

تأثیر پیش‌بین خودشناسی انسجامی، به‌شیری و سبک‌های دفاعی بر سلامت  
The prospective effect of integrative self-knowledge, mindfulness and  
defensive styles on health

Khadijah Shahmoohamadi, M.A.  
Nima Ghorbani, Ph.D.  
Mohammad Ali Besharat, Ph.D.  
Masood Nosrat Abadi, M.A.

خدیجه شاه محمدی\*  
دکتر نیما قربانی\*\*  
دکتر محمدعلی بشارت\*\*  
مسعود نصرت آبادی\*\*\*

چکیده

**Abstract**  
The goal of this study was the prospective investigation of self-knowledge processes and defensive styles on health during the stressful period of final examination among university students. 177 students (male=69, female=108) responded to integrative self-knowledge scales (ISK; Ghorbani, 1385), mindfulness scale (MS; Brown & Ryan, 2003), defensive styles questionnaire (DSQ; Andrews, Singh & Bond, 1993). A list of illnesses (SMUHQ; Watson & Pennebaker, 1989), While symptom checklist scales (SCHS; Barton, 1995) and subjective vitality scale (SVS; Ryan & Fredrick, 1997) were repeatedly examined (five times) during the exams. Data revealed that integrative self-knowledge, can predict vitality, symptoms, illness and healthy defensive styles better than the mindfulness. Integrative self-knowledge predicted vitality within the stressful period. The results were discussed based on integrative importance of self-knowledge processes.

**Keywords:** defensive style, integrative self-knowledge, mindfulness, vitality, stress

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر فرایندهای خودشناختی و سبک‌های دفاعی بر سلامت در طول دورهٔ پراسترس امتحانات بود. در این پژوهش صد و هفتاد و هفت دانشجوی دانشگاه تهران (۱۰۸ زن، ۶۹ مرد) با تکمیل پرسشنامه‌های خودشناسی انسجامی (ISK; قربانی، ۱۳۸۵)، به‌شیری (MS; براون و رایان، ۲۰۰۳)، سبک‌های دفاعی (DSQ; اندروز، سینگ و بوند، ۱۹۹۳)، سرزندگی (SVS; رایان و فدریک، ۱۹۹۷)، عوارض بیماری (SCHS; بارتون، ۱۹۹۵) و بیماری (SMUHQ; واتسون و پنیکر، ۱۹۸۹) در این پژوهش شرکت کردند. در عین حال مقیاس‌های سرزندگی و عوارض بیماری در پنج نوبت در طول امتحانات سنجیده شد. فرضیه اصلی این بود که فرایندهای خودشناختی به‌صورت منفی با بیماری و سبک‌های دفاعی ناسالم، و به صورت مثبت با سلامت و سبک‌های دفاعی سالم مرتبط است. یافته‌های پژوهش نشان داد خودشناسی انسجامی، سبک دفاعی بالغ را به صورت مثبت و به‌شیری سبک دفاعی نابالغ را به صورت منفی پیش‌بینی کردند. در تحلیل واریانس با داده‌های تکراری، تنها خودشناسی انسجامی توانایی پیش‌بینی میزان سرزندگی افراد را در طی شرایط پراسترس داشت. یافته‌های بر مبنای اهمیت انسجامی فرایندهای خودشناختی مورد بحث قرار گرفتند.

**واژه‌های کلیدی:** سبک دفاعی، سرزندگی، خودشناسی انسجامی، به‌شیری، استرس

\* کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی nasimmehr110@yahoo.com

\*\* عضو هیأت علمی دانشگاه تهران

\*\*\* دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه تهران

دریافت: ۸۷/۰۷/۲۴ پذیرش: ۸۸/۰۸/۱۰

Received: 16 Oct 2008 Accepted: 01 Nov 2009

## مقدمه

بسیاری از سنت‌های فلسفی، معنوی و روان‌شناختی بر اهمیت کیفیت هشیاری در حفظ و ارتقا بهزیستی تأکید ورزیده‌اند. اهمیت خودآگاهی در این است که افراد را از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری زیان‌بخش می‌رهاند و از این طریق نقشی اساسی در تقویت نظم‌دهی رفتار آگاهانه<sup>۱</sup> و مورد تأیید خود<sup>۲</sup> ایفا می‌نماید (رایان و دسی، ۲۰۰۱). از دیدگاه مکاتب روان‌پویشی و انسان‌گرا دستیابی به آگاهی می‌تواند انسان را در شناسایی نیازها، تعارض‌ها و دل‌مشغولی‌های وجودی یاری دهد. در سنت روان‌شناسی شناختی نظریه‌پردازان بر اهمیت توجه در گردآوری اطلاعات واقعی درباره رفتار یا تجارب ذهنی، به عنوان نخستین گام در جهت دستیابی به بهزیستی تأکید دارند (سافران و سگال،<sup>۳</sup> ۱۹۹۰؛ به نقل از رایان و دسی، ۲۰۰۱). نظریه خودتعیین‌گری<sup>۴</sup> (رایان و دسی، ۲۰۰۱) نیز معتقد است خودشناسی می‌تواند انتخاب رفتارهای منطبق بر علائق، ارزش‌ها و نیازهای فردی را تسهیل نموده و از این طریق بهزیستی را ارتقا بخشد (ریان، کول و دسی،<sup>۵</sup> ۱۹۹۷؛ به نقل از رایان و دسی، ۲۰۰۱).

به طریقی مشابه، نظریه‌های خود نظم‌دهی بر نقش آگاهی و توجه در حفظ و ارتقا عملکردهای رفتاری و شناختی تأکید دارند. بر اساس نظریه‌های سبیرنتیک سیستم کنترل، خودآگاهی عنصر اساسی خود نظم‌دهی است و جهت دستیابی به نظم و ثبات درونی الزامی بود. این نظریه‌ها به این امر می‌پردازند که چگونه بخش‌های یک سیستم همدیگر را تنظیم می‌کنند. مفهوم کلیدی نظریه کنترل حلقه<sup>۶</sup> پس‌خوراند منفی است. کارکرد این حلقه در تنظیم رفتار از طریق مقایسه برون‌داد حاضر با وضعیت

1. informed
2. self-endorsed
3. Safran, J. D., & Segal, Z. V.
4. self-determination theory
5. Ryan, R. M., Kuhl, J., & Deci, E. L.

