

The Effect of Alexithymia, Anxiety, and Depression on Pain Severity in Female Patients with Fibromyalgia in Tehran

Najme Vakili^{1,2}, Karim Asgari^{1*}, Mehrdad Kalantari¹, Hosein Molavi¹, Mahsa Asheghan³

¹Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

²Shefa Neuroscience Research Center, Khatam Alanbia Hospital, Tehran, Iran

³Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Article Info:

Received: 28 Apr 2015

Accepted: 3 Aug 2015

ABSTRACT

Introduction: Fibromyalgia is a chronic and widespread pain syndrome, which is often accompanied by emotional disturbances. In this study, a hypothetical model of the effect of alexithymia, anxiety, and depression on pain severity in female patients with fibromyalgia in Tehran was tested. **Materials and Methods:** In this cross sectional study, we selected 150 women with Fibromyalgia via convenience sampling. The patients were completed alexithymia (TAS-20), depression and anxiety (HADS), and pain intensity (SF-MPQ) scales. **Results:** The results indicated that the structural model of the variables was fitting well. Pain variable was found to be correlated with Alexithymia, depression, and anxiety. In this model, Alexithymia, depression, and anxiety have significant effects on pain severity. **Conclusion:** This study demonstrated that anxiety and depression, which may be avoided and not expressed by individual, can affect pain in women with fibromyalgia. The findings suggest that interventions based on emotion regulation can effect on decreasing pain intensity in women suffering from fibromyalgia.

Key words:

1. Fibromyalgia
2. Anxiety
3. Depression

* **Corresponding Author:** Karim Asgari

E-mail: Asgarika@gmail.com

تأثیر الکسی تایمی، اضطراب و افسردگی بر شدت درد در بیماران زن با فیبرومیالژی در تهران

نجمه وکیلی^{۱،۲}، کریم عسگری^{۱*}، مهرداد کلانتری^۱، حسین مولوی^۱، مهسا عاشقان^۲^۱گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران^۲مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا، بیمارستان خاتم الانبیاء، تهران، ایران^۳گروه طب فیزیکی و توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

اطلاعات مقاله:

تاریخ پذیرش: ۱۲ مرداد ۱۳۹۴

تاریخ دریافت: ۸ اردیبهشت ۱۳۹۴

چکیده

مقدمه: فیبرومیالژی یک سندرم درد مزمن و گسترده می‌باشد که غالباً با اختلالات عاطفی همراه است. در این مطالعه یک مدل فرضی از اثر الکسی تایمی، اضطراب و افسردگی بر شدت درد در بیماران زن با فیبرومیالژی در تهران مورد آزمایش قرار گرفت. **مواد و روش‌ها:** در این مطالعه مقطعی ۱۵۰ زن با فیبرومیالژی از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بیماران مقیاس‌های الکسی تایمی (TAS-20)، افسردگی و اضطراب (HADS) و شدت درد (SF-MPQ) را تکمیل کرده بودند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مدل ساختاری از متغیرها دارای تناسب خوبی بود. متغیر درد با الکسی تایمی، افسردگی و اضطراب رابطه همبستگی نشان داد. در این مدل، الکسی تایمی، افسردگی و اضطراب اثرات قابل توجهی بر شدت درد داشتند. **نتیجه‌گیری:** این مطالعه نشان داد که اضطراب و افسردگی که ممکن است از آن اجتناب شود و توسط کسی بیان نشده باشد، می‌تواند درد در زنان با فیبرومیالژی را تحت تأثیر بگذارد. این یافته‌ها پیشنهاد می‌کند که مداخلات بر اساس تنظیم هیجان می‌تواند بر کاهش شدت درد در زنان مبتلا به فیبرومیالژی اثر بگذارد.

کلید واژه‌ها:

۱. فیبرومیالژی
۲. اضطراب
۳. افسردگی

* نویسنده مسئول: کریم عسگری

آدرس الکترونیکی: Asgarika@gmail.com

مقدمه

الکسی تایمی یک الگوی شخصیتی است که بیماران مبتلا به درد مزمن را مستعد بیان عواطف خود از طریق نشانه‌های جسمی به‌ویژه درد می‌سازد. بنابر یافته‌های بشارت و همکاران یکی از ویژگی‌های اصلی الکسی تایمی، تمرکز بر احساسات بدنی است. نقص در آگاهی از عواطف و فعالیت‌های شناختی نمادین در افراد مبتلا به الکسی تایمی، عامل آسیب‌پذیری آن‌ها در مقابله با استرس است، به‌گونه‌ای که این افراد در برخورد با وقایع استرس‌زای زندگی، عواطف و احساسات خود را از طریق نشانه‌های بدنی مانند درد بیان می‌کنند (۱۲). افراد الکسی تایمی احساسات خود را سرکوب می‌کنند و نسبت به احساساتشان شناخت ندارند. از آنجا که اگر هیجانات به شیوه مناسب و به موقع ابراز نشوند به طریق دیگری خود را نشان می‌دهند، این افراد در شرایط بیماری و درد مزمن، میزان درد بیشتری را نسبت به دیگران تحمل می‌کنند (۱۳).

