

Investigating the Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship Between Attachment Styles and Ego Strength With Pain Adjustment in Patients With Rheumatoid Arthritis

Jahangiri J¹, *Ranjbari-Pour T², Pashang S², Tari-Moradi A², Bahrami Hidaji M²

Author Address

1. PhD Student in Health Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran.
* Correspondent Author Email: ahereh.ranjbar@kiaiu.ac.ir

Received: 2021 September 24; Accepted: 2021 November 20

Abstract

Background & Objectives: Rheumatoid arthritis is the most common inflammatory rheumatic disease. Due to its chronic course, this disease is debilitating and its chronic pain brings a lot of emotional and psychological stress that produces or aggravate disability resulting from this disease. Pain causes a serious disturbance and challenge to a person's balance at different levels, especially in cognitive functions. Medical, pharmacological, and surgical treatments are insufficient to cure rheumatoid arthritis and other chronic pain situations and have limited effect at best. Therefore, the study of related psychological variables can help improve the treatment processes and ultimately improve the quality of life of these patients. This study aimed to investigate the mediating role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between attachment styles and ego strength with pain adjustment in patients with rheumatoid arthritis.

Methods: This research was a correlational study based on structural equation modeling. The statistical population was all the patients with rheumatoid arthritis, referred to Imam Hossein Hospital in Tehran City, Iran. Of them, 285 people were selected using the available sampling method based on the physician's diagnosis. The inclusion criteria were as follows: diagnosis of rheumatoid arthritis by a specialist doctor based on medical records, ability to read and write, willingness to participate in research and respond to questionnaires, pain rate above 3 on the Pain Scoring Scale) von Baeyer, 2009). The inability to answer the questionnaires was considered as the exclusion criterion. Participants responded to the Attachment Styles Questionnaire (Hazan & Shaver, 1987), Psychosocial Inventory of Ego Strength (Markstrom & Marshall, 2007), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski et al., 2001), and Multidimensional Pain Inventory (Kerns et al., 1985). The data were analyzed using Pearson correlation coefficient and structural equation modeling at a significant level 0.05 in SPSS-23 and AMOS-22 software.

Results: The direct effect of the attachment styles variable on pain adjustment was significant ($p < 0.001$, $\beta = 0.61$). Also, the direct effect of attachment styles on cognitive emotion regulation was significant ($p < 0.001$, $\beta = 0.89$). Regression weights of the path of the ego strength on pain adjustment were at the level of significance ($p < 0.001$, $\beta = 0.93$) and also the path of the ego strength on cognitive emotion regulation was at the level of significance ($p < 0.001$, $\beta = 0.76$). Indirect effect of attachment styles mediated by cognitive emotion regulation on pain adjustment was significant ($p < 0.001$, $\beta = 0.89$). The indirect effect of ego strength on cognitive emotion regulation mediation on pain adjustment was significant ($p < 0.001$, $\beta = 0.76$). The results of the fit indices indicated the confirmation of the model ($p = 0.415$, $CMIN/df = 3.821$, $GFI = 0.907$, $RMR = 0.610$, $TLI = 0.902$, $CFI = 0.911$, $NFI = 0.937$, and $RMSEA = 0.076$).

Conclusion: Since cognitive emotion regulation strategies have both a direct and mediating effect on pain adjustment, they can be used as an important factor in providing psychological services to patients with rheumatoid arthritis.

Keywords: Rheumatoid arthritis, Ego strength, Cognitive emotion regulation, Chronic pain, Attachment styles.

بررسی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و استحکام من با سازگاری با درد در بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید

جهانگیر جهانگیری^۱، * طاهره رنجبری پور^۲، سارا پاشنگ^۲، آرزو تاریرادی^۲، مریم بهرامی هیدجی^۲

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

*وابانامه نویسنده مسئول: tahereh.ranjbar@kiau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲ مهر ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۱ آذر ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: وجود دردهای مزمن در آرتريت روماتوئید فشارهای عاطفی و روانی بسیاری به همراه دارد که در بروز یا تشدید ناتوانی حاصل از این بیماری مؤثر است. هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و استحکام من با سازگاری با درد در بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید بود.

روش بررسی: این تحقیق از نوع همبستگی مبتنی بر مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری را تمامی بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین (ع) تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. از میان آن‌ها ۲۸۵ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس براساس تشخیص پزشک انتخاب شدند و به پرسش‌نامه سبک‌های دلبستگی (هازن و شیور، ۱۹۸۷)، پرسش‌نامه روانی-اجتماعی استحکام من (مارکستر و مارشال، ۲۰۰۷)، پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱) و مقیاس چندوجهی درد (کرنز و همکاران، ۱۹۸۵) پاسخ دادند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و روش مدل‌سازی معادلات ساختاری در سطح معناداری ($\alpha=0/05$) در نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۳ و AMOS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها: اثر مستقیم متغیر سبک‌های دلبستگی بر سازگاری با درد معنادار ($\beta=0/61, p<0/001$) و اثر مستقیم سبک‌های دلبستگی بر تنظیم شناختی هیجان معنادار بود ($\beta=0/89, p<0/001$). وزن‌های رگرسیونی مسیر استحکام من بر سازگاری با درد در دامنه سطح معناداری قرار گرفت ($\beta=0/93, p<0/001$). همچنین مسیر استحکام من بر تنظیم شناختی هیجان در دامنه سطح معناداری قرار داشت ($\beta=0/76, p<0/001$). اثر غیرمستقیم سبک‌های دلبستگی با میانجیگری تنظیم شناختی هیجان بر سازگاری با درد معنادار به دست آمد ($\beta=0/89, p<0/001$) و اثر غیرمستقیم استحکام من با میانجیگری تنظیم شناختی هیجان بر سازگاری با درد معنادار بود ($\beta=0/76, p<0/001$). نتایج شاخص‌های برازش تأیید مدل را نشان داد ($p=0/415, CMIN/df=3/821, GFI=0/907, RMR=0/610, TLI=0/902, CFI=0/911, NFI=0/937, RMSEA=0/076$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به اینکه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به صورت مستقیم و در نقش میانجی بر سازگاری با درد اثر دارد، می‌تواند به عنوان عامل مهمی در ارائه خدمات روان‌شناختی برای این بیماران به کار رود.

کلیدواژه‌ها: آرتريت روماتوئید، استحکام من، تنظیم شناختی هیجان، درد مزمن، سبک‌های دلبستگی.

اجتماعی و همچنین روند بهبود و کیفیت زندگی بیماران به شمار می‌رود (۱۳).

سبک دلبستگی، پیش‌بینی‌کننده موفقیت مداخلات پزشکی است و در تبدیل درد حاد به درد مزمن به منزله آسیب‌پذیری روانی-اجتماعی نقش دارد. نشان داده شده است که سبک دلبستگی نقش مهمی در میزان درد و ناتوانی مرتبط با بیماران آرتریت روماتوئید ایفا می‌کند (۱۴). از مفاهیم دیگری که می‌تواند تجربه درد را تبیین کند، استحکام من^۳ است که از نظر فروید به توانایی من^۴ در مواجهه با انتظارات و تعارض‌های نهاد، فرامن و مقتضیات محیط و مدیریت این شرایط اطلاق می‌شود. از این نظر، استحکام من به فرد کمک می‌کند تا در شرایط استرس‌زا و درمانده‌ساز، پایداری و ثبات هیجانی خود را حفظ کند. به‌طور معکوس، اگر من از استحکام کافی برخوردار نباشد، فرد در کشاکش توقعات و تعارض‌ها گرفتار می‌شود که تجربه آشفتگی هیجانی را به دنبال دارد (۱۵). با توجه به اینکه من، شیوه اختصاص انرژی جسمانی و روانی را در مواجهه با موقعیت‌های مختلف تعیین می‌کند، به‌عنوان مکانیزمی تنظیم‌کننده عمل می‌نماید که کنترل رفتار و عملکرد روان‌شناختی را بر عهده دارد (۱۶)؛ همچنین به درک فرد از هیجان، رفتار و انگیزش کمک می‌کند و با عملکرد سازش‌یافته رابطه دارد (۱۷) که می‌تواند نقش مهمی در سازگاری با درد در بیماری‌های مزمن داشته باشد (۱۸).

