

پیش‌بینی فاجعه‌پنداری و شدت درد بر اساس سبک‌های دلبستگی بیماران مبتلا به درد مزمن  
منیژه فیروزی<sup>۱</sup>، زینب سوری<sup>۲</sup>

## Attachment styles Predicts catastrophizing and pain intensity in patients with chronic pain

Manijeh Firoozy<sup>1</sup>, Zeinab Souri<sup>2</sup>

### چکیده

**زمینه:** درد مزمن نشانگانی آزارنده است. مدل‌های روانشناختی متفاوتی تلاش کردند تا نقش عوامل روانشناختی و اجتماعی را در بروز و حفظ درد مزمن توضیح دهند. دلبستگی یکی از ساختارهای روانشناختی است که احتمالاً با درد مزمن مرتبط است. **هدف:** هدف پژوهش، بررسی اثر پیش‌بینی کنندگی سبک‌های دلبستگی بر فاجعه‌پنداری و شدت درد بیماران مبتلا به درد مزمن بود. **روش:** مطالعه توصیفی-همبستگی حاضر روی ۱۲۰ بیمار درد مزمن (۳۸/۳٪ مرد و ۶۱/۷٪ زن) صورت گرفت. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران درد مزمنی که در یک مقطع زمانی سه ماهه به کلینیک درد بیمارستان اختر شهر تهران مراجعه کرده بودند انتخاب شدند. این افراد پرسشنامه‌های سبک‌های دلبستگی بزرگسال و فاجعه‌پنداری را تکمیل کردند. داده‌های به دست آمده با محاسبه ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره گام به گام مورد تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** ارتباط معناداری بین سبک‌های دلبستگی و متغیرهای ملاک در پژوهش حاضر ( $P < 0/01$ ) وجود داشت. در تحلیل رگرسیون نیز تنها سبک‌های دلبستگی ایمن و دوسوگرا توانستند فاجعه‌پنداری را در بیماران مبتلا به دردهای مزمن پیش‌بینی کنند. **نتیجه‌گیری:** با توجه به اینکه سبک‌های دلبستگی ایمن و دوسوگرا توانست فاجعه‌پنداری را در بیماران درد مزمن پیش‌بینی کند، برای تسریع در بهبود وضعیت سلامت بیماران مداخلات ترمیم دلبستگی توصیه می‌شود. **واژه کلیدی‌ها:** درد مزمن، شدت درد ادراک شده، فاجعه‌نمایی، سبک‌های دلبستگی

**Background:** Chronic pain is a burdensome symptom. Different psychological models have been proposed to explain the role of psychological and social factors in developing and maintaining chronic pain. Attachment is a psychological construct of possible relevance in chronic pain. **Aims:** The aim of the present study was to examine the effect of predicting attachment styles on pain catastrophizing in patients with chronic pain. **Methods:** In a descriptive-correlational study, convenience sampling was used to select 120 chronic pain patients from pain clinic of akhtar hospital in Tehran, Iran during three months. The participants completed a demographic questionnaire, Adult Attachment Inventory, Pain Catastrophizing Scale. Data was analyzed using Pearson's correlation and step by step regression models. **Results:** The correlations between attachment styles & depending variables in this study were significantly ( $P < 0/01$ ). Based on the results of regression analysis, secure and ambivalent attachment styles was able to predicted pain catastrophizing in patients with chronic pain. **Conclusion:** According to the results of the present study, it can be concluded that secure and ambivalent attachment styles can predict pain catastrophizing. Considering these variables may be important in the processes of prevention, diagnosis and treatment reparation of attachment, as well as promoting mental health in patients with chronic pain. **Keywords:** chronic pain, acceptance of pain, catastrophizing, pain self-efficacy, attachment style

Corresponding Author: mfiroozy@ut.ac.ir

<sup>۱</sup>. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۱</sup>. Assistant professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author)

<sup>۲</sup>. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تهران

<sup>۲</sup>. MA in Clinical Psychology, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

## مقدمه

درد مزمن، مشکلی شایع است که به علت ماهیت پیچیده، سبب شناسی مبهم و پاسخ ضعیف به درمان، چالش‌های عظیمی را برای درمانگران ایجاد می‌کند (برویک، کولت، و نتانفیدا، کوهن و گالاچر، ۲۰۰۶). حضور درد مزمن اثرات قابل ملاحظه‌ای روی عملکرد بیمار و کیفیت زندگی او دارد و از نظر افزایش استفاده از خدمات سلامتی و از دست دادن بهره‌وری، بار سنگینی بر جامعه وارد می‌کند. همچنین، درد به عنوان بحران بهداشت عمومی شناخته شده و تنوع گسترده‌ای از شیوه‌های بالینی مربوط به پیشگیری، ارزیابی و درمان را می‌طلبد (استانوز، برودسکی، آرگوف، کلاو، جنسن و همکاران، ۲۰۱۶). در حال حاضر درد به عنوان یک مفهوم چند بعدی، متأثر از عوامل زیستی، روانشناختی و اجتماعی تعریف شده است (برونس، ۲۰۰۸). از جمله این عوامل می‌توان به اضطراب، ویژگی‌های شخصیتی، سبک‌های دلبستگی، تجارب قبلی رشد، میزان حمایت اجتماعی، باورهای فردی، انتظارات از خود و دیگران و خطاهای شناختی اشاره نمود. تحقیقات زیادی روی عوامل روانی- اجتماعی به عنوان متغیرهای آسیب‌پذیری نسبت به درد مزمن صورت گرفته است (ادی، دیلورث و ترنر، ۲۰۱۴).

