Original Article

Efficacy of dialectical behavior therapy techniques in reducing problems of patients with preoccupied attachment style having chronic musculoskeletal pain: a single case study

Amini-Fasakhoudi M[1*], Mahmoud Alilou M[1], Tahmassian K[2], Bakhshipour-Roudsari A[1]

1- Department of Clinical Psychology, University of Tabriz, Tabriz, I. R. Iran.
2- Department of Clinical Psychology, University of Shahid-Beheshti, Tehran, I. R. Iran.

Received September 21, 2015; Accepted May 4, 2016

Abstract

Background: Pain is a degenerative and disabling condition which is accompanied by several psychological variables. Therefore, this study aimed to investigate the effectiveness of dialectical behavior therapy techniques in reducing the catastrophizing, fear of movement, pain-induced disability, and pain intensity in patients with preoccupied attachment style suffering musculoskeletal chronic pain.

Materials and Methods: The Study was conducted as a single subject research based on multiple-baseline design. The participants were two women patients suffering chronic back pain that were selected through purposive method from among clients of Pain Clinic of Tabriz, based on pain specialist diagnosis, clinical interview and screening tools. Pain Catastrophizing Questionnaire, Tampa Scale for Kinesiophobia, Pain Disability Questionnaire, Visual Analogue Scale, and also relationships scales Questionnaire were filled by subjects in 5th, 7th, 9th, 11th, 14th baseline sessions and the follow up session. In order to study the treatment results drawing symptom severity diagram and mean base line reduction related to single subject studies.

Results: Results indicate that average score of catastrophizing, fear of movement, pain disability, and pain intensity were decreased in both patients from baseline to follow up (33.25 to 16.5), (45.75 to 21), (17.5 to 7), and (213.75 to 90), respectively. In addition, during the treatment the average score of attachment security in both patients was increased from 1.25 to 2.3.

Conclusion: Dialectical behavior therapy was effective in increasing secure attachment and decreasing pain-related problems in patients with musculoskeletal pain. Thence, it is recommended that the study be done with larger samples in future.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, Chronic musculoskeletal pain, Preoccupied attachment style, Catastrophizing, Fear of movement, Pain disability, Pain intensity

*** Corresponding Author.**
Email: amini.maryam329@gmail.com
Tel: 0098 919 704 7038
Fax: 0098 413 335 6009

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, February, 2017; Vol. 20, No 6, Pages 539-550

Please cite this article as: Amini-Fasakhodi M, Alilou MM, Tahmassian K, Bakhshipour-Roudsari A. Efficacy of dialectical behavior therapy techniques in reducing problems of patients with preoccupied attachment style having chronic musculoskeletal pain: a single case study. ***Feyz*** 2017; 20(6): 539-50.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]

کارایی تکنیک‌های مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش مشکلات ناشی از درد در بیماران با سبک دلبستگی دل‌مشغول دارای درد مزمن عضلانی- اسکلتی: یک مطالعه تک موردی

مریم امینی فسخودی [۱*]، مجید محمود علیلو [۲]، کارینه طهماسیان [۳]، عباس بخشی پور رودسری [۲]

خلاصه:

سابقه و هدف: درد مزمن یک موقعیت تحلیل‌برنده و ناتوان کننده است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی نتایج اثربخشی تکنیک-های رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش فاجعه‌آمیزی، ترس از حرکت، ناتوانی ناشی از درد و شدت درد در بیماران با سبک دلبستگی دل-مشغول مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر به‌صورت تک‌موردی بر پایه طرح خط پایه چندگانه انجام گرفت. آزمودنی‌های دو بیمار زن مبتلا به کمردرد مزمن بودند که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند در مراجعه کنندگان به کلینیک درد تبریز انجام شد. ابزارهای غربال‌گری، مورد مطالعه قرار گرفت. ابزارهای به کار رفته شامل پرسشنامه‌های فاجعه‌آمیزی (PCQ)، ترس از حرکت (TSK)، ناتوانی ناشی از درد (PDQ)، شدت درد (VAS) و مقیاس‌های روابط (RSQ) بود که در جلسات خط پایه، پنجم، هفتم، نهم، یازدهم، چهاردهم تکمیل شد. جهت تعیین تاثیر مداخله از روش ترسیم نمودار روند شدت علایم و میانگین کاهش خط پایه مربوط به پژوهش‌های تک‌موردی بهره گرفته شد.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که نمرات فاجعه‌آمیزی، ترس از حرکت، ناتوانی ناشی از درد و شدت درد هر دو بیمار از مرحله خط پایه به مرحله پیگیری کاهش یافت. و میانگین نمرات متغیرهای فوق به‌ترتیب (۳۳/۲۵ به ۱۶/۵)، (۴۵/۷۵ به ۲۱)، (۱۷/۵ به ۷) و (۲۱۳/۷۵ به ۹۰) رسید. هم‌چنین، میانگین نمرات ایمنی دلبستگی در طول درمان از ۱/۲۵ به ۲/۳ افزایش یافت.

نتیجه‌گیری: رفتار درمانی دیالکتیکی منجر به افزایش ایمنی دلبستگی و کاهش مشکلات مربوط به درد در بیماران با درد مزمن شد. لذا، در تحقیقات آتی این مطالعه در نمونه‌های با حجم بزرگ‌تر توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیکی، درد مزمن عضلانی- اسکلتی، سبک دل‌مشغول، فاجعه‌آمیزی، ترس از حرکت، ناتوانی ناشی از درد و شدت درد

دو ماه‌نامه علمی- پژوهشی فیض، دوره بیستم، شماره ۶، بهمن و اسفند ۱۳۹۵، صفحات ۵۵۰- ۵۳۹

مقدمه

بنابر معیارهای انجمن بین‌المللی درد، درد مزمن، دردی است که بیشتر از زمان لازم برای بهبود بیماری یا آسیب ایجاد شده باقی می‌ماند. این زمان برای اهداف پژوهشی حداقل ۳ ماه و برای اهداف بالینی۶ ماه تعیین شده است [۱]. بر طبق گزارش‌های فردی، بیماران با سطوح نسبتا مشابه شدت درد، سطوح متفاوتی از محدودیت‌های فیزیکی، هیجانی، درماندگی و ناتوانی را نشان می‌دهند [۲]. چنانچه، نتایج اغلب پژوهش‌ها حاکی از نقش بالقوه عوامل متعددی در پیش‌بینی مزمن شدن درد در بیماران با تجربه درد می‌باشد. این عوامل شامل فرایندهای شناختی و هیجانی، رفتارهای اجتنابی، گوش‌به‌زنگی و افکار فاجعه‌آمیز درباره درد است [۳].

در این راستا، فاجعه‌آمیزی به‌عنوان مهم‌ترین متغیر مربوط به درد می‌تواند یک سازه شناختی، یک راه‌کار غلبه‌ای متمرکز بر هیجان و یا یک ترکیب شناختی، رفتاری و هیجانی باشد [۴]. فاجعه‌آمیزی تمرکز اغراق‌آمیز منفی روی شدت درد، درماندگی روانشناختی و پیامدهای منفی ناشی از آن می‌باشد [۵]. براساس مدل ترس- اجتناب، فاجعه‌آمیزی پیش‌بینی کننده ترس از حرکت، رفتارهای اجتنابی، ناتوانی ناشی از درد، افسردگی و تجربه شدت بیشتر درد است و با ایجاد یک چرخه معیوب منجر به شکل‌گیری درد مزمن می‌شود [۶]. در یک پژوهش که روی ۱۶۴ بیمار مبتلا به درد حاد انجام گرفت، نمرات آزمودنی‌ها در متغیر فاجعه‌آمیزی قبل و بعد از شرکت در مداخله آموزشی باهم مقایسه شدند و نتایج نشان داد که کاهش نمرات فاجعه‌آمیزی موجب کاهش شدت درد و نیز بازگشت به‌کار در این بیماران می‌شود [۷]. هم‌چنین، در پژوهش دیگری کاهش نمرات بیماران در متغیرهای فاجعه‌آمیزی و ترس از حرکت موجب کاهش نمرات آنها در متغیر ناتوانی ناشی از درد شد [۸]. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که عوامل روان‌شناختی متعددی در فاجعه‌آمیز کردن درد نقش دارند. برای مثال، برخی بیماران به‌منظور اجتناب از انجام مسئولیت‌ها و برانگیختن حمایت

