

Seyed Reza SeyedTabaee¹,
Parvin Rahmatinejad^{2*}, Seyed
Davood Mohammadi³,
Valiollah Akbari¹

1. Assistant Professor of
Psychiatry, Qom University of
Medical Sciences, Qom, Iran
2. M.Sc. in Clinical Psychology,
Sahamieh Psychiatric
Hospital, Qom, Iran
3. Assistant Professor of Clinical
Psychology, Qom University
of Medical Sciences, Qom,
Iran

Psychological Defense Mechanisms and Alexithymia in Cancer Patients

Received: 24 Apr. 2016 ; Accepted: 3 Apr. 2018

Abstract

Introduction: The goal of this research was to compare Alexithymia and psychological defense mechanisms in cancer patients with normal group. Also, investigation of the predictive role of three defense mechanisms in Alexithymia was considered.

Materials and Methods: From chemotherapy ward of Shahid Beheshti hospital of Qom city, 45 cancer patients were selected by convenient sampling method. Also, 45 employees of this hospital were included as the normal group. Defense Mechanisms Questionnaire and Toronto Alexithymia Scale-20 were used. Data was analyzed with Independent Sample T-test, Pearson Correlation and Multivariate Regression.

Results: Compared with normal people, cancerous patients had higher scores in alexithymia ($p=0.01$), difficulty in emotions recognition subscale ($p=0.03$) and non-developed defense mechanisms ($p=0.007$). Non-developed defense mechanisms had significant relationships with alexithymia and difficulty in emotion's recognition and description subscales ($p<0.01$), also non-developed defense mechanisms could predict alexithymia in cancerous patients ($p<0.005$).

Conclusions: Findings indicates that cancer is a stressful event that can cause non-developed defense mechanisms start to emerge as dominant psychological defense mechanisms in the majority of patients. Alexithymia which has a relation with defense mechanisms is also a dynamic reaction for coping with unpleasant emotions driven by the illness.

Keywords: Psychological defense mechanisms, Alexithymia, Cancer

***Corresponding Author:**
M.Sc. in Clinical Psychology,
Sahamieh Psychiatric Hospital, Qom,
Iran

Tel: 025 - 37839933
E-mail: rahmatinejadp@yahoo.com

مکانیسم‌های روانی - دفاعی و آلکسی‌تایمیا در بیماران مبتلا به سرطان

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۲/۵؛ تاریخ پذیرش: ۹۷/۱/۱۴

چکیده

مقدمه: هدف از این مطالعه مقایسه نوع مکانیسم‌های دفاعی مورد استفاده و آلکسی‌تایمیا در بیماران مبتلا به سرطان با افراد سالم و نیز تعیین سهم پیش‌بینی هر یک از سه نوع مکانیسم دفاعی (رشد یافته، رشد نایافته و نوروپیک) در پدیدایی آلکسی‌تایمیا بود.

روش: از بین بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بخش شیمی‌درمانی بیمارستان شهید بهشتی شهر قم ۴۵ بیمار به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ۴۵ فرد سالم نیز به شیوه هم‌تاسازی از بین کارکنان کادر پرستاری بیمارستان شهید بهشتی وارد پژوهش شدند. داده‌های جمع‌آوری شده بوسیله پرسشنامه‌های سبک‌های دفاعی و مقیاس آلکسی‌تایمیای تورونتو با استفاده از آزمون‌های آماری تی مستقل، همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: در مقایسه با افراد سالم، بیماران مبتلا به سرطان، نمرات بالاتری در مقیاس آلکسی‌تایمیا ($P=0/01$)، زیرمقیاس دشواری در شناسایی هیجان‌ها ($P=0/03$) و همچنین مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته ($P=0/007$) بدست آوردند. مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته با نمره کلی مقیاس آلکسی‌تایمیا و زیرمقیاس‌های دشواری در شناسایی هیجان و توصیف هیجان همبستگی معنادار داشتند ($P < 0/01$). مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته قادر به پیش‌بینی آلکسی‌تایمیا در افراد مبتلا به سرطان بودند ($P < 0/005$).

بحث: یافته‌های حاصل از این پژوهش حاکی از آن است که ابتلا به سرطان به عنوان یک رویداد استرس‌زا منجر به راه-اندازی مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته به عنوان مکانیسم‌های روانی غالب در اکثر بیماران مبتلا می‌شود. آلکسی‌تایمیا که ارتباط تنگاتنگی با مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته دارد نیز یک واکنش دینامیک برای مقابله با هیجان‌ها ناخوشایند ناشی از رویداد بیماری است.

کلمات کلیدی: مکانیسم‌های روانی - دفاعی، آلکسی‌تایمیا، سرطان

* نویسنده مسئول:

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی،
بیمارستان اعصاب و روان سهامیه، قم،
قم، ایران