فاجعه‌پنداری درد (اغراق کردن در بیان درماندگی و ناتوانی ناشی از آن)، از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های مزمن شدن درد و ناتوانی ناشی از آن است (فاینستاین، استرجن، دارنال، دان، ریکو و همکاران، ۲۰۱۶). فاجعه‌پنداری، متغیری شناختی است که در ارزیابی و مقابله با عوامل استرس‌زا نقش مهمی دارد و یک مجموعه طرحواره شناختی منفی و تمرکز اغراق‌آمیز درد، درماندگی و پیامدهای منفی ناشی از آن را فعال می‌کند. فاجعه‌پنداری درد به عنوان یک پاسخ شناختی- عاطفی منفی به درد احتمالی یا واقعی مفهوم‌سازی شده (کش، زاکاریه، اسونسون، جنسن و واسی، ۲۰۱۶) و با تعدادی از عوامل مرتبط با درد همراه است (کوارتانا، کمپیل و ادواردز، ۲۰۱۴). عوامل زیادی در فاجعه‌پنداری درد نقش دارند. اضطراب و ترس از علل و عواقب درد، بی‌نتیجه بودن مراجعات متعدد به پزشک و به دنبال آن، حس ناامیدی و درماندگی، وابستگی بیش از حد بیمار به افراد خانواده و سایر کسانی که از او مراقبت می‌کنند. بالعکس جدا شدن فرد مبتلا به درد از خانواده و جامعه و رفتن به سوی درون‌گرایی، غیبت از کار و مشکلات محیط کار، حذف درآمد فرد بیمار، هزینه‌های پزشکی و دارویی، فشار مالی بر خانواده و دوستان، همگی

موجب می‌شوند تا فرد، بیماری و درد خود را بیش از حد برآورد کند. به این ترتیب، بیمار درد را فاجعه‌ای می‌پندارد که امکان مقابله با آن وجود ندارد. در واقع، فاجعه‌پنداری درد با تمایل به بزرگ‌نمایی در میزان تحریک درد، احساس درماندگی در مقابل درد و ناتوانی در مهار افکار مربوط به درد در هنگام انتظار درد یا حین درد مشخص می‌شود و در نتایج ضعیف درمان درد مزمن نقش دارد (ورتلی، بورگ استالر، وایزر، استیورر، کافمل و هلد، ۲۰۱۴).

دلبستگی به پیوند هیجانی پایدار بین دو فرد اطلاق می‌شود که طی آن یکی از طرفین کوشش می‌کند نزدیکی یا مجاورت با موضوع دلبستگی را حفظ کرده و به گونه‌ای عمل می‌کند تا مطمئن شود که ارتباط ادامه می‌یابد. اینزورث و همکاران (۱۹۷۸) معتقدند که همه کودکان بهنجار، احساس دلبستگی پیدا می‌کنند و دلبستگی شالوده رشد عاطفی و اجتماعی سالم در دوران بزرگسالی را پی‌ریزی می‌کند. سبک دلبستگی که در چارچوب رابطه مادر-کودک شکل گرفته و استقرار می‌یابد، روش‌های مواجهه با موقعیت‌های تنیدگی‌زا را با به کار بستن مکانیزم‌های دفاعی متأثر می‌سازد (بشارت، حبیبی و شمس‌پور، ۱۳۸۲). استمرار سبک دلبستگی در فرآیند تحول، موضوع پژوهش‌های جدید در این زمینه بوده و نتایج به دست آمده، این استمرار را تأیید می‌کنند.

در پژوهش‌های گذشته اگرچه نقش سبک دلبستگی در متغیرهای وابسته به درد مطالعه شده است (مانند فیروزی، بشارت و سوری، ۱۳۹۷، بشارت، گلپاشین، فرهمند و ابراهیمی، ۱۳۹۶)، اما تأثیر آن بر شدت درد و فاجعه‌پنداری مورد مطالعه قرار نگرفته است. مطالعه عوامل شکل‌دهنده فاجعه‌پنداری مهم هستند، زیرا این دیدگاه شناختی سبب می‌شود تا بیماران بیش از آنچه لازم است، داروهای مسکن بگیرند و به سلامت عمومی آنها آسیب بیشتری وارد شود. به علاوه از نظر اجتماعی نیز بیشتر طرد شدگی را تجربه می‌کنند. در این پژوهش فرض شد سبک‌های دلبستگی پیش‌بینی‌کننده فاجعه‌پنداری و شدت درد ادراک شده هستند. با توجه به آنچه گفته شد، هدف پژوهش حاضر، بررسی اثر پیش‌بینی‌کنندگی سبک‌های دلبستگی بر افکار مرتبط با فاجعه‌پنداری و شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن بود.

