



Examining the effect of object relations on fibromyalgia symptoms: The mediating role of alexithymia and self-compassion

Asadollah Omidi Cheshmeh Kabood¹, MohammadAli Sepahvandi², Fazlollah Mir³

1. Ph.D Candidate in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Lorestan, Iran. E-mail: asad_omidi@yahoo.com

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Lorestan, Iran. E-mail: sepahvandi.m@lu.ac.ir

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Lorestan, Iran. E-mail: Mir.f@lu.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 19 December 2024

Received in revised form 15 January 2025

Accepted 18 February 2025

Published Online 23 September 2025

Keywords:

object relations,
self-compassion,
fibromyalgia,
alexithymia

ABSTRACT

Background: Fibromyalgia, with its complex psychological and biological aspects, remains a largely misunderstood challenge. The role of object relations and emotional dysregulation in exacerbating symptoms and the impact of self-compassion as a coping resource has been less explored. This study integrates these factors and offers a new perspective on effective psychological interventions.

Aims: The aim of this study was to examine the effect of object relations on fibromyalgia symptoms, with emotional dysregulation and self-compassion serving as mediators.

Methods: This research employed a correlational design with structural equation modeling. The study population consisted of all individuals diagnosed with fibromyalgia in Tehran in 2023. From this group, 250 participants were selected via convenience sampling. They completed the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (Bennett et al., 2009), the Object Relations and Reality Testing Inventory (Blatt, 1986), the Self-Compassion Short Form (Raes et al., 2011), and the Toronto Alexithymia Scale (Bagby et al., 1994). Data were analyzed using structural equation modeling and AMOS24 software.

Results: The results showed that the structural model fit the collected data. The total path coefficient between object relations and fibromyalgia symptoms was significant and positive ($P = 0.001$, $\beta = 0.489$). Additionally, the path coefficient between object relations and fibromyalgia symptoms through self-compassion ($P = 0.001$, $\beta = 0.118$) and emotional dysregulation ($P = 0.001$, $\beta = 0.193$) was also positive and significant.

Conclusion: self-compassion and emotional dysregulation significantly mediate the effect of object relations on fibromyalgia symptoms. The findings suggest that psychological interventions focused on enhancing self-compassion, reducing emotional dysregulation, and improving object relations could contribute to more effective management and reduction of fibromyalgia symptoms. These interventions may be applied in the design of comprehensive therapeutic and psychological programs for fibromyalgia patients.

Citation: Omidi Cheshmeh Kabood, A., Sepahvandi, M.A., & Mir, F., (2025). Examining the effect of object relations on fibromyalgia symptoms: The mediating role of alexithymia and self-compassion. *Journal of Psychological Science*, 24(151), 33-54. [10.52547/JPS.24.151.33](https://doi.org/10.52547/JPS.24.151.33)

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 151, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.151.33](https://doi.org/10.52547/JPS.24.151.33)



✉ **Corresponding Author:** Mohammad Ali Sepahvandi, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Lorestan, Iran.

E-mail: sepahvandi.m@lu.ac.ir, Tel: (+98) 9166617795

Extended Abstract

Introduction

Fibromyalgia is a chronic and complex condition marked by widespread musculoskeletal pain, fatigue, sleep disturbances, and emotional distress. Its prevalence, predominantly in women, ranges between 3.98% and 2.40% in women and men, respectively (Heidari et al., 2017; Ruschak et al., 2023). Despite its widespread occurrence, the exact etiology of fibromyalgia remains elusive, often categorized as a medically unexplained syndrome (Jackson & Kroenke, 2008). Psychological theories propose that fibromyalgia symptoms may represent unresolved emotional traumas manifesting as psychosomatic issues. Early object relations, particularly adverse relational patterns with caregivers, may amplify vulnerability to chronic stress and somatic complaints (Nasio, 2012; Caputo, 2020). Emotional factors such as alexithymia—difficulty identifying and describing emotions—and self-compassion—an attitude of kindness towards oneself—may influence the relationship between early object relations and fibromyalgia symptoms (Montero-Marin et al., 2020; Brooks et al., 2022). This study aims to examine the direct effect of object relations on fibromyalgia symptoms while investigating the mediating roles of alexithymia and self-compassion. The research posits that compromised object relations increase vulnerability to fibromyalgia symptoms through heightened emotional dysregulation and reduced self-compassion. The findings highlight the importance of psychological interventions targeting these mediators to improve fibromyalgia symptom management.

Method

This study adopted a descriptive-correlational design and utilized structural equation modeling (SEM) to examine hypothesized relationships. The target population consisted of individuals diagnosed with fibromyalgia in Tehran in 2023, with 250 participants (223 women and 27 men, aged 16–70) selected through convenience sampling. Inclusion criteria included a formal diagnosis of fibromyalgia for at least six months, active treatment, and voluntary

participation, while exclusion criteria ruled out acute psychiatric disorders, substance abuse, or incomplete questionnaire responses. Participants completed validated instruments: the Persian Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR) for assessing fibromyalgia's impact, the Object Relations and Reality Testing Scale (BORRTI) for evaluating object relations, the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for emotional processing difficulties, and the Self-Compassion Scale-Short Form (SCS-SF) for self-compassion dimensions. Data analysis via AMOS24 involved confirmatory factor analysis for measurement model fit and SEM for exploring direct and indirect effects. Model fit indices such as RMSEA, CFI, and GFI validated the structural model.

Results

In this study, 250 patients with fibromyalgia (223 women and 27 men) participated, with a mean age of 32.61 years ($SD = 7.73$). Among the participants, 158 individuals (63.2%) were single, 59 (23.6%) were married, and 33 (13.2%) were divorced. Educational levels were as follows: 53 participants (21.2%) had less than a high school diploma, 68 (27.2%) had a high school diploma, 9 (3.6%) had an associate degree, 84 (33.6%) held a bachelor's degree, and 36 (14.4%) had a master's degree or higher. Regarding the duration of their awareness of their condition, 36 participants (14.4%) reported less than one year, 97 (38.8%) reported 1–3 years, 91 (36.4%) reported 4–6 years, and 26 (10.4%) reported more than six years. The skewness and kurtosis values for all variables fell within the ± 2 range, indicating univariate normality of the data distribution (Kline, 2016). The multicollinearity assumption was confirmed, as all tolerance values for predictor variables exceeded 0.1, and variance inflation factors (VIF) were below 10. According to Myers et al. (2006), tolerance values below 0.1 and VIF values above 10 indicate multicollinearity. Additionally, the box-and-whisker plot analysis revealed no outliers among the research variables. The skewness and kurtosis values for Mahalanobis distance were 0.68 and 0.21, respectively, confirming multivariate normality. The Durbin-Watson statistic for predictor variables was 1.83, indicating independence of errors. A scatterplot

of standardized residual variances was analyzed to assess variance homogeneity and confirm this assumption. After validating the assumptions, data

were analyzed using structural equation modeling (SEM). Table 1 presents the model fit indices.

Table 1. Fit Indices for the Measurement and Structural Models

Fit Indices	Measurement Model	Structural Model	Cutoff Criteria
Chi-Square	39.12	99.83	-
df	32	40	-
Df/ ²	1.22	2.49	< 3
GFI	0.969	0.932	> 0.90
AGFI	0.947	0.889	> 0.85
CFI	0.991	0.935	> 0.90
RMSEA	0.030	0.078	< 0.08

Table 1 demonstrates that all fit indices derived from confirmatory factor analysis (CFA) support an acceptable fit of the measurement model with the collected data. Among the indicators, social inadequacy showed the highest factor loading ($\beta = 0.841$), while difficulty in identifying emotions showed the lowest ($\beta = 0.499$). As all factor loadings exceeded the threshold of 0.32, it can be concluded that all indicators sufficiently measure the latent

variables in this study. After evaluating the measurement model's fit, structural model indices (Figure 1) were calculated and assessed. In the proposed structural model, it was hypothesized that object relations influence fibromyalgia symptoms through the mediating effects of alexithymia and self-compassion. Table 1 further confirms that the fit indices of the structural model align well with the collected data.

Table 2. Total, Direct, and Indirect Path Coefficients Variables in the Structural Model

Effects	b	S.E	β	p
Object Relations $\leftarrow$ Self-Compassion	-1.037	0.203	-0.412	0.001
Object Relations $\leftarrow$ Emotional Inhibition	0.192	0.069	0.377	0.001
Self-Compassion $\leftarrow$ Fibromyalgia Symptoms	-0.274	0.044	-0.468	0.001
Emotional Inhibition $\leftarrow$ Fibromyalgia Symptoms	0.914	0.322	0.315	0.001
Direct Effect of Object Relations $\leftarrow$ Fibromyalgia Symptoms	0.261	0.136	0.177	0.054
Indirect Effect of Object Relations $\leftarrow$ Fibromyalgia Symptoms	0.459	0.108	0.312	0.001
Total Effect of Object Relations $\leftarrow$ Fibromyalgia Symptoms	0.720	0.176	0.489	0.001

Table 2 demonstrates that the total path coefficient between object relations and fibromyalgia symptoms is positive and significant ($\beta = 0.489$, $p = 0.001$). Additionally, the indirect path coefficient between these two variables is also positive and significant ($\beta = 0.312$, $p = 0.001$). Utilizing the Baron and Kenny (1986) formula (as cited in Mallinckrodt et al., 2006), it was found that the path coefficient between object relations and fibromyalgia symptoms via self-compassion is positive and significant ($\beta = 0.118$, $p = 0.001$), as is the coefficient through alexithymia ($\beta = 0.193$, $p = 0.001$). Based on these findings, it can be concluded that self-compassion and alexithymia positively and significantly mediate the effect of object relations on fibromyalgia symptoms. Figure 1

illustrates the standardized parameters in the structural model of the study.

As shown in the figure above, the total multiple correlation squared (R^2) for fibromyalgia symptoms was 0.51. This indicates that object relations, self-compassion, and alexithymia collectively explain 51% of the variance in fibromyalgia symptoms.

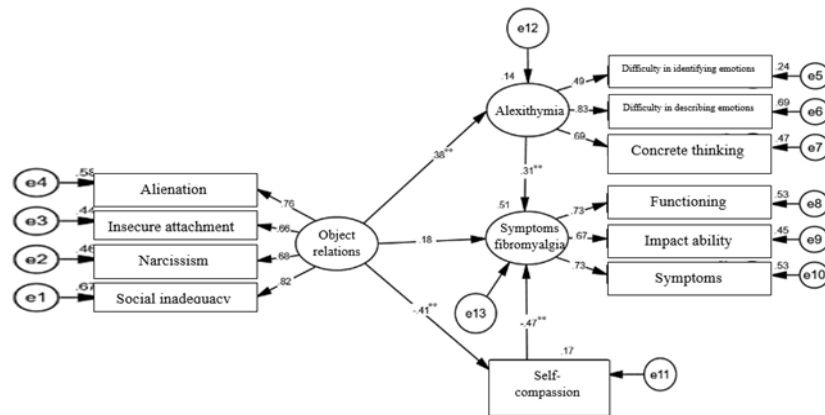


Figure 1. Standardized Parameters in the Research Model

Conclusion

This study aimed to explore the impact of object relations on fibromyalgia symptoms, with a focus on how emotional dysregulation and self-compassion mediate this relationship. The findings from structural equation modeling showed that emotional dysregulation plays a significant mediating role between object relations and fibromyalgia symptoms. Poor object relations, such as negative early interactions with caregivers, contribute to emotional regulation difficulties, which in turn exacerbate the physical symptoms of fibromyalgia. This supports the idea that psychological factors like emotional dysregulation are integral to understanding fibromyalgia.

The study aligns with existing literature that highlights the relationship between psychological and physical health in fibromyalgia patients. Research by Smith (2007) and Sadiq (2015) supports the view that fibromyalgia is linked to psychological imbalances, particularly in emotional processing. Studies such as those by Vanmez et al. (2004) and Brostarvijo (2018) also emphasize the role of emotional dysregulation in fibromyalgia, reinforcing the current study's findings. Moreover, research by Doost-Mohammadi et al. (2024) and Landa (2009) demonstrated that emotional dysregulation can exacerbate psychosomatic conditions like fibromyalgia, further validating the role of emotional dysregulation as a mediator.