۰۲۵ - ۳۷۸۳۹۹۳۳

E-mail: rahmatinejadp@yahoo.com

مقدمه

تشخیص سرطان و درمان‌های متعاقب آن رویداد شدیدی استرس‌زایی است که اغلب آشفتگی‌های روان‌شناختی قابل ملاحظه‌ای را برای فرد مبتلا و اطرافیان وی به همراه دارد. این آشفتگی‌های روان‌شناختی اغلب تأثیرات منفی روی درمان، پایبندی به درمان، کیفیت زندگی، میزان درد و حتی بقای بیماران می‌گذارد.^{۱،۲} اغلب بیماران، از راهبردهای مقابله‌ای متفاوتی برای مدیریت تجارب هیجانی روان‌شناختی و اجتماعی ناخوشایند ناشی از تشخیص بیماری استفاده می‌کنند. قرارگرفتن در این شرایط ماهیتاً استرس‌زا، مکانیسم‌های دفاعی-روان‌شناختی را در این افراد فعال می‌سازد و می‌تواند به طور موقت یا درازمدت در انطباق با شرایط بیماری موثر باشد. مکانیسم‌های دفاعی بنا به تعریف؛ فرایندهای شناختی خودکاری هستند که از افراد در برابر اضطراب و استرس حمایت می‌کنند.^۳ ادبیات پژوهشی حاکی از آن است که مکانیسم دفاعی انکار از شایع‌ترین مکانیسم‌های دفاعی مورد استفاده در بیماران مبتلا به سرطان سینه است که بیماران از آن برای مدیریت شرایط دردناک و دشوار مربوط به تشخیص و پیامدهای بیماری استفاده می‌کنند.^۴ نتایج یک تحقیق^۵ نیز نشان داد که مکانیسم دفاعی سرکوبی (Repression)، به عنوان یک متغیر پیش‌بین مستقل برای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جسمی در بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال عمل می‌کند. سایر تحقیقات حاکی از آن است که عمده‌ترین مکانیسم‌های دفاعی شایع در بیماران مبتلا به سرطان عبارتند از: بازگشت (Regression)، انکار، سرکوبی، فرافکنی، عقلانی‌سازی (Intellectualization) و والایش (Sublimation).^۶ وقتی مکانیسم‌های دفاعی که در سه سطح رشد یافته، رشد نایافته و نوروپیک قرار می‌گیرند^۳ کارایی خود را در تنظیم هیجانات منفی از دست می‌دهند فرد مبتلا به بیماری سرطان سطوح بالای اضطراب و افسردگی را تجربه خواهد نمود. چنانچه یک مطالعه^۷ نیز نشان داد که مکانیسم‌های دفاعی حتی می‌توانند شاخصی برای بقای بیماران مبتلا به سرطان به حساب بیایند.

یکی از ویژگی‌های روان‌شناختی که گفته می‌شود در بیماران مبتلا به سرطان شیوع بالایی دارد آلکسی‌تایمیا است.^{۸،۹} آلکسی‌تایمیا (Alexithymia) به آشفتگی‌های مشخصی در کارکرد روان‌شناختی فرد اشاره دارد که مشکلاتی در حوزه شناسایی و توصیف احساسات،

نقص در آگاهی هیجانی، فقدان قدرت تمایز بین هیجانات و احساسات بدنی ناشی از برانگیختگی هیجانی، توان محدود در تخیل و فقر خیال‌پردازی و سبک شناختی محدود به جهان بیرونی (تفکر عینی و برون‌گرا) را در بر می‌گیرد.^{۱۰-۱۲} تحقیقات مختلف گزارش کرده‌اند که احتمالاً آلکسی‌تایمیا در ایجاد یا پیشرفت تعداد زیادی از اختلالات روان‌پزشکی و بیماری‌های جسمی مانند سرطان^{۱۳} نقش دارد. از سوی دیگر، محققان بر این باورند که آلکسی‌تایمیا در ایجاد پایبندی درمانی (Treatment compliance) و پیامد درمان نیز نقش عمده‌ای ایفا می‌کند.^{۱۴}

در بیماران مبتلا به سرطان، پژوهش‌های متعددی صورت گرفته که نشان می‌دهد این دسته از بیماران، مشکلات زیادی را در زمینه آگاهی و تنظیم هیجانی از جمله آلکسی‌تایمیا تجربه می‌کنند. نتایج بدست آمده از این مطالعات، به طور کلی حاکی از آن است که آلکسی‌تایمیا در بیماران مبتلا به سرطان با متغیرهایی نظیر نوع و مراحل بیماری،^{۹،۱۵} نوع درمان،^{۱۶} تجربه درد،^{۱۵} کیفیت زندگی^{۱۷} و آسیب شناسی روانی^{۱۸،۱۹} ارتباط دارد. برای مثال در یک مطالعه^۹ نشان داده شد که در بیماران مبتلا به سرطان که ملاک‌های تشخیصی لازم برای اختلالات سایکوسوماتیک را دارند سطوح بالای آلکسی-تایمیا با میزان بالاتر اجتناب، افسردگی، سطوح پایین بهزیستی و علائم جسمی بالاتر، کاهش فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، مشکلات سازگاری و حمایت بین‌فردی و نگرانی‌های بیشتر در مورد سرطان همراه است. پروسیلی (Porcelli) و همکارانش^{۱۵} نیز در یک پژوهش مقطعی به این نتیجه رسیدند که آلکسی‌تایمیا بویژه دشواری در شناسایی هیجانات ارتباط نزدیکی با تجربه درد در بیماران مبتلا به سرطان دارد. در یک مطالعه دیگر، نتایج حاکی از ارتباط مثبت بین میزان اضطراب و افسردگی با نمره کلی آلکسی-تایمیا در بین زنان مبتلا به سرطان سینه در زمان انجام آزمون و در یک پیگیری ۶ ماهه بود.^{۱۸}

برخی از محققان حوزه هیجان معتقدند که باید بین آلکسی‌تایمیا اولیه که یک ویژگی شخصیتی باثبات است و آلکسی‌تایمیا ثانویه که نوعی مکانیسم دفاعی و یک واکنش گذرا و موقتی به رویدادهای استرس‌زای زندگی است و فرد طی آن از طریق کاهش ظرفیت هیجانی و شدت هیجانات از احساسات دردناک اجتناب می‌کند، تمایز قائل شویم.^{۲۰-۲۲} به گفته یکی از

آلکسی‌تایمیا در بیماران مبتلا به سرطان ذکر کرد.

