

## مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های دفاعی در دختران دانشجو مبتلا به اختلال خوردن اجتنابی یا محدود کننده

نگین حبیبی<sup>۱\*</sup>، روژین بهرامی<sup>۲</sup>

### چکیده

**مقدمه:** چاقی و اضافه وزن، ناشی از سبک زندگی ناسالم‌اند و به همین دلیل، مردم علاقه زیادی به دنبال کردن سبک زندگی سالم پیدا کرده‌اند. یکی از نتایج این علاقه، تمایل افراد به انواع رژیم‌های تغذیه‌ای است؛ که گاهی با بیماری و اختلالات خوردن ارتباط تنگاتنگی دارد و عوامل گوناگونی همانند کمال‌گرایی، ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های دفاعی و نارضایتی بدنی، می‌توانند در ایجاد، شدت و نوع اختلال خوردن مؤثر باشد. لذا این پژوهش با هدف، مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های دفاعی در دختران دانشجو دارای مبتلا به اختلال خوردن اجتنابی یا محدودکننده انجام شد.

**روش پژوهش:** در این مطالعه علی مقایسه‌ای تعداد ۶۲ دانشجو در پاییز ۱۴۰۳ از میان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان که طبق اظهارات خود به اختلال خوردن اجتنابی یا محدودکننده مبتلا بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و تعداد ۶۲ نفر از دانشجویان که از رژیم خاصی تبعیت نمی‌کردند و از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی تا حد امکان با گروه مورد بررسی هم‌تا بودند به عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند. از هر دو گروه خواسته شد تا به پرسشنامه شخصیتی آیزنک و پرسشنامه سبک‌های دفاعی آندروز پاسخ دهند. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد، میانگین نمرات دانشجویان مبتلا به اختلال خوردن اجتنابی یا محدودکننده، نسبت به دیگر گروه دانشجویان در متغیرهای سبک‌های دفاعی رشد نیافته، روان‌آزردگی و ویژگی‌های شخصیتی روان‌رنجوری و برون‌گرایی بالاتر بوده است و در متغیر سبک‌های دفاعی رشد یافته نمرات کمتری گرفتند.

**نتیجه‌گیری:** براساس نتایج این پژوهش می‌توان گفت، بین دانشجویان مبتلا به اختلال خوردن اجتنابی یا محدودکننده و سایر دانشجویان در سبک‌های دفاعی و ویژگی‌های شخصیتی تفاوت معنادار وجود دارد.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال خوردن، اختلال خوردن اجتنابی یا محدودکننده، سبک‌های دفاعی، ویژگی‌های شخصیتی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱/۱۶ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۴/۲/۲۹

**استناد:** حبیبی فر نگین، بهرامی فر روژین. مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های دفاعی در دختران دانشجو مبتلا به اختلال خوردن اجتنابی یا محدودکننده، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۴؛ ۱۵(۱): ۹۴-۱۰۵

۱ (نویسنده مسئول)، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران.

[Negin.habibi2011@gmail.com](mailto:Negin.habibi2011@gmail.com)

۲ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران. [bahramirojin120@gmail.com](mailto:bahramirojin120@gmail.com)

**مقدمه:**

اختلالات خوردن یکی از اختلالات شایع روان‌تنی به شمار می‌روند که مشکلات فراوانی در سلامت جسمانی و عملکرد روانی را باعث می‌شوند و همچنین، کیفیت زندگی فرد مبتلا را مختل و باعث مرگ و میر می‌شوند (۱) و می‌توانند با تغییر الگوی غذایی و دریافت نامطلوب مواد مغذی باعث ایجاد اختلالات مرتبط با تغذیه شوند و سلامتی فرد را تهدید کنند (۲). اختلالات خوردن، با رفتارهایی از جمله کاهش خوردن، روزه داری، زیاد خوردن و خوردن همراه با استفراغ و استفاده از داروهای ضد یبوست و ادرار آور مشخص می‌شود (۳). این اختلالات همچنین، می‌توانند منجر به سوء تغذیه، پوکی استخوان، آموره، بیماری‌های قلبی-عروقی و افسردگی شوند (۴). اشکال بالینی این اختلالات بی‌اشتهایی روانی و پرخوری روانی است (۵) که در جامعه امروزه با توجه به فرهنگ و آموزه‌های مطبوعات بی‌اشتهایی عصبی رواج بیشتری یافته است (۶).

