

بررسی مکانیسم‌های دفاعی زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی و مقایسه آن با زنان عادی  
*Investigate the relationship between proactive personality and work  
Autonomy with job crafting*

**Parisa Broun**

M.A. in Clinical Psychology, Islamic Azad University,  
Garmsar Branch, Garmsar, Iran

**Davoud Manavipour**

Associate Prof. in Psychology, Islamic Azad University,  
Garmsar Branch, Garmsar, Iran

**Mojtaba Sedaghati Fard**

Assistant Prof. in Sociology, Islamic Azad University,  
Garmsar Branch, Garmsar, Iran

**Abstract**

This study aimed to investigate women with defense mechanisms compared with normal women were sexually dysfunctional. The sample consisted of 60 patients (30 women and 30 women with normal sexual dysfunctional) the sampling method, in two groups. The results of the first test hypotheses showed that women with sexual dysfunctional than the ordinary women of different defensive style they use. Second, women with sexually dysfunctional women in general, the more immature defense mechanisms they use. Also, women with sexual dysfunctional, compared with normal women more neurotic defense mechanisms they use. Defense mechanisms developed in the group of women with sexual dysfunctional lower than normal women. This means that normal female sexual dysfunction than women developed defense mechanisms they use. The result is that sexual health is significantly associated with their defense mechanisms and defense mechanisms have the potential to be one of the variables to be considered therapeutic and medical interventions considered.

**Keywords:** defense mechanisms, defensive style, sexually dysfunctional

**پریسا برون**

کارشناسی ارشد رشته روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار،  
گرمسار، ایران

parisaa.borun@gmail.com

**دکتر داود معنوی پور**

دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار، گرمسار، ایران

**دکتر مجتبی صدقاتی فرد**

استادیار گروه علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار، گرمسار، ایران

**چکیده**

این پژوهش با هدف بررسی مکانیسم‌های دفاعی زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی و مقایسه آن با زنان عادی انجام شد. روش پژوهش، علی-مقایسه ای و ابزار پژوهش، شامل پرسشنامه ارزیابی عملکرد جنسی زنان و پرسشنامه مکانیسم‌های دفاعی (DSQ-40) بود. نمونه پژوهش، شامل 60 نفر (30 زن عادی و 30 زن با کژکارکردی جنسی) بود که به روش نمونه گیری در دسترس، در دو گروه قرار گرفتند. یافته‌های حاصل از آزمون آماری فرضیه‌ها اولاً بیانگر آن بود که زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی، نسبت به زنان عادی از سبک‌های دفاعی متفاوتی استفاده می‌کنند. دوم اینکه، زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی در مقایسه با زنان عادی، بیشتر از مکانیسم‌های دفاعی رشدنا یافته استفاده می‌کنند. همچنین زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی، در مقایسه با زنان عادی بیشتر از مکانیسم‌های دفاعی روان آزرده استفاده می‌کنند. مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته در گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی کمتر از گروه زنان عادی است و این به آن معناست که زنان عادی بیشتر از زنان گروه کژکارکرد جنسی از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته استفاده می‌کنند. نتیجه اینکه سلامت جنسی افراد به طور معناداری با مکانیسم‌های دفاعی آن‌ها در ارتباط است و مکانیسم‌های دفاعی این ظرفیت را دارند که به عنوان یکی از متغیرهای درمانی در نظر گرفته شوند و در مداخلات درمانی مورد توجه قرار گیرند.

**واژه‌های کلیدی:** مکانیسم‌های دفاعی، سبک‌های دفاعی، کژکارکردی جنسی، زنان.

## مقدمه

از سال ۱۹۷۰ میلادی بود که نگرش تازه‌ای برای فهم بهتر فیزیولوژی و در نهایت درمان اختلالات جنسی ارائه گردید (اسپنس<sup>۲</sup>، ۱۳۸۳). محققان ایرانی معتقدند، ۵۰٪ تا ۶۰٪ طلاق‌های صورت گرفته به علت مشکلات و اختلال‌های جنسی است (فروتز، ۱۳۸۶) و در رابطه با شیوع اختلالات جنسی در زنان متأهل به این نتیجه رسیده‌اند که اکثر زنان دچار انواعی از مشکلات جنسی هستند (سالاری، ۱۳۸۴). اختلالات عملکرد جنسی در زنان، به چهار گروه اختلالات میل (اختلال کمبود میل جنسی زنان و اختلال انزجار جنسی زنان)، ارگاسم (اختلال ارگاسمی زنان)، انگیزش جنسی زنان و درد (مقاربت دردناک و واژینیسموس) تقسیم بندی می‌شوند. این اختلالات از مشکلات شایع زنان است و در برخی مطالعات شیوع آن‌ها در جمعیت عمومی بیش از ۴۰٪ گزارش شده است. در همین راستا برخی شایعترین مسأله‌های جنسی زنان در مشکل در ارگاسم را، عدم لغزندگی کافی مهبل، دیس پارونی (مقاربت دردناک)، تصویر مخدوش بدنی، عدم ارضاء نیاز جنسی و نظایر آن ذکر کرده‌اند (کاتریونا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱)، و علائم اختلال عملکرد جنسی همراه با کاهش و محدودیت استروژن شامل کاهش لغزنده سازی واژن، گرگرفتگی و افزایش عفونت ادراری، خستگی، تغییرات خلقی و تحریک پذیری دانسته‌اند که سبب اختلال در عملکرد جنسی و کاهش کیفیت زندگی می‌گردد (گنز<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۸).