مواد و روش‌ها

با توجه به ماهیت موضوع پژوهش مورد نظر از نوع همبستگی و پیش‌بینی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بخش شیمی‌درمانی بیمارستان شهید بهشتی شهر قم بود. از بین این بیماران ۴۵ بیمار به صورت نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس امکانات موجود برای پژوهشگران انتخاب شدند. همچنین ۴۵ فرد سالم نیز به شیوه هم‌تاسازی (بر اساس سن، جنسیت، وضعیت تأهل و ...) از بین کارکنان کادر پرستاری بیمارستان شهید بهشتی به صورت در دسترس انتخاب شدند. ملاکهای ورود در پژوهش عبارت بودند از: تشخیص قطعی سرطان بوسیله پزشک متخصص، حداقل سواد خواندن و نوشتن، تمایل به شرکت در پژوهش، قرار داشتن در وضعیت مناسب جسمی و روان‌شناختی برای پاسخگویی به سوالات. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن جسمی و روان‌شناختی، سوء مصرف مواد، سایکوز یا هر اختلال دیگری که فرایندهای شناختی بیمار را تحت تاثیر قرار دهد، عدم توانایی درک مفاهیم پرسشنامه، قرار گرفتن در وضعیت حاد بیماری، عدم برخورداری از هوشیاری کافی. در این پژوهش از ابزارهای زیر برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید:

پرسشنامه سبک دفاعی: Defense Styles Questionnaire

(DSQ) که توسط اندروز Andrews و همکارانش (۲۵) تدوین شده است و شامل ۴۰ گزینه است که در یک مقیاس لیکرت ۹ درجه‌ای (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف)، ۲۰ مکانیسم دفاعی را بر حسب رشد یافتگی، رشد نایافتگی و نوروپیک ارزیابی می‌کند. فرد در هریک از مکانیسم‌های دفاعی نمره‌ای بین ۱۸-۲ بدست می‌آورد، در هر کدام از مکانیسم‌های دفاعی که نمره فرد از ۱۰ بیشتر شود به معنی استفاده فرد از آن مکانیسم است. مکانیسم دفاعی مربوط به سبک دفاعی نوروپیک عبارتند از: ابطال Undoing، نوع‌دوستی کاذب، آرمانی‌سازی Idealization و واکنش وارونه Reaction Formation. مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته شامل ۱۲ مکانیسم دفاعی می‌باشد. فرافکنی پرخاشگری غیرفعال، برون‌ریزی Acting Out، مجزاسازی Compartmentalization، بی‌ارزش‌سازی

محققین،^{۳۳} آلکسی‌تایمیا را ثانویه در افرادی ظهور می‌یابد که از بیماری‌های سخت مانند سرطان رنج می‌برند یا در شرایط بسیار دشوار و استرس‌زای عاطفی و جسمی از قبیل همودیالیز قرار گرفته‌اند. به اعتقاد وی از لحاظ روان‌پوشی این رویدادهای شدیداً استرس‌زا مکانیسم‌های دفاعی نظیر انکار را در سطوح سایکوتیک فعال می‌سازد که بعد از آن ویژگی‌های آلکسی‌تایمیک تدریجاً ظاهر می‌شوند. در این راستا، یک پژوهش^{۳۴} نیز با مطالعه بر روی بیماران که به تازگی تشخیص سرطان را دریافت کرده بودند و بیمارانی که شش ماه از تشخیص آنها می‌گذشت و با مقایسه این دو گروه با افراد سالم چنین نتیجه‌گیری کردند که آلکسی‌تایمیا می‌تواند یک واکنش درونی و پویا به بیماری در افرادی باشد که به تازگی تشخیص بیماری را می‌گیرند و در طول مدت بیماری به مرور کاهش می‌یابد. همسو با این فرضیات بعضی از محققین^{۳۳} معتقدند که آلکسی‌تایمیا احتمالاً شبیه به مکانیسم دفاعی سرکوبی و یا بعدی از آن است که علی‌رغم برانگیختگی بالای سیستم عصبی خودکار؛ فرد آشفتگی‌های هیجانی کمی را تجربه می‌کند.

مطالب فوق ضرورت بررسی‌های بیشتر در زمینه آلکسی‌تایمیا و مکانیسم‌های دفاعی در افراد مبتلا به سرطان را آشکار می‌سازد. از یک طرف، داده‌ها در مورد میزان شیوع آلکسی‌تایمیا در این بیماران ضد و نقیض است^{۳۴} و از طرف دیگر علی‌رغم پژوهش‌های متعدد رابطه بین مکانیسم‌های دفاعی و آلکسی‌تایمیا و نقش آن در ایجاد و توسعه بیماری سرطان همچنان مبهم است. همچنین از آنجایی که نقش عوامل روان‌شناختی از جمله مکانیسم‌های دفاعی و آلکسی‌تایمیا در شکل‌گیری و تداوم بیماری، تعهد به فرایند درمان، کاهش آشفتگی‌های هیجانی و پیامدهای درمانی مناسب، غیرقابل انکار است پژوهش‌های بیشتر در این حوزه از اهمیت قابل توجهی برخوردار می‌شوند. با توجه به مطالب ذکر شده، هدف از این مطالعه مقایسه آلکسی‌تایمیا و مولفه‌های آن؛ دشواری در شناسایی هیجان‌ات، دشواری در توصیف هیجان‌ات و تفکر عینی، و نوع مکانیسم‌های دفاعی (رشد یافته، رشد نایافته و نوروپیک) مورد استفاده در بیماران مبتلا به سرطان با افراد سالم بود. همچنین از اهداف دیگر پژوهش را می‌توان تعیین رابطه میان سه نوع مکانیسم دفاعی رشد یافته، رشد نایافته و نوروپیک با آلکسی‌تایمیا و تعیین سهم پیش‌بینی هر یک از این سه نوع مکانیسم دفاعی در پدیدایی