اختلال اجتناب / محدودیت غذا<sup>۱</sup> که در طبقه‌بندی اختلالات آسیب شناسی انجمن روانشناسی آمریکا ویرایش پنجم<sup>۲</sup> بعنوان معیار تشخیصی جدیدی اضافه شده است (۷)، در این اختلال، فرد از غذا خوردن اجتناب می‌ورزد یا مقدار غذای خود را آنقدر محدود می‌کند که نیازهای غذایی برطرف نمی‌شوند و در نتیجه مقدار زیادی از وزن و انرژی خود را از دست می‌دهد (۸). این اختلال هنگامی رخ می‌دهد که افراد از غذا خوردن امتناع می‌کنند و صرفاً برای این که حرف خود را به کرسی بنشانند یا به چیزی که می‌خواهند دست یابند (۹). افراد مبتلا به این اختلال به علت گزینشی خوردن، سخت‌گیری و بد غذایی یا عادات غذایی محدودکننده به شدت آسیب می‌بینند (۱۰). امتناع از غذا در حالت عادی، به ندرت روی می‌دهد و ممکن است برای سلامت کودک خطر داشته باشد اما نه مانند اختلال اجتناب / محدودیت غذا (۱۱). این اختلال، یک رفتار عمدی برای کنترل شرایط است که با استرس، اضطراب، یا افسردگی نیز مرتبط است (۱۲). معیارهای طبقه بندی روانشناسی آمریکا ویرایش پنجم برای اختلال اجتناب/محدودیت غذا عبارت است از: مختل شدن خورد و خوراک (خوراندن)، مثلاً، بی‌علاقگی ظاهری به خوردن یا غذا؛ امتناع از خوردن به علت ویژگی حسی غذا و نگرانی درباره پیامدهای منفی خوردن که با عدم تامین نیازهای بدن به مواد مغذی و یا انرژی به طور دائم که با کاهش وزن شدید، سوتغذیه قابل توجه، وابستگی به تغذیه روده‌ای (وریدی) یا خوردن مکمل‌های غذایی، اختلال شدید در عملکرد روانی اجتماعی (۱۳)؛ این اختلال را نمی‌توان به کمبود غذای قابل مصرف یا آداب و رسوم فرهنگی اجتماعی که خوردن بعضی غذاها را نفی می‌کنند نسبت داد (۱۴).

و عوامل گوناگونی همانند کمال‌گرایی، سبک‌های دفاعی، ویژگی‌های شخصیتی و نارضایتی بدنی می‌توانند در ایجاد، شدت و نوع اختلال خوردن مؤثر باشد.

مکانیزم‌های دفاعی، فرایندهای تنظیم کننده 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 (۱۵) و راهی برای سازش با ناخوشایندی ذاتی وضعیت انسان بودن و تعارضی که به بار می‌آورد، نیاز داریم، به طوری که مغلوب نشویم (۱۶).

روش‌هایی که ما برای سازش به کار می‌بندیم، دفاع نامیده می‌شوند (۱۷). ما به منظور مدیریت چالش‌های سازش با خوشایندی غیرقابل اجتناب انسان بودن، دفاع‌هایمان را از همان اوایل زندگی شکل می‌دهیم (۱۸).

<sup>۱</sup> Avoidant restrictive food intake disorder

<sup>۲</sup> American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 edition

فریود برای اولین بار در سال ۱۹۲۶، مفهوم مکانیزم‌های دفاعی را ابداع کرد (۱۹) و دخترش آنا فریود این مفهوم را اصلاح کرد و سازمان داد. نخستین مطالعه جامع و منظم در مورد مکانیزم‌های دفاعی در سال ۱۹۳۶ توسط آنا فریود در کتاب "ایگو و مکانیزم‌های دفاعی" معرفی گردید (۲۰). گرچه مکانیزم‌های دفاعی بهنجار هستند و همه از آنها استفاده می‌کنند، اما اگر به صورت افراطی به کار روند، به رفتار وسواسی، مکرر، و روان‌رنجور می‌انجامند (۲۱). در نظام روان‌تحلیل‌گری هر اختلال روانی با مکانیزم‌های دفاعی غیرانطباقی مشخصی همراه است (۲۲) و دفاعها نقش مهمی در سلامت روانی افراد ایفا می‌کنند (۲۳).

فریود سبک دفاعی شخصی، یعنی فراوانی استفاده از مکانیزم‌های دفاعی در مقایسه با دیگران را متغیر اصلی برای شناخت شخصیت، آسیب‌شناسی و میزان سازش‌یافتگی میدانست. فرضیه‌ای که بر اساس یافته‌های پژوهشی بسیار مورد تایید قرار گرفته است (۲۴). شواهد تجربی نشان داده است که مکانیزم‌ها و سبک‌های دفاعی را می‌توان بر حسب سلسله‌مراتبی از سازش‌یافتگی تنظیم کرد (۲۵). مکانیزم‌ها و سبک‌های سازش‌نیافته با بسیاری از شاخص‌های منفی سلامت مانند اختلال شخصیت و افسردگی مرتبط هستند (۲۶). براساس طبقه‌بندی سلسله‌مراتبی وایلنت در مورد مکانیزم‌های دفاعی، ۲۰ مکانیزم را به سه سبک دفاعی، رشدیافته، رشدنیافته و روان‌آزده، تقسیم کرده‌اند. مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته به منظور شیوه‌های مواجهه انطباقی، بهنجار و کارآمد محسوب می‌شوند، در حالی که مکانیزم‌های دفاعی روان‌آزده و رشد نیافته، شیوه‌های مواجهه‌های غیر انطباقی و ناکارآمد هستند (۲۷).

