

ارزیابی مدل تنظیم هیجانی اختلال اضطراب فراگیر در تبیین ادراک درد

سامره اسدی مجره^۱، فیروزه سپهریان آذر*^۲، علی عیسی زادگان^۳، حمید پورشریفی^۴

۱. مربی گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رشت، رشت، ایران.

۲. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

۴. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

چکیده

مقدمه: درد، عمومی‌ترین فشار روانی است که انسان با آن مواجه می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین برآزش مدل تنظیم هیجان اختلال اضطراب فراگیر در تبیین ادراک درد بیماران مبتلا به درد مزمن انجام گردید.

روش: نمونه پژوهش شامل ۲۱۰ نفر مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های تخصصی درد شهر رشت بود که بر اساس مصاحبه بالینی دارای نشانگان اختلال اضطراب فراگیر بودند و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌های ادراک درد، دشواری‌های تنظیم هیجان، بیانگری هیجانی، آلکسی تیمیا، فراخلق و کنترل عاطفه را تکمیل کردند. جهت تحلیل داده‌ها، شاخص‌های توصیفی فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و روش آماری ضریب همبستگی پیرسون و روش معادلات ساختاری استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد که متغیر تنظیم هیجان دارای اثر مستقیم بر متغیر ادراک درد می‌باشد ($P < 0/01$). همچنین متغیرهای بیانگری، فراخلق، کنترل عاطفه و آلکسی تیمیا دارای اثر مستقیم بر متغیر تنظیم هیجان و اثر غیر مستقیم بر متغیر ادراک درد می‌باشند ($P < 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که تنظیم هیجانی می‌تواند در میزان ادراک درد بیماران مبتلا به درد مزمن نقش داشته باشد.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۵، شماره ۱، پیاپی ۲۸
بهار و تابستان ۱۳۹۶
صص: ۲۷-۳۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۹/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۳/۰۵

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 15, No. 1, Serial 28

Spring & Summer
2017

pp.: 27-38

کلیدواژه‌ها: آلکسی تیمیا، اضطراب فراگیر، بیانگری هیجانی، تنظیم هیجان، درد، فراخلق، کنترل عاطفه.

*Email: F.sepهرانazar@urmia.ac.ir

مقدمه

احتمالاً درد، عمومی‌ترین فشار روانی است که انسان با آن مواجه می‌شود و یکی از شایع‌ترین شکایت‌ها در بین بیماران می‌باشد [۱]. انجمن بین‌المللی مطالعه درد، درد را یک تجربه حسی و روانی ناخوشایند که با آسیب احتمالی یا واقعی بافت در ارتباط است تعریف می‌کند [۲]. درد را می‌توان به دو دسته کلی تقسیم کرد: حاد و مزمن. درد حاد، درد کوتاه‌مدت است و چندان طول نمی‌کشد. درد هنگامی مزمن است که بیشتر از حد مورد انتظار استمرار پیدا کند. چنین دردی می‌تواند علی‌رغم درمان‌های انجام شده از سه ماه تا سی سال و بیشتر، طول بکشد [۳]. بیماران مبتلا به درد مزمن، عموماً افسردگی، آشفتگی در روابط بین فردی به‌ویژه خانواده، آشفتگی در خواب، خستگی و کاهش کارکردهای فیزیکی و روان‌شناختی را تجربه می‌کنند [۴]. بررسی‌های انجام شده در زمینه شیوع اختلال درد مزمن، در طی دوره ۱۲ ماهه شیوع این اختلال را در غرب اروپای مرکزی ۱۷ تا ۲۹ درصد و در سایر کشورهای توسعه یافته ۲ تا ۴۰٪ برآورد کرده‌اند [۵]. محمدرزاده و همکاران [۶] شیوع درد مزمن را در شهر تهران ۲۵/۵ درصد گزارش کرده‌اند. پژوهش‌ها حاکی از ارتباط قوی بین اختلال اضطراب فراگیر و وضعیت درد است [۷ و ۱۱]. به‌طور قابل توجهی، اغلب افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از درد رنج می‌برند و به نظر می‌رسد که به‌طور ویژه، مستعد نشانه‌های درد غیر قابل پیش‌بینی پزشکی و اختلال درد باشند. از این‌رو، به نظر می‌رسد که به دلیل هم‌پنداری بالای اختلال اضطراب فراگیر با اختلال درد مزمن، مدل‌های پیش‌بین اختلال اضطراب فراگیر بتوانند ادراک درد را در مبتلایان به درد مزمن تبیین کنند. اختلال اضطراب فراگیر^۱ یکی از انواع اضطراب و یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی است که با نگرانی افراطی و غیر قابل کنترل مشخص می‌شود و هم‌بودی بالایی با سایر اختلالات اضطرابی و افسردگی دارد [۱۲]. تقریباً ۲۵ درصد افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های اختلالات اضطرابی و حدود ۱۲ درصد از بیماران که به کلینیک‌های روان‌پزشکی مراجعه می‌کنند، مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌باشند [۱۳]. در دهه اخیر علاقه رو به رشدی به نقش دشواری‌های عاطفی در آسیب‌شناسی روانی شده است [۱۴]. جدیدترین مدل مطرح شده در زمینه اختلال اضطراب فراگیر، مدل منین^۲، هیمرگ^۳، تارک^۴ و فرسکو^۵ [۱۵] است.

در این مدل، منین و همکاران معتقدند که هیجان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از طریق ۴ فرایند دچار بدن‌تنظیمی می‌شود:

- ۱- شدت بالای هیجانات (بیانگری هیجانی؛ قدرت تکانه، بیانگری منفی و بیانگری مثبت)، ۲
- ۲- درک ضعیف هیجانات (فراخلاق؛ وضوح احساسات، آلکسی تیمیا، دشواری در توصیف هیجانات و دشواری در تشخیص هیجانات)،
- ۳- واکنش منفی به هیجانات (فراخلاق؛ توجه به هیجانات، کنترل عاطفه؛ ترس از افسردگی، ترس از اضطراب، ترس از خشم، ترس از هیجانات مثبت)،
- ۴- پاسخ‌های مدیریت هیجانی ناسازگارانه (ترمیم خلق).

