کننـد و فعالیت‌شـان به‌صـورت ناهشـیار اسـت[۱۷]. انـدروز، سـاینف و بونـد بـر اسـاس طبقه‌بنـدی سلسـله مراتبـی ویلانـت از مکانیسـم‌های دفاعـی، بیسـت مکانیسـم را بـه سـه سـبک دفاعـی رشـد یافتـه، رشـد نیافتـه و روان آزرده تقسـیم کردنـد[۱۸]. سـبک دفاعـی رشـد یافتـه؛ شـیوه‌های مواجهـه انطباقـی، بهنجـار و کارآمـد کـه شـامل والایـش، شـوخ‌طبعی، پیش‌بینـی و فرونشـانی اسـت. سـبک

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

دفاعی روان آزرده؛ شیوه‌های مواجهه‌ای غیر انطباقی و ناکارآمد که شامل نوع‌دوستی کاذب، واکنش متضاد، آرمانی‌سازی و ابطال می‌باشد و سبک دفاعی رشد نیافته؛ مانند سبک دفاعی روان آزرده شیوه‌های مواجهه‌ای غیرانطباقی و ناکارآمد که شامل دلیل‌تراشی، فرافکنی، انکار، دوپارگی، بدنی‌سازی، جابجایی، مجزاسازی، نا ارزنده سازی، عملی سازی، خیال‌پردازی اوتیستیک، تفرق، پرخاشگری منفعلانه هست[۱۹].

مرسکی با بررسی بیماران مبتلابه درد، به شواهدی دال بر وجود تفاوت میان آن‌ها و بیمارانی که فاقد درد بودند، دست نیافت. بلکه فقط اظهارات شفاهی درد در بیماران دردمند بیشتر رواج داشت. شواهد اندکی نیز وجود دارد که نشان می‌دهد تنفر و به میزان کمتری، خصومت و گناه، نسبت سایر شکایات روانپزشکی و روان‌تنی، رابطه مستقیم‌تری با درد دارد[۲۰]. آرایوچو، ریست و استینر به بررسی رویدادهایتنش‌زای زندگی و مکانیسم‌های دفاعی پرداختند و نتایج نشان داد که افزایش عوامل تنش‌زا با سبک‌های دفاعی نابالغ ارتباط مثبت دارد[۲۱]. تاشک، مرسکی و هلمز در یک تحقیق مقایسه‌ای بین بیماران با درد مزمن و بیماران روان‌پزشکی به این نتیجه رسیدند بیماران با درد مزمن شواهد زیادی از اضطراب و افسردگی در مقیاس بیمارستانی داشتند. در کل، این تحقیق نشان داد بیماران با درد مزمن نسبت به بیماران روان‌پزشکی، دوران کودکی نرمالی داشته و از دفاع‌های بالغ بیشتری استفاده می‌کنند[۲۲].

از آنجایی که جنبه‌های روان‌شناختی در تبیین درد مزمن نقش کلیدی دارند[۲۳-۲۷]، می‌توان به نقش عوامل روانی ناهشیار که به‌صورتمکانیسم‌های دفاعی بروز می‌کنند، در پیش‌بینی درد مزمن اشاره کرد. با این حال تاکنون روابط بین درد مزمن با مکانیسم‌های دفاعی به عنوان عامل روانی ناهشیار روشن نیست. بر این اساس، پژوهش حاضر برای پر کردن این خلاء پژوهشی به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیاسبک‌های دفاعی رشد یافته، رشد نیافته و روان آزرده می‌تواند درد مزمن را پیش‌بینی کند؟