[۱] کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز

[۲] استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز

[۳] استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی

* **نشانی نویسنده مسئول:**

دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی

تلفن: ۰۹۱۹۷۰۴۷۰۳۸ **دورنویس:** ۰۴۱ ۳۳۳۵۶۰۰۹

پست الکترونیک: amini.maryam329@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۶/۳۰ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۹۵/۲/۱۵

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]

و توجه دیگران به فاجعه‌آمیز کردن درد خود می‌پردازند [۹]. اخیرا نظریه دلبستگی بزرگسالان به‌عنوان یک چارچوب نظری مهم در رشد درد مزمن و رفتارهای مربوط به آن در نظر گرفته شده است [۱۰]. طبق این نظریه، رفتارهای تقرب‌جویی که در کودکی برای حفظ بقا صورت می‌گیرند، در بزرگسالی به هنگام مواجه شدن فرد با تهدید، فقدان و بیماری به شکل رفتارهای تنظیم هیجان مشاهده می‌شوند [۱۱]. در واقع، رفتارهای مربوط به درد در بیماران مبتلا به درد مزمن، می‌تواند شکلی از تروماهای حل نشده در دوران کودکی آنها باشد [۱۲]. برای اولین بار Kolb بین دلبستگی و درد رابطه برقرار کرد و نظریه دلبستگی را برای بیان رفتارهای مشاهده شده در بیماران مبتلا به درد مزمن به‌کار برد و شکایت مربوط به درد را یک رفتار دلبستگی نامید. این رفتارها به شکل شکایت، نالیدن، مراجعه مکرر به پزشک، سوالات مکرر درباره بیماری، تقاضای کمک و حمایت، تقرب‌جویی و چسبیدن به دیگران و یا بالعکس با انکار درماندگی، انتقاد از کمک و حمایت دیگران، کناره‌گیری و اجتناب از مراجعه به پزشک، نشان داده می‌شوند [۱۳]. شباهت‌هایی در واکنش افراد به جدایی از افراد مهم زندگی و شکایت مربوط به درد وجود دارد [۱۴]. این یافته‌ها حاکی از آن است که در پاسخ به درد جسمی و درد مربوط به طرد شدن، مکانیسم‌های یکسانی در سیستم دلبستگی به‌منظور تنظیم هیجان منفی فعال می‌شود [۱۲]. به‌طور کلی، مهم‌ترین فرض Bowlby در نظریه دلبستگی این بود که تجربیات اولیه کودک با مراقبان اصلی منجر به رشد راه‌بردهای تنظیم هیجان شده و در سال‌های بعدی زندگی به هنگام مواجه شدن فرد با موقعیت تهدیدآمیز، به کارگرفته می‌شوند [۱۵]. طبق این نظریه، راه‌بردهای تنظیم هیجان شامل راه‌بردهای اولیه و ثانویه است که راه‌بردهای اولیه توسط افراد با سبک دلبستگی ایمن به‌کار گرفته می‌شود و راه‌بردهای ثانویه توسط افراد با سبک دلبستگی ناایمن به‌کار می‌روند و شامل راه‌بردهای با کنش‌وری بالا و راه‌بردهای با کنش‌وری پایین می‌باشد. راه‌بردهای با کنش‌وری بالا راه‌برد تنظیم هیجان در افرادی است که نمرات بالا در بعد اضطراب می‌گیرند و دارای سبک دلبستگی دل‌مشغول یا سبک دلبستگی اضطرابی-دوسوگرا هستند. بر اساس طبقه‌بندی Bartholomew از سبک‌های دلبستگی بزرگ‌سالان، افراد با سبک دل‌مشغول دارای مدل منفی از خود و مدل مثبت از دیگران هستند و روی پیوستار اضطراب نمره بالا می‌گیرند [۱۶]. در نظریه دلبستگی، برخلاف افراد اجتنابی که تمایلی به درک و بیان هیجانات منفی خود ندارند، افراد اضطرابی تمایل شدیدی به بیان و ابراز این هیجانات دارند؛ زیرا با اهداف دلبستگی آنان که همان جلب حمایت و همدلی از جانب دیگران است، سازگار می‌باشد. افراد دل‌مشغول تمایل زیادی به اغراق کردن در نیازهای دلبستگی دارند که با گوش‌به‌زنگی بالا نسبت به تهدید و بزرگ نمایی مشکلاتی از قبیل درد، مشخص می‌شود [۱۷]. نتایج یافته‌های حاصل از پژوهش‌های پیشین حاکی از آن است که یک رابطه قوی بین فاجعه‌آمیزی با سبک دلبستگی اضطرابی وجود دارد [۱۹،۱۸،۱۰]. برای مثال، نتایج یک مطالعه نشان داده است که افراد اجتنابی در غیاب دیگران ادراک درد کمتری داشتند، درحالی‌که افراد دل‌مشغول در حضور دیگران ادراک درد کمتری گزارش کردند؛ زیرا حمایت و همدلی دیگران به‌خصوص در مراحل اولیه درد، به ادراک کمتر درد در این افراد کمک می‌کند [۲۰]. نتایج یک مطالعه دیگر حاکی از آن بود که افراد با سبک دلبستگی دل‌مشغول (اضطراب بالا- اجتناب پایین) حتی با مشاهده تصاویر مربوط به درد در دیگران، دست به فاجعه‌آمیزی درد می‌زنند، درحالی‌که افراد با سبک ترسیده (اجتناب بالا- اضطراب بالا) با مشاهده این تصاویر شدت درد کمتری را گزارش می‌کنند [۲۱]. با وجود اینکه وقوع هم‌زمان درد و هیجان امری مسلم است، اما کاربرد مداخلات متمرکز بر تنظیم هیجان در درمان دردهای مزمن هنوز در مراحل اولیه خود می‌باشد که این امر می‌تواند به‌علت فقدان یک پایه نظری محکم در فهم مکانیسم‌های درگیر باشد. درواقع، نادیده گرفتن وقوع همزمان درد و هیجان در درمان، یکی از دلایل پیامد ضعیف مداخلات درمانی و عود بیماری است. بنابراین، به‌منظور پرکردن این شکاف یعنی توجه به وقوع هم‌زمان درد با هیجان و برای فهم بیشتر از عملکرد مکانیسم‌های درگیر، عده‌ای از محققان توجه خود را به درمان‌هایی که در روانشناسی به درمان‌های موج سوم مشهورند، جلب کرده‌اند [۲۲]. باتوجه به این یافته‌ها، رفتاردرمانی دیالکتیکی (Dialectical behavior therapy: DBT) به‌عنوان یکی از مهم‌ترین درمان-های موج سوم، برای درمان بیماران پژوهش حاضر در نظر گرفته شده است. در این راستا، در پژوهشی که روی یک بیمار مبتلا به سندروم درد مزمن انجام گرفت، کاربرد تکنیک‌های تنظیم هیجان مبتنی بر DBT موجب کاهش علایم افسردگی و رفتارهای مربوط به درد مانند فاجعه‌آمیزی، ترس از حرکت و شدت درد شد و کاهش علائم پس از ۳ ماه دوره پیگیری مشاهده شد [۲۳]. هم-چنین، برخی یافته‌های مربوط به DBT حاکی از اثربخشی آن در بیماران با سبک دلبستگی ناایمن می‌باشد [۲۴]. رفتاردرمانی دیالکتیکی یک روش شناختی-رفتاری است که برای اولین بار برای درمان بیماران مرزی به‌کار رفت و هسته اصلی آن تنظیم هیجان است. تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی شامل تکنیک‌های بنیادی به‌کار رفته در درمان‌های شناختی-رفتاری مانند زنجیره

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]

