

مقایسه سبک‌های دفاعی، ناگویی هیجانی و طرحواره ناسازگار در افراد مبتلا به آسم و افراد بهنجار  
 مهدی ایمانی<sup>۱</sup>، مریم دهقان<sup>۲</sup>

## The comparison of defense styles, alexithymia and maladaptive schema in asthmatic group and normal group

Mehdi Imani<sup>1</sup>, Maryam Dehghan<sup>2</sup>

### چکیده

**زمینه:** مطالعات متعددی به بررسی سبک‌های دفاعی، ناگویی هیجانی و طرحواره‌های ناسازگار و ارتباط این متغیرها با یکدیگر پرداخته اند، اما پژوهشی که به مقایسه سبک‌های دفاعی، ناگویی هیجانی و طرحواره ناسازگار در افراد مبتلا به آسم و افراد بهنجار پرداخته باشد مغفول مانده است. **هدف:** مقایسه سبک‌های دفاعی، ناگویی هیجانی و طرحواره ناسازگار در افراد مبتلا به اختلال آسم و افراد بهنجار بود. **روش:** پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی افراد مبتلا به آسم که در فصل بهار و تابستان سال ۱۳۹۸ به کلینیک‌های رازی و طب کار در شهر یزد مراجعه کرده بودند و همچنین افراد شاغل در کلینیک‌ها و اعضای خانواده افراد مبتلا به آسم بود. تعداد ۱۰۰ فرد مبتلا به آسم و ۱۰۰ فرد بهنجار با دامنه سنی ۳۸ تا ۶۲ سال به صورت نمونه‌گیری دردسترس و هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار پژوهش عبارتند از: پرسشنامه سبک‌های دفاعی اندروز و همکاران (۱۹۹۳)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (۱۹۹۴) و پرسشنامه طرحواره یانگ (۱۹۹۸). تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره انجام شد. **یافته‌ها:** بین افراد مبتلا به آسم و افراد بهنجار در سبک دفاعی رشد نیافته، ناگویی هیجانی و طرحواره ناسازگار تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/01$ ). **نتیجه‌گیری:** سبک دفاعی رشد نیافته، ناگویی هیجانی و طرحواره‌های ناسازگار منجر به افزایش احتمال ابتلا به اختلال آسم می‌شوند. **واژه کلیدها:** سبک‌های دفاعی، ناگویی هیجانی، طرحواره ناسازگار، آسم

**Background:** Numerous studies have examined defensive styles, emotional failure, and maladaptive schemas, and the relationship between these variables, but a study that compares defensive styles, emotional disharmony, and maladaptive schemas in people with asthma and normal people is neglected. **Aims:** To compare defensive styles, emotional inadequacies, and maladaptive schemas in people with asthma and normal individuals. **Method:** The present study was causal-comparative. The statistical population of the present study was all people with asthma who had referred to Razi and occupational medicine clinics in Yazd in the spring and summer of 1398, as well as people working in clinics and family members of people with asthma. 100 people with asthma and 100 normal people aged 38 to 62 years were selected as available and targeted sampling. Research tools include the Andros et al. (1993) Defensive Styles Questionnaire, the Toronto Emotional Disappointment Scale (1994), and the Young Project Schedule (1998). Data analysis was performed using multivariate analysis of variance. **Results:** There is a significant difference between people with asthma and normal people in undeveloped defensive style, emotional failure and maladaptive schema ( $p < 0/01$ ). **Conclusions:** Untreated defensive style, emotional distress and maladaptive schemas increase the risk of developing asthma. **Key Words:** Defense styles, alexithymia, maladaptive schema, asthma

Corresponding Author: dr.mahdiimani@gmail.com

<sup>۱</sup> استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۱</sup> Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran (Corresponding Author)

<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

<sup>۲</sup> M.A. of Clinical Psychology, Educational Sciences and Psychology collage, Shiraz University, Shiraz, Iran

پذیرش نهایی: ۹۹/۰۲/۲۲

دریافت: ۹۹/۰۱/۱۹

## مقدمه

آسم<sup>۱</sup> یک بیماری التهابی مزمن است که به‌عنوان یکی از علل عمده ناتوانی و مرگ مطرح شده است. این بیماری از طریق حملات ناگهانی و غیرمنتظره تنگی نفس مشخص می‌شود، در نتیجه حملات آسم یک تهدید واقعی برای زندگی در این بیماران است (سوریانو و همکاران، ۲۰۱۷). این فرآیندهای التهابی منجر به واکنش بیش‌ازحد راه‌های هوایی می‌شود که نتیجه آن دوره‌های عودکننده خس‌خس سینه، تنگی نفس، تنگی قفسه سینه و سرفه به‌خصوص در شب و یا در اوایل صبح است (امیری، پورحسین، معراجی‌فر و حسینی، ۱۳۹۶). بروز آسم و شروع علائم بالینی آن در نتیجه‌ی عوامل آنتوزنیک (عوامل ژنتیکی، چاقی و جنسیت) و عوامل محیطی (مواد حساسیت‌زا، عوامل شغلی، دود سیگار، آلودگی هوا و عادات غذایی) است. شیوع آسم در طی دهه‌های اخیر افزایش یافته است و حدود ۳۰۰ میلیون نفر از مردم را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار داده است (چانی - جلاک، گوسوزک - اوسوچ، ویراسکا، ۲۰۱۶). در گزارش انجمن جهانی آسم که در سال ۲۰۰۳ منتشر شد، پیش‌بینی می‌گردد تا سال ۲۰۲۵ به جمعیت بیماران آسمی در جهان ۱۰۰ میلیون نفر اضافه شود. همچنین میزان شیوع بیماری آسم در ایران در کل جمعیت حدود ۵/۵ درصد برآورد گردید (شریفی و همکاران، ۲۰۱۸).

بیماری‌های جسمانی می‌توانند به‌طور نامطلوبی تحت تأثیر عوامل روانشناختی قرار گیرند. برای مثال استرس شدید می‌تواند آسیب‌پذیری فرد را در برابر بیمار شدن افزایش دهد و بهبودی از بیماری را کند سازد (هالجن و ویتبورن، ۲۰۰۳؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۶). عوامل عاطفی می‌توانند به‌عنوان راه‌انداز آسم از طریق اعصاب، مخصوصاً در بیماران با تحریک‌پذیری بیش‌ازحد عمل کنند. بیماری آسم به‌عنوان یک بیماری جسمانی تحت تأثیر مسائل روانشناختی قرار دارد. بیشتر فرضیه‌های اخیر در مورد ارتباط آسم و عوامل روانشناختی، آسم را به‌عنوان یک اختلال روان‌تنی<sup>۲</sup> کلاسیک که معلول تعارض‌های روانشناختی خاص است، توصیف می‌کنند (لی، لیای، چن و استوارت، ۲۰۱۶). بررسی‌های متعددی از این فرض حمایت کرده‌اند که سلامت