روش مطالعه

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی، مقطعی و گذشته‌نگر است. جامعه آماری پژوهش حاضر دانشجویان زن و مرد در سطح کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه تبریز که در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ مشغول تحصیل بودند را دربر می‌گیرد. نمونه‌گیری به شیوه نمونه در دسترس از دانشجویان دانشگاه تبریز بوده که به حجم ۱۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تبریز بر اساس نقطه برش پرسشنامه درد مک گیل (MPQ) به‌عنوان شرکت کننده این پژوهش انتخاب شدند. بعد از انتخاب آزمودنی‌ها، محقق فرم کتبی رضایت‌نامه شرکت در مطالعه را که در ابتدای پرسشنامه قرار داشت به بیماران خواند و از آن‌ها رضایت کتبی و شفاهی دریافت کرد و پس از تشریح اهداف پژوهش و جلب مشارکت و همکاری آن‌ها، پرسشنامه سبک‌های دفاعی(DSQ-40) و پرسشنامه درد مک گیل را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد که به‌دقتسؤال‌ها را مطالعه نموده و پاسخ‌هایموردنظر را متناسب با ویژگی‌ها، باورها، احساسات، تجارب و رفتار خود انتخاب نمایند و سؤالی را تاحد امکان بی‌جواب نگذارند. پس از اجرای پژوهش پرسشنامه‌های ۱۴ نفر از شرکت‌کنندگان به دلیل ناقص بودن، حذف و در مجموع ۱۳۶ شرکت‌کننده موردسنجش و ارزیابی قرار گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه:

ابتلا به درد براساس نقطه برش پرسشنامه درد مک گیل

داشتن رضایت شخصی جهت شرکت در پژوهش

معیارهای خروج از مطالعه:

داشتن سن بین ۱۸ تا ۳۰ سالگی

ابزارهای سنجش

پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ-40): پرسشنامهٔ

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

سبک‌های دفاعی اندروز و همکاران(۱۹۹۳) ۴۰ سؤال دارد که در مقیاس ۹درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) ۲۰ مکانیسم دفاعی را برحسب سه سبک دفاعی رشد یافته، روان آزرده و رشد نیافته می‌سنجد. مکانیسم‌های سبک دفاعی رشد یافته شامل والایش، شوخ‌طبعی، پیش‌بینی و فرونشانی و سبک دفاعی روان آزرده شامل ابطال، نوع‌دوستی کاذب، آرمانی‌سازی و واکنش متضاد است و سبک دفاعی رشد نیافته نیز از ۱۲ مکانیسم دفاعی فرافکنی، پرخاشگری نافعال، عملی‌سازی، مجزاسازی، ناارزنده سازی، خیال‌پردازی اوتیستیک، انکار، جابجایی، تفرق، دوپارگی، دلیل‌تراشی و بدنی‌سازی تشکیل شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از سبک‌های دفاعی رشد یافته، روان آزرده و رشدنیافته به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۴ و ضریب اعتبار باز آزمایی را بافاصله۴ هفته ۰/۸۲ گزارش کرد[۲۸]. حیدری نسب (۱۳۸۵) هم در پژوهشی که برای دانشجویان متأهل انجام دادند اعتبار این پرسشنامه را به روش باز آزمایی برای مردان ۰/۸۱ و برای زنان ۰/۶۹به دست آورد و ضریب آلفای کرونباخ برای سبک دفاعی رشد یافته ۰/۷۸ ،روان آزرده ۰/۷۵ و رشد نیافته۰/۷۲به دست آورد[۲۹].

