

## Comparison of Coping and Defensive Styles in Veterans with and without Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)

### ARTICLE INFO

#### Article Type

Descriptive Study

#### Authors

Shariati A.<sup>1</sup> MSc,  
Dehghani A.\* PhD

#### How to cite this article

Shariati A, Dehghani A. Comparison of Coping and Defensive Styles in Veterans with and without Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). *Iranian Journal of War & Public Health*. 2018;10(2):99-105.

### ABSTRACT

**Aims** One of the most important problems of people involved with the war is the Post-traumatic Stress Disorder (PTSD), which is associated with unpredictable or destructive consequences for the injured person, his or her family, and the community in which he or she lives. Therefore, the present study was conducted with the aim of comparing the coping and defense styles in veterans with and without PTSD.

**Instruments & Methods** In this causal-comparative descriptive study, in 2016, a number of 80 men, participated in the Iran-Iraq war, were selected from Najafabad, Iran by available sampling method; 40 of them suffered from PTSD and 40 had no disorder. The research tools were Coping Strategies Questionnaire (CSQ), Defense Styles Questionnaire (DSQ), and General Health Questionnaire (GHQ). The data were analyzed by SPSS 21 software, using multivariate analysis of variance (MANOVA).

**Findings** The mean scores in emotion-oriented coping style were significantly different in the two groups ( $p=0.006$ ). Also, the difference between mean scores in undeveloped defensive styles were significant in both groups ( $p=0.028$ ).

**Conclusion** Veterans with PTSD use emotion-oriented coping style and undeveloped defensive styles more than their peers in the control group.

**Keywords** Post-traumatic Stress Disorder; Coping Skills; Defensive Practice; Veterans

### CITATION LINKS

[1] Post Traumatic Stress ... [2] Psychopathology based on ... [3] Does EMDR reduce post-traumatic stress disorder symptomatology ... [4] Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral ... [5] Diagnostic and statistical manual of mental disorders ... [6] Key elements in couple's therapy with veterans with combat ... [7] Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic ... [8] Combat-related trauma as measured by ego developmental indices of defenses ... [9] Evaluating and improving the efficacy of conjoint couple ... [10] Distress in spouses of service members with ... [11] Comparative investigation of mental health status of spouse Manual for the ways of coping ... [12] Manual for the ways of coping ... [13] The relationship between coping styles and hardiness among ... [14] The effect of problem solving course on students stress ... [15] Stress resources of ... [16] Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for ... [17] Coping ways to post-traumatic stress disorder and chronic stress ... [18] Study of relationship between coping styles and mental ... [19] Life stressors and coping strategies in the re-emergence of post-traumatic ... [20] The role of locus of control and coping style in predicting longitudinal ... [21] Ego mechanisms of defense and personality ... [22] Emotional deficits and defensive ... [23] The mental health through psychodynamic ... [24] Effects of adult attachment and presence of romantic ... [25] Defense styles in intermittent explosive ... [26] Do defense mechanisms vary according to the ... [27] Relationship of post-traumatic stress disorder with psychological ... [28] Exploring the interrelationship between ... [29] Anxiety and stress ... [30] The Role of Research Methodology in ... [31] Coping and ... [32] Relationship between coping styles and ... [33] The comparison of personality characteristics ... [34] The defense style ... [35] Comparison of defense mechanisms of production ... [36] The validity of two version of the GHQ in the WHO ... [37] A user's guide to the general health ... [38] Reliability, validity and factor structure of the persian translation of general health questionnaire (GHQ-28) in hospitals of Kerman University of Medical ... [39] An investigation the relationship between post traumatic growth and attachment styles, stress ... [40] Mental disorders after burn injury ... [41] Psychological defense mechanisms ...

\*Department of Clinical Psychology  
Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

<sup>1</sup>Department of Clinical Psychology,  
Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

#### Correspondence

Address: Islamic Azad University, Najafabad Branch, Najafabad City, Isfahan, Iran. Postal Code: 8514143131  
Phone: +98 (31) 42291111  
Fax: -  
dehghani2016@phu.iaun.ac.ir

#### Article History

Received: September 14, 2017  
Accepted: January 8, 2018  
ePublished: April 10, 2018

## مقایسه سبک‌های مقابله‌ای و دفاعی رزمندگان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

عبدالله شریعتی MSc

گروه روان‌شناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

اکرم دهقانی PhD\*

گروه روان‌شناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

### چکیده

**اهداف:** از مهم‌ترین مشکلات برای افراد درگیر با جنگ، ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) است که با پیامدهای غیرقابل پیش‌بینی یا مخرب و بلندمدت برای فرد آسیب‌دیده، خانواده وی و اجتماعی که در آن زندگی می‌کند همراه است. سبک‌های مقابله با استرس در افراد و سبک‌های دفاعی از مواردی هستند که می‌توانند نقش موثری در ایجاد یا بازگشت علائم PTSD ایفا کنند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه سبک‌های مقابله‌ای و دفاعی رزمندگان دارای PTSD و فاقد آن اجرا شد.

**ابزار و روش‌ها:** در این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای در سال ۱۳۹۵، تعداد ۸۰ نفر از مردان شرکت‌کننده در جبهه‌های جنگ، در شهرستان نجف‌آباد با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، بدین صورت که ۴۰ نفر مبتلا به PTSD و ۴۰ نفر فاقد اختلال بودند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های راهبردهای مقابله‌ای (CSQ)، سبک‌های دفاعی (DSQ) و سلامت عمومی (GHQ) بود. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 21 و از طریق آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره صورت گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین نمرات در سبک مقابله‌ای هیجان‌محور در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت ( $P=0/006$ ). همچنین تفاوت بین میانگین نمرات در سبک‌های دفاعی رشدنیافته در دو گروه معنی‌دار بود ( $P=0/028$ ).