جسمی و روانی افراد به‌طور معناداری با مکانیسم‌های دفاعی<sup>۳</sup> آنها در ارتباط است (بوند و پری، ۲۰۰۵). زمانی که افراد نتوانند با روش‌های منطقی و مستقیم اضطراب و مشکلات خود را کنترل کنند، به روش‌های غیرمستقیم، یعنی مکانیسم‌های دفاعی متوسل می‌شوند (کوری، ۲۰۰۵؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۸). سبک‌های دفاعی فرآیندهای روانی ناهشیاری هستند که مسئولیت محافظت از من<sup>۴</sup> را در مواجهه با شکل‌های مختلف اضطراب بر عهده‌دارند (اندروز، سینگ و باند، ۱۹۹۳). فرض روانکاوان بر این است که با اینکه سبک‌های دفاعی در کاهش اضطراب مفیدند ولی از این نظر که فرد را از واقعیت دور می‌کنند، ناسازگارانه تلقی می‌شوند. سبک‌های دفاعی در نظریه فروید، همان پاسخ‌های شناختی - عاطفی به عوامل استرس‌زا همانند ناکامی‌ها، عدم موفقیت و عدم ارضا است. یافته‌های موجود نشان می‌دهد که دفاع‌ها یک ارتباط قوی با کارکرد شخصیت در بزرگسالی و آسیب‌شناسی روانی دارند (وایلنت، ۲۰۰۰). افضلی، فتحی آشتیانی و آزاد فلاح (۱۳۸۷) بین میزان رشد یافتگی مکانیسم‌های دفاعی و آسیب‌شناسی روانی رابطه منفی معناداری به دست آوردند. محمدپور یزدی، بیرشک، فتی و دژکام (۱۳۸۸) دریافتند که افراد دارای سطح مطلوب سلامت عمومی از سبک دفاعی رشد یافته استفاده می‌کنند. در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که سبک‌های دفاعی نقش مؤثری در پیش‌بینی آسیب‌پذیری روانی مبتلایان به آسم بازی می‌کند (ابوالقاسمی، ابراهیمی اردی، نریمانی و اسدی، ۱۳۹۳). در پژوهشی دیگر که باهدف مقایسه‌ی سبک‌های دفاعی در افراد مبتلا به آسم و افراد سالم بود به این نتیجه رسیدند که سبک‌های دفاعی رشد یافته و نوروتیک در افراد مبتلا به آسم و افراد سالم تفاوت معناداری وجود ندارد، اما در سبک دفاعی رشد نیافته بین آنها تفاوت معناداری وجود دارد (آمری، بیات و خسروی، ۲۰۱۴). از دیگر متغیرهای روانشناختی مرتبط با آسم می‌توان ناگویی<sup>۴</sup> هیجانی<sup>۵</sup> را نام برد. سیف‌نوس (۱۹۷۳) نخستین بار واژه ناگویی هیجانی را به‌منظور توصیف مجموعه‌ای از ویژگی‌های شناختی و عاطفی که در میان بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی مشاهده شده بود، به کار برد (بشارت، حدادی، رستمی و صرامی فروشانی، ۱۳۹۰).

4. Ego

5. Alexithymia

1. Asthema

2. Psychosomatic

3. Mechanisms of defense

همچنین بیماران آسم با ناگویی هیجانی نمرات بالاتری در شدت آسم دارند.

از دیگر عوامل مرتبط با آسم می‌توان طرحواره<sup>۱</sup> را نام برد (آمری و همکاران، ۲۰۱۳). طرحواره‌ها درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌ها و احساسات بدنی تشکیل شده‌اند. در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند، در مسیر زندگی تداوم دارند، درباره خود و دیگران هستند و به شدت ناکارآمدند (یانگ، کلووسکو و ویشلر، ۲۰۰۳). این طرحواره‌ها به شخص کمک می‌کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهند و اطلاعات دریافتی را پردازش کنند (تیم، ۲۰۱۰). در بزرگسالی مواجهه با موقعیت‌هایی که شبیه تجربه‌های تروماتیک<sup>۲</sup> اولیه هستند ممکن است طرحواره‌های ناسازگار اولیه مرتبط با موقعیت آغازین را فعال کند و سپس هیجان‌های منفی شدید را به وجود آورد. این هیجان‌های شدید ناشی از تجربه مجدد درد هیجانی احساس شده در طول کودکی هستند موقعی که طرحواره‌ها گسترش می‌یافتند، که به نوبه خود موجب درک نادرست از واقعیت و تحریف شناختی می‌شوند (تیلور، بی و هدوک، ۲۰۱۷).

طرحواره مفهومی در روانشناسی شناختی است که به بررسی این نکته می‌پردازد که افراد چگونه می‌اندیشند، چگونه ادراک و پردازش می‌کنند و چگونه اطلاعات را به یاد می‌آورند. یانگ معتقد است طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته‌اند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند. طرحواره‌های ناسازگار موجب سوگیری در تفسیر رویدادها می‌شوند. این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی به صورت سوء تفاهم، نگرش‌های تحریف شده، فرض‌های نادرست، هدف‌ها و انتظارات غیر واقع بینانه در همسران پدید می‌آیند و این سوء برداشت‌ها بر ادراک‌ها و ارزیابی‌های بعدی تأثیر می‌گذارند؛ زیرا طرحواره‌ها در مسیر زندگی تداوم دارند و بر چگونگی رابطه‌ی فرد با خود و دیگران به ویژه شریک زندگی تأثیر دارند، از آنجا که طرحواره‌های ناسازگار ناکارآمدند، ناخشنودی در روابط زناشویی را در پی دارند و زمینه را برای جدایی فراهم می‌کنند (گیلبرت، ۲۰۱۳). یانگ معتقد است که رفتارهای ناسازگار در پاسخ به طرحواره به وجود می‌آیند. بنابراین رفتارها از طرحواره‌ها نشأت

تنظیم و مدیریت هیجان‌ها و تأثیر هیجان‌های آشفته بر سلامت روانی و جسمانی طی ۳ دهه اخیر موضوع پژوهش‌های بسیار بوده است، ناگویی خلقی به دشواری در خود تنظیم‌گری هیجانی و به عبارت دیگر به توانایی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانی گفته می‌شود ناگویی خلقی به دشواری در خود تنظیم‌گری هیجانی و به عبارت دیگر به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانی گفته می‌شود، ناگویی خلقی در ویرایش چهارم راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی به عنوان یک اختلال روانی طبقه‌بندی نشده، بلکه ویژگی است که از شخصی به شخص دیگر از لحاظ شدت متفاوت است (مظاهری افشار، ۲۰۱۰؛ به نقل از هوشیار، افشاری‌نیا، عارفی، کاکابرابی و امیری، ۱۳۹۸).

ناگویی هیجانی سازه‌ای چندبعدی متشکل از چهار مشخصه مجزا است: الف: مشکل در شناسایی و توصیف احساسات، ب: مشکل در تمایز میان احساسات و تهییج‌های بدنی، ج: فقر در خیال‌پردازی‌ها و د: تفکر عینی و تفکر درون‌گرایانه ضعیف (تیلور، بگی و پارکر، ۱۹۹۹). در افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، بین اجزای پاسخ هیجانی گسستگی وجود دارد که باعث بیش واکنشی فیزیولوژیک نسبت به محرک‌های هیجانی و ناتوانی در تنظیم هیجان‌ها می‌شود (لمچ، برامر، دیوید، سورگولاده، فیلیپس، سیرا و گیامپیترو، ۲۰۱۳). بنابراین آسیب‌پذیری این افراد نسبت به بیماری‌های روانی افزایش می‌یابد.