ایده آل صورت می‌گیرد. هنگامی که بین برون داد و وضعیت آرمانی ناهمخوانی تشخیص داده شود، رفتار غلط تصحیح می‌گردد (سالز و فلتچر، ۱۹۸۵). لونتال<sup>۱</sup> (۱۹۷۹) بر این عقیده است که تجربه ناراحتی یک فرایند پسخوراند منفی فراهم می‌آورد که پیش‌نیاز تعقیب رفتار سالم است (سالز و فلتچر، ۱۹۸۵). شوارتز<sup>۲</sup> (۱۹۸۳) این‌گونه بیان می‌کند که عدم نظارت بر علائم حیاتی بدن، یا توجه نکردن به آن‌ها موجب آسیب سیستم و اختلال در خود نظم‌دهی می‌گردد. بنابراین، ارتباط بین برون داد و درون داد قطع و بر اثر فقدان نظارت بر برون داد، رفتار نادرست ادامه می‌یابد (سالز و فلتچر، ۱۹۸۵).

از سوی دیگر، نظریه پردازان دیگری رویکرد منفی به خودآگاهی دارند. از دیدگاه عملگرا<sup>۳</sup> خودکار بودن رفتارها می‌تواند در زمان صرفه‌جویی و ذهن را از پرداختن به رفتارهای کم‌اهمیت رها سازد تا بتواند به تکالیف مهم‌تری بپردازد (رایان و دسی، ۲۰۰۱). دوال و ویکلوند<sup>۴</sup> (۱۹۷۲) اولین نظریه‌پردازان در زمینه خودآگاهی، معتقد بودند خودآگاهی اغلب ناخوشایند و آزار دهنده است. بر اساس باور آن‌ها، از آن‌جا که افراد مدام خود را با اهداف و آرمان‌های خویش مقایسه می‌کنند و امکان رسیدن به وضعیت آرمانی همواره فراهم نیست، بنابراین افزایش خودآگاهی عامل رنجش است (بارن و برن، ۱۹۸۹). بر اساس نظریه<sup>۵</sup> هال (۱۹۸۸) یکی از دلایل مصرف الکل در افراد ممکن است مربوط به خودآگاهی باشد. زیرا الکل کاهش دهنده خودآگاهی است. خودآگاهی متضمن تفکرهایی راجع به خود است و فرد به طور دائم وقایع مؤثر بر خود، اهداف و آرمان‌ها را در ذهن مرور کرده و به مقایسه خود با شرایط آرمانی می‌پردازد. در هنگام یأس و غمگینی مرور وقایع تلخ، آزارنده و جانکاه است. بنابراین، فرد جهت‌رهایی از عذاب

- 
1. Levental, H.
  2. Schwartz, G. E.
  3. pragmatic
  4. Duval, S., & Wicklund, R. A.
  5. Hull, A.

درون و کاهش خودآگاهی به الکل روی می‌آورد تا برای مدتی از مسائل غمبار دور بماند (بارن و برن، ۱۹۸۹).

در یک بازبینی گسترده ادبیات، پژوهشی در این زمینه بامیستر<sup>۱</sup> (۱۹۹۱) به یافته‌های مشابهی اشاره کرده است. او معتقد است افراد اغلب خواهان توقف فکر راجع به خود هستند و جهت گریز از توجه معطوف به درون ممکن است به اعمال مخربی از قبیل خودکشی، خودآزارگری و مصرف مواد دست بزنند. بر اساس این یافته‌ها بامیستر نتیجه گرفت افراد متمرکز به خود، توجه به درون را آزارنده می‌یابند و سعی دارند در حد امکان از این حالت رها شوند و ممکن است برای رهایی از خودآگاهی به اقدام‌های انتحاری و امثال اینها متوسل شوند (بامیستر، ۱۹۹۱؛ به نقل از موراون، ۲۰۰۵). با این وجود، شواهد پژوهشی و بالینی متعدد حاکی از آن است که در مدیریت استرس، کاهش درد و مقابله مؤثر، خودآگاهی نقش مثبت دارد (اسکافلر، ۱۹۷۸؛ استوارت، ۱۹۸۳؛ کوپل و ویلیام سون، ۱۹۹۰؛ باد، ۱۹۹۳؛ کروگر، لامپرچ، والت و مولر، ۱۹۹۶؛ جانسون، ۱۹۹۷؛ وینشتاین، ۲۰۰۱؛ کلاگزبرون، ۲۰۰۱؛ اوانز و کلی، ۲۰۰۴). از دیدگاه متیوز و ولز (۲۰۰۰) اختلالات عاطفی و اضطراب، با فقدان نظارت بر فرایند پویایی سازش<sup>۲</sup>، نشخوار ذهنی مداوم<sup>۳</sup> و عدم بازسازی خودشناسی غیرانطباقی<sup>۴</sup> (توجه به خود مخرب) مرتبط است. مطالعه‌های زیادی نشان داده‌اند تراکم وقایعی که مستلزم پردازش و تطبیق مجدد است، به خصوص وقایع غیرقابل کنترل و ناخوشایند، خطر ابتلاء به بیماری جسمانی را افزایش می‌دهند (هولمز و ریپی،<sup>۵</sup>

- 
1. Baumeister, R. F.
  2. dynamic adaptability monitoring
  3. perseverative
  4. away from restructuring of maladaptive self-knowledge
  5. Holmes, T. H., & Rahe, R.

۱۹۷۶؛ دورنوند و دورنوند<sup>۱</sup>، ۱۹۷۴؛ به نقل از سالز و فلتچر، ۱۹۸۵). مک کوال و هاگتوت<sup>۲</sup> (۱۹۸۲) نشان داده‌اند نظارت فعال بر احساس‌ها ممکن است در لحظه‌های اولیه اضطراب یا پریشانی به دنبال داشته باشد، اما در دراز مدت راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در جهت کاهش ناراحتی به راه می‌افتند (سالز و فلتچر، ۱۹۸۵).

در خصوص فرایندهای خودشناختی نظریه‌پردازی‌های متعددی ارائه شده است. در پژوهش حاضر، دو مفهوم بهشیاری و خودشناسی مورد توجه قرار گرفته‌اند. بهشیاری<sup>۳</sup> به حالت توجه و آگاهی افزایش یافته و پذیرنده اشاره دارد که در تنظیم یا حفظ هشیاری بیش‌تر نسبت به وقایع جاری دخیل است. بهشیاری یک فرایند خودشناختی ادراکی و غیرتأملی است که در آن ادراک و نه تأمل و تفکر، دخیل است (براون و ریان، ۲۰۰۳).

