

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال یازدهم شماره ۴۲ تابستان ۱۳۹۵

مقایسه متغیرهای روانشناختی فاجعه‌آمیز کردن، ترس از حرکت و شدت درد با توجه به انواع سبک‌های دلبستگی در بیماران دارای دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی

مجید محمودعلیلو<sup>۱</sup>

مریم امینی فسخودی<sup>۲</sup>

کارینه طهماسبیان<sup>۳</sup>

عباس بخشی‌پور رودسری<sup>۴</sup>

چکیده

درد مزمن وضعیتی تحلیل برنده و ناتوان‌کننده می‌باشد که با متغیرهای روانشناختی متعددی همراه است. بدین خاطر، پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه دو متغیر روانشناختی فاجعه‌آمیز کردن و ترس از حرکت بر اساس انواع سبک‌های دلبستگی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی انجام گرفت. در این پژوهش ۱۵۰ آزمودنی شرکت داشتند که به صورت در دسترس از بین مراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌های شهید، امام حسین و سینا در شهر تهران، انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های سبک‌های دلبستگی هازن و شاور (ASQ)، فاجعه‌آمیز کردن (PCS)، ترس از حرکت (TSK) و شدت درد (VAS) پاسخ دادند. داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA)، تحلیل شدند. نتایج پژوهش نشان داد که از میان سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا، تنها سبک دلبستگی دوسوگرا با فاجعه‌آمیز کردن و ترس از حرکت رابطه دارد و می‌توان نتیجه گرفت: بیماران با

Email:m\_aliloo@yahoo.com

۱- استاد دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تبریز

۳- استادیار دانشگاه شهیدبهشتی

۴- استاد دانشگاه تبریز

سبک دلبستگی دوسوگرا به هنگام مواجه شدن با تهدید مانند درد، از راهبردهای تنظیم هیجان با کنش‌وری بالا (مانند فاجعه‌آمیز کردن) استفاده می‌کنند. تلویحات عملی و نظری یافته‌ها به تفصیل در بخش پایانی مقاله، مورد بحث قرار گرفته است.

**واژگان کلیدی:** سبک دلبستگی، فاجعه‌آمیز کردن، ترس از حرکت، شدت درد و درد مزمن.

### مقدمه

درد یک تجربه حسی و هیجانی ناخوشایند است که با آسیب بافتی بالقوه یا واقعی همراه می‌باشد و یا بر حسب چنین آسیب‌هایی توصیف می‌شود (انجمن بین‌المللی درد<sup>۱</sup>، ۱۹۸۶). درد یک تجربه ذهنی، منحصر به فرد و هشیار است که توسط انواعی از عوامل بین-فردی، شناختی-عاطفی، ساختاری و بافتی تعدیل می‌شود (تریسی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). در طبقه بندی کلاسیک، درد به دو شکل حاد<sup>۳</sup> و مزمن<sup>۴</sup> مشخص شده است. درد مزمن تعاریف متعددی دارد: برای مثال، دردی که بیش از دوره مورد انتظار، برای درمان طول بکشد و یا دردی که بیش از شش ماه طول بکشد (همراه با یا بدون آسیب مشهود) را درد مزمن می‌گویند. هر چند در عمل دردی که بیش از سه ماه طول می‌کشد نیز، درد مزمن در نظر گرفته می‌شود (مردیث، اونزورث و استرانگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸).

تحقیقات زیادی بر روی عوامل روانی-اجتماعی به‌عنوان متغیرهای آسیب‌پذیری نسبت به درد مزمن صورت گرفته است (گچل و ترک<sup>۶</sup>، ۱۹۹۹). این متغیرها مانند فاجعه‌آمیزی<sup>۷</sup> (اغراق کردن در بیان درماندگی و ناتوانی) پیش‌بینی‌کننده مزمن شدن درد و ناتوانی ناشی از آن هستند (آرنستین<sup>۸</sup>، ۱۹۹۹). فاجعه‌آمیزی یک تمرکز اغراق‌آمیز منفی روی درد، درماندگی و پیامدهای منفی ناشی از آن می‌باشد (کانو، لئونارد و فرانز<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵).

1- International Association Study in Pain

3- Acute

5- Meredith & Ownsworth & Cachel

7- Catastrophizing

9- Cano, Leonard & Franz

2- Tracey

4- Chronic

6- Gatchel & Turk

8- Arnstein

فاجعه‌آمیزی به‌عنوان یک متغیر میانجی، نقش مهمی در مزمن شدن درد دارد (لانگ، کوربونووا و کریست<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). بر اساس مدل ترس-اجتناب<sup>۲</sup>، افکار فاجعه‌آمیز درباره درد موجب ترس از حرکت و اجتناب می‌شود و رفتارهای اجتنابی به مرور زمان باعث ناتوانی جسمانی و افسردگی و در نتیجه تجربه شدت درد بیشتر در افراد با درد حاد می‌شود و با ایجاد یک چرخه معیوب منجر به مزمن شدن درد می‌شود (بوئر و لیتون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲).

