

Research Paper

Comparing Identity Styles, Defense Styles and Emotional Schemas between Normal People and People with Allergies

Armineh Nowzari¹, Dr. Ghasem Naziry^{2*}

1. Department of psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

2. Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

Received: 2020/11/21

Revised: 2021/09/04

Accepted: 2021/10/12

Use your device to scan and read the article online



DOI:

10.30495/jpmm.2021.26596.3250

Keywords:

Identity Styles, Defense Styles, Emotional Schemas, Allergies

Abstract

Introduction: This study aimed to compare Identity Styles, Defense Styles and Emotional Schemas between normal people and people with skin allergies, respiratory allergies and food allergies.

Method: The framework of this research was casual comparative descriptive-cross-sectional research method. The population in this study included normal people and people with skin allergies, respiratory allergies and food allergies who referred to allergy clinics in Shiraz and 135 persons (45 normal individuals, 30 individuals with skin allergies, 30 individuals with respiratory allergies and 30 individuals with food allergies) were selected by purposeful sampling method and used Leahy Berzonsky Identity Styles questionnaire (ISI), Andrews Defense Styles questionnaire (DSQ-40) and Emotional Schemas questionnaire (LESS). In order to describe the data, multivariate analysis of variance (MANOVA) was used.

Results: The data analysis showed that normal people and people with allergy disease are significantly different in informative style, normative style and avoidance style, immature style and neurotic style, rumination, self-awareness, seeking conformation, comprehensible-emotions, blame, trying to be rational and acceptance.

Conclusion: In order to explain the result of this study it could be concluded that identity style and defense style and emotional-schemas play influential role in allergies.

Citation: Nowzari A, Naziry Gh. Comparing Identity Styles, Defense Styles and Emotional Schemas between Normal People and People with Allergies. Quarterly Journal of Psychological Methods and Models. 2021; 12 (44): 37-54.

***Corresponding author:** Dr. Ghasem Naziry

Address: Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

Tell: 09173000465

Email: Naziryy@yahoo.com

Extended Abstract

Introduction

Psychosomatic disorders are a group of medical disorders that refer to the relationship between body and mind. In these disorders, the process of formation of any physical disease is influenced by biological, psychological-behavioral and social factors (1). Allergic or allergic diseases are considered as one of the psychiatric diseases in which the immune system shows great sensitivity and reaction in the face of antigens that are not normally considered harmful factors (2). In allergies, a large amount of IgE is produced when the sensitivity of the immune system increases due to the activation of TH2 cells and the secretion of cytokines IL-4, IL-5, IL-9, IL-13. Cytokine is a major cause of the IL-4 allergic reaction, which enhances immune responses and, as a result, IgE. This IgE binds to specific receptors on mast cells and basophils and, if reactivated by allergens, activates them, releasing inflammatory mediators and causing allergic symptoms (3). Allergic diseases have been causing many problems for patients for many years. The prevalence of allergic diseases in the world is increasing. According to a study conducted by the Immunology Research Center of the Bouali Research Institute at Mashhad University of Medical Sciences, there are about 3 million allergic people in Iran (4). No definitive cure for allergic diseases has been found so far, and it has cost families and governments a lot of money and time. Recently, new methods based on continuous and increasing administration of allergens through vascular and oral routes, which is used as desensitization, have been used with good results, but due to the long process, high cost and lack of access to Extraction of all allergens is not considered a desirable method (5).

Numerous studies in the field of allergies emphasize the importance of psychological factors such as stress in the onset and onset of allergies. Increased anxiety has been correlated with high IgE levels and increased Th2 immune response, which plays a key role in the progression of allergies (6). Majidi, Danesh and Mashhadi

Farahani (2015) (7); Salimi Turkmani, Birshak, Gharaei, Naghshin and Firoozi (2012) (8); Darskhan and Vaziri (2016) (9); Abbasgholizadeh Ghaneh, Khosravi and Ameri (2014) (10); Sobhani Shahmirzadi, Mirzaeian and Mansouri (2013) (11) on people with allergies show that these people reduce their anxiety and worry by using emotional coping strategies, ie by forgetting the problem or gaining the support of emotional support (12). Leahy (2007) stats: people are different with types of excitements (13). In other words, people have different schemas about their emotions. These schemas show how people experience their emotions and what plans they have in mind or how to act when unpleasant emotions are evoked. (14). People may try to deal with their negative emotions with various strategies such as empirical avoidance, fruitless cognitive strategies of social support, or other strategies (15). Leahy (2015) believes that the persistence of emotions and the emergence of psychological disorders are the result of emotions and methods that are used as a response or regulation of emotion (16).

Another factor that causes different perceptions of reality in individuals is the way people interpret and view themselves and others, and social events that occur under the name of individual identity. Berzonsky (1990) first introduced a model of identity styles that focuses on these differences (17). He divided identity into three distinct styles: informative style (people who consciously and intentionally seek to learn information), normative style (people who are inclined to norms as a requirement of adaptation and values that satisfy others), Confused-avoidance style (people who procrastinate are late in doing things and try as hard as they can to avoid personal issues) and a fourth dimension that is not in the main group is called committed style (People who are committed to getting information, or talking to others or staying away from them) (18). Defense mechanisms are unconscious self-regulatory processes that reduce cognitive inconsistencies and minimize sudden changes in internal and external reality by distorting the perception of threatening

events (19). These mechanisms help the person cope with anxiety and prevent the ego from breaking down (20). Andrews et al. (1993) based on the 20 defense mechanisms proposed by Vilant, presented three defense styles: mature, immature and neurotic. Mature defense style Adaptive coping styles are normal and efficient, immature and neurotic coping styles are maladaptive and inefficient coping styles (21). According to research that shows the impact of emotional components such as anxiety and stress on psychosomatic diseases such as allergies, as well as the widespread prevalence of this disease in today's society, the purpose of this study is to find an answer to this question that is there a difference between normal people and people with skin allergies, respiratory allergies and food allergies in terms of emotional schemas, identity styles and defense styles?

Material and methods

In this causal-comparative research, 135 participants (45 normal individuals, 30 individuals with skin allergies, 30 individuals with respiratory allergies and 30 individuals with food allergies) were selected by purposeful sampling method from Dr. Hedayat Akbari's Allergy Clinic in Shiraz-Iran. Participants were homogenized according to their level of education, allergic and nonallergic diagnosed patients, gender and age and filled out the Persian version of Leahy Emotional Schemas questionnaire (LESS), Brzonsky Identity Styles questionnaire (ISI) and Andrews Defense Styles questionnaire (DSQ-40).

Leahy Emotional Schemas Questionnaire (LESS): The Emotional Schemas Questionnaire was developed by Leahy (LESS) in 2002 as a self-report scale based on her Emotional Schemas model. The questionnaire has 50 items and the participants answer the items based on a 5-point Likert scale, in which the number 0 indicates complete disagreement and the number 4 indicates complete agreement. Table 1 shows how to score. Leahy (2002 and 2011) reported the internal consistency

of this scale using Cronbach's alpha coefficient of 0.81. The Persian version of this scale has been standardized by Khanzadeh et al. (2012) and they have obtained a 37-item scale with Likert rating (22). The results of the reliability of this scale showed that the reliability of this scale through the retest method at two weeks interval for the whole scale is 0.78 and for subscales in the range between 0.56 to 0.71. Also, the internal consistency coefficient of the scale was obtained using Cronbach's alpha method for the whole scale of 0.82 and for subscales in the range from 0.59 to 0.73. In general, the results obtained from both methods indicate the acceptable reliability of this scale (23).

Identity Styles Inventory (ISI): The Identity Styles Questionnaire (Brzonsky, 1992) is a 40-item scale, of which 11 are related to the informative scale, 9 are related to the normative scale, 10 are related to the confused or avoidance scale, and 10 are related to the commitment scale. Secondary analysis is used and is not an identity style. Subjects' responses are in the form of a 5-point Likert scale, which includes strongly disagree = 1 to strongly agree = 5. 0.73 reported. The reliability of this questionnaire in Iran has been evaluated by Ghazanfari, the informative scale is 0.67, the normative scale is 0.52, the confused or avoidance scale is 0.62, the commitment is 0.57 and the whole questionnaire is 0.73 (24).