بر اساس مفهوم‌سازی قربانی و همکاران (۲۰۰۳) خودشناسی فرایند روان‌شناختی پویا، انطباقی و انسجام‌دهنده است که در همه لحظات زندگی فعال است. خودشناسی تجارب و اسنادهای مربوط به خود را به صورت معناداری تلفیق می‌کند؛ فرایند خود‌نظم‌دهی را تسهیل و احساس بهزیستی<sup>۴</sup> و رضایت را ارتقا می‌بخشد؛ در هر لحظه به تغییرات گوناگون موقعیت‌ها پاسخ‌گو است و با آگاهی از تجارب جاری و گذشته آن‌ها را به یکدیگر مرتبط می‌سازد. عدم آگاهی نسبت به الگوهای رفتاری، مکانیزم‌های دفاعی، نشخوارهای ذهنی و عدم درک صحیح نسبت به اثرات رفتار شخصی بر دیگران، نقطه مقابل خودشناسی است.

1. Dohrenwend, B. S. & Dohrenwend, B. P.

2. Mc Caul, K. D., & Haugtvedt, C.

3. mindfulness

4. well-being

با استناد به مبانی نظری و مطالعه‌های مورد اشاره می‌توان فرض کرد که فرایندهای خودشناختی در ارتباط میان استرس و بیماری نقش تعدیل‌کننده دارند و با توجه به نقشی که در شکل‌دهی راهبردهای مقابله‌ای و دفاعی سالم دارند، در سلامت جسم و روان مؤثر هستند. هنگامی که خودشناسی کاهش می‌یابد، سیستم بدن از تنظیم خارج و واکنش‌های دفاعی و سیستم ایمنی سست شدند؛ بدن در مقابل عفونت‌ها، آسیب‌ها و علائم هشداردهنده دچار حالت بی‌پاسخی یا کم‌پاسخی می‌گردد و راهبردهای مقابله‌ای نامنظم و ابتدایی جایگزین مکانیزم‌های مقابله‌ای سالم می‌گردند.

با توجه به تک بُعدی بودن مقیاس به‌شیری (تأکید بر کیفیت ادراکی هشیاری در زمان حال، نه تأمل و تفکر)، انتظار می‌رود خودشناسی انسجامی بهتر بتواند میزان بیماری، سرزندگی و سبک‌های دفاعی سالم را پیش‌بینی کند. از سوی دیگر، بر اساس مطالعه‌های مذکور، فرایندهای خودشناختی با روش‌های دفاعی و مقابله‌ای که افراد اتخاذ می‌کنند ارتباط مستقیم دارند. بنابراین، ارتباط خودشناسی با نوع روش‌های دفاعی به کار گرفته شده نیز از مسائل مورد بررسی پژوهش حاضر است. از آنجایی که نقش خودشناسی و راهبردهای دفاعی در بیماری و سلامت در شرایط پراسترس است که معنا می‌یابد، پژوهش حاضر در فضایی که رویدادهای استرس‌زا به صورت عینی حضور داشته‌اند صورت گرفته است.

## روش

**جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش:** جامعه آماری این پژوهش شامل صد و هفتاد و هفت دانشجو (۱۰۸ زن، ۶۹ مرد) در دوره کارشناسی دانشگاه تهران ساکن خوابگاه، در نیمسال دوم ۱۳۸۴-۱۳۸۵ بودند. برای نمونه‌گیری از روش تصادفی در دسترس استفاده شد. میانگین سنی و انحراف معیار آزمودنی‌ها به ترتیب ۲۱/۶۳ و ۱/۸۴ بوده و ۹۰/۸ درصد آن‌ها مجرد بوده‌اند. طرح پژوهش این

مطالعه از نوع طرح‌های پیش‌بین و تکرار سنجش است. پرسشنامه‌ها در پنج مرحله ارائه شد. در مرحله اول کلیه پرسشنامه‌ها به صورت مداد - کاغذی به افراد ارائه و در چهار مرحله بعدی تنها پرسشنامه‌های سرزندگی و نشانه‌های مرضی ارائه شد. این پژوهش به علت بررسی استرس عینی در فصل امتحانات طی یک ماه بر روی نمونه دانشجویی و در فصل امتحانات صورت گرفت. ابتدا آزمودنی‌ها ابتدا یک هفته پیش از شروع امتحانات به مقیاس‌های خودشناسی، سبک‌های دفاعی و عوارض بیماری و سرزندگی پاسخ دادند. سپس به مقیاس‌های عوارض بیماری و سرزندگی با فواصل پنج روزه، چهار بار به صورت مکرر پاسخ دادند و از این طریق واریانس عوارض بیماری و سرزندگی در طول دوره امتحانات مورد بررسی قرار گرفت. آزمون‌ها به صورت انفرادی در خوابگاه دانشجویان برگزار شد. پس از گردآوری داده‌ها و محاسبه مقادیر توصیفی، از روش‌های تحلیل همبستگی، تحلیل رگرسیون و تحلیل واریانس با مدل‌های خطی تکرار سنجش (RANOVA) استفاده شد.

### ابزار سنجش

**مقیاس خودشناسی انسجامی:** در این پژوهش از مقیاس خودشناسی انسجامی (ISKS؛ قربانی، ۱۳۸۵) استفاده شد. این مقیاس محصول بازنگری در نظریه دو وجه خودشناسی تجربه‌ای و تأملی است که دو وجه خودشناسی تجربه‌ای و تأملی را به صورت منسجم در ۱۲ ماده مورد سنجش قرار می‌دهد. بررسی‌های میان فرهنگی در ایران و امریکا (قربانی، ۱۳۸۵) حکایت از اعتبار و روایی سازه، ملاک، و

پیش‌بین این مقیاس می‌کند. آزمودنی به هر ماده در مقیاس پنج درجه‌ای از به طور عمده مخالف (۰) تا به طور عمده موافق (۴) پاسخ می‌دهد.

**مقیاس به‌شبیاری:** در این پژوهش از مقیاس به‌شبیاری (MS؛ براون و ریان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳) استفاده شد که این آزمون شامل ۱۵ سؤال بود. آزمودنی به هر ماده در مقیاس پنج درجه‌ای از تقریباً همیشه (۰) تا تقریباً هیچ وقت (۴) پاسخ می‌دهد (قربانی، ۱۳۸۵).

