



Comparison between effectiveness of dialectical behavioral therapy and emotional schema therapy on pain severity and performance limitation in people who suffering of tension headache

Hale Nasizadeh¹, Naeime Moheb^{2*}, Shole Livarjani³, Khalil Babapour⁴, Zahra Moosavi⁵

1. PhD student, Dept of psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

2. Associate prof, Dept of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

3. Assistant prof, Dept of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

4. Professor in psychology; university of Tabriz; Psychology department, Tabriz university, Tabriz, Iran

5. Assistance professor of psychiatry, psychiatry fellowship, Tabriz university of medical science . Tabriz, Iran

ABSTRACT

Aims and background: The aim of the present study was to compare the effectiveness of dialectical behavioral therapy and emotional schema therapy on pain severity and performance limitation in people

Material and Methods: The present study was a quasi-experimental design that conducted in the form of pretest-posttest-2 months follow up. In this study, 68 patients with chronic tension headache who were referred from pain specific clinic of imam reza hospital (tabriz medical university), and 30th of them with psychiatric recognition of tension headache were selected with purposive sampling method, they were randomly assigned to two experimental groups (15 students per group). The participants in the two groups completed the Multidimensional Pain Inventory (West Haven- Yale, 1985) as the pretest, posttest, and 2 months follow-up. Twelve sessions of group emotional schema therapy, and Ten sessions of group Dialectical Behavioral therapy were held for the participants in the experimental groups. The collected data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation) and Repeated measures analysis.

Results: Based on the results of repeated measure analysis in posttest and follow-up, it was found that both emotional schema therapy, and dialectical behavior therapy were effective on pain severity and performance limitation in patients with chronic tension headache ($p=0.001$). In addition, Bonferroni post hoc test results showed that emotional schema therapy had a greater effect on pain severity and performance limitation than dialectical behavior therapy among people who suffering of tension headache ($p=0.001$).

Conclusion: training of this therapeutic approach is recommended as an effective interventional method in reducing pain severity and performance limitation in people who suffering of tension headache.

Key words: Emotional schema therapy, Dialectical behavior therapy, pain severity, performance limitation

► Please cite this paper as:

Nasizadeh H, Moheb N, Livarjani SH, Babapour KH, Moosavi Z [Comparison between effectiveness of dialectical behavioral therapy and emotional schema therapy on pain severity and performance limitation in people who suffering of tension headache (Persian)]. J Anesth Pain 2021;12(2):104-120.

Corresponding Author: Naeime Moheb, Associate prof, Dept of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Email: ha94nasizadeh@mail.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۲، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۰

مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی هیجانی، بر شدت درد ادراک شده، و محدودیت عملکرد در مبتلایان به سر دردهای تنشی

هاله ناسی زاده^۱، نعیمه محب^{۲*}، شعله لیوار جانی^۳، جلیل باباپور خیرالدین^۴، زهرا موسوی^۵

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز
۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد واحد تبریز، تبریز، ایران
۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد واحد تبریز، تبریز، ایران
۴. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۵. استادیار روانپزشکی، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱/۲۰

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۹/۱۲/۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۴

چکیده

زمینه و هدف: این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی دو روش طرحواره درمانی هیجانی و رفتار درمانگری دیالکتیکی بر شدت درد ادراک شده، و محدودیت عملکرد درد در مبتلایان به اختلال سردرد تنشی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، از نوع نیمه تجربی بود که در قالب طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری دو ماهه انجام شد. بدین منظور از بین ۶۸ بیمار ارجاعی از مراکز درد دانشگاه‌های علوم پزشکی تبریز، تعداد ۳۰ بیمار که دارای تشخیص روانپزشکی سر درد تنشی بوده‌اند به صورت هدفمند انتخاب شده، و به شکل تصادفی ساده در دو گروه مداخله هر یک با تعداد ۱۵ نفر قرار گرفتند. برای جمع آوری داده‌ها هر دو گروه پرسشنامه‌های چندوجهی درد وست هیون - ییل ۱ (WHYMPI) را به عنوان پیش آزمون تکمیل نموده و پس از اتمام ۱۲ جلسه درمان طرحواره محور هیجانی، و ۱۰ جلسه رفتار درمانی دیالکتیکی در هر دو گروه مداخله، مجدداً پرسشنامه‌های مذکور به عنوان پس آزمون، و پیگیری دو ماهه اجرا گردیدند. در آزمون فرضیه‌های تحقیق، روش تحلیل آماری واریانس مکرر با استفاده از نرم افزار SPSS بر روی گروه‌های مداخله انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نمایانگر این موضوع بود که بر اساس نتایج تحلیل آماری واریانس مکرر، دو مداخله رفتار درمانگری دیالکتیکی و طرحواره درمانی هیجانی، در دلبخش پس آزمون و پیگیری دوماهه، بر درد در مبتلایان به سر دردهای تنشی مؤثر بودند ($p=0.001$)، و بعلاوه، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی بیانگر این بود که درمان طرحواره محور هیجانی، تأثیر بیشتری نسبت به رفتار درمانگری دیالکتیکی در کاهش درد در مبتلایان به سر دردهای تنشی دارد ($p=0.001$).

