

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۷، شماره ۴، تابستان ۱۳۹۶

## کارایی تکنیک‌های مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش فاجعه آمیز کردن درد در بیماران با سبک دلبستگی دلمشغول دارای درد مزمن عضلانی-اسکلتی



مریم امینی فسخودی\*<sup>۱</sup>، دکتر مجید محمود علیلو<sup>۲</sup>، دکتر کارینه طهماسیان<sup>۳</sup>، دکتر عباس بخشی پور رودسری<sup>۴</sup>

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تبریز

۲. استاد دانشگاه تبریز- دکتری تخصصی روانشناسی بالینی

۳. استادیار دانشگاه شهید بهشتی- دکتری تخصصی روانشناسی بالینی

۴. استاد دانشگاه تبریز- دکتری تخصصی روانشناسی بالینی

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱/۲۹

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۶/۲/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۶/۱۴

### چکیده

**زمینه و هدف:** هدف از تحقیق حاضر بررسی اثربخشی تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش فاجعه آمیزی درد در بیماران با سبک دلبستگی دل مشغول مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی بود.

**مواد و روش‌ها:** این طرح پژوهشی بر پایه طرح خط پایه چندگانه انجام شد. پروتکل درمان در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بر روی ۲ بیمار زن مبتلا به کمر درد مزمن اجرا شد. همچنین ۲ جلسه خط پایه و یک جلسه پیگیری ۱ ماهه نیز وجود داشت. پرسشنامه‌های مقیاس‌های روابط (RSQ) و فاجعه آمیزی (PCQ) در جلسات خط پایه، پنجم، هفتم، نهم، یازدهم، چهاردهم و پیگیری، توسط آزمودنی‌ها تکمیل شدند. نتایج درمان از طریق روش ترسیم دیداری، درصد بهبودی و اندازه اثر تحلیل شد.

**نتایج و یافته‌ها:** نتایج نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش فاجعه آمیزی به عنوان یک رفتار دلبستگی در بیماران با سبک دلمشغول موثر است و این اثرات به میزان زیادی در مرحله پیگیری نیز در بیماران باقی می‌ماند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** به‌کارگیری درمان‌های روان شناختی در کنار درمان دارویی در درمان بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی موثر است.

**کلمات کلیدی:** رفتاردرمانی دیالکتیکی، درد مزمن عضلانی-اسکلتی، فاجعه آمیزی و سبک دلبستگی دلمشغول

### مقدمه

می‌کشد. بنابراین معیارهای انجمن بین‌المللی درد، این زمان برای اهداف پژوهشی حداقل ۳ ماه و برای اهداف بالینی ۶ ماه تعیین شده است<sup>(۱)</sup>. این نوع درد تا حد زیادی بر عملکرد روزانه و حرفه‌ای فرد مبتلا اثر منفی می‌گذارد و علاوه بر درمان‌های دارویی و پزشکی نیازمند مداخلات روان شناختی جهت پیشگیری از افت کارکرد و

دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی یکی از مهمترین مشکلات مربوط به سلامتی در بسیاری از کشورها هستند و اثرات قابل توجهی بر ناتوانی، مرخصی‌های کاری و ترک کار به خاطر ناتوانی دارند<sup>(۱)</sup>. درد مزمن دردی است که دوره بهبودی آن بیش از زمان معمول و مورد انتظار طول

نویسنده مسئول: مریم امینی فسخودی، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز

پست الکترونیک: amini.maryam329@gmail.com

ناتوانی جسمانی و روانی می‌باشد<sup>(۷)</sup>. علیرغم سطوح نسبتاً مشابه شدت درد، افراد با تجربه درد سطوح متفاوتی از محدودیتهای فیزیکی، هیجانی، درماندگی و ناتوانی را نشان می‌دهند<sup>(۸)</sup>. تحقیقات زیادی بر روی عوامل روانی-اجتماعی به عنوان متغیرهای آسیب پذیری نسبت به درد مزمن صورت گرفته است. این متغیرها مانند فاجعه‌آمیزی (Catastrophizing) پیش بینی کننده مزمن شدن درد و ناتوانی ناشی از آن هستند<sup>(۹)</sup>. فاجعه‌آمیزی یک تمرکز اغراق‌آمیز منفی روی درد، درماندگی و پیامدهای منفی ناشی از آن می‌باشد<sup>(۱۰)</sup>. عوامل زیادی در فاجعه‌آمیز کردن درد نقش دارند. برخی بیماران به منظور اجتناب از انجام مسئولیت‌ها و برانگیختن حمایت و توجه دیگران به فاجعه‌آمیز کردن درد خود می‌پردازند. ممکن است پاسخ‌های همدلانه یا حمایتی دیگران به تقویت و حفظ فاجعه‌آمیزی و دیگر رفتارهای مربوط به درد بینجامد<sup>(۱۱)</sup>. برای مثال، بیماران در حضور همسران خود برای مدت طولانی‌تری دست به فاجعه‌آمیزی کردن درد خود می‌زنند<sup>(۱۲، ۱۳)</sup>. طبق نظر برخی محققان، افرادی که دست به فاجعه‌آمیزی در خود می‌زنند، به دنبال جلب حمایت و همدلی دیگران مهم (افراد مهم زندگی) برای غلبه به دردشان هستند، به عبارت دیگر آنها فاجعه‌آمیزی را به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان به کار می‌برند<sup>(۱۴)</sup>. در واقع، برخی تحقیقات فاجعه‌آمیزی را یک راهکار غلبه‌ای متمرکز بر هیجان تعریف کرده‌اند<sup>(۱۵، ۱۶)</sup>. درد به عنوان یک استرسور مهم، فشار زیادی بر سیستم تنظیم هیجان فرد وارد می‌کند و با فعال کردن آن موجب مزمن شدن درد می‌شود<sup>(۱۷)</sup>. دو دهه پیش نظریه دلبستگی به عنوان یک چارچوب نظری مهم برای تنظیم هیجان به کار رفت<sup>(۱۸)</sup>. بر اساس این نظریه، تجربیات بین فردی اولیه با تصاویر دلبستگی (مراقبان اصلی) موجب رشد الگوهای کاری درونی (Internal Working Model) از خود و دیگران (سبک‌های دلبستگی) می‌شود که در روابط بعدی فرد با دیگران و به هنگام مواجهه با موقعیت‌های استرس‌آمیز، به تنظیم هیجان فرد کمک می‌کنند. یکی از این