به علاوه ناگویی هیجانی با رفتارهای ناسالمی مثل مصرف مواد، الکل، اختلال خوردن، رفتارهای ناسازگار در سبک زندگی، کمبود ابراز هیجانی و حمایت اجتماعی ضعیف مرتبط است که از عوامل بیماری‌های جسمانی محسوب می‌شود (هلمرز و منته، ۱۹۹۹). مطالعات نشان دادند که ناگویی هیجانی با بیماری‌های جسمی و روانی از جمله آسم ارتباط دارد (چاگ، بارتون، آنتیک و کراکت، ۲۰۰۹) و از طرف دیگر اینکه وضعیت هیجانی ممکن است به مبالغه و افزایش نشانه‌های آسم منجر شود (وود و همکاران، ۲۰۰۶). نتایج مطالعه خسروانی و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که بیماران مبتلا به آسم به طور معناداری نمرات بالاتری در سه زیر مقیاس‌های ناگویی هیجانی که شامل مشکل در تشخیص اطلاعات، مشکل در توصیف احساسات و تفکر هدایت‌شده بیرونی نسبت به گروه نرمال دارند.

2. traumatic

1. schemas

مبتلا به آسم بود. در پژوهش‌های علی - مقایسه‌ای حجم نمونه حداقل ۳۰ نفر در هر گروه توصیه می‌شود (دلاور، ۱۳۹۰). با توجه به اینکه روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند از روش‌های نمونه‌گیری آماری است که عموماً در تحقیقات و پژوهش‌های کاربردی مورد استفاده قرار می‌گیرد (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۹۸) و پژوهش حاضر در رده پژوهش‌های کاربردی است از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. براین اساس نمونه پژوهش حاضر شامل ۱۰۰ فرد مبتلا به آسم و ۱۰۰ فرد بهنجار، که به صورت نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند از بین افرادی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند. ابتلا به آسم، گذشت حداقل یک ماه از آغاز دوره درمان پزشکی، دارا بودن حداقل تحصیلات ابتدایی، عدم تشخیص اعتیاد، اختلال شخصیت و اختلالات سایکوتیک که طی مصاحبه اولیه و نیز در پرونده پزشکی بررسی شدند، ملاک ورود به گروه افراد مبتلا به آسم بود و نیز انتخاب افراد بهنجار با هم‌سازی سن، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل از میان افراد شاغل در کلینیک‌ها و اعضای خانواده افراد مبتلا به آسم صورت گرفت. ملاک خروج از پژوهش تحت درمان روان‌پزشک بودن و استفاده از دارو به جهت درمان مشکلات روانی بود. سپس با اعلام آمادگی، موافقت و آگاهی شرکت‌کننده از اختیار داشتن برای خاتمه دادن به همکاری در هر مرحله از اجرای پژوهش به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. تحلیل واریانس چند متغیره نوعی بسط تحلیل واریانس است که از آن هنگامی استفاده می‌شود که بیش از یک متغیر وابسته داشته باشیم، تحلیل واریانس چند متغیره گروه‌ها را مقایسه می‌کند و به محقق می‌گوید که آیا میانگین تفاوت بین گروه‌ها در ترکیبی از متغیرهای وابسته ناشی از شانس بوده است (جانسون و ویچرن، ۱۹۷۳؛ ترجمه نیرومند، ۱۳۸۶). بنابراین در این پژوهش و پس از جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، داده‌ها بوسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند. مکانیسم‌های دفاعی فرآیندهای شناختی خودکاری هستند که از افراد در برابر اضطراب، ادراک خطر یا عوامل تنیدگی‌زا حمایت می‌کنند و واسطه بین واکنش در برابر تعارض‌های هیجانی با عوامل تنیدگی‌زای درونی و بیرونی هستند (اندروز، سینگ و باند، ۱۹۹۳). بنابراین برای اندازه‌گیری سبک‌های دفاعی در این پژوهش از پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ) استفاده شد. ناگویی هیجانی اختلالی است که با تصویر بالینی ناتوانی در پردازش شناختی، اطلاعات هیجانی و تنظیم

می‌گیرند (مهدی‌زاده و دره‌کردی، ۱۳۹۹). طرحواره‌های ناسازگار اولیه و شیوه‌های ناسازگار که در آن بیماران شیوه مقابله با آن را یاد می‌گیرند اغلب زمینه علائم محور یک مثل اضطراب، افسردگی، سوءمصرف مواد و اختلالات روان‌تنی است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). مطالعات نشان دادند که میانگین طرحواره‌ها به جز بی‌اعتمادی / بدرفتاری و استحقاق در افراد آسمی بیشتر از نرمال است. بنابراین مشکلات شخصیت در افراد مبتلا به آسم وجود دارد (منصور، محب و شریفی، ۲۰۱۰). آمری و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای باهدف مقایسه‌ی طرحواره‌های شناختی بین افراد مبتلا به آسم و افراد عادی به این نتیجه رسیدند که بین همه زمینه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه به جز روراستی با دیگران در مبتلایان به آسم و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

همان‌طور که عنوان شد آسم یک بیماری التهابی مزمن است که هزینه‌های اجتماعی - اقتصادی بالا و افزایش خطر مرگ و میر را در پی دارد، که پیش‌بینی می‌گردد تا سال ۲۰۲۵ به جمعیت بیماران آسمی در جهان ۱۰۰ میلیون نفر اضافه شود. با توجه به آن که بیماری آسم به‌عنوان یک بیماری جسمانی تحت تأثیر مسائل روانشناختی قرار دارد (ماسولی، هالت، فایان و بیسلی، ۲۰۰۴)، در نتیجه پرداختن به عوامل روانشناختی که احتمال می‌رود بر بیماری آسم تأثیر بگذارند، ممکن است در تشخیص آن دسته از عواملی که موجب تشدید یا بهبودی آن گردد، کمک شایانی داشته باشد.

بنابراین این پژوهش نیز با هدف پاسخ‌گویی به این سؤال انجام شد که، آیا بین سبک‌های دفاعی، ناگویی هیجانی و طرحواره ناسازگار در افراد مبتلا به آسم و افراد بهنجار تفاوت وجود دارد؟

## روش

پژوهش حاضر از نوع علی - مقایسه‌ای بود. با توجه به اینکه روش‌های علی - مقایسه‌ای یا روش‌های پس‌رویدادی، معمولاً به تحقیقاتی اطلاق می‌شود که در آنها پژوهشگر با توجه به متغیر وابسته به بررسی احتمالی وقوع آن می‌پردازد. به عبارت دیگر تحقیق علی - مقایسه‌ای گذشته‌نگر بوده و سعی بر آن دارد که از معلول به علت احتمالی پی برد (دلاور، ۱۳۹۰)، در این پژوهش از طرح علی - مقایسه‌ای استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی افراد مبتلا به آسم که در فصل بهار و تابستان سال ۱۳۹۸ به کلینیک‌های رازی و طب کار در شهر یزد مراجعه کرده بودند (به‌طور میانگین ۴۵۰ نفر) و همچنین افراد شاغل در کلینیک‌ها و اعضای خانواده افراد

ایرانی حیدری نسب، و شعیری (۱۳۹۰) ضریب آلفای کرونباخ را برای سه سبک دفاعی رشد یافته، نوروتیک و رشد نیافته به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۵۰ و ۰/۷۲ گزارش کردند.