The study also identified self-compassion as a significant mediator in the relationship between object relations and fibromyalgia symptoms. The

findings are consistent with Montoro-Marin et al. (2020), Brooks et al. (2022), and others, showing that self-compassion helps reduce fibromyalgia symptoms by improving emotional regulation and offering a positive coping mechanism. Self-compassion allows individuals to manage emotional distress, reduce self-criticism, and mitigate the negative effects of emotional dysregulation, which can otherwise heighten the perception of pain and fatigue associated with fibromyalgia. Object relations theory helps explain these findings by suggesting that early interactions with caregivers shape an individual's ability to process emotions. When these early relationships are unhealthy, individuals may develop emotional dysregulation, which can manifest as physical symptoms, such as pain and fatigue. Fibromyalgia, which is often linked to chronic stress, can be aggravated by emotional dysregulation. The theory posits that unresolved emotional conflicts from childhood can lead to difficulties in managing emotions, which in turn increase susceptibility to physical conditions like fibromyalgia.

Overall, the study underscores the importance of emotional regulation and self-compassion in managing fibromyalgia symptoms. It suggests that improving self-compassion can help mitigate the negative effects of poor object relations, thereby reducing emotional and physical symptoms. The findings highlight the potential for therapeutic interventions that focus on emotional regulation, self-compassion, and mindfulness to alleviate the burden of fibromyalgia, emphasizing the importance of psychological factors in managing chronic physical health conditions.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is derived from the first author's doctoral dissertation in general psychology at the Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University. Ethical considerations taken into account in this research included obtaining informed consent, ensuring participants were aware of the goals and methods of the study, and guaranteeing the confidentiality of information. Data analysis was conducted anonymously. Necessary measures were taken to prevent any harm to the participants, and they had the right to access the research results. The required permissions for conducting the study were obtained to adhere to ethical principles in research. Voluntary participation and full informed consent of the participants were considered for inclusion in the study. The researcher committed to providing participants with scientifically and practically convincing responses regarding the implementation method, the purpose of the research, potential harms, and the nature of the study. Furthermore, all stages of the research were conducted according to scientific principles and research methodology.

Funding: This research is part of a doctoral dissertation and has not received any financial support.

Authors' Contribution: His article was derived from the first author's doctoral dissertation under the supervision of the second author and with the consultation of the third author.

Conflict of Interest: The authors declare that there is no conflict of interest regarding the results of this research.

Acknowledgments: The researchers would like to express their gratitude to the patients who participated in this study.



بررسی اثر روابط ابژه بر نشانه‌های فیرومیالژیا: نقش میانجی گر ناگویی هیجانی و شفقت به خود

اسداله امیدی چشمه کبود^۱، محمدعلی سپهوندی^۲، فضل‌الله میر^۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۲۹

بازنگری: ۱۴۰۳/۱۰/۲۶

پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۳۰

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱

کلیدواژه‌ها:

روابط ابژه،

شفقت به خود،

فیرومیالژیا،

ناگویی هیجانی

زمینه: فیرومیالژیا با پیچیدگی‌های روانشناختی و زیستی، همچنان چالشی درک نشده باقی‌مانده است. نقش روابط ابژه و ناگویی هیجانی در تشدید نشانه‌ها و تأثیر شفقت به خود به‌عنوان یک منبع مقابله‌ای کمتر بررسی شده‌اند. این پژوهش به ترکیب این عوامل پرداخته و چشم‌اندازی جدید برای مداخلات روانشناختی مؤثر ارائه می‌دهد.

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثر روابط ابژه بر نشانه‌های فیرومیالژیا با نقش میانجیگر ناگویی هیجانی و شفقت به خود بود.

روش: روش این پژوهش، همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران با تشخیص بیماری فیرومیالژیا در شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود که از میان آنها ۲۵۰ نفر به‌صورت در دسترس به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و به پرسشنامه بازنگری شده فیرومیالژیا (بنت و همکاران، ۲۰۰۹)، پرسشنامه‌های سیاهه روابط ابژه و واقعیت‌سنجی (بل، ۱۹۸۶)، فرم کوتاه شفقت خود (ریس و همکاران، ۲۰۱۱) و ناگویی هیجانی تورنتو (باگی، ۱۹۹۴) پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات، از روش معادلات ساختاری و نرم‌افزار AMOS24 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مدل ساختاری پژوهش با داده‌های گردآوری شده برازش دارد. ضریب مسیر کل بین روابط ابژه با نشانه‌های فیرومیالژیا ($\beta = 0.489, P = 0.001$) مثبت و معنادار است. همچنین ضریب مسیر بین روابط ابژه با نشانه‌های فیرومیالژیا از طریق شفقت به خود ($\beta = 0.118, P = 0.001$) و از طریق ناگویی هیجانی ($\beta = 0.193, P = 0.001$) مثبت و معنادار است.

نتیجه‌گیری: براین اساس چنین نتیجه‌گیری شد که شفقت به خود و ناگویی هیجانی اثر روابط ابژه بر نشانه‌های فیرومیالژیا را به‌صورت مثبت و معنادار میانجیگری می‌کند. یافته‌های پژوهش نشان دادند که مداخلات روانشناختی متمرکز بر تقویت شفقت به خود، کاهش ناگویی هیجانی، و بهبود روابط ابژه می‌تواند به مدیریت مؤثرتر و کاهش نشانه‌های فیرومیالژیا کمک کند. این مداخلات می‌توانند در طراحی برنامه‌های درمانی جامع و روانشناختی برای بیماران مبتلا به فیرومیالژیا مورد استفاده قرار گیرند.

استناد: امیدی چشمه کبود، اسداله؛ سپهوندی، محمدعلی؛ و میر، فضل‌الله (۱۴۰۴). بررسی اثر روابط ابژه بر نشانه‌های فیرومیالژیا: نقش میانجی گر ناگویی هیجانی و شفقت به خود. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۱، ۳۳-۵۴.

DOI: [10.52547/JPS.24.151.33](https://doi.org/10.52547/JPS.24.151.33) ۱۴۰۴، شماره ۱۵۱، دوره ۲۴، مجله علوم روانشناختی



مقدمه

بدن او تجسم کامل از ایگوی خالی شده فردی در رنج بود، ایگویی^۱ که فروپاشیده بود و در خاطره زنده کودک ازدست‌رفته گرفتار شده بود، درد جسمی درواقع آخرین حالت عاطفی است، آخرین انقباض یک ایگوی ناامید که منجمد می‌شود تا در هیچ فرو نرود (ناسیو، ۲۰۱۲). فیبرومیالژیا^۲ به‌عنوان یک پدیده معمایی شناخته می‌شود؛ امری که تعریف و یافتن علت آن دشوار و غالباً نامرئی است (هوارد، ۲۰۱۴). به عبارتی می‌توان گفت سندرم فیبرومیالژیا^۳ یک اختلال مزمن و پیچیده است که با درد گسترده و مداوم اسکلتی - عضلانی همراه است (کوسیگیت و آکیول، ۲۰۲۲) و با علائم خارج مفصلی نظیر خستگی، اختلالات خواب، افسردگی و ناتوانی عملکردی در فعالیت‌های روزمره شناخته می‌شود (برویک و همکاران، ۲۰۲۲). سندرم فیبرومیالژیا دارای غلبه بالایی در زنان است که ۸۰ تا ۹۶ درصد را تشکیل می‌دهد (راشاک و همکاران، ۲۰۲۳). بااین‌حال، یک بررسی سیستماتیک از سندرم فیبرومیالژیا در مردان و زنان در سراسر جهان توضیح داد که غلبه این وضعیت برای هر دو جنس مشابه است، یعنی تقریباً ۳/۹۸ درصد در زنان و ۲/۴۰ درصد در مردان شایع است (حیدری و همکاران، ۲۰۱۷). علت دقیق این سندرم هنوز مشخص نیست و به‌عنوان یک سندرم پزشکی غیرقابل توضیح در نظر گرفته می‌شود (جکسون و کروئکی، ۲۰۰۸).

از دیدگاه روانشناختی، علائم جسمی مانند درد ممکن است بازتابی از آسیب‌های روانی و هیجانی عمیق باشند که به‌صورت مشکلات سایکوسوماتیک^۴ بروز می‌کنند (دیمیترو، ۲۰۲۰). این علائم می‌توانند روایتگر داستانی از روابط ابتدایی فرد، به‌ویژه رابطه با مادر، و ناکامی در ایجاد یک محیط امن و کافی باشند (وسترلینگ و کوگلین، ۲۰۲۰). در این چارچوب، درد جسمی به‌عنوان پاسخی دفاعی به رنج‌های روانی حل‌نشده عمل می‌کند، ایگو به‌منظور مدیریت این آسیب‌های روانی ممکن است به درد جسمی پناه ببرد تا احساسات ناخوشایند را کنترل کند (رومئو و همکاران، ۲۰۲۲). این ارتباط پیچیده میان ذهن و بدن نشان‌دهنده نقش مهم روان در ایجاد و تقویت علائم جسمی است، به‌گونه‌ای که درد به‌عنوان

نمادی از رنج‌های پنهان روانی عمل می‌کند (جان و دای، ۲۰۲۳). در این راستا، وجود یک بیماری مزمن می‌تواند به‌عنوان نوعی فقدان ابژه در نظر گرفته شود به عبارتی علائم سوماتیک فرد، داستانی از روابط ابتدایی او با ابژه‌ها را روایت می‌کنند (ناسیو، ۲۰۱۲)؛ بنابراین وجود یک بیماری مزمن به‌عنوان نوعی فقدان ابژه^۵ در نظر گرفته می‌شود که باید شناسایی، پذیرفته و مورد بررسی قرار گیرد (کپوتو، ۲۰۲۰). در این راستا، طبق نظریه روابط ابژه، عملکردهای جسمی به‌عنوان ابزارهای حیاتی برای فعال‌سازی نیروهای روانی عمل می‌کنند و در قالب یک دستور زبان ابتدایی بیان فیزیکی، حس حیات و ارتباط با دنیای بیرونی را تأمین می‌کنند (گرینبرگ و میشل، ۱۹۸۳؛ کلاین، ۱۹۹۷).

براین‌اساس، تجربیات بدنی اولیه به طور تدریجی به شکل‌گیری یک خودنمایی پایدار و یکپارچه کمک می‌کند که به‌عنوان درونی‌سازی یک ابژه خوب در نظر گرفته می‌شود؛ ابژه‌ای که می‌تواند به‌عنوان مبنای تمامی فرایندهای ذهنی از دوران کودکی تا بزرگسالی عمل کند (گلدشتاین، ۲۰۱۰). بااین‌حال، هنگامی که فرد با تهدیدهایی به تمامیت جسمی مواجه می‌شود، آگاهی فزاینده از فقدان تمامیت بدنی ممکن است منجر به اختلال در ارتباط بدن-روان گردد (بولینگتون، ۲۰۱۳؛ کسل، ۱۹۹۹). درواقع، در بیماری‌های مزمن جسمی، بیماری غالباً به‌عنوان نوعی دشمن شخصی شده (شخصی‌سازی) در می‌آید که در روایت، نقش اصلی را در فهم وضعیت فرد ایفا می‌کند (نقش آفرینی) (شاتر و همکاران، ۲۰۰۸؛ شاهار و لرم، ۲۰۱۳) و حالت عادی بدن زیسته را با غریبی نگران‌کننده یک بدن آسیب‌دیده جایگزین می‌سازد (تومبز، ۱۹۸۸). در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا، استرس و اضطراب به طور شایع مشاهده می‌شود که اغلب با تجربیات اولیه غفلت هیجانی و سوءاستفاده ارتباط دارد (آلسیاتی و همکاران، ۲۰۲۱). این تجربیات می‌توانند از دیدگاه نظریه روابط ابژه به‌عنوان الگوهای منفی درونی‌شده روابط افراد با دیگران در نظر گرفته شوند که به افزایش واکنش‌های استرسی مزمن کمک می‌کنند (کپوتو، ۲۰۲۰). همانطور که پیش‌تر اشاره شد فیبرومیالژیا معمولاً با اختلالات روان‌پزشکی و پریشانی روانی همراه است که می‌توانند در شروع و تشدید علائم بیماری نقش داشته باشند (فیتا و همکاران، ۲۰۰۷؛ آلدراج، ۲۰۲۲).

4. psychosomatic

5. object

1. ego

2. fibromyalgia

3. Fibromyalgia syndrome (FMS)

یکی از عوامل روانشناختی مهم در این زمینه، ناگویی هیجانی^۱ است که باعث اختلال در شناسایی و تنظیم احساسات، به‌ویژه احساسات منفی می‌شود (مونتورومارین و همکاران، ۲۰۱۶).