به صورت در دسترس انتخاب شدند تا به سوالات این سه پرسشنامه پاسخ دهند. برای کنترل اثر خستگی و ترتیب، مقیاس‌ها به تناسب با ترتیب‌های متفاوت ارائه گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌های پژوهش از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و...) و نیز آمار استنباطی (تی مستقل، همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره) استفاده شد.

نتایج

تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان داد که ۲۰ نفر (۴۴/۴ درصد) از بیماران مبتلا به سرطان مرد و ۲۵ نفر (۵۵/۶ درصد) زن بودند. میانگین سنی این بیماران نیز ۴۹/۱۷ با انحراف معیار ۱۲/۳۴ بود. ۲۳ نفر (۵۱/۱ درصد) از افراد گروه کنترل نیز مرد و ۲۲ نفر (۴۸/۹) زن بودند. میانگین سنی این گروه نیز ۳۲/۹۳ با انحراف معیار ۸/۷۹ بود. ۱۴ نفر (۳۱/۱ درصد) از بیماران کمتر از یک ماه قبل تشخیص سرطان دریافت کرده بودند، ۱۶ نفر (۳۵/۶ درصد) بین شش ماه تا دو سال، ۱۳ نفر (۲۸/۹ درصد) بین دو تا ده سال و ۲ نفر (۴/۴ درصد) نیز بیش از ده سال مبتلا به بیماری سرطان بودند. ۵ نفر (۱۱/۱ درصد) از گروه بیماران مبتلا به سرطان و ۱ نفر (۲/۲ درصد) از افراد گروه کنترل سابقه بیماری اعصاب و روان داشتند. ۱۲ نفر (۲۶/۷ درصد) از افراد گروه بیمار و ۳ نفر از افراد گروه سالم (۶/۷ درصد) نیز سابقه مصرف سیگار را ذکر می‌کردند. ۷ نفر (۱۵/۶ درصد) از بیماران مبتلا به سرطان نیز سابقه ابتلا به بیماری سرطان در بستگان درجه یک خود را گزارش دادند.

بر اساس آزمون لوین و عدم معناداری آن برای تمامی متغیرهای پژوهش، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده؛ استفاده از آزمون پارامتریک تی مستقل بلا مانع بود. جدول شماره یک نتایج آزمون تی مستقل در دو گروه نمونه را نشان می‌دهد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که در سطح معناداری ۰/۰۵، دو گروه نمونه در زیرمقیاس‌های شناسایی هیجان‌ها [P = ۰/۰۳] و [t (۸۸) = ۳/۰۴۱] و نمره کل مقیاس آلکسی‌تایمیا [P = ۰/۰۱] و [t (۸۸) = ۲/۴۲۶] با یکدیگر تفاوت معنادار دارند و گروه بیماران مبتلا به سرطان در هر دو متغیر نمره میانگین بالاتری نسبت به گروه افراد سالم بدست آوردند. از سوی دیگر تجزیه و تحلیل‌ها حاکی از

Devaluation، خیال‌پردازی اوتیستیک Autistic Fantasy، انکار، جابجایی Displacement، تجزیه Dissociation، دو نیمه سازی Splitting، دلیل تراشی Rationalization و جسمانی‌سازی. مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته نیز عبارتند از: والایش، شوخ-طبعی Humor، پیش‌بینی Anticipation، فرونشانی Suppression. ضرایب آلفای کرونباخ هریک از مکانیسم‌های رشد یافته، رشد نیافته و نوروپیک در یک نمونه دانشجویی برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳، ۰/۷۴ که نشانه همسانی درونی رضایت بخش برای فرم ایرانی پرسشنامه سبک‌های دفاعی محسوب می‌شود. همچنین پایایی بازآزمایی پرسشنامه سبک‌های دفاعی برای یک نمونه ۳۰ نفری در دو نوبت با فاصله ۴ هفته برای کل آزمودنی‌ها از $r = 0/82$ محاسبه شد.^{۲۶}

مقیاس آلکسی‌تایمیا تورونتو - Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

این آزمون شامل ۲۰ گزینه است که سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) ارزیابی می‌کند. یک نمره کل نیز از جمع نمرات سه زیر مقیاس بدست می‌آید. در نسخه فارسی مقیاس ناگویایی هیجانی تورنتو-۲۰، ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس آلکسی‌تایمیا و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۲، محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی مقیاس در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از $r = 0/80$ تا $r = 0/87$ برای نمره کل مقیاس آلکسی‌تایمیا و زیر مقیاس‌های مختلف تایید شده است.^{۲۷}

