



ORIGINAL ARTICLE

Received:2023/05/30

Accepted:2024/01/02

**Effectiveness of Cognitive Analytic Therapy on Anxiety Sensitivity and Pain Catastrophizing in Patients with Chronic Pain and Alexithymia**

**Delaram Biriaei Najaf Abadi(MS.c.)<sup>1</sup>, Marzieh Badihi(MS.c.)<sup>2</sup>, Zahra Rabiee(B.S.)<sup>3</sup>, Mojgan Shokrolahi(Ph.D.)<sup>4</sup>**

1. Master, Faculty of Humanities, Ragheb Esfahani Institute of Higher Education, Isfahan, Iran

2. Master's student, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Badrood Branch, Badrood, Iran

3. Bachelor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Payam Noor University, Gaz Branch, Barkhor, Iran.

4. Corresponding author : Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Quranic and Atrat Studies, Isfahan, Iran

Contact phone: 09137545704 Email: mojganshokrolahi@gmail.com

**Abstract**

**Introduction:** The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of cognitive analytic therapy on anxiety sensitivity and pain catastrophizing in patients with chronic pain and alexithymia.

**Methods:** This was a semi-experimental research with pre-test, post-test ,a two months' follow-up, and a control group. The statistical population included all the patients with chronic pain in Isfahan city in 2022. Sampling was done through convenience sampling method among the volunteer patients referred to private clinics in two stages. 24 patients with chronic pain who scored above 60 in Toronto alexithymia questionnaire (1994) were selected and were randomly assigned to experimental and control groups (n = 12). The instruments included Sullivan's pain catastrophizing scale questionnaire (1995) and Taylor and Cox's anxiety sensitivity questionnaire (1998). The experimental group received cognitive analytical therapy for 16 90-minute sessions once a week, and the control group did not receive any intervention. Data were analyzed using repeated measure and ANOVA analysis.

**Results:** The results of data analysis showed that there was a significant difference between the adjusted mean of anxiety sensitivity and pain catastrophizing in the two groups. The mean scores of anxiety sensitivity and pain catastrophizing variables increased in post-test and follow-up phase (P<0/05). Therefore, it can be concluded that cognitive analytic therapy was effective for anxiety sensitivity and catastrophizing pain in patients with chronic pain and alexithymia (P<0/05).

**Conclusion:** Considering the effect of cognitive analytic therapy on anxiety sensitivity and pain catastrophizing, this treatment method can be used to improve patients with chronic pain and alexithymia.

**Keywords :** Cognitive-analytic therapy, Anxiety sensitivity, Pain catastrophizing, Chronic pain, Alexithymia

**Conflict of interest:** The authors declared no conflict of interest.



**This Paper Should be Cited as:**

Author: Delaram Biriaei Najaf Abadi, Marzieh Badihi,Zahra Rabiee,Mojgan Shokrolahi. Effectiveness of Cognitive Analytic Therapy on Anxiety Sensitivity and Pain .....Tolooebehdasht Journal. 2024;22(6)62-75.[Persian]



## اثربخشی درمان شناختی تحلیلی بر حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد در بیماران مبتلا به دردمزمن با ناگویی هیجانی

نویسندگان: دلارام بی ریایی نجف آبادی<sup>۱</sup>، مرضیه بدیعی<sup>۲</sup>، زهرا ربیعی<sup>۳</sup>، مژگان شکراللهی<sup>۴</sup>

۱. کارشناسی ارشد دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی راغب اصفهانی، اصفهان، ایران

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بادرود، بادرود، ایران

۳. کارشناسی روانشناسی دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور واحد گز، برخوار ایران

۴. نویسنده مسئول: استاد یار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه معارف قرآن و عترت، اصفهان، ایران

تلفن تماس: ۰۹۱۳۷۵۴۵۷۰۴ Email: mojganshokrolahi@gmail.com

### چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی تحلیلی بر حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد در بیماران مبتلا به دردمزمن با ناگویی هیجانی انجام شد.

**روش بررسی:** پژوهش مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو ماهه، همراه با گواه بود. جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه گیری با روش نمونه گیری در دسترس و داوطلبانه از بین بیماران مراجعه کننده به مطب های خصوصی، طی دو مرحله صورت گرفت. به این ترتیب تعداد ۲۴ بیمار مبتلا به درد مزمن که در پرسش نامه ناگویی هیجانی تورنتو (۱۹۹۴) نمره بالای ۶۰ دریافت کرده بودند، انتخاب و به طور تصادفی به گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند ( $n = 12$ ). ابزار پژوهش شامل پرسش نامه مقیاس فاجعه آمیز کردن درد سالیوان (۱۹۹۵) و پرسش نامه حساسیت اضطرابی تیلور و کاکس (۱۹۹۸) بود. گروه آزمایش درمان شناختی تحلیلی را به مدت ۱۶ جلسه نود دقیقه ای و هر هفته یک جلسه دریافت کرده و گروه کنترل هیچ گونه مداخله روانشناسی خاصی دریافت نمی کرد. داده ها با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که بین میانگین های تعدیل شده متغیرهای حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین نمرات متغیر حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد در مرحله پس آزمون و پیگیری افزایش یافته است ( $P < 0/05$ ) و درمان شناختی تحلیلی بر حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی اثربخش بوده است ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به اثرگذاری درمان شناختی تحلیلی بر حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد می توان از این روش درمان برای بهبود بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی سود جست.