عوامل زیادی در فاجعه‌آمیز کردن درد نقش دارند. برخی بیماران به‌منظور اجتناب از انجام مسئولیت‌ها و برانگیختن حمایت و توجه دیگران به فاجعه‌آمیز کردن درد خود می‌پردازند. ممکن است پاسخ‌های همدلانه یا حمایتی دیگران به تقویت و حفظ فاجعه‌آمیزی و دیگر رفتارهای مربوط به درد بینجامد (سالیوان، تریپ و سانتور<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). برای مثال، بیماران در حضور همسران خود برای مدت طولانی‌تری دست به فاجعه‌آمیزی کردن درد خود می‌زنند (گوبرت و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). طبق نظر برخی محققان، افرادی که دست به فاجعه‌آمیزی در خود می‌زنند، به‌دنبال جلب حمایت و همدلی دیگران مهم (افراد مهم زندگی) برای غلبه به دردشان هستند، به‌عبارت دیگر، آن‌ها فاجعه‌آمیزی را به‌عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان به‌کار می‌برند (سالیوان و همکاران، ۲۰۰۱). چنانچه، لیتون و برگام<sup>۶</sup> (۲۰۱۱) بر اساس یک مدل تنظیم هیجان رفتاری (مدل اوربرو)، نشان دادند فاجعه‌آمیزی به‌عنوان یک متغیر میانجی، می‌تواند نقش مهمی در بازگشت مجدد درد و مزمن شدن آن داشته باشد.

اخیراً تفاوت‌های فردی در تجربه و قضاوت مربوط به درد را با نظریه دلبستگی بیان کرده‌اند (پورتر، دیویس و کیفی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷). در این راستا، نظریه دلبستگی به‌عنوان یک مدل شهودی<sup>۸</sup> برای فهم درد مزمن به‌کار رفته و نشان داده یک سبک دلبستگی نا ایمن پیش‌بینی‌کننده مزمن شدن درد است (مردیث و همکاران، ۲۰۰۸). بر اساس این نظریه،

1- Lang, Corbunova & Christ  
3- Buer & Linton  
5- Goubert & et al  
7- Porter, Davis & Keefe

2- Fear-Avoidance  
4- Sullivan & Tripp & Santor  
6- Linton & Bergbom  
8- Heuristic

تجربیات بین فردی اولیه با تصاویر دلبستگی<sup>۱</sup> (مراقبان اصلی) موجب رشد الگوهای کاری درونی<sup>۲</sup> از خود و دیگران (سبک‌های دلبستگی) می‌شود که در روابط بعدی فرد با دیگران و به هنگام مواجهه با موقعیت‌های استرس‌آمیز، به تنظیم هیجان فرد کمک می‌کنند. یکی از این موقعیت‌های استرس‌آمیز، درد است که با فعال کردن رفتارهای دلبستگی موجب تقرب‌جویی افراد به تصاویر دلبستگی می‌شود. سپس، این تصاویر با فراهم کردن یک پایگاه امن فیزیکی و هیجانی، سیستم تنظیم هیجان را فعال می‌کنند (مردیت، ۲۰۱۳). ویلسون و روبن<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) در پژوهش خود تأکید می‌کنند توانایی افراد در ادراک همدلی و حمایت افراد مهم به هنگام مواجهه شدن با درد، می‌تواند تابع الگوهای دلبستگی‌شان باشد.

کلب<sup>۴</sup> (۱۹۸۲) برای اولین بار بین دلبستگی و درد ارتباط برقرار کرد و نظریه دلبستگی را برای بیان رفتارهای مشاهده شده در بیماران مبتلا به درد مزمن به کار برد و شکایت مربوط به درد را یک رفتار دلبستگی تعریف کرد. این رفتارها به شکل شکایت، نالیدن، مراجعه مکرر به پزشک، سوالات مکرر درباره بیماری، تقاضای کمک و حمایت، تقرب‌جویی و چسبیدن به دیگران و یا بالعکس با انکار درماندگی، انتقاد از کمک و حمایت دیگران، کناره‌گیری و اجتناب از مراجعه به پزشک، نشان داده می‌شوند (مردیت و همکاران، ۲۰۰۸). از طرفی، در پژوهش‌های متعدد رابطه معنادار و قوی بین سبک دوسوگرا و فاجعه‌آمیزی در مقایسه با دو سبک اجتنابی و ایمن دیده شده است (سایکانوسکی، سالیوان، جنسن، رومانو و سامرز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳؛ مردیت، استرانگ و فینی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶؛ مک ویلیامز و آسماندسون<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷؛ مک ویلیامز و هولمبرگ<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰).

