

مقایسه ی سبک های دفاعی و هراس اجتماعی افراد ترنسکشوال با افراد عادی

محبوبه دان اصفهانی^۱، فائزه سبیه بازی^۲

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد دکتر حسابی، تفرش، ایران
^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد دکتر حسابی، تفرش، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی مقایسه ای سبک های دفاعی و هراس اجتماعی افراد ترنسکشوال با افراد عادی بود. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، توصیفی از نوع مقایسه ای بود. جامعه آماری شامل ترنس های مراجعه کننده به دی کلینیک میرداماد واقع در شهر تهران برای تغییر جنسیت در فاصله زمانی خرداد لغایت شهریور ۱۳۹۹ بود که با افراد عادی شهر تهران مورد مقایسه قرار گرفتند. تعداد نمونه ۶۰ نفر (۳۰ نفر ترنسکشوال و ۳۰ نفر عادی) شیوه نمونه گیری به صورت در دسترس و هدفمند بود. جهت بررسی از دو پرسشنامه هراس اجتماعی کانور و همکاران (۲۰۰۰) و سبک های دفاعی آندروز و همکاران (۱۹۹۳) استفاده شد. نتایج نشان داد میانگین سبک های رشد نیافته و روان آزرده در افراد ترنسکشوال بالاتر از افراد عادی می باشد. همچنین میانگین سبک دفاعی رشد یافته در افراد ترنسکشوال پایین تر از افراد عادی می باشد. اما بین میزان هراس اجتماعی در افراد ترنسکشوال و عادی تفاوت معناداری به دست نیامد.

واژه های کلیدی: سبک های دفاعی، هراس اجتماعی، ترنسکشوال

مقدمه

هویت جنسی یک حالت روانشناختی است که نمایانگر احساس فرد از مذکر یا مونث بودن خود می باشد و در حالت طبیعی با جنسیت تشریحی (آناتومیک) فرد منطبق است. اختلالات هویت جنسی به عنوان گروهی از اختلالات تعریف شده که ویژگی مشترک آنها ترجیح قوی و مداروم برای اتخاذ وضعیت و نقش جنس مخالف است. مؤلفه عاطفی اختلالات هویت جنسی^۱ را معمولاً ملال جنسیتی^۲ می نامند که به این شکل قابل تعریف است: نارضایتی از جنسیت زیستی، تمایل بر خورداری از بدن و جنس مخالف و میل به اینکه به عنوان فردی از جنس مخالف به وی نگریسته شود که دگرجنس پنداری^۳ نیز نامیده می-شود (سادوک و سادوک، ۲۰۱۲).

افراد مبتلا به اختلال جنسیتی از بدو شناخت خود از سنین سه سالگی، رفتارها و گرایش های جنس مخالف را از خود بروز می دهند و با وجودی که هیچ گونه اختلالی در جنس آنها مشاهده نمی شود عمیقاً احساس می کنند که در کالبدی اشتباه متولد شده اند و جنسیت حقیقی آنها با آنچه هستند متفاوت است (هارالدسن^۴ و دیگران، ۲۰۰۴).

کودکان مبتلا به اختلال هویت جنسی ممکن است به طور همزمان اختلال اضطراب جدایی، اختلال اضطراب فراگیر و علائم افسردگی نشان دهند. اختلال هراس اجتماعی به عنوان یک اختلال از طبقه اختلال های اضطرابی شایع ترین نوع اختلال اضطرابی (لمپ^۵؛ ۲۰۰۹؛ گارسیا-لوپز^۶ و همکاران، ۲۰۰۶) و سومین اختلال روانی از نظر شیوع بین جمعیت عمومی می باشد (فهم^۷ و همکاران، ۲۰۰۸).

این اختلال با ترس بارز و پایدار از یک یا چند موقعیت یا عملکرد اجتماعی مشخص می شود که در آن شخص می ترسد به گونه ای رفتار کند که موجب تحقیر و شرمندگی او گردد. در نوع فراگیر این اختلال فرد از اکثر موقعیت و یا عملکرد های اجتماعی ترس دارد و اجتناب می کند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۸؛ ۲۰۰۰).