اما آیا رابطه بین سبک‌های دلبستگی و استحکام من با سازگاری با درد رابطه‌ای ساده است یا متغیرهای دیگری نیز امکان دارد این رابطه را تحت‌تأثیر قرار دهند. پاسخ به این پرسش یکی از هدف‌های مهم پژوهش حاضر بود. بیماری آرتریت روماتوئید به‌منزله تجربه‌ای استرس‌زا و در مواقعی درمانده‌ساز، هیجان‌های شدید و منفی را فعال می‌کند؛ از این‌رو، فرایند فراز و فرود هیجان‌ها و راهبردهای تنظیم هیجان‌ها ممکن است بتواند به‌عنوان متغیری بنیادین بر رابطه بین سبک‌های دلبستگی و استحکام من با سازگاری با درد مزمن ناشی از بیماری آرتریت روماتوئید اثر بگذارد. در این رابطه، یافته‌های پژوهشی نشان داد، هیجان‌ها و راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند رابطه بین سبک‌های دلبستگی (۱۹، ۲۰) و استحکام من (۲۳-۲۱) با سازگاری و همچنین سازگاری با درد مزمن (۲۴، ۲۵) را تحت‌تأثیر قرار دهند. هیجان، حالت ذهنی موقت و پایداری به‌شمار می‌رود که به‌طور هماهنگ و هم‌زمان فرایندهای روان‌شناختی گوناگون مانند پردازش شناختی، پاسخ‌های فیزیولوژیک، انگیزه، رفتار و بیان را درگیر می‌کند و هدف آن سازمان‌دهی و برانگیزاندن پاسخ‌های انطباقی و افزایش فرصت بقا در مقابل فرصت‌ها و تقاضاهای محیط است (۲۶). هیجان‌ها نیز مانند دلبستگی، مبنای تکاملی دارند. براساس دیدگاه تکاملی، هیجان‌ها حالت خاصی از عمل هستند که توسط انتخاب طبیعی شکل گرفته‌اند و پاسخ‌های فیزیولوژیک، شناختی، رفتاری، انگیزشی و ذهنی را با هدف افزایش توانایی مقابله با چالش‌های انطباقی موقعیت رخ داده در طول تحول، باهم هماهنگ می‌کنند (۲۷). افراد هر روز با تعداد بی‌شماری محرک‌های درونی و بیرونی مواجه

بیماری آرتریت روماتوئید^۱، از بیماری‌های بسیار شایع خودایمنی به‌شمار می‌رود که با آرتریت‌های التهابی چندگانه در مفاصل بزرگ و کوچک و علائم عمومی مشخص می‌شود (۱). شیوع این بیماری تقریباً ۱ درصد از کل جمعیت دنیا (بین ۴/۰ تا ۲/۱ درصد) را در بر می‌گیرد و در زنان تقریباً سه برابر مردان شایع‌تر است (۲). بررسی ابعاد کیفیت زندگی نشان داد که محدودیت فیزیکی تنها پیامد این بیماری نیست؛ بلکه بر جنبه‌های دیگر کیفیت زندگی مانند کارکردهای روان‌شناختی و اجتماعی نیز تأثیر می‌گذارد (۳)؛ با این حال، ویژگی‌های بالینی اولیه این بیماری، درد، تورم و افت عملکرد فیزیکی است؛ اما ادراک درد/ناراحتی و رنج طولانی‌مدت، ویژگی اصلی و نشانه ناخوشایندتر آن برای بیماران تلقی می‌شود که به‌تنهایی می‌تواند جست‌وجوی مکرر درمان پزشکی را پیش‌بینی کند (۴)؛ همچنین شدیدترین عارضه ناخواسته آن، ازدست‌دادن عملکرد بدنی و درد مزمن^۲ است که امکان دارد تأثیر عمده‌ای بر نواحی مختلف بدن فرد داشته باشد (۵) و اغلب با پریشانی همراه است (۶). طبق تعریف انجمن جهانی درد، درد مزمن به دردی اطلاق می‌شود که دست‌کم شش ماه از شروع آن گذشته و با وجود درمان‌های انجام‌شده طی سه ماه گذشته هر روز یا تقریباً هر روز ادامه داشته باشد (۷). چنین دردی به‌صورت بالقوه می‌تواند تأثیری منفی بر بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و بهره‌وری اقتصادی بر جای گذارد و موجب تداخل در انجام فعالیت‌های گوناگون شود (۸)؛ اما تمام افراد به‌شکل یکسانی به درد پاسخ نمی‌دهند (۹). برخی به‌شکل نسبتاً مطلوبی با درد سازگار می‌شوند و برخی نیز مشکلات گوناگونی را در عملکردهای جسمی و روان‌شناختی خود نشان می‌دهند. در اینجا این پرسش مطرح است که مسئول بروز دامنه وسیعی از واکنش‌های گوناگون بیماران مبتلا به درد مزمن چه عواملی است. در پاسخ به این سؤال و در تلاش برای تبیین تنوع سطوح سازگاری با درد مزمن و توجه پیامدهای درد و درنهایت شناسایی عوامل تعیین‌کننده شدت درد و ناتوانی جسمی و روان‌شناختی، الگوهای چندوجهی (زیستی، روانی و اجتماعی) ارائه شده است. براساس این الگوها، عوامل روان‌شناختی مانند هیجان‌ها (اضطراب، افسردگی و خشم)، راهبردهای مقابله با درد، معنای درد برای فرد، شناخت‌های مرتبط با درد و... می‌توانند در فرایند سازگاری با درد نقش مهمی ایفا کنند (۱۰، ۱۱).

اخیراً تفاوت‌های فردی در تجربه و ادراک مربوط به درد را با نظریه دلبستگی بیان کرده‌اند (۱۲). بر این اساس، تجربیات بین‌فردی اولیه با تصاویر دلبستگی (مراقبان اصلی) باعث ارتقا و رشد الگوهای فعال 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 می‌کند. به‌عنوان عامل استرس‌زا، تجربه درد مزمن فعال‌کننده سبک دلبستگی ویژه فرد و درنهایت الگوهای هیجانی، شناختی و رفتاری مرتبط با آن سبک دلبستگی است و چنین الگوهایی، تعیین‌کننده نحوه تعامل فرد با بیماری، پاسخ‌های زیستی، روانی و

3. Ego strength

4. Ego

1. Rheumatoid arthritis

2. Chronic pain

می‌شوند که هیجان‌های مختلفی را در آن‌ها ایجاد می‌کند. چنین هیجان‌هایی باید مدیریت و تنظیم شود تا عملکرد و همچنین سازگاری مختل نگردد. تنظیم هیجان به تمامی فرایندهای بیرونی، درونی و تبدالی اطلاق می‌شود که به وسیله نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی، بیان هیجان‌ها و ایجاد تغییر در تجربه‌های دردناک یک بخش یا بیش از یک بخش هیجان را درگیر می‌سازد. این فرایندها اگر به درستی هدایت شود، به فرد در ارائه کنش سازش‌یافته در برابر برانگیختگی هیجان کمک می‌کند (۲۸).

درد به عنوان تجربه‌ای شخصی، وضعیت تعادلی فرد را در سطوح مختلف به‌ویژه در سطح کارکردهای شناختی^۱ با اختلال و چالش جدی مواجه می‌سازد و با تجربه استرس طولانی و شدید همراه است و موجب رنج و ناراحتی‌های طولانی‌مدت و متحمل شدن هزینه‌های اقتصادی گزاف نیز می‌شود. با وجود شیوع فراوان درد و بار هیجانی ناشی از آن برای بیماران، دانش درباره عوامل مؤثر بر سازگاری با آن محدود است. از سوی دیگر مدل زیستی-پزشکی^۲ با نگاه محدود درباره علت‌شناسی و درمان دارویی درد، اغلب غافل از نقش عوامل روانی-اجتماعی در سازگاری فرد با این تجربه است؛ درحالی‌که نتایج مطالعات نشان داد، بر اثر تجربه درد، سیستم‌های روان‌شناختی مختلف به‌منظور برقراری تعادل، فعال می‌شود (۳۱-۲۹). از آنجاکه افراد مبتلا به درد از مشکلات روان‌شناختی، اختلال در عملکرد فیزیکی و وابستگی به دیگران رنج می‌برند، درمان مؤثر درد، اغلب نیازمند رویکردی چندوجهی شامل دارودرمانی، فیزیوتراپی و مداخلات روان‌شناختی است. متأسفانه، درمان‌های پزشکی، دارویی و جراحی برای کاهش آرتريت روماتوئید و سایر انواع موقعیت‌های مولد دردهای مزمن ناکافی هستند و در بهترین حالت اثر محدود دارند؛ از این رو بررسی متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با آن می‌تواند کمک شایانی به ارتقای فرایندهای درمانی و در نهایت به بهبود کیفیت زندگی این افراد کند؛ بنابراین باتوجه به اهمیت درد در مبتلایان به بیماری آرتريت روماتوئید و نقش تعیین‌کننده متغیرهای روان‌شناختی در تجربه و سازگاری با درد، هدف مطالعه حاضر، بررسی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و استحکام من با سازگاری با درد در بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید بود.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر به‌لحاظ گردآوری اطلاعات، توصیفی و از نوع همبستگی و به‌طور مشخص مبتنی بر مدل‌سازی معادلات ساختاری^۳ بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید مراجعه‌کننده به بیمارستان امام‌حسین (ع) تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. نمونه‌گیری به‌صورت دردسترس انجام گرفت. در انتخاب حجم نمونه باید گفت، در پژوهش‌های مدل‌سازی معادلات ساختاری، تعداد نمونه کمتر از دویست نفر پیشنهاد نمی‌شود (۳۲) و براساس متغیرهای

