



Prediction of chronic pain components based on insecure attachment style, Mentalization and alexithymia in patients with musculoskeletal pain in 2020

Mohsen Akbarian¹, Mojtaba Habibi^{2*}, Atefe Ghanbari Jolfaee³, Arman Taheri⁴

1. Department of Health Psychology, School of Behavioral Sciences and Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Department of Psychology Health, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Department of Psychiatry, Minimally Invasive Surgery Research Center, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Department of Anesthesiology, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ABSTRACT

Aims and background: Pain is a very serious complication that has attracted the attention of mental health professionals. The aim of this study was to predict the components of chronic pain based on insecure attachment style, mentalization and alexithymia in patients with musculoskeletal pain in 1399.

Material and Methods: Descriptive correlational study and statistical population including all patients with chronic pain, especially musculoskeletal pain, joint pain, osteoarthritis in period from April to August 2020, who referred to Yalda Clinic, Imam Khomeini Hospital and Asa Clinic in Tehran. The sample consisted of 232 people who were selected by convenience sampling method and answered the questionnaires of chronic pain, adult attachment, mentalization and alexithymia. After collecting the data, its analysis was performed using version 22 of SPSS software.

Results: In all cases except anxiety insecure attachment, a significant relationship was observed at the level of less than 0.05 and the highest rate of variability by predictor variables for pain inability was related to mentalization (0.25) followed by alexithymia (0.09) and then Avoidance was (0.04). The coefficient of determination for pain intensity was 40%, with the highest variability related to mentalization with 0.26 and then alexithymia with 0.12 and then unsafe avoidance with 0.019.

Conclusion: Insecure attachment style, alexithymia and mentalization play a significant role in predicting the components of chronic pain, which can be considered constructive and effective for the implementation of policies and necessary interventions in the field of chronic pain by specialists.

Keywords: Alexithymia, Pain, Insecure Attachment Style, Mentalization

► Please cite this paper as:

Akbarian M, Habibi M, Ghanbari Jolfaee A, Taheri A [Prediction of chronic pain components based on insecure attachment style, Mentalization and alexithymia in patients with musculoskeletal pain in 2020 (Persian) J Anesth Pain 2021;13(1): 14-27.

Corresponding Author: Mojtaba Habibi, Department of Psychology Health, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Email: habibi.m@iums.ac.ir

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۳، شماره ۱، بهار ۱۴۰۱

پیش‌بینی مولفه‌های درد مزمن بر اساس سبک دلبستگی ناایمن، ذهنی‌سازی و الکسی‌تایمیا در بیماران مبتلا به درد اسکلتی - عضلانی در سال ۱۳۹۹

محسن اکبریان^۱، مجتبی حبیبی^{۲*}، عاطفه قنبری جلفایی^۳، آرمان طاهری^۴

۱. گروه روانشناسی سلامت، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران
۲. گروه روانشناسی سلامت، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران
۳. گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات جراحی کم‌تهاجمی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴. گروه بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۹/۱۴

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۰/۸/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۶/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: درد عارضه بسیار سختی است که توجه متخصصان سلامت روان بدان معطوف گشته است. این مطالعه با هدف پیش‌بینی مولفه‌های درد مزمن بر اساس سبک دلبستگی ناایمن، ذهنی‌سازی و الکسی‌تایمیا در بیماران مبتلا به درد اسکلتی-عضلانی در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش از نوع توصیفی به روش همبستگی و جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن به ویژه دردهای اسکلتی-عضلانی، دردهای مفصلی، آرتروز در بازه زمانی فروردین تا مرداد ۱۳۹۹ بودند که به دو کلینیک یلدا بیمارستان امام خمینی و کلینیک آسا در شهر تهران مراجعه کردند. نمونه پژوهش شامل ۲۳۲ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به پرسشنامه‌های درد مزمن، دلبستگی بزرگسال، ذهنی‌سازی و الکسی‌تایمیا پاسخ دادند. پس از گردآوری داده‌ها، تحلیل آن با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزارهای SPSS انجام شد.

یافته‌ها: در همه موارد به جز دلبستگی ناایمن اضطرابی ارتباط معنی‌داری در سطح کمتر از ۰/۰۵ مشاهده گردید و بیشترین میزان تغییرپذیری توسط متغیرهای پیش‌بین برای ناتوانی درد مربوط به ذهنی‌سازی (۰/۲۵) و پس از آن الکسی‌تایمیا (۰/۰۹) و سپس ناایمن اجتنابی (۰/۰۴) بود. میزان ضریب تعیین برای شدت درد ۴۰ درصد حاصل شده‌است که بیشترین تغییرپذیری مربوط به ذهنی‌سازی با ۰/۲۶ و سپس الکسی‌تایمیا با ۰/۱۲ و پس از آن ناایمن اجتنابی با ۰/۱۹ بود.

نتیجه‌گیری: سبک دلبستگی ناایمن، الکسی‌تایمیا و ذهنی‌سازی در پیش‌بینی مولفه‌های درد مزمن نقش قابل توجهی دارد که جهت اجرای سیاست‌گذاری و مداخلات لازم در حوزه درد مزمن توسط متخصصین می‌تواند امری سازنده و کارآمد تلقی شود.

واژه‌های کلیدی: الکسی‌تایمیا، درد، سبک دلبستگی ناایمن، ذهنی‌سازی

نویسنده مسئول: گروه روانشناسی سلامت، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