۲. مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو<sup>۲</sup>: این مقیاس یک ابزار خودگزارش دهی برای ارزیابی سازه ناگویی خلقی در جمعیت بالینی و غیر بالینی که توسط بگبی، تیلور و پارکر (۱۹۹۴) ساخته شده است. از ۲۰ ماده تشکیل می‌شود که در مقیاسی پنج‌درجه‌ای از یک (کاملاً مخالفم) تا پنج (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. در این مقیاس حداقل نمره و حداکثر نمره آن به ترتیب ۲۰ و ۱۰۰ است و هرچه نمره آزمودنی بیشتر باشد بیانگر سطح بالایی از ناگویی خلقی است. در زمینه بررسی پایایی مقیاس ناگویی خلقی، بگبی و همکاران (۱۹۹۴) میزان اعتبار این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و به روش باز آزمایی بافاصله زمانی سه هفته ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. لوملی، گوستاوسون، پارتریج و لایبوی-ویف (۲۰۰۵) جهت سنجش روایی سازه، آن را با آزمون هوش هیجانی<sup>۳</sup> و نیز راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار همبسته نمودند؛ نتایج به ترتیب،  $r = -0.37$ ،  $r = -0.59$  به دست آمد. در نسخه فارسی نیز، ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی ۰/۸۵ گزارش شده است (بشارت و گنجی، ۱۳۹۱).

۳. پرسشنامه طرحواره یانگ<sup>۴</sup>: این پرسشنامه ۷۵ آیتمی توسط یانگ و لانگ (۱۹۹۸) برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه ساخته شده است. این طرحواره‌ها عبارت‌اند از: محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی / بد رفتاری، انزوای اجتماعی، نقص / شرم، وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر، خود تحول نیافته و گرفتار، اطاعت، فداکاری، بازداری عاطفی، معیارهای سرسختانه، استحقاق یا پزیرگ‌منشی، خودکنترلی ناکافی و شکست. این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۱ (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۵ (دقیقاً مرا توصیف می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره هر آزمودنی در این پرسشنامه به ترتیب ۷۵ و ۳۷۵ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده‌ی حضور پررنگ‌تر طرحواره‌ی ناسازگار است. پایایی و روایی این ابزار در پژوهش‌های متعددی خوب گزارش شده است (آی و بارانف، ۲۰۰۷). هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط دیوانداری، آهی، اکبری و مهدیان (۱۳۸۴)

هیجان‌ات شناخته شده است. ناگویی هیجانی یکی از همبسته‌های نظریه ذهن است، چرا که در هر دو این سازه‌ها فرد در حوزه شناسایی هیجان و احساس و پردازش صحیح آن با دشواری‌هایی روبرو است. وقتی فرد در توانایی شناسایی و پردازش و تنظیم هیجان‌ات با نارسایی‌هایی روبرو باشد، در ابزار هیجان که نیز در ناگویی خلقی دیده می‌شود، دشواری‌هایی تجربه خواهد کرد (کرمی، زکی بی و محبی، ۱۳۹۱) که این باعث شد محققان در زمینه اندازه‌گیری ناگویی هیجانی از پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو استفاده کنند. یانگ (۱۹۹۶) بیان داشت که طرحواره‌های ناسازگار اولیه نتیجه تجارب بین فردی منفی در طول نخستین سال‌های زندگی در درون و بیرون خانواده است. این باورهای اولیه اساساً ارزیابی فرد از جهان، دیگران و روابط با دیگران را مشخص می‌کند. باورهای ناسازگار اولیه، عمیق‌ترین سطح شناخت هستند و موضوعات ثابت و درازمدتی هستند که در دوران کودکی به وجود می‌آیند، به زندگی بزرگسالی راه می‌یابند و تا حد زیادی ناکارآمدند. این طرحواره‌ها، اطلاعات مربوط به رابطه بین فرد و محیط را تحریف و افکار خودکار منفی را فعال می‌کنند و در نهایت نگرش‌ها و پردازش شناختی نابهنجار را در پی دارد (یانگ، ۱۹۸۸) این سبب شد که محققان در این پژوهش برای سنجش طرحواره از پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ استفاده کنند.

## ابزار

۱. پرسشنامه سبک‌های دفاعی<sup>۱</sup>: پرسشنامه سبک‌های دفاعی توسط اندروز و همکاران (۱۹۹۳) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۴۰ سؤال است که در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً موافق) تا ۹ (کاملاً مخالف) سبک‌های دفاعی را برحسب سه سبک دفاعی رشد یافته، نوروتیک و رشد نیافته می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره هر آزمودنی در این پرسشنامه در سبک دفاعی رشد نیافته و نوروتیک به ترتیب ۸ و ۷۲ و در سبک دفاعی رشد نیافته به ترتیب ۲۴ و ۲۱۶ است. نمره میانگین فرد در سبک‌های دفاعی با یکدیگر مقایسه می‌شوند و فرد دارای سبک دفاعی خواهد بود که بیشترین میانگین را داشته باشد. اندروز و همکاران (۱۹۹۳) همبستگی‌های بین آزمون و باز آزمون را ۰/۴۶ تا ۰/۸۶ گزارش نمودند و نیز ضریب آلفای کرونباخ را برای سه سبک دفاعی رشد یافته، نوروتیک و رشد نیافته به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۵۸ و ۰/۸۰ به دست آوردند. در نمونه

3. Emotional Intelligence Test

4. Young Schema Questionnaire

1. Defense Styles Questionnaire

2. Toronto Alexithymia Scale

سنی ۴۶/۶۷ بودند. یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای سبک دفاعی رشد یافته، رشد نایافته، نوروتیک، ناگویی هیجانی و طحواړه ناسازگار مربوط به افراد مبتلا به آسم و افراد بهنجار در جدول ۱ گزارش شده است.

متغیرها	افراد مبتلا به آسم		افراد بهنجار	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سبک دفاعی رشد یافته	۴۲/۶۵	۱۲/۱۰	۴۰/۹۳	۱۲/۰۴
سبک دفاعی رشد نایافته	۱۲۱/۵۸	۲۸/۸۱	۹۵/۸۶	۲۶/۰۷
سبک دفاعی نوروتیک	۴۵/۳۰	۱۱/۴۲	۴۴/۷۸	۱۱/۲۲
ناگویی هیجانی	۵۹/۵۶	۱۰/۶۷	۴۱/۲۰	۹/۶۱
طحواړه ناسازگار	۲۱۶/۲۲	۵۴/۰۳	۱۵۰/۹۱	۴۴/۵۷

تحلیل واریانس چندمتغیری مربوط به متغیرهای پژوهش از لحاظ آماری معنادار می‌باشند ( $p < ۰/۰۱$ ) و بیانگر آن هستند که می‌توان حداقل از تفاوت در یک متغیر در بین گروه‌های افراد مبتلا به آسم و افراد بهنجار سخن گفت.