ارتباط بین الکسی تایمی و آسیب‌شناسی روانی بسیار پیچیده است، اعتقاد بر این است که الکسی تایمی افراد را برای تجربه وضعیت‌های خلقی منفی مستعد می‌کند (۱۴). خلق و عاطفه منفی در صورت سرکوب و عدم ابراز به جسمانی سازی می‌انجامد. به نظر می‌رسد افسردگی در ارتباط بین الکسی تایمی و جسمانی سازی در این گونه بیماران نقش میانجی را بازی می‌کند (۱۵، ۱۰). مطالعات نشان می‌دهند که افسردگی و الکسی تایمی با یکدیگر ارتباط دارند (۱۷، ۱۶). بین دو بعد دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات با افسردگی ارتباط مثبتی وجود دارد (۱۸). پژوهش‌هایی نیز در مورد ارتباط الکسی تایمی و اضطراب انجام شده است. هرچند تعداد آن‌ها نسبت به موارد مرتبط با افسردگی کمتر است، اما محققان نشان داده‌اند که الکسی تایمی در افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی بیشتر دیده می‌شود و بین اضطراب با ابعاد دشواری در شناسایی و توصیف احساسات ارتباط مثبتی وجود دارد (۲۰، ۱۹).

در مطالعه حاضر فرض شده است که الکسی تایمی، اضطراب و افسردگی با شدت درد زنان مبتلا به فیبرومیالژی مرتبط است. تصویر ۱ مدل نظری را نشان می‌دهد که در آن الکسی تایمی، اضطراب و افسردگی متغیر پنهانی را تشکیل می‌دهند که بر شدت درد تأثیر دارد. هدف این پژوهش بررسی برآزش مدل فرضی تصویر ۱ در زنان مبتلا به فیبرومیالژی است.

با توجه به اینکه پژوهش‌های انجام‌شده در ایران در زمینه فیبرومیالژی و درد مزمن، کمتر نقش عوامل هیجانی را بررسی کرده‌اند، پژوهش حاضر به دنبال آن است تا خلاء مذکور را در قالب یک مدل مفهومی مورد بررسی قرار دهد. در نظر گرفتن مسائل روان‌شناختی و هیجانی در فرایند ارزیابی و درمان این بیماران بر بهبود درد و ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها مؤثر خواهد بود.

فیبرومیالژی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات عضلانی و اسکلتی در بزرگسالان است. این بیماری یک سندرم درد مزمن با سبب‌شناسی^۲ ناشناخته است که با دردهای مزمن منتشر، وجود نقاط دردناک در معاینه و علائمی نظیر خستگی، خشکی مفاصل، سردرد و اختلالات خلقی و شناختی همراه است (۱). شایع‌ترین شکایت بیماران مبتلا به فیبرومیالژی در زمان مراجعه به پزشک، احساس درد در همه جای بدن است. بر اساس معیارهای طبقه‌بندی کالج روماتولوژی آمریکا^۳ جهت تشخیص فیبرومیالژی، درد در بیشتر اوقات شبانه‌روز و طی حداقل ۳ ماه باید وجود داشته باشد. درد از نظر بالینی از طریق معاینه نقاط حساس به لمس^۴ مشخص می‌شود. دردناک بودن ۱۱ نقطه از ۱۸ نقطه خاص که با معاینه پزشک مشخص می‌شود، برای تشخیص لازم است. بیماران، درد ماهیچه‌ها و بافت‌ها را به صورت‌های مختلفی از قبیل درد مبهم، درد ضرباندار، دردی مانند درد زخم، گزگز، بی‌حسی، سوزش و سوزن سوزن شدن شرح می‌دهند (۲، ۱).

فیبرومیالژی در زنان بسیار شایع‌تر از مردان است (به نسبت حدوداً ۹ به ۱). شیوع آن تا سن ۸۰ سالگی به طور یکنواخت رو به افزایش و پس از آن رو به کاهش است (۳). شیوع فیبرومیالژی در شهر تهران در زنان ۵/۹۸ درصد و در مردان ۰/۷۸ درصد گزارش شده است (۴).