برای مثال، نتایج یک مطالعه نشان داد که افراد اجتنابی در غیاب دیگران، ادراک درد کمتری داشتند در حالی که، افراد اضطرابی (دلمشغول) در حضور دیگران، ادراک درد

1- Figures Attachment

3- Wilson &amp; Ruben

5- Ciechanowski &amp; Sullivan &amp; Jensen &amp; Romano &amp; Summers

7- Mc Williams &amp; Asmundson

2- Internal Working Model

4- Kolb

6- Meredith &amp; Strong &amp; Feeny

8- Mc Williams &amp; Holmberg

کمتری گزارش کردند. زیرا حمایت و همدلی دیگران خصوصاً در مراحل اولیه درد، به ادراک کمتر درد در این افراد کمک می‌کند (سامبو، هاوارد، کوپلمن، ویلیامز و فوتوپولو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰).

به‌طور کلی، دلبستگی بزرگسالان در دو طبقه اصلی دلبستگی اضطرابی (دوسوگرا) و دلبستگی اجتنابی قرار می‌گیرد که دلبستگی اضطرابی با نگرانی از دسترس‌پذیری و توجه مثبت تصاویر دلبستگی و دلبستگی اجتنابی با عدم راحتی از نزدیکی در روابط صمیمی و نیز عدم اعتماد و وابستگی به این تصاویر مشخص می‌شود (آندرسون، ایلکلیت و برینک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). چنانچه، بر اساس یک مدل با نفوذ از سبک‌های دلبستگی، افراد اضطرابی یا دوسوگرا، راهبردهایی با کنش‌وری بالا<sup>۳</sup> مثل فاجعه‌آمیزی، گوش به زنگی، درماندگی هیجانی طولانی و وابستگی شدید به دیگران را به‌کار می‌برند؛ در مقابل، افراد اجتنابی از راهبردهایی با کنش‌وری پایین<sup>۴</sup> مثل کم اهمیت تلقی کردن تهدید و اجتناب از حمایت و همدلی دیگران استفاده می‌کنند (میکولینسر، شاور و پرچ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳). راهبردهای با کنش‌وری بالا با تمایل به گوش به زنگی نسبت به موقعیت تهدیدآمیز، بیان اغراق‌آمیز ترس‌ها، نیازها، تردیدها و نگرانی دائم درباره دسترس‌پذیری و پاسخگویی تصاویر دلبستگی مشخص می‌شوند. کاربرد این راهبردها نشان‌دهنده وابستگی زیاد، تقرب‌جویی دائمی و چسبندگی به تصاویر دلبستگی است. در مقابل، راهبردهای با کنش‌وری پایین با نادیده گرفتن، انکار و سرکوبی نیازهای دلبستگی مشخص می‌شوند و کاربرد آن‌ها نشان‌دهنده غفلت از تصاویر دلبستگی، نادیده گرفتن حمایت و همدلی آن‌ها و درگیر نشدن در روابط صمیمانه بعدی است (میکولینسر و شاور، ۲۰۰۷).

بنابراین، با توجه به پژوهش‌های پیشین می‌توان نتیجه گرفت که فاجعه‌آمیزی، یک رفتار دلبستگی است که افراد برای جلب حمایت و همدلی از افراد مهم زندگی، به‌کار می‌برند تا سیستم تنظیم هیجان خود را متعادل نگه دارند و این مکانیسم، در نهایت

1- Sambo, Howard, Kopelman, Williams & Fotopoulou 2- Anderson, Elklite & Brink  
3- Hyperactivation Strategies 4- Deactivation strategies  
5- Mikulincer & Shaver & Pereg

منجر به ترس از حرکت، ناتوانی ناشی از عدم به کارگیری اندامها و شدت درد بیشتر می‌شود. در نتیجه، هدف از انجام پژوهش حاضر: بررسی مقایسه متغیرهای روانشناختی فاجعه‌آمیز کردن، ترس از حرکت و شدت درد با توجه به انواع سبک‌های دلبستگی در بیماران دارای دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی بود.

طبق بررسی‌های به‌عمل آمده، تاکنون در ایران پژوهش مشابهی انجام نشده است.

### جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه بیمارانی بودند که در سه ماه آخر سال ۹۱ جهت دریافت خدمات پزشکی به کلینیک درد شهر تبریز مراجعه کرده بودند. نمونه مورد مطالعه به روش نمونه‌گیری هدفمند از بین بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی انتخاب شدند که به بیمارستان امام حسین، شهدا و سینا در تهران مراجعه کرده بودند. تعداد نمونه در پژوهش حاضر ۱۵۰ بیمار بود که ۱۰/۶۷ درصد مرد و ۸۹/۳۳ درصد زن بودند. در انتخاب نمونه، ابتدا مصاحبه تشخیصی توسط پزشک متخصص و سپس به‌منظور تایید تشخیص، مصاحبه بالینی توسط پژوهشگر (کارشناس ارشد بالینی) انجام شد و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، نمونه واجد شرایط پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: سابقه شکایت از دردهای عضلانی-اسکلتی (غیر از سر درد و درد گردن) حداقل در سه ماه گذشته و به‌صورت هر روزه، سن بالای ۱۸ سال و الزاماً متأهل و عدم سابقه عمل جراحی در سه ماه گذشته. بیمارانی که بر اساس معیارهای مورد مطالعه وارد پژوهش شدند، پس از مطالعه فرم رضایت‌نامه و امضای آن (توسط بیمار یا همراه)، به تکمیل پرسشنامه‌های دلبستگی بزرگسالان، فاجعه‌آمیزی، ترس از حرکت و مقیاس شدت دیداری درد پرداختند. برای بیمارانی که تنها سواد خواندن و نوشتن داشتند، تمام سوال‌ها توسط پژوهشگر خوانده می‌شد و تلاش بر این بود تا هر نوع ابهامی در درک سوال‌ها برطرف شود.

## ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه سبک‌های دلبستگی هازن و شاور (ASQ)<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط هازن و شاور<sup>۲</sup> (۱۹۸۷) ساخته شده است و دارای دو بخش می‌باشد: در بخش اول سه پاراگراف اساسی به شکل جمالتی توصیفی مطرح شده که آزمودنی باید پاسخ‌ها را روی مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق درجه‌بندی شده، مشخص کند؛ در واقع، باید تعیین کند که این توصیف تا چه حد با ویژگی‌های آزمودنی مطابقت دارد. در بخش دوم، مجدداً همان توصیف‌ها مطرح شده، ولی این بار آزمودنی باید تنها با علامت زدن یکی از آن‌ها تشابه خود را با یکی از توصیف‌ها بیان کند. پاکدامن (۱۳۸۰) ضرایب باز آزمایی این پرسشنامه را با فاصله یک ماه برابر با ۰/۹۵ و با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ گزارش کرد.

پرسشنامه فاجعه‌آمیز کردن (PCS)<sup>۳</sup>: مقیاس فاجعه‌آمیز کردن درد که توسط سالیوان و همکاران (۱۹۹۵) تدوین شده است، دارای ۱۳ سوال است که ۳ خرده‌مقیاس نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس با مقیاس لیکرتی ۵ نمره‌ای (۰ تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود و بر مبنای این فرضیه ساخته شده است که فاجعه‌آمیزی درد با سطوح مختلف درد، ناتوانی جسمانی و ناتوانی روانشناختی در ارتباط است. در تحقیق سالیوان و همکاران (۱۹۹۵) ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی به ترتیب: ۰/۸۷، ۰/۶۰ و ۰/۷۹ و برای نمره کل مقیاس برابر با ۰/۸۷ بود. در پژوهش محمدی و همکاران (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ برای این خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۳، ۰/۸۱ و برای نمره کل ۰/۸۴ بود.

پرسشنامه ترس از حرکت (TSK)<sup>۴</sup>: این مقیاس که توسط کوری، میلر و تاد<sup>۵</sup> (۱۹۹۰) ساخته شده است، دارای ۱۷ ماده می‌باشد که با مقیاس لیکرتی ۴ نمره‌ای (۰ تا ۳) نمره‌گذاری می‌شوند. آیتم‌های ۴، ۸، ۱۲، ۱۶ به صورت معکوس نمره‌دهی می‌شوند و

1- Attachment Styles Questionnaire

3- Pain Catastrophizing Scale

5- Kori &amp; Miller &amp; Todd

2- Hazan &amp; Shaver

4- tempa scale of kinesiophobia

نمرات بالاتر نشان‌دهنده ترس آزمودنی از حرکت به دلیل شدت درد است. آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه وبی، راج، آرماستون و واتسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) برابر با ۰/۷۶ و پایایی آزمون-بازآزمون آن در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن ۰/۸۲ بود. در یک مطالعه بر روی نمونه ایرانی ضربیب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد (افشارنژاد، رضایی و یوسفزاده، ۱۳۸۹).

مقیاس شدت دیداری درد (VAS)<sup>۲</sup>: مقیاس دیداری شدت درد یک محور درجه‌بندی شده است که از صفر تا ۱۰۰ نمره‌گذاری شده و از فرد خواسته می‌شود تا شدت درد ادراک شده را بر روی سه محور جداگانه در هفته گذشته، حال حاضر و میزان پیش‌بینی درد خود در هفته آینده به صورت دیداری علامت بزند. این مقیاس در پژوهش‌های متعدد به کار رفته است (بالامی، کمبل و سیروتویک<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹؛ بنیم و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷؛ به نقل از خطیبی و همکاران، ۲۰۰۹).

#### یافته‌ها

جهت بررسی گروه‌های مورد مطالعه از روش تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده شد. در جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد داده‌های سه گروه مورد بررسی، ارائه شده است.