موجود (۳۲ متغیر آشکار) در مدل مفهومی (شکل ۱) و باتوجه به در نظر گرفتن ریزش، تعداد سیصد پرسش‌نامه توزیع شد. پس از ریزش آزمودنی‌ها و حذف پرسش‌نامه‌های مخدوش و داده‌های پرت یک‌متغیری و چندمتغیری، تجزیه و تحلیل ۲۸۵ پرسش‌نامه صورت گرفت. در این پژوهش برای جایگزین کردن داده‌های گمشده از روش جایگزین کردن داده‌های گمشده با میانگین متغیر استفاده شد. همچنین برای تشخیص داده‌های پرت چندمتغیری، روش‌های مبتنی بر فاصله‌ها لائوئیس برای متغیرها به‌کار رفت. بعد از ارائه توضیح توسط پژوهشگر درخصوص نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها و اخذ رضایت آگاهانه از آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش، پرسش‌نامه‌ها توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد.

معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به مطالعه عبارت بود از: تشخیص آرتريت روماتوئید توسط پزشک متخصص براساس پرونده پزشکی؛ داشتن سواد خواندن و نوشتن؛ تمایل برای شرکت در پژوهش و پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها؛ میزان درد در مقیاس نمره‌گذاری درد^۴ بیشتر از ۳ (۳۳). ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از مطالعه، توانایی نداشتن در پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها (ناتوانی جسمی یا ذهنی) در نظر گرفته شد. بعد از انجام مصاحبه با آزمودنی‌ها، پرسش‌نامه‌ها به‌صورت مداد و کاغذی و به‌شکل انفرادی اجرا شد. قبل از شرکت بیمار در پژوهش درباره رضایت بیمار از شرکت در پژوهش اطمینان به‌دست آمد. پس از توضیح درباره پژوهش و ابراز تمایل بیماران، پرسش‌نامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت. اطلاعات جمعیت‌شناختی و معیارهای ورود و خروج از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و به‌صورت فردی سؤال شد. مشارکت‌کنندگان درباره محرمانه بودن داده‌ها اطمینان حاصل کردند. شایان ذکر است که پژوهشگر قبل از آغاز کار، همه دستورات لازم برای تکمیل پرسش‌نامه و جلب اعتماد آزمودنی‌ها را بیان کرد. زمان تقریبی برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها ۲۵ تا ۳۰ دقیقه بود. براساس ضوابط اخلاقی پژوهش، شرکت‌کنندگان مختار بودند در صورت تمایل نداشتن به مشارکت، بدون هیچ‌گونه محدودیت یا توضیحی به همکاری خود خاتمه دهند.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر به‌کار رفت.

– پرسش‌نامه سبک‌های دلبستگی^۵: این پرسش‌نامه توسط هازن و شیور در سال ۱۹۸۷ ساخته شد (۳۴). این پرسش‌نامه دارای پانزده سؤال است و سه سبک دلبستگی ایمن و اجتنابی و دوسوگرا را در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (از خیلی کم=۱ تا خیلی زیاد=۵) می‌سنجد. کمینه و بیشینه نمره در خرده‌مقیاس‌ها به‌ترتیب ۵ و ۲۵ است (۳۴). ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های ایمن و اجتنابی و دوسوگرا در نمونه‌ای دانشجویی (۱۴۸۰ نفر شامل ۸۶۰ دختر و ۶۲۰ پسر) برای کل نمونه به‌ترتیب برابر با ۰/۸۶ و ۰/۸۴ و ۰/۸۵، برای دانشجویان دختر به‌ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۳ و ۰/۸۴ و برای دانشجویان پسر به‌ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۵ و ۰/۸۶ گزارش شد (۳۵). در تحقیق پاکدامن بر نمونه‌ای صدنفری (پنجاه دختر و پنجاه پسر)، اعتبار بازآزمایی به‌ترتیب برای

4. Pain Scoring Scale

5. Attachment Styles Questionnaire

1. Cognitive functions

2. Bio-Medical

3. Structural Equation Modeling

سبک‌های دلبستگی اضطرابی/دوسوگرا و اجتنابی و ایمن برابر با ۰/۷۶ و ۰/۵۲ و ۰/۳۷ و میزان آلفای کرونباخ کل ۰/۷۹ به دست آمد (۳۶). در پژوهش مؤذن و همکاران، آلفای کرونباخ سبک‌های دلبستگی ایمن و اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب برابر با ۰/۶۲ و ۰/۶۵ و ۰/۶۳ بود (۳۷). در پژوهش ارقبایی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای سبک دلبستگی ایمن ۰/۵۷، سبک دلبستگی اجتنابی ۰/۷۶، سبک دلبستگی دوسوگرا ۰/۵۶ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۶۸ به دست آمد (۳۸).

پرسش‌نامه روانی-اجتماعی استحکام من^۱: این پرسش‌نامه توسط مارکستر و مارشال در سال ۲۰۰۷ تهیه شد (۳۹). این پرسش‌نامه در قالب دو فرم بلند (۶۴سؤالی) و کوتاه (۳۲سؤالی) به منظور سنجش و اندازه‌گیری هشت قابلیت اساسی ناشی از موفقیت در مراحل رشد روانی-اجتماعی اریکسون^۲ تهیه شد. به عبارت دیگر پرسش‌نامه شامل هشت خرده‌مقیاس امید^۳، اراده^۴، هدفمندی^۵، شایستگی^۶، وفاداری^۷، عشق^۸، مراقبت^۹ و خرد^{۱۰} در افراد است. نحوه پاسخ‌گویی به سؤالات در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (اصلاً مرا توصیف نمی‌کند) تا ۵ (کاملاً مرا توصیف می‌کند) قرار می‌گیرد. نمره بیشتر در هر خرده‌مقیاس به معنای رشد بیشتر آن قابلیت اساسی تفسیر می‌شود (۳۹). اعتبار این پرسش‌نامه در پژوهش مارکستر و مارشال تأیید شد و در پژوهش آنان، ضرایب آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۲ و برای کل پرسش‌نامه روانی-اجتماعی استحکام من، ۰/۹۴ به دست آمد (۳۹). در پژوهش حاضر از فرم کوتاه ۳۲سؤالی استفاده شد که هر خرده‌مقیاس متشکل از چهار آیتم است. الطافی ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را در نمونه‌های ایرانی برابر با ۰/۹۱ و اعتبار دونیمه‌سازی آن را ۰/۷۷ گزارش کرد (۴۰).

پرسش‌نامه چندوجهی درد^{۱۱}: این پرسش‌نامه توسط کرنز و همکاران در سال ۱۹۸۵ تهیه شد (۴۱). این پرسش‌نامه سه بخش دارد: نخستین بخش دارای بیست عبارت است و بیمار در قالب پنج خرده‌مقیاس، ارزیابی خود را از شدت درد، اختلال در زندگی روزانه، کنترل بر زندگی، اختلال عاطفی و حمایت گزارش می‌کند؛ بخش دوم، دارای چهارده عبارت است و بیمار در قالب سه خرده‌مقیاس (واکنش منفی، انحراف توجه، نشان‌دادن دلسوزی) ارزیابی خود را از واکنش همسر یا سایر اطرافیان صاحب نقش در زندگی‌اش، درقبال دردی که از آن رنج می‌برد، درجه‌بندی می‌کند؛ بخش سوم دارای هیجده عبارت است و در قالب چهار خرده‌مقیاس، فراوانی فعالیت‌های بیمار را در امور خانه‌داری، امور مربوط به تعمیر و نگهداری وسایل منزل، فعالیت اجتماعی و انجام فعالیت‌های بیرون از منزل ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری پرسش‌نامه مذکور در طیف لیکرت شش‌درجه‌ای صورت می‌پذیرد (۴۱). اعتبار و پایایی بخش‌های اول و دوم این پرسش‌نامه در میان بیماران درد مزمن ایرانی بررسی شد (۴۲). به استثنای خرده‌مقیاس کنترل بر زندگی،

