

## مقایسه گرایش شخصیتی خودتخریبی و خودشناسی انسجامی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز و افراد سالم

### Comparison of self-destructive tendencies and integrative self-knowledge among multiple sclerosis and healthy people

Sahar Tahbaz Hoseinzadeh  
Health Psychology  
Nima Ghorbani  
University of Tehran  
Seyed Masoud Nabavi  
Shahed University

سحر طاهباز حسین زاده\*  
روانشناسی سلامت  
نیما قربانی  
دانشگاه تهران  
سید مسعود نبوی  
دانشگاه شاهد

#### Abstract

Based on "teleological coherence" hypothesis, all of the systems of an organism aim to achieve a common goal and when the boundaries between self/nonself are broken in one system, the possibility that they will be destroyed in other systems is increased. On this basis the present study aimed to investigate self-destructive tendencies and integrative self-knowledge of MS patients ( $N = 88$ ) and normal participants ( $N = 130$ ). 88 MS patients and 130 students of University of Tehran completed scales measuring the following aspects: Integrative-Self-Knowledge (ISK), mindfulness (MAAS), self-control (SCS), Interpersonal problems (IIP), Self-Harm (SHI), and masochism. Results showed that MS patients scored significantly higher than normal subjects in masochism, interpersonal sensitivity and aggression while scores of MS patients were lower in Integrative Self-Knowledge (ISK). Based on these results, disharmony in one system is accompanied by disharmony in other systems. Therapeutic implications suggest that in order to reduce the disharmony in one system, we should improve disharmony in other systems. Thus, psychological interventions that promote self-interest in MS patients may be effective in improving immunological symptoms in these patients.

**Keywords:** teleological coherence, harmony of perpose, self-destruction, autoimmune disease

#### چکیده

براساس فرضیه همگونی غایی کل سیستم‌های یک ارگانیسم در پی دستیابی به یک هدف مشترک هستند و هنگامی که مرز میان خود و غیرخود در سطح یک سیستم از میان می‌رود احتمال تخریب این مرز در سطح سایر سیستم‌ها نیز افزایش می‌یابد. بر این اساس در پژوهش حاضر به بررسی گرایش‌های شخصیتی خودتخریبی و خودشناسی انسجامی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز و افراد سالم پرداخته شد. ۸۸ بیمار مبتلا به مالتیپل اسکلروز (۷۹ زن، ۹ مرد) و ۱۳۰ دانشجوی دانشگاه تهران (۸۵ زن، ۴۳ مرد) به مقیاس‌های خودشناسی انسجامی (ISK)، بهوشیاری (MAAS)، خودمهارگری (SCS)، مشکل در روابط بین فردی (IIP)، آسیب به خود (SHI) و خودآزاری پاسخ دادند. نتایج نشان داد میزان خودآزاری، حساسیت بین‌فردی و پرخاشگری بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز بالاتر از افراد سالم بود در حالی که خودشناسی انسجامی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز پایین‌تر از افراد سالم بود. بر اساس نتایج پژوهش، ناهماهنگی در سطح یک سیستم با ناهماهنگی در سطح سایر سیستم‌ها همراه است. تلویحات درمانی نشان می‌دهد که به منظور رفع ناهماهنگی در سطح یک سیستم می‌توان و یا باید ناهماهنگی موجود در سایر سیستم‌ها را اصلاح کرد. بنابراین، درمان‌های روانشناختی با هدف افزایش علاقه به خود در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز ممکن است در بهبود علائم ایمنی شناختی این بیماران موثر واقع شوند.

**واژه‌های کلیدی:** هم‌گونی غایی، هماهنگی اهداف، خودتخریبی، بیماری اتوایمیون

\* نشانی پستی نویسنده: تهران، بزرگراه جلال آل‌احمد، پل گیشا، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران. پست الکترونیکی: Stahbaz61@yahoo.com

## مقدمه

سیستم ایمنی براساس نظریه همگونی غایی<sup>۱</sup> و وظیفه‌ای فراتر از دفاع در مقابل عوامل بیرونی و بیگانه دارد. چنین دفاعی بدون شک نیازمند شناختی دقیق از عواملی است که باید در مقابل آنها به دفاع پرداخت (بوث و آشبریج، ۱۹۹۳، ۱۹۹۲). از این رو، سیستم ایمنی به‌منظور انجام درست وظیفه سنتی خود یعنی دفاع در مقابل عوامل بیگانه، نیازمند شناسایی این عوامل بیگانه و غیرخودی است. بدون شک تا زمانی که سیستم ایمنی شناخت دقیقی از عوامل و مولکول‌های خودی نداشته باشد نمی‌تواند به شناسایی عوامل بیگانه بپردازد. به عبارت دیگر، باید نقش سیستم ایمنی را به‌جای سیستم دفاع در مقابل عوامل بیگانه در قالب یک رویکرد فرمانگری سطح دوم<sup>۲</sup> در نظر گرفت (بوث، ۲۰۰۴). به این ترتیب، تصور سنتی ما از وظیفه اصلی سیستم ایمنی یعنی دفاع در مقابل عوامل بیگانه، به کسب شناختی دقیق نسبت به عوامل خودی و ایجاد تمایز میان خود<sup>۳</sup> و غیرخود<sup>۴</sup> تغییر یافت. به سخن دیگر، سیستم ایمنی منتظر حمله محرک‌های بیرونی و سپس دفاع در مقابل آنها نمی‌ماند، بلکه همواره به نظارت بر محیط درونی ارگانیسم و حفظ هموستاز این محیط می‌پردازد و در خلال حفظ هموستاز محیط درونی است که به شناسایی محرک‌های بیگانه و دفاع در مقابل آنها می‌پردازد.