Andrews Defense Styles Questionnaire (DSQ-40): The Defense Styles Standard Questionnaire (DSQ-40), developed in 1993 by Andrews et al., is a 40-item pencil-and-paper scale that includes 20 defense mechanisms in three dimensions: mature, immature, and neurotic (25). On the scoring scale in the form of Likert, the person declares his / her agreement on each of the 9-point scales from strongly disagree to strongly agree. The person scores between 2 and 18 in each of the defense mechanisms. In each of the defense mechanisms, when a person's score is higher than 10, it means that the person uses that mechanism, and in general styles, the average score of the person is compared in other styles. The person has a defense style that has the highest average. Yilmaz et al. (2007)

reported the internal consistency of mature, immature, and neurotic defense styles of 0.70, 0.61, and 0.83 (26). This questionnaire was reviewed and standardized by Heidari Nasab in Iran. In defense styles, Cronbach's highest alpha is related to the immature style (0.72). The least was related to the neurotic style (0.50) (27).

Findings

As the information in Table 3 shows, groups in the emotional schema variables of effort, agreement, Emotional self-awareness, rumination, blame, comprehensibility and affirmation, in the variables of informative identity style, normative style and avoidance style, and in immature defense and neurotic styles are significantly different. The Scheffe test was used to determine which groups differed, the results of which are presented in Table 4. Table 4 shows that in the rumination emotional schema, the mean of the normal group is significantly lower than the mean of the respiratory allergy group and does not show a significant difference compared to the allergy groups. In the emotional schema of self-awareness, the average normal group is significantly lower than the average respiratory allergy group, and there is no difference in comparing allergy groups with each other. In the emotional schema of seeking approval from others, the average of the normal group is significantly higher than the average scores of the skin and respiratory allergy group, and there is no difference in comparison of allergy groups. In the Comprehensible emotions, the average scores of the normal group is significantly higher than the average scores of skin allergy group, and in comparing allergy groups with each other, the average scores of skin allergy is significantly lower than the average scores of respiratory allergy. In the emotional schema of blame, the average scores of the normal group is significantly lower than the average scores of the skin and food allergy group, and there is no difference between the groups of allergies. In the Trying to be rational emotional schema, average scores of normal group is significantly lower than the average scores of skin allergy group, and in comparison of allergy groups with each

other, the average scores of skin allergy is significantly higher than the average scores of respiratory and food allergy. In the compromise emotional schema, the average scores of normal group is significantly lower than the average scores of the skin and respiratory allergy groups, and there is no difference in comparing the allergy groups with each other.

In informative identity style, the average scores of normal group is significantly lower than the average scores of skin and respiratory allergy group and in comparison of allergy groups with each other, the average scores of skin allergy is significantly higher than the average scores of food allergy. In the normative identity style, the mean of the normal group is significantly lower than the mean of the respiratory and food allergy group and there is no significant difference in comparison of allergy groups with each other. In avoidance identity style, the average scores of normal group is significantly lower than the average scores of food allergy and in comparison of allergy groups with each other, the average scores of food allergy is significantly higher than the average scores of skin and respiratory allergies.

Also in defense styles, in immature defense style, the average scores of normal group is significantly lower than the average scores of skin allergy group and in comparison of allergy groups with each other, the average scores of food allergy is significantly higher than the average scores of skin and respiratory allergy. In neurotic defense style, the average scores of normal group is significantly lower than the average scores of food allergy group and in comparison of allergy groups with each other, the average scores of food allergy is significantly higher than the average scores of skin and respiratory allergies. However, the average scores of the skin allergy group is significantly higher than the average scores of the respiratory allergy group.

Discussion

The aim of the present study was to compare emotional schemas in normal individuals and individuals with skin

allergies, respiratory allergies and food allergies. People with skin allergies use an informative identity style. People with an informative identity style are always trying to find new information and tend to consider different solutions before adhering to each one (28). Of course, using this style is desirable when it is used at a normal and appropriate level. The present research data showed that people with skin allergies go beyond this and use the information identity style too much. People with respiratory allergies, in addition to informative identity style, also use normative identity style more than normal people. These people tend to follow pre-organized situations. People with a normative identity style have little tolerance for new and ambiguous situations, and a high need to maintain their structure. Of course, given the high scores of informative identity style, this is not a blind following. However, any departure from a predetermined situation makes people with respiratory allergies more anxious than others. People with food allergies are more likely to use normative and avoidance identity styles than normal people. Higgins' own theory of inconsistency holds that self-government arises through inconsistencies between the various criteria that individuals possess (29). In people with a confused-avoidance identity style, this inconsistency affects their beliefs about their abilities and causes them to feel low efficiency (30). These people need high security and are always trying to avoid the experience of failure, mistakes and losses, they feel fear and anxiety in decision making and often use inappropriate strategies in decision making such as avoidance, evasion and making excuses (31). One of the most important characteristics of people with this style is the low level of data processing and problem solving (28). Compared to normal people, people with skin allergies use more emotional schemas of blame, striving for rationality and compromise, and less of seeking approval and comprehensible emotions. These people are constantly looking for the source of the emotion they are experiencing because of their lower emotional comprehension than normal

people, and because they have a lower affirmation of the emotional schema than others, they feel others do not understand the individual's experiences in the same way, and such thoughts cause them to be afraid of their emotions. As a result, they use emotional schemas of blame, striving for rationality, and compromise to reduce fear and anxiety. In fact, by actively finding a valid reason for the emotion he experiences, such as blaming others, he helps to avoid being blamed. He actively tries to see things as overly logical and rational and replace them. Emotionally deal with things slowly, and believe that others' feelings are similar to theirs. They use the approval of others. The emotional schema of mindfulness allows the individual to recognize the emotions he is experiencing. Therefore, people with respiratory allergies are aware of their emotions, but it is noteworthy that the average scores of rumination emotional schema is higher than the average of normal people. In fact, the patient believes that with mental rumination he can find the cause of his unpleasant excitement. For these people, the emotions they experience are not approved by others because they believe that others do not understand their feelings because they have not experienced that feeling. Compared to normal people, people with food allergies use more blame emotional schemas and do not show significant differences in other emotional schemas. These people blame the environment and people, but Robert Leahy's model of emotional schemas does not see the use of this method as a good way to reduce anxiety. Compared to normal people and people with allergies in defense styles, people with skin allergies use underdeveloped defense styles and people with food allergies use more underdeveloped and mentally challenged defense styles. The greater the degree of cognitive distortion of a defense, the lower level of conscious awareness, and consequently the less effort is made to counter cognitive distortion (32). Defensive styles are used to reduce anxiety, and immature and neurotic defense styles are not successful in reducing anxiety in the long run and may themselves cause anxiety.

This intensifies the anxiety in the person. In short, it can be concluded that people with skin allergies place more emphasis on the rationale of the problem and try to reduce it in various not-so-effective ways in order to avoid the unpleasant emotions they experience. People with respiratory allergies are so focused on what is happening around them and the excitement they are experiencing that they seem to be trying to avoid making mistakes. People with food allergies use immature methods to reduce their anxiety levels. Perhaps the reason for the high prevalence of food allergies in children is related to the immaturity of the way problems are handled.

Conclusion

People with allergies focus on their emotions instead of confronting them directly to reduce the anxiety caused by life's problems, and are more likely to try to misinterpret and ignore the emotions they are experiencing. These findings are close to emotion-oriented coping strategies and as can be seen, Majidi, Danesh and Mashhadi Farahani (2015) (7); Salimi Turkmani, Birshak, Gharaei, Naghshin and Firoozi (2012) (8); Darskhan and Vaziri (2016) (9); Abbasgholizadeh Ghaneh, Khosravi and Ameri (2014) (10); Sobhani Shahmirzadi, Mirzaeian and Mansouri (2013) (11), in their research, achieved findings consistent with the findings related to this study in the fields related to skin, respiratory and food allergies. This causes problems and anxiety to persist for a longer period of time, which in turn exacerbates or causes allergy symptoms.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All subjects full fill the informed consent.

Funding

No funding.

Authors' contributions

All authors equally contributed to the writing and revision of this paper.

Acknowledgements

This research was obtained from a master's degree thesis in clinical psychology. The present authors express their thanks and gratitude to Dr. Hedayat Akbari (sub-specialist in Allergy & Immunology) and all the participants who attended to this research.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

مقاله پژوهشی

مقایسه سبک های هویت، سبک های دفاعی و طرحواره های هیجانی در افراد عادی و افراد مبتلا به آلرژی

آرمینه نوذری^۱، دکتر قاسم نظیری^{۲*}

۱. گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

۲. گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۰۱

تاریخ داوری: ۱۴۰۰/۰۶/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۲۰

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI:

10.30495/jpmm.2021.26596.3250

واژه‌های کلیدی:

سبک های هویت، سبک های دفاعی، طرحواره های هیجانی، آلرژی

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر به منظور مقایسه سبک های هویت، سبک های دفاعی و طرحواره های هیجانی در افراد عادی و افراد مبتلا به آلرژی در شهر شیراز صورت گرفت.