نتیجه‌گیری: نتایج از تأثیر دو روش درمانی طرحواره رمانی هیجانی و رفتار درمانگری دیالکتیکی حمایت می‌کند و توجه به این دو روش درمانی برای افراد مبتلا به سر دردهای تنشی از اهمیت خاصی برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی هیجانی، رفتار درمانی هیجانی، سردرد تنشی، کیفیت خواب

نویسنده مسئول: نعیمه محب، استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد واحد تبریز، تبریز، ایران

پست الکترونیک: ha94nasizadeh@mail.com

مقدمه

درد مزمن وضعیتی تحلیل برنده است به گونه‌ای که فرد را نه تنها با فشار ناشی از درد، بلکه با بسیاری از عوامل تنش‌آور دیگر که بخش‌های گوناگون زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، روبرو می‌کند. درد، توانایی‌های عاطفی و هیجانی فرد را کاهش می‌دهد و خواست مداوم فرد برای رهایی از آن در بیشتر اوقات دست نیافتنی می‌شود، این امر نهایتاً باعث تضعیف روحیه بیمار، احساس درماندگی و افسردگی در وی می‌گردد. در بررسی موارد مراجعه به درمانگاه‌های مغز و اعصاب، سردردها شایع‌ترین نوع شکایات ناشی از درد می‌باشند^(۱). در بین سردردهای نوع اول که حاصل اختلال‌های دیگر نمی‌باشند، سردرد تنشی به مراتب شایع‌ترین نوع سردرد است که از نوع ضربانی، فشاری، اغلب درد دوطرفه، و از ملایم تا متوسط و کمتر شدید است^(۲)، سردرد باتناوب به صورت اپیزودیک یا مزمن طبقه بندی می‌شود (اگر فرد این نوع سردردها را در عرض یکماه، ۱۴ روز یا کمتر تجربه کند، نوع اپیزودیک، و اگر ۱۵ روز یا بیشتر در عرض یکماه تجربه شود، نوع مزمن نام می‌گیرد). براساس مطالعات کمیته بین‌المللی سردرد امریکا، بسته به ایالت‌های اقامتی، حدود ۲۰ تا ۴۲ درصد بزرگسالان، شیوع یک ساله فرم‌های اپیزودیک سردرد تنشی را گزارش نموده و شیوع شکل‌های مزمن آن در ۲ تا ۳ درصد بزرگسالان مشاهده می‌گردد^(۳،۴). در مطالعه صورت گرفته توسط ابراهیمی، و همکاران^(۵)، در بین کارمندان سه بیمارستان شهر تهران، شیوع سردردهای تنشی، ۱۱،۳٪ گزارش شده است.

دراتیولوژی اختصاصی سردردهای تنشی، این نوع درد را منتج از عدم تعادل نوروترانسمیترها (بخصوص سروتونین) و ارتباط آنها با تونوس‌های عضلانی در نواحی گردن، شانه، و صورت می‌دانند که بعنوان ماشه چکانی برای گذرگاه‌های درد در مغز عمل می‌کند^(۶)، که چگونگی کنترل ورودی این گذرگاه‌های درد، بر اساس نظریه کنترل ورودی درد، و تعامل دائمی چند نظام فیزیولوژیک،

عاطفی، شناختی و نهایتاً رفتاری، در دو بخش پیرامونی (تعدیل درون‌داده‌ها در کانال پشتی نخاعی) و مرکزی (در فرایندهای ادراک درد) می‌باشد که در واقع بیانگر نقش عوامل زیستی- روانی- اجتماعی در ادراک شدت درد و محدودیت در عملکرد آن می‌باشد^(۸). وجود عوامل روانی- اجتماعی در مثلث روان نژندی بیماری‌های روان تنی با سه زیر مؤلفه خود بیمارانگاری، افسردگی و هیستری بالا، در افراد نوروتیکی که اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند، توجیه کننده اضطراب انتظار مرتبط به محدودیت عملکرد می‌باشد، که بعنوان محرک شرطی برای برانگیختگی سمپاتیکی (پاسخ شرطی) عمل می‌کند و بعد از اینکه محرک غیرشرطی اولیه (جراحت) و پاسخ غیرشرطی (درد و برانگیختگی سمپاتیکی) کاهش یافت، همچنان ترس از فعالیت به حیات خود ادامه دهد^(۸). علت این امر برانگیختگی سمپاتیکی وابسته به اضطراب و افزایش تنش عضلانی است که در واکنش به انتظار روی دادن درد و نیز به عنوان پیامد درد رخ می‌دهد^(۹). فاجعه‌آمیز کردن درد، نقشی بنیادین در ایجاد ترس و اضطراب مرتبط با درد دارد، و نقش مهمی در درک علل باقی ماندن و تشدید درد دارد. فرد مبتلا به درد، برای دورماندن از اضطراب افزایش درد حاصله از فعالیت، الگوهای رفتاری ویژه‌ای را شکل می‌دهد که در ضمن آنها از بسیاری از موقعیت‌ها و فعالیت‌ها اجتناب می‌کند^(۱۰). این الگو بتدریج در فعالیت‌های روزانه فرد تداخل ایجاد کرده و در نتیجه باعث افزایش محدودیت عملکرد جسمانی در این دسته از افراد می‌شوند^(۱۱)، در بررسی سبب شناسی این محدودیت عملکرد در ابعاد شناختی، مهمترین روان بنه طبق مدل ترس- اجتناب، طرحواره مرکزی فاجعه‌سازی است، که حاصل روان بنه عدم کنترل‌پذیری درد بوده و این ارزیابی منفی درد، ۷ تا ۳۱٪ واریانس شدت درد را تبیین می‌کند^(۱۲).