بیماران مبتلا به فیبرومیالژی علاوه بر درد فراگیر؛ از خستگی، اختلال خواب، مشکل در کارکردهای شناختی، اضطراب و افسردگی شکایت دارند (۲). تحقیقات نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به فیبرومیالژی در مقایسه با افراد گروه کنترل، بیشتر دچار آشفتگی‌های هیجانی از جمله اضطراب و افسردگی می‌شوند (۵). از طرف دیگر افسردگی و اضطراب بر اساس مکانیسم کنترل دروازه‌ای درد^۵ منجر به افزایش درد و تشدید علائم می‌گردد (۶، ۷). افسردگی عامل مهمی در مزمن شدن درد است. از سوی دیگر همان‌طور که گفته شد درد مزمن نیز می‌تواند منجر به افسردگی شود (۸). اضطراب نیز عامل دیگری است که در کاهش آستانه تحمل و افزایش احساس درد نقش دارد (۹).

بیماران مبتلا به فیبرومیالژی علاوه بر اینکه از آشفتگی‌های هیجانی مانند افسردگی و اضطراب رنج می‌برند، از راهبردهای تنظیم هیجانی اجتنابی^۶ مانند الکسی تایمی^۷ و سرکوب هیجانات^۸ نیز بیشتر رنج می‌برند که منجر به تشدید علائم بیماری و درد در آن‌ها می‌گردد (۱۰). مطالعات نشان می‌دهند که درصد بالایی از بیماران مبتلا به دردهای مزمن دچار الکسی تایمی هستند. این دسته از بیماران در تشخیص و بیان عواطف ناتوان‌اند و در تنظیم و پردازش احساسات خود مشکل دارند (۱۱).

¹ Fibromyalgia

² Etiology

³ The American college of rheumatology

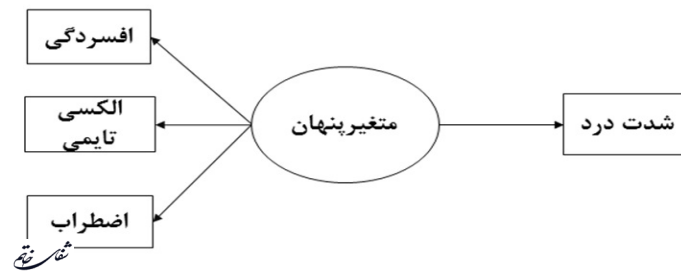
⁴ Tender point

⁵ Gate control theory

⁶ Avoidance emotion regulation strategy

⁷ Alexithymia

⁸ Emotional suppression



تصویر ۱- مدل تحلیلی از رابطه بین متغیرها.

مواد و روش‌ها

مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی

برای سنجش اضطراب و افسردگی از پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی زیگموند و اسنیت^{۱۴} استفاده شد. این پرسشنامه، ابزاری دقیق و مختصر برای سنجش افسردگی و اضطراب در بیماران جسمی، روانی و حتی افراد سالم است. این ابزار شامل ۱۴ سؤال در دو زمینه افسردگی (۷ سؤال) و اضطراب (۷ سؤال) می‌باشد. هر سؤال با یک مقیاس چهار نمره‌ای امتیازدهی می‌شود. به طوری که حداکثر امتیاز برای هر یک از زیر مقیاس‌های افسردگی و اضطراب ۲۱ می‌باشد. امتیاز بالای ۱۱ در هر دو زمینه نشانه وجود یک اختلال روانپزشکی جدی، ۱۰-۸ حاکی از حالت بینابینی و ۷-۰ طبیعی محسوب می‌شود (۲۵). پایایی پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و هر یک از زیر مقیاس‌های اضطراب و افسردگی در نمونه بالینی ایرانی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۷۸ و ۰/۸۶ و روایی پرسشنامه ۰/۷۲ گزارش شده است (۲۶).

پرسشنامه درد مک گیل فرم کوتاه

این پرسشنامه، فرم کوتاه پرسشنامه درد مک گیل است که توسط ملزاک^{۱۴} به منظور بررسی کیفیت و شدت درد انتشار یافت (۲۷). فرم کوتاه پرسشنامه درد مک گیل به منظور سهولت در پاسخگویی طراحی شد و شامل ۱۵ گویه است که به بررسی بعد حسی (۱۱ گویه) و بعد عاطفی (۴ گویه) درد می‌پردازد. این پرسشنامه در طیف ۴ گزینه‌ای از اصلاً (صفر) تا خیلی زیاد (سه) نمره‌گذاری می‌شود. علاوه بر نمره درد حسی و درد عاطفی، نمره کلی درد از جمع این دو زیر مقیاس به دست می‌آید. نمرات بالاتر بیانگر شدت درد بیشتر می‌باشند. همچنین یک مقیاس دیداری با درجه‌بندی (۰-۱۰) شدت درد را از بدون درد تا درد شکنجه آور بررسی می‌کند. ملزاک روایی این ابزار را با توجه به همبستگی با فرم بلند درد مک گیل ارزیابی کرده است. در ایران مطالعات متعددی به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه پرداخته‌اند. خسروی ضرب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۵ و ضرب پایایی حیطه‌های حسی-عاطفی را بالای ۰/۸ گزارش کرده است (۲۸).