ویژگی مکانیزم‌های دفاعی عبارتند از: من، برای رهایی از اضطراب ناشی از عدم تامین نیازهای نهاد، که برآورده سازی آنها مجازات و تنبیه از سوی جامعه و وجدان را بدنبال دارد، به یک سری مکانیزم‌های دفاعی متوسل میگردد. خصوصیات مشترک تمام این مکانیزم‌های دفاعی شامل: اغلب اوقات بطور ناخودآگاه اعمال میگردند. معمولاً با تحریف، انکار و تبدیل واقعیت توأم بوده و موجب خود فریبی میگردند. قدرت سازگاری داشته و باعث تطابق بهتر فرد با عوامل نامساعد می‌شوند. استفاده مفرط از آنها نشانه ناسازگاری شخصیت است (۲۸). مکانیزم‌های دفاعی توسط تمامی انسان‌ها استفاده می‌شود و با میانه روی در استفاده از آن می‌توان بطور موقت یک موقعیت سخت و فشارزا را تحمل کرد. استفاده از مکانیزم‌های دفاعی فقط وقتی حاکمی از سوء سازگاری است که بطور مداوم و همیشگی استفاده شوند و فرد از روشهای مشکل داور منطقی استفاده ننماید (۲۹).

پژوهش‌ها نشان دادند که بین مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته و روان‌آزده رابطه وجود دارد (۳۰) و از طرف دیگر متغیرهای روانشناختی که در گرایش بزرگسالی به استفاده از مکانیزم دفاعی نقش بسزایی داشته باشند ویژگی‌های شخصیتی هستند. نظریه بیماری‌پذیری استرس نشان داد که چگونه تفاوتهای شخصیتی، انگیزشی و عوامل محیطی در شخصیت دخیل هستند لذا با توجه به اینکه پژوهشی در ایران و خارج از کشور یافت نشد که مکانیزم‌های دفاعی را در شخصیت‌های مختلف مقایسه کند لذا پژوهش حاضر با هدف، مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های دفاعی در دختران دانشجو مبتلا به اختلال خوردن اجتنابی یا محدودکننده و دختران بدون تبعیت از رژیم صورت گرفت.

### روش پژوهش:

روش انجام این پژوهش توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری مشتمل بر کلیه دانشجویان مشغول تحصیل در پاییز ۱۴۰۳ دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان بود که از بین آنها، تعداد ۶۲ دانشجو که طبق اظهارات خود، مبتلا به اختلال خوردن اجتنابی

یا محدودکننده، بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و تعداد ۶۲ نفر از دانشجویان که از رژیم خاصی تبعیت نمی‌کردند و از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی تا حد امکان با گروه مورد بررسی هم‌تا بودند به عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند.

ابزارهای سنجش عبارت بود از؛ پرسشنامه شخصیتی آیزنک<sup>۱</sup> (۱۹۷۵): برای سنجش برخی از جنبه‌های شخصیت ساخته شده است. دو نوع آزمون شخصیتی از آیزنک ارائه شده است، یکی مخصوص کودکان ۷ تا ۱۵ سال و دیگری برای سنین ۱۶ سال به بالا تنظیم شده است که در پژوهش حاضر از فرم اخیر استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۹۰ سوال بلی و خیر می‌باشد. به منظور تعیین اعتبار و روایی این پرسشنامه، آیزنک آن را روی گروه واحد در دو زمان مختلف اجرا کرد و روایی و اعتبار آن رابه دست آورد. ضریب اعتبار درونی (آلفای کرونباخ) برای مردان در بعد روان پریشی  $r = 0/78$ ، برون‌گرایی  $r = 0/90$ ، بعد روان‌رنجوری  $r = 0/88$  و برای زنان به ترتیب  $r = 0/76$ ،  $r = 0/85$  و  $r = 0/85$  به دست آمده است (۳۰). در نمونه ایرانی اعتبار با روش بازآزمایی فاصله دو ماه به شرح زیر گزارش شده است: روان پریشی  $r = 0/72$ ، برون‌گرایی  $r = 0/92$  و روان رنجوری  $r = 0/89$  به دست آمد (۳۱).

پرسشنامه سبک‌های دفاعی<sup>۲</sup> آندروز (۱۹۹۳): پرسشنامه سبک‌های دفاعی یک ابزار ۴۰ سوالی است که در مقیاس لیکرت ۹ درجه ای از (کاملاً مخالف ۱ تا کاملاً موافق ۹) نمره گذاری می‌شود که ۲۰ مکانیسم دفاعی را بر حسب سه سبک دفاعی رشد یافته، روان آزاده و رشد نایافته می‌سنجد (۳۲). پرسشنامه

سبک‌های دفاعی در ایران توسط حیدری نسب (۳۳) مورد بررسی و هنجاریابی قرار گرفته است و برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۴ به دست آمد که نشانه همسانی درونی رضایت بخش برای فرم ایرانی پرسشنامه سبک‌های دفاعی است.

جهت تجزیه و تحلیل یافته‌ها از آزمون t گروه‌های مستقل (مقایسه میانگین) با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد.

