

## Research Article

# Comparing Effectiveness of Combined Transdiagnostic, Mindfulness, and DBT with CBT on Psychological Inflexibility of Pain in People with Chronic Pain

Mostafa Mohseni<sup>1\*</sup>, Mehrdad Kalantari<sup>2</sup>, Kourosh Namdari<sup>3</sup> & Ahmad Abedi<sup>4</sup>

1. Ph.D. Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. mohsenisa@gmail.com
2. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. mehrdadk@edu.ui.ac.ir
3. Assistant Professor of Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. K.namdari@edu.ui.ac.ir
4. Associate Professor of Psychology, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. a.abedi@edu.ui.ac.ir

## Abstract

**Aim:** The aim of this study was to compare the effectiveness of metadiagnostic therapy, mindfulness therapy, dialectical behavior therapy, and cognitive behavioral therapy on psychological inflexibility related to pain in individuals with chronic pain associated with emotional problems.

**Method:** This research employed a semi-experimental design with a pre-test, post-test, and follow-up plan, including a control group. The sampling method was purposive. In the quantitative analysis, repeated measures analysis of variance (ANOVA) was utilized.

**Results:** The results demonstrated significant effects of measurement time, the interaction between measurement time and group, and the group on average scores of pain avoidance, cognitive fusion, and total pain-related psychological inflexibility. The average scores of pain avoidance and total pain inflexibility in both the combined treatment and cognitive-behavioral therapy groups were significantly lower than those in the control group. However, the combined treatment group showed superior improvement compared to the cognitive-behavioral therapy group. Additionally, the mean cognitive fusion scores of the combined therapy group were significantly lower than those of the cognitive-behavioral therapy group.

**Conclusion:** Both combined therapy and cognitive-behavioral therapy were found to be effective in reducing the psychological inflexibility of pain in individuals with chronic pain and emotional problems. The combined therapy, which includes metadiagnostic therapy, mindfulness therapy, and dialectical behavior therapy, may be particularly beneficial for addressing cognitive fusion associated with pain. Therefore, these therapeutic approaches are recommended for individuals suffering from chronic pain.

**Key words:** *Chronic Pain Disorder, Psychological Inflexibility of Pain, Combined Therapy, Cognitive Behavioral Therapy*

**Citation:** Mohseni, M., Kalantari, M., Namdari, K., & Abedi, A. (2023). Comparing Effectiveness of Combined Transdiagnostic, Mindfulness, and DBT with CBT on Psychological Inflexibility of Pain in People with Chronic Pain. *Appl. Psychol*, 17 (4):169-193.

## مقایسه اثربخشی درمان ترکیبی فراتشخیصی، ذهن آگاهی، رفتاردرمانی دیالکتیکی با CBT بر انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد افراد مبتلا به درد مزمن

مصطفی محسنی<sup>۱\*</sup>، مهرداد کلانتری<sup>۲</sup>، کورش نامداری<sup>۳</sup> و احمد عابدی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. ایمیل: mohsenisafa@gmail.com
۲. دکتری روان‌شناسی، استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. ایمیل: mehrdadk@edu.ui.ac.ir
۳. دکتری روان‌شناسی، استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. ایمیل: K.namdari@edu.ui.ac.ir
۴. دکتری روان‌شناسی، دانشیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. ایمیل: a.abedi@edu.ui.ac.ir

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان ترکیبی فراتشخیصی، ذهن آگاهی و رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان شناختی رفتاری بر انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد در افراد مبتلا به درد مزمن همبود با مشکلات هیجانی انجام شد.

**روش:** روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری با گروه گواه بود. روش نمونه‌گیری، هدفمند بود. بدین ترتیب که از میان افراد مبتلا به اختلال درد مزمن همبود با مشکلات هیجانی، تعداد ۴۵ نفر انتخاب شد و سپس در سه گروه درمان ترکیبی، رفتاردرمانی شناختی و گروه گواه گمارده شد. از مقیاس انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد استفاده شد. از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که تأثیر زمان اندازه‌گیری، اثر متقابل بین زمان اندازه‌گیری و گروه، و تأثیر گروه بر میانگین نمرات اجتناب از درد، آمیختگی شناختی و انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد کل معنادار بود. میانگین نمرات اجتناب از درد و انعطاف‌ناپذیری درد کل در گروه‌های درمان ترکیبی و درمان شناختی رفتاری، به طور معناداری کمتر از گروه گواه شدند، اما گروه درمان ترکیبی با گروه درمان شناختی رفتاری تفاوت معناداری نداشت. میانگین نمرات آمیختگی شناختی گروه درمان ترکیبی به طور معناداری کمتر از گروه‌های درمان شناختی رفتاری و گواه شد.

**نتیجه‌گیری:** درمان ترکیبی و درمان شناختی رفتاری را می‌توان به صورت درمان کاربردی برای کاهش انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد در افراد مبتلا به درد مزمن همبود با مشکلات هیجانی استفاده نمود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود این درمان‌ها در بیماران مبتلا به درد مزمن به کار گرفته شود.

**کلید واژه‌ها:** اختلال درد مزمن، انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد، درمان ترکیبی، درمان شناختی رفتاری

استناد به این مقاله: محسنی، مصطفی، کلانتری، مهرداد، نامداری، کورش، و عابدی، احمد. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان ترکیبی فراتشخیصی، ذهن آگاهی، رفتاردرمانی دیالکتیکی با CBT بر انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد افراد مبتلا به درد مزمن. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۷ (۴): ۱۹۳-۱۶۹.

## مقدمه

درد، واکنش طبیعی و سازگارانه بدن در مقابل آسیب‌های واقعی و احتمالی است که منجر به حفاظت از آن می‌شود (مک‌کی و کوآ، ۲۰۱۹). خصوصیات بالینی اختلال درد، یک گروه همشکل را تشکیل نمی‌دهند، بلکه برعکس مجموعه‌ای از بیماران ناهمگون با دردهای مختلف نظیر کم‌درد، سردرد، درد آتیبیک صورت، درد مزمن لگن و دیگر انواع درد هستند. برای تشخیص اختلال درد باید عوامل روانشناختی برای اختلال وجود داشته باشد که در علائم درد و انتشار آن نقش عمده‌ای داشته باشند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۳). دردها از نظر مدت به دو نوع حاد و مزمن تقسیم می‌شود که درد مزمن به عنوان دردی است که پس از زمان بهبودی طبیعی باقی می‌ماند (واگتر، کریستوفرسن، انگارد، دورت، مولر، لفور و همکاران، ۲۰۲۱).

درد مزمن یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که به عنوان یکی از اولویت‌های تحقیقاتی بهداشت عمومی جهانی شناخته شده است (هادی، مک‌هوگ و کلوس، ۲۰۱۹). با معرفی ابعاد سه گانه درد در نظریه کنترل دروازه‌ای درد<sup>۱</sup> که شدت و ماهیت درد را تابعی از سازوکارهای حسی، عاطفی و شناختی می‌دانستند، نقش فرایندهای روانی در تجربه درد و کنترل آن مشخص شد، بدین معنی که اگر علائم درد توسط مراکز عالی تر شناختی تفسیر نگردد، درد ممکن است به حداقل برسد. برعکس، شرایطی مانند اضطراب، نگرانی، تنش، افسردگی، تمرکز بر درد، ملال و عدم اشتغال به فعالیت‌های روزمره درد را افزایش می‌دهد (دی متئو و مارتین، ۲۰۰۱). میزان همبودی اختلالات روانشناختی دیگر از جمله اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، اضطراب منتشر در مطالعه کارلتون، عقیفی، تایلنو، ترنر، الگابالوی و سارین و آسماندسون (۲۰۱۸) دارای بیشترین احتمال همبودی با اختلال درد مزمن است. همبودی اختلالات روانشناختی در بین افراد دارای درد مزمن بسیار رایج است که در طیفی از افسردگی، اضطراب و اختلالات شخصیت قرار دارند. حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد بیماران دارای درد مزمن، نشانگان روانشناختی معنی‌داری را تجربه می‌کنند. بدین ترتیب درمان‌های نوین می‌بایست علاوه بر تمرکز بر درمان طبی اختلال درد مزمن به ابعاد روانشناختی همبود با این بیماری نیز به طور اساسی بپردازد.