ناگویی هیجانی می‌تواند منجر به فعالیت بیش از حد سیستم عصبی سمپاتیک^۲ و تشدید علائم جسمی، از جمله درد، گردد (هیوبر و همکاران، ۲۰۰۹؛ نیکونو و همکاران، ۲۰۲۴). ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به فیرومیالژیا شیوع بالایی دارد و به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی با مشکلاتی در شناسایی و توصیف احساسات شناخته می‌شود (سایار و همکاران، ۲۰۰۴؛ تنی و همکاران، ۲۰۲۴). این اختلال می‌تواند افراد را به‌اشتباه در تفسیر احساسات بدنی به‌عنوان علائم بیماری سوق دهد و موجب مراجعه غیرضروری به پزشکان گردد (لاملی و همکاران، ۱۹۹۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ناگویی هیجانی می‌تواند بر شدت و تداوم علائم فیرومیالژیا تأثیر بگذارد و حساسیت به استرس و عواطف منفی را در این بیماران افزایش دهد که باعث تشدید وضعیت آن‌ها می‌شود (دی‌تلا و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین پژوهش‌ها نشان دادند که ناگویی هیجانی و روابط ابژه به طور قابل توجهی به یکدیگر وابسته‌اند و الگوهای روابط ابژه می‌توانند احتمال بروز ناگویی هیجانی را پیش‌بینی کنند (دوست‌محمدی و همکاران، ۱۴۰۱). مجموع این شواهد پژوهشی نشان می‌دهد رابطه بین روابط ابژه و نشانه‌های فیرومیالژیا می‌تواند به‌صورت غیرمستقیم و به واسطه ناگویی هیجانی قابل تبیین باشد. شواهد پژوهشی نشان داد علاوه بر ناگویی هیجانی، شفقت به خود^۳ نیز می‌تواند به‌عنوان یک عامل میانجی بین روابط ابژه و نشانه‌های فیرومیالژیا نقش داشته باشد (بروکس و همکاران، ۲۰۲۲؛ باقری و همکاران، ۲۰۱۹). شفقت به خود، به‌عنوان درک بدون قضاوت از درد، نواقص و شکست‌های فرد تعریف شده است (نف، ۲۰۲۳) و می‌تواند به‌عنوان تنظیم‌کننده‌ای طبیعی برای خلق و احساسات خودارزشمندی عمل کند (فالكونر و همکاران، ۲۰۱۴). این مفهوم به‌ویژه در بیماران مبتلا به فیرومیالژیا که با مشکلاتی از جمله خود انتقادی، تصویر بدنی منفی و افسردگی مواجه‌اند، به‌عنوان یک راهبرد مهم برای مقابله با احساسات منفی شناخته می‌شود (لوی و همکاران، ۲۰۲۴). شواهد نشان می‌دهد که شفقت به خود می‌تواند به‌عنوان یک عامل محافظتی در برابر پریشانی روانی ناشی

از بیماری جسمی عمل کند و رابطه مثبت‌تری با کیفیت زندگی روانی ایجاد کند (کلیک و همکاران، ۲۰۲۱؛ گارسیا و همکاران، ۲۰۲۱). رابطه بین شفقت به خود و روابط ابژه، یک ارتباط پویا است که در آن شفقت به خود می‌تواند تأثیر روابط ابژه بر بهزیستی هیجانی را میانجی‌گری کند (باقری و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که روابط ابژه منفی که اغلب از تروماهای دوران کودکی ناشی می‌شوند، می‌توانند به بروز ناراحتی‌های روانی و افزایش آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات روانشناختی منجر شوند (پراید، ۲۰۰۴). بااین‌حال، شفقت به خود که به معنای مهربانی و درک بدون قضاوت نسبت به خود است، می‌تواند این اثرات را با ترویج پاسخ‌های هیجانی سالم‌تر خنثی کند (باقری و همکاران، ۲۰۱۹). شفقت به خود به‌عنوان ابزاری سازگارانه عمل می‌کند که تأثیر روابط ابژه منفی را تعدیل کرده و به افزایش تاب‌آوری هیجانی و کاهش درد روانی کمک می‌کند (وونگ، ۲۰۲۱). مجموع این شواهد این فرضیه را در ذهن متبادر می‌سازد که رابطه بین روابط ابژه و نشانه‌های فیرومیالژیا می‌تواند توسط نقش میانجی شفقت به خود قابل تبیین باشد.

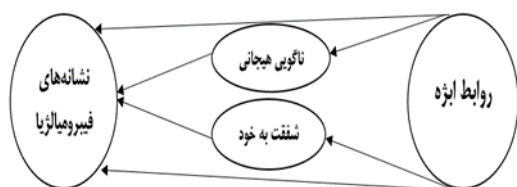
مرور پیشینه پژوهشی شواهد مرتبطی را با موضوع پژوهش نشان داده، به طور مثال پژوهش‌ها نشان می‌دهند که روابط ابژه می‌تواند تأثیرات مهمی بر شدت و نحوه تجربه علائم فیرومیالژیا داشته باشد. اسمیت (۲۰۰۷) بر این نکته تأکید کرد که فیرومیالژیا ممکن است نشانه‌ای از "فقدان ابژه" باشد که به طور قابل توجهی با احساسات اضطراب، تنهایی و درد مزمن در ارتباط است. این مفهوم در قالب درد روانشناختی و جسمانی در بیماران فیرومیالژیا خود را نشان می‌دهد و به‌ویژه بر روابط میان‌فردی و توانایی افراد در تنظیم هیجانات تأثیرگذار است. در این راستا، ناگویی هیجانی به‌عنوان یکی از متغیرهای کلیدی که بر شدت علائم این بیماری تأثیر می‌گذارد، نقش مهمی ایفا می‌کند. ونتز و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که محدودیت در شناسایی و بیان هیجانات می‌تواند منجر به افزایش تنش‌های درونی و به دنبال آن تشدید دردهای جسمانی در افراد مبتلا به فیرومیالژیا شود. این یافته‌ها تأکید می‌کنند که اختلالات در تنظیم هیجانات، به‌ویژه ناگویی هیجانی، می‌تواند به طور مستقیم با شدت علائم این بیماری مرتبط باشد و ازاین‌رو، بهبود این توانایی در درمان‌های روانشناختی می‌تواند به

³. self-compassion

¹. alexithymia

². sympathetic nervous system (SNS)

است. این امر به‌ویژه باتوجه به نقش شفقت به خود به‌عنوان یک تنظیم‌کننده هیجانی و کاهش‌دهنده اضطراب و افسردگی مرتبط با بیماری‌های مزمن اهمیت می‌یابد. همچنین، ناگویی هیجانی که به مشکلات در شناسایی و بیان احساسات اشاره دارد، می‌تواند واسطه‌ای کلیدی بین تجربیات بین‌فردی دوران کودکی (روابط ابژه) و تجربه نشانه‌های جسمانی شدیدتر در بیماران مبتلا به فیرومیالژیا باشد؛ لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال بود که آیا اثر روابط ابژه بر نشانه‌های فیرومیالژیا از طریق نقش میانجیگر ناگویی هیجانی و شفقت به خود معنادار است؟ برای پاسخ به این پرسش، مدل پیشنهادی پژوهش باتوجه به نظریات موجود در زمینه روابط ابژه، ناگویی هیجانی و شفقت به خود طراحی شد. در این مدل، روابط ابژه به‌عنوان یک متغیر پیش‌بینی‌کننده اصلی در نظر گرفته شده است که می‌تواند از طریق میانجی‌های روانشناختی چون ناگویی هیجانی و شفقت به خود بر شدت نشانه‌های فیرومیالژیا تأثیر بگذارد.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش این پژوهش، همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به فیرومیالژیا بود که در سال ۱۴۰۳ به یک کلینیک و دو مطب تخصصی روماتولوژی شهر تهران مراجعه کرده بودند. بر اساس روش‌شناسی مدل‌سازی معادلات ساختاری، حجم نمونه بین ۵ تا ۱۵ مشاهده برای هر متغیر تعیین شد (هومن، ۱۳۹۲)، و تعداد نمونه در این پژوهش ۲۵۰ نفر از بیماران بود که به‌صورت در دسترس و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند (نمونه‌گیری در دسترس در این پژوهش به این دلیل انتخاب شد که فرایند جمع‌آوری داده‌ها را برای پژوهشگر تسهیل کند و باتوجه به محدودیت‌های زمانی و منابع، امکان دسترسی به گروه‌های هدف را فراهم آورد). معیارهای ورود شامل سن بین ۱۶ تا ۷۰ سال (دامنه سنی ۱۶ تا ۷۰ سال در این پژوهش به دلیل دقت بالاتر در فرایند تشخیص‌گذاری در این بازه سنی انتخاب شده است. در محدوده‌های سنی بالاتر یا

کاهش علائم کمک کند. شفقت به خود، به‌عنوان یکی دیگر از متغیرهای مهم، در مدیریت علائم فیرومیالژیا نقش حیاتی دارد. کین (۲۰۱۴) نشان داد که بسیاری از بیماران مبتلا به فیرومیالژیا علی‌رغم ابراز شفقت به دیگران، در ابراز شفقت به خود با مشکلات اساسی مواجه هستند. این فقدان شفقت به خود می‌تواند باعث تشدید دردهای جسمانی و مشکلات روانشناختی شده و کیفیت زندگی را به شدت کاهش دهد. در ادامه، لاند (۲۰۰۹) به بررسی این رابطه پرداخت و نشان داد که تقویت شفقت به خود و بهبود توانایی افراد در درک و بیان هیجانات خود می‌تواند به طور چشمگیری علائم درد و ناراحتی‌های روانی در این بیماران کاهش دهد. ارتباط میان روابط ابژه و ناگویی هیجانی نیز به طور مستقیم بر تجربه علائم فیرومیالژیا تأثیر می‌گذارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ناتوانی در پردازش صحیح هیجانات و کمبود حمایت‌های بین‌فردی، می‌تواند علائم بیماری را تشدید کند. شوارتز (۲۰۰۷) در تحقیق خود بر نقش روابط بین‌فردی و تأثیر آن‌ها بر پردازش هیجانی تأکید کرد و بیان داشت که بهبود روابط ابژه و توانمندسازی افراد در بیان هیجانات خود می‌تواند به طور مؤثری به کاهش علائم روان‌تنی کمک کند. همچنین، پژوهش کروز (۲۰۱۸) نیز بر این نکته تأکید کرد که درمان‌های مبتنی بر روابط بین‌فردی و بهبود توانایی بیان هیجانات، می‌تواند مسیرهای نوینی برای درمان فیرومیالژیا ارائه دهد. در همین راستا، پژوهش‌های جدیدتر مانند یورولماز (۲۰۲۳) و برام و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان دادند که شفقت به خود و تنظیم هیجانی می‌تواند نقش میانجیگر در بهبود علائم فیرومیالژیا ایفا کنند. این مطالعات تأکید دارند که استفاده از استراتژی‌های دفاعی سالم و تقویت شفقت به خود می‌تواند به کاهش شدت علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک کند. به‌ویژه، یورولماز (۲۰۲۳) به طور خاص نشان داد که ابعاد مختلف شفقت به خود و بیان هیجانی می‌تواند به‌عنوان متغیرهای واسطه در کاهش علائم روان‌تنی و بهبود وضعیت روانی افراد عمل کنند.

علی‌رغم پژوهش‌های انجام شده، اغلب مطالعات به تأثیر مستقیم روابط ابژه بر مشکلات روانشناختی همچون افسردگی یا اضطراب پرداخته‌اند و در موارد معدودی به نقش ناگویی هیجانی یا شفقت به خود در رابطه با مشکلات جسمانی اشاره داشته‌اند. با این حال، درک عمیق‌تری از نحوه تأثیر روابط ابژه بر تجربه درد و نشانه‌های فیرومیالژیا از طریق سازوکارهای هیجانی چون ناگویی هیجانی و شفقت به خود همچنان نیازمند بررسی بیشتر

پایین‌تر، احتمال وجود شائبه‌ها و خطاهای تشخیصی بیشتر است)، گذشت حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری، تمایل آگاهانه و داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، و عدم دریافت درمان در زمان پژوهش بودند. همچنین، معیارهای خروج شامل ابتلا به اختلالات روانپزشکی حاد (از شرکت کنندگان خواسته شد تا به طور داوطلبانه و محرمانه بگویند آیا تا به حال توسط یک روانپزشک یا روانشناس تشخیص اختلال روانی دریافت کرده‌اند یا خیر)، سوءمصرف مواد (از شرکت کنندگان خواسته شد تا به طور داوطلبانه و محرمانه بگویند آیا سابقه سوءمصرف مواد (الکل، مواد مخدر، داروهای تجویزی یا غیرتجویزی) دارند یا خیر. آیا در حال حاضر یا در گذشته مشکل مصرف مواد یا الکل داشته‌اند؟) و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود.