### یافته‌ها :

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها

| گروه‌ها           | متغیرها | میانگین | انحراف استاندارد | تعداد |
|-------------------|---------|---------|------------------|-------|
| رشد نایافته       | ARFID   | ۱۰۸/۷۴  | ۲۹/۳۱            | ۲۲۰   |
|                   | عادی    | ۷۸/۳۵   | ۲۸/۰۹            | ۲۲۰   |
| مکانیزم‌های دفاعی | ARFID   | ۷۳/۱۵   | ۲۰/۱۳            | ۲۲۰   |
|                   | عادی    | ۹۵/۰۸   | ۲۴/۲۴            | ۲۲۰   |
| روان آزاده        | ARFID   | ۱۴۶/۱۲  | ۲۴/۷۵            | ۲۲۰   |

<sup>۱</sup> Eysenk Personality Questionnaire

<sup>۲</sup> defense style questionnaire

|     |       |       |       |            |          |
|-----|-------|-------|-------|------------|----------|
| ۲۲۰ | ۲۰/۷۹ | ۷۴/۰۱ | عادی  |            |          |
| ۲۲۰ | ۳/۵۴  | ۱۷/۰۰ | ARFID | روان       |          |
| ۲۲۰ | ۴/۴۴  | ۱۲/۰۷ | عادی  | گسستگی     |          |
| ۲۲۰ | ۵/۶۹  | ۲۱/۱۹ | ARFID | روان       | ویژگیهای |
| ۲۲۰ | ۳/۸۹  | ۹/۲۷  | عادی  | رنجوری     | شخصیتی   |
| ۲۲۰ | ۵/۵۷  | ۱۹/۱۹ | ARFID | برون گرایی |          |
| ۲۲۰ | ۴/۶۶  | ۲۳/۲۴ | عادی  |            |          |

به منظور مقایسه مکانیسم‌های دفاعی و ویژگیهای شخصیتی در مبتلایان به ARFID و افراد عادی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. یکی از پیش‌شرط‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطا است. نتایج آزمون لون حکایت از برابری واریانس‌ها داشت. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری حکایت از تفاوت معنادار داشت ( $P < 0/01$ ,  $F = 7/25$ ,  $F = 0/78$  = لامبدای ویلکز).

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس جهت مقایسه مکانیسم‌های دفاعی و ویژگی‌های شخصیتی در دو گروه

| متغیره     | مجموع‌مجدو | درجه  | میانگین‌مجدو | آماره | معنادار |
|------------|------------|-------|--------------|-------|---------|
| ۱          | رات        | آزادی | رات          | F     | ی       |
| مکانیزم    | ۳۸۷/۸۷     | ۱     | ۳۸۷/۸۷       | ۵/۸۷  | ۰/۰۸۹   |
| دفاعی      | ۱۳۵/۰۹     | ۱     | ۱۳۵/۰۹       | ۴/۸۴  | ۰/۰۶۵   |
| روان‌آزرده | ۳۷۵/۱۸     | ۱     | ۳۷۵/۱۸       | ۵/۷۹  | ۰/۰۹۱   |
| ویژگیها    | ۸۹/۲۴      | ۱     | ۸۹/۲۴        | ۶/۹۴  | ۰/۰۵۶   |
| ی          | گسستگی     |       |              |       |         |
| شخصی       | ۹۸/۸۷      | ۱     | ۹۸/۸۷        | ۷/۲۵  | ۰/۰۵۴   |
| تی         | رنجوری     |       |              |       |         |
| برون گرایی | ۷۶/۸۱      | ۱     | ۷۶/۸۱        | ۸/۲۹  | ۰/۰۶۷   |

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین دو گروه مورد مطالعه در تمام متغیرها تفاوت معنادار وجود دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری:

هدف از انجام پژوهش مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های دفاعی در دختران دانشجو دارای مبتلا به اختلال خوردن اجتنابی یا محدودکننده بود. نتایج پژوهش نشان داد مبتلایان به اختلال اجتناب/محدودیت غذا نسبت به افراد عادی بیشتر از مکانیزم‌های دفاعی رشدنا یافته و روان‌آزرده استفاده می‌کنند. مکانیزم‌های دفاعی ممکن است دارای نقش مهمی در آسیب‌شناسی و شکل‌گیری اختلالات گوناگون روانپزشکی داشته باشند. طبق نظریه‌های روان‌تحلیلی هر نوعی از آسیب‌شناسی روانی به وسیله استفاده از مکانیزم‌های دفاعی ناسازگارانه خاصی مشخص می‌شود.

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 (۲۵). مدل‌های روانکاوی، به عنوان نقطه شروع این طرح را در نظر میگیرند که ما دنیای درونی داریم که تاثیر قدرتمندی بر چگونگی فکر، احساس و رفتارمان دارد. دنیای درونی ما از احساسات، خاطرات، عقاید و خیالات تشکیل می‌شود (۲۶).

فروید (۳۴) سه سیستم یا سطح هوشیاری را مطرح کرد: خودآگاه، نیمه آگاه، ناخودآگاه. ذهن خودآگاه در سطح عمل می‌کند و در زیر آن ذهن نیمه آگاه قرار دارد که در آگاهی خودآگاه شما نیستند، عمق‌های متفاوتی از نیمه آگاه وجود دارد؛ دسترسی به بعضی مطالب نیمه‌آگاه بسیار آسان است. ناخودآگاه زیر نیمه آگاه قرار میگیرد و مخزن موضوعاتی ذهنی است که بسیار اضطراب‌آورتر از آنند که اجازه ورود به هوشیاری داشته باشند که شامل سائق‌های جنسی و خشونت‌بار، دفاع‌ها و برخی خاطرات و احساسات تشکیل می‌شود (۳۵).