نتایج به‌دست آمده در جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه افراد مبتلا به آسم و افراد بهنجار در متغیرهای سبک دفاعی رشد یافته ( $F= ۵/۸۸, P < ۰/۰۰۱$ )، ناگویی هیجانی ( $F= ۵/۸۸, P < ۰/۰۰۱$ ) و طحواړه ناسازگار ( $F= ۵/۸۸, P < ۰/۰۰۱$ ) تفاوت معناداری وجود دارد. مقایسه میانگین‌های دو گروه نشان می‌دهد، میانگین سبک دفاعی رشد یافته، ناگویی هیجانی و طحواړه ناسازگار در افراد مبتلا به آسم که به ترتیب ۱۲۱/۵۸، ۵۹/۵۶ و ۲۱۶/۲۲ است از میانگین افراد بهنجار که ۹۵/۸۶، ۴۱/۲۰ و ۱۵۰/۹۱ می‌باشد بیشتر است. این تفاوت‌ها بیانگر این است که افراد مبتلا به آسم بیشتر از افراد بهنجار از سبک دفاعی رشد یافته استفاده می‌کنند. از طرف دیگر افراد مبتلا به آسم در شناسایی، توصیف و ابراز هیجانات خود بیشتر از افراد بهنجار دچار مشکل می‌باشند. و در نهایت بیانگر این است که افراد مبتلا به آسم از سطح طحواړه‌های ناسازگار بیشتری نسبت به افراد عادی برخوردار هستند. به عبارت دیگر طحواړه‌های افراد مبتلا به آسم نسبت به افراد عادی بیشتر از نوع ناسازگار است.

انجام گرفته، که همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مؤنث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ به‌دست آمده است.

### یافته‌ها

شرکت کنندگان در هر گروه شامل ۲۰ نفر مرد و ۸۰ نفر زن با میانگین

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود آماره‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سبک دفاعی رشد یافته، رشد نایافته، نوروتیک، ناگویی هیجانی و طحواړه ناسازگار برای گروه‌های شرکت کننده در پژوهش ارائه شده است.

به‌منظور مقایسه متغیرهای پژوهش در گروه‌های افراد مبتلا با آسم و افراد بهنجار از روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. به همین منظور در ابتدا پیش‌فرض‌های مربوط به اجرای این آزمون آماری مورد بررسی قرار گرفت. بررسی پیش‌فرض‌ها نشان داد که چون نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف، لون و ام باکس معنادار نبودند ( $P > ۰/۰۵$ )، فرض نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها و ماتریس کوواریانس‌های متغیرهای پژوهش برقرار است. بنابراین استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری مانعی ندارد.

برای بررسی تفاوت میان دو گروه افراد مبتلا به آسم و افراد بهنجار از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. اطلاعات مربوط به نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در جدول ۲ ارائه شده است.

آماره ملاک	ارزش آماره	df	F	sig
اثر پیلایی	۰/۴۹	۵	۴۶/۹۵	۰/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۵۰	۵	۴۶/۹۵	۰/۰۰۰
اثر هاتلینگ	۰/۹۶	۵	۴۶/۹۵	۰/۰۰۰
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۹۶	۵	۴۶/۹۵	۰/۰۰۰

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهند، آزمون‌های چهارگانه

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس یک راهه در متن (MANOVA)					
sig	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	
۰/۳۱۵	۱/۰۱	۱۴۷/۹۲	۱	۱۴۷/۹۲	سبک دفاعی رشد یافته
۰/۰۰۰	۴۳/۸۰	۳۳۰۷۵/۹۲	۱	۳۳۰۷۵/۹۲	سبک دفاعی رشد نیافته
۰/۷۴۶	۰/۱۰	۱۳۵/۲۰	۱	۱۳۵/۲۰	سبک دفاعی نورویتیک
۰/۰۰۰	۱۶۳/۲۶	۱۶۸۵۴/۴۸	۱	۱۶۸۵۴/۴۸	ناگویی هیجانی
۰/۰۰۰	۸۶/۹۱	۲۱۳۲۶۹/۸۰	۱	۲۱۳۲۶۹/۸۰	طرحواره ناسازگار

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف مقایسه سبک‌های دفاعی، ناگویی هیجانی و طرحواره ناسازگار در افراد مبتلا به اختلال آسم و افراد عادی انجام شد. به‌طور کلی یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین افراد مبتلا به آسم و افراد بهنجار از نظر متغیرهای سبک دفاعی رشد نیافته، ناگویی هیجانی و طرحواره ناسازگار تفاوت معناداری وجود دارد که در ذیل به تفصیل از آنها سخن خواهیم گفت.

طبق یافته پژوهش افراد مبتلا به آسم از میان سه زیر مقیاس سبک دفاعی، تنها در سبک دفاعی رشد نیافته با افراد بهنجار تفاوت معنادار دارند و در دو سبک دفاعی رشد یافته و نورویتیک تفاوت معناداری بین افراد مبتلا به آسم و افراد عادی وجود نداشت. این یافته با نتایج پژوهش خدامرادی، بشارت و همتی (۱۳۹۲)، آمری و همکاران (۲۰۱۳) و سپاه منصور و مدرسی (۱۳۹۵) همسو است.

همان‌طور که قبلاً اشاره شد سبک‌های دفاعی فرآیندهای روانی ناهشیاری هستند که مسئولیت محافظت از من را در مواجهه با شکل‌های مختلف اضطراب بر عهده دارند. انسان به‌طور ناهشیار روش‌هایی برای تحریف واقعیت پیدا می‌کند یعنی احساسات خود را از حیثه هشیاری دور نگه می‌دارد تا مضطرب نشود (اندروز و همکاران، ۱۹۹۳). بنابراین افراد برای مقابله با اضطراب خود از سبک‌های دفاعی استفاده می‌کنند. افراد مبتلا به آسم نیز به دلیل مواجهه مکرر با حملات تنگی نفس اضطراب زیادی را در طول زندگی تجربه می‌کنند. بنابراین طبیعی است که این افراد نیز از سبک‌های دفاعی برای مقابله با اضطراب خود استفاده کنند. اکثر این افراد از دوران کودکی درگیر این بیماری بوده‌اند و چون دفاع‌هایی که در اوایل زندگی ظاهر می‌شوند، لازم است که کمتر پیچیده باشند بنابراین کمتر رشد یافته‌اند (آمری و همکاران). مثلاً انکار که در اوایل زندگی پدیدار می‌شود به لحاظ شناختی خیلی پیچیده نیست اما مکانیزم‌هایی مثل فرونشانی که یک دفاع رشد یافته است به پیچیدگی

شناختی نیاز دارد تا افراد بتوانند با اجتناب عمدی و به تعویق انداختن تفکر درباره مسائل، آرزوها، احساسات و یا تجارب مزاحم، با تعارض هیجانی یا استرس‌زای درونی و بیرونی، مقابله کنند (کولی، وب و شیران، ۲۰۱۵). بنابراین سبک دفاعی غالب این افراد به علت مواجهه مکرر با اضطراب و به تبع استفاده مکرر از سبک‌های دفاعی رشد نیافته، رشد نیافته خواهد بود. بشارت (۱۳۸۷) نشان داد که وقتی سبک دفاعی غالب فردی رشد نیافته باشد، معمولاً از طریق انکار، فرافکنی و دلیل تراشی (از نمونه مکانیسم‌های رشد نیافته) با موضوع استرس و شرایط استرس‌زا مواجه می‌شود مثلاً در انکار، فرد با امتناع از آگاهی نسبت به جوانب دردناک واقعیت بیرونی و یا تجربه ذهنی که برای دیگران آشکارند، با تعارض هیجانی یا استرس‌زای درونی و بیرونی مقابله می‌کند.