پرسشنامه‌های پژوهش، همه در قالب یک دفترچه به بیماران ارائه شد. برای هر بیمار درباره نحوه پاسخگویی به هر پرسشنامه

در این مطالعه مقطعی -توصیفی از نوع همبستگی، با استفاده از روش‌های مدل‌یابی علی مانند تحلیل معادلات ساختاری^۹ به بررسی رابطه بین متغیرها در قالب یک مدل علی پرداخته شده است. جامعه آماری پژوهش شامل: کلیه بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژی مراجعه‌کننده به مراکز روماتولوژی شهر تهران در سال ۱۳۹۳ بوده است. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۱۵۰ نفر به دست آمد. نمونه با مراجعه به چندین مرکز روماتولوژی و درد به روش در دسترس از بین بیماران زنی که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند، انتخاب شد.

معیارهای ورود به پژوهش شامل: تشخیص بیماری فیبرومیالژی توسط فوق تخصص روماتولوژی و بر اساس معیارهای انجمن روماتولوژی آمریکا (۱)، جنسیت مؤنث، مقطع سنی بین ۱۸ تا ۷۰ سال، حداقل تحصیلات سیکل و رضایتمندی از شرکت در مطالعه و معیارهای خروج از مطالعه شامل ابتلا به عقب ماندگی ذهنی، آلزایمر، بیماری‌های مزمن و پرخطر دیگری مانند سرطان، مولتیپل اسکلروزیس (MS)^{۱۰}، آسم، بیماری مزمن انسدادی ریه بود. ابزار سنجش شامل: مقیاس درد مک گیل^{۱۱}، مقیاس الکسی تایمی تورنتو (TAS-20)^{۱۲}، مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی^{۱۳} بود.

مقیاس الکسی تایمی تورنتو

این مقیاس ۲۰ ماده‌ای توسط بگی^{۱۴} و همکاران ساخته شده و علاوه بر نمره کلی، الکسی تایمی را در سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (۵ ماده) و تفکر برون مدار (۸ ماده) نیز مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این مقیاس نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر الکسی تایمی است (۲۱). قربانی و همکاران پایایی این مقیاس را در نمونه ایرانی، برای دشواری در تشخیص احساس ۰/۷۴، برای دشواری در توصیف احساس ۰/۶۱ و برای تفکر معطوف به برون ۰/۵۰ به دست آورده‌اند (۲۲). روایی این پرسشنامه ۰/۸۵ گزارش شده است (۲۳). در نمره‌گذاری این مقیاس، مدستون^{۱۵} و همکاران نمرات ۶۰ به بالا را نشانه دارا بودن الکسی تایمی و نمرات ۵۲ به پایین را حاکی از عدم وجود الکسی تایمی دانسته‌اند (۲۴).

⁹ Structural equation modeling

¹⁰ Multiple sclerosis

¹¹ The short-form mcGill pain questionnaire

¹² Toronto alexithymia scale (TAS-20)

¹³ Hospital anxiety and depression scale (HADS)

¹⁴ Bagby

¹⁵ Modeston

¹⁶ Zigmond & Snaith

¹⁷ Melzak

دارد. برازش کلی مدل می‌تواند با معیارهای نیکویی برازش متعددی سنجیده شود. در جدول ۲ ضرایب شاخص‌های برازندگی مدل آمده است.

شاخص نسبت خی دو به درجه آزادی (Ch2/df) فاقد مقدار مشخصی برای یک مدل قابل قبول است. نتایج شاخص نسبت خی دو به درجه آزادی نشان داد مدل از برازش خوبی برخوردار است ($df=2, P=0/5, Ch2=1/08$). از آنجایی که مقادیر بزرگ این شاخص، از برازش بد و مقادیر کمتر از ۳ از خوبی برازش مدل حکایت می‌کند، می‌توان گفت مدل برازش قابل قبولی دارد. شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)^{۱۹} در مدل‌هایی که RMSEA آن‌ها بیش از ۰/۱ باشد، برازش ضعیف و در صورتی که میزان آن کمتر از ۰/۱ باشد، برازش خوب را پیش‌بینی می‌کند. شاخص RMSEA با مقدار صفر، برازندگی خوب مدل تحقیق را نشان می‌دهد.