**نتیجه‌گیری:** رزمندگان دارای اختلال PTSD نسبت به رزمندگان بدون PTSD بیشتر از سبک مقابله‌ای هیجان‌محور و سبک دفاعی رشدنیافته استفاده می‌کنند.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال استرس پس از سانحه، مهارت‌های مقابله، سبک‌های دفاعی، جانبازان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۱۸

\*نویسنده مسئول: dehghani2016@phu.iaun.ac.ir

### مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) یکی از اختلالات روانی است که حجم زیاد مراجعه بیماران مبتلا به مراکز روان‌پزشکی (حدود ۸٪)، نشان‌دهنده اهمیت این بیماری است<sup>[1]</sup>. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم (DSM-5) "رویدادهای تروماتیک" یا "تروما" را مرگ، جراحت جدی، تجاوز جنسی یا تهدید جدی به تجربه کردن این رویدادها تعریف می‌کند<sup>[2]</sup>. از مهم‌ترین مشکلات برای افراد درگیر با جنگ، ابتلا به اختلال استرس پس از ضربه است که با پیامدهای غیرقابل پیش‌بینی یا مخرب و بلندمدت برای فرد آسیب‌دیده، خانواده وی و اجتماعی که در آن زندگی می‌کند همراه است. در ایران بعد از جنگ ایران و عراق و بروز این اختلال در سربازان شرکت‌کننده در جنگ، با عناوینی چون "موج انفجار" مورد توجه واقع شد. به طوری که با گذشت ۲۸ سال از پایان جنگ باز تعدادی از جانبازان و شرکت‌کنندگان در جنگ از اختلال استرس پس از سانحه مزمن رنج می‌برند<sup>[3]</sup>. این اختلال در بسیاری از افراد به درجات مختلف روی می‌دهد و علایمی مانند تلاش برای اجتناب از افکار یا فعالیت‌های مرتبط با سانحه، بی‌لذتی، کاهش توانایی یادآوری رویدادهای مرتبط با سانحه، کندشدن عاطفه و احساس کوتاه‌شدن آینده دارد. همچنین علایم افزایش برانگیختگی آن عبارت از بی‌خوابی، تحریک‌پذیری، گوش به زنگی مفرط و از جاپردیدن است<sup>[4]</sup>. این

اختلال غالباً با افسردگی اساسی، دوقطبی، سایر اختلالات اضطرابی، اختلالات سوءمصرف مواد و کیفیت پایین زندگی همراه است<sup>[5]</sup> و نه تنها یک اختلال روانی در پی روبرویی با سانحه است، بلکه به دنبال خود مشکلات و اختلالات دیگر را به همراه می‌آورد. پژوهش‌های انجام شده بر تاثیر PTSD، نشان از اثرات شدید بر سازگاری زناشویی، عملکرد کلی خانواده و بهداشت روانی زوجها دارد. نتیجه این اثرات منفی، بروز مشکلات و تعارضات بین زوج، خشونت خانوادگی، طلاق، مشکلات جنسی، پرخاشگری و مشکلات مرتبط با مراقبان است<sup>[6-11]</sup>.

یکی از مواردی که می‌تواند نقش موثری در ایجاد یا بازگشت علائم PTSD ایفا کند، سبک‌های مقابله با استرس در افراد است. مقابله عبارت از تسلط‌یافتن، کم‌کردن یا تحمل آسیب‌هایی که استرس ایجاد می‌کند. فولکمن و لازاروس مفهوم مقابله و روش‌های مختلف آن را بیشتر بررسی کرده‌اند<sup>[12]</sup>. بر این اساس مقابله شامل تمام تلاش‌های شناختی و رفتاری است که برای مهار، کاهش یا تحمل درخواست‌های درونی یا بیرونی به کار گرفته می‌شود<sup>[13]</sup>. براساس نظریه‌های روان‌شناختی، راهبردهای مقابله‌ای نقش مهمی در کاهش استرس و در نتیجه سلامت روانی افراد دارند<sup>[14]</sup>. افراد به دلیل تفاوت‌های فردی در برابر استرس به شیوه‌های گوناگون پاسخ می‌دهند و شدت فشار ادراک شده و چگونگی واکنش به آن، به طرز تلقی و برداشتی که فرد از آن دارد وابسته است<sup>[15]</sup>. برای سنجش سبک‌های مقابله‌ای به ارزیابی سه بُعد مقابله‌ای مساله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی پرداخته می‌شود<sup>[16]</sup>. راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار شیوه‌هایی را توصیف می‌کنند که براساس آن فرد اعمالی را که باید برای کاهش یا از بین بردن یک عامل استرس‌زا مانند جست‌وجوی اطلاعات بیشتر درباره مساله، تغییر ساختار مساله از نظر شناختی و اولویت‌دادن به گام‌هایی برای کانون توجه قراردادن مساله انجام دهد؛ محاسبه می‌کند. راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار شیوه‌هایی را توصیف می‌کنند که براساس آن، فرد بر خود متمرکز شده و تمام تلاشش را متوجه کاهش احساسات ناخوشایند خود می‌کند. گریه‌کردن، عصبانی و ناراحت‌شدن، پرداختن به رفتارهای عیب‌جویانه، اشتغال ذهنی و خیال‌پردازی، نمونه‌هایی از این نوع احساسات هستند<sup>[17]</sup>. خداری و دباغی<sup>[18]</sup> در پژوهشی به این نتیجه رسیده‌اند که بین راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار با سلامت روانی همبستگی مثبت وجود دارد و سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار با سلامت روانی سربازان همبستگی منفی دارد و افرادی که سلامت روانی پایینی دارند، بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند. پژوهش‌ها در رابطه با سبک‌های مقابله‌ای و تاثیر آن روی PTSD نشان داده است که اختلال استرس پس از سانحه با سبک‌های مقابله‌ای نارسا، هیجان‌مدار و با نشانه‌های اختلال PTSD رابطه معنی‌داری دارند<sup>[18, 19]</sup>. همچنین بین ابتلا به اختلال PTSD، سبک مقابله هیجان‌محور و کمبود سبک مقابله مساله‌محور رابطه معنی‌داری وجود دارد<sup>[20]</sup>.