از آنجائی که ما به منظور مدیریت چالش‌های سازش با خوشایندی غیرقابل اجتناب انسان بودن، دفاع‌هایمان را از همان اوایل زندگی شکل می‌دهیم (۳۶) در شکل‌گیری شخصیت نقش مهمی دارد و بر اساس رویکرد روان تحلیلگری افراد در مواجهه با تنیدگی از سبک‌های دفاعی مشخصی استفاده میکنند که این سبک‌ها بر اساس میزان پختگی به چهار گروه ناپخته (رشدنیافته)، روان آزاده، خودشیفته و پخته (رشد یافته) تقسیم می‌شوند (۳۷) و هریک از این سبک‌ها شامل مکانیزم‌های دفاعی ویژه ای هستند، و در افراد مبتلا به اختلال‌های روانی، سبک دفاعی رشدنیافته و غیرانطباقی و در جمعیت غیر بالینی سبک دفاعی به مراتب رشدیافته‌تر است. با توجه به روابط خانوادگی و روابط هیجانی بین فردی در خانواده‌ها و تاثیر پذیری و انتقال فشارهای عاطفی بر استفاده از مکانیزم‌های دفاعی تاثیر دارد (۳۸).

به طور کلی در افراد مبتلا به اختلال‌های روانی، سبک‌های دفاعی، رشدنیافته و غیرانطباقی بوده و سبک‌های دفاعی در جمعیت غیربالینی به مراتب رشدیافته‌تر است (۲۲). گرچه مکانیزم‌های دفاعی بهنجار هستند و همه از آنها استفاده می‌کنند، اما اگر به صورت افراطی به کار روند، به رفتار وسواسی، مکرر و روان رنجور می‌انجامند، چون برای به وجود آوردن و حفظ کردن مکانیزم‌های دفاعی باید انرژی صرف کنیم، هرچه بیشتر دفاعی باشیم، انرژی روانی کمتری برای ارضا کردن تکانه‌های نهاد باقی میگذاریم. البته این دقیقاً وظیفه خود است که مکانیزم‌های دفاعی را به وجود می‌آورد، زیرا باید از برخورد مستقیم با درخواست‌های غریزی و دفاع کردن از خودش در برابر اضطراب همراه با آنها، اجتناب کند (۳۹). مکانیزم‌های دفاعی، در حقیقت تحریف‌کننده واقعیت هستند و میزان تحریف در دفاع‌های رشد نیافته و روان آزاده بیشتر از دفاع‌های رشدیافته است و میزان تحریف شناخت با هوشیاری رابطه معکوس دارد بطوریکه هرچه میزان تحریف شناختی یک دفاع بیشتر باشد به میزان آن از هوشیاری کاسته می‌شود و تلاش کمتری جهت مقابله با تحریف شناختی انجام می‌شود (۴۰).

وایلنت (۴۱) معتقد است که مکانیزم‌های دفاعی به طور خودکار برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی از طریق تاثیر گذاری بر چگونگی ادراک حوادث تهدیدکننده عمل می‌کنند؛ وی معتقد است وقتی اطلاعات هیجانی و شناختی به درستی در فرایند پردازش، ادراک و ارزیابی نشوند، سازمان عواطف و شناخت‌های فرد عملکرد بهینه ای نخواهد داشت و در نتیجه احتمال استفاده از مکانیزم‌های رشد نیافته در شرایط استرس‌زا افزایش می‌یابد. از آنجائیکه، مکانیزم‌های دفاعی شناخت ما را از خود تغییر میدهد، از این رو مکانیزم‌های دفاعی ناپخته، مانعی برای درک واقعیت در افراد میشوند و امکان دفاع منطقی و موثر را از وی سلب میکنند و ظرفیت بینشی و خوداکتشافی فرد را کاهش میدهند، با این توصیف در این پژوهش مشخص شد که: بیشترین و کمترین درصد استفاده از مکانیزم‌های مربوط به مکانیزم دفاعی روان آزاده است که در واقع بیشتر از دو برابر نمره افراد عادی است. نتایج این پژوهش یا پژوهش نیکل وگل (۴۲) مبنی بر اینکه افراد با شخصیت‌های ناپخته از این مکانیزم دفاعی بیشتر استفاده میکنند.

دفاع‌های روان آزرده شامل، دیگر دوستی کاذب، تشکیل واکنشی، عقلانی سازی و ابطال است که در پژوهش جمیلیان و همکاران (۴۳) نشان داده شد افرادی که دچار رنج هیجانی و عدم رضایت از شخصیت خود هستند در مکانیزم تشکیل واکنشی و ابطال نمره بالایی را به دست می‌آورند.