پست الکترونیک: habibi.m@iums.ac.ir

مقدمه

درد مزمن عارضه بسیار سختی است که نه تنها توجه پزشکان بلکه توجه متخصصان بهداشت روان را نیز به خود جلب کرده است. انجمن بین المللی درد (IASP)؛ درد را احساس ناخوشایند و تجربه عاطفی مرتبط با آسیب واقعی یا بالقوه یا معادل چنین آسیبی تعریف کرده است. درد مزمن به عنوان درد ماندگار برای حداقل شش ماه و در فعالیتهای بالینی بیش از سه ماه تعریف شده است^(۱). با توجه به اینکه درد مزمن طیف وسیعی از بیماریها مانند بیماریهای روماتولوژیک، روانشناختی و ارتوپدی را شامل شده، از جمله مسائلی است که کیفیت زندگی را به انحای گوناگون تحت تاثیر قرار داده و همچنین این بیماران مجبورند هزینه های بسیاری را صرف درمان بیماری خود کنند.^(۲،۳) همچنین مطالعات مختلف شیوع درد مزمن در جمعیت بزرگسال را حدود ۱۵ درصد گزارش کردند و سازمان بهداشت جهانی این رقم را ۶۶ درصد تخمین زده است^(۴). در میان جمعیت ایرانی، درد پدیده ای شایع بوده و به عنوان یک مشکل قابل توجه در این جامعه است^(۵). این در حالی است که همچنان پاتوژنز درد مزمن امری ناشناخته بوده و در حال حاضر درد به عنوان یک مفهوم چند بعدی، متأثر از عوامل زیستی، روانشناختی و اجتماعی شناخته شده است^(۶). در این راستا از میان عوامل روانشناختی دخیل در درد مزمن می توان به مفهومی سبک دلبستگی^(۷)، الکسی تایمیا^(۸) و سایر اختلالات روانشناختی^(۹) اشاره نمود.

ادبیات پژوهش حاکی از آن است که سبک دلبستگی نایمن در افراد مبتلا به درد مزمن پدیده ای شایع است^(۱۰). در این راستا با استناد به نظریه دلبستگی که توسط بالبی (۱۹۶۹) ارائه شده است؛ دلبستگی پیوند عاطفی نسبتاً پایداری است که بین کودک و مراقب و یا تعداد بیشتری از افراد که نوزاد در تعامل دایمی

با آن هاست ایجاد می شود^(۱۱،۱۲). نتایج پژوهشها حاکی از ارتباط بین سبک دلبستگی نایمن بر شدت درد مزمن، افزایش ادراک درد و ناتوانی جسمی، افزایش اضطراب و استفاده کمتر از مراقبتهای بهداشتی است^(۱۳-۱۵). به طور کلی مطالعات حوزه دلبستگی و درد مزمن منعکس کننده رابطه مستقیم بین دلبستگی نایمن و شدت درد می باشد^(۱۶).

همچنین به نظر می رسد افراد دارای سبک دلبستگی نایمن با کنارگیری و محدود کردن احساساتشان و یا با چسبیدن به مراقبین یا جانشینان آنها هیجانانگشان را تنظیم می کنند^(۱۷). بدین صورت که الگوی دلبستگی نقش تعیین کننده ای در ابتلا به الکسی تایمیا (ناگویی هیجانی) دارد. الکسی تایمیا به معنای "کمبود کلمه برای احساسات" می باشد و به عنوان یک سازه روانشناختی محسوب می شود که تا حد زیادی به نقص در پردازش و آگاهی از احساسات اشاره دارد^(۱۸،۱۹). به طور کلی در فرایند رشد، کودک تجربه ای بدنی از احساسات داشته اما الگو و طرحواره های جهت شناخت و چگونگی ابراز آن ندارد و در ارتباط با مراقبین اولیه شروع به شکل گیری صحیح یا ناقص طرحواره های شناختی و هیجانی می کند؛ فرآیندی که باعث شکل گیری و یا نقص در شناسایی احساسات و هیجانات می شود. فونانگی و بیتمن این فرایند را ذهنی سازی می نامند. ذهنی سازی (کارکرد انعکاسی)، شکلی از فعالیتهای ذهن در مورد خود و دیگری؛ یعنی فهم و تفسیر رفتار انسانها در آگاهی از حالت های ذهن مثل نیازها، آرزوها، احساسات، باورها، اهداف و مقاصد خود و دیگری است^(۲۰).

همچنین بین سبک دلبستگی و ذهنی سازی نیز رابطه وجود دارد، ذهنی سازی فرآیندی است که در چارچوب روابط مادر و نوزاد توسعه می یابد. به عبارتی فرآیندی است که در روابط دلبستگی ایمن به دست می آید و ممکن است در روابط دلبستگی نایمن کمتر رشد یابد^(۲۱، ۲۲). تحقیقات نشان

از آسیب‌های بیشتر پیشگیری شده و می‌توان با بررسی عوامل دخیل در پدیدآیی درد مزمن، در کوتاه نمودن و سهولت دوره درمانی بیماران مبتلا اقدامات موثری انجام داد. بدین ترتیب مطالعه حاضر به بررسی سبک دلبستگی ناایمن، ذهنی‌سازی و الکسی تایمیا در پیش‌بینی مولفه‌های درد بیماران مبتلا به درد مزمن که در حال تجربه درد هستند پرداخته است.

مواد و روش‌ها:

پژوهش حاضر از نوع توصیفی و طرح‌های مبتنی بر همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن با شکایت درد به ویژه دردهای اسکلتی-عضلانی، دردهای مفصلی، آرتروز و دردهایی با ریشه روانتنی در بازه زمانی فروردین تا مرداد ۱۳۹۹ بودند که به دو کلینیک یلدا بیمارستان امام خمینی و کلینیک آسا در شهر تهران مراجعه کردند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۲۳۲ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس با حجم نمونه $n = Z(1-\alpha/2)^{1/2} \times \sigma^2/d^2$ تعیین شدند. برای انتخاب نمونه ابتدا پزشک مرکز ویزیت کرده و بعد برای ارزیابی بیشتر به کارشناس سلامت روان (کارشناس ارشد روانشناسی بالینی) ارجاع داده شد و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج نمونه واجد شرایط انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل سابقه شکایات از دردهای جسمی اسکلتی-عضلانی حداقل در ۶ ماه گذشته و در اکثر روزها، سن بالای ۱۸ سال، عدم سابقه عمل جراحی در شش ماه گذشته، نوشتن به زبان فارسی و ملاک‌های خروج نیز شامل ابتلا به اختلالات روانپزشکی که دارای تابلو تشخیصی هستند، عدم بینش کافی، مصرف داروهای اعصاب و روان، سوءمصرف مواد مخدر و الکل و دریافت مداخله روان‌درمانی در ۶ ماه گذشته بودند که بررسی‌های لازم با مراجعه به پرونده‌های مراجعین که توسط پزشک متخصص کلینیک غربالگری‌های لازم به عمل آمده بود، صورت گرفت. بیمارانی که برای نمونه انتخاب شدند پس از مطالعه فرم