در بررسی عوامل آغازگر، یا تشدید کننده سردرد، براساس مطالعات مروری انجام گرفته، متغیر استرس، یکی از مهمترین متغیرهای آغازگر در ابتلا به سردردهای

هیبریدی یکپارچه محسوب گردیده^(۳۵)، و می‌توان به علت هم پوشانی‌های مذکور، وجود اثربخشی این روش درمانی را بر سردردهای تنشی، به علت وجود زیرساخت هیجانی اختلال، مطرح نمود.

رفتار درمانی دیالکتیکی یکی از رویکردهایی است که در بهبود مشکلات روانشناختی ناشی از اختلالات هیجانی مورد توجه محققان بسیاری قرار گرفته است^(۳۶). رفتار درمانی دیالکتیکی رویکردی شناختی - رفتاری بوده و مبتنی بر سه اصل روابط متقابل و کلیت، قطبیت، و تغییر مداوم می‌باشد، و بر این اساس چهار مولفه مداخله‌های شامل تحمل پریشانی، ذهن آگاهی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی را در شیوه درمان گروهی مطرح می‌کند^(۳۷) قابل پیش‌بینی است رفتاردرمانگری دیالکتیک با توجه به وجود سطوح شناختی چندگانه درمان در بخشهای کاربرد ذهن خردمند، ناهمجوشی فکر و وجود ابعاد رفتاری درمان، هیجان‌ات و تفکر مبتنی بر نگرانی را بهبود میبخشد و چرخه معیوب و برهم کنشی دو گانه استرس - سردردهای تنشی رامی‌شکند، مطالعه انجام گرفته توسط بابایی، فخری، جدیدی و صالحی عمران^(۳۸)؛ نیت فیلد، و همکاران^(۳۹) در بررسی اثربخشی رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بیماریهای مزمن با مدیریت سبک‌های پردازش هیجانی، و پیشینه پژوهشی در درمانهای موج سوم شناختی - رفتاری توسط معتمدی^(۳۰)؛ منصوریشاد، تقا، برجعلی، و کریمی^(۳۱)؛ ولز، و همکاران^(۳۲) تأییدی بر این احتمال می‌باشند.

درخصوص بررسی مقایسه‌ای بین دو روش طرحواره درمانی هیجانی، و رفتاردرمانگری دیالکتیکی، درنظم بخشی هیجانی بیماران با اختلال شخصیت مرزی، تحقیق کیفی انجام شده در سال ۲۰۱۶، توسط فاسبندر، و همکاران^(۳۳)، بیانگر وجود دو بعد مشترک، روش درمانی شناختی - رفتاری، و نیز کنارآمدن با بی نظمی‌های هیجانی بعنوان ساختار پایه در هر دو روش بوده؛ و در موارد اصطلاحات، تبیین، و تکنیک‌های کاربردی دو روش تفاوت‌های اساسی دارند.

نوع اول می‌باشد^(۳۳). در بعد روانشناختی سر دردهای تنشی، در واقع افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار میشوند که الگوهای شناختی آنها به الگوی خاصی از نشانگان شناختی-توجهی که شامل نگرانی، نشخوار فکری، و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌باشد منجر می‌شود^(۳۴). مطالعات انجام گرفته در سالهای ۲۰۱۷ و ۲۰۰۴، بیانگر نقش عوامل فراشناختی‌ای چون فرآینگری، در ایجاد اختلالات اضطرابی و روان تنی می‌باشد^(۳۵،۳۶). در واقع با توجه بر محوریت فرآینگری، به عنوان عاملی فراتشخیصی، در بروز سردردهای مزمن، با منشأ استرس^(۳۷،۳۸)، و با ملحوظ نمودن اثربخشی بالاتر روشهای درمانی غیر دارویی، نسبت به روشهای طبی دارویی طبق مطالعات مروری دو دهه گذشته بر اختلال سردردهای مزمن اولیه^(۳۹،۴۰)، لزوم درمانهایی با مدل چند سطحی شناختی، از جمله رفتاردرمانگری دیالکتیک و طرحواره درمانی هیجانی مطرح می‌گردد^(۴۰،۴۱).

در بررسی پیشینه پژوهشی مربوط به روش درمانی طرحواره درمانی هیجانی، اثربخشی بالایی در بهبود کلی درد در بیماران روده تحریک‌پذیر^(۴۱) دیده می‌شود، و با توجه بر زیرساخت اختلالهای هیجانی در ابتلا به بیماریها و دردهای مزمن، اثربخشی این روش درمانی در کاهش نشانگان اختلال‌های خلقی مانند افسردگی^(۴۲)، و اختلال دوقطبی^(۴۳) مشاهده می‌شود. مدل طرحواره هیجانی، اظهار می‌دارد که افراد، نظریه‌هایی فراتجربه‌ای درباره هیجانهایشان دارند، که شامل باورهایی مربوط به هیجانها، و راهبردهای مقابله با آنهاست، که براساس این نظریه‌ها، رفتارهای ایمنی‌بخش و باور به کنترل‌ناپذیر بودن افکارومعیارهای بی‌نقص‌گرایانه حاصل می‌آید، که درپی این ارزیابی‌های مشکل آفرین، شکل‌گیری و تداوم آسیب روانی نتیجه می‌شود^(۴۴،۴۵). با توجه به وجود هم‌پوشانی‌هایی که مدل طرح‌واره درمانی هیجانی با مفاهیم اعتبار بخشی راجرز، درمان تعهد و پذیرش، و تأکید بر زندگی ارزشمند، در رویکرد دیالکتیک و نیز مفهوم پالایش هیجانی فروید دارد، این روش جزء درمان‌های