شیوه اجرای پژوهش به صورت بود که پس از کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی قم، برای انجام پژوهش به بخش بیماری‌های آنکولوژی و شیمی درمانی بیمارستان شهید بهشتی مراجعه شد. به بیماران درباره هدف از انجام پژوهش توضیحات مختصری داده شده و پس از کسب رضایت بیمار برای شرکت در این پژوهش از آنها درخواست گردید تا به سوالات پرسشنامه مکانیسم‌های دفاعی و مقیاس آلکسی‌تایمیا-تورنتو پاسخ دهند. برای نمونه گیری گروه بهنجار نیز، ۴۵ نفر از پرسنل کادر پرستاری بیمارستان شهید بهشتی

مکانیسم دفاعی رشد نایافته با نمره کلی مقیاس آلکسی‌تایمیا و زیرمقیاس‌های دشواری در شناسایی هیجان و توصیف هیجان همبستگی معنادار دارد ($p < 0/01$). بیشترین همبستگی نیز بین زیر مقیاس مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته نمره کلی مقیاس آلکسی‌تایمیا مشاهده می‌شود ($r = 0/501, p < 0/01$).

آن بود که در سطح معناداری $0/05$ زیرمقیاس‌های مکانیسم‌های دفاعی دو گروه تفاوت معناداری در استفاده از مکانیسم دفاعی رشد نایافته داشتند [$t(88) = 2/761$ و $p = 0/007$] و گروه بیماران مبتلا به سرطان نمرات میانگین بالاتری نسبت به گروه افراد سالم به دست آوردند. همان‌طور که ماتریس همبستگی در جدول ۲ نشان می‌دهد،

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد و نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه میانگین متغیرهای پژوهش در دو گروه نمونه

متغیرها	گروه نمونه	آزمون لوین		میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	t	sig	df
		f	sig						
دشواری در شناسایی هیجان	گروه بیمار	۰/۴۹۱	۰/۴۸۵	۲۰/۳۵	۵/۸۱	۳/۶۲۲	۳/۰۴۱	۰/۰۰۳	۸۸
	گروه سالم			۱۶/۷۳	۵/۴۸				
دشواری در توصیف هیجان	گروه بیمار	۰/۳۵۱	۰/۵۵۵	۱۳/۴۴	۳/۹۷	۰/۱۷۷	۰/۲۰۵	۰/۸۳۸	۸۸
	گروه سالم			۱۳/۲۶	۴/۲۳				
تفکر عینی	گروه بیمار	۰/۰۰۰	۰/۹۸۲	۲۱/۹۱	۳/۴۳	۱/۲۶۷	۱/۷۳۳	۰/۰۸۷	۸۸
	گروه سالم			۲۰/۶۴	۳/۴۹				
نمره کل آلکسی‌تایمیا	گروه بیمار	۰/۰۰۰	۰/۹۸۲	۵۵/۷۱	۹/۳۸	۵/۰۶۷	۲/۴۲۶	۰/۰۱۷	۸۸
	گروه سالم			۵۰/۶۴	۱۰/۳۹				
مکانیسم دفاعی رشد یافته	گروه بیمار	۱/۴۵	۰/۲۳۲	۴۶/۱۵	۱۱/۴۹	۵/۰۰۰	۲/۳۰۶	۰/۰۲۳	۸۸
	گروه سالم			۴۱/۱۵	۸/۹۰				
مکانیسم دفاعی رشد نایافته	گروه بیمار	۰/۸۳۶	۰/۳۶۳	۱۰۸/۴۶	۲۳/۵۸	۱۲/۶۶۷	۲/۷۶۱	۰/۰۰۷	۸۸
	گروه سالم			۹۵/۸۰۰	۱۹/۷۷				
مکانیسم دفاعی نوروتیک	گروه بیمار	۰/۴۷۷	۰/۴۹۱	۴۵/۳۵	۱۳/۱۴	۲/۰۸۹	۰/۸۱۴	۰/۴۱۸	۸۸
	گروه سالم			۴۳/۲۶	۱۱/۱۲				

جدول ۲: ماتریس همبستگی میان متغیرهای پژوهش در گروه بیماران مبتلا به سرطان

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
دشواری در شناسایی هیجان	۱						
دشواری در توصیف هیجان	۰/۵۶۶**	۱					
تفکر عینی	-۰/۰۶۴	۰/۱۱۸	۱				
نمره کلی آلکسی‌تایمیا	۰/۸۳۵**	۰/۸۱۶**	۰/۳۷۶**	۱			
مکانیسم دفاعی رشد یافته	-۰/۲۲۵	-۰/۲۲۳	-۰/۰۸۶	-۰/۲۶۴	۱		
مکانیسم دفاعی رشد نایافته	۰/۴۳۸**	۰/۳۸۲**	۰/۱۸۸	۰/۵۰۱**	۰/۰۲۱	۱	
مکانیسم دفاعی نوروتیک	-۰/۲۳۲	۰/۲۸۵	۰/۰۳۰	۰/۰۴۲	۰/۳۲۱*	۰/۱۳۵	۱

$p < 0/01$ ** $p < 0/05$ *

جدول ۳: خلاصه رگرسیون چندمتغیره، تحلیل واریانس و شاخص‌های آماری رگرسیون آلکسی‌تایمیا از روی مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته، رشد نیافته و نوروتیک

مدل	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	R	R ²	خطای برآورد
۱	رگرسیون	۳	۴۹۱/۴۲۹	۸/۳۷۸	۰/۰۰۰	۰/۶۱۶	۰/۳۸۰	۷/۶۵۹
	باقی مانده کلی	۴۱	۵۸/۶۵۸					
		۴۴	۳۸۷۹/۲۴۴					