یک توضیح محتمل دیگر برای این یافته می‌تواند این باشد که تجربه اضطراب‌های متوالی ناشی از حملات آسم در این بیماران می‌تواند مانع از شکل‌گیری دفاع‌های رشد یافته در این بیماران شود، زیرا که بسیاری از این بیماران از کودکی با این بیماری همراه بوده‌اند و امکان یادگیری دفاع‌های پخته‌تر شاید به علت مراقبت‌های ویژه والدین از آنان سلب گردیده است (ابوالقاسمی و همکاران، ۱۳۹۳). بنابراین بیماران مبتلا به آسم در به‌کارگیری دفاع‌های رشد یافته، به علت ماهیت مزمن این بیماری ناکام مانده و در نتیجه به استفاده از دفاع‌های رشد نیافته خو گرفته‌اند.

همچنین با توجه به عدم تفاوت معنادار سبک دفاعی نورویتیک در میان گروه مبتلا به آسم و افراد سالم، این عدم تفاوت می‌تواند به خاطر فراگیری اضطراب و نگرانی مفرط در این بیماران باشد و بیمار برای مهار اضطراب ممکن است از مجموعه‌ای از مکانیسم‌های سه سبک استفاده کند. همچنین می‌توان بیان کرد که بیماران مبتلا به آسم که از مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد استفاده می‌کنند گرایش بیشتری به استفاده از سبک دفاعی رشد نیافته در مقایسه با سبک

دفاعی نوروتیک نشان می‌دهند (سپاه منصور و مدرسی، ۱۳۹۵).

یافته دیگر پژوهش حاکی از آن بود که سطح ناگویی هیجانی افراد مبتلا به آسم بیشتر از افراد بهنجار است. این یافته با نتایج پژوهش خسروانی و همکاران (۲۰۱۶)؛ دبی، پاندی و میسرا (۲۰۱۰) و کوچیما و همکاران (۲۰۰۹) همسو است.

در تبیین این یافته پژوهش می‌توان اظهار نمود که ناگویی هیجانی با تحریک فیزیولوژیکی، توجه بیشتر به علائم فیزیکی، شکایت از علائم و رفتارهای اجباری پاتولوژیک همراه است. بیماران با ناگویی هیجانی مشکلاتی در تمایز حس‌های فیزیکی واقعی از احساسات فیزیکی ناشی شده از عاطفه و هیجان دارند. این ویژگی به این پیشنهاد منجر شد که ناگویی هیجانی ممکن است نقش مرکزی در آسیب‌شناسی نشانه‌های فیزیکی غیرقابل توضیح پزشکی بازی کند. همچنین ما می‌توانیم استدلال کنیم که در بیماران آسمی با ناگویی هیجانی بالا، نشانه‌های جسمی یک‌راه ارتباطی برای اظهار آشفتگی درونی است (دبی و همکاران، ۲۰۱۰). مطابق با نظریه‌ی روانی - اجتماعی، مردمی که مشکلاتی در اظهار این آشفتگی به صورت کلامی دارند، برای مواجهه با انواع هیجانات مختل و سازگاری با تعاملات بین فردی از طریق شکایت‌های جسمی برای منحرف کردن خود از این آشفتگی‌ها و انتقال آشفتگی‌ها به دیگران استفاده می‌کنند (خسروانی و همکاران، ۲۰۱۶).

ناگویی هیجانی با ادراک سطحی از علائم آسم ارتباط دارد. این ارتباط پیشنهاد می‌دهد که بیماران با ناگویی بالاتر و بنابراین ادراک کمتر از احساساتشان احتمالاً علائم آسم را بیشتر تجربه می‌کنند. یافته‌ها گزارش می‌دهند که بیماران آسمی با ناگویی بالا احتمالاً بیشتر حملات آسم نزدیک به مرگ و درصد بالاتری از بستری شدن قبلی برای درمان آسم را تجربه می‌کنند (چاگ و همکاران، ۲۰۰۹). از طرف دیگر اینکه افراد مبتلا به ناگویی خلقی به علت ناتوانی در تشخیص احساسات توانایی بیان هیجانات را ندارند. چنین نیست که این افراد هیچ‌گاه احساس نمی‌کنند، بلکه نمی‌توانند دقیقاً احساس خود را بشناسند و از این رو نمی‌توانند آنها را ابراز کنند. در هر حال وقتی فردی نتواند احساسات منفی خود را به درستی شناسایی کند، در تخلیه و خنثی کردن عواطف خویش دچار مشکل می‌شود و به دلیل ناتوانی در مدیریت و تنظیم احساسات منفی، این عواطف مشکل‌ساز و ناتوان‌کننده تشدید می‌گردند (کوچیما و همکاران، ۲۰۰۹).

ابراز احساسات یکی از مهارت‌های زندگی است و وقتی افراد نتوانند مشکلاتشان را بیان کرده و نیازهای خود را برآورده سازند، این ناتوانی گاهی به صورت علائم جسمی و یا علائم روان‌پریشی نشان داده می‌شود. بررسی محققان نشان می‌دهد عدم ابراز هیجانات منفی با خشم، رنجش و پرخاشگری همراه خواهد بود و سرکوبی هیجانات منفی ثانویه نیز خود منجر به بروز اختلالات جسمی، روان‌تنی می‌گردد (ایسکریک، سنیتی، برگمانس، مکینرنی و ریزوی، ۲۰۲۰).

این دیدگاه که ناتوانی در روند تنظیم هیجان و شناخت، استعداد ابتلا به بیماری را تشدید می‌کند، با اساس طب روان‌تنی که مدعی است هیجان‌ها و شخصیت ممکن است به طور قابل توجهی بر عملکرد بدن و سلامت جسم تأثیر بگذارد همسو است. افراد با ناگویی هیجانی ظرفیت محدودی در پردازش و تنظیم هیجان دارند. این ظرفیت محدود، از طریق تغییر فعالیت سیستم خودکار، غدد درون‌ریز و سیستم ایمنی باعث آشفتگی در تعادل حیاتی بدن می‌شود (کوچیما، ۲۰۱۲).