**واژه های کلیدی:** درمان شناختی تحلیلی، فاجعه آمیز کردن درد، حساسیت اضطرابی، درد مزمن، ناگویی هیجانی

## طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال بیست و دوم

شماره ششم

بهمن و اسفند

شماره مسلسل: ۱۰۲

تاریخ وصول: ۱۴۰۲/۰۷/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۰۳



## مقدمه

باید مورد توجه قرار گیرد، سایر مشکلات همراه مثل ناگویی

هیجانی و اضطراب می باشد (۵).

ترس و اضطراب از جمله هیجانات منفی هستند که درد با آنها همبستگی مستقیم دارد. بر مبنای یافته های پژوهشی، بیماران مبتلا به درد مزمن سطوح بالاتری از علایم اضطراب را از خود نشان می دهند (۶). یکی از سازه هایی که نقش مهمی در درد مزمن دارد حساسیت اضطرابی است. حساسیت اضطرابی یک متغیر گرایشی پایدار است که بیان کننده میل به تفسیر و تعبیر پیامدهای جسمانی، روان شناختی و اجتماعی تجارب اضطرابی به عنوان اموری زیان آور می باشد. افراد با حساسیت اضطرابی بالا، در مورد رویدادهای استرس زا دست به فاجعه سازی می زنند؛ در حالی که افراد با حساسیت اضطرابی پایین، این رویدادها را نا مطلوب تلقی کرده اما در مورد آنها فاجعه سازی نمی کنند. به این ترتیب ارزیابی فرد از یک موقعیت استرس زا در پیامدهای بعدی آن نقش تعیین کننده دارد (۷).

فاجعه آمیز کردن درد یکی دیگر از متغیرهایی است که می تواند پیش بینی کننده مزمن شدن درد و ناتوانی ناشی از آن باشد. فاجعه آمیز کردن درد فرد را با چرخه معیوبی که از ترس مرتبط با درد، گوش بزنگی، عاطفه منفی و اجتناب تشکیل شده است روبرو می کند. اجتناب نیز موجب کاهش عملکرد جسمانی و اجتماعی، احساس ناتوانی و مشکلات روان شناختی می شود که این پدیده ها به نوبه خود باعث می شود، تجربه فرد از درد شدت پیدا کند و دور باطل قبلی ادامه یابد (۸). یافته های پژوهشی نشان می دهد که فاجعه آفرینی ۱۳-۷ درصد واریانس مربوط با شدت درد را تبیین می کند؛ لذا این طور تصور می شود که فاجعه آمیز کردن درد با ناتوانی مرتبط با درد، شدت درد

درد مزمن یکی از اساسی ترین بیماری های روان تنی است که افراد با آن مواجه می شوند و از جمله رایج ترین شکایت ها در بین افراد مراجعه کننده به مراکز درمانی می باشد (۱). انجمن بین المللی مطالعه درد، درد را یک تجربه حسی و روانی ناخوشایند که با آسیب احتمالی یا واقعی بافت در ارتباط است تعریف می کند (۲). عوامل روان شناختی در پیدایش، شدت یا تداوم درد نقش حیاتی دارد و درد ایجاد شده سبب ناراحتی قابل ملاحظه و تخریب چشم گیر عملکرد یا هر دوی آنها می شود. بر مبنای یافته های پژوهشی متعدد، یکی از اصلی ترین عوامل روان شناسی تاثیر گذار بر اختلال درد مزمن مؤلفه ناگویی هیجانی می باشد (۳).

ناگویی هیجانی عبارت است از دشواری در شناسایی و توصیف احساسات، دشواری در تمایز قائل شدن میان احساس های بدنی ناشی از برانگیختگی هیجانی، پردازش های هیجانی محدود شده و سبک شناختی با جهت گیری بیرونی. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی به علت ناتوانی در شناسایی و توصیف احساسات خود و تمایز قائل شدن میان آنها و نیز به سبب پردازش تجسمی محدود به جای شناسایی و توصیف دقیق هیجانها، دست به بیرونی سازی و عینیت بخشی به هیجانها می زنند و آنها را در قالب های مختلف همچون درد مزمن نشان می دهد. بر اساس یافته های پژوهشی شدت ناگویی هیجانی با شدت درد بیشتر و هم چنین اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن رابطه دارد (۴) و وجود همزمان ناگویی هیجانی، افسردگی و اضطراب با درد مزمن در این بیماران روند بهبودی آنها را دشوار می کند. لذا از متغیرهای مهمی که در درمان این بیماران



بیشتر و سایر مشکلات مربوط با درد در بیماران مبتلا به درد مزمن همراه است (۹).