روش: این پژوهش از نوع توصیفی مقطعی از نوع علی مقایسه ای بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل تمامی افراد سالم و افراد مبتلا به آلرژی پوستی، آلرژی تنفسی و آلرژی غذایی در سطح شهر شیراز بودند که از این میان به روش هدفمند تعداد ۱۳۵ نفر (۴۵ نفر سالم، ۳۰ نفر آلرژی پوستی، ۳۰ نفر آلرژی تنفسی و ۳۰ نفر آلرژی غذایی) که در طول یک سال گذشته به متخصصان و کلینیک های آلرژی در سطح شهر شیراز مراجعه داشته اند انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از نسخه فارسی پرسشنامه های سبک های هویت برزونسکی (ISI)، سبک های دفاعی اندروز (DSQ-40) و طرحواره های هیجانی لیهی (LESS) استفاده شد. همچنین داده های پژوهش به وسیله تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته ها نشان داد که در سبک های هویت اطلاعاتی، هنجاری و سردرگم، سبک های دفاعی رشد نایافته و روان آزاده، و طرحواره های هیجانی نشخوار ذهنی، ذهن آگاهی، تایید طلبی از دیگران، قابل درک بودن، سرزنش، تلاش برای منطقی بودن و توافق در بین افراد سالم و افراد مبتلا به آلرژی تفاوت معناداری دیده می شود.

نتیجه گیری: باتوجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که سبک هویت، سبک دفاعی و طرحواره های هیجانی نقش موثری در بیماری آلرژی دارد.

* نویسنده مسئول: دکتر قاسم نظیری

نشانی: گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

تلفن: 09173000465

پست الکترونیکی: Naziry@yahoo.com

مقدمه

بیماران می‌گردند پژوهشی یافت نمی‌شود. به گفته لیهی^۳ (۲۰۰۷) افراد در تفسیرها و برداشتها و اقداماتی که با روبرو شدن با هر کدام از هیجان‌ها در پیش می‌گیرند متفاوت هستند. (۱۳) به عبارت دیگر، افراد طحوااره‌های متفاوتی در مورد هیجان‌اتشان دارند. این طحوااره‌ها نشان می‌دهد که افراد چگونه هیجان‌اتشان را تجربه می‌کنند و با برانگیخته شدن هیجان‌ات ناخوشایند چه طحری برای اقدام یا چگونگی عمل کردن در ذهن دارند. (۱۴) افراد ممکن است با راهبردهای مختلف مثل اجتناب تجربی، راهبردهای شناختی بی‌ثمر حمایت اجتماعی و یا راهبردهای دیگر تلاش کنند با هیجان‌های منفی خود مقابله کنند. (۱۵). لیهی (۲۰۱۵) معتقد است که تداوم هیجان‌ها و به وجود آمدن اختلالات روانشناختی در نتیجه‌ی هیجان‌ها و روش‌هایی است که به عنوان مقابله یا تنظیم هیجان به کار برده می‌شود (۱۶)

عامل دیگری که باعث برداشت‌های متفاوت از واقعیت در افراد می‌شود، نحوه‌ی تفسیر و نگرش افراد نسبت به خود و دیگران و رویداد‌های اجتماعی است که تحت عنوان هویت فرد اتفاق می‌افتد. برای اولین بار برزونسکی^۴ (۱۹۹۰) مدلی از سبک‌های هویت را مطرح کرد که بر این تفاوت‌ها تمرکز دارد (۱۷). او هویت را به ۳ سبک جداگانه تقسیم کرد که عبارتند از: سبک اطلاعاتی (افرادی که آگاهانه و عمدانه به دنبال فراگیری اطلاعات هستند)، سبک هنجاری (افرادی که متمایل به هنجارها به عنوان لازمه‌ی سازگاری و ارزش‌های مورد رضایت دیگران هستند)، سبک سردرگم-اجتنابی (افرادی که کارها را عقب می‌اندازند، در انجام آن‌ها تاخیر دارند و برای روبرو شدن با مسائل شخصی تا جایی که ممکن است تلاش می‌کنند) و یک بعد چهارم که در گروه اصلی قرار ندارد به نام سبک متعهد (افرادی که متعهد شده‌اند که اطلاعات کسب کنند، یا با دیگران صحبت یا از آن‌ها دوری کنند) (۱۸).

مکانیزم‌های دفاعی فرایندهای خودتنظیمی ناهشیاری هستند که به وسیله‌ی تحریف ادراک رویدادهای تهدیدآمیز باعث کاهش ناهماهنگی‌های شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی می‌شوند (۱۹). این مکانیزم‌ها به فرد کمک می‌کنند با اضطراب کنار بیایند و از درهم شکسته شدن ایگو جلوگیری می‌کنند (۲۰). اندروز^۵ و همکاران (۱۹۹۳) بر اساس ۲۰ مکانیزم دفاعی پیشنهادی وایلانته، سه سبک دفاعی رشد یافته، رشد نایافته و روان‌آزرده را ارائه دادند. سبک دفاعی رشد یافته شیوه‌های مواجهه انطباقی، بهنجار و کارآمد، سبک‌های رشد نایافته و روان‌آزرده شیوه‌های مواجهه غیر انطباقی و ناکارآمد هستند (۲۱). بنابر پژوهش‌های انجام شده که نشان‌دهنده‌ی تاثیر گذاری مؤلفه‌های هیجانی از جمله اضطراب و استرس در بیماری‌های روان‌تنی مانند آلرژی، و همچنین با توجه به شیوع گسترده‌ی این بیماری در جوامع امروزی، هدف پژوهش حاضر یافتن پاسخی برای این سوال است که آیا از نظر طحوااره‌های هیجانی، سبک‌های هویت و سبک‌های

اختلالات سایکوسوماتیک^۱ (روان تنی) گروهی از اختلالات پزشکی هستند که به رابطه میان جسم و روان اشاره دارند. در این اختلالات فرایند شکل‌گیری هر بیماری جسمی تحت تاثیر عوامل زیستی، روانشناختی- رفتاری و اجتماعی قرار دارد. (۱) بیماری‌های آلرژیک یا حساسیتی یکی از بیماری‌های روان‌تنی به حساب می‌آیند که در این بیماری سیستم ایمنی بدن در مواجهه با آنتی ژن‌هایی که در حالت عادی عوامل زیان‌آوری به نظر نمی‌رسند از خود حساسیت و واکنش زیادی نشان می‌دهد (۲). در آلرژی زمانی که حساسیت سیستم ایمنی بدن در اثر فعال شدن سلول‌های TH۲ و ترشح سایتوکاین‌های IL-۱۳، IL-۹، IL-۵، IL-۴، IL-۴ افزایش می‌یابد، مقدار زیادی IgE^۲ ساخته می‌شود. سایتوکاین اصلی در ایجاد واکنش آلرژیک IL-۴ است که پاسخ‌های ایمنی را افزایش داده و در نتیجه IgE توسط آن افزایش می‌یابد. این IgE، به گیرنده‌های اختصاصی بر روی ماست سل‌ها و بازوفیل‌ها متصل می‌شود و در صورت اتصال مجدد آلرژن آن‌ها را فعال و موجب رها سازی واسطه‌های التهابی و بروز علائم آلرژیک می‌شود (۳). سال‌هاست که بیماری‌های آلرژیک باعث ایجاد مشکلات زیادی در بیماران می‌شوند. شیوع بیماری‌های حساسیتی در جهان رو به افزایش است. طبق پژوهشی که مرکز تحقیقات ایمونولوژی پژوهشکده‌ی بوعلی در دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد، حدود ۱۴ میلیون فرد آلرژیک در ایران وجود دارد (۴). تا به حال درمان قطعی برای بیماری‌های آلرژیک یافت نشده و هزینه‌های زیادی از لحاظ مالی و زمانی به خانواده‌ها و دولت‌ها تحمیل کرده است. اخیراً روش‌های جدیدی مبنی بر تجویز مداوم و افزایش آلرژن‌ها از راه‌های رگی و دهانی که تحت عنوان حساسیت زدایی به کار می‌رود مورد استفاده قرار گرفته است و نتایج خوبی به دنبال داشته است اما به دلیل طولانی بودن پروسه، هزینه بالا و عدم دسترسی به عصاره‌ی تمام آلرژن‌ها روش مطلوبی حساب نمی‌گردد (۵).