علت این کژکارکردی‌های جنسی می‌تواند روانی، فیزیولوژیک، مصرف مواد یا دارو و یا بیماریهای جسمی و در بسیاری از موارد ترکیبی از این عوامل باشد. براساس نتایج مطالعات، در بروز کژکارکردی جنسی عواملی نظیر نازایی، حاملگی و سالمندی و انجام جراحی‌های زنان در ناحیه لگنی، سوء استفاده جنسی در کودکی، عوامل روانشناختی - اجتماعی و ابتلا به بیماری‌های مزمن و نیز ناتوانایی‌هایی نظیر معلولیت‌های مادرزادی یا حین تولد اثرگذار هستند. مکانیسم یا ساز و کار دفاعی یک کنش روانشناختی است که بین آرزوها، نیازها، عواطف و تکانه‌های فرد از یک سو و بازداری‌های درونی شده و واقعیت‌های بیرونی از سوی دیگر میانجی می‌شود. آن‌ها از این نظر ساز و کار به شمار می‌روند که ناآگاهانه عمل می‌کنند و اغلب الگوهای قانونمندی را دنبال می‌کنند که در آن افراد پیوسته همان دفاع‌ها را در شرایط گوناگون به کار می‌گیرند (افخم ابراهیمی، ۱۳۷۷).

کژرفتاری جنسی یا اختلال در عملکرد جنسی زنان عبارت است از کاهش پایدار یا عود کننده تمایل جنسی، درد هنگام نزدیکی و وجود مشکل یا ناتوانی در رسیدن به اوج لذت جنسی (بیسن<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). انواع اختلالات کنشی جنسی عبارت‌اند از:

۱. اختلالات میل جنسی که شامل میل جنسی کم کار مشخص یا کمبود یا فقدان تخیلات جنسی و میل برای فعالیت جنسی و بیزاری جنسی<sup>۶</sup> مشخص با بیزاری نسبت به تماس جنسی تناسلی با یک شریک جنسی و اجتناب از آن. ۲. اختلالات انگیزش جنسی شامل اختلال در نفوذ در مرد<sup>۷</sup> و اختلال انگیزشی در زن است.

۳. اختلالات ارگاسمی در زن به صورت تأخیر تکراری یا مستمر یا فقدان ارگاسم متعاقب مرحله تحریک جنسی طبیعی است (اسمیت و شیمپ، ۲۰۰۰؛ کیقبادی و اسدی، ۱۳۸۰). به طور کلی عوامل ایجاد اختلال در ارگاسم لذتبخش شامل دو گروه اساسی است: ۱. عوامل روانشناختی شامل: ترس از حاملگی، ترس از طرد شدن از جانب شریک جنسی، خصومت نسبت به مردان، احساس گناه در

<sup>۲</sup> Spence<sup>۳</sup> Catriona<sup>۴</sup> Ganz<sup>۵</sup> Basson<sup>۶</sup> Sexual Arousal Disorder<sup>۷</sup> Male erectile Dis

مورد تکانه‌های جنسی، وجود تعارضات زناشویی (کیقبادی و اسدی، ۱۳۸۰)، تصویر ذهنی ضعیف، تجارب تجاوز و صدمات جنسی، فقدان آگاهی جنسی، اختلال در عملکرد خانواده، سوء مصرف مواد<sup>۸</sup>، اختلالات روانی (سمیعی و رفیعی، ۱۳۷۶)، نقص در برقراری ارتباط، اضطراب جنسی<sup>۹</sup>، شرم و خجالت<sup>۱۰</sup>.

۲. عوامل جسمی شامل: زایمان، شیردهی و بارداری، صدمات جنسی، سرطان گردن رحم، دردهای مزمن لگنی، کلستومی، ایلتوستومی، هیستریکتومی، خشکی واژن، و دردهای مزمن و آرتریت (کاترینا، ۲۰۰۱). اینگونه اختلالات ممکن است همیشگی باشد یا از نوع اکتسابی. ممکن است فراگیر باشد یا از نوع موقعیتی. ممکن است ناشی از عوامل روانی باشد یا عوامل ترکیبی (سمیعی و رفیعی، ۱۳۷۶).

معیارهای تشخیصی DSM IV در مورد اختلالات ارگاسمیک در زنان عبارتند از: A. پس از آن که مرحله برانگیختگی جنسی به طور طبیعی طی شد تأخیر یا فقدان ارگاسم به طور دائم یا مکرر وجود داشته باشد. نوع و شدت تحریکی که ارگاسم را بر می‌انگیزد، در زنان مختلف، متفاوت است لذا تشخیص اختلال ارگاسمیک بر اساس قضاوت درمانگر است یعنی درمانگر به این نتیجه رسیده باشد که با توجه به سن، تجربه جنسی، و کافی بودن تحریکات جنسی، قابلیت ارگاسم فرد کمتر از حدی است که به طور معقول انتظار می‌رود.

B. اختلال مذکور موجب رنج و عذاب چشمگیر در روابط بین فردی<sup>۱۱</sup> شده باشد.

C. این اختلال را نتوان با اختلال دیگری در محور I بهتر توجیه کرد و این اختلال صرفاً در نتیجه اثرات فیزیولوژیک مستقیم یک ماده یا یک بیماری طبی عمومی به وجود نیامده باشد (سمیعی و رفیعی، ۱۳۷۶).

شناسایی مکانیسم‌های دفاعی بدون توجه به اضطرابی که آن‌ها را فرا می‌خواند قابل درک نیست. فروید با طرح نظریه دوم خود در خصوص اضطراب، احساس اضطراب را ناشی از علامت محرک دانست و آن ساختاری که این علامت را درک کرده و به دفاع از خویش در برابر معنای تهدیدآمیز آن می‌پردازد «من» است که اضطراب را درک و سپس نیروهایی را برای دفاع در مقابل خطر قریب‌الوقوع ناشی از برانگیختگی‌ها به جنبش در می‌آورد (قربانی، ۱۳۸۲). در نظریه روان تحلیل‌گری عقیده بر آن است که افراد برای مقابله با اضطراب از راهبردهای ناهشیار یعنی مکانیسم‌های دفاعی به وفور استفاده می‌کنند. به عبارت دیگر فروید و پیروانش عقیده دارند که «من» در مواجهه با خواسته‌های کشاننده‌ای «من» از مکانیسم‌های دفاعی که به کار مهار کردن اضطراب می‌آیند استمداد می‌کند (منصور و دادستان، ۱۳۸۰).