درد مزمن تا حد خیلی زیاد بر کارکرد روزانه و حرفه‌ای فرد مبتلا اثر منفی می‌گذارد و می‌تواند سطوح متفاوتی از محدودیت‌ها و ناتوانی‌های فیزیکی، هیجانی و اجتماعی را برای فرد به همراه داشته باشد (۱۰). بنابراین توجه به این اختلال و استفاده از مداخله‌های مختلف به منظور کاهش علایم بیماری و برطرف کردن مشکلات روان‌شناختی همراه با آن از اهمیت زیادی برخوردار است. طی سال‌های متمادی پزشکان از روش‌های گوناگونی برای تسکین درد استفاده کرده اند. در حال حاضر روش‌های روان‌شناختی هم به صورت جداگانه و هم همراه با روش‌های پزشکی در درمان درد مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرد و پژوهش‌ها نشان دهنده کارآمدی درمان‌های روان‌شناختی است (۱۱).

درمان شناختی تحلیلی نوعی درمان کوتاه مدت یکپارچه و منسجم است که تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر بهبود عملکرد فردی و کاهش پریشانی دارد و در درمان انواع اختلالات روانی نظیر اضطراب، افسردگی، مشکلات بین فردی، سوءمصرف مواد، اختلال خوردن و همچنین درد مزمن سودمند است (۱۲). پژوهش‌های بارونیان و همکاران بیانگر این است که درمان شناختی تحلیلی می‌تواند شیوه‌ای که بیمار درد را ادراک و مدیریت می‌کند را توضیح داده و اصلاح کند (۱۳).

اختلال درد مزمن، ماهیت بسیار ناتوان کننده دارد و بنابراین مدیریت و درمان آن از اهمیت بالایی برخوردار است. درمان‌های دارویی موجود بیشتر جنبه‌های جسمانی و زودگذر بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهند اما پیش‌نیاز درمان‌های

جسمانی درد مزمن می‌تواند درمان‌های عاطفی و روان‌شناسی باشد؛ چرا که امروزه در تبیین و درمان بسیاری از بیماری‌های جسمی و به‌طور ویژه درد مزمن، دیگر الگوی زیست‌شناسی صرف که منشاء همه بیماری‌ها را نارسایی زیست‌شناسی معرفی می‌کند استفاده نمی‌شود؛ بلکه سبب‌شناسی این اختلال‌ها در قالب نظریه‌های زیستی- روانی و اجتماعی توضیح داده می‌شود (۱۴). از سوی دیگر در خصوص بیماری درد مزمن متغیرهای روان‌شناسی مختلف نظیر ناگویی هیجانی می‌تواند شدت درد، روند بهبودی و مقابله فرد با درد را تحت تأثیر قرار دهند. لذا انجام تحقیق در زمینه درمان‌های روان‌شناختی مؤثر بر این اختلال می‌تواند موجب کاهش مشکلات مربوط به آن شده و در کنار درمان دارویی نقش مؤثری در کاهش درد مزمن و علایم روان‌شناسی همراه با آن داشته باشد (۱۱). با توجه به مطالب فوق پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی تحلیلی بر حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی در شهر اصفهان انجام گرفته است.

### روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ تشکیل می‌داد. نمونه‌گیری در این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه از بین بیماران مراجعه کننده به مطب‌های خصوصی شهر اصفهان، طی دو مرحله صورت گرفت. به این ترتیب تعداد ۲۴ بیمار مبتلا به درد مزمن که در پرسش‌نامه ناگویی هیجانی ترونو (۱۵) نمره بالای ۶۰ دریافت کرده بودند و ملاک‌های ورود به پژوهش را



(تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح اطمینان برای آزمون فرضیه‌ها ۹۵٪ در نظر گرفته شد.

ابزار مورد استفاده در پژوهش عبارت بودند از پرسشنامه حساسیت اضطرابی و مقیاس فاجعه‌آمیز کردن درد.

پرسش‌نامه حساسیت اضطرابی: این پرسشنامه توسط تیلور و کاکس (۱۷) در ۴ زیرمقیاس شامل ترس از نشانه‌های قلبی، معدی، روده‌ای (۱۰ ماده، سوالات ۱ الی ۱۰)، ترس از نشانه‌های تنفسی (۷ ماده، سوالات ۱۱ الی ۱۷)، ترس از واکنش اضطرابی در مقابل جمع (۸ ماده، سوالات ۱۸ الی ۲۵)، ترس از عدم کنترل شناختی (۵ ماده، ۲۶ الی ۳۰) و ۳۰ ماده که در طیف لیکرت پنج درجه‌ای از خیلی کم (۱)، کم (۲)، تا اندازه‌ای (۳)، زیاد (۴) و خیلی زیاد (۵) نمره گذاری می‌شود، تهیه شد.

سازندگان پرسشنامه ضریب همسانی درونی این پرسش‌نامه را بر اساس آلفای کرونباخ برای عامل ترس از نشانه‌های قلبی، معده ای و روده‌ای ۹۲٪، برای عامل ترس از نشانه‌های تنفسی ۸۷٪، برای عامل ترس از واکنش‌های اضطرابی در مقابل جمع ۸۲٪ و برای ترس از عدم کنترل شناختی ۸۵٪ گزارش و روایی اعتبار ۹۰٪ را برای این پرسش‌نامه گزارش کردند (۱۷).