پژوهش‌های متعددی در زمینه‌ی آلرژی بر اهمیت عوامل روانشناختی مانند استرس، در شروع و پیدایش آلرژی‌ها تاکید دارند. افزایش اضطراب با سطوح بالای IgE و افزایش پاسخ ایمنی Th۲ که نقش اساسی در پیشرفت آلرژی دارد همبستگی نشان داده است (۶). پژوهش‌های مجیدی، دانش و مشهدی فراهانی (۱۳۹۴) (۷)؛ سلیمی ترکمانی، بیرشک، غرایبی، نقشین و فیروزی (۱۳۹۱) (۸)؛ درسخوان و وزیر (۱۳۹۵) (۹)؛ عباسقلی زاده قانع، خسروی و عامری (۱۳۹۳) (۱۰)؛ سبحانی شهمیرزادی، میرزاییان و منصور (۱۳۹۲) (۱۱) بر روی افراد مبتلا به آلرژی نشان می‌دهد که این افراد با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار یعنی با فراموش کردن مشکل و یا جلب حمایت حمایت‌های عاطفی، اضطراب و نگرانی خود را کاهش می‌دهد (۱۲). اما در ارتباط با این که چه چیزی منجر به استفاده از راهبردهای هیجان‌مدار و در نتیجه باعث تداوم اضطراب در این

³ Leahy

⁴ Berzonsky

⁵ Andrews

¹ Psychosomatic

² Immunoglobulin E

دفاعی بین افراد سالم و افراد مبتلا به آلرژی پوستی، آلرژی تنفسی و آلرژی غذایی تفاوتی وجود دارد؟

روش

روش این پژوهش از نوع توصیفی مقطعی و علی مقایسه ای می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل افراد مبتلا به آلرژی پوستی، آلرژی تنفسی و آلرژی غذایی مراجعه کننده به کلینیک های آلرژی از جمله کلینیک تخصصی دکتر هدایت اکبری (فوق تخصص آلرژی و ایمنونولوژی) و افراد عادی شهر شیراز بوده اند. از جامعه آماری به روش نمونه گیری هدفمند نمونه ای به حجم ۱۳۵ نفر به شرح ۴۵ نفر شرکت کننده سالم (۲۲ مرد و ۲۳ زن)، ۳۰ نفر شرکت کننده مبتلا به آلرژی پوستی (۱۳ مرد و ۱۷ زن)، ۳۰ نفر شرکت کننده مبتلا به آلرژی تنفسی (۱۹ مرد و ۱۱ زن) و ۳۰ نفر شرکت کننده مبتلا به آلرژی غذایی (۱۴ مرد و ۱۶ زن) انتخاب شد که شرایط ورود افراد بازه سنی بین ۲۰ تا ۶۰ سال، تشخیص ابتلا به آلرژی توسط پزشک متخصص بیماری های آلژیک برای نمونه های آلرژی، حداقل تحصیلات دیپلم، حداقل زمان مبتلا به آلرژی برای افراد آلژیک هر گروه یک سال، نبودن علایم آلرژی حداکثر به مدت ۳ ماه بود. همچنین شرکت کنندگان از افرادی انتخاب شدند که فاقد هرگونه بیماری از گروه بیماری های روان تنی مانند میگرن، سرطان، ام اس، تیروئید، سندرم روده ی تحریک پذیر، بیماری قلبی، فشار خون، دیابت و... بودند. برای جمع آوری داده ها در این پژوهش از پرسشنامه طرحواره های هیجانی لیهی (LESS)، پرسشنامه سبک های هویت برزونسکی (ISI) و پرسشنامه سبک های دفاعی آندروز (DSQ-40) استفاده گردید.

ابزار جمع آوری اطلاعات

پرسشنامه طرحواره های هیجانی لیهی (LESS):

پرسشنامه طرحواره های هیجانی توسط لیهی (LESS) بر مبنای مدل طرحواره های هیجانی خود، در سال ۲۰۰۲ به صورت یک مقیاس خود گزارشی تهیه شده است. این پرسشنامه ۵۰ ماده دارد و شرکت کنندگان بر اساس یک طیف لیکرت ۵ تایی به ماده ها پاسخ می دهند که در آن عدد ۰ نشان دهنده مخالفت کامل و عدد ۴ بیانگر موافقت کامل است. جدول ۱ نحوه نمره گذاری را نشان می دهد.

لیهی (۲۰۰۲ و ۲۰۱۱) همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کرده است. نسخه ی فارسی این مقیاس توسط خانزاده و همکاران (۱۳۹۱) هنجاریابی شده است و یک مقیاس ۳۷ گویه ای با درجه بندی لیکرت بدست آورده اند (۲۲). نتایج حاصل از بررسی پایایی این مقیاس نشان داد که پایایی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس ها در دامنه ای بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ است. همچنین ضریب همسانی درونی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس ها در دامنه ای از ۰/۵۹ تا ۰/۷۳

به دست آمد. به طور کلی نتایج به دست آمده از هر دو روش حاکی از پایایی قابل قبول این مقیاس است (۲۳).

پرسشنامه سبک های هویت برزونسکی (ISI):

پرسشنامه سبک های هویت (برزونسکی، ۱۹۹۲) یک مقیاس ۴۰ سوالی است که ۱۱ سوال آن مربوط به مقیاس اطلاعاتی، ۹ سوال آن مربوط به مقیاس هنجاری، ۱۰ سوال آن مربوط به مقیاس سردرگم یا اجتنابی و ۱۰ سوال دیگر مربوط به مقیاس تعهد است که برای تحلیل ثانویه استفاده می شود و یک سبک هویت محسوب نمی شود. پاسخ آزمودنی ها به شکل طیف لیکرت ۵ درجه ای می باشد که شامل کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۵ می باشد برزونسکی (۱۹۹۲) پایایی درونی (ضریب آلفا) مقیاس اطلاعاتی را ۰/۶۲، مقیاس هنجاری ۰/۶۶ و مقیاس سردرگم یا اجتنابی ۰/۷۳ گزارش کرده است. پایایی این پرسشنامه در ایران توسط غضنفری بررسی شده است، مقیاس اطلاعاتی ۰/۶۷، مقیاس هنجاری ۰/۵۲، مقیاس سردرگم یا اجتنابی ۰/۶۲، تعهد ۰/۵۷ و کل پرسشنامه ۰/۷۳ بدست آمده است (۲۴).

پرسشنامه سبک های دفاعی آندروز (DSQ-40):

پرسشنامه استاندارد سبک های دفاعی (DSQ-40) که در سال ۱۹۹۳ توسط آندروز و همکارانش ساخته شد یک مقیاس ۴۰ سوالی از نوع مداد-کاغذی است که شامل ۲۰ مکانیزم دفاعی در ۳ بعد سبک رشد یافته، رشد نایافته و روان آزرده است (۲۵). در مقیاس نمره گذاری به صورت لیکرت می باشد که فرد میزان موافقت خود را در هر یک از مقیاس های ۹ درجه ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق اعلام می کند. فرد در هر یک از مکانیزم های دفاعی نمره ای بین ۲ تا ۱۸ به دست می آورد. در هر کدام از مکانیزم ها دفاعی که نمره فرد از ۱۰ بیشتر شود، به معنای استفاده فرد از آن مکانیزم است و در سبک های کلی میانگین نمرات فرد در سبک های دیگر مقایسه می شود. فرد دارای سبک دفاعی است که بیشترین میانگین را داشته باشد. بیلماز و همکاران (۲۰۰۷) همسانی درونی سبک های دفاعی رشد یافته، رشد نایافته و روان آزرده را به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۶۱ و ۰/۸۳ گزارش کردند (۲۶). این پرسشنامه در ایران توسط حیدری نسب بررسی و هنجاریابی شد. در سبک های دفاعی بالاترین آلفای کرونباخ مربوط به سبک رشد نایافته (۰/۷۲). کمترین مربوط به سبک روان آزرده بود (۰/۵۰) (۲۷).