در نظام روان تحلیل‌گری هر اختلال روانی با مکانیسم‌های دفاعی غیرانطباقی مشخصی همراه است، دفاع‌ها نقش مهمی نیز در سلامت روانی افراد ایفا می‌کنند (آفر<sup>۱۲</sup> و همکاران؛ ۲۰۰۰ باند<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۴). نظام روان تحلیل‌گری فروید تاثیر عظیمی بر نظریه و عمل در روانشناسی و روانپزشکی، تصور ما از ماهیت انسان و درک ما از شخصیت داشته است (شولتز و شولتز، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۱). به طور کلی راه‌های مقابله و سازوکارهای دفاعی سبب کاهش آسیب‌پذیری در موقعیت‌های استرس‌زا می‌شوند (وايلنت<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۲، به نقل از نظام زاده و قمری گیوی، ۱۳۸۷). مکانیسم‌های دفاعی فرایندهای روان‌شناختی خودکاری هستند که از

<sup>۸</sup> Substance abuse

<sup>۹</sup> Sexual Anxiety

<sup>۱۰</sup> embarrassment

<sup>۱۱</sup> Interpersonal- Relation Ship

<sup>۱۲</sup> Offer

<sup>۱۳</sup> Bond

<sup>۱۴</sup> Vaillant

افراد در برابر اضطراب، ادراک خطرها یا عوامل تنیدگی را حمایت می‌کنند و واسطه بین واکنش در برابر تعارض‌های هیجانی با عوامل تنیدگی زای درونی و بیرونی هستند. از لحاظ مفهومی و عملی، مکانیزم‌های دفاعی به گروه‌های متفاوتی تقسیم می‌شوند که با سطح کنش وری دفاعی مرتبط‌اند (DSM-IV، ۲۰۰۰). با مطرح شدن مکانیزم‌های دفاعی در علم روان‌شناسی، تقسیم بندی‌های متفاوت و متعددی برای آن‌ها ارایه شده است.

به طور کلی بر اساس رویکرد روان تحلیل گری افراد در مواجهه با تنیدگی از سبک‌های دفاعی مشخصی استفاده می‌کنند که این سبک‌ها بر اساس میزان پختگی<sup>۱۵</sup> به چهار گروه ناپخته<sup>۱۶</sup> (رشد نیافته)، روان آزرده<sup>۱۷</sup>، خودشیفته<sup>۱۸</sup> و پخته<sup>۱۹</sup> (رشد یافته) تقسیم می‌شوند (وایلنت، ۲۰۰۳). هر یک از این سبک‌ها شامل مکانیزم‌های دفاعی ویژه ای هستند. در کل، تقسیم بندی‌ها، مکانیزم‌های دفاعی را به صورت طیفی از رشد یافتگی تا رشد نیافتگی در نظر گرفته و از این حیث، آن‌ها را به سه گروه رشد یافته، روان آزرده و رشد نیافته تقسیم کرده است (اندروز و همکاران، ۱۹۸۹. نقل از مارتینی و همکاران، ۲۰۰۴). مکانیزم‌های دفاعی دارای ویژگی‌هایی هستند از جمله اینکه: ۱. ناخود آگاه بوده و فرد از فعالیت آن‌ها در رفع اضطراب آگاه نیست. ۲. قدرت سازگاری داشته و باعث تطابق بهتر فرد با عوامل نامساعد می‌شوند. ۳. نوعی خودفریبی تلقی می‌شوند، زیرا صرفاً شیوه ادراک فرد را از موقعیت عوض می‌کنند. ۴. استفاده مفرط از آن‌ها نشانه ناسازگاری شخصیت است (احمدوند، ۱۳۸۲).

پژوهش در مورد تأثیر برخی از سازه‌های روان‌شناسی، مانند ساز و کارهای دفاعی<sup>۲۰</sup> در بین اشکال گوناگون آسیب‌شناسی روانی میانجی می‌شوند (نظام زاده و قمری گیوی، ۱۳۸۷). مکانیزم‌های دفاعی از مهارت‌های مقابله‌ای، متفاوتند. مهارت‌های مقابله‌ای، نیاز به آگاهی و هوشیاری جهت مدیریت و حل تعارض دارد در حالی که مکانیزم‌های دفاعی، بدون هوشیاری و آگاهی فرد می‌تواند در واقعیت، تحریف به وجود آورد (زوکالی<sup>۲۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). بررسی‌های متعددی از این فرض حمایت کرده‌اند، و در پژوهش‌ها مشخص شده است که سلامت جسمی و روانی افراد به طور معناداری با مکانیزم‌های دفاعی آن‌ها در ارتباط است (باند و پری<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۴). این دفاع‌ها مانند سیستم ایمنی بدن اغلب بدون آنکه آگاهی و هشیاری نسبت به آن‌ها داشته باشیم همواره در حال فعالیت هستند (برد<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۴). در روان تحلیل گری سنتی و نوین بسیاری از مفاهیم و نظریه‌ها به طور مستقیم با مفهوم ناهوشیار ارتباط دارند. مکانیزم‌های دفاعی مسئولیت محافظت از «من» را در مواجهه با شکل‌های مختلف اضطراب بر عهده دارند و از آن جهت که در نظام روان تحلیل گری هر اختلال روانی با مکانیزم‌های دفاعی غیر انطباقی مشخصی همراه است (افضلی و همکاران، ۱۳۸۷)، برخی از مکانیزم‌های دفاعی (مانند سرکوب) گاهی به عنوان واحدهای مجزای فرآیندهای روانی تعریف می‌شوند و برخی دیگر (مانند همسان‌سازی<sup>۲۴</sup> با پرخاشگر) به صورت ترکیبی از فرآیندهای روانی و عملکردهای اجتماعی مشخص می‌شوند (هورویتز و زونوج<sup>۲۵</sup>، ۱۹۹۹).

هدف این پژوهش، بوده است.