تحلیل رفتاری، مواجهه، برگه ثبت هیجانات و بازسازی شناختی و هم‌چنین، تکنیک‌هایی است که منحصرا در این درمان به‌کار می‌روند، مانند: اعتباربخشی، تفکر دیالکتیکی و ذهن‌آگاهی [۲۵]. ذهن‌آگاهی به‌صورت زندگی آگاهانه در هر لحظه بدون دلبستگی به آن، قضاوت کردن درباره آن و یا پذیرش احساسات و عواطف منفی، تعریف می‌شود. ذهن‌آگاهی هسته اصلی DBT است که فرایند تنظیم هیجان را تسهیل می‌کند [۲۲]. نتایج پژوهش‌های متعدد حاکی از رابطه بین ایمنی دلبستگی با مفاهیم مربوط به ذهن‌آگاهی می‌باشد [۳۵-۲۶]. با در نظرگرفتن موارد اشاره شده مبتنی بر نظریه‌ها و پژوهش‌های پیشین و از آنجایی‌که DBT یک درمان متمرکز بر تنظیم هیجان است، لذا انتظار می‌رود از طریق افزایش ایمنی روی پیوستار دلبستگی، فاجعه‌آمیزی را که نشانه یک رفتار دلبستگی در افراد دل‌مشغول می‌باشد، کاهش دهد. در این صورت کاهش فاجعه‌آمیزی منجر به کاهش متغیرهای دیگر چرخه درد مزمن، مثل ترس از حرکت، ناتوانی ناشی از درد و شدت درد می‌شود؛ زیرا شکستن این چرخه با کاهش فاجعه‌آمیزی به‌عنوان اولین مکانیسم آن آغاز می‌شود. بنابراین در پژوهش حاضر، کارایی تکنیک‌های مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش مشکلات ناشی از درد بیماران با سبک دلبستگی دل‌مشغول دارای درد مزمن عضلانی-اسکلتی بررسی می‌شود. طبق بررسی‌های به‌عمل آمده، تاکنون پژوهش مشابهی انجام نشده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های نیمه‌آزمایشی تک‌آزمودنی با آزمودنی‌های متفاوت و سنجش پیوسته می‌باشد که آزمودنی‌ها به‌ترتیب در مراحل خط پایه، درمان، پس از درمان و پیگیری، شرکت می‌کنند. در طرح‌های تک‌موردی، پژوهشگر به مطالعه تاثیر یک متغیر بر متغیر دیگر می‌پردازد. هرچند که در این نوع طرح‌ها ممکن است چندین آزمودنی مورد نظر قرار گیرد، اما داده‌ها برای هریک از آن‌ها جداگانه تحلیل می‌شود. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه بیمارانی بودند که در سه ماه آخر سال ۱۳۹۲ جهت دریافت خدمات پزشکی به کلینیک درد شهر تبریز مراجعه کرده بودند. گروه نمونه در این پژوهش شامل ۲ بیمار زن مبتلا به درد مزمن عضلانی- اسکلتی بودند که به‌روش نمونه‌گیری هدفمند از طریق انجام مصاحبه بالینی توسط یک کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و زیر نظر پزشک متخصص بیهوشی و درد انتخاب شدند و پس از احراز شرایط ورود و پرکردن فرم رضایت‌نامه، وارد فرایند درمان شدند. ابزارهای مورد نظر توسط پژوهشگر در اختیار هر دو بیمار قرار گرفت و زیر نظر او تکمیل شدند. به‌منظور تهیه بسته درمان به‌کار رفته در پژوهش حاضر با پروفسور Linton استاد دانشگاه Orebro سوئد از طریق پست الکترونیک مکاتبه و بسته از همین طریق دریافت شد. سپس، ترجمه این بسته از زبان انگلیسی به فارسی زیر نظر استاد راهنما و مشاور به‌دقت انجام شد و با اخذ اجازه از سازنده اصلی، محتوای آن با توجه به بافت فرهنگی در ایران ویرایش گردید. جلسات آموزش شامل ۲ جلسه خط پایه، ۱۲ جلسه درمانی و ۱ جلسه پیگیری بود. پرسشنامه‌های به‌کار رفته در پژوهش حاضر در جلسات خط پایه، پنجم، هفتم، نهم، یازدهم، چهاردهم و پیگیری، توسط آزمودنی‌ها تکمیل شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: امضاء رضایت‌نامه کتبی توسط بیمار، تشخیص سبک دلبستگی دل‌مشغول، کاندیدای عمل جراحی نبودن (در صورت داشتن سابقه جراحی، بیش از ۳ ماه از عمل آنها گذشته باشد)، انواع درد در ناحیه کمر، پا و ستون فقرات که حداقل ۶ ماه طول کشیده باشد، حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۴۰ سال و دارا بودن سطح تحصیلات حداقل دیپلم. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: نداشتن درد مزمن به‌علت داشتن عفونت، سرطان، آرتریت روماتوئید (استئوآرتریت)، تومور، شکستگی شدید مهره‌ها، کمردرد به‌علت انحراف ساختاری در ستون فقرات، اسکولیوزیس، کمردرد به‌علت بارداری، داشتن بیش از دو بار جراحی، سابقه دریافت درمان و مدیریت درد، استفاده از مواد روان‌گردان، و سابقه ضربه مغزی یا هر بیماری دیگری که در روند تحقیق اختلال ایجاد کند. خلاصه پروتکل جلسات درمانی در جدول شماره ۱ ارایه شده است.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

این پژوهش از نوع پژوهش تک‌موردی است و در آن از طرح خط پایه چندگانه بهره گرفته شده است. در این طرح پس از گردآوری داده‌ها در خط پایه برای آزمودنی‌ها که در شرایط محیطی تقریبا یکسانی قرار دارند، آزمودنی‌ها به‌ترتیب و با فاصله زمانی معین وارد طرح درمان شده و مداخله درمانی یکسانی با فاصله‌های زمانی متفاوت برای آن‌ها به‌کار گرفته می‌شود. منطق زیربنایی طرح‌های تک‌موردی همانند طرح‌های گروهی است و تاثیر مداخله با مقایسه شرایط متفاوتی که به آزمودنی ارایه می‌گردد، بررسی می‌شود و برای بررسی تاثیر مداخله، روش ترسیم نمودار روند شدت علایم و میانگین کاهش خط پایه به‌کار می‌رود [۳۶]. درواقع، در این نوع طرح‌ها برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی استفاده می‌شود که براساس صعود و نزول متغیر وابسته، قضاوت صورت می‌گیرد. علاوه بر تحلیل نموداری و ترسیمی، از

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]

فرمول درصد بهبودی برای بررسی معنی‌داری بالینی تغییرات و عینی‌سازی میزان بهبود در آماج‌های درمانی استفاده شد. طبق این فرمول، ۵۰ درصد کاهش علایم به‌عنوان موفقیت در درمان، نمرات بین ۲۵ درصد تا ۴۹ درصد به‌عنوان بهبودی اندک و در نهایت کاهش نمرات تا حد زیر ۲۵ درصد به‌عنوان شکست درمانی تلقی می‌شود [۳۷].

جدول شماره ۱- خلاصه جلسات درمان به‌کار رفته در پژوهش حاضر

جلسات هفتگی	خلاصه مداخلات درمانی
جلسه اول	آشنایی با بیمار، آگاهی دادن به بیمار درباره علل ایجاد و تشدید بیماری‌اش، افزایش انگیزه با انجام مصاحبه انگیزشی برای مشارکت بیمار در طول درمان و ارائه منطق درمان. لازم به‌ذکر است که تکنیک اعتباربخشی در طول تمام جلسات درمان توسط درمان‌گر به‌کار گرفته می‌شود.
جلسه دوم	آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی و تکنیک‌هایی که متناسب با بیمار مذکور در طول جلسات به‌کار می‌رود و تهیه فهرست فعالیت‌ها و برنامه‌هایی که بیمار قصد انجام آن‌ها را دارد.
جلسه سوم	آموزش به بیمار درخصوص نقش تغذیه مناسب، خواب کافی و ورزش در تنظیم هیجانات به‌همراه کم کردن استفاده از داروهای مسکن و آرام‌بخش‌ها زیر نظر پزشک متخصص
جلسه چهارم	آموزش تکنیک تحمل پریشانی مانند توجه برگردانی، انجام فعالیت‌های لذت‌بخش، تصویرسازی از مکان امن و تنفس آگاهانه
جلسه پنجم	آموزش تکنیک‌های بنیادین ذهن‌آگاهی مانند تمرکز بر یک شی در ۱ دقیقه، ناهم‌جوشی فکر در ۵ دقیقه و دسته نور در ۱۰ دقیقه
جلسه ششم	آموزش تکنیک انجام تکالیف روزمره همراه با ذهن‌آگاهی مانند خوردن با ذهن‌آگاهی
جلسه هفتم	آموزش تکنیک ذهن‌آگاهی مشاهده افکار، پذیرش محض به‌کمک پرورش دیدگاه غیرقضاوتی
جلسه هشتم	آموزش تکنیک پرکردن برگه‌های تنظیم هیجان از طریق شناسایی و ثبت هیجانات و رابطه میان هیجانات با افکار و رفتار
جلسه نهم	آموزش تکنیک مواجهه به‌عنوان مهم‌ترین تکنیک رفتاری درمان درخصوص فعالیت‌هایی که بیمار به‌دلیل ترس از انجام آن‌ها اجتناب می‌کند و به‌طور هم-زمان، تمرکز بر احساسات درونی مانند ادراک درد و پذیرش آنها بدون قضاوت کردن درباره احساسات تجربه شده؛ در این تکنیک علاوه بر آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی، به بیمار کمک می‌شود تا به‌هنگام تجربه هیجانات، عملی برخلاف عمل قبلی انجام دهد (انجام عمل متضاد) و جایگزین کردن پاسخ‌های ناکارآمد با پاسخ‌های کارآمد
جلسه دهم	آموزش تکنیک زنجیره تحلیل رفتاری از طریق شناسایی پیشایندها و پسایندهای تقویت کننده رفتار و دست‌کاری عوامل نگهدارنده رفتار ناکارآمد و سپس جایگزینی آن‌ها با رفتار کارآمد
جلسه یازدهم	مروری بر تکنیک‌ها (تحمل پریشانی، ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان)
جلسه دوازدهم	تشویق بیمار به ادامه برنامه درمان از طریق انجام تکالیف خانگی به‌منظور پیشگیری از عود، خداحافظی