**مقیاس سرزندگی:** در این پژوهش از مقیاس سرزندگی (SVS؛ ریان و فدریک<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷) استفاده شد. این مقیاس شامل ۷ ماده است که احساس فعلی سرزندگی آزمودنی‌ها را می‌سنجد. سؤال‌های این مقیاس به صورت هفت گزینه‌ای از خیلی درست است (۷) تا اصلاً درست نیست (۱) درجه‌بندی شده است.

**مقیاس فهرست عوارض بیماری:** در این پژوهش از مقیاس فهرست عوارض بیماری (SCHS؛ واتسون و پنیکر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵؛ به نقل از بارتون، ۱۹۹۵) استفاده شد. این ابزار شامل ۲۰ ماده است که در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت، از تقریباً همیشه (۵) تا تقریباً هیچ وقت (۱) تهیه شده است که مشکلات جسمانی و بدنی سازی افراد را می‌سنجد.

**پرسشنامه بیماری:** در این پژوهش از پرسشنامه بیماری (SMUHQ؛ واتسون و پنیکر<sup>۴</sup>، ۱۹۸۹) استفاده شد. این آزمون بیماری افراد را از طریق یک مقیاس ۶۳ ماده‌ای که شامل فهرستی از

- 
1. Mindfulness Scale
  2. Subjective Vitality Scale
  3. Symptoms Checklist Scale
  4. SMU Health Questionnaire



بیماری‌های جسمی است، می‌سنجد. آزمودنی‌ها با پاسخ بله یا خیر در پاسخنامه، میزان ابتلا به بیماری خود را گزارش می‌کنند.

**پرسشنامه سبک‌های دفاعی<sup>۱</sup>:** در این پژوهش از پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ؛ اندروز، سینگ و بوند<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳، به نقل از بشارت و همکاران، ۱۳۸۰) استفاده شد. این پرسشنامه ۴۰ ماده‌ای در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) بیست مکانیزم دفاعی را برحسب سه سبک دفاعی رشد یافته<sup>۳</sup> (بالغ)، روان‌نژند<sup>۴</sup> و رشد نایافته<sup>۵</sup> (نابالغ) می‌سنجد. سبک‌های دفاعی رشد یافته شامل مکانیزم‌های والایش<sup>۶</sup>، شوخ طبعی<sup>۷</sup>، پیشاپیش‌نگری<sup>۸</sup> و فرونشانی<sup>۹</sup> بود. مکانیزم‌های مربوط به سبک دفاعی روان‌نژند عبارتند از: ابطال<sup>۱۰</sup>، نعوذوستی کاذب<sup>۱۱</sup>، آرمانی سازی<sup>۱۲</sup> و واکنش متضاد<sup>۱۳</sup>. سبک‌های دفاعی رشد نایافته شامل دوازده مکانیزم دفاعی است: فرافکنی<sup>۱۴</sup>، پرخاشگری فعل پذیر<sup>۱۵</sup>،

- 
1. Defensive Styles Questionnaire
  2. Andrews, G., Singh, M. & Bond, M.
  3. mature
  4. neurotic
  5. immature
  6. sublimation
  7. humor
  8. anticipation
  9. suppression
  10. undoing
  11. pseudo-altruism
  12. idealization
  13. reaction formation
  14. projection
  15. passive-aggressive

به عمل درآوری<sup>۱</sup>، مجزاسازی<sup>۲</sup>، ناززنده سازی<sup>۳</sup>، خیال پردازی اوتیستیک<sup>۴</sup>، انکار<sup>۵</sup>، جابه‌جایی<sup>۶</sup>، تفرق<sup>۷</sup>، دوپارگی<sup>۸</sup>، دلیل‌تراشی<sup>۹</sup> و بدنی‌سازی<sup>۱۰</sup>.

### یافته‌ها

جدول ۱ شاخص‌های آماری میانگین، انحراف معیار و همسانی درونی متغیرهای پژوهش حاضر را نشان می‌دهد. آلفای کرونباخ مقیاس‌ها و زیرمقیاس‌ها حاکی از هماهنگی درونی مطلوب مقیاس‌های مذکور است، جز این‌که ضریب آلفای سبک دفاعی نروزی اندکی کاهش نشان می‌دهد. آلفای پایین زیرمقیاس‌های سبک نفاعی روان‌نژند و تا حدی بالغ نشان می‌دهد که این داده‌ها باید با احتیاط تفسیر شوند.

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار و آلفای کرونباخ متغیرهای مورد پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین کرونباخ
خودشناسی انسجامی	۲/۶۶	۰/۷۳	۰/۸۴
بهبودی	۲/۵۳	۰/۶۶	۰/۸۱
احساس سرزندگی	۳/۹۴	۱/۳۷	۰/۸۶
عوارض بیماری	۱/۷۰	۰/۳۹	۰/۸۵
بیماری	۰/۱۶	۰/۱۴	۰/۸۴
سبک دفاعی	۵/۷۷	۱/۲۲	۰/۵۷
سبک دفاعی	۴/۴۲	۱/۰۲	۰/۷۶
سبک دفاعی	۵/۲۳	۱/۲۰	۰/۴۹

1. acting-out
2. isolation
3. devaluation
4. autistic-fantasy
5. denial
6. displacement
7. dissociation
8. splitting
9. rationalization
10. somatization

در جدول ۲ نشان دهنده آن است که، خودشناسی انسجمی و بهشیاری با عوارض بیماری همبستگی منفی دارند. از میان فرایندهای خودشناختی، تنها خودشناسی انسجمی با بیماری همبستگی منفی و معنادار دارد. سبک دفاعی بالغ با فرایندهای خودشناختی همبستگی مثبت و با نشانه‌های مرضی همبستگی منفی دارد. میان سبک دفاعی نابالغ و فرایندهای خودشناختی همبستگی منفی وجود دارد. سبک دفاعی نوروژی با بهشیاری همبستگی منفی دارد.

