



Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Anxiety Sensitivity and Pain Catastrophizing in Patients with Chronic Pain and Alexithymia

Mojgan Shokrolahi¹, Seyed Esmaeil Hashemi^{2*}, Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand³,
Yadollah Zargar⁴, Abdolzahra Naaimi⁵

1- PhD in Psychology, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

2- Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

3- Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

4- Associate Professor, Department of Counseling, Hazrat-e Masoumeh University. Qom, Iran.

5- Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Corresponding Author: Seyed Esmaeil Hashemi, Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran university of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Email: esmaeil@scu.ac.ir

Received: 2 April 2023

Accepted: 22 July 2023

Abstract

Introduction: Chronic pain is one of the most common medical problems that affects the lives of patients from biological, social, professional and educational aspects. Therefore, the aim of this study was to investigate the effectiveness of emotion focused therapy on anxiety sensitivity and pain catastrophizing in Patients with chronic pain and alexithymia.

Methods: This research was a experiential study with pre, post-test and follow-up with control group. The statistical population included all patients with chronic pain in Isfahan city in 1400. Sampling was done by available and voluntary sampling method and in two stages. In this way, 24 patients with chronic pain who scored above 60 in the Tronto alexithymia questionnaire (1994) were selected and randomly assigned to the experimental and control groups (n = 12). The experimental group received online emotion-focused group therapy for 12 weekly sessions and the control group did not receive any intervention. Instruments were Sullivan's pain catastrophizing scale questionnaire (1995) and Taylor and Cox's anxiety sensitivity questionnaire (1998), which were completed in three stages of the research. data were analyzed using repeated measure analysis.

Results: The results of the data analysis showed that there is a significant difference between the adjusted averages of anxiety sensitivity and pain catastrophizing in the two groups ($P < 0.05$). Therefore, it can be concluded that emotion-focused therapy is effective in anxiety sensitivity and catastrophizing pain in Patients with chronic pain and alexithymia ($P < 0.05$).

Conclusions: Considering the effect of emotion-focused therapy on research variables, this treatment method can be used to improve Patients with chronic pain and alexithymia.

Keywords: Emotion-focused therapy, Catastrophization, Chronic pain, Affective Symptoms.



اثربخشی درمان هیجان مدار بر حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی-هیجانی

مژگان شکراللهی^۱، سید اسماعیل هاشمی^{۲*}، مهناز مهربابی زاده هنرمند^۳، یدالله زرگر^۴، عبدالزهرا نعیمی^۵

- ۱- دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
- ۲- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
- ۳- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
- ۴- دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه حضرت معصومه، قم، ایران.
- ۵- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

نویسنده مسئول: سید اسماعیل هاشمی، استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
ایمیل: esmaeil@scu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۴/۳۱

چکیده

مقدمه: درد مزمن از رایج ترین مشکلات طبی است که زندگی بیماران را در ابعاد زیستی، اجتماعی، حرفه‌ای و تحصیلی متأثر می‌سازد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد در بیماران مبتلا به دردمزمن با ناگویی هیجانی انجام شد.

روش کار: این پژوهش مطالعه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بود. نمونه گیری با روش نمونه گیری در دسترس و داوطلبانه و طی دو مرحله صورت گرفت. به این ترتیب تعداد ۲۴ بیمار مبتلا به درد مزمن که در پرسشنامه ناگویی هیجانی تروننو (۱۹۹۴) نمره بالای ۶۰ دریافت کرده بودند، انتخاب و به طور تصادفی به گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند ($n=12$). گروه آزمایش درمان آنلاین هیجان مدار را به مدت ۱۲ جلسه هفتگی دریافت کرده و گروه کنترل هیچگونه مداخله ای دریافت نکرد. ابزار مورد استفاده پژوهش شامل پرسش نامه مقیاس فاجعه آمیز کردن درد سالیوان (۱۹۹۵) و پرسشنامه حساسیت اضطرابی تیلور و کاکس (۱۹۹۸) بود که در سه مرحله پژوهش تکمیل شد. داده های به دست آمده با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج حاصل از تحلیل داده ها نشان داد که بین میانگین های تعدیل شده متغیرهای حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0/05$). پس می توان نتیجه گرفت که درمان هیجان مدار بر حساسیت اضطرابی، فاجعه آمیز کردن درد در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی اثربخش است ($P<0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به اثرگذاری درمان هیجان مدار بر متغیرهای پژوهش می توان از این روش درمان برای بهبود بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی سود جست.

کلیدواژه ها: حساسیت اضطرابی، درد مزمن، درمان هیجان مدار، فاجعه آمیز کردن درد، ناگویی هیجانی.