با استناد به محدود مطالعاتی که بدان اشاره شد، در خصوص بررسی کارایی رفتاردرمانگری دیالکتیک و طرحواره درمانی هیجانی بر سردردهای تنشی بخصوص در کشور ما پژوهشی انجام نگرفته و نشان دهنده این است که بررسی امکان سنجی و کارایی این دو روش در بهبود سردردهای تنشی در مراحل ابتدایی خود قرار دارند، لذا این پژوهش درصدد پاسخ به این سوال است که آیا بین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر دردهای مزمن تنشی مبتلایان به اختلال سردرد تنشی تفاوتی وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه تجربی با استفاده از طرح پیش آزمون- پس آزمون - پیگیری دو ماهه انجام شد. جامعه آماری این پژوهش دربرگیرنده کلیه بیماران مبتلا به سردرد تنشی شهر تبریز در سال ۹۹-۱۳۹۸ بوده است، که از این میان تعداد ۳۰ بیمار با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند بعنوان نمونه آماری انتخاب شده و بصورت تصادفی ساده در دو گروه جایگزین شدند. بدین ترتیب که از بین ۶۸ بیمار ارجاعی از مراکز درد بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی دانشگاه تبریز، تعداد ۳۰ بیمار که دارای تشخیص روانپزشکی سردرد تنشی، و دارای درجه بالای خط برش با سردردهای تنشی بودند به صورت هدفمند انتخاب شده، و به شکل تصادفی ساده در دو گروه جایگزین شدند، و هر دو گروه پرسشنامه چند وجهی درد وست هیون- ییل (WHYMPI) را به عنوان پیش آزمون تکمیل کردند، معیارهای ورود به پژوهش شامل دریافت تشخیص اختلال سردرد تنشی بر اساس نمره بالای خط برش در پرسشنامه درد، و موافقت برای شرکت در پژوهش بود؛ عدم دریافت آموزش درمان‌های طرحواره درمانی هیجانی و رفتار درمانی دیالکتیکی قبل از ورود به پژوهش و یا دریافت سایر مداخلات روانشناختی همزمان، امتناع از همکاری و یا تکمیل پرسشنامه‌ها، غیبت در دو جلسه پیاپی ملاک‌های خروج از پژوهش را

تشکیل می‌دادند.

پس از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، روش و چگونگی اجرای کار برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و رضایت آنها کسب گردید. بمنظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط آنها تکمیل شد و پژوهشگر به آنها اطمینان داد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد بود. بمنظور اجرای پژوهش دو گروه مداخله هر یک به تعداد ۱۵ نفر تشکیل شد، یک گروه در معرض آموزش تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی در طی ۱۰ جلسه آموزشی قرار گرفت و گروه دیگر نیز برگزاری ۱۲ جلسه درمان طرحواره محور هیجانی برایشان اجرا گردید، و سپس مجددا پرسشنامه‌های مذکور به عنوان پس آزمون، یکبار در انتهای دوره آموزشی، و بار دیگر بافاصله دو ماه، در گروه‌ها تکمیل گردید. اطلاعات بوسیله ابزار زیر گردآوری شد:

پرسشنامه چندوجهی درد وست هیون- ییل (WHYMPI). این پرسشنامه از سه بخش مستقل از یکدیگر تشکیل شده است؛ اولین بخش دارای ۲۰ عبارت است و از بیمار می‌خواهد تا در قالب ۳ خرده مقیاس، ارزیابی خود را از شدت درد، اختلال در زندگی روزانه، کنترل بر زندگی گزارش کند^(۳۴).

در مطالعه اصغری، و کلک^(۳۵)، ضرایب همسانی درونی و اعتبار افتراقی، اعتبار همگرا، اعتبار ملاک و اعتبار سازه خرده مقیاس‌های بخش اول و دوم این پرسشنامه تأیید شده است، و ضرایب همسانی تمام خرده مقیاس‌های پرسشنامه (به استثنای خرده مقیاس کنترل بر زندگی) بین ۰,۷۷ تا ۰,۹۲ متغیر است. باتوجه به این خرده مقیاس‌های همسانی درونی (آلفای کرونباخ) قابل قبول بین عبارات یک عامل یا خرده مقیاس برای استفاده از آن در مقاصد پژوهشی ۰,۷۰ است. نتایج این محاسبه نشان می‌دهد که این میانگین در دامنه بین ۰/۲۵ تا ۰/۴۰ قرار دارد و این امر حاکی از قابل قبول بودن خرده مقیاس‌های پرسشنامه از نظر ضرایب همسانی درونی است^(۳۶).

طی جلسات زیر ارائه می‌شود، (ضمن اینکه در هر جلسه محتوای برنامه درمانی مرور شده و تعیین تکالیف خانگی و همچنین مرور آن از جلسه دوم به بعد در طول کلیه جلسات درمانی انجام می‌شود).