به این ترتیب یکی از ویژگی‌های اساسی سیستم ایمنی خودارزیابی<sup>۵</sup> و خودتعیین‌گری<sup>۶</sup> است (بوث و آشبریج، ۱۹۹۳، ۱۹۹۲): این سیستم به‌صورتی مداوم بر شرایط درونی نظارت داشته و مدام به تعیین مرز خود و غیرخود می‌پردازد و می‌کوشد از خلال این تعریف مرزها به هویت مستقلی دست یابد. از این رو این سیستم رفتاری فرایند محور<sup>۷</sup> و نه محرک‌محور<sup>۸</sup> دارد و از طریق چنین رفتاری به تشکیل ایگوی زیستی<sup>۹</sup> فرد یاری می‌رساند (بورگیو، مارتینی، ۱۹۸۷). به عبارت دیگر، سیستم

ایمنی و نیز سیستم روانشناختی هر ارگانیسمی درگیر یک فرایند خودزایی<sup>۱۰</sup> (بوث، ۲۰۰۷، ۲۰۰۵، ۲۰۰۴) یا خودسرایی<sup>۱۱</sup> (ماتورانو و وارلا، ۱۹۸۷) می‌شود، یعنی با نظارت مداوم بر محیط درونی و بیرونی خویش و تغییر مداوم مرزهای مشترک خود با محیط پیرامونش به منظور کسب سازش<sup>۱۲</sup> با محیط، به ساخت و زایش مداوم خود نیز می‌پردازد. این سازش در بلند مدت تعیین‌کننده ی تداوم بقا و یا مرگ ارگانیسم خواهد بود (بوث، ۲۰۰۷، ۲۰۰۴). بلالوک (۱۹۸۴) سیستم ایمنی را نیز یک اندام حسی و به عبارتی ششمین حس ارگانیسم می‌داند که اطلاعات مربوط به محیط داخلی را دریافت و به منظور حفظ هموستاز محیط داخلی بدن، دست به تغییراتی در ترکیب خود می‌زند (نظیر تغییر تعداد لنفوسیت‌ها<sup>۱۳</sup>، افزایش سلول‌های کشنده طبیعی<sup>۱۴</sup>). از سوی دیگر، خود روانی-اجتماعی ارگانیسم نیز در یک ارتباط متقابل به تعامل با سیستم ایمنی می‌پردازد. به عنوان مثال، ادراک تهدید یا استرس توسط سیستم روانشناختی فرد تعیین‌کننده واکنش‌های بعدی سیستم ایمنی به منظور مقابله با این تهدید خواهد بود (بوث، ۲۰۰۷). به این ترتیب نقش سیستم روانشناختی در ادراک پدیده‌های پیش‌روی سیستم ایمنی، موجب می‌شود سیستم ایمنی رفتاری شناختی در تعامل با محیط بیابد، چیزی که وارلا (وارلا، انزیچ، ۱۹۹۱) آن را فرایند تفرد بدنی<sup>۱۵</sup> می‌نامد. به عبارت دیگر، تفرد بدنی نشان‌دهنده ارتباط متقابل سیستم روانشناختی و ایمنی است. این دو سیستم با تغییر مداوم مرزهای خویش در ارتباط با دیگری، به تداوم بقای خویش می‌انجامند و هویت خود را حفظ می‌کنند، همچون موج‌سواری که با تغییر مداوم وضعیت تخته موج‌سواری خود در مقابل تغییرات مداوم امواج، ارتباطی سازش‌یافته را با امواج متلاطم حفظ می‌کند (بوث، ۲۰۰۷، ۲۰۰۴).

به این ترتیب براساس فرضیه همگونی غایی شاهد یک هم‌ریختی<sup>۱۶</sup> در کلیه سیستم‌های یک ارگانیسم اعم از سیستم عصبی، ایمنی، غدد درون‌ریز و روانشناختی هستیم (بوث و

1. teleological coherence
2. second-order cybernetic approach
3. self
4. nonsell
5. self-evaluation
6. self-determination
7. process-oriented
8. stimulus-oriented
9. biological ego

10. self-generation
11. autopoiesis
12. adaptation
13. lymphocytes
14. natural killer cells
15. somatic individuation
16. isomorphism

فرضیه همگونی غایی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز خودمهارگری پایین تری نسبت به افراد سالم خواهند داشت و در نهایت نقص خود-هماهنگی فرد در سطحی درونی به کاهش هماهنگی فرد در سطحی بین فردی و اجتماعی منجر می شود و بر این اساس مشکلات بین فردی (کیم، پیلکونیس، بارخام، ۱۹۹۷) بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز نیز در نتیجه نقص فرایندهای هماهنگی درونی (در سطح سیستم ایمنی و روانشناختی) آنها در مقایسه با افراد سالم، بیشتر خواهد بود. قابل پیش بینی است افرادی که دچار بیماری مالتیپل اسکروز هستند در سازه های روانشناختی خودشناسی انسجامی، بهوشیاری و خودمهارگری، که انعکاسی از هماهنگی در سطح روانشناختی هستند، نمرات کمتر و در سازه های مشکلات روابط بین فردی، آسیب به خود و خودآزاری، که نشان دهنده ناهماهنگی در سطح روانشناختی هستند، نمرات بیشتری نسبت به افراد سالم کسب کنند.

### روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: آزمودنی های این مطالعه شامل بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز (۷۹ زن و ۹ مرد، میانگین سن ۳۲/۴۶، انحراف معیار ۸/۵)، و گروه کنترل (۸۵ زن، ۴۳ مرد، میانگین سنی ۲۳/۶۴، انحراف معیار ۳/۳۲) بوده است. در گروه نمونه بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز، ۶۱/۴٪ افراد متاهل بوده و سطح تحصیلات آزمودنی ها در این گروه شامل دیپلم ۳۸/۶٪، فوق دیپلم ۱۱/۴٪، کارشناسی ۴۰/۹٪، کارشناسی ارشد ۶/۸٪ و دکترا ۲/۳٪ بوده است. بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز از میان بیماران مراجعه کننده به یک کلینیک خصوصی نورولوژی انتخاب شده اند. در گروه کنترل ۱۰/۲٪ افراد متاهل بوده و سطح تحصیلات این گروه شامل فوق دیپلم ۱/۶٪، کارشناسی ۶۵/۱٪، کارشناسی ارشد ۲۹/۴٪ و دکترا ۴٪ بوده است. این گروه نمونه از میان دانشجویان دانشکده مدیریت دانشگاه تهران انتخاب شدند.