به نظر می‌رسد در انتخاب یک راهبردهای مقابله، عوامل محیطی، تربیتی و عوامل ناخودآگاه موثر باشند. از عوامل ناخودآگاه می‌توان به مکانیزم‌های دفاعی اشاره کرد. مکانیزم‌های دفاعی، فرآیندهای تنظیم‌کننده خودکاری هستند که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی، از طریق تاثیرگذاری بر چگونگی ادراک حوادث تهدیدکننده عمل می‌کنند<sup>[21]</sup>. مکانیزم‌های دفاعی گرچه ناهشیارانه‌اند، اما پس از به‌کارگیری مایلند تا همچنان تکرار شوند و گرچه فرد از علت این

## ابزار و روش‌ها

پژوهش حاضر، توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است که بین کلیه مردان شرکت‌کننده در جبهه‌های جنگ، در شهرستان نجف‌آباد در زمستان سال ۱۳۹۵ اجرا شد. با روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۸۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. بدین صورت که ۴۰ نفر مبتلا به PTSD و ۴۰ نفر فاقد اختلال بودند. عریضی حداقل حجم نمونه در طرح‌های علی-مقایسه‌ای را ۴۰ نفر عنوان کرده است [30]. ابتدا افراد بستری مبتلا به PTSD در مرکز بازپروری شهید رجایی با مصاحبه بالینی تشخیصی براساس DSM-5 شناسایی شدند. انتخاب رزمندگان فاقد PTSD با مراجعه به مسجد جامع و انجمن سنگرزبان بی‌سنگر نجف‌آباد صورت گرفت. از آنجایی که دسترسی به رزمندگان مبتلا به اختلال PTSD مشکل بود، در این پژوهش حداقل تعداد نفرات در نظر گرفته شد. معیارهای ورود شامل هشیاری و عدم علائم شدید، متاهل بودن، نداشتن قطع عضو و کسب حد نصاب نمره در پرسش‌نامه سلامت روان در گروه رزمندگان بدون اختلال بود.

از پرسش‌نامه‌های زیر به عنوان ابزار پژوهش استفاده شد.

**الف) پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (CSQ):** این پرسش‌نامه بر مبنای نظریه لازاروس و فولکمن در سال ۱۹۸۵ درباره تنیدگی ساخته شده است [31] و دارای ۶۶ سؤال است که در مقیاس چهارگزینه‌ای از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به دو روش خام و نسبی صورت می‌گیرد. در هر دو روش نمره‌گذاری، افراد به هر ماده روی یک مقیاس ۴ گزینه‌ای لیکرت پاسخ می‌دهند که بسامد هر راهبرد بدین صورت است که صفر نشانگر "به‌کار نبردم"، یک نشانگر "خیلی کم به‌کار بردم"، دو نشانگر "تا حدی به‌کار بردم" و سه نشانگر "به مقدار زیاد به‌کار بردم" است. انتخاب این که کدام روش نمره‌گذاری را باید اجرا کرد، بستگی به اطلاعاتی دارد که پژوهشگر به دنبال آن است. در این پژوهش حاضر از روش نمره‌گذاری نسبی استفاده شد. در این پرسش‌نامه دو سبک مقابله مساله‌محور و هیجان‌محور سنجیده می‌شود. لازاروس ثبات درونی ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ را برای هریک از سبک‌های مقابله‌ای گزارش کرده است. در پژوهش بشارت آلفای کرونباخ کلی آزمون ۰/۸۷ به‌دست آمده است [32]. زارعی و اسدی در پژوهش خود برای گروه نوجوانان معتاد، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند [33].

**ب) پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی (DSQ):** پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی توسط اندروز و همکاران در سال ۱۹۹۳ تدوین شده است [34]. این پرسش‌نامه دارای ۴۰ عبارت است که در طیف ۹ درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم نمره‌گذاری می‌شود. پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی (DSQ)، سه سبک دفاعی را در سه سطح رشدنیافته، رشدیافته و روان‌آزده مورد ارزیابی قرار می‌دهد. اندروز و همکاران همبستگی میان آزمون و آزمون مجدد را بین ۰/۴۶ تا ۰/۸۶ و آلفای کرونباخ را برای سبک‌های رشدنیافته و روان‌آزده و رشدنیافته به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۵۸ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند [34]. در پژوهش احتشام‌زاده و همکاران برای تعیین پایایی از روش آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی استفاده شد که برای کل پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۲، سبک دفاعی رشدنیافته ۰/۸۰ و ۰/۸۰ و سبک دفاعی رشدیافته ۰/۵۵ و ۰/۶۳ و سبک دفاعی روان‌آزده، ۰/۵۵ و ۰/۶۰ بود که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب است [35].

