



مقایسه راهکارهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال دو قطبی I

دکتر منصور صالحی^۱

دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی
تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان

عزیزه افخم ابراهیمی

دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی
تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان

دکتر محمد ربیعی

روانپزشک

هدف: پژوهش حاضر جهت مقایسه راهکارهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال دو قطبی I انجام شده است. **روش:** در این پژوهش مقطعی تحلیلی ۹۹ بیمار زن و مرد مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال دو قطبی I که در وضعیت بهبود نسبی بودند، به عنوان نمونه پژوهش با روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند و پرسشنامه راهکارهای مقابله‌ای شامل پنج راهکار مقابله‌ای انکار، درونی کردن، بیرونی کردن، تخلیه هیجانی و خشم در مورد آنها اجرا شد. **یافته‌ها:** مقایسه میانگین راهکارهای مقابله‌ای نشان داد که دو گروه بیمار در کمیت و نوع راهکارهای مقابله‌ای تفاوت معنی‌داری ندارند، اما دو جنس صرف نظر از تشخیص محور I در آنها، در راهکارهای مقابله‌ای تفاوت معنی‌داری نشان دادند و در زنان گرایش معنی‌دار به طرف استفاده بیشتر از راهکارهای مقابله‌ای دیده شد. **نتیجه‌گیری:** این پژوهش، ضرورت پرداختن به روش‌های مقابله‌ای خاص در گروه‌های تشخیصی مختلف و نیز اهمیت در نظر گرفتن راهکارهای مقابله‌ای را در فرمول‌بندی‌های بالینی مطرح می‌کند.

مقدمه

موضوع فشار روانی در طی دو دهه گذشته محور پژوهش‌های متعدد بوده است. پژوهش درباره فشار روانی و روندهای سازگارانگی از اواخر سال‌های ۱۹۷۰ به دنبال انتشار نوشته‌های موز^۲، پرلین^۳، شولر^۴، فولکمن^۵ و لازاروس^۶ (به نقل از سامر فیلد^۷ و مک کری^۸، ۲۰۰۰) افزایش یافته است. نقطه شروع اکثر این تحقیقات، تحلیل مفهوم فشار روانی و مقابله^۹ است که لازاروس در سال‌های ۱۹۶۶ مطرح کرد (کارور^{۱۰}، شیر^{۱۱} و وینتروب^{۱۲}، ۱۹۸۹؛ کلاینک^{۱۳}، ۱۹۹۸).

رویکردهای قبلی به مقابله روانشناختی، آن را منحصرأ به عنوان یک مشخصه یا صفت ثابت و نسبتاً با دوام مفهوم‌سازی کرده‌اند. به

عنوان مثال، هان^{۱۴} مردم را بر حسب شیوه دفاعی و وایلانت^{۱۵} بر حسب پختگی مقابله طبقه‌بندی کرده بودند (به نقل از استون^{۱۶}، گرین‌برگ^{۱۷}، کندی‌مور^{۱۸} و نیومن^{۱۹}، ۱۹۹۱). پذیرش گسترده نظریه تعاملی فشار روانی و مقابله لازاروس، روش مفهوم‌سازی آن مقابله را به نحو قابل ملاحظه‌ای تغییر داده است (همان‌جا). نظریه تعاملی، مقابله را یک شیوه شخصیتی ثابت در نظر نمی‌گیرد و بلکه آن را شناخت‌ها و رفتارهای مشخصی می‌داند که در پاسخ به شرایط فشارزای خاص شکل می‌گیرند. مقابله یک روند پویا در

2- Moos
4- Schooler
6- Lazarus
8- McCrae
10- Carver
12- Weintraub
14- Hann
16- Stone
18- Kennedy-Moore

3- Pearlman
5- Folkman
7- Somerfield
9- coping
11- Scheier
13- Kleinke
15- Vaillant
17- Greenberg
19- Newman

۱ - نشانی تماس: تهران، خیابان نیایش، جنب بیمارستان حضرت رسول، انستیتو روانپزشکی.