### ابزار سنجش

مقیاس خودشناسی انسجامی (ISK): مقیاس خودشناسی انسجامی<sup>۷</sup> توسط قربانی، واتسن و هارگیس (۲۰۰۸) ساخته شده است، دارای ۱۲ گویه بوده که براساس یک مقیاس

آشبرج، ۱۹۹۳، ۱۹۹۲). کلیه این سیستم ها می کوشند از طریق طی این فرایند شکل گیری به هویت خود<sup>۱</sup> به عنوان هدفی غایی دست یافته و آن را حفظ نمایند و همین هدف غایی است که ارتباط میان سیستم های مختلف ارگانسیم را روشن می کند. به اعتقاد بوث (۱۹۹۲) ماهیت ارتباط میان سیستم های مختلف ارگانسیم تحت تاثیر الزام هماهنگی اهداف<sup>۲</sup> آنها قرار می گیرد، یعنی همه سیستم ها به دنبال دستیابی به هدف هویت خود هستند و زمانی که هدف هر سیستم در جهت دستیابی به هویتی مستقل در کنار اهداف سایر سیستم ها قرار می گیرد کارکرد هر سیستم بیشتر قابل پیش بینی و درک می گردد. به این ترتیب براساس این فرضیه، همه سیستم ها در پی تشکیل مرز میان خود و غیر خود به منظور دستیابی به هویت خود هستند و چنانچه این هدف در یکی از سیستم ها محقق نشود، احتمال محقق نشدن آن در سایر سیستم ها افزایش می یابد.

بنابراین براساس فرضیه همگونی غایی چنانچه مرز میان خود و غیر خود در یک سیستم از میان رود (به عنوان مثال سیستم ایمنی) به احتمال زیاد این مرز در سایر سیستم ها (نظیر سیستم روانشناختی) نیز از میان خواهد رفت و بالعکس. این فرضیه می تواند به این نتیجه گیری انجامد که سیستم های ایمنی شناختی و روانشناختی باید هدفی واحد داشته باشند. از این رو احتمال مشاهده بیماری های اتوایمیون (از جمله مالتیپل اسکروز) که مرز خود و غیر خود در آنان تخریب شده است، در افرادی که گرایش شخصیتی خودتخریبی<sup>۳</sup> دارند بیش از افرادی است که چنین گرایش شخصیتی ندارند و بالعکس. همچنین از آنجاکه خودتخریبی نوعی ناهماهنگی خود<sup>۴</sup> است، می توان براساس فرضیه همگونی غایی این فرض را به میان آورد که فرایندهای خود-هماهنگ کننده<sup>۵</sup> نظیر خودشناسی انسجامی (قربانی و همکاران، ۲۰۰۳) و بهوشیاری (دسی و رایان، ۲۰۰۳) در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز آسیب دیده اند.

همچنین با توجه به نقش تسهیل کننده فرایند خودمهارگری<sup>۶</sup> (تنگنی، بامیستر، بون، ۲۰۰۴) در خود-هماهنگی فرد، براساس

1. self-identity
2. harmony of purpose
3. self-destructive
4. self-disharmony
5. self-harmonizer
6. self-control

۳۶ ماده که در مقیاس ۵ درجه ای لیکرتی از ۱ (اصلا) تا ۵ (بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شوند. در ابتدا این مقیاس شامل ۹۳ ماده بوده‌است که همگی حوزه‌های شکست خودکنترلی به‌ویژه کنترل بر افکار، هیجانات، تکانه‌ها، تنظیم عملکرد و کنار گذاشتن عادات را در برمی‌گرفت. از میان این ۹۳ ماده در نهایت ۳۶ ماده که بالاترین همبستگی را با نمره کل آزمون کسب کرده‌بودند به‌عنوان مقیاس خودمهارگری انتخاب شدند. نتیجه تحلیل عاملی وجود ۵ عامل را در این مقیاس نشان داده‌است: انضباط شخصی<sup>۴</sup>، گرایش به اعمال هدفمند و غیرتکانشی، عادات سالم، خودتنظیمی به‌منظور حفظ اخلاق شغلی، قابلیت اعتماد. فرم خلاصه مقیاس خودمهارگری شامل ۱۳ ماده است که همبستگی نمرات آن با مقیاس کامل خودمهارگری ۰/۹۲ تا ۰/۹۳ بوده‌است (تنگنی، بامیستر و بون، ۲۰۰۴) در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته‌است. آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه حاضر ۰/۷۴ بوده‌است.