جدول (۱) داده‌های توصیفی مربوط به متغیرهای بالینی در افراد ایمن، دوسوگرا و اجتنابی

عامل	فاجعه آمیز کردن		ترس از حرکت		شدت درد		N
	S	X	S	X	S	X	
ایمن	۹/۷۹	۲۵/۳۷	۳۶/۲۱	۸/۶۳۰	۱۴۶/۵۳۴۶۲	۵۵/۵۵۰۳۸	۵۲
دوسوگرا	۸/۱۶۲	۳۵/۴۰	۴۳/۹۷	۹/۵۹۳	۱۶۵/۲۷۷۸	۶۹/۳۰۲۰۸	۳۷
اجتنابی	۷/۴۵۰	۲۴/۷۴	۳۷/۵۸	۸/۲۴۳	۱۴۳/۲۷۷۸	۴۸/۶۴۷۴۲	۶۱

در پژوهش حاضر ۳۴،۶۶٪ بیماران دارای سبک دلبستگی ایمن، ۲۴،۶۶٪ سبک

1- Woby, Roach & Urmston & Watson  
3- Bellamy, Campbell & Syrotuik

2- Visual Analogue Scale  
4- Benaim & et al



دوسوگرا و ۴۰٫۶۶٪ با سبک اجتنابی گزارش شدند و بالاترین میانگین متغیرهای تحت بررسی، مربوط به سبک دوسوگرا می‌باشد.

جدول (۲) نتایج آزمون لامبدای ویلکز را برای متغیرهای بالینی نشان می‌دهد.  $F$  به دست آمده بیانگر تفاوت معنی‌داری در سه گروه می‌باشد.

جدول (۲) مقدار لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چندمتغیره

آزمون	مقدار آماره آزمون	$F$	درجه آزادی اثر مورد بررسی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
لامبدای ویلکز	۰/۰۲۷	۱۷۶۱/۵۹۴	۳	۱۴۴	۰/۰۰۰۱

یافته‌های جدول شماره (۲) نشان می‌دهد که سه گروه دست کم در یکی از متغیرها متفاوت می‌باشند اما لامبدای ویلکز نمی‌گوید در کدام یک از گروه‌ها این تفاوت وجود دارد. جدول (۳) به این سوال پاسخ می‌دهد.

نتایج حاصل از تحلیل واریانس تک متغیره در جدول (۳) نشان می‌دهد که میزان  $F$  دو متغیر فاجعه‌آمیز کردن و ترس از حرکت، معنی‌دار می‌باشد.

جدول (۳) نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیره برای متغیرهای مورد پژوهش

سبک	متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	$F$	سطح معناداری
دوسوگرا	فاجعه‌آمیز کردن	۶۲۲۳/۴۶۹	۲	۳۱۱۱/۷۳۵	۴۲/۳۹۸	۰/۰۰۰۱
	ترس از حرکت	۱۵۳۹/۶۳۹	۲	۷۶۹/۸۲۰	۱۰/۰۷۹	۰/۰۰۰۱
	شدت درد	۱۲۲۱۴/۹۲۱	۲	۶۱۰۷/۴۶۰	۱/۹۱۹	۰/۱۵۰
	فاجعه‌آمیز کردن	۱۰۷۱۵/۴۱۷	۱۴۶	۷۳/۳۹۳		
خطا	ترس از حرکت	۱۱۱۵۱/۵۶۹	۱۴۶	۷۶/۳۸۱		
	شدت درد	۴۶۴۶۴۹/۲۵۴	۱۴۶	۳۱۸۲/۵۲۹		

با توجه به معنی‌داری تفاوت‌ها در سه گروه برای مشخص کردن دقیق تفاوت‌ها، آزمون تعقیبی توکی محاسبه شد. نتایج حاصل در جدول (۴) نشان داده شده است.

جدول (۴) نتایج آزمون تعقیبی توکی برای هر سه گروه

متغیر وابسته	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	سطح معناداری
	دوسوگرا ایمن	۱۴/۷۵	۱/۸۵۷	۰/۰۰۰۱
فاجعه‌آمیز کردن	دوسوگرا اجتنابی	۱۵/۳۷	۱/۸۰۱	۰/۰۰۰۱
	ایمن اجتنابی	۰/۶۳	۱/۶۱۷	۰/۹۲۰
	دوسوگرا ایمن	۷/۹۳	۱/۸۹۵	۰/۰۰۰۱
ترس از حرکت	دوسوگرا اجتنابی	۷/۰۶	۱/۸۳۷	۰/۰۰۰۱
	ایمن اجتنابی	۰/۸۷	۱/۶۵۰	۰/۸۵۸
	دوسوگرا ایمن	۱۹/۹۳۱۶	۱۲/۲۳۱۳۶	۰/۲۳۷
شدت درد	دوسوگرا اجتنابی	۲۱/۹۹۹۱	۱۱/۸۵۶۴۸	۰/۱۵۶
	ایمن اجتنابی	۲/۰۶۷۵	۱۰/۶۴۷۷۷	۰/۹۷۹

نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که در دو متغیر فاجعه‌آمیز کردن و ترس از حرکت، تفاوت بین گروه دوسوگرا با دو گروه اجتنابی و ایمن معنی‌دار بوده است؛ ولی در متغیر شدت درد بین هر سه گروه تفاوت معنی‌دار نیست. به بیان دیگر، متغیرهای روانشناختی فاجعه‌آمیزی و ترس از حرکت در افراد با سبک دوسوگرا بیشتر می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه متغیرهای روانشناختی فاجعه‌آمیز کردن، ترس از حرکت و شدت درد با توجه به انواع سبک‌های دلبستگی در افراد دارای درد مزمن عضلانی-اسکلتی بود.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر فاجعه‌آمیز کردن در افراد با سبک دوسوگرا نسبت به افراد با دو سبک اجتنابی و ایمن بیشتر است و این یافته با نتایج پژوهش‌های سایکانووسکی و همکاران (۲۰۰۳)، مردیث و همکاران (۲۰۰۵ و ۲۰۰۶)، مک ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷) و مک ویلیامز و هولمیرگ (۲۰۱۰) همسو است.