جدول ۴: ضریب همبستگی رگرسیون آلکسی‌تایمیا از روی مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته، رشد نیافته و نوروتیک

مدل	متغیر	ضریب B	خطای استاندارد برآورد	ضریب بتا	T	سطح معناداری
۱	رشد یافته	-۰/۱۶۱	۷/۳۴	-۰/۱۹۷	-۱/۵۱۵	۰/۱۳۸
	رشد نیافته	۰/۲۳۱	۰/۱۰۶	۰/۵۳۶	۴/۳۲	۰/۰۰۰
	نوروتیک	-۰/۱۷۵	۰/۰۴۹	-۰/۲۴۵	-۱/۸۷۵	۰/۰۶۸

که احتمالاً بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان، در شناخت و توصیف هیجان‌ات خود ناتوان هستند. این ناتوانی که بویژه در زمینه شناسایی هیجان‌ات و وضوح بیشتری دارد، باعث شکست فرد در تنظیم هیجان‌ات منفی می‌شود. بیمارانی که قادر به شناسایی هیجان‌ات منفی و تنظیم آن نیستند مشکلات زیادی را در زمینه سازگاری بهتر با شرایط استرس‌زای بیماری تجربه خواهند کرد. برای مثال، همان‌طور که نتیجه یک مطالعه^{۱۵} نشان داد در این بیماران دشواری در شناسایی و توصیف هیجان با متغیرهایی نظیر رفتارهای غیرانطباقی بیماری و حساسیت بالا نسبت به تجربه درد و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسالم برای مدیریت هیجان‌ات منفی ارتباط دارد که به نوبه خود سازگاری مناسب با شرایط بیماری را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بیمارانی که توانایی ضعیفی در تمایز بین هیجان‌ات از احساسات بدنی خود دارند ممکن است که این تحریکات هیجانی را به عنوان علائم بیماری تفسیر کنند که نهایتاً انطباق فرد با موقعیت بیماری را به سطوح پایین‌تری تنزل خواهد داد.^{۲۸}

از دیگر یافته‌های پژوهش این بود که بیماران مبتلا به سرطان، در مقایسه با افراد سالم، میانگین نمرات بالاتری در مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته بدست آوردند و دو گروه، در مکانیسم‌های

برای تعیین نقش متغیرهای پیش‌بین (مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته، رشد نیافته و نوروتیک) در تبیین آلکسی‌تایمیا در بیماران مبتلا به سرطان، متغیرهای پیش‌بین وارد معادله رگرسیون چند متغیره شدند. همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد آلکسی‌تایمیا رابطه معناداری با مکانیسم‌های دفاعی دارد ($p < ۰/۰۰۵$). مکانیسم‌های دفاعی در مجموع ۳۸ درصد از واریانس آلکسی‌تایمیا در بیماران مبتلا به سرطان را پیش‌بینی می‌کنند ($R^2 = ۳۸$). ضریب تاثیر مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته، رشد نیافته و نوروتیک در جدول ۴ نشان داده شده است. با توجه به یافته‌های فوق مکانیسم دفاعی رشد نیافته قادر به پیش‌بینی آلکسی‌تایمیا در افراد گروه نمونه مبتلا به سرطان بود. ($p < ۰/۰۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج بدست آمده از این پژوهش نشان داد که در مقایسه با افراد سالم، بیماران مبتلا به سرطان، نمرات بالاتری در مقیاس آلکسی‌تایمیا و زیرمقیاس دشواری در شناسایی هیجان‌ات بدست آوردند. این یافته‌ها، همسو با نتایج کسب شده از پژوهش‌های پیشین مانند مطالعات دیگر^{۹،۱۸} است که نشان دادند آلکسی‌تایمیا در این بیماران شیوع بالایی دارد. در تبیین این یافته‌ها، می‌توان گفت

هیجانی مرتبط است که با اطلاعات حساس و متناقض دریافت‌شده از محیط مقابله و مانع از ادراک کامل و بهینه این اطلاعات می‌شوند. مکانیسم بازداری هیجانی، گرایش به مسدود کردن اطلاعاتی دارد که تهدیدکننده و آزاردهنده هستند و انواع مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته، وظیفه یکپارچه‌کردن و هماهنگ‌ساختن سیستم شناختی فرد در مواجهه با اطلاعات متناقض و تهدیدکننده بیرونی و درونی را بر عهده دارد.^{۳۲} نتیجه فعال‌شدن مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته در بیماران مبتلا به سرطان در نهایت افزایش بازداری هیجانی، آلکسی-تایمیا و دشواری در ادراک و تنظیم هیجان‌ات منفی ناشی از شرایط بیماری است.

عدم کنترل متغیرهای تاثیرگذاری نظیر نوع و مرحله بیماری سرطان، نوع درمان انتخاب شده و جنسیت بیماران، ماهیت مقطعی مطالعه حاضر و نیز ابزارهای خودگزارشی، تعمیم یافته‌ها را با محدودیت همراه می‌سازد. برای شناخت بهتر از رابطه میان مکانیسم‌های دفاعی و آلکسی‌تایمیا در بیماران مبتلا به سرطان و سهم هر یک از این عوامل در پدیدآیی و تداوم بیماری پیشنهاد می‌شود تا پژوهش‌های بیشتری در مراحل مختلف بیماری و درمان و نیز نوع سرطان صورت بگیرد. همچنین پژوهش‌های بیشتر به منظور بررسی ارتباط میان مکانیسم‌های دفاعی و آلکسی‌تایمیا با متغیرهای فردی، خانوادگی، اجتماعی بیماران آگاهی بیشتری از عوامل روان-شناختی موثر در شکل‌گیری، تداوم و درمان بیماری سرطان بدست خواهد داد.