**مقیاس بهوشیاری (MAAS):** مقیاس بهوشیاری<sup>۵</sup> ۱۵ ماده‌ای توسط براون و رایان (۲۰۰۳) ساخته شده‌است و برای سنجش بهوشیاری بکار می‌رود و در یک مقیاس لیکرتی ۶ درجه‌ای از ۱ (تقریباً همیشه) تا ۶ (تقریباً هرگز) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس از پایایی خوبی برخوردار است، به‌طوری‌که روی ۷ گروه نمونه اجرا شده و آلفای کرونباخ آن بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (براون و رایان، ۲۰۰۳). روایی این مقیاس نیز در حد بالایی گزارش شده است به‌طوری‌که همبستگی بسیار بالایی ( $p < 0.001$ ) را با تعدادی از متغیرهای سلامت روان نشان داده است (براون و رایان، ۲۰۰۳). نمرات بالا در MAAS با آشفتگی پایین و نشانه‌های استرس کم مرتبط بود (کارلسون و براون، ۲۰۰۵؛ به‌نقل از قاسمی‌پور، ۱۳۸۵). این مقیاس در جامعه ایران اجرا شده‌است و آلفای آن به‌طور میانگین ۰/۸۲ بوده که با متغیرهایی از جمله خودشناسی و سلامت روان (قربانی، ۱۳۸۳) و همچنین ارضای نیازهای روانی بنیادی (قاسمی‌پور، ۱۳۸۵) ارتباط مثبت و با افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده (قاسمی‌پور، ۱۳۸۵) رابطه منفی نشان داده‌است. آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه حاضر ۰/۸۳ بوده‌است.

لیکرت پنج‌درجه‌ای پاسخ داده‌می‌شوند. طی چندین مطالعه روایی و پایایی این مقیاس به‌تایید رسیده‌است (میانگین ضرایب آلفای این مقیاس در مطالعات مذکور ۰/۸۰ بوده است). نمره بالا در این مقیاس با ارزیابی ویژگی‌های رفتاری وابسته به خودشناسی در دگرسنجی‌ها در هر دو فرهنگ همراه بوده‌است. خودشناسی در پیش‌بینی سلامت روان در قیاس با پنج عامل بزرگ شخصیت دارای روایی افزایشی<sup>۱</sup> است و فراتر از این، عامل‌های شخصیتی توان تبیین سلامت روان را دارند (قربانی و واتسن، ۲۰۰۴). آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه حاضر ۰/۸۳ بوده‌است که نشانه همسانی درونی بالای مواد این مقیاس است.

**پرسشنامه مشکلات بین‌شخصی (IIP):** پرسشنامه مشکلات بین‌شخصی<sup>۲</sup> که توسط کیم و پیلکونیس از دانشگاه پیتزبورگ و بارخام از دانشگاه شفیلد ساخته شده‌است، شامل ۱۲۷ گویه است که خرده مقیاس‌های زیر را می‌سنجد: مشکل در صمیمیت، جرات‌ورزی، اجتماعی‌بودن، کنترل بین‌شخصی، مسوولیت‌پذیری بیش‌ازاندازه، اطاعت و تسلیم، دوسوگرایی در روابط بین‌شخصی، پرخاشگری و نیاز به تایید اجتماعی. تحلیل عوامل تاییدی، ارتباط این خرده مقیاس‌ها و اختلالات شخصیت را تایید کرده‌است (کیم و همکاران، ۱۹۹۷). در این پژوهش از فرم خلاصه شده آن برای سنجش وجود یا عدم‌وجود اختلالات شخصیت در نمونه موردنظر استفاده شده که شامل ۲۹ سوال است که براساس یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت پاسخ داده می‌شوند و نمره معکوس ندارد. نسخه فارسی آن نخستین بار در نمونه‌های بالینی و بهنجار ایرانی به‌کار گرفته شده و از مشخصات روانسنجی قابل‌قبولی برخوردار بوده‌است (قربانی، ۱۳۸۳). در پژوهش قربانی (۱۳۸۳) نشان داده‌شد که این مقیاس با سلامت روان ارتباط منفی و با اختلالات روانی ارتباط مثبت داشته است. آلفای کرونباخ کل مقیاس در مطالعه حاضر ۰/۸۸، خرده مقیاس حساسیت بین‌فردی ۰/۷۴، دوسوگرایی بین‌فردی ۰/۷۷، و پرخاشگری ۰/۷۹ بوده‌است که همگی نشان‌دهنده همسانی درونی بالای مقیاس و خرده مقیاس‌های آن است.

**مقیاس خودمهارگری (SCS):** مقیاس خودمهارگری<sup>۳</sup> (تنگنی، بامیستر و بون، ۲۰۰۴) یک مقیاس خودسنجی است مشتمل بر

4. self-discipline  
5. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)  
6. Carlson, L. E., & Ryan, K. W.

1. incremental validity  
2. Inventory of Interpersonal Problems (IIP)  
3. Self- Control Scale (SCS)

خرده مقیاس خودآزاری شامل ۱۵ گویه است و در تیپ‌شناسی میلیون تیپ منفعل- ناراضی را می‌سنجد. این افراد با ایثارگری خود را در موقعیت‌هایی قرار می‌دهند که مورد استثمار قرارگیرند و به دیگران اجازه می‌دهند از آنها بهره‌کشی کنند. ضریب پایایی بازآزمایی این خرده مقیاس در مطالعه شریفی (۱۳۸۱) ۰/۹۴ بوده است. همچنین ضریب آلفای این خرده مقیاس ۰/۷۹ گزارش شده است.

آزمودنی‌های هر دو گروه پس از اعلام رضایت از مشارکت در پژوهش و نیز با رعایت تمامی اصول اخلاقی مورد آزمون قرار گرفتند. گروه نمونه افراد سالم در گروه‌های ۲۰-۱۵ نفری و به صورت گروهی در کلاس درس به تکمیل مجموعه پرسشنامه‌ها پرداختند. تکمیل پرسشنامه‌ها در گروه نمونه بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز به صورت انفرادی و در کلینیک نورولوژی انجام شد. آزمودنی‌هایی که به دلیل پایین بودن تحصیلات، ناتوانی جسمی و یا عدم تمایل به شرکت در آزمون، امکان پاسخگویی نداشتند از نمونه مورد مطالعه کنار گذاشته شدند.