<sup>۱۵</sup>. maturity

<sup>۱۶</sup>. immature

<sup>۱۷</sup>. neurotic

<sup>۱۸</sup>. narcissistic

<sup>۱۹</sup>. mature

<sup>۲۰</sup>. defense mechanisms

<sup>۲۱</sup>. Zoccali

<sup>۲۲</sup>. Perry

<sup>۲۳</sup>. Brad

<sup>۲۴</sup>. identification

<sup>۲۵</sup>. horowitz&zonoj

این پژوهش با هدف شناخت و بررسی مکانیسم‌های دفاعی زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی و مقایسه آن با زنان عادی انجام شد. از آنجا که فرهنگ در سبک و نیم‌رخ دفاعی افراد موثر است (سینها و واتسون<sup>۲۶</sup>، ۱۹۹۸) در این پژوهش ارزیابی مکانیسم‌های دفاعی در جامعه‌ی ایرانی محور اصلی بحث و بررسی است. به بیان دیگر مسئله اصلی بررسی این موضوع است که در جامعه‌ی ایرانی کدام یک از مکانیسم‌های دفاعی در زنان مورد بررسی سهم بیشتری دارند. به همین دلیل در این پژوهش سعی می‌شود این مکانیسم‌ها یا ساز و کارهای دفاعی که با وجود ناآگاهانه عمل کردن، اغلب الگوهای قانونمندی دارند بررسی شود تا مشخص شود آیا زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی، در مقایسه با زنان عادی از مکانیسم‌های دفاعی بیشتر و متفاوت تری استفاده می‌کنند؟ آیا این امر ناشی از راه‌های ناهشیار مقابله و ساز و کارهای دفاعی در جهت کاهش آسیب پذیری در موقعیت استرس زای آن‌هاست؟ و در این صورت این مکانیسم‌های دفاعی در کدامیک از تقسیمات مربوط به رشد یافتگی یا رشد نایافتگی و یا حتی روان آزرده‌گی قابل گنجاندن است؟ از آنجا که استفاده مفرط زنان از مکانیسم‌های دفاعی می‌تواند بیانگر عدم سلامت و ناسازگاری شخصیت آنان باشد، بررسی رابطه آن با یکی از مهمترین جنبه‌های زندگی زنان یعنی رفتار جنسی در قالب مبحث کژکارکردی فعالیت جنسی به عنوان یک نشانه شایع که می‌تواند سبب تشدید مشکلات روان شناختی، و تخریب بهداشت روان خانواده شود. اهمیت فراوانی دارد.

سبک‌های دفاعی ناپخته در مراحل پایین تحول، پیش بینی کننده اختلالات روانی و روانپزشکی در مراحل بالاتر تحول هستند و این اهمیت بررسی و شناخت دفاع‌های روانی افراد را در بحث پیشگیری بیشتر می‌کند. با وجود اینکه بیشترین مطالعات بر روی مکانیسم‌های دفاعی، در حوزه آسیب شناسی روانی و درمان صورت گرفته است، اما اهمیت بررسی مکانیسم‌های دفاعی در بخش آسیب شناسی، درمان و پیشگیری خلاصه نمی‌شود و سبک‌های دفاعی افراد به طور گسترده در تمام جنبه‌های زندگی آن‌ها تاثیر گذار هستند. چنانکه مطالعات نشان داده‌اند که میان مکانیسم‌های دفاعی و متغیرهایی چون عزت نفس، تحول هیجانی، تحول هویت، تحول شخصیت، تحول اخلاقی، و ... ارتباط معناداری وجود دارد (کرامر، ۲۰۰۰).

با توجه به اینکه امروزه مکانیسم‌های دفاعی در روانشناسی از جایگاه ویژه‌ای برخوردارند، و نتایج یادشده که تنها بخشی از یافته‌های مطالعاتی در زمینه کژکارکردی‌های جنسی زنان در ایران است ضرورت شناسایی و پژوهش بیشتر برای ارائه راهکارهای علمی در جهت کاهش تبعات منفی آن را یادآور می‌شود و با در نظر گرفتن اهمیتی که دفاعها در بحث درمان اختلالهای گوناگون به ویژه اختلال جنسی دارند، زمینه مناسبی برای انجام پژوهش پدید می‌آید.

## روش

روش این پژوهش علی-مقایسه‌ای بوده است. در این طرح، ابتدا آزمودنی‌ها از نظر کارکرد جنسی مورد سنجش پرسشنامه‌ای قرار گرفتند و بعد، از نظر جنسی به دو گروه عادی و دارای کژکارکردی تقسیم شدند. سپس، انواع مکانیسم‌های دفاعی مورد استفاده دو گروه به وسیله ابزار استاندارد مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری شامل زنان عادی و زنان با کژکارکردی جنسی مراجعه کننده به کلینیک مرکزی زنان و زایمان شهر تهران و در سال ۱۳۹۲ بوده و نمونه، شامل ۶۰ نفر (۳۰ زن عادی و ۳۰ زن با کژکارکردی جنسی) بود که به روش نمونه گیری در دسترس، در این کلینیک انتخاب و پس از مصاحبه و ارزیابی در این دو گروه قرار گرفتند و به وسیله ابزارهای پژوهش سنجش شدند. ابتدا، تعداد حدود ۱۳۵ نفر از زنان داوطلب، پرسشنامه ارزیابی کارکرد جنسی را تکمیل کردند و سپس براساس نمرات حداکثر و حداقل کسب شده در این مقیاس، از نظر جنسی به یک ۳۰ نفره کژکارکرد جنسی و یک

<sup>۲۶</sup> Sinha & Watson

گروه ۳۰ نفره عادی تقسیم شدند و مابقی که نمرات بینابینی داشتند از پژوهش کنار گذاشته شدند. هر دو گروه، پرسشنامه استاندارد بررسی انواع مکانیسم‌های دفاعی را تکمیل نمودند.

برای بررسی موضوع از پرسشنامه استاندارد استفاده شد که شامل دو پرسشنامه استاندارد است:

**پرسشنامه کژکاری جنسی زنان:** برای سنجش کژکاری جنسی در زنان پرسشنامه ای از پرسشنامه ارزیابی عملکرد جنسی (شاخص عملکرد جنسی زنان؛ FSFI) استفاده شد. این پرسشنامه توصیف کننده ارزیابی کارکرد جنسی زنان مورد مطالعه است و نمرات پایین نشان دهنده کژکارکردی جنسی و نمرات بالاتر نشانه عملکرد جنسی مطلوب است. این ابزار از ۱۸ سوال با طیف چهار یا پنج درجه‌ای تشکیل شده و به تناسب آن به هر سوال نمره اختصاص داده شده است. نمره هر فرد در این مقیاس، بوسیله جمع اعداد گزینه‌های انتخاب شده محاسبه می‌شود. با توجه به اهداف پژوهش، تغییرات مختصری در طیف اندازه گیری این پرسشنامه ایجاد گردید.

**پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ):** مقیاس مکانیسم‌های دفاعی، که براساس مدل سلسله مراتبی دفاع‌ها تنظیم شده است، ابتدا به وسیله باند و همکاران در سال ۱۹۸۳ تهیه شد و شامل ۸۸ مورد و سنجش ۲۴ مکانیسم بود (اندروز، سینگ، و باند، ۱۹۹۳؛ هایاشی، میاک، میناکاوا<sup>۲۷</sup>، ۲۰۰۴). در این پژوهش، نسخه ۴۰ سوالی این مقیاس استفاده شد که برخی محققان در ایران از آن استفاده کرده‌اند (دخیلی، معنوی پور و گلشنی، ۲۰۱۳). این مقیاس به بررسی سه سطح از سبک‌های دفاعی بالغ، نابالغ و نوروتیک می‌پردازد. باند و همکارانش با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی ۴ سبک دفاعی را در سطح مکانیسم‌ها مشخص کرده بودند (اندروز و همکاران، ۱۹۹۳؛ موریس و مرکلباچ، ۱۹۹۶؛ هایاشی<sup>۲۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۴) که این ۴ سبک عبارتند از سبک سازش نیافته<sup>۲۹</sup>، سبک تحریف تصویر ذهنی<sup>۳۰</sup>، سبک خود- قربانی<sup>۳۱</sup>، و سبک سازش یافته<sup>۳۲</sup> (سن مارتینی و همکاران، ۲۰۰۴). آن‌ها پس از تدوین این ابزار رابطه بین سبک‌های دفاعی ۴ گروه از اختلالات روانی (روان گسستگی، اختلالات عاطفی، اختلالات اضطرابی و سایر اختلالات) را بررسی کردند. با توجه به مشکلات ۷۲ - DSQ نسخه جدید دیگری (۴۰ - DSQ) توسط اندروز و همکاران در سال ۱۹۹۳ تدوین گردید که شامل ۴۰ سوال در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است و ۲۰ مکانیسم دفاعی را در سه سطح رشد یافته، روان آزرده وار، رشد نیافته مورد ارزیابی قرار می‌داد (اندروز و همکاران، ۱۹۹۳، سینها و واتسون، ۲۰۰۴). آن‌ها برای اصلاح پرسشنامه قبلی ملاک‌های متعددی را برای ارزیابی روایی سازه و روایی ملاک و اعتبار هر ماده در نظر گرفتند. این نسخه جدید به مراتب از کیفیت روانسنجی بهتری نسبت به نسخه‌های قبلی برخوردار بود. این پرسشنامه در مقیاس درجه ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است و ۲۰ مکانیسم دفاعی را در سه سطح رشد یافته، روان آزرده، و رشد نیافته را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پرسشنامه ۴۰ - DSQ در ایران توسط حیدری نسب (۱۳۸۵) مورد بررسی و هنجاریابی قرار گرفته است.

#### یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمره گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی به ترتیب ۲۱۷ و ۱۰/۶۹ و در گروه زنان عادی به ترتیب ۱۹۷ و ۱۵/۹۷ نشان داد. بنابراین در سطح توصیف می‌توان گفت که مکانیسم سبک‌های دفاعی در گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی با گروه زنان عادی دارای تفاوت است.

<sup>۲۷</sup> Andrews, Singh, & bond, ۱۹۹۳; Hayashi, Miayke, Minakawa

<sup>۲۸</sup> Hayashi

<sup>۲۹</sup> maladaptive

<sup>۳۰</sup> image-distorting

<sup>۳۱</sup> self-sacrifice

<sup>۳۲</sup> adaptive

فرضیه اول این بود که؛ زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی، نسبت به زنان عادی از سبک‌های دفاعی متفاوتی استفاده می‌کنند. آزمون مقایسه میانگین‌ها برای دو گروه نشان داد که سطح معنی داری دو دامنه (۰/۰۰۰) است. بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد سبک مکانیسم‌های دفاعی در دو گروه تفاوت معنادار دارد. به عبارت دیگر سبک‌های دفاعی گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی متفاوت از گروه زنان عادی است (جدول ۱).

جدول ۱- مقدار سطح معنی داری دو گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی و زنان عادی با استفاده از مقایسه میانگین‌ها

تفاوت به تفکیک گروه		آزمون لون برای برابری واریانس‌ها					آزمون مقایسه میانگین‌ها برای گروه‌های مستقل		
F	سطح معنی داری	t	درجه آزادی	سطح معنی داری دو دامنه	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت کژکارکردی استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	حد پایین	حد بالا
۴.۳۵۰	۰.۴۱	۵.۸۴۱	۵۸	۰.۰۰۰	۲۰.۵۰	۳.۵۱۰	۱۳.۴۷۵	۱۳.۴۷۵	۲۷.۵۲۵
		۵.۸۴۱	۵۰.۶۵۶	۰.۰۰۰	۲۰.۵۰	۳.۵۱۰	۱۳.۴۵۳	۱۳.۴۵۳	۲۷.۵۴۷

فرضیه دوم- زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی، در مقایسه با زنان عادی، بیشتر از مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته استفاده می‌کنند. جدول ۲ میانگین نمره گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی را نشان می‌دهد که در آن، گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی از میانگین ۱۳۹ و گروه زنان عادی از میانگین ۱۱۴ برخوردارند. بنابراین می‌توان گفت که مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته در گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی بیشتر از گروه زنان عادی است. آزمون مقایسه میانگین‌ها برای دو گروه نشان داد که سطح معنی داری دو دامنه (۰/۰۰۰) است. بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته در دو گروه تفاوت معنادار دارد. به عبارت دیگر مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی بیشتر از گروه زنان عادی است (جدول ۲).

