

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۶، شماره ۳، زمستان ۱۳۹۵

بررسی مقایسه متغیرهای روانشناختی فاجعه آمیز کردن و ترس از حرکت با توجه به انواع سبک‌های دلبستگی در بیماران دارای دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی



فائزه شفیعی^۱، مریم امینی فسخودی^۲، مجید نورمحمدی^{۳*}

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۳. متخصص روان‌پزشکی، انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران

تاریخ دریافت: ۹۴/۴/۱۴

تاریخ بازبینی: ۹۴/۸/۹

تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: درد مزمن وضعیتی تحلیل برنده و ناتوان کننده 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 براساس انواع سبک‌های دلبستگی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش ۱۵۰ آزمودنی شرکت داشتند که به صورت در دسترس و هدفمند از بین مراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌های شهید، امام حسین و سینا در شهر تهران، انتخاب شدند و پس از تشخیص ابتلا به درد مزمن در فرایند غربال‌گری، به پرسش‌نامه‌های سبک‌های دلبستگی هازن و شاور (ASQ)، فاجعه‌آمیز کردن (PCQ) و ترس از حرکت (TSK) پاسخ دادند. داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA)، تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد از میان سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا، تنها سبک دوسوگرا با فاجعه‌آمیز کردن و ترس از حرکت رابطه دارد.

نتیجه‌گیری: افراد با سبک دلبستگی دوسوگرا به هنگام مواجه شدن با انواع تهدیدها مانند درد، از راهبردهای تنظیم هیجان با کنش‌ورزی بالا (مانند فاجعه‌آمیزی) استفاده می‌کنند. تلویحات عملی و نظری یافته‌ها به تفصیل در بخش پایانی مقاله، مورد بحث قرار گرفته است.

واژه‌های کلیدی: سبک‌های دلبستگی، فاجعه‌آمیز کردن، ترس از حرکت و درد مزمن

مقدمه

مشخص شده است. درد مزمن تعاریف متعددی دارد: به‌عنوان 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

در حال حاضر درد به‌عنوان یک مفهوم چند بعدی، متأثر از عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی شناخته شده است^(۱). در طبقه‌بندی کلاسیک، درد به دو شکل حاد و مزمن

نویسنده مسئول: مجید نورمحمدی، متخصص روان‌پزشکی، انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران
پست الکترونیک: mn_star_978@yahoo.com

کردن رفتارهای دلبستگی موجب تقرب‌جویی افراد به تصاویر دلبستگی می‌شود. این تصاویر با فراهم کردن یک پایگاه امن فیزیکی و هیجانی، به تنظیم هیجان فرد کمک می‌کنند^(۱۲). کلب 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^(۱۳). از طرفی، در پژوهش‌های متعدد رابطه معنی‌دار قوی بین سبک دوسوگرا و فاجعه‌آمیزی در مقایسه با دو سبک اجتنابی و ایمن دیده شده است^(۱۴ و ۱۵ و ۱۶ و ۱۷). 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 کمتری گزارش کردند. زیرا حمایت و همدلی دیگران خصوصاً در مراحل اولیه درد، به ادراک کمتر درد در این افراد کمک می‌کند^(۱۸). 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^(۹). براساس یک مدل از سبک‌های دلبستگی، افراد اضطرابی یا دوسوگرا، راهبردهایی با کنش‌وری بالا مثل فاجعه‌آمیزی، گوش به زنگی، درماندگی هیجانی طولانی و وابستگی شدید به دیگران را به کار می‌برند. در مقابل، افراد اجتنابی از راهبردهایی با کنش‌وری پایین مثل کم اهمیت تلقی کردن تهدید و اجتناب از حمایت و همدلی دیگران استفاده می‌کنند^(۲۰). راهبردهای با کنش‌وری بالا با تمایل به گوش به زنگی