یافته های پژوهش

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار طرحواره های هیجانی، سبک های هویت و سبک های دفاعی در گروه های افراد سالم و افراد مبتلا به آلرژی پوستی، آلرژی تنفسی و آلرژی غذایی نشان می دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد طرحواره های هیجانی، سبک های هویت و سبک های دفاعی

متغیرها	آلرژی پوستی n=30		آلرژی تنفسی n=30		آلرژی غذایی n=30		افراد سالم n=45	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
نشخوار	2/63	9/13	1/88	9/20	3/63	7/46	2/48	7/73
خودآگاهی	1/86	6/23	1/20	6/70	1/47	6/43	2/02	5/51
گناه	2/93	5/26	3/23	4/40	1/52	4/13	2/54	5/22
ابراز احساسات	1/96	4/53	2/12	5/40	1/33	5/46	1/44	5/51
غیر قابل کنترل بودن	3/02	4/76	2/22	5/50	2/02	5/40	2/57	4/60
تایید طلبی از دیگران	1/86	3/03	1/73	3/20	2/20	4/13	1/42	4/60
قابل درک بودن	3/41	7/73	1/69	9/40	2/37	9/16	1/88	9/44
سرزنش	1/74	5/16	1/95	4/40	1/97	5/20	1/22	3/66
تلاش برای منطقی بودن	2/17	13/13	2/10	11/20	3/41	10/90	2/32	11/11
دیدگاه ساده انگارانه نسبت به هیجانات	1/02	5/90	1/60	5/30	1/40	5/60	1/84	5/13
ارزش های والاتر	2/61	9/83	1/47	9/90	1/94	8/86	1/90	9/20
پذیرش هیجانات	1/37	7/63	1/97	7/60	2/38	7/76	2/24	7/00
توافق	1/58	9/33	3/47	9/70	1/29	8/33	2/44	7/73
سبک اطلاعاتی	5/99	39/26	6/35	38/30	3/93	35/13	3/69	34/86
سبک هنجاری	3/25	30/20	4/39	30/90	4/74	31/60	4/40	28/08
سبک سردرگم- اجتنابی	5/38	23/46	3/66	25/03	8/21	30/10	6/95	22/86
سبک متعهد	6/78	34/43	3/64	37/10	4/15	35/50	4/71	34/26
سبک رشد نایافته	1/50	9/28	1/16	8/78	1/14	10/25	1/35	8/22
سبک رشد یافته	1/39	10/90	1/82	10/77	2/61	10/55	2/12	11/05
سبک روان آزاده	1/15	9/50	1/31	8/05	1/70	11/15	1/54	8/70

جدول ۲. نتایج آزمون های معناداری تحلیل واریانس چند متغیری سبک های هویت، سبک های دفاعی و طرحواره های هیجانی

گروه	نوع آزمون	مقدار	F	df	p	اندازه اثر
سبک های هویت	اثر پیلایی	0/39	4/96	4	۰/۰۱	0/24
	لامبدای ویکلز	0/64	5/11	4	۰/۰۱	0/24
	اثر هولتینگ	0/49	5/18	4	۰/۰۱	0/24
	بزرگترین ریشه روی	0/49	5/18	4	۰/۰۱	0/24
سبک های دفاعی	اثر پیلایی	0/60	11/01	9	۰/۰۱	0/54
	لامبدای ویکلز	0/42	14/62	9	۰/۰۱	0/54
	اثر هولتینگ	1/21	52/89	9	۰/۰۱	0/54
	بزرگترین ریشه روی	1/21	52/89	9	۰/۰۱	0/54
طرحواره های هیجانی	اثر پیلایی	0/97	4/50	13	۰/۰۱	0/46
	لامبدای ویکلز	0/29	4/70	13	۰/۰۱	0/46
	اثر هولتینگ	1/61	4/87	13	۰/۰۱	0/46
	بزرگترین ریشه روی	1/61	4/87	13	۰/۰۱	0/46

سبک هویت هنجاری و سبک هویت سردرگم یا اجتنابی و بعد متعهد از گروه سالم بالاتر است. و در سبک های دفاعی، میانگین هر سه گروه آلرژی در سبک دفاعی رشد نیافته از گروه سالم بالاتر است. همچنین میانگین هر سه گروه آلرژی در سبک دفاعی رشد یافته پایین تر است. در سبک دفاعی روان آزاده نیز بجز میانگین آلرژی تنفسی، میانگین گروه های دیگر آلرژی از میانگین گروه سالم بالاتر است. جدول ۲ نشان می دهد که هر چهار شاخص آماره ملاک آزمون سبک های هویت، سبک های دفاعی و طرحواره های هیجانی در مورد تفاوت چهار گروه از نظر متغیرهای مورد مطالعه در سطح ۰/۰۱ معنادار شده است. این یافته به این معناست که گروه ها حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معناداری دارند.

بر اساس اطلاعات جدول ۱ میانگین هر سه گروه آلرژی در طرحواره های خود آگاهی ذهنی، غیر قابل کنترل بودن، سرزنش، دیدگاه ساده انگارانه نسبت به هیجانات، پذیرش هیجانات و توافق از میانگین گروه سالم بالاتر است. همچنین میانگین هر سه گروه آلرژی در طرحواره های ابراز احساسات، تأیید طلبی از دیگران و قابل درک بودن از میانگین گروه سالم پایین تر است. در طرحواره های نشخوار، تلاش برای منطقی بودن و ارزش های والاتر بجز میانگین آلرژی غذایی، میانگین آلرژی های دیگر بالاتر از میانگین گروه سالم است. در طرحواره ی گناه نیز بجز میانگین آلرژی پوستی، میانگین آلرژی های دیگر پایین تر از میانگین گروه سالم است. در سبک های هویت میانگین هر سه گروه آلرژی در متغیرهای سبک هویت اطلاعاتی،

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل مانوا برای طرحواره های هیجانی، سبک های هویت و سبک های دفاعی

منبع تغییر	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	p
طرحواره های هیجانی	نشخوار	۸۰/۴۰۰	۳	۲۶/۸۰۰	۳/۶۶۳	۰/۰۱۴
	خود آگاهی ذهنی	۳۰/۰۴۸	۳	۱۰/۰۱۶	۳/۳۷۹	۰/۰۲۰
	گناه	۳۲/۶۸۱	۳	۱۰/۸۹۴	۱/۵۷۵	۰/۱۹۹
	ابراز احساسات	۲۰/۵۴۸	۳	۶/۸۴۹	۲/۳۲۸	۰/۰۷۷
	غیرقابل کنترل بودن	۲۱/۱۰۴	۳	۷/۰۳۵	۱/۱۲۵	۰/۳۴۱
	تأیید طلبی از دیگران	۵۱/۷۵۹	۳	۱۷/۲۵۳	۵/۴۰۱	۰/۰۰۲
	قابل درک بودن	۶۲/۶۴۸	۳	۲۰/۸۸۳	۳/۶۸۵	۰/۰۱۴
	سرزنش	۵۹/۵۸۱	۳	۱۹/۸۶۰	۶/۸۸۰	۰/۰۰۰
	تلاش برای منطقی بودن	۱۰۰/۱۸۹	۳	۳۲/۳۹۶	۵/۱۸۷	۰/۰۰۲
	دیدگاه ساده انگارانه نسبت به هیجانات	۱۱/۹۳۳	۳	۳/۹۷۸	۱/۶۷۳	۰/۰۱۴
	ارزش های والاتر	۲۳/۴۰۰	۳	۷/۸۰۰	۱/۹۳۰	۰/۰۲۰
	پذیرش هیجانات	۱۳/۸۰۰	۳	۴/۶۰۰	۱/۰۸۵	۰/۱۹۹
	توافق	۸۷/۸۹۳	۳	۲۹/۲۹۸	۵/۲۲۶	۰/۰۷۷
	سبک های هویت	سبک اطلاعاتی	499/16	3	166/38	6/67
سبک همجاری		266/47	3	88/82	4/90	0/003
سبک سردرگم-اجتنابی		1054/60	3	351/53	8/66	0/000
سبک متعهد		167/82	3	55/94	2/29	0/081
سبک های دفاعی	سبک رشد نیافته	77/95	3	25/98	15/21	0/000
	سبک رشد یافته	4/84	3	1/61	0/38	0/765
	سبک روان آزاده	166/88	3	55/62	26/21	0/000

روان آزاده تفاوت معناداری دارند. برای مشخص شدن این موضوع که تفاوت ها بین کدام گروه ها است از آزمون شفه (Scheffe) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

همانطور که اطلاعات جدول ۳ نشان می دهد، گروه ها در متغیرهای طرحواره های هیجانی تلاش، توافق، خودآگاهی ذهنی، نشخوار، سرزنش، قابل درک بودن و تأیید، در متغیرهای سبک هویت اطلاعاتی، هنجاری و سردرگم، و در سبک های دفاعی رشد نیافته و

جدول ۴. نتایج آزمون Scheffe برای مقایسه طرحواره های هیجانی، سبک های هویت و سبک های دفاعی در گروه ها