(ب) ابزار

پرسشنامه بازنگری شده تأثیر فیبرومیالژیا^۱ (FIQR): پرسشنامه بازنگری شده تأثیر فیبرومیالژیا توسط بنت و همکاران در سال ۲۰۰۹ طراحی شد. ابزار شامل ۲۱ سؤال و ۳ زیرمقیاس است که شامل عملکرد (۹ عبارت ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹)، تأثیر کلی (۲ عبارت ۱ و ۱۱)، علائم (۱۰ عبارت ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱) است. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۱۱ نقطه‌ای انجام می‌شود، به طوری که امتیاز گزینه‌ها از "بسیار خوب (به خوبی می‌توانم)" با نمره ۰ تا "بسیار بد (اصلاً نمی‌توانم)" با نمره ۱۰ متغیر است. به منظور محاسبه امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سؤالات آن بعد محاسبه می‌شود. دامنه نمرات خرده مقیاس عملکرد از ۰ تا ۹۰ متغیر است. دامنه نمرات تأثیر کلی از ۰ تا ۱۰۰ است. ۲۰ است. دامنه نمرات علائم از ۰ تا ۱۰۰ است. نمرات بالاتر در هر مقیاس نشان‌دهنده تأثیر بیشتر بیماری فیبرومیالژیا بر فرد است. روایی محتوا به روش کیفی با استفاده از نظر ۷ تن از متخصصان حوزه روماتولوژی آمریکا مطلوب گزارش شده است (بنت و همکاران، ۲۰۰۹). بنت و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۹۵ و همبستگی آیتیم - کل بین ۰/۵۶ تا ۰/۹۳ گزارش کردند. از نظر روایی، همبستگی کل نمرات پرسشنامه با نسخه قدیمی‌تر پرسشنامه تأثیر فیبرومیالژیا برابر ۰/۸۸ و

همبستگی سه بعد پرسشنامه بازنگری شده با ابعاد مرتبط پرسشنامه تأثیر فیبرومیالژیا بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۸ گزارش شد. قویدل و همکاران (۲۰۱۴) نسخه فارسی پرسشنامه تجدیدنظر شده تأثیر فیبرومیالژیا را در یک مطالعه بر روی ۷۷ بیمار زن مبتلا به فیبرومیالژیا که در کلینیک روماتولوژی بیمارستان رازی (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان) مورد ارزیابی قرار گرفتند، بررسی کردند. نتایج پایایی نشان داد که همسانی درونی با آلفای کرونباخ بیش از ۰/۷ و پایایی آزمون - بازآزمون بیش از ۰/۸۰ بود. در زمینه روایی همگرا، همبستگی نسخه فارسی پرسشنامه تجدیدنظر شده تأثیر فیبرومیالژیا با نسخه قدیمی‌تر پرسشنامه تأثیر فیبرومیالژیا برابر با ۰/۶۳ بود که نشان‌دهنده همبستگی قوی است. در پژوهش حاضر، میزان همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای عملکرد ۰/۸۹، تأثیر کلی ۰/۵۳ و علائم ۰/۸۷ گزارش شد.

سیاهه روابط ابژه و واقعیت‌سنجی^۲ (BORRTI): سیاهه روابط ابژه و واقعیت‌سنجی بل در سال ۱۹۸۶ توسط بل طراحی شد. این سیاهه ۹۰ گویه است که ۴۵ گویه به سنجش روابط ابژه و ۴۵ گویه به سنجش واقعیت‌آزمایی یا کارکردهای ایگو می‌پردازد. در این پژوهش از سؤالات مربوط به سنجش روابط ابژه استفاده شد. سؤالات به صورت بلی و خیر تنظیم شده بودند که گزینه بلی نمره ۱ و گزینه خیر نمره صفر را به خود اختصاص دادند. در این پرسشنامه سؤالات ۱، ۷، ۸، ۱۵، ۲۱، ۳۰، ۳۷، ۴۲، ۴۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری شد. براساس نمرات خام استخراج شده از جداول هنجاریابی نمره T بالاتر از ۶۰ به عنوان نقطه برش در نظر گرفته شده این سیاهه چهار عامل بی‌کفایتی اجتماعی، خودمیان‌بینی، دلبستگی نایمن و بیگانگی را برای روابط ابژه اندازه می‌گیرد (بل و همکاران، ۱۹۸۶). نمرات بالا در هریک از ابعاد، بیانگر آسیب بیشتر در کیفیت روابط ابژه است. روایی این پرسشنامه در پژوهش بل و همکاران (۱۹۸۶) با مقیاس نشانگان مثبت و منفی^۳ ۰/۲۱ تا ۰/۲۹، با فهرست تجدیدنظر شده ۹۰ گویه‌ای نشانگان^۴ ۰/۱۰ تا ۰/۵۶، و یا سیاهه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا^۵ ۰/۶۷ تا ۰/۷۵ تأیید شده است. همچنین در ارزیابی میزان پایایی این پرسشنامه ضرایب پایایی بازآزمایی چهار هفته‌ای و ۱۳ هفته‌ای خرده مقیاس‌های روابط ابژه را به ترتیب ۰/۹۰ - ۰/۵۸ و ۰/۸۱ - ۰/۶۵ گزارش

3. Positive and Negative Syndrome Scale

4. Symptom Checklist-90 (SCL90)

5. Minnesota multiphasic personality inventory-adolescent

1. The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR)

2. Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI)

شد (بل و همکاران، ۱۹۸۶). در ایران هادی‌نژاد و دهقانی (۱۳۹۳) روایی هم‌زمان این پرسشنامه را با فهرست تجدید نظر شده ۹۰ گویه‌ای نشانگان سنجیدند که نتایج آن همبستگی معنادار ۰/۳۱ تا ۰/۶۳ بود. در پژوهش حاضر میزان همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای بی‌کفایتی اجتماعی ۰/۶۹، خودمیان‌بینی ۰/۷۲، دلبستگی ناایمن ۰/۶۵ و بیگانگی ۰/۶۱ گزارش شد.

مقیاس شفقت خود فرم کوتاه^۱ (SCS-SF): فرم کوتاه مقیاس شفقت خود توسط ریس و همکاران در کشور بلژیک در سال ۲۰۱۱ ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۲ عبارت و ۶ زیرمقیاس است (ریس و همکاران، ۲۰۱۱). زیرمقیاس‌های این پرسشنامه شامل همانندسازی افراطی (عبارت‌های ۱ و ۹)، مهربانی با خود (عبارت‌های ۲ و ۶)، ذهن‌آگاهی (عبارت‌های ۳ و ۷)، انزوا (عبارت‌های ۴ و ۸)، اشتراکات بشری (عبارت‌های ۵ و ۱۰) و قضاوت خود (عبارت‌های ۱۱ و ۱۲) است که در یک طیف ۵ درجه‌ای از ۱ نسبتاً هیچ‌وقت تا ۵ نسبتاً همیشه برای عبارت‌های ۱، ۹، ۴، ۸، ۱۱ و ۱۲ است. نمره‌دهی معکوس از ۱ تقریباً همیشه تا ۵ تقریباً هیچ‌وقت و برای عبارت‌های ۲، ۳، ۷، ۶، ۵ و ۱۰ اعمال می‌گردد. حداقل نمره ۱۲ و حداکثر ۶۰ است. نمره بالاتر از ۳۶ نشان‌دهنده شفقت خود بالا است و نمره پایین‌تر از ۳۶ نشان‌دهنده شفقت خود پایین است. نمره ۱۲ تا ۲۴ شفقت خود خیلی پایین، نمره ۲۵ تا ۳۶ شفقت خود پایین، نمره ۳۷ تا ۴۸ شفقت خود بالا، نمره ۴۹ تا ۶۰ شفقت خود خیلی بالا را نشان می‌دهد. روایی سازه به روش روایی همگرایی فرم بلند مقیاس شفقت خود و فرم کوتاه این مقیاس ۰/۹۷ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شد (ریس و همکاران، ۲۰۱۱). در ایران پژوهش سعلی فرد و همکاران (۱۳۹۹) روایی سازه به روش روایی همگرایی مقیاس شفقت خود ۰/۵۱ گزارش کردند و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ حاصل شد. در پژوهش حاضر میزان همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۴ گزارش شد.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۲ (TAS): مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو توسط باگبی و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی گردید. این مقیاس دارای

۲۰ عبارت با ۳ زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساسات (گویه‌های: ۱۳، ۱۴، ۷، ۹، ۱، ۳، ۶)، دشواری در توصیف احساسات (گویه‌های، ۱۷، ۲، ۴، ۱۱، ۱۲) و تفکر عینی (گویه‌های: ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۶، ۱۵، ۵، ۸، ۱۰) می‌شود. نمره‌گذاری مقیاس بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) سنجیده و بررسی می‌شود. همچنین عبارات ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند تفسیر نمره به دست آمده نیز به این صورت است که نمره هر یک از زیرمقیاس‌ها جمع زده و عدد به دست آمده هر چه بیشتر باشد، نشان‌دهنده مشکل بیشتر است. حداقل و حداکثر نمره این مقیاس به ترتیب ۲۰ و ۱۰۰ است. تفسیر نمره به دست آمده نیز به این شرح است که نمره کمتر از ۵۲ نشان‌دهنده ناگویی هیجانی پایین، نمره ۶۰-۵۳ ناگویی هیجانی متوسط و نمره ۶۱ به بالا ناگویی هیجانی بالا تفسیر می‌شود. فوگلی و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود روایی همگرا و روایی واگرا مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو را از طریق همبستگی با سیاهه پنج عاملی^۳ سنجیده و نتایج قابل تأیید گزارش شد. بعلاوه پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۵ گزارش کردند. در پژوهش بشارت و همکاران (۱۳۹۳) روایی سازه مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو به روش تحلیل عاملی تأییدی سنجیده شد و در نسخه فارسی تأیید نمود. روایی هم‌زمان این مقیاس با پرسشنامه‌های هوش هیجانی^۴، بهزیستی روانشناختی^۵ و پریشانی روانشناختی^۶ سنجیده و ضرایب همبستگی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۶، ۰/۴۴ به دست آمد. همچنین پایایی مقیاس به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵ و زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر عینی ۰/۷۲ به دست آمد بشارت و همکاران (۱۳۹۳). در پژوهش حاضر میزان همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای دشواری در تشخیص احساسات ۰/۷۶، دشواری در توصیف احساسات ۰/۵۹ و برای تفکر عینی ۰/۶۴ گزارش شد.

ج) روش اجرا

در پژوهش حاضر پس از اخذ مجوزهای لازم، پژوهشگر به مراکز درمانی مراجعه کرده و هماهنگی‌های لازم را با پزشکان و مسئولان پذیرش انجام

4. Emotional Intelligence

5. Psychological Well Beng

6. Psychological Distress

1. Self-Compassion Scale-Short Form (SCS-SF)

2. Toronto Alexithymia Scale (TAS)

3. NEO Five Factor Inventory

داد. بیماران بدون ایجاد سوگیری، تا حدی در جریان هدف پژوهش قرار گرفتند و با رضایت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند. داده‌های گردآوری شده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی و نرم‌افزار AMOS.v24 تحلیل شدند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۲۵۰ بیمار مبتلا به فیرومیالژیا (۲۲۳ زن و ۲۷ مرد) با میانگین و انحراف استاندارد سنی به ترتیب ۳۲/۶۱ و ۷/۷۳ سال شرکت کردند. در بین شرکت کنندگان ۱۵۸ نفر (۶۳/۲ درصد) مجرد، ۵۹ نفر (۲۳/۶ درصد) متأهل و ۳۳ نفر (۱۳/۲ درصد) از همسر خود جدا شده بودند.