از مفاهیم اساسی در تبیین شدت و یا بهبود بیماری‌های مزمن، انعطاف‌پذیری روانشناختی<sup>۲</sup> است. انعطاف‌پذیری یک فرایند پویا تعریف می‌شود که مسئول ایجاد انطباق مثبت، علیرغم وجود تجارب مخالف یا آسیب‌زا در فرد است. نظریه‌های جدید به انعطاف‌پذیری به عنوان ساختاری چندبعدی نگاه می‌کنند که شامل متغیرهای بنیادی چون مزاج، شخصیت و مهارت‌های خاصی

1 . gate control theory of pain

2 . psychological flexibility

چون حل مسأله است. این مهارت‌ها به فرد اجازه می‌دهند تا با وقایع تروماتیک زندگی سازگاری مطلوبی ایجاد کند (کمپیل - سسیلز، کوهن و آستین، ۲۰۰۶). نقطه مقابل آن انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی است که تحت عنوان ناتوانی در تطابق و سازگاری با تغییرات زندگی تعریف می‌شود (هیس، ۲۰۰۴). ناتوانی جهت عمل کردن به شیوه مؤثر و در راستای ارزش‌های زندگی در حضور افکار و احساسات منفی و علائم جسمی به مفهوم انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی اشاره دارد (هیس و همکاران، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها از نقش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در انواع گوناگونی از مشکلات اضطرابی و افسردگی، شرایط سلامتی و اختلال عملکرد حمایت کرده‌اند (روویز، اودیروزولا-گونزالز، آنالس د سیکولوجیا، ۲۰۱۶؛ ماسودا، پرایس و لایتزن، ۲۰۱۲؛ ماسودا و تولی، ۲۰۱۲). به‌علاوه، مطالعات اخیر مشارکت ویژه انعطاف‌پذیری و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی را در پیش‌بینی پیامدهای مربوط به درد همچون افسردگی، اضطراب، شدت درد، ناتوانی جسمی و روانی (مک کراگن و گوتیریز-مارتینز، ۲۰۱۱) و کیفیت خواب (مک کراگن، ویلیام و تنگ، ۲۰۱۱) در بیماران مبتلا به درد مزمن نشان داده‌اند. برخی از مطالعات در خصوص اهمیت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نشان داده‌اند، افرادی که انعطاف‌پذیری بالاتری داشتند، تحمل آسفتگی و درد بیشتر و میزان بهبودی بالاتری را نشان دادند. همچنین انعطاف‌ناپذیری و توانایی ضعیف در تحمل و تاب‌آوری درد منجر به تضعیف پاسخ‌های مقابله‌ای و تأثیر بیشتر درد می‌گردد (فلدز، حکمت، زولنسکی، ولوز، سگریست و لین‌فلندر، ۲۰۱۶).

در حال حاضر درمان‌های مختلفی به منظور مدیریت نشانه‌ها و علائم اختلال درد مزمن و درمان همبودهای این اختلال مطرح شده است. در این میان درمان شناختی‌رفتاری به عنوان خط اول درمان شناخته شده است. تأثیر درمان‌های شناختی‌رفتاری در بهبود مشکلات خلقی و شناختی بیماران مبتلا به مشکلات جسمی از جمله بیماران مبتلا به دیابت، درد مزمن، کمردرد و غیره مورد تأیید قرار گرفته است (محمدزاده فراهانی، نادری، احدی، رجب و کراسکیان، ۱۳۹۵). همچنین در رویکرد شناختی‌رفتاری درد مزمن فرض می‌شود که توجه به عوامل عاطفی و شناختی مؤثر بر رفتار درد منجر به بهبود و حفظ نتایج درمانی می‌شود. این فرض کاملاً با نظریه کنترل دروازه‌ای درد که نشان می‌دهد ادراک درد بر برآیند تعامل پیچیده محرک‌های آوران از گیرنده‌های درد و عوامل واسطه‌ای مثل محرک‌های وبران، حوادث محیطی، واکنش‌های هیجانی و شناخت‌ها است، سازگار است. اما این درمان با محدودیت‌هایی همراه است، از جمله این محدودیت‌ها ناکامی در بهبود بسیاری از بیماران با وجود دستورالعمل‌های درمانی متعدد برای هر یک از اختلال‌ها، مقرون به صرفه نبودن از نظر وقت و هزینه و دوره‌های کارورزی طولانی مدت

و متعدد برای درمان هر یک از اختلالات است (ناتان و گورمن، ۲۰۰۲). علیرغم پیشینه مؤثر درمان شناختی‌رفتاری بر درمان اختلالات و مشکلات درد، ضریب تأثیر این نوع درمان همچنان در سطح پایین تا متوسط است. به همین دلیل ضروری به نظر می‌رسد به منظور استفاده بهینه از الگوهای مهم و کارآمد در درمان بیماران مبتلا به اختلالات جسمی مزمن از جمله اختلال درد از رویکردهای تلفیقی و ترکیبی بهره‌مند شد. از آنجا که متغیرهای مختلفی در فرایند درمان این بیماران دخیل است که با سازه‌های زیربنایی درمان‌های موج سوم همخوانی دارد، در همین راستا با توجه به نتایج مطالعات گسترده در خصوص مشکلات هیجانی و شناختی بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن در تلفیق و ترکیب جامعی از متغیرها و سازه‌های زیربنای و مشترک ممکن است درمان جامع‌تری برای این بیماران ارائه نمود. درمان‌های موج سوم به عنوان درمان‌های جایگزین بر متغیرهایی از جمله پذیرش، انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، همجوشی و غیره متمرکز شده‌اند که نتایج نویدبخش‌تری نسبت به درمان شناختی‌رفتاری کلاسیک ارائه می‌کنند (مک-کراگن و ولوز، ۲۰۱۴).

یکی از درمان‌های نوین مطرح شده در رابطه با درمان مشکلات هیجانی، درمان فراتشخیصی است. در مجموع درمان‌های فراتشخیصی و یکپارچه، مزایایی دارند که استفاده از آن‌ها را در درمان و پیشگیری از اختلالات و مشکلات روانشناختی توجیه می‌کند. این قابلیت‌ها عبارت‌اند از آموزش و گسترش سریع این مداخله‌ها، قابلیت بالای آن‌ها برای استفاده در گروه، کاربرد آن‌ها برای مجموعه‌ای از اختلال‌ها با زیربنای مشترک و نویدبخش این رویکردها در پیشگیری از بروز و عود اختلال‌های هیجانی مؤثر می‌باشد. مداخلات درمانی اخیراً در زمینه شیوه متعادل‌سازی هیجانی‌های درونی و نحوه بروز آن برای طیفی از اختلالات دارای نشانه‌ها و مشکلات هیجانی اجرا شده‌اند (مک‌ها، ویتتون، پکمن، ولج و اتو، ۲۰۱۳). اگرچه نتایج پژوهش‌ها حاکی از کارایی و اثربخشی درمان فراتشخیصی در درمان اختلالات هیجانی است، اما این درمان نیز دارای محدودیت‌هایی است، از محدودیت‌های این درمان تأکید صرف بر حوزه هیجان و نادیده انگاشتن سایر ابعاد دخیل در آسیب‌شناسی روانی و درمان است (بارلو، سائر-زاوالا، کارل، بولیز و الارد، ۲۰۱۴). همچنین بارلو (۲۰۱۳) معتقد است که تنظیم هیجانی فرایند بنیادین مشترک و فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی است و نقص در مهارت‌های تنظیم هیجان ویژگی اساسی این اختلال‌ها محسوب می‌شود و بر اساس این فرضیه پروتکل فراتشخیصی خود را تدوین کرد. اما نتایج پژوهش‌ها از این فرضیه که تنظیم هیجانی فرایند بنیادین مشترک و فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی است، حمایت نمی‌کند (اکبری، محمدخانی و زرغامی، ۱۳۹۵). از سوی دیگر یکی از فنون پرکاربرد دیدگاه ذهن-بدن، ذهن‌آگاهی است که پژوهش‌ها نشان می‌دهند

ذهن آگاهی به منظور ارتقای سلامت روان و کاهش درد و رنج به کار می‌رود. مطالعه مروری فریسولد، لیندکویست و مک آلپین (۲۰۱۲) در مورد سرطان و فشارخون، اسکوتر (۲۰۱۰) در مورد دیابت، نیازی و خان نیازی (۲۰۱۱) در مورد ایدز، درد مزمن و بیماری‌های پوستی همگی ضمن تأکید بر نتایج مثبت درمانی ذهن آگاهی، اظهار داشتند که ذهن آگاهی عارضه و پیامد منفی را به دنبال ندارد. همچنین تحقیقات پیشنهاد می‌دهند که تمرین‌های ذهن آگاهی با رویکردهای درمانی مشابه ممکن است در بهبود تحمل درد کمک کند (کینگستونا، چادویکا، مرون و اسکینر، ۲۰۰۷). اسمیت، ایکینب، سیمشا، لاکینگ، اسکولترا و کاب (۲۰۰۹) در پژوهش خود نشان دادند افرادی که از بیماری‌های جسمی مزمن رنج می‌برند معمولاً از مداخله‌های رفتاری و تغییر سبک زندگی سود می‌برند، اما تاکنون مداخله‌ای مبتنی بر ذهن آگاهی در این افراد به صورت مستمر ارزیابی نشده است.