بطور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میزان آلکسی‌تایمیا در بیماران مبتلا به سرطان نسبت به افراد غیربالینی و سالم بالاتر است و این بیماران بویژه در زمینه شناسایی هیجان با مشکل مواجه هستند. همچنین نتایج پژوهش حاکی از آن بود که گروه بیماران مبتلا به سرطان از مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته بیشتری در مقایسه با افراد سالم استفاده می‌کردند. بعلاوه مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته، پیش‌بین مناسبی برای آلکسی‌تایمیا در گروه بیماران مبتلا به سرطان بود. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که مکانیسم‌های دفاعی و آلکسی‌تایمیا بویژه دشواری در شناسایی هیجان از عوامل روان‌شناختی عمده‌ای هستند که در تجربه آشفتگی‌های هیجانی و تنظیم هیجان‌ات منفی ناشی از بیماری نقش دارند. به دلیل تاثیرات بالقوه مولفه‌های روان‌شناختی تعیین‌کننده‌ای

دفاعی رشد یافته و نوروتیک با یکدیگر تفاوتی نداشتند. همسو با نتایج مطالعه حاضر، پژوهش‌های صورت گرفته^{۲۹} که بر روی بیماران مبتلا به سرطان سینه انجام شده نشان داده که میانگین نمرات مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته و نوروتیک در این بیماران، بالاتر از جمعیت غیربالینی است. بطور کلی، نتایج اغلب مطالعات پیشین^{۴-۶ و ۳۰-۳۱} موید یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر است. هر چند بسیاری از مطالعات به بررسی مکانیسم دفاعی انکار^۴ و سرکوبی^۵ در این بیماران پرداخته‌اند اما مطالعات دیگر^{۳۰-۳۱} اغلب حاکی از استفاده بالای این بیماران از سایر مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته و نوروتیک دارند. در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان گفت که ابتلا به سرطان، رویداد استرس‌زایی است که مکانیسم‌های دفاعی غالب فرد را راه‌اندازی کرده و منجر به ارائه پاسخ‌های روان‌شناختی مبتنی بر این مکانیسم‌ها از سوی فرد می‌گردد. به نظر می‌رسد که بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان، از انواع مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته برای مقابله با اضطراب و عواطف ناخوشایند ناشی از رویداد بیماری استفاده می‌کنند.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، در گروه نمونه تحقیق، مکانیسم دفاعی رشد نیافته، پیش‌بین مناسبی برای آلکسی‌تایمیا بود. این نتایج، موید فرضیات مطرح شده از سوی محققانی^{۳۱-۳۲} است که معتقدند مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته مانند انکار، منجر به ظهور و پدیدآیی آلکسی‌تایمیا در این بیماران می‌گردد. در این راستا، یافته‌های این تحقیق، نتایج حاصل از مطالعاتی^{۳۳} را که نشان داده‌اند آلکسی‌تایمیا به طور سیستماتیک با افزایش بازداری هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته ارتباط دارد تایید می‌کند. در تبیین این نتایج، می‌توان گفت که احتمالاً مواجه‌شدن با موقعیت استرس‌زای بیماری، منجر به فعال‌شدن مکانیسم‌های دفاعی روان‌شناختی در فرد می‌گردد که عمدتاً از نوع مکانیسم‌های رشد نیافته از قبیل انکار و سرکوبی هستند. فعال‌شدن این مکانیسم‌ها در فرایند پردازش شناختی هیجان‌ات اختلال ایجاد می‌کنند. در نهایت، هنگامی که فرد نتواند محرک‌ها و اطلاعات هیجانی وارد شده به سیستم شناختی خود را ادراک و شناسایی نماید دچار آشفتگی هیجانی می‌گردد. این آشفتگی‌های هیجانی به صورت آلکسی‌تایمیا و بطور اخص دشواری در شناسایی هیجان ظهور می‌یابد. در این راستا، آلکسی‌تایمیا غالباً با راهبردهای ذهنی متعدد از قبیل بازداری

درمانی و مراقبت مناسب‌تر برای مدیریت شرایط بحرانی و استرس‌زای بیماری سود ببرند. بررسی متغیرهای روان‌شناختی نظیر مکانیسم‌های دفاعی و آلکسی‌تایمیا با رویکردهای متمرکز بر سبب‌شناسی و چگونگی تداوم و نحوه کارکرد آن در بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی بویژه سرطان، امکان طرح‌ریزی برنامه‌های مداخلات تخصصی روان‌شناختی برای این بیماران را فراهم خواهد ساخت.