متغیرهای وابسته	گروه مرجع	گروه مقایسه	تفاوت میانگین های تعدیل شده	خطای استاندارد	p
نشخوار	آلرژی پوستی	آلرژی تنفسی	-0/06667	0/69843	1/000
		آلرژی غذایی	1/66667	0/69843	0/085
	آلرژی تنفسی	آلرژی غذایی	1/73333	0/69843	0/068
		آلرژی پوستی	-1/40000	0/63758	0/130
خودآگاهی ذهنی	سالم	آلرژی تنفسی	-1/46667*	0/63758	0/013
		آلرژی غذایی	0/26667	0/63758	0/975
	آلرژی پوستی	آلرژی تنفسی	-0/46667	0/44452	0/720
		آلرژی غذایی	-0/20000	0/44452	0/970
تأیید طلبی از دیگران	آلرژی تنفسی	آلرژی غذایی	0/26667	0/44452	0/932
		آلرژی پوستی	-0/72222	0/40579	0/288
	سالم	آلرژی تنفسی	-1/18889*	0/40579	0/021
		آلرژی غذایی	-0/92222	0/40579	0/110
قابل درک بودن	آلرژی پوستی	آلرژی تنفسی	-0/16667	0/46146	0/984
		آلرژی غذایی	-1/10000	0/46146	0/085
	آلرژی تنفسی	آلرژی غذایی	-0/93333	0/46146	0/185
		آلرژی پوستی	1/43333*	0/42125	0/005
سرزنش	سالم	آلرژی تنفسی	1/26667*	0/42125	0/017
		آلرژی غذایی	0/33333	0/42125	0/858
	آلرژی پوستی	آلرژی تنفسی	-1/66667*	0/61464	0/038
		آلرژی غذایی	-1/43333	0/61464	0/096
تلاش برای منطقی بودن	آلرژی تنفسی	آلرژی غذایی	0/23333	0/61464	0/981
		آلرژی پوستی	1/71111*	0/56109	0/015
	سالم	آلرژی تنفسی	0/04444	0/56109	1/000
		آلرژی غذایی	0/27778	0/56109	0/960
توافق	آلرژی پوستی	آلرژی تنفسی	0/76667	0/43869	0/304
		آلرژی غذایی	-0/03333	0/43869	1/000
	آلرژی تنفسی	آلرژی غذایی	-0/80000	0/43869	0/267
		آلرژی پوستی	-1/50000*	0/40047	0/002
توافق	سالم	آلرژی تنفسی	-0/73333	0/40047	0/263
		آلرژی غذایی	-1/53333*	0/40047	0/001
	آلرژی پوستی	آلرژی تنفسی	1/93333*	0/65515	0/019
		آلرژی غذایی	2/23333*	0/65515	0/005
توافق	آلرژی تنفسی	آلرژی غذایی	0/30000	0/65515	0/968
		آلرژی پوستی	-2/02222*	0/59806	0/005
	سالم	آلرژی تنفسی	-0/08889	0/59806	0/999
		آلرژی غذایی	0/21111	0/59806	0/985
توافق	آلرژی پوستی	آلرژی تنفسی	-0/36667	0/61136	0/932
		آلرژی غذایی	1/00000	0/61136	0/362
		آلرژی تنفسی	1/36667	0/61136	0/119

0/025	0/55809	-1/60000*	آلرژی پوستی		
0/003	0/55809	-1/96667*	آلرژی تنفسی	سالم	
0/705	0/55809	-0/60000	آلرژی غذایی		
0.87	1.28	0.96	آلرژی تنفسی	آلرژی پوستی	
0.009	1.28	4.13*	آلرژی غذایی		سبک اطلاعاتی
0.07	1.28	3.16	آلرژی غذایی	آلرژی تنفسی	
0.002	1.17	-4.40*	آلرژی پوستی		
0.21	1.17	-3.43*	آلرژی تنفسی	سالم	
0.99	1.17	-0.26	آلرژی غذایی		
0.92	1.09	-0.70	آلرژی تنفسی	آلرژی پوستی	
0.58	1.09	-1.40	آلرژی غذایی		سبک هنجاری
0.92	1.09	-0.70	آلرژی غذایی	آلرژی تنفسی	
0.15	10.003	-2.11	آلرژی پوستی		
0.03	10.003	-2.81*	آلرژی تنفسی	سالم	
0.004	10.003	-3.511*	آلرژی غذایی		
0.77	1.64	-1.56	آلرژی تنفسی	آلرژی پوستی	
0.001	1.64	-6.33*	آلرژی غذایی		سبک سردرگم - اجتنابی
0.01	1.64	-5.06*	آلرژی غذایی	آلرژی تنفسی	
0.97	1.50	-0.60	آلرژی پوستی		
0.47	1.50	-2.16	آلرژی تنفسی	سالم	
0.000	1.50	-7.23*	آلرژی غذایی		
0.46	0.33	0.49	آلرژی تنفسی	آلرژی پوستی	
0.02	0.33	-0.97*	آلرژی غذایی		سبک رشد نایافته
0.000	0.33	-1.47*	آلرژی غذایی	آلرژی تنفسی	
0.005	0.30	-1.05*	آلرژی پوستی		
0.26	0.30	-0.56	آلرژی تنفسی	سالم	
0.000	0.30	-2.03*	آلرژی غذایی		
0.001	0.37	1.45*	آلرژی تنفسی	آلرژی پوستی	
0.000	0.37	01.65*	آلرژی غذایی		سبک روان آزرده
0.000	0.37	-3.10*	آلرژی غذایی	آلرژی تنفسی	
0.09	0.34	-0.80	آلرژی پوستی		
0.23	0.34	0.65	آلرژی تنفسی	سالم	
0.000	0.34	-2.45*	آلرژی غذایی		

معداری از میانگین گروه آلرژی پوستی بالاتر است و در مقایسه‌ی گروه‌های آلرژی با یکدیگر، میانگین آلرژی پوستی به طور معداری از میانگین آلرژی تنفسی پایین تر است. در طرحواره‌ی هیجانی سرزنش میانگین گروه سالم به طور معداری از میانگین گروه آلرژی پوستی و غذایی پایین تر است و در مقایسه‌ی گروه‌های آلرژی با یکدیگر تفاوتی دیده نمی‌شود. در طرحواره‌ی هیجانی تلاش برای منطقی بودن میانگین گروه سالم به طور معداری از میانگین گروه آلرژی پوستی پایین تر است و در مقایسه‌ی گروه‌های آلرژی با یکدیگر، میانگین آلرژی پوستی به طور معداری از میانگین آلرژی تنفسی و غذایی بالاتر است. در طرحواره‌ی هیجانی توافق میانگین

جدول ۴ نشان می‌دهد که در طرحواره‌ی هیجانی نشخوار میانگین گروه سالم به طور معداری از میانگین گروه آلرژی تنفسی پایین تر است و در مقایسه‌ی گروه‌های آلرژی با یکدیگر تفاوت معداری را نشان نمی‌دهد. در طرحواره‌ی هیجانی خود آگاهی ذهنی میانگین گروه سالم به طور معداری از میانگین گروه آلرژی تنفسی پایین تر است و در مقایسه‌ی گروه‌های آلرژی با یکدیگر، تفاوتی دیده نمی‌شود. در طرحواره‌ی هیجانی تأیید طلبی از دیگران میانگین گروه سالم به طور معداری از میانگین گروه آلرژی پوستی و تنفسی بالاتر است و در مقایسه‌ی گروه‌های آلرژی با یکدیگر تفاوتی دیده نمی‌شود. در طرحواره‌ی هیجانی قابل درک بودن میانگین گروه سالم به طور

گروه سالم به طور معناداری از میانگین گروه آلرژی پوستی و تنفسی پایین تر است و در مقایسه ی گروه های آلرژی با یکدیگر، تفاوتی دیده نمی شود.

در سبک هویت اطلاعاتی میانگین گروه سالم به طور معناداری از میانگین گروه آلرژی پوستی و تنفسی پایین تر است و در مقایسه گروه های آلرژی با یکدیگر، میانگین آلرژی پوستی به طور معناداری از میانگین آلرژی غذایی بالاتر است. در سبک هویت هنجاری میانگین گروه سالم به طور معناداری از میانگین گروه آلرژی تنفسی و غذایی پایین تر است و در مقایسه گروه های آلرژی با یکدیگر تفاوت معناداری دیده نمی شود. در سبک هویت سردرگم میانگین گروه سالم به طور معناداری از میانگین گروه آلرژی غذایی پایین تر است و در مقایسه گروه های آلرژی با یکدیگر میانگین آلرژی غذایی به طور معناداری از میانگین آلرژی پوستی و تنفسی بالاتر است.