میزان تحصیلات ۵۳ نفر (۲۱/۲ درصد) از شرکت کنندگان زیر دیپلم، ۶۸ نفر (۲۷/۲ درصد) دیپلم، ۹ نفر (۳/۶ درصد) دیپلم، ۸۴ نفر (۳۳/۶ درصد) لیسانس و ۳۶ نفر (۱۴/۴ درصد) فوق لیسانس و بالاتر بود. در نهایت ۳۶ نفر (۱۴/۴ درصد) از شرکت کنندگان کمتر از ۱ سال، ۹۷ نفر (۳۸/۸ درصد) ۱ تا ۳ سال، ۹۱ نفر (۳۶/۴ درصد) ۴ تا ۶ سال و ۲۶ نفر (۱۰/۴ درصد) بیشتر از ۶ سال از ابتلا به بیماری خود آگاه بودند. جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و و جدول ۲ ضرایب همبستگی بین روابط ابژه (بی‌کفایتی اجتماعی، خودمیان بینی، دلبستگی ناایمن و بیگانگی)، شفقت به خود، ناگویی هیجانی (دشواری در تشخیص، دشواری در توصیف و تفکر عینی) و نشانه‌های فیرومیالژیا (عملکرد، تأثیر کلی و علائم) را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، کشیدگی و چولگی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
روابط ابژه - بی‌کفایتی اجتماعی	۱۲/۰۵	۳/۸۹	-۰/۰۸	-۰/۲۲
روابط ابژه - خودمیان بینی	۱۰/۲۷	۲/۴۹	۰/۱۷	-۰/۳۸
روابط ابژه - دلبستگی ناایمن	۵/۵۶	۲/۴۰	-۰/۲۱	-۰/۶۰
روابط ابژه - بیگانگی	۳/۵۳	۱/۴۸	-۰/۱۲	-۰/۹۲
شفقت به خود	۳۵/۰۲	۶/۲۵	-۰/۴۳	-۱/۱۲
ناگویی هیجانی - دشواری در تشخیص	۱۹/۷۷	۴/۳۱	۰/۲۶	۰/۲۴
ناگویی هیجانی - دشواری در توصیف	۱۱/۷۰	۲/۱۷	۰/۳۷	۱/۰۴
ناگویی هیجانی - تفکر عینی	۲۰/۶۴	۴/۳۹	-۰/۴۰	-۰/۵۵
نشانه‌های فیرومیالژیا - عملکرد	۴۶/۷۸	۸/۵۵	-۰/۷۱	۰/۱۸
نشانه‌های فیرومیالژیا - تأثیر کلی	۱۰/۷۶	۲/۷۹	-۰/۵۶	۰/۲۷
نشانه‌های فیرومیالژیا - علائم	۵۶/۳۷	۹/۸۴	-۱/۱۳	-۰/۲۱

در ادامه جدول ۲ ضرایب همبستگی بین خودشناسی انسجامی (خودشناسی تاملی، خودشناسی تجربه‌ای و خودشناسی انسجامی)، دلبستگی به خدا (توجه به خدا، اعتماد/عدم اعتماد، توکل و ارتباط با خدا)، ناگویی هیجانی (دشواری در تشخیص، دشواری در توصیف و تفکر عینی) و نشانه‌های فیرومیالژیا (عملکرد، تأثیر کلی و علائم) را نشان می‌دهد.

جدول ۲ ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش حاضر را نشان می‌دهد. همچنان که جدول فوق نشان می‌دهد همبستگی بین متغیرها در جهت مورد

انتظار و همسو با تئوری‌های حوزه پژوهش بود. در این پژوهش به منظور ارزیابی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های تک متغیری، کشیدگی و چولگی^۱ تک تک متغیرها و به منظور ارزیابی مفروضه همخطی بودن به کمک عامل تورم واریانس^۲ (VIF) و ضریب تحمل^۳ مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ قابل ملاحظه است.

و کشیدگی را روش مناسبی برای بررسی چگونگی توزیع داده‌ها در شرایط بالا بودن حجم نمونه می‌دانند.

2. variance inflation factor

3. tolerance

۱. دلیل استفاده از شاخص‌های چولگی و کشیدگی برای بررسی چگونگی توزیع داده‌ها، به جای شاخص‌هایی چون کالماگروف-اسمیرنف یا شاپیرو-ویلک، حجم نسبتاً بالای گروه نمونه بود. به دلیل حساسیت بیش از حد شاخص‌هایی چون کالماگروف-اسمیرنف یا شاپیرو-ویلک نسبت به حجم نمونه بالا، تاباچینک و فیدل (۲۰۱۳) شاخص‌های چولگی

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱. روابط ابژه - بی کفایتی اجتماعی	-										
۲. روابط ابژه - خودمیان بینی	۰/۵۴**	-									
۳. روابط ابژه - دلبستگی ناایمن	۰/۶۱**	۰/۴۲**	-								
۴. روابط ابژه - بیگانگی	۰/۶۳**	۰/۵۱**	۰/۴۸**	-							
۵. شفقت به خود	-۰/۱۹**	-۰/۳۸**	-۰/۱۸**	-۰/۳۴**	-						
۶. ناگویی - دشواری در تشخیص	۰/۲۴**	۰/۱۷**	۰/۱۱	۰/۲۱**	-۰/۱۹**	-					
۷. ناگویی - دشواری در توصیف	۰/۱۶**	۰/۳۱**	۰/۲۰**	۰/۲۶**	-۰/۲۴**	۰/۴۰**	-				
۸. ناگویی - تفکر عینی	۰/۱۲	۰/۲۰**	۰/۱۲	۰/۲۲**	-۰/۲۱**	۰/۳۳**	۰/۵۷**	-			
۹. فیرومیالژیا - عملکرد	۰/۳۰**	۰/۳۲**	۰/۲۸**	۰/۳۳**	-۰/۲۶**	۰/۲۶**	۰/۳۶**	۰/۳۱**	-		
۱۰. فیرومیالژیا - تأثیر کلی	۰/۱۸**	۰/۲۴**	۰/۱۸**	۰/۲۱**	-۰/۱۷**	۰/۲۳**	۰/۳۸**	۰/۲۷**	۰/۵۳**	-	
۱۱. فیرومیالژیا - علائم	۰/۲۲**	۰/۲۸**	۰/۱۱	۰/۲۸**	-۰/۲۴**	۰/۲۵**	۰/۳۰**	۰/۲۶**	۰/۴۹**	۰/۵۲**	-

*P<۰/۰۵ و **P<۰/۰۱

جدول ۳. بررسی مفروضه‌های نرمال بودن و همخطی بودن

متغیر	مفروضه همخطی بودن	
	ضریب تحمل	تورم واریانس
روابط ابژه - بی کفایتی اجتماعی	۰/۶۴	۱/۵۴
روابط ابژه - خودمیان بینی	۰/۷۳	۱/۳۷
روابط ابژه - دلبستگی ناایمن	۰/۶۱	۱/۶۵
روابط ابژه - بیگانگی	۰/۲۸	۳/۵۲
شفقت به خود	۰/۳۸	۲/۶۲
ناگویی هیجانی - دشواری در تشخیص	۰/۳۹	۲/۶۰
ناگویی هیجانی - دشواری در توصیف	۰/۴۶	۲/۱۶
ناگویی هیجانی - تفکر عینی	۰/۵۵	۱/۸۳
نشانه‌های فیرومیالژیا - عملکرد	-	-
نشانه‌های فیرومیالژیا - تأثیر کلی	-	-
نشانه‌های فیرومیالژیا - علائم	-	-

منطبق بر یافته‌های جدول ۳ مقادیر کشیدگی و چولگی همه مؤلفه‌ها در محدوده ± 2 قرار دارد. این یافته بیانگر آن است که مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های تک متغیری در بین داده‌ها برقرار است (رک کلاین، ۲۰۱۶). جدول ۳ نشان می‌دهد که مفروضه همخطی بودن در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار است. زیرا که مقادیر ضریب تحمل متغیرهای پیش بین بزرگ‌تر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس هر یک از آنها کوچک‌تر از ۱۰ است. منطبق بر دیدگاه میرز و همکاران (۲۰۰۶) ضریب تحمل کوچک‌تر از ۰/۱ و ارزش عامل تورم واریانس بزرگ‌تر از ۱۰ نشان دهنده عدم برقراری مفروضه همخطی بودن است.

علاوه بر نتایج حاصل از بررسی شاخص‌های چولگی و کشیدگی که نشان داد توزیع داده‌ها نرمال است، استفاده از آزمون باکس وایسکر نیز نشان داد که برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش داده پرت وجود ندارد. همچنین مقادیر چولگی و کشیدگی اطلاعات مربوط به «فاصله مهلنوبایس»^۱ به ترتیب برابر با ۰/۶۸ و ۰/۲۱ به دست آمد که نشان می‌دهد توزیع داده‌های چندمتغیری نرمال است. شاخص دوربین - واتسون برای متغیرهای پیش بین برابر با ۱/۸۳ به دست آمد که بیانگر برقراری مفروضه استقلال خطاها در بین داده‌های پژوهش بود. در نهایت به منظور ارزیابی همگنی واریانس‌ها نمودار پراکندگی واریانس‌های استاندارد شده خطاها مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که مفروضه یاد شده نیز در بین داده‌ها برقرار است. پس از ارزیابی مفروضه‌ها، داده‌ها با استفاده از روش مدل یابی معادلات ساختاری تحلیل شد. همچنان که در شکل ۲ ملاحظه می‌شود دشواری در تشخیص، دشواری در توصیف و تفکر عینی نشانگرهای ناگویی هیجانی و عملکرد، تأثیر کلی و علائم نشانگرهای نشانه‌های فیرومیالژیا بودند. چگونگی برازش مدل با داده‌های گردآوری شده با استفاده از روش مدل یابی معادلات ساختاری و با به کارگیری نسخه ۲۴ نرم افزار AMOS و استفاده از روش برآورد بیشینه احتمال^۲ (ML) مورد ارزیابی قرار گرفت. جدول ۴ شاخص‌های برازندگی مدل را نشان می‌دهد.

². Maximum Likelihood

¹. Mahalanobis distance (D)

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری

شاخص‌های برازندگی	مدل اندازه‌گیری	مدل ساختاری	نقطه برش
مجدور کای	۳۹/۱۲	۹۹/۸۳	-
درجه‌آزادی مدل	۳۲	۴۰	-
χ^2/df^1 (نسبت مجدور کای به درجه‌آزادی)	۱/۲۲	۲/۴۹	کمتر از ۳
GFI ^۲ (شاخص برازندگی مناسب)	۰/۹۶۹	۰/۹۳۲	۰/۹۰ >
AGFI ^۳ (شاخص برازندگی مناسب تعدیل شده)	۰/۹۴۷	۰/۸۸۹	۰/۸۵۰ >
CFI ^۴ (شاخص برازندگی مقایسه‌ای)	۰/۹۹۱	۰/۹۳۵	۰/۹۰ >
RMSEA ^۵ (خطای تقریبی میانگین مربعات ریشه)	۰/۰۳۰	۰/۰۷۸	۰/۰۸ <

جدول ۴ نشان می‌دهد که همه شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل عاملی تاییدی از برازش قابل قبول مدل اندازه‌گیری با داده‌های گراوری شده حمایت می‌کنند. در مدل اندازه‌گیری بزرگ‌ترین بار عاملی متعلق به نشانگر بی‌کفایتی اجتماعی ($\beta = ۰/۸۴۱$) و کوچک‌ترین بار عاملی متعلق به نشانگر دشواری در تشخیص احساسات ($\beta = ۰/۴۹۹$) بود. بدین ترتیب باتوجه‌به این که بارهای عاملی همه نشانگرها بالاتر از ۰/۳۲ بودند، می‌توان گفت همه آن‌ها از توان لازم برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون پژوهش حاضر برخوردارند. به دنبال ارزیابی چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری، در

مرحله دوم شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری (شکل ۲) برآورد و ارزیابی شد. در مدل ساختاری پژوهش فرض شده بود که روابط ابژه با میانجیگری ناگویی هیجانی و شفقت به خود بر نشانه‌های فیرومیالژیا اثر دارد. جدول ۴ نشان می‌دهد که شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل از برازش قابل قبول مدل ساختاری با داده‌های گراوری شده حمایت می‌کنند. جدول ۵ ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری را نشان می‌دهد.

جدول ۵. ضرایب ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری

اثرات	b	S.E	β	p
روابط ابژه - شفقت به خود	-۱/۰۳۷	۰/۲۰۳	-۰/۴۱۲	۰/۰۰۱
روابط ابژه - ناگویی هیجانی	۰/۱۹۲	۰/۰۶۹	۰/۳۷۷	۰/۰۰۱
شفقت به خود - نشانه‌های فیرومیالژیا	-۰/۲۷۴	۰/۰۴۴	-۰/۴۶۸	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی - نشانه‌های فیرومیالژیا	۰/۹۱۴	۰/۳۲۲	۰/۳۱۵	۰/۰۰۱
اثر مستقیم روابط ابژه - نشانه‌های فیرومیالژیا	۰/۲۶۱	۰/۱۳۶	۰/۱۷۷	۰/۰۵۴
اثر غیرمستقیم روابط ابژه - نشانه‌های فیرومیالژیا	۰/۴۵۹	۰/۱۰۸	۰/۳۱۲	۰/۰۰۱
اثر کل روابط ابژه - نشانه‌های فیرومیالژیا	۰/۷۲۰	۰/۱۷۶	۰/۴۸۹	۰/۰۰۱

جدول ۵ نشان می‌دهد که ضریب مسیر کل بین روابط ابژه با نشانه‌های فیرومیالژیا ($\beta = ۰/۴۸۹$, $P = ۰/۰۰۱$) مثبت و معنادار است. همچنین ضریب مسیر غیرمستقیم آن دو متغیر ($\beta = ۰/۳۱۲$, $P = ۰/۰۰۱$) نیز مثبت و معنادار بود. استفاده از فرمول بارون و کنی (۱۹۸۶)، به نقل از مالنکروت و همکاران، (۲۰۰۶) نشان داد که ضریب مسیر بین روابط ابژه با نشانه‌های فیرومیالژیا از

طریق شفقت به خود ($\beta = ۰/۱۱۸$, $P = ۰/۰۰۱$) و از طریق ناگویی هیجانی ($\beta = ۰/۱۹۳$, $P = ۰/۰۰۱$) مثبت و معنادار است. براین اساس چنین نتیجه‌گیری شد که شفقت به خود و ناگویی هیجانی اثر روابط ابژه بر نشانه‌های فیرومیالژیا را به‌صورت مثبت و معنادار میانجیگری می‌کند. شکل ۲ پارامترهای استاندارد در مدل ساختاری پژوهش را نشان می‌دهد.