پرسشنامه درد روان‌شناختی مک گیل(MPQ): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط دورکین و همکاران بر اساس پرسشنامه قدیمی مک گیل تنظیم شد که درد نوروپاتیک و غیرنوروپاتیک را می‌سنجد. این پرسشنامه۲۲ ماده دارد که به هر ماده بر مبنای شدت درد نمره صفر تا۱۰ داده می‌شود. یافته‌های حاصل از این پرسشنامه بر روی ۸۸۲ بیمار مبتلا به درد متنوع و همچنین ۲۲۶ بیمار دارای درد نوروپاتیک حاکی از اعتبار و پایایی قابل‌قبول آن است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی حاکی از وجود ۴ خرده مقیاس درد پیوسته، درد متنوع، درد نوروپاتیک و درد عاطفی بود و ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۷، ۰/۸۳و۰/۸۶، گزارش‌شده است. در ایران نشان داده شده است که ضریب آلفای این مقیاس برابر با۰/۸۵و ضریب پایایی در تمام حیطه‌ها برابر با۰/۸۰ بوده است. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار 22SPSS استفاده شد. قبل از تحلیل، داده‌های گم شده مورد بررسی قرار گرفت و از طریق روش ای‌ام لگاریتم جایگزین شدند. برای توصیف داده‌های آماری ابتدا از روش آماری توصیفی، درصد و فراوانی جهت تعیین مشخصه‌های دموگرافیک استفاده شد. جهت بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش از همبستگی گشتاوری پیرسون استفاده شد. برای آزمون این فرض که کدام‌یک از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه پیش‌بینی کننده بهتری برای هر یک از دردهای عاطفی، نوروپاتیک، پیوسته و متنوع است از رگرسیون چند متغیره به روش گام‌به‌گام استفاده شد. قبل از تحلیل داده‌ها مفروضه‌های مدل رگرسیون چند متغیره یعنی مفروضه نرمال بودن، خطی بودن، هم چندخطی و همگنی واریانس باقیمانده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. تمامی مفروضه‌ها مورد تأیید بود[۳۰].

یافته‌ها

یافته‌های مربوط به تحلیل همبستگی گشتاوری پیرسون نشان داد که بین درد مزمن با سبک‌های دفاعی رشد یافته رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد ($p<0/01$، $r=-0/30$). بدین معنا که با افزایش نمره سبک دفاعی رشد یافته، از نمره درد مزمن

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون متغیرهای اصلی پژوهش

متغیرها	M	SD	۱	۲	۳	۴
درد مزمن	۴۵/۳۵	۸/۹۲	۱			
رشد یافته	۴۴/۸۸	۸/۱۸	**۰/۳۰-	۱		
رشدنیافته	۱۲۱/۴۲	۱۷/۸۶	**۰/۳۲	۰/۰	۱	
روان آزرده	۴۴/۷۷	۹/۰۹	**۰/۳۶	۰/۱۳	۰/۴۷	۱

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

کاسته می‌شود. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که بین درد مزمن و سبک‌های دفاعی رشد نیافته (r =۰/۳۲ ،p<۰/۰۱) و روان آزرده (r =۰/۳۶ ،p<۰/۰۱) رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد. بدین معنا که با افزایش سبک‌های دفاعی رشدنیافته و روان آزرده، نمره‌های درد مزمن نیز بالا می‌رود.

جدول ۲: ضرایب رگرسیون برای پیش‌بینی بین درد روان‌شناختی بر اساس سبک‌های دفاعی

متغیر	R	Adj.R	B	β	T	Sig.
رشد یافته	۰/۴۹	۰/۲۰	-۰/۳۲	-۰/۲۶	-۲/۴۱	۰/۰۱
رشدنیافته			۰/۲۲	۰/۲۳	۲	۰/۰۴
روان آزرده			۰/۲۳	۰/۲۰	۰۹/۲	۰/۰۵

برای پیش‌بینی درد روان‌شناختی با مکانیسم‌های دفاعی از روش رگرسیون چندگانه همزمان استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که متغیرهای مکانیسم دفاعی قادر به تبیین ۰/۲۰ از واریانس متغیر درد روان‌شناختی هستند. همچنین ضرایب رگرسیون حاکی از آن است که از بین مؤلفه‌های ابعاد سبک‌های دفاعی، متغیرهای رشد یافته، روان آزرده و رشدنایافته قادر به پیش‌بینی درد مزمن می‌شود. ضریب پیش‌بینی کننده این متغیرها به ترتیب ۰/۲۶- (β=-۰/۲۶ ،p<۰/۰۱) و ۰/۲۳ (β=۰/۲۳ ،p<۰/۰۵) و ۰/۲۰ (β=۰/۲۰ ،p<۰/۰۵) هست که نشان از تأثیرگذاری این متغیرهامی‌باشد. براین اساس می‌توان گفت که افزایش یک واحد در متغیرهای روان آزرده و رشد نایافته، درد مزمن به ترتیب ۰/۲۶-، ۰/۲۳ و ۰/۲۰ افزایش می‌یابد.