در پژوهش حاضر علاوه بر آماره‌های توصیفی میانگین، انحراف معیار و فراوانی با توجه به شرکت دو گروه، و مقایسه متغیرهای متعدد از آماره‌های استنباطی زیر نیز استفاده شده است. به منظور مقایسه متغیرهای وابسته پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) و نیز به منظور مقایسه نتایج متغیرهای خودشناختی (که در مطالعه حاضر به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شده‌اند) از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شده است.

## یافته‌ها

جدول ۱ نتایج تحلیل کوواریانس (ANCOVA) نمرات خودشناسی انسجامی، بهوشیاری، و خودمهارگری دو گروه نمونه را با کنترل اثر سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تاهل نشان می‌دهد.

پرسشنامه آسیب‌به‌خود (SHI): پرسشنامه آسیب‌به‌خود<sup>۱</sup> یک پرسشنامه ۲۲ سوالی است که به صورت بلی/خیر پاسخ داده می‌شود. در این پرسشنامه رفتارهایی که عمداً به منظور آسیب به خود انجام شده‌اند مورد ارزیابی قرار می‌گیرند، مانند: سوء مصرف دارو یا مواد و الکل، خودزنی، ایراد آسیب بدنی به خود تا اذیت‌دادن شغلی به صورت عمدی. این پرسشنامه به منظور استفاده در جمعیت‌های روانپزشکی (سانسون، فاین و نان، ۱۹۹۴؛ سانسون، گیج و ویدرم، ۱۹۹۸؛ سانسون، سانسون و موریس، ۱۹۹۶) و جمعیت‌های غیرروانپزشکی (سانسون، سانسون و فاین، ۱۹۹۵؛ سانسون، سانسون و ویدرم، ۱۹۹۵، ۱۹۹۶؛ سانسون، ویدرم و سانسون، ۱۹۹۶؛ سانسون، ویدرم، سانسون، سانسون، سانسون، سانسون، ۱۹۹۸؛ ویدرم، سانسون و سانسون، ۱۹۹۸) طراحی شده است. مطالعه اعتبار این پرسشنامه با نقطه برش ۵ یا بیشتر، به طبقه‌بندی دقیق ۸۴٪ از پاسخ‌دهندگان که براساس مصاحبه تشخیصی اختلال مرزی<sup>۲</sup> واجد این اختلال به‌شمار می‌رفتند، در طبقه اختلال شخصیت مرزی گردید (سانسون، گیج و ویدرم، ۱۹۹۸). تحقیقات بعدی اعتبار هم‌گرایی این ابزار را با ابزارهای خودگزارشی شخصیت مرزی (سانسون، گیج و ویدرم، ۱۹۹۸)، افسردگی (سانسون، ویدرم، سانسون و توچت، ۱۹۹۸)، و سابقه آزاردیدگی در کودکی (سانسون، سانسون، ویدرم، ۱۹۹۶؛ سانسون، ویدرم، سانسون، ۱۹۹۶؛ سانسون، ویدرم، سانسون و سانسون، ۱۹۹۶) نشان داده‌اند. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۴ به دست آمده است.

آزمون بالینی چندمحوری میلیون (MCMI-III): آزمون بالینی چندمحوری میلیون<sup>۳</sup> (میلون، ۱۹۹۴) یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویه بلی/خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود. شریفی (۱۳۸۱) با ترجمه و هنجاریابی MCMI-III در اصفهان این آزمون را به مراکز درمانی و پژوهشی ایران معرفی کرد. در این مطالعه ضرایب پایایی آزمون- بازآزمون اختلالات مختلف از ۰/۸۲ تا ۰/۹۸ در نوسان بوده است.

1. Self-Harm Inventory
2. Diagnostic Interview for Borderlines
3. Millon Clinical Multiaxial Inventory- III (MCMI-III)

جدول ۱

نتایج تحلیل کوواریانس (ANCOVA) خودشناسی انسجمی، بهوشیاری، و خودمهارگری با کنترل اثر سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تاهل

متغیر	بیماران مبتلا به MS		کنترل		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار				
خودشناسی انسجمی	۳/۲۱	۰/۱۰	۳/۶۵	۰/۰۷	۴/۷۶	۱	۴/۷۶	**۹/۸۷
بهوشیاری	۴/۰۷	۰/۸۳	۴/۱۶	۰/۷۷	۰/۱۲	۱	۰/۱۲	۰/۱۹
خودمهارگری	۳/۴۷	۰/۶۰	۳/۴۳	۰/۶۸	۱/۲۳	۱	۱/۲۳	۰/۰۰

\*\* $p < 0.01$

نشان نمی‌دهند. به این ترتیب تنها بخشی از فرضیه تاثیر فرایندهای خودشناختی (خودشناسی انسجمی) به عنوان فرایندهای هماهنگ‌کننده خود، در ناهماهنگی موجود در سایر سیستم‌های ارگانیزم مورد تایید قرار می‌گیرد. جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) متغیرهای وابسته را با کنترل اثر سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تاهل نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میان نمره خودشناسی انسجمی در دو گروه نمونه تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0.01$ ). نتایج نشان می‌دهد میزان خودشناسی انسجمی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز پایین‌تر از گروه کنترل است. به این ترتیب فرضیه تاثیر خودشناسی انسجمی به عنوان یک فرایند هماهنگ‌کننده خود مورد تایید قرار می‌گیرد. اما از سوی دیگر، فرایندهای بهوشیاری و خودمهارگری به عنوان دیگر فرایندهای هماهنگ‌کننده خود تفاوتی را در دو گروه مورد مطالعه

جدول ۲

تحلیل کوواریانس چندمتغیری متغیرهای وابسته با کنترل اثر سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تاهل