می‌دهد که افراد دلبسته ناایمن، ذهنی‌سازی ضعیف یا حساسیت کمتری نسبت به حالات روانی دیگران نشان می‌دهند^(۲۳). به این ترتیب افراد دارای مشکلاتی در ذهنی‌سازی ممکن است احساسات جسمی را به عنوان حالات عاطفی منفی تفسیرکنند که اغلب در بیماران مبتلا به شبه جسمی رخ می‌دهد.^(۲۴، ۲۵) همچنین مطالعه‌ای اذعان داشت علائم جسمی گزارش‌شده توسط بیماران بزرگسال مبتلا به درد مزمن مربوط به دو مؤلفه الکسی‌تیمیا؛ یعنی عدم توانایی در تفسیر یا ابراز احساسات خود و ذهنی‌سازی؛ درک حالات ذهنی خود و دیگری است. به عبارت دیگر الکسی‌تیمیا را می‌توان یکی از مؤلفه‌های تاثیرگذار بر ذهنی‌سازی دانست، زیرا به توانایی تفسیر واکنش‌های عاطفی خود اشاره دارد.^(۲۶) ذهنی‌سازی و الکسی تایمیا ممکن است به عنوان سازه‌های مرتبط با یکدیگر در نظر گرفته شوند، زیرا هر دو جنبه‌های شناختی و احساسی را در برمی‌گیرند، بطوریکه والین (۲۰۰۷) در پژوهشی به ارتباط منفی بین توانایی ذهنی‌سازی و الکسی تایمیا دست یافت است.^(۲۷)

از یک سو با استناد به ادبیات موجود مبنی بر همبستگی سبک دلبستگی ناایمن، الکسی تایمیا و ذهنی‌سازی و از سوی دیگر با نظر به محدودیت‌های مطالعات پژوهشی در ایران در حوزه پیش‌بینی مولفه‌های درد مزمن بر اساس سبک دلبستگی، الکسی تایمیا و ذهنی‌سازی و همچنین با توجه به افزایش شیوع درد مزمن در کشور و از آنجاییکه درد مزمن باعث شده است هزینه بهداشت و درمان رو به افزایش قرار گیرد ضرورت دارد به این مهم به طور ویژه پرداخته شود. زیرا یکی از بهترین و مؤثرترین رویکردها برای کاهش درد و هزینه‌های آن؛ پیشگیری، کنترل زمینه‌ها و عوامل موثر در بروز و ایجاد درد است. شناخت عوامل از جمله مسائل اجتماعی و روانشناختی درد مزمن باعث می‌شود که

رضایت آگاهانه و ارائه اطلاعات کلی درباره پژوهش پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. همچنین بیمارانی که قادر به استفاده از فضای مجازی بودند به خاطر مسائل بهداشتی در دوره پاندمی کووید-۱۹ لینک پرسشنامه‌ها در گوگل فرم طراحی شده و ارسال می‌شد تا پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند. در نهایت، پس از گردآوری داده‌ها و ورود آنها به رایانه، تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزارهای SPSS انجام شد. ضمناً کد مصوبه اخلاق این پژوهش که توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران اخذ شده است IR.IUMS.REC.1399.1025 می‌باشد.

مقیاس دلبستگی بزرگسال: این پرسشنامه توسط هزن و شیور (۱۹۸۷) ساخته شده که دارای ۱۵ گویه است و به هر سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دو سوگرا ۵ گویه تعلق می‌گیرد. نمره‌گذاری در مقیاس لیکرت از هرگز (نمره ۰) تا تقریباً همیشه (نمره ۴) صورت می‌گیرد. تحلیل عاملی پرسشنامه هزن شیور (۱۹۸۷) توسط کولینزورید (۱۹۹۰) به استخراج سه عامل دلبستگی ایمن، اجتنابی، دو سوگرا منجر شد. هزن و وشور پایایی بازآزمایی کل پرسشنامه را ۰/۸۱ و پایایی با الفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آوردند. همچنین روایی صوری و محتوایی را خوب گزارش نمودند و روایی سازه آن را در بسیار مطلوب گزارش نمودند و پایایی الفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش رحیمیان بوگر و همکاران (۱۳۸۳) برای کل آزمون سبک دلبستگی دو سوگرا، اجتنابی و ایمن به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۳ و ۰/۷۷ به دست آمد که پایای مطلوبی را نشان می‌دهد^(۳۸). پرسشنامه درجه‌بندی درد مزمن ون کورف: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۲ توسط ون کورف و همکاران برای اندازه‌گیری شدت درد مزمن ساخته شد. در این پرسشنامه سه محور شدت درد، ثبات یا مدت درد و میزان ناتوانی حاصل از درد ارزیابی می‌گردد. پاسخ دهنده هر یک از هفت عبارت پرشی آزمون

را روی یک مقیاس یازده نقطه‌ای ۱۰-۰ درجه بندی می‌کند. صفر به معنی "بدون درد" و ۱۰ به معنی "بدترین درد" ممکن است. شیرازی تهرانی و همکاران (۱۳۹۸) الفای کرونباخ این پرسشنامه را برای ناتوانی و شدت درد به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۳ بدست آورده‌اند^(۳۹).

پرسشنامه ذهنی‌سازی: این ابزار توسط فوناگی و همکاران ساخته شده که در تحلیل عاملی دو عامل اطمینان و عدم اطمینان در مورد حالت ذهنی خود و دیگران گزارش گردید. روش نمره‌گذاری این پرسشنامه که ۲۶ ماده دارد برای مولفه اطمینان، سؤالات به صورت مستقیم در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف و برای مولفه عدم اطمینان همان مواد به صورت برعکس نمره‌گذاری می‌شود. فوناگی و همکاران ثبات درونی برای مولفه اطمینان و عدم اطمینان به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۶۷ در نمونه غیربالینی گزارش کردند. اعتبار آزمون را با روش آزمون - بازآزمون با فاصله سه هفته ۰/۴ برای عدم اطمینان و ۰/۷۵ برای مولفه اطمینان به دست آوردند^(۳۰). در ایران نیز هنجاریابی پرسشنامه کارکرد انعکاسی توسط دروگر و همکاران (۱۳۹۸) انجام شد که تحلیل عاملی تأییدی نشان داد الگوی دو عاملی پرسشنامه از برازش قابل قبولی با داده‌ها برخوردار است. آلفای کرونباخ برای عامل اطمینان ۰/۸۸ و برای عامل عدم اطمینان ۰/۶۶ بود^(۳۱).