همانطور که در مقدمه پژوهش به آن اشاره شد، بر اساس مدل تنظیم هیجان رفتاری لیتون و برگام (۲۰۱۱) که در رابطه با دو فرایند تنظیم هیجان و فاجعه‌آمیزی عمل می‌کند، افرادی که با نگرانی‌های مربوط به درد و هیجان منفی ناشی از آن دلمشغول هستند و دست به فاجعه‌آمیزی دردشان می‌زنند، در به‌کار بردن راهبردهای تنظیم هیجان ناموفق هستند و این موجب بازگشت مجدد درد، فاجعه‌آمیزی بیشتر، ناتوانی ناشی از درد و مزمن شدن آن می‌شود. اما هنگامی که فرایند تنظیم هیجان موفقیت‌آمیز باشد، امکان بهبودی بالا می‌رود و از مزمن شدن درد جلوگیری می‌کند.

بر اساس نظریه دلبستگی، فاجعه‌آمیز کردن درد در افراد دوسوگرا به دلیل تمایل به اغراق کردن در نیازهای دلبستگی، به‌عنوان کنشی برای در کنار خود نگه داشتن مراقبان‌شان و تکیه بیشتر به آن‌ها در هنگام درماندگی و استرس صورت می‌گیرد. این افراد به‌علت داشتن عزت نفس پایین و ناکامی در تحمل رنج و درماندگی به هنگام مواجه شدن با تهدید، به اطرافیان‌شان متکی می‌شوند ولی افراد اجتنابی به‌علت اجبار در خود اتکایی ناشی از عدم اعتماد به دیگران، در هنگام مواجه شدن با تهدید، از بیان عواطف و احساسات منفی‌شان خودداری می‌کنند.

در واقع، انواع سبک‌های دلبستگی، راهبردهای تنظیم هیجان متناسب با خود را دارند و این راهبردها با کنش‌وری بالا و پایین به ترتیب در افراد با سبک دلبستگی دوسوگرا و اجتنابی به‌کار گرفته می‌شوند. به طوری که، راهبردهای اولیه مربوط به سبک دلبستگی ایمن و راهبردهای ثانویه (با کنش‌وری بالا و پایین) راهبرد افراد با سبک دلبستگی نا ایمن می‌باشد. چنانچه، استفاده از فاجعه‌آمیز کردن درد به‌عنوان راهبردی با کنش‌وری بالا در این بیماران (اغراق کردن در درد و نشان دادن رفتارهای جستجوگرانه به‌منظور جلب توجه و کمک‌خواهی)، توجیه می‌شود که برای تنظیم هیجانات منفی به‌کار می‌رود. افراد دوسوگرا به‌علت حساسیت به‌طرز شدن، با دریافت همدلی بیشتر از مراقبان خود، فاجعه‌آمیزی را به‌عنوان یک راهکار غلبه‌ای در هنگام مواجهه با استرس به‌کار می‌برند. در واقع ارزیابی از موقعیت تهدید آمیز منجر به فعال شدن سیستم دلبستگی شده و سپس

فرد متناسب با سبک دلبستگی‌اش، راهبردهای اولیه یا ثانویه را به‌منظور تنظیم هیجان منفی به‌کار می‌برد. (میکولینسر و شاور، ۲۰۰۳).

در پژوهش حاضر، نمرات بالا در ترس از حرکت افراد دوسوگرا نسبت به دو سبک دیگر، بر اساس مدل ترس-اجتناب بوئر و لیتتون (۲۰۰۲) توجیه می‌شود. بر طبق این مدل، افکار فاجعه‌آمیز درباره درد منجر به اجتناب و ترس از حرکت شده که خود نیز باعث عدم استفاده (به‌کار نرفتن اندام‌های حرکتی)، ناتوانی جسمانی و افسردگی و در نتیجه تجربه شدت درد بیشتر می‌شود. بنابراین، رابطه سبک دوسوگرا با ترس از حرکت می‌تواند ناشی از نقش پیش‌بینی‌کننده فاجعه‌آمیزی در ترس از حرکت، رفتارهای اجتنابی، ناتوانی ناشی از درد و تجربه شدت درد بیشتر باشد.