یکی از متغیرهای بسیار مهم در مدل مطرح شده منین و همکاران در رابطه با اختلال اضطراب فراگیر، تنظیم هیجانی و دشواری‌های مربوط به آن است. کلتنر و گروس^۶ [به نقل از ۱۶] هیجان را به‌صورت دوره‌ای و نسبتاً کوتاه‌مدت تعریف کرده‌اند که از نظر بیولوژیکی مبتنی بر الگوی ادراک، تجربه، واکنش فیزیولوژیکی و تعاملی است که در پاسخ به چالش‌های فیزیکی و اجتماعی ویژه رخ می‌دهد. تنظیم هیجانی به‌طور ویژه‌ای توضیح می‌دهد که افراد چگونه هیجان را تجربه، تعدیل و سازمان‌دهی می‌کنند و چگونه چنین مدیریتی بر رفتار انسان تأثیر می‌گذارد. تنظیم هیجان انطباقی به افراد اجازه می‌دهد تا تحمل وضعیت‌های درمانده‌کننده افزایش یابد [۱۷]. از آنجا که تنظیم هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب‌آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند منجر به اندوهگینی و حتی آسیب روانی شود [۱۸]. یافته‌های پژوهش بندر، رینهودل- دان، اسبجورن و پونس^۷ [۱۹] حاکی از تأثیر معنادار دشواری‌های تنظیم هیجانی بر اضطراب بود. یافته‌ها نشان می‌دهد که اختلال اضطراب فراگیر توسط نقایصی در آگاهی، پذیرش، ارتباط و تنظیم هیجانی مشخص می‌شود [۲۰]. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر احتمالاً به دلیل شدت بالاتر و آستانه پایین‌تر هیجانات مستعد سرکوبگری بیشتر هیجانات در مقایسه با دیگر افراد هستند که این می‌تواند به‌طور ویژه‌ای علت هیجانات منفی باشد. [۲۱]

⁵ Fresco

⁶ Keltner & Gross

⁷ Bender, Reinholdt- Dunne, Esbjorn, Pons

¹ Generalized anxiety disorder(GAD)

² Mennin

³ Heimberg

⁴ Turk

نقش مهم اضطراب مرتبط با درد، در ناتوانی بیماران مبتلا به سردرد برجستگی بیشتری داشت. بر این اساس، از یک سو درد عواطف منفی را به دنبال دارد و از سوی دیگر، عاطفه منفی به نوبه خود باعث تداوم درد می‌شود. درد با هیجاناتی از قبیل خشم [۳۱]، ترس [۳۲] و نگرانی مرتبط است. درد و هیجان میانی نوروفیزیولوژیکی زیربنایی مشترک فراوانی دارند که می‌تواند سیگنال‌ها را تخریب یا تقویت کنند [۳۳]. به‌طور کلی، در پژوهش حاضر به دلیل همبندی بالای اختلال اضطراب فراگیر و درد مزمن و نیز نقش متغیرهای تنظیم هیجان در اضطراب و درد، مدلی را که برگرفته از مدل تنظیم هیجان منین و همکاران است ارائه شده است چرا که بررسی‌ها نشان داده که عاملی که منجر به تبدیل درد حاد به درد مزمن می‌شود علل روان‌شناختی است. از سوی دیگر نشانگان اضطراب فراگیر در مبتلایان به درد مزمن بالا بوده و متغیرهای تنظیم هیجان اضطراب فراگیر به دلیل همبندی بالای این اختلال و نیز وجود شواهد پژوهشی با درد مزمن مرتبط بوده است، لذا این مدل می‌تواند در تبیین ادراک درد مبتلایان به درد مزمن دارای اضطراب مؤثر باشد.

به نظر می‌رسد شناسایی مدل علی این اختلال در مبتلایان می‌تواند در درمان و بهبود آن‌ها مؤثر واقع شود و منجر به ایجاد احساس کنترل بیشتر بر درد و درمان مؤثرتر گردد. درک فرایندهای زیربنایی در اختلالات درگیر با نگرانی پاتولوژیکی، از جمله درد مزمن می‌تواند کاربردهای بالینی زیادی داشته باشد. انجام این پژوهش نقش مهمی در توجه درمانگران و پژوهشگران روان‌شناختی به کاهش علائم درد مزمن و مشکلات روان‌شناختی همراه آن دارد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین برازش مدل تنظیم هیجان اختلال اضطراب فراگیر در تبیین ادراک درد در مبتلایان به درد مزمن انجام گردید.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف بنیادی و کاربردی و از نظر نحوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع توصیفی بود که در چارچوب یک طرح همبستگی از نوع معادلات ساختاری انجام شد.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مبتلایان به درد مزمن دارای نشانگان اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی درد شهر رشت در طی مدت ۴ ماه از خرداد تا شهریورماه ۱۳۹۴ بود.

بیانگری هیجانی شامل دو عنصر گرایش به پاسخ هیجانی و درجه‌ای است که این انگیزه هیجانی به‌طور آشکار بیان می‌شود [۲۲]. پژوهش‌های مختلف نقش بیانگری هیجانی را در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داده‌اند [۲۳]. صفت فراخلاق به توانایی آگاهی و مدیریت هیجانات یک فرد اشاره دارد [به نقل از ۲۴]، اما شامل آگاهی از احساسات دیگران نیست. سالووی و همکاران سه عامل مهم را در صفت فراخلاق شناسایی کردند: توجه به احساسات (میزان آگاهی از خلق فرد)، وضوح احساسات (توانایی تمایز بین خلق‌ها) و ترمیم خلق (ترمیم) (توانایی اصلاح خلق‌های ناخوشایند یا حفظ خلق خوشایند) [۲۵]. وونگ^۱ و همکاران [۲۶] در پژوهش خویش ارتباط فراخلاق را با اضطراب گزارش کردند. تامپسون و همکاران [۲۷] در پژوهش خویش رابطه سازه فراخلاق را با نشانه‌های جسمانی گزارش کردند. آلکسی تیمیا به‌صورت دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و دشواری در تمایز گذاری هیجانات و تحریکات بدنی ناشی از برانگیختگی هیجانی و سبک تفکر برون‌مدار تعریف می‌شود. درحالی‌که سازه فراخلاق با داشتن توانایی‌های هیجانی تعریف می‌شود، آلکسی تیمیا با فقدان توانایی هیجانی تعریف می‌شود [۲۵]. پژوهش دیگری [۲۷] نشان داد که آلکسی تیمیا با دشواری‌های تنظیم هیجان مرتبط است و این دشواری‌ها سهم بالایی در مشکلات مرتبط با سلامتی دارند. نتیجه پژوهش عیسی زادگان و فتح‌آبادی [۲۸] نیز حاکی از رابطه آلکسی تیمیا با راهبردهای تنظیم هیجان بود. آلکسی تیمیا با اضطراب و اختلال درد روان‌زاد مرتبط است [۲۹]. متغیر تأثیرگذار دیگر کنترل عاطفی است. افزایش شدت هیجانی همراه با میزان ناکافی دانش درباره هیجانات و ناراحتی از تجارب هیجانی می‌تواند باعث شود افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر راهبردهای ناسازگارانه‌ای برای کنترل و محدود کردن تجربه هیجانی خویش در جهت کاهش حالت ناخوشایند بکار گیرند و به‌جای پردازش هیجان از طریق توجه، درک و تجربه، از نگرانی و سایر فرایندهای درون - و برون فردی برای اجتناب از درماندگی مرتبط با این هیجانات استفاده کنند [۱۵]. ناش^۲، ویلیامز^۳، نیکولسون^۴ و تراسک^۵ [۳۰]، تعامل عوامل شناختی، هیجانی و شدت درد در پیش‌بینی ناتوانی بیماران مبتلا به سردرد را تبیین نمودند که در این بین،