پرسشنامه الکسی تایمیا: مقیاس الکسی تایمیا برموند ورست یک خودگزارش‌دهی در دو بعد عاطفی و شناختی است که به منظور بررسی پنج شکل ظاهری طراحی شده است. هر سوال در یک مقیاس پنج نقطه‌ای لیکرت اندازه‌گیری می‌شود. ابعاد به شرح خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد است. در بعد عاطفی، نمره به ترتیب ۱۶-۳۲، ۳۳-۴۴ و ۴۵-۸۰. کم، متوسط و زیاد در بعد شناختی، به ترتیب ۲۴-۴۴، ۴۵-۶۴ و ۶۵-۱۲۰. طبق گفته‌های برموند و

ورست، افرادی که از لحاظ عاطفی و شناختی در دامنه بالا نمره می‌گیرند، ملاک‌هایی برای الکسی‌تایمیای نوع I دارند، افرادی که در دامنه بالا فقط روی مقیاس دوم نمره می‌گیرند، معیارهای مربوط به الکسی‌تایمیای نوع II، و کسانی که در دامنه کم در هر دو بعد نمره می‌گیرند، معیارهای عدم الکسی‌تایمیای را دارند. توصیه‌های اولیه برای استفاده از این مقیاس بر اساس خصوصیات روانسنجی آن که در یک نمونه دانشگاه مستقر شده است و در یک نمونه بالینی انجام شده است. برموند و ورست (۲۰۰۵) دریافتند که ضرایب پایایی α کرونباخ از هر ۶۷ زیر خرده مقیاس BVAQ از ۰/۶۷ تا ۰/۸۷ است^(۳۲).

یافته‌ها

از تعداد کل ۲۳۲ نفر اطلاعات جمعیت شناختی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی

متغیرهای جمعیت شناختی	فراوانی	درصد
وضعیت تأهل	دیپلم	۲۰
	فوق دیپلم	۳۲
	کارشناسی	۱۰۸
	کارشناسی ارشد و دکتری	۷۲
مبتلا به بیماری‌های جسمی و روحی	مجرد	۷۶
	متاهل	۱۵۶
مبتلا به بیماری‌های زمینه‌ای	بله	۱۲۴
	خیر	۱۰۸
	بله	۷۲
	خیر	۱۶۰

در جدول ۲ نتایج حاصل نشان از پایایی متوسط خرده مقیاسها و عوامل به جز اطمینان و دلبستگی ایمن را دارد.

جدول ۲: اطلاعات توصیفی و پایایی

عامل‌ها و خرده مقیاس‌ها	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	آلفای کرونباخ
ذهنی سازی	۳/۹۴	۰/۹۷	۲	۶	۰/۶۱
عدم اطمینان	۳/۴۵	۱/۳۸	۱	۶/۲۵	۰/۷۱
اطمینان	۴/۴۳	۰/۹۰	۲/۵۰	۶/۵۰	۰/۲۳
شدت درد	۵۶/۶۶	۲۳/۹۶	۱۳/۳۳	۱۰۰	۰/۹۰
ناتوانی درد	۶۷/۲۹	۲۷/۸۰	۱۳/۳۳	۱۰۰	۰/۹۵
دلبستگی ایمن	۳/۱۸	۰/۶۲	۱/۸۳	۴/۳۳	۰/۴۰
اضطراب نا ایمن	۳/۲۶	۰/۷۷	۱/۳۳	۴/۳۳	۰/۷۱
اجتنابی نا ایمن	۳	۰/۶۶	۱/۶۷	۴/۶۷	۰/۶۰
دلبستگی (نمره کل)	۳/۱۵	۰/۴۷	۲/۱۷	۴/۱۱	۰/۶۸
کلامی کردن (شناختی)	۲۴/۲۷	۵/۹۰	۱۲	۳۵	۰/۷۲
هیجانات (عاطفی)	۲۸/۶۷	۳/۹۴	۱۶	۳۶	۰/۷۴
فانتزی (عاطفی)	۲۱/۱۷	۶/۴۰	۸	۳۸	۰/۷۸
شناسایی (شناختی)	۲۶/۶۸	۵/۱۵	۱۶	۳۶	۰/۶۳
تحلیل (شناختی)	۲۹/۴۶	۴/۵۵	۱۸	۳۹	۰/۶۳
الکسی تایمیا (نمره کل)	۱۳۰/۲۸	۱۷/۰۶	۹۰	۱۶۵	۰/۸۳

بر اساس جدول ۳ میزان ارتباط شدت درد با الکسی تایمیا و دلبستگی‌های نایمن اضطرابی و اجتنابی رابطه مثبت معنی‌داری را نشان می‌دهد. از طرفی ارتباط شدت درد با ذهنی‌سازی نیز در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار و منفی بوده است. در ارتباط همبستگی بین ناتوانی با عامل‌های نایمن نیز این ارتباط مثبت ارزیابی می‌شود. ارتباط بین ناتوانی با ذهنی‌سازی نیز با میزان ۰/۵۰ - رابطه‌ای معکوس معنی‌دار و با الکسی تایمیا رابطه‌ای مثبت معنی‌دار را می‌توان دید ($p < 0/05$).