بحث

در تحقیق حاضرنقش سبک‌های دفاعی رشد یافته، رشدنیافته و روان آزرده در پیش‌بینی درد مزمن بررسی شد. یافته‌ها نشان داد که از بین سه سبک دفاعی، هر سه سبک‌های دفاعی یعنی سبک‌های دفاعی رشد یافته، رشدنیافته و روان آزرده قادر به تبیین و پیش‌بینی درد مزمن می‌باشد. بدین‌صورت که بین سبک دفاعی رشد یافته و درد مزمن رابطه منفی معنادار وجود دارد و هرچه سبک دفاعی رشد یافته افزایش یابد احتمال کاهش درد مزمن وجود دارد . هم‌چنین سبک‌های دفاعی رشدنیافته و روان آزرده با درد مزمن رابطه مثبت معنادار دارند. یعنی با افزایش سبک‌های دفاعی رشدنیافته و روان آزرده، درد مزمن هم افزایش می‌یابد. سبک دفاعی روان رنجوری قادر به پیش‌بینی درد مزمن هست. این یافته با یافته‌های مرسکی[۲۰] از این جهت که تنفر، خصومت و گناه نسبت به سایر شکایات روانپزشکی رابطه مستقیم‌تری با درد دارد، هماهنگ می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت روان رنجور خویی زمینه درد را فراهم می‌کند. وجود مشخصه‌های روان‌شناختی اضطراب، افسردگی، حساسیت بین فردی بالا، آستانه حسی و تحمل پایین، آستانه تحمل استرس پایین باعث می‌گردد که این افراد آستانه پایینی در درک و تجربه حس درد داشته باشند. از جهت دیگر، سرکوب احساسات و عدم تجربه آن توسط افراد دارای روان رنجور خویی بالا باعث می‌شود که انرژی احساسات تجربه و حل‌وفصل نشده در بخشی از بدن تخلیه‌شده و زمینه‌های درد، خصوصاً درد حسی و عاطفی را فراهم آورد. زمانی که افراد درد عاطفی را تجربه می‌کنند و این تجربه در طول زمان ادامه پیداکرده و بدون پاسخ می‌ماند، دچار درد مزمن می‌شوند که به‌مراتب شرایط سخت‌تری پیش‌آمده و عمق و شدت این درد بیشتر می‌شود. همچنین سبک دفاعی رشدنیافته در درد مزمن نقش پیش‌بین دارد که با یافته‌های آرایوچو و همکاران[۲۱] همسو می‌باشد. آرایوچو و همکاران[۲۱] دریافتند که سبک‌های دفاعی نابالغ باعث به وجود آمدن تنش و اضطراب در زندگی می‌شوند. در تبیین این مطلب می‌توان گفت