طرحواره درمانی هیجانی: آموزشهایی است که بر اساس پروتکل درمانی لیهی^(۳۷)، به آزمودنی‌های گروه آزمایشی اول، در طی ۱۲ جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه به مدت ۶ هفته) به صورت گروهی

جدول ۱. پروتکل درمان طرحواره محور هیجانی (۲۰۰۹)

جلسات	محتوا
جلسه اول	کیس فورملاسیون (بیان منطق و هدف درمان) از طریق ارائه فلوجارت پروتوکل درمانی EST
جلسه دوم	نرمالیزاسیون درد (براساس ویژگی‌های تکاملی هیجانها، جهان شمول بودن هیجانها، ماهیت وجودی انسان) // خودهشیاری // ساختمان و معرفی هیجانها
جلسه سوم	خود ارزیابی توسط بازشناسی اهداف حاصل از تجارب هیجانی ایشان // تکنیک‌های خودنظم بخشی هیجانی // آموزش موارد فیزیولوژیک پاسخ‌های هیجانی و رفتارهای حاصله از هیجانها مذکور
جلسه چهارم	فراهم نمودن فرایند طرحواره‌های هیجانی چالش‌های کلامی، و دیالوگ‌های سقراطی
جلسه پنجم	معرفی ادامه طرحواره‌های هیجانی و دیالوگ‌های سقراطی (براساس خاطرات منفی گذشته و یادآوری آنها، راه یافتن به فرایند هیجانها)
جلسه ششم	ارزش بخشی و اعتبار بخشی هیجانی، آموزش مهارت‌های حل مسأله، مهارت‌های بین فردی
جلسه هفتم	آموزش اولیه مفهوم پذیرش بنیادین هیجانها
جلسه هشتم	باورهای غلط در مورد هیجانها و چالش‌های آن، معرفی خود ارزش‌دهی غلط و اثرات آن بر روی وضعیت هیجانها
جلسه نهم	معرفی پیامدهای هیجانها، آموزش مواجهه با هیجانها، آموزش خود ابرازی هیجانها، ریلکسیشن
جلسه دهم	بحث بر روی شدت طرحواره‌ها قبل و بعد از مواجهه
جلسه یازدهم	مرور جلسات و تمرین مهارت‌ها
جلسه دوازدهم	کار بروی برنامه درمانی

معرفی اهداف و عناوین مباحث مربوط به آن جلسه، بحث و تمرینات داخل جلسه و همچنین تمرینات خارج از جلسه است. علاوه بر این، از جلسه دوم به بعد، هر جلسه با یک تمرین پنج دقیقه‌ای ذهن آگاهی فراگیر از طریق تنفس و سپس مرور تمرینات مربوط به جلسه قبل، آغاز می‌شود:

رفتار درمانگری دیالکتیکی: آموزشهایی است که بر اساس پروتکل رفتار درمانی دیالکتیکی لینهان^(۳۸)، به آزمودنی‌های گروه آزمایشی دوم، در طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه به مدت ۵ هفته) به صورت گروهی طی جلسات زیر ارائه می‌شود (هر جلسه، دربرگیرنده

جدول ۲. پروتکل رفتار درمانی دیالکتیکی لینهان (۲۰۰۵)

جلسات	محتوا
جلسه اول	برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی مشکل، آموزش مهارت تحمل‌آسفتگی (پذیرش بنیادین و مهارت‌های توجه برگردانی، کنارآمدن و آرامش بخشی)
جلسه دوم	بررسی فرم‌های پذیرش بنیادین، آموزش و تمرین گروهی تنفس آگاهانه، آموزش تن‌آرامی
جلسه سوم	آموزش مراحل تکمیل‌کننده آرامش‌بخشی، و مهارت‌های مفهومی یا مشاهده‌ای توجه‌آگاهی (تمرکز کامل برحال، شناسایی افکار و هیجانات و توانایی عبور یا تمرکز بر آنها، تمرکز لحظه به لحظه آگاهی).
جلسه چهارم	- ترکیب تمرین آرامش وابسته به نشانه با تکنیک تصویرسازی از مکان امن، آموزش ده نوع تحریف شناختی، ارائه جمع‌بندی کتبی برای فروکشی هیجان
جلسه پنجم	- آموزش مهارت‌های کاربردی یا قضاوتی توجه‌آگاهی (کاربرد ذهن خردمند، ثبت قضاوت‌های منفی و ذهن آغازگر، انجام کار مؤثر و آموزش یک توجه آگاهی مناسب).
جلسه ششم	تمرکز بیشتر بر توجه آگاهی مناسب و پیشرفته، آموزش پنج مانع توجه آگاهی و طرق مقابله با آنها.
جلسه هفتم	آموزش مهارت‌های همه‌جانبه‌نگری، برنامه‌ریزی و ایجاد هیجان و عمل متضاد (تحلیل رفتار و راه‌حل یابی و ایجاد تغییرات وضعیت چهره و ژست بدنی).
جلسه هشتم	آموزش مهارت ارتباط مؤثر (گوش دادن فعال و جسارتمندانه، طرح درخواست ساده، مهارت‌های نه گفتن)
جلسه نهم	آموزش مهارت‌های انتقاد ورزی، طرح درخواستی با تعارض و مقاومت بالا (تکنیک‌های کدرسازی، وارسی، تأخیراندازی جسارتمندانه)، تکنیک‌های مذاکره
جلسه دهم	آموزش ایجاد تجارب هیجانی مثبت بلندمدت از طریق کار کردن بر روی سه حوزه اهداف زندگی، روابط و ذهن آگاهی فراگیر نسبت به تجارب مثبت، آموزش رها کردن رنج هیجانی از طریق پذیرش هیجانات و تغییر دادن هیجانات منفی از طریق کنش متضاد با هیجان.