در داخل کشور مرادی منش و همکاران (۱۸) این شاخص را هنجاریابی کردند و نتایج پژوهش نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ و پایایی آزمون -بازآزمون بعد از چهار هفته ۰/۹۵ گزارش شده است. روایی همزمان از طریق اجرای فهرست بازبینی شده تجدید نظر شده ۹۰ نشانگانی انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶ حاصل آن بود (۱۸). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۳۶ سوالی

داشتند انتخاب و به طور تصادفی به گروه آزمایش و گروه کنترل گمارده شدند (در هر گروه  $n = ۱۲$ ). لازم به ذکر است که حجم نمونه برای هر گروه در این پژوهش بر اساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی انتخاب شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: تشخیص قطعی اختلال درد مزمن توسط پزشک متخصص درد، کسب نمره بالای ۶۰ در پرسش‌نامه ناگویی هیجانی ترونو، طول مدت ابتلای افراد به درد مزمن حداقل ۶ ماه، سطح تحصیلات بالاتر از سیکل (به جهت داشتن حداقل دانش و توانایی لازم برای انجام تکالیف مداخله درمانی و نیز درک درست از محتوای ارائه شده در جلسات) و گروه سنی ۱۸ سال به بالا و تمایل و توانایی شرکت در جلسات درمانی به صورت آنلاین. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسه‌های درمان بود.

پس از اجرای نمونه‌گیری و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها به گروه آزمایش و گروه کنترل پیش آزمون به روش آنلاین از شرکت‌کنندگان گرفته شد. پس از آن گروه آزمایش درمان شناختی تحلیلی را به مدت ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه دریافت کردند. درمان شناختی تحلیلی استفاده شده در این پژوهش بر اساس مدل رایلی و کر (۱۶) می‌باشد که برای انجام پژوهش حاضر، پروتکل درمان برای بیماران مبتلا به درد مزمن تنظیم و تعدیل شد.

موضوع هر جلسه درمان در جدول ۱ ارائه شده است. در این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسه‌های درمان، پس آزمون و پس از گذشت دو ماه آزمون پیگیری به صورت آنلاین از هر دو گروه به عمل آمد. داده‌های حاصل از پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی



برابر ۰/۸۸۶ بدست آمد. مقیاس نشخوار ذهنی برابر با ۰/۸۷ و برای بزرگ‌نمایی برابر با ۰/۶۰ و برای درماندگی برابر با ۰/۷۹ و برای کل مقیاس برابر با ۰/۷۸ بود (۱۹).

در داخل کشور و در پژوهش محمدی و همکاران (۲۰) ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس نشخوار ذهنی ۰/۶۵ و برای بزرگ‌نمایی ۰/۵۳ و برای درماندگی ۰/۸۱ و برای نمره کل مقیاس ۰/۸۴ بدست آمد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای پرسشنامه ۲۰ سوالی برابر ۰/۸۹۵ محاسبه شد.

مقیاس فاجعه‌آمیز کردن درد: توسط سالیوان و همکاران (۱۹) تهیه شده و دارای ۱۳ سوال و ۳ خرده مقیاس نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی می باشد و براساس طیف ۵ درجه ای لیکرت از خیلی کم (۱)، کم (۲)، تا اندازه‌ای (۳)، زیاد (۴) و خیلی زیاد (۵) نمره‌گذاری می‌شود.

در پژوهش سالیوان و همکاران خرده مقیاس نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی به ترتیب ۴۱ درصد، ۱۰ درصد و ۸ درصد از واریانس کل تشکیل می‌داد و ضریب آلفا برای خرده

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمان گروهی شناختی تحلیلی (۱۶)

جلسه	محتوای جلسه
اول	- معرفی و گرفتن پیش آزمون
دوم	- جمع آوری سابقه و شرح حال بیمار و تهیه فهرست مشکلات آماجی بیمار
سوم	- ایجاد بینش نسبت به منبع اصلی مشکلات - جمع آوری و بررسی تاریخچه‌ی بیمار
چهارم	- فرمول‌بندی مجدد بر مبنای چگونگی بروز مشکلات و نشانه بیماری - فرمول‌بندی مجدد بر اساس افکار ناکارآمد و رفتارهای بیمار با تمرکز بر روابط موضوعی، مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد و قدرت ایگو.
پنجم	- بررسی بازخورد بیمار به فرمول‌بندی - تعیین اهداف نهایی
ششم	- بازشناسی رخداد‌های آشکار ساز رفتارهای ناکارآمد، نقاط قوت و توانمندی‌های بیمار. - شناسایی روندهای ناسازگار متوالی و نقش‌های متقابل ناسازگار
هفتم	- تدوین فهرستی جهت شناسایی رویه‌ها و افکار ناکارآمد.
هشتم	- شناسایی روندهای ناسازگار در روابط بین فردی - پیش‌بینی دقیق احساسات انتقال و انتقال متقابل - بازبینی و بازشناسایی و چالش با الگوهای قدیمی اکتسابی و تأثیرگذار در زندگی از طریق روابط بین فردی.
	- آموزش فنون بازبینی رویه‌های ناکارآمد و اصلاح آن‌ها
نهم	- بازشناسایی در رویه ارزیابی علایم و نشانه‌ها و اصلاح بازبینی‌های انجام شده توسط بیمار - افزایش آگاهی از چرخه رفتارهای تکراری
دهم	- تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس شناخت تأثیر هیجان و رفتارهای بیمار بر علائم بیماری.