همچنین، در این پژوهش بین سبک دلبستگی و شدت درد رابطه‌ای دیده نشد که همسو با نتایج مردیث و همکاران (۲۰۰۵ و ۲۰۰۷) و ناهمسو با نتایج مردیث و همکاران (۲۰۰۶) و مک ویلیامز، کاکس<sup>۱</sup> و انز<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) می‌باشد. در واقع، افراد مبتلا به درد ممکن است به‌دلیل ترس از شدید شدن دردشان، از انجام دادن کارهایی که نیاز به حرکت دارد، خودداری کنند و بیشتر اوقات روز را استراحت کنند، در نتیجه، شدت درد کمتری را تجربه کنند؛ ولی به‌دنبال این کم‌حرکی‌های طولانی مدت، دچار درماندگی و ناتوانی بیشتری شوند که خود موجب شکل‌گیری و تداوم چرخه معیوب درد مزمن در آن‌ها می‌شود.

به‌طور کلی، در توجیه این یافته‌ها می‌توان گفت: راهبردهای ثانویه با کنش‌وری بالا و پایین دارای مکانیزم‌های روانشناختی متفاوتی می‌باشند که به دلیل شکست‌های متوالی در تجارب اولیه شخص با تصاویر دلبستگی، به‌هنگام مقابله با درد به‌کار می‌روند. افراد اجتنابی به‌دلیل تجارب اولیه خود با مراقبانی که دارای حساسیت کم و رفتارهای طردکننده هستند، به‌منظور پیشگیری از تعارضات بیشتر با مراقبان خود، از بیان هیجانات و احساسات منفی‌شان خودداری می‌کنند؛ در مقابل، افراد دوسوگرا آگاهی بیشتری نسبت

1- Cox

2- Enns

به احساسات منفی‌شان دارند و به‌دلیل جلب حمایت و همدلی از مراقبان خود، به‌راحتی آن را بیان می‌کنند. افراد ایمن به‌علت داشتن تجربیات مثبت با مراقبان اولیه خود (حساسیت به‌موقع و در دسترس بودن) معمولاً احساسات منفی خود را بهتر اداره می‌کنند و در بیان عاطفه منفی و جستجوی حمایت به‌هنگام درماندگی، به‌طور شایسته‌تری عمل می‌کنند (میکولینسر و شاور، ۲۰۰۷).

### محدودیت‌ها و پیشنهادات

خودگزارشی بودن ابزارهای مورد استفاده، مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر می‌باشد؛ لذا پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های آتی از ابزارهای عینی‌تری که سوگیری کمتری در رابطه با نظر آزمودنی دارند، به‌کار گرفته شود. از طرفی، این پژوهش بر روی بیماران با دردهای عضلانی-اسکلتی انجام گرفت و نمی‌توان نتایج آن را به بیماران با انواع دردهای مزمن تعمیم داد، لذا پیشنهاد می‌شود که تحقیقات بعدی بر روی بیماران با انواع دیگر دردهای مزمن نیز، به‌کار رود. از آنجائی‌که، درد و هیجان مکانیسم‌های یکسانی را به‌منظور کاهش شرایط نامساعد راه‌اندازی می‌کنند در نتیجه بهتر است رویکردهای درمانی که برای درمان افراد با درد مزمن در نظر گرفته می‌شوند، بر روی مسائل مربوط به تنظیم هیجان نیز تمرکز کنند. همچنین، در این پژوهش نسبت جنسیتی رعایت نشده است که بهتر است در پژوهش‌های بعدی در نظر گرفته شود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۳/۰۴/۲۵  
 تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۳/۰۸/۱۰  
 تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۱/۲۵

## منابع

- افشارنژاد، طاهر، رضایی، سجاد و شاهرخ یوسف‌زاده (۱۳۸۹). ارتباط ترس از حرکت و شدت درد با ناتوانی جسمی در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن، *توانبخشی*، دوره ۱۱، شماره ۲، ۲۸-۲۱.
- پاکدامن، شهلا (۱۳۸۰). بررسی ارتباط بین دلبستگی و جامعه‌طلبی در نوجوانی، پایان‌نامه دکتری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- محمدی، سمیه؛ دهقانی، محسن؛ حیدری، محمود؛ صداقت، مریم و علی خطیبی (۱۳۹۲). بررسی شباهت‌های روانشناختی مرتبط با درد در بیماران مبتلا به دردهای عضلانی-اسکلتی و همسران آنها، *مجله علوم رفتاری*، دوره ۷، شماره ۱، ۵۷-۶۶.
- Arnstein, P. (1999). The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients, *Disability Rehabilitation*, 22, 794- 801.
- Anderson, T., Elklit, A., Brink, O. (2013). PTSD symptoms mediate the effect of attachment on pain and somatisation after whiplash injury, *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9, 75-83.
- Buer, N., Linton, S.J. (2002). Fear-avoidance beliefs and catastrophizing: occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population, *Pain*, 99, 485-491.
- Cano, A., Leonard, M.T., Franz, A. (2005). The significant other version of the pain catastrophizing scale (PCS-S): Preliminary validation. *Pain*, 119(1-3), 26-37.
- Ciechanowski, P.S., Sullivan, M., Jensen, M., Romano, J., Summers, H. (2003). The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain, *Pain*, 104, 627-37.
- Gatchel, R.J., Turk, D.C. (1999). *Psychosocial factors in pain: Clinical implications*, New York: The Guilford Press.
- Goubert, L., Craing, K.D., Vervoot, T., Morley, S., Sullivan, M.J.L., Williams, A.C., Cano, A., Crombez, G. (2005). Facing others in pain: The effects of empathy, *Pain*, 118, 285-8.
- Hazan, C., Shaver, P.R. (1987). *Romantic love conceptualized as an attachment process*.

