

نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و آسیب‌شناسی روانی در زنان متقاضی جراحی زیبایی شهر کرمانشاه

سمیرا شیرمحمدی

دکتر سعیده‌سادات حسینی

دکتر حسن امیری

گروه روان‌شناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

زمینه و هدف: جراحی زیبایی از پدیده‌های رایج دهه‌های اخیر است. شیوع اختلالات روانی در متقاضیان جراحی زیبایی بالا است، لذا کشف مسیرها و متغیرهای تأثیرگذار در ارتباط با آسیب روانی در این افراد مهم است. پژوهش حاضر با هدف مطالعه‌ی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و آسیب‌شناسی روانی در زنان متقاضی جراحی زیبایی انجام گرفت.

روش اجرا: پژوهش توصیفی و مبتنی بر مدل‌های همبستگی بود. جامعه شامل کلیه‌ی زنان متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی جراحی زیبایی شهر کرمانشاه بودند که ۳۰۰ نفر با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و داده‌ها با پرسش‌نامه‌های سبک‌های دل‌بستگی، دشواری تنظیم هیجان و آسیب‌شناسی روانی جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS 22 و ISREL 8/8 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: مدل فرضی پژوهش با داده‌های تجربی برازش مطلوب دارند. رابطه‌ی سبک‌های دل‌بستگی و آسیب‌شناسی روانی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم معنادار بود. نتایج تحلیل مسیر نشان‌دهنده‌ی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و آسیب‌شناسی روانی بود.

نتیجه‌گیری: سبک‌های دل‌بستگی و دشواری تنظیم هیجان می‌توانند در زمینه‌ی پیشگیری، تشخیص و درمان آسیب‌های روانی و ارتقای سطح سلامت روانی زنان متقاضی جراحی زیبایی موثر باشند.

کلیدواژه‌ها: سبک‌های دل‌بستگی، دشواری تنظیم هیجان، آسیب‌شناسی روانی

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۵/۱۵ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۶/۲۰

پوست و زیبایی؛ تابستان ۱۳۹۸، دوره‌ی ۱۰ (۲): ۱۱۶-۱۰۱

نویسنده‌ی مسئول:

دکتر سعیده‌سادات حسینی

کرمانشاه، میدان فردوسی، دانشگاه آزاد،

گروه روان‌شناسی

پست الکترونیک:

saeedehosseini@Jauksh.ac.ir

تعارض منافع: اعلام نشده است

مقدمه

سراسر جهان افزایشی سریع در تقاضا برای اعمال زیبایی به‌ویژه در ده سال اخیر وجود داشته است. انجمن جراحی زیبایی آمریکا رشد بیست درصدی را برای جراحی زیبایی در سال ۲۰۱۵ نسبت به سال قبل از آن اعلام می‌کند که با احتساب رشد بیست درصدی حدود ۱۲,۷۹۲,۳۷۷ نفر در این سال تحت انواع روش‌های جراحی زیبایی قرار گرفته‌اند که طبق گزارش انجمن جراحی پلاستیک آمریکا، ۹۱٪ از این

تغییرات جامعه‌ی مدرن باعث توجه بیشتر به بدن، چگونگی مدیریت کنترل و رفتار با آن در جامعه‌ی مصرفی عصر حاضر شده است. یکی از این رفتارها که در اغلب جوامع به تناسب دیده می‌شود، جراحی زیبایی است. جراحی زیبایی که جهت بهبود بخشیدن به ظاهر به‌کار گرفته می‌شود، تخصصی است که به ترمیم، نگهداری یا بهبود ظاهر فیزیکی فرد، از طریق تکنیک‌های جراحی و پزشکی می‌پردازد^۱. امروزه در

می‌دهند.^{۱۵} نتایج مطالعه‌ی خانجانی و همکاران نشان داد، از بین نه بعد اختلالات روانی، دو گروه متقاضی و غیرمتقاضی جراحی زیبایی، در همه‌ی ابعاد، به‌جز دو بعد افکار پارانوئید و روان‌پریشی، تفاوت معنی‌داری با یکدیگر داشتند.^{۱۶} از این‌رو لازم است تا به‌دنبال بررسی عوامل مؤثر و مرتبط با آسیب‌شناسی روانی به‌خصوص عوامل روان‌شناختی باشیم که به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم، بر آسیب‌پذیری روانی متقاضیان جراحی زیبایی اثر می‌گذارند. یکی از عوامل مرتبط با آسیب‌شناسی روانی سبک‌های دل‌بستگی است. دل‌بستگی نایمن ممکن است کودک را نسبت به آسیب‌شناسی روانی بزرگسالی و سبک‌های ناسازگار شخصیت آسیب‌پذیر سازد.^{۱۷} نظریه‌ی دل‌بستگی، فرآیندهایی را که طی آن، پیوند بین نوزاد و مراقب شکل می‌گیرد، توصیف می‌کند. افراد در طول رشد، مجموعه‌ای از شواهد ذهنی برای موفقیت خود به‌واسطه‌ی مجاورت کافی با نگاره‌های دل‌بستگی را، به‌عنوان مدل‌های درون‌کاری، ثبت و ضبط می‌کنند.^{۱۸} سبک‌های دل‌بستگی، به مدل‌های درون‌کاری برآمده از پیوندهای عمیق عاطفی کودک - مادر گفته می‌شود که شکل پاسخ‌های رفتاری افراد به جدایی نگاره‌های دل‌بستگی و پیوند مجدد با این نگاره‌ها را تعیین می‌کنند. این سبک‌ها به سه دسته‌ی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا تقسیم می‌شوند.^{۱۹} افراد با سبک دل‌بستگی نایمن، در مقایسه با ایمن‌ها، سطوح پایین‌تری از عواطف مثبت را تجربه می‌کنند و در مدیریت استرس، اضطراب، افسردگی و سایر عواطف منفی، ناتوانی نشان می‌دهند.^{۲۱} دل‌بستگی اجتنابی و دوسوگرا با انواع شاخص‌های پریشانی روانی از جمله افسردگی و اضطراب، خلق منفی و پریشانی روانی رابطه‌ی مثبت دارد.^{۲۳} بین آسیب‌های دل‌بستگی (اجتنابی و دوسوگرا) و نشانه‌های افسردگی و اضطراب رابطه‌ی مثبت وجود دارد.^{۲۴-۲۷} نیومن و همکاران در تحقیق خود نشان داده‌اند که سطوح بالای دل‌بستگی نایمن اجتنابی، با

جراحی‌ها را زنان انجام می‌دهند.^{۲۹} ایران نیز یکی از کشورهای با رتبه‌ی بالا در انجام جراحی‌های زیبایی در دنیا شناخته شده است.^۴ همه‌گیرشدن جراحی زیبایی نشان می‌دهد که بخشی از افزایش نرخ جراحی زیبایی به نگرش مثبت به جراحی به‌عنوان روشی برای ارتقای ظاهر باز می‌گردد.^۵ بیشترین انگیزه بین زنان جهت انجام این جراحی‌ها، کسب زیبایی به‌عنوان عاملی برای افزایش اعتمادبه‌نفس معرفی شده است. تفاوت جنسی در پذیرش اعمال زیبایی منعکس‌کننده‌ی فشار اجتماعی بیشتری است که زنان در خصوص کسب تصویر آرمانی تجربه می‌کنند.^۶ البته در این افزایش تقاضا نقش پیشرفت‌های پزشکی بسیار مهم است چرا که روش‌های جدیدی برای بهبود ظاهر از طریق جراحی زیبایی فراهم کرده است.^۷ انگیزه‌ی جست‌وجو برای جراحی زیبایی براساس ترکیبی از عوامل روان‌شناختی، هیجانی و شخصیتی است.^۸ با توجه به اینکه جراحی‌های زیبایی به‌عنوان زیرمجموعه‌ای از اعمال جراحی پلاستیک، اغلب به دلیل نارضایتی افراد از نقص‌های جزئی و تخیلی در ظاهرشان انجام می‌گیرد و نه با هدف ایجاد عملکرد بهنجار جسمانی و اجتماعی، نظیر آنچه که در جراحی پلاستیک از نوع بازسازی، ضرورت انجام جراحی را ایجاد می‌کند، پس می‌توان گفت معمولاً جراحی‌های زیبایی ریشه در مشکلات روان‌شناختی دارند.^۹ پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهند که شیوع اختلالات روانی از جمله بدشکلی بدن در میان متقاضیان جراحی زیبایی بیشتر از افراد عادی است.^{۱۱} و بسیاری از متقاضیان جراحی زیبایی، ملاک‌های اختلالات روان‌پزشکی را برآورده می‌کنند.^{۱۳} نتایج یک مطالعه نشان داد نیمی از افراد متقاضی جراحی زیبایی مبتلا به افسردگی بوده و ۷۰٪ از اضطراب رنج می‌بردند.^{۱۴} مطالعه‌ی Mulkens و همکاران نشان داد زنان متقاضی جراحی زیبایی در مقایسه با گروه زنان هنجار، ۵۹٪-۲۱٪ بیشتر علائم اختلال بدشکلی بدنی را نشان