استاندارد گروه‌های مورد مطالعه به توصیف کلی موقعیت پژوهش پرداخته سپس با اطمینان از پیش‌فرض‌های مورد نیاز، عملیات آماری تحلیل واریانس مکرر اجرا گردید. در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه‌های درمانی گزارش گردیده است. در بررسی تأثیر شیوه‌های درمانی بر متغیرهای پژوهش وجود روند کاهشی میانگین‌ها در هر دو متغیر، می‌تواند حاکی از اثربخشی این دو روش درمانی بر متغیرهای شدت درد و محدودیت عملکرد باشد.

در این پژوهش سطح معنی داری ۰,۰۵ در نظر گرفته شد و داده‌های گردآوری شده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل عملیات آماری تحلیل واریانس مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر در دو بخش توصیفی و استنباطی ارائه گردید. ابتدا با بیان شاخص‌های میانگین و انحراف

جدول ۳. توصیف آماری نمرات متغیر شدت درد و محدودیت عملکرد در گروه‌های مورد مطالعه

گروه	رفتاردرمانی دیالکتیک						طرحواره درمانی هیجانی					
	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد
شدت درد	۵,۳۹	۰,۴۹	۲,۸۴	۰,۴۸	۱,۴۶	۰,۶۱	۵,۴۷	۰,۵۳	۲,۱۴	۰,۵۵	۱,۲۶	۰,۴۶
محدودیت عملکرد	۵,۰۰	۰,۷۵	۳,۰۷	۰,۸۲	۲,۴۴	۰,۶۴	۵,۳۳	۰,۶۶	۳,۳۶	۰,۶۱	۱,۶۹	۰,۵۸

آزمون) معنادار است که نشان می‌دهد اثر متغیرهای مستقل آزمایش در طول زمان بر ابعاد متغیرهای وابسته معنادار است. به عبارت دیگر روش‌های درمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی هیجانی بر متغیرهای شدت درد و محدودیت عملکرد اثربخش بوده است. بر اساس جدول ۴ نتایج نشانگر آن است اثر متغیر آزمایش در طول زمان بر متغیرهای وابسته یعنی مؤلفه‌های شدت درد و محدودیت عملکرد معنادار ($p < 0/01$) بوده است. به عبارت دیگر درمان‌های رفتاردرمانگری دیالکتیک و طرحواره درمانی هیجانی بر میزان شدت درد، و محدودیت عملکرد درد تأثیر مثبتی داشته است.

برای بررسی اثر شیوه‌های درمانی بر این دو متغیر از تحلیل آماری با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده گردید. از آنجایی که یکی از پیش‌شرط‌های لازم برای اجرای روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، بررسی پیش‌فرض کرویت با استفاده از تحلیل آزمون کرویت ماچلی است، عدم معنی دار بودن نتایج شدت درد با $Mauchly's w (-0.94)$ و $sig = 0,674$ ، و محدودیت عملکرد $Mauchly's w (-0.93)$ و $sig = 0,371$ ، نشان از رعایت این پیش‌فرض داشته است. نتایج آزمون چند متغیری نشانگر آن است اثر ویلکز لامبدا (به عنوان رایج‌ترین آزمون) و اثر پیلای (به عنوان محافظه‌کارترین

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تک متغیری جهت بررسی اثربخشی درمان‌ها بر شدت درد و محدودیت عملکرد

Sig.	F	میانگین مجزورات	Df	مجموع مجزورات		
۰,۰۰۰	۲۵۲,۶۵	۵۹,۳۴	۲	۱۱۸,۶۹	شدت درد	اثر زمان دیالکتیک
۰,۰۰۰	۲۷۲,۴۰	۷۳,۹۵	۲	۱۴۷,۹۰	شدت درد	طرحواره
۰,۰۰۰	۲۱۷,۴۹	۴۹,۸۷	۲	۹۹,۷۴	عملکرد درد	دیالکتیک
۰,۰۰۰	۱۷۵,۶۲	۲۶,۷۸	۲	۵۳,۵۶	عملکرد درد	طرحواره

دو متغیر و در هر سه مرحله آزمایش رعایت شده است. در جدول ۵، داده‌های مربوط به آزمون چند متغیری درون گروهی و بین گروهی متغیرها نشانگر آن است اثر ویلکز لامبدا و اثر پیلای معنادار است که نشان می‌دهد اثر متغیرهای مستقل آزمایش در طول زمان بر ابعاد متغیرهای وابسته معنادار است. در جدول ۶ نیز داده مربوط به آزمون درون گروهی تک متغیری نمرات شدت درد، و محدودیت عملکرد درد نشان داده شده است.

در بررسی معناداری تفاوت دو روش درمانی رفتاردرمانگری دیالکتیک و طرحواره درمانی هیجانی، بر متغیرهای پژوهش، عدم معنی‌دار بودن نتایج پیش فرض کرویت ماچلی، در شدت درد با ($\text{Mauchly's } w = -0.88$ و $\text{sig} = 0.18$)، و محدودیت عملکرد ($\text{Mauchly's } w = -0.93$ و $\text{sig} = 0.08$)، نشان از رعایت این پیش فرض داشته است. درگام بعدی از آزمون لون برای بررسی واریانس خطا استفاده شد، نتایج آزمون لون نشان می‌دهد که برابری واریانس در هر

جدول ۵. نتایج آزمون چند متغیری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