مقدمه

درد مزمن (chronic pain) یکی از اساسی‌ترین بیماری‌های روان‌تنی (psycho somatic) است که افراد با آن مواجهه می‌شوند و از جمله رایج‌ترین شکایت‌ها در بین افراد مراجعه کننده به مراکز درمانی می‌باشد (۱). انجمن بین‌المللی مطالعه درد (International Association for the Study of Pain)، درد را یک تجربه حسی و روانی ناخوشایند که با آسیب احتمالی یا واقعی بافت در ارتباط است، تعریف می‌کند (۲). مشخصه اختلال درد، وجود درد در یک یا چند ناحیه از بدن و تمرکز فرد بر آن است و شدت درد به گونه‌ای است که کانون توجه بالینی قرار می‌گیرد. عوامل روان شناختی در پیدایش، شدت یا تداوم درد نقش حیاتی دارد و درد ایجاد شده سبب ناراحتی قابل ملاحظه، تخریب چشم‌گیر یا هر دوی آن‌ها می‌شود. بر مبنای یافته‌های پژوهشی متعدد، یکی از اصلی‌ترین عوامل روان شناسی تاثیرگذار بر اختلال درد مزمن مؤلفه ناگویی هیجانی (alexithymia) می‌باشد (۳). 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 بیرونی‌سازی و عینیت بخشی به هیجان‌ها می‌زنند و آن‌ها را در قالب‌های مختلف هم‌چون درد مزمن نشان می‌دهد. بر اساس یافته‌های پژوهشی شدت ناگویی هیجانی با شدت درد بیشتر و هم‌چنین اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن رابطه دارد (۴) و همبودی ناگویی هیجانی، افسردگی و اضطراب با درد مزمن در این بیماران روند بهبودی آن‌ها را دشوار می‌کند. لذا از متغیرهای مهمی که در خصوص درمان این بیماران باید مورد توجه قرار گیرد، سایر مشکلات همراه مثل ناگویی هیجانی و اضطراب می‌باشد (۵).

ترس و اضطراب از جمله هیجان‌ات منفی هستند که درد با آنها همبستگی مستقیم دارد. بر مبنای یافته‌های پژوهشی، بیماران مبتلا به درد مزمن سطوح بالاتری از علایم اضطراب را از خود نشان می‌دهند (۶). ترس از درد نقش مهمی در انتقال از درد حاد به مزمن ایفا می‌کند. یکی از سازه‌هایی که نقش مهمی در درد مزمن دارد، حساسیت اضطرابی (anxiety sensitivity) 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 زبان آور می‌باشد. افراد با حساسیت اضطرابی بالا، در مورد رویدادهای استرس‌زا دست به فاجعه‌سازی می‌زنند، در حالی که افراد با حساسیت اضطرابی پایین، این رویدادها را نامطلوب تلقی کرده، اما در مورد آنها فاجعه‌سازی نمی‌کنند، به این ترتیب ارزیابی فرد از یک موقعیت استرس‌زا در پیامدهای بعدی آن نقش تعیین کننده دارد (۷).

فاجعه‌آمیز کردن درد (pain catastrophizing) یکی دیگر از متغیرهایی است که می‌تواند پیش‌بینی کننده مزمن شدن درد و ناتوانی ناشی از آن باشد. فاجعه‌آمیز کردن درد فرد را با چرخه معیوبی که از ترس مرتبط با درد، گوش بزنگی، عاطفه منفی و اجتناب تشکیل شده است، روبرو می‌کند. اجتناب نیز موجب کاهش عملکرد جسمانی و اجتماعی، احساس ناتوانی و مشکلات روان شناختی می‌شود، که این پدیده‌ها به نوبه خود باعث می‌شود، تجربه فرد از درد شدت پیدا کند و دور باطل قبلی ادامه یابد (۸). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که فاجعه‌آفرینی ۱۳-۷ درصد واریانس مربوط با شدت درد را تبیین می‌کند. لذا این‌طور تصور می‌شود که فاجعه‌آمیز کردن درد با ناتوانی مرتبط با درد، شدت درد 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). هم‌چنین طبق برآورد سازمان جهانی سلامت، بیماری‌ها و دردهای مزمن اصلی‌ترین دلیل مرگ و میر و ناتوانی عمومی در سال ۲۰۲۰ خواهد بود و دو سوم تمام بیماری‌ها را به خود اختصاص خواهند داد. بنابراین توجه به این اختلال و استفاده از مداخله‌های مختلف به منظور کاهش علایم بیماری و برطرف کردن مشکلات روان شناختی همراه با آن از اهمیت زیادی برخوردار است. طی سال‌های متمادی پزشکان از روش‌های گوناگونی برای تسکین درد استفاده کرده‌اند. در حال حاضر روش‌های روان شناختی هم به صورت جداگانه و هم همراه با روش‌های پزشکی در درمان درد مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرد و پژوهش‌ها نشان دهنده کارآمدی درمان‌های روان شناختی است (۱۱). با توجه به اینکه هیجان و درد با هدف کاهش شرایط نامساعد، مکانیسم‌های یکسانی را راه‌اندازی می‌کنند، بهتر است از رویکردهای

مطالعه حاضر یک مطالعه تجربی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ تشکیل می داد. نمونه گیری در این پژوهش با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و داوطلبانه و طی دو مرحله صورت گرفت. به این ترتیب تعداد ۲۴ بیمار مبتلا به درد مزمن که در پرسش نامه ناگویی هیجانی ترونسو (۱۹۹۴) نمره بالای ۶۰ دریافت کرده بودند و ملاکهای ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و به طور تصادفی به گروه آزمایش و گروه کنترل گمارده شدند (در هر گروه $n=12$). معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: تشخیص قطعی اختلال درد مزمن توسط پزشک متخصص، کسب نمره بالای ۶۰ در پرسش نامه ناگویی هیجانی ترونسو، طول مدت ابتلای افراد به درد مزمن حداقل ۶ ماه، سطح تحصیلات بالاتر از سیکل و گروه سنی ۱۸ سال به بالا و تمایل و توانایی شرکت در جلسات درمانی به صورت آنلاین. ملاک های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسه های درمان بود.