شاخص برازش نسبی CFI^{۲۰}، شاخص هنجار شده برازندگی NFI^{۲۱}، شاخص تعدیل شده برازندگی AGFI^{۲۲} و شاخص توکر لویس TLI^{۲۳} در دامنه صفر تا یک قرار دارند و ضرایبی که بالاتر از ۰/۹ باشند قابل قبول در نظر گرفته می‌شوند. در پژوهش حاضر، میزان شاخص CFI، GFI، NFI، AGFI و TLI با مقادیر بالاتر از ۰/۹ برازش خوب و قابل قبولی را برای مدل نشان می‌دهند. همچنین شاخص هولتر^{۲۴} با مقادیر بیشتر از ۲۰۰، برازش خوب مدل را نشان می‌دهد. مقدار شاخص هولتر برای مدل حاصل، برابر با ۸۳۵ است و بنابراین مدل برازش خوبی دارد. به عبارتی دیگر داده‌های گرد آوری شده در پژوهش، به خوبی از مدل نظری و مفهومی تصویر ۱ حمایت می‌کنند و با واقعیت جامعه منطبق‌اند (۲۹).

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود ضرایب رگرسیون در مدل معنی‌دار است. به‌طور کلی مطابق مدل پیشنهادی، متغیر نهفته بر درد تأثیر دارد. میزان تأثیر آن بر درد $\beta=0/45$ و معنی‌دار است.

توضیح کلی داده شد. زمان پاسخگویی برای همه پرسشنامه‌ها همراه با هم به طور متوسط ۱۵ دقیقه بود.

تجزیه و تحلیل آماری

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های آماری و بررسی مدل ساختاری ارتباط شدت درد با الکسی تایمی، اضطراب و افسردگی از نرم افزار AMOS 18 و SPSS 20 استفاده شد. برای بررسی رابطه بین درد با متغیرهای روان‌شناختی موردبررسی از آزمون همبستگی پیرسون و برای بررسی تأثیر متغیرها بر درد در قالب مدل ارائه شده در تصویر ۱، از تحلیل معادلات ساختاری بهره گرفته شد. داده‌ها به صورت میانگین \pm انحراف استاندارد نمایش داده شده است.

یافته‌ها

میانگین سنی اعضای گروه نمونه $46/10 \pm 41/92$ سال بود و ۵۸/۵ درصد از آزمودنی‌ها دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم بودند. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش و همبستگی بین متغیرهای مورد بررسی آمده است. نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که متغیر درد با الکسی تایمی، اضطراب و افسردگی رابطه معنی‌داری دارد ($P<0/01$). از سوی دیگر بین متغیرهای افسردگی، اضطراب و الکسی تایمی ارتباط معنی‌داری وجود دارد ($P<0/01$).

برازش مدل نظری تصویر ۱ با استفاده از نرم افزار AMOS 18 بررسی شد. در این مدل سه متغیر افسردگی، اضطراب و الکسی تایمی با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی، متغیر نهفته‌ای^{۱۸} را تشکیل دادند. تحلیل عاملی اکتشافی در معادلات ساختاری می‌تواند از متغیرهایی که با هم همبستگی دارند و متغیر دیگر را پیش‌بینی می‌کنند، متغیر نهفته را تشکیل دهند. با مقایسه ماتریس کوواریانس برآورد شده برای جامعه و ماتریس کوواریانس نمونه که از روی داده‌ها محاسبه شده است اندازه برازندگی مدل به دست می‌آید؛ بنابراین هرچه این دو ماتریس با هم تفاوت کمتری داشته باشند، مدل با داده‌ها برازش بهتری

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی و همبستگی بین متغیرهای پژوهش ($P<0/01$)

ردیف	متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	داده‌های همبستگی			
				درد	الکسی تایمی	اضطراب	افسردگی
۱	شدت بیماری	۲۷/۵۸	۸/۶۳	-	*۰/۲	*۰/۲۳	*۰/۴۸
۲	الکسی تایمی	۵۰/۴۵	۱۰/۶۱	-	-	*۰/۳۲	*۰/۰۷
۳	اضطراب	۷/۵۴	۳/۹۳	-	-	-	*۰/۳
۴	افسردگی	۷/۴۲	۳/۵	-	-	-	*۰/۳۸

¹⁸ Latent variable

¹⁹ Root mean square error of approximation (RMSEA)

²⁰ Comparative fit index (CFI)

²¹ Normed fit index(NFI)

²² Adjust goodness-of-fit index (AGFI)

²³ Tucker-lewis index (TLI)

²⁴ Hoelter index

جدول ۲- ضرایب شاخص‌های برازندگی مدل.