عمل دردی که بیش از سه ماه طول می‌کشد، درد مزمن در نظر گرفته می‌شود^(۳). تحقیقات زیادی بر روی عوامل روانی-اجتماعی به‌عنوان متغیرهای آسیب‌پذیری نسبت به درد مزمن صورت گرفته است^(۴). این متغیرها مانند فاجعه‌آمیزی (اغراق کردن در بیان درماندگی و ناتوانی) پیش‌بینی‌کننده مزمن شدن درد و ناتوانی ناشی از آن هستند^(۵). فاجعه‌آمیزی یک تمرکز اغراق‌آمیز منفی روی درد، درماندگی و پیامدهای منفی ناشی از آن می‌باشد^(۶). درواقع، فاجعه‌آمیز کردن می‌تواند نقش میانجی را در مزمن شدن درد داشته باشد. براساس مدل Fear-Avoidance افکار فاجعه‌آمیز درباره درد موجب ترس از حرکت و اجتناب می‌شود و رفتارهای اجتنابی به‌مرور 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 در این افراد می‌شود^(۷). 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^(۸). برای مثال، بیماران در حضور همسران خود برای مدت طولانی‌تری دست به فاجعه‌آمیزی کردن درد خود می‌زنند^(۹ و ۶). 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 به کار می‌برند^(۱۰).

اخیراً تفاوت‌های فردی در تجربه و قضاوت مربوط به درد را با نظریه دلبستگی بیان کرده‌اند^(۱۱). براساس این نظریه، تجربیات بین فردی اولیه با تصاویر دلبستگی (مراقبان اصلی) موجب رشد الگوهای کاری درونی از خود و دیگران (سبک‌های دلبستگی) می‌شود که در روابط بعدی فرد با دیگران و به‌هنگام مواجهه با موقعیت‌های استرس‌آمیز، به تنظیم هیجان فرد کمک می‌کنند. یکی از این موقعیت‌های استرس‌آمیز، درد است که با فعال

از انواع درد های عضلانی-اسکلتی (غیر از سر درد و گردن) حداقل در سه ماه گذشته و به صورت هر روزه، سن بالای ۱۸ سال، الزاماتماهل یا مجرد ولی با روابط رومانیتیک و عدم سابقه عمل جراحی در سه ماه گذشته. بیمارانی که براساس معیارهای مورد مطالعه وارد پژوهش شدند، پس از مطالعه فرم رضایت نامه و امضای آن (توسط بیمار یا همراه)، به تکمیل پرسش نامه های دلبستگی بزرگسالان، فاجعه آمیزی و ترس از حرکت پرداختند. برای بیمارانی که تنها سواد خواندن و نوشتن داشتند، تمام سوالها توسط پژوهشگر خوانده شد و تلاش بر این بود تا هر نوع ابهامی در درک سوالها برطرف شود.

ابزار سنجش

پرسش نامه سبک های دلبستگی بزرگسالان (ASQ): این مقیاس توسط هازر و شاور ساخته شده است و شامل دو بخش است: در بخش اول، سه پاراگراف اساسی به شکل جملاتی توصیفی مطرح شده که آزمودنی باید پاسخها را روی مقیاس ۷ درجه ای لیکرت از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق درجه بندی شده، مشخص کند. در واقع، آزمودنی باید تعیین کند که این توصیف تا چه حد با ویژگی های او 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^(۲۳). در یک پژوهش با نمونه ایرانی قابلیت اعتماد آزمون-بازآزمون روی نمونه ای ۱۰۰ نفری (۵۰ دختر و ۵۰ پسر) با فاصله زمانی یک ماه، به ترتیب برای دلبستگی دوسوگرا، اجتنابی و ایمن ۰/۷۲، ۰/۵۶ و ۰/۳۷ به دست آمده است (۲۳).

پرسش نامه فاجعه آمیز کردن (PCQ): مقیاس فاجعه آمیز کردن درد دارای ۱۳ سوال با ۳ خرده مقیاس نشخوار ذهنی، بزرگ نمایی و درماندگی می باشد و با مقیاس لیکرتی ۵ نمره ای (۰ تا ۴) نمره گذاری می شود. ضریب آلفا برای خرده مقیاس های نشخوار ذهنی، بزرگ نمایی و درماندگی به ترتیب: ۰/۸۷، ۰/۶۰ و ۰/۷۹ و