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

کـه وجـود سـاختار شـخصیتی ناپختـه و اسـتفاده از سـبک‌ها و روش‌هـای مقابلـه‌ای نامناسـب بـرای حـل مسـئله باعـث می‌شـود کـه ایـن افـراد دچـار مشـکلات متعـددی در زندگـی روزمـره خـود شـوند. ایـن مشـکلات و به‌تبـع آن افزایـش اسـترس، اضطـراب و سـایر هیجانـات حل‌نشـده زمینـه درد را فراهـم می‌کنـد. از جملـه مشـخصه‌های افـراد مبتـلا بـه سـبک رشـدنیافته، جسمانی‌سـازی عواطـف و هیجانـات بیـن فـردی اسـت. درونی‌سـازی و جسمانی‌سـازی عواطـف باعـث می‌شـود کـه فـرد به‌جـای تجربـه آن‌هـا در روابـط بیـن فـردی، آن‌هـا را در بـدن خـود تجربـه کنـد. در طـول زمـان درونی‌سـازی و جسمانی‌سـازی‌های مـداوم باعـث افزایـش درد در ایـن افـراد می‌گـردد. گاهـی چنیـن دردهایـی منجـر بـه سـود ثانویـه در فـرد می‌شـود کـه می‌توانـد در طـول زمـان باعـث تقویـت ایـن رفتـار شـده و فـرد از آن به‌عنـوان رسـیدن بـه مقاصـد روانـی خـود اسـتفاده کنـد کـه در ایـن صـورت فـرد شـخصیت ناپختـه و رشـدنیافته بـه خـود می‌گیـرد. یافته‌هـای پژوهـش مبنـی بـر نقـش پیش‌بیـن سـبک دفاعـی رشـد یافتـه بـر درد مزمـن نشـان می‌دهـد کـه افزایـش سـبک دفاعـی رشـد یافتـه از میـزان درد می‌کاهـد. ایـن یافتـه بـا یافته‌هـای تاشـک و همـکاران[۳۲] هماهنـگ می‌باشـد. تاشـک و همـکاران بیـان می‌کننـد افـرادی کـه از دفاع‌هـای بالـغ اسـتفاده می‌کننـد، احتمـال اینکـه بعدهـا دچـار اختـلالات هیجانـی شـوند خیلـی کـم اسـت. در تبییـن ایـن یافتـه می‌تـوان گفـت کـه خصایـص بخشـایش‌گری، توانمنـدی، توانمنـدی بـالا ایگـو در حـل مسـائل، آسـتانه بـالای تحمـل عواطـف و هیجانـات باعـث می‌گـردد کـه افـراد بتواننـد هیجانـات خـود را به‌جـای درون‌ریـزی و جسمانی‌سـازی بـه شـکل معقولانـه در روابـط بیـن فـردی حل‌وفصـل نمـوده و درد نوروپاتیـک، حسـی و روان‌شـناختی کمتـری را تجربـه کننـد. افـرادی کـه چنیـن تیـپ شـخصیتی دارنـد معمـولا در زندگـی فـردی، شـاداب بـوده و در روابـط بیـن فـردی موفـق هسـتند.

نتیجه‌گیری

بـر اساسـی افته‌هـای تحقیـق می‌تـوان نتیجـه گرفـت کـه دو سـبک رشـدنیافته و روان آزرده نقش تعیین‌کننـده در تجربه درد و تبدیـل درد بـه درد مزمـن دارد و سـبک دفاعـی رشـد یافتـه نقـش تعیین‌کننده در جلوگیری از تجربه درد دارد.مکانیسـم‌های دفاعی شـیوه‌های واکنـش فرد به تعارض هیجانـی و تنیدگی‌های درونـی و بیرونـی روزمـره را تحـت تأثیـر قـرار می‌دهنـد کـه سـبک‌های دفاعـی سـازش یافته با پیامدهای سـلامت جسـمانی و روانـی در ارتبـاط قـرار می‌گیرنـد و سـبک‌های دفاعـی سـازش نیافته با بسـیاری از شـاخص‌های منفی سـلامت مرتبط هسـتند. برایـن اسـاس می‌تـوان بـه نقـش مداخلات روان‌شـناختی اشـاره کـرد کـه روان درمانگـر می‌توانـد بـا آمـوزش راهبردهـای مقابلـه (آگاهـی کامـل، تصمیم‌گیـری بـرای مدیریـت و حـل موقعیـت مشـکل آفریـن)، مهارت‌هـای بیـن فـردی، کنتـرل احساسـات و هیجان‌هـا، بهبـود آسـتانه تحمـل افـراد و توانمندسـازی ایگـو افـراد در ایجـاد و حفـظ تعـادل بیـن ایدوسـوپرایگو، در کاهـش تنـش افـراد مبتلابـه درد مزمـن تأثیرگـذار بـوده و در ادامـه شـاهد کاهـش و حتیـاز بیـن رفتـن درد مزمـن در بیمـاران شـود.