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه مقیاس‌های روابط-Relationships Scales Question naire; RSQ)

این پرسشنامه، یک ابزار سنجش پیوستاری برای تعیین سبک‌های دلبستگی بزرگسالان است و شرکت‌کنندگان به شیوه‌ای که در برقراری روابط نزدیک عاطفی با دیگران رفتار می‌کنند، به آن پاسخ داده و نمرات مربوط به هر سبک پس از میانگین گرفتن از جمع نمرات در هر زیرمقیاس مشخص می‌شود [۳۸]. RSQ نمره‌گذاری‌های متفاوت دارد که در این پژوهش الگوی چهار عاملی برای نمره‌گذاری به‌کار رفته و عبارت است از: ایمن (Secure)۱۰، ۳، ۲۸، ۹ و ۱۵، دلمشغول ۸، ۱۶، ۲۵ و ۶، ترسیده (Fearful) ۱، ۲۴، ۱۲ و ۵ و انکارکننده-فاصله‌جو (-Dismiss ing) ۲۶، ۶، ۲، ۲۲ و ۱۹. سوال ۲۸ و ۹ در سبک ایمن، به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و سوال ۶ در هر دو سبک دل‌مشغول و انکارکننده فاصله‌جو، مشترک است. در پژوهش اولیه مربوط به روایی و پایایی این ابزار، ضریب آلفای ۴ خرده مقیاس را در دامنه-ای از ۰/۴۱ برای سبک ایمن تا ۰/۷۰ برای سبک انکارکننده گزارش کرده‌اند [۳۸]. در یک مطالعه دیگر آلفای کرونباخ چهار سبک ایمن، دل‌مشغول، ترسیده و انکارکننده- فاصله‌جو به‌ترتیب ۰/۳۲، ۰/۴۶، ۰/۷۹ و ۰/۶۴ به‌دست آمده است [۳۹]. نتایج آلفای

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]

کرونباخ یک مطالعه که روی ۳۵۵ دانشجو در ایران انجام گرفته است برای سبک‌های ایمن، ترسیده، دل‌مشغول و انکارکننده-فاصله‌جو به‌ترتیب: ۰/۹۲، ۰/۵۳، ۰/۵۵ و ۰/۴۰ گزارش شده است. هم‌چنین، اعتبار هم‌گرا و واگرای ابزار در این پژوهش از طریق بررسی همبستگی با پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب Beck، پنج شخصیتی Neo و دلبستگی Hazen & Shaver تایید گردیده است [۴۰].

پرسشنامه فاجعه‌آمیز کردن (Pain Catastrophizing Scale; PCS)

این مقیاس دارای ۱۳ سوال است که ۳ خرده‌مقیاس نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی را اندازه‌گیری می‌کند و بر اساس مقیاس لیکرتی ۵ نمره‌ای (۰ تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود [۴۱]. در یک پژوهش نشخوار ذهنی ۴۱ درصد واریانس کل فاجعه‌آمیزی، بزرگ‌نمایی ۱۰ درصد واریانس کل و درماندگی ۸ درصد واریانس کل را تشکیل داده و ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی به‌ترتیب ۸۷، ۶۰ و ۷۹ درصد و برای نمره کل مقیاس فاجعه‌سازی درد برابر با ۸۷ درصد بود [۴۱]. در یک نمونه ایرانی ضریب آلفای کرونباخ برای این خرده‌مقیاس‌ها به‌ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۳، ۰/۸۱ و برای نمره کل ۰/۸۴ بود [۴۲].

پرسشنامه ترس از حرکت (Tampa Scale for Kinesio-phobia; TSK)

این پرسشنامه دارای ۱۷ ماده می‌باشد و با مقیاس لیکرتی ۴ نمره‌ای (۰تا ۳) نمره‌گذاری می‌شود؛ نمرات بالاتر در این آزمون بیانگر ترس آزمودنی از حرکت به‌دلیل ادراک درد است که در نهایت می‌تواند موجب ناتوانی بیشتر به‌دلیل عدم تحرک در فرد مبتلا شود [۴۳]. در یک مطالعه انجام شده روی نمونه ایرانی، آلفای کرونباخ نسخه ۱۷ سوالی، ۰/۸۰ به‌دست آمده است [۴۴]. در مطالعه دیگری نیز ضریب آلفای کرونباخ نسخه ۱۷ سوالی، ۰/۸۴ گزارش شده است [۴۵].

پرسشنامه ناتوانی ناشی از درد (Pain Disability Question-naire; PDQ)

این پرسشنامه با هدف سنجش میزان ناتوانی در انجام کارهای روزانه به‌خاطر وجود درد ساخته شده است و یک ابزار خودگزارشی با ۲۴ سوال است. از آزمودنی خواسته می‌شود در مقابل سوالاتی که به‌خوبی بیان‌کننده حالات امروز وی هستند، علامت بزند و اگر عبارتی حالت امروز وی را توصیف نمی‌کند، از آن بگذرد و سوال بعدی را پاسخ دهد. نمره به‌دست آمده حاصل جمع کل نمرات است و نمره بالاتر نشانه ناتوانی جسمی شدیدتر است [۴۶]. در یک پژوهش انجام شده روی نمونه‌های ایرانی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به‌دست آمده و اعتبار هم‌زمان ابزار از طریق بررسی همبستگی با ابزارهای افسردگی و شدت درد به‌ترتیب در سطوح ۰/۵۴ و ۰/۵۵ تایید شده است [۴۷].

پرسشنامه شدت درد (Visual Analogue Scale ; VAS)

این مقیاس شامل سه خط درجه‌بندی شده است که صفر به‌معنی عدم وجود درد و ۱۰۰ به‌معنی بیشترین درد ممکن است و از فرد خواسته می‌شود میزان شدت درد خود را به‌صورت دیداری در زمان حال، هفته گذشته و هفته آینده، روی هر سه خط به‌طور جداگانه علامت بزند. این مقیاس در پژوهش‌های متعددی به‌کار رفته است [۴۸].

نتایج

ویژگی‌های جمعیت شناختی هر دو بیمار در جدول شماره ۲ ارایه گردیده است.