همچنین در سبک های دفاعی، در سبک دفاعی رشد نایافته میانگین گروه سالم به طور معناداری از میانگین گروه آلرژی پوستی پایین تر است و در مقایسه گروه های آلرژی با یکدیگر میانگین آلرژی غذایی به طور معناداری از میانگین آلرژی پوستی و تنفسی بالاتر است. در سبک دفاعی روان آورده میانگین گروه سالم به طور معناداری از میانگین گروه آلرژی غذایی پایین تر است و در مقایسه گروه های آلرژی با یکدیگر میانگین آلرژی غذایی به طور معناداری از میانگین آلرژی پوستی و تنفسی بالاتر است. این در حالی است که میانگین گروه آلرژی پوستی نیز به طور معناداری از میانگین گروه آلرژی تنفسی بالاتر است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه طرحواره های هیجانی در افراد سالم و افراد مبتلا به آلرژی پوستی، آلرژی تنفسی و آلرژی غذایی بود. افراد مبتلا به آلرژی پوستی از سبک هویت اطلاعاتی استفاده می کنند. افراد با سبک هویت اطلاعاتی همواره در تلاش و جستجوی اطلاعات جدید هستند و گرایش دارند که راه حل های گوناگون را پیش از پایبندی به هر کدام بررسی کنند (۲۸). البته استفاده از این سبک زمانی مطلوب است که در سطح عادی و مناسب به کار رود. داده های پژوهش حاضر نشان داد که افراد مبتلا به آلرژی پوستی از این حد فراتر رفته و بیش از اندازه از سبک هویت اطلاعاتی استفاده می کنند. افراد مبتلا به آلرژی تنفسی علاوه بر سبک هویت اطلاعاتی از سبک هویت هنجاری نیز بیشتر از افراد سالم استفاده می کنند. این افراد تمایل به پیروی کردن و موقعیت های از پیش سازمان یافته دارند. افراد با سبک هویت هنجاری تحمل کمی برای مواجهه با موقعیت های جدید و مبهم، و نیاز بالایی برای حفظ ساختار خود دارند. البته با توجه به بالا بودن نمرات میانگین سبک هویت اطلاعاتی، این پیروی کورکورانه نیست. با این وجود هرگونه خارج شدن از موقعیت های از پیش تعیین شده، افراد مبتلا به آلرژی تنفسی را بیشتر از سایر افراد مضطرب می کند. افراد مبتلا به آلرژی غذایی نسبت به افراد عادی بیشتر از سبک های هویت هنجاری و آشفتنه استفاده می کنند. نظریه ی ناهمخوانی خود هیگنز معتقد است که

خودگردانی از طریق ناهماهنگی های بین معیارهای گوناگون خود که افراد در اختیار دارند، به وجود می آید (۲۹). در افراد با سبک هویت سردرگم- اجتنابی، این ناهماهنگی باورهای آن ها را نسبت به توانمندی های خود تحت تأثیر قرار داده و موجب احساس کارآمدی پایین در آن ها می گردد (۳۰). این افراد به امنیت بالایی نیاز دارند و در تلاش هستند که همواره از تجربه شکست، اشتباه و خسران بپرهیزند، در تصمیم گیری احساس ترس و دلواپسی دارند و معمولاً راهبردهای نامناسبی در تصمیم گیری همچون پرهیز، طفره رفتن و بهانه تراشی به کار می برند (۳۱). یکی از مهمترین ویژگی های افراد دارای این سبک، سطح پایین پردازش داده ها و حل مسئله است (۲۸).

در مقایسه با افراد عادی، افراد مبتلا به آلرژی پوستی بیشتر از طرحواره های هیجانی سرزنش، تلاش برای منطقی بودن و توافق، و کمتر از تایید طلبی از دیگران و قابل درک بودن استفاده می کنند. این افراد به دلیل طرحواره ی هیجانی قابل درک بودن پایین تری که نسبت به افراد سالم دارند، مدام به دنبال منشاء هیجانی که تجربه می کنند هستند و چون طرحواره ی هیجانی تایید طلبی از دیگران پایین تری نیز دارند، احساس می کنند که دیگران حس و هیجانات آنان را آن طور که خود فرد تجربه می کند درک نمی کنند و چنین افکاری موجب می شود که از هیجاناتشان بترسند. در نتیجه این افراد از طرحواره های هیجانی سرزنش، تلاش برای منطقی بودن و توافق برای کاهش ترس و اضطراب به وجود آمده بهره می گیرند. در واقع فرد از طریق پیدا کردن یک دلیل موجه برای هیجانی که تجربه می کند مانند سرزنش کردن دیگران کمک می کند تا مورد سرزنش واقع نشود، به طور فعالانه در تلاش است که مسائل را با دید بیش از حد منطقی و عقلانی ببیند و آن را جایگزین هیجانی و احساسی برخورد کردن با مسائل کند، و باور داشته باشند که احساسات دیگران با احساسات آن ها مشابه است. در مقایسه با افراد عادی، افراد مبتلا به آلرژی تنفسی بیشتر از طرحواره های هیجانی نشخوار ذهنی، ذهن آگاهی هیجانی و توافق، و کمتر از تایید طلبی از دیگران استفاده می کنند. طرحواره ی هیجانی ذهن آگاهی به فرد این امکان را می دهد که هیجاناتی که تجربه می کند را بشناسد. بنابراین افراد مبتلا به آلرژی تنفسی به هیجانات خود آگاه هستند اما نکته ی قابل توجه این است که میانگین طرحواره ی هیجانی نشخوار ذهنی این افراد نیز از میانگین افراد سالم بالاتر است. در واقع بیمار باور دارد با نشخوار ذهنی می تواند علت هیجان ناخوشایند خود را پیدا کند. از نظر این افراد هیجاناتی که تجربه می کنند مورد تایید دیگران قرار نمی گیرد زیرا معتقدند دیگران احساس آنان را درک نمی کنند چرا که آن حس را تجربه نکرده اند. در مقایسه با افراد عادی، افراد مبتلا به آلرژی غذایی بیشتر از طرحواره ی هیجانی سرزنش استفاده می کنند و در طرحواره های هیجانی دیگر تفاوت معناداری را نشان نمی دهند. این افراد محیط و افراد را سرزنش می کنند اما مدل طرحواره های هیجانی رابرت لیهی استفاده از این روش را راه مناسبی برای کاهش اضطراب نمی داند.

در ادامه به محدودیت های پژوهش اشاره می شود: ۱- پژوهش حاضر پیشینه تحقیقاتی کافی در اختیار ندارد. ۲- روش نمونه گیری این پژوهش از نوع هدفمند بوده است. ۳- اطلاعات و داده ها از طریق خود گزارش دهی آزمودنی ها و به وسیله پرسشنامه جمع آوری شد که این شیوه علی رغم این که در زمان کوتاه بیشترین اطلاعات را به دست می دهد اما همیشه تحت تاثیر عوامل متعدد تاثیرگذار و برخی سوگیری ها می باشد. پژوهش حاضر پیشنهادهای زیر را برای پژوهشگرانی که علاقمند به ادامه این موضوع هستند در بر دارد: ۱- استفاده از ابزارهای دیگر غیر از پرسشنامه (مثل مصاحبه) تا با اطمینان بیشتری بتوان در مورد نتایج بدست آمده قضاوت کرد. ۲- استفاده از نمونه بزرگتر برای تعمیم دهی با اطمینان بالاتر. ۳- استفاده از روش نمونه گیری تصادفی برای تعمیم دهی با اطمینان بالاتر.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در مطالعه حاضر فرم های رضایت نامه آگاهانه توسط تمامی آزمودنی ها تکمیل شد.

حامی مالی

هزینه های مطالعه حاضر توسط نویسندگان مقاله تامین شد.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان به یک اندازه در نوشتن و تجدید نظر این مقاله شرکت داشتند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد گروه روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد واحد شیراز می باشد. از جناب آقای دکتر هدایت اکبری (فوق تخصص آلرژی و ایمونولوژی) و تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش قدردانی می شود.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

در مقایسه ی افراد سالم و افراد مبتلا به آلرژی در سبک های دفاعی، افراد مبتلا به آلرژی پوستی از سبک دفاعی رشد نیافته و افراد مبتلا به آلرژی غذایی بیشتر از سبک های دفاعی رشد نیافته و روان آزرده استفاده می کنند. هرچه 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 (۳۲). سبک های دفاعی به منظور کاهش اضطراب به کار می روند و سبک های دفاعی رشد نیافته و روان آزرده در کاهش اضطراب در طولانی مدت موفق نیستند و خود ممکن است اضطراب نیز ایجاد کنند. همین امر باعث تشدید اضطراب در فرد می گردد.

به صورت خلاصه می توان نتیجه گرفت که افراد مبتلا به آلرژی پوستی تاکید بر منطقی بون هرچه بیشتر مسائل دارند و برای مواجه نشدن با هیجانات ناخوشایندی که تجربه می کنند، تلاش می کنند که آن ها را با روش های گوناگون نه چندان کارآمد کاهش دهند.

افراد مبتلا به آلرژی تنفسی تمرکز زیادی بر اتفاقات اطراف و هیجان هایی که تجربه می کنند دارند طوری که بیشتر به نظر می رسد سعی در جلوگیری از به وجود آمدن اشتباه دارند.

افراد مبتلا به آلرژی غذایی از روش های ناپخته ای به منظور کاهش سطح اضطراب خود بهره می برند. شاید بتوان دلیل شیوع بالای آلرژی غذایی در کودکان را با نابالغانه بودن شیوهی برخورد با مشکلات مرتبط دانست.