## فرضیه‌ها

فرضیه‌های پژوهش این چنین قابل طرح است:

۱. سبک دلبستگی می‌تواند شدت درد در بیماران مبتلا به درد

مزمّن را پیش‌بینی نماید.

۲. سبک دلبستگی می‌تواند فاجعه‌نمایی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن را پیش‌بینی نماید.

## روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی و مبتنی بر مدل‌های همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش، دربرگیرنده کلیه بیماران مبتلا به دردهای مزمنی است که واجد ملاک‌های شمول این مطالعه هستند و در یک مقطع زمانی سه ماهه، برای کاهش مشکلات مرتبط با درد مزمن خود به کلینیک درد بیمارستان اختر در شهر تهران مراجعه کرده‌اند. نمونه این پژوهش از ۱۲۰ نفر بیمار مبتلا به درد مزمن (۳۸/۳ درصد مرد و ۶۱/۷ درصد زن) تشکیل شده است. شیوه نمونه‌گیری در این پژوهش، نمونه در دسترس بود که بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، نمونه‌های واجد شرایط پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: سابقه شکایت از درد مزمن یعنی دردی که دست کم ۶ ماه از شروع آن گذشته و طی ۶ ماه گذشته، علی‌رغم درمان‌های انجام شده، به مدت ۳ ماه، هر روز یا تقریباً هر روز توسط بیمار، تجربه شده باشد (انجمن جهانی مطالعه درد، ۲۰۰۸)، عدم ابتلا به اختلالات روانی عمده و تأثیرگذار بر عملکرد روزمره فرد (مانند سایکوز و دمانس)، عدم اعتیاد به هر نوع ماده مخدر، قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۷۰ سال، داشتن حداقل مدرک تحصیلی پایان دوره راهنمایی و بالاتر، تمایل به شرکت در پژوهش و آمادگی برای اجرای پرسشنامه‌های مرتبط با متغیرهای تحقیق. بیمارانی که بر اساس معیارهای مورد مطالعه وارد پژوهش شدند پس از اعلام رضایت، به تکمیل پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی، مقیاس فاجعه‌پنداری درد، مقیاس دلبستگی بزرگسال و پرسشنامه درجه‌بندی درد مزمّن پرداختند.

## ابزار

پرسشنامه دلبستگی بزرگسالان (AAI): مقیاس دلبستگی بزرگسالان که با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازن و شیور (۱۹۸۷) ساخته شده یک آزمون ۱۵ سؤالی است و سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از خیلی کم تا خیلی زیاد می‌سنجد. این مقیاس در مورد نمونه‌های دانشجویی و جمعیت عمومی ایرانی هنجاریابی و اعتبار و قابلیت اعتماد مقیاس‌های آن مورد تأیید قرار گرفته است (بشارت، ۲۰۱۳).

مقیاس فاجعه‌آفرینی درد (PCS): این مقیاس توسط سالیوان و همکاران (۱۹۹۵) برای سنجش فاجعه‌پنداری درد ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۳ عبارت است و از سه زیرمقیاس نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی (اغراق‌آمیزی) و درماندگی (ناامیدی) تشکیل شده است. هر یک از عبارات این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس لیکرتی پنج‌گزینه‌ای (۰ تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود؛ به این صورت که به گزینه "هرگز" نمره صفر و به پاسخ "همیشه" نمره ۴ تعلق می‌گیرد. در یک نمونه ایرانی ضریب آلفای کرونباخ برای این خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۳، ۰/۸۱ و برای نمره کل ۰/۸۴ بود.

پرسشنامه درجه‌بندی درد مزمّن (GPQ): این ابزار، با ۴۲ سوال، شدت مشکلات ناشی از درد مزمن را اندازه‌گیری می‌کند. با اجرای این پرسشنامه نه تنها اطلاعاتی در مورد ویژگی‌های مردم شناختی (دموگرافیک) افراد شرکت‌کننده در مطالعه فراهم می‌آید، بلکه نتایج حاصل از آن دانسته‌هایی را در مورد چگونگی شروع درد، سیر (دوره) درد، اقدامات درمانی انجام شده و تأثیر درد بر زندگی روزمره فراهم می‌آورد. علاوه بر این، پرسشنامه مذکور که توسط خود بیمار پاسخ داده می‌شود، امکان دسترسی به طبقه‌بندی مدرج درد مزمن را فراهم می‌آورد. این پرسشنامه تاکنون در مطالعات گسترده‌ای با بیماران درد مزمن ایرانی بکار گرفته شده و کارآمدی آن نشان داده شده است.