جدول شماره ۲ – ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران مورد مطالعه

متغیر	بیمار اول	بیمار دوم
سن	۲۹	۳۵
وضعیت تاهل	متاهل	متاهل
میزان تحصیلات	فوق دیپلم	لیسانس
شغل	خانه دار	خانه دار
محل ادراک درد	کمر	کمر
مدت درد	۷ سال	۱۱ سال

همان‌طور که در بخش ابزار پژوهش حاضر اشاره کردیم، ارزیابی سبک‌های دلبستگی براساس پرسشنامه مقیاس‌های روابط (RSQ) صورت گرفت که یک ابزار پیوستاری است. این ابزار به‌طور هم‌زمان نمرات فرد را در ۴ سبک و روی دو پیوستار اضطراب و اجتناب مشخص می‌کند. در نتیجه، پس از انجام مداخله هم‌زمان با کاهش نمرات در سبک دل‌مشغول، افزایش نمرات در سبک ایمن ایجاد می‌شود. بنابراین، جداول و نمودارهای مربوط به هر دو سبک دلبستگی دل‌مشغول و ایمن در این بخش از پژوهش آورده شده است. با توجه به نمرات هر دو بیمار در جداول شماره ۳ و ۴ و هم‌چنین، شیب نمودارهای هر دو بیمار در خطوط پایه، طول درمان و دوره پیگیری، می‌توان نتیجه گرفت که نمرات بر اساس

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]

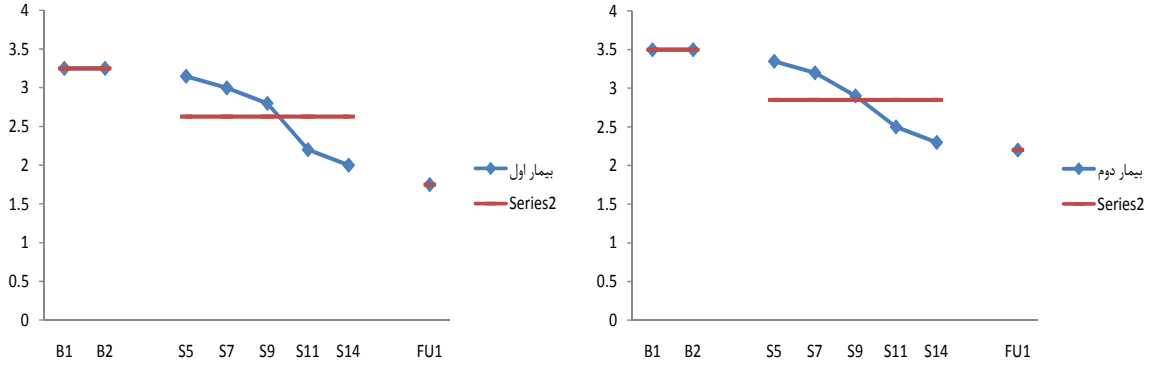
تمامی مقیاس‌ها روندی روبه‌بهبود داشته و در پیگیری ۵ هفته‌ای حاکی از معنی‌داری بالینی تغییرات می‌باشد. این روند حفظ شده است. نمرات درصد بهبودی کلی هر دو بیمار

جدول شماره ۳- نمرات میانگین و درصد بهبودی بیمار اول در مراحل خط پایه، دوره درمان و پیگیری

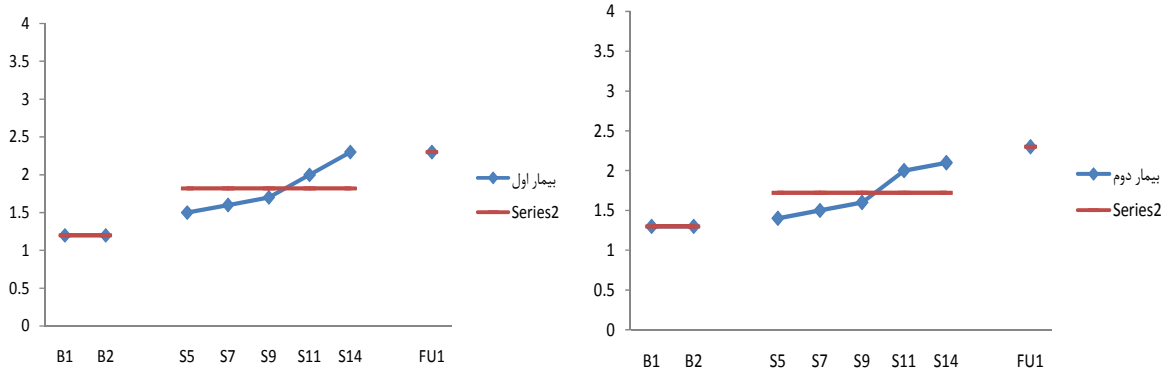
پرسشنامه	میانگین خط پایه	میانگین مراحل درمان	درصد بهبودی کلی	میانگین مرحله پیگیری	درصد بهبودی پیگیری
سبک دل‌مشغول	۳/۲۵	۲/۵۹	۲۰/۳۰	۱/۷۵	۴۶/۱۵
سبک ایمن	۱/۲	۱/۸۲	-۵۱/۶۶	۲/۳	-۹۱/۶۶
فاجعه‌آمیزی	۳۶	۲۳/۸۰	۳۳/۸۸	۱۷	۵۲/۷۷
ترس از حرکت	۴۸/۵۰	۲۷/۶۰	۴۳/۰۹	۲۲	۵۴/۱۷
ناتوانی از درد	۱۷	۱۰/۲۰	۴۰	۶	۶۴/۷۱
شدت درد	۱۹۰	۱۲۹	۳۲/۱۰	۹۰	۵۰

جدول شماره ۴- نمرات میانگین و درصد بهبودی بیمار دوم در مراحل خط پایه، دوره درمان و پیگیری

پرسشنامه	میانگین خط پایه	میانگین مراحل درمان	درصد بهبودی کلی	میانگین مرحله پیگیری	درصد بهبودی پیگیری
سبک دل‌مشغول	۳/۵	۲/۸۵	۱۸/۵۷	۲/۲	۳۷/۱۴
سبک ایمن	۱/۳	۱/۷۲	-۳۲/۳۰	۲/۳	-۷۶/۹۲
فاجعه‌آمیزی	۳۰/۵۰	۲۱/۲۰	۳۰/۴۹	۱۶	۴۷/۵۴
ترس از حرکت	۴۳	۲۹/۴۰	۳۱/۶۲	۲۰	۵۳/۴۸
ناتوانی از درد	۱۸	۱۱/۸۰	۳۴/۴۴	۸	۵۵/۵۵
شدت درد	۲۳۷/۵	۱۵۳	۳۵/۵۷	۹۰	۶۲/۱۰

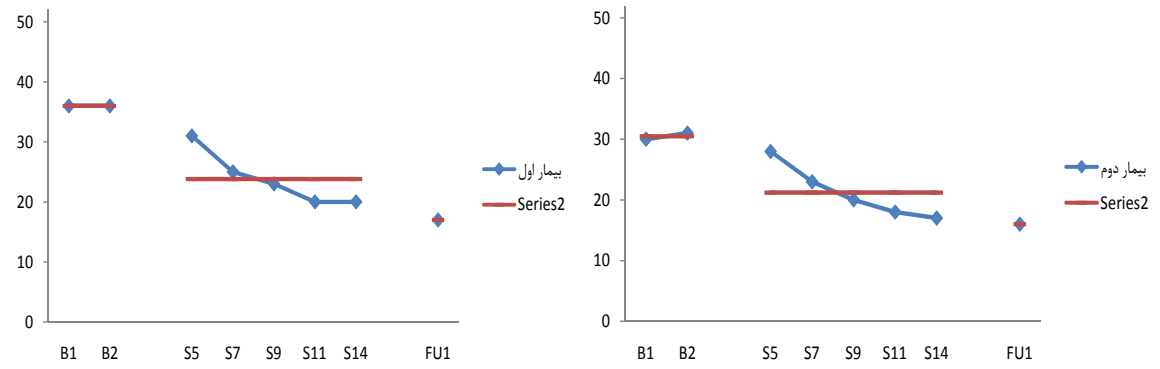


نمودار شماره ۱- روند تغییر نمرات سبک دلبستگی دل‌مشغول بیماران در طی مراحل خط پایه، مداخله و پنج هفته پیگیری