یکی از فرض های اساسی رویکردهای شناختی در زمینه اضطراب آن است که اضطراب با پیش بینی رخداد یک رویداد منفی یا ادراک تهدید فراخوانده می شود. در علت شناسی هراس اجتماعی می توان به مؤلفه های شناختی-هیجانی از قبیل سوگیری توجه، بازداری رفتاری، طرحواره های ناسازگار اولیه و ابراز خشم اشاره کرد (طاهری فر و همکاران، ۱۳۸۹؛ خیر، استوار، لطیفیان، تقوی و سامانی، ۱۳۸۷؛ کالویت، اوریو و هنکین، ۲۰۱۳). سوگیری توجه بر پایه تعریف کلارک و ولز^۹ (۱۹۹۵) یعنی توجه نشان دادن به شیوه غیرانطباقی که در برگزیده توجه درونی و توجه بیرونی است. مدل شناختی هارتمن^{۱۰} (۱۹۸۳)؛ به نقل از

^۱Gender Identity Disorder^۲Gender Dysphoria^۳Transsexualism^۴Sadock & Sadock^۵Haraldson^۶Lampe^۷Garsia-Lopez^۸Fehm^۹APA^{۱۰}Calvete, Orue & Hankin^{۱۱}Clark & Wells^{۱۲}Hartman

رئوفی احمد، ترخان، شیرودی و نودری، (۱۳۹۱) نیز بر نقش توجه تأکید فراوان دارد و معتقد است که افراد اجتماع هراس در بحبوحه موقعیت‌های اجتماعی چنان با فرایندهای متمرکز بر خود درگیر هستند که به تداخل با عملکرد اجتماعی رضایت‌بخش منجر می‌شود.

افراد برای اینکه از اضطراب مصون بمانند از راهبردهای گوناگونی برای دور نگه داشتن افکار، غرایز، احساس‌های غیر قابل قبول از آگاهی هشیار، استفاده می‌کنند که فروید آنها را مکانیزم دفاعی نامید. از دیدگاه فروید افراد مبتلا به هراس از مکانیزم‌های دفاعی سرکوبگری^۳ و جابجایی^۴ به صورت مفرط سود می‌جویند. گرچه ارتباط موضوع‌های هراسناک با کشاننده‌های تهدید آمیز، محرز است، اما افراد مبتلا به هراس نسبت به این رابطه هشیار نیستند (کاشی تراش، ۱۳۹۲).

مکانیزم‌های دفاعی فرایندهای تنظیم‌کننده خودکاری هستند که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی از طریق تاثیر گذاری بر چگونگی ادراک حوادث تهدید کننده عمل می‌کنند. فروید سبک دفاعی^۵ شخصی، یعنی فروانی استفاده از مکانیزم‌های دفاعی متفاوت در مقایسه با دیگران را متغیر اصلی برای شناخت شخصیت آسیب شناسی و میزان سازش یافتگی می‌دانست، فرضیه‌ای که بر اساس یافته‌های پژوهش بسیار مورد تایید قرار گرفته است (وایلانت، ۱۹۹۴).

هر یک از این سبک‌ها شامل مکانیزم‌های دفاعی ویژه‌ای هستند، مشخص شده که در افراد مبتلا به اختلال‌های روانی سبک دفاعی رشد نیافته و غیر انطباقی و در جمعیت غیر بالینی سبک دفاعی به مراتب رشد یافته تر است. اگرچه مکانیسم‌های دفاعی خصوصیتی مختلفی دارند اما دارای دو ویژگی مشترک هستند: همه آنها، واقعیت را تحریف یا انکار می‌کنند و فعالیت‌شان به صورت ناهشیار است (کرامر و جونز، ۲۰۰۷).

بر اساس رویکرد روان تحلیلگری افراد در مواجهه با تنیدگی از سبک‌های دفاعی مشخص استفاده می‌کند که این سبک‌ها بر اساس میزان پختگی^۸ به چهار گروه ناپخته^۹ (رشد نیافته)، روان آزاده، خودشیفته^{۱۰} و پخته (رشد یافته) تقسیم می‌شوند (وایلانت، ۱۹۹۲).

سبک دفاعی رشد یافته؛ شیوه‌های مواجهه انطباقی، بهنجار و کارآمد که شامل والایش، شوخ طبعی، پیش بینی و فرونشانی است. سبک دفاعی روان آزاده؛ شیوه‌های مواجهه ای غیر انطباقی و ناکارآمد که شامل نوع دوستی کاذب، واکنش متضاد، آرمانی سازی و ابطال می‌باشد و سبک دفاعی رشد نیافته؛ مانند سبک دفاعی روان آزاده شیوه‌های مواجهه ای غیر انطباقی و ناکارآمد که شامل دلیل تراشی، فرافکنی، انکار، دوپارگی، بدنی سازی، جابجایی، مجزاسازی، نا ارزنده سازی، عملی سازی، خیال پردازی اوتیستیک، تفرق، پرخاشگری منفعلانه هست (احتشام زاده، پاشا و صمیمی، ۱۳۹۱).