## داده‌ها و یافته‌ها

نتایج توصیفی و استنباطی حاصل از پژوهش در جداول زیر ارائه شده است. مؤلفه‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد داده‌های متغیرهای مورد بررسی، در جدول ۱ گزارش شده است. در جدول ۱ فراوانی درد در نقاط مختلف بدن را در مردان و زنان نشان می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌شود، درد در ناحیه پشت، کمر، دست‌ها و پاها در هر دو جنس بیشتر است و در مجموع زنان بیشتر از مردان درد گزارش کرده بودند. تحصیلات و سن تأثیری در بروز درد نداشتند. در جدول ۲ اطلاعات توصیفی در مورد متغیرهای پژوهش گزارش شده است. چنانچه در جدول نشان داده شده است، در مردان سبک دلبستگی اجتنابی و در زنان سبک دوسوگرایی بیشتر مشاهده می‌شود. فاجعه‌نمایی در درد در شرکت‌کننده‌های مرد بیشتر از زنان گزارش شده است.

چنانچه مشاهده می‌گردد همبستگی معنی‌داری بین سبک‌های دل‌بستگی با فاجعه‌پنداری درد وجود دارد. با توجه به جدول همبستگی دل‌بستگی ایمن با فاجعه‌پنداری درد، منفی و معنادار و همبستگی دل‌بستگی ناایمن اجتنابی و دوسوگرا با فاجعه‌پنداری درد، مثبت و معنادار است. برای پیش‌بینی متغیرهای ملاک در پژوهش بر اساس سبک‌های دل‌بستگی، از روش رگرسیون چند متغیره گام به گام استفاده شده است. با توجه به معنادار بودن ضرایب  $\beta$  که در جدول مشاهده می‌شود، بر اساس یافته‌ها می‌توان بیان کرد که به ازای یک واحد تغییر در سبک دل‌بستگی ایمن و سبک دل‌بستگی دوسوگرا، فاجعه‌نمایی درد به ترتیب  $-۰/۴۴۰$  و  $۰/۲۳۴$  واحد کاهش می‌یابد. بر این اساس، می‌توان گفت سبک دل‌بستگی ایمن و سبک دل‌بستگی دوسوگرا در یک مدل معنادار قادر به پیش‌بینی فاجعه‌پنداری درد در افراد هستند. با توجه به معنادار بودن ضرایب  $\beta$  که در جدول مشاهده می‌شود، بر اساس یافته‌ها می‌توان بیان کرد که به ازای یک واحد تغییر در سبک دل‌بستگی ایمن و سبک دل‌بستگی دوسوگرا، شدت درد به ترتیب  $-۰/۵۷$  و  $۰/۵۹$  واحد تغییر می‌کند. بر این اساس، می‌توان گفت سبک دل‌بستگی ایمن و سبک دل‌بستگی دوسوگرا در یک مدل معنادار قادر به پیش‌بینی شدت درد در افراد هستند. در جدول ۴، ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی فاجعه‌نمایی و شدت درد بر اساس سبک‌های دل‌بستگی ارائه شده است.

P	$\beta$	SE	B	
۰/۰۰۱	-۰/۴۴۰	۰/۲۳۵	-۱/۱۷۲	ایمن
۰/۰۰۱	۰/۲۳۴	۰/۱۹۱	۰/۵۰۹	دوسوگرا
۰/۰۰۱	-۰/۵۷	۰/۳۱	-۱/۱۷۲	ایمن
۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۲۹	۰/۴۸	دوسوگرا

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، پیش‌بینی فاجعه‌پنداری درد با توجه به انواع سبک‌های دل‌بستگی در بیماران دارای درد مزمن بود. یافته‌ها نشان داد که بین سبک‌های دل‌بستگی با فاجعه‌نمایی درد، رابطه معناداری وجود دارد. نتایج رگرسیون گام به گام نیز نشان داد که تنها سبک دل‌بستگی ایمن و دوسوگرا می‌توانند فاجعه‌نمایی درد را پیش‌بینی کنند؛ اما سبک دل‌بستگی اجتنابی قادر به پیش‌بینی متغیر ملاک

جدول ۱. فراوانی و درصد فراوانی محل شکایت درد در زنان و مردان و کل شرکت‌کنندگان

جنسیت	زن		مرد		کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
سر	۷	۹/۵	۳	۶/۵	۱۰
گردن	۵	۶/۸	۵	۱۰/۹	۱۰
شانه	۵	۶/۸	۵	۱۰/۹	۱۰
سینه	۶	۸/۱	۲	۴/۳	۸
شکم	۲	۲/۷	۵	۱۰/۹	۷
لگن	۱۱	۱۴/۹	۳	۶/۵	۱۴
پشت و کمر	۱۹	۲۵/۷	۱۱	۲۳/۹	۳۰
دست‌ها و پاها	۱۹	۲۵/۷	۱۲	۲۶/۱	۳۱
کل	۷۴	۰/۱۰۰	۴۶	۰/۱۰۰	۱۲۰