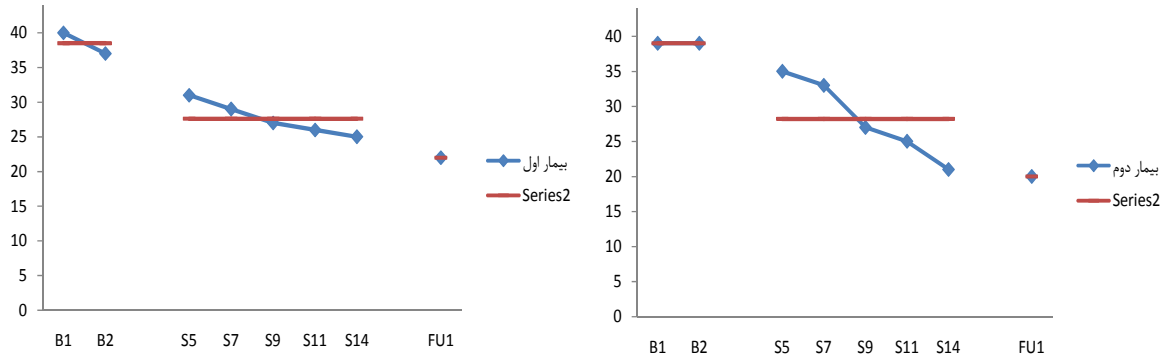


نمودار شماره ۲- روند تغییر نمرات سبک دلبستگی ایمن بیماران در طی مراحل خط پایه، مداخله و پنج هفته پیگیری

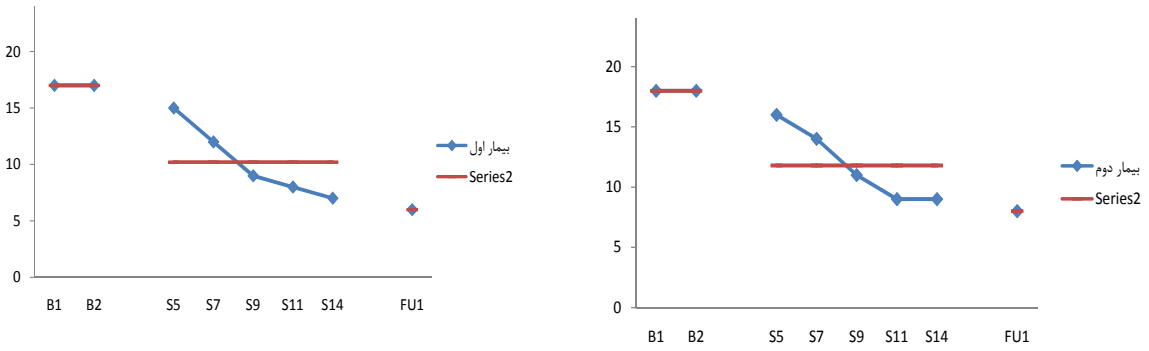
[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]



نمودار شماره ۳- روند تغییر نمرات فاجعه‌آمیزی بیماران در طی مراحل خط پایه، مداخله و پنج هفته پیگیری



نمودار شماره ۴- روند تغییر نمرات ترس از حرکت بیماران در طی مراحل خط پایه، مداخله و پنج هفته پیگیری



نمودار شماره ۵- روند تغییر نمرات ناتوانی ناشی از درد بیماران در طی مراحل خط پایه، مداخله و پنج هفته پیگیری



نمودار شماره ۶- روند تغییر نمرات شدت درد بیماران در طی مراحل خط پایه، مداخله و پنج هفته پیگیری

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]

بحث

هدف کلی پژوهش حاضر بررسی کارایی تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش مشکلات ناشی از درد بیماران با سبک دل‌مشغول دارای درد مزمن عضلانی-اسکلتی بود. با مشاهده کاهش نمرات هر دو بیمار مورد پژوهش در متغیرهای فاجعه‌آمیزی، ترس از حرکت، ناتوانی ناشی از درد و شدت درد، می‌توان ادعا کرد که تغییرات معنی‌داری از لحاظ بالینی در متغیرهای نام‌برده رخ داده است. هم‌چنین، بالاتر بودن نمرات هر دو بیمار در مرحله پیگیری نسبت به مرحله درمان حاکی از آن است که چنانچه تکنیک‌های آموزش داده شده به شکل مستمر و روزانه و در درازمدت به‌کار گرفته شوند، اثربخشی درمان به‌طور چشم‌گیری بیشتر خواهد بود. یافته‌های پژوهش حاضر هم‌سو با پژوهشی بود که نشان داد آموزش تکنیک‌های مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش فاجعه‌آمیزی، ترس از حرکت و پذیرش بیشتر درد در یک بیمار مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی می‌شود [۲۵]. طبق مدل ترس- اجتناب، افکار فاجعه‌آمیز موجب ترس از درد، ترس از حرکت و ترس از آسیب مجدد می‌شوند که رفتارهای اجتنابی و گوش به‌زنگی بالا را به‌دنبال داشته و در طولانی‌مدت به‌علت عدم به‌کارگیری اندام‌های درگیر (به‌ویژه اندام‌های تحتانی)، منجر به ناتوانی در حرکت، کناره‌گیری اجتماعی، افسردگی و در نهایت شدت بیشتر درد می‌شود. بنابراین، بدیهی است که با کاهش فاجعه‌آمیزی به‌عنوان اولین مکانیسمی که پس از تجربه درد فعال می‌شود، رفتارهای بعدی نیز کاهش یابند. افراد دل‌مشغول به‌دلیل داشتن دیدگاه منفی از خود، دارای عزت نفس پایین هستند و به توانایی‌های خود اطمینان نداشته و همین ویژگی موجب بروز رفتارهای چسبندگی در آنها می‌شود [۱۷]. این افراد به‌دلیل داشتن تجربیاتی که با مراقبان اولیه خود دارند، یعنی عدم اطمینان به دسترس‌پذیری و پذیرا بودن، فاقد یک پایگاه امن بوده و کاربرد راه‌بردهای با کنش‌وری بالا مانند گوش‌به‌زنگی بالا، فاجعه‌آمیز کردن تهدید مانند درد و به‌طور کلی حساسیت بالا نسبت به نشانه‌های تهدید درونی و بیرونی در این افراد، به‌منظور به‌دست آوردن یک پایگاه امن می‌باشد [۱۵]. اگر فاجعه‌آمیزی یک رفتار دلبستگی باشد که افراد دل‌مشغول به‌منظور در کنار خود نگه داشتن افراد مهم زندگی خود به‌کار می‌برند، با بهبود ایمنی دلبستگی که حاصل کاربرد یک راه‌برد تنظیم هیجان موفق است، رفتار فاجعه‌آمیز در این افراد کاهش می‌یابد. از آنجایی‌که هسته اصلیDBT تنظیم هیجان است و مهم‌ترین تفاوت آن با درمان‌های شناختی-رفتاری، تاکید آن بر تنظیم هیجان و پیامد آن، اصلاح بدتنظیمی هیجانی است. بنابراین، علت کاربرد این درمان برای کمک به تنظیم هیجان و کاهش مشکلات ناشی از درد هر دو بیمار مورد پژوهش، توجیه و تبیین می‌شود. اگرچه پژوهشی که به‌طور خاص این تاثیر را نشان دهد یافت نشد، ولی پژوهش‌هایی که به شکلی مرتبط و هم‌سو با این یافته باشند، انجام گرفته است؛ مانند پژوهش‌هایی که رابطه معنی‌دار بین تکنیک ذهن‌آگاهی و ایمنی دلبستگی را نشان می‌دهند [۳۵-۲۶]. ذهن‌آگاهی نوعی هشیاری است که از طریق معطوف کردن هدفمند توجه به زمان حال بدون قضاوت کردن و از تجارب لحظه‌به‌لحظه پدید می‌آید. افراد با سبک دل‌مشغول، حساسیت بالا به طرد شدن و نشخوار زیاد درباره آن دارند. بنابراین، کمک به این افراد برای به‌کار بردن تکنیک‌های ذهن‌آگاهی می‌تواند موجب شود تا از طریق تمرکز بر لحظه حال و تجربیات مربوط به آن، گرفتار نشخوارهای مربوط به تجربیات گذشته نشده و از دلبستگی به آن و نیز نگرانی درباره روابط بین فردی آینده رها شوند. مفهوم دیگری که در تعریف ذهن‌آگاهی گنجانده شده، قضاوت نکردن درباره خود و دیگران است که به فرد کمک می‌کند تا افکار و هیجان‌های منفی و ناخوشایند را در آگاهی نگه دارد، بدون اینکه آنها را انکار یا سرکوب کند. هنگامی که فرد می‌آموزد درباره دیگران قضاوت نکند، به بهبود روابط بین فردی خود کمک می‌کند که نشانه یک سبک دلبستگی ایمن است. هم‌چنین، قضاوت نکردن درباره خود، یعنی سرزنش نکردن خود به‌دلیل تجربیات رخ داده، نیز موجب بالارفتن عزت نفس در افراد با سبک دل‌مشغول می‌شود. در نتیجه، ویژگی قضاوت نکردن نیز می‌تواند به شکل‌گیری دیدگاه مثبت‌تر درباره خود منتهی شود که طبق مدل Bartholomow ویژگی افراد با سبک دلبستگی ایمن است. مهارت دیگر DBT تحمل پریشانی است که توجه برگردانی مهم‌ترین تکنیک آن است. آموزش این تکنیک به بیمار کمک می‌کند به‌هنگام تجربه هیجان منفی همراه درد، به انجام فعالیت لذت‌بخش و مورد علاقه خود بپردازد. طبق نظر بشارت، این فعالیت‌ها برای بزرگسالان حکم یک پایگاه امن درونی را دارند که لازمه رشد یک سبک دلبستگی ایمن است و افراد به‌هنگام نیاز به آن رجوع می‌کنند. پایگاه امن درونی می‌تواند از طریق افکار یا تصورات آرامش‌بخش و یا رفتارهایی مانند توسل به منابع خودتسکین‌دهنده مثل حمام گرم، رختخواب، غذاهای مورد علاقه، موسیقی، کتاب یا برنامه‌های تلویزیونی فعال شود [۴۹]. یک مهارت دیگر DBT اعتباربخشی است که در این پژوهش توسط درمان‌گر به‌کار گرفته شد. اعتباربخشی به بهترین شکل ترکیب هم‌زمان مفاهیم دیالکتیکی پذیرش و تغییر را نشان می‌دهد. درمان‌گر DBT بارها و بارها این تکنیک را در طول جلسات درمان به‌کار می‌برد تا به‌کمک آن بیمار را به انجام تکالیف مربوط به تغییر رفتار سوق دهد. درمان‌گر می-