ضرایب همسانی درونی تمام خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه بین ۰/۷ تا ۰/۹۲ بود. این میزان‌ها بیشتر از نقطه‌زبری (۰/۷۰) بود که نانالی و برنشتاین آن را به عنوان حداقل پذیرفتنی پایایی یک مقیاس عنوان کردند (۴۳). ضرایب همسانی درونی خرده‌مقیاس کنترل بر زندگی ۰/۶۸ بود. وجود تنها دو عبارت در خرده‌مقیاس مذکور را می‌توان یکی از دلایل احتمالی کم بودن میزان آلفای کرونباخ آن بیان کرد. به همین دلیل برای این خرده‌مقیاس، میانگین ضریب همبستگی بین عبارات محاسبه شد (۴۴). میانگین ضریب همبستگی بین عبارات این خرده‌مقیاس ۰/۲۵ به دست آمد و در دامنه پذیرفتنی (بین ۰/۲۰ تا ۰/۴۰) بود که کاکس و فرگوسن پیشنهاد کردند. اعتبار افتراقی تمام خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه از طریق مقایسه ضرایب همبستگی بین همان خرده‌مقیاس و سایر عبارات تشکیل‌دهنده‌اش با ضرایب همبستگی بین همان خرده‌مقیاس و سایر عبارات پرسش‌نامه تأیید شد (۴۵). علاوه بر این، در پژوهش اصغری مقدم و ناصر ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه در میان بیماران درد مزمن ایرانی بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ و میانگین ضرایب همبستگی بین ماده‌ای هر خرده‌مقیاس بین ۰/۲۵ تا ۰/۴۰ متغیر بود؛ بنابراین تمام خرده‌مقیاس‌های این ابزار دارای اعتبار مطلوبی بودند (۴۲).

پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان^{۱۲}: این پرسش‌نامه توسط گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۱ ساخته شد (۴۶). این پرسش‌نامه دارای ۳۶ گویه و دربرگیرنده نه زیرمقیاس به نام‌های خودسرزنشگری، پذیرش، تمرکز بر فکر/نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم‌اهمیت‌شماری، فاجعه‌انگاری و دیگر سرزنشگری است. نمره هر یک از زیرمقیاس‌های نه‌گانه با جمع نمره‌های چهار گویه آن زیرمقیاس محاسبه می‌شود. از مجموع نمره مربوط به زیرمقیاس‌های کم‌اهمیت‌شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی تقسیم بر ۱۰ (تعداد گویه‌ها)، نمره راهبردهای انطباقی و از مجموع نمره‌های زیرمقیاس‌های خودسرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر/نشخوارگری و فاجعه‌انگاری تقسیم بر ۸ (تعداد گویه‌ها)، نمره راهبردهای غیرانطباقی به دست می‌آید. گویه‌های این پرسش‌نامه با استفاده از طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) و در پاسخ به رویدادهای استرس‌زا و تهدیدکننده در زندگی، نمره‌گذاری می‌شود (۴۶). ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان برای کل شرکت‌کنندگان (n=۴۷۸) در محدوده ۰/۷۸ تا ۰/۹۳ گزارش شد (۴۷). همچنین در مطالعه بشارت و بزازیان، ضرایب بازآزمایی در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه بین ۰/۵۷ تا ۰/۷۶ به دست آمد و روایی محتوایی پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان براساس داوری هشت نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی شد و ضرایب توافق کندال برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ بود

7. Fidelity

8. Love

9. Care

10. Wisdom

11. Multidimensional Pain Inventory

12. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

1. Psychosocial Inventory of Ego Strength

2. Ericsson

3. Hope

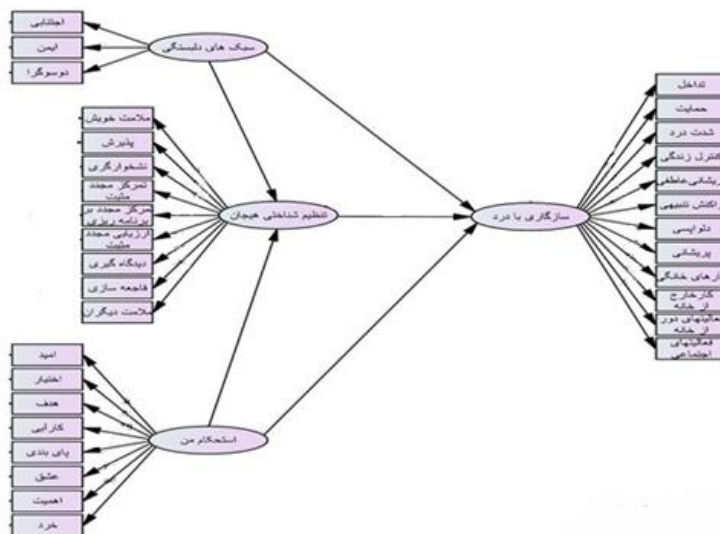
4. Will

5. Purpose

6. Competence

کلی زیرمقیاس‌های سازش‌یافته و سازش‌نیافته به صورت معنادار همبسته است ($r=0/46$ تا $r=0/75$) و ارزش ضرایب همبستگی با آزمای (0/51 تا 0/77) ثابت پرسش‌نامه را نشان می‌دهد (49).

(48). نتایج مطالعه حسنی نشان داد، نه زیرمقیاس نسخه فارسی پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان همسانی درونی خوبی دارد و دامنه آلفای کرونباخ 0/76 تا 0/92 است؛ همچنین نمره‌های ماده و نمره‌های



شکل ۱. مدل مفهومی بررسی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و استحکام من با سازگاری با درد

CFI، AGFI بزرگ‌تر از 0/9 و شاخص RMSEA کوچک‌تر از 0/08 باشد، بیانگر برازش مطلوب و خوب است. شاخص ریشه میانگین مربعات باقیمانده (RMR) هرچه به صفر نزدیک‌تر باشد، نیکویی برازش مدل بیشتر است، اما اگر میزان این شاخص کمتر از 0/05 باشد، مناسب است. شاخص توکر-لویس (TLI) باید از 0/9 بزرگ‌تر باشد. شاخص بنتلر-بونت یا NFI برای مقادیر بیشتر از 0/9 قابل قبول و نشانه برازندگی مدل است (50).

برای تحلیل داده‌های پژوهش، نرم‌افزارهای SPSS نسخه 23 و AMOS نسخه 22 به کار رفت. سطح معناداری در این پژوهش 0/05 در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش 139 مرد و 146 زن شرکت داشتند که میانگین سنی نمونه پژوهش 42/41 سال و انحراف معیار 1/37 بود. سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه در جدول 1 ارائه شده است.

مدل مفهومی پژوهش در شکل 1 ارائه شده است. در این مدل، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و استحکام من با سازگاری با درد نقش میانجی ایفا می‌کند.

در پژوهش حاضر از آمار توصیفی برای دسته‌بندی مشخصات فردی آزمودنی‌ها به منظور محاسبه فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. همچنین روش آمار استنباطی به کار رفت. از آزمون کولموگوروف-اسمیرنف برای تشخیص نرمال بودن داده‌ها و از ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. در راستای برازندگی الگوی پیشنهادی، بررسی شاخص مجذور خی دو بر درجه آزادی، شاخص نیکویی تطبیقی (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش تطبیقی (AGFI) و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) صورت گرفت. اگر شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی کوچک‌تر از 3 باشد، برازش بسیار مطلوب را نشان می‌دهد. اگر شاخص‌های GFI و CFI بزرگ‌تر از 0/98 و شاخص RMSEA کوچک‌تر از 0/05 باشد، بر برازش بسیار مطلوب و بسیار خوب دلالت دارد. همچنین اگر شاخص‌های GFI،

جدول 1. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه

متغیر	طبقات	درصد فراوانی	متغیر	طبقات	درصد فراوانی
تحصیلات	ابتدایی	13/5	جنس	زن	52
	راهنمایی	21/1		مرد	48
	دیپلم	41/5	شغل	شاغل	54
	فوق دیپلم	11/5		خانه‌دار	46
	کارشناسی	10/3		متاهل	76/7
	وضعیت تأهل	کارشناسی ارشد	1/8	مجرد	17/6
		دکتری	0/4	مطلقه	2/2
				بیوه	3/5