جدول ۳: ضریب همبستگی پیرسون بین عوامل و خرده مقیاسها

عاملها و خرده مقیاسها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱. ذهنی سازی	۱												
۲. شدت درد	-۰/۵۱**	۱											
۳. ناتوانی درد	-۰/۵۰**	۰/۷۴**	۱										
۴. ایمن	-۰/۱۴*	۰/۱۷**	۰/۲۷**	۱									
۵. اضطرابی	-۰/۶۴**	۰/۳۴**	۰/۳۷**	-۰/۱۰	۱								
۶. اجتنابی	-۰/۴۷**	۰/۳۸**	۰/۴۲**	۰/۴۳**	۰/۳۳**	۱							
۷. نمره کل دلبستگی	-۰/۶۳**	۰/۴۳**	۰/۵۲**	۰/۵۸**	۰/۶۵**	۰/۸۳**	۱						
۸. کلامی کردن	-۰/۴۳**	۰/۴۹**	۰/۴۹**	۰/۳۹**	۰/۳۴**	۰/۳۸**	۰/۵۳**	۱					
۹. هیجانات	۰/۴۶**	-۰/۲۸**	-۰/۲۷**	-۰/۰۲	-۰/۴۳**	-۰/۳۶**	-۰/۴۱**	-۰/۰۷	۱				
۱۰. فانتزی	-۰/۰۵	۰/۱۹**	۰/۱۱	۰/۱۹**	-۰/۰۹	-۰/۰۳	۰/۰۱	۰/۳۳**	۰/۰۳	۱			
۱۱. شناسایی	-۰/۵۳**	۰/۶۲**	۰/۵۳**	۰/۳۳**	۰/۴۱**	۰/۲۹**	۰/۵۰**	۰/۵۷**	-۰/۲۰**	۰/۳۰**	۱		
۱۲. تحلیل	-۰/۲۰**	۰/۴۰**	۰/۴۳**	۰/۳۳**	۰/۱۵*	۰/۲۲**	۰/۳۳**	۰/۵۶**	-۰/۰۱	۰/۳۶**	۰/۶۵**	۱	
۱۳. نمره کل الکسی تایمیا	-۰/۲۷**	۰/۴۷**	۰/۴۲**	۰/۳۹**	۰/۱۴*	۰/۱۸**	۰/۳۳**	۰/۷۷**	۰/۱۵*	۰/۶۸**	۰/۷۴**	۰/۷۹**	۱

در جدول ۴ به ارایه پیش‌بینی مولفه‌های درد مزمن بر اساس سبک دلبستگی ناایمن، ذهنی‌سازی و الکسی‌تایمیا در بیماران دارای درد مزمن بر اساس رگرسیون سلسله مراتبی پرداخته شد.

جدول ۴: رگرسیون سلسله مراتبی برای شدت درد و ناتوانی درد بر اساس ذهنی سازی، الکسی تایمیا، نایمن اجتنابی و نایمن اضطرابی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش بین	ضرایب رگرسیونی استاندارد شده (β)	خطای استاندارد ضرایب	سطح معناداری (P-value)	تغییرات ضریب تعیین (ΔR^2)	ضریب تغییرات (R^2)
ناتوانی درد	نا ایمن اضطرابی	۰/۰۸	۲/۴۴	۰/۲۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۹
	نا ایمن اجتنابی	۰/۲۱	۲/۴۶	<۰/۰۰۱	۰/۰۴	
	ذهنی سازی (نمره کل)	-۰/۵۰	۲/۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۵	
	الکسی تایمیا (نمره کل)	۰/۳۱	۰/۰۸	<۰/۰۰۱	۰/۰۹	
شدت درد	نا ایمن اضطرابی	۰/۰۳	۲/۰۸	۰/۶۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۰
	نا ایمن اجتنابی	۰/۱۵	۲/۱۰	۰/۰۰۹	۰/۰۱۹	
	ذهنی سازی (نمره کل)	-۰/۵۱	۱/۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۶	
	الکسی تایمیا (نمره کل)	۰/۳۶	۰/۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۱۲	

بحث

از مراقبان خود، به راحتی آن را بیان می کنند و در نهایت، افراد دارای سبک دلبستگی ایمن به علت داشتن تجربیات مثبت با مراقبان اولیه خود معمولاً احساسات منفی خود را بهتر اداره می کنند و در بیان عاطفه منفی و جستجوی حمایت به هنگام درماندگی، به طور شایسته تری عمل می کنند^(۳۳) که بر این مبنا افراد با سبک دلبستگی نایمن به ویژه سبک اجتنابی به دلیل احساس تنهایی و طردشدگی ناشی از سبک برخورد والدین، در مواجهه با دردها و رنج های زندگی اعم از بیماری و سایر دردهای مزمن جسمانی و روانشناختی، خود را درمانده و ناتوان در مواجهه با درد متصور شوند که نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نیز مبنی بر ارتباط مستقیم سبک دلبستگی نایمن اجتنابی با ناتوانی درد در راستای این بیانات قلمداد می شود. یعنی هر قدر فرد در احساس تعلق و دلبستگی خویش، نایمن تر باشد کمتر مورد تسلی قرار می گیرد و در نتیجه نسبت به درد آسیب پذیری بیشتری دارد. همچنین بر اثر مراقبت محبت آمیز والدین از کودک و پاسخ مناسب به نیازهای او و شکل گیری این ادراک در

هدف پژوهش حاضر، پیش بینی مولفه های درد بر اساس سبک دلبستگی نایمن، الکسی تایمیا و ذهنی سازی در بیماران مبتلا به درد مزمن بود. بر اساس نتایج حاصل، میزان ارتباط سبک دلبستگی نایمن با شدت درد و همینطور ناتوانی درد معنادار بود که این ارتباط در میزان ناتوانی از درد نسبت به شدت درد بیشتر بود. به عبارت دیگر مدل رگرسیونی پژوهش حاضر نشان داد سبک دلبستگی نایمن به ویژه سبک دلبستگی نایمن اجتنابی با میزان شدت درد و ناتوانی درد مزمن رابطه مثبت و معناداری دارد. این یافته با مطالعه^(۳۳) و^(۳۴) در داخل کشور و در خارج با مطالعه^(۳۵)،^(۳۶) مطابقت دارد. در تبیین یافته ها می توان گفت افراد دارای سبک دلبستگی اجتنابی به دلیل تجارب اولیه خود با مراقبانی که دارای حساسیت کم و رفتارهای طردکننده هستند، به منظور پیشگیری از تعارضات بیشتر با مراقبین، از بیان هیجانات و احساسات منفی شان خودداری می کنند؛ در مقابل افراد با سبک اضطرابی، آگاهی بیشتری نسبت به احساسات منفی شان دارند و به دلیل جلب حمایت و همدلی