جدول ۲- همبستگی میان متغیرها

	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
خودشناسی انسجمی								*	
بهشیاری							*	-.۴۷	
سبک دفاعی رشد یافته						*	**-.۲۵	**-.۴۰	
سبک دفاعی رشد نایافته				*	-.۰۵	**-.۳۷	**-.۲۳	**-.۲۳	
سبک دفاعی روان نژند				*	-.۱۸	**-.۳۰	*-.۱۶	-.۰۳	
بیماری			*	-.۱۱	-.۰۳	-.۱۱	-.۱۴	*-.۱۵	
عوارض بیماری		*	**-.۲۶	-.۰۱	**-.۲۲	**-.۲۴	**-.۳۲	**-.۴۱	
احساس سرزندگی	*	**-.۴۷	-.۰۶	-.۱۱	-.۱۴	**-.۳۲	**-.۲۰	**-.۳۴	

\*P<.۰۱

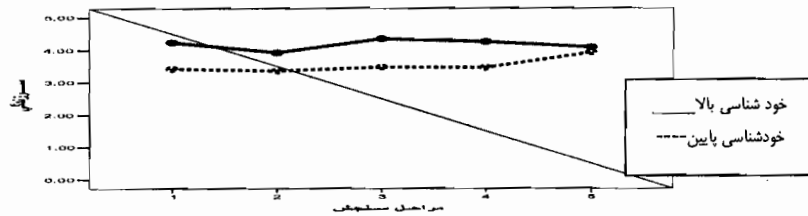
\*\*P<.۰۰۱

در تحلیل رگرسیون، میان خودشناسی انسجمی و بهشیاری، خودشناسی انسجمی توانست به طور معناداری متغیرها را به صورت زیر پیش‌بینی نماید: ۶ درصد از واریانس نمرات بیماری ( $R^2=۰/۰۶$  و  $F=۴/۱۷$ )؛ ۲۱٪ از واریانس نمرات عوارض بیماری ( $F=۱۲/۴۶$ ،  $R^2=۰/۲۱$ ) و ۱۸ درصد از واریانس نمره‌های سبک دفاعی رشد یافته ( $F=۱۰/۸۱$ ،  $R^2=۰/۱۸$ )، بهشیاری توانست ۱۴ درصد از واریانس نمرات سبک دفاعی رشد نایافته را به طور منفی پیش‌بینی کند ( $F=۸/۷۲$ ،  $R^2=۰/۱۴$ ).

در بررسی اثر فرایندهای خودشناختی بر احساس سرزندگی و عوارض بیماری، افراد دارای خودشناسی بالا و پایین، بر اساس میانه نمرات به دو گروه تقسیم شدند و پنج مرحله احساس سرزندگی و عوارض بیماری مورد بررسی قرار گرفت. با استفاده از روش GLM (تحلیل واریانس با مقادیر تکراری)، آماره کلی آزمون بررسی تعامل خودشناسی انسجامی و احساس سرزندگی از لحاظ آماری معنادار بود ( $F_{4,120}=2/51$  و  $P=0/04$ ). بر این اساس، افراد با خودشناسی بالا یا پایین، نمره‌های سرزندگی متفاوتی کسب کرده‌اند. آزمون موجلی برای بررسی کرویت<sup>۱</sup> از لحاظ آماری معنادار بود ( $W=0/85$  و  $P=0/01$ ). بنابراین فرض کرویت تأیید نشد. در نتیجه برای اصلاح درجه آزادی، از اصلاح اپسیلون هاین-فلدت<sup>۲</sup> استفاده شد. با استفاده از اصلاح هاین-فلدت اثر تعاملی سرزندگی با خودشناسی از لحاظ آماری معنادار بود ( $F_{3/9,382/7}=2/73$  و  $P=0/03$ ). بنابراین، می‌توان گفت سرزندگی بر اساس متغیر خودشناسی در طول زمان تغییر معنادار داشته است.

در بررسی پنج مرحله احساس سرزندگی و خودشناسی، از میان سه حالت خطی<sup>۳</sup>، ربعی<sup>۴</sup> و مکعبی<sup>۵</sup>، تنها حالت مکعبی در رابطه با احساس سرزندگی از لحاظ آماری معنادار بود ( $F_{1,123}=6/22$  و  $P=0/01$ ) که نمودار آن در شکل ۱ آورده شده است. همان‌گونه که در نمودار منعکس است با افزایش خودشناسی، میزان سرزندگی افزایش یافته است.

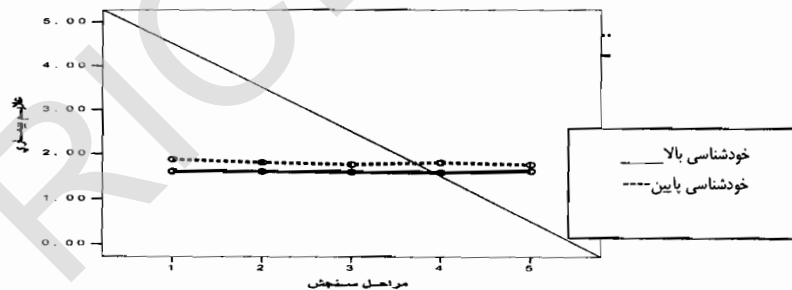
- 
1. sphericity
  2. Huynh- Feldt
  3. linear
  4. quadratic
  5. cubic



نمودار ۱- مقایسه نمره‌های سرزندگی افراد در پنج بار سنجش در دو نمونه

با خودشناسی بالا و پایین

در آزمون GLM، آماره کلی بررسی تعامل خودشناسی و عوارض بیماری از لحاظ آماری معنادار نبود ( $P=0/41$  و  $F_{4,119}=1$ ). آزمون موجلی برای بررسی کرویت از لحاظ آماری معنادار بود ( $P=0/01$ ) و  $W=0/85$ ). بنابراین فرض کرویت تأیید نشد. در نتیجه برای اصلاح درجه آزادی، از اصلاح اسپیلون هاین-فلدت استفاده شد. با استفاده از اصلاح هاین-فلدت، اثر تعاملی عوارض بیماری با خودشناسی از لحاظ آماری معنادار نیست ( $P=0/39$  و  $F_{3/43,418/40}=1/03$ ). همان‌گونه که در نمودار ۲ مشاهده می‌شود، تفاوت دو گروه قابل ملاحظه نیست.