پس از اجرای نمونه گیری و گمارش تصادفی آزمودنی ها به گروه آزمایش و گروه کنترل پیش آزمون به روش آنلاین (با توجه به همه گیری کووید ۱۹) از شرکت کنندگان گرفته شد. پس از آن گروه آزمایش درمان آنلاین هیجان مدار را در فضای اسکای روم به مدت ۱۲ جلسه هفتگی و هر جلسه ۹۰ دقیقه دریافت کردند. درمان هیجان مدار استفاده شده در پژوهش حاضر بر اساس مدل گرینبرگ و پاپیو (۱۷) می باشد که برای انجام پژوهش حاضر به صورت آنلاین 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 مداخله ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسه های درمان، پس آزمون و پس از گذشت دو ماه آزمون پیگیری به صورت آنلاین از هر دو گروه به عمل آمد. داده های حاصل از پژوهش در دوسطح توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر) و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح اطمینان برای آزمون فرضیه ها ۹۵٪ در نظر گرفته شد. در راستای رعایت ملاحظات اخلاقی هدف و روش اجرای مطالعه برای کلیه شرکت کنندگان به طور دقیق توضیح داده شد و از کلیه شرکت کنندگان رضایت نامه کتبی دریافت شد. لازم به ذکر است که پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شناسه

درمانی برای درمان این بیماران استفاده کرد که بر روی مسائل مربوط به هیجان متمرکز باشد (۱۰). درمان هیجان مدار (Emotion Focused Therapy) درمان مناسبی در این زمینه است. درمان هیجان مدار اولین بار توسط گرینبرگ (Greenberg) برای درمان افسردگی ارائه شد. این شیوه درمان، یک روش درمانی ساختار یافته، بر مبنای فلسفه اصالت هیجان و مبتنی بر تکنیک های تجربی می باشد و از جمله درمان های تاثیرگذار در حیطه روان فیزیولوژیکی به حساب می آید و تاثیر قابل قبولی در کاهش علائم جسمانی شده نظیر کمر درد و مشکلات گوارشی داشته است (۱۲). به گونه ای که یافته های پژوهشی مختلف بیانگر تاثیرگذاری درمان هیجان مدار بر بهبود سلامت عمومی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر (۱۳) و همچنین ارتقا کیفیت زندگی و بهبود ابعاد سلامت روان بیماران مبتلا به کهیر (۱۴) و اختلال روان تنی (۱۵) می باشد.

اختلال درد مزمن، ماهیت بسیار ناتوان کننده دارد و بنابراین مدیریت و درمان آن از اهمیت بالایی برخوردار است. درمان های دارویی موجود بیشتر جنبه های جسمانی و زودگذر بیماری را تحت تاثیر قرار می دهند، اما پیش نیاز درمان های جسمانی درد مزمن می تواند درمان های عاطفی و روان شناسی باشد، چرا که امروزه در تبیین و درمان بسیاری از بیماری های جسمی و به طور ویژه درد مزمن، دیگر الگوی زیست شناسی صرف که منشاء همه بیماری ها را نارسایی زیست شناسی معرفی می کند، استفاده نمی شود، بلکه سبب شناسی این اختلال ها در قالب نظریه های زیستی- روانی و اجتماعی توضیح داده می شود (۱۶). از سوی دیگر در خصوص بیماری درد مزمن متغیر های روانشناسی مختلف نظیر ناگویی هیجانی می تواند شدت درد، روند بهبودی و مقابله فرد با درد را تحت تاثیر قرار دهند. لذا انجام تحقیق در زمینه درمان های روان شناختی مؤثر بر این اختلال می تواند موجب کاهش مشکلات مربوط به آن شده و در کنار درمان دارویی نقش مؤثری در کاهش درد مزمن و علائم روان شناسی همراه با آن داشته باشد (۱۱). با توجه به مطالب فوق پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی در شهر اصفهان انجام گرفته است.

اهواز می باشد.

ابزار مورد استفاده در پژوهش عبارت بودند از پرسشنامه حساسیت اضطرابی و مقیاس فاجعه آمیز کردن درد. پرسشنامه حساسیت اضطرابی: این پرسشنامه توسط تیلور و کاکس (۱۸) در ۴ زیرمقیاس و ۳۶ ماده که در طیف لیکرت پنج درجه ای از صفر (بسیار کم) تا چهار (بسیار زیاد) نمره گذاری می شود، تهیه شد. نمرات کلی آزمودنی در دامنه صفر تا ۱۴۴ قرار می گیرد که نمرات بالا نشان دهنده حساسیت اضطرابی بالا در فرد است و نمرات نزدیک به صفر نشان دهنده حساسیت اضطرابی پایین در آزمودنی است. سازندگان پرسشنامه ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را بر اساس آلفای کرونباخ برای عامل ترس از نشانه های قلبی، معده ای و روده ای ۰/۹۲، برای عامل ترس از نشانه های تنفسی ۰/۸۷، برای عامل ترس واکنش های اضطرابی در مقابل جمع ۰/۸۲ و برای ترس از عدم کنترل شناختی ۰/۸۵ گزارش و روایی اعتبار ۰/۹۰ را برای این پرسشنامه گزارش کردند. در داخل کشور اعتبار این پرسش نامه بر اساس روش همسانی دورنی ۰/۹۳ و بر اساس روش بازآزمایی ۰/۹۵. بدست آمد (۱۹). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۳۶ سوالی

برابر ۰/۸۸۶ بدست آمد.