E-mail: mansour.salehi@gmail.com.



به عنوان یک متغیر مستقل فردی در مقایسه راهکارهای مقابله‌ای مردان و زنان نمونه پژوهش (صرف نظر از نوع بیماری) نقشی دارد یا خیر؟

روش

در این مطالعه مقطعی تحلیلی، نمونه پژوهش ۹۹ بیمار مرد و زن (۵۰ مرد و ۴۹ زن) مبتلا به اسکیزوفرنیا ($n=51$) و اختلال دو قطبی I ($n=48$) بودند که برای درمان سرپایی به مرکز روانپزشکی شهید نواب صفوی (که اکنون به مرکز آموزشی - درمانی روانپزشکی ایران تغییر یافته است) مراجعه کرده بودند. میانگین سنی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا ۲۹/۸ سال و بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی ۳۰/۸ سال بود و از آخرین زمان بستری شدن آنها به طور متوسط حدود یک سال می‌گذشت و همه آنها به تشخیص روانپزشک مسئول و بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR در وضعیت بهبود نسبی به سر می‌بردند و هر ماه برای پیگیری درمان به این مرکز مراجعه می‌کردند. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس بود و بیمارانی انتخاب شدند که تشخیص قبلی آنها در پرونده به طور مشخص اسکیزوفرنیا و یا اختلال دو قطبی I ذکر شده بود. بیماران دارای تشخیص‌های غیر قطعی، اسکیزوفرنیای مزمن، اختلال دو قطبی I با بیش از دو سال سابقه، فاز حاد اختلال، اختلالات ارگانیک و اختلالات شخصیت کنار گذاشته شدند. علت حذف بیماران مزمن، احتمال شکل‌گیری نوع خاصی از سازگاری و ایجاد هماهنگی در گروه بیماران بود. همچنین افراد بی‌سواد در نمونه گنجانده نشدند. بعد از جلب همکاری بیماران برای شرکت در پژوهش و رعایت نکات اخلاقی، پرسشنامه راهکارهای مقابله‌ای اجرا شد.

ابزار

پرسشنامه راهکارهای مقابله‌ای شامل ۳۶ ماده آزمون با دو گزینه بله و خیر است که روش‌های مختلف مقابله با شرایط فشارزا را می‌سنجد. این پرسشنامه را کوپر^۵ و فاراگر^۶ (۱۹۹۲) برای

نظر گرفته شده است که در طی زمان و در پاسخ به تقاضاهای عینی و ارزیابی‌های ذهنی شرایط تغییر می‌کند. بر همین اساس، اکثر پژوهش‌هایی که درباره مقابله و سلامت شده یک گرایش شرایطی را به مقابله اتخاذ کرده‌اند و پرسشنامه‌هایی که در طی ۱۵ سال اخیر ساخته شده‌اند، افکار و اعمال افراد را در مقابله با شرایط فشارزای خاص و هیجان‌های همراه با آن می‌سنجند. با وجود این، حاصل دو دهه پژوهش متمرکز بر مقابله، ارزش بالینی و نظری ناچیزی داشته است و طبق گفته لازاروس، کمیت پژوهش‌های مربوط به فشار روانی و مقابله، با کیفیت آن همخوانی ندارد. یک حلقه گمشده در این پژوهش‌ها، ارتباط بین روندهای سازگاری با آسیب‌شناسی و روانشناسی بالینی است. پژوهشگران مقابله تا به حال اطلاعات بسیار کمی به روانشناسان و پژوهشگران بالینی داده و به نظر می‌رسد با پرداختن به روندهای روانشناختی بهنجار از روندهای ناسازگارانه و آسیب‌شناسی روانی فاصله گرفته‌اند (سامرفیلد و مک کری، ۲۰۰۰). تصور می‌شود که مقابله هم به بیماری‌های روانی (بر اساس نظر وودراف^۱) و هم به سازگاری با رویدادهای زندگی فشارزا (بر اساس نظر لازاروس و کوهن) مربوط باشد (به نقل از روی‌بایرن^۲، ویتالیانو^۳ و کاوولی^۴، ۱۹۹۲)، اما به دلیل فقدان مقیاس‌های مقابله‌ای که از نظر روان‌سنجی دارای اعتبار و روایی باشند و نیز فقدان یک مدل مفهومی از فشار روانی و مقابله، کوشش برای ارتباط دادن میان مقابله و آسیب‌شناسی دچار وقفه شده است.