**ج) پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (GHQ):** فرم ۲۸ سئوالی پرسش‌نامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ و هیلر در سال

تکرار در وجود خویش بی‌خبر است، اما با تامل در می‌یابد که فلان عادت رفتاری یا خوی شخصیتی را داراست، عادت‌تی که ریشه در این دفاع‌های ناهشیار دارد. مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته به منزله شیوه‌های مواجهه انطباقی، بهنجار و کارآمد محسوب می‌شوند، در حالی که مکانیزم‌های دفاعی روان‌آزده و رشدنیافته، شیوه‌های مواجهه غیرانطباقی و ناکارآمد هستند [22]. احساس انسجام و سلامت روان با سبک دفاعی رشدیافته رابطه مثبت و سبک دفاعی رشدنیافته با سلامت روان رابطه منفی معنی‌داری دارند [23، 24]. پوهلا و همکاران نتیجه گرفته‌اند که افراد مبتلا به اختلال انفجار متناوب به طور معنی‌داری نمرات بالاتری در سبک دفاعی رشدنیافته و نمره کمتری در سبک دفاعی رشدیافته کسب می‌کنند [25]. در دیدگاه روان‌تحلیل‌گری، هر اختلال روانی با سازوکارهای دفاعی ناسازگارانه خاص خود، مشخص و همراه است [26]. بین مبتلا به اختلال PTSD و مکانیزم‌های دفاعی روان‌آزده و رشدنیافته همبستگی مثبت و با مکانیزم دفاعی رشدیافته همبستگی منفی وجود دارد [27]. همچنین بین سرکوب هیجانی و مبتلا به اختلال PTSD با سبک‌های دفاعی ارتباط معنی‌داری مشاهده شده است [28]. شناسایی مکانیزم‌های دفاعی غیرانطباقی افراد مبتلا به اختلالات روانی، در فرآیند طرح‌ریزی چارچوب درمان بسیار مفید است. سبک‌های مقابله و سبک‌های دفاعی درهم تنیده‌اند. مکانیزم‌های دفاعی با سبک‌های سازش‌نیافته مقابله مانند انکار و پرخاشگری و انزوا در ارتباط هستند. انزوا تا حدودی با مکانیزم در خود خزیدن همسان است که به محدودسازی فعالیت‌های من "می‌انجامد و فرد را در چهارچوب بازخورد فعل‌پذیرانه محبوس می‌کند. انکار نیز جز راهبردهای مقابله‌ای سازش‌نیافته است که به عنوان راهبرد غیرمولد از آن یاد می‌شود. موضوع برای فرد به حدی دردناک است که به حیطه ناهشیار می‌رود [29].

در پژوهشی نشان داده‌اند که خط سیر بیماری PTSD به طور معنی‌داری با طول مدت حضور در جنگ، سبک مقابله‌ای هیجان‌محور و کمبود استفاده از مقابله مساله‌محور در ارتباط است و می‌توان با مشاهده روش مقابله هیجان‌محور و کمبود مقابله مساله‌محور در افرادی که به جنگ اعزام می‌شوند احتمال ابتلا به PTSD را پیش‌بینی کرد [20]. چونگ‌چانگ و همکاران با هدف بررسی ارتباط بین نارسایی هیجانی، سبک دفاعی، سرکوب هیجانی و PTSD به علت قتل و بیماری‌های همراه نتیجه گرفته‌اند که نارسایی هیجانی به طور معنی‌داری با سبک‌های دفاعی و سبک دفاعی با سرکوب هیجانی هم ارتباط دارد [28]. مکانیزم‌های دفاعی تلاش‌هایی را در رویارویی با تعارض روانی انجام می‌دهند و می‌توانند رفتارهای مقابله‌ای را تسهیل کنند، ولی استفاده با شیوه نامناسب (همچون انکار، فرافکنی، جابجایی و انزوا) می‌تواند رشد روانی را مختل کند و از پاسخ‌های مقابله‌ای مفید جلوگیری به عمل آورد [25]. از طرف دیگر به نظر می‌رسد هرچه منابع افراد برای مقابله بهتر باشد، کمتر احتمال دارد گرفتار موقعیت‌های منجر به آسیب شوند. از این رو برای بهبود وضعیت بیماران PTSD و متعادل‌ساختن خانواده و افرادی که با این بیماران در ارتباط هستند و همچنین شناخت عوامل شخصیتی که در ادامه و بهبود روند بیماری نقش دارند، پژوهش و بررسی سبک‌های مقابله‌ای و مکانیزم‌های دفاعی بیماران PTSD ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه سبک‌های مقابله‌ای و دفاعی رزمندگان دارای PTSD و فاقد آن اجرا شد.

برای بررسی تفاوت نمرات متغیرها بین دو گروه رزمندگان دارای اختلال PTSD و فاقد اختلال صورت گرفت.

### یافته‌ها

میانگین سنی گروه جانبازان مبتلا به PTSD  $49/73 \pm 6/32$  سال و میانگین سنی جانبازان بدون اختلال  $54/44 \pm 9/11$  سال بود.  $60/00\%$  افراد گروه جانبازان با اختلال دارای مدرک تحصیلی دیپلم و پایین‌تر و بقیه دارای تحصیلات لیسانس بودند، و  $53/33\%$  افراد گروه جانبازان بدون اختلال، تحصیلات کمتر از دیپلم و بقیه تحصیلات لیسانس و فوق‌لیسانس داشتند. در هر دو گروه حدود  $80\%$  متاهل و بقیه فاقد همسر (به علت طلاق یا فوت) بودند. هر دو گروه از نظر وضعیت اقتصادی حدوداً هم‌تا بودند. گروه رزمندگان دارای اختلال PTSD و فاقد PTSD، تفاوت معنی‌داری در سبک‌های مقابله‌ای و دفاعی داشتند ( $p=0/019$ ).