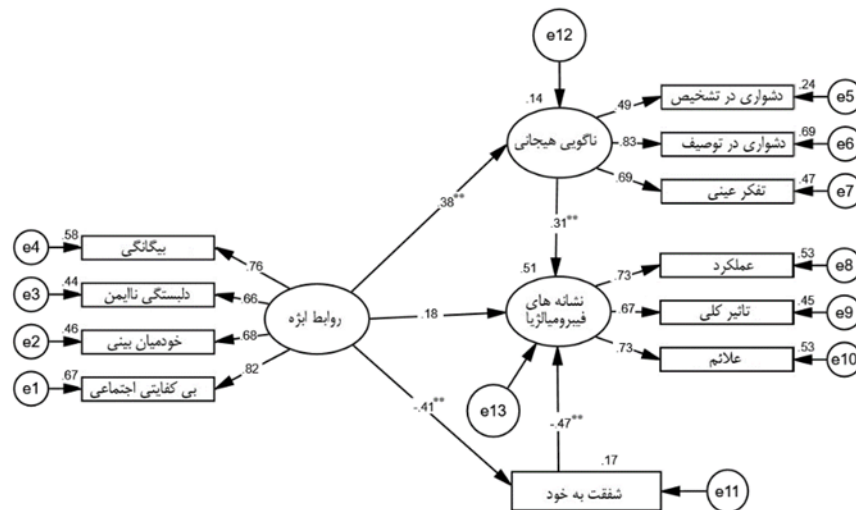
1. normed chi-square

2. Goodness Fit Index

3. Adjusted Goodness Fit Index

4. Comparative Fit Index

5. Root Mean Square Error of Approximation



شکل ۲. پارامترهای استاندارد در مدل پژوهش

همچنان که شکل فوق نشان می‌دهد مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه (R^2) برای نشانه‌های بیماری فیرومیالژیا برابر با ۰/۵۱ به‌دست آمده است، این موضوع بیانگر آن است که روابط ابژه، شفقت به خود و ناگویی هیجانی در مجموع ۵۱ درصد از واریانس نشانه‌های بیماری فیرومیالژیا را تبیین نموده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثر روابط ابژه بر نشانه‌های فیرومیالژیا با در نظر گرفتن نقش میانجیگر ناگویی هیجانی و شفقت به خود بود. نتایج به‌دست آمده از مدل‌یابی معادلات ساختاری بعد از برازش کامل داده‌های مدل موردنظر نشان داد ناگویی هیجانی اثر روابط ابژه بر نشانه‌های فیرومیالژیا را به‌صورت مثبت و معنادار میانجیگری می‌کند. مطالعات متعددی نتایج همسو و ناهمسو با این یافته پژوهشی گزارش کردند. به‌طور مثال، اسمیت (۲۰۰۷) به این نکته اشاره می‌کند که فیرومیالژیا می‌تواند ناشی از عدم تعادل در پردازش روانشناختی درد باشد و با عوامل مزمن روانشناختی و اجتماعی پیوند می‌خورد این مطالعه با یافته پژوهش حاضر همخوانی دارد، زیرا بر رابطه میان درد و عوامل روانی تأکید می‌کند. سدیک (۲۰۱۵) نیز بر ناسامانی روان‌زیستی در افراد مبتلا به این بیماری تأکید کرده و نشان داده است که این اختلال با عدم تعادل در عوامل روانشناختی و بیولوژیکی مرتبط است این دیدگاه نشان‌دهنده اهمیت عواملی همچون ناگویی هیجانی و روابط ابژه در بروز علائم فیرومیالژیا است و با پژوهش

حاضر همسو است. در پژوهش‌های دیگر، ونتز و همکاران (۲۰۱۰) و بوساروجو (۲۰۱۸) نقش تنظیم هیجانات و ناگویی هیجانی را به‌عنوان عواملی میانجی در بروز علائم فیرومیالژیا مورد بررسی قرار داده‌اند این دیدگاه با یافته‌های پژوهش حاضر همسو است که ناگویی هیجانی را به‌عنوان عاملی میانجی در نظر می‌گیرد. افزون بر این‌ها پژوهش دوست‌محمدی و همکاران (۱۴۰۱) و لاند (۲۰۰۹) که نقش میانجی‌گری ناگویی هیجانی در روابط ابژه و سایکوسوماتیک را بررسی کرده‌اند، نتایج مشابهی با یافته‌های پژوهش حاضر دارند. در این پژوهش‌ها، تأکید بر این است که ناگویی هیجانی (که به‌عنوان توانایی محدود فرد برای شناسایی و بیان احساسات خود تعریف می‌شود) می‌تواند به‌عنوان یک عامل میانجی در ایجاد یا تشدید مشکلات جسمانی و روانی مانند فیرومیالژیا عمل کند. این هم‌راستایی نشان می‌دهد که مکانیسم‌های مشابهی در زمینه‌ی روابط ابژه و ناگویی هیجانی وجود دارند که می‌توانند بر تشدید علائم فیرومیالژیا تأثیرگذار باشند. با این حال، تفاوت‌هایی نیز وجود دارد که می‌تواند به ناهم‌سویی بین نتایج پژوهش حاضر و دیگر مطالعات اشاره کند. برای مثال، پژوهش واسالو (۲۰۰۴) و برام و همکاران (۲۰۱۸) به‌ویژه بر نقش دفاع‌های روانی و تنظیم هیجانی در زمینه‌ی سایکوسوماتیک و بیماری‌های مزمن تأکید دارند. در این مطالعات، اشاره به سبک‌های دفاعی و نحوه‌ی واکنش‌های هیجانی به درد و رنج‌های جسمانی در مقابل تأکید پژوهش حاضر بر روابط ابژه و ناگویی هیجانی به‌عنوان یک عامل میانجی، می‌تواند تفاوت‌هایی در نحوه‌ی تبیین مکانیسم‌ها ایجاد کند. همچنین پژوهش تهمتن

و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند متغیرهای تنظیم شناخت هیجان و سبک‌های دفاعی رابطه معناداری را با متغیر کیفیت زندگی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا دارند. در همی راستا ایمانی و دهقان (۱۳۹۹) نشان دادند سبک دفاعی رشد نیافته، ناگویی هیجانی و طرحواره‌های ناسازگار منجر به افزایش احتمال ابتلا به اختلال آسم می‌شوند. این یافته‌های پژوهشی با یافته پژوهشی حاضر از این جهت که بررسی نقش ناگویی هیجانی به عنوان یک متغیر میانجی و موثر در روابط بین متغیرهای روانشناختی و سلامت جسمانی می‌پردازند همسو است.

در تبیین این یافته پژوهشی می‌توان گفت که نظریه روابط ابژه توضیح می‌دهد که تجارب عاطفی اولیه در ارتباط با مراقبان اصلی نقشی کلیدی در رشد توانایی فرد برای شناسایی و ابراز هیجانات دارد. اگر این روابط ناسالم باشد، مثلاً در صورتی که مراقب به نیازهای عاطفی کودک پاسخ مناسبی ندهد، فرد ممکن است در بزرگسالی توانایی پردازش هیجانات خود را از دست بدهد و دچار ناگویی هیجانی شود (کاترون، ۲۰۲۱). ناگویی هیجانی، می‌تواند باعث شود که هیجانات منفی به جای بیان روانی، در قالب نشانه‌های جسمانی مانند درد و خستگی بروز کنند (رادی و همکاران، ۲۰۲۱). فیرومیالژیا، به طور گسترده با استرس و مشکلات تنظیم هیجانات مرتبط است. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی به دلیل ناتوانی در مدیریت هیجانات، این استرس را به شکل نشانه‌های جسمانی تجربه می‌کنند (مارچی و همکاران، ۲۰۱۹)؛ بنابراین، روابط ابژه ناسالم می‌تواند با افزایش ناگویی هیجانی، احتمال بروز و شدت علائم فیرومیالژیا را افزایش دهد. ناگویی هیجانی که به عدم توانایی در شناسایی و بیان هیجانات اشاره دارد، تأثیرات قابل توجهی بر عزت نفس و خودپنداره فرد می‌گذارد، به‌ویژه زمانی که با شرایطی همچون فیرومیالژیا که با استرس یا اضطراب مزمن همراه است، هم‌زمان شود (بوستاروجو، ۲۰۱۸). افراد دارای ناگویی هیجانی اغلب از سنین پایین با چالش‌های اجتماعی و هیجانی مواجه هستند که به آسیب‌پذیری در روابط ابژه منجر می‌شود. این الگوهای رابطه‌ای می‌توانند علائم فیرومیالژیا را با تداوم احساس کم‌ارزشی و حساسیت بالا به استرس تشدید کنند. ناگویی هیجانی می‌تواند احساسات ناپسندگی و ناامیدی را تقویت کند که در صورت عدم توجه، به استرس هیجانی و افزایش ادراک درد منجر می‌شوند. افرادی که ناگویی هیجانی دارند و از شفقت به خود بی‌بهره‌اند، نسبت به درونی‌سازی روابط ابژه منفی آسیب‌پذیرترند که این

امر می‌تواند با افزایش استرس هیجانی، علائم فیرومیالژیا را تشدید کند. با این حال، مطالعات نشان می‌دهند که افرادی که با ناگویی هیجانی روبرو هستند و شفقت به خود را در خود پرورش می‌دهند، می‌توانند این چرخه‌های معیوب را از بین ببرند و با گذشت زمان هم علائم هیجانی و هم جسمانی را کاهش دهند (هوارد، ۲۰۱۴).

همچنین یافته دیگر پژوهش نشان داد شفقت به خود اثر روابط ابژه بر نشانه‌های فیرومیالژیا را به‌صورت مثبت و معنادار میانجی‌گری می‌کند. مطالعات متعددی نتایج همسو و ناهمسو با این یافته پژوهشی گزارش کردند. مونتر و-مارین و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که شفقت‌درمانی مبتنی بر دلبستگی می‌تواند از طریق میانجی‌گری شفقت به خود و ذهن‌آگاهی علائم فیرومیالژیا را کاهش دهد این یافته نشان‌دهنده نقش مثبت شفقت به خود در کاهش علائم فیرومیالژیا و همسو با پژوهش حاضر است. پژوهش‌های دیگر نیز مانند تحقیقات بروکس و همکاران (۲۰۲۲) و چانگ و همکاران (۲۰۱۹) نقش شفقت به خود را در کاهش علائم این بیماری به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای مثبت تأیید کرده‌اند این نتیجه با یافته‌های پژوهش حاضر که شفقت به خود را عاملی مهم در بهبود علائم می‌داند، همخوانی دارد. این یافته‌ها همگی با پژوهش حاضر در ارتباط هستند که بر روابط ابژه و نقش شفقت به خود در بروز علائم روان‌تنی، به‌ویژه در فیرومیالژیا، تأکید می‌کند. لوی و همکاران (۲۰۲۴) نشان دادند که شفقت به خود به طور معناداری علائم روانی و جسمی را در زنان مبتلا به فیرومیالژیا کاهش می‌دهد که با یافته‌های پژوهش حاضر که به نقش شفقت به خود در کاهش علائم این بیماری تأکید دارد، همخوانی دارد. همچنین، باقری و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که شفقت به خود می‌تواند به عنوان یک میانجی اثرات منفی روابط ابژه را در بروز علائم افسردگی کاهش دهد. این یافته نیز با پژوهش حاضر که میانجی‌گری شفقت به خود را در بروز علائم فیرومیالژیا در نظر می‌گیرد، هماهنگ است. وونگ (۲۰۲۱) نیز بر اهمیت شفقت به خود در تنظیم هیجانات و کاهش علائم روان‌تنی تأکید کرده است که این دیدگاه نیز با پژوهش حاضر همخوانی دارد. کین (۲۰۱۴) بر "پارادوکس شفقت به خود" تأکید می‌کند و اشاره دارد که خود انتقادی در افراد شفقت‌پذیر می‌تواند بر شدت علائم روان‌تنی تأثیرگذار باشد که این نیز با پژوهش حاضر که شفقت به خود را به عنوان میانجی در بروز علائم می‌بیند، ارتباط دارد. از سوی دیگر، شوارتز (۲۰۰۷)

