

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 M¹, Tahmassian K², Bakhshipour-Roudsari A¹

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.

کارایی تکنیک‌های مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش مشکلات ناشی از درد در بیماران با سبک دلپستگی دل‌مشغول دارای درد مزمن عضلانی-اسکلتی: یک مطالعه تک موردنی

۲

۳

۲

*۱

مریم امینی فسخودی^۱، مجید محمود علیلو^۲، کارینه طهماسبیان^۳، عباس بخشی پور روسری

خلاصه:

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

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر به صورت تکموردی بر پایه طرح خط پایه چندگانه انجام گرفت. آزمودنی‌های دو بیمار زن مبتلا به کمر درد مزمن بودند که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند در مراجعته 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 به ترتیب (۳۳/۲۵ به ۴۵/۷۵)، (۲۱ به ۱۶/۵)، (۷ به ۱۷/۵) و (۷۵ به ۲۱۳/۷۵) رسید. هم‌چنین، میانگین نمرات اینمی دلپستگی در طول درمان از ۱/۲۵ به ۲/۳ افزایش یافت.

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

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

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

مقدمه

در این راستا، فاجعه‌آمیزی به عنوان مهم‌ترین متغیر مربوط به درد می‌تواند یک سازه شناختی، یک راه کار غلبه‌ای متمرکز بر هیجان و یا یک ترکیب شناختی، رفتاری و هیجانی باشد [۱]. فاجعه‌آمیزی تمرکز اغراق‌آمیز منفی روی شدت درد، درماندگی روانشناختی و پیامدهای منفی ناشی از آن می‌باشد [۲]. 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 مغایوب منجر به شکل‌گیری درد مزمن می‌شود [۳]. 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 به کار در این بیماران می‌شود [۴]. 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 [۵]. 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

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 بالینی ۶ ماه تعیین شده است [۶]. بر طبق گزارش‌های فردی، بیماران با سطوح نسبتاً مشابه شدت درد، سطوح متفاوتی از محدودیت‌های فیزیکی، هیجانی، درماندگی و ناتوانی را نشان می‌دهند [۷]. 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 [۸].

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز

^۲ استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز

^۳ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی

* لشائی ذیسلاله مسلسل؛

دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی تلفن: ۰۹۱۹۷۰۴۷۰۳۸

دوزنده‌پیش: ۰۹۱۳۳۳۵۶۰۰۹

پست الکترونیک: amini.maryam329@gmail.com

تاریخ پذیرش نهایی: ۹۵/۲/۱۵

تاریخ دریافت: ۹۴/۶/۳۰

است، سازگار می‌باشد. افراد دلمشغول تمايل زیادی به اغراق کردن در نیازهای دلبستگی دارند که با گوش به زنگی 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 [۱۸، ۱۹]. برای مثال، نتایج یک مطالعه نشان داده است که افراد اجتنابی در غیاب دیگران ادرارک درد کمتری داشتند، درحالی‌که افراد دلمشغول در حضور دیگران ادرارک درد کمتری گزارش کردند؛ زیرا حمایت و هم‌دلی دیگران بهخصوص در مراحل اولیه درد، به ادرارک 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 متصرک بر تنظیم هیجان در درمان دردهای مزمن هنوز در مراحل اولیه خود می‌باشد که این امر می‌تواند به علت 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 کردند [۲۲]. با توجه به این یافته‌ها، رفتاردرمانی دیالکتیکی (Dialectical behavior therapy: DBT) به عنوان یکی از مهم‌ترین درمان‌های 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 علائم 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]. هم‌چنین، برخی یافته‌های مربوط به DBT حاکی از اثربخشی آن در بیماران با سبک دلبستگی نایمن می‌باشد [۲۴]. رفتاردرمانی دیالکتیکی یک روش شناختی- رفتاری است که برای اولین بار برای درمان بیماران مزدی به کار رفت و هسته اصلی آن تنظیم هیجان است. تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی شامل تکنیک‌های بنیادی به کار رفته در درمان‌های شناختی- رفتاری مانند زنجیره