نسبت به موقعیت تهدید آمیز، بیان اغراق آمیز ترسها، نیازها، تردیدها و نگرانی دائم درباره دسترس پذیری و پاسخگویی تصاویر دلبستگی مشخص می شوند. کاربرد این راهبردها نشان دهنده وابستگی زیاد، تقرب جویی دائمی و چسبندگی به تصاویر دلبستگی است. در مقابل، راهبردهای با کنش وری پایین با نادیده گرفتن، انکار و سرکوبی نیازهای دلبستگی مشخص می شوند و کاربرد آنها نشان دهنده غفلت از تصاویر دلبستگی، نادیده گرفتن حمایت و همدلی آنها و درگیر نشدن در روابط صمیمانه بعدی است^(۲۱). بنابراین، می توان نتیجه گرفت که فاجعه آمیزی، یک رفتار دلبستگی است که افراد برای جلب حمایت و همدلی از افراد مهم زندگی، به کار می برند تا سیستم تنظیم هیجان خود را متعادل نگه دارند و این مکانیسم، در نهایت منجر به ترس از حرکت، ناتوانی ناشی از عدم به کارگیری اندامها و شدت درد بیشتر است. با توجه به این یافته ها هدف از انجام پژوهش حاضر: بررسی مقایسه متغیرهای روان شناختی فاجعه آمیز کردن و ترس از حرکت با توجه به انواع سبک های دلبستگی در بیماران دارای دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی بود. طبق بررسی های به عمل آمده، تا کنون در ایران پژوهش مشابهی انجام نشده است.

روش

جامعه و نمونه آماری

جامعه ی مورد مطالعه در پژوهش حاضر، کلیه بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی مراجعه کننده به بیمارستان های امام حسین، شهدا و سینا در تهران 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 به منظور تایید تشخیص، مصاحبه بالینی توسط پژوهشگر (کارشناس ارشد بالینی) انجام شد و براساس ملاک های ورود و خروج، نمونه واجد شرایط پژوهش انتخاب شدند. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: سابقه شکایت

ترس آزمودنی از حرکت به دلیل شدت درد است^(۳۶). آلفای کرونباخ این مقیاس در یک مطالعه برابر با ۰/۷۶ و پایایی آزمون-بازآزمون آن در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن ۰/۸۲ بود^(۳۷). در یک نمونه ایرانی مبتلا به درد مزمن آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شد^(۳۸).

یافته‌ها

برای نمره کل مقیاس برابر با ۰/۸۷ بود^(۳۴). در یک نمونه ایرانی ضریب آلفای کرونباخ برای این خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۳، ۰/۸۱ و برای نمره کل ۰/۸۴ بود^(۳۵). پرسش‌نامه ترس از حرکت (TSK): این مقیاس 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 نمرات بالاتر نشان‌دهنده

جهت بررسی گروه‌های مورد مطالعه از روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. نتایج توصیفی و استنباطی حاصل از پژوهش در جداول زیر ارائه شده است. در جدول شماره ۱، داده‌های توصیفی از قبیل 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		N
	S	X	S	X	
ایمن	۲۵/۳۷	۹/۷۹	۳۶/۲۱	۸/۶۳۰	۵۲
دوسوگرا	۳۵/۴۰	۸/۱۶۲	۴۳/۹۷	۹/۵۹۳	۳۷
اجتنابی	۲۴/۷۴	۸/۱۶۲	۳۷/۵۸	۸/۲۴۳	۶۱

در پژوهش حاضر ۳۴/۶۶ درصد بیماران دارای سبک دلبستگی ایمن، ۲۴/۶۶ درصد سبک دوسوگرا و ۴۰/۶۶ درصد با سبک اجتنابی گزارش شدند.

جدول شماره 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 چند متغیره

آزمون	مقدار آماره آزمون	F	درجه آزادی اثر مورد بررسی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
لامبدای ویلکز	۰/۵۸۰	۲۲/۸۸۲	۴	۲۹۲	۰/۰۰۰۱

نتایج حاصل از تحلیل واریانس در جدول شماره ۳ ارائه شده است. چنانکه مشاهده می‌گردد میزان F دو متغیر فاجعه‌آمیز کردن و ترس از حرکت، معنی‌دار می‌باشد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس برای هر سه متغیر

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر	سبک
۰/۰۰۰۱	۴۴/۶۵۷	۳۲۷۸/۵۵۰	۲	۴۵۵۷/۱	فاجعه‌آمیز کردن	دوسوگرا
۰/۰۰۰۱	۹/۸۷۵	۷۵/۶۰۲	۲	۱۵۵۳/۲۰۴	ترس از حرکت	
		۷۳/۴۱۷	۱۴۷	۱۰۷۹۲/۲۹۳	فاجعه‌آمیز کردن	خطا
		۷۶/۱۱۰	۱۴۷	۱۱۱۸۸/۲۳۶	ترس از حرکت	
			۱۵۰	۱۴۱۸۲۳	فاجعه‌آمیز کردن	کل
			۱۵۰	۲۳۴۷۹۸	ترس از حرکت	