مقیاس فاجعه آمیز کردن درد: توسط سالیوان و همکاران (۲۰) تهیه شده و دارای ۱۳ سوال و ۳ خرده مقیاس نشخوار ذهنی، بزرگ نمایی و درماندگی می باشد و براساس طیف ۵ درجه ای لیکرت (۰ تا ۴) نمره گذاری می شود می باشد. نمرات کلی آزمودنی در دامنه صفر تا ۵۲ قرار می گیرد که نمرات بالا نشان دهنده میزان فاجعه آمیز کردن درد بالا در فرد و نمرات نزدیک به صفر نشان دهنده فاجعه آمیز کردن درد پایین در آزمودنی است. در پژوهش سالیوان و همکاران خرده مقیاس نشخوار ذهنی، بزرگ نمایی و درماندگی به ترتیب ۴۱ درصد، ۱۰ درصد و ۸ درصد از واریانس کل تشکیل می داد و ضریب آلفا برای خرده مقیاس نشخوار ذهنی برابر با ۰/۸۷ و برای بزرگ نمایی برابر با ۰/۶۰ و برای درماندگی برابر با ۰/۷۹ و برای کل مقیاس برابر با ۰/۷۸ بود. در پژوهش محمدی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برای خرد مقیاس نشخوار ذهنی ۰/۶۵ و برای بزرگ نمایی ۰/۵۳ و برای درماندگی ۰/۸۱ و برای نمره کل مقیاس ۰/۸۴ به دست آمد (۲۱). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای پرسشنامه ۲۰ سوالی برابر ۰/۸۹۵ محاسبه شد.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمان گروهی هیجان مدار گرینبرگ و پاپیو (۱۹۹۷)

مرحله اول: پیوند، توافق و آگاهی	
جلسه اول	<ul style="list-style-type: none"> - معارفه درمانگر و اعضای گروه - بیان اهداف و قوانین گروه - توضیح درمورد فرایند کلی درمان هیجان مدار و منطق کار با هیجانها - توضیح در خصوص اهمیت پذیرش و همدلی صادقانه و ترغیب اعضا برای ایجاد یک فضای امن - توضیح درمورد اختلال درد مزمن و ناگویی هیجانی - گرفتن پیش آزمون
جلسه دوم	<ul style="list-style-type: none"> - تشویق اعضا به صحبت کردن درباره مسئله ای که برای حل و فصل آن وارد گروه شده اند. - تشویق اعضا به صحبت کردن در مورد احساسات و هیجانها. - ارائه توجه متمرکز شده، حمایت- اعتبار بخشی و همدلی با احساسات ناخوشایند اعضا. - گسترش آگاهی از تجربه های درونی.
جلسه سوم	<ul style="list-style-type: none"> - شناسایی تمرکزهای کاردرمانی یعنی شرایط ایجاد و فرایندهای زیربنایی مشکلات هیجانی مراجعان و صورت بندی اشتراکی ضمنی یا آشکار در مورد تمرکز درمان برای تک تک اعضا.
مرحله ی دوم: فراخوانی، کاوش و کشف	
جلسه چهارم و پنجم	<ul style="list-style-type: none"> - برانگیختن احساسات ناخوشایند و تجربه های دردناک اعضا به طور زنده در جلسه ی درمان. - توجه به اجتنابها، وقفه ها و تخریب های هیجانی و خنثی سازی آن ها با استفاده از تکنیک های متمرکز بر هیجان در این مدل درمانی.
جلسه ششم و هفتم	<ul style="list-style-type: none"> - کمک به اعضا برای دستیابی به احساسات اولیه یا طرحواره های هیجانی ناسازگار بنیادین. - ترغیب اعضا جهت پذیرش هیجانها اولیه و طرحواره های هیجانی بنیادین.
مرحله سوم: تغییر و بازسازی هیجانی	

جلسه هشتم و نهم	- ادامه تمرکز بر پذیرش هیجانات اولیه و طرحواره‌های هیجانی ناسازگار بنیادین - چالش با عقاید ناسازگارانه و پذیرش و تسهیل بازسازی طرحواره هیجانی - ترغیب پذیرش نیازها
جلسه دهم و یازدهم	- کمک به ایجاد پاسخ‌های هیجانی جدید برای تفسیر تغییر طرحواره‌های هیجانی بنیادی. - کمک به اعضا برای خلق معنای جدید و با سازماندهی خود. - ترغیب اعضا به امتحان کردن بیان احساسات و نیازها به یکدیگر در فضای امن گروه. - حمایت و اعتبار بخشیدن به ظهور قابلیت‌های خود تأییدی، خودآرام‌بخشی، خود همدلی و تنظیم عاطفه. - ترغیب به انتقال تغییرات ایجاد شده به خارج از محیط گروه.
جلسه دوازدهم	- کمک به تحکیم وضعیت و آموخته‌های جدید. - صحبت درباره موانع، پسرقت‌ها و شرایطی که ممکن است در آینده پیش‌آمده و در دستاوردهای مثبت درمانی تداخل کند و همچنین نحوه‌ی کنار آمدن و حل‌وفصل آن‌ها. - صحبت درباره پایان درمان و ابراز پردازش احساسات حول محور آن. - گرفتن پس‌آزمون

یافته‌ها

وضعیت فرهنگی اجتماعی 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.