نمودار ۲- مقایسه عوارض بیماری افراد در پنج بار سنجش در دو نمونه با خودشناسی بالا و پایین

در بررسی تعامل بهشیاری و احساس سرزندگی، آماره کلی آزمون GLM از لحاظ آماری معنادار نبود ( $P=0/65$  و  $F_{4, 122}=2/70$ ). با استفاده از اصلاح هاین - فلدت، اثر تعاملی بهشیاری بر سرزندگی از لحاظ آماری معنادار نبود ( $P=0/60$  و  $F_{3/186, 482/31}=0/67$ ). بر این اساس می‌توان گفت افرادی که در مقیاس بهشیاری نمره‌های بالا یا پایینی کسب کرده‌اند، از نظر احساس سرزندگی تفاوت معناداری میان آن‌ها وجود ندارد. در بررسی تعامل بهشیاری و عوارض بیماری، آماره کلی آزمون GLM از لحاظ آماری معنادار نبود ( $P=0/43$  و  $F_{4, 119}=0/96$ ). با استفاده از اصلاح هاین - فلدت اثر اصلی احساس سرزندگی از لحاظ آماری معنادار نبود ( $P=0/58$  و  $F_{3/41, 416/47}=0/69$ ). بنابراین افرادی که در مقیاس بهشیاری نمره‌های بالا یا پایینی کسب کرده‌اند، از نظر تجربه عوارض بیماری تفاوت معناداری ندارند.

### بحث

همان‌گونه که مشاهده شد، خودشناسی انسجمی بهتر توانست بیماری، نشانه‌های مرضی، سبک‌های دفاعی سالم و سرزندگی را پیش‌بینی کند. نشان داده شد افرادی که از خودشناسی بالاتری برخوردارند، نسبت به کسانی که خودشناسی کم‌تری دارند، هنگام شرایط استرس‌زا، احساس سرزندگی بیش‌تری می‌کنند. در محاسبه ضرایب همبستگی، فرایندهای خودشناختی با عوارض بیماری همبستگی منفی نشان دادند. بر اساس این یافته‌ها استنباط می‌شود که خودشناسی انسجمی نسبت به بهشیاری، در کاهش عوارض بیماری و بیماری نقش مهم‌تری دارد و احساس سرزندگی را افزایش می‌دهد. با توجه به تعریفی که از خودشناسی ارائه شده است، چنین یافته‌هایی قابل پیش‌بینی بود. برحسب تعریف، خودشناسی انسجمی همه جنبه‌های شناخت «خود» را در برمی‌گیرد و شامل خودآگاهی و تجسم‌های پایدار خود است (رابینز و همکاران، ۱۹۹۷) که توانایی فرد را در دسترسی به حالات روان‌شناختی جاری و

پردازش محتوای تجارب کنونی و گذشته و تفکیک آن‌ها از یکدیگر می‌سجد و قدرت فرد را در پردازش شناختی اطلاعات مربوط به خود ارزیابی می‌کند. در حالی که بهشیاری تنها به جنبه‌های خاصی از شناخت خود تمرکز دارد. آنچه در این خصوص قابل توجه است یافته‌های متناقض مربوط به سبک‌های دفاعی است. سبک‌های دفاعی روان‌نژند با هر دو سبک دفاعی رشد یافته و رشد نیافته همبستگی مثبت داشت. از سوی دیگر، این زیر مقیاس با خودشناسی انسجامی بی‌ارتباط و با بهشیاری ارتباط معکوس داشت. از آن گذشته، آلفای زیرمقیاس سبک دفاعی روان‌نژند در حد مطلوبی نبود. بر این اساس، یافته‌های حاصل از این مقیاس چندان قابل اتکا به نظر نمی‌رسد.

تحلیل واریانس با مقادیر تکراری نشان داد با افزایش خودشناسی، میزان سرزندگی افزایش یافته است، اما در سایر آزمون‌ها رابطه معناداری مشاهده نشد. بر این اساس، بخشی از فرضیه اول پژوهش که بیان می‌کند؛ در افرادی که از خودشناسی بالاتری برخوردارند، هنگام شرایط پرسترس، احساس سرزندگی بیش‌تر و علائم بیماری کم‌تر است، تأیید شد، اما بخش دوم فرضیه مورد تأیید قرار نگرفت. در تبیین این یافته می‌توان گفت، با توجه به اهمیت خودشناسی در گستره روان‌شناسی مثبت و با توجه به عملیاتی سازی سلامت روان در دو بُعد فقدان نشانه‌ها و وجود بهزیستی روانی (اشنایدر و لویز، ۲۰۰۰)، به نظر می‌رسد خودشناسی انسجامی در افزایش بهزیستی روانی - و نه کاهش علائم آسیب شناختی - نقش مهم‌تری دارد.

با توجه به این یافته‌ها می‌توان فرض کرد، افراد با خودشناسی بالا به علت نظارت بر حالات درونی، می‌توانند علائم استرس را به شیوه صحیحی درک و تعبیر کنند و مکانیزم‌های دفاعی مناسب را به راه اندازند. احتمال دارد آگاهی یافتن از جنبه‌های اطلاعاتی محرک‌های استرس زا، به یک تعبیر درست غیرهیجانی و غیر تهدیدآمیز می‌انجامد. پیامد چنین نظارتی تنظیم پاسخ‌های عملی (مانند ورزش،

برنامه‌ریزی صحیح در زندگی)، هیجانی و ارزیابی‌های مجدد شناختی است. در مقابل، افراد با خودشناسی پایین، از درک و شناخت واقعیات مربوط به خود عاجزند و به صورت ناآگاهانه و خودکار به اعمال ناسنجیده دست می‌زنند. آن‌ها نه تنها قادر به برنامه‌ریزی و حل مسائل جسمانی و روانی خود نیستند، بلکه ممکن است به راهبردهای مقابله‌ای انکار مانند و اجتنابی روی آورند. پیامد چنین سردرگمی و بی‌دانشی نسبت به خود، غرق شدن بیش‌تر در مشکل‌ها و راه‌اندازی مکانیزم‌های دفاعی ناکارآمد است.