¹Repression

²Displacement

³Defense Style

⁴Vaillant

⁵Cramer & Jones

⁶Maturity

⁷Immature

⁸Neurotic

⁹Narcissistic

¹⁰Mature

مشخص شده آن دسته از بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی که مشخصاً از دفاع‌های به نسبت سازش یافته تر استفاده می‌کنند نیازمند مداخلات درمانی مختصری هستند؛ ولی دسته‌ای از بیماران روان‌آزرده که به مراتب دفاع‌های ناپخته تری دارند نیازمند مداخلات درمانی پیشرفته تری می‌باشند (کرامر، ۲۰۰۰؛ به نقل از افضل‌ی، فتحی آشتیانی و فلاح، ۱۳۸۷).

به نظر می‌رسد افراد در موقعیت‌های فشارآور از شیوه‌های مقابله‌ای متفاوتی استفاده می‌کنند، کارآمد بودن یا ناکارآمد بودن این شیوه‌های مقابله، نقش اساسی در بهزیستی جسمی و روانی و اجتماعی افراد دارد (با توجه به اینکه زن‌ها تقریباً دو برابر مردان دچار این اختلال هستند) در این پژوهش به بررسی تفاوت در میزان اضطراب اجتماعی و سبک‌های دفاعی افراد ترنسکشوال مؤنث به مذکر و افراد عادی پرداخته می‌شود.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، توصیفی از نوع مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل ترنس‌های مراجعه‌کننده به دی‌کلینیک میرداماد واقع در شهر تهران برای تغییر جنسیت در فاصله زمانی خرداد لغایت شهریور ۱۳۹۹ بود که با افراد عادی شهر تهران مورد مقایسه قرار گرفتند. گروه نمونه شامل ۶۰ نفر (۳۰ نفر گروه ترنسکشوال و ۳۰ نفر گروه افراد عادی) بود. شیوه نمونه‌گیری به صورت در دسترس و هدفمند بود. ملاک‌های ورود به پژوهش نیز سن بین بیست تا چهل سال، خواستار تغییر جنسیت از مؤنث به مذکر و داشتن مجوز تغییر جنسیت از پزشکی قانونی (در افراد ترنسکشوال) بود. افراد عادی نیز از جهت سن با افراد ترنسکشوال، همسان سازی شدند. جهت بررسی از دو پرسشنامه استفاده شد.

پرسشنامه هراس اجتماعی: این پرسشنامه نخستین بار توسط کانور^۳ و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی هراس اجتماعی تهیه گردید. یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) است و در آن هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (۱ = اصلاً، ۲ = کم، ۳ = تا اندازه‌ای، ۴ = زیاد و ۵ = خیلی زیاد) درجه بندی می‌شود. نمرات هر آیت‌م برای دست‌یابی به یک نمره کل با دامنه ۰ تا ۶۸ با هم جمع بسته می‌شوند. هر چند برخی تحقیقات علاوه بر نمره کل نمرات سه خرده مقیاس ترس (۶ آیت‌م) اجتناب (۷ آیت‌م) و نشانه‌های فیزیولوژیایی (۴ آیت‌م) را نیز در نمونه پژوهش خود مورد بررسی قرار می‌دهند. هر چه نمره فرد بالاتر باشد نشان‌دهنده شدت اختلال در افراد می‌باشد (نمره ۱۹ به بالا نشان‌دهنده وجود مشکل است). اعتبار پرسشنامه با روش باز آزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۰٫۷۸ تا ۰٫۸۹ بوده و ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) در یک گروه بهنجار ۰٫۹۴ گزارش شده است. همچنین برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰٫۸۹، اجتناب ۰٫۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۰٫۸۰ گزارش شده است. ایزدی و بهمن‌یار (۱۳۸۸) ضریب همسانی درونی را ۰/۸۹ و مقیاس‌ها را به ترتیب برای ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی، ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۸۹ گزارش کردند.