بر نحوه ارتباط بیمار با بدن خود و تأثیر آن بر شدت علائم فیرومیالژیا تاکید دارد که با مفهوم روابط ابژه و علائم روان‌تنی در پژوهش حاضر هم‌راستا است. همچنین نعمتی زاده و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهش خود نشان دادند شفقت به خود در رابطه بین نشانه‌های هیجانی و معنویت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، نقش میانجی دارد از این جهت که به نقش میانجی گر شفقت به خود به عنوان عامل مهم در فرایندهای روانشناختی و بهبود وضعیت بیماران توجه کرده است با یافته پژوهش حاضر همسواست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت نظریه روابط ابژه توضیح می‌دهد که چگونه روابط اولیه با مراقبان می‌تواند ساختارهای روانی و الگوهای ارتباطی فرد را در آینده تحت تأثیر قرار دهد. تحقیقات نشان می‌دهد که روابط پیچیده هیجانی، به‌ویژه آن‌هایی که شامل نیازهای هیجانی برآورده نشده هستند، می‌توانند با ایجاد استرس هیجانی مزمن به درد جسمی تبدیل شوند و علائم جسمانی در اختلالات روان‌تنی از جمله فیرومیالژیا را تشدید کنند (کروز، ۲۰۱۸). شفقت به خود، یا توانایی برخورد مهربانانه با خود در زمان رنج، به‌عنوان یک مکانیزم مقابله‌ای مهم برای درد مزمن شناخته می‌شود (مونترو-مارین و همکاران، ۲۰۲۰). افرادی که سطح بالاتری از شفقت به خود دارند، می‌توانند استرس هیجانی را به طور مؤثرتری مدیریت کنند که این امر می‌تواند تأثیرات منفی روابط ابژه آسیب‌زا را کاهش دهد. شفقت به خود باعث کاهش انتقاد از خود و سرکوب هیجانات می‌شود؛ دو عاملی که با تشدید علائم فیرومیالژیا مرتبط هستند و از این رو، به‌عنوان سپری در برابر استرس هیجانی مزمن عمل می‌کند (بروکس و همکاران، ۲۰۲۲). شفقت به خود چندین مکانیزم حمایتی را برای افراد مبتلا به درد مزمن فراهم می‌کند. با تقویت مهربانی و پذیرش نسبت به خود، افراد خودشفقت احتمالاً درد خود را با نگاهی متعادل و بدون سرزنش افراطی یا بزرگنمایی رنج، مشاهده می‌کنند. این رویکرد، بار روانی مرتبط با درد را کاهش می‌دهد و می‌تواند شدت علائم فیرومیالژیا را از طریق کاهش هورمون‌های استرس، مانند کورتیزول که اغلب در شرایط درد مزمن افزایش‌یابند، کاهش دهد (چانگ و همکاران، ۲۰۱۹). شفقت به خود تنظیم هیجانی را تسهیل می‌کند که برای افراد مبتلا به فیرومیالژیا که اغلب با اختلال در تنظیم هیجانی مواجه‌اند، ضروری است. هنگامی که شفقت به خود وجود داشته باشد، رویکردی متعادل و آگاهانه نسبت به هیجانات چالش‌برانگیزی

که از روابط ابژه منفی نشأت می‌گیرند، فراهم می‌شود. این تنظیم متعادل هیجانی می‌تواند مسیری را که از طریق آن تجربیات رابطه‌ای آسیب‌زا به علائم جسمانی منجر می‌شوند، تضعیف کند، به‌ویژه در شرایطی مانند فیرومیالژیا که استرس هیجانی به شدت بر شدت علائم تأثیر می‌گذارد (لوی و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین شفقت به خود بر نحوه درونی‌سازی و پاسخ‌دهی افراد به الگوهای رابطه‌ای اولیه تأثیر می‌گذارد. برای مثال، فردی با شفقت به خود پایین ممکن است بی‌توجهی رابطه‌ای اولیه را به‌عنوان نقص شخصی تفسیر کند که احساس ناپسندگی را تقویت می‌کند. در مقابل، شفقت به خود به افراد این امکان را می‌دهد که این تجربیات را بدون سرزنش خود تفسیر کنند و اثرات منفی روابط ابژه بر علائم فیرومیالژیا را کاهش دهند. این بازتفسیر از اهمیت بالایی برخوردار است، زیرا بار هیجانی که اغلب درد مزمن را تشدید می‌کند، کاهش می‌یابد (دوست‌محمدی و همکاران، ۱۴۰۱). شرایط درد مزمن مانند فیرومیالژیا به ارتباط نزدیک بین ذهن و بدن، به‌ویژه در زمینه روابط ابژه، تاکید دارد. روابط ابژه منفی می‌توانند به استرس روانی افزایش‌یافته منجر شوند و در نهایت این استرس به‌صورت درد و خستگی جسمانی در بیماران فیرومیالژیا ظاهر می‌کند. شفقت به خود این چرخه را با تغییر ادراک فرد از درد و رنج مختل کرده و هماهنگی ذهن-بدن را ترویج می‌کند که می‌تواند برخی از علائم جسمانی را تسکین دهد (وونگ، ۲۰۲۱).

پژوهش حاضر نیز مانند سایر پژوهش‌ها از محدودیت‌هایی برخوردار بود نظیر اینکه از آنجایی که این مطالعه بر روی بیماران شهر تهران انجام شده است در تعمیم نتایج باید احتیاط به عمل آورد. دشواری در جمع‌آوری اطلاعات ایجاد نمود. علاوه بر این ابزار اندازه‌گیری پرسش‌نامه‌های خودگزارش‌دهی بودند که ممکن است با سوگیری همراه بوده باشند. همچنین تعداد زیاد سؤالات موجب خستگی بیماران در پاسخ‌گویی گردید. علاوه بر این یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر، از قبیل سایر توانمندی‌های و ویژگی‌های روانشناختی، ویژگی‌های شخصیتی، وضعیت جو عاطفی خانواده، متغیرهای تعدیل‌کننده از قبیل طبقه اقتصادی و اجتماعی تسهیل‌کننده بود؛ بنابراین پژوهش‌های آتی می‌توانند به بررسی تفاوت‌های فردی در پاسخ به مداخلات مبتنی بر روابط ابژه و شفقت به خود پرداخته و عوامل مؤثر بر شدت و نوع این تأثیرات (مانند سن، جنسیت، مدت زمان ابتلا به بیماری)

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی عمومی در دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان است. ملاحظات اخلاقی که در این پژوهش در نظر گرفته شد شامل دریافت رضایت آگاهانه، آگاهی شرکت‌کنندگان از اهداف و روش‌ها و تضمین محرمانگی اطلاعات بود. همچنین تحلیل داده‌ها به صورت ناشناس انجام شد. تدابیر لازم برای جلوگیری از هرگونه آسیب به شرکت‌کنندگان در نظر گرفته شد و آنان حق دسترسی به نتایج پژوهش را داشتند. برای رعایت اصول اخلاقی در تحقیقات، اخذ مجوزهای لازم به منظور انجام پژوهش در نظر گرفته شد. حضور داوطلبانه و کسب رضایت آگاهانه کامل شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش در نظر گرفته شد. پژوهشگر متعهد شد درباره روش اجرا، هدف انجام پژوهش، زبان‌های احتمالی دستاوردها و ماهیت پژوهش به شرکت‌کننده‌ها پاسخ قانع‌کننده علمی و عملی بدهد. افزون بر این‌ها، همه مراحل اجرای پژوهش طبق اصول علمی و روش پژوهش پیش رفت.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از بیمارانی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

را شناسایی کنند همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده، تأثیر روش‌های درمانی مبتنی بر شفقت به خود با سایر روش‌های درمانی مانند درمان شناختی - رفتاری یا درمان دارویی در کاهش علائم فیرومیالژیا مقایسه شود تا بهترین رویکرد درمانی برای بیماران مبتلا به این بیماری شناسایی گردد. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تقویت شفقت به خود و کاهش ناگویی هیجانی می‌تواند به کاهش نشانه‌های فیرومیالژیا کمک کند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برنامه‌های درمانی ویژه‌ای در مراکز درمانی، بیمارستان‌ها و کلینیک‌های روماتولوژی طراحی شود که بر ارتقاء شفقت به خود و بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به فیرومیالژیا تمرکز داشته باشد. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود که در کنار درمان‌های دارویی و فیزیکی، کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی برای بیماران مبتلا به فیرومیالژیا در مراکز درمانی برگزار شود که در آن‌ها به بیماران آموزش داده شود چگونه با استفاده از تکنیک‌های روانشناختی، شفقت به خود را تقویت کرده و هیجانات خود را بهتر مدیریت کنند. این رویکرد می‌تواند به تسکین علائم بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک کند.

منابع

ایمانی، مهدی؛ دهقان، مریم (۱۳۹۹). مقایسه سبک‌های دفاعی، ناگویی هیجانی و طرحواره ناسازگار در افراد مبتلا به آسم و افراد بهنجار. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۹۲)، ۹۵۷-۹۶۶.

<https://psychologicalscience.ir/article-1-736-fa.html>

بشارت، محمدعلی؛ گرانمایه پور، شیوا؛ پورنقدعلی، علی؛ افقی، زهرا؛ حبیب نژاد، محمد؛ آقایی ثابت، سیده سارا (۱۳۹۳). رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی: نقش تعدیل‌کننده سبک‌های دلبستگی. *روانشناسی معاصر*، ۹(۱)، ۳-۱۶.

تہمتن، علی؛ کلهرنیا گلکار، مریم؛ حاجی عزیزاده، کبری (۱۴۰۰). بررسی مدل ساختاری رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و سبک‌های دفاعی با کیفیت زندگی و با میانجی‌گری ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۸)، ۲۳۰۶-۲۲۸۵.

دوست‌محمدی، فاطمه؛ طاوولی، آزاده؛ خسروی، زهره (۱۴۰۱). بررسی ارتباط بین الگوهای روابط موضوعی و علائم جسمانی سازی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی (مدلی بر اساس دیدگاه Bion): یک مطالعه توصیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۱(۱)، ۷۱-۹۰.

سعیدی فرد، صدیقه؛ تاجری، بیوک؛ رفیعی پور، امین (۱۳۹۹). اثربخشی مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا بر رشد پس از سانحه، شفقت به خود و امید در زنان مبتلا به سرطان پستان. *سلامت جامعه*، ۱۴(۱۴)، ۳۴-۴۴.

نعمتی‌زاده، زهرا؛ ثابت، مهرداد؛ رفیعی‌پور، امین؛ ابوالعالی‌الحسینی، خدیجه (۱۴۰۲). مدل ساختاری خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بر اساس نشانه‌های هیجانی و معنویت: نقش میانجی شفقت به خود. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲(۱۲۶)، ۱۱۹۱-۱۲۰۶.

<https://doi.org/10.52547/JPS.22.126.1191>

هادی نژاد، حسن؛ طباطباییان، مریم؛ دهقانی، محمود (۱۳۹۳). بررسی مقدماتی روایی و پایایی پرسش‌نامه روابط موضوعی و واقعیت آزمایی بل. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۲۰(۲)، ۱۶۲-۱۶۹.

هومن، حیدرعلی (۱۳۹۲). شناخت روش علمی در علوم رفتاری (چاپ پنجم). تهران: نشر سمت.

References

Alciati, A., Cirillo, M., Masala, I. F., Sarzi-Puttini, P., & Atzeni, F. (2021). Differences in depression, anxiety, and stress disorders between fibromyalgia

associated with rheumatoid arthritis and primary fibromyalgia. *Stress and Health*, 37(2), 255-262.

Allredge, C. T. (2022). *Group Psychotherapy for Pain: A Meta-Analysis (Doctoral dissertation, Brigham Young University)*.

Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 23-32.