نتایج این پژوهش نشان داد که مبتلایان به اختلال اجتناب/محدودیت غذا در سبک‌های دفاعی رشد یافته کمترین نمره را گرفته اند. در واقع، سبک‌های دفاعی رشد یافته با نقش حمایتی در عزت نفس بازی می کنند سبک‌های دفاعی رشد نیافته با تحریف بیش از حد و افراطی مانع از محافظت از انسجام خود میشوند (۲۸). دیگر نتایج این پژوهش نشان داد، افراد مبتلا به اختلال اجتناب/محدودیت غذا در مقیاس شخصیت روان رنجوری نمره بالایی به دست آوردند. همانطور که آیزنک (۳۰) در نظریه بیماری پذیری استرس خود نشان داد افرادی که در روان رنجوری نمرات بالاتری کسب میکنند به استرس‌های محیطی با واکنش‌های هیجانی شدیدتری و سطوح بالاتر انگیزختگی مغزی پاسخ میدهند؛ در واقع، آنها تحریک می شوند که در موقعیتهای استرسزا برای کاهش تنش و انگیزختگی خودکار از رفتارهای مخاطره آمیز استفاده کنند. به نظر میرسد افرادی که دارای سطوح بالای روان رنجوری هستند نسبت به دیگران کمتر قادر به کنترل تکانش‌های خود بوده و خیلی ضعیف‌تر از دیگران با استرس کنار می‌آیند، در نتیجه زمان مواجهه با مشکلات به جای پیدا کردن راه حل آن برای تنظیم حالات هیجانی خود و کاهش تنش ادراک شده، ممکن است به رفتارهای مخاطره آمیز روی آورند.

مطالعات نشان دادند، عامل روان رنجوری یا عصبیت شاخص بی‌ثباتی هیجانی است. احساساتی مانند ترس، غم، برانگیختگی، خشم و احساس گناه مبنای این مقیاس هستند. چون داشتن احساسات منفی اثرات مخربی بر سازگاری فرد دارد، بالا بودن نمره افراد در این عامل نشان دهنده وضعیت انطباقی ضعیف است، بویژه اگر فرد تحت فشار روانی شدید قرارگیرد. البته نمره بالا در این مقیاس لزوماً بیانگر اختلال روانی جدی نیست (۳۰). آیزنک معتقد است افرادی که در این مقیاس نمره بالایی کسب می کنند با صفاتی مانند عصبی، دمدمی، زودرنج، بی قرار، پرخاشگر، تحریک پذیر، افسرده، مضطرب، خجالتی، انعطاف ناپذیر و عزت نفس پای ین توصیف میشوند (۲۹). یافته‌های این پژوهش بیان کننده آن است که افراد مبتلا به اختلال اجتناب/محدودیت غذا به مکانیسم دفاعی روان آزرده در مقیاس روان رنجوری نمره بالایی گرفتند. نمونه تقریباً ناهمگن از نظر سنی همچنین شیوه نمونه گیری در دسترس که تعمیم پذیری نتایج را به گروه‌های دیگر با مشکل مواجه می‌سازد و چند علیتی بودن اختلال اجتناب/محدودیت غذا ممکن است غیر از عوامل درون فردی، عوامل بین فردی و اجتماعی نیز در شکل گیری آن سهیم باشند و در پژوهش حاضر به آنها پرداخته نشده است از محدودیت‌های این تحقیق است و بر این اساس پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که تحقیقات مشابه روی جوامع آماری گوناگون و با در نظر گرفتن سایر عوامل خطر ساز مهم در شخصیت انجام پذیرد و با توجه به این که بیشتر افراد اختلال اجتناب/محدودیت غذا در توانایی حل مسأله و مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف هستند، توصیه می‌شود که اقدامات لازم در زمینه آموزش این مسایل صورت پذیرد.

**تضاد منافع:** در این پژوهش هیچگونه تعارض منافعی در آن وجود ندارد و سهم نویسندگان به ترتیب اسامی آنها در مقاله ذکر شده است.