پرسشنامه سبک‌های دفاعی: پرسشنامه سبک‌های دفاعی که توسط آندروز و همکاران در سال ۱۹۹۳ تدوین گردید که شامل ۴۰ سؤال بود و ۲۰ مکانیسم دفاعی را در سه سطح رشدیافته، روان‌آزرده و رشد نیافته مورد ارزیابی قرار می‌داد. مقیاس نمره‌گذاری به صورت لیکرت می‌باشد که فرد به هر سؤال میزان موافقت خود را در یک مقیاس ۹ درجه‌ای اعلام می‌کند. فرد در هر یک از مکانیسم‌های دفاعی نمره‌ای بین ۲ تا ۱۸ بدست می‌آورد. در هر کدام از مکانیسم‌های دفاعی که نمره‌ی فرد از ۱۰ بیشتر شود به معنی استفاده فرد از آن مکانیسم است و در سبک‌های کلی میانگین نمرات فرد در هر سبک مشخص شده و با نمره‌ی میانگین فرد در سبک‌های دیگر مقایسه می‌شود. فرد دارای سبک دفاعی است که بیشترین میانگین را داشته باشد. ضریب‌های آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از سبک‌های رشد یافته، رشد نیافته و نوروتیک در فرم فارسی برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۳ و ۰/۷۵ به دست آمد. که نشانه‌ی همسانی درونی رضایت بخش برای فرم ایرانی پرسش

نامه سبک های دفاعی محسوب می شود. اعتبار با آزمایی پرسش نامه ی سبک های دفاعی برای یک نمونه ی ۳۰ نفری در دو نوبت با فاصله ی چهار هفته ای برای کل آزمودنی ها $R = 0/81$ محاسبه شد.

یافته ها

جدول شماره ۱: شاخص های توصیفی نمرات هراس اجتماعی و مقیاس های مکانیزم های دفاعی به تفکیک افراد عادی و ترنسکشوال

متغیرها	روان آزرده	رشد یافته	رشد نیافته	هراس اجتماعی
میانگین	۴۵/۹۰۰۰	۴۵/۴۶۶۷	۱۱۴/۲۳۳۳	۱۶/۱۰۰۰
انحراف استاندارد	۱۰/۶۵۲۳۴	۶/۹۰۱۹۴	۲۶/۳۶۹۶۳	۱۳/۲۴۹۲۰
میانگین	۴۳/۰۳۳۳	۴۸/۱۰۰۰	۱۰۱/۱۰۰۰	۱۵/۷۶۶۷
انحراف استاندارد	۳/۹۶۰۸۷	۱۲/۸۵۷۵۳	۶/۴۴۷۳۱	۶/۴۹۵۰۰
میانگین	۴۴/۴۶۶۷	۴۶/۷۸۳۳	۱۰۷/۶۶۶۷	۱۵/۹۳۳۳
انحراف استاندارد	۹/۴۸۹۴۵	۱۱/۹۸۹۱۱	۵/۵۳۹۰۵	۹/۰۱۵۶۶

میانگین نمرات آزمودنی های ترنسکشوال در مقیاس های روان آزرده، رشد یافته و هراس اجتماعی بیشتر از آزمودنی های ترنسکشوال و در مقیاس رشد یافته، پایین تر می باشد.

جدول شماره ۲: تحلیل واریانس تفاوت مکانیزم های دفاعی در افراد ترنسکشوال و عادی

متغیر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه F	سطح معناداری
روان آزرده	۱۹۰۷۸/۶۱	۳۱۷/۹۷	۰/۷۸۴	۰/۰۲۹
رشد یافته	۳۷۱۸/۱۷	۱۲۸/۳۲	۱/۳۴۶	۰/۰۰۱
رشد نیافته	۱۷۴۳/۶۷	۳۲۴/۴۲	۱/۰۴۷	۰/۰۲۷

بین افراد ترنسکشوال و افراد عادی در مکانیزم های دفاعی روان آزرده، رشد یافته و رشد نیافته تفاوت وجود دارد. با استناد به جدول شماره ۱، میانگین سبک های رشد نیافته و روان آزرده در افراد ترنسکشوال بالاتر از افراد عادی می باشد. همچنین میانگین سبک دفاعی رشد یافته در افراد ترنسکشوال پایین تر از افراد عادی می باشد.