¹ Wong

² Nash

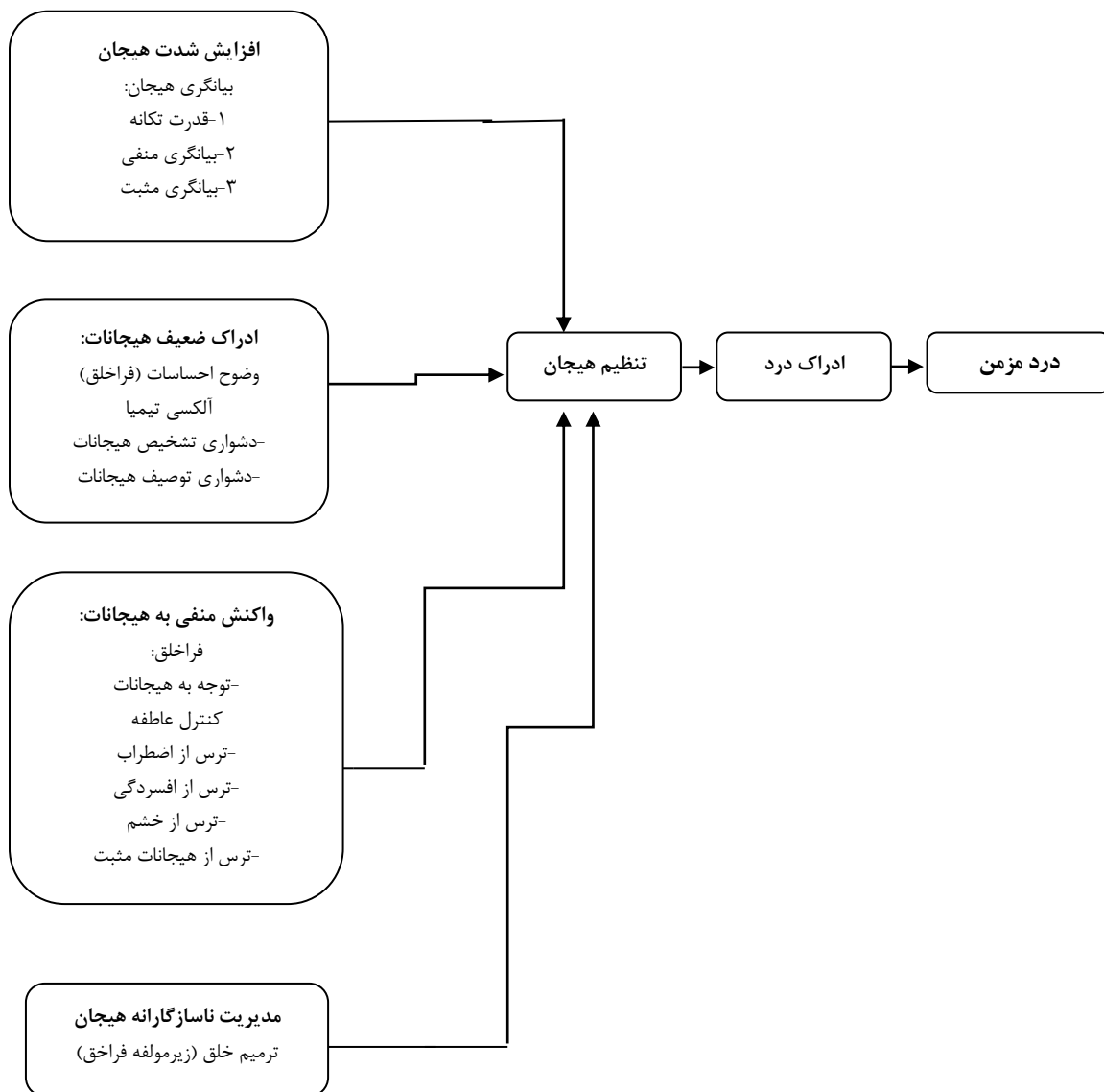
³ Williams

⁴ Nicholson

⁵ Trask

معادلات ساختاری حداقل حجم نمونه پیشنهادی ۲۰۰ نفر است، لذا حجم نمونه بیشتر از ۲۰۰ نفر انتخاب شد تا در صورت ریزش پرسشنامه‌ها این مفروضه رعایت گردد.

ب) نمونه پژوهش: از میان جامعه آماری، نمونه‌ای شامل ۲۱۰ نفر بر اساس مصاحبه بالینی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. با توجه به این‌که در روش



شکل ۱. مدل تنظیم هیجان درد مزمن

همسانی درونی ابزار ۰/۷۳ به دست آمد. خسروی، صدیقی، مرادی علمداری و زنده دل در سال ۱۳۹۱ به ترجمه، بومی سازی و بررسی پایایی این پرسشنامه به زبان فارسی پرداخته و بیان کرده‌اند که پرسشنامه فارسی درد مک گیل از انطباق فرهنگی و پایایی کافی برای استفاده در مطالعات اپیدمیولوژیک درد مزمن برخوردار است. در مطالعه آن‌ها بر نمونه ۸۴ نفری، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۵ گزارش کردند [به نقل از ۳۴].

ابزارهای پژوهش

۱) پرسشنامه ادراک درد مک‌گیل^۱: فرم کوتاه پرسشنامه درد مک‌گیل توسط ملزاک در سال ۱۹۸۳ طراحی شده است و شامل ۱۵ سؤال ۴ درجه‌ای (بدون درد تا شدید) است. در پژوهش ملزاک (۱۹۸۳)، همبستگی فرم بلند و فرم کوتاه ۰/۶۷ تا ۰/۸۷ بود. در این پژوهش، ضریب

^۱ McGill Pain Questionnaire (MGPPQ)

بازسازی (ترمیم) احساسات (۶ سؤال) می‌باشد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شوند اما نمره‌بندی سؤالات ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۱، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۳، ۲۷ و ۲۹ به صورت معکوس می‌باشد. روایی و پایایی نسخه فارسی این مقیاس در پژوهش‌های انجام گرفته قابل قبول گزارش شده است. ضریب همسانی درونی در پژوهش رضانی و همکاران در سال ۱۳۸۵، ۰/۷۰ گزارش گردید [۳۶].

سالووی و همکاران در پژوهش خویش در سال ۱۹۹۵ همبستگی این مقیاس را با سایر ابزارهای سنجش خلق و مدیریت خلق گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ برای توجه ۰/۹۰، وضوح ۰/۹۰ و بازسازی ۰/۸۶ و پایایی آزمون - بازآزمون نیز ۰/۶۰ تا ۰/۸۳ گزارش گردیده است [۱۵]. ضریب همسانی درونی کل مقیاس و ابعاد آن به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۹، ۰/۸۱، ۰/۸۷ به دست آمد.

(۵) مقیاس آلکسی تورتو^۸: مقیاس آلکسی تیمیای تورتو یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر بیرون محور دارد که توسط بگبی و همکاران در سال ۱۹۹۴ تهیه شده است. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) نمره‌گذاری می‌شوند. سؤالات ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. زیرمقیاس سوم در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار نگرفت. چون این خرده مقیاس صرفاً درک هیجانی را ارزیابی نمی‌کند. نمرات عوامل این مقیاس همبستگی منفی با ارزیابی‌های مربوط به دسترسی به احساسات فرد و گشودگی احساسات داشت [۱۵]. همسانی درونی این مقیاس قابل قبول گزارش شده است. در پژوهش عیسی زادگان و همکاران [۳۷]، همسانی درونی مقیاس ۰/۷۴ و برای ابعاد ۱ و ۲ آن به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۶۶ گزارش شد. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ نمره کل ۰/۸۸ و برای ابعاد شناسایی و توصیف احساسات به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۶ بود.