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 هیجان مدار 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 شامل وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و

جدول ۲: اطلاعات توصیفی متغیر حساسیت اضطرابی در پیش-آزمون، پس-آزمون و پیگیری در میان افراد گروه نمونه

متغیر	مرحله	گروه آزمایش (درمان هیجان مدار)		گروه کنترل	
		تعداد	میانگین	تعداد	میانگین
پیش‌آزمون حساسیت اضطرابی	پیش‌آزمون	۱۲	۸۶/۶۶	۱۲	۳/۲۰
	پس‌آزمون	۱۲	۷۶/۶۶	۱۲	۳/۴۹
پیگیری فاجعه آمیز کردن درد	پیگیری	۱۲	۷۷/۱۶	۱۲	۳/۳۵
	پیش‌آزمون	۱۲	۴۳/۲۵	۱۲	۱/۵۶
پیگیری	پس‌آزمون	۱۲	۳۲/۸۳	۱۲	۱/۲۶
	پیگیری	۱۲	۳۲/۶۶	۱۲	۱/۴۱

آمار دیگری دارای یک سری مفروضه است که قبل از انجام تحلیل 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 - اسپیرونف، همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین و همسانی ماتریس واریانس - کوواریانس‌ها با آزمون باکس 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

نتایج حاصل از جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین متغیر حساسیت اضطرابی در گروه کنترل در اندازه‌گیری اول برابر ۱۰۴/۷۵ و در اندازه‌گیری دوم برابر ۱۰۳/۳۳ است. در حالی که میانگین این متغیر در گروه آزمایش اول قبل از آموزش برابر ۸۶/۶۶ است و بعد از آموزش به میزان ۷۶/۶۶ کاهش یافته است و میانگین متغیر فاجعه آمیز کردن درد در گروه کنترل در اندازه‌گیری اول برابر ۴۵/۸۳ و در اندازه‌گیری دوم برابر ۴۵/۰۸ است. در حالی که میانگین این متغیر در گروه آزمایش قبل از آموزش برابر ۴۳/۲۵ است و بعد از آموزش به میزان ۳۲/۸۳ کاهش یافته است. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نیز مانند هر آزمون

در ارزیابی نتایج براساس عامل زمان از آزمون گرینهاوس-گیسر در تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. جدول ۳ نتایج آزمون گرینهاوس-گیسر جهت ارزیابی تاثیر زمان و عضویت گروهی بر متغیرهای پژوهش را نشان می دهد.

جدول ۳: نتایج آزمون گرینهاوس-گیسر جهت ارزیابی تاثیر زمان و عضویت گروهی بر متغیرهای پژوهش

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

برای نمرات متغیرها در آزمودنی‌ها تاثیر معناداری را نشان می دهد.

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس جهت مقایسه گروه های مورد مطالعه در نمرات متغیرهای پژوهش در سطوح مختلف را نشان می دهد.

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

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

مدار بر حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی اثربخش است. پژوهشی که دقیقاً شبیه به پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد در بیماران مبتلا به درد مزمن پرداخته باشد، توسط پژوهشگر بدست نیامد، اما پژوهش حاضر به طور غیرمستقیم در داخل کشور با پژوهش شریفی و همکاران (۲۲) که به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر حساسیت اضطرابی کارکنان آتش نشانی پرداخته و نشان داد آموزش تنظیم هیجان می تواند موجب کاهش حساسیت اضطرابی و افکار فاجعه آمیز در کارکنان شود و همچنین در خارج کشور با پژوهش شاهار (۲۳) که اثر بخشی درمان هیجان مدار را بر بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی مورد بررسی قرار داد و نشان داد که درمان هیجان مدار با قرار دادن بیماران در معرض تجارب عاطفی سازگارانه جدید، مانند

از طریق آزمون کرویت موشلی (Mauchly's Test of Sphericity) بررسی می شود.

در پژوهش حاضر سطح معناداری آماره موشلی برای نمرات حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد کمتر از ۰/۰۵ کمتر بوده و در نتیجه فرض صفر رد شده ($P < 0.05$)، لذا

نتایج جدول ۳ حاکی از آنست که بین میانگین‌های متغیر حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد در دفعات مختلف اندازه گیری تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر نمرات این دو متغیر در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون تفاوت معنادار داشته است. همچنین اثر تعاملی بین عامل زمان ارزیابی و عضویت گروهی

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می شود بین میانگین‌های تعدیل شده متغیر حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$)، لذا می توان گفت در مجموع بین دو گروه در نمرات حساسیت اضطرابی تفاوت معناداری وجود دارد. به این ترتیب نتیجه گرفته می شود که درمان هیجان مدار بر حساسیت اضطرابی، فاجعه آمیز کردن درد در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی اثربخش است یعنی با اطمینان ۹۵ درصد فرض پژوهش تایید می گردد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل داده ها نشان داد که درمان هیجان