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]

تواند در یک فضای اعتبار بخش و پذیرنده با بیمار همدلی کند و همانند یک پایگاه امن او را تشویق کند تا آنچه را تجربه کرده بپذیرد و رفتارهای مناسب‌تری را در پاسخ به هیجان برخاسته از آن تجربه، به‌کار بگیرد. بنابراین، به‌نظر می‌رسد که اعتباربخشی نیز با افزایش عزت نفس در بیمارانی که به نوعی فاقد آن هستند (مانند بیماران با سبک دل‌مشغول) به آنها کمک می‌کند تا دیدگاه مثبت-تری نسبت به خود پیدا کرده و در نتیجه ایمنی دلبستگی را بالا می‌برد. در مهارت اعتباربخشی به‌دلیل همدلی با بیمار و تشویق رفتارهای مناسب او در حین جلسه، به ماندن بیمار در فرایند درمان کمک می‌شود. هم‌چنین، برگه‌های ثبت هیجان، مواجهه و زنجیره تحلیل رفتاری از نمونه تکنیک‌های رفتاری است که درمان‌گر در این پژوهش به کمک آنها فرایند تنظیم هیجان را به بیماران خود آموزش داد. مواجه شدن با هیجانات منفی به افراد کمک می‌کند تا به‌تدریج ظرفیت پذیرش احساسات را در خود ایجاد کنند و انجام عمل متضاد به‌طور هم‌زمان، به تغییر رفتار درمان‌جو کمک می‌کند. در واقع، انجام عملی متضاد با هیجان ادراک شده، نشان دهنده ترکیب هم‌زمان مفاهیم پذیرش و تغییر است که قلب DBT می-باشد و در همه تکنیک‌های آن وجود دارد. همان‌طورکه بارها در طول پژوهش به آن اشاره گردید، یک فرایند تنظیم هیجان موفق موجب اصلاح رفتارهای مربوط به درد می‌شود؛ زیرا این رفتارها نیز در پاسخ به یک هیجان منفی مانند درد، نشانه یک تنظیم هیجان ناموفق در بیماران دارای درد مزمن هستند [۱۵]. به‌عنوان مثال، در این پژوهش به بیماران کمک شد تا به‌هنگام تجربه درد از انجام رفتارهای قبلی مانند استراحت مداوم و درجاماندن، واگذارکردن مسئولیت خود به افراد دیگر از جمله همسر و به‌طورکلی اجتناب از فعالیت‌های فیزیکی، خودداری کرده و به انجام برخی فعالیت-های جایگزین مثل سرگرم شدن با انجام امور روزمره، رفتن به خرید، مهمانی، و پیاده‌روی در اوقاتی که ادراک کمتری از درد دارند بپردازند. هم‌چنین، به‌منظور شناسایی رفتارهای ناکارآمد و جایگزینی آنها با رفتارهای کارآمد، از تکنیک زنجیره تحلیل رفتاری استفاده شد. این تکنیک نیز یکی از تکنیک‌های رفتاری است که به بیمار کمک می‌کند تا از طریق شناسایی و حذف تقویت کننده‌های محیطی که موجب پایداری رفتارهای ناکارآمد می‌شوند، بسامد این رفتارها را کم کرده و رفتارهای جدیدی را جایگزین نماید.

نتیجه‌گیری

براساس یک مدل با نفوذ از سبک‌های دلبستگی بزرگ‌سالان، هنگامی‌که افراد با موقعیت تهدیدآمیز مواجه می-شوند، سیستم دلبستگی فعال شده و سپس رفتارهای تقرب‌جویی به‌منظور فراهم کردن یک پایگاه امن فعال می‌شود که اگر تصاویر دلبستگی در دسترس و پذیرا باشند، افراد راه‌بردهای تنظیم هیجان اولیه را به‌کار می‌برند؛ ولی اگر این تصاویر غیرحمایت‌گر و بی-توجه باشند، افراد راه‌بردهای ثانویه (یعنی راه‌بردهای با کنش‌وری بالا و پایین) را به‌کار می‌برند [۱۶]. بنابراین، هنگامی‌که نمرات بیماران بر روی پیوستار دلبستگی از سبک دل‌مشغول به‌سوی سبک ایمن پیش می‌رود، فاجعه‌آمیزی که یک راه‌برد تنظیم هیجان با کنش‌وری بالا است، کنش خود را از دست می‌دهد و بیماران به هنگام ادراک درد نیازی به فاجعه‌آمیز کردن درد خود نمی‌بینند. کاهش فاجعه‌آمیزی موجب می‌شود بیماران درد خود را آسان‌تر بپذیرند و رفتارهای کارآمدتری را جایگزین رفتارهای ناکارآمد بکنند و این یعنی همان ترکیب هم‌زمان مفاهیم دوگانه پذیرش و تغییر که ماحصل به‌کارگیری تکنیک‌های مبتنی بر DBT است و امکان تغییر یک سبک دلبستگی ناایمن را ممکن می‌سازد.

تشکر و قدردانی

به‌رسم اخلاق و امانت‌داری علمی، از همکاری و مساعدت جناب آقای دکتر محمدحسین قدرتی مسئول کلینیک درد تبریز و هم‌چنین بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش تقدیر و تشکر می‌شود. این مقاله مستخرج از پایان‌نامه نویسنده مسئول می‌باشد.