یکی دیگر از درمان‌های مؤثر، رفتاردرمانی دیالکتیکی است. بارزترین تفاوت رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان‌های شناختی رفتاری تأکید آن بر تنظیم هیجانی و بدتنظیمی هیجانی است. بدتنظیمی هیجانی شامل همان رفتارهای ناکارآمدی است که بیمار در طول جلسه درمان ممکن است از خود نشان دهد. آموزش این مهارت موجب می‌شود افراد کنترل بیشتری روی هیجانات خود داشته باشند (لینچ، چاپمن، روزنتال و کائو و لینهان، ۲۰۰۶). در بسیاری از اختلالات که چالش‌های هیجانی زیادی منجر به تداوم هیجان‌های منفی، عدم پذیرش نشانگان و مشکلات ناشی از آن، عدم تفکیک مشکلات غیر قابل تغییر و مشکلات غیرقابل پذیرش منجر به تشدید نشانه‌ها و سیر تعارضی شدید می‌گردد، رفتاردرمانی دیالکتیکی تلاش می‌کند تا الگوهای فکری منفی را شناسایی کرده و آن‌ها را به سمت رفتارهای مطلوب سوق دهد. این روش به بیمار، مهارت‌های لازم برای مقابله با رفتارهای ناسالم و تغییر آن‌ها را می‌آموزد. در بسیاری از مبتلایان به اختلال درد، پذیرش بیماری، ادراک فرد از شرایط خود، خودآگاهی هیجانی و شناختی فرد از وضعیت خود، نشانه‌ها، احتمال تغییر و بهبودی آن نشانه‌ها همچنین تغییر الگوهای هیجانی، می‌تواند به عنوان متغیرهای مهمی که در رفتاردرمانی دیالکتیک مورد بررسی قرار می‌گیرد جهت مداخله مورد نظر باشد (فاینام، ۲۰۰۷). در پژوهشی که بر روی یک بیمار با سندروم درد مزمن انجام گرفت، کاربرد تکنیک‌های تنظیم هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث کاهش علائم افسردگی و رفتارهای مربوط به درد (مانند فاجعه‌آمیزی، ترس از حرکت و شدت درد) شد. همچنین کاهش علائم پس از ۳ ماه دوره پیگیری گزارش شد (لینهان، ۲۰۱۰).

با توجه به این‌که مداخلات مبتنی بر کارآمدی هیجانی، نتایج مثبت درمانی و طولانی‌مدت منجر به کاهش پریشانی هیجانی در انواع بیماری‌های مقاوم و مزمن می‌گردد و از سوی دیگر اختلالاتی مانند درد مزمن، اختلالات نسبتاً شایع و مقاوم به درمانی محسوب می‌شوند، جایگاه مداخلات مبتنی بر تحمل پریشانی، پذیرش و مدیریت هیجانی می‌تواند حائز اهمیت باشد. بنابراین از آنجا که درمان فراتشخیصی، ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی دیالکتیکی هر یک بر مبنای خاصی از جمله نظم‌دهی الگوهای هیجانی، ارتقای مهارت‌ها و شکل‌دهی سازه‌های رشدی و غیرآسیب‌شناختی در حوزه سلامت، ارائه برنامه‌ریزی مجدد برای فعالیت مرتبط با زندگی فرد، برنامه‌ریزی فعالیت‌های هدفمند و لذت‌بخش، تمرکز بر انعطاف‌پذیری و توانایی تفکیک مشکل به صورت فرایندی تأکید دارند، می‌توان با ترکیب منسجم و ساختارمند (با توجه به نقش بنیادین سازه‌های دخیل در تشدید اختلال درد مزمن) و مطالعات مبتنی بر شواهد به داده‌های تلفیقی مطلوبی جهت یکپارچه‌سازی این رویکردهای درمانی اقدام کرد، می‌توان گفت اثر بخشی هر یک از این درمان‌ها از سوی شواهد پژوهشی نیرومند و کارآزمایی‌های کنترل شده تصادفی متعددی مورد حمایت واقع شده است. نشان داده شده که هر سه درمان برای افرادی که با هیجان‌های طاقت‌فرسای خود مبارزه می‌کنند، کمک‌کننده هستند. در پاسخ به این نگرانی که کدام یک از رویکردهای درمانی بهتر و یا پوشش‌دهنده‌تر است، پژوهش‌های اندکی به ارزیابی این درمان‌ها در کارآزمایی‌های مقایسه‌ای پرداخته‌اند. با این حال مقایسه و اندازه‌گیری در مورد اینکه کدام یک از این درمان‌ها دارای نتایج بهتری است، ممکن است به دلایلی از جمله موارد ذیل اهمیت زیادی نداشته باشد: در وهله اول اینکه رسیدن به یک پاسخ مطلوب ممکن است سال‌ها و مدت‌ها به طول بینجامد، مشروط بر اینکه داده‌ها نیز مشخص باشند. از سویی در بین این سه برنامه درمانی، همپوشی‌های قابل ملاحظه‌ای وجود دارد که تمام آن‌ها در برگیرنده مشاهده ذهن آگاه تجارب، برخی از شیوه‌های پذیرش هیجانی و تمرینات مواجهه برای کمک به افراد به منظور رویارویی با تجارب دشوار هستند. علاوه بر این، هر یک از این پروتکل‌های درمانی روش‌هایی را برای تغییر نحوه ارتباط افراد با افکار، هیجان‌ها و احساساتشان به کار می‌گیرند. در نتیجه تفکر و مدل‌های تنظیم هیجانی و رفتاری منفی را کمتر قابل قبول می‌سازند. همچنین هر یک از درمان‌های مذکور به افراد کمک می‌کنند تا یاد بگیرند چگونه از رفتارهای مبتنی بر هیجان که تنها موجب تشدید و بدتر شدن وضعیت هیجانی می‌شود، فاصله گرفته و در عوض اعمال مؤثرتری را در اختیار قرار دهد. مؤلفه‌های درمانی که منحصر به یک پروتکل خاص هستند را می‌توان به مؤلفه‌های مشترک افزوده و یک پروتکل درمانی واحد ایجاد کرد. بنابراین دلیل قابل توجهی وجود ندارد تا برای دانستن اینکه کدام یک از این درمان‌ها بهتر است وارد مسابقه‌ای بیهوده شویم. در

عوض می‌توانیم برای دستیابی به نتایج مطلوب‌تر و اثربخش‌تر آن‌ها را با یکدیگر تلفیق کنیم (مک‌کی، فانینگ، زوریتا اونا، ۱۳۹۵). از آنجا که بدنه پژوهشی موجود بر اصلاح و متعادل‌سازی نظام هیجانی و شناختی این بیماران تأکید دارند، همچنین در نظر دارد میزان اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و درمان ترکیبی را بررسی کند و خلاء بررسی آن در ادبیات پژوهش مرتبط با درد مزمن احساس می‌شود، بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان اثربخشی درمان ترکیبی فراتشخیصی، ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان شناختی‌رفتاری بر انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن انجام شد.

### روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع طرح نیمه آزمایشی گسترش‌یافته با پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری چندگروهی بود. روش پژوهش، روش پژوهش آمیخته بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به اختلال درد مزمن همبود با اختلالات هیجانی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز در سال ۹۹-۱۳۹۸ بود. روش نمونه‌گیری پژوهش، نمونه‌گیری هدفمند بود. بدین ترتیب که از میان افراد مبتلا به اختلال درد مزمن همبود با اختلالات هیجانی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی شهر شیراز، پس از ارزیابی توسط روانشناس بالینی، تعداد ۴۵ نفر با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شده و وارد فرایند پژوهش شدند و پس از همتا کردن آزمودنی‌ها به لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی، در سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارش شدند که با افت آزمودنی‌ها، در هر گروه ۹ نفر باقی ماندند. پس از تشخیص، از بین این بیماران، به تعداد ۴۵ بیمار واجد شرایط داوطلب وارد مطالعه شدند. سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (درمان ترکیبی: ۱۵ نفر) و گروه آزمایشی (درمان شناختی‌رفتاری: ۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. مراجعان با ملاک‌های ورود سن بالای ۱۸ سال، داشتن علائم اختلال درد بر اساس مقیاس تشخیصی و مصاحبه بالینی اختلال درد، همبودی مشکلات هیجانی با اختلال درد، عدم ابتلا به بیماری یا تشخیص روانپزشکی دیگری غیر از اختلال درد و اختلالات هیجانی، عدم دریافت درمان‌های روانشناختی حداقل به مدت یک ماه قبل از ورود به پژوهش (توهیگ، ۲۰۱۰) به این تحقیق وارد شدند و با معیارهای خروج وجود معیارهای تشخیصی برای اختلال طبی دیگر که تأیید تشخیصی غیر از اختلال درد باشد، داشتن علائم سایکوز، سوء مصرف مواد و دارا بودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت بر اساس مصاحبه تشخیصی روانشناس بالینی بر اساس نتایج مصاحبه ساختاریافته SCID-5-RV از تحقیق خارج شدند.



## ابزار پژوهش

مقیاس انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد (PIPS). این ابزار یک پرسشنامه ۱۶ سؤالی است که توسط ویکسل، رونفالت، اولسون، بوند و ملین (۲۰۰۸) طراحی شده است. شامل دو خرده مقیاس اجتناب از درد (۱۰ سؤال) و آمیختگی شناختی (۶ سؤال) است و کل مقیاس، انعطاف-ناپذیری روانشناختی نسبت به درد را می‌سنجد. نمره‌گذاری سؤالات آن بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت بین نمره ۱ (اصلاً درست نیست) تا ۷ (کاملاً درست است) است که نمره کل می‌تواند بین ۱۶ تا ۱۱۲ باشد. پایایی درونی فرم اصلی آن بر اساس آلفای کرونباخ برای کل مقیاس انعطاف‌ناپذیری روانشناختی ۰/۸۷ و برای خرده مقیاس اجتناب از درد ۰/۸۹ و برای آمیختگی شناختی ۰/۶۹ گزارش شده است (ویکسل، اولسون و ملین، ۲۰۱۰). پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ در پژوهش آقاییوسفی، ترخان، محمدی و افشار (۱۳۹۵) برای کل انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، ۰/۹۰ و برای خرده آزمون اجتناب از درد و آمیختگی شناختی به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۰ به دست آمد.