با نشانگان بیماری روبرو می‌شوند، فشارهای روانی فزاینده‌ای تجربه می‌کنند. استرس‌های روانشناختی، مهارت‌های ذهنی سازی را مهار کرده که منجر به مشکلاتی در درک احساسات خود و افراد نزدیک می‌شود. مهارت‌های ذهنی سازی بازداری شده به نوبه خود، باعث ایجاد پاسخ‌های استرس‌زا، بروز دلبستگی ناایمن، ایجاد مشکلات در تعاملات بیمار با پزشک و کاهش پایبندی به دارو می‌شود. به عبارتی پژوهش‌ها حاکی از آن است در اغلب بیماری‌ها، استرس‌های ناشی از بیماری همراه با ذهنی سازی پایین می‌تواند منجر به مشکلاتی در روابط بین فردی شود و در نهایت منجر به تغییر بیشتر به سمت دلبستگی ناایمن شود. دلبستگی ناایمن و مشکلات بین فردی، به نوبه خود منجر به بدتر شدن مدیریت و کنترل بیماری می‌شود که در نهایت باعث می‌شود بیمار استرس بیشتری را تجربه کند و به همین ترتیب شدت درد بالاتری را موجب می‌شود^(۴۳). همچنین طبق گفته‌های فوناگی و بیتن (۲۰۱۶)، توانایی ذهنی سازی ارتباط عمیقی با انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری دارد. در واقع، فکر کردن در مورد اقدامات از نظر افکار و احساسات و مهمتر از همه، استفاده از دانش این حالات ذهنی برای تسلط بر چالش‌های زندگی در خدمت ایجاد یک فرایند با درجه بالاتر از شناخت است که به افراد دارای توانایی ذهنی سازی قوی اجازه می‌دهد تا هم بر چالش‌های روزمره و هم سختی‌های زندگی به نحو مطلوبی فائق آید. در همین راستا، در مورد چگونگی کارکرد ذهنی سازی در جهت انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری، استین (۲۰۰۶) در مورد نوعی سیستم فیلترسازی درون روان‌شناختی اذعان داشت که این سیستم به یمن روابط دلبستگی ایمن اولیه ایجاد شده است که به افراد امکان می‌دهد تجربیات دردناک را متابولیزه کرده و بر خودپنداره یا انتظارات آن‌ها از دیگران تاثیر می‌گذارد. توانایی ذهنی سازی همچنین به شدت با استرس ارتباط دارد، چرا که کیفیت ذهنی سازی به استرس و برانگیختگی‌های ناشی از آن مبتنی است. در واقع با افزایش استرس و تحریک، توانایی ذهنی سازی کاهش می‌یابد^(۴۴). بنابراین، شرایط مرتبط با استرس ممکن است بر توانایی ذهنی سازی تاثیر منفی بگذارد، به‌طوری که ممکن است خشک و سخت شود و مفروضات

فرد، از والدین به عنوان حامی یاد می‌شود و به عبارتی با شکل‌گیری دلبستگی ایمن، این طرحواره در ذهن کودک شکل می‌گیرد که جهان آفرینش جای امنی است. چنین طرحواره‌ای زندگی کودک را در سال‌های بعدی نوجوانی تا بزرگسالی تحت تاثیر قرار داده و باعث می‌شود احساس امنیت روانی عمیقی در فرد شکل بگیرد که مواجهه با حوادث ناگوار و تلخ‌کامی‌های زندگی و چالش‌های غیرقابل اجتناب زندگی، از جمله سرطان و مرگ نتواند این ایمنی را از فرد پس بگیرد. در افرادی که در کودکی از مراقبت‌های محبت‌آمیز محروم مانده‌اند و سبک دلبستگی ناایمن در آن‌ها شکل گرفته، عکس این قضیه اتفاق می‌افتد؛ به جای طرحواره مبتنی بر امنیت، ناامنی شکل می‌گیرد. در نتیجه به دلیل این نبود احساس امنیت و یا ضعف آن، فرد نمی‌تواند با چالش‌های زندگی مانند درد، سرطان و مرگ کنار بیاید؛ چرا که احساس می‌کند مرگ یک نابودی دائمی است و به یک جدایی دائمی از والد یا مراقب منجر می‌شود، در نتیجه سعی می‌کند که از مرگ اجتناب کند یا اینکه ترس و اضطراب مفرطی را در مواجهه با آن و فکر کردن به آن از خود نشان دهد^(۳۸).

بنابراین درد به عنوان یک عامل استرس‌زا سبک دلبستگی فرد و بالطبع الگوها و مکانیسم‌های درون روانی مرتبط با سبک دلبستگی را فعال کرده که روشن‌کننده نوع مواجهه فرد با بیماری به ویژه درد خواهد بود^(۳۹، ۴۰). همچنین بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش، ارتباط ذهنی سازی با شدت درد و همین‌طور ناتوانی درد میزان منفی و معنی‌داری را نشان داد. به این صورت که افرادی که شدت و ناتوانی بالای درد دارند، از توانایی ذهنی سازی محدودتری برخوردارند و برعکس. با نظر به اینکه در ایران در زمینه ذهنی سازی و ارتباط آن با مولفه‌های درد مزمن پژوهشی صورت نگرفته است لذا به همسویی و ناهم‌سویی نتایج حاضر با مطالعات پیشین در خارج از کشور اکتفا می‌کنیم. یافته‌های این مطالعه با پژوهش^(۳۷)،^(۴۱) و^(۴۲) مطابقت دارد. تبیین یافته‌ها حاکی از آن است هنگامی که بیماران

می‌کند که الکسی‌تیمیای شدید با دردهای مزمن شدیدتری همراه است و الکسی‌تیمیا نیز با سایر جنبه‌های پریشانی روانشناختی مرتبط است. بنابراین الکسی‌تیمیا ابتدا با اختلالات روان‌تنی، سپس با اختلالات سواستفاده از مواد و درد مزمن همراه بوده است^(۱۷).

نتیجه‌گیری

به طور کلی در این پژوهش سبک‌های دلبستگی ناایمن، الکسی‌تیمیا و ذهنی‌سازی توانستند شدت و ناتوانی درد را در بیماران مبتلا به درد مزمن پیش‌بینی کنند. از آنجاییکه سالانه هزینه‌های هنگفتی بابت درمان و کنترل درد افراد مبتلا به دردهای مزمن پرداخت می‌شود، توجه به راهکارهایی که بتواند عوامل روانشناختی مهم مانند اختلالات حوزه دلبستگی، تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی را مورد هدف قرار داده تا بیماران با درد خود سازگار شده و به پذیرش نسبی نسبت به درد خود برسند مفید بوده که این موضوع برای سیاست‌گذاران سلامت و متخصصان درد می‌تواند امری کارآمد تلقی شود. از محدودیت‌های مطالعه، نمونه‌گیری محدود و خودگزارشی بودن ابزارهای مورد استفاده بود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از ابزارهای عینی‌تر که دارای سوگیری کمتر در رابطه با نظر آزمودنی هستند مانند مشاهده مستقیم رفتار بیمار و یا مطالعات کیفی مورد استفاده پژوهشگران قرار گیرد.