جدول ۲- مقدار سطح معنی داری تفاوت یا عدم تفاوت مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته در دو گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی و زنان عادی با استفاده از مقایسه میانگین‌ها

تفاوت به تفکیک گروه		آزمون لون برای برابری واریانس‌ها					آزمون مقایسه میانگین‌ها برای گروه‌های مستقل		
F	سطح معنی داری	t	درجه آزادی	سطح معنی داری دو دامنه	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت کژکارکردی استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	حد پایین	حد بالا
۰.۹۱۰	۰.۳۴۴	۹.۲۰۹	۵۸	۰.۰۰۰	۲۵.۰۳	۲.۷۱۸	۱۹.۵۹۲	۱۹.۵۹۲	۳۰.۴۷۵
		۹.۲۰۹	۵۳.۸۸۳	۰.۰۰۰	۲۵.۰۳	۲.۷۱۸	۱۹.۵۸۳	۱۹.۵۸۳	۳۰.۴۸۴

فرضیه سوم- زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی، در مقایسه با زنان عادی، بیشتر از مکانیسم‌های دفاعی روان آزرده استفاده می‌کنند. جدول ۳ میانگین مکانیسم‌های دفاعی نوع روان آزرده در دو گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی و گروه زنان عادی را نشان می‌دهد که در آن، گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی از میانگین ۴۵ و گروه زنان عادی از میانگین ۴۰ برخوردارند. بنابراین می‌توان گفت مکانیسم‌های دفاعی روان آزرده در گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی بالاتر از گروه زنان عادی نشان می‌دهد. آزمون مقایسه میانگین‌ها برای دو گروه نشان داد که سطح معنی داری دو دامنه (۰/۰۰۲) است. بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد مکانیسم‌های دفاعی روان آزرده در دو گروه تفاوت معنادار دارد. به عبارت دیگر مکانیسم‌های دفاعی روان آزرده گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی بیشتر از گروه زنان عادی است (جدول ۳).

جدول ۳- مقدار سطح معنی داری تفاوت یا عدم تفاوت مکانیسم‌های دفاعی روان آزرده در دو گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی و زنان عادی با استفاده از مقایسه میانگین‌ها

آزمون مقایسه میانگین‌ها برای گروه‌های مستقل				تفاوت به تفکیک گروه		آزمون لون برای برابری واریانس‌ها			
فاصله اطمینان ۹۵ درصد	حد پایین	حد بالا	تفاوت	تفاوت	سطح معنی داری دو دامنه	درجه آزادی	t	F	سطح معنی داری
۱.۸۴۴	۱.۵۴۴	۲.۱۴۴	۴.۹۳	۰.۰۲	۵۸	۳.۱۹۶	۰.۱۴۰	۲.۲۴۱	برابری واریانس‌ها
۱.۸۳۲	۱.۵۴۴	۲.۱۴۴	۴.۹۳	۰.۰۲	۴۹.۴۲۴	۳.۱۹۶			نابرابری واریانس‌ها

فرضیه چهارم- زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی، در مقایسه با زنان عادی از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته کمتر استفاده می‌کنند. جدول ۴ میانگین مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته در دو گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی و گروه زنان عادی را نشان می‌دهد. در این صفت، گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی از میانگین ۳۳/۶۷ و گروه زنان عادی از میانگین ۴۳/۱۳ برخوردارند. بنابراین می‌توان گفت که مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته در گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی کمتر از گروه زنان عادی است. آزمون مقایسه میانگین‌ها برای دو گروه نشان داد که سطح معنی داری دو دامنه (۰/۰۰۲) است. بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته در دو گروه تفاوت معنادار دارد. به عبارت دیگر مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی کمتر از گروه زنان عادی است (جدول ۴).

جدول ۴- مقدار سطح معنی داری تفاوت یا عدم تفاوت مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته در دو گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی و زنان عادی با استفاده از مقایسه میانگین‌ها

آزمون مقایسه میانگین‌ها برای گروه‌های مستقل				تفاوت به تفکیک گروه		آزمون لون برای برابری واریانس‌ها			
فاصله اطمینان ۹۵ درصد	حد پایین	حد بالا	تفاوت	تفاوت	سطح معنی داری دو دامنه	درجه آزادی	t	F	سطح معنی داری
۱.۲۷۳	۰.۹۴۷	۱.۵۹۹	۱.۲۷۳	۰.۰۰۰	۵۸	۷.۴۳۶	۰.۲۷۰	۱.۲۴۱	برابری واریانس‌ها
۱.۲۷۳	۰.۹۴۷	۱.۵۹۹	۱.۲۷۳	۰.۰۰۰	۵۶.۱۶۱	۷.۴۳۶			نابرابری واریانس‌ها

### نتیجه‌گیری

این پژوهش با عنوان و هدف " بررسی مکانیسم‌های دفاعی زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی و مقایسه آن با زنان عادی " انجام شد. بررسی فرضیه اول مبنی بر اینکه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی، نسبت به زنان عادی از سبک‌های دفاعی متفاوتی استفاده می‌کنند، تایید کننده این فرضیه و نشان دهنده این بود که مکانیسم‌های دفاعی در گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی با گروه زنان عادی دارای تفاوت است.

فرضیه دوم، بیانگر آن بود که زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی، در مقایسه با زنان عادی، بیشتر از مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته استفاده می‌کنند. یافته‌ها، این فرضیه را نیز تایید کردند که نشان دهنده تفاوت مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته در دو گروه است. به عبارت دیگر، مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی بیشتر از گروه زنان عادی نشان می‌دهد.

در فرضیه سوم مبنی بر اینکه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی، در مقایسه با زنان عادی بیشتر از مکانیسم‌های دفاعی روان آزرده استفاده می‌کنند نیز، مکانیسم‌های دفاعی روان آزرده در گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی میزان بالاتری را از گروه زنان عادی



نشان داده است. در واقع، مکانیسم‌های دفاعی روان آزرده در گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی، بیشتر از گروه زنان عادی بوده است.