**درمان شناختی رفتاری:** این مداخله به مدت ۱۰ جلسه به صورت هفتگی اجرا شد که به صورت خلاصه ارائه شده است. جلسه اول: ایجاد انگیزه، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، تعداد جلسات، مدت زمان جلسه، بیان انتظارات از شرکت کنندگان، وارسی اجمالی ادبیات مربوط به بیماری درد مزمن. جلسه دوم: تلاش برای اتحاد بین اعضای گروه، رعایت رازداری، بحث در زمینه درمانگری شناختی رفتاری، بیان تعامل بین افکار و احساسات و رفتار از طریق توالی ABC. جلسه سوم: تجزیه و تحلیل رخدادهای فعال کننده، باورها و واکنش‌های عاطفی از دیدگاه درمانجویان، شناسایی باورهای بنیادین ناکارآمد و دسته‌بندی کردن آن‌ها با استفاده از مهارت تحلیل رفتار ABC، بحث در زمینه خودگویی‌های مثبت و نقش آن در کنترل هیجانات و رفتارهای ناسازگارانه، تعیین تکلیف برای جلسه آینده در زمینه شناسایی باورهای بنیادین ناکارآمد، خودگویی مثبت و بررسی تاثیرات آن بر رفتار. جلسه چهارم: زیر سؤال بردن باورهای بنیادین ناکارآمد و تکمیل توالی ABC. جلسه پنجم: اطمینان از توالی ABC، آموزش عملی آرامش عضلانی، تعیین تکلیف در زمینه ایجاد آرامش عضلانی. جلسه ششم: بحث در زمینه مهارت حل مسأله، مراحل آن و تاثیرات آن بر رفتارهای مرتبط با سلامت روان. جلسه هفتم: بحث در زمینه تحلیل منطقی و تحلیل سودمندی در رابطه با رفتارهای ناسازگارانه. ارائه تکلیف خانگی در زمینه تحلیل منطقی. جلسه هشتم: بحث در زمینه مهارت‌های اجتماعی از جمله ابراز

وجود، مهارت‌های بین فردی و خودکنترلی. جلسه نهم: بحث در زمینه نقش اسناد در رفتار، آموزش در زمینه باورهای مخالف و تجربه دو حالت هیجانی ناهمساز، تعیین تکلیف خانگی در زمینه اسناد، باورهای مخالف و تجربه دو حالت هیجانی ناهمساز. جلسه دهم: بحث در زمینه توقف فکر و پسخوراند زیستی و نقش آن در افزایش هیجانات مثبت، تعیین تکلیف خانگی در زمینه توقف فکر، پسخوراند زیستی، جمع بندی جلسات و اتمام فرایند درمان.

### درمان ترکیبی فراتشخیصی، ذهن آگاهی و رفتار درمانی دیالکتیکی: مداخله این

درمان برگرفته از رساله دکتری است. جلسه اول: آشنایی با بیماری و ایجاد نگرش جدید به اختلال شامل آشنایی با بیماری، عادی سازی بیماری و ایجاد امیدواری، شناسایی زمینه‌های مشکلات هیجانی بیماران، شرح مشکلات هیجانی و عوامل مؤثر در ایجاد آن، افزایش انگیزه برای درمان، بررسی هزینه‌ها و منافع تغییر و یا حفظ وضع فعلی، آشنایی با ساختار درمان، تعیین اهدافی مشخص برای تحقق در طول درمان، تنظیم مراحل قابل مدیریت درمان و مصاحبه انگیزشی. جلسه دوم: آموزش مهارت‌های بنیادین هیجانی ARC، آموزش مهارت‌های لازم برای نظارت بر تجارب هیجانی، آشنایی با مهارت‌های نظم بخشی، موانع هیجانهای سالم، آموزش روانی و تمرین درباره موج سواری بر هیجان، آموزش چگونگی تشدید هیجان‌ها با رفتارهای هیجان مدار و تصویرسازی هیجانی. جلسه سوم: شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان، آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان، آگاهی از اثرات متناقض اجتناب از هیجان، اجتناب از اجتناب، آموزش درباره رفتارهای هیجان خاست EDBS، بررسی رفتارهای ناشی از هیجان اجتناب، شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان‌ها، شناسایی EDBS ناسازگارانه و ایجاد گرایش عمل جایگزین از طریق مواجه شدن با رفتارها، رویارویی احشایی با هیجان مبتنی بر موقعیت، آگاهی از منطق رویارویی هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب، آموزش رویارویی با حس‌های بدنی هیجان‌ها، تهیه سلسله مراتب رویارویی با حس‌های بدنی هیجان‌ها، آموزش رویارویی هیجانی موقعیتی، تدوین سلسله مراتب رویارویی هیجانی موقعیتی، انجام رویارویی هیجانی موقعیتی، آموزش در مورد عمل متضاد با هیجان، آموزش رفتار ناشی از هیجان، یافتن پیام‌رسان‌های هیجان، روشن سازی ابراز هیجانی، شناسایی دیالکتیک‌ها، تعادل برقرار کردن بین تضادها (دیالکتیک‌ها). جلسه چهارم: تغییر جهت‌گیری زمانی، تمرکز توجه در لحظه حال، ذهن آگاهی متمرکز بر زمان حال، هدایت افکار به بودن و ماندن در زمان حال، توجه آگاهانه به اطراف به عنوان تماشاگر و توجه به نکات و جوانب مثبت شرایط و رخدادها، جلوگیری از ورود افکار منفی، آموزش واکنش‌های آگاهانه به مسایل استرس‌زا شامل متعادل کردن واکنش‌های جسمانی به استرس، آموزش و تمرین واریسی بدن، آشنایی با افکار عادت‌ی، کلیشه‌های ذهنی،

طرح‌واره‌ها و پیش‌فرض‌ها، توجه آگاهانه به واکنش‌ها و افکار، پذیرش مسئولیت‌های خود، در نظر گرفتن و بررسی مسائل به صورت چندبعدی با ذهنی شفاف و گشوده، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها سپس افکار، توجه آگاهی نسبت به هیجان‌ها، تمرین حواس پنجگانه، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش‌گانه، به‌سازی لحظه اکنون، تغییر شیمی بدن، تمرین توجه آگاهی با دیدگاه معنوی، آرام‌سازی عضلانی پیش‌رونده، تنفس دیافراگمی، آرامش کاربردی، آموزش و تمرین تن آرامی بدون تنش، تنفس و آرمیدگی کنترل شده با نشانه، تصویرسازی از مکانی امن. جلسه پنجم: مهارت پایبندی در بحران، تمرین مهارت‌های بقا در بحران، آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی، افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، تمرین مواجهه جسمانی و افزایش تحمل این علایم، آموزش تفکرات سازگاران و پذیرش افراطی، مقابله ذهن آگاهانه همراه با افکار سازگاران، آموزش و تمرین مهارت توقف، کاهش آسیب‌پذیری نسبت به ذهن هیجانی، رشد ذهن خردمند (تعادل بین ذهن عملی و ذهن وجودی). جلسه ششم: پذیرفتن محدودیت‌ها، تعهد به تغییر، کشف و شفاف‌سازی ارزش‌ها، یافتن میزان اهمیت ارزش‌ها، آموزش فواید رفتارهای ارزش‌مدارانه و تمرین رفتارهای ارزش محور، شناسایی موانع رفتاری فعالیت‌های ارزشمند، یافتن نیت‌های آینده ارزش‌ها در عمل، تمرین وایت‌برد با ارزش‌ها و موانع هیجانی، افزایش اهداف مبتنی بر ارزش‌ها، تمرین عمل مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد، برنامه‌ریزی برای اعمال متعهدانه، پذیرفتن بلا تکلیفی، بررسی مزایا و معایب پذیرفتن بلا تکلیفی. جلسه هفتم: آموزش اهمیت ناهم‌آمیزی، آموزش جنبه‌های مثبت و منفی ذهن، آموزش و تمرین مقابله با جنبه‌های منفی ذهن، تمرین ناهم‌آمیزی برای زندگی واقعی، آموزش انعطاف‌پذیری شناختی، شناسایی طبقه‌های ارزیابی منفی، آشنایی با پیش‌بینی‌های منفی درباره آینده، محاسبه اعتبار پیش‌بینی‌های منفی، یافتن اهداف پیش‌بینی‌های خود، تمرین نگارش برنامه مقابله با بدترین سناریو، استفاده از آگاهی گسترده در مورد تمرکز بر جنبه‌های منفی، در نظر گرفتن دو روی سکه، درک هدف تمرکز بر جنبه‌های منفی، یافتن اسنادهای منفی، پیدا کردن تبیین‌های جایگزین، تبدیل بایدها به ترجیح‌ها، درک دلایل شکستن قواعد. جلسه هشتم: درک نحوه اثرگذاری افکار روی هیجانات، شناسایی تله‌های فکری رایج، پیاده‌سازی ارزیابی مجدد شناختی تمرین غیرفاجعه‌سازی، آموزش مهارت‌های حل مسأله به عنوان جانشینی برای نگرانی، آشنایی با راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فراتشخیصی و تدوین راهبردهای مقابله‌ای جدید. جلسه نهم: تمرین تحلیل زنجیره رفتار مشکل‌ساز، تمرین تحلیل حلقه گمشده. جلسه دهم: شناسایی نیازهای بین فردی، ایجاد نقشه روابط بین فردی مهم، ایجاد رفتار مؤثر بین فردی