تا به حال پژوهش‌های بسیار کمی به راهکارهای مقابله‌ای در بیماران روانی با تشخیص‌های مجزا و مشخص پرداخته‌اند، بنابراین مشخص نیست که آیا نوع بیماری و همین‌طور شدت علائم می‌تواند نوع مقابله را تحت تأثیر قرار دهد یا خیر؟ پژوهش مقدماتی حاضر واکنشی به این نادیده انگاری است و با هدف مقایسه راهکارهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال دو قطبی I نگاشته شده است. دو سؤال اصلی این پژوهش عبارتند از: ۱- آیا بین روش‌های مقابله‌ای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال دو قطبی I تفاوت‌های معنی‌داری وجود دارد و در این صورت این بیماران به عنوان دو گروه مستقل از چه راهکارهای ویژه‌ای استفاده می‌کنند؟ و ۲- با توجه به اهمیت متغیرهای فردی در انتخاب نوع راهکارهای مقابله‌ای، آیا جنسیت

1- Woodruff
3- Vitaliano
5- Cooper

2- Roy Byrne
4- Cowley
6- Faragher



شدند و شکل نهایی پرسشنامه با ۳۰ سؤال آماده شد. پایایی این پرسشنامه نیز با استفاده از روش دو نیمه کردن محاسبه گردید و آلفای کرونباخ به دست آمد که از مقدار گزارش شده به وسیله سازندگان پرسشنامه (۰/۷۸۹)، بیشتر است. پس از آن، پرسشنامه در دو گروه به صورت فردی اجرا شد و نتایج عددی پاسخ‌ها به برنامه SPSS انتقال یافت. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس یک طرفه (برای مقایسه میانگین راهکارهای مقابله‌ای در دو گروه) و تحلیل پراش دو طرفه (مقایسه میانگین راهکارهای مقابله‌ای در دو گروه با افزودن متغیر مستقل جنسیت، علاوه بر نوع اختلال) استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱ شاخص‌های تمایل مرکزی (میانگین و انحراف معیار) و جدول ۲ مقایسه میانگین راهکارهای مقابله‌ای را در دو گروه نشان می‌دهد. مقایسه دو گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال دو قطبی I تفاوت معنی‌داری نشان نمی‌دهد.

جدول ۳ نشان دهنده مقایسه میانگین راهکارهای مقابله‌ای در دو گروه با افزودن عامل جنسیت به عنوان یک متغیر مستقل دیگر می‌باشد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، زنان به طور معنی‌داری بیش از مردان از راهکارهای مقابله‌ای استفاده می‌کنند ($p < 0/05$).

سنجش روش‌های مقابله‌ای افرادی که دچار بیماری‌های جسمانی شدید بودند، ساخته‌اند. ضریب پایایی این پرسشنامه نسبتاً بالا (آلفای کرونباخ ۰/۷۸۹) گزارش شده (همان‌جا) و پرسشنامه شامل پنج راهکار مقابله‌ای است که عبارت‌اند از: عامل انکار^۱ (یک راهکار اجتنابی، با پاسخ‌هایی مانند طوری رفتار می‌کنم که انگار هیچ اتفاقی نیفتاده است)، عامل درونی کردن^۲ (استفاده از منابع درونی خود و یک حالت جدایی از دیگران، با پاسخ‌هایی مانند مسئله را به آرامی برگزار می‌کنم)، عامل بیرونی کردن^۳ (نقطه مقابل درونی کردن است و شامل راهکارهایی می‌شود که هدف آن به حداکثر رساندن حمایت اجتماعی خانواده و دوستان است و با پاسخ‌هایی مانند با دوستان نزدیکم صحبت می‌کنم، مشخص می‌شود)، عامل تخلیه هیجانی^۴ (ابراز بیرونی هیجان و گریه کردن است و با پاسخ‌هایی مانند زود به گریه می‌افتم مشخص می‌شود) و عامل خشم^۵ (یک ابراز بیرونی هیجان است، اما به صورت رفتارهای پرخاشگرانه و انفجاری تظاهر می‌کند و با پاسخ‌هایی مانند عقده‌ام را سر مردم و اشیاء خالی می‌کنم، مشخص می‌شود).