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 شده‌است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی توکی برای سه گروه

سطح معناداری	خطای انحراف معیار	تفاوت میانگین‌ها	گروه‌ها	متغیر وابسته
۰/۰۰۰۱	۱/۸۴۳	۱۴/۹۹	دوسوگرا ایمن	فاجعه‌آمیز کردن
۰/۰۰۰۱	۱/۷۸۵	۱۵/۶۱	دوسوگرا اجتنابی	
۰/۹۲۰	۱/۶۱۷	۰/۶۳	ایمن اجتنابی	
۰/۰۰۰۱	۱/۸۷۶	۷/۷۶	دوسوگرا ایمن	ترس از حرکت
۰/۰۰۰۱	۱/۸۱۸	۶/۸۹	دوسوگرا اجتنابی	
۰/۸۵۷	۱/۶۴۷	۰/۸۷	ایمن اجتنابی	

داد فاجعه‌آمیز کردن در افراد دوسوگرا نسبت به افراد اجتنابی و ایمن، بیشتر است که هم‌سو با نتایج پژوهش‌های پیشین می‌باشد (۱۴ و ۱۶ و ۱۷). همان‌طور که در مقدمه پژوهش به آن اشاره شد، فاجعه‌آمیز کردن درد در افراد دوسوگرا به‌دلیل تمایل به اغراق کردن نیازهای دلبستگی، به‌عنوان کنشی برای در کنار خود نگهداشتن مراقبان‌شان و تکیه بیشتر به آن‌ها در هنگام درماندگی و استرس است. این افراد به‌علت داشتن عزت نفس پایین و ناکامی در تحمل رنج و درماندگی به‌هنگام مواجه شدن با تهدید، به اطرافیان‌شان متکی می‌شوند

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 می‌باشد. ولی در متغیر شدت درد بین هر سه گروه تفاوت معنی‌دار نمی‌باشد.

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه تجربه نشانه‌های بالینی فاجعه‌آمیز کردن و ترس از حرکت با توجه به انواع سبک‌های دلبستگی در بیماران دارای درد مزمن عضلانی-اسکلتی بود. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان

رابطه سبک دوسوگرا با ترس از حرکت می‌تواند ناشی از نقش پیش‌بینی‌کننده فاجعه‌آمیزی باشد که به‌عنوان مهم‌ترین متغیر این مدل، منجر به ترس از حرکت، رفتارهای اجتنابی، ناتوانی ناشی از درد و تجربه شدت درد بیشتر می‌شود.

نتیجه‌گیری

در توجیه این یافته‌ها می‌توان گفت افراد با سبک 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 با سبک دوسوگرا آگاهی بیشتری نسبت به احساسات منفی‌شان دارند و به‌دلیل جلب حمایت و همدلی از مراقبان خود، به‌راحتی آن را بیان می‌کنند. و در نهایت، افراد ایمن به‌علت 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 به‌هنگام درماندگی، به‌طور شایسته‌تری عمل می‌کنند^(۲۹). بنابراین، ارزیابی این ویژگی‌های غیرموقعیتی (ثابت) شخصیتی مانند سبک‌های دلبستگی در مراحل اولیه درمان می‌تواند در طراحی مناسب و به‌موقع برنامه‌های درمانی، راه‌گشا باشد و از پیشرفت مکانیسم‌های پیچیده درگیر در فرایند مزمن شدن درد در این بیماران، جلوگیری کند^(۳۰).