برای بهتر برآوردن نیازها، مهارت‌های حل تعارض، کاهش تحریفات شناختی بین‌فردی، توجه-آگاهی نسبت به دیگران، مشخص کردن اهداف در موقعیت‌های بین‌فردی، یافتن موانع ارتباط بین‌فردی، ایجاد روابط مؤثر و پایان دادن به روابط مخرب (مزااحم)، گوش دادن توجه‌آگاهانه، درک احساس‌ها و خواسته‌های خود، بیان درخواست به صورت جراتمندانه، بهبود از نامعتبرسازی، اصلاح رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه ناشی از طرح‌واره در موقعیت‌های بین‌فردی. جلسه یازدهم: کاهش خودانتقادی و افزایش شفقت با خود، پرورش شفقت جهت کاهش مشکلات ارتباطی. جلسه دوازدهم: مرور و جمع‌بندی جلسات و نکات کلیدی مطرح شده، تمرین پیوند با زندگی روزمره، معنابخشی به عنوان پذیرش و تغییر، شناسایی تکنیک‌های مؤثر برای غلبه بر مشکلات احتمالی آینده، ارزیابی پیشرفت‌های خود، آموزش راهبردهایی برای تداوم دستاوردهای درمان، طراحی برنامه پیشگیری از عود.

### شیوه اجرای پژوهش

پس از نمونه‌گیری و مشخص شدن اعضای نمونه، جهت پیش‌آزمون، پرسشنامه انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد. با مشخص شدن نمرات پیش‌آزمون، در مرحله بعدی اجرای مداخله‌ها به صورت فردی انجام شد. ۹ نفر آزمودنی‌ها، درمان تدوین شده ترکیبی و ۹ نفر دیگر درمان شناختی‌رفتاری را به صورت جلسات فردی دریافت کردند و ۹ نفر گروه گواه درمانی دریافت نکردند که پس از اتمام پژوهش، درمان فردی برای این گروه اجرا شد. آزمودنی‌های هر دو گروه درمانی جهت پیگیری نتایج درمان در پیش‌آزمون و جلسه آخر (پس‌آزمون) و پیگیری یک‌ماهه با مقیاس پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های گردآوری شده نیز با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی و در بخش استنباطی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و مقایسه‌های زوجی بونفرونی استفاده شد. در این پژوهش، رضایت‌نامه از گروه‌ها بابت شرکت در پژوهش دریافت شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که نام آن‌ها در پژوهش درج نشود و برای انصراف از پژوهش در هنگام اجرای آزمون‌ها، کاملاً آزاد بودند.

### یافته‌ها

در پژوهش حاضر، پائین‌ترین سن گروه دریافت‌کننده درمان شناختی رفتاری، ۲۳ و بالاترین سن، ۵۱ سال بود. همچنین، پائین‌ترین سن گروه دریافت‌کننده درمان ترکیبی، ۲۲ و بالاترین سن، ۵۲ بود. علاوه‌براین، پائین‌ترین سن گروه کنترل، ۲۵ و بالاترین سن، ۵۳ بود. گروه‌ها تقریباً از نظر

سن و تحصیلات و جنسیت با هم همگون شدند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد

مقیاس‌ها		گروه‌ها		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
				انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین
				معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار
اجتناب از درد	درمان ترکیبی	۳۲/۷۷	۴/۸۶	۱۶/۳۳	۲/۸۲	۱۷/۳۳	۳/۰۰		
	درمان شناختی	۳۴/۰۰	۳/۵۰	۱۸/۴۴	۱/۸۱	۱۸/۵۵	۲/۴۰		
	رفتاری	۳۰/۵۵	۶/۲۸	۳۰/۰۰	۷/۱۰	۲۹/۸۸	۶/۷۷		
آمیختگی	گروه کنترل	۵۷/۷۷	۳/۶۶	۲۴/۷۷	۳/۱۱	۲۵/۲۲	۳/۸۰		
شناختی	درمان ترکیبی	۵۴/۰۰	۵/۹۳	۳۸/۳۳	۸/۶۴	۳۷/۷۷	۸/۳۷		
	درمان شناختی	۵۲/۶۶	۵/۸۹	۵۳/۴۴	۴/۹۰	۵۳/۱۱	۶/۰۰		
نمره کلی	رفتاری	۹۰/۵۵	۶/۲۶	۴۱/۱۱	۳/۵۸	۴۲/۵۵	۴/۰۰		
انعطاف-	گروه کنترل	۸۸/۱۱	۶/۶۲	۵۶/۷۷	۱۰/۱۴	۵۶/۳۳	۱۰/۴۲		
ناپذیری	درمان ترکیبی	۸۳/۲۲	۱۰/۲۰	۸۳/۴۴	۱۰/۶۰	۸۳/۰۰	۱۰/۷۸		
روانشناختی	درمان شناختی								
درد	رفتاری								
	گروه کنترل								

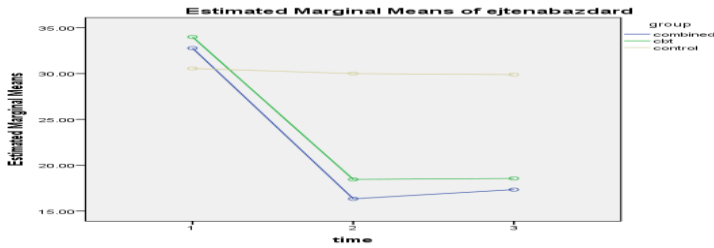
جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد مربوط به نمره‌های شرکت‌کننده‌ها را در ۳ گروه درمان ترکیبی، درمان شناختی رفتاری و گواه و در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. پیش از اجرای تجزیه و تحلیل آماری، ابتدا نرمال بودن داده‌ها توسط آزمون شاپیرو-ویلک اندازه‌گیری شد و نتایج نشان داد که سطح معناداری نمرات انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی درد، بیشتر از مقدار ملاک ۰/۰۵ است. همچنین همگنی واریانس‌ها توسط آزمون لون بررسی شد و مقدار احتمال بیشتر از ۰/۰۵ برای نمرات انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد به دست آمد. پیش‌فرض اول تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برابری ماتریس کوواریانس بود که با توجه به معنادار نشدن آزمون باکس برای اجتناب از درد ( $P=0/08$ )، ( $MBOX=37/46$ )، آمیختگی شناختی ( $P=0/09$ )، ( $MBOX=46/99$ ) و انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد کل ( $P=0/08$ )، ( $MBOX=47/66$ )، ماتریس کوواریانس داده‌ها برابر شد. پیش‌فرض دوم این آزمون، اصل تقارن مرکب بود، برای برقراری این اصل، از آزمون کرویت موچلی استفاده شد. با توجه به معنادار نبودن آزمون کرویت موچلی برای اجتناب از درد ( $P=0/16$ )، آمیختگی شناختی ( $P=0/06$ ) و انعطاف-ناپذیری روانشناختی درد کل ( $P=0/07$ )، این اصل نیز رعایت شد.

## جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه نمرات انعطاف‌ناپذیری روانشناختی

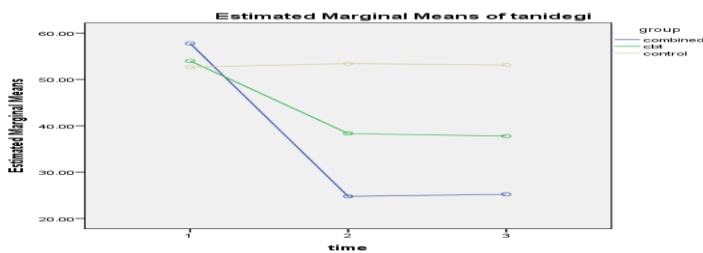
## درد در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	اندازه اثر
اجتناب از درد	درون گروهی	۱۴۹۳/۶۳	۱	۱۴۹۳/۶۳	۲۲۰/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۹۰
	بین گروهی	۶۵۵/۱۴	۲	۳۲۷/۵۷	۴۸/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	خطا	۱۶۲/۲۲	۲۴	۶/۷۵			
	خطا	۱۳۶۲/۸۱	۲۴	۵۶/۷۸			
آمیختگی شناختی	درون گروهی	۳۵۰۴/۱۶	۱	۳۵۰۴/۱۶	۴۶۷/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۹۵
	بین گروهی	۲۴۵۰/۳۳	۲	۱۲۲۵/۱۶	۱۶۳/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۹۳
	خطا	۱۸۰/۰۰	۲۴	۷/۵۰			
	خطا	۲۲۴۶/۶۶	۲۴	۹۳/۶۱			
انعطاف-ناپذیری روانشناختی	درون گروهی	۹۶۰۰/۰۰	۱	۹۶۰۰/۰۰	۴۶۳/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۹۵
	بین گروهی	۵۳۱۲/۴۴	۲	۲۶۵۶/۲۲	۱۲۸/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۱
درد کل	خطا	۴۹۷/۵۵	۲۴	۲۰/۷۳			
	خطا	۸۷۶۷/۷۲	۲۴	۴۳۸۳/۸۶	۲۳/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	خطا	۴۵۶۴/۳۷	۲۴	۱۹۰/۱۸			