- آگاهی از نحوه‌ی استمرار طرح‌واره‌های قدیمی مرتبط با مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد، روابط موضوعی و قدرت ایگو.

- تحلیل روندهای ناسازگار و مشخص کردن جایگاه این روندها در دیاکرام.
- کمک به بیمار بر رفتار کردن به شیوه‌ای جدید.
- تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس اصلاح روند ارزشیابی وضعیت فعلی بیمار. **یازدهم**
- کمک به بیمار برای کسب بینش نسبت به مسائل و چگونگی تأیید و تثبیت نقش‌های واقع‌گرایانه.
- تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس اصلاح نقش‌های بین فردی و حمایت‌های اجتماعی. **دوازدهم**
- تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس شناسایی و ترسیم نمودار رویه‌ای در مورد ارزش‌گذاری رفتارهای تکانش‌گرایانه و ارزیابی افکار منفی.
- تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس ایجاد الگوهای کارآمدتر رفتاری. **سیزدهم**
- کمک به بیمار برای شناسایی درست تله و موانع رشد.
- تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس بینش‌افزایی در جهت کاهش رفتارهای تکانش‌گرایانه. **چهاردهم**
- افزایش توانایی مدیریت رفتار خود در زندگی واقعی.
- بررسی موانع تغییر در زندگی. **پانزدهم**
- نوشتن نامه خداحافظی و بررسی بازخورد بیمار به نامه
- گرفتن پس‌آزمون **شانزدهم**

## یافته‌ها

باید مورد بررسی قرار گیرد و در صورت برقراری مفروضه‌ها، تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شود. به این ترتیب مفروضه‌های نرمال بودن با آزمون کولموگروف - اسپرونف ( $P > 0/05$ )، همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین ( $P > 0/05$ ) و همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس‌ها با آزمون ام باکس ( $P > 0/05$ ) مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج نشان داد که هر سه این مفروضه‌ها رعایت شده است.

همچنین در فرآیند تحلیل اندازه‌گیری مکرر، یکی از پیش‌فرض‌های مهم، تقارن ماتریس کوواریانس‌های نمرات متغیر وابسته در دفعات مختلف ارزیابی است که از طریق آزمون کرویت موشلی بررسی می‌شود.

در پژوهش حاضر سطح معناداری آماره موشلی برای نمرات حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد از ۰/۰۵ کمتر بوده و در نتیجه فرض صفر رد شده ( $P < 0/05$ )، لذا در ارزیابی نتایج براساس عامل زمان از آزمون گرینهاوس - گیسر در تحلیل

در هر دو گروه آزمایش و کنترل، ۴ نفر (۳۳/۳ درصد) مرد و ۸ نفر (۶۶/۷ درصد) زن بودند. بیشترین افراد نمونه در گروه درمان شناختی تحلیلی برابر با ۴ نفر (۳۳/۳۳ درصد) در گروه سنی ۳۱ تا ۳۵ سال بودند در حالی که در گروه کنترل ۳ نفر (۲۵ درصد) در گروه سنی ۳۱-۳۵ سال و همین تعداد در گروه سنی ۳۱-۴۰ سال بودند. نتایج بررسی سایر متغیرهای جمعیت شناختی نشان می‌دهد که دو گروه به لحاظ توزیع این متغیرها، مشابهت زیادی با هم داشتند و تفاوت معناداری در متغیرهای جمعیت شناختی بین گروه‌های مورد مشاهده وجود نداشت.

در جدول ۲ اطلاعات توصیفی هر یک از متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه ارائه گردیده است.

تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نیز مانند هر آزمون آماری دیگری دارای یک سری مفروضه است که قبل از انجام تحلیل



به عبارت دیگر نمرات این دو متغیر در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون تفاوت معنادار ( $P < 0.05$ ) داشته است.

همچنین اثر تعاملی بین عامل زمان ارزیابی و عضویت گروهی برای نمرات متغیرها در آزمودنی‌ها تاثیر معناداری را نشان می‌دهد.

واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. جدول ۳ نتایج آزمون نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر جهت ارزیابی تاثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که بین میانگین‌های متغیر حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد در دفعات مختلف اندازه گیری تفاوت معناداری ( $P < 0.05$ ) وجود دارد.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
حساسیت اضطرابی	پیش آزمون	۹۷/۳۳	۳/۷۱	۱۰۴/۷۵	۴/۵۰
	پس آزمون	۸۸/۰۸	۲/۸۴	۱۰۳/۵۸	۴/۱۳
	پیگیری	۸۷/۷۵	۳/۱۲	۱۰۳/۳۳	۴/۰۹
فاجعه آمیز کردن درد	پیش آزمون	۴۲/۸۳	۴۲/۸۳	۴۵/۸۳	۱/۳۳
	پس آزمون	۳۹/۶۶	۳۹/۶۶	۴۵/۰۸	۱/۷۴
	پیگیری	۳۹/۴۱	۳۹/۴۱	۴۶/۵۰	۱/۸۹

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر جهت ارزیابی تاثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
حساسیت	زمان	۱۱۱۶/۱۳	۱/۰۷	۱۰۴۲/۴۷	۵۱/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۸
اضطرابی	زمان* گروه	۳۶۹/۶۴	۲/۱۴	۱۷۲/۶۲	۸/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۳۳
فاجعه آمیز کردن	زمان	۵۵۷/۵۷	۱/۴۶	۳۵۵/۶۳	۸۹/۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۲
درد	زمان* گروه	۴۱۵/۳۷	۲/۹۲	۱۴۱/۸۰	۴۶/۸۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۳





فاجعه‌آمیز کردن درد در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی اثربخش است یعنی با اطمینان ۹۵ درصد فرض پژوهش تایید می‌گردد.