جدول ۲. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	مرد		زن		کل
	SD	M	SD	M	
ایمن	۴/۰۸	۱۴/۹۳	۴/۹۵	۱۴/۵۸	۴/۶۴
اجتنابی	۴/۵۷	۱۳/۱۸	۵/۹۹	۱۴/۲۶	۵/۶۴
دوسوگرا	۴/۳۴	۱۳/۵۱	۶/۳۹	۱۳/۹۳	۵/۷۰
فاجعه‌پنداری	۳۰/۵۴	۱۱/۱۹	۲۷/۷۴	۲۸/۸۱	۱۲/۳۸
شدت درد	۸/۴۶	۱/۷۵	۸/۴۳	۸/۲۴	۱/۱۳

همانطور که مشاهده می‌شود میانگین سبک دل‌بستگی ایمن در شرکت‌کنندگان پژوهش نسبت به سبک‌های اجتنابی و دوسوگرا نمره بالاتری را نشان داده است. در زنان سبک دل‌بستگی ایمن نمره بالاتری را نسبت به مردان به خود اختصاص داده است. در حالی که سبک‌های اجتنابی و دوسوگرا در مردان بالاتر گزارش شده است. نتیجه جالب توجه این است که فاجعه‌پنداری درد در مردان بالاتر گزارش شده است. به منظور تحلیل داده‌ها، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. جدول ۳، ماتریس همبستگی محاسبه شده بین سبک‌های دل‌بستگی با فاجعه‌پنداری درد را نشان می‌دهد.

جدول ۳. ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱- سبک دل‌بستگی ایمن					
۲- سبک دل‌بستگی اجتنابی	-۰/۷۳**				
۳- سبک دل‌بستگی دوسوگرا	-۰/۵۴**	۰/۵۹**			
۴- فاجعه‌پنداری درد	-۰/۵۶**	۰/۵۳**	۰/۴۷**		
۵- شدت درد	-۰/۵۸**	۰/۵۴**	-۰/۴۵**	۰/۵۵**	

\*\*ضرایب در سطح  $p < ۰/۰۱$  معنادار هستند.

به دیگران اعتماد معقول داشته و خوش‌بین هستند (اسچانتباثر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). بنابراین نیازی برای اطمینان جویی مداوم از حمایت آنها را احساس نمی‌کنند. آنها مهارت‌های مقابله‌ای پخته‌تری را به کار می‌برند تا بتوانند درد خود را بهتر مدیریت کنند (بیرجگارد و گرنکوویست<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴)، بدن این که نیازی به فاجعه‌سازی باشد.

همچنین در توجیه این یافته‌ها می‌توان افزود که افراد با سبک اجتنابی به دلیل تجارب اولیه خود با مراقبانی که دارای حساسیت کم و رفتارهای طرد‌کننده هستند، به منظور پیشگیری از تعارضات بیشتر با مراقبان خود، از بیان هیجانات و احساسات منفی شان خودداری می‌کنند؛ در مقابل افراد با سبک دوسوگرا، آگاهی بیشتری نسبت به احساسات منفی‌شان دارند و به دلیل جلب حمایت و همدلی از مراقبان خود، به راحتی آن را بیان می‌کنند و در نهایت، افراد ایمن به علت داشتن تجربیات مثبت با مراقبان اولیه خود (حساسیت به موقع و در دسترس بودن) معمولاً احساسات منفی خود را بهتر اداره می‌کنند و در بیان عاطفه منفی و جستجوی حمایت به هنگام درماندگی، به طور شایسته‌تری عمل می‌کنند. بنابراین، ارزیابی این ویژگی‌های غیرموقعیتی (ثابت) شخصیتی مانند سبک‌های دلبستگی در مراحل اولیه درمان می‌تواند در طراحی مناسب و به موقع برنامه‌های درمانی، راهگشا باشد و از پیشرفت مکانیسم‌های پیچیده درگیر در فرآیند مزمن شدن درد در این بیماران، جلوگیری کند.

افراد اضطرابی- دوسوگرا خشم و خواستن را همزمان با شدت بالا تجربه می‌کنند. به نظر می‌رسد که آنها استعداد بالاتری نسبت به فاجعه‌پنداری داشته باشند. آنها اگر رفتار مراقب را طرد‌کننده ادراک کنند، با تلاش می‌خواهند از دوری بگریزند. نداشتن مهارت مقابله و کنار آمدن با مشکلات، درد آنها را افزایش می‌دهد و نالیدن بیش از اندازه از درد، مراقب را بیزار می‌کند. مراقب خسته بیمار را طرد می‌کند و این تعامل معیوب در چرخه‌ای ادامه می‌یابد.