و توجه دیگران به فاجعه‌آمیز کردن درد خود می‌پردازند [۹]. اخیرا نظریه دلبستگی بزرگ‌سالان به عنوان یک چارچوب نظری مهم در رشد درد مزمن و رفتارهای مربوط به آن در نظر گرفته شده است [۱۰]. طبق این نظریه، رفتارهای تقریب‌جویی 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 به کار برد و شکایت مربوط به درد را یک رفتار دلبستگی نامید. این رفتارها به شکل شکایت، نالبدن، مراجعه مکرر به پزشک، سوالات مکرر درباره بیماری، تقاضای کمک و حمایت، تقریب‌جویی 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]. شbahat‌هایی 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 به منظور تنظیم هیجان منفی فعال می‌شود [۱۵]. به طور 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 کار گرفته می‌شوند [۱۶]. طبق این نظریه، راهبردهای تنظیم هیجان شامل راهبردهای اولیه و ثانویه است که راهبردهای اولیه توسط افراد با سبک دلبستگی بهمنظور تنظیم هیجان در ثانویه توسط افراد با سبک دلبستگی نایمن به کار 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- دسوچار 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 تمايلی به درک و بیان هیجانات منفی خود ندارند، افراد اضطرابی تمايل شدیدی به بیان و ابراز این هیجانات دارند؛ زیرا با اهداف دلبستگی آنان که همان جلب حمایت و هم‌دلی از جانب دیگران

درمان به کار 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 راهنمای و مشاور بدقت 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 به کار 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: اضاء رضایت‌نامه کتبی توسط بیمار، تشخیص سبک دلستگی 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 حداقل ۴۰ سال و دارا بودن سطح تحصیلات حداقل دیپلم. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: نداشتن درد مزمن به علت داشتن عفونت، سرطان، آرتیت روماتوئید (استئواارتیت)، تومور، شکستگی شدید مهره‌ها، کمر درد به علت انحراف ساختاری در ستون فقرات، اسکولیوزیس، کمر درد به علت 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 پرتوکل 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 تقریباً یکسانی قرار دارند، آزمودنی‌ها به ترتیب و با فاصله زمانی معین وارد طرح درمان شده و مداخله درمانی یکسانی با فاصله‌های زمانی متفاوت برای آنها به کار 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 به کار 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

تحلیل رفتاری، مواجهه، برگه ثبت هیجانات و بازسازی شناختی و هم‌چنین، تکنیک‌هایی است که منحصراً در این درمان به کار می‌رond، مانند: اعتباربخشی، تفکر دیالکتیکی و ذهن‌آگاهی [۲۵]. ذهن‌آگاهی به صورت زندگی آگاهانه در هر لحظه بدون دلستگی 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 این‌گهای دلستگی با مقاومت مربوط به ذهن‌آگاهی می‌باشد [۲۶-۳۵]. با در نظر گرفتن موارد اشاره شده مبتنی بر نظریه‌ها و پژوهش‌های پیشین و از آنجایی که DBT یک درمان متمرکز بر تنظیم هیجان است، لذا انتظار می‌رود از طریق افزایش این‌گهای روی پیوستار دلستگی، فاجعه‌آمیزی را که نشانه یک رفتار دلستگی 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 به عنوان 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 دلستگی دل‌مشغول دارای درد مزمن عضلانی-اسکلتی بررسی می‌شود. طبق بررسی‌های به عمل 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 به ترتیب 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. به منظور تهیه بسته

۲۵ درصد تا ۴۹ درصد به عنوان بهبودی اندک و در نهایت کاهش نمرات تا حد زیر ۲۵ درصد به عنوان شکست درمانی تلقی می شود [۳۷].

فرمول درصد بهبودی برای بررسی معنی داری بالینی تغییرات و عینی سازی میزان بهبود در آمیخته های درمانی استفاده شد. طبق این فرمول، ۵۰ درصد کاهش علایم به عنوان موقوفیت در درمان، نمرات