References:

[1] Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. ***Pain*** 1986; 6(3): 249.
[2] Sullivan MJ, Lynch ME, Clark AJ, Mankovsky T, Sawynok J. Catastrophizing and treatment outcome: Impact on response to placebo and active treatment outcome. ***Contemporary Hypnosis*** 2008; 25(3-4): 129-140.
[3] Kremer R, Granot M, Yarnitsky D, Crispa K, Fadel S, Best L, et al. The role of pain catastrophizing in the prediction of acute and chronic post operative pain. ***Open Pain*** 2013; 6: 176-182.
[4] Meredith PJ, Strong J, Feeney JA. Evidence of a relationship between adult attachment variables and appraisals of chronic pain. ***Pain Res Manag*** 2007; 10(4): 191-200.
[5] Cano A, Leonard MT, Franz A. The significant other version of the pain catastrophizing scale (pcs-s): Preliminary validation. ***Pain*** 2005; 119(1-3): 26-37.
[6] Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]

consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. ***Pain*** 2000; 85(3): 317–32.
[7] Scott W, Wideman TH, Sulliva MJ. Clinically meaningful scores on pain catastrophizing before and after multidisciplinary rehabilitation: a prospective study of individuals with subacute pain after whiplash injury. ***Clin J Pain*** 2014; 30(3): 183-90.
[8] Doménech J, Sanchis-Alfonso V, Espejo B. Changes in catastrophizing and kinesiophobia are predictive of changes in disability and pain after treatment in patients with anterior knee pain. ***Knee Surg Sports Traumatol Arthroscopy*** 2014; 17(3): 1-6.
[9] Sullivan MJL, Tripp DA, Santor D. Gender differences in pain and pain behavior: the role of catastrophizing. ***Cogn Ther Res*** 2000; 24: 121–34.
[10] Meredith PJ, Strong J, Feeney JA. The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally-induced pain. ***Pain*** 2006; 120(1-2): 44–52.
[11] Row AC, Carnelley KB, Harwood J, Micklewright D, Russoum L, Rennie CL, et al. The effect of attachment orientation priming on pain sensitivity in pain-free individuals. ***J Soc Pers Relation*** 2012; 29(4): 488-507.
[12] Meredith P, Ownsworth T, Strong J. A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. ***Clin Psychol Rev*** 2008; 28(3): 407-29.
[13] Meredith PJ. A review of the evidence regarding associations between attachment theory and experimentally induced pain. ***Curr Pain Headache Rep*** 2013; 17(4): 326-34.
[14] Walsh TM, Symons DK, McGrath PJ. Relations between young children's responses to the depiction of separation and pain experiences. ***Attach Hum Devel*** 2004; 6(1): 53−71.
[15] Mikulincer M, Shaver PR, Pereg D. Attachment theory and affect regulation: the dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. ***Mot Emo*** 2003; 27(2): 77-102.
[16] Bartholomew K. Avoidance of intimacy: an attachment perspective. ***J Soc Pers Relations*** 1990; 7(2): 147–78.
[17] Mikulincer M, Shaver PR. Adult attachment and affect regulation. In J, Cassidy, PR, Shaver (Eds), Handbook of attachment. Structure, Dynamics, and change. (pp. 503-533). New York: Guilford Press; 2007.
[18] Ciechanowski PS, Sullivan M, Jensen M, Romano J, Summers H. The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. ***Pain*** 2003; 104(3): 627–37.
[19] Meredith PJ, Strong J, Feeney JA. Evidence of a relationship between adult attachment and appraisals of chronic pain. ***Pain Res Manag*** 2005; 10(4): 191–200.
[20] Sambo CF, Howard M, Kopelman M, Williams S, Fotopoulou A. Knowing you care: Effectts of perceived empathy and attachment style on pain perception. ***Pain*** 2010; 151(3): 687-93.
[21] Pan Y, Zhang D, Liu Y, Ran G, Teng Z. The effects of attachment style and security priming on the perception of others pain. ***J Soc Pers Relation*** 2016; 30(4): 1-25.
[22] Linton SJ. A transdiagnostic approach to pain emotion. ***J Appl Biobehav Res*** 2013; 18(2): 82-103.
[23] Linton SJ. Applying dialectical behavior therapy to chronic pain: A case study. ***Scand J Pain*** 2010; 1: 50–4.
[24] Cordon SL, Brown KW, Gibson PR. The role of mindfulness-Based stress reduction on perceived stress. Preliminary evidence for the moderatoring role of attachment style. ***J Cog Psychotherapy: An International Quarterly*** 2009; 23(3): 25-28.
[25] Feigenbaum J. Dialectical behavior therapy. ***J Ment Health*** 2007; 16(1): 51-68.
[26] Bouchard M, Target M, Lecours S, Fonagy P, Tremblay L, Schachter A, et al. Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. ***Psychoa Psychol*** 2008; 25(1): 47-66.
[27] Cordon SL, Finney SJ. Measurement invariance of the Mindful Attention Awareness Scale across adult attachment style. ***Meas Evalu Couns Dev*** 2008; 40: 228-45.
[28] Walsh JJ, Balint MG, Smolira DR, Fredericksen LK, Madsen S. Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. ***Pers Individ Dif*** 2009; 46: 94-9.
[29] Mallinckrodt B , Wei MF. Attachment, social competencies, social support, and psychological distress. ***J Couns Psychol*** 2005; 52: 358-67.
[30] Goodall K, Trejnowska A, Darling S. The relationship between dispositional mindfulness, attachment security and emotion regulation. ***Pers Individ Dif*** 2012; 52(5): 622-6.
[31] Pepping CA, Davis PJ, O'DonovanA. Individual differences in attachment and dispositional mindfulness: The mediating role of emotion regulation. ***Pers Individ Dif*** 2013; 54(3): 453-6.
[32] Caldwell JG, Shaver P. Mediators of the link between adult attachment and mindfulness. ***An Int J Pers Relat*** 2013; 7(2): 299-310.
[33] Snyder R, Shapiro S, Treleaven D. Attachment theory and mindfulness. ***J Child Fam Stud*** 2012; 21(5): 709-17.
[34] Reynolds D. Mindful parenting: a group approach to enhancing reflective capacity parents and infants. ***J Child Psychol*** 2012; 29(3): 357-74.
[35] Sahdra BK, Maclean KA, Ferrer E, Shaver PP, Rosenberg EL, Jacobs TL, et al. Enhanced response inhabitation during intensive meditation training

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]

predicts improvements in self-reported adaptive socioemotional functioning. ***Emotion***2011; 11(2): 299-312.
[36] Campbell JM. Statistical comparison of four effect size for single-subject design. ***Behav Modif*** 2004; 28(2): 234-46.
[37] Ogels BM, Lunnen KMQ, Bonesteel K. Clinical significance: History, Application and current practice. ***Clin Psychol Rev*** 2001; 21(3): 421-46.
[38] Griffin DW, Bartholomew K. Models of the self and other: fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. ***J Pers Soc Psychol*** 1994; 67(3): 430–45.
[39] Backstrom M, Holmes BM. Measuring adult attachment: Seif-report instruments. ***Scandinavian J Psychol*** 2001; 42(1): 79-86.
[40] Amini M, Bakhshipour Rodsari A. Investigating reliability, validity and factor structure of the Persian version of the Relationship Scale Questionnaire. ***J Family Res*** 2015; 11(3): 333-52. [in Persian]
[41] Sullivan MJL, Bishop S, Pivik J. The pain catastrophizing scale: Development and validation. ***Psychol Assess***1995; 7(4): 432-524.
[42] Mohammadi S, Dehghani M, Heidari M, Sedaghat M, Khatibi A. The evaluation of pain-related psychological similarities among patients with musculoskeletal chronic pain and their spouses. ***J Behave Sci*** 2013; 7(1): 57-66. [in Persian]
[43] Kori SH, Miller RP, Todd DD. Kinesophobia: A new view of chronic pain behaviour. ***Pain Manag*** 1990; 3(1): 35-43.
[44] Jafari H, Ebrahimi E, Salavati M, Kamali M, Fata L. Tampa Scale for Kinesiophobia: cross-cultural adaptation, factor structure, and psychometric properties in Iranian low back pain patients. ***J Rehab*** 2010; 11(1): 15-22. [in Persian]
[45] Afsharnejad T, Rezaie S, Yosef zadeh S. The relation fear of movement and pain intensiting physical disability in patients suffering chronic low back pain. ***Rehabil*** 2010; 11 (2): 21-28. [in Persian]
[46] Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain. Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. ***Spine*** 1983; 8(2): 141-4.
[47] Mesgarian F, Asghari Moghadam M, Shaeiri M, Broumand A, Maroufi N, Ebrahimi I, Nayeb Aghaee H. The relation between acceptance of pain and reduced pain intensity and disability among chronic pain patients. ***Res Behav*** 2012; 10(3): 194-203.
[48] Khatibi A, Dehghani M, Sharpe L, Asmundson GJG, Pouretemad H. Selective attention towards painful faces among chronic pain patients: Evidence from a modified version of the dot-probe. ***Pain*** 2009; 142(1): 42-7.
[49] Besharat MA. Explanation of personality disorders based on attachment theory. ***Contemp Psychol*** 2008; 2(8): 41-44. [in Persian]

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]