(۶) مقیاس کنترل عاطفه^۹: مقیاس کنترل عاطفه^{۱۰} یک مقیاس ۴۲ سؤالی خودگزارش دهی است و شامل ۴ خرده مقیاس ترس از اضطراب، ترس از افسردگی، ترس از خشم و ترس از هیجانات مثبت است. آیتم‌ها بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند.

حمزه پور حقیقی در پژوهشی [۳۴] ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۸۲ گزارش کرد. ضریب همسانی درونی در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد.

(۲) مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان گراتز و رومر^۱: مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی یک شاخص خودگزارشی است که برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجانی به شکل جامع‌تری نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه ساخته شده است و دارای ۳۶ عبارت می‌باشد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت، از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌بندی شده‌اند. سؤالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نتایج مربوط به پایایی، نشان می‌دهند که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا (کل مقیاس $\alpha = 0.93$) است. در رابطه با روایی نیز بررسی‌ها نشانگر روایی سازه و پیش‌بین کافی برای این مقیاس است [۳۵]. همچنین پایایی همسانی درونی فرم ترجمه شده به فارسی این مقیاس طی یک مطالعه مقدماتی بر روی ۴۸ دانشجوی دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد، مورد محاسبه قرار گرفت. علوی در سال ۱۳۸۸ همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس ($\alpha = 0.86$) در یک جمعیت ایرانی نشان داد [به نقل از ۱۵]. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ نمره کل ۰/۸۵ به دست آمد.

(۳) پرسشنامه بیانگری هیجانی برکلی^۲: پرسشنامه بیانگری هیجانی برکلی یک ابزار ۱۶ سؤالی است که بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شده است. این پرسشنامه شامل ۳ خرده مقیاس قدرت تکانه^۳ (سؤالات ۲، ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۱۵) بیانگری منفی^۴ (۳، ۵، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۶) و بیانگری مثبت^۵ (۱، ۴، ۶ و ۱۰) است. سؤالات ۳، ۸ و ۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ضریب همسانی درونی و پایایی باز آزمون این پرسشنامه در پژوهش گراس و جان در سال ۱۹۹۷ قابل قبول گزارش شد [۱۵]. همسانی درونی نمره کل مقیاس بیانگری هیجانی در پژوهش حاضر ۰/۸۱ و برای ۳ مؤلفه به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۹ و ۰/۸۰ به دست آمد.

(۴) مقیاس صفت فراخلق^۶: مقیاس صفت فراخلق^۷ یک ابزار ۴۲ سؤالی است که شامل سه مؤلفه توجه به احساسات (۱۳ سؤال)، وضوح احساسات (۱۱ سؤال) و

¹ Difficulty Emotion Regulation Scale (DERS)

² Berkeley Expressivity Questionnaire (BEQ)

³ Impulse Strength

⁴ positive expressivity

⁵ negative expressivity

⁶ Trait Met mood scale (TMMS)

⁷ Trait Meta-Mood Scale

⁸ Toronto alexithymia scale (TASS)

⁹ Affect control scale (ACS)

¹⁰ Affective Control Scale

شد.

نتایج

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
ادراک درد	۱۶/۲۱	۸/۳۳	۲	۴۵
دشواری‌های تنظیم هیجان	۹۸/۰۴	۲۴/۲۲	۵۳	۱۶۴
بیانگری هیجانی	۷۰/۹۳	۱۲/۲۳	۴۷	۱۰۴
قدرت تکانه	۲۸/۴۸	۵/۹۱	۱۶	۴۲
بیانگری منفی	۲۳/۲۵	۵/۴۶	۱۰	۴۰
بیانگری مثبت	۱۹/۱۸	۳/۸۹	۱۰	۲۸
فراخلاق	۱۰۴/۲۴	۱۳/۴۴	۷۳	۱۴۰
توجه به احساسات	۳۳/۹۳	۶/۸۲	۱۹	۴۸
وضوح احساسات	۳۴/۶۸	۶/۰۲	۲۱	۴۷
ترمیم احساسات	۳۵/۶۳	۵/۶۷	۱۹	۴۶
الکسی تیمیا	۳۵/۰۸	۱۰/۱۷	۳۵	۶۸
دشواری در توصیف احساسات	۱۵/۲۷	۴/۳۳	۵	۲۴
دشواری در شناسایی احساسات	۱۹/۸۱	۶/۴	۷	۳۵
کنترل عاطفه	۱۶۵/۵۵	۲۵/۳	۱۰	۲۳۳
ترس از اضطراب	۲/۶	۰/۷۳	۱	۴۸
ترس از افسردگی	۳۱/۸۲	۶/۹۳	۱	۴۸
ترس از خشم	۳۵/۳۶	۷/۱۲	۵	۵۲
ترس از هیجانات مثبت	۴۶/۱۳	۹/۰۶	۵	۷۴

زیرمقیاس‌های این مقیاس دارای همسانی درونی قابل قبولی می‌باشند، به این ترتیب که ضریب همسانی درونی نمره کل مقیاس ۰/۹۴ و زیرمؤلفه‌های خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۹۱، ۰/۸۹ و ۰/۸۴ به دست آمد. پایایی آزمون-بازآزمون کل مقیاس در فاصله ۲ هفته نیز ۰/۷۸ گزارش گردید [برگ^۱، شاپیرو^۲، چامبلز^۳، آهرنس^۴؛ ویلیامز و همکاران؛ به نقل از ۱۵].

نمره کل این مقیاس همبستگی بالایی با روان رنجوری و کنترل هیجانی و همبستگی پایینی با عدم گرایش اجتماعی دارد [۱۵]. در پژوهش حاضر نیز اعتبار کل آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و برای خرده مؤلفه ترس از اضطراب ۰/۷۹، ترس از افسردگی ۰/۸۱، ترس از خشم ۰/۸۲ و ترس از هیجانات مثبت ۰/۸۶ به دست آمد.

شیوه انجام پژوهش

شیوه اجرای پژوهش به این صورت بود که بعد از مراجعه به دو کلینیک تخصصی درد در شهر رشت و کسب اجازه از پزشکان مسئول کلینیک، بیمارانی که نشانگان اختلال اضطراب فراگیر را داشتند بعد از مصاحبه اولیه انتخاب می‌شدند. سپس با ارائه توضیحات لازم درباره هدف پژوهش و اطمینان بخشی به شرکت‌کنندگان مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات و کسب رضایت جهت شرکت در پژوهش، پرسشنامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار داده شد.

اجرا به صورت انفرادی بود و جهت پاسخگویی به سؤالات محدودیت زمانی وجود نداشت. در مورد آزمودنی‌های کم‌سواد، سؤالات برای آن‌ها قرائت می‌شد و جواب انتخابی آن‌ها یادداشت می‌گردید. داده‌های پژوهش از اواخر خرداد تا اواسط شهریور گردآوری شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت از داشتن سابقه درد بیش از ۶ ماه، نشانگان اختلال اضطراب فراگیر و عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی بود. افراد مبتلا به درد مزمن با سایر اختلالات از نمونه‌ها کنار گذاشته شدند.