با توجه به یافته‌های موجود، در پاسخ به کسانی که خودآگاهی را موجب اختلال‌ها می‌دانند می‌توان گفت همهٔ انواع درون‌نگری‌ها مضر نیستند. آگاهی از صفات، حالات درون، نگرش‌ها و خودپنداشت‌های مثبت برای افراد پیامدهای مطلوبی در بردارد. نتیجه‌گیری‌های مختلف، ممکن است از دلایل متعدد ناشی شده باشد. اول، در مطالعه‌هایی که در زمینهٔ خودآگاهی (یا تمرکز به خود) انجام گرفته است، در برخی موارد تنها شباهت اسمی مشاهده می‌شود. به عنوان مثال، نشخوارهای ذهنی در مورد خود و مشغولیت‌های فکری نارسیستیک همه تحت عنوان خودآگاهی سنجیده شده است که درست نقطهٔ مقابل خودشناسی است (قربانی و همکاران، ۲۰۰۳). دوم، در بررسی پژوهش‌ها باید نقش تعاملی متغیرها را در نظر داشت، ضمن این‌که باید به موارد استثناء نیز توجه کرد. برای مثال، در مطالعهٔ مردان الکلی مشاهده شده است افرادی که از خودهشیاری شخصی بالاتری برخوردارند - در مقایسه با آن‌هایی که خودهشیاری شخصی پایینی دارند - در مقابل نشانه‌های<sup>۱</sup> فراخوان الکل واکنش گرایشی بیش‌تری دارند و حالت‌های خلقی منفی بیش‌تری نشان می‌دهند.



این افراد به سبب حساسیت به نشانه‌های فراخوان، از درمان مواجهه‌سازی با نشانه‌ها سود بیش‌تری می‌برند و پاسخ‌های مقابله‌ای بهتری به کار می‌گیرند (برادیزا و همکاران؛ ۱۹۹۹). از سوی دیگر، بر اساس نظریه‌ی هال (۱۹۸۸) یکی از دلایل مصرف الکل در افراد خودآگاهی است که جهت‌رهایی از رنج عذاب درون و کاهش خودآگاهی به الکل روی می‌آورند (بارن و برن، ۱۹۸۷). با وجود این که چنین گزارش‌هایی متناقض نیست، احتمال دارد بررسی توأم این عوامل یافته‌های جالبی در پی داشته باشد.

به طور یقین شناخت و فهم عمیق مشکلات شخصی و آگاهی لحظه به لحظه از حالات درون اثری سازنده داشته و از اضطراب و افکار آزارنده می‌کاهد. باور به خودپنداشت‌های مثبت (در حد معتدل) می‌تواند مفید باشد و افزایش خودآگاهی در این شرایط امر مطلوبی نیست. هم‌چنین اگر در فرایند فکری خود به دنبال علت رویدادها و حل مسائل باشیم، درون‌نگری مفید خواهد بود. پنیبکر (۱۹۹۷) در پژوهش‌های خود نشان داده است که نوشتن درباره‌ی تجارب هیجانی یا آسیب‌زای شخصی بر سلامت فرد، عملکرد تحصیلی و رضایت شغلی تأثیری مطلوب دارد. پژوهش‌های متعدد نیز حاکی از آن است که تمرکز بر چگونگی عواطف شخصی (در عوض توجه به چرایی آن) می‌تواند قابلیت دستیابی به عواطف شخصی را ارتقا بخشد و میزان پیش‌بینی رفتار افزایش یابد. این‌گونه تمرکز به خود می‌تواند به عواطف فرد وضوح و روشنی بیش‌تری بخشد (ویلسون و داون، ۲۰۰۴).

یافته‌های (گیبونس، شییر، کارور و هورموت<sup>۱</sup>؛ به نقل از سالز و فلتچر، ۱۹۸۵) نشان داد افراد با خودآگاهی بالا نسبت به تغییرات درونی بدنشان حساس‌ترند و ارزیابی آنان از خود دقیق‌تر است. مطالعات لونتال، براون، شاپام و انگکوئیست<sup>۲</sup> (۱۹۷۹) و جانسون<sup>۳</sup> (۱۹۷۳) نیز نشان داد افرادی که فعالانه بر

1. Gibbons, F. X., Scheier, M. F., Carver, C. S., & Hormuth, S. E.

2. Levental, H., Brown, D., Shacham, S., & Engquist, G.

3. Johnson, J. E.

احساساتشان نظارت داشتند، در هنگام انجام تحریک‌های ناخوشایند از قبیل فشار، آزمایش‌های آندوسکپی و امثال اینها ناراحتی و دردشان کاهش یافت. در مقابل افرادی که حواسشان به طریقی پرت شده بود، علایم کاهش نیافت. این یافته‌ها مبین آن است افرادی که به خود توجه دارند، در برابر عوامل تنش‌زا مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (سالز و فلتچر، ۱۹۸۵).

گواه مستقیم‌تر توسط (سالز<sup>۱</sup>، ۱۹۷۸؛ فلتچر<sup>۲</sup>، ۱۹۸۲؛ مولن<sup>۳</sup>، ۱۹۸۵؛ به نقل از سالز و فلتچر، ۱۹۸۵) در مطالعه‌های پیش‌بین به دست آمده است. یافته‌های این پژوهش‌ها نشان داد افرادی که از خودآگاهی بالاتری برخوردار بودند- با وجود تجربه وقایع تنش‌زای مشابه، میزان بیماری کم‌تری را گزارش کردند. یافته‌های پژوهش حاضر هم راستا با پژوهش‌های گذشته بوده است و با تحقیق‌ها و نظریه‌های پیشین هم‌خوانی دارد. پژوهش حاضر این فرضیه را که خودشناسی اثر رویدادهای تنش‌زا را بر بیماری تعدیل می‌کند (سالز و فلتچر، ۱۹۸۵)، مورد تأیید قرار داد. یافته‌ها نشان داد افرادی که از خودشناسی بالاتری برخوردار بودند، تنش و علایم بیماری کم‌تری را گزارش کردند. این یافته‌ها در جهت تأیید فرضیه‌های لونتال، نرنز و استروس<sup>۴</sup> (۱۹۸۰) و شوارتز، ۱۹۸۳؛ به نقل از سالز و فلتچر، ۱۹۸۵) است که بیان کرده‌اند، عدم نظارت بر واکنش‌های جسمانی و روان‌شناختی تنش منجر به آسیب دیدگی سیستم ایمنی و اختلال در خود نظم‌دهی می‌گردد و احتمال بروز بیماری افزایش می‌یابد. یافته‌های این پژوهش همسو با یافته‌های جانسون و ساراسون<sup>۵</sup> (۱۹۷۳)، به نقل از سالز و فلتچر، ۱۹۸۵)، سالز و فلتچر (۱۹۷۸، ۱۹۸۲، ۱۹۸۵) بوده و تکمیل‌کننده آن‌هاست. همچنین پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشی وایلان<sup>۶</sup>، ۱۹۹۲؛

1. Suls, J.
2. Fletcher, B.
3. Mullen, B.
4. Levental, H., Nerenz, D. R., & Strauss, A.
5. Johnson, J. H., & Sarason, I. G.
6. Vaillant, G. E.