جدول ۱) مقایسه میانگین آماری نمرات سبک‌های مقابله‌ای و سبک‌های دفاعی در رزمندگان دارای اختلال PTSD و رزمندگان فاقد اختلال (هر گروه ۴۰ نفر)

متغیرها	جانبازان مبتلا به PTSD	جانبازان فاقد PTSD	میزان F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
<b>سبک‌های مقابله‌ای</b>					
مساله‌محور	$1/57 \pm 0/47$	$1/72 \pm 0/40$	2/018	0/117	0/31
هیجان‌محور	$1/56 \pm 0/46$	$1/31 \pm 0/36$	7/853	0/006	0/91
<b>سبک‌های دفاعی</b>					
رشدیافته	$5/38 \pm 1/52$	$5/41 \pm 0/97$	0/006	0/937	0/001
نوروتیک	$6/14 \pm 1/44$	$5/75 \pm 1/28$	1/906	0/208	0/02
رشدنیافته	$5/18 \pm 1/16$	$4/68 \pm 0/79$	0/045	0/028	0/061

که فشار بر او بیش از حد وارد می‌آید و ممکن است سلامت وی را در معرض خطر قرار دهد<sup>[31]</sup>. این برداشت، طی دو مرحله ارزیابی شناختی صورت می‌گیرد. در ارزیابی اولیه، فرد به این جمع‌بندی می‌رسد که آیا توان مقابله با این موقعیت را دارد؟ آیا خطری وی را تهدید می‌کند؟ زمینه کاهش عزت‌نفس فراهم است یا خیر؟ و اینکه آیا سلامت خود فرد یا سلامت یکی از عزیزان وی در خطر است؟ در ارزیابی ثانویه، فرد به این جمع‌بندی می‌رسد که آیا می‌توان برای فایده‌آمدن بر این خطر، جلوگیری از آن، یا تبدیل آن به یک مورد مفید اقدام کرد یا خیر؟

از طرف دیگر بر خلاف نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر، مهرابی و همکاران<sup>[39]</sup> در پژوهش خود روی ۱۰۰ نفر از جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه مشاهده کرده‌اند که با بالارفتن میزان تحصیلات و درصد جانبازی از یک‌سو و بالارفتن گرایش به سبک مقابله‌ای مساله‌مدار و کیفیت زندگی روانی بالاتر، به همراه دل‌بستگی اجتنابی کمتر، نمرات رشد پس از ضربه در جانبازان افزایش می‌یابد، یعنی افزایش کاربرد سبک مقابله با استرس مساله‌مدار با رشد پس از ضربه رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. احتمالاً گرایش به حل مساله در قالب بروز استرس‌ها، زمینه اولیه رشد پس از ضربه است؛ چرا که جانباز جنگ تحمیلی به تبع برداشتن جراحت از جنگ، به پذیرش این نقص و درد می‌پردازد و به آن ارزش اعتقادی و معنا می‌دهد. بدین‌صورت وی پس از پذیرش این آسیب‌ها سعی در برخورد غیرهیجانی یا اجتنابی با مسایل می‌کند. از جمله اینکه در مواجهه با پیامدهای نقص عضو یا حتی مشکلات زندگی روزمره بیشتر به سمت حل مساله گام برمی‌دارد تا اینکه بخواهد خود را فردی ناقص، ناتوان و ضعیف‌تر از بقیه تصور کند. این‌گونه نگرش به مسایل پس از جراحت ناشی از جنگ، به رشد پس از ضربه می‌انجامد و البته ناشی از مساله‌مداری قبلی

۱۹۷۹ تدوین شده است که دربرگیرنده ۴ خرده‌مقیاس علایم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید است و ۱۰ مشکل روان‌شناختی را دربرمی‌گیرد<sup>[36]</sup>. گلدبرگ و ویلیامز، اعتبار متوسط  $0/83$  و پایایی متوسط  $0/87$  را گزارش کرده‌اند<sup>[37]</sup>. نظیفی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را  $0/92$  و ضریب آلفای کرونباخ همسانی درونی بالاتر از  $0/74$  را به‌دست آوردند که حاکی از پایایی و روایی مناسب این آزمون است<sup>[38]</sup>.

پس از اطمینان از رضایت افراد برای همکاری، به مدت دو روز متوالی و در هر جلسه یک پرسش‌نامه به همراه توضیحات لازم به افراد ارایه شد و پژوهشگر با روخوانی از پرسش‌نامه‌ها نسبت به تکمیل آنها اقدام کرد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 21، از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی توزیع نرمال داده‌ها، آزمون لون برای بررسی فرض یکسانی واریانس‌ها و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره

میانگین نمرات در سبک مقابله‌ای هیجان‌محور در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت، اما در سبک مقابله‌ای مساله‌محور تفاوتی نداشتند. گروه مبتلا به اختلال PTSD نسبت به گروه فاقد اختلال، بیشتر از سبک مقابله‌ای هیجان‌محور استفاده کردند. همچنین تفاوت بین میانگین نمرات در سبک‌های دفاعی رشدنیافته در دو گروه معنی‌دار بود، اما در سبک‌های دفاعی رشدیافته و نوروتیک تفاوت معنی‌داری نداشتند که بیانگر استفاده بیشتر سبک دفاعی رشدنیافته توسط رزمندگان مبتلا به PTSD بود (جدول ۱).

### بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه سبک‌های مقابله‌ای و دفاعی رزمندگان دارای PTSD و فاقد آن اجرا شد. نتایج پژوهش حاضر بیانگر استفاده بیشتر از راهبردهای هیجان‌محور در رزمندگان مبتلا به PTSD در مقایسه با غیرمبتلایان بود. این نتایج همسو با پژوهش‌های آفابوسنی<sup>[17]</sup>، حکمی و همکاران<sup>[19]</sup>، کارستوفت و همکاران<sup>[20]</sup> و با پژوهش مهرابی و همکاران<sup>[39]</sup> ناهمسو بود.

حکمی و همکاران دریافته‌اند که بین روش مقابله‌ای هیجان‌مدار جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه تفاوت معنی‌داری وجود داشته است. همچنین بین خطرناک ارزیابی کردن رویدادهای استرس‌زای زندگی و روش مقابله‌ای هیجان‌مدار، رابطه مثبت معنی‌داری مشاهده کردند<sup>[19]</sup>. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رزمندگان مبتلا به PTSD بیشتر از غیرمبتلایان از سبک مقابله هیجان‌محور استفاده می‌کنند که به معنی نقش موثر این متغیر در روند بروز و ادامه این اختلال است. طبق الگوی شناختی هیجان‌لازاروس و فولکمن، تنیدگی زمانی پیش می‌آید که فرد دریابد شرایط به گونه‌ای است

شناخت آگاهانه ما را از خودمان تغییر می‌دهد و آگاهی ما را از تعارض‌های درونی‌مان کاهش می‌دهد. از این رو سازوکارهای دفاعی رشدنیافته‌تر اغلب مانعی برای درک واقعیت در فرد است و امکان دفاع منطقی و موثر و همچنین توان کسب بینش و جست‌وجو در خویشتن را از فرد سلب می‌کنند و در طولانی‌مدت در بروز برخی اختلالات نقش ایفا می‌کند. در پژوهش حاضر نیز نتایج حاکی از به‌کارگیری سبک دفاع رشدنیافته در گروه PTSD بیشتر از غیرمبتلایان بود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که دسترسی به رزمندگان دچار PTSD، فرآیند زمان‌بر و بسیار سختی بود و رزمندگان دارای اختلال در خواندن بودند و این امر باعث می‌شد تا در فهم گزینه‌ها مشکل زیادی داشته باشند. به همین دلیل برای افزایش میزان دقت پژوهش، پژوهش‌گر مجبور به روخوانی از پرسش‌نامه‌ها و اجرای دو پرسش‌نامه در دو روز متوالی برای جلوگیری از خستگی در بیماران شد که این امر زمان زیادی را به خود اختصاص داد. محدودیت دیگر عدم وجود پژوهش‌هایی در خصوص مکانیزم‌های دفاعی در رزمندگان بود. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود تا برنامه‌های آموزشی به‌کارگیری و شناخت سبک‌های مقابله و سبک‌های دفاعی در بیماران مبتلا به اختلال PTSD برای بهبود این بیماران در مراکز درمانی و مشاوره، کلینیک‌ها، بهزیستی و سایر مکان‌های خدماتی روان‌شناختی مخصوصاً مراکز بازپروری مرتبط با رزمندگان برگزار شود. در نهایت این یافته‌ها به متخصصان بهداشت روان از جمله روان‌شناسان و روان‌پزشکان کمک می‌کند که با شناسایی عوامل تاثیرگذار در اختلال PTSD بتوانند رویکردهای درمانی موثری را به‌منظور درمان مد نظر قرار دهند و با آموزش‌های لازم در این راستا از بروز یا تشدید این اختلال جلوگیری کنند تا از این طریق هزینه‌های تحمیل‌شده به فرد، جامعه و سیستم بهداشت و درمان را کاهش دهند.

### نتیجه‌گیری

رزمندگان دارای اختلال PTSD نسبت به رزمندگان بدون PTSD بیشتر از سبک مقابله‌ای هیجان‌محور و سبک دفاعی رشدنیافته استفاده می‌کنند.

**تشکر و قدردانی:** از کلیه رزمندگان شرکت‌کننده در پژوهش و افراد دیگری که در انجام این پژوهش کمک و مساعدت زیادی داشتند، سپاسگزاری می‌شود.

**تاییدیه اخلاقی:** به تمامی شرکت‌کنندگان از لحاظ محرمانه ماندن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد.

**تعارض منافع:** موردی از طرف نویسندگان گزارش نشد.

**سهم نویسندگان:** عبدالله شریعتی (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی/تحلیلگر آماری (۵۰٪)؛ اکرم دهقانی (نویسنده دوم)، روش‌شناس/نگارنده بحث (۵۰٪).

**منابع مالی:** اعتبار مالی این پژوهش از طرف نویسندگان تأمین شده است.

### منابع

- 1- Ebadi M, Azrami S, Shafighi S. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). J Army Nurs Fac Iran. 2012;12(2):68-77. [Persian]
- 2- Ganji M. Psychopathology based on DSM-5. Tehran: Savalan; 2013. [Persian]

جانبازان نیز می‌تواند باشد که حتی پس از بروز جراحت یا جانبازی به صورت شدیدتر خود را نشان می‌دهد.

در پژوهش حاضر مشاهده شد که استفاده از شیوه‌های هیجانی در مبتلایان به اختلال، بیشتر از گروه فاقد اختلال بود. در تبیین این مطلب می‌توان گفت، افرادی که در گذشته در مقابله با مشکلات زندگی بیشتر از شیوه‌های هیجانی استفاده کرده‌اند، در بزرگسالی نیز در مواجهه با مشکلات از همان شیوه‌های پیشین استفاده خواهند کرد. استفاده از شیوه‌های هیجانی باعث تجربه هیجانی شدیدی در فرد خواهد شد و این افراد در چنین موقعیت‌هایی فقط به فکر اجتناب از تجربه هیجانی هستند؛ اما طبق رویکردهای شناختی-درمانی و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب بیشتر باعث رنج و شدیدتر شدن اختلال در افراد خواهد شد. اجتناب تجربه‌ای نه‌تنها باعث شدیدتر شدن علائم روان‌شناختی می‌شود، بلکه باعث تشدید علائم جسمی در افراد خواهد شد. آموزش شیوه‌های پذیرش و مواجهه با مشکلات روان‌شناختی می‌تواند برای این افراد کمک‌کننده باشد.