موقعیت‌های استرس‌آمیز، درد است که با فعال کردن رفتارهای دلبستگی موجب تقرب جویی افراد به تصاویر دلبستگی می‌شود؛ سپس این تصاویر با فراهم کردن یک پایگاه امن فیزیکی و هیجانی، به تنظیم هیجان فرد کمک می‌کنند<sup>(۱۹)</sup>. برای اولین بار کلب (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، نالیدن، مراجعه مکرر به پزشک، سوالات مکرر درباره بیماری، تقاضای کمک و حمایت، تقرب جویی 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<sup>(۲۰)</sup>. برخی محققان معتقدند، رفتارهای مربوط به درد در بیماران مبتلا به درد مزمن، می‌تواند شکلی از تروماهای حل نشده دوران کودکی آنها باشد<sup>(۲۱)</sup>. در واقع، شباهت‌هایی در واکنش افراد به جدایی از دیگران (افراد مهم زندگی) و شکایت مربوط به درد وجود دارد. این یافته‌ها حاکی از این 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<sup>(۲۲)</sup>. از طرفی، در تحقیقات متعدد، رابطه قوی بین فاجعه‌آمیزی با دلبستگی اضطرابی یا همان سبک دل مشغول (Preoccupied) گزارش شده است<sup>(۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱)</sup>. نتایج مطالعه‌ای نشان داد که افراد اجتنابی در غیاب دیگران ادراک درد کمتری داشتند در حالیکه، افراد اضطرابی (دل‌مشغول) در حضور دیگران ادراک درد کمتری گزارش کردند؛ زیرا حمایت و همدلی دیگران خصوصاً در مراحل اولیه درد، به ادراک کمتر درد در این افراد کمک می‌کند<sup>(۲۳)</sup>. در یک مدل با نفوذ از سبک‌های دلبستگی، افراد با سبک دل مشغول دارای دیدگاه منفی از خود و دیدگاه مثبت از دیگران هستند و بر روی پیوستار دلبستگی، نمرات بالایی در بعد اضطراب و نمرات پایینی در بعد اجتناب می‌گیرند<sup>(۲۴)</sup>. این افراد تمایل زیادی به اغراق کردن نیازهای دلبستگی دارند

<sup>(۲۹)</sup> برخی یافته‌ها، حاکی از اثربخشی DBT در افزایش ایمنی دلبستگی است<sup>(۳۰)</sup>. ذهن‌آگاهی به‌عنوان مهمترین تکنیک این درمان، حالت و کیفیتی از آگاهی می‌باشد که هشیاری را به طور فعال درگیر تجربیات مربوط به زمان حال می‌کند تا از دلبستگی به این تجربیات رها شود، بدون آنکه درباره آنها قضاوت کند یا برای تغییر دادن آنها تلاش کند<sup>(۳۱)</sup>. در واقع، ذهن‌آگاهی با توجه کردن به تجربیاتی که لحظه به لحظه اتفاق می‌افتد، سطوح آگاهی را گسترش می‌دهد و به رشد روابط سالم از طریق تغییر دادن الگوهای معیوب تفکر و احساسات، کمک می‌کند که این دو عملکرد ذهن-آگاهی به منظور تقویت دو عملکرد مهم ایمنی دلبستگی، یعنی کمک به رشد انعطاف‌پذیری فرایندهای شناختی و افزایش توانایی خود تنظیمی هیجانی، صورت می‌گیرد<sup>(۳۲)</sup>. در رابطه با تکنیک ذهن‌آگاهی و ایمنی دلبستگی، نتایج پژوهش‌ها حاکی از رابطه این دو مفهوم است. مانند<sup>(۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰ و ۴۱)</sup>. همچنین، ذهن‌آگاهی به دلیل داشتن ویژگی‌های انعطاف‌پذیری نسبت به هشیاری، خود تنظیمی و درگیر نشدن در پردازش‌های مفهومی، یک درمان مناسب برای فاجعه‌آمیزی می‌باشد؛ زیرا فاجعه‌آمیزی با تفسیر کردن، قضاوت کردن و درگیر شدن در پردازش‌های مفهومی، به‌طور خودکار به یک تنظیم هیجان ناموفق منجر می‌شود<sup>(۴۲)</sup>. در این راستا، چندین مطالعه رابطه بین ذهن‌آگاهی با فاجعه‌آمیزی را گزارش کرده‌اند<sup>(۴۳، ۴۴ و ۴۵)</sup>. بنابراین، پژوهش حاضر به دنبال بررسی تاثیر رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش فاجعه‌آمیزی به‌عنوان یک رفتار دلبستگی در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی می‌باشد. تا آنجا که بررسی به عمل آمد، در ایران پژوهش مشابهی انجام نشده است..

### روش اجرا

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های آزمایشی تک موردی با آزمودنی‌های متفاوت و سنجش پیوسته می‌باشد و آزمودنی‌ها به ترتیب در مراحل خط پایه، درمان، پس