HOLTER	TLI	CFI	RMSEA	AGFI	GFI	p-value	df	خی دو x ²	مدل
۸۳۵	۱/۰۱	۰/۹۹	۰	۰/۹۸	۰/۹۹	۰/۵۸	۲	۱/۰۸۴	۱

شماره

جدول ۳- ضرایب استاندارد رگرسیون.

متغیر مکنون	متغیر	ضرایب β	p-value
نقص هیجانی	درد	۰/۴۵	۰/۰۰۰۱
نقص هیجانی	افسردگی	۰/۸۸	۰/۰۰۰۱
نقص هیجانی	اضطراب	۰/۸۶	۰/۰۰۰۱
نقص هیجانی	الکسی تایمی	۰/۴۵	۰/۰۰۰۱

شماره

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده برازش خوب مدل نظری تصویر ۱ است. در توصیف تأثیر متغیر پنهان بر درد چنین می‌توان استدلال کرد که الکسی تایمی، اضطراب و افسردگی در بیماران فیبرومیالژی با افزایش سطح علائم جسمانی ارتباط دارد (۶، ۷)، مطالعات نشان می‌دهند که بیماران با عواطف مثبت و بیمارانی که هیجان‌اتشان را از راه‌های مناسب مانند نوشتن ابراز و بیان می‌نمایند، علائم جسمانی کمتری را گزارش می‌کنند (۳۶، ۳۷).

الکسی تایمی از طریق سرکوب هیجان‌ات و عدم ابراز آن‌ها، باعث افزایش برانگیختگی فیزیولوژیکی و ایجاد علائم جسمانی مانند درد مداوم، ضعف و علائم غیرقابل توجیه پزشکی در افراد مبتلا به فیبرومیالژی می‌شود. نتایج مطالعات نشان می‌دهد هیجان‌ات منفی در صورتی منجر به افزایش درد در افراد می‌گردند که فرد نتواند آن‌ها را ابراز نماید. هیجان‌ات منفی شدید در صورت ابراز، نمی‌توانند مشکل آفرین باشند و منجر به ایجاد درد نمی‌گردند. بلکه عدم ابراز آن‌ها منجر به بازداری تنظیم هیجان، افزایش عواطف منفی، برانگیختگی مزمن سمپاتیکی و آسیب به سیستم دفاعی شده و در نتیجه آن درد افزایش می‌یابد (۸، ۹)؛ بنابراین الکسی تایمی از طریق تأثیر بر بعد عاطفی درد بیشتر از بعد حسی آن، منجر به احساس درد و بیماری می‌گردد و رفتارهای ناسازگارانه بیماری (مانند: توصیف اغراق آمیز و شرح زیاد علائم و جستجوی درمان‌های متفاوت) را افزایش می‌دهد (۳۸).

ناتوانی در شناسایی احساسات و بیان آن‌ها باعث عدم تمایز حالت‌های جسمانی از حالت‌های هیجانی می‌گردد. هیجان‌ات سرکوب شده و ابراز نشده از طریق علائم جسمانی ابراز می‌شوند. همچنین الکسی تایمی فرد را برای تجربه وضعیت‌های خلقی منفی مستعد می‌کند که این وضعیت‌های خلقی منفی نیز منجر به جسمانی سازی می‌شود (۱۵).

نتایج این پژوهش حاکی از آن است که الکسی تایمی منجر به افزایش هیجان‌ات منفی و ناتوانی در تخلیه آن در بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژی می‌گردد و این شرایط می‌تواند در کنار افسردگی و اضطراب، شدت درد را در این بیماران افزایش دهد.

در بیماری فیبرومیالژی، دیگر بیماری‌ها و دردهای مزمن، آشفتگی‌های هیجانی و خلقی شایع است (۵). هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر الکسی تایمی، افسردگی و اضطراب بر شدت درد بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژی در قالب یک مدل معادلات ساختاری بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که الکسی تایمی، اضطراب و افسردگی با هم متغیر پنهانی را تشکیل می‌دهند که بر درد تأثیر دارد. این یافته با نتایج تحقیقات میدن دراپ^{۲۵} و همکاران (۳۰)، هابر^{۲۶} و همکاران (۱۴) و توماس^{۲۷} (۷) همخوانی دارد. نتایج این تحقیقات نیز نشان می‌دهد که افزایش هیجان‌ات منفی و الکسی تایمی بر تشدید درد مزمن در افراد مبتلا به فیبرومیالژی تأثیر دارد.