افزایش اختلال اضطراب تعمیم یافته و اختلال وحشت زدگی همراه است. در کنار بررسی رابطه‌ی خطی و مستقیم بین دل بستگی و آسیب شناسی روانی محققان سعی در شناسایی عواملی دارند که به طور غیرمستقیم بر این رابطه تأثیر می گذارند. مرور پژوهش‌ها، این فرض را مطرح می کنند که دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین سبک های دل بستگی و آسیب شناسی روانی نقش واسطه ای دارند چرا که دشواری در نظم بخشی هیجانی به منزله‌ی مؤلفه‌ای کلیدی در چندین مدل آسیب شناسی روانی برای اختلالات خاص ارائه شده است. دشواری تنظیم هیجان با طیفی از اختلالات هیجانی شامل اضطراب و افسردگی مرتبط است و بین دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب رابطه وجود دارد.^{۲۸-۳۰}

تنظیم هیجان به ظرفیت نظارت، ارزیابی، فهم و اصلاح واکنش های هیجانی به شیوه‌ای که برای عملکرد به‌هنگار سودمند است، اشاره دارد و ماهیتاً فرایندی را در بر می گیرد که از طریق آن، افراد هیجان‌های شان را خواه به صورت هشیار یا ناهشیار به وسیله‌ی اصلاح تجارب یا تغییر موقعیت فراخواننده‌ی هیجان تنظیم می کنند.^{۳۱} از سوی دیگر می دانیم که دل بستگی اولیه به مراقب پایه و اساس تنظیم هیجان و رفتار است.^{۳۲}

درواقع دل بستگی و تنظیم هیجان، پیوندی ناگشودنی با یکدیگر دارند به طوری که ظرفیت بیشتر برای مدیریت و تنظیم هیجان‌ها یکی از دلائلی است که باعث می شوند کودکان با دل بستگی ایمن، رفتار شایسته تری نسبت به هم‌تایان خود و مشکلات رفتاری برونی و درونی کمتری داشته باشند.^{۳۳} نتایج مطالعات نیز نشان داده‌اند که بین آسیب‌های دل بستگی (اجتنابی و دوسوگرا) با دشواری تنظیم هیجان رابطه‌ی مثبت وجود دارد.^{۳۴} McDonald و همکاران بین دشواری در تنظیم هیجان و اضطراب، افسردگی و استرس در بزرگسالان رابطه‌ی معناداری گزارش کردند. به علاوه نتایج مطالعات نقش واسطه‌ای

راهبردهای هیجان محور تنظیم هیجان در رابطه‌ی بین دل بستگی اضطرابی در اوایل بزرگسالی و روان آسیب شناسی بزرگسالی را تأیید کردند.^{۳۵} Feldman و همکاران آسیب روانی و دشواری تنظیم هیجان مرتبط با آن را ناشی از مفاهیم تثبیت شده در نظری می گیرد که به صورت تشریفات شدید درآمد‌اند و به اندازه‌ی کافی وابسته به موقعیت نیستند. Maraganskaya و همکاران نشان دادند که افراد با سبک های دل بستگی نایمن ممکن است استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان نامؤثر را در دستور کار قرار دهند که خطر افسردگی و اختلال اضطراب فراگیر را افزایش می دهد. غیرفعال سازی راهبردهای دل بستگی (سبک اجتنابی) با تنظیم هیجانی تداخل پیدا می کند و منجر به فرونشانی یا انکار هیجان‌ها و متکی بودن به باورهای بیش برآورده شده‌ی برتری و کفایت می شود. در مقابل بیش فعال سازی راهبردهای دل بستگی (سبک اضطرابی)، شامل نشخوار افراطی، هیجان‌های متعارض، دل مشغولی در خصوص بی ثباتی نگاره‌ی دل بستگی و سرمایه گذاری بر ابراز نیازهای شخصی است.^{۳۶} شواهد فزاینده حاکی از آن است که افراد با سبک دل بستگی نایمن در تنظیم هیجان مشکل دارند و این مسأله آن‌ها را در خطر گستره‌ای از مشکلات سلامت روانی و اختلالات شخصیت قرار می دهد. افراد دل بسته‌ی نایمن، به خاطر تصویر بی ثباتی که از مراقب دارند و ضعف مدل‌های درون کاری، پیوسته در آشفتگی هیجانی به سر می برند و نمی توانند شیوه‌ی تنظیم هیجان را فرا گیرند.^{۳۷} هم چنین نباید از این یافته نیز غافل شد که استواری هیجانی با ارزیابی ظاهری پایین و گرایش به جراحی زیبایی همبستگی بالا دارد و جراحی زیبایی می تواند به وسیله‌ی آشفتگی هیجانی و ویژگی‌های شخصیتی پیش بینی شود.^{۳۸} در این راستا، نتایج یک بررسی نشان داد که پردازش هیجانی در افراد متقاضی جراحی زیبایی کمتر از افراد غیرمتقاضی است.^{۳۹} با توجه به اهمیت، حساسیت و پیچیدگی

(DERS) و مقیاس نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-90-R) مورد آزمون قرار گرفتند که پایایی و اعتبار ابزارها به شرح ذیل گزارش شده است.

♦ پرسش‌نامه‌های دلبستگی بزرگسالان (RAAS): در این پرسش‌نامه نمره‌ی آزمودنی برای هر زیر مقیاس مشخص می‌شود. برای گزینه‌های ۱ تا ۵ به ترتیب نمرات ۰ تا ۴ در نظر گرفته می‌شود. سوالات ۱، ۶، ۸، ۱۲، ۱۳ و ۱۷ دلبستگی ایمن را می‌سنجند. سوالات ۲، ۵، ۷، ۱۴، ۱۶ و ۱۸ دلبستگی اجتنابی را مورد ارزیابی قرار می‌دهند و سرانجام سوالات ۳، ۴، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۵ دلبستگی دوسوگرا/ اضطرابی را می‌سنجند. نمرات ۶ ماده‌ی هر مقیاس با هم جمع شده و نمره‌ی زیرمقیاس به دست می‌آید.^{۴۰} نشان دادند که زیرمقیاس‌های نزدیک‌بودن، وابستگی و اضطراب در فاصله‌ی زمانی ۲ ماه و حتی در طول ۸ ماه پایدار ماندند و در مورد قابلیت اعتماد مقیاس دلبستگی بزرگسال کولینزورید میزان آلفای کرونباخ را برای هر زیر مقیاس این پرسش‌نامه در سه نمونه از دانشجویان مساوی یا بیش از ۰/۸۰ است آزمون از پایایی بالایی برخوردار است. از سوی دیگر در پژوهش پاکدامن میزان پایایی آزمون با استفاده از آزمون مجدد به صورت همبستگی بین این دو اجرا مشخص شده است. این پرسش‌نامه (RAAS) در مورد ۱۰۰ دختر و پسر کلاس دوم دبیرستان که به طور تصادفی انتخاب شده بودند اجرا شد. نتایج حاصل از دو بار اجرای این پرسش‌نامه با فاصله زمانی یک‌ماه از یکدیگر بیانگر آن بود که این آزمون در سطح ۰/۹۵ دارای اعتبار است. در پژوهش حاضر اعتبار این پرسش‌نامه از طریق آزمون کرویت بارتلت ضریب آلفای کرونباخ برای کل سوالات این پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۹ به دست آمد که مبین اعتبار بالای این پرسش‌نامه است.