به منظور بررسی تغییرات در گروه آزمایش و گروه کنترل از آزمون تعقیبی ال اس دی (به دلیل سهل گیرانه بودن آن) بهره گرفته شد که به مقایسه دو به دوی میانگین متغیر حساسیت اضطرابی و فاجعه‌آمیز کردن درد به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل پرداخته شده است.

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس جهت مقایسه گروه‌های مورد مطالعه در نمرات متغیرهای پژوهش در سطوح مختلف را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین میانگین‌های تعدیل شده متغیر حساسیت اضطرابی و فاجعه‌آمیز کردن درد در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ )، لذا می‌توان گفت در مجموع بین دو گروه در نمرات حساسیت اضطرابی تفاوت معناداری وجود دارد. به این ترتیب نتیجه گرفته می‌شود که درمان شناختی تحلیلی بر حساسیت اضطرابی،

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس جهت مقایسه گروه‌های مورد مطالعه در نمرات متغیرهای پژوهش در سطوح مختلف

متغیر	منبع تغییرات	مجموع	درجه	میانگین	F	معناداری	اندازه اثر
		مجذورات	آزادی	مجذورات			
حساسیت اضطرابی	عضویت گروهی	۱۰۱۵۲/۰۷	۲	۵۰۷۶/۰۳	۱۱/۱۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰
فاجعه‌آمیز کردن درد	عضویت گروهی	۱۵۰۴/۱۳	۲	۷۵۲/۰۶	۱۰/۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸

جدول ۵: مقایسه زوجی میانگین‌های تعدیل شده نمرات متغیرها در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
حساسیت اضطرابی	آزمایش	کنترل	-۱۲/۸۳	۵/۰۳	۰/۰۱
فاجعه‌آمیز کردن درد	آزمایش	کنترل	-۴/۷۵	۱/۹۹	۰/۰۲

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهشی کاملاً مشابه با پژوهش حاضر توسط پژوهشگر یافت نشد اما این پژوهش به‌طور غیرمستقیم با پژوهش یوسفی و همکاران (۲۰) نیز با پژوهش بارونیان و لگت (۱۳) که به بررسی اثربخشی درمان شناختی تحلیلی بر ابعاد مختلف سلامت روان

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان شناختی تحلیلی بر حساسیت اضطرابی و فاجعه‌آمیز کردن درد در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی اثربخش است.



بیماران مبتلا به درد مزمن پرداخته بود، همسو می‌باشد.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی تحلیلی بر متغیرهای پژوهش می‌توان این‌طور بیان کرد که حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد به علت باور بنیادین منفی فرد در خصوص اضطراب و درد ایجاد می‌گردد (۲۱). از آنجا که یکی از مهم‌ترین قسمت‌های درمان شناختی تحلیلی، ارائه آگاهی در مورد خطاهای شناختی، افکار ناکارآمد و باورهای بنیادین اشتباه است، بیمار در طی درمان با باورها و خطاهای شناختی خود در خصوص اضطراب و درد و پیامدهای آن مواجه و روبرو می‌شود و مهارت‌های دستیابی به روش‌های سازنده‌تر و درست‌تر هدایت افکار را فرامی‌گیرد و میزان حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد در او کاهش می‌یابد.

همچنین یکی از ویژگی‌های کلی این مدل درمان تاکید بر فرمول‌بندی اولیه و مشارکتی مشکلات هسته‌ای و دردهای هیجانی بیماران است (۲۲). به گونه‌ای که در طی درمان شناختی تحلیلی و در جریان فرمول‌بندی مشکل مراجع، درمانگر و بیمار به صورت مشارکتی با تجارب آسیب‌زایی که ممکن است موجب شکل‌گیری نقش‌های متقابل و رویه‌های نقش‌های متقابل انعطاف‌ناپذیر در بیماران و احتمالاً پیدایش حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد در آن‌ها شده باشد، مواجه می‌شوند و با پرداختن به آن‌ها سعی می‌شود که بینش و آگاهی فرد را در خصوص آن‌ها بالا برده و به وی کمک کند تا با بازسازی نقش‌های متقابل و رویه‌های نقش متقابل به نیرومندسازی و تسهیل شکل‌گیری نقش‌های سالم بپردازد و بتواند با انعطاف‌پذیری و بدون قضاوت‌های انتقادی از انواع مختلف نقش‌های متقابل استفاده کند (۲۳).