که با گوش به زنگی بالا نسبت به تهدید و بزرگ‌نمایی مشکلات از قبیل درد، مشخص می‌شود و از راهبردهای با کنش وری بالا (Hyperactivation) برای تنظیم هیجان استفاده می‌کنند<sup>(۲۴)</sup>. بر طبق یک مدل دیگر از راهبردهای تنظیم هیجان، راهبردهای با کنش وری بالا، راهبرد تنظیم هیجان در افرادی است که نمرات بالا در بعد اضطراب می‌گیرند و دارای سبک دلبستگی دل مشغول هستند. برخلاف افراد اجتنابی که تمایلی به درک و بیان هیجانات منفی خود ندارند، افراد اضطرابی تمایل شدیدی به بیان و ابراز این هیجانات دارند؛ زیرا با اهداف دلبستگی آنان که همان جلب حمایت و همدلی از جانب دیگران است، سازگار می‌باشد<sup>(۲۵)</sup>. از آنجائیکه، درد و هیجان مکانیسم‌های یکسانی را به‌منظور کاهش شرایط نامساعد راه‌اندازی می‌کنند، در نتیجه بهتر است رویکردهای درمانی که برای درمان افراد با درد مزمن در نظر گرفته می‌شوند، بر روی مسائل مربوط به تنظیم هیجان نیز تمرکز کنند. در این رابطه، عده‌ای از محققان توجه خود را به درمان‌هایی که در روانشناسی به درمان‌های موج سوم مشهورند، جلب کرده‌اند<sup>(۲۶)</sup>. رفتار درمانی دیالکتیکی (Dialectical Behavior therapy) به‌عنوان یکی از مهمترین درمان‌های موج سوم، که برای اولین بار برای درمان بیماران مرزی به کار رفت، یک روش شناختی-رفتاری است که هسته اصلی آن تنظیم هیجان است و دارای دو جزء درمان فردی و آموزش مهارت‌های گروهی می‌باشد<sup>(۲۷)</sup>. DBT به‌طور همزمان موجب انعطاف‌پذیری رفتار بیمار و پذیرش احساسات او می‌شود و به تعادل میان آن دو کمک می‌کند<sup>(۲۸)</sup>. تکنیک‌های DBT شامل تکنیک‌های بنیادی به‌کار رفته در درمان شناختی-رفتاری مانند زنجیره تحلیل رفتار (Behavioral analysis chain)، مواجهه (Exposure)، ثبت هیجانات (Recording Emotions) و بازسازی شناختی (Cognitive reconstruction) و همچنین تکنیک‌هایی است که منحصراً در DBT به کار می‌روند مانند: اعتباربخشی (Validation)، تفکر دیالکتیکی (Dialectical thinking) و ذهن‌آگاهی (Mindfulness)

مهره‌ها، کمردرد به علت انحراف ساختاری در ستون فقرات، اسکو لیوزیس، کمردرد به علت بارداری، داشتن بیش از دو بار جراحی، سابقه دریافت درمان و مدیریت درد، استفاده از مواد روانگردان، سابقه ضربه مغزی یا هر بیماری دیگری که در روند تحقیق اختلال ایجاد کند.

### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

این پژوهش از نوع پژوهش تک آزمودنی (Single Subject) است و در آن از طرح خط پایه چندگانه بهره گرفته شده است. در این طرح پس از گردآوری داده‌ها در خط پایه برای هر آزمودنی که در شرایط محیطی تقریباً یکسان قرار دارند، آزمودنی‌ها به ترتیب و با فاصله زمانی معین وارد طرح درمانی شده و مداخله درمانی یکسانی با فاصله‌های زمانی متفاوت برای آنها به کار گرفته می‌شود. منطق زیر بنایی طرح‌های تک آزمودنی همانند طرح‌های گروهی است و تاثیر مداخله با مقایسه شرایط متفاوتی که به آزمودنی ارائه می‌گردد، بررسی می‌شود. عملکرد آزمودنی در مرحله پیش از مداخله یا مرحله خط پایه، برای پیش بینی رفتار آزمودنی در آینده به کار برده می‌شود. برای بررسی تاثیر مداخله از روش ترسیم نمودار روند شدت علائم و تعیین اندازه اثر (Effect Size) بر پایه روش میانگین کاهش خط پایه مربوط به پژوهش‌های تک آزمودنی بهره گرفته شده است<sup>(۴۶)</sup>. در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی استفاده شد که براساس صعود و نزول متغیر وابسته، قضاوت صورت می‌گیرد. علاوه بر تحلیل نموداری و ترسیمی، از فرمول درصد بهبودی برای بررسی معناداری بالینی تغییرات و عینی سازی میزان بهبود در آماج‌های درمانی استفاده شد. طبق این فرمول، ۵۰ درصد کاهش علائم به عنوان موفقیت در درمان، نمرات بین ۲۵ درصد تا ۴۹ درصد به عنوان بهبودی اندک و نهایتاً کاهش نمرات تا حد زیر ۲۵ درصد به عنوان شکست درمانی تلقی می‌شود. برای بررسی اثربخشی بالینی از فرمول اندازه اثر کوهن استفاده

از درمان و پیگیری، شرکت می‌کنند. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه بیماران بودند که در سه ماه آخر سال ۹۲ 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 به روش نمونه‌گیری هدفمند از طریق انجام مصاحبه بالینی توسط روانشناس بالینی و زیر نظر پزشک متخصص انتخاب شدند و پس از احراز شرایط ورود و خروج پژوهش وارد فرایند درمان شدند. سپس ابزارهای مورد نظر توسط پژوهشگر در اختیار هر دو بیمار قرار گرفت و زیر نظر او تکمیل شدند. نمرات هر دو بیمار در تمامی پرسشنامه‌ها تقریباً یکسان و عملکرد عمومی آنها کمتر از سطح متوسط بود. روش اجرای مداخله و مکان اجرای جلسات توسط پژوهشگر برای هر دو بیمار شرح داده شد؛ همچنین آنها اطمینان حاصل کردند هر زمان و در هر مرحله از درمان که تمایل به شرکت در جلسات را نداشتند، می‌توانند از ادامه درمان انصراف دهند. پروتکل درمان به کار رفته در پژوهش حاضر شامل ۲ جلسه خط پایه، ۱۲ جلسه درمانی و ۱ جلسه پیگیری ۱ ماهه بود که شامل تکنیک‌های تحمل پریشانی، ذهن‌آگاهی، اعتباربخشی، زنجیره تحلیل رفتار و مواجهه می‌باشد. تکنیک‌های به کار رفته در این پژوهش بر اساس پروتکل به کار رفته توسط لینتون (۲۰۱۰) برای بیماران با درد مزمن عضلانی-اسکلتی بود که زیر نظر استاد راهنما ترجمه و تهیه گردید.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: تشخیص سبک دل‌بستگی، 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، سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۴۰ سال، دارا بودن سطح تحصیلات حداقل دیپلم، و امضاء رضایت نامه کتبی توسط بیمار. ملاک‌های خروج شامل: درد مزمن به علت داشتن عفونت، سرطان، آرتریت روماتوئید (استئو آرتریت)، تومور، شکستگی شدید

کرونباخ برای این خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۳، ۰/۸۱ و برای نمره کل ۰/۸۴ بود<sup>(۵۳)</sup>.

### یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی هر دو بیمار در جدول ۱ ارائه گردیده است.

جدول شماره ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

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

همانطور که در بخش ابزار پژوهش حاضر اشاره کردیم، ارزیابی سبک‌های دلبستگی براساس پرسشنامه مقیاس‌های روابط (RSQ) صورت گرفت که یک ابزار پیوستاری است. این ابزار به‌طور همزمان نمرات فرد را در ۴ سبک و بر روی دو پیوستار اضطراب و اجتناب مشخص می‌کند که در پژوهش حاضر پس از انجام مداخله درمانی، همزمان با کاهش نمرات فرد در پیوستار اضطراب (مطابق با سبک دلمشغول)، افزایش نمرات در بعد ایمنی دلبستگی مشاهده شد. بنابراین، جداول و نمودارهای مربوط به هر دو سبک دلبستگی دلمشغول و ایمن در این بخش از پژوهش آورده شده است. بر اساس جداول ۲ و ۳ نمرات درصد بهبودی کلی هر دو بیمار حاکی از معناداری بالینی تغییرات می‌باشد و نمرات اندازه اثر بالا (یعنی بالای ۰/۸) اثر بخشی بالینی روش درمان را نشان می‌دهد. همچنین، نمودارهای ۱، ۲، ۳ نمرات هر دو بیمار را براساس ابزارهای به‌کار رفته در مراحل خطوط پایه، حین درمان و پیگیری به صورت ترسیمی نشان می‌دهند.

شد که مبتنی بر میانگین و انحراف استاندارد داده‌هاست. اندازه اثر بالای ۰/۸ معنادار است<sup>(۴۷)</sup>.

### ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه مقیاس‌های روابط (Relationships Scales Questionnaire): یک ابزار سنجش پیوستاری برای تعیین سبک‌های دلبستگی بزرگسالان است. شرکت‌کنندگان به‌شیوه‌ای که در برقراری روابط نزدیک عاطفی با دیگران رفتار می‌کنند، به آن پاسخ می‌دهند و نمرات هر سبک پس از میانگین گرفتن از جمع نمرات در هر زیر مقیاس مشخص می‌شوند. ضریب آلفای کرونباخ ۴ خرده مقیاس RSQ را در دامنه‌ای از ۰/۴۱ برای سبک ایمن تا ۰/۷۰ برای سبک انکارکننده گزارش کرده‌اند<sup>(۴۸)</sup>. لازم به ذکر است با اینکه الگوی ۴ عاملی از پایایی و اعتبار نسبتاً پایینی برخوردار است، در پژوهش‌های متعددی به‌کار رفته است. این الگوی نمره‌گذاری ۴ سبک دلبستگی را مشخص می‌کند و دارای پیشینه نظری خوبی می‌باشد<sup>(۴۹)</sup>. در یک مطالعه که بر روی ۳۵۵ دانشجوی در ایران انجام شد، آلفای کرونباخ را برای سبک‌های ایمن، ترسیده (Fearful) دل مشغول و انکارکننده - فاصله‌جو (Dismissing) به ترتیب: ۰/۹۲، ۰/۵۳، ۰/۵۵ و ۰/۴۰ گزارش کرد<sup>(۵۰)</sup>.

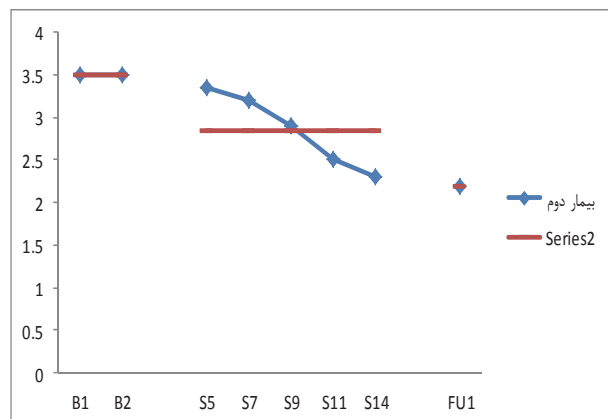
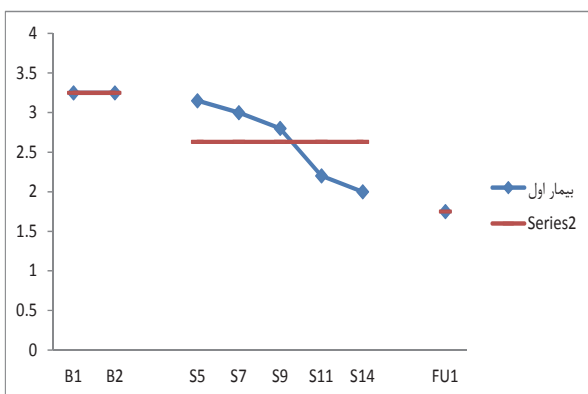
پرسشنامه فاجعه آمیز کردن (Pain Catastrophizing Scale): این مقیاس دارای ۱۳ سوال است که ۳ خرده مقیاس نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی را اندازه‌گیری می‌کند و بر اساس مقیاس لیکرتی ۵ نمره‌ای (۰ تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود<sup>(۵۱)</sup>. این آزمون بر اساس این فرضیه ساخته شده است که فاجعه آمیز کردن درد با سطوح مختلف درد، ناتوانی جسمانی و ناتوانی روانشناختی، در ارتباط است<sup>(۵۲)</sup>. در تحقیقی نشخوار ذهنی ۴۱٪ واریانس کل، بزرگ‌نمایی ۱۰٪ واریانس کل و درماندگی ۸٪ واریانس کل را تشکیل می‌دادند و ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی به ترتیب ۰/۸۷٪، ۰/۶۰٪ و ۰/۷۹٪ و برای نمره کل مقیاس فاجعه‌سازی درد برابر با ۰/۸۷٪ بود<sup>(۵۱)</sup>. در پژوهش محمدی و همکاران ضریب آلفای

جدول شماره ۲: نمرات میانگین، درصد بهبودی و اندازه اثر بیمار اول در مراحل خط پایه، دوره درمان و پیگیری