به منظور تعیین اعتبار صوری ابزار، پرسشنامه ترجمه شده را دو متخصص روانپزشک و روانشناس بالینی بررسی کردند و به توصیه آنها سؤال‌های مربوط به عوامل چهارم و پنجم (تخلیه هیجانی و خشم) به علت کم بودن تعداد سؤالات این دو عامل و همین‌طور احتمال همپوشی آنها با نشانه‌شناسی خلقی از پرسشنامه حذف

جدول ۱- شاخص‌های تمایل میانگین و انحراف معیار راهکارهای مقابله‌ای

اختلال		انکار	بیرونی کردن	درونی کردن
اسکیزوفرنیا	میانگین	۵/۹۸	۳/۸۴	۵/۹۶
	انحراف معیار	۲/۱۴	۱/۵۵	۲/۱۳
دو قطبی I	میانگین	۵/۶۰	۴/۳۹	۵/۹۳
	انحراف معیار	۱/۸۸	۱/۳۹	۲/۳۱
جمع	میانگین	۵/۷۹	۴/۱۱	۵/۹۴
	انحراف معیار	۲/۰۲	۱/۴۹	۳/۲۱

1- denial
3- externalization
5- anger

2- internalization
4- emotional outlet



جدول ۲- مقایسه راهکارهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال دو قطبی I

منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
بین گروه‌ها	۱	۰/۳۲	۰/۳۲	۰/۲۴	ns
درون گروه‌ها	۹۷	۱۳۰۰/۲۲	۱۳/۴		

جدول ۳- مقایسه راهکارهای مقابله‌ای در دو گروه بر حسب نوع بیماری و جنسیت

منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
نوع بیماری	۱	۰/۲۱۷	۰/۲۱۷	۰/۱۷	ns
جنسیت	۱	۱۰۴/۶۰۶	۱۰۴/۶۰۶	۸/۳۱	۰/۰۵
تعامل	۲	۱۰۴/۸۲۳	۵۲/۴۱	۴/۱۶	

بحث

تحلیل یافته‌ها بین دو گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی I، از لحاظ کمیت استفاده و نوع راهکارهای مقابله‌ای تفاوت معنی داری نشان نمی‌دهد. در واقع بیماران دو گروه از هیچ کدام از راهکارهایی که در پرسشنامه پژوهش حاضر مطرح شده است، استفاده اختصاصی نمی‌کنند و یک گرایش کلی به طرف استفاده یکسان از تمام راهکارهای مقابله‌ای در هر دو گروه مشاهده می‌گردد. این نتیجه با یافته‌هایی که نشان می‌دهند پختگی ابزار دفاعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا کمتر از پختگی ابزار دفاعی بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اختلالات شخصیت است (سامرفیلد و مک کری، ۲۰۰۰) و نیز با این یافته که بیماران خلقی از شیوه‌های دفاعی سازگارانه‌تری استفاده می‌نمایند (به نقل از وایلانت^۱، ۱۹۹۲)، مغایر می‌باشد. در واقع یافته‌ها به طور ثابت نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا نسبت به سایر گروه‌های بیمار، از دفاع «انکار» بیشتر استفاده می‌کنند و در شاخص کلی شدت علائم، انکار با سطوح بالای علامتی مرتبط شناخته شده است (سامرفیلد و مک کری، ۲۰۰۰).