♦ پرسش‌نامه‌ی دشواری تنظیم هیجان (Garzt and Roemer; DERS 2004): یک ابزار ۳۶

مسأله و جامعه‌ی موردنظر و ظرفیت بالقوه‌ی نظریه‌ی دلبستگی بالبی، در توصیف و تبیین آسیب‌شناسی روانی، به‌ویژه با نظر به نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان و نیز خلأهای پژوهشی موجود، مطالعه‌ی حاضر سعی در پاسخ‌دادن به این سؤال دارد که الگوی روابط ساختاری بین سبک‌های دلبستگی، دشواری در تنظیم هیجان و آسیب‌شناسی روانی در زنان متقاضی جراحی زیبایی به چه صورت است؟

روش اجرا

پژوهش حاضر از نوع توصیفی و مبتنی بر مدل‌های همبستگی بود. جامعه‌ی پژوهش شامل زنان متقاضی جراحی زیبایی در شهر کرمانشاه بود. ۳۰۰ نفر از زنان متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی جراحی زیبایی شهر کرمانشاه (کلینیک‌ها و مطب‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات جراحی زیبایی گوش و حلق و بینی، پوست و مو و جراحی پلاستیک) به روش نمونه‌گیری در دسترس به شرط اعلام تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، جنسیت (زن)، حتمی‌بودن زمان انجام عمل زیبایی توسط پزشک متخصص طی حداکثر یک ماه آینده با گذراندن مراحل پزشکی، نداشتن سابقه‌ی بیماری روانی یا بستری در بیمارستان و عدم استفاده از داروی روان‌پزشکی، نداشتن سابقه‌ی قبلی انجام جراحی زیبایی رینوپلاستی طی حداقل یکسال اخیر و تقاضا برای انجام دوباره یا بیش از دو، بار برای جراحی زیبایی بینی یا سایر انواع جراحی زیبایی، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، سکونت در شهر کرمانشاه و قراردادن در محدوده‌ی سنی حداقل ۱۸ سال تمام الی ۶۰ ساله و با این ملاک‌های خروج که اگر فرد، متقاضی جراحی زیبایی بدون دلایل زیبایی بود یا حین پژوهش افرادی که به هر دلیل پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه‌ها را نیمه‌کاره رها می‌کردند حذف می‌شدند، با پرسش‌نامه‌های دلبستگی بزرگسالان (RAAS)، مقیاس دشواری تنظیم هیجان

شامل شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی را می‌سنجد. پاسخ به سؤالات این پرسش‌نامه براساس طیف ۵ گزینه‌ای میزان ناراحتی از صفر (هیچ) تا ۴ (به‌شدت) می‌باشد، در نتیجه دامنه‌ی تغییرات نمرات بین صفر تا ۳۶۰ است. نمره‌گذاری و تفسیر آزمون براساس سه شاخص ضریب کلی علائم مرضی (GSI)، معیار ضریب ناراحتی (PSDI) و جمع علائم مرضی (PSI) به‌دست می‌آید. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل سؤالات این پرسش‌نامه برابر با ۰/۷۷ به‌دست آمد.

پس از گردآوری داده‌ها، به‌منظور تحلیل نقش واسطه‌ای متغیر دشواری تنظیم هیجان از روش تحلیل مسیر استفاده شد. مفروضه‌های مدل واسطه‌ای سبک‌های دل‌بستگی (متغیرهای مستقل) نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی (متغیرهای وابسته) و دشواری تنظیم هیجان (متغیر واسطه‌ای) بود. برای تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار SPSS 22 و LISREL 8/8 استفاده شد.

یافته‌ها

مؤلفه‌های توصیفی مربوط به سبک‌های دل‌بستگی، دشواری تنظیم هیجان و آسیب‌شناسی روانی در جدول ۱ گزارش شده است.

در جدول ۲ ضریب همبستگی پیرسون بین

جدول ۱: مؤلفه‌های توصیفی سبک‌های دل‌بستگی، دشواری تنظیم هیجان و آسیب‌شناسی روانی

متغیر	کمترین بیشترین میانگین	انحراف چولگی	کشیدهی
سبک‌های دل‌بستگی	۳۰	۵۸/۹۶	۰/۳۳۴
دشواری تنظیم هیجان	۹۴	۱۱۲/۹۴	۰/۲۲۳
آسیب‌شناسی روانی	۲۳۲	۲۷۷/۰۷	۰/۲۸۷

گویه‌ای است که سطوح نقص و نارسای تنظیم هیجانی فرد را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) در شش زمینه‌ی عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی می‌سنجد. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس دشواری تنظیم در نمونه‌های بالینی و غیربالینی در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است.^{۴۱} در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل سؤالات این پرسش‌نامه برابر با ۰/۷۸ به‌دست آمد.

♦ مقیاس نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-90-R):

این پرسش‌نامه یکی از پرستفاده‌ترین ابزارهای تشخیصی روان‌پزشکی است. فرم اولیه‌ی آزمون توسط دروگاتیز و همکاران در سال و فرم تجدیدنظرشده‌ی آن نیز توسط Droghatys و همکاران در سال ۱۹۷۶ تهیه گردیده است.^{۴۲} Lewitt و همکاران در سال ۱۹۷۲ پایایی پرسش‌نامه‌ی SCL-90-R را مورد ارزیابی قرار دادند و با محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ همسانی درونی این آزمون را بررسی کردند. آن‌ها دامنه‌ی ضرایب آلفا را برای خرده‌مقیاس‌های دهگانه بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ گزارش کردند که نشان‌دهنده‌ی همسانی درونی مطلوب این پرسش‌نامه است. Derogati و همکاران اعتبار این پرسش‌نامه را با استفاده از ضریب آلفا و شیوه‌ی بازآزمایی رضایت‌بخش گزارش کرده‌اند. در مورد روایی پرسش‌نامه، پژوهش‌های مختلف بیشترین همبستگی را برای بعد افسردگی ۰/۷۳ و کمترین آن را برای ترس‌های مرضی ۰/۳۶ گزارش کرده‌اند.^{۴۳} هم‌چنین برای این پرسش‌نامه ضریب آلفا برابر ۰/۰۷ و روایی آن برابر ۰/۶۷ گزارش شده است.^{۱۶} این آزمون ۹ بعد از اختلالات روانی

جدول ۳: ضریب همبستگی پیرسون بین دشواری تنظیم هیجان و آسیب‌شناسی روانی

آسیب‌شناسی روانی		سطح معناداری
ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری	
۰/۵۳۳	۰/۰۲۲	دشواری تنظیم هیجان

تنظیم هیجان در رابطه‌ی بین سبک‌های دل‌بستگی و نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی را نشان می‌دهد. براساس نتایج تحلیل مسیر به‌جز اثر سبک یا سبک‌های دل‌بستگی بر آسیب‌شناسی روانی، اثر دشواری تنظیم هیجانی بر آسیب‌شناسی روانی معنادار شدند.

در جدول ۴ اثرات مستقیم و غیرمستقیم با استفاده از تحلیل معادلات ساختاری آورده شده است. تأثیر متغیر سبک‌های دل‌بستگی بر آسیب‌شناسی روانی برابر ۰/۷۸۵ بوده و مقدار آماره‌ی آزمون t برابر ۷/۱۶۷ و سطح معناداری مربوط به آن برابر ۰/۰۲۹ و کمتر از ۰/۰۵ است ($P < ۰/۰۵$ و $t \geq ۳$) لذا این تأثیر معنادار است. هم‌چنین تأثیر متغیر دشواری تنظیم هیجان بر آسیب‌شناسی روانی برابر ۰/۷۱۶ بوده و مقدار آماره‌ی آزمون t برابر ۶/۶۳۷ و سطح معناداری مربوط به آن برابر ۰/۰۳۳ و کمتر از ۰/۰۵ است ($P < ۰/۰۵$ و $t \geq ۳$) لذا این تأثیر نیز معنادار است. جدول ۵ مدل مفهومی تأثیر سبک‌های دل‌بستگی بر آسیب‌شناسی روانی با میانجی‌گیری دشواری تنظیم هیجان را نشان می‌دهد. در جدول ۵ اثر مستقیم متغیر سبک‌های دل‌بستگی بر آسیب‌شناسی روانی با میانجی‌گیری