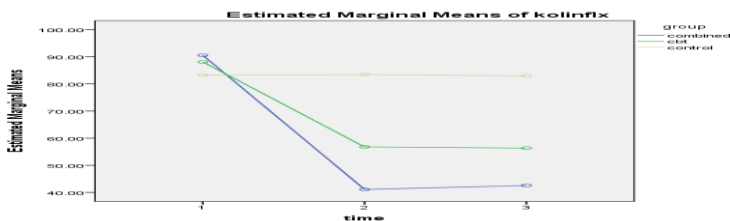
در جدول ۲، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است. براساس این جدول، تأثیر زمان اندازه‌گیری بر میانگین نمرات اجتناب از درد ( $p < 0/001$ )، آمیختگی شناختی ( $p < 0/001$ ) و انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد کل معنادار بود. همچنین اثر متقابل بین زمان اندازه‌گیری و گروه نیز بر میانگین نمرات اجتناب از درد ( $p < 0/001$ )، آمیختگی شناختی ( $p < 0/001$ ) و انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد کل ( $p < 0/001$ ) معنادار بود. علاوه بر این، تأثیر گروه نیز بر میانگین نمرات اجتناب از درد ( $p < 0/001$ )، آمیختگی شناختی ( $p < 0/001$ ) و انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد کل ( $p < 0/001$ ) معنادار شد. نمودار ۱، ۲ و ۳ اثرات درمان ترکیبی فراتشخیصی، ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان شناختی رفتاری بر زیرمقیاس‌های انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن همبود با مشکلات هیجانی به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون نشان می‌دهد.



نمودار ۱. اثرات درمان ترکیبی فراتشخیصی، ذهن آگاهی و رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان شناختی رفتاری بر اجتناب از درد به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون



نمودار ۲. اثرات درمان ترکیبی فراتشخیصی، ذهن آگاهی و رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان شناختی رفتاری بر آمیختگی شناختی به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون



نمودار ۳. اثرات درمان ترکیبی فراتشخیصی، ذهن آگاهی و رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان شناختی رفتاری بر انعطاف ناپذیری روانشناختی درد کل به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون

از آنجا که اثر متقابل، بین عامل درون گروهی زمان اندازه‌گیری و عامل بین گروهی گروه، تفاوت معناداری داشت، لذا اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی و مقایسه زوجی زمان، با استفاده از تعقیبی بونفرونی، بررسی شد.

جدول ۳. مقایسه زوجی سه گروه درمان ترکیبی فراتشخیصی، ذهن آگاهی و رفتاردرمانی دیالکتیکی،

درمان شناختی رفتاری و گروه گواه

مقدار احتمال	خطای معیار	تفاوت میانگین‌ها	گروه	گروه	متغیر
۱/۰۰	۲/۰۵	-۱/۵۱	درمان شناختی	درمان ترکیبی	اجتناب از درد
۰/۰۰۲	۲/۰۵	-۸/۰۰	رفتاری گواه	درمان ترکیبی	درد
۰/۰۱	۲/۰۵	-۶/۴۸	گواه	درمان شناختی رفتاری	درد
۰/۰۲	۲/۶۳	-۷/۴۴	درمان شناختی	درمان ترکیبی	آمیختگی
۰/۰۰۱	۲/۶۳	-۱۷/۱۴	رفتاری گواه	درمان ترکیبی	شناختی
۰/۰۰۳	۲/۶۳	-۹/۷۰	گواه	درمان شناختی رفتاری	شناختی
۰/۰۷	۳/۷۵	-۹/۰۰	درمان شناختی	درمان ترکیبی	انعطاف-
۰/۰۰۱	۳/۷۵	-۲۵/۱۴	رفتاری گواه	درمان ترکیبی	ناپذیری روانشناختی
۰/۰۰۱	۳/۷۵	-۱۶/۱۴	گواه	درمان شناختی رفتاری	درد کل

با توجه به جدول ۳، براساس آزمون تعقیبی بونفرونی، میانگین نمرات اجتناب از درد گروه درمان ترکیبی فراتشخیصی، ذهن آگاهی و رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور معناداری کمتر از گروه گواه ( $p=۰/۰۰۲$ ) شد، اما با گروه درمان شناختی رفتاری تفاوت معناداری نداشت ( $p=۱/۰۰$ ). همچنین میانگین نمرات اجتناب از درد گروه درمان شناختی رفتاری به طور معناداری بیشتر از گروه گواه بود ( $p=۰/۰۱$ ). میانگین نمرات آمیختگی شناختی گروه درمان ترکیبی به طور معناداری کمتر از گروه‌های درمان شناختی رفتاری ( $p=۰/۰۲$ ) و گواه ( $p=۰/۰۰۱$ ) شد. میانگین نمرات آمیختگی شناختی گروه درمان شناختی رفتاری به طور معناداری کمتر از گروه گواه بود ( $p=۰/۰۰۳$ ). همچنین، میانگین نمرات انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد کل گروه درمان ترکیبی به طور معناداری کمتر از گروه گواه ( $p=۰/۰۰۱$ ) شد، اما با گروه درمان شناختی رفتاری تفاوت معناداری نداشت ( $p=۰/۰۷$ ). میانگین نمرات انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد کل گروه درمان شناختی رفتاری به طور معناداری کمتر از گروه گواه بود ( $p=۰/۰۰۱$ ).



جدول ۴. مقایسه زوجی سه زمان آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)

متغیر	مرحله آزمون	مرحله آزمون	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
اجتناب از درد	پیش آزمون	پس آزمون	۱۰/۸۵	۰/۶۴	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۱۰/۵۱	۰/۷۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۳۳	۰/۳۱	۰/۹۱
آمیختگی شناختی	پیش آزمون	پس آزمون	۱۵/۹۶	۰/۷۳	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۱۶/۱۱	۰/۷۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۱۴	۰/۲۹	۱/۰۰
انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد	پیش آزمون	پس آزمون	۲۶/۸۵	۱/۲۰	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۲۶/۶۶	۱/۲۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۱۸	۰/۴۴	۱/۰۰
کل					

با توجه به جدول ۴ و بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی، تفاوت معناداری بین میانگین نمرات اجتناب از درد، آمیختگی شناختی و انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ( $p < 0/001$ ) و در مرحله پیش‌آزمون و پیگیری ( $p < 0/001$ ) وجود داشت، اما تفاوت معناداری بین میانگین نمرات اجتناب از درد، آمیختگی شناختی و انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد پس‌آزمون و پیگیری وجود نداشت ( $p = 1/00$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان ترکیبی فراتشخیصی، ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان شناختی‌رفتاری بر انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد در افراد مبتلا به درد مزمن همبود با مشکلات هیجانی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که اثربخشی درمان ترکیبی و درمان شناختی‌رفتاری فقط بر آمیختگی شناختی تفاوت داشت و درمان ترکیبی اثربخشی بیشتری داشت. هر دو درمان ترکیبی و شناختی رفتاری بر اجتناب درد و انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد کل اثربخش بودند، اما بین اثربخشی این دو درمان بر اجتناب درد و انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد کل تفاوتی وجود نداشت. در بررسی پژوهش‌های پیشین، پژوهشی وجود نداشت که مستقیماً مقایسه درمان ترکیبی فراتشخیصی، ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی‌رفتاری را بر انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد بیماران

مبتلا به درد مزمن همبود با مشکلات هیجانی را بررسی کرده باشد، بنابراین، نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های مشابه مقایسه می‌گردد.