با توجه به نتایج پژوهش تفاوت معنی‌داری بین سبک دفاعی رشدنیافته رزمندگان مبتلا به PTSD و غیرمبتلایان مشاهده شد. به طور کلی در رابطه با بررسی سبک‌های دفاعی در مبتلایان به PTSD پژوهش‌های چندانی صورت نگرفته است و نتایج حاصل از این پژوهش همسو با پژوهش‌های چونگ‌چانگ و همکاران<sup>[28]</sup>، کافی و همکاران<sup>[27]</sup> بود.

انسان‌ها وقتی با رویدادهای استرس‌زا مانند حضور در جنگ و موارد دیگر که بسیار ناگوار و دردناک است مواجه می‌شوند، اغلب برانگیخته می‌شوند و موقعیت را به گونه‌ای بازسازی می‌کنند تا درک آن آسان‌تر شود و بتوانند با آن کنار بیایند، در حالی که این راه‌اندازی هیجانات منفی، انبوهی از مکانیزم‌های دفاعی-روانی و بسیج منابع شناختی و زیستی را فرا می‌خواند تا به فرد برای مقابله با رویداد استرس‌زا کمک کند. کاربرد چنین منابعی عموماً نیاز به کمی تحریف واقعیت عینی دارد. مکانیزم‌های دفاعی این خدمت‌را به افراد می‌کنند و آنها را از اضطراب مفرط درونی و بیرونی حفاظت می‌کنند. چنین نیروی روانی در کوتاه‌مدت کمک‌کننده است، اما به دلیل اینکه هیجان‌مدار هستند و بر رفع مشکل تمرکز ندارند، سازگاری بلندمدت بیماران را با مشکل مواجه می‌کند<sup>[40]</sup> و نشانه‌های آشفتگی و اختلال‌های روانی مانند اضطراب، افسردگی و PTSD بروز می‌یابد<sup>[41]</sup>. در پژوهش حاضر نیز نتایج حاکی از به‌کارگیری سبک دفاعی رشدنیافته در بیماران PTSD داشت که احتمالاً برای رفع موقت اضطراب و حل موقت مسایل مفید است، ولی در بلندمدت در ابتلا به اختلال PTSD بی‌تاثیر نبوده است.

در تبیین نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت هیجانات به دلیل ماهیت متغیرشان می‌توانند در سطوح مختلف هشیار و ناهشیار تجربه شوند. به علاوه آن دسته از هیجانات که منبع اضطراب هستند، توسط سازوکارهای دفاعی به ناهشیار رانده می‌شوند. از طرفی خود سازوکارهای دفاعی نیز در سلسله مراتب سه‌گانه فرد (بالغ، نابالغ و نوروتیک) به دو دسته انطباقی (بالغ) و غیرانطباقی (نابالغ و نوروتیک) تقسیم شده‌اند. قابل ذکر است سازوکارهای دفاعی، اغلب راهکارهایی برای تحریف واقعیت هستند (این تحریف در دفاع‌های رشدنیافته و روان‌رنجور بیش از دفاع‌های رشدیافته است). هرچه میزان تحریف شناختی ناشی از به‌کارگیری یک سازوکار دفاعی بیشتر باشد، به دنبال آن از میزان آگاهی هشیارانه فرد کاسته می‌شود و در نتیجه تلاش کمتری برای مقابله با آن تحریف صورت می‌گیرد<sup>[41]</sup>. از طرف دیگر سازوکارهای دفاعی،