تقدیر و تشکر:

پژوهش حاضر حاصل پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد. در پژوهش حاضر تضاد منافع وجود ندارد و با حمایت‌های معنوی و همکاری دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران (انستیتو روانپزشکی تهران) صورت گرفته است و از کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه کننده به کلینیک یلدا بیمارستان امام خمینی و کلینیک آسا در شهر تهران که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند صمیمانه سپاسگزاریم.

مغرضانه و غیر انعکاسی درباره خود و دیگران ارائه دهد. همچنین در اغلب موارد این حالت در سایر بیماری‌ها به ویژه بیماری‌های دارای درد مزمن رخ می‌دهد که موارد گفته شده می‌تواند مهر تاییدی بر یافته پژوهشی حاضر مبنی بر ارتباط معکوس و معنادار بین ذهنی‌سازی و مولفه‌های درد گردد. همچنین از دیگر یافته‌ها ارتباط مثبت و معنی‌دار الکسی‌تیمیا با مولفه‌های درد مزمن بود که میزان آن با شدت درد اندکی از ناتوانی بیشتر بود. نتیجه مطالعه حاضر با مطالعه^(۴۵) در ایران و^(۳۳) و^(۴۶) در خارج از کشور مطابقت دارد. در تبیین نتایج می‌توان چنین ادعان داشت که بگبی و پارکر (۱۹۹۷) چارچوبی را برای مفهوم‌سازی رابطه الکسی‌تیمیا و نشانه‌های جسمانی درد مطرح کردند به این صورت که افراد الکسی‌تیمیک نشانه‌های جسمانی و شکایات بدنی بیشتری گزارش می‌کنند و سطح بالای خودبیمارانگاری، شکایات جسمانی و سطح پایین سلامت دارند^(۴۷).

افراد الکسی‌تیمیک، هیجان ناشی از احساسات جسمی خود را نشناخته و تنها بر حس‌های جسمی تمرکز می‌کنند. تاکید و تمرکز بر حس‌های جسمی موجب تشدید این علائم شده و در یک چرخه پس‌خوراندی معیوب، بیماری جسمی عملکردی بروز می‌نماید. این افراد نمی‌توانند احساسات منفی خود را به درستی شناسایی کرده و در تخلیه و خنثی کردن این عواطف دچار مشکل می‌شوند. به عبارتی ناتوانی در نظم‌دهی هیجان با سطوح پایین سلامت جسمانی و روانی مرتبط است که اگر این وضعیت به طول انجامد، منجر به فشار بر سیستم ایمنی، غده هیپوفیز، آدرنال و سیستم‌های خودمختار می‌شود. در حقیقت افراد دارای مشکلات هیجانی به این دلیل که نمی‌توانند هیجان‌های خود را ابراز کنند، به احتمال بیشتری مشکلات و ناراحتی‌های روانشناختی‌شان را به صورت جسمانی نشان می‌دهند که همین عامل منجر به بروز درد و رنج جسمانی و افزایش شدت آن در بین بیماران می‌گردد. شواهد مربوط به مکانیسم‌های بالقوه تقویت حسی و انتسابات درد حاکی از آن است که به موجب آن الکسی‌تیمیا می‌تواند باعث شود مردم ناراحتی خود را به علائم جسمی نسبت دهند. شواهد حاصل از این بررسی، نتیجه‌گیری

References

1. Romeo A, Tesio V, Castelnuovo G, Castelli L. Attachment style and chronic pain: Toward an interpersonal model of pain. *Frontiers in psychology*. 2017;8:284.
2. Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Jamshidian N, Saberi H, Shams J, Haghparast A. Prediction of quality of life by self-efficacy, pain intensity and pain duration in patient with pain disorders. *Basic and clinical neuroscience*. 2013;4(2):117.
3. Ebrahimi Z, ASADI MS, Akbari B, NADERI NB. The relationship between Alexithymia and Emotion Dysregulation with quality of life in Patients with chronic pain. 2017.
4. TAGHIPOUR DM, HOSSEINI SR, KIA K, ABBASPOUR M, GHADIMI R. Prevalence of musculoskeletal pain and it's correlation to functional disability in elderly. 2013.
5. Hamid N, Ramezan Sa'atchi L, Mehrabizadeh Honarmand M. Effect of cognitive-behavioral therapy on pain severity and mental health of women with chronic low back pain. *Clinical Psychology Studies*. 2013;3(10):96-113.
6. Keefe FJ, Rumble ME, Scipio CD, Giordano LA, Perri LM. Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *The journal of pain*. 2004;5(4):195-211.
7. Meredith PJ, Strong J. Attachment and chronic illness. *Current opinion in psychology*. 2019;25:132-8.
8. Hemming L, Haddock G, Shaw J, Pratt D. Alexithymia and its associations with depression, suicidality and aggression: an overview of the literature. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;10:203.
9. Aaron RV, Fisher EA, de la Vega R, Lumley MA, Palermo TM. Alexithymia in individuals with chronic pain and its relation to pain intensity, physical interference, depression, and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2019;160(5):994-1006.
10. 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(1-2):44-52.
11. Sutton TE. Review of attachment theory: Familial predictors, continuity and change, and intrapersonal and relational outcomes. *Marriage & Family Review*. 2019;55(1):1-22.
12. Fonagy P, Luyten P. Attachment, mentalization, and the self. Guilford Press; 2018.
13. Diamond LM, Hicks AM. Attachment style, current relationship security, and negative emotions: The mediating role of physiological regulation. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2005;22(4):499-518.
14. Davies KA, Macfarlane GJ, McBeth J, Morriss R, Dickens C. Insecure attachment style is associated with chronic widespread pain. *PAIN®*. 2009;143(3):200-5.
15. Ilves OE, Hermesen LA, van der Wouden JC, Holla JF, van der Leeden M, Smalbrugge M, et al. Are changes in pain, cognitive appraisals and coping strategies associated with changes in physical functioning in older adults with joint pain and chronic diseases? *Aging clinical and experimental research*. 2019;31(3):377-83.
16. Makino S, Jensen MP, Arimura T, Obata T, Anno K, Iwaki R, et al. Alexithymia and chronic pain: the role of negative affectivity. *The Clinical journal of pain*. 2013;29(4):354-61.
17. Di Tella M, Castelli L. Alexithymia in chronic pain disorders. *Current rheumatology reports*. 2016;18(7):41.
18. Marchi L, Marzetti F, Orrù G, Lemmetti S, Miccoli M, Ciacchini R, et al. Alexithymia and psychological distress in patients with fibromyalgia and rheumatic disease. *Frontiers in psychology*. 2019;10.