با این توجه که بیماران مورد بررسی ما در وضعیت «بهبود نسبی» بودند و شدت علائم آنها کاهش یافته بود، در حالی که در مطالعات قبلی از بیماران بستری استفاده شده بود که گمان می‌رود در حال درمان مرحله حاد بیماری بوده‌اند، شاید عامل درمان به عنوان یک متغیر مداخله کننده، نتیجه مورد انتظار ما را تحت الشعاع قرار داده باشد. در تأیید این نظر می‌توان گفت که

متخصصان بالینی، اغلب برای توجیه مؤثر بودن درمان به تغییر علائم بالینی اشاره می‌کنند. اگر آنها بخواهند نتیجه بگیرند که درمان مسئول تغییر علائم بوده است، باید بتوانند بعضی از تغییرات روانشناختی مسئول (یا حداقل مربوط به) تغییرات علامتی را تعیین کنند. نشان دادن تغییر در استفاده از ساز و کارهای دفاعی یا نوع مقابله، این نوع اطلاعات را فراهم می‌آورد. ارتباط بین منافع درمان و استفاده از دفاع‌ها در پژوهش‌های بالینی متعدد تأیید شده است. به عنوان مثال، بیماران بستری بعد از ۱۵ ماه درمان فشرده، در دفاع‌هایی که پختگی کمتری داشتند، کاهش قابل ملاحظه‌ای نشان دادند که این کاهش با کاهش مشابه در علائم روانپزشکی آنها همبستگی داشت (کرامر^۲، ۱۹۹۹). وایلانت (۱۹۹۲) در طی پنج سال پیگیری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بهبود یافته مشاهده کرد که آنها به جای استفاده از ساز و کارهای ناپخته مثل «انکار» و «فرافکنی»، از سازوکارهایی استفاده می‌کنند که از نظر پختگی در سطح بالاتری قرار دارند. در مطالعه‌ای دیگر نیز تغییر در دفاع‌ها را با بهبود دوره‌های افسردگی مرتبط یافته‌اند (اکرمن^۳، کار^۴ و لوین^۵، ۱۹۹۲).

آنچه این یافته‌ها به ما می‌گویند این است که نوع دفاع‌ها و تغییرات آنها با نوع و شدت بیماری‌ها و همچنین اثرات درمان ارتباط دارد. اما با توجه به اینکه در پژوهش حاضر از یک طرح قبل-بعد استفاده نشده و راهکارهای مقابله‌ای بیماران، قبل از

1- Vaillant
3- Akkerman
5- Lewin

2- Cramer
4- Carr



تفاوت بین زنان و مردان در استفاده از دو راهکار تخلیه هیجانی، یعنی جست و جوی حمایت اجتماعی در زنان و استفاده از الکل (راهکار اجتنابی انکار) در مردان بود که با قالب‌های نقش جنسیتی آنان مطابقت می‌کند. در پژوهش حاضر، تفاوت‌های کیفی در راهکارهای مقابله‌ای زنان و مردان مورد سنجش قرار نگرفت که می‌تواند محور پژوهش‌های آینده باشد.

به طور کلی، برای مداخله‌کنندگان در درمان بیماری‌های جسمانی و روانی، مقابله مفاهیم ضمنی مهمی دارد و از آنجا که این جنبه شخصیت به عنوان شیوه رفتاری و شناختی، انعطاف‌پذیرتر از صفات شخصیتی ثابت تلقی شده است، امید است بتوان آن را تغییر داد و روش‌های مقابله سازگارانه‌تر را جانشین آن کرد. ما نباید از تلاش برای افزایش سازگاری انسان‌ها و پرورش قدرت‌های موجود آنها دست برداریم. روش مقابله افراد با رویدادهای فشارزای زندگی می‌تواند تحقیقات مربوط به فشار روانی و بیماری را غنی‌تر سازد و بدین وسیله شناخت روش‌های کلی مقابله با فشار روانی، روش‌های خاص مقابله با بیماری‌های مختلف و نیز نقش تفاوت‌های فردی در روش‌های مقابله امکان‌پذیر شود. امروزه بدون تلاش برای تشخیص راهکارهای مقابله‌ای یا ساز و کارهای دفاعی افراد، هیچ فرمول بندی بالینی کامل تلقی نمی‌شود (وایلانت، ۱۹۹۲).