در تبیین پیش‌بینی فاجعه‌پنداری درد بر اساس سبک دلبستگی ایمن و دوسوگرا می‌توان گفت که برخی از راهبردهای تنظیم هیجان با آسیب‌روانی همراه است. یکی از این راهبردها نشخوار است که با پیامدهای منفی برای خلق و عملکرد افراد همراه است و با تفکر مکرر درباره حالت خلقی منفی و دلایل و پیامدهای آن

در این پژوهش نبود. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین است (هان، مردیث و استرانگ، ۲۰۱۴؛ مارتینز، میرو، سانچز و همکاران، ۲۰۱۲ و مک و ویلیامز و هولمیرگ، ۲۰۱۰).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افراد دلبسته اجتنابی معمولاً برای پرهیز از تنش، از نزدیک شدن به دیگران اجتناب می‌کنند. بنابراین معقول است که افرادی که کمترین تعامل را با دیگران برقرار می‌کنند، نیازی به فاجعه‌سازی ندارند. آنها قادر نیستند جنبه‌هایی از خود را یکپارچه کنند و به دلیل حالت دفاعی بالایی که دارند، گرایش بیشتری به سرکوب کردن ویژگی‌های منفی خود دارند. در صورتی که افراد دوسوگرا، خودپنداره ضعیف و ارتباطات آشفته داشته و یک عشق و سواسی همراه با افکار منفی دارند. آنها در این افکار و احساسات منفی غوطه‌ور می‌شوند و در نتیجه فاقد مهارت‌هایی برای مقابله با حوادث هستند. به هر حال، هر دو گروه افراد دلبسته نایمن، حس کم‌ارزشی و خود کم‌بینی دارند. اگرچه آنها به طرق متفاوتی این حالت را نشان می‌دهند، اما هر دو تفکراتی در مورد طرد شدن دارند.

از سوی دیگر، به نظر می‌رسد درد در افراد مبتلا به دردهای مزمن، جبرانی برای تجربه شکست در روابط پابرجا و صمیمی باشد. افراد دارای سبک دلبستگی اجتنابی ممکن است برای جبران ناکامی حاصل از فقدان صمیمیت، ارزش را از طریق اجتناب از روابط صمیمی با دیگران جستجو کنند. در همین راستا شاید بتوان این احتمال را مطرح کرد که افرادی که از راهبردهای مقابله‌ای غیر مؤثر و منفی استفاده می‌کنند، به دلیل حالت دفاعی و عدم توانایی برای کسب آرامش، بیشترین استرس و ناراحتی را تجربه می‌کنند (بیکر، ۲۰۰۶). افراد اجتنابی نسبت به افراد دوسوگرا تلاش می‌کنند تا از ناراحتی، اجتناب کنند و کمتر احتمال دارد آن موقعیت را بپذیرند. افراد نایمن جهت تحلیل داده‌های جدید با کمبود منابع شناختی مواجه هستند. آنها از منابع خود در جهت نگرانی در مورد روابط صمیمی یا در جهت آشکار کردن هر چیزی که ممکن است آنها را به تجارب دلبستگی دردناک بیاندازد، استفاده می‌کنند. افراد دوسوگرا نسبت به انکار و طرد (راهبرد دلبستگی اجتنابی)، گوش به زنگ هستند. در افراد اجتنابی نیز احتمال ضعیفی وجود دارد که از منابع فعلی خود جهت مقابله با مسائل استفاده کنند. افراد دلبسته ایمن

2. Birgegard & Granqvist

1. Schottenbauer

فراهم می‌کند. آنها مدیریت هیجان قوی‌تری دارند و بهتر می‌توانند هیجان‌ات خود را کنترل کنند.

شدت درد با هیجان‌های منفی در ارتباط است. درگیر شدن در چرخه طرد-بی‌اعتمادی، موجب می‌شود تا بیمار هیجان‌های منفی را با شدت تجربه کند. خشم و افسردگی ناشی از طرد موجب می‌شود تا درد روند صعودی پیدا کند. چنانچه پیشتر در مورد فاجعه‌پنداری گفته شد، افراد دو سوگرا بیشتر مستعد تجربه درد هستند. افراد مبتلا به درد مزمن دارای سبک دلبستگی ناایمن، تمایل دارند شدت درد بالای خود را از طریق استفاده بیش از حد از خدمات بهداشتی و پزشکی نشان دهند. به عبارتی، با توجه به تمایل افراد مبتلا به درد مزمن دارای سبک‌های دلبستگی ناایمن (به ویژه دوسوگرا) به بروز رفتارهای درد برای گرفتن توجه از دیگران، شاید بتوان این طور مطرح کرد که تلاش بیش از حد آنان برای گرفتن این خدمات و استفاده آنها از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و ناکارآمد در مقابل راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و کارآمد، بازنمایی کننده شدت درد بالا و فاجعه‌پنداری بیشتر در آنها بیشتر مشاهده شود (سیکانوسکی، کتون و روسو، ۲۰۰۲).