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

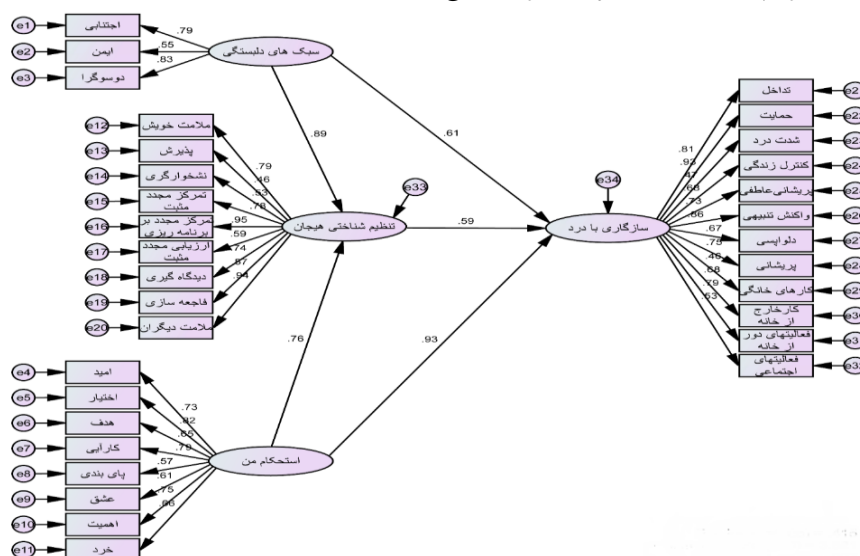
مقدار احتمال	مقدار آماره کولموگروف اسمیرنوف	انحراف معیار	میانگین	متغیرها
۰/۶۰۳	۰/۳	۴/۸۲	۱۴/۶۴	ایمن
۰/۶۶۸	۰/۴۷	۴/۸۴	۱۷/۵۹	اضطرابی
۰/۷۷۲	۰/۵۱	۴/۶۴	۱۷/۸۵	اجتنابی
۰/۵۴	۰/۴۸	۹/۵۸	۱۱۵/۷۸	تنظیم شناختی هیجان
۰/۷	۰/۳۷	۰/۵۸	۴/۲	ملامت خویش
۰/۶۲	۰/۵۲	۰/۵۷	۴/۱۷	پذیرش
۰/۵۶	۰/۵۵	۰/۵۶	۴/۲۲	نشخوار فکری
۰/۲۳	۰/۶	۰/۵۹	۴/۱۵	تمرکز مجدد مثبت
۰/۲	۰/۵۸	۰/۵۹	۴/۲	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی
۰/۳۱	۰/۵	۰/۵۷	۴/۱۵	ارزیابی مجدد مثبت
۰/۱۷	۰/۵	۰/۵۵	۴/۲۹	دیدگاه‌گیری
۰/۲۱	۰/۴۲	۰/۵۳	۴/۲۷	فاجعه‌سازی
۰/۲۴	۰/۵۴	۰/۵۵	۴/۲۲	ملامت دیگران
۰/۶۶	۰/۴۰	۵/۶۷	۵۴/۳۲	سازگاری با درد
۰/۴۱	۰/۳۹	۰/۷۲	۴/۱۳	اختلال در عملکرد روزانه
۰/۵	۰/۵۲	۰/۷۲	۴/۲۴	حمایت اجتماعی
۰/۲۱	۰/۴۵	۰/۷۷	۴/۱۴	شدت درد
۰/۶۶	۰/۴۸	۰/۹۴	۴/۱۱	کنترل بر زندگی
۰/۵۴	۰/۴۲	۰/۹۱	۳/۹۸	پیشانی هیجانی
۰/۶۶	۰/۵۹	۰/۵۵	۳/۳	واکنش تنبیهی
۰/۴۵	۰/۳۵	۰/۵۲	۳/۰۵	دلواپسی دیگران
۰/۷۵	۰/۵۳	۰/۸۱	۴/۱۶	پیشانی و گنجی از طرف دیگران
۰/۸۵	۰/۶۱	۰/۴۸	۲/۶۲	کارهای خانگی
۰/۶۷	۰/۶۷	۰/۵۲	۲/۲۶	کار خارج از خانه
۰/۶۹	۰/۶	۰/۵۴	۲/۲۲	فعالیت‌های دور از خانه
۰/۵۵	۰/۵۲	۰/۷۱	۳/۶۷	فعالیت‌های اجتماعی
۰/۷۵	۰/۵۹	۵/۴	۶۷/۲۳	استحکام من
۰/۷۱	۰/۴۶	۰/۶۱	۴/۲	امید
۰/۷۸	۰/۵۸	۰/۶۰	۴/۲	اختیار
۰/۷۹	۰/۴۹	۰/۵۶	۴/۱	هدف
۰/۷۷	۰/۵۳	۰/۵۲	۴/۲۶	کارایی
۰/۸۵	۰/۶۱	۰/۵۱	۴/۲۱	پابندی
۰/۶۷	۰/۶۷	۰/۵۶	۴/۱۸	عشق
۰/۶۹	۰/۶	۰/۶۵	۴/۱۷	اهمیت
۰/۶۷	۰/۵۶	۰/۵۷	۴/۱۶	خرد

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، همه متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال برخوردار بود ($p > 0.05$). رابطه میان مؤلفه‌های مختلف از طریق آزمون همبستگی پیرسون بررسی شد. براساس نتایج، بین تمامی خرده‌مقیاس‌های سبک‌های دلبستگی با خرده‌مقیاس‌های استحکام من رابطه مستقیم و مثبت معنادار ($p < 0.05$) و میان تمامی خرده‌مقیاس‌های سبک‌های دلبستگی با خرده‌مقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان رابطه مستقیم و مثبت معنادار وجود داشت ($p < 0.05$)؛ همچنین رابطه مستقیم و مثبت معنادار بین تمام

سبک‌های دلبستگی با خرده‌مقیاس‌های سازگاری با درد مشاهده شد ($p < 0.05$). رابطه میان سبک‌های دلبستگی ایمن و اجتنابی و دوسوگرا با راهبردهای نُه‌گانه تنظیم شناختی هیجان مستقیم و مثبت معنادار بود ($p < 0.05$). در این راستا، سبک اجتنابی با راهبردهای فاجعه‌سازی، ملامت خویش، نشخوارگری و ملامت دیگران رابطه مثبت داشت و به‌ترتیب دارای ضریب همبستگی مثبت ۰/۸۱، ۰/۷۵، ۰/۷۱ و ۰/۶۹ بود. سبک دلبستگی دوسوگرا با راهبردهای فاجعه‌سازی، ملامت خویش، ملامت دیگران و نشخوارگری دارای رابطه مثبت و به‌ترتیب

مجدد مثبت، رابطه مستقیم و ضریب همبستگی مثبت معنادار $0/69$ و $0/67$ با مؤلفه‌های اهمیت و عشق داشت. راهبرد دیدگاه‌گیری دارای رابطه مستقیم و ضریب همبستگی مثبت $0/71$ با مؤلفه عشق بود. رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با اکثر مؤلفه‌های سازگاری با درد، مستقیم و مثبت معنادار به دست آمد ($p < 0/05$). راهبرد تمرکز مجدد مثبت دارای رابطه مستقیم و ضریب همبستگی مثبت $0/56$ با مؤلفه کنترل زندگی بود. راهبرد نشخوارگری، رابطه مثبت و ضریب همبستگی مثبت $0/64$ با مؤلفه شدت درد داشت. مؤلفه فعالیت‌های اجتماعی دارای رابطه مستقیم و ضریب همبستگی مثبت $0/54$ با راهبرد تمرکز مجدد مثبت بود. راهبرد نشخوارگری دارای رابطه مستقیم و ضریب همبستگی مثبت $0/49$ با مؤلفه پریشانی عاطفی بود.

دارای ضریب همبستگی مثبت $0/80$ ، $0/73$ ، $0/71$ و $0/67$ بود. سبک دلبستگی ایمن با راهبردهای تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، دیدگاه‌گیری، تمرکز مجدد مثبت، پذیرش و ارزیابی مجدد مثبت رابطه مثبت داشت و به ترتیب دارای ضریب همبستگی مثبت $0/77$ ، $0/74$ ، $0/74$ ، $0/72$ بود. رابطه بین مؤلفه‌های استحکام من با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نیز مستقیم و مثبت معنادار به دست آمد ($p < 0/05$). راهبرد پذیرش به ترتیب با مؤلفه‌های عشق و اختیار، دارای رابطه مستقیم و ضریب همبستگی مثبت $0/73$ و $0/72$ بود. راهبرد تمرکز مجدد مثبت دارای رابطه مستقیم و ضریب همبستگی مثبت معنادار $0/76$ با مؤلفه عشق بود. راهبرد تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی دارای رابطه مستقیم و ضریب همبستگی مثبت معنادار با مؤلفه‌های اهمیت و عشق به ترتیب $0/74$ و $0/72$ بود. راهبرد ارزیابی



شکل ۲. مدل معادلات ساختاری برازش شده به منظور بررسی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و استحکام من با سازگاری با درد

جدول ۳. برازش مدل آزمون شده براساس شاخص‌های برازندگی

شاخص‌های برازش							مدل
RMSEA	NFI	CFI	TLI	RMR	GFI	CMIN/df	p
0/076	0/937	0/911	0/902	0/610	0/907	3/821	0/415

رگرسیون مسیر استحکام من بر سازگاری با درد در دامنه سطح معناداری قرار گرفت ($\beta = 0/93$, $p < 0/001$). همچنین مسیر استحکام من بر تنظیم شناختی هیجان در دامنه سطح معناداری قرار داشت ($\beta = 0/76$, $p < 0/001$). اثر غیرمستقیم سبک‌های دلبستگی با میانجیگری تنظیم شناختی هیجان بر سازگاری با درد معنادار بود ($\beta = 0/89$, $p < 0/001$). اثر غیرمستقیم استحکام من با میانجیگری تنظیم شناختی هیجان بر سازگاری با درد معنادار به دست آمد ($\beta = 0/76$, $p < 0/001$). نتایج شاخص‌های برازش حاکی از برازش خوب بود (جدول ۳).