جدول شماره ۱ - خلاصه جلسات درمان به کار رفته در پژوهش حاضر

جلسات هفته‌گی	خلاصه مداخلات درمانی
جلسه اول	آشنازی با بیمار، آگاهی دادن به بیمار درباره علل ایجاد و تشیدید بیماری اش، افزایش انگزش برای مشارکت بیمار در طول درمان و ارائه منطق درمان. لازم به ذکر است که تکنیک اعتباربخشی در طول تمام جلسات درمان توسط درمان‌گر به کار گرفته می‌شود.
جلسه دوم	آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی و تکنیک‌هایی که متناسب با بیمار مذکور در طول جلسات به کار 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 بهمراه 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 به کمک پرورش دیدگاه غیرقضاؤی
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 به عنوان مهم‌ترین تکنیک رفتاری درمان درخصوص فعالیت‌هایی که بیمار بهدلیل ترس از انجام آن‌ها اجتناب می‌کند و به‌طور هم زمان، تمرکز بر احساسات درونی مانند ادرار کرد و پذیرش آنها بدون قضاؤی 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 متصاد) 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 دست کاری 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، خذا حافظی

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه مقیاس‌های روابط- (naire; RSQ)

این پرسشنامه، یک ابزار سنجش پیوستاری برای تعیین سبک‌های دلیستگی بزرگسالان است و شرکت کنندگان 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 به کار رفته و عبارت است از: امین

علامت بزند و اگر عبارتی حالت امروز وی را توصیف نمی‌کند، از آن بگزدید و سوال بعدی را پاسخ دهد. نمره به دست آمده حاصل جمع کل نمرات است و نمره بالاتر نشانه ناتوانی جسمی شدیدتر است [۴۶]. در یک پژوهش انجام شده روی نمونه‌های ایرانی ضربی آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمده و اعتبار هم‌زمان ابزار از طریق بررسی همبستگی با ابزارهای افسردگی و شدت درد به ترتیب در سطوح ۰/۵۴ و ۰/۵۵ تایید شده است [۴۷].

(Visual Analogue Scale ; VAS) پرسشنامه شدت درد این مقیاس شامل سه خط درجه‌بندی شده است که صفر به معنی عدم وجود درد و ۱۰۰ به معنی بیشترین درد ممکن است و از فرد خواسته می‌شود میزان شدت درد خود را به صورت دیداری در زمان حال، هفته گذشته و هفته آینده، روی هر سه خط به طور جداگانه علامت بزند. این مقیاس در پژوهش‌های متعددی به کار رفته است [۴۸].

نتایج

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

جدول شماره ۲ - ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران مورد مطالعه

متغیر	بیمار اول	بیمار دوم
سن	۲۹	۳۵
وضعیت تأهل	متاهل	متاهل
میزان تحصیلات	فوق دیپلم	لیسانس
شغل	خانه دار	خانه دار
محل ادرک 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 به طور 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، شب نمودارهای هر دو بیمار در خطوط پایه، طول درمان و دوره پیگیری، می‌توان نتیجه گرفت که نمرات بر اساس

کرونباخ یک مطالعه که روی ۳۵۵ دانشجو در ایران انجام گرفته است برای سبک‌های ایمن، ترسیده، دل‌مشغول و انکارکننده- فاصله‌جو به ترتیب: 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 Hazen & Shaver پنج شخصیتی Neo و دلبستگی Beck تایید گردیده است [۴۰].

Pain Catastrophizing Scale; PCS

این مقیاس دارای ۱۳ سوال است که ۳ خرده‌مقیاس نشخوار ذهنی، بزرگنمایی و درمانگری 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 فاجعه‌آمیز، بزرگنمایی ۱۰ درصد واریانس کل و درمانگری ۸ درصد واریانس کل را تشکیل داده و ضربی آلفا برای خرده‌مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگنمایی و درمانگری به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۶ درصد و برای نمره کل مقیاس فاجعه‌سازی درد برابر با ۰/۸۷ درصد بود [۴۱]. در یک نمونه ایرانی ضربی آلفای کرونباخ برای این خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۳، ۰/۸۱ و برای نمره کل ۰/۸۴ بود [۴۲].

Tampa Scale for Kinesio- phobia; TSK

این پرسشنامه دارای ۱۷ ماده می‌باشد و با مقیاس لیکرتی ۴ نمره‌ای (۰ تا ۳) نمره‌گذاری می‌شود؛ نمرات بالاتر در این آزمون بیانگر ترس آزمودنی از حرکت بهدلیل ادرک 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 به دست آمده است [۴۴]. در مطالعه دیگری نیز ضربی آلفای کرونباخ نسخه ۱۷ سوالی، ۰/۸۴ گزارش شده است [۴۵].