متغیر	بیماران مبتلا به MS		کنترل		F
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
حساسیت بین فردی	۳/۰۴	۰/۷۳	۲/۷۶	۰/۶۷	*۵/۲۵
دوسوگرایی بین فردی	۲/۴۵	۰/۸۵	۲/۵۲	۰/۶۸	۰/۲۶
پرخاشگری	۲/۷۰	۰/۹۲	۲/۲۰	۰/۷۵	**۶/۵۹
آسیب به خود	۰/۱۲	۰/۱۲	۰/۰۹	۰/۱۲	۲/۲۹
خودآزاری	۰/۳۷	۰/۲۱	۰/۲۳	۰/۱۹	**۸/۴۷

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود از میان خرده مقیاس‌های مشکلات روابط بین فردی، خرده مقیاس حساسیت بین فردی ( $p < 0.05$ ) و پرخاشگری ( $p < 0.01$ ) میان دو گروه نمونه تفاوت دارند، به این ترتیب که میزان حساسیت بین فردی و پرخاشگری بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز (به ترتیب با میانگین ۳/۰۴ و ۲/۷۰) بالاتر از گروه کنترل (به ترتیب با میانگین

۲/۷۶ و ۲/۲۰) است. به این ترتیب این فرضیه مطرح در پژوهش که مشکلات بین فردی به عنوان شاخصی از میزان هماهنگی روانی- اجتماعی فرد بوده و نشان‌دهنده هماهنگی وی با سیستم اجتماعی است، تا حدودی مورد تایید قرار می‌گیرد. با توجه به نتایج جدول ۲ فرضیه اصلی مطالعه حاضر که مبتنی بر تفاوت میزان گرایش شخصیتی خودآزاری و خودتخریبی است، تا

میان دو گروه مورد مطالعه است. نگاهی دقیق‌تر به ماهیت عملیاتی این دو متغیر در مطالعه حاضر و صرفنظر از بحث مفهومی صرف در خصوص نقش این دو سازه در هماهنگی درون فردی، نشان می‌دهد که با توجه به اینکه نمونه مورد مطالعه در این پژوهش متشکل از بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز است و تا مدت‌ها بارزترین علامتی که در این بیماری جلب توجه می‌کرد دشواری‌های حرکتی بوده است (وینکلمن، انگل، اپل، زتل، ۲۰۰۷)، برخی عبارات مورد استفاده در مقیاس‌های بهوشیاری و خودمهارگری برای سنجش این سازه‌ها در چنین بیمارانی مناسب نیستند. به‌عنوان مثال در عبارات "آدم تنبلی هستم"، "برای رسیدن به اهداف بلندمدتم قادرم به طور موثری کار کنم"، "خیلی چیزها را به‌خاطر بی‌دقتی یا مشغول‌بودن فکر در جایی دیگر می‌اندازم یا می‌شکنم"، "به‌سرعت به‌سوی جایی که می‌خواهم بروم حرکت می‌کنم، بدون توجه به آنچه در طول مسیر تجربه می‌کنم"، تفکیک پاسخ‌هایی که نشان‌دهنده ضعف بهوشیاری و خودمهارگری در آزمودنی هستند از پاسخ‌هایی که تنها منعکس‌کننده ضعف و ناتوانی جسمانی برای انجام کارهای روزمره هستند، غیر ممکن است و همین مساله می‌تواند موجب مخدوش شدن نتایج مربوط به این دو متغیر گردد.

از طرف دیگر، حساسیت در روابط بین‌فردی، پرخاشگری و خودآزاری فرایندهایی هستند که به وضوح و به‌طور مستقیم ناهماهنگی با خود را می‌سنجند. آنچه در اینجا بسیار جالب توجه است توازی این سازه‌های روانشناختی با ماهیت اتوایمیون بیماری مالتیپل اسکروز است که در آن سیستم ایمنی علیه خود بدن عمل می‌کند، به همان صورت که خودآزاری، پرخاشگری و حساسیت در روابط بین‌فردی علیه روان فرد عمل می‌کنند. به‌این‌ترتیب، هم یافته‌های مربوط به خودشناسی انسجامی و هم یافته‌های مربوط به متغیرهای خودآزاری، پرخاشگری و حساسیت بین فردی هم ریختی سیستم‌های ایمنی و روان‌شناختی را مورد تایید قرار می‌دهند. همچنین یافته‌های این پژوهش، ارتباط متقابل سیستم‌های روان‌شناختی و ایمنی را که بوث (۲۰۰۷) مورد تاکید قرار داده‌است، تایید می‌کنند. به‌این‌ترتیب که لحظه‌به‌لحظه تغییرات سیستم روانشناختی، از طریق یک حلقه پسخوراندی<sup>۲</sup>، اعمال سیستم بدنی ما را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

حدودی مورد تایید قرار می‌گیرد. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود در متغیر خودآزاری میان دو گروه تفاوت مشاهده می‌شود ( $p < 0.01$ ) اما در متغیر آسیب‌به‌خود تفاوتی میان دو گروه وجود ندارد. نتایج نشان می‌دهد که میزان خودآزاری بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز بالاتر از گروه کنترل است. به این ترتیب این فرض که تخریب مرز میان خود و غیرخود در سطح سیستم روان‌شناختی با تخریب این مرز در سطح سایر سیستم‌ها از جمله سیستم ایمنی همراه است تا حدودی مورد تایید قرار می‌گیرد.