تحقیـق دارای محدودیت‌هایـی اسـت. تحقیـق حاضـر شـدت و نـوع درد را بررسـی نکـرده اسـت و هم‌چنیـن عوامـل فرهنگـی و مذهبـی کـه عواملـی مؤثـر در برچسـب‌زنی بـه درد هسـتند، و نیـز عوامـل مربـوط بـه متغیرهـای دموگرافیـک تا هـل، وضعیت اجتماعی-اقتصـادی، تحصیـلات و سـن کنتـرل نشـده اسـت. پیشـنهاد می‌شـود کـه در تحقیقـات آتـی محدودیت‌هـای ایـن پژوهـش جبـران شـود. بـا توجـه بـه پژوهـش انجام‌گرفتـه روی دانشـجویان، می‌تـوان ایـن پژوهـش را روی نمونـه بزرگ‌تـر و بیـن بیمـاران بیمارسـتانی کـه علـت مراجعه‌شـان درد مزمـن می‌باشـد، انجـام داد و از ایـن طریـق بـا اطمینـان کامـل بـرای پیشـگیری، درمـان و بهبـود افـراد مبتلابـه درد مزمـن اقـدام کـرد.

تقدیر و تشکر

محققـان بـر خـود لازم می‌داننـد کـه از تمامـی دانشـجویان شـرکت‌کننده در پژوهـش حاضـر که ما را در انجـام این پژوهش یـاری نموده‌انـد کمـال تشـکر و قدردانـی را داشـته باشـند.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

References

1. IASP: Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP (1979) Subcommittee on Taxonomy. Pain 6: 249.
2. McCaffery, M (1979) Nursing Management of the Patient with Pain. J.P. Lippincott, Philadelphia.
3. Cepeda MS, Carr DB (2003) Women experience more pain and require more morphine than men to achieve a similar degree of analgesia. AnesthAnalg 97: 1464-1468.
4. Dahl J, Kehlet H (2006) Postoperative pain and its management. In McMahon SB, Koltzenburg M (edit) Wall and Melzack's Textbook of Pain (5thedn), Churchill Livingstone.
5. Ready LB & Edwards WT (1992) Management of Acute Pain: a Practical Guide. Taskforce on Acute Pain. Seattle, IASP Publications.
6. Global Industry Analysts Inc. Pain Management: A Global Strategic Business Report. Available at: http://www.prweb.com/pdfdownload/8052240.pdf (Accessed January 10, 2011).
7. Rustoen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. European Journal of Pain 2004; 8:555-65.
8. Sjogren P, Ekholm O, Peuckmann V, Grønaek M. Epidemiology of chronic pain in Denmark: An update. European Journal of Pain 2009; 13: 287–92.
9. Bala M, Bekkering T, Riemsma R, Harker J, Huygen F, Kleijnen J. Epidemiology of chronic pain in the Netherlands. Available at: https://secure.grunenthal.com/cms/cda/_common/inc/displa y_file.jsp?fileID=189100037 (Accessed September 14, 2012).
10. Turk, DC.,Okifuji, A. Psychological factors in chronic pain: evolution and resolution. J Consult clin Psychol. 2002; 70 (3): 678-90.
11. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Cañellas M, Baños JE. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). Pain. 1999 Oct 1;83(1):9-16.
12. Magni G, Marchetti M, Moreschi C, Merskey H, Luchini SR. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the National Health and Nutrition Examination I. Epidemiologic follow-up study. Pain. 1993 May 1;53(2):163-8.
13. Waldman RD. Pain as fiction: A perspective on psychotherapy and responsibility. American journal of psychotherapy. 1968.
14. Jazayeri AR. Psychological aspects of pain and its perception in children.The Journal of Rehabilitation. 1994;5(1-2):16-17
15. Vaillant GE. The historical origins and future potential of Sigmund Freud's concept of the mechanisms of defence. International review of psycho-analysis. 1992.
16. Vaillant GE. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. Journal of abnormal psychology. 1994 Feb;103(1):44.
17. Cramer P, Jones CJ. Defense mechanisms predict differential lifespan change in self-control and self-acceptance. Journal of Research in Personality. 2007 Aug 1;41(4):841-55.
18. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. J Nery Ment Dis. 1993; 181 (4):246-56.
19. Ehteshamzade P, Pasha R, SamimiZ.Comparison of defense mechanisms among employees of Khouzestan steel company. JOURNAL OF SOCIAL PSYCHOLOGY (NEW FINDINGS IN PSYCHOLOGY).2012;24(7) .
20. Merskey H. Psychological aspects of pain. Postgraduate Medical Journal. 1968 Apr; 44(510): 297.
21. Araujo K, Ryst E, Steiner H. Adolescent defense

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

style and life stressors. Child psychiatry and human development. 1999 Sep 1;30(1):19-28.