جدول ۴: بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم با استفاده از تحلیل معادلات ساختاری

روابط مستقیم و غیرمستقیم	میزان اثر	آماره‌ی آزمون t	سطح معناداری	نتیجه‌ی رابطه
سبک‌های دلبستگی ← آسیب‌شناسی روانی	۰/۷۸۵	۷/۱۶۷	۰/۰۲۹	تأیید
دشواری تنظیم هیجان ← آسیب‌شناسی روانی	۰/۷۱۶	۶/۶۳۷	۰/۰۳۳	تأیید

سبک‌های دل‌بستگی و آسیب‌شناسی روانی آمده است. با توجه به سطح معناداری به‌دست‌آمده از تحلیل داده‌ها برای همبستگی بین سبک‌های دل‌بستگی و آسیب‌شناسی روانی برابر ۰/۰۰۹ می‌باشد و مقایسه‌ی آن با میزان خطای مجاز ۰/۰۵ ($P < ۰/۰۵$) با اطمینان ۹۵ درصد فرض H_0 آماری که دال به عدم وجود رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و آسیب‌شناسی روانی می‌باشد رد می‌شود یعنی بین سبک‌های دل‌بستگی و آسیب‌شناسی روانی رابطه‌ی معناداری وجود دارد لذا با توجه به مقدار و علامت ضریب همبستگی پیرسون به‌دست‌آمده که برابر ۰/۵۰۹ می‌باشد این رابطه از نوع مثبت می‌باشد (جدول ۳).

با توجه به سطح معناداری به‌دست آمده از تحلیل داده‌ها برای همبستگی بین دشواری تنظیم هیجان و آسیب‌شناسی روانی، برابر ۰/۰۲۲ می‌باشد و مقایسه‌ی آن با میزان خطای مجاز ۰/۰۵ ($P < ۰/۰۵$) با اطمینان ۹۵٪ فرض H_0 آماری که دال به عدم وجود رابطه بین دشواری تنظیم هیجان و آسیب‌شناسی روانی می‌باشد رد می‌شود یعنی بین دشواری تنظیم هیجان و آسیب‌شناسی روانی، رابطه‌ی معناداری وجود دارد لذا با توجه به مقدار و علامت ضریب همبستگی پیرسون به‌دست‌آمده که برابر ۰/۵۳۳ می‌باشد این رابطه از نوع مثبت می‌باشد.

برای آزمون نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و آسیب‌شناسی روانی از تحلیل مسیر استفاده شد. جدول ۴ ضرایب غیراستاندارد، استاندارد و میزان معناداری مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای دشواری

جدول ۲: ضریب همبستگی پیرسون بین سبک‌های دل‌بستگی و آسیب‌شناسی روانی

آسیب‌شناسی روانی		سطح معناداری
ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری	
۰/۵۵۹	۰/۰۰۹	سبک‌های دلبستگی

بیشتر از ۰/۹ باشد که در مدل تحت بررسی تمام این شاخص‌ها بین ۰/۹ تا ۱ است و نشان از برازش مطلوب مدل دارد. هم‌چنین مقدار ریشه‌ی میانگین باقیمانده نیز باید کوچکتر از ۰/۰۵ باشد که در مدل تحت بررسی این مقدار بین ۰/۵- است. در مجموع این شاخص‌ها نشان می‌دهند که مدل ارائه‌شده مدل مطلوبی است و به‌خوبی با داده‌های تجربی مطابقت دارد (جدول ۶).

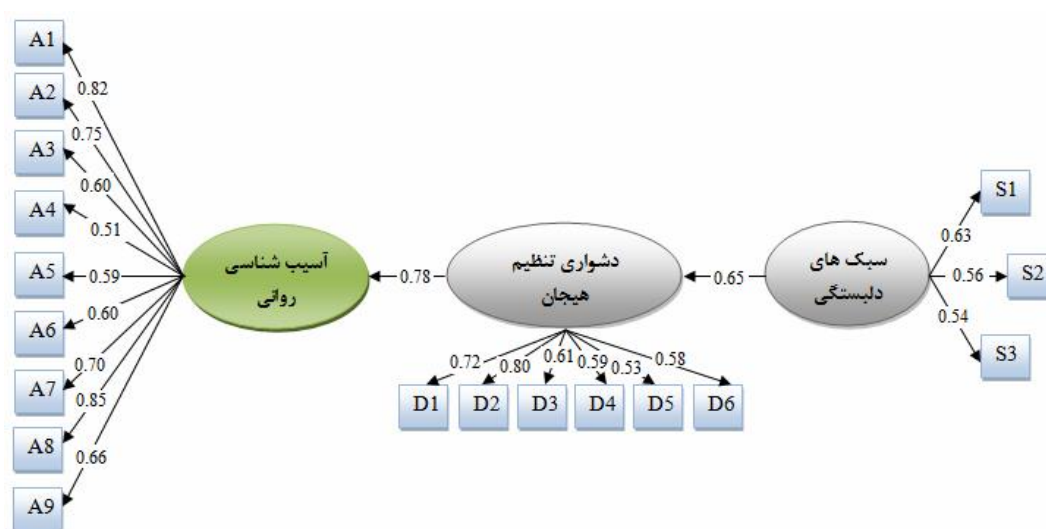
بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین سبک‌های دل‌بستگی (اجتنابی و دوسوگرا) و آسیب‌شناسی روانی رابطه‌ی مثبت وجود دارد. این نتایج همسو با یافته‌های Linares و همکاران^{۴۴}، Lee & Koo^{۲۷}، Duchesne & Ratelle^{۲۶}، میرصادقی و همکاران^{۱۷} و محمدخانی و همکاران^{۴۵} است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت سبک‌های دل‌بستگی افراد، تعیین‌کننده‌ی ویژگی‌های عاطفی و شناختی و راهبردهایی است که واکنش‌های هیجانی را در افراد و روابط بین شخصی آن‌ها هدایت می‌کند^{۴۶}. تحول و سازمان‌دهی این بازنمایی‌های درونی یا الگوهای درونکاری به تفاوت‌های فردی در کیفیت بهداشت روانی منجر می‌شود^{۴۷}.

جدول ۵: بررسی اثر سبک‌های دل‌بستگی بر آسیب‌شناسی روانی با میانجی‌گیری دشواری تنظیم هیجان

رابطه	میزان اثر	آماره‌ی t	سطح معناداری	نتیجه‌ی رابطه
سبک‌های دل‌بستگی ←	۰/۵۰۷	۶/۳۳۳	۰/۰۰۵	تأیید
دشواری تنظیم هیجان ←				
آسیب‌شناسی روانی				

دشواری تنظیم هیجان برابر ۰/۵۰۷ بوده و مقدار آماره‌ی t آزمون برابر ۶/۳۳۳ و سطح معناداری مربوط به آن برابر ۰/۰۰۵ و کمتر از ۰/۰۵ است ($P < 0.05$) و $t \geq 3$) لذا این تأثیر معنادار است. تحلیل مدل مفهومی بر اساس ضرایب استاندارد به‌صورت زیر است (شکل ۱). با توجه به شاخص‌های برازش که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، مدل فرضی پژوهش از برازش مطلوب برخوردار است. نسبت X^2/df باید کوچکتر از ۲ باشد که در مدل موردنظر این مفروض برقرار است. همین‌طور ریشه‌ی خطای میانگین مجذورهای تقریب جهت برازش مطلوب باید کمتر از ۰/۰۵ باشد که در این مدل بین صفر تا ۰/۰۵ است. میزان مؤلفه‌های شاخص برازش، شاخص تعدیل‌شده‌ی برازش، شاخص برازش هنجار شده و شاخص برازش تطبیقی نیز باید



شکل ۱: تحلیل مدل مفهومی براساس ضرایب استاندارد

جدول ۶: معیارهای مناسب‌بودن برازش مدل

شاخص	نماد	محدوده‌ی قابل قبول	نتیجه
مجذور کای بر درجه‌ی آزادی	X2/df	۲-۵	تأیید مدل
ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات تقریب	RMSEA	۰-۰/۰۵	تأیید مدل
ریشه‌ی میانگین مربعات باقیمانده	RMR	۰-۰/۵	تأیید مدل
نیکویی برازش	GFI	۰/۹-۱	تأیید مدل
شاخص نیکویی برازش اصلاح‌شده	AGFI	۰/۹-۱	تأیید مدل
شاخص برازش هنجار شده (بنتلر - بونت)	NFI	۰/۹-۱	تأیید مدل
شاخص برازش تطبیقی	CFI	۰/۹-۱	تأیید مدل
شاخص برازش افزایشی	IFI	۰/۹-۱	تأیید مدل