نظیر مکانیسم دفاعی و آلکسی‌تایمیا در ایجاد، توسعه و پیشرفت بیماری و نیز نقش غیرقابل انکار آن در ایجاد پایبندی مناسب به درمان، کاهش آشفتگی‌های روان‌شناختی و پیامدهای درمانی مطلوب، پژوهش‌های بیشتر در این حوزه از اهمیت قابل توجهی برخوردار می‌شوند. شناخت مکانیسم‌های دفاعی مورد استفاده در بیماران مبتلا به سرطان هم به این بیماران و هم به پزشکان کمک می‌کند تا با شناخت بیشتر از فرایندهای روان‌شناختی، از شیوه‌های

References

- Prieto JM, Atala J, Blanch J, Carreras E, Rovira M, Cirera E, Espinal A, Gasto C. Role of depression as a predictor of mortality among cancer patients after stem-cell transplantation. *J Clin Oncol*. 2005; 23(25):6063-71.
- Chida Y, Hamer M, Wardle J, Steptoe A. Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nat Clin Pract Oncol*. 2008; 5(8):466-75.
- Vaillant, GE. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *J Abnorm Psychol*. 1994; 103(20): 44-50.
- Wool MS. Extreme denial in breast cancer patients and capacity for object relations. *Psychother Psychosom*. 1986; 46: 196-204.
- Hyphantis T, Paika V, Almyroudi A, Kampletsas EO, Pavlidis N. Personality variables as predictors of colorectal cancer patients' psychological distress and health related quality of life: a one-year prospective study. *J Psychosom Res* 2011; 70: 411-421.
- Dumitrascu O, Jian E, Nicolae R, Horvat T. The psychological impact of lung Cancer Diagnosis. *Proc. Rom. Acad*. 2015; 1: 83-85.
- Beresford TP, Alfors J, Mangum L, Clapp L, Martin B. Cancer survival probability as a function of ego defense (adaptive) mechanisms versus depressive symptoms. *Psychosomatics*. 2006; 47: 247-253.
- Gritti, P; Lombardi, S; Nobile, B; Trappoliere, P; Gambardella, A; Di Caprio, EL; Resicato, G. Alexithymia and cancer-related fatigue: a controlled cross-sectional study. *Tumor*. 2010; 96(1):131-137.
- Grassi L, Sabato S, Rossi E, Biancospino B, Marmai L. Use of the diagnostic criteria for psychosomatic research in oncology. *Psychother Psychosom* 2005; 74: 100-107.
- Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos PE: Alexithymia a view of the psychosomatic process. In: Hill OW (ed): *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. London, Butterworths, 1976. pp 430-439.
- Apfel RJ, Sifneos PE. Alexithymia: concept and measurement. *Psychother Psychosom*. 1979; 32:180-190.
- Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM. A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1228-1230.
- De Vries A.M.M. Forni V. Voellinger R. Stiefel F. Alexithymia in Cancer Patients: Review of the Literature. *Psychother Psychosom*. 2012; 81:79-86.
- Porcelli P, Bagby RM, Taylor GJ, de Carne M, Leandro G, Todarello O: Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychosom Med*. 2003; 65: 911-918.
- Porcelli P, Tulipani C, Maiello E, Cilenti G, Todarello O: Alexithymia, coping, and illness behavior correlates of pain experience in cancer patients. *Psychooncology* 2007; 16: 644-650.
- Manna G, Foddai E, Di Maggio MG, Pace F, Colucci G, Gebbia N, Russo A: Emotional expression and coping style in female breast cancer. *Ann Oncol*. 2007; 18:vi77-vi80.
- Ripetti V, Ausania F, Bruni R, Campoli G, and Coppola R. Quality of life following colorectal cancer surgery: the role of alexithymia. *Eur Surg Res*. 2008; 41: 324-330.
- Luminet O, Rokbani L, Ogez D, Jadoulle V: An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in women with breast cancer. *J Psychosom Res*. 2007; 62: 641-648.
- Grassi L, Rossi E, Sabato S, Cruciani G, Zambelli M: Diagnostic criteria for psychosomatic research and psychosocial variables in breast cancer patients. *Psychosomatics* 2004; 45: 483-491.

20. De Gucht V, Fontaine J, Fischler B. Temporal stability and differential relationships with neuroticism and extraversion of the three subscales of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale in clinical and nonclinical samples. *J Psychosom Res.* 2004; 37:25-33.
21. Martínez-Sánchez F, Ato-García M, Ortiz-Soria B. Alexithymia State or trait? *Span J Psychology* 2003; 6:51-9.
22. Freyberger H. Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychother Psychosom.* 1977; 28: 337-342.
23. Bonanno GA, Singer JL. Repressive personality style: theoretical and methodological implications for health and pathology. In: Singer JL (ed): *Repression and Dissociation: Implications for Personality Theory, Psychopathology and Health.* Chicago, IL: University of Chicago Press, 1990:435- 470.
24. De Vries A.M.M. Forni V. Voellinger R. Stiefel F. Alexithymia in Cancer Patients: Review of the Literature. *Psychother Psychosom* 2012; 81:79-86.
25. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis.* 1993; 181 (1): 246-256.
26. Besharat MA, Irawani M, Sharifi M. An investigation relationship between attachment style and defense mechanisms. *Journal of psychology* 2001; 3(19): 277-289 .
27. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep.* 2007; 101(1):209-220.
28. Katz J, Martin AL, Page MG, Calleri V: Alexithymia and fear of pain independently predict heat pain intensity ratings among undergraduate university students. *Pain Res Manag.* 2009; 14:299-305.
29. Khodamoradi S, Besharat MA, Hemmati A. The comparison of defense mechanisms in patients suffering from breast cancer with those of nonclinical group. *Yafteh* 2013; 15(3): 76-86.[In Persian]
30. Zachariae R, Jensen AB, Pedersen C, et al. Repressive coping before and after diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology* 2004; 13: 547-561.
31. Perri JC, Metzger J, Sigal JJ. Defensive functioning among women with breast cancer and Matched Community Controls. *Psychiatry* 2015; 78(2): 156-169.
32. Helmes E, McNeill P, Holden RR, Jackson C. The construct of alexithymia: association with defense mechanisms. *J Clin Psychol.* 2008; 64(3): 332-337.