همان‌طور که پیش‌تر گفته شد نتایج نشان داد سه عامل الکسی تایمی، اضطراب و افسردگی با هم یک متغیر پنهان را تشکیل می‌دهند. در تبیین متغیر پنهان باید چنین استدلال کرد که وقتی علائم افسردگی افزایش می‌یابد، اشخاص در شناخت احساسات خود دچار مشکل شده و قادر به در میان گذاشتن احساسات خود با دیگران نیستند؛ به عبارت دیگر، نشان داده شد که افسردگی با دو بعد دشواری در شناسایی و توصیف احساسات در ارتباط می‌باشد (۳۱). زمانی که اطلاعات هیجانی نتوانند در فرایند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی گردند، افراد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شوند (۳۲).

افراد الکسی تایمیک به دلیل عدم آگاهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی احساسات خود، معمولاً قادر به شناسایی، درک و یا توصیف هیجان‌های خویش نیستند و کمتر از راهبردهای تنظیم هیجان مانند تخلیه و بیان هیجان‌ات استفاده می‌کنند (۳۳) که منجر به افزایش عواطف منفی از طریق تجربه مجدد آن‌ها و کاهش عواطف مثبت می‌گردد (۳۴، ۳۵)؛ بنابراین الکسی تایمی، افسردگی و اضطراب در یک چرخه معیوب موجب تشدید یکدیگر می‌شوند و هم‌زمانی آن‌ها می‌تواند باعث تشدید عواطف منفی و آشفتگی هیجانی بیشتر در فرد گردد.

²⁵ Middendrop

²⁶ Huber

²⁷ Thomas

هیجان بر بهبود علایم فیبرومیالژی بررسی گردد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، جامعه آماری است که تنها شامل بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژی بوده است و از این رو نتایج قابل تعمیم به جامعه بیماران مرد مبتلا به فیبرومیالژی نیست. همچنین داده‌های این پژوهش خود گزارشی هستند و احتمال سوگیری را افزایش می‌دهد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی به بررسی ابعاد هیجانی در مردان مبتلا به فیبرومیالژی پرداخته شود و همچنین از طرح‌های تجربی یا طولی که امکان استنتاج علی و معلولی را بین عوامل روان‌شناختی و تجربه درد فراهم می‌آورند، استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران این مقاله بر خود لازم می‌دانند از پزشکان، کارکنان بیمارستان‌ها و بیماران فیبرومیالژی که در اجرای پژوهش همکاری کردند تشکر و قدردانی کنند.

یافته‌های حاصل از این پژوهش در زمینه شناخت عوامل تأثیرگذار بر ایجاد و تداوم بیماری فیبرومیالژی می‌تواند مؤثر باشد. همچنین از بعد عملی، شناخت بهتر بیماری می‌تواند، منجر به طراحی درمان‌های مؤثرتر و کامل‌تر شود. با در نظر داشتن اینکه انسان موجودی چند بعدی است، درمان‌هایی مؤثرتر خواهند بود که عوامل روانی-اجتماعی را در کنار عوامل جسمی مدنظر قرار دهند. درمان‌های تک بعدی سبب افزایش طول درمان، هزینه و کاهش میزان تأثیر و بهبود بیماری می‌گردند.

بر طبق یافته‌های این پژوهش مبنی بر ارتباط پریشانی هیجانی با شدت درد در بیماران، پریشانی‌های هیجانی بر شدت درد بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژی تأثیرگذار است، بنابراین درمان‌های روان‌شناختی مبتنی بر تنظیم هیجان می‌تواند به بهبود علایم، کاهش شدت علایم و افزایش کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژی کمک کند. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی تأثیر درمان‌های شناختی مبتنی بر تنظیم

منابع

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum.* 1990; 33(2): 160-72.
2. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison's principles of internal medicine. 18th ed. The McGraw Hill Professional. 2012.
3. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell I J, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum.* 1995; 38(1): 19-28.
4. Naji A, Arab P. Prevalence of fibromyalgia syndrome in patients referring to Shariati hospital, Terhan. *Tehran University Medical Journal.* 2007; 64(10): 60-66.
5. Raphael KG, Janal MN, Nayak SA, Gallagher RM, Schwartz JE. Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain.* 2006; 124(1-2): 117-25.
6. Davis MC, Zautra AJ, Smith BW. Chronic pain, stress, and the dynamics of affective differentiation. *J Pers.* 2004; 72(6): 1133-60.
7. Thomas E, Moss-Morris R, Faquhar C. Coping with emotions and abuse history in women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Res.* 2006; 60(1): 109-12.
8. Berenbaum H, Raghavan C, Le H-N, Vernon LL, Gomez JJ. A taxonomy of emotional disturbances. *Clin Psychol Sci Pr.* 2003; 10(2): 206-26.
9. Stanton AL, Kirk SB, Cameron CL, Danoff-Burg S. Coping through emotional approach: scale construction and validation. *J Pers Soc Psychol.* 2000; 78(6): 1150-69.
10. DeGucht V, Fischler B, Heiser W. Neuroticism, alexithymia, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. *Pers. Individ. Differ.* 2004; 36(7): 1655-67.
11. Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom.* 1973; 22(2): 255-62.
12. Besharat MA, Koochi S, Dehghani M, Farahani H, Momenzade S. Studying the balancing role of positive and negative effects on the relationship of alexithymia and pain severity in patients with chronic pain. *Scientific-Research Journal of Shahed University.* 2012; 19(7): 103-13.
13. Molavi P, Mikaeili N, Daneshvar S, Narimani M, Mehri S. The role of denial and alexithymia on pain perception in women with breast cancer. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences.* 2015; 26(2): 102-111.
14. Huber A, Suman AL, Biasi G, Carli G. Alexithymia in fibromyalgia syndrome: associations with ongoing pain, experimental pain sensitivity and illness behavior. *J Psychosom Res.* 2009; 66(5): 425-33.
15. Lumley MA, Cohen JL, Borszcz GS, Cano A, Radcliffe AM, Proter LS, et al. Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *J Clin Psychol.* 2011; 67(9): 942-68.