تجربه‌ی یک رابطه‌ی ایمن و حمایت‌کننده با مادر در کودکی، فرد ایمن را قادر می‌سازد تا در روابط خود علاوه بر اینکه به دیگران اعتماد و اطمینان دارد، خود نیز منبع اعتماد و اطمینان دیگران باشد و در واقع مسئولیت فردی و اجتماعی بالایی برعهده بگیرد، در سختی‌ها و مشکلات انعطاف‌پذیر و مقاوم باشد و راه‌حل‌های مناسبی ارائه دهد. بازبودن ایمن‌ها در گرفتن اطلاعات جدید و تمایل آن‌ها به اصلاح طرح‌واره‌های خود در صورت ورود اطلاعات جدید نیز باعث می‌شود که با تغییرات سازگار شوند و طرح‌های مقابله‌ای واقع‌بینانه‌تری را ایجاد کنند، این درحالی است که افراد دل‌بسته‌ی اجتنابی در رویارویی با شرایط تنش‌زا از راهبردهای حفظ فاصله استفاده می‌کنند و مانع از بروز هر نوع افکار و احساسات منفی در خود می‌شوند.^{۴۸} افراد با سبک دل‌بستگی اجتنابی به نسبت افراد دوسوگرا یا ایمن توجه کمتری به عواطف و رویدادهای هیجانی دارند^{۴۹} و در طرح‌ریزی رفتار نیز به عوامل شناختی بیش از عوامل هیجانی اهمیت می‌دهند^{۵۰}، بنابراین نتیجه‌ی این دفاع‌ها سیستم‌های روانی تفکیک شده است^{۵۱} که باعث بروز مشکلاتی در سلامت روانی فرد و کارکرد عمومی او می‌شود چراکه براساس نظریه‌ی پردازش اطلاعات نیز بسیاری از آسیب‌های روانی، ناشی از هیجان‌های بلوکه‌شده و ابرازنشده است. افراد دل‌بسته‌ی دوسوگرا نیز دارای

مدل‌های درون‌کاری منفی و نسبتاً انعطاف‌ناپذیر هستند که موجب درماندگی فرد در کنش‌وری‌های مختلف رفتاری و عاطفی می‌شود در نتیجه فرد راهبردهای غیرکارکردی و غیرواقع‌بینانه‌ای را برای پردازش افکار و احساسات و ارزیابی‌های خود به‌کار می‌برد که می‌تواند مانع از انعطاف فرد هنگام بروز مشکلات شود و زمینه‌ی ایجاد و استمرار آسیب‌پذیری‌های روانی را فراهم سازد. هم‌چنین افراد دارای سبک دل‌بستگی نایمن در مقابله با افراد ایمن از قدرت اکتشاف‌گری و جوارجویی کمتری برخوردارند.^{۵۲} اختلال رفتار اکتشاف‌گری در فرایند تحول، جسارت و انعطاف‌پذیری فرد نایمن را تحلیل می‌برد و فرصت‌های آزمون‌گری و تجربه‌آموزی را از آن‌ها باز می‌ستاند. جوارجویی فعال و بهنجار افراد نایمن اجتنابی نیز در سایه‌ی اعتماد نداشتن به دیگران و اختلال رفتار اکتشاف‌گری به‌شدت کاهش می‌یابد، بنابراین فرد نمی‌تواند مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی مناسب و هم‌چنین راهبردهای مؤثر برای حل مشکلات را فراگیرد در نتیجه آسیب‌پذیری روانی بیشتری را تجربه می‌کند، خصوصاً با توجه با اینکه یکی از کارکردهای ابتدایی دل‌بستگی تنظیم تجربه‌های عاطفی در روابط بین شخصی است.^{۵۳} افراد دارای سبک دل‌بستگی ایمن، هنگام مواجهه با استرس‌های هیجانی، به جست‌وجوی حمایت اجتماعی می‌پردازند درحالی که

تأیید شدن و اطمینان دارند که با نگرانی برای رابطه، مخصوصاً در دسترس بودن حمایت والدین مشخص می‌شود بنابراین، افراد دارای سبک دل‌بستگی ناایمن در ایجاد یک رابطه‌ی تقابل و وابستگی دوجانبه که در آن هر طرف رابطه می‌تواند نقش «فاعل» یا «مفعول» داشته باشند، با مشکل مواجه میشوند. در شرایطی که دستیابی به این تمایز و همانندسازی خود شکست بخورد (مثل شرایط دل‌بستگی ناایمن) راه برای آسیب‌های روانی نظیر افسردگی و اضطراب باز می‌شود.^{۵۶} دل‌بسته‌های اضطرابی تصویر منفی از خود به‌عنوان بی‌کفایت، نالایق برای عشق ورزیدن و در نتیجه محتاج دارند. حس معیوب نسبت به خود در افراد دارای سبک دل‌بستگی اضطرابی - دوسوگرا در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است که همین عامل می‌تواند زمینه‌ای باشد برای اقدام به انجام اعمال جراحی زیبایی تا از این طریق فرد بتواند حس معیوب نسبت به خود را تا حدودی کاهش دهد. هم‌چنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین دشواری تنظیم هیجان و آسیب روانی رابطه‌ی مثبت وجود دارد. این یافته با نتایج Schneider و همکاران^{۲۸}، Marganeska و همکاران^{۵۷}، Dionzanto و همکاران، Hafman و همکاران، عبیری و همکاران، عابدی و همکاران و بشارت و فرهنگ همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت توانایی تنظیم هیجان به فرد این امکان را می‌دهد تا برانگیختگی‌ها و تجربه‌های هیجانی را در سطح شخصی و بین شخصی مدیریت و تعدیل کند اما وقتی نقص و نارسایی در فرآیند تنظیم هیجان‌ها وجود داشته باشد، مدیریت و تعدیل هیجان‌ها مختل شده و قدرت سازگاری فرد تضعیف می‌شود (Tal و همکاران و GratzRoemer) و به هر میزان که فرد توانایی سازگاری در برابر استرس‌ورهای درونی و بیرونی را از دست دهد، سلامت روان وی تأثیر منفی پذیرفته لذا این امر می‌تواند زمینه‌ی شکل‌گیری آسیب‌های روانی را در فرد تقویت کند. در تبیین

افراد دارای سبک دل‌بستگی ناایمن برای خودتنظیم‌گری عاطفی به روش‌های دیگر مانند گوشه‌گیری پناه می‌برند که این می‌تواند فرد را مستعد اختلالاتی نظیر افسردگی، اضطراب و بسیاری اختلالات دیگر کند. پیامد فرایند دل‌بستگی ایمن، ایجاد احساس ایمنی در فرد است.^{۵۴} Mikulincer & Shaver بیان می‌کنند که عملکرد مؤثر چهره‌های دل‌بستگی در فراهم‌آوردن حمایت و پشتیبانی، شدت اضطراب را کاهش می‌دهد بنابراین می‌توانیم بگوییم که این سبک دل‌بستگی منبع ایمنی‌بخش در رویارویی و مقابله با رویدادهای زندگی محسوب می‌شود. دل‌بستگی ایمن با کنش حمایتی خود، زمینه‌ی کسب مهارت‌های اجتماعی، احساس ارزشمندی، احاطه بر محیط، خوددفع‌مندی و درنهایت احساس استقلال را در فرد ایجاد می‌کند. دل‌بستگی ایمن یک منبع درونی است که سلامت روان‌شناختی را در طول دوره‌های استرس‌زا حفظ می‌کند، درحالی که نبود این منبع ایمن، مشکلات عاطفی و رفتاری را در پی دارد.^{۵۵} از این‌رو می‌توان نتیجه گرفت سبک‌های دل‌بستگی به‌طور مستقیم ابعاد گوناگون آسیب روانی را پیش‌بینی می‌کنند. Virden و همکاران از منظر مدل شناختی به آسیب‌شناسی روانی، رابطه‌ی بین دل‌بستگی و مراقبت والدینی با خودارزیابی و دیگرارزیابی را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که باورهای بنیادی خودارزیابی منفی با دل‌بستگی اضطرابی مرتبط است. طبق نظریه‌ی Bowlby افراد با دل‌بستگی ناایمن اجتنابی که الگوهای دل‌بستگی‌شان براساس راهبردهای گوشه‌گیری و فاصله‌گرفتن گسترش یافته است، به این نتیجه می‌رسند که منبع اتکایی وجود ندارد که بتوانند به آن اعتماد کنند و وابسته باشند و در نتیجه تعارض بیشتری را تجربه می‌کنند و در این تقابل، احساسی از خودبستگی را به‌وسیله‌ی طفره‌رفتن از رابطه پرورش می‌دهند. از سوی دیگر، افراد اضطرابی - دوسوگرا که از طرد و رهاشدن می‌ترسند خواسته‌هایی مبنی بر