در نتیجه با توجه به اینکه یکی از عوامل اثرگذار در پیدایش حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد، عوامل محیطی و تجربه‌های دوران رشد می‌باشد. مجموعه این عوامل می‌تواند موجب کاهش حساسیت اضطرابی در فرد شود و از طرفی این تغییر و بازبینی در فرآیندها و روندهای آسیب‌زای قدیمی و استفاده از روندها و راهکارهای مناسب موجب تداوم نتایج درمان تا مرحله پیگیری می‌شود. از سوی دیگر راهبردهایی در طی جلسات درمان شناختی تحلیلی به کار می‌رود که منشأ شکل‌گیری روند آسیب‌زا در مراجع را در قالب نمودار و نامه‌های صورت‌بندی مجدد به مراجع نشان می‌دهد. این کار باعث می‌شود تا ریشه الگوهای تکراری ناکارآمد، مشکلات اصلی و روند رشد آن‌ها مشخص شود (۲۴).

پاسخ بیماران به صورت نامه صورت‌بندی مجدد به مشکلات پایه‌ای آن‌ها بستگی دارد. بعضی بیماران این تجربه را که نامه‌ای به آن‌ها نوشته شود و به آن فکر کنند جالب و تجربه‌ای رو به جلو توصیف می‌کنند که مانع از بروز نشخوار فکری و الگوهای فکری تکرار شونده‌ی منفی و در این‌جا افکار مربوط به فاجعه آمیز کردن درد و حساسیت اضطرابی در آنها می‌شود. در طی جلسات درمان درمانگران با نشان دادن دام‌ها و تله‌های کلیدی به مراجعان، الگوهایی از افکار یا رفتار خود تقویت‌کننده که نشخوار فکری و افکار مربوط به فاجعه آمیز کردن درد و حساسیت اضطرابی را تایید می‌کند، شناسایی می‌کنند تا بیماران با آگاهی از این سبک‌های تکرار شونده رفتار که در آن پیامد رفتار، به تداوم چرخه‌ی افکار معیوب منجر می‌شود، بتواند استعارات ذهنی و افکار ناکارآمد را کم کنند و به این ترتیب فاجعه آمیز کردن درد و حساسیت اضطرابی کاهش یابد. این



از جمله درمان شناختی تحلیلی به منظور کاهش مشکلات روان‌شناختی همبود، کاهش حساسیت اضطرابی، فاجعه‌آمیز کردن درد استفاده کنند.

### ملاحظات اخلاقی

در راستای رعایت ملاحظات اخلاقی هدف و روش اجرای مطالعه برای کلیه شرکت‌کنندگان به طور دقیق توضیح داده شد و از کلیه شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی دریافت شد. لازم به ذکر است که پژوهش حاضر دارای کُد اخلاق به شناسه EE /9903052058901/scu.ac.ir از دانشگاه شهید چمران اهواز می‌باشد.

### سهم نویسندگان

دلارام بی ریائی: طراحی پژوهش، مرضیه بدیهی: جمع‌آوری داده‌ها، زهرا ربیعی: تحلیل داده‌ها، مژگان شکراللهی: نگارش مقاله و نظارت بر پروژه و اعتبارسنجی. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تایید نموده و مسئولیت پاسخ‌گویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

### حمایت مالی

پژوهش حاضر هیچ‌گونه حمایت مالی از طرف هیچ سازمانی دریافت نکرده است.

### تضاد منافع

انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تعارض در منافع را به دنبال ندارد و نتایج آن به صورت کاملاً شفاف و بدون سوگیری گزارش شده است.

### تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از کلیه افرادی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی نمایند.

آگاهی از منشأ شکل‌گیری روندهای آسیب‌زا و رشد آن‌ها، دام‌ها، تله‌ها و سبک‌های تکرار شونده رفتار و ارائه راهکارهایی برای دستیابی به نقش‌های متقابل متنوع و سازگار موجب تداوم نتایج درمان تا مرحله پیگیری می‌شود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر اجرای آن بر روی بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی ۱۸ تا ۵۰ سال و دارای حداقل مدرک تحصیلی سیکل انجام‌گرفته است، به این ترتیب نتایج قابل تعمیم به بیماران دارای سن کمتر یا بیشتر از این محدوده سنی نمی‌باشد. استفاده از ابزارهای خود گزارش‌دهی در پژوهش حاضر از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که لازم است مورد توجه قرار گیرد. البته لازم به ذکر است از آنجا که در اکثر پژوهش‌های حوزه روانشناسی از ابزارهای خود گزارش‌دهی استفاده می‌شود این محدودیت قابل اغماض بوده و تاثیرچندانی در نتایج نخواهد گذاشت. به این ترتیب پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده و مرتبط با این زمینه، اثربخشی درمان شناختی تحلیلی بر روی سایر گروه‌های سنی و نیز سطح تحصیلات پائین‌تر از سیکل مورد بررسی قرار گیرد. از سوی دیگر با توجه به تأثیر درمان شناختی تحلیلی بر حساسیت اضطرابی و فاجعه‌آمیز کردن درد بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی و نیز با توجه به سایر یافته‌های پژوهشی مبنی بر تأثیر درمان‌های روان‌شناختی بر بهبود علائم و افزایش بهزیستی بیماران مبتلا به درد مزمن و همچنین با توجه به همبودی این اختلال با انواع مختلف اختلال‌های روانی نظیر اضطراب و افسردگی، به کلیه متخصصانی که با این بیماران کار می‌کنند، از جمله پزشکان و روان‌شناسان پیشنهاد می‌شود در کنار استفاده از درمان‌های پزشکی و دارویی از درمان‌های روان‌شناسی و