Sig.	Df	F	ارزش	آزمون	
۰,۰۳	۲	۴,۱۵	۰,۲۳	اثر پیلای	شدت * گروه
۰,۰۳	۲	۴,۱۵	۰,۷۶	ویلکز لامبدا	
۰,۰۰	۲	۱۴,۴۸	۰,۵۲	اثر پیلای	عملکرد * گروه
۰,۰۰	۲	۱۴,۴۸	۰,۴۸	ویلکز لامبدا	

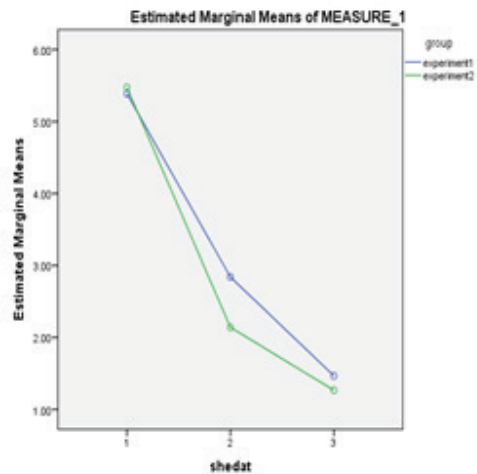
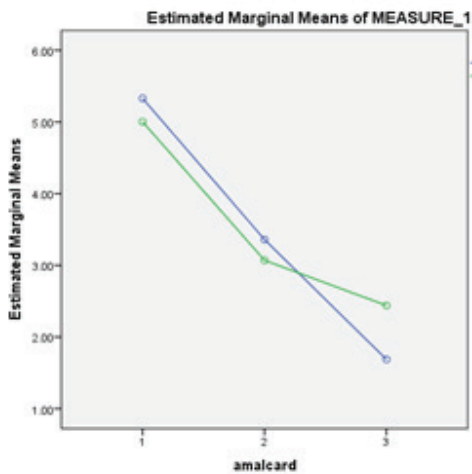
بر اساس جداول ۵ و ۶ بین گروه‌های پژوهش در طول زمان تفاوت معناداری وجود دارد. نگاهی به ضریب اتا در جدول تحلیل تک متغیری و نیز جداول مقایسه زوجی (جدول ۷)، مربوط به نمرات شدت درد و محدودیت عملکرد نشان می‌دهد که روش طرحواره درمانی هیجانی، در بهبود محدودیت عملکرد درد و کاهش شدت درد تأثیر بیشتری نسبت به روش رفتاردرمانگری دیالکتیکی داشته است.

جدول ۶. نتایج تحلیل تک متغیری نمرات پریشانی روان شناختی

Eta	Sig	F	میانگین جذورات	Df	مجموع مجذورات		
۰,۱۴	۰,۰۱	۴,۷	۱,۱۹	۲	۲,۳۸	شدت درد	اثر زمان * گروه
۰,۳۴	۰,۰۰	۱۴,۷۳	۲,۸۱	۲	۵,۶۳	محدودیت عملکرد	

جدول ۷. مقایسه زوجی نمرات شدت درد، و محدودیت عملکرد در مراحل آزمایش

معناداری	خطای انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	مرحله زمانی	مرحله زمانی	
دیالکتیک					
۰,۰۰۰	۰,۱۷۵	۲,۵۵	پس آزمون	پیش آزمون	شدت درد* گروه
۰,۰۰۰	۰,۱۹۵	۳,۹۲	پیگیری	پیش آزمون	
۰,۰۰۰	۰,۱۵۸	۱,۳۷	پیگیری	پس آزمون	
۰,۰۰۰	۰,۱۵۹	۱,۹۳	پس آزمون	پیش آزمون	عملکرد* گروه
۰,۰۰۰	۰,۱۴	۲,۵۶	پیگیری	پیش آزمون	
۰,۰۰۰	۰,۱۲۵	۰,۶۳۰	پیگیری	پس آزمون	
طرحواره هیجانی					
۰,۰۰۰	۰,۲۳۵	۳,۳۳	پس آزمون	پیش آزمون	شدت درد* گروه
۰,۰۰۰	۰,۱۸۰	۴,۲۱	پیگیری	پیش آزمون	
۰,۰۰۰	۰,۱۴۴	۰,۸۸	پیگیری	پس آزمون	
۰,۰۰۰	۰,۱۵۴	۱,۹۷	پس آزمون	پیش آزمون	عملکرد* گروه
۰,۰۰۰	۰,۲۰۸	۳,۶۴	پیگیری	پیش آزمون	
۰,۰۰۰	۰,۱۵۸	۱,۳۷	پیگیری	پس آزمون	



بحث

سردرد تنشی شایع‌ترین اختلال تجربه شده در زمینه سردردهای مزمن و بیماریهای روان تنی می‌باشد. با توجه به شیوع بالای سردردهای مزمن تنشی، و تأثیر درد بر محدودیت عملکرد، و پژوهش‌های محدود در زمینه درمان‌های اثربخش بر سردردهای مزمن تنشی، و عدم مقایسه درمان‌ها باهم، این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی دو روش درمانی رفتار درمانگری دیالکتیکی و طرحواره درمانی هیجانی بر شدت درد، و محدودیت عملکرد در بیماران مبتلا به سردردهای تنشی انجام شده است. نتایج نشان داد درمان‌های طرحواره محور هیجانی، و رفتار درمانگری دیالکتیکی بر کاهش شدت درد مؤثر هستند. همچنین اثربخشی درمان طرحواره محور هیجانی بیشتر از رفتار درمانگری دیالکتیکی بوده است. هرچند پژوهشی که مستقیماً کارایی رفتار درمانی دیالکتیکی را بر شدت درد در بیماران مبتلا به سردردهای تنشی بررسی کرده باشد، مشاهده نشد. با اینحال، این یافته همسو با یافته‌هایی است که اثربخشی رفتار درمانگری دیالکتیکی را بر بیماری‌های مزمن با مدیریت سبک‌های پردازش هیجانی نشان داده‌اند^(۲۸، ۲۹).