Pain Disability Question- (naire; PDQ)

این پرسشنامه با هدف سنجش میزان ناتوانی در انجام کارهای روزانه به خاطر وجود درد ساخته شده است و یک ابزار خودگزارشی با ۲۴ سوال است. از آزمودنی خواسته می‌شود در مقابل سوالاتی که به خوبی بیان‌کننده حالات امروز وی هستند،

کارایی تکنیک‌های مبتنی بر رفتار درمانی، ...

حاکمی از معنی داری بالینی تغییرات می‌باشد.

تمامی مقیاس‌ها روندی روبرو بوده داشته و در پیگیری ۵ هفته‌ای

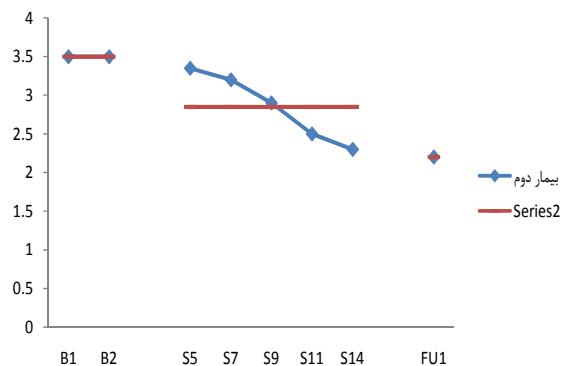
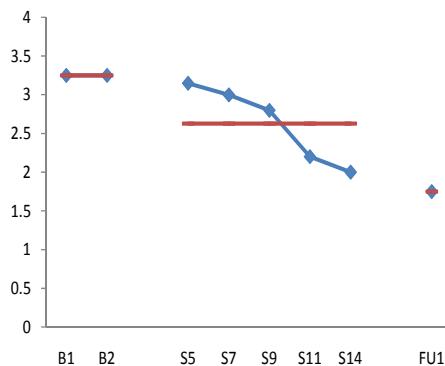
این روند حفظ شده است. نمرات درصد بهبودی کلی هر دو بیمار

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

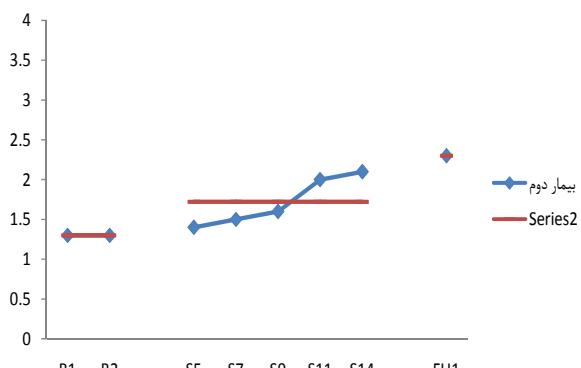
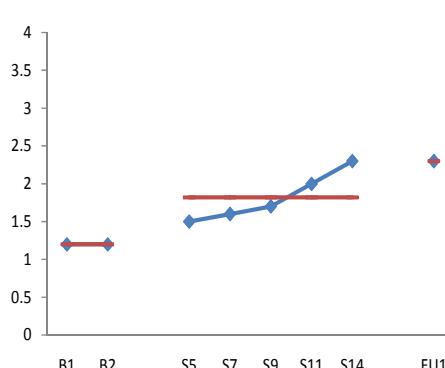
پرسشنامه	میانگین خط پایه	میانگین مراحل درمان	درصد بهبودی کلی	میانگین مرحله پیگیری	درصد بهبودی پیگیری	درصد بهبودی پیگیری
سبک دل مشغول	۳/۲۵	۲/۵۹	۲۰/۳۰	۱/۷۵	۴۶/۱۵	
سبک ایمن	۱/۲	۱/۸۲	-۵۱/۶۶	۲/۳	-۹۱/۶۶	
فاجعه‌آمیزی	۳۶	۲۳/۸۰	۳۳/۸۸	۱۷	۵۲/۷۷	
ترس از حرکت	۴۸/۵۰	۲۷/۶۰	۴۳/۰۹	۲۲	۵۴/۱۷	
ناتوانی از درد	۱۷	۱۰/۲۰	۴۰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