یافته دیگر پژوهش حاکی از آن بود که افراد مبتلا به آسم نسبت به افراد بهنجار از طحرواره ناسازگار بیشتری برخوردار هستند. این یافته با نتایج پژوهش منصور و همکاران (۲۰۱۰)؛ آمری و همکاران (۲۰۱۳)؛ قلی‌زاده، قانع، خسروی و عامری (۱۳۹۴) همسو است. مطابق با نظریه یانگ طحرواره ناسازگار اولیه موجب بیماری‌های روان‌تنی می‌شوند. طحرواره آسیب‌پذیری نسبت به ضربه در بیماران آسمی به شکل هراس دائمی و جدی از بیماری و حمله‌های آسمی وجود دارد. طحرواره وابستگی / بی‌کفایتی، به شکل درماندگی در بیماران، عقایدی مبنی بر اینکه آنها در مدیریت کردن مسئولیت‌های روزمره‌شان به شیوه شایسته بدون کمک قابل توجه دیگران ناتوان هستند، ظهور می‌کند. طحرواره‌ی شکست در این باور که فرد شکست خورده است خود را نشان می‌دهد. طحرواره‌ی نقص و شرم احساسی را در آنها به وجود می‌آورد که آنها ناقص، بد، ناخواسته و حقیر هستند. این شرایط توسط برخی مشکلات رفتاری که بین والدین و فرزندان وجود داشته که ممکن است باعث طحرواره‌های ناسازگار اولیه شده باشد، ایجاد شده‌اند و سرانجام این طحرواره‌ها موجب بیماری‌های روان‌تنی می‌شوند (آمری و همکاران، ۲۰۱۳).

علاوه بر این نکات طحرواره‌های این افراد نه تنها شامل خودشان و دیگران می‌شود بلکه دارای ویژگی‌های هیجانی، رفتاری،



۹۶-۸۴.

افضلی، محمدحسن؛ فتحی آشتیانی، علی و آزاد فلاح، پرویز (۱۳۸۷). مقایسه سبک‌ها و مکانیسم‌های دفاعی بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری و افراد سالم. *مجله علوم رفتاری*، ۲(۳)، ۲۵۲-۲۴۵.

امیری، محسن؛ پورحسین، رضا؛ معراجی‌فر، لیلا و حسینی، زهرالسادات (۱۳۹۶). بررسی رابطه روان‌آزردگی خوبی، نارسایی خود نظم‌جویی شناختی هیجان، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی با نشانگان افسردگی در بیماران مبتلا به آسم. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۶(۶۴)، ۴۷۷-۴۶۲.

بشارت، محمدعلی (۱۳۸۷). نارسایی هیجانی و سبک‌های دفاعی. *اصول بهداشت روانی*، ۱۰(۳۹)، ۱۹۰-۱۸۱.

بشارت، محمدعلی و گنجی، پویا (۱۳۹۱). نقش تعدیل‌کننده سبک‌های دلبستگی در رابطه بین ناگویی هیجانی و رضایت زناشویی. *اصول بهداشت روانی*، ۱۴(۵۶)، ۳۳۵-۳۲۴.

بشارت، محمدعلی؛ حدادی، پروانه؛ رستمی، رضا و صرامی‌فروشان، غلام‌رضا (۱۳۹۰). بررسی آسیب‌های عصب‌شناختی در بیماران مبتلا به ناگویی هیجانی. *دوفصلنامه روانشناسی معاصر*، ۱۶(۱)، ۱۲-۳.

جانسون، ریچارد آ و ویچرن، دین دبلیو (۱۳۸۶). *تحلیل‌اماری چند متغیری کاربردی*. ترجمه حسینعلی نیرومند. انتشارات: دانشگاه فردوسی مشهد. تاریخ تألیف اثر به زبان اصلی ۱۹۷۳.

حیدری نسب، لیلا و شعیری، محمدرضا (۱۳۹۰). ساخت عاملی پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ-40) در نمونه‌های غیر بالینی ایرانی. *پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۶(۲۱)، ۷۷-۹۸.

خدامرادی، صادق؛ بشارت، محمدعلی و همتی، آزاد (۱۳۹۲). مقایسه سبک‌های دفاعی در بیماران مبتلا به سرطان سینه با گروه غیر بالینی. *دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۱۵(۳)، ۸۶-۷۶.

دلاور، علی (۱۳۹۰). *روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*. تهران: نشر ویرایش.

دیوانداری، حسن؛ آهی، قاسم؛ اکبری، حمزه و مهدیان، حسین (۱۳۸۴). *فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ (SQ - SF)*: بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر سال تحصیلی ۸۶ - ۱۳۸۵. *پژوهشنامه تربیتی*، ۵(۲۰)، ۱۳۳-۱۰۳.

سپاه منصور، مژگان و مدرسی، مرضیه (۱۳۹۵). مقایسه تاب‌آوری، کفایت اجتماعی و سبک‌های دفاعی در زنان مبتلا و غیر مبتلا به کیست تخمدان. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۱(۳۹)، ۸۸-۷۷.

فیزیولوژیکی و انگیزشی نیز هستند. ممکن است در مورد بیماران آسمی صحت داشته باشد که تعداد زیادی از آنها درگیر اجتناب عاطفی و شناختی هستند. آنها تصاویر ذهنی و افکار آشفته‌کننده‌شان را نادیده می‌گیرند و نمی‌خواهند ریشه‌ی مشکلاتشان را پیدا کنند. این اجتناب موجب بسیاری از مشکلات آنها است، و این الگوی اجتناب در طرحواره‌های ناسازگارانه آنها ریشه دارد (منصور و همکاران، ۲۰۱۰).

هر پژوهشی علی‌رغم تلاش‌هایی که در زمینه کامل انجام شدن آن صورت می‌گیرد، دارای محدودیت‌هایی است که پژوهش حاضر نیز از این امر مستثنی نیست. پژوهش حاضر به دلیل طرح آن که از نوع علی-مقایسه‌ای است، مشکلاتی در زمینه نتیجه‌گیری‌های علی دارد. بنابراین در تفسیر یافته‌های پژوهش باید احتیاط شود. همچنین روش نمونه‌گیری اجرا شده در پژوهش حاضر، نمونه‌گیری به شیوه در دسترس بود که به دلیل نیاز به تعداد نمونه بالا و محدودیت در زمینه جلب همکاری بیماران برای انجام نمونه‌گیری تصادفی، صورت گرفت و از محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌رود.

به‌طور کلی با توجه به نقش بسزای عوامل روانشناختی در بروز و پیش روی اختلال آسم، پیشنهاد می‌شود که در کنار درمان پزشکی، درمان روانشناختی و جلسات مشاوره نیز برای افراد مبتلا به این اختلال در نظر گرفت. با توجه به نقش ناگویی هیجانی در بیماری آسم می‌توان با گنجاندن آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان در محتوای درمان این بیماران به کاهش اختلال‌های جسمی آنها کمک کرد. سبک دفاعی افراد مبتلا به آسم از نوع رشد نیافته است، بنابراین با توجه به تأثیر آسیب‌زای سبک دفاعی رشد نیافته، مشاوران و درمانگران باید در جلسات آموزشی و مشاوره‌ای، مراجعان را از دفاع‌هایی که آنها را از واقعیت دور نگه می‌دارد و باعث برقراری ارتباطی غیرواقعی می‌گردد آگاه سازند. در نتیجه می‌توان با آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و نیز مشاوره‌هایی در زمینه طرحواره ناسازگار اولیه، سبک‌های دفاعی و تأثیرات آسیب‌زای سبک رشد نیافته بر سلامت جسمی افراد، نقش مؤثری در درمان آنها و جلوگیری از وخیم شدن بیماری‌شان ایفا کرد.