طرح‌های هیجانی می‌باشد. این درمان از مراحل مختلفی تشکیل شده است، یکی از این مراحل آگاهی هیجانی است. در این مرحله بیماران یاد می‌گیرند به‌جای سرکوب نمودن هیجانات خود و یا مغلوب ساختن آن‌ها بر وجود هیجانات خودآگاه شوند و تلاش کنند تجربه خود را هر چه عمیق‌تر دریافت کنند. بیماران در طول جلسات درمان درمی‌یابند هیجانات الزامات ترسناک و پایدار نیستند، پس می‌توان به‌جای فرار از آن‌ها با درگیر شدن با آن‌ها پیام ضمنی شان را شنید پس درمان هیجان مدار این قابلیت را به بیماران می‌دهند تا با استفاده از آگاهی هیجانی بتوانند هیجانات منفی مثل اضطراب را بپذیرند، با آن مواجه شوند و آن را کنترل کنند و میزان سازگاری خود را بالا ببرند و به این ترتیب میزان ناگویی هیجانی و نیز میزان حساسیت اضطرابی در فرد کاهش می‌یابد. بیماران در جریان درمان هیجان مدار با هیجانات اولیه، ثانویه و ابزاری آشنا می‌شوند، تشویق می‌شوند که هیجانات خود را شناسایی و نام‌گذاری کنند و در مورد احساسات و هیجانات خود صحبت کنند (۱۷) و به این ترتیب با افزایش توانایی بیماران در شناسایی و نام‌گذاری هیجانات خود، صحبت کردن از آنها و تمایز ایجاد کردن بین آن‌ها و حس جسمانی ناشی از برانگیختگی، میزان ناگویی هیجانی بیماران کمتر می‌شود. مجموعه این عوامل در کنار افزایش پذیرش هیجانی و کاهش اجتناب، موجب کاهش حساسیت اضطرابی در بیماران می‌شود و می‌توان گفت به علت ماهیت درمان هیجان مدار در سازماندهی مجدد طرح‌های هیجانی و افزایش دانش و سواد هیجانی، نتایج درمان تا مرحله پیگیری ادامه داشته است. همچنین در تبیین اثر بخشی درمان هیجان مدار بر فاجعه آمیز کردن درد در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی می‌توان به افزایش آگاهی هیجانی به عنوان اولین و مهمترین هدف درمان هیجان مدار اشاره کرد. افزایش آگاهی هیجانی از طریق تکنیک‌های درمانی مختلف که در درمان هیجان مدار استفاده می‌شود، در طی جلسات درمان اتفاق می‌افتد و اولین قدم در رسیدن به آگاهی هیجانی، پذیرش هیجان‌ها در مقابل اجتناب از آن‌هاست. به این ترتیب فرد در طی درمان یاد می‌گیرد که توجه خود را به علایم درونی و بیرونی ناشی از هیجان معطوف کند و اطلاعات حاصله را به شیوه شناختی پردازش کند. بیمار به‌جای سرکوب درد و احساسات و افکار مرتبط با آن، به مشاهده آن پرداخته و به آن‌ها اجازه می‌دهد

تقویت خشم سازگارانه و شفقت به خود باعث کاهش حساسیت اضطرابی و سایر علایم اختلال در بیماران می‌شود و نیز با پژوهش تیمولاک و همکاران (۱۲) که در یک کارآزمایی بالینی اثربخشی درمان هیجان مدار را بر روی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مورد بررسی قرار داد و نشان داد که این درمان می‌تواند بسیاری از علایم جسمانی مربوط به اختلال اضطرابی مانند گرفتگی و دردهای عضلانی، اجتناب، حساسیت اضطرابی و افکار فاجعه آمیز را در بیماران کاهش دهد، همسو می‌باشد.

در تبیین اثربخشی درمان هیجان مدار بر حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی می‌توان به نقش عوامل گوناگون از جمله بی‌نظمی هیجانی، عدم پذیرش هیجانات و اجتناب از احساس‌های درونی در پیدایش حساسیت درونی اشاره کرد. این عوامل موجب می‌شود که افراد با حساسیت اضطرابی بالاتر محرک‌های تحریک‌کننده بیشتری را ادراک کنند و رفتارهای ناشی از اجتناب و مقابله در آن‌ها بیشتر باشد، در تنظیم هیجانات خود مشکل داشته و در پذیرش و شناسایی هیجان‌های خود ناتوان باشند و در موقعیت‌های هیجانی مبهم، هیجان‌های منفی بیشتری را از خود نشان دهند (۲۴). این در حالی است که یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که در نهایت آنچه باعث می‌شود حساسیت اضطرابی به سمت آسیب‌شناسی روانی سوق پیدا کند، تا حدودی بستگی به این دارد که افراد چگونه نشانه‌های فیزیکی، شناختی، روانی و رفتارهای اضطرابی را نظارت و مدیریت می‌کنند. به عبارت دیگر تا زمانی که افراد بتوانند شناخت‌ها و حالت‌های عاطفی منفی خود را بدون اجتناب از آن‌ها بپذیرند، وجود حساسیت اضطرابی نمی‌تواند به‌تنهایی مشکل‌آفرین باشد. در واقع، اگر فرد دارای حساسیت اضطرابی بالا بتواند توانایی بیشتری در پذیرش حالات هیجانی و افکار منفی خود پیدا کند، بهتر می‌تواند از افزایش تجارب اضطرابی خود ممانعت کند و پذیرش هیجانی فرد را قادر می‌سازد تا به واسطه توجه به موقعیت اضطراب‌آور، ادراک منطقی و واقع‌تری از سطوح تهدید شخصی بدست آورد (۲۵). لذا اگر افراد با حساسیت اضطرابی بالا بتوانند یاد بگیرند که حالات، افکار و هیجانات آزاردهنده خود را بپذیرند، میزان اجتناب آن‌ها کمتر شده و به این ترتیب میزان حساسیت اضطرابی نیز کاهش می‌یابد. درمان هیجان مدار، یک درمان کوتاه‌مدت و نظام‌دار است که متمرکز بر فعال‌سازی و سازماندهی مجدد

هیجانی در درمان هیجان مدار است برای تبیین اثرگذاری درمان هیجان مدار در کاهش فاجعه‌آمیز کردن درد بیماران مبتلا درد مزمن با ناگویی هیجانی، می‌توان به تنظیم هیجان (اصل دوم در پردازش هیجانی) نیز اشاره کرد. ناتوانی فرد در تنظیم هیجان باعث می‌شود که فرد تحریک درد را بی نهایت تهدیدکننده ارزیابی کند و به بزرگ‌نمایی و نشخوار ذهنی در مورد آن‌ها پردازد و فاجعه‌انگاری کند (ارزیابی اولیه)، سپس در مقابل درد، احساس درماندگی کرده و در مقابله کردن با درد ناتوان شود (ارزیابی ثانویه) و به این ترتیب ناتوانی در تنظیم هیجان، که از ویژگی‌های اصلی بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی است، می‌تواند از طریق فاجعه‌پنداری درد تجربه درد را افزایش دهد (۲۷). لذا تسلط فرد بر فرایندهای نظم‌جویی هیجان و مدیریت آن‌ها موجب می‌شود که فرد بتواند واکنش‌های هیجانی خود را کنترل و ارزیابی کند و یا حتی در صورت لزوم تغییر دهد تا بتواند در راستای دستیابی به اهدافش عملکرد بهتری داشته باشد. بیماران مبتلا به درد مزمن با فراگیری تنظیم هیجانی می‌توانند به درد خود تسلط یابند، احساسات بدنی خود را ادراک کنند، اشتغال ذهنی زیادی با درد نداشته باشند، و قادر خواهند بود هم بر هیجان خود و هم بر درد خود تسلط پیدا کنند و فاجعه‌انگاری درد تا حد زیادی در آن‌ها کاهش می‌یابد (۲۸).

نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج این مطالعه نشان داد که درمان هیجان مدار بر حساسیت اضطرابی و فاجعه‌آمیز کردن درد در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی اثربخش است. درمان هیجان مدار با به کار بردن تکنیک‌های مختلف به افراد مبتلا به درد مزمن کمک نموده تا حالات روان‌شناختی، فیزیولوژیکی و هیجانی خود را بیشتر بپذیرند و هیجانات خود را به درستی تنظیم کنند و به این ترتیب از میزان اجتناب و بزرگ‌نمایی آن‌ها کاسته شده و حساسیت اضطرابی و فاجعه‌آمیزی درد کمتری را ادراک می‌کنند. به عبارت دیگر در طی درمان هیجان مدار بیماران مبتلا به درد مزمن می‌توانند بدون تلاش برای کنترل تجارب منفی‌شان، آن‌ها را بپذیرند و در ارتباط با آن‌ها به شیوه‌ای که از لحاظ شخصی برای آن‌ها معنادار است، عمل کنند، لذا کارکرد بهتر و رنج کمتری را تجربه می‌کنند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر اجرای آن بر روی بیماران

که همان‌گونه که هستند، بمانند. با توسعه توجه پایدار و آگاهی غیر قضاوتی و غیرواکنشی، دامنه‌ی گسترده‌ای از عرصه‌های گوناگون از قبیل تعادل هیجانی، تغییر در خود قضاوتی و بهبود آن، خودآگاهی و در نهایت تنظیم رفتاری، تحت تاثیر قرار خواهد گرفت و بهبود در هر یک از این حوزه‌های کاربردی می‌تواند به‌طور بالقوه فشار روانی را کاهش دهد. لذا فرد انجام واکنش‌های هیجانی قضاوتی و تحلیلی از روی عادت را نسبت به موضوع مورد توجه (درد) محدود و قطع کرده و با آگاهی بیشتری به مسائل زندگی پاسخ می‌دهد و میزان خطای شناختی فاجعه‌آمیز کردن درد کاهش می‌یابد (۲۶).

در واقع به‌نظر می‌رسد تغییرات درمانی ایجاد شده به واسطه درمان هیجان مدار ناشی از به کار بردن تکنیک‌هایی است که در طی آن به افراد مبتلا به درد مزمن کمک نموده تا حالات روان‌شناختی، فیزیولوژیکی و هیجانی خود را بیشتر بپذیرند و به این ترتیب از میزان اجتناب و بزرگ‌نمایی آن‌ها کاسته شده و فاجعه‌آمیزی درد کمتری را ادراک می‌کنند. در بیماران مبتلا به درد مزمن، فعالیت‌هایی که موجب ایجاد درد در این افراد می‌شود، به‌عنوان محرک نفرت‌انگیز و منفی در نظر گرفته می‌شود و افراد با در نظر گرفتن پیامدهای این فعالیتها و انتظاراتی که در رابطه با ایجاد یا افزایش درد در طی انجام آنها دارند، از انجام این فعالیت‌ها امتناع می‌کنند. پس ارتباط قوی و مثبتی بین درد با باورهای منفی و استفاده نکردن از عضو درگیر توسط بیمار و به‌دنبال آن عدم فعالیت خواهد بود (۱۰). حالا پذیرش هیجانات منفی، مواجهه شدن با آن‌ها، خلق معنای شخصی تازه که در طی درمان هیجان مدار و در مسیر پردازش هیجانی اتفاق می‌افتد، به‌عنوان انگیزه‌ای برای رفتار عمل می‌کند و باعث تسهیل پذیرش تجارب و احساسات دردناک می‌شود. در واقع وقتی فرد در جریان پردازش هیجانی مطرح‌شده در درمان هیجان مدار، به نیازها زیربنای خود می‌رسد و فضای جدیدی برای تجربیات دردناک خود پیدا می‌کند، تغییرات مثبتی در خود (self) ایجاد می‌کند و توانمندتر می‌شود، درد را بهتر تحمل کرده و به عملکرد خوب و احساس خوب بودن می‌رسد و به این ترتیب درد ناشی از بیماری خود را قبول کرده و فاجعه‌انگاری کمتری را تجربه می‌کند و سازماندهی مجدد خود می‌تواند موجب تداوم نتایج درمان تا مرحله پیگیری باشد. علاوه بر آگاهی و پذیرش هیجان که اصل اول پردازش

بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی و نیز با توجه به سایر یافته‌های پژوهشی مبنی بر تاثیر درمان‌های روان شناختی 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 از جمله درمان هیجان مدار به منظور کاهش مشکلات روان‌شناختی همبود، کاهش حساسیت اضطرابی، فاجعه‌آمیز کردن درد استفاده کنند.