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

ولی افراد اجتنابی به‌علت اجبار در خوداتکایی ناشی از عدم اعتماد به دیگران، در هنگام مواجه شدن با تهدید، از بیان عواطف و احساسات منفی‌شان خودداری می‌کنند. ارزیابی از موقعیت تهدیدآمیز منجر به فعال شدن سیستم دلبستگی می‌شود و سپس فرد متناسب با سبک دلبستگی‌اش، راهبردهای اولیه یا ثانویه را به‌منظور تنظیم هیجان منفی به‌کار می‌برد. راهبردهای اولیه مربوط به سبک دلبستگی ایمن و راهبردهای ثانویه (با کنش‌وری بالا و پایین) راهبرد افراد با سبک دلبستگی نایمن است^(۳۱). بنابراین، از آنجایی که انواع سبک‌های دلبستگی راهبردهای تنظیم هیجان متناسب با خود را دارد و این راهبردها با کنش‌وری بالا و پایین به‌ترتیب در افراد با سبک دلبستگی دوسوگرا و اجتنابی به‌کار گرفته می‌شوند، استفاده از فاجعه‌آمیز کردن به‌عنوان یک راهبرد با کنش‌وری بالا (اغراق کردن در درد و نشان دادن رفتارهای جستجوگرانه به‌منظور جلب توجه و کمک خواهی)، در این بیماران توجیه می‌شود که برای تنظیم هیجانات منفی به‌کار می‌رود. افراد دوسوگرا به‌علت حساسیت به طرد 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 تهدیدآمیز منجر به فعال شدن سیستم دلبستگی می‌شود و سپس فرد متناسب با سبک دلبستگی‌اش، راهبردهای اولیه یا ثانویه را به‌منظور تنظیم هیجان منفی به‌کار می‌برد. راهبردهای اولیه مربوط به سبک دلبستگی ایمن و راهبردهای ثانویه (با کنش‌وری بالا و پایین) راهبرد افراد با سبک نایمن است^(۳۱). همچنین، نمرات بالا در ترس از حرکت افراد دوسوگرا نسبت به دو سبک دیگر در این پژوهش، براساس مدل Fear-Avoidance توجیه می‌شود. طبق این مدل افکار فاجعه‌آمیز درباره درد منجر به ترس از حرکت و رفتارهای اجتنابی می‌شود و این عدم استفاده (به‌کار نرفتن اقدام‌های حرکتی) منجر به ناتوانی جسمانی، افسردگی و در نتیجه تجربه شدت درد بیشتر می‌شود. بنابراین

تقدیر و تشکر

از مسئولین محترم کلینیک‌های تخصصی درد بیمارستان‌های شهدا، امام حسین و سینا در تهران به‌دلیل فراهم نمودن امکان فعالیت پژوهشگر و نیز تمامی بیماران عزیزی که در پژوهش حاضر شرکت کردند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

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. همچنین در این پژوهش نسبت جنسیتی رعایت نشده‌است که بهتر است در پژوهش‌های بعدی در نظر گرفته شود.

References

1. Nicassio PM, Schuman C, Kim J, Cordova A, Weisman MH. Psychosocial factors associated with complementary treatment use in fibromyalgia. *J Rheumatology*. 1997;24:8-13.
2. Truchon M. Determinants of chronic disability related to low back pain: Towards an integrative biopsychosocial model. *Disabil and Rehabil*. 2001;23:758-69.
3. Meredith P, Ownsworth T, Strong J. A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clin Psychol Rev*. 2008;28:407-29.
4. Gatchel RJ, Turk DC. (Eds.). *Psychosocial factors in pain: Clinical implications*. New York: The Guilford Press; 1999.
5. Arnstein P. The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disabil Rehabil*. 1999;22:794- 801.
6. Cano A, Leonard MT, Franz A. The significant other version of the pain catastrophizing scale (PCS-S): Preliminary validation. *Pain*. 2005;119(1-3):26-37.
7. Buer N, Linton SJ. Fear-avoidance beliefs and catastrophizing: occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population. *Pain*. 2002;99:485-49.
8. Sullivan MJL, Tripp DA, Santor D. Gender differences in pain and pain behavior: the role of catastrophizing. *Cogn Ther Res* 2000; 24:121-34.
9. Goubert L, Craig KD, Vervoot T, Morley S, Sullivan MJL, Williams AC, et al. Facing others in pain: The effects of empathy. *Pain*. 2005;118:285-8.
10. Sullivan MJL, Thorn B, Haythornthwaite J, Keefe FJ, Martin M, Bradley L, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain*. 2001;17:52-64.
11. Porter LS, Davis D, Keefe FJ. Attachment and pain: resent findings and future directions. *Pain*. 2007;128:195-298.
12. Meredith PJ. A review of the evidence regarding associations between attachment theory and experimentally induced pain. *Psychiatric Manage Pain*. 2013;17:326-34.
13. Kolb LC. Attachment behavior and pain complaints. *Psychosom*. 1982;23:413-25.
14. Ciechanowski PS, Sullivan M, Jensen M, Romano J, Summers H. The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain*. 2003;104:627-37.
15. Meredith PJ, Strong J, Feeney JA. Evidence of a