رابطه‌ی دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب می‌توان گفت که برخی از راهبردهای تنظیم هیجان با آسیب روانی مثل اضطراب و افسردگی همراه است. یکی از این راهبردها نشخوار است که با پیامدهای منفی برای خلق و عملکرد افراد همراه است و با تفکر مکرر درباره‌ی حالت خلقی منفی و دلایل و پیامدهای آن مشخص می‌شود. نشخوارگری با فعال کردن شناخت‌های منفی در حافظه مرتبط است و می‌تواند منجر به گوشه‌گیری از روابط بین فردی و در نتیجه مشکلات هیجانی از قبیل اضطراب و افسردگی گردد. فرونشانی ابراز هیجان به‌عنوان دیگر راهبرد سازش‌نا یافته‌ی هیجان، با تلاش فرد برای پنهان کردن، بازداری و کاهش ابراز هیجان همراه است.^{۵۸} افراد مبتلا به اختلالات هیجانی از این راهبرد به میزان کمتری استفاده می‌کنند (Jamieson و همکاران^{۵۹}).

غیر فعال‌سازی راهبردهای دل‌بستگی (سبک اجتنابی) با تنظیم هیجانی تداخل پیدا می‌کند و منجر به فرونشانی یا انکار هیجان‌ها و متکی بودن به باورهای بیش برآورده برتری و کفایت می‌شود. در مقابل، بیش‌فعال‌سازی راهبردهای دل‌بستگی (سبک اضطرابی) شامل نشخوار افراطی هیجان‌های متعارض، دلمشغولی در خصوص بی‌ثباتی نگاره‌ی دل‌بستگی و سرمایه‌گذاری برابر از نیازهای شخصی است (Shaver & Mikulincer)^{۳۶}. شواهد فزاینده حاکی از آن است که افراد با سبک دل‌بستگی نایمن در تنظیم هیجان مشکل دارند و این مسأله آن‌ها را در خطر گستره‌ای از مشکلات سلامت روانی و اختلالات شخصیت قرار می‌دهد (Levy^{۶۰}). افراد دل‌بسته‌ی نایمن پیوسته به‌خاطر تصویر بی‌ثباتی که از مراقب دارند و ضعف مدل‌های درون‌کاری پیوسته در آشفتگی هیجانی به‌سرمی‌برند و نمی‌توانند شیوه‌ی تنظیم هیجان را فراگیرند (Shaver & Mikulincer)^{۳۷}. از آنجا که جراحی زیبایی اقدامی هیجانی که برآمده از انگیزه‌ای ناهشیار است، می‌توان آن‌را ناشی از دشواری

در تنظیم هیجان دانست. هم‌چنین یافته‌های این تحقیق نشان داد سبک‌های دل‌بستگی به‌طور غیرمستقیم و با واسطه‌ی دشواری تنظیم هیجان، آسیب‌شناسی روانی را پیش‌بینی می‌کند. این یافته‌ها با نتایج McDonald و همکاران^{۳۵}، Kullik & Petermann^{۳۴} و Shaver & Mikulincer^{۳۷}، اخوان عبیری و همکاران^{۶۱} همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت دل‌بستگی و تنظیم هیجان پیوندی ناگشودنی با یکدیگر دارند به‌طوری که ظرفیت بیشتر برای مدیریت و تنظیم هیجان‌ها یکی از دلایلی است که باعث می‌شوند کودکان با دل‌بستگی ایمن، رفتار شایسته‌تری نسبت به هم‌تابان خود و مشکلات رفتاری کمتری داشته باشند^{۳۳}. دل‌بستگی اولیه به مراقب، پایه و اساس تنظیم هیجان و رفتار است^{۳۲}. تنظیم هیجان به ظرفیت نظارت، ارزیابی تنظیم هیجان یک فرآیند ارادی و هدفمند است که هدف آن تعدیل و اصلاح حالت هیجانی برای به‌دست‌آوردن سازگاری اجتماعی و زیستی است. در این فرآیند، برانگیختگی هیجانی باعث راه‌اندازی کنش‌های مرتبط با تنظیم هیجان به‌منظور مدیریت و تنظیم این برانگیختگی می‌شود. تنظیم هیجان به ظرفیت نظارت، ارزیابی، فهم و اصلاح کنش‌های هیجانی به شیوه‌ای که برای عملکرد بهنجار سودمند است، اشاره دارد و ماهیتاً فرایندی را دربرمی‌گیرد که از طریق آن، افراد هیجان‌های‌شان را خواه به‌صورت هشیار یا ناهشیار به‌وسیله‌ی اصلاح تجارب یا تغییر موقعیت فراخواننده‌ی هیجان تنظیم می‌کنند^{۳۱}. در فرآیند تنظیم هیجان ارزیابی به‌ویژه خودارزیابی و دیگرارزیابی ظرفیتی کلیدی است. ویردن و همکاران^{۶۲}، از منظر مدل شناختی به آسیب‌شناسی روانی، رابطه‌ی بین دل‌بستگی و مراقبت والدینی با خودارزیابی و دیگر ارزیابی را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که باورهای بنیادی خودارزیابی منفی با دل‌بستگی اضطرابی مرتبط است. طبق نظریه‌ی Bowlby افراد با

درون کاری پیوسته در آشفتگی هیجانی به سر می‌برند و نمی‌توانند شیوه‌ی تنظیم هیجان را فرا گیرند (Shaver & Mikulincer^{۳۴}) لذا از آنجا که افراد با سبک دل‌بستگی نایمن در تنظیم هیجانات مشکل دارند این مسأله آن‌ها را در معرض خطر گستره‌ای از مشکلات سلامت روان قرار می‌دهد. در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد از آنجا که متغیرهای سبک‌های دل‌بستگی و دشواری تنظیم هیجان می‌توانند آسیب‌شناسی روانی را در زنان متقاضی اعمال جراحی زیبایی پیش‌بینی کنند، لذا توجه به این عوامل و برنامه‌ریزی جهت مشاوره‌های روان‌شناختی و ارجاع برخی افراد که به‌صورت وسواس‌گونه متقاضی انجام اعمال زیبایی بدون دلایل و الزام پزشکی هستند، پیش از هرگونه اقدامی برای جراحی می‌تواند موجب پیشگیری، تشخیص و درمان آسیب‌های روانی و ارتقای سطح سلامت روانی این افراد شود. هم‌چنین لازم به ذکر است، این مطالعه نیز مانند همه‌ی تحقیقاتی که به صورت خودگزارش ارائه می‌شود دارای محدودیت‌های مختص به خود است. محدودیت‌هایی از قبیل عدم اعتبار پاسخ‌ها و تلاش آزمودنی‌ها برای ارائه‌ی تصویری بهتر از خود، به جهت تابو بودن آسیب‌های روانی و اقدام‌های مکرر برای انجام اعمال جراحی زیبایی، عدم کنترل اثر برخی متغیرهای مداخله‌گر هم‌چون بار فرهنگی، ویژگی‌های خلقی آزمودنی‌ها، ویژگی‌های شخصیتی آن‌ها، تأثیر طبقه‌ی اقتصادی و اجتماعی، نقش ژنتیک و مسائل مرتبط با پیشینه‌ی گستره‌ی تحولی فرد، عامل وراثت و تأثیر آن در آسیب‌پذیری روانی و اینکه نمونه‌ی حاضر فقط شامل زنان متقاضی جراحی زیبایی است، نتایج حاصل با توجه تأثیر جنسیت به مردان متقاضی جراحی زیبایی قابل تعمیم نیست؛ از این‌رو پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی پژوهش حاضر روی مردان متقاضی جراحی زیبایی و هم‌چنین افراد غیرمتقاضی جراحی زیبایی نیز بررسی شود و با نظر به اهمیت موضوع