افراد مبتلا به آلرژی برای کاهش اضطراب ناشی از مشکلات زندگی، به جای مقابله مستقیم با مسائل، بر روی هیجانات خود متمرکز هستند و بیشتر سعی در تحریف های ناپجا و نادیده گرفتن هیجان هایی که تجربه می کنند دارند. این یافته ها به راهبردهای مقابله ای هیجان مدار نزدیک است و همان طور که مشاهده می شود، مجیدی، دانش و مشهدی فراهانی (۱۳۹۴) (۷)؛ سلیمی ترکمانی، بیرشک، غرابی، نقشین و فیروزی (۱۳۹۱) (۸)؛ درسخوان و وزیری (۱۳۹۵) (۹)؛ عباسقلی زاده قانع، خسروی و عامری (۱۳۹۳) (۱۰)؛ سبحانی شهیمیرزادی، میرزاییان و منصور (۱۳۹۲) (۱۱)، در پژوهش های خود به یافته های همسو با یافته های مرتبط با این پژوهش در زمینه های مرتبط با آلرژی پوستی، تنفسی و غذایی دست یافتند. همین امر موجب باقی ماندن مشکلات و ایجاد اضطراب به صورت طولانی تری می شود که خود باعث تشدید یا بروز علائم آلرژی می شود.

Test in Bushehr Province. Iranian South Medical Journal. 20(1): 46-56.

- He, S. H.; Zhang, H. Y.; Zeng, X. N.; Chen, D. and Yang, P. C. (2013). Mast cells and basophils are essential for allergies: mechanisms of allergic inflammation and a proposed procedure for diagnosis. Acta Pharmacologica Sinica. 34, 1270-1283.

References

- Levenson JL. Essentials of Psychosomatic Medicine. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2006. [Sep]
- Keshvari, S., Shirvani, A., Tahmasebi, R., Omrani, AM. & Farrokhi, Sh. (2015). Association Between Allergic Diseases and Food Allergens Based on Skin Prick

4. Asarzadegan, Mohammad Ali and Shakornia, Abdolhossein (1391). Frequency of food allergies in students studying at Ahvaz University of Medical Sciences and Shahid Chamran based on a questionnaire. *Gentashapir Scientific-Research Quarterly*. 3 (1): 256-248.
5. fouladseresht Hamed; Safiri, Saeed; Moghaddasi Amiri, Mohammad; Razeghi, Mohammad Sadegh and Bazargan, Nasrin (1393). Prevalence of food and inhaled allergens in patients with allergies in Kerman. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 18 (4): 241-234.
6. Rajkani, J., Solarikova, P. and Brezina, I. (2018). Allergy and high trait anxiety are related to increases in heart rate variability: results of naturalistic long-term design study. *European Annals of Allergy and Clinical Immunology*. 5:37.
7. Majidi, Nahid; Danesh, Esmat and Mashhadi Farahani, Malekeh (2015), The relationship between anxiety, coping strategies with stress and quality of life with the severity of asthma, *International Conference on Psychology and Culture of Life*. Istanbul, Mobin Cultural Ambassadors Institute.
8. Salimi Turkmani, Maryam, Birshak, Behrooz, Gharaei, Banafsheh, Naghshin, Roozbeh and Firoozi, Sepideh (2012). The relationship between coping strategies and disease severity, depression, anxiety and quality of life in patients with asthma, *4th International Psychosomatic Congress*.
9. Darskhan, M., Vaziri, S. Discriminant analysis of rumination, pathological anxiety and cognitive emotional regulation strategies based on positive and negative affectivity levels. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 2016; 11(42): 47-56
10. Abbasgholizadeh, Mona, Khosravi, Zohreh and Ameri, Farideh (1393). Comparison of early maladaptive schemas and their parental roots and coping styles in people with type 1 diabetes and people with psoriasis and healthy people. *Journal of Clinical Psychology Studies Special Program*. 15 (18): 23-74.
11. Sobhani Shahmirzadi, M., Mirzaeian, B. & Mansoori, M. (2013). Comparison of attachment styles and coping strategies in irritable bowel syndrome and healthy female students. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 15(2): 54-59.
12. Mahmoud Alilou, M., Khanjani, Z. & Bayat, A. (2016). Comparing the Coping Strategies and Emotion Regulation of Students with Symptoms of Anxiety-Related Emotional Disorders and Normal Group. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 3(1): 41-51.
13. Wiebe, S.A, Johnson, S.M. (2016). A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Family Process*, 55(3): 390-407.
14. Batmaz, Sedat; Ulusoy Kaymak, Semra; Kocbiyik, Sibel and Turkcapar, Mehmet Hakan. (2014). Metacognitions and Emotional Schemas: A new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar Depression. *Comprehensive psychiatry*. 55(7): 1546-1555.
15. Suh, J.W., Lee, H.J., Yoo, N., Min, H., Seo, D.G., & Choi, K.H. (2019). A brief version of the Leahy emotional schema scale: A validation study. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(1): 38-54.
16. Erfan, A., Noorbala, A. A., Afshar, H. and Adibi, P. (2017). Emotional Schemas of Patients with Irritable Bowel Syndrome and their Relationship to psychological Symptoms. *International Journal of Body, Mind & Culture*. 36 (1): 36-45.
17. Mohebi, M. D., Ayubi, E., Azmoodeh, A., & Sargolzaie, N. (2018). The relationship between identity styles and addiction vulnerability: A cross-sectional study among medical students in Zahedan, South Eastern Iran. *Psychiatry Research*, 268, 184-188.
18. Bosch, L. A., & Card, N. A. (2012). A meta-analytic review of Berzonsky's Identity Style Inventory (ISI). *Journal of Adolescence*, 35(2), 333-343.
19. Ganji, Mehdi. (2014). *Psychopathology DSM-5*. Tehran: Savalan.
20. Corey, Gerald, (2017). *Theory and application of counseling and psychotherapy*. Translation: Yahya

- Seyed Mohammadi. (Ninth edition). Arasbaran Publications, Tehran.
21. Carvalho L. F, Reis A. M, Pianowski G. (2019). Investigating Correlations Between Defense Mechanisms and Pathological Personality Characteristics. *Revista Colombiana de Psiquiatria (English ed.)*. 48 (4): 232-243.
 22. Mohammad Khani, Shahram; Soleimani, Hamideh and Seyed Ali Naghi, Seyed Ahmad (4), The Role of Emotional Schemas in the Resilience of "People with HIV", *Journal of Knowledge and Health*, 1 (2): 1-4. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=234461>
 23. Khanzadeh, Mustafa; Idrisi, Forough; Mohammad Khani, Shahram and Saeidian, Mohsen (4). Investigating the factor structure and psychometric properties of the Emotional Schemas Scale on students. *Quarterly Journal of Clinical Psychology*, 4 (2): 1-4.
 24. Ghazanfari A. A Study of the Reliability and validity of Identity Styles Questionnaire (ISI-6G). *Stud. Psych.* 2004; 5 (1): 81-94.
 25. 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.
 26. Yilmaz N, Gençöz T, Ak M. [Psychometric properties of the defense style questionnaire: a reliability and validity study]. *Turk Psikiyatri Dergisi = Turkish Journal of Psychiatry*. 2007 ;18(3):244-253. PMID: 17853979.
 27. Heidari Nasab, Leila and Sha'iri, Mohammad Reza (2011). Factor construction of Defense Styles Questionnaire (DSQ-40) in Iranian non-clinical samples. *New Psychological Research (University of Tabriz)*. 6 (21): 77-97.
 28. Soenens, B., Duriez, B. And Goossens, L. . (2005) Social-psychological profiles of Identity Styles: Attitudinal and social-cognitive correlates on late adolescence. *Journal of Adolescence*. 28(1): 107-125.
 29. Berzonsky, M. D Identity Style and Well-Bing: does commitment matter? (2003). *Identity: An International Journal of Theory and Research*. 3(2): 131-142.
 30. Afshari, Ali and Rezaei. Rasoul (1397). Predicting feelings of social isolation based on emotional schemas, identity styles and early maladaptive schemas in students. *Knowledge and research in applied psychology*. 19 (1): 61-69.
 31. Kerpelman, J. L., Pittman, J. F., Saint-Eloi Cadely, H., Tuggle, F. J., Harrell-Levy, M. K., & Adler-Baeder, F. M. (2012). Identity and intimacy during adolescence: connections among identity styles, romantic attachment and identity commitment. *Journal of adolescence*, 35(6), 1427-1439.
 32. Brad, B. (2004). Psychological Defense Mechanisms: a new perspective. *American Journal of Psychoanalysis*. 64(1): 1-26.