Bagheri, J., Birashk, B., Dehghani, M., & Asgharnejad, A. A. (2019). The relationship between object relations and the severity of depression symptoms: The mediating role of self-compassion. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 25(3), 328-343. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.25.3.328>

Bell, M., Billington, R., & Becker, B. (1986). A scale for the assessment of object relations: Reliability, validity, and factorial invariance. *Journal of Clinical Psychology*, 42(5), 733-741. [https://doi.org/10.1002/10974679\(198609\)425<733::AID-JCLP2270420509>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/10974679(198609)425<733::AID-JCLP2270420509>3.0.CO;2-C)

Bennett, R. M., Friend, R., Jones, K. D., Ward, R., Han, B. K., & Ross, R. L. (2009). The revised fibromyalgia impact questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties. *Arthritis research & therapy*, 11, 1-14.

Berwick, R., Barker, C., Goebel, A., & Guideline Development Group. (2022). The diagnosis of fibromyalgia syndrome. *Clinical Medicine*, 22(6), 570-574.

Besharat, M. A., Geranmayepour, Sh., Pournaghdali, A., Ofoghi, Z., Habibnejad, M., & Aghaei Sabet, S. S. (2014). The relationship between emotional inhibition and interpersonal problems: The moderating role of attachment styles. *Contemporary Psychology*, 9(1), 3-16. (In Persian)

Bram, A. D., Gottschalk, K. A., & Leeds, W. M. (2018). Emotional regulation in women with chronic fatigue syndrome and depression: internal representations and adaptive defenses. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 66(4), 701-741.

Brooks, B. D., Kaniuka, A. R., Rabon, J. K., Sirois, F. M., & Hirsch, J. K. (2022). Social support and subjective health in fibromyalgia: Self-compassion as a mediator. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1-9.

Bullington, J. (2013). *The expression of the psychosomatic body from a phenomenological perspective* (pp. 19-37). Dordrecht: Springer.

- Bustarviejo, L. (2018). Psychosomatic symptoms: A contemporary psychotherapeutic exploration. *Health Care for Women International*, 25(8):702-29.
- Caputo, A. (2020). Illness and object relations: narratives from women with pulmonary hypertension. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 26(1), 130-141.
- Cassell, E. J. (1999). Diagnosing suffering: a perspective. *Annals of Internal Medicine*, 131(7), 531-534.
- Catrone, C. (2021). An Integrated Treatment of Psychosomatic Symptoms and Disorders of the Self: The Role of Alexithymia. *Psychoanalytic Social Work*, 28(1), 25-42.
- Chang, E. C., Lucas, A. G., Chang, O. D., Angoff, H. D., Li, M., Duong, A. H., ... & Hirsch, J. K. (2019). Relationship between future orientation and pain severity in fibromyalgia patients: Self-compassion as a coping mechanism. *Social Work*, 64(3), 253-258. <https://doi.org/10.1093/sw/swy031>
- Cruz, R. (2018). Psychoanalytic aspects of psychosomatics. *Psychoanalytic Trends in Theory and Practice: The Second Century of the Talking Cure*, 201.
- Di Tella, M., Ghiggia, A., Tesio, V., Romeo, A., Colonna, F., Fusaro, E., ... & Castelli, L. (2017). Pain experience in Fibromyalgia Syndrome: The role of alexithymia and psychological distress. *Journal of Affective Disorders*, 208, 87-93.
- Dimitrova, L. (2020). Conflicts-a key trigger for the emergence of psychosomatic disorders. *Knowledge-International Journal*, 43(4), 843-848.
- Doostmohammadi, F., Tawoeli, A., & Khosravi, Z. (2022). Investigating the relationship between object relations patterns and somatization symptoms with emotional inhibition as a mediator (A model based on Bion's theory): A descriptive study. *Rafsanjan University of Medical Sciences Journal*, 21(1), 71-90. (In Persian)
- Falconer, C. J., Slater, M., Rovira, A., King, J. A., Gilbert, P., Antley, A., & Brewin, C. R. (2014). Embodying compassion: a virtual reality paradigm for overcoming excessive self-criticism. *PloS one*, 9(11), e111933.
- Fietta, P., Fietta, P., & Manganelli, P. (2007). Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomedica-Ateneo Parmense*, 78(2), 88.
- Fogley, R., Warman, D., & Lysaker, P. H. (2014). Alexithymia in schizophrenia: Associations with neurocognition and emotional distress. *Psychiatry Research*, 218(1-2), 1-6.
- Garcia, A. C. M., Junior, J. B. C., Sarto, K. K., da Silva Marcelo, C. A., das Chagas Paiva, E. M., Nogueira, D. A., & Mills, J. (2021). Quality of life, self-compassion, and mindfulness in cancer patients undergoing chemotherapy: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 51, 101924.
- Ghavidel Parsa, B., Amir Maafi, A., Haghdooost, A., Arabi, Y., Khojamli, M., Chatrnour, G., & Bidari, A. (2014). The validity and reliability of the Persian version of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rheumatology International*, 34(2), 175-180.
- Goldstein, E. (2010). *Object relations theory and self-psychology in soc.* Simon and Schuster.
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge, MA (Harvard University Press) 1983.
- Hadian Nejad, H., Tabatabaian, M., & Dehghani, M. (2014). Preliminary study on the validity and reliability of the Object Relations and Reality Testing Questionnaire. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andisheh va Raftar)*, 20(2), 162-169. (In Persian)
- Heidari, F., Afshari, M., & Moosazadeh, M. (2017). Prevalence of fibromyalgia in the general population and patients, a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology International*, 37, 1527-1539.
- Houman, H. A. (2013). *Scientific Methods in Behavioral Sciences* (5th ed.). Samt Publication. Tehran. (In Persian)
- Howard, G. (2014). A psychotherapeutic exploration of the meaning of Fibromyalgia.
- 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(5), 425-433.
- Imani, M., & Dehghan, M. (2020). The comparison of defense styles, alexithymia, and maladaptive schema in asthmatic group and normal group. *Journal of Psychological Science*, 19(92), 957-966. (In Persian)
- Jackson, J. L., & Kroenke, K. (2008). Prevalence, impact, and prognosis of multi-somatoform disorder in primary care: a 5-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 70(4), 430-434.
- Jun, H., & Dai, G. S. (2023). Mind-Body Interactions in Chronic Pain Sufferers: A Qualitative Study on

- Personality Factors. *Journal of Personality and Psychosomatic Research (JPPR)*, 1(3), 27-33.
- Kılıç, A., Hudson, J., McCracken, L. M., Ruparel, R., Fawson, S., & Hughes, L. D. (2021). A systematic review of the effectiveness of self-compassion-related interventions for individuals with chronic physical health conditions. *Behavior Therapy*, 52(3), 607-625.
- Klein, M. (1997). *The psychoanalysis of children*. Random House.
- Kocyigit, B. F., & Akyol, A. (2022). Fibromyalgia syndrome: epidemiology, diagnosis and treatment. *Reumatologia*, 60(6), 413.
- Landa, A. (2009). Beyond the unexplainable pain: relational dynamics and alexithymia in somatization (Doctoral dissertation, Long Island University, The Brooklyn Center)
- Levy, S., Ohayon, S., Avitsur, R., & Geller, S. (2024). Psychological Distress in Women with Fibromyalgia: The Roles of Body Appreciation, Self-Compassion, and Self-Criticism. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1-9.
- Lumley, M. A., Stettner, L., & Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of psychosomatic research*, 41(6), 505-518.
- Mallinckrodt, B., Abraham, W. T., Wei, M., Russell, D. W. (2006). Advances in Testing the Statistical Significance of Mediation Effects, *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 372-378.
- Marchi, L., Marzetti, F., Orrù, G., Lemmetti, S., Miccoli, M., Ciacchini, R., ... & Conversano, C. (2019). Alexithymia and psychological distress in patients with fibromyalgia and rheumatic disease. *Frontiers in Psychology*, 10, 1735.
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Goarin, A. J. (2006). *Applied multivariate research, design, and interpretation*, Thousand Oaks. London. New Delhi, Sage publication.
- Montero-Marín, J., Van Gordon, W., Shonin, E., Navarro-Gil, M., Gasió, V., López-del-Hoyo, Y., ... & García-Campayo, J. (2020). Attachment-based compassion therapy for ameliorating fibromyalgia: Mediating role of mindfulness and self-compassion. *Mindfulness*, 11(3), 816-828.
- Nasio, J. D. (2012). *Book of Love and Pain, The Thinking at the Limit with Freud and Lacan*. Suny Press.
- Neamatizade, Z., Sabet, M., Rafiepoor, A., & Abolmaali Alhosseini, K. (2023). Structural model of self-care of patients with type-2 diabetes based on emotional symptoms, and spirituality: The mediating role of self-compassion. *Journal of Psychological Science*, 22(126), 1191-1206 (In Persian)
- Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*, 74(1), 193-218.
- Nikonovė, L., Leonas, L., & Sapranavičiūtė-Zabazlajeva, L. (2024). The Effect of Alexithymia, Attention, and Pain Characteristics on Mentalizing Abilities Among Adults With Chronic Pain. *Psychological Reports*, 00332941241226895.
- Pryde, N. (2004). *The adult consequences of childhood psychological maltreatment: a study of object relations, internalized shame, and defense style*. Bangor University (United Kingdom).
- Qin, S. (2014). Self-compassion paradox: A theoretical exploration of many compassionate people's lack of self-compassion.
- Rady, A., Alamrawy, R., Ramadan, I., & Elmissiry, M. (2021). Alexithymia among patients with unexplained physical symptoms. *European Psychiatry*, 64(S1), S249-S250.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(3), 250-255.
- Romeo, A., Benfante, A., Geminiani, G. C., & Castelli, L. (2022). Personality, defense mechanisms and psychological distress in women with fibromyalgia. *Behavioral Sciences*, 12(1), 10.
- Ruschak, I., Montesó-Curto, P., Rosselló, L., Aguilar Martín, C., Sánchez-Montesó, L., & Toussaint, L. (2023, January). Fibromyalgia syndrome pain in men and women: a scoping review. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 2, p. 223). MDPI.
- Sadigh, M. R. (2015). Fibromyalgia and psychobiological dysregulation: A theoretical formulation. *Advances in Medical Psychotherapy and Psychodiagnosis*, 11, 45-58.
- Salabifard, S., Tajeri, B., & Rafiepour, A. (2020). The effectiveness of a positive psychology-based intervention on post-traumatic growth, self-compassion, and hope in women with breast cancer. *Community Health Journal*, 14(14), 34-44. [Doi:10.22123/chj.2021.240342.1541](https://doi.org/10.22123/chj.2021.240342.1541) (In Persian)
- Sayar, K., Gulec, H., & Topbas, M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical rheumatology*, 23, 441-448.
- Schattner, E., Shahar, G., & Abu-Shakra, M. (2008). "I used to dream of lupus as some sort of creature": Chronic illness as an internal object. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(4), 466-472.

- Schwartz, M. (2007). Relating through the body: Therapist experience as an indicator of interpersonal functioning and affective experience in patients with chronic somatic distress. City University of New York.
- Shahar, G., & Lerman, S. F. (2013). The personification of chronic physical illness: Its role in adjustment and implications for psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(1), 49.
- Smith, L. P. (2007). Fibromyalgia: A legacy of chronic pain.
- Tahamtan, A., Kalthornia Golkar, M., & Haj Alizadeh, K. (2021). Investigation of the structural model of the relationship between cognitive emotion regulation and defensive lifestyles with quality of life mediated by alexithymia in patients with hypertension. *Journal of Psychological Science*, 20(108), 2285-2306. <https://doi.org/10.52547/JPS.20.108.2285> (In Persian)
- Tenti, M., Raffaelli, W., Fontemaggi, A., & Gremigni, P. (2024). The relationship between metacognition, anger, and pain intensity among fibromyalgia patients: A serial mediation model. *Psychology, Health & Medicine*, 29(4), 791-808.
- Toombs, S. K. (1988). Illness and the paradigm of the lived body. *Theoretical medicine*, 9, 201-226.
- Yorulmaz, H. (2023). *Perceived parenting and somatization: The mediating role of emotional expression and self-compassion* (Master's thesis, İzmir Ekonomi Üniversitesi).
- Vassallo, J. L. (2004). The relationship between alexithymia, somatization, psychiatric diagnosis, and defense style in chronic fatigue syndrome (Doctoral dissertation, Fairleigh Dickinson University)
- Vesterling, C., & Koglin, U. (2020). The relationship between attachment and somatoform symptoms in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 130, 109932.
- Wentz, K., Lindberg, C., & Hallberg, L. (2010). Psychological functioning in women with fibromyalgia: A grounded theory study. *International Journal of Rehabilitation Research*, 33(4), 702-729.
- Wong, M. Y. C. (2021). The importance of self-compassion in terms of self-psychology. *Psychiatry International*, 2(2), 120-126.