نتایج جدول ۳ ($GFI = 0/907$, $CMIN/df = 3/821$, $p = 0/415$), $RMR = 0/610$, $NFI = 0/937$, $CFI = 0/911$, $TLI = 0/902$, $RMSEA = 0/076$) حاکی از برازش خوب مدل بود. پس از ارزیابی شاخص‌های برازش، به بررسی ضرایب و وزن‌های رگرسیونی حاضر در مدل و سطح معناداری آن‌ها پرداخته شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. باتوجه به نتایج جدول ۴، اثر مستقیم متغیر سبک‌های دلبستگی بر سازگاری با درد معنادار بود ($\beta = 0/61$, $p < 0/001$). اثر مستقیم سبک‌های دلبستگی بر تنظیم شناختی هیجان معنادار به دست آمد ($\beta = 0/89$, $p < 0/001$). شایان ذکر است که در این بین، وزن‌های

جدول ۴. برآوردهای استاندارد ضرایب اثر مستقیم و غیرمستقیم و کل

مقدار احتمال	خطای معیار برآورد	اثر کل	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	مسیرها
<۰/۰۰۱	۰/۰۳	۰/۶۱	-	۰/۶۱	سبک‌های دلبستگی ← سازگاری با درد
<۰/۰۰۱	۰/۰۵	۰/۸۹	-	۰/۸۹	سبک‌های دلبستگی ← تنظیم شناختی هیجان
<۰/۰۰۱	۰/۱۲	۰/۷۶	-	۰/۷۶	استحکام من ← تنظیم شناختی هیجان
<۰/۰۰۱	۰/۰۲	۰/۹۳	-	۰/۹۳	استحکام من ← سازگاری با درد
<۰/۰۰۱	۰/۰۸	۰/۵۴	۰/۸۹	-	سبک‌های دلبستگی ← تنظیم شناختی هیجان ← سازگاری با درد
<۰/۰۰۱	۰/۱۰	۰/۴۴	۰/۷۶	-	استحکام من ← تنظیم شناختی هیجان ← سازگاری با درد

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و استحکام من با سازگاری با درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد. نتایج نشان داد، تنظیم شناختی هیجان نقش میانجی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی با سازگاری با درد داشت؛ همچنین تنظیم شناختی هیجان نقش میانجی در رابطه بین استحکام من با سازگاری با درد ایفا کرد. همچنین سبک دلبستگی ایمن، با افزایش سازگاری بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید با درد رابطه معنادار داشت و سبک‌های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا با کاهش سازگاری با درد رابطه معنادار داشتند. این نتایج با پژوهش‌های رومئو و همکاران (۵۱) و مک‌ویلیامز (۵۲) همسو است. یکی از عوامل محافظت‌کننده در برابر آسیب‌های روانی، سبک دلبستگی ایمن است و سبک‌های دلبستگی نایمن در برابر آسیب‌های روانی مانند عامل خطر عمل می‌کنند (۵۳). تجسم مثبت دیگران، عزت‌نفس، کارآمدی و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگاران از نتایج دلبستگی ایمن است که نقش عوامل محافظ در هنگام استرس را دارند و بستر ارتقای تاب‌آوری را فراهم می‌آورند (۵۴). در مقابل، دلبستگی نایمن زمینه تجربه هیجان‌های منفی را مهیا می‌سازد و باتوجه به نقش مهم آن در مشکلات هیجانی و آسیب‌پذیری روان‌شناختی، به‌منزله عامل خطر در کاهش تاب‌آوری در زمان استرس عمل می‌کند. تنظیم پریشانی ناکافی و پرنوسان، به‌عنوان یکی از ویژگی‌های تجارب دلبستگی اولیه افراد دارای سبک دلبستگی نایمن (اجتنابی یا دوسوگرا) و به‌منزله عامل مداخله‌گر، رشد منابع درونی را برای مقابله با استرس و ارتقای سلامت روانی را با موانع متعددی مواجه می‌سازد (۵۵)؛ بدین‌صورت که افراد دارای سبک دلبستگی دوسوگرا در زمان استرس از راهبردهای بیش‌فعال‌ساز دلبستگی استفاده می‌کنند که خطر را اغراق‌آمیز جلوه می‌دهد و احساس درماندگی و آسیب‌پذیری را تشدید می‌سازد؛ افراد دارای سبک دلبستگی اجتنابی نیز راهبردهای نافع‌ساز را به‌کار می‌برند که دسترسی به هیجان‌ها را مسدود کرده و نیازها را انکار می‌کند؛ حتی هنگامی که حضور دارند (۵۶).

ساداوا و همکاران در پژوهش خود در تبیین رابطه دلبستگی و سازگاری با چهار گذرگاه اصلی اشاره کردند که مهم‌تر آن‌ها، تنظیم هیجان است. کیفیت تنظیم هیجان براساس دلبستگی اولیه شکل می‌گیرد. دلبستگی

ایمن باعث شکل‌گیری راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان و نایمنی در دلبستگی منجر به استفاده از راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان می‌شود. ازسوی دیگر حالات هیجانی و توانایی مدیریت آن‌ها بر سازگاری اثر دارد. در موقعیت درد، سیستم دلبستگی فرد فعال شده و متعاقب آن پاسخ‌های مقابله‌ای ویژه‌ای نیز برای رویارویی با استرس راه‌اندازی می‌شود. چنین پاسخ‌هایی بسته به کیفیت سیستم دلبستگی- رفتار انطباقی فرد، می‌تواند منجر به آرامش یا برعکس سبب افزایش تنش جسمی و درنهایت پیامدهای منفی برای سلامت شود (۲۰). در حین موقعیت‌های انطباقی همچون سازگاری با درد، دلبستگی ایمن با حفظ بهزیستی همراه است؛ درحالی‌که دلبستگی اجتنابی با بی‌اهمیت‌انگاری اغراق‌آمیز و انفصال روانی- هیجانی فرد از موقعیت سازگاری با درد، در کوتاه‌مدت می‌تواند از وقوع پاسخ‌های فیزیولوژیک آشکار جلوگیری کند؛ اما در بلندمدت خطر وقوع علائم جسمانی و آسیب به سیستم ایمنی را افزایش می‌دهد؛ چراکه اجتناب این افراد معمولاً با درون‌ریزی و فرونشانی هیجانی همراه است. در این راستا، دلبستگی دوسوگرا نیز با افزایش برانگیختگی، احساس آسیب‌پذیری در خود، تشدید نشانگان هیجانی و جسمی و کاهش منابع حمایتی فرد، موجب کاهش ظرفیت سازگاری با درد در فرد می‌شود (۵۷)؛ درنتیجه، به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجانی کارآمد می‌تواند با کاهش اجتناب هیجانی و همچنین تسهیل دسترسی فرد به منابع حمایتی، زمینه سازگاری بیشتر با درد را فراهم آورد. توانایی به‌کارگیری راهبردهای مؤثر تنظیم هیجان در افرادی که سبک دلبستگی ایمن دارند، به آن‌ها این امکان را می‌دهد که در ارتباط با محیط به‌صورت سازش‌یافته عمل کنند و سازمان رفتاری خود را هنگام مواجهه با سطوح بالای تنیدگی حفظ کنند. برعکس، افراد دارای سبک دلبستگی نایمن، مستعد به‌کارگیری راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجانی هستند (۵۸).