نقش عوامل فرهنگی در این پژوهش مطالعه نشد. چنانچه مطالعه وسعت می‌یافت، اطلاعات بیشتری به دست می‌آمد. پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های آینده مطالعات فرهنگی لحاظ گردد. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و اکثریت افراد مورد بررسی را زنان تشکیل داده بودند. به همین دلیل تعمیم‌پذیری می‌بایست با دقت بیشتری صورت گیرد. همچنین اجرای پژوهش در محیط‌های درمانی به علت وضعیت نامناسب روانی و جسمانی بیماران نیز از جمله محدودیت‌های عمده این پژوهش است که باید مورد توجه قرار گیرد. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود سبک‌های دلبستگی و دیگر عوامل مورد نظر در این تحقیق را در گروه‌های متفاوت سنی، اجتماعی و شخصیتی متفاوت مطالعه کنند.

### منابع

بشارت، محمدعلی؛ اسحق گلپاشین، راشل؛ فرهمند، هادی و ابراهیمی فاطمه (۱۳۹۶). مقایسه سبک‌های دلبستگی، سبک‌های دفاعی و ایستادگی در بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام. اس.) و افراد سالم، علوم روانشناختی، ۱۶(۶۴)، ۴۹۳-۴۷۸.

بشارت، محمدعلی؛ حبیبی، مجتبی و شمسی پور، حمید (۱۳۸۲). مقایسه سبک‌های دلبستگی دوقلوها و تک‌زادگان. مجله علوم

مشخص می‌شود. نشخوارگری با فعال کردن شناخت‌های منفی در حافظه مرتبط است و می‌تواند منجر به گوشه‌گیری از روابط بین فردی و در نتیجه مشکلاتی از قبیل فاجعه‌پنداری درد در افراد گردد. فرونشانی ابراز هیجان به عنوان دیگر راهبرد سازش نایافته هیجان، با تلاش فرد برای پنهان کردن، بازداری و کاهش ابراز هیجان همراه است (دی اوآنزاتو و همکاران، ۲۰۱۳). افراد مبتلا به اختلالات هیجانی از این راهبرد به میزان کمتری استفاده می‌کنند (جیمیسون و همکاران، ۲۰۱۲). غیرفعال‌سازی راهبردهای دلبستگی (سبک اجتنابی) با تنظیم هیجانی تداخل پیدا می‌کند و منجر به فرونشانی یا انکار هیجان‌ها و متکی بودن به باورهای بیش برآورد شده برتری و کفایت می‌شود. در مقابل، بیش‌فعال‌سازی راهبردهای دلبستگی (سبک اضطرابی) شامل نشخوار افراطی هیجان‌های متعارض، دل مشغولی در خصوص بی‌ثباتی نگاره دلبستگی و سرمایه‌گذاری بر ابراز نیازهای شخصی است (شیور و میکولینسر، ۲۰۱۴). شواهد فرآیندها، حاکی از آن است که افراد با سبک دلبستگی ناایمن در تنظیم هیجان مشکل دارند و این مسئله آنها را در خطر گستره‌ای از مشکلات سلامت‌روانی و اختلالات شخصیت قرار می‌دهد. افراد دلبسته ناایمن، به خاطر تصویر بی‌ثباتی که از مراقب دارند و ضعف مدل‌های درونکاری، پیوسته در آشفتگی هیجانی به سر می‌روند و نمی‌توانند شیوه تنظیم هیجان را فرا گیرند (میکولینسر و شیور، ۲۰۰۷).

در برخی مطالعات نشان داده شده که ناکامی در درمان و شکست‌های درمانی، فرد را به سوی فاجعه‌پنداری سوق می‌دهد. همچنین نوع سبک دلبستگی می‌تواند نتایج حاصل از درمان درد را تحت تأثیر قرار دهد و به دنبال بیان مستقیم آزردهی‌ها و ناکامی‌ها نسبت به درمانگران و دستیارانشان، فرآیند درمان با اختلال مواجه می‌شود و اتحاد درمانی بیمار و درمانگر با شکست روبرو می‌شود که این نیز به نوبه خود، کارآمدی درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سبب اعتماد کمتر به درمانگران و تعامل کم با بهداشت حرفه‌ای می‌شود (دانلی و جانایسته، ۲۰۱۶).