دل‌بستگی نایمن اجتنابی که الگوهای دل‌بستگی‌شان براساس راهبردهای گوشه‌گیری و فاصله‌گرفتن گسترش یافته است، به این نتیجه می‌رسند که منبع اتکایی وجود ندارد که بتوانند به آن اعتماد کنند و وابسته باشند در نتیجه تعارض بیشتری را تجربه می‌کنند و در این تقابل، احساسی از خودبستگی را به‌وسیله‌ی طفره‌رفتن از رابطه پرورش می‌دهند. از طرفی، افراد اضطرابی - دوسوگرا که از طردشدن می‌ترسند خواسته‌هایی مبتنی بر تأییدشدن و اطمینان دارند که با نگرانی برای رابطه، خصوصاً در دسترس بودن حمایت والدین مشخص می‌شود بنابراین افراد دارای سبک دل‌بستگی نایمن در ایجاد یک رابطه‌ی تقابل و وابستگی دوجانبه که در آن هر طرف رابطه می‌تواند نقش فاعل یا مفعول داشته باشند، با مشکل مواجه می‌شوند (بشارت و همکاران^{۳۳}) که این امر می‌تواند تنظیم هیجان را در آن‌ها دشوار گرداند و در چنین شرایطی که دستیابی به این تمایز و همانندسازی خود شکست بخورد (مثل شرایط دل‌بستگی نایمن) راه برای آسیب‌های روانی از جمله افسردگی و اضطراب باز می‌شود (بشارت و همکاران^{۳۴}). بر همین اساس نتایج برخی تحقیقات نشان داده‌اند که بین آسیب‌های دل‌بستگی (اجتنابی و دوسوگرا) با دشواری تنظیم هیجان رابطه‌ی مثبت وجود دارد (Shaver & Mikulincer^{۳۴}). در تبیین این مسأله باید افزود که غیرفعال‌سازی راهبردهای دل‌بستگی (سبک اجتنابی) با تنظیم هیجانی تداخل پیدا می‌کند و منجر به فرونشانی یا انکار هیجان‌ها و متکی بودن به باورهای بیش‌برآورده‌شده برتری و کفایت می‌شود. در مقابل، بیش‌فعال‌سازی راهبردهای دل‌بستگی (سبک اجتنابی) شامل نشخوار افراطی هیجان‌های متعارض، دل‌مشغولی درخصوص بی‌ثباتی نگاره‌های دل‌بستگی و سرمایه‌گذاری بر ابراز نیازهای شخصی است (شیور و میکولینسر^{۳۶}). افراد دل‌بسته‌ی نایمن پیوسته به‌خاطر تصور بی‌ثباتی که از مراقب دارند و ضعف مدل‌های

کرمانشاه است. در پایان لازم می‌دانیم از تمامی داوطلبین عزیزی که درنهایت دقت نظر و صبوری در پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه‌های طولانی و خسته‌کننده با پژوهشگر همکاری نمودند و نیز از همه‌ی مسئولین محترم کلینیک‌ها و مطب‌هایی که امکان انجام این مطالعه را فراهم نمودند، تقدیر و تشکر کنیم.

جراحی زیبایی و افزایش آمار آن در کشور پیشنهاد می‌گردد سایر متغیرهای احتمالی فرضی جهت کشف آسیب‌شناسی روانی در این افراد مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

مقاله‌ی حاضر مستخرج از رساله‌ی دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد

References

1. Swami V, Chamorro-Premuzic T, Bridges S, Furnham A. Acceptance of cosmetic surgery: personality and individual difference predictors. *Body Image*: 2009;6: 7-13.
2. American Society of Plastic Surgery (ASPS) (2015). Cosmetic procedures trends statistics. Available from: URL:<http://www.surgery.org/media/statistics/2015-Plastic-Surgery-Statistics/Quick-Facts-plastic-surgery-statistics-report.pdf>. 2015.
3. Sharp G, Tiggemann M, Mattiske J. The role of media and peer influences in Australian women's attitudes towards cosmetic surgery. *Body Image* 2014; 11: 482-7.
4. Carvalho C. Acceptance of cosmetic surgery and celebrity worship: Evidence of associations among female undergraduates. *Personality and Individual Differences*. 2009;47: 869-72.
5. Sarwer DB, Cash TF, Magee L. Female college students and cosmetic surgery: an investigation of experiences, attitudes, and body image. Darisi T, Thorne S, Iacobelli C. Influences on decision-making for undergoing plastic surgery: a mental models and quantitative assessment. *Plast Reconstr Surg*. 2005; 116: 907-16.
6. Swami V, Furnham A. *The psychology of physical attraction*. London: Routledge/Taylor & Francis Group; 2008.
7. Nicolas SC, Welling LL. Women's acceptance of cosmetic surgery across the menstrual cycle. *Pers Individ Dif* 2016: 1-4.
8. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry*. 9th ed. William & Willkin company; 2003: 653-5.
9. Sohrabi F, Mahmoud Aliloo M, Rasouli Azad M. Investigating the psychopathology score of people who apply for cosmetic surgery. *Principles of Mental Health*. 2011;13: 260-9 (Persian).
10. Coca N. Low self esteem and plastic surgery in today's world. Associated content. Available from: URL; http://www.associatedcontent.com/article/16513/low_self_esteem. 2008.
11. Jeremy Goh CG, Stephen L. Prevalence of body dysmorphic disorder and impact on subjective outcome amongst Singaporean rhinoplasty patients. *Anaplastology* 2015;14: 1173-2161.
12. Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R, et al. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Focus* 2015; 13: 252-7.
13. VonSoest T, Tillmann L, Ingela L, et al. Predictors of cosmetic surgery and its effects on psychological factors and mental health: a population-based follow-up study among Norwegian females. *Psychol Med* 2012; 42: 617-26.
14. Gabouri H, Devon H. The desire for cosmetic facial surgery may reflect a personality disorder. *Science of Mental Health* 2003; 6: 80-90.

15. Mulkens S, Bos AE, Uleman R, et al. Psychopathology symptoms in a sample of female cosmetic surgery patients. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2012; 65: 321-7.
16. Khanjani Z, Babapour J, Saba G. Comparison of psychopathology in people seeking cosmetic surgery with controls. *Pejouhandeh* 2012; 17: 26-31 (Persian).
17. MirSadeghi S, Sohrabi F, Eskandari H, et al. Structural modeling of maternal parenting patterns based on attachment styles and their subject relationship quality among mothers with normal children with disordered anxiety disorder and obsessive compulsive disorder. *Quarterly Journal of Counseling and Psychotherapy* 2015; 30: 131-94 (Persian).
18. Simpson J A, Rholes WS . Adult attachment, stress, and romantic relationships. *Curr Opin Psychol* 2017; 13: 19-24.
19. Bowlby J. Attachment and loss: Sadness and depression. NewYork: Basic Books.1980.
20. Hocking EC, Simons RM, Surette RJ. Attachment style as a mediator between childhood maltreatment and the experience of betrayal trauma as an adult. *Child Abuse & Neglect* 2016; 52: 94-101.
21. Besharat MA. Relationship of alexithymia with coping styles and interpersonal problems. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2010; 5: 497-614 (Persian).
22. Honigman RJ, Phillips KA, Castle DJ. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2011; 113(4): 1229-37.
23. Linares L, Jauregui P, Herrero-Fernández D, Estévez A. Mediating role of mindfulness as emotional ambivalence, pain, and depressive symptoms. *J Psychol* 2016;16: 819-27.
24. Kullik A, Petermann F. Attachment to parents and peers as a risk factor for adolescent depressive disorders: The mediating role of emotion regulation. *Child Psychiat Human Develop* 2013; 44: 537-48.
25. Besharat MA, Hedayati M, KordmirzaNikozadeh E. Mediating role of interpersonal problems on the relationship between attachment pathologies and anxiety symptoms. *Developmental Psychology* 2014; 39: 225-36 (Persian).
26. Duchesne S, Ratelle CF. Attachment security to mothers and fathers and the developmental trajectories of depressive symptoms in adolescence: Which parent for which trajectory? *J Youth Adol* 2014; 43: 614-54.
27. Lee JS, Koo HK. The relationship between adult attachment and depression in Korean mothers during the first 2 years postpartum: A moderated mediation model of self-esteem and maternal efficacy. *Personality and Individual Differences*. 2015; 79: 50-6.
28. Schneider RL, Arch JJ, Landy LN, Hankin B L. The longitudinal effect of emotion regulation strategies on anxiety levels in children and adolescents. *J Clin Child & Adol Psychol* 2016; 45: 1-14.
29. Hofmann SG, Sawyer AT, Fang A, Asnaani A. Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety* 2012;29: 409-16.
30. Besharat MA, Hedayati M, Kordmirza Nikozadeh E. Mediating role of interpersonal problems on the relationship between attachment pathologies and depressive symptoms. *Journal of Psychological Science*.2013; 48: 461-80. (Persian).
31. Pollock NC, McCabe GA, Southard AC, Zeigler-Hill V. Pathological personality traits and emotion regulation difficulties. *Personality and Individual Differences*:2016; 95: 168-77.
32. Cooper MJ, Warren L. The relationship between body weight (body mass index) and attachment history in young women. *Eat Behav*: 2011; 12: 94-6.