22. Tauschke E, Merskey H, Helmes E. Psychological defence mechanisms in patients with pain. Pain. 1990 Feb 1;40(2):161-70.
23. Heshmati F, ElmyManesh N, Heshmati R. Structural relationship of behavioral activation and inhibition system, dispositional mindfulness and chronic pain. Health Psychology, 2018, 6(4): 120-137
24. Heshmati R. Predicting incidence of chronic pain based on early maladaptive schema (persian). J anesth pain 2016;6(4):49-60.
25. Heshmati R, Zamanizad N, Setayeshi M. Structural equation modeling of chronic pain determinants: The role of early maladaptive schema and dispositional mindfulness (Persian). J Anesth Pain 2017;7(4):34-44
26. Heshmati R, Hoseinifar J, Rezaeinejad S, Miri M. Sensation Seeking and marital adjustment in handicapped veterans suffering from PTSD. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2010 Jan 1;5:1783-7.
27. Jafari E, Eskandari H, Sohrabi F, Delavar A, Heshmati R. Effectiveness of coping skills training in relapse prevention and resiliency enhancement in people with substance dependency. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2010 Jan 1; 5:1376-80.
28. Besharat MA. Psychometric properties of defense style question naire. Reaserch report. Tehran University. 1997.
29. BesharatMA.Reliability, Validity and Factor Analysis of Defense Styles Questionnaire. The Journal of Contemporary Psychology.2001;12(2):33-24.
30. Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-SandnerS,et al. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). Pain 2009;144:35-42.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

Journal of Anesthesiology and Pain Summer 2018, Vol 8, NO 4

The Role of Developed, Undeveloped and Neuroticism Defense Styles in Predicting Chronic Pain

Rasoul Heshmati[*1], Samane Mirzamohamadi[2], Amin HamedSobhi[3], Fardin Afshari[3], Elham Nazari[3], Hamid DoodkanluMilan[3]

1. *Assistant professor of Health Psychology, Faculty of psychology, University of Tabriz, Tabriz*
2. *MSc in clinical Psychology, Faculty of psychology, University of Tabriz, Tabriz*
3. *BSc in clinical Psychology, Faculty of psychology, University of Tabriz, Tabriz*

ABSTRACT

Aims and background: Defensive styles play an important role in intrapersonal and interpersonal experiences. One of the most important experiences is experiencing pain. In previous researches, the relationship between different styles of defense with experience of chronic pain is not clear. So, the aim of this study was to examine the role of developed defense styles, undeveloped ones and neuroticism in predicting chronic pain.

Materials and methods: In a retrospective, descriptive-correlation and cross-sectional study, 150 college students of Tabriz university, were selected with using available sampling method. Mc Gill's psychological pain questionnaire and defense style questionnaire were used for data collection.

Findings: Pearson's correlation and multiple-regression were used for data analysis. Results of the study showed that neuroticism and undeveloped variables predict chronic pain.Also, developed variable has decisive role to avoid pain experience.

Conclusion: According to the results, we can conclude that developed, undeveloped and neuroticism defense styles have a determining role in chronic pain. So it is suggested to use psychological treatment to correct defense styles in chronic pain patients.

Keywords: Chronic pain, developed defense style, undeveloped defense style, neuroticism defense style

Please cite this paper as:
Heshmat R, Mirzamohammadi S, Sobhi AM, Afshari F, Nazari E, Doodkhanlumilan H [The role of developed, undeveloped and neuroticism defense styles in predicting chronic pain(Persian)]. J Anesth Pain 2018;8(4):74-82.

Corresponding Author: Rasol Heshmati, Assistant professor of Health Psychology, Faculty of psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
Email: psy.heshmati@gmail.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]