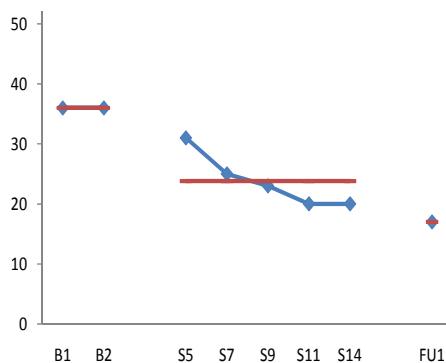
پرسشنامه	میانگین خط پایه	میانگین مراحل درمان	درصد بهبودی کلی	درصد بهبودی پیگیری	درصد بهبودی پیگیری
سبک دل مشغول	۲/۵	۲/۸۵	۱۸/۵۷	۲/۲	۳۷/۱۴
سبک ایمن	۱/۳	۱/۷۲	-۳۲/۳۰	۲/۳	-۷۶/۹۲
فاجعه‌آمیزی	۳۰/۵۰	۲۱/۲۰	۳۰/۴۹	۱۶	۴۷/۵۴
ترس از حرکت	۴۳	۲۹/۴۰	۳۱/۶۲	۲۰	۵۳/۴۸
ناتوانی از درد	۱۸	۱۱/۸۰	۳۴/۴۴	۸	۵۵/۵۵
شدت درد	۲۳۷/۵	۱۵۳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



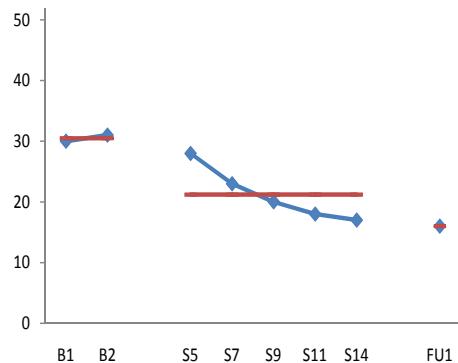
نمودار شماره ۱- روند تغییر نمرات سبک دل‌بستگی دل‌مشغول بیماران در طی مراحل خط پایه، مداخله و پنج هفته پیگیری



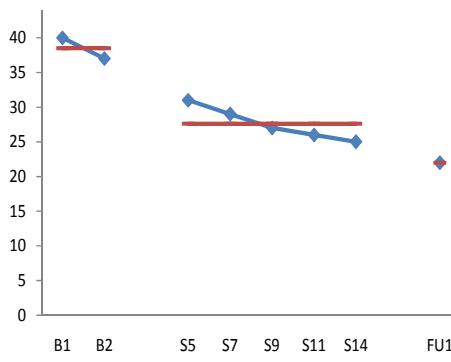
نمودار شماره ۲- روند تغییر نمرات سبک دل‌بستگی ایمن بیماران در طی مراحل خط پایه، مداخله و پنج هفته پیگیری



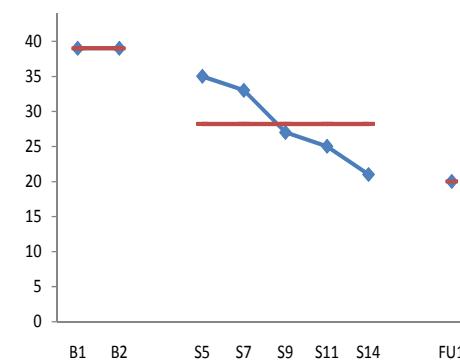
نمودار شماره ۳- روند تغییر نمرات فاجعه‌آمیزی بیماران در طی مراحل خط پایه، مداخله و پنج هفته پیگیری



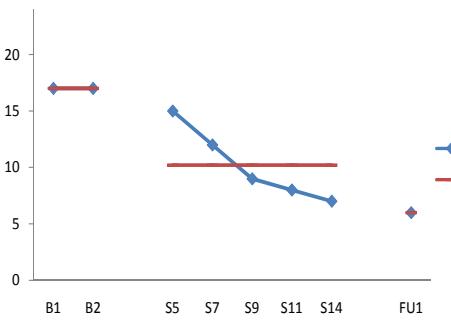
نمودار شماره ۳- روند تغییر نمرات فاجعه‌آمیزی بیماران در طی مراحل خط پایه، مداخله و پنج هفته پیگیری