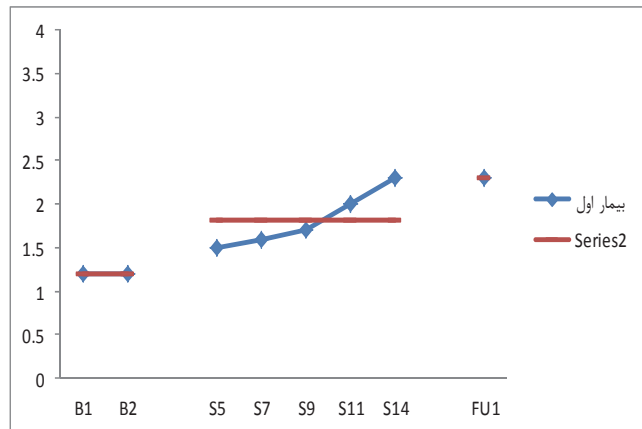
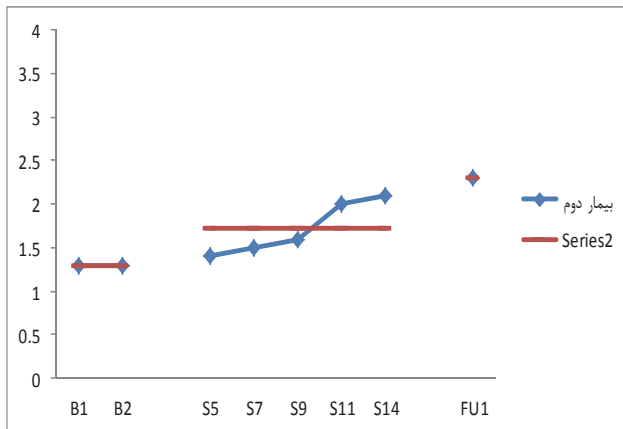
پرسشنامه	میانگین خط پایه	میانگین مراحل درمان	درصد بهبودی کلی	اندازه اثر	میانگین مرحله پیگیری	درصد بهبودی پیگیری
سیک دلمشغول	۳/۲۵	۲/۵۹	۳۵/۳۸	۱/۶۸	۱/۷۵	۴۶/۱۵
سبک ایمن	۱/۲	۱/۸۲	-۹۱/۶۷	۱/۵۸	۲/۳	-۹۱/۶۷
فاجعه آمیزی	۳۶	۲۳/۸۰	۴۴/۴۴	۱/۷۴	۱۷	۵۲/۷۸

جدول شماره ۳: نمرات میانگین، درصد بهبودی و اندازه اثر بیمار دوم در مراحل خط پایه، دوره درمان و پیگیری

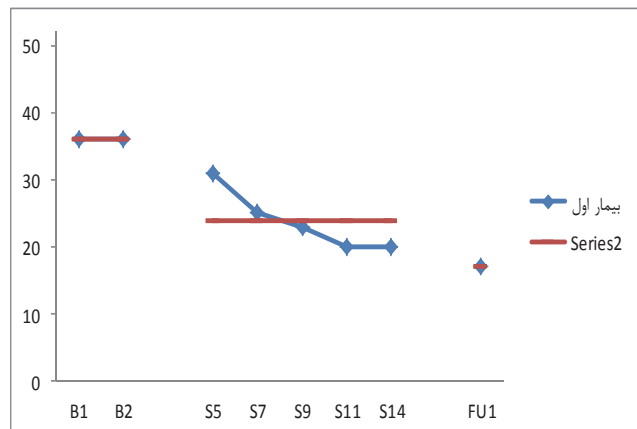
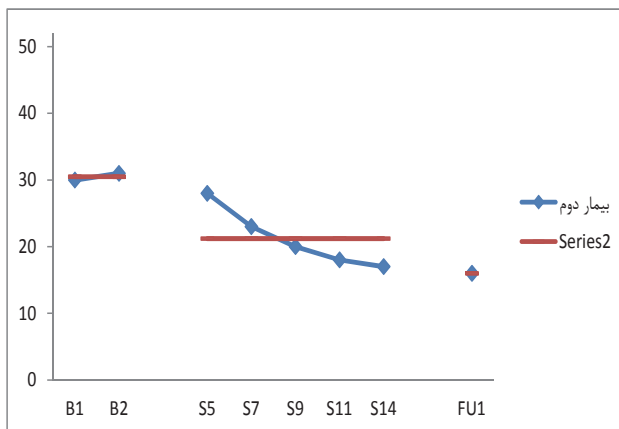
پرسشنامه	میانگین خط پایه	میانگین مراحل درمان	درصد بهبودی کلی	اندازه اثر	میانگین مرحله پیگیری	درصد بهبودی پیگیری
سیک دلمشغول	۳/۵	۲/۸۵	۳۴/۳۹	۱/۶۴	۲/۲	۳۷/۱۴
سبک ایمن	۱/۳	۱/۷۲	-۶۱/۵۴	۱/۵۲	۲/۳	-۷۶/۹۲
فاجعه آمیزی	۳۰/۵۰	۲۱/۲۰	۴۵/۱۶	۱/۶۰	۱۶	۴۸/۳۹



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



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



نمودار ۳: روند تغییر نمرات فاجعه آمیزی بیماران در طی مراحل خط پایه، مداخله و پنج هفته پیگیری

یافت نشد، ولی پژوهش‌هایی که به شکلی مرتبط با این یافته باشند، انجام شده‌اند مانند پژوهش‌هایی که رابطه معنادار بین تکنیک ذهن آگاهی و ایمنی دلبستگی را نشان می‌دهند. در تبیین یافته حاصل، به دلایل کاربرد هر یک از تکنیک‌های به کار رفته در این پژوهش می‌پردازیم؛ یکی از مهمترین مهارت‌های تکنیک تحمل پریشانی، توجه برگردانی است. آموزش این مهارت به بیمار کمک می‌کند به هنگام تجربه هیجان منفی مانند درد، به

## بحث

هدف کلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در افزایش ایمنی دلبستگی و در نتیجه کاهش فاجعه‌آمیزی در بیماران با سبک دل مشغول مبتلا به درد مزمن بود. نتایج حاکی از تاثیر DBT در افزایش ایمنی دلبستگی در بیماران مورد پژوهش و در نتیجه کاهش فاجعه‌آمیزی به عنوان یک رفتار دلبستگی نایمن بود. اگرچه، پژوهشی که به طور خاص این تاثیر را نشان دهد