همچنین شواهد حاصله از مطالعه درمان‌های موج سوم شناختی- رفتاری با محوریت حضور ذهن توسط محمدی، محمدخانی، دولت‌شاهی و اصغری مقدم^(۳۹)؛ و مداخله پذیرش و تعهد توسط معتمدی^(۳۰) در کاهش شدت و مدت سر دردهای مزمن قابل طرح است. در بررسی دلایل اصلی افزایش شدت درد، مدل‌های شناختی درد مزمن از جمله مدل ترس- اجتناب نشان می‌دهد که شیوه‌ای که مردم احساس دردشان را تفسیر می‌کنند و یا به آن پاسخ می‌دهند تعیین کننده مهمی در تجربه درد است. فاجعه‌آمیز کردن درد با ترس و اضطراب ناشی از درد ارتباط قابل توجهی دارد. در مدل ترس- اجتناب، متغیر مرکزی فاجعه‌سازی است، و ارزیابی منفی درد، ۷ تا ۳۱٪ واریانس شدت درد را تبیین می‌کند^(۱۲). از این رو هر مکانیسمی که بتواند فاجعه‌آمیز کردن درد را کاهش

داده و یا در فرایند آن تغییر ایجاد کند می‌تواند باعث کاهش ادراک شدت درد و ناتوانی ناشی از آن باشد. در تبیین اثربخشی رفتار درمانگری دیالکتیکی بر کاهش شدت ادراک درد، بانگاهی بر مهارت‌های بکارگرفته در این روش، بکارگیری تکنیک‌های ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا از طریق توجه انعطاف‌پذیر، راهکارهای مقاومتی و ناسازگار خودمراقبتی، کمتر مورد کاربرد قرار بگیرد^(۴۰) و مهارت تحمل پریشانی به افراد کمک می‌کند با ایجاد تعمدی هیجان‌های خوشایند، جایگزین کردن افکار و تقویت سایر حواس، توجه برگردانی کرده و قدرت تحمل پریشانی و رنج و اندوه را در خود بالا ببرند^(۳۸)، و به کمک توان مدیریت هیجان‌های ناکارآمد و آسیب‌پذیری روانشناختی، امکان کنار آمدن با درد در مبتلایان به سردرد تنشی افزایش می‌یابد، و کاهش شدت درد را سبب می‌شود. مطابق با دیگر یافته این پژوهش مشخص شد که طرحواره درمانی هیجانی بر شدت ادراک درد، در مبتلایان به سر دردهای تنشی تأثیر دارد. درخصوص این یافته نیز مستقیماً مطالعه‌ای انجام نشده است، اما هم‌راستا با نتایج این مطالعه، عرفان، نوربالا، کرباسی، محمدی، و ادیبی^(۴۱) طی پژوهش خود دریافتند که طرحواره درمانی هیجانی در بهبود دردهای مزمن، در بیماران روده تحریک‌پذیر اثربخشی بالایی دارد و همچنین با توجه بر حدواسطی استرس در ادراک شدت درد، در بررسی تأثیرات فراشناخت‌ها بر استرس، وجود درجه‌ی بالایی از همبستگی، بین متغیر باورهای فراشناختی مثبت و منفی شامل بر تأیید شناختی، نیاز به کنترل، بخصوص فاجعه‌پنداری و عدم کنترل‌پذیری، با متغیر نگرانی، توسط مطالعه‌ای که باهدف مقایسه باورهای فراشناختی و نشخوار فکری، در بین ۲۵۰ نفر از دانشجویان که با سطوح بهنجار و بیمارگون از نگرانی بودند، تأیید شد^(۴۱). برای تبیین یافته‌های مذکور در بررسی عوامل آغازگری تشدید کننده‌ی شدت ادراکی در سردرد، با توجه به مثلث روان نژندی، شامل خود بیمار انگاری، افسردگی و هیستری بالا،

ناراحتی جسمی، و درماندگی هیجانی، فنون بکارگرفته شده در این رویکرد، موجب آگاهی فرد حاوی استرس از فرایندسیستم پردازش فراهیجانی می‌شود، و در واقع با بکارگیری تکنیک‌هایی همچون به تعویق انداختن نگرانی/ اندیشناکی، فن آموزش توجه^(۴۳) و ذهن آگاهی انفصالی^(۴۴) به آنها کمک می‌کند تا به شیوه‌ای فراهیجانی عمل کنند، و بر آسیب‌پذیری ویژه‌ای که به مشکلات محدودیت عملکرد داشته‌اند و آنان را در مواجهه با استرس، مستعد محدودیت عملکرد می‌کند فائق آید. در تبیین اثربخشی روش طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش محدودیت عملکرد درد در بیماران مبتلا به سردردهای تنشی، باتوجه بر زیرساخت فراهیجان‌ها در ایجاد دردهای روان تنی و عود مکرر سردردها، نیاز به مداخله‌ای بر سطوح عمیق‌تر شناختی و مراحل شکل‌گیری این روان‌بنه‌ها در ذهنیت جامعیت‌پذیری حاصله از