- loungitudinal PTSD-trajectories after combat exposur. *J Anxiety Disord.* 2015;32:89-94.
- 21- Vaillant GE. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *J Abnorm Psychol.* 1994;103(1):44-50.
- 22- Besharat M. Emotional deficits and defensive styles. *J Fundam Ment Health.* 2008;3(5):181-90. [Persian]
- 23- Jamil L, Atef Vahid MK, Dehghani M, Habibi M. The mental health through psychodynamic perspective: The relationship between the ego strength, the defense styles, and the object relations to mental health. *Iran J Psychitry Clin Psychol.* 2015;21(2):144-54. [Persian]
- 24- Feeney BC, Kirkpatrick LA. Effects of adult attachment and presence of romantic partners on physiological responses to stress. *J Pers Soc Psychol.* 1996;70(2):255-70.
- 25- Puhalla AA, McCloskey MS, Brickman LJ, Fauber R, Coccaro EF. Defense styles in intermittent explosive disorder. *Psychiatry Res.* 2016;238:137-42.
- 26- Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L, et al. Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder?. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(3):179-83.
- 27- Kafi SM, Atashkar SR, Amir Alavi S, Rezvani S. Relationship of post-traumatic stress disorder with psychological defence styles in burn patients. *Horizon Med Sci.* 2013;19(3):155-60. [Persian]
- 28- Cheung Chung M, Xiaohu Di, Hung Wan k. Exploring the interrelationship between alexithymia, defense style, emotional suppression, homicide-related posttraumatic stress disorder and psychiatric co-morbidity. *Psychiatr Res.* 2016;243(30):373-81.
- 29- Powell TJ, Enright SJ. *Anxiety and stress management.* London: Routledge; 1990.
- 30- Barak A. The Role of Research Methodology in Counsellor Education: A Case of Second-Order Effects. 1998;32(1):50-63. [Persian]
- 31- Lazarus RS, Folkman S. Coping and adaptation. In: Gentry WD, editor. *The handbook of behavioral medicine.* New York: Guilford; 1984.
- 32- Besharat MA, Barati N, Lotfi J. Relationship between coping styles and mental health in a sample of multiple sclerosis patients. *Res Med.* 2008;32(1):27-35. [Persian]
- 33- Zarei S, Asadi Z. The comparison of personality characteristics and coping styles in addicted and non-addicted adolescents. *J Res Addict.* 2013;5(20):87-104. [Persian]
- 34- Andrews G, Singh M, Bond M. The defense style questionnaire. *J Nerv Ment Dis.* 1993;181(4):246-56.
- 35- Ehtesham Zadeh P, Pasha R, Samimi Z. Comparison of defense mechanisms of production personnel, direct repairs and administrative staff of Khuzestan steel. *New find psychol.* 2012;7(24):21-33. [Persian]
- 36- Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O. The validity of two version of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med.* 1997;27(1):191-7.
- 37- Goldberg D, Williams P. *A user's guide to the general health questionnaire.* United Kingdom: Nfer-Nelson; 1988.
- 38- Nazifi M, Mokarami H, Akbaritabar A, Faraji Kujerdi M, Tabrizi R, Rahi A. Reliability, validity and factor structure of the persian translation of general health questionnaire (GHQ-28) in hospitals of Kerman University of Medical Sciences. *J Fasa Univ Med Sci.* 2014;3(4):336-42. [Persian]
- 3- Albright DL, Thyer B. Does EMDR reduce post-traumatic stress disorder symptomatology in combat veterans?. *Behav Interv.* 2010;25(1):1-19.
- 4- Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry.* Mohaghegh R, translator. Rezaee F, editor. Tehran: Arjmand; 2015. [Persian]
- 5- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5.* Rezaei F, Fakhraee A, charismatic A, lotus A, Hashemi Azar J, Shamloo F, translators. 5th edition. Tehran: Arjmand; 2015. pp. 102-9. [Persian]
- 6- Sherman MD, Zanotti DK, Jones DE. Key elements in couple's therapy with veterans with combat related posttraumatic stress disorder. *Prof Psychol Res Pract.* 2005;36(6):626-33.
- 7- Jordan BK, Marmar CR, Fairbank JA, Schlenger WE, Kulka RA, Hough RL, et al. Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60(6):916-26.
- 8- Silverstein R. Combat-related trauma as measured by ego developmental indices of defenses and identity achievement. *J Genet Psychol.* 1996;157(2):169-79.
- 9- Whisman MA, Snyder DK. Evaluating and improving the efficacy of conjoint couple therapy. In: Halford WK, Markman HJ, Editors. *Clinical handbook of marriage and couples interventions.* Hoboken: Wiley; 1997. pp. 679-93.
- 10- Renshaw KD, Allen ES, Rhoades GK, Blais RK, Markman HJ, Stanley SM. Distress in spouses of service members with symptoms of combat-related PTSD: Secondary traumatic stress or general psychological distress?. *J Fam Psychol.* 2011;25(4):461-9.
- 11- Bakhshani N, Shakiba M, Mojahed A, Kalantari M, Molavi H, Neshat-Doost H. Comparative investigation of mental health status of spouses of war handicaps in accordance with husband's disability. *Zahedan J Res Med Sci.* 2010;12(4):38-42. [Persian]
- 12- Folkman S, Lazarus RS. *Manual for the ways of coping questionnaire.* Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1988.
- 13- Dehghani A, Kajbaf MB. The relationship between coping styles and hardiness among students. *Knowl Health.* 2013;8(3):112-8. [Persian]
- 14- Shahbazi S, Heydari M, Shaykhi R. The effect of problem solving course on students stress intolerance. *J Shahrekord Univ Med Sci.* 2011;13(2):32-7. [Persian]
- 15- RezaKhani SD, Pashashrifi H, Delaware A, Shafiabadi A. Stress resources of student. *Thought Behav Clin Psychol.* 2008;3(9):7-16.
- 16- Skinner EA, Edge K, Altman J, Sherwood H. Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychol Bull.* 2003;129(2):216-69.
- 17- Agha yossefi A. Coping ways to post-traumatic stress disorder and chronic stress symptoms. *J Behav Sci.* 2010;4(1):29-34. [Persian]
- 18- Khedri B, Dabaghi P. Study of relationship between coping styles and mental health of soldiers. 2015;2(5):195-200. [Persian]
- 19- Hakami M, Zia Zibari F, Asgari M. Life stressors and coping strategies in the re-emergence of post-traumatic stress disorder in veterans -Kermanshah. *J Health Psychol.* 2011;1(1):159-75. [Persian]
- 20- Karstoft K, Armour C, Elklit A, Solomon Z. The role of locus of control and coping style in predicting

- 40- Palmu R, Suominen K, Vuola J, Isometsa E. Mental disorders after burn injury: A prospective study. *Burns*. 2011;37(4):601-9.
- 41- Bowins B. Psychological defense mechanisms: A new perspective. *Am J Psychoanal*. 2004;64(1):1-26.

- 39- Mehrabi H, Norouzi S, Mirzaei Gh, Kazemi H. An investigation the relationship between post traumatic growth and attachment styles, stress coping styles & quality of life in veterans with post-traumatic stress disorder. *Nurse Phys War*. 2015;2(4):153-61. [Persian]