شیوه تحلیل داده‌ها

جهت بررسی شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار و روش آماری ضریب همبستگی پیرسون نرم‌افزار SPSS-20، استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌های آماری جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش از روش معادلات ساختاری و نوشتار ۸/۱۸ نرم‌افزار لیزرل استفاده

¹ Berg

² Shapiro

³ Chambless

⁴ Ahrens

نتیجه ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون بین نمره‌ی تنظیم هیجان، فراخلق، آلکسی تیمیا و کنترل عاطفه با ادراک درد

متغیرها	ادراک درد	دشواری‌های تنظیم هیجان
دشواری‌های تنظیم هیجان	۰/۲۸۴***	-
بیانگری هیجانی	۰/۲۲۶***	۰/۳***
قدرت تکانه	۰/۲۹۹***	۰/۳۶۱***
بیانگری منفی	۰/۱۰۷	۰/۲۸۹***
بیانگری مثبت	۰/۱۱۲	-۰/۰۰۸
فراخلق	-۰/۲۶۴***	-۰/۵۱۷***
توجه به احساسات	-۰/۱۵۴*	-۰/۳۱۴***
وضوح احساسات	-۰/۵۱۷***	-۰/۵۱۷***
ترمیم احساسات	-۰/۱۱۹*	-۰/۵۰۸***
آلکسی تیمیا	۰/۳۵۷***	۰/۶۳۱***
دشواری در توصیف احساسات	۰/۳۴۵***	۰/۵۳۳***
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۳۳۴***	۰/۶۴۳***
کنترل عاطفه	۰/۲۵۹***	۰/۵۰۳***
ترس از اضطراب	۰/۲۲۸***	۰/۴۴۱***
ترس از افسردگی	۰/۲۷***	۰/۵۵۷***
ترس از خشم	۰/۱۵	۰/۳۴۸***
ترس از هیجانات مثبت	۰/۱۸۷***	۰/۲۹۳***

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل نهایی (بعد از اصلاح)

مدل	χ^2	df	P	χ^2/df	CFI	GFI	AGFI	NNFI	RMSEA	نتیجه
قبل از اصلاح (اولیه)	۱۶/۵۲	۴	۰/۰۰۲	۴/۱۳	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۸۷	۰/۸۹	۰/۱۲۴	رد مدل
بعد از اصلاح (نهایی)	۱/۶۴	۳	۰/۶۵	۰/۵۴	۱	۱	۰/۹۸	۱/۰۱	۰/۰۰۱	تأیید مدل

از نرمال بودن چند متغیری حساس نبوده است. نسبت مجذور خی دو به df نشان می‌دهد که مقدار به دست آمده برای مدل نهایی 0.54 می‌باشد که این مقدار کمتر از دامنه قابل قبول بوده و نشان از برازش مدل دارد.

بر اساس نتایج جدول ۳، شاخص‌های به دست آمده، نشان‌دهنده برازندگی و تناسب خوب مدل می‌باشد. شاخص خی دو (χ^2) با توجه به $P > 0.05$ به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد و این نشان می‌دهد مدل به حجم نمونه و انحراف

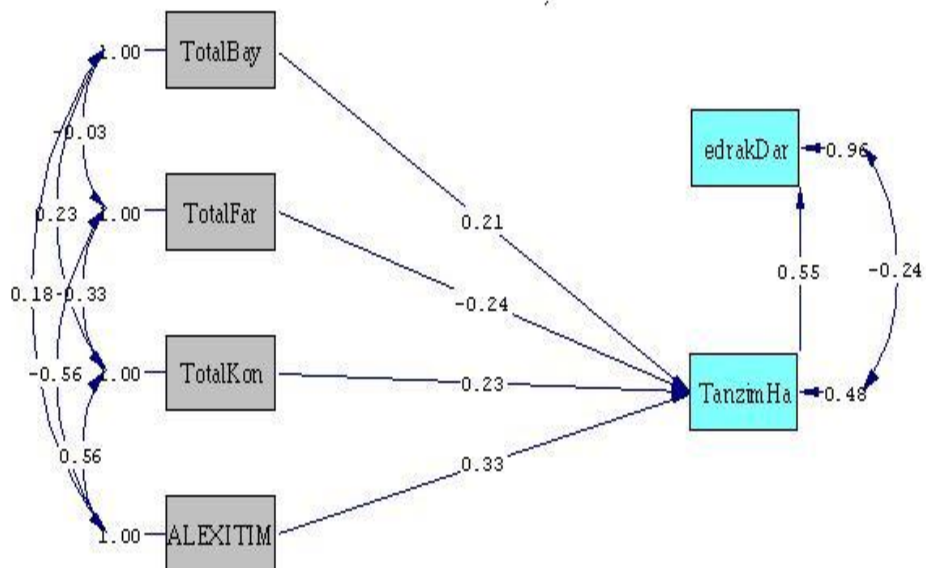
جدول ۴. مقادیر روابط مستقیم، غیر مستقیم و اثرات کل متغیرهای پیش‌بین بر ادراک درد

اثرات مستقیم	مقادیر استاندارد شده	مقادیر استاندارد نشده	خطای استاندارد	t	Sig.	ضرایب تعیین (R^2)
تنظیم هیجان بر ادراک درد	۰/۵۵	۰/۲۰	۰/۰۳	۵/۷۸	$P < 0.01$	۳۰/۲۵
بیانگری بر تنظیم هیجان	۰/۲۱	۰/۴۰	۰/۰۹	۴/۴۶	$P < 0.01$	۲۶/۳۵
فراخلق بر تنظیم هیجان	-۰/۲۴	-۰/۴۲	۰/۱۰	-۴/۴۴	$P < 0.01$	
کنترل بر تنظیم هیجان	-۰/۲۳	-۰/۲۳	۰/۰۶	۴/۱۲	$P < 0.01$	
الکسی تیمیا بر تنظیم هیجان	۰/۳۳	۰/۷۴	۰/۱۵	۵/۱۹	$P < 0.01$	
اثرات غیرمستقیم						
بیانگری بر تنظیم هیجان بر ادراک درد	۰/۱۱	۰/۰۸			$P < 0.01$	
فراخلق بر تنظیم هیجان بر ادراک درد	-۰/۱۳	-۰/۰۸			$P < 0.01$	
کنترل بر تنظیم هیجان بر ادراک درد	-۰/۱۲	۰/۰۴			$P < 0.01$	

	P< ۰/۰۱			۰/۱۵	۰/۱۸	الکسی تیمیا بر تنظیم هیجان بر ادراک درد
اثرات کل						
	P< ۰/۰۱			۰/۲۰	۰/۵۵	تنظیم هیجان بر ادراک درد
	P< ۰/۰۱			۰/۱۵	۰/۱۸	الکسی تیمیا بر ادراک درد
	P< ۰/۰۱			-۰/۰۸	-۰/۱۳	فراخلاق بر ادراک درد
	P< ۰/۰۱			۰/۰۴	۰/۱۲	کنترل بر ادراک درد
	P< ۰/۰۱			۰/۰۸	۰/۱۱	بیانگری بر ادراک درد

متغیرها نیز نشان می‌دهد که از میان متغیرهای پیش‌بین، الکسی تیمیا از طریق متغیر تنظیم هیجان با ضریب اثر ۰/۱۸ دارای بیشترین اثر (غیر مستقیم) بر متغیر ادراک درد بوده است. نتایج اثرات کلی (مستقیم و غیر مستقیم) متغیرهای پیش‌بین نیز نشان می‌دهد که متغیر تنظیم هیجان با ضریب مسیر ۰/۵۵ بیشترین تأثیر کل را بر ادراک درد داشته و بنابراین مهم‌ترین عامل در تبیین ادراک درد به حساب می‌آید. متغیرهای الکسی تیمیا، فراخلاق، کنترل و بیانگری، به ترتیب بیشترین تأثیرات بعدی را بر ادراک درد داشته‌اند.