افکار و هیجان‌های منفی و ناخوشایند را در آگاهی نگه دارد بدون اینکه آن‌ها را انکار یا سرکوب کند. هنگامی که فرد می‌آموزد درباره دیگران قضاوت نکند به بهبود روابط بین فردی خود کمک می‌کند که نشانه یک سبک دلبستگی ایمن است. همچنین قضاوت نکردن درباره خود یعنی سرزنش نکردن خود به دلیل تجربیات رخ داده، موجب بالارفتن عزت نفس در افراد دل مشغول می‌شود. یعنی فرد می‌آموزد بسیاری از تجربیات به دلیل بی‌کفایتی او نیست و ممکن است هر فرد دیگری در همان شرایط، آن را تجربه کند. در نتیجه، قضاوت نکردن می‌تواند به شکل‌گیری دیدگاه مثبت‌تر درباره خود منتهی شود که در افراد دل مشغول مشاهده نمی‌شود. در واقع، بارزترین تفاوت DBT با درمان‌های شناختی- رفتاری تاکید آن بر تنظیم هیجان و بدتنظیمی هیجانی است. آموزش این مهارت موجب می‌شود افراد کنترل بیشتری روی هیجان‌های آشفته‌ساز خود داشته باشند. علاوه بر تکنیک‌های مطرح شده در بالا که همگی به‌منظور اصلاح فرایند تنظیم هیجان انجام می‌شوند، برگه‌های ثبت هیجان، مواجهه و زنجیره تحلیل رفتاری از نمونه تکنیک‌های رفتاری است که به منظور تنظیم هیجان به بیماران آموزش داده می‌شود.

مواجه شدن با هیجانات به افراد کمک می‌کند تا ظرفیت پذیرش احساسات را در خودشان ایجاد کنند از طرفی انجام عمل متضاد به طور همزمان، به تغییر رفتار درمانجو کمک می‌کند بنابراین امکان ترکیب اهداف دوگانه پذیرش و تغییر را که در تمامی تکنیک‌های DBT دیده می‌شود، فراهم می‌کند. در تکنیک مواجهه فرد به موازات مواجه شدن با هیجان منفی ناشی از درد، تشویق می‌شود تا در فعالیت‌های روزمره شرکت کند و این پاسخ‌ها را جایگزین پاسخ‌های اجتنابی قبلی کند. در این پژوهش به هر دو بیمار آموزش داده شد تا در هنگام تجربه درد از انجام رفتارهای قبلی مانند استراحت مداوم و در جا ماندن، و گذار کردن مسئولیت خود به افراد دیگر از جمله همسر و به طور کلی اجتناب از فعالیت‌های فیزیکی، خودداری کرده و به انجام برخی فعالیت‌های جایگزین بپردازند مانند

انجام فعالیت‌های لذت بخش و مورد علاقه خود بپردازد از طرفی، انجام این فعالیت‌ها می‌تواند نشان دهنده رفتارهای تقرب‌جویی باشد که به‌منظور به‌دست آوردن پایگاه امن صورت می‌گیرند. بر اساس یک دیدگاه، بزرگسالان با این که مستقل به نظر می‌رسند، در مواقع استرس هم با فرد مورد علاقه خود تماس جسمی برقرار می‌کنند و هم یک پایگاه امن درونی دارند که برحسب نیاز مخصوصاً برای تنظیم هیجان، به آن مراجعه می‌کنند. این پایگاه امن درونی از طریق افکار یا تصورات آرامش‌بخش و یا رفتارهایی مانند توسل به منابع خود تسکین دهنده مثل حمام گرم، رختخواب، غذاهای مورد علاقه، موسیقی و کتاب یا برنامه‌های تلویزیونی فعال می‌شود<sup>(۵۴)</sup>.

بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که به کاربردن این مهارت در ایجاد احساس ایمنی در بیماران مورد پژوهش نقش داشته است. در رابطه با تکنیک ذهن‌آگاهی و ایمنی دلبستگی، نتایج پژوهش‌ها حاکی از رابطه این دو مفهوم است<sup>(۳۳، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰ و ۴۱)</sup>. از آنجاییکه، ذهن‌آگاهی یکی از مهمترین تکنیک‌های DBT است، این نتایج می‌توانند در تبیین نتیجه پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی کاربرد این مهارت در افزایش ایمنی دلبستگی مفید باشد. همانطور که در مقدمه به آن اشاره شد، ذهن- آگاهی نوعی هشیاری است که از طریق معطوف کردن هدفمند توجه به زمان حال بدون قضاوت کردن و از تجارب لحظه به لحظه، پدید می‌آید. از آنجا که افراد دل مشغول به دلیل حساسیت بالا به طرد شدن و نشخوار زیاد درباره آن، ظرفیت ذهن‌آگاهی پایینی دارند، بنابراین کمک به این افراد برای به کاربردن 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 آنها و نیز نگرانی درباره روابط بین فردی آینده رها شوند. همچنین مفهوم دیگری که در تعریف ذهن‌آگاهی گنجانده شده، قضاوت نکردن درباره خود و دیگران است و به فرد کمک می‌کند تا



جلب حمایت و همدلی از افراد مهم زندگی، به کار می‌برند تا سیستم تنظیم هیجان خود را متعادل نگه دارند. در پژوهش حاضر نیز، هر دو بیمار در این پژوهش به دلیل داشتن سبک دل مشغول، راهبردهای تنظیم هیجان با کنش‌وری بالا مانند فاجعه آمیز کردن را به‌منظور تنظیم هیجان به کار می‌بردند. بنابراین، آموزش تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیکی به‌عنوان یکی از درمان‌های مرتبط با تنظیم هیجان، به این دو بیمار کمک کرد تا از راهبردهای تنظیم هیجان موثرتری استفاده کنند و از آنجاییکه، به کار بردن این راهبردها نیز نشان دهنده یک سبک دل‌بستگی ایمن می‌باشد، بالا رفتن ایمنی دل‌بستگی و کاهش فاجعه آمیزی در بیماران بدیهی است.

#### تقدیر و تشکر

به رسم اخلاق و امانت‌داری علمی، از همکاری و مساعدت جناب آقای دکتر محمد حسین قدرتی مسئول کلینیک درد تبریز و همچنین بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش، تقدیر و تشکر می‌شود.