33. Parrigon KS, Kerns KA, Movahed Abtahi M, Koehn A. Attachment and emotion in middle childhood and adolescence. *Psychol Topics* 2015; 24: 27-50.
34. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change. New York: The Guilford Press. 2007.
35. Pascuzzo K, Moss E, Cyr C. Attachment and emotion regulation strategies in predicting adult psychopathology. *SAGE Open*. 2015; 5: 59-72.
36. Shaver PR, Mikulincer M. Adult attachment and emotion regulation. In J J Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press. 2014: 237-50.
37. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change. New York: The Guilford Press. 2012: 11: 11-5.
38. Javo IM, Sorlie T. Psychosocial predictors of an interest in cosmetic surgery among young Norwegian women: A population-based study. *Plast Reconstr Surg* 2009;124: 2142-8.
39. Pourmohassani Clourry F, Shirimohammadi S. Comparison of self-concept, inefficient schemas and emotional processing in people who apply for cosmetic surgery and non-applicant. *Journal of Psychology*. 2016;5: 165-86 (Persian).
40. Pakdaman SH. A study of the relationship between attachment and society in adolescents. PhD thesis of psychology, University of Tehran. 2001 (Persian).
41. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *JPsychopathol Behav Assess* 2004: 26: 41-54.
42. Derogotis LR, Richels K, Rock A. The SCL-90 and MMPI: A step in the validation of a new scale. *Br J Psychiatry* 1976;4: 4280-9.
43. Fathi Ashtiani. A psychological tests of personality residence and mental health, Tehran: Besat publications. 2009. (Persian).
44. Linares L, Jauregui P, Herrero-Fernández D, Estévez A. Mediating role of mindfulness as a trait between attachment styles and depressive symptoms. *J Psychol* 2016;7: 1-16.
45. Mohammad Khani Sh, Bahari A, Akbarian Firoozabadi M. Attachment styles and symptoms of depression: mediating role of rumination, *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology of Iran* 2013;23: 320-35 (Persian).
46. Collin VL. *Human Attachment*. The McGraw -Hill companies, Inc.1996.
47. Bowlby J. Attachment and loss: Retrospect and prospect. *Am J Orthopsych*. 1982: 52: 664.
48. Mikulincer M, Horesh N, Eilati I, Kotler M. The association between adult attachment style & mental health in extreme life-endangering conditions. *PersIndivid Differ*1999;27: 831-42.
49. Collin NL. Working models of Attachment: Implication for explanation, emotion and behavior. *J Pers Soc Psychol*.1996: 74: 1380-97.
50. Morley TE, Moran G. The origins of cognitive vulnerability in early childhood: Mechanisms linking early attachment to later depression. *Clinical Psychology Review*2011: 31: 1071-82.
51. Bowlby J. Attachment and loss: Sadness and depression. New York: Basic Books.1980.
52. Besharat MA. Psychometric properties of Depression Anxiety Stress Scale in clinical and community samples. Unpublished research report. Tehran: University of Tehran. 2005 (Persian).
53. Levert, E, Sagi A. Integrated attachment theory. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral*.2015;(8): 228-34.

54. Cassidy J. The nature of the child's ties. In Cassidy and Shaver Handbook of attachment, theory and research and clinical applications, New York: Guilford Press.1999.
55. Sochos A, Tsalta A. Depressiogenic cognition and insecure attachment: A motivational hypothesis. *Int J Psychol Psychologi Ther.*2008 (8): 157-70.
56. Besharat MA, Bazzazian S. Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population. *Journal of Nursing & Midwifery Faculty.*2014: 84: 61-70 (Persian).
57. Marganska A, Gallagher M, Miranda R. Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *Othoropsychiatr* 2013: 83: 131-41.
58. D'Avanzato C , Joormann J, Siemer M , Gotlib IH. Emotion regulation in depression and anxiety: Examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cog Ther Res* 2013:37: 968-80.
59. Jamieson JP, Nock M, Mendes WB. Mind over matter: reappraising arousal improves cardiovascular and cognitive responses to stress. *J of Exper Psychol* 2012:141: 417-22.
60. Levy KN. The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology* 2005:17: 959-86.
61. Akhavan Abiri F, Shojaei Mohammad R, Gholami Fesharaki M. Structural relationships of attachment style with psychological distress: *Journal of Clinical Psychology* 2010:3: 39-51 (Persian).
62. Wearden A, Peters I, Berry K, et al. Adult attachment, parenting experiences, and core beliefs about self and others. *Personality and Individual Differences* 2008:44: 1246-57.
63. Besharat MA, Bazzazian S. Psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire in a sample of Iranian population. *Journal of Nursing & Midwifery Faculty* 2014: 84: 61-70 (Persian).
64. Besharat MA. Mediating effect of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between attachment styles and alexithymia. *Developmental Psychology* 2013: 37: 5-16 (Persian).

The mediating role of difficulties in excitement adjustment on the relationship between attachment styles and psychopathology in female applicants of cosmetic surgery in kermanshah

Samira Shirmohammadi, Msc
Saeedehsadat Hosseini, PhD
Hassan Amiri, PhD

Department of Psychology, Kermanshah
Branch, Islamic Azad University,
Kermanshah, Iran

Background and Aim: Cosmetic surgery is one of the most common phenomena in recent decades. Due to high prevalence of psychiatric disorders among the cosmetic surgery applicants, it is important to explore the pathways and variables which affect mental health of these people. The aim of the present study was to investigate the mediating role of difficulties in excitement adjustment in the relationship between attachment styles and psychopathology in women undergoing cosmetic surgery.

Methods: The present study was descriptive and based on correlation models. The sample included all women who applied for cosmetic surgery who referred to the specialized surgical centers of Kermanshah, 300 of whom were selected by available sampling method. Data were collected by attachment styles. Excitement adjustment difficulty and psychopathology questionnaire and were analyzed by SPSS 22 and LISREL 8/8.

Results: The hypothesized model of research is fitted with the experimental data. There was a significant relationship between attachment styles and psychopathology directly and indirectly. The results of path analysis indicated mediating role of the difficulties of excitement adjustment in the relationship between attachment styles and psychopathology.

Conclusion: Attachment styles and difficulties in excitement adjustment can be effective in preventing, diagnosing and treating of mental disorders, and promoting mental health of cosmetic surgery applicants.

Keywords: attachment styles, excitement adjustment difficulties, psychological pathology

Received: Aug 06, 2019 Accepted: Sep 11, 2019

Dermatology and Cosmetic 2019; 10 (2): 101-116

Corresponding Author:
Saeedehsadat Hosseini, PhD

Ferdowsi Sq., Department of Psychology,
Kermanshah Branch, Islamic Azad
University, Kermanshah, Iran
Email: saeedehosseini@Jauksh.ac.ir

Conflict of interest: None to declare