جدول شماره ۳: آزمون t مقایسه هراس اجتماعی در افراد ترنسکشوال و عادی

گروه	F	sig	t	درجه آزادی	سطح معناداری	میانگین تفاوت
واریانس های برابر	۱/۲۸۶	۰/۲۵۹	۴/۱۷۸	۱۱۸	۰/۱۳۶	۱/۱۸
واریانس های نابرابر	.	.	۴/۱۷۸	۱۱۷/۳۰۲	۰/۱۳۶	۱/۱۸

بر طبق نتایج جدول، تفاوت معناداری در هراس اجتماعی بین دو گروه افراد ترنسکشوال و عادی وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

مکانیزم های دفاعی در حقیقت تحریف کننده واقعیت هستند و میزان تحریف واقعیت در دفاع های رشد نیافته و روان آزرده بیشتر از دفاع های رشد یافته است. هر چه میزان تحریف شناختی یک دفاع بیشتر باشد، به دنبال آن از میزان آگاهی

هوشیارانه کاسته می شود و در نتیجه تلاش کمتری جهت مقابله با تحریف شناختی انجام می شود. بنابراین مکانیزم های دفاعی شناخت آگاهانه ما را از خود تغییر می دهند، آگاهی ما را از تعارض هایمان کم می کنند و احساسات متعارض با باورهای ما را تحت تأثیر قرار دهند، از این رو مکانیزم های دفاعی خصوصاً مکانیزم هایی که رشد نیافته ترند، مانعی برای درک واقعیت در فرد شده و امکان دفاع منطقی و مؤثر را از وی سلب می کنند و ظرفیت بینشی و خود اکتشافی فرد را کاهش می دهند. مکانیزم های دفاعی برونی سازی بر اساس مکانیزم جابه جایی تمایل دارد که منبع تعارض را به خارج از افراد تغییر دهد. نشان جا به جایی عدم تحریف تکانه اصلی با راهبرد دفاعی است که فقط در جایگزینی موضوع ریشه دارد. مکانیزم عملی سازی مانع تجزیه و تحلیل تهدید وارده به من) می شود و مستقیماً عاطفه و هیجان را تبدیل به عمل می کند. نکته کلیدی در این دفاع عمل و کنش است که مانع واپس زنی های عاطفی و شناختی می شود. در مکانیزم جداسازی، افراد جداسازی عمیقی بین پاسخ های هیجانی و خودمختار به استرس ها نشان می دهند و در دلیل تراشی، واقعیت ها اجازه ورود به هشیاری پیدا می کنند اما ارتباط آن ها با شخص کاهش یافته و یا از بین می رود. در واقع این دفاع نوعی جداسازی عاطفی از شناخت نیز هست. هرچند فرد واقعیت جسمانی رویداد را به اشتباه تفسیر نمی کند، اما با هیجان مناسبی واکنش نشان نمی دهند. در واقع هیجان پذیری با تبیین های منطقی و عقلانی کاملاً سرکوب می شوند. در واقع این گونه می توان نتیجه گرفت که مکانیزم های دفاعی مختلف به شیوه های مختلف بر روی افراد اثر می گذارند که تأثیر برخی از آنها (رشدنیافته و روان آزاده) منفی و مخرب برای سلامت روانی شخص دارد. با این توصیف در این تحقیق مشخص شد که مبتلایان به ترنسکشوال بیش از افراد عادی از سبک های رشدنیافته استفاده می کنند.

افرادی که دچار هراس اجتماعی می باشند در موقعیت های اجتماعی اضطراب شدیدی را تجربه می کنند. این گونه افراد از موقعیت هایی که امکان دارد از سوی دیگران مورد قضاوت و بررسی قرار گیرند هراس دارند. آنها دائماً از آن بیم دارند که مورد قضاوت، ارزشیابی، انتقاد، تحقیر و تمسخر دیگران واقع گردند. افراد مبتلا به هراس اجتماعی اغلب درباره اتفاقی که ممکن است در موقعیت های اجتماعی بیافتد، افکار خودآیند منفی دارند.

عدم سازگاری از نقش جنسی زیستی در افراد ترنسکشوال می تواند پیامدهای منفی ای برای آنها داشته باشد. از جمله عدم پذیرش اجتماعی و احتمال بالای افسردگی و خودکشی ناشی از آن، فقدان حمایت خانواده و دوستان، وابستگی به خدمات حرفه ای پزشکی. آشفتگی در هویت جنسی موجب سردرگمی و اغتشاش در نقش و رفتار جنسی مناسب فرد شده و به دنبال آن روابط اجتماعی و بین فردی نیز تحت تأثیر قرار گرفته که منجر به بروز رفتارهای انحرافی در نقش جنسی و اضطراب و افسردگی و هراس اجتماعی می گردد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش های جواهریان و کوچکیان (۱۳۸۵) ناهمسو بود و تفاوتی بین افراد ترنسکشوال و عادی در هراس اجتماعی به دست نیامد. شاید بتوان علت این امر را استفاده ای افراد ترنسکشوال از مکانیزم های دفاعی و پنهان شدن آنان در پشت نقاب مکانیزم ها دانست. البته نباید این را از نظر دور داشت که همین امر نیز می تواند مسائل روانی دیگری را در این افراد ایجاد کند.