ازآنجاکه ایگو به‌طور مستقیم از دنیای بیرونی تأثیر می‌پذیرد، در شرایط تجربه درد مزمن، کارکرد حفظ تعادل آن در واکنش به این وضعیت مختل می‌شود. تضعیف کنترل تکانه‌ها، تجربه بیش‌ازاندازه درد، ضعف در برآوردن نیازها، اختلال در روابط با دیگران و فرایند تفکر مانند تمرکز، توجه و حافظه، احتمال درآمیختگی مرزهای ایگو و ناتوانی فرد در ایجاد مرز بین خود و دیگری ازجمله پیامدهای کارکرد ضعیف ایگو است که رابطه منفی بین تضعیف استحکام من و کاهش سازگاری با درد را نشان می‌دهد. همچنین تضعیف استحکام من موجب می‌شود تا بیماران نتوانند در شرایط استرس‌زا و درمانده‌ساز، ثبات و پایداری

هیجانی خود را حفظ کنند، در کشاکش مطالبات و تعارضها گرفتار شوند و آشفتگی هیجانی را تجربه کنند که خود نقش مهمی در کاهش سازگاری با درد ایفا می‌کند. راهبردهای کارآمد تنظیم شناختی هیجان با سازمان‌دهی و برانگیزاندن پاسخ‌های انطباقی سبب افزایش فرصت بقا در مقابل فرصت‌ها و تقاضاهای محیط شده و از طریق هماهنگ‌کردن پاسخ‌های فیزیولوژیک، شناختی، رفتاری، انگیزشی و ذهنی موجب افزایش توانایی مقابله با چالش‌های انطباقی مانند سازگاری با درد می‌شود (۵۹).

سطوح بالای تنظیم شناختی هیجان با تاب‌آوری در برابر شرایط استرس‌زا و توانایی بهره‌گیری از دیدگاهی متفاوت در نتیجه ناملایمات مرتبط است. پیشگیری از پیامدهای منفی نگرش‌ها و باورهای غیرمنطقی و بازسازی آن‌ها باعث تغییر در عملکرد ذهن افراد می‌شود و این تغییر، عملکرد ایگو را در موقعیت‌های بین‌فردی و استرس‌زا بهبود می‌بخشد. تنظیم شناختی هیجان با ارائه راهبردهای کارآمد هیجانی و شناختی به‌عنوان جایگزینی برای فعالیت‌های اجتنابی، آن هم توسط خود مراجع، موجب رشد ویژگی‌هایی مانند امید و شایستگی و هدفمندی می‌شود که رابطه مستقیمی با استحکام من دارند و آن عبارت است از پذیرش خود به‌منزله فردی که «می‌تواند» و توانایی دیدن و پذیرفتن نقاط ضعف و قوت خود را پیدا می‌کند. این امر تأثیر مستقیمی بر رشد هویت شخصی، خودمختاری و تسلط بر خود محیط دارد و در نهایت موجب سازگاری بهتر با درد ناشی از بیماری می‌شود (۱۷).

یافته‌های پژوهشی نشان داد، هیجان‌ها و راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند رابطه بین سبک‌های دلبستگی (۱۹،۲۰) و استحکام من (۲۱-۲۳) را با سازگاری تحت‌تأثیر قرار دهد؛ همچنین تنظیم هیجان، زمینه را برای سازگاری با دردهای مزمن تسهیل می‌کند (۲۴). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با افزایش تاب‌آوری به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های استحکام من (فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار)، هم‌زمان با افزایش مقاومت فرد در برابر تنیدگی‌ها، توان مدیریت وی را برای حل تعارضها افزایش می‌دهد و احتمالاً از این طریق به ارتقای سازگاری با درد کمک می‌کند. همچنین تنظیم شناختی هیجان به فرد کمک می‌کند تا با ارتقای مهارگری (توانایی فرد در مدیریت و مهار شرایط) شرایط تنیدگی‌زای ناشی از تجربه درد مزمن را مدیریت کند. ازسوی دیگر، توان من در به‌کارگیری مکانیزم‌های دفاعی متناسب و کارآمد، مواجهه با تغییرات روان‌شناختی و محرک‌های تنیدگی‌زای محیطی را احتمالاً از طریق راهبردهای کارآمد تنظیم شناختی هیجان تسهیل می‌کند.

۵ نتیجه‌گیری

راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با مدیریت تجربه‌های هیجانی و

کاهش آسیب‌پذیری و درماندگی و در نهایت تقویت دلبستگی ایمن و ازسوی دیگر، تعدیل پیامدهای ناشی از دلبستگی ناایمن، می‌تواند نقش مهمی در سازگاری با درد مزمن ایفا کند. این راهبردها با افزایش تاب‌آوری به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های استحکام من، هم‌زمان با افزایش مقاومت فرد در برابر تنیدگی‌ها، توان مدیریت وی را برای حل تعارضها افزایش می‌دهد و احتمالاً از این طریق به ارتقای سازگاری با درد کمک می‌کند. همچنین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با ارتقای مهارگری و مدیریت شرایط تنیدگی‌زای ناشی از تجربه درد مزمن و به‌علاوه توان من در به‌کارگیری مکانیزم‌های دفاعی متناسب و کارآمد، مواجهه با تغییرات روان‌شناختی و محرک‌های تنیدگی‌زای محیطی را احتمالاً از طریق راهبردهای کارآمد تنظیم شناختی هیجان تسهیل می‌کند. با توجه به اینکه تنظیم شناختی هیجان به‌صورت مستقیم و در نقش میانجی بر سازگاری با درد اثر دارد، می‌تواند به‌عنوان عامل مهمی در ارائه خدمات روان‌شناختی برای این بیماران به‌کار رود.

۶ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با کد اخلاق IR.IAU.CTB.REC.1400.044 است. همچنین مجوز اجرای پژوهش حاضر بر گروه مطالعه‌شده از بیمارستان امام حسین (ع) با شماره نامه ۱۳۰۷۴۰ صادر شده است. تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

همه نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می‌توانند در صورت لزوم از طریق مکاتبه با نویسنده مسئول مقاله حاضر، به اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان سهم یکسانی در تهیه پیش‌نویس مقاله و بازبینی و اصلاح مقاله حاضر بر عهده داشتند.

References

1. Vergne-Salle P, Pouplin S, Trouvin AP, Bera-Louville A, Soubrier M, Richez C, et al. The burden of pain in rheumatoid arthritis: impact of disease activity and psychological factors. *Eur J Neurosci*. 2020;24(10):1979–89. <https://doi.org/10.1002/ejp.1651>
2. Petrovská N, Prajzlerová K, Vencovský J, Šenolt L, Filková M. The pre-clinical phase of rheumatoid arthritis: From risk factors to prevention of arthritis. *Autoimmun Rev*. 2021;20(5):102797. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2021.102797>

3. Oguro N, Yajima N, Miwa Y. Age and quality of life in patients with rheumatoid arthritis treated with biologic agents. *Mod Rheumatol*. 2020;30(1):44–9. <https://doi.org/10.1080/14397595.2018.1551274>
4. Salaffi F, Di Carlo M, Carotti M, Sarzi-Puttini P. The effect of neuropathic pain symptoms on remission in patients with early rheumatoid arthritis. *Curr Rheumatol Rev*. 2019;15(2):154–61. <https://doi.org/10.2174/1573397114666180806142814>
5. Martinec R. Quality of life in patients with rheumatoid arthritis – a preliminary study. *Acta Clinica Croatica*. 2019;58(1):157–66. <https://doi.org/10.20471/acc.2019.58.01.20>
6. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification of chronic pain for the international classification of diseases (ICD-11). *Pain*. 2019;160(1):19–27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
7. Harvey AM. Classification of chronic pain—descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Clin J Pain*. 1995;11(2):163.
8. Mayer S, Spickschen J, Stein KV, Crevenna R, Dorner TE, Simon J. The societal costs of chronic pain and its determinants: the case of Austria. *Plos One*. 2019;14(3):e0213889. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213889>
9. LaCroix-Fralish ML, Mogil JS. Progress in genetic studies of pain and analgesia. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 2009;49:97–121. <https://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-061008-103222>
10. Wager J, Brown D, Kupitz A, Rosenthal N, Zernikow B. Prevalence and associated psychosocial and health factors of chronic pain in adolescents: differences by sex and age. *Eur J Pain*. 2020;24(4):761–72. <https://doi.org/10.1002/ejp.1526>
11. Jacobs MS. Psychological factors influencing chronic pain and the impact of litigation. *Curr Phys Med Rehabil Rep*. 2013;1(2):135–41. <https://doi.org/10.1007/s40141-013-0015-0>
12. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Impact of adult attachment styles on pain and disability associated with arthritis in a nationally representative sample. *Clin J Pain*. 2000;16(4):360–4. <https://doi.org/10.1097/00002508-200012000-00014>
13. Cramer P. Psychological maturity and change in adult defense mechanisms. *J Res Pers*. 2012;46(3):306–16. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2012.02.011>
14. Karantzas GC, Cole SF. Arthritis and support seeking tendencies: the role of attachment. *J Soc Clin Psychol*. 2011;30(4):404–40. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.4.404>
15. Weiner IB, Tennen HA, Suls JM. *Handbook of psychology, personality and social psychology*. Vol 5. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2012.
16. Mahapatra J, Sahoo D, Mishra PK, Kumar R. Evaluating ego-strength in depression on SIS-I indices. *SIS J Proj Psy & Ment Health*. 2011;18(1):69–76.
17. Block JH, Block J. The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In: Collins WA; editor. *Development of cognition, affect, and social relations*. London: Psychology Press; 2014.
18. Hyphantis TN, Christou K, Kontoudaki S, Mantas C, Papamichael G, Goulia P, et al. Disability status, disease parameters, defense styles, and ego strength associated with psychiatric complications of multiple sclerosis. *Int J Psychiatry Med*. 2008;38(3):307–27. <https://doi.org/10.2190/PM.38.3.g>
19. Brenning KM, Braet C. The emotion regulation model of attachment: an emotion-specific approach. *Personal Relationships*. 2013;20(1):107–23. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2012.01399.x>
20. Sadava SW, Busseri MA, Molnar DS, Perrier CPK, DeCourville N. Investigating a four-pathway model of adult attachment orientation and health. *J Soc Pers Relat*. 2009;26(5):604–33. <https://doi.org/10.1177/0265407509354402>
21. Caldwell JG, Shaver PR. Exploring the cognitive-emotional pathways between adult attachment and ego-resiliency. *Individual Differences Research*. 2012;10(3):141–52.
22. Pellitteri J. *Emotional processes in music therapy*. Barcelona: Barcelona Publishers; 2009.
23. Tugade MM, Fredrickson BL. Regulation of positive emotions: emotion regulation strategies that promote resilience. *J Happiness Stud*. 2007;8(3):311–33. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9015-4>
24. Barberis N, Cernaro V, Costa S, Montalto G, Lucisano S, Larcan R, et al. The relationship between coping, emotion regulation, and quality of life of patients on dialysis. *Int J Psychiatry Med*. 2017;52(2):111–23. <https://doi.org/10.1177/0091217417720893>
25. Lutz J, Gross RT, Vargovich AM. Difficulties in emotion regulation and chronic pain-related disability and opioid misuse. *Addict Behav*. 2018;87:200–5. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.07.018>
26. Lewis M, Haviland-Jones JM, Barrett LF. *Handbook of emotions*. New York: Guilford Press; 2008.
27. Nesse RM, Ellsworth PC. Evolution, emotions, and emotional disorders. *Am Psychol*. 2009;64(2):129–39. <https://doi.org/10.1037/a0013503>
28. Gross JJ. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press; 2013.
29. Hasenbring M, Hallner D, Klasen B. Psychological mechanisms in the transition from acute to chronic pain: over- or underrated? *Pain*. 2001;15(6):442–7. <https://doi.org/10.1007/s004820100030>