**تشکر و قدردانی:** از تمامی کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

## Reference:

1. Attia E, Walsh BT. Eating Disorders: A Review. JAMA. 2025 Apr 8;333(14):1242-1252. [doi: 10.1001/jama.2025.0132](https://doi.org/10.1001/jama.2025.0132). PMID: 40048192.
2. Mannan H, Touyz S, Hay P. Night eating and night eating syndrome: associations with dysfunctional eating behaviors, mental health and quality-of-life measures in Australian adults. *Eat Weight Disord*. 2025 Mar 13;30(1):24. [doi: 10.1007/s40519-025-01732-5](https://doi.org/10.1007/s40519-025-01732-5).
3. Aird CS, Reisinger BAA, Webb SN, Gleaves DH. Comparing social stigma of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder: A quantitative experimental study. *J Eat Disord*. 2025 Jan 27;13(1):15. [doi: 10.1186/s40337-025-01198-x](https://doi.org/10.1186/s40337-025-01198-x).
4. Gonidakis F. Eating disorders in the era of the COVID-19 pandemic. *Psychiatriki*. 2022 Dec 7; 33(4):267-270. Greek, Modern, English. [doi: 10.22365/jpsych.2022.096](https://doi.org/10.22365/jpsych.2022.096).
5. Lalonde-Bester S, Malik M, Masoumi R, Ng K, Sidhu S, Ghosh M, Vine D. Prevalence and Etiology of Eating Disorders in Polycystic Ovary Syndrome: A Scoping Review. *Adv Nutr*. 2024 Apr;15(4):100193. [doi: 10.1016/j.advnut.2024.100193](https://doi.org/10.1016/j.advnut.2024.100193).
6. Guaiana G, Meader N, Barbui C, Davies SJ, Furukawa TA, Imai H, Dias S, Caldwell DM, Koesters M, Tajika A, Bighelli I, Pompoli A, Cipriani A, Dawson S, Robertson L. Pharmacological treatments in panic disorder in adults: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 Nov 28;11(11):CD012729. [doi: 10.1002/14651858.CD012729.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012729.pub3)
7. Fonseca NKO, Curtarelli VD, Bertolotti J, Azevedo K, Cardinal TM, Moreira JD, Antunes LC. Avoidant restrictive food intake disorder: recent advances in neurobiology and treatment. *J Eat Disord*. 2024 Jun 7;12(1):74. [doi: 10.1186/s40337-024-01021-z](https://doi.org/10.1186/s40337-024-01021-z).
8. Menzel JE, Perry TR. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Review and Recent Advances. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2024 Jul;22(3):288-300. [doi: 10.1176/appi.focus.20240008](https://doi.org/10.1176/appi.focus.20240008).
9. Duffy F, Willmott E, Nimbley E, Lawton A, Sharpe H, Buchan K, Gillespie-Smith K. Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)-Looking beyond the eating disorder lens? *Eur Eat Disord Rev*. 2024 Jul;32(4):824-827. [doi: 10.1002/erv.3093](https://doi.org/10.1002/erv.3093).
10. Hamid S. 'Fussy eating' or avoidant/restrictive food intake disorder? *Br Dent J*. 2025 Feb;238(4):271-274. [doi: 10.1038/s41415-024-8268-9](https://doi.org/10.1038/s41415-024-8268-9).
11. Ramirez Z, Gunturu S. Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. 2024 May 1. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 38753906.
12. Nicholls-Clow R, Simmonds-Buckley M, Waller G. Avoidant/restrictive food intake disorder: Systematic review and meta-analysis demonstrating the impact of study quality on prevalence rates. *Clin Psychol Rev*. 2024 Dec;114:102502. [doi: 10.1016/j.cpr.2024.102502](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102502).
13. Tanner AB, Richmond TK. Assessing growth in children and adolescents with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *J Eat Disord*. 2024 Jun 14;12(1):82. [doi: 10.1186/s40337-024-01034-8](https://doi.org/10.1186/s40337-024-01034-8).
14. Schneider E, Schmidt R, Cryan JF, Hilbert A. A Role for the Microbiota-Gut-Brain Axis in Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: A New Conceptual Model. *Int J Eat Disord*. 2024 Dec;57(12):2321-2328. [doi: 10.1002/eat.24326](https://doi.org/10.1002/eat.24326).

15. Long JR, Damle LF. Adolescent Sexuality. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2024 Jun;51(2):299-310. [doi: 10.1016/j.ogc.2024.02.004](https://doi.org/10.1016/j.ogc.2024.02.004).
16. Shapiro D. On Psychodynamic Defense. *Psychiatry.* 2024 Fall;87(3):203-210. [doi: 10.1080/00332747.2024.2381256](https://doi.org/10.1080/00332747.2024.2381256).
17. Chessick RD. What hath freud wrought? Current confusion and controversies about the clinical practice of psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy. *Psychodyn Psychiatry.* 2014 Dec;42(4):553-83. [doi: 10.1521/pdps.2014.42.4.553](https://doi.org/10.1521/pdps.2014.42.4.553).
18. Corradi RB. Psychoanalytic Contributions to Psychodynamic Psychiatry and Psychotherapy: Freud's Structural Hypothesis. *Psychodyn Psychiatry.* 2023 Sep;51(3):254-260. [doi: 10.1521/pdps.2023.51.3.254](https://doi.org/10.1521/pdps.2023.51.3.254).
19. Busch FN, Auchincloss EL. The Role of Psychoeducation in Psychodynamic Psychotherapy. *Psychodyn Psychiatry.* 2018 Spring;46(1):145-163. [doi: 10.1521/pdps.2018.46.1.145](https://doi.org/10.1521/pdps.2018.46.1.145).
20. Leichsenring F, Leibing E. Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychol Psychother.* 2007 Jun;80(Pt 2):217-28. [doi: 10.1348/147608306X117394](https://doi.org/10.1348/147608306X117394).
21. Weinberg E, Mintz D. The Overall Diagnosis: Psychodynamic Psychiatry, Six-Minute Psychotherapy, and Patient-Centered Care. *Psychiatr Clin North Am.* 2018 Jun;41(2):263-275. [doi: 10.1016/j.psc.2018.01.008](https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.01.008).
22. Levy KN, Ehrenthal JC, Yeomans FE, Caligor E. The efficacy of psychotherapy: focus on psychodynamic psychotherapy as an example. *Psychodyn Psychiatry.* 2014 Sep;42(3):377-421. [doi: 10.1521/pdps.2014.42.3.377](https://doi.org/10.1521/pdps.2014.42.3.377).
23. Abend SM. Psychic conflict and the concept of defense. *Psychoanal Q.* 1981 Jan;50(1):67-76. [PMID: 7465708](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7465708/).
24. Maze JR, Henry RM. Problems in the concept of repression and proposals for their resolution. *Int J Psychoanal.* 1996 Dec;77 ( Pt 6):1085-100. [PMID: 9119578](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9119578/).
25. Tavoloni V, Garofani J, Di Giuseppe M, Juli G, Muzi L, Innamorati M, Nappa MR. Research in Defense Mechanisms: What Do We Stand? *Psychiatr Danub.* 2024 Sep;36(Suppl 2):20-26. [PMID: 39378447](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39378447/).
26. Ribadier A, Varescon I. Étude des styles défensifs, des défenses et des stratégies de coping au sein d'une population alcoolodépendante [Study of defense styles, defenses and coping strategies in alcohol-dependent population]. *Encephale.* 2017 May;43(3):223-228. French. [doi: 10.1016/j.encep.2016.06.003](https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.06.003).
27. Gori A, Topino E, Palazzeschi L, Di Fabio A. Which personality traits can mitigate the impact of the pandemic? Assessment of the relationship between personality traits and traumatic events in the COVID-19 pandemic as mediated by defense mechanisms. *PLoS One.* 2021 May 19;16(5):e0251984. [doi: 10.1371/journal.pone.0251984](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251984).
28. Waugaman RM. Psychodynamic Defense-And Defensive Therapists. *Psychiatry.* 2024 Fall;87(3):218-222. [doi: 10.1080/00332747.2024.2385087](https://doi.org/10.1080/00332747.2024.2385087).