## بحث

همان‌طور که در بخش یافته‌ها مشاهده شد، بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز خودشناسی انسجامی پایین‌تر و حساسیت بین‌فردی، پرخاشگری و خودآزاری بالاتری نسبت به گروه کنترل دارند. اما در متغیرهای بهوشیاری، خودمهارگری، دوسوگرایی بین‌فردی و آسیب‌به‌خود تفاوتی میان دو گروه مشاهده نمی‌شود. نتایج به‌دست‌آمده در خصوص خودشناسی ضعیف بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز با این مفروضه که میان هماهنگی سیستم روانشناختی و سیستم ایمنی توازی وجود دارد، هماهنگ است. به‌عبارت‌دیگر، خودشناسی انسجامی متغیری است که در سطح درون‌فردی نقشی هماهنگ‌کننده ایفا کرده و با پردازش اطلاعات مختلف مرتبط با خود<sup>۱</sup> فرد موجب انسجام در سطح سیستم روانشناختی می‌شود. از سوی دیگر، در سطح سیستم فیزیولوژیک، این سیستم ایمنی است که طبق نظر بلاوک (۱۹۸۴)، نقش یک اندام حسی را ایفا کرده و با دریافت اطلاعات مربوط به اشکال سلولی و مولکولی درون بدن، و ایجاد تغییرات مورد نیاز در ترکیب مواد درون بدن به‌هنگام تهدید یا استرس ادراک شده، به حفظ هموستاز محیط داخلی بدن و یا همان انسجام سیستم فیزیولوژیک کمک می‌کند. به‌این‌ترتیب، پایین‌بودن خودشناسی انسجامی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز به‌خوبی توازی و هم‌ریختی این دو سیستم را به‌نمایش می‌گذارد. از طرف دیگر، متغیرهای بهوشیاری و خودمهارگری نیز به‌عنوان متغیرهای خودشناختی که نقشی هماهنگ‌کننده در سیستم روان‌شناختی ما ایفا می‌کنند در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته‌اند، حال آن‌که یافته‌ها حاکی از عدم تفاوت این دو متغیر در

2. feedback loop

1. self

در نهایت، نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده وجود هماهنگی در هدف غایی (بوث و آشبریچ، ۱۹۹۲، ۱۹۹۳) سیستم‌های روانشناختی و ایمنی‌شناختی است و ایده/استعاره‌های بدنی<sup>۱</sup> را که بروم (۲۰۰۲، ۲۰۰۷) مطرح کرده‌است، قوت می‌بخشد: بیماری‌های جسمانی بیان استعاری آن چیزی هستند که در روان فرد رخ می‌دهد. به‌علاوه، نتایج پژوهش حاضر نشان دادند که گرایش‌های خودتخریبی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز از بیماران اتوایمیون دیگر همچون بیماران مبتلا به بیماری‌های روماتولوژی (طاهباز، قربانی، الماسی، پورنقاش، زیر چاپ)، مشهودتر است و این امر لزوم توجه بیشتر به درمان این بیماری را دوچندان می‌کند. به‌این‌ترتیب نتایج پژوهش حاضر افق جدیدی را در درمان روان‌شناختی بیماری‌های اتوایمیون به‌ویژه مالتیپل اسکلروز، باز می‌کند؛ چرا که ارتباط دیالکتیکی سیستم روان‌شناختی و ایمنی‌شناختی می‌تواند استفاده از مداخلات روان‌شناختی را در این بیماری‌ها توجیه کند.

## مراجع

- قاسمی‌پور، ی. (۱۳۸۵). *رابطه بهوشمندی و نیازهای بنیادی روان‌شناختی در بیماران قلبی- عروقی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه تهران.
- شریفی، ع. الف. (۱۳۸۱). *هنجاریابی آزمونی بالینی چندمحوری میلیون ۳ در شهر اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.
- قربانی، ن. (۱۳۸۳). *معنویت: روی‌آوردی تجربه‌ای، گوهرشناختی، و مدرن به دین یا یک سازه روان‌شناختی*. *مجله مقالات و بررسی‌ها*، ۳۷، ۶۹-۹۱.

به‌عبارتی دیگر، این دو سیستم از طریق یک حلقه پسخوراندی یکدیگر را تحت تاثیر قرار می‌دهند.

عدم وجود تفاوت میان دو گروه در متغیر دوسوگرایی در روابط بین‌فردی، می‌تواند ناشی از اشکال در برداشت درست معانی مورد نظر پژوهشگر از عباراتی نظیر: "برایم سخت است کاری را که فرد دیگری خواسته انجام دهم"، "برایم سخت است دستورات افرادی را که بر من اقتدار دارند بپذیرم" باشد. همان‌گونه که در خصوص مقیاس‌های بهوشیاری و خودمهارگری نیز گفته شد، این عبارات می‌توانند منعکس‌کننده ناتوانی جسمی فرد باشند نه مشکل وی در روابط بین فردی و به‌این‌ترتیب، همین نکته موجب مخدوش شدن نتایج می‌گردد.

نکته دیگری که با توجه به مفروضه پژوهش حاضر درباره بالاتر بودن میزان خودتخریب‌گری در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز باید مورد توجه قرار گیرد، عدم وجود تفاوت میان دو گروه در متغیر آسیب به خود است. از آنجا که این مقیاس در مقایسه با مقیاس خودآزاری، آسیب‌های شدیدتر و عمدتاً جسمانی (خودزنی، خودسوزی و خراش عمدی بدن) را مورد سنجش قرار می‌دهد، عدم وجود تفاوت در نتایج آن نمی‌تواند به رد فرضیه مورد بررسی بینجامد، زیرا خودتخریبی مورد نظر ما در سطح سیستم روان‌شناختی می‌تواند به اشکال کاملاً ظریف و شناختی همچون احساس گناه دایمی، عدم توانایی در لذت‌بردن از های لذت‌بخش، ترس و گریز از موقعیت‌های بین‌فردی و یا چالش‌برانگیز که در مقیاس خودآزاری مورد سنجش قرار گرفته‌اند، تجلی یابد. به‌این‌ترتیب، عدم تفاوت در متغیر آسیب‌به‌خود، موجب رد فرضیه مورد بررسی نمی‌شود هرچند وجود تفاوت در آن می‌توانست با قدرت بیشتری به تایید فرضیه ما بپردازد.