### منابع

ابوالقاسمی، عباس؛ ابراهیمی اردی، یوسف؛ نریمانی، محمد و اسدی، فاطمه (۱۳۹۳). نقش سبک‌های دفاعی و تاب‌آوری در پیش‌بینی آسیب‌پذیری روانی مبتلایان به آسم. *روانشناسی سلامت*، ۳(۱۲)،

- The impact of alexithymia on asthma patient management and communication with health care providers: a pilot study. *Journal of Asthma*, 46(2), 126-129.
- Czarny-Działak, M. A., Głuszek-Osuch, M., Wiraszka, G. R. (2016). Bronchial asthma with systemic sclerosis—a case study. *Medical Studies/Studia Medyczne*, 32(2), 128-130.
- Dubey, A., Pandey, R., Mishra, K. (2010). Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship: An overview. *Indian Journal of Social Science Research*, 7(23), 20-31.
- Gilbert, C.L. (2013). Marital quality in black and white marriages. *Journal of Family Issues*, 16(4), 431-441.
- Helmerts, K. F., Mente, A. (1999). Alexithymia and health behaviors in healthy male volunteers. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 635-645.
- Iskric, A., Ceniti, A. K., Bergmans, Y., McInerney, S., & Rizvi, S. J. (2020). Alexithymia and Self-Harm: A review of Nonsuicidal Self-Injury, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts. *Psychiatry Research*, 112920.
- Khosravani, V., Alvani, A., Bastan, F. S., Ardakani, R. J., & Akbari, H. (2016). The alexithymia, cognitive emotion regulation, and physical symptoms in Iranian asthmatic patients. *Personality and Individual Differences*, 101, 214-219.
- Kojima, M. (2012). Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems: a brief review of epidemiological studies. *BioPsychoSocial medicine*, 6(1), 21.
- Kojima, M., Kojima, T., Suzuki, S., Oguchi, T., Oba, M., Tsuchiya, H., ... & Ishiguro, N. (2009). Depression, inflammation, and pain in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 61(8), 1018-1024.
- Koole, S. L., Webb, T. L., & Sheeran, P. L. (2015). Implicit emotion regulation: feeling better without knowing why. *Current opinion in psychology*, 3, 6-10.
- Lee, Y. C., Lee, C. T. C., Lai, Y. R., Chen, V. C. H., & Stewart, R. (2016). Association of asthma and anxiety: a nationwide population-based study in Taiwan. *Journal of affective disorders*, 189, 98-105.
- Lemche, E., Brammer, M. J., David, A. S., Surguladze, S. A., Phillips, M. L., Sierra, M., ... & Giampietro, V. P. (2013). Interoceptive-reflective regions differentiate alexithymia traits in depersonalization disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 214(1), 66-72.
- Lumley M. A., Gustavson B. J., Partridge R. T., Labouvie Vief G. (2005). Assessing alexithymia and related emotional ability constructs using multiple methods: interrelationships among measures. *Emotion*, 5(3), 329-342.
- Mansour, M. M., Moheb, N., & Sharifi, A. (2010). Comparative study of cognitive schemas of asthmatic patients and normal adults. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1746-1750.
- سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه (۱۳۹۸). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. انتشارات: آگه.
- عباس قلی زاده قانع، مونا؛ خسروی، زهره و عامری، فریده (۱۳۹۴). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ریشه‌های والدینی آن و سبک‌های مقابله‌ای در افراد مبتلا به دیابت نوع I و افراد مبتلا به پسروریازیس و افراد سالم. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۵(۱۸)، ۷۴-۲۳.
- کریمی، جهانگیر؛ زکی بی، علی و محبی، زینب (۱۳۹۱). رابطه آلکسیتمیا و باورهای مربوط به هیجان با سلامت روان بیماران کلیوی. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۱(۴)، ۲۹-۱۹.
- کوری، جرالده (۱۳۹۸). *نظریه و کاربرد مشاوره و روان‌درمانی*. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر ارسباران. تاریخ تألیف به زبان اصلی، ۲۰۰۵.
- محمد پور یزدی، احمدرضا؛ بیرشک، بهروز؛ فتی، لادن و دژکام، محمود (۱۳۸۸). مطالعه مورد شاهدی سبک‌های دفاعی و اضطراب حالت صفت در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب منتشر. *مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی*، ۱(۴۱)، ۱۴-۷.
- مهدی‌زاده، فاطمه و دره کردی، علی (۱۳۹۹). رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش به روابط فرازناشویی با میانجی‌گری ابعاد ذهن آگاهی به منظور ارائه مدل. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۸۷)، ۳۸۹-۳۸۳.
- هالجنین، ریچارد و ویتبورن، سوزان کراس (۱۳۹۶). *دیدگاه‌های بالینی درباره اختلالات روانی بر اساس DSM-5*. (ترجمه یحیی سید محمدی). تهران: نشر روان. تاریخ تألیف اثر به زبان اصلی ۲۰۰۳.
- هوشیار، فاطمه؛ افشاری نیا، کریم؛ عارفی، مختار؛ کاکابرابی، کیوان و امیری، حسن (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی زوج درمانگری رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی طبیعی زوجین سازش نایافته. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸(۷۸)، ۷۴۵-۷۳۷.
- Ameri, F., Bayat, B., & Khosravi, Z. (2014). Comparison of early maladaptive schemas and defense styles in asthmatic, alexithymic and normal subjects. *Practice in Clinical Psychology*, 2(1), 51-57.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *The Journal of nervous and mental disease*, 181(4), 246-256.
- Bagby, M., Parker, J. D. a., & Taylor, G. J. (1994). the Twenty-Item Item Selection Toronto and Cross-Validation Structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 23-32.
- Bond, M., & Perry, J. C. (2005). *Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders*. Focus.
- Chugg, K., Barton, C., Antic, R., & Crockett, A. (2009).

- Masoli, M., Fabian, D., Holt, S., & Beasley, R. (2004). The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. *Allergy*, 59(5), 469-478.
- Oei, T. P., & Baranoff, J. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 59(2), 78-86.
- Picardi, A., Toni, A., & Caroppo, E. (2005). Stability of alexithymia and its relationships with the 'big five' factors, temperament, character, and attachment style. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(6), 371-378.
- Sharifi, L., Dashti, R., Pourpak, Z., Fazlollahi, M. R., Movahedi, M., Chavoshzadeh, Z., Soheili, H., Bokaie, S., Kazemnejad, A., & Moin, M. (2018). Economic Burden of Pediatric Asthma: Annual Cost of Disease in Iran. *Iranian journal of public health*, 47(2), 256-263.
- Soriano, J. B., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abera, S. F., Agrawal, A., Ahmed, M. B., ... & Alam, N. (2017). Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet Respiratory Medicine*, 5(9), 691-706.
- Taylor, C. D., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 456-479.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1999). Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press.
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41(4), 373-380.
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology. *American psychologist*, 55(1), 89.
- Wood, B. L., Lim, J., Miller, B. D., Cheah, P. A., Simmens, S., Stern, T., ... & Ballou, M. (2006). Family emotional climate, depression, emotional triggering of asthma, and disease severity in pediatric asthma: Examination of pathways of effect. *Journal of pediatric psychology*, 32(5), 542-551.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford Press.
- Young, M. E., & Long, L. L. (1998). *Counseling and therapy for couples*. Thomson Brooks/Cole Publishing Co.