29. Leonhardt A, Fuchs M, Sevecke K. Übersichtsarbeiten / Review Articles. Das Unbehagen am eigenen Geschlecht – Geschlechtsinkongruenz in der ICD-11 / Sexual Self in Disquiet – Gender Incongruence in ICD-11. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2024 Nov;73(8):737-752. German. [doi: 10.13109/prkk.2024.73.8.737](https://doi.org/10.13109/prkk.2024.73.8.737).
30. Eysenck HJ, Eysenck SBG. Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (adult and junior). London: Hodder & Stoughton; 1975. [www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=962039](http://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=962039)
31. Bakhshipour A, Bagharian Khorroosahi S. Psychometric properties of Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R) Short Scale. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the IPA*. 1385; 1(2): 3-12. <https://bjcp.ir/article-1-952-fa.pdf>
32. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Question; 1993.
33. Heidarinassab, L., Shaeiri, M. Factorial Structure of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40). *Journal of Modern Psychological Researches*, 2011; 6(21): 77-97. [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_4170.html?lang=en](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4170.html?lang=en)
34. Lantz SE, Kaur J, Ray S. Freud's Developmental Theory. 2025 Apr 26. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. [PMID: 32491458](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32491458/).
35. Sauerteig LD. Loss of innocence: Albert Moll, Sigmund Freud and the invention of childhood sexuality around 1900. *Med Hist*. 2012 Apr;56(2):156-83. [doi: 10.1017/mdh.2011.31](https://doi.org/10.1017/mdh.2011.31).
36. Huang Y, Trollor JN, Foley KR, Arnold SRC. "I've Spent My Whole Life Striving to Be Normal": Internalized Stigma and Perceived Impact of Diagnosis in Autistic Adults. *Autism Adulthood*. 2023 Dec 1;5(4):423-436. [doi: 10.1089/aut.2022.0066](https://doi.org/10.1089/aut.2022.0066).
37. Ryan R, Hill S. Qualitative evidence synthesis informing our understanding of people's perceptions and experiences of targeted digital communication. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Oct 23;10(10):ED000141. [doi: 10.1002/14651858.ED000141](https://doi.org/10.1002/14651858.ED000141).
38. O'Leary C, Ralphs R, Stevenson J, Smith A, Harrison J, Kiss Z, Armitage H. The effectiveness of abstinence-based and harm reduction-based interventions in reducing problematic substance use in adults who are experiencing homelessness in high income countries: A systematic review and meta-analysis: A systematic review. *Campbell Syst Rev*. 2024 Apr 21;20(2):e1396. [doi: 10.1002/cl2.1396](https://doi.org/10.1002/cl2.1396).
39. Mohd Tohit NF, Haque M. Forbidden Conversations: A Comprehensive Exploration of Taboos in Sexual and Reproductive Health. *Cureus*. 2024 Aug 12;16(8):e66723. [doi: 10.7759/cureus.66723](https://doi.org/10.7759/cureus.66723).
40. Horey D, Kealy M, Davey MA, Small R, Crowther CA. Interventions for supporting pregnant women's decision-making about mode of birth after a caesarean. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jul 30;2013(7):CD010041. [doi: 10.1002/14651858.CD010041.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010041.pub2).
41. Vaillant G E. Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers, Washington, DC, American Psychiatric Press 1999.
42. Nickel R, Egle UT. Psychological defense styles, childhood adversities and psychopathology in adulthood. *Child Abuse Negl*. 2006 Feb;30(2):157-70. [doi: 10.1016/j.chiabu.2005.08.016](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.08.016).

43. Jamilian HR, Zamani N, Darvishi M, Khansari MR. Study of defensive methods and mechanisms in developmental, emotional (internalization), and disruptive behavior (externalization) disorders. Glob J Health Sci. 2014 Sep 18;6(7 Spec No):109-15. [doi: 10.5539/gjhs.v6n7p109](https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n7p109). PMID: 25363187; PMCID: PMC4796512.