و نهایتاً در فرضیه چهارم؛ زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی، در مقایسه با زنان عادی از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته بیشتر استفاده می‌کنند، بررسی‌های آماری نشان داد که مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته در گروه زنان مبتلا به کژکارکردی جنسی کمتر از گروه زنان عادی است و این به آن معناست که زنان عادی بیشتر از زنان گروه کژکارکرد جنسی از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته استفاده می‌کنند.

به لحاظ نظری، در این مطالعه، مکانیسم‌های دفاعی به صورت طیفی از رشد یافتگی تا رشد نیافتگی در نظر گرفته شد و به سه گروه رشد یافته، روان آزرده و رشد نیافته تقسیم شدند. بر اساس رویکرد روان تحلیل‌گری افراد در مواجهه با تیدگی‌های روانی از سبک‌های دفاعی مشخصی استفاده می‌کنند که هر یک از این سبک‌ها شامل مکانیسم‌های دفاعی ویژه‌ای هستند. فرض اصلی نظریه روان تحلیل‌گری این است که قسمت عمده‌ای از زندگی روانی هر شخص در فرایندهای ناهشیار ریشه دارد. مکانیسم‌های دفاعی مسئولیت محافظت از «من» را در مواجهه با شکل‌های مختلف اضطراب بر عهده دارند و با توجه به اینکه استفاده شدید زنان از مکانیسم‌های دفاعی می‌تواند نشانه عدم سلامت و ناسازگاری شخصیت آنان باشد بررسی رابطه آن با یکی از مهمترین جنبه‌های زندگی زنان یعنی رفتار جنسی در قالب کژکارکردی فعالیت جنسی به عنوان یک نشانه شایع که می‌تواند سبب تشدید مشکلات روان شناختی، و تخریب بهداشت روان شود در این پژوهش مورد نظر قرار گرفت.

### محدودیت‌های پژوهش

۱- عدم همکاری مناسب برخی داوطلبان، مخالفت همسران آنها، دشواری‌های کلامی و احساسی و نوشتاری در بیان مشکلات به ویژه مشکلات جنسی.

۲- محدودیت‌های پرسشنامه در اندازه‌گیری فرایندهای پیچیده ناهشیار روانی مانند مکانیزم‌های دفاعی.

۳- کوچک بودن گروه‌های نمونه، روش نمونه‌گیری در دسترس و محدود بودن نمونه بالینی به چند کلینیک و مرکز مشاوره در سطح شهر تهران.

### پیشنهاد‌های پژوهش

۱- با در نظر گرفتن نتایج این پژوهش، ضرورت آموزش، مشاوره و مراقبت‌های روان شناختی برای بهبود یا ارتقاء توان جنسی زنان کژکارکرد، احساس می‌شود. در اینصورت با طراحی برنامه‌های درمانی در مورد این دسته از زنان، می‌توان باعث افزایش توانمندی‌های مهارتی در آنها شد و با توجه به آگاهی‌های مربوط به نقش مکانیسم‌های دفاعی مخرب بر آنها و عملکرد جنسیشان با دادن اطلاعات صحیح و آموزش‌های لازم، می‌توان به تداوم زندگی و رضایت زناشویی زوجین کمک کرد. بنابراین ضروری است دست‌اندرکاران بهداشتی به آموزش روابط جنسی صحیح اهمیت داده و مشاوره جنسی برای زوج‌های جوان را در اولویت امور قرار دهند. لذا پیشنهاد می‌شود با افزایش اطلاعات عمومی و مدیریت صحیح، سطح سلامت جنسی زنان ارتقاء داده شود.

۲- بررسی‌های متعددی از این فرض حمایت کرده‌اند، و در پژوهش‌ها مشخص شده است که سلامت جسمی و روانی افراد به طور معناداری با مکانیسم‌های دفاعی آنها در ارتباط است. با این توصیف مکانیسم‌های دفاعی به طور منطقی این ظرفیت را دارند که به عنوان یکی از متغیرهای درمانی در نظر گرفته شوند و در مداخلات درمانی از توجه ویژه‌ای برخوردار باشند. پیشنهاد دوم این پژوهش، توجه درمانی بیشتر درمانگران، به ویژه درمانگران مشکلات جنسی به این زمینه درمانی است.

۳- براساس نتایج نظری و تجربی این پژوهش، با توجه به تأثیر باورها و انتظارات بر روابط زناشویی، پیشنهاد می‌گردد در آموزش‌های قبل و بعد از ازدواج ضمن شناسایی باورهای مخرب، دوره‌های آموزشی نیز برای شناسایی و اصلاح باورها و طرحواره‌های ناهشیار طراحی شود.

۴- با توجه به اینکه ابزار اندازه‌گیری در مورد مکانیزم‌های دفاعی با پرسشنامه به عنوان یکی از محدودیتهای این پژوهش مشاهده و ارائه شد، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی جهت بررسی مکانیسم‌ها و سبک‌های دفاعی علاوه بر آزمون‌های عینی از آزمون‌های فرافکن نیز استفاده شود.

۵- به نظر می‌رسد پژوهش بر روی زنان دارای کژکاری جنسی، نیازمند همکاری بین رشته‌ای است تا شناسایی ابعاد روان‌شناختی آن در کنار جنبه‌های فیزیولوژیکی و پزشکی مورد دقت بیشتری قرار گیرد. پیشنهاد این پژوهش آن است که موضوع این مطالعه در فضای علمی وسیع تر و با مشارکت و همکاری پزشکان در بُعد جسمی، و روان‌شناسان در جنبه‌های روان‌شناختی و فردی مورد دقت بیشتری قرار گیرد.