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، متغیر پیش‌بین تنظیم هیجان، با ضریب اثر ۰/۵۵ دارای اثر مستقیم و معناداری بر متغیر ملاک ادراک درد می‌باشد. همچنین متغیرهای بیانگری با ضریب اثر ۰/۲۱، فراخلاق با ضریب اثر ۰/۲۴، کنترل با ضریب اثر ۰/۲۳ و الکسی تیمیا با ضریب اثر ۰/۳۳، نیز دارای اثر مستقیم و معناداری بر متغیر تنظیم هیجان می‌باشند. مقادیر استاندارد شده اثرات مستقیم متغیرها نیز نشان می‌دهد که در بین متغیرهای پیش‌بین، متغیر تنظیم هیجان دارای بیشترین تأثیر مستقیم بر ادراک درد است. نتایج روابط غیر مستقیم



Chi-Square=1.64, df=3, P-value=0.65007, RMSEA=0.000

شکل ۲. مدل مقادیر مسیر مستقیم و غیر مستقیم استاندارد شده درد مزمن

بر اساس شکل ۲، ارتباط مسیر مستقیم تنظیم هیجان با متغیر ملاک ادراک درد معنادار می‌باشد. همچنین، ضرایب مسیر غیر مستقیم استاندارد شده، بین متغیرهای پیش‌بین بیانگری، فراخلق، کنترل و الکسی تیمیا با متغیر ملاک ادراک درد معنادار می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

اولین یافته پژوهش حاکی از ارتباط مستقیم تنظیم هیجان با ادراک درد در مبتلایان دارای نشانگان اضطراب فراگیر بود که این یافته در راستای نتیجه پژوهش سالومونز، ناسلوک، دتلوف، جانسون و دیویدسون [۳۸] است که نشان دادند وقتی ادراک درد کنترل می‌شود، عاطفه منفی از طریق مکانیسم‌های تنظیم شناختی هیجان کاهش می‌یابد. نتایج پژوهش تی‌سایپس و همکاران نیز نشان داده است که دشواری‌های تنظیم هیجان نقش واسطه‌ای بر ارتباط نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و دامنه وسیعی از مشکلات خواب دارد [۳۹]. پژوهش‌ها حاکی است افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، شدت بیشتری از هیجان‌ات را گزارش می‌کنند و مهارت‌های کمی برای شناسایی و توصیف هیجان‌ات خود دارند [۴۰-۴۱] و درک ضعیف هیجان‌ها علائم اختلال اضطراب فراگیر را پیش‌بینی می‌کند. افرادی که نمی‌توانند به‌طور مؤثر پاسخ‌های هیجانی را به حوادث روزانه مدیریت و تنظیم کنند، دوره‌های پریشانی طولانی‌تر و شدیدتری را تجربه می‌کنند که ممکن است قابل تبدیل به اضطراب و افسردگی قابل تشخیص شوند [۴۲]. افراد مبتلا به اضطراب فراگیر با استفاده از نگرانی، از پردازش محرک‌های هیجانی پرهیز می‌کنند و بدین ترتیب نقص مهارت هیجانی و تنظیم نادرست هیجان به‌عنوان مشکل اصلی در این بیماران بروز پیدا می‌کند [۱۵]. درد و هیجان‌ات منفی ارتباط معناداری با هم دارند [۴۳]. توانمند بودن افراد از نظر هیجانی، روبرو شدن آن‌ها را با چالش‌های زندگی آسان می‌کند و در نتیجه آن‌ها را از سلامت روان بیشتری برخوردار می‌کند. آلدوا و همکاران [۱۴] اذعان کرده‌اند که انواع مختلف آسیب‌شناسی روانی و مشکلات سلامت روان می‌توانند به‌عنوان پیامد دشواری‌های تنظیم هیجان مورد توجه قرار گیرند. دشواری‌های تنظیم هیجان می‌توانند منجر به روابط بین فردی ضعیف گردند که در نهایت می‌تواند منجر به بدکارکردی اجتماعی و سایر مشکلات سلامت روان گردد.

یافته دیگر پژوهش حاکی از ارتباط غیر مستقیم بیانگری، فراخلق، الکسی تیمیا و کنترل عاطفه با ادراک درد به‌واسطه نقش میانجی دشواری‌های تنظیم هیجان است

که این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های قبلی است [۴۴]. نتیجه پژوهش پندی و همکاران [۲۷] نشان داد که الکسی تیمیا با دشواری‌های تنظیم هیجان مرتبط است و این دشواری‌ها سهم بالایی در مشکلات مرتبط با سلامتی دارند. بشارت، افقی، آقای ثابت، حبیب نژاد، پورنقدعلی و گرانیماه پور [۴۵] نیز گزارش کردند که راهبردهای تنظیم هیجان می‌توانند رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی را تعدیل کنند. در مورد رابطه بیانگری هیجانی، فراخلق و کنترل عاطفه و ادراک درد به‌واسطه نقش میانجی تنظیم هیجانی باید اذعان کرد که مطالعات نشان داده‌اند از میان عوامل مرتبط با درد، میان شدت درد و پریشانی هیجانی رابطه مثبتی وجود دارد. تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که درد به‌طور مثبت با هیجان‌ات منفی مثل ترس، اضطراب و ناراحتی و افسردگی همبستگی دارد و خشم نیز به‌عنوان یک هیجان منفی به خودی خود اثر مستقیم بر روی درد دارد [۴۶]. ناگویی هیجانی، به‌عنوان ویژگی مشترک افراد مبتلا به بیماری‌های روان تنی، پدید آبی و استمرار بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۴۷] و پژوهش‌ها ارتباط ناگویی هیجانی را با درد در گروهی از بیماران مبتلا به درد مزمن [۴۸-۴۹] نشان داده‌اند. نارسایی در نظم دهی هیجانی می‌تواند موجب افزایش تجارب منفی شود؛ بنابراین، هنگامی که افراد احساس می‌کنند مهار کمی بر موقعیت دارند، آن را منفی و پرتنش تعبیر می‌کنند، امری که نتیجه آن تجربه عاطفی منفی خواهد بود. افراد الکسی تیمیا توانایی محدودی در سازگاری با شرایط استرس‌زا دارند و هنگام رویارویی با یک رویداد آسیب‌زا به دلیل ناتوانی در تنظیم و مدیریت احساسات، دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند. در واقع مبتلایان به الکسی تیمیا احساسات نامتمایزی دارند که عموماً با یک برانگیختگی فیزیولوژیک همراه است. دشواری‌های تنظیم هیجان مرتبط با الکسی تیمیا می‌تواند به‌طور بالقوه در گسترش مشکلات مرتبط با سلامت سهم داشته باشد. الکسی تیمیا با دشواری‌های تنظیم هیجان مرتبط است. افراد الکسی تیمیک انواع دشواری‌های تنظیم هیجان از قبیل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، فقدان وضوح هیجانی، دشواری‌های درگیری در رفتارهای هدفمند، دشواری‌های کنترل تکانه و محدودیت دستیابی به راهبردهای تنظیم هیجان نشان می‌دهند [۲۶].