افراد ایمن، بیشتر احتمال دارد شبکه‌های حمایت اجتماعی را ادراک کنند و از آن راضی باشند. حمایت‌های دریافتی از اعضای خانواده به ویژه همسر، بر سلامت ذهنی و جسمانی تأثیرات مثبتی دارد. در نتیجه این افراد، به احتمال کمتری درد خویش را فاجعه‌پنداری می‌کنند. دلبستگی ایمن، پایه‌ای جهت اکتشاف و حل مسئله



- روانشناختی، ۷.
- توحیدی، علی ضیاء؛ جندقی، غلامرضا و فیروزی، منیژه (۱۳۹۸). متا آنالیز مداخلات روانشناختی در درد مزمن: چالش‌ها و راهکارها برای ارتقاء کیفیت پژوهشی. *فصلنامه بیهوشی و درد*، ۱۳ (۱)، ۱۱-۲۱.
- فیروزی، منیژه (۱۳۹۸). تعامل مکانیسم‌های مقابله هشیار و ناهشیار در سازش با درد مزمن. *فصلنامه بیهوشی و درد*، ۱۲ (۱)، ۲۲-۳۵.
- فیروزی، منیژه؛ بشارت، محمدعلی و زینب، سوری (۱۳۹۷). اثر پیش‌بینی کنندگی سبک‌های دلبستگی بر خودکارآمدی و پذیرش درد بیماران مبتلا به درد مزمن. *فصلنامه بیهوشی و درد*، ۹ (۱)، ۵۵-۶۷.
- فیروزی، منیژه و عدالت مهر، زهرا (۱۳۹۸). عوامل روانشناختی در بازخورد به درد و درمان کم‌درد مزمن: گریز از درد یا رویارویی با درد؟ *فصلنامه بیهوشی و درد*، ۱۰ (۱)، ۵۰-۶۲.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Erlbaum: Hills-dale, NJ, USA.
- Besharat, M. A. (2013b). Adult Attachment Inventory. *Developmental Psychology*, 35, 317-320.
- Birgegard, A., & Granqvist, P. (2004). The correspondence between attachment to parents and God: three experiments using subliminal separation cues. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(9), 1122-1135.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.
- Bruns, D. (2008). Chronic pain. In Sage Publications, Inc. *Encyclopedia of Counseling*, p. 84-88, Los Angeles, Calif; London.
- Ciechanowoski, P.S, Katon, W.J., & Russo, J.E. (2002). attachment theory: A model for Health care utilization and somatization. *Psychosomatic medicine*, 64(4), 662-667
- D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2013). Emotion Regulation in Depression and Anxiety: Examining Diagnostic Specificity and Stability of Strategy Use. *Cognitive Therapy Research*, 37, 968-980.
- Donnelly, T. J., & Jaaniste, T. (2016). Attachment and chronic pain in children and adolescents. *Children*, 3(4), E21.
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-Behavioral Therapy for Individuals with Chronic Pain. *American Psychologist*, 69(2), 153-166.
- Feinstein, A. B., Sturgeon, J. A., Darnall, B. D., Dunn, A. L., & Rico, P. (2016). The Effect of Pain Catastrophizing on Outcomes: A Developmental Perspective Across Children, Adolescents, and Young Adults with Chronic Pain. *Journal of Pain*, 18(2), 144-154.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hon, N. E., Meredith, P. J., Strong, J., & Hon, G. F. (2014). Adult attachment and approaches to activity engagement in chronic pain. *Pain Res Manag*, 19(6), 317-327.
- Jamieson, J. P., Nock, M., & Mendes, W. B. (2012). Mind over matter: Reappraising arousal improves cardiovascular and cognitive responses to stress. *Journal of Experimental Psychology*, 141(3), 417-422.
- Kasch, H., Zachariaea, R., Svenssone, P., Jensenb, T. S., Vasea, L. Kjøgx, H. (2016). Experimental manipulations of pain catastrophizing influence pain levels in chronic pain patients and healthy volunteers. *Journal of Pain*, 149(2), 278-283.
- Martinez, M. P., Miro, E., Sanchez, A. I., Mundo, A. & Martinez, E. (2012). Understanding the relationship between attachment style, pain appraisal and illness behavior in women. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(1), 54-63.
- McWilliams, L. A., & Holmberg, D. (2010). Adult attachment and pain catastrophizing for self and significant other. *Pain*, 149(2), 278-283.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York: The Guilford Press.
- Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2014). Pain catastrophizing: a critical review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33, 745-758.
- Schimmenti, A., & Bifulco, A. (2015). Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in emerging adulthood: the role of attachment styles. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(1), 41-48.
- Schottenbaur, M. A. (2006). Attachment and affective resolution following a stressful event: General and religious coping as possible mediators. *Journal Mental Health, Religion and Culture*, 9(5), 448-471.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2014). Adult attachment and emotion regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd Ed., pp. 237-250). New York: Guilford Press.
- Stanos, S., Brodsky, M., Argoff, C., Clauw, D. J., Jensen, M. P. (2016). Rethinking chronic pain in a primary care setting. *Postgraduate Medicine*, 128(5), 502-515.
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 524-532.
- Wertli, M. M., Burgstaller, J. M., Weiser, S., Steurer, J., Kofmehl, R., & Held, U. (2014). Influence of catastrophizing on treatment outcome in patients with nonspecific low backpain: a systematic review. *Spine*, 39(3), 263-73.