#### منابع

- احمدوند، م.ع. (۱۳۸۲). بهداشت روانی. تهران: انتشارات پیام نور (چاپ چهارم).
- اسپنس، س. ا.ج. (۱۳۸۳). درمان اختلالات جنسی (دیدگاه شناختی- رفتاری). ترجمه حسین تونزنده جانی و همکاران. تهران: پیک فرهنگ (چاپ دوم).
- افخم ابراهیمی، ع. (۱۳۷۷). سازوکارهای دفاعی و اختلال‌های شخصیتی با بهره‌گیری از مقیاس کارکرد دفاعی در DSM. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۴: ۴۷-۴۱.
- افضلی، م. ح. فتحی آشتیانی، ع. آزادفلاح، پ. (۱۳۸۷). مقایسه سبکها و مکانیزم‌های دفاعی بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی اختیاری و افراد سالم. مجله علوم رفتاری، ۲: ۲۴۵-۲۵۲.
- حیدری نسب، ل. (۱۳۸۵). مقایسه مکانیزم‌های دفاعی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی براساس هنجاریابی و یافته‌های مبتنی بر روانسنجی پرسشنامه ایرانی سبک‌های دفاعی (DSQ). رساله دکتری. دانشگاه تربیت مدرس.
- سالاری، م. (۱۳۸۴). بررسی فراوانی نسبی اختلالات جنسی در زنان متأهل شهر یزد. دانشکده پزشکی علی ابن ابیطالب یزد. سمعی، م.؛ رفیعی، ح. (۱۳۷۶). راهنمای روانپزشکی بالینی. تهران: تیمور زاده.
- شولتز، د.پ؛ شولتز، س.آ. (۱۳۸۱). نظریه‌های شخصیت. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر ویرایش (۱۹۹۸).
- کیقبادی، س و اسدی نوقابی، ا.ح. (۱۳۸۰). روانپرستاری بهداشت روان. جلد دوم. تهران: بشری.
- فروتن، ک. (۱۳۸۷). ۵۰٪ طلاقها ریشه در مشکلات جنسی دارند. روزنامه سلامت، سال سوم. شماره ۱۶۵.
- قربانی، ن. (۱۳۸۲). روان درمانگری پویایی فشرده و کوتاه مدت (مبادی و فنون). تهران: سمت.
- منصور، م؛ دادستان، پ. (۱۳۸۰). روانشناسی ژنتیک ۲: از روان تحلیل‌گری تا رفتارشناسی. تهران: رشد.
- نظام زاده، ض. قمری گیوی، ح. (۱۳۸۷). سازوکارهای دفاعی و راه‌های مقابله در افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و افسردگی اساسی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار). ۱۴: ۳۳-۳۸.

Andrews G, Pollock C, Stewart G. (۱۹۸۹). The determination of defense style by questionnaire. Archive of General Psychiatry, ۴۶(۵), ۴۵۵-۶۰. (Abstract retrieved from "www.Pubmed.gov").

Andrews G, Singh M, Bond M. (۱۹۹۳). The defense style questionnaire. Journal of Nervous and mental Disease, ۱۸۱(۴), ۲۴۶-۵۶, (Abstract retrieved from "www.Pubmed.gov").

Bond M. (۲۰۰۴). Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. Harvard Review of Psychiatry, ۱۲(۵), ۲۶۳-۲۷۸.

- Bond M, Perry J.,C.( ۲۰۰۴). Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, ۱۶۱, ۱۶۶۵-۷۱.
- Brad B. (۲۰۰۴). Psychological defense mechanisms: A new perspective. *American Journal of Psychoanalysis*, ۶۴(۱), ۱-۲۶.
- Catriona suther land (۲۰۰۱) *Women's Health*. Churchill Livingston.
- Cramer P. (۲۰۰۰). Defense mechanisms in psychology today. *Journal of American Psychology*, ۵۵(۶), ۶۳۷-۶۴۶.
- Dakhili Sh., Manavipour D.,Golshani.(۲۰۱۳).The Relation Between Defense Mechanisms And The Quality Of Life. *Journal of Behavioral sciences in Asia*. ۲: ۲۶-۳۵.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revised (۲۰۰۰). Washington, D. C : The American Psychiatric Association.
- Ganz PA, Rowland JH, Desmond. K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. (۱۹۹۸). Life after breast cancer: understanding woman's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol Feb*; ۱۶(۲):۵۰۱-۱۴.
- Hayashi M, Miyake Y, Minakawa K. (۲۰۰۴). Reliability and validity of the Japanese edition of the defense style questionnaire ۴۰. *Psychiatry Clinical Neurosciences*, ۵۸(۲)۱۵۲-۶. (Abstract retrieved from "www.Pubmed.gov").
- Horowitz M, Znoj H. (۱۹۹۹). Emotional control theory and the concept of defense. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, ۸, ۲۱۳-۲۲۴.
- Martini, P. S., Roma, P., Sarti, S., Lingiardi, V., & Bond, M. (۲۰۰۴). Italian version of the defense style questionnaire. *Comprehensive Psychiatry*, ۴۵, ۴۸۳-۴۹۴.
- Offer R, Lavie R, Gothelf D, Apter A. (۲۰۰۰). Defense mechanisms, negative emotions and psychopathology in adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, ۴۱(۱), ۳۵-۴۱.
- Raina RU, Pahlajani GE, Sajal GU and Ashok AG.(۲۰۰۷) Female sexual dysfunction : classification, pathophysiology, and management. *Fertility and Sterility*; ۸۸(۵): ۱۲۷۳-۸۲.
- San Martini P, Roma R, Sarti S, Lingiardi V, Bond M. (۲۰۰۴). Italian version of the defense style questionnaire. *Comprehensive Psychiatry*, ۴۵(۶), ۴۸۳-۴۹۴.
- Sinha B.,K, Watson D.,C. (۱۹۹۹). Predicting personality disorder traits with the defense style questionnaire in a normal sample. *Journal of Personality Disorders*, ۱۳(۳), ۲۸۱-۲۸۶.
- Vaillant G.,E. (۲۰۰۳). Mental health. *American Journal of Psychiatry*, ۱۶۰, ۱۳۷۳-۸۴.
- Zoccali, R., Bruno, A., Muscatello, M. R., Micò, U., Corica, F., & Meduri, M. (۲۰۰۸). Defense mechanisms in a sample of non-psychiatric obese subjects. *Eating Behaviors*, ۹, ۱۲۰-۱۲۳.