سرگرم شدن با انجام امور روزمره، رفتن به خرید، مهمانی و پیاده‌روی و تحرک در حد اوقاتی که ادراک کمی از درد دارند و یا درد ندارند. همچنین به‌منظور شناسایی رفتارهای ناکارآمد و جایگزینی آنها با رفتارهای کارآمد، از تکنیک زنجیره تحلیل رفتاری استفاده شد. این تکنیک نیز یکی از تکنیک‌های رفتاری است که به بیمار کمک می‌کند تا از طریق شناسایی و حذف تقویت‌کننده‌های محیطی که موجب پایداری رفتارهای ناکارآمد می‌شوند، بسامد این رفتارها را کم کرده و رفتارهای جدیدی را جایگزین کند.

اعتبار بخشی نیز به عنوان یک تکنیک ثابت در طول درمان توسط درمانگر به کار گرفته می‌شود. اعتبار بخشی 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 بتواند بیمار را به انجام تکالیف مربوط به تغییر رفتار سوق دهد. درمانگر تکنیک اعتبار بخشی را به کمک تکنیک رفتاری تقویت به کار می‌برد مانند تقویت رفتارهای مناسبی که بیمار در طول جلسه درمان نشان می‌دهد<sup>(۳۱)</sup>.

درمانگر می‌تواند در یک فضای اعتبار بخش و پذیرنده با بیمار همدلی کند و به مانند یک پایگاه امن او را تشویق کند تا آنچه را تجربه کرده بپذیرد و رفتارهای مناسب‌تری را در پاسخ به هیجان برخاسته از آن تجربه، به کار بگیرد. بنابراین اعتبار بخشی موجب افزایش عزت نفس در بیمارانی که به نوعی فاقد عزت نفس کافی هستند، می‌شود مانند افراد با سبک دل مشغول که دارای یک دیدگاه منفی از خودشان می‌باشند و در نتیجه با تقویت خود، توان این افراد را برای مقابله با مشکلات بالا می‌برد که نتیجه آن رشد ایمنی دل‌بستگی در آنها می‌باشد.

#### نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به‌دست آمده از این پژوهش و نتایج پژوهش‌های پیشین، در یک جمع‌بندی نهایی می‌توان گفت: فاجعه‌آمیزی یک رفتار دل‌بستگی است که افراد برای

## References

1. Mansson NO, Rastam L, Adolfsson A. Disability pension in Malmöhus county: Aspects on long-term financial effects. *J Soc Med* 1998; 26(2): 102-105.
2. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain* 1979; 6(3): 249-250.
3. khatibi M, Dehghani M, Alizadeh K. [The role of fear of movement in chronicity of pain in patients with musculoskeletal chronic pain (Persian)]. *Res Behave Sci* 2008; 6(2): 69-78.
4. Sullivan MJL, Lynch ME, Clark AJ. Catastrophizing and treatment outcome: Impact on response to placebo and active treatment outcome. *Contemporary Hypnosis* 2008; 29: 129 – 140.
5. Arnstein, P. The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disable Rehabil* 1999; 22: 794- 801.
6. Cano A, Leonard MT, Franz A. The significant other version of the pain catastrophizing scale (PCS-S): Preliminary validation. *Pain* 2005; 119(1-3): 26-37.
7. Sullivan MJL, Tripp DA, Santor D. Gender differences in pain and pain behavior: the role of catastrophizing. *Cogn Ther Res* 2000; 24: 121-134.
8. Goubert L, Craig KD, Vervoot T, Morley S, Sullivan MJL, Williams AC, Cano A, Crombez G. Facing others in pain: The effects of empathy. *Pain* 2005; 118: 285-288.
9. Sullivan MJ L, Thorn B, Haythornthwaite J, Keefe FJ, Martin M, Bradley L, Lefebvre J. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain* 2001; 17: 52-64.
10. Keefe F, Lefebvre J, Smith S. Catastrophizing research: Avoiding conceptual errors and maintaining a balanced perspective. *Pain Forum* 1999; 8: 176-180.
11. Keefe FJ, Kashikar-Zuck S, Robinson E, Salley A, Beaupre P, Caldwell D, Baucom D, Haythornthwaite J. Pain coping strategies that predict patient's and spouses rating of patients self-efficacy. *Pain* 1997; 73: 191-199.
12. Linton SJ, Bergbom S. Understanding the link between depression and pain. *Scand J Pain* 2011; 2: 47-54.
13. Thomas PM. Dissociation and internal models of protection: psychotherapy with child abuse survivors. *Psychotherapy Theory Res Pract Train* 2005; 42: 20-36.
14. Meredith PJ. A review of the evidence regarding associations between attachment theory and experimentally induced pain. *Psychiatric Manage Pain* 2013; 17: 326-334.
15. Kolb LC. Attachment behavior and pain complaints. *Psychosomatics*. 1982; 23: 413-425.
16. Anderson DJ, Hines RH. Attachment and pain. In: Grzesiak RC, Ciccone DS, eds. *Psychosocial Vulnerability to Chronic Pain*. New York: Springer-Verlag 1994; 137-152.
17. 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: 53-71.
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: 627-637.
19. Meredith PJ, Strong J, Feeney JA. Evidence of a relationship between adult attachment variables and appraisals of chronic pain. *Pain Res Manag* 2005; 10(4): 191-200.
20. 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: 44-52.
21. McWilliams LA, Asmundson GJG. The relationship