ناتوانی در نظم دهی هیجان می‌تواند با سطوح پایین سلامت جسمانی و روانی افراد مبتلا به ناگویی خلقی در ارتباط باشد [۲۷]. به‌طور کلی، در تبیین این یافته‌ها باید اذعان کرد که هیجان‌ات خوشایند شدت درد را کاهش می‌دهند درحالی‌که هیجان‌ات ناخوشایند آن را افزایش

منابع

- ۱- رفیعی، سحر؛ فروغی، علی اکبر؛ مؤمن زاده، سیروس. (۱۳۹۰). مقایسه اختلالات روان‌شناختی همبود در زنان و مردان مبتلا به درد اسکلتی عضلانی مزمن. مجله پزشکی هرمزگان، ۱۵(۴)، ۲۹۰-۵.
- ۲- انوری، محمدحسن؛ ابراهیمی، امراله؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ افشار، حمید؛ عابدی، احمد. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد (ACT) بر پذیرش درد، اضطراب مرتبط با درد و شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۳۲(۲۹۵)، ۱-۱۰.
- 3- Nicholas, M. K., Molloy, A., Tonkin, L., Beeston, L. (2006). Manage your pain: practical and positive ways of Adapting to chronic pain. Sydney: ABC Books.
- 4- Lohnberg, J. A. (2011). An examination of the psychosocial profile of individuals with complex regional pain syndrome. PhD (Doctor of Philosophy) thesis, University of Iowa. (pp. 11-18).
- 5- Tsang, A., Von Korff, M., Lee, S., Alonso, J., Karam, E., Angermeyer, M. C., & et al... (2008). Common Chronic Pain Conditions in Developed and Developing Countries: Gender and Age Differences and Comorbidity with Depression-Anxiety Disorders. Pain, 9(10), 883-891.
- ۶- محمد زاده، فاطمه؛ فقیه زاده، سقراط؛ باغشستانی، احمدرضا؛ اسدی لاری، محسن؛ واعظ مهدوی، محمدرضا؛ عرب خردمند، جلیل. (۱۳۹۲). اپیدمیولوژی درد مزمن در شهر تهران و برآورد کوچک ناحیه‌ای شیوع آن در محله‌های تهران، با استفاده از رویکرد بی‌زی. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، ۹(۱)، ۳۱-۱۹.
- 7- Niles, A. N., Dour, H. J., Stanton, A. L., Roy-Byrne, P. B., Stein, M. B., Sullivan, G., & et al. (2015). Anxiety and depressive symptoms and medical illness among adults with anxiety disorders. Journal of Psychosomatic Research, 78(2), 109-115.
- 8- Lighthart, L., Gerrits, M., Boomsma, D., Penninx, & Penninx, W. (2013). Anxiety and Depression Are Associated with Migraine and Pain in General: An Investigation of the Interrelationships. Pain, 14(4), 363-370.
- 9- Gerrits, G. M. J., van Marwijk, H. W. V., Oppen, P. V., Horst, H. V. D. R., & Penninx, B. W. J. H. (2014). Pain and the onset of depressive and anxiety disorders. Pain, 155(1), 53-59.
- می‌دهند. هیجانات می‌توانند منجر به توجه افراد به درد شوند. نداشتن آگاهی از هیجان‌ها نیز، منجر به تشدید برانگیختگی هیجانی می‌شود. اگر این وضعیت به طول انجامد، منجر به فشار بر سیستم‌های ایمنی، غده هیپوفیز، آدرنال و سیستم‌های خودمختار می‌شود. تداوم تحریکات روی این سیستم‌ها، موجب ناراحتی فیزیکی و روانی می‌شود [۵۰]. از سویی دیگر، بر اساس نظریه‌ی شناختی هیجانی استرس در صورتی ایجاد می‌شود که شخص موقعیتی را چالش‌برانگیز و طاقت‌فرسا ارزیابی کند [۵۱] بنابراین بیان احساسات موجب تخلیه هیجانی و آرامش می‌شود و چون افراد مبتلا به درد مزمن در بیان هیجانات با مشکل روبرو هستند بنابراین مشکلات هیجانی و عاطفی خود را به صورت درد نشان می‌دهند. در مبتلایان به درد مزمن، مشکلات مرتبط با تنظیم هیجان با کاهش آستانه تحمل درد مرتبط بوده و منجر به ادراک درد بالا در آن‌ها می‌گردد. درحالی‌که اگر در مبتلایان به درد مزمن تنظیم هیجانات به صورت سازگارانه باشد می‌تواند منجر به فرونشانی و تسکین درد گردد. پاره‌ای از کاستی‌های پژوهش حاضر به شرح زیر بود: نخست، جمعیت مورد بررسی، مبتلایان به درد مزمن بودند، از این رو تعمیم آن‌ها به جمعیت‌های دیگر با محدودیت روبرو است. لذا پیشنهاد می‌شود بررسی‌های مشابه بر روی مبتلایان به سایر اختلالات روان‌شناختی و نیز مبتلایان به درد مزمن همانند با سایر اختلالات اضطرابی و اختلالات خلقی انجام گیرد.
- دوم، به دلیل بالا بودن تعداد نمونه زنان امکان مقایسه تفاوت‌های جنسیتی وجود نداشت، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی تفاوت‌های جنسیتی مدنظر قرار داده شود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که در تشخیص، پیش‌آگهی و درمان دردهای مزمن بایستی به جنبه‌های روان‌شناختی همراه با درد توجه کافی داشت و غربالگری بیماران مبتلا از نظر وجود اختلال اضطراب فراگیر مهم بوده و موجب پیشگیری از مزمن شدن درد می‌گردد.
- از سویی دیگر وارد کردن فرایندهای هیجانی در طرح‌های درمانی جهت بهبود بیماران مبتلا به درد مزمن می‌تواند مؤثر باشد و به دلیل شیوع قابل توجه اضطراب فراگیر در مبتلایان به درد مزمن و روایی مدل‌های هیجانی، آموزش مهارت‌های هیجانی، می‌تواند نتایج بهتری برای افراد مبتلا داشته باشد.