- relationship between adult attachment variables and appraisals of chronic pain. *Pain Res Manag.* 2005;10(4):191-200.
16. Meredith PJ, Strong J, Feeney JA. The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally-induced pain. *Pain.* 2006;120:44-52.
 17. McWilliams LA, Asmundson GJG. The relationship of adult attachment dimensions to pain-related fear, hypervigilance, and catastrophizing. *Pain* 2007;127:27-34.
 18. Sambo CF, Howard M, Kopelman M, Williams S, Fotopoulou A. Knowing you care: Effects of perceived empathy and attachment style on pain perception. *Pain.* 2010;151:687-93.
 19. Anderson TE, Elklite A, Brink O. PTSD symptoms mediate the effect of attachment on pain and somatisation after whiplash injury. *Clin Pract & Epidem in Ment Health.* 2013;9:75-83.
 20. Mikulincer M, Shaver PR, Pereg D. Attachment Theory and Affect Regulation: The Dynamics, Development, and Cognitive Consequences of Attachment- Related Strategies. *Motivatoin and Emotion.* 2003;27:77-102.
 21. Mikulincer M, Shaver PR. Adult attachment and affect regulation. In J, Cassidy, PR, Shaver (Eds), *Handbook of attachment. Structure, Dynamics, and change.* 1st ed. New York: Guilford Press 2007;503-33.
 22. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psych.* 1987;52:511-24.
 23. Pakdaman S. Evaluate the relationship between attachment styles and adolescents seeking community. Tehran: University of Tehran; 2001.
 24. Sullivan MJL, Bishop S, Pivik J. The pain catastrophizing scale: Development and validation. *Psychol Assess.* 1995;7:432-524.
 25. Mohammadi S, Dehghani M, Heidari M, Sedaghat M, Khatibi A. The evaluation of pain-related psychological similarities among patients with musculoskeletal chronic pain and their spouses. 2013;7:57-66.
 26. Kori SH, Miller RP, Todd DD. Kinesophobia: A new view of chronic pain behaviour. *Pain Manage.* 1990;3:35-43.
 27. Woby SR, Roach NK, Urmston M, Watson P. Psychometric properties of the TSK-11, a shortened version of the Tampa scale for kinesiophobia. *Pain* 2005;117:137- 44.
 28. Jafari H, Ebrahimi E, Salavati M, Kamali M, Fata L. Tampa Scale for Kinesiophobia: cross-cultural adaptation, factor structure, and psychometric properties in Iranian low back pain patients. *J Rehabil.* 2010;11:15-22.
 29. Kobak RR, Sceery A. Attachment in Late adolescent: Working models, affect regulation and representations of self and others. *J Attach.* 1988.
 30. Ramirez-Maestre C, Esteve R. Dispositional and Adjustment to chronic pain. *Curr Pain Headache Rep.* 2013;17:301-12.

Comparing Psychological Variables of Catastrophizing and Fear of Movement according to Different Attachment Styles in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain

Faezeh Shafiei¹, Maryam Amini Faskhousi¹, Majid Nour-mohamadi^{2*}

1. Msc in Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences

2. Psychiatrist, Tehran institute of Psychiatry, Iran University of Medical Sciences

ABSTRACT

Aims and Background: Chronic pain is a debilitating status accompanied by multiple psychological variables. Thus the study aims to investigate the comparison between two psychological variants of catastrophizing and fear of movement based on different attachment styles in patients with chronic musculoskeletal pain.

Methods and materials: In this study 150 subjects participated who were selected through the available clients of Shohada, Emam Hossein and Sina hospitals in Tehran. After being diagnosed with chronic pain in the process of screening they answered the Hazen and Shaver attachment style, catastrophizing (PCQ), and fear of movement (TSK) questionnaires. Data were analyzed using multivariate variance analysis (MANOVA).

Findings: The results showed that among the 3 secure, avoidant and ambivalent attachment styles, the ambivalent style is the only that is related to catastrophizing and fear of movement.

Conclusions: People with ambivalent style, facing threats such as pain, use emotion regulation strategies with hyper-activating style (like catastrophizing). The theoretical and practical implications of the findings are discussed in details in the last section of the article.

Keywords: chronic pain, catastrophizing, fear of movement, attachment Styles

► Please cite this paper as:

Shafiei F, Amini Faskhousi M, Nour-mohamadi M. [Comparing Psychological Variables of Catastrophizing and Fear of Movement according to Different Attachment Styles in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain (Persian)]. JAP 2015;6(3):62-70.

Corresponding Author: Majid Nour-mohamadi, Psychiatrist, Tehran institute of Psychiatry, Iran University of Medical Sciences

Email: mn_star_978@yahoo.com