## References

- 1-Kiani S, Sabahi P, Makvand Hosaini S & et al .Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and positive cognitive-behavioral therapy on the pain self-efficacy of patients with chronic pain. *Journal of Psychological Science* 2020;19(89 ):567-578. [Persian]
- 2-Anvari M, Ebrahimi A, Neshatdoost H<sub>2</sub> & et al. The effectiveness of group-based acceptance and commitment Therapy on pain-related anxiety, acceptance of pain and pain intensity in patients with chronic pain. *Journal of Isfahan Medical School* 2014 ; 32(295):1-10. [Persian]
- 3-Bottiroli S, Galli F, Viana M, & et al. Alexithymia and chronic migraine with medication overuse what relationship. *The Journal of Headache and Pain.* 2019 ; 16(1): 150-162.
- 4-Aaron RV, Fisher EA, De lavega R & et al. Alexithymia in individuals With chronic pain and it's relation to pain intensity physical interference, depression and anxiety: a systematic review and meta analysis. *Pain.* 2019 ;16(5): 994-1006.
- 5-Bottiroli S, Galli F, Viana M & et al. Alexithymia and chronic migraine with medication overuse what relationship. *The Journal of Headache and Pain.*2021; 16(1): 150-162.
- 6-Davis MS, Zautra AJ, Wolf LD & et al . Mindfulness and cognitive behavioral interventions for chronic pain: differential effects on daily pain reactivity and stress reactivity. *Consult Clin Psychol.* 2020; 83(1): 24-35.
- 7-Beak IC, Lee Eh, kim JH. Differenced in anxiety sensitivity factors between anxiety and depressive disorders. *Depression and Anxiety*, 2019; 36 (10): 968- 974 .
- 8-Flink ZL, Boersma K, Linton SJ. Pain catastrophizing as repetitive negative thinking: a development of the conceptualization. *Cognitive Behavior Therapy.* 2013; 42 (3): 215- 223.
- 9-Suso- Ribera C, Carcia- Palacios A, Botella C & et al. Pain catastrophizing and it's relationship with Health outcomes: does pain intensity matter. *Pain Research & Management.* 2017; 32(8):1- 8.
- 10-Amini-Fasakhoudi M, Mahmoud Alilou M, Tahmassian K & et al. 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) :539-550. [Persian]
- 11-Mostafaie A, Zare H, Alipour A, & et al. Effectiveness of Decisional and Self-Efficacy Therapy Transtheoretical model (TTM) on Cognitive-Emotional regulation , Mind control and pain Patients with chronic pain, *Journal of Health Psychology.* 2018; 7(1 (25) ):35-55. [Persian]



- 12-Dadfar M, Atefvahid M K, Kazemi H& etal. Cognitive analytic therapy. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran, Iran: Mirmah Puplication 2013. P. 92. [ Persian].
- 13-Baronian R , Leggett S T. Brief cognitive analytic therapy for adults with chronic Pain: a preliminary evaluation of treatment outcome. *British Journal of Pain* 2020; 14 (1):57- 67.
- 14-Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, & etal . Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: A systematic review. *Archives of General Psychiatry*. 2004; 61(7), 714-719.
- 15-Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty- item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 1994; 38(1), 23-38.
- 16-Pyle A, Kerr BI. Cognitive analytic therapy. *Journal of Psychiatry*. 2003; 183(1), 79 – 85.
- 17-Taylor S, Cox BJ. An expanded anxiety sensitivity index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders* 1998; 12(5): 463 – 83.
- 18-Moradi Manesh M, Mirjafari SA, Godarzi M, & etal . Examining the psychometric properties of the Revised Anxiety Sensitivity Index (ASIR). *Journal of Psychology*, 2016; 16(11): 426-446. . [Persian]
- 19-Sullivan M J L, Bishop S, Pivik G. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment* 1995; 7(4): 524 – 535.
- 20-Mohammadi S, Dehghani M, Heydari M. Examining psychological similarities related to pain in patients with musculoskeletal pain and their spouses. *Journal of Behavioral Sciences*. 2012;7(1):57-66. . [Persian]
- 21-Yousefi A, Rahimian Boogar I, Rezaei A.M. The Effectiveness of Cognitive Analytic Therapy on Mental Health of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychology* 2013; 5(3): 1-12.[Persian]
- 22-Pozza A, Dettrore D. Psychometric evidence of the italian anxiety sensitivity index 3(ASL-3) in Patients with anxiety disorders and psychosis. *Science and Education Publishing* 2015; 3(1): 7- 17.
- 23-Kellett S, Stockton C, Marshall H, & etal\_ Efficacy of narrative reformulation during cognitive analytic therapy for depression: Randomized dismantling trial. *Journal of Affective Disorders* 2018; 239: 37–47.



24-Parry G, Bennett D, Roth A D, & etal. Developing competence frame work for cognitive analytic therapy. *Psychology and Psychotherapy* 2020; 94 (1): 151- 170.

25-Mc Cutcheon L K, Kerr IB, Chanen A M .Cognitive analytic therapy: A relational approach to young people with severe personality disorder', In *Case formulation for personality disorders. In case formaltion for personality disorder. Academic Press* 2019;22(1): 95-11.