وایلانته، ۲۰۰۰ (به نقل از وایلانته، ۲۰۰۰)، ریف، کوان و کمپیل (۲۰۰۵) که در زمینه ارتباط سبک‌های دفاعی و بیماری به پژوهش پرداخته‌اند، مطابقت دارد.

عدم امکان سنجش عینی بیماری، شیوه نمونه‌گیری غیرتصادفی، فقدان کنترل سایر رویدادهای تنش‌زا و گردآوری اطلاعات مبتنی بر خودگزارش دهی از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر هستند. پیشنهاد می‌گردد در مطالعه‌های آینده به طور همزمان از چند روش آزمون دیگر (مانند مصاحبه، مشاهده رفتاری) جهت تکمیل اطلاعات استفاده شود. همچنین، در بررسی اثر فرایندهای خودشناختی بر سلامت، بهتر است شرایط پر تنش جدی‌تری مانند بیکار شدن، بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج، مرگ عزیزان، طلاق و امثال اینها به صورت پیش‌بین مورد مطالعه قرارگیرد و از نمونه‌های سنی مختلف و جمعیت‌های ناهنجار استفاده گردد. بررسی دقیق و جزئی‌تر مکانیزم‌های دخیل در فرایند خودشناختی در پیش‌بینی بیماری و سلامت، و نقش تعاملی متغیرهای دیگر تعدیل‌کننده بیماری مانند حمایت اجتماعی، سخت‌رویی، تیپ شخصیتی، معنویت و متغیرهای ایمنی شناختی با خودشناسی یافته ارزشمندی خواهد بود که در مطالعه‌های آینده قابل بررسی است.

## مراجع

- بشارت، محمدعلی؛ شریفی، ماندانا و ابروانی، محمد (۱۳۸۰). بررسی سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی. مجله روان‌شناسی، شماره ۳، ۱۳۸۰.
- قربانی، نیما (۱۳۸۵). ساخت و بررسی مقدماتی مقیاس خودشناسی انسجامی. معاونت پژوهشی دانشگاه تهران.

## References

- Besharat, M. A., Sharifi, M., Irvani, M. (2002). Study of attachment styles and defense mechanism. *Journal of psychology*, 3, 2002. [Farsi]

- Baron, R. A., & Byrn, D., & Suls, J. (1989). *Exploring Social Psychology*. 3 rd. (Eds.). London, Allyn Bacon.
- Bartone, B. (1995). Stress & illness among military air disaster. *Journal of mental & nervosa disease*, 55, 310-328.
- Bradizza, C. M., Gulliver, S. B., Stasiewicz, P. R., Torrisi, R. Rohsenow, D. j. & Monti, P. M. (1999). Alcohol cue reactivity and private self-consciousness among male alcoholics. *Addictive Behaviors*, 24, 543-549.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Budd, K. W. (1993). Self-coherence: Theoretical Considerations of a new concept. *Archives of psychiatric nursing*, 7, 361-368.
- Evans, W., & Kelly, B. (2004). Pre-registration diploma student nurse stress and coping measures. *Nurse Education today*, 24, 473-482.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Bing, M., Davison, H., & Lebreton, D. (2003). Tow Facets of self-Knowledge. *Genric, social, and general psychology monographs*, 129, 238-268.
- Ghorbani, N. (2007). The development and investigation of integrative self-knowledge scale. *Research vice-president manuscript in the university of Tehran*. [Farsi]
- Johnson, A. H. (1997). Death in the picu: Caring for the "other" families. *Journal of pediatric nursing*, 12, 273-277.
- Klagsbrun, J. (2001). Listening and Focusing: holistic health care tools for nurses. *The Nursing Clinics of North America*, 36, 115-130.
- Kroger, F., Lamprecht, J., Walte, D., & Muller, A. (1996). Coping with stress and self-awareness in idiopathic sudden deafness. *Psychotherapies, Psychosomatik, Medizinische psychologie*, 46, 298-303.
- Matthews, G., & Wells, A. (2000). Attention, Automat city, and Affective disorder. *Behavior Modification*, 24, 69-93.
- Moraven, N. M. (2005). Self-focused attention and the self-regulation of attention: implications for personality and pathology. *Journal of social and clinical psychology*. Vol. 24.
- Quill, T. E., & Williamson, P. R. (1990). Healthy approaches to physician stress. *Archives of Internal Medicine*, 150, 1858-1861.
- Reff, R. C., kwon, P., & Campbell, D. G. (2005). Dysphoric Responses to a naturalistic stressor: interactive effects of hope and defense style. *Journal of social and clinical psychology*, 24, 628-638.
- Robins, R., Norem, J. K., & Check, J. M. (1997). Naturalizing the self. In L. A. Pervin, & O. P. John (Eds.). *Handbook of personality: Theory and research*, 443-476. New York. London: The Guilford Press.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled. *Annual Review of Psychology*, Vol. 52, 141-166.
- Ryan, R. M., & Fredrick, C. M. (1997). On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of personality*, 65, 529-565.
- Scupholme, A. (1978). who helps? Coping with the unexpected outcomes of pregnancy. *Jogn Nursing Journal of obstetric, Gynecologic And Neonatal Nursing*, 1, 36-39.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. H. J. (2000). *Handbook of positive psychology*, Oxford university prees.
- Stewart, M. (1983). supportive group action for women: a self-help strategy. *Canada's mental health*, 31, 11-13.
- Suls, J., & Fletcher, B. (1985). Self-attention, life stress, and illness. *psychosomatic medicine*, 47, 469-481.
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Weinstein, A. R. (2001). Stress disease and dentistry. *The journal of the Indiana Dental Association*, 80, 180-200. .
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptive Mental Mechanisms: their role in a positive psychology. *American psychologist*. Vol. 55, 89-95.
- Wilson, T. D., & Dunn, E. W. (2004). Self-knowledge: its limits, value, and Potential for improvement. *Annal Reviews of Psychology*, 55, 1-26.