- 
- Kori, S.H., Miller R.P., Todd, D.D. (1990). Kinesiophobia: a new of chronic pain behavior, *Pain Management*, 1, 35-43.
- Khatibi, A., Dehghani, M., Sharpe, L., Aamundson, G.J.G., Pouretmad, H. (2009). Selective Attention towards Painful Faces among Chronic Pain patients: Evidence from a Modified Version of Dot-probe, *Journal of pain*, 142, 42-44.
- Lang, K., Corbunova, A., Christ, O. (2012). The influence of pain mindfulness different aspects aspects of pain perception and affective reactivity to pain: Feasibility of opermultimethodical approach, *Journal of Mindfulness*, 3, 209-217.
- Linton, S.L., Bergbom, S. (2011). Understanding the link between depression and pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 2, 47-54.
- McWilliams, L.A., Cox, B.J, Enns, M.W. (2000). Impact of adult attachment styles on pain and disability associated with arthritis in a nationally representative sample, *Clinical Journal of Pain*, 16, 360-364.
- McWilliams, L.A., Holmberg, D. (2010). Adult attachment and pain catastrophizing for self and significant other, *Pain*, 149, 278-283.
- McWilliams, L.A., Asmundson, G.J.G. (2007). The relationship of adult attachment dimensions to pain-related fear, hypervigilance, and catastrophizing, *Pain*, 127, 27-34.
- Meredith, P., Ownsworth, T., Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model, *Clinical Psychological Review*, 28, 407-29.
- Meredith, P. J., Strong, J., Feeney, J. A. (2006). The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance in experimentally-induced pain, *Pain*, 120 (1-2), 44-52.
- Meredith, P.J., Strong, J., Feeney, J.A. (2005). Evidence of a relationship between adult attachment variables and appraisals of chronic pain, *Pain Research Management*, 10, 191-200.
- Meredith, P.J., Strong, J., Feeney, J.A. (2007). Adult attachment variables predict depression before and after treatment for chronic pain, *European Journal of Pain*, 11, 164-170.
- Meredith, P.J. (2013). A review of the evidence regarding associations between attachment theory and experimentally induced pain, *Psychiatric Manage Pain*, 17, 326-334.
-

- 
- Mikulincer, M., Shaver, P.R. (2003). The attachment behavior system in adult: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes, In M.P. Zanna (Eds.), *Advances in experimental social psychology* (Vol.35), San Diego, CA: Academic Press.
- Mikulincer, M., Shaver, P.R., Pereg D. (2003). Attachment Theory and Affect Regulation: The Dynamics, Development, and Cognitive Consequences of Attachment- Related Strategies, *Motivation and Emotion*, Vol, 27. No, 27, 77- 102.
- Mikulincer, M., Shaver, P.R. (2007). Adult attachment and affect regulation. In J. Cassidy, P.R., Shaver (Eds), *Handbook of attachment. Structure, Dynamics, and change*, (pp. 503-533). New York: Guilford Press.
- Porter, L.S., Davis, D., Keefe, F.J. (2007). Attachment and pain: resent findings and future directions. *Pain*, 128, 195-298.
- Sambo, C.F., Howard, M., Kopelman, M., Williams, S., Fotopoulou, A. (2010). Knowing you care: Effects of perceived empathy and attachment style on pain perception, *Pain*, 151, 687-693.
- Sullivan, M.J.L., Bishop, S.R., Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assess*, 7, 524-532.
- Sullivan, M.J.L., Tripp, D.A., Santor, D. (2000). Gender differences in pain and behavior: the role of catastrophizing, *Cognitive Therapy Research*, 24, 121-34.
- Sullivan, M.J.L., Thorn, B., Haythornthwaite, J., Keefe, F.J., Martin, M., Bradley, L., Lefebvre, J. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*, 17, 52-64.
- Tracey, I. (2007). Neuroimaging of pain mechanisms, *Current Opinion Support Palliat Care*, 1(2), 109-16.
- Wilson, C. L., Ruben, M. A. (2011). A pain in her arm: romantic attachment orientations and the tourniquet task, *Personality Relationships*, 18, 242-265.
- Woby, S.R., Roach, N.K., Urmston, M., Watson, P.(2005). Psychometric properties of the TSK, 11, a shortened version of the Tampa scale for kinesiophobia, *Pain*, 117,137- 44.