در تفسیر تمامی نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر باید به این نکته توجه داشت که استفاده از ابزارهای خودسنجی به‌منظور بررسی گرایش‌های عمیق شخصیتی نظیر خودتخریبی یکی از محدودیت‌های عمده مطالعه حاضر است، زیرا در بسیاری از موارد تشخیص چنین گرایش‌های عمیقی نیازمند بینش بالا در فرد است. به‌این‌ترتیب، تکرار این مطالعه با استفاده از ابزارهای ارزیابی عمیق‌تر و دقیق‌تر نظیر مصاحبه‌های تشخیصی می‌تواند صحت نتایج حاضر را مورد تایید قرار دهند.



### References

- Blalock, J. E. (1984). The immune system as a sensory organ. *Journal of Immunology*, *132*, 1067-1070.
- Booth, R. J. (2004). Self, immunity and meaning. *Cybernetics and Human Knowing*, *11*, 47-61.
- Booth, R. J. (2005). Emotional disclosure and psychoneuroimmunology. In: K. Vedhara & M. Irwin (Eds.), *Human Psychoneuroimmunology* (pp:319-341). Oxford: Oxford University Press.
- Booth, R. J. (2007). Are there meaningful relationships between psychosocial self and physiological self? *New Directions in Psychotherapy and Relational Psychoanalysis*, *2*, 165-178.
- Booth, R. J. Ashbridge, K. R. (1992). Teleological coherence: Exploring the dimensions of the immune system. *Scandinavian Journal of Immunology*, *36*, 751-759.
- Booth, R. J., Ashbridge, K. R. (1993). A fresh look at the relationship between the psyche and immune system: Teleological coherence and harmony of purpose. *The Journal of Mind-Body Health*, *9*, 4-23.
- Broom, B. C. (2002). Somatic metaphor: A clinical phenomenon pointing to a new model of disease, personhood and physical reality. *Advances in Mind-Body Medicine*, *18*, 16-29.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological Well-being. *Journal of personality and social psychology*, *84*, 822-848.
- Burgio, G. R., Martini, A. (1987). The individuality of the immune response. *Scandinavian Journal of Rheumatology Supplement*, *66*, 5-11.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The what and why of goal pursuit: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, *11*, 227-268.
- Ghorbani, N., & Watson, P. J. (2004). Two facets of self-knowledge, the five-factor model, and promotions among Iranian managers. *Social behavior and personality*, *32*, 769-776.
- Ghorbani, N., Gharamaleki, A. F., Watson, P. J. (2005). Philosophy, self-knowledge and personality in Iranian students and teachers of philosophy. *The journal of psychology*, *139*, 81-95.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Bing, M. N., Davison, H. K., & Lebreton, D. L. (2003). Two facets of self-knowledge: Cross-cultural development of measures in Iran and the United States. *Genetic, social, and General psychology monographs*, *129*, 238-268.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., & Cunningham, C. J. L. (2010). Comparative analysis of integrative self-knowledge, mindfulness, and private self-consciousness in predicting responses to stress in Iran. *International Journal of Psychology*, *45*, 147-154.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., & Hargis, M. B. (2008). Integrative self-knowledge scale: Correlations and incremental validity of a cross-cultural measure developed in Iran and the United States. *Journal of psychology: Interdisciplinary and applied*, *27*, 169-176.
- Kim, Y., Pilkonis, P. A., & Barkham, M. (1997). Confirmatory factor analysis of the personality disorder subscales from the Inventory of Interpersonal problems. *Journal of personality assessment*, *69*, 284-296.
- Maturana, H. R., & Varela, F. G. (1978). *The tree of knowledge: The biological roots of understanding*. Boston: Shambhala Press, New Science Library.
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Inventory III manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Sansone, R. A., Fine, M. A., & Nunn, J. L. (1994). A comparison of borderline personality symptomatology and self-destructive behavior in women with eating, substance abuse, and both eating and substance abuse disorders. *Journal of Personality Disorders*, *8*, 219-228.
- Sansone, R. A., Gage, M. D., & Wiederman, M. W. (1998). Investigation of borderline personality disorder among non-psychotic, involuntarily hospitalized clients. *Journal of Mental Health Counseling*, *20*, 133-140.
- Sansone, R. A., Sansone, L. A., & Fine, M. A. (1995). The relationship of obesity to borderline personality, self-harm behaviors, and sexual abuse in female subjects in a primary-care medical setting. *Journal of Personality Disorders*, *9*, 254-265.
- Sansone, R. A., Sansone, L. A., & Morris, D. (1996). Prevalence of borderline personality symptoms in two groups of obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 117-118.

- Sansone, R. A., Sansone, L. A., & Wiederman, M. W. (1995). The prevalence of trauma and its relationship to borderline personality symptoms and self-destructive behaviors in a primary-care setting. *Archives of Family Medicine, 4*, 439-442.
- Sansone, R. A., Sansone, L. A., & Wiederman, M. W. (1996). Borderline personality symptomatology and health care utilization in a primary care setting. *Southern Medical Journal, 89*, 1162-1165.
- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., & Sansone, L. A. (1996). The relationship between borderline personality symptomatology and healthcare utilization among women in an HMO setting. *Journal of Managed Care, 2*, 515-518.
- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., Sansone, L. A., & Touchet, B. (1998). An investigation of primary care patients on extended treatment with SSRI's. *American Journal of Managed Care, 4*, 1721-1723.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of personality, 72*, 271-322.
- Varela, F. J., & Anspach, M. (1991). Immunknowledge: the process of somatic individuation. In: W. I. Thompson (Ed.), *Gaia 2: Emergence-The New Science of Becoming*. New York: Lindisfarne.
- Wiederman, M. W., Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (1998). History of trauma and attempted suicide among women in a primary care setting. *Violence and Victims, 13*, 3-9.
- Winkelmann, A., Engel, C., Apel, A., & Zettl, U. K. (2007). Cognitive impairment in multiple sclerosis. *Journal of Neurology, 254*, 35-42.