19. Lane RD, Hsu C-H, Locke DE, Ritenbaugh C, Stonnington CM. Role of theory of mind in emotional awareness and alexithymia: Implications for conceptualization and measurement. *Consciousness and cognition*. 2015;33:398-405.
20. Fonagy P. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*: Routledge; 2018.
21. Calaresi D, Barberis N. The Relationship between Reflective Functioning and Alexithymia. *Journal of Clinical & Developmental Psychology*. 2019;1(2).
22. Dykas MJ, Cassidy J. Attachment and the processing of social information across the life span: theory and evidence. *Psychological bulletin*. 2011;137(1):19.
23. Riem MM, Doedée EN, Broekhuizen-Dijksman SC, Beijer E. Attachment and medically unexplained somatic symptoms: The role of mentalization. *Psychiatry research*. 2018;268:108-13.
24. Jansman R, Riem M, Broekhuizen-Dijksman S, Veth C, Beijer E, Vingerhoets A. Attachment and crying in patients with medically unexplained somatic symptoms. *SN Comprehensive Clinical Medicine*. 2019:1-8.
25. Luyten P, Van Houdenhove B, Lemma A, Target M, Fonagy P. A mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*. 2012;26(2):121-40.
26. Moriguchi Y, Ohnishi T, Lane RD, Maeda M, Mori T, Nemoto K, et al. Impaired self-awareness and theory of mind: an fMRI study of mentalizing in alexithymia. *Neuroimage*. 2006;32(3):1472-82.
27. Mansouri J, Besharat M, Gharibi H. Predicting Mindfulness levels According to Attachment Styles. 2020.
28. Amir Hussein A., Ishaq Rabb, Mahmoud N. The structural effect of chronic stress, resilience and physicalization on functional disability in functional physical symptoms: The mediating role of mentalization.
29. Dehnavi R, Tavakoli, Ghazaleh, Muntajbian. The effectiveness of positive psychotherapy on pain perception and death anxiety in the elderly. *Psychology of Aging*. 2020; 5 (4): 321-32.
30. Wilson KG, Kowal J, Henderson PR, McWilliams LA, Péloquin K. Chronic pain and the interpersonal theory of suicide. *Rehabilitation psychology*. 2013;58(1):111.
31. Drogar, Ashtiani F, Ali, Ashrafi. Validation and reliability of the Persian version of the subjectification questionnaire. *Clinical Psychology*. 2020; 12 (1): 1-12.
32. Wang Z, Wang T, Goerlich KS, Pitliya RJ, Bermond B, Aleman A, et al. Psychometric Properties of the Chinese Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire: An Exploratory Structural Equation Modeling Study. *Journal of Pacific Rim Psychology*. 2021;15:1834490921991429.
33. Firoozi, Syria. Predicting catastrophe and pain intensity based on attachment styles of patients with chronic pain. *Journal of Psychological Sciences*. 2019; 17 (71): 801-7.
34. Heffer, Kraskian, Addis, Fati, Laden, Fathi. The role of attachment styles in the quality of life of patients with chronic pain. *Anesthesia and pain*. 2018; 9 (2): 37-46.
35. Bonaz BL, Bernstein CN. Brain-Gut Interactions in Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology*. 2013;144(1):36-49.
36. Charbonneau-Lefebvre V, Rosen NO, Bosisio M, Vaillancourt-Morel M-P, Bergeron S. An Attachment Perspective on Partner Responses to Genito-pelvic Pain and Their Associations with Relationship and Sexual Outcomes. *The Journal of Sex Research*. 2020:1-13.
37. Colonnello V, Agostini A. Disease course, stress, attachment, and mentalization in patients with inflammatory bowel disease. *Medical Hypotheses*. 2020:109665.

38. Scheffold K, Philipp R, Koranyi S, Engelmann D, Schulz-Kindermann F, Härter M, et al. Insecure attachment predicts depression and death anxiety in advanced cancer patients. *Palliative & supportive care*. 2018;16(3):308.
39. Dehkordi M, Shagaghi F, Lak A. RELATIONSHIP BETWEEN ATTACHMENT AND ADJUSTMENT WITH CHRONIC PAIN; WITH STUDY THE MODERATOR ROLE OF RESILIENCY. *International Journal of Research-GRANTHAALAYAH*. 2016;4(8):52-61.
40. Godsoe MR. Acceptance of chronic pain, attachment style, affectivity and treatment use: Antioch University New England; 2008.
41. Parada-Fernández P, Herrero-Fernández D, Oliva-Macías M, Rohwer H. Stressful life events and hopelessness in adults: the mediating role of mentalization and emotional dysregulation. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020(AHEAD).
42. Nazzaro MP, Boldrini T, Tanzilli A, Muzi L, Giovanardi G, Lingardi V. Does reflective functioning mediate the relationship between attachment and personality? *Psychiatry Research*. 2017;256:169-75.
43. Pellissier S, Dantzer C, Mondillon L, Trocme C, Gauchez A-S, Ducros V, et al. Relationship between vagal tone, cortisol, TNF-alpha, epinephrine and negative affects in Crohn's disease and irritable bowel syndrome. *PloS one*. 2014;9(9):e105328.
44. Wells A, Purdon C. Metacognition and cognitive-behaviour therapy: a special issue. Wiley Online Library; 1999.
45. Ebrahimi, Mujara, Samarra, Akbari, Nabi N. The role of alexithymia and emotion dysregulation in the quality of life of patients with chronic pain. *Anesthesia and pain*. 2017; 8 (3): 1-11.
46. Koelen JA, Eurelings-Bontekoe LH, Kempke S. Cognitive alexithymia mediates the association between avoidant attachment and interpersonal problems in patients with somatoform disorder. *The Journal of psychology*. 2016;150(6):725-42.
47. Turesky DG. A descriptive analysis of alexithymia among patients with chronic back pain. 2011.