این پژوهش نیز مانند هر پژوهش دیگری دارای محدودیت هایی بود. برقراری حس اعتماد و شرکت در پژوهش برای افراد ترنسکشوال و محدودیت های ویژه ی بحران کرونا، از محدودیت های پیش روی پژوهش حاضر بود. با توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر، پیشنهاد می شود برای افراد ترنسکشوال، در کلینیک های مربوط، کارگاه های آموزشی برگزار شود.

منابع و مراجع

۱. احتشام زاده، پ؛ پاشا، ر و صمیمی، ز (۱۳۹۱). مقایسه مکانیسم های دفاعی کارکنان تولید، تعمیرات بخش (احیاء مستقیم) و کارکنان امور اداری شرکت فولاد خوزستان، یافته های نو در روان شناسی، دوره ۷، شماره ۲۴، ۲۱-۳۳
۲. افضل، م؛ فتحی آشتیانی، ع و آزادفلاح، پ (۱۳۸۸). بررسی سبک ها و مکانیزم های دفاعی افراد مبتلا به اختلال وسواس-بی اختیاری، اختلال اضطراب تعمیم یافته و اختلال هراس اجتماعی، مجله روانشناسی بالینی، شماره

۱۳ جواهریان، ف و کوچکیان، ز (۱۳۸۵). اختلال هویت جنسیتی و ابعاد اجتماعی آن: بررسی پدیده نارضایتی جنسی در ایران، مجله رفاه اجتماعی، دوره ۵، شماره ۲۱، ۲۹۲-۲۶۵

۱۴ خیر، م؛ استوار، ص؛ لطیفیان، م؛ تقوی، م و سامانی، سی (۱۳۸۷). اثر واسطه‌گری توجه متمرکز بر خود و خودکارآمدی اجتماعی بر ارتباط میان اضطراب اجتماعی و سوگیری های داوری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱، ۲۴-۳۲.

۵. رئوفی احمد، ر؛ ترخان، م؛ قربان شیرودی، ش و نوذری، م (۱۳۹۱). رابطه بین سوگیری توجه و خودکارآمدی اجتماعی با اضطراب اجتماعی در دختران متوسطه شهر ساری. *مجله پژوهش های روانشناسی اجتماعی*، ۶، ۲۷-۳۸.

۶. طاهری فر، ز؛ فتی، ل و غرایبی، ب (۱۳۸۹). الگوی پیش‌بینی هراس اجتماعی در دانشجویان بر پایه مؤلفه‌های شناختی رفتاری. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱، ۳۴-۴۵.

۷. کاشی تراش، ن (۱۳۹۲). مقایسه سبک های دفاعی در افراد ترنسکشوال و عادی، پایان نامه کارشناسی روانشناسی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران

۸. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed). Washington, DC: Author.
۹. Calvete, E., Orue, L., Hankin, B. L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of Anxiety Disorders*, ۲۷, ۲۷۸- ۲۸۸.
۱۰. Cramer P, Jones CJ. (2007). Defense mechanisms predict differential lifespan change in self-control and selfacceptance. *Journal of Research in Personality*. 1; 41(4):841-5۵.
۱۱. Fehm, L., Beesdo, k., Jacobi, F., & Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 257-2۶۵.
۱۲. Garcia-Lopez, L.G., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A.M., Turner, S., & Rosa, A. I. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: A 5- year follow-up assessment. *Anxiety Disorders*, 20, 175-191.
۱۳. Haroldson, Henriques, Fábio Cervo, Eduardo Siam Böhme, Raffael Massuda. (2004). Using the Defensive Style Questionnaire to evaluate, the impact of sex reassignment surgery on defensive
۱۴. Lampe, L. A. (2009). Social anxiety disorder: recent developments in psychological approaches to conceptualization and treatment. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 43, 887-898.
۱۵. Sadock BJ. Kaplan and Sadock's (2012). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
۱۶. Vaillant GE. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of abnormal psychology*. Feb; 103(1):44.
۱۷. Vaillant GE. (1992). the historical origins and future potential of Sigmund Freud's concept of the mechanisms of defence. *International review of psycho-analysis*.