30. Boersma K, Linton SJ. Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem: a prospective study of the relationship between profiles of psychological variables in the fear-avoidance model and disability. *Clin J Pain*. 2006;22(2):160–6. <https://doi.org/10.1097/01.ajp.0000159582.37750.39>
31. Newman AK, Van Dyke BP, Torres CA, Baxter JW, Eyer JC, Kapoor S, et al. The relationship of sociodemographic and psychological variables with chronic pain variables in a low-income population. *Pain*. 2017;158(9):1687–96. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000964>
32. Vickberg SMJ, Deaux K. Measuring the dimensions of women's sexuality: the Women's Sexual Self-Concept Scale. *Sex Roles*. 2005;53(5–6):361–9. <https://doi.org/10.1007/s11199-005-6759-y>
33. von Baeyer CL. Numerical rating scale for self-report of pain intensity in children and adolescents: recent progress and further questions. *Eur J Pain*. 2009;13(10):1005–7. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.08.006>
34. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol*. 1987;52(3):511–24. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
35. Ghanbari B, Hatami A, Esmaili M, Farahbakhsh K. On the relationship among parenting styles, attachment styles and marital commitment in married female students of Allameh Tabataba'i university. *Quarterly Journal of Woman & Society*. 2011;2(7):39–60. [Persian] http://jzvj.marvdasht.iau.ir/article_1191.html?lang=en
36. Pakdaman S. Barrasiye erbebat beyn delbastegi va jame'e talabi dar nojavani [Investigating the relationship between attachment and socialism in adolescence] [PhD dissertation]. [Tehran, Iran]: University of Tehran; 2000. [Persian]
37. Moazen T, Aghaei A, Golparvar M. Predicted students attachment styles based on parents parenting styles. *Journal of Instruction and Evaluation*. 2014;7(25):87–99. [Persian] https://jinev.iut.ac.ir/article_519764.html?lang=en
38. Arghabaei M, Solimani AA, Mohammadipour M, Ghalehnovy F. The role of attachment style in substance use tendency: investigating the mediating role of sense of coherence. *Etiadpajohi*. 2019;13(53):97–118. [Persian] <http://etiadpajohi.ir/article-1-1849-en.html>
39. Markstrom CA, Marshall SK. The psychosocial inventory of ego strengths: examination of theory and psychometric properties. *J Adolesc*. 2007;30(1):63–79. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.11.003>
40. Altafi Sh. Barrasi va moghayseye estehkame man va vizhegihayeh shakhsiyati afrade mo'tad va gheyre mo'tad [Examining and comparing ego strength and personality traits of drug addicts and nonaddicts]. [Thesis for M.A.]. [Tehran, Iran]: Shahed University; 2009. [Persian]
41. Kerns RD, Turk DC, Rudy TE. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*. 1985;23(4):345–56. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(85\)90004-1](https://doi.org/10.1016/0304-3959(85)90004-1)
42. Asghari-Moghadam M, Naser G. Barrasiye vizhegi hayeh ravan sanjiye siyathe chand vajhi dard dar miyan jamiyat Irani mobtala be dard mozmen [Reliability and validity of the West-Haven Multidimensional Pain Inventory-Farsi Language Version (MPI-F)]. *Journal of Psychology*. 2008;12(1):50–72. [Persian]
43. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory*. Third edition. New York: McGraw-Hill; 1994.
44. Cox T, Ferguson E. Measurement of the subjective work environment. *Work & Stress*. 1994;8(2):98–109. <https://doi.org/10.1080/02678379408259983>
45. Campbell DT, Fiske DW. Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychol Bull*. 1959;56(2):81–105. <https://doi.org/10.1037/h0046016>
46. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Dif*. 2001;30:1311–27. doi: [10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
47. Besharat MA, Shahidi V. Mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between attachment styles and alexithymia. *Eur J Psychol*. 2014;10(2):352–62. <https://doi.org/10.5964/ejop.v10i2.671>
48. Besharat MA, Bazzazian S. Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2015;24(84): 61–70. <https://journals.sbmu.ac.ir/en-jnm/article/view/7360>
49. Hasani J. The psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *Journal of Clinical Psychology*. 2011;2(3):73–84. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2031.html?lang=en
50. Bentler PM, Yuan KH. Structural equation modeling with small samples: test statistics. *Multivariate Behav Res*. 1999;34(2):181–97. <https://doi.org/10.1207/S15327906Mb340203>
51. Romeo A, Tesio V, Castelnuovo G, Castelli L. Attachment style and chronic pain: toward an interpersonal model of pain. *Front Psychol*. 2017;8. <https://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00284>
52. McWilliams LA. Adult attachment insecurity is positively associated with medically unexplained chronic pain. *Eur J Pain*. 2017;21(8):1378–83. <https://doi.org/10.1002/ejp.1036>
53. Miniati M, Callari A, Pini S. Adult attachment style and suicidality. *Psychiat Danub*. 2017;29(3):250–9. <https://doi.org/10.24869/psyd.2017.250>
54. Craparo G, Magnano P, Zapparrata MV, Gori A, Costanzo G, Pace U, et al. Coping, attachment style and resilience: the mediating role of alexithymia. *J Clin Psychol*. 2018;6(1):1–30. <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2018.6.1773>

55. Cheche Hoover R, Jackson JB. Insecure attachment, emotion dysregulation, and psychological aggression in couples. *J Interpers Violence*. 2021;36(19–20):NP10908–36. <https://doi.org/10.1177/0886260519877939>
56. Mikulincer M, Shaver PR, Horesh N. Attachment bases of emotion regulation and posttraumatic adjustment. In: Snyder DK, Simpson J, Hughes JN; editors. *Emotion regulation in couples and families: pathways to dysfunction and health*. Washington: American Psychological Association; 2006. <https://doi.org/10.1037/11468-004>
57. Meredith PJ. Attachment theory and pain. In: Hunter J, Maunder R; editors. *Improving patient treatment with attachment theory*. Cham: Springer International Publishing; 2016. https://doi.org/10.1007/978-3-319-23300-0_5
58. Calkins SD, Hill A. Caregiver influences on emerging emotion regulation: biological and environmental transactions in early development. In: Gross JJ; editor. *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press; 2007.
59. Baumeister RF, Vohs KD, Tice DM. The strength model of self-control. *Curr Dir Psychol Sci*. 2007;16(6):351–5. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00534.x>