سیاسگزاری

از کلیه افرادی که در انجام این پژوهش به ما یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که در نگارش این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود نداشته است.

References

1. Kiani S, Sabahi P, Makvand Hosaini S, Rafienia P, Alebouyeh M, 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.
2. Anvari M, Ebrahimi A, Neshatdoost H, Afshar H, Abedi A, 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.
3. Bottiroli S, Galli F, Viana M, Sances G, Allena M, Ghiotto N, & et al. Alexithymia and chronic migraine with medication overuse what relationship. *The Journal of Headache and Pain*. 2015 ; 16(1): 150-162. <https://doi.org/10.1186/1129-2377-16-S1-A150>
4. Aaron RV, Fisher EA, De lavega R, Lamley MA, Palermo TM. Alexithymia in individuals With chronic pain and its relation to pain intensity physical interference, depression and anxiety: a systematic review and meta

analysis. *Pain*. 2019 ;16(5): 994-1006. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001487>

5. Sariaho AS, Sariaho Th, Mattila AK, Oh tonen P, Joukamaa M.L, Karukivi, M. Alexithymia and depression in the recovery of chronic pain: a follow up study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2017; 71(4): 262-269. <https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1275782>
6. Song Y, Lu H, Chen H, Geng G, Wang J. Mind fullness intervention in the management of chronic pain and psychological comorbidity: a meta-analysis- International. *Journal of Nursing Sciences*. 2014; 1(2): 215-23. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.05.014>
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 . <https://doi.org/10.1002/da.22948>
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. <https://doi.org/10.1080/16506073.2013.769621>
9. Suso- Ribera C, Carcia- Palacios A, Botella

- C, Ribera- Canudas M V. Pain catastrophizing and its relationship with Health outcomes: does pain intensity matter. *Pain Research & Management*. 2017; 32(8):1- 8. <https://doi.org/10.1155/2017/9762864>
10. Amini-Fasakhoudi M, Mahmoud Alilou M, 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) :539-550.
 11. Mostafaie A, Zare H, Alipour A, Farzad V, 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.
 12. Timulak L, Keogh D, Chigwe D, Wilson C, Ward F, Hevey F, Griffin P, Jacobs L, Irwin D. A comparison of emotion- focused therapy and cognitive- behavioural therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2019; 19(1): 506-516. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2892-0>
 13. Haghayegh S A, Adibi P, Davazdahemami M H, Efficacy of emotion focused therapy on quality of life and sleep in irritable bowel syndrome, *Govaresh Journal*, 2015;20(3):185-192.
 14. Bahreinian Z, Sanagouye Moharer G, Effectiveness of emotional-focused therapy on pain acceptance and the mental health dimensions among patients with urticarial, *Community Health*, 2020;7(2):201-210.
 15. Walsh S R. Emotion focused couple therapy as a treatment of somatoform disorder: an outcome study. dissertation submitted to the faculty of the Virginia Polytechnic Institute & State University in partial fulfillment of the requirements for degree of doctor of philosophy in Human Developmental marriage & Family Therapy Program.2002.
 16. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelinck B, Munizozza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: A systematic review. *Archives of General Psychiatry*. 2004; 61(7), 714-719. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.7.714>
 17. Greenberg L, Paivio SC. Working whit emotions in psychotherapy (vol. 913). Guilford press; 1997.
 18. 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. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(98\)00028-0](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(98)00028-0)
 19. Miradimanesh F, Mirjafari S A, Goodarzi M A, Mihamadi N, Evaluation of psychometric properties of the revised anxiety sensitivity index (ASIR), *Journal of Psychology* , 2004; 11(4): 426 - 46.
 20. Sullivan M J L, Bishop S, Pivik G. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 1995; 7(4): 524 - 535. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524>
 21. Mohamadi S, Dehghani M, Heidari M, Sedaghat M, Khatibi A, The evaluation of pain - related psychological similarities among patient with musculoskeletal chronic pain and their spouses. *International Journal of Behavioral Sciences*, 2013; 7(1): 57 - 63.
 22. Sharifi N, Basharpour S, Narimani M, Sobhi Gharamlaki N, Comparing the effectiveness of resiliency training and emotion regulation on perceived stress and anxiety sensitivity in firefighting staff. *Journal of Clinical Psychology*. 2021;12(4 (48)):103-113.
 23. Shahar, B. New developments in emotion focused therapy for social anxiety disorder. *Journal of Clinical Medicine*. 2020; 9 (9), 239- 248. <https://doi.org/10.3390/jcm9092918>
 24. Zvolensky M J, Bakh shaie J, Garza M, Paulus DJ, valdivieso J, Bogiaizia D, Robles Z, Schmidt NB, vujauovic A. Anxiety sensitivity and mindful attention in term of anxiety and depressive symptoms and disorders among italion in primary care. *Psychiatry Research*. 2015; 229: 245- 251. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.026>
 25. Van Vliet K J, Foskett AJ, Williams JL, Singhal A, Dolcos F, Vohra S. Impact of a mindfulness-based stress reduction program from the perspective of adolescents with serious mental health concerns. *Child and Adolescent Mental Health*. 2017; 22(1): 16-22. <https://doi.org/10.1111/camh.12170>
 26. Manshaee G, haji mohammad kazemi S, Ghamarani A, The effectiveness of therapy based on quality of life promotion model on pain catastrophizing in female patients with fibromyalgia ,*Quarterly Journal of Health Psychology*, 2019; 10 (2) :42-54.
 27. Marroquin B. Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical Psychology Review*. 2015;31 (8): 1276-1290. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.09.005>