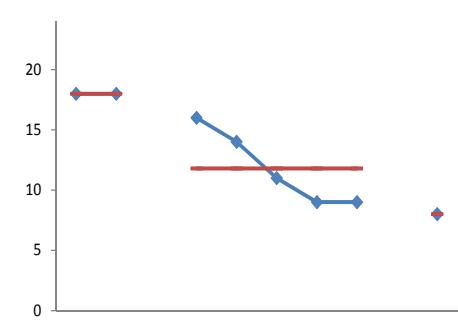
نمودار شماره ۴- روند تغییر نمرات ترس از حرکت بیماران در طی مراحل خط پایه، مداخله و پنج هفته پیگیری



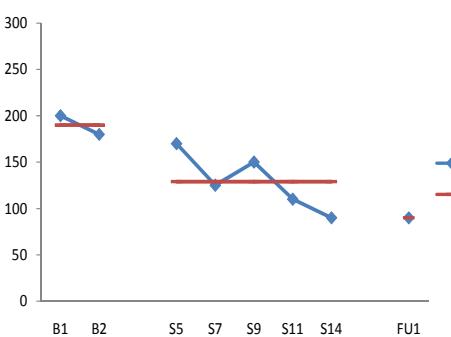
نمودار شماره ۴- روند تغییر نمرات ترس از حرکت بیماران در طی مراحل خط پایه، مداخله و پنج هفته پیگیری



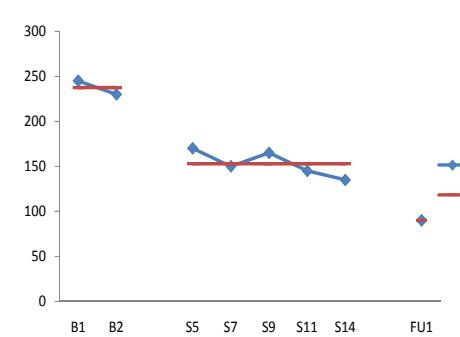
نمودار شماره ۵- روند تغییر نمرات ناتوانی ناشی از درد بیماران در طی مراحل خط پایه، مداخله و پنج هفته پیگیری



نمودار شماره 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



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

بحث

کمک به تنظیم هیجان و کاهش مشکلات ناشی از درد هر دو بیمار مورد پژوهش، توجیه و تبیین می‌شود. اگرچه پژوهشی که به طور 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 اینمی دلبستگی را نشان می‌دهند [۲۶-۳۵]. ذهن‌آگاهی نوعی هشیاری است که از طریق معطوف کردن هدفمند توجه به زمان حال بدون قضاوت کردن و از تجارت لحظه‌به‌لحظه پدید می‌آید. افراد با سبک دل‌مشغول، حساسیت بالا به طرد شدن و نشخوار زیاد درباره آن دارند. بنابراین، کمک به این افراد برای به کار 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 اینم است. هم‌چنین، قضاوت نکردن درباره خود، یعنی سرزنش نکردن خود بدلیل تجربیات رخ داده، نیز موجب بالارفتن عزت نفس در افراد با سبک دل‌مشغول می‌شود. در نتیجه، ویژگی قضاوت نکردن نیز می‌تواند به شکل‌گیری دیدگاه مثبت تر درباره خود منتهی شود که طبق مدل Bartholomow اینکه افراد با سبک دلبستگی اینم 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 پردازد. طبق نظر بشارت، این فعالیت‌ها برای بزرگسالان حکم یک پایگاه امن درونی را دارند که لازمه رشد یک سبک دلبستگی اینم 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 خودتسکین دهنده مثل حمام گرم، رختخواب، غذاهای مورد علاقه، موسیقی، کتاب یا برنامه‌های تلویزیونی فعال شود [۴۹]. یک مهارت دیگر DBT اعتباری‌خشی است که در این پژوهش توسط درمان‌گر به کار گرفته شد. اعتباری‌خشی 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 به کار می‌برد تا به کمک آن بیمار را به انجام تکالیف مربوط به تغییر رفتار سوق دهد. درمان‌گر می-