16. Hintikka J, Honkalampi K, Lehtonen J, Viinamaki H. Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs? a study in a general population. *Compr Psychiatry*. 2001; 42(3): 234-9.
17. Motan I, Gencoz T. The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety. *Turk Psikiyatri Derg*. 2007; 18(4): 333-43
18. Haviland MG, Shaw DG, Cummings MA. Alexithymia: Subscales and relationship to depression. *Psychother Psychosom*. 1988; 50(3): 164-70.
19. Berthoz S, Consoli S, Perez-Diaz F, Jouvent R. Alexithymia and anxiety: compounded relationships? a psychometric study. *Eur Psychiatry*. 1999; 14(7): 372-8.
20. Devine H, Stewart SH, Watt MC. Relations between anxiety sensitivity and dimensions of alexithymia in a youngadultsample. *JPsychosomRes*. 1999; 47(2): 145-58.
21. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item toronto alexithymia scale-I. item selection and crossvalidation of the factor structure. *J Psychosom Res*. 1994; 38(1): 23-32.
22. Ghorbani N, Bing MN, Watson PJ, Davison HK, Mack DA. Self-reported emotional intelligence: construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and United-States. *Int J Psychol*. 2002; 37 (5): 297-308.
23. Mohammad S. The survey of personality traits in patients with ulcerative colitis. PhD thesis. Tehran. university of Tehran Psychiatric Institute. 2002.
24. Modestin J, Furrer R, Malti T. Study on alexitymia in adult non-patients. *J Psychosom Res*. 2004; 56(6): 707-9.
25. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 67(6): 361-370.
26. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The hospital anxiety and depression scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Outcomes*. 2003; 1(14): doi: 10.1186/1477-7525-1-14.
27. Melzack R. The short-form McGill Pain questionnaire. *pain*. 1987; 30(2): 191-7.
28. Khosravi M, Sadighi S, Moradi SH, Zendeheel K. Persian-McGill pain questionnaire; translation, adaptation and reliability in cancer patients: a brief report. Tehran University of Medical Sciences. 2013; 71(1): 53-8.
29. Kline R. Principles and practice of structural equation modeling. 2nd ed. New York: The Guilford Press. 2006.
30. Van Middendorp H, Geenen R, Sorbi MJ, Van Doornen LJ, Bijlsma JW. Emotion regulation predicts change of perceived health in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2005; 64(7): 1071-4.
31. Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka TB. Alexithymia and depression: a 1-year follow-up study in outpatients with major depression. *J Psychosom Res*. 2001; 51(6): 729-33.
32. Beshart MA. Relation of alexithymia with ego defense styles. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2008; 10(3): 181-90.
33. Motan I, Gencoz T. The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety. *Turk Psikiyatri Derg*. 2007; 18(4): 333-43.
34. Panksepp J. Neuroscience: feeling the pain of social loss. *Science*. 2003; 302:237-9.
35. Eisenberger NI, Lieberman MD. Why rejection hurts: a common neural alarm system for physical and social pain. *Trends Cogn Sci*. 2004; 8(7): 294-300.
36. Zautra AJ, Johnson LM, Davis MC. Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *J Consult Clin Psychol*. 2005; 73(2): 212-20.
37. Broderick JE, Junghaenel DU, Schwartz JE. Written emotional expression produces health benefits in fibromyalgia patients. *Psychosom Med*. 2005; 67(2): 326-34.
38. Watson D, Clark LA. The PANAS-X. manual for the positive and negative affect schedule expanded form. Iowa: University of Iowa. 1999.