درمان مورد سنجش قرار نگرفته است، تعمیم نتایج پژوهش‌های ذکر شده به پژوهش حاضر و نیز مطرح کردن اثرات درمان برای توجیه فقدان تفاوت معنی‌دار بین روش‌های مقابله‌ای بیماران مورد بررسی، باید با احتیاط صورت گیرد.

سایر یافته‌های این پژوهش که در جدول ۳ ارائه شده است، نشان می‌دهند که زنان و مردان بیمار (صرف‌نظر از نوع بیماری) از لحاظ کمیت استفاده از راهکارهای مقابله‌ای تفاوت معنی‌داری دارند و زنان به عنوان یک گروه، بیشتر از مردان از راهکارهای مقابله‌ای استفاده می‌کنند. این یافته درباره تفاوت‌های نقش جنسیتی در زنان و مردان نکاتی را مطرح می‌کند. پژوهش‌های متعدد (از جمله ماهالیک^۱) نشان داده‌اند که احساس تهدید به هویت فرد باعث استفاده بیشتر از ساز و کارهای دفاعی و روش‌های مقابله‌ای می‌شود (به نقل از سامرفیلد و مک کری، ۲۰۰۰). یکپس از عواملی که هویت فرد را تهدید می‌کند، تعارض نقش جنسیتی است. به لحاظ نظری، زنان طوری اجتماعی شده‌اند که بیشتر از مردان در معرض فشارهای نقش جنسیتی قرار می‌گیرند (سایمون^۲، ۱۹۹۲) و در نتیجه هویت آنها بیشتر تهدید می‌شود که این خود باعث فعال شدن روند دفاع و مقابله و استفاده بیشتر از روش‌های مقابله‌ای می‌گردد. در واقع، تفاوت در استفاده از راهکارهای مقابله‌ای در زنان و مردان را می‌توان به روند متفاوت اجتماعی شدن آنها نسبت داد (آدلر^۳، ۱۹۹۳).

تفاوت در کیفیت راهکارهای مقابله‌ای زنان و مردان نیز گزارش شده است (اندلر^۴ و پارکر^۵ و سامرفیلد، ۱۹۹۸). بیشترین

1- Mahalik
3- Adler
5- Parker

2- Simon
4- Endler

منابع

Akkerman, K., Carr, V., & Lewin, R. (1992). Changes in ego defenses with recovery from depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 634-638.

Adler, T. (1993). Gender and stress. *APA Monitor*, 8-11.

Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

Cooper, C.L., & Faragher, E. (1992). Coping strategies and breast disorders/ cancer. *Psychological Medicine*, 22, 447-449.

Cramer, P. (1999). Future directions for the Thematic Apperception Test. *Journal of Personality Assessment*, 72, 74-92.

Endler, N.S., Parker, D.A., & Summerfeldt, L.J. (1998). Coping with health problems: Developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment*, 10, 195-205.

Kleinke, C.L. (1998). *Coping with Life Challenges*. (2nd. Ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Roy-Byrne, P., Vitaliano, P., & Cowley, D. (1992) Coping in panic and major depressive disorder. Relative effects of symptom severity and diagnostic comorbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 179-183.



Simon, R.W. (1992). Parental role strains, salience of parental identity and gender differences in psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 25-35.

Somerfield, M.R., & McCrae, R. (2000). Stress and coping research. *American Psychologist*, 55, 620-625.

Stone, A.A., Greenberg, M.A., Kennedy-Moore, E., & Newman, M.G. (1991). Self-report situation-specific coping

questionnaires: What are they measuring? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 648-658.

Vaillant G.E. (1992). *Ego mechanisms of defense*. Washington: American Psychiatric Press.