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 به کار 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 بدنگی بالا را به دنبال داشته و در طولانی مدت به‌علت عدم به کار گیری اندام‌های درگیر (بمویزه اندام‌های تحتانی)، منجر به ناتوانی در حرکت، کناره‌گیری اجتماعی، افسردگی و در نهایت شدت بیشتر درد می‌شود. بنابراین، بدینهی است که با کاهش فاجعه‌آمیزی به عنوان 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 دسترس پذیری و پذیرا بودن، قادر یک پایگاه امن بوده و کاربرد راهبردهای با کنش‌وری بالا مانند گوش بدنگی 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 می‌پاشند [۱۵]. اگر فاجعه‌آمیزی یک رفتار دلبستگی باشد که افراد دل‌مشغول به‌منظور در کنار خود نگه داشتن افراد مهم زندگی خود به کار می‌برند، با بهبود اینمی دلبستگی که حاصل کاربرد یک راهبرد تنظیم هیجان موفق است، رفتار فاجعه‌آمیز در این افراد کاهش می‌یابد. از آنجایی که هسته اصلی DBT تنظیم هیجان است و مهم‌ترین تفاوت آن با درمان‌های شناختی-رفتاری، تاکید آن بر تنظیم هیجان و پیامد آن، اصلاح بدنتنی‌بیمی هیجانی است. بنابراین، علت کاربرد این درمان برای

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 دلستگی بزرگ‌سالان، هنگامی که افراد با موقعیت تهدیدآمیز مواجه می‌شوند، سیستم دلستگی فعال شده و سپس رفتارهای تقریب‌جوبی بهمنظور فراهم کردن یک پایگاه امن فعال می‌شود که اگر تصاویر دلستگی در دسترس و پذیرا باشند، افراد راهبردهای تنظیم هیجان اولیه را به کار می‌برند؛ ولی اگر این تصاویر غیرحمایت‌گر و بی‌توجه باشند، افراد راهبردهای ثانویه (یعنی راهبردهای با کنش‌وری بالا و پایین) را به کار می‌برند [۱۶]. بنابراین، هنگامی که نمرات بیماران بر روی پیوستار دلستگی از سبک دلنشغول بهسوی سبک اینم 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 فاجعه‌آمیزی کردن درد خود نمی‌بینند. کاهش فاجعه‌آمیزی موجب می‌شود بیماران درد خود را آسان‌تر پذیرند و رفتارهای کارآمدتری را جایگزین رفتارهای ناکارآمد بکنند و این یعنی همان ترکیب همزمان مفاهیم دوگانه پذیرش و تغییر که ماحصل به کارگیری تکنیک‌های مبتنی بر DBT است و امکان تغییر یک سبک دلستگی نایمین 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

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 پذیرد و رفتارهای مناسب‌تری را در پاسخ به هیجان برخاسته از آن تجربه، به کار بگیرد. بنابراین، به‌نظر می‌رسد که اعتباربخشی نیز با افزایش عزت نفس در بیمارانی که به نوعی فاقد آن هستند (مانند بیماران با سبک دلنشغول)، به آنها کمک می‌کند تا دیدگاه مثبت-تری نسبت به خود پیدا کرده و در نتیجه اینمی دلستگی را بالا می‌برد. در مهارت اعتباربخشی بدلیل 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 آموختش داد. مواجه شدن با هیجانات منفی به افراد کمک می‌کند تا به تدریج 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 می‌باشد 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]. به عنوان مثال، در این پژوهش به بیماران کمک شد تا به‌هنگام تجربه درد از انجام رفتارهای قبلی مانند استراحت مداوم و در جاماندن، واگذارکردن مسئولیت خود به افراد دیگر از جمله همسر و به‌طورکلی اجتناب از فعالیت‌های فیزیکی، خودداری کرده و به انجام برخی فعالیت‌های جایگزین مثل سرگرم شدن با انجام امور روزمره، رفتن به خرید، مهمانی، و پیاده‌روی در اوقاتی که ادراک کمتری از درد دارند پردازند. هم‌چنین، بهمنظور شناسایی رفتارهای ناکارآمد و جایگزینی آنها با رفتارهای کارآمد، از تکنیک زنجیره تحلیل

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 (pcss): Preliminary validation. *Pain* 2005; 119(1-3): 26-37.

[6] Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its

- 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, Russouw 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: Effects 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 moderating 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. *Psychiatry 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 inhibition during intensive meditation training

- 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, Pouretmad 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]