- 21- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, G., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1011–1023.
- 22- Gross, J. J., & John, O. P. (1997). Revealing feelings: facets of emotional expressivity in self-reports, peer ratings, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 435–448.
- 23- Palm, M. E., Elliott, R., McKie, S., Deakin, J. F., & Anderson, I. M. (2011). Attenuated responses to emotional expressions in women with generalized anxiety disorder. *Psychology Medicine*, 41(5), 1009-18.
- ۲۴- سپهریان آذر، فیروزه. (۱۳۹۰). هوش هیجانی. انتشارات جهاد دانشگاهی. چاپ دوم.
- 25- Thompson, B. L., Waltz, J., Croyle, K., & Pepper, A. C. (2007). Trait meta-mood and affect as predictors of somatic symptoms and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 43, 1786–1795.
- 26- Wong, S. S., Oei, T. P. S., Ang, R. P., Lee, B. O., Wang, A. K., & Leng, V. (2007). Personality, Meta-Mood Experience, Life Satisfaction, and Anxiety in Australian versus Singaporean Students. *Current Psychology*, 26, 109–120.
- 27- Pandey, R., Saxena, P., Dubey, A. (2005). Emotion regulation difficulties in alexithymia and mental health. *Europe's Journal of Psychology*, 7(4), 604-623.
- ۲۸- عیسی زادگان، علی؛ فتح آبادی، جلیل. (۱۳۹۱). نقش راهبردهای نظم دهی شناختی هیجان و سلامت عمومی در ناگویی خلقی. *مجله روان‌شناسی تحولی*، ۸(۳۱)، ۲۵۹–۲۶۹.
- 29- Dubey, A., Pandey, R., Mishra, K. (2010). Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship an overview. *Social Science Research*, 7, 20-31.
- 30- Nash, J. M., Williams, D.M., Nicholson, R., Trask, P.C. (2006). The contribution of pain-related anxiety to disability from headache. *Behavior Medicine*, 29(1), 61-7.
- 31- Trost, Z., Vangronsveld, K., Linton, S. J., Quartana, P. J., & Sullivan, M. J. L. (2012). Cognitive dimensions of anger in chronic pain. *Pain*, 153, 515–517.
- 10- Gerrits, G. M. J., van Marwijk, H. W. V., Oppen, P. V., Horst, H. V. D. R., & Penninx B. W. J. H. (2015). Longitudinal association between pain, and depression and anxiety over four years. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(1), 64-70.
- 11- Von Korff, M., Crane, P., Lane, M., Miglioretti, D. L., Simon, G., Saunders, K., & et al. (2005). Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Pain*, 115, 331–9.
- 12- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorder: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- 13- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: R. Heimberg, C. Turk, & D. Mennin (Eds.), *generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 77–108). New York, NY, US: Guilford Press.
- 14- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217–237.
- 15- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281–1310.
- ۱۶- سپهریان آذر، فیروزه؛ اسدی مجره، سامره. (۱۳۹۴). آزمون مدل ارتباطی محیط هیجانی خانواده با استرس ادراک شده: نقش میانجی دشواری‌های تنظیم هیجان. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۲۵(۱۲)، ۸۹–۱۰۰.
- 17- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2003). *Learning emotionfocus therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 18- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 22, 211–221.
- 19- Bender, P. K., Reinholdt- Dunne, M. L., Esbjrn, B. H., & Pons, F. (2012). Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: Gender differences. *Personality and Individual Differences*, 53, 284–288.
- 20- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 85–90.

- 43- Linton, S. J. (2013). A Transdiagnostic Approach to Pain and Emotion *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 18, 2, 82-103.
- 44- Turesky, D. G. (2011). A descriptive analysis of alexithymia among patients with chronic back pain. PhD (Doctor of Philosophy), thesis, University of Iowa.
- ۴۵- بشارت، محمدعلی؛ افقی، زهرا؛ آقایی ثابت، سارا؛ حبیب نژاد، محمد؛ پورنقدعلی، علی؛ گرانیامیه پور، شیوا (۱۳۹۲). نقش تعدیل‌کننده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۱۵(۴): ۴۳-۵۲.
- 46- Keefe, F.J., Lumley, M., Anderson, T., Lynch, T., Studts, J.L., & Carson, K.L., (2001). Pain and emotion: New research directions. *Journal of Clinical Psychology*, 57:587-607.
- 47- Ahlberg, J., Nikkila, H., Kononen, M., Partinen, M., Lindholm, H., Sarna, S., & Savolainen, A. (2004). Associations of Perceived Pain and Painless TMD-related Symptoms with Alexithymia and Depressive Mood in Media Personnel with or Without Irregular Shift Work, *Acta Odontol Scand*, 62, 119-23.
- 48- Porcelli, P., Tulipani, C., Maiello, E., Cilenti, G., Todarello, O. (2007). Alexithymia, Coping, and Illness Behavior Correlates of Pain Experience in Cancer Patients, *Psychooncology*, 16, 644-50.
- 49- Huber, A., Suman, A.L., Biasi, G., & Carli, G. (2009). Alexithymia in Fibromyalgia Syndrome: Associations with Ongoing Pain, Experimental Pain Sensitivity and Illness Behavior, *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 425-33.
- ۵۰- بشارت، محمدعلی؛ زاهدی تجربی، کامیل؛ نور بالا، احمدعلی. (۱۳۹۲). مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی. روان‌شناسی معاصر، ۸(۲)، ۳-۱۶.
- ۵۱- یعقوبی، ابوالقاسم؛ علیزاده، گلاویژ؛ صوفی، صلاح. (۱۳۹۴). پیش‌بینی استرس ادراک شده بر اساس باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوکان. روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۲۵(۱۲)، ۶۵-۷۴.
- 32- Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2012). Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*, 153, 1144-1147.
- 33- Wiech, K., & Tracey, I. (2009). The influence of negative emotions on pain: Behavioral effects and neural mechanisms. *Neuroimage*, 47, 987-994.
- ۳۴- حمزه پور حقیقی، طاهره. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر ادراک درد، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرترید روماتوئید. رساله دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی ساری.
- 35- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Asses*, 26(1), 41-54.
- ۳۶- بیانی، علی‌اصغر. (۱۳۸۸). بررسی پایایی و روایی نسخه‌ی فارسی مقیاس هوش هیجانی در دانشجویان. مجله‌ی اصول بهداشت روانی، ۱۱(۳)، ۲۰۱۲-۲۰۵.
- ۳۷- عیسی زادگان، علی؛ شیخی، سیامک؛ بشیرپور، سجاد. (۱۳۹۰). رابطه آلکسی تیمیا و تیپ شخصیتی D با سلامت عمومی. مجله پزشکی ارومیه، ۲۲(۶)، ۵۳۰-۵۳۸.
- 38- Salomons, T. V., Nusslock, R., Detloff, A., Johnstone, T., and Davidson, R. J. (2014). Neural Emotion Regulation Circuitry Underlying Anxiolytic Effects of Perceived Control over Pain. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 27(2), 222-233.
- 39- Tsypes, A., Aldao, A., & Mennin, D. (2013). Emotion dysregulation and sleep difficulties in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(2), 197-203.
- 40- Mennin, D.S., McLaughlin, K.A., & Flanagan, T.J. (2009). Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 866-871.
- 41- Turesky, D. G. (2011). A descriptive analysis of alexithymia among patients with chronic back pain. PhD (Doctor of Philosophy), thesis, University of Iowa.
- 42- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3, 400-424.