در تبیین اثربخشی بالاتر درمان ترکیبی فراتشخیصی، ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به درمان شناختی‌رفتاری بر آمیختگی شناختی می‌توان گفت آمیختگی شناختی باعث می‌شود که فرد طوری تحت تأثیرافکارش قرار گیرد که گویی کاملاً واقعی هستند و موجب می‌شوند رفتار و تجربه بر دیگر منابع تنظیم رفتاری حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم، حساسیت کمتری پیدا کند (جیلاندرز، بلدرستون، بوند، دمپستر، فلاکسمن، کمپل و همکاران، ۲۰۱۴). علاوه بر این، آمیختگی شناختی به عنوان سازه‌ای مشترک در بین اختلال‌های اضطرابی و افسردگی است و این یافته با نتایج پژوهش‌های مختلفی (هیس، ۲۰۰۴؛ جیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۴؛ لارسون، هوپر، اوسبورن، بنت و مک‌هاگ، ۲۰۱۶) همسو است. بر طبق مدل مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیس و همکاران، ۲۰۱۲) آمیختگی شناختی گرایش به زندگی در دنیایی است که کاملاً با زبان لفظی ساختاریافته و در این شرایط فرد نمی‌تواند دنیایی را که به طور کلامی مفهوم‌سازی و ارزشیابی شده است از دنیایی که مستقیماً تجربه می‌کند، متمایز کند. وقتی فردی با محتوای کلامی آمیخته شود، این محتوا می‌تواند غلبه کاملی بر رفتار او داشته باشد و زمانی که آمیختگی با پیام‌های فرهنگی مبنی بر این که رویدادهای درونی آسیب‌زا و خطرناک هستند، ترکیب شود، چرخه بسیار خطرناکی ایجاد خواهد شد و هر چه فرد برای حذف و کنترل رویدادهای درونی سخت‌تر تلاش کند، بیشتر دچار آمیختگی و به تبع آن بیشتر گرفتار هیجان‌های منفی پایدار مانند اضطراب و افسردگی می‌شود (ماسودا، هیس، توهیگ، دروسل، لیلیز و واشیو، ۲۰۱۴). علاوه بر این، از طریق فرآیند یادگیری ارتباطی (چارچوب‌های ارتباطی)، تجارب درونی موجب تسهیل پاسخ‌های روانشناختی دردناکی می‌شوند که به صورت طبیعی راه‌انداز اجتناب یا گریز از خطرات بیرونی هستند. به عبارت دیگر، تصور مواجهه با محرک تهدیدآمیز، همان آشفتگی را ایجاد می‌کند که یک مواجهه واقعی با آن محرک. تأکید تکنیک‌های درمان فراتشخیصی، ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی دیالکتیک به عنوان ابزاری برای کاهش آمیختگی شناختی بر نحوه برخورد فرد با شناخت‌واره‌های خود و ایجاد یک کنترل انعطاف‌پذیر بر توجه و سبک‌های تفکر است که متضمن هیجان‌های پایدار است (لارسون و همکاران، ۲۰۱۶). تمرکز اصلی این تکنیک‌ها بر روی طراحی یک راهبرد ویژه برای انعطاف‌پذیری بیشتر در کنترل توجه و رها شدن از دام روش‌های ناکارآمد در ارتباط با تجربه‌های درونی است.

علاوه بر این، با توجه به نتیجه به دست آمده از این مطالعه که نشان داد بین اثربخشی درمان ترکیبی و درمان شناختی‌رفتاری بر اجتناب از درد و انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد تفاوتی

ندارد. برای تبیین این یافته می‌توان گفت که با بررسی نقش اجتناب در همبودی اختلالات روانی، می‌توان به اهمیت بالینی آن در روان‌درمانی پی برد، زیرا برخی مدل‌های درمانی شناختی-رفتاری بر اهمیت اجتناب تأکید دارند (بردین، فرگوس، ۲۰۱۶). همچنین، درمان شناختی-رفتاری به بازسازی شناختی، یعنی شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مزاحم، اصلاح نگرش بیش برآوردسازی خطر و بیش‌مهم‌پنداری افکار می‌شود. طی درمان به افراد آموزش داده می‌شود که در صورت هجوم افکار با آن‌ها مقابله کنند (گلدستین، برادلی، رسلر و پاورز، ۲۰۱۷).

همچنین، درمان ترکیبی لبریز از تکنیک‌هایی است که هیجانات افراد را تعدیل می‌کنند؛ به عنوان نمونه می‌توان به بازشناسی هیجان‌ها، آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده هیجانی، آشنایی با راهبردهای مختل اجتناب از هیجان و آگاهی یافتن از اثرات منفی اجتناب از هیجان، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱) اشاره کرد. بنابراین می‌توان گفت آموزش درمان ترکیبی فراتشخیصی، ذهن-آگاهی و رفتاردرمانی دیالتیکی با تکیه بر تکنیک‌های تنظیم هیجان موجب می‌شود که بیماران به ارزیابی مجدد هیجانات و مخصوصاً هیجانات منفی خود بپردازند و این هیجانات را در درون خویش بپذیرند که این امر موجب افزایش راهبرد ارزیابی مجدد شناختی در آنان خواهد شد؛ همچنین در این روش درمانی علاوه‌براین این که به افراد آموزش داده می‌شود که از هیجانات خویش آگاهی یابند، آن‌ها یاد می‌گیرند که اجتناب از هیجانات می‌تواند موجب دور شدن از هیجانات و کنترل یا بازداری آنان شود؛ بنابراین نحوه روبرو شدن با هیجانات از جمله هیجانات منفی و آگاهی از آثار منفی اجتناب از آن‌ها باعث می‌شود که بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن، هیجانات خویش و از جمله هیجانات منفی را بازداری نکنند و به ابراز به موقع آن‌ها بپردازند. بنابراین، هر دو درمان ترکیبی و درمان شناختی-رفتاری بر اجتناب از درد و انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد اثربخش است و تفاوتی بین این دو درمان وجود ندارد. با توجه به کمبود اطلاعات پژوهشی کافی در مورد مقایسه این دو درمان بر روی بیماران دچار اختلال درد مزمن در ایران نیاز به بررسی‌های بیشتری در این زمینه محسوس است و نیاز به پژوهش‌های گسترده‌تری در این زمینه وجود دارد.

هر پژوهشی دارای محدودیت‌هایی می‌باشد. پژوهش حاضر روی بیماران مبتلا به درد مزمن انجام گرفته و تعمیم یافته‌ها به بیماری‌های دیگر با محدودیت روبرو است. همچنین تعداد کم نمونه نیز با محدودیت تعمیم نتایج مواجه است. همچنین، وضعیت جسمانی بیماران، شرایط پاسخگویی آن‌ها به پرسشنامه‌ها را تحت تأثیر قرار می‌داد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مشابه در افراد مبتلا به بیماری‌های جسمانی دیگر اجرا گردد و جهت کاهش احتمال سوگیری

افراد در پاسخ‌دهی و افزایش روایی درونی نیز، از ابزارهای مختلف برای ارزیابی از جمله مصاحبه، مشاهده رفتار و عملکرد در مراحل مختلف پژوهش استفاده شود. همچنین، برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری در سطح پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت و اختلال‌های روانشناختی دیگر اجرا شود. در کل نتایج تحقیق نشان داد که فرایندهای درمان ترکیبی و درمان شناختی-رفتاری بر روی انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد و اجتناب از درد بیماران مبتلا به درد مزمن نقش مؤثری دارند. همچنین نتایج تحقیق اطلاعات ارزشمندی در جهت طراحی مداخلات ترکیبی درمان‌ها برای کاهش همجوشی و آمیختگی شناختی بر اساس درمان‌هایی همچون درمان فراتشخیصی، ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی دیالکتیکی و دنبال کردن فعالیت‌ها طبق ارزش‌ها علیرغم وجود درد فراهم می‌آورد. بنابراین، پیشنهاد می‌گردد روان‌درمانگران از درمان ترکیبی و درمان شناختی-رفتاری به صورت درمان کاربردی برای کاهش انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد در افراد مبتلا به درد مزمن همبود با مشکلات هیجانی استفاده نمایند.

### موازین اخلاقی

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، به شرکت‌کنندگان پژوهش توضیح داده شد که آنان در پژوهشی که قصد دارد اثربخشی درمان جامعی بر علائم اختلال درد مزمن همبود مشکلات هیجانی بررسی نماید، شرکت کردند. همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آن‌ها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. به آنان اطلاع داده شد که نتایج پژوهش به صورت آماری و نتیجه‌گیری کلی و نه به صورت فردی منتشر خواهد شد و آن‌ها اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند. به منظور رعایت اخلاق پژوهشی، علاوه بر کسب رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش، برای گروه گواه نیز بعد از اتمام پژوهش، درمان ترکیبی اعمال شد. این پژوهش حاصل رساله دکتری نویسنده اول بود که با حمایت دانشگاه اصفهان واحد اصفهان و کد شناسایی ۱۵۱۶۰۴۹ انجام شد. همه نویسندگان نسخه دست‌نوشته نهایی را خوانده و تأیید کردند.

### مشارکت نویسندگان

نویسنده دوم به عنوان استاد راهنمای اول رساله و نویسنده مسئول است. همچنین، نویسنده سوم به عنوان استاد راهنمای دوم این پژوهش است. علاوه بر این، نویسنده چهارم به عنوان استاد مشاور پژوهش می‌باشد. همه نویسندگان نسخه دست‌نوشته نهایی را خوانده و تأیید کردند.

## تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

## سپاسگزاری

از همکاری و مشارکت تمامی شرکت کنندگان در پژوهش و همه عزیزانی که در انجام پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

## References

- Aghayousefi, A., Tarkhan, M., Mohammadi, N., & Afshar, H. (2017). The role of psychological inflexibility and pain acceptance in predicting of resiliency in chronic pain patients. *Health psychology*, 5(17), 23-38. [[Link](#)]
- Akbari, M., Mohamadkhani, S., & Zarghami, F. (2016). The mediating role of cognitive fusion in explaining the relationship between emotional dysregulation with anxiety and depression: A transdiagnostic factor. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. [[Link](#)]
- Bardeen, J.R., Fergus, T.A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *J Contextual Behav Sci*, 5(1):1-6. [[Link](#)]
- Barlow, D. H. (2013). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. Guilford Publications. [[Link](#)]
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (2014). The Nature, Diagnosis, and Treatment of Neuroticism: Back to the Future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344–365. [[Link](#)]
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1251-1263. [[Link](#)]
- Feigenbaum, J. (2007). Dialectical behaviour therapy: An increasing evidence base. *Journal of Mental Health*, 16(1), 51–68. [[Link](#)]
- Feldner, M. T., Hekmat, H., Zvolensky, M. J., Vowles, K. E., Sechrist, Z. & Leen-Feldner, E. W. (2006). The role of experiential avoidance in acute pain tolerance: A laboratory test. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 146–158. [[Link](#)]
- Frisvold, M. H., Lindquist, R., & McAlpine, C. P. (2012). Living life in the balance at midlife: Lessons learned from mindfulness. *Western Journal of Nursing Research*, 34(2), 265–278. [[Link](#)]
- Gillanders, D., Bolderston, H., Bond, F.W., Dempster, M., Flaxman, P., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S.,

- Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., Remington, B. (2014). The Development and Initial Validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behav Ther.* 43(0):25–010. [[Link](#)]
- Goldstein, B., Bradley, B., Ressler, K.J., Powers, A. (2017). Associations Between Posttraumatic Stress Disorder, Emotion Dysregulation, and Alcohol Dependence Symptoms Among Inner City Females. *J Clin Psychol*, 73(3):319-30. [[Link](#)]
- Hadi, M.A., McHugh, G.A., Closs, S.J. (2019). Impact of Chronic Pain on Patients' Quality of Life: A Comparative Mixed-Methods Study. *J Patient Exp*, 6(2): 133-141. [[Link](#)]
- Hayes, S. (2004). Improving Diabetes Self-Management Through Acceptance, Mindfulness, and Values: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5(2): 336–43. [[Link](#)]
- Hayes, S., Strosahl, K.D., Banink, F., Thohig, L. & Wilson, K.G. (2006). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *Psychol Rec*, (54): 553-578. [[Link](#)]
- Kingston, J., Chadwick, P., Meron, D., Skinner, T.C. (2007). A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological activity. *J Psychosom Res*, 62(3): 297-300. [[Link](#)]
- Larsson, A., Hooper, N., Osborne, L.A., Bennett, P., McHugh, L. (2016). Using Brief Cognitive Restructuring and Cognitive Defusion Techniques to Cope with Negative Thoughts. *Behav Modif*, 41(5):438-28. [[Link](#)]
- Lynch, T.R., Chapman, A.L., Rosenthal, M.Z., Kuo, J.R., Linehan, M.M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *J Clin Psychol*, 62(4): 459-80. [[Link](#)]
- Mackey, S., Kao, M.C. (2019). Managing twin crises in chronic pain and prescription opioids. *BMJ*, 364: 1917. [[Link](#)]
- Martin, L. R., DiMatteo, M. R., & Lepper, H. S. (2001). Facilitation of patient involvement in care: Development and validation of a scale. *Behavioral Medicine*, 27(3), 111–120. [[Link](#)]
- Masuda, A., Hayes, S.C., Twohig, M.P., Drossel, C., Lillis, J., Washio, Y. (2009). A parametric study of cognitive defusion and the believability and discomfort of negative self-relevant thoughts. *Behavior Modification*; 55(8): 831-68. [[Link](#)]
- Masuda, A., Price, M., Latzman, R. D. (2012). Mindfulness Moderates the Relationship Between Disordered Eating Cognitions and Disordered Eating Behaviors in a Non-Clinical College Sample. *J Psychopathol Behav Assess*, 34(1): 107-115. [[Link](#)]
- Masuda, A., Tully, E. C. (2012). The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological

- Distress in a Nonclinical College Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 17(1):66-71. [\[Link\]](#)
- McCracken, L. M., Gutiérrez-Martínez, O., & Smyth, C. (2013). "Decentering" reflects psychological flexibility in people with chronic pain and correlates with their quality of functioning. *Health Psychology*, 32(7), 820-823. [\[Link\]](#)
- McCracken, L. M., Vowles, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model, process, and progress. *Am Psychol*, 69(2): 178-87. [\[Link\]](#)
- McCracken, L. M., Williams, J. L., Tang, N. K. (2011). Psychological flexibility may reduce insomnia in persons with chronic pain: a preliminary retrospective study. *Pain Med*, 12(6): 904-12. [\[Link\]](#)
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry*, 74(6): 595-602. [\[Link\]](#)
- McKay, M., Fanning, P., & Zurita Ona, P. E. (2011). *Mind and Emotions: A Universal Treatment for Emotional Disorders*. Oakland, CA: New Harbinger. [\[Link\]](#)
- Niazi, A. K., Niazi, S. K. (2011). Mindfulness-based stress reduction: a non-pharmacological approach for chronic illnesses. *N Am J Med Sci*, 3(1): 20-3. [\[Link\]](#)
- Ruiz, F. J., & Odriozola-González, P. (2017). A longitudinal comparison of metacognitive therapy and acceptance and commitment therapy models of anxiety disorders. *Anales de Psicología*, 33(1), 7-17. [\[Link\]](#)
- Schuster, D. P. (2010). Obesity and the development of type 2 diabetes: the effects of fatty tissue inflammation. *Diabetes Metab Syndr Obes*, 3: 253-62. [\[Link\]](#)
- Smith, B. W., Tooley, E. M., Montague, E. Q., Robinson, A. E., Cosper, C. J., Mullins, P. G. (2009). The role of resilience and purpose in life in habituation to heat and cold pain. *J Pain*. 10:493-500. [\[Link\]](#)
- Vaegter, H. B., Christoffersen, L. O., Enggaard, T. P., Holdgaard, D. E. M., Lefevre, T. N., Eltved, R., Reisenhus, C. H., Licht, T. W., Laustsen, M. M., Hansson, S. H., Jensen, P. F., Larsen, T. R. F., Alpiger, S., Mogensen, B. G., Høybye, M. T. (2021). Socio-Demographics, Pain Characteristics, Quality of Life and Treatment Values Before and After Specialized Interdisciplinary Pain Treatment: Results from the Danish Clinical Pain Registry (PainData). *J Pain Res*, 14: 1215-1230. [\[Link\]](#)
- Wicksell, R.K., Renofalt, J., Olsson, G.L., Bond, F.W. & Melin, L. (2008). "Avoidance and cognitive fusion-central components in pain related disability? Development and preliminary validation of the psychological

inflexibility in pain scale (PIPS)". *European Journal of Pain*, 12, 491–500.  
[\[Link\]](#)

\*\*\*

### مقیاس انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد (PIPS)

در قسمت زیر چندین عبارت ارائه شده است، لطفاً با دایره کشیدن شماره مورد نظر پاسخی را که بهترین توصیف کننده شما است را مشخص نمایید. لطفاً در انتخاب پاسخ خود از طبقه‌بندی زیر استفاده نمایید:							
۱- هرگز							
۲- خیلی به ندرت							
۳- به ندرت							
۴- برخی اوقات							
۵- اغلب اوقات							
۶- تقریباً همیشه							
۷- همیشه							
<b>عبارات</b>							
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱ من تقریباً هر کاری انجام می‌دهم تا دردم کاهش یابد.
							۲ من کارهایی را که برای جلوگیری از تجربخ درد بسیار مهم هستند را انجام نمی‌دهم.
							۳ زمانی که من درد دارم از دیگران دوری می‌کنم.
							۴ برای من یادگیری کنترل دردم بسیار مهم است.
							۵ برای من فهمیدن اینکه چه دلایلی باعث ایجاد درد در من شده است، بسیار مهم است.
							۶ من احساس می‌کنم که به دلیل دردم عصبانی هستم.
							۷ من چنین جملاتی را می‌گویم "من هیچگونه توان و انرژی ندارم." "من به اندازه کافی خوب نیستم" "من زمان زیادی ندارم" "من شهامت و جرات لازم را ندارم" "من بیش از حد درد دارم" "من احساس خیلی بدی دارم" "من آن را دوست ندارم"
							۸ من از انجام کارهایی که خطر صدمه دیدن یا بدتر کردن اوضاع را دارد، اجتناب می‌کنم.
							۹ من از برنامه‌ریزی برای انجام فعالیت‌ها به دلیل دردم اجتناب می‌کنم.
							۱۰ من برای مبارزه با دردم سعی و تلاش زیادی می‌کنم.
							۱۱ این من نیستم که زندگیم را کنترل می‌کنم بلکه درد من است که زندگیم را کنترل می‌کند.



								من نیاز دارم به منظور اقدام برای انجام کاری، آنچه اشتباه است را بفهمم.	۱۲
								من به دلیل دردم برنامه طولانی مدت برای آینده ام ندارم.	۱۳
								من به علت دردم کارها را به تعویق می اندازم.	۱۴
								من زمانی که درد دارم فعالیت های از قبل برنامه ریزی شده ام را لغو می کنم.	۱۵
								من فعالیت هایی را که باعث آسیب یا بدتر شدن اوضاع می شوند قطع می کنم.	۱۶

\*\*\*