- of adult attachment dimensions to pain-related fear, hypervigilance, and catastrophizing. *Pain* 2007; 127: 27-34.
22. 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: 687-693.
  23. Bartholomew K. Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *J Soc Pers Relations* 1990; 7: 147-178.
  24. 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.
  25. 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.
  26. Linton SJ. A transdiagnostic approach to pain emotion. *J Applied Biobehave Res* 2013; 18(2): 82-103.
  27. Neacsiu AD, Ward-Ciesielski EF, Linehan M. Emerging approaches to counseling intervention: Dialectical behavior therapy. *Couns Psychol* 2012; 2(1): 1-30.
  28. Linton SJ. Applying dialectical behavior therapy to chronic pain: A case study. *Scand J Pain* 2010; 1: 50-54.
  29. Feigenbaum J. Dialectical behavior therapy. *Treatment Approaches* 2008; 7(3): 112-116.
  30. 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 Psychother* 2009; 23(3): 258-269.
  31. Lynch TR, Chapman AL, Rosental MZ, Kuo, JR, Linehan MM. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *J Clin Psychol* 2006; 62 (4): 459-480.
  32. Lopez FG, Brennan KA. Dynamic processes underlying adult attachment organization: Toward an attachment theoretical perspective on the healthy and effective self. *J Couns Psychol* 2000; 47: 283-300.
  33. Bouchard M, Target M, Lecours S, Fonagy P, Tremblay L, Schachter A, Stein H. Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoa Psychol* 2008; 25: 47-66.
  34. Cordon SL, Finney SJ. Measurement invariance of the Mindful Attention Awareness Scale across adult attachment style. *Meas Evalu Couns Dev* 2008; 40: 228-245.
  35. 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: 94-99.
  36. Goodall K, Trejnowska A, Darling S. The relationship between dispositional mindfulness, attachment security and emotion regulation. *Pers Individ Dif* 2012; 52(5): 622-626.
  37. Pepping CA., Davis PJ, O'Donovan A. Individual differences in attachment and dispositional mindfulness: The mediating role of emotion regulation. *Pers Individ Dif* 2013; 54(3): 453-456.
  38. Caldwell JG, Shaver P. Mediators of the link between adult attachment and mindfulness. *An Int J Pers Relat* 2013; 7(2): 299-310.
  39. Snyder R, Shapiro S, Treleaven D. Attachment theory and mindfulness. *J Child Fam Stud* 2012; 21: 709-717.
  40. Reynolds D. Mindful parenting: a group approach to enhancing reflective capacity parents and infants. *J Child Psychol* 2012; 29: 357-374.
  41. Sahdra BK, Maclean KA, Ferrer E, Shaver PP,

- Rosenberg EL, Jacobs TL, Saron CD. Enhanced response inhibition during intensive meditation training predicts improvements in self-reported adaptive socioemotional functioning. *Emot* 2011; 11(2): 299-312.
42. Schutze R, Rees C, Preece M, Schutze M. Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain* 2010; 148: 120-127.
43. Kang Y, Gruber J, Gray JR. Mindfulness and de-automatization. *Emot Rev* 2013; 5(2): 192-201.
44. Cassidy EL, Atherton RJ, Robertson N, Walsh DA, Gillett R. Mindfulness, functioning and catastrophizing after multidisciplinary pain management for chronic low back pain. *Pain* 2012; 153(3): 644-650.
45. Garland EL, Gaylord SA, Palsson D, Faurot K, Mann JD, Whitehead WE. The therapeutic mechanisms of a mindfulness-based treatment for IBS: Effect on visceral sensitivity, Catastrophizing, and affective processing of pain sensations. *J Behav Med* 2012; 35: 591-602.
46. Campbell JM. Statistical comparison of four effect size for single-subject design. *Behav Modification* 2004; 28: 234-246.
47. Ogels BM, Lunnen KMQ, Bonesteel K. Clinical significance: History, Application and current practice. *Clin Psychol Rev* 2001; 21(3): 421-446.
48. Griffin DW, Bartholomew K. Models of the self and other: fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol* 1994; 67: 430-445.
49. Backstrom M, Holmes BM. Measuring adult attachment: Self-report instruments. *Scandinavian J Psychol* 2001; 42: 79-86.
50. Amini M, Bakhshipour Rodsari A. [Investigating reliability, validity and factor structure of the Persian version of the Relationship Scale Questionnaire (Persian)]. *J Family Res* 2015; 11(3): 333-352.
51. Sullivan MJL, Bishop S, Pivik J. The pain catastrophizing scale: Development and validation. *Psychol Assess* 1995; 7: 432-524.
52. Osman A, Barrio FX, Kopper BA, Hauptmann W, Jones, O'Neill E. Factor structure, Reliability, and validity of the pain catastrophizing scale. *J Behav Med* 1997; 20: 589-605.
53. 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 (Persian)]. *J Behav Sci* 2013; 7(1): 57-66.
54. Besharat MA. [Explanation of personality disorders based on attachment theory. *Contemp (Persian)*]. *Contemp Psychol* 2008; 2(8): 41-44.

## Efficacy Evaluation of Dialectical Behavior Therapy Techniques: Any role in Reducing Pain Catastrophizing of Patients with preoccupied attachment style with Musculoskeletal Chronic Pain

Maryam Amini Fasakhodi <sup>\*1</sup>, Majid Mahmood Alilou<sup>2</sup>, Karineh Tahmassian<sup>3</sup>, Abbas Bakhshipour Roudsari <sup>4</sup>

1. MS in clinical psychology, University of Tabriz, Tabriz

2. Phd in clinical psychology, Professor in University of Tabriz, Tabriz

3. Phd in clinical psychology, Assistant professor, Shahid Beheshti University, Tehran

### ABSTRACT

**Aim and Background:** study is aimed to investigate the efficacy of dialectical behavior therapy techniques in reducing pain catastrophizing in patients with preoccupied attachment style suffering musculoskeletal chronic pain.

**Materials and methods:** This study is based on multiple baseline design. The protocol was done in 12, 60-minute sessions on 2 female patients suffering chronic back pain. Also 2 baseline sessions and one 1-month follow up session were done. Catastrophizing questionnaire (PCQ) and relationship scales questionnaire (RSQ) were filled by subjects in 5th, 7th, 9th, 11th, 14th baseline sessions and the follow up session. Results of treatment were analyzed by visual inspection, recovery percentage, and effect size methods.

**Findings:** According to results Dialectical Behavior Therapy was effective in reducing catastrophizing as an attachment behavior in patients with preoccupied attachment style. Also these effects were maintained greatly in patients in the follow up session.

**Conclusion:** Psychological as well as medical treatment can be helpful in patients with chronic musculoskeletal pain.

**Keywords:** Dialectical Behavior Therapy, Chronic musculoskeletal pain, Catastrophizing, preoccupied attachment style.

► Please cite this paper as:

Aminifaskhodi M, Alilou M, Tahmassian K, Bakhshipourroudsari A. [Efficacy Evaluation of Dialectical Behavior Therapy Techniques in Reducing Pain Catastrophizing of Patients with preoccupied attachment style with Musculoskeletal Chronic Pain (Persian)]. J Anesth Pain 2017;7(4):1-13.

**Corresponding Author:** Maryam Amini Fasakhodi, MS in clinical psychology, University of Tabriz, Tabriz.

**Email:** amini.maryam329@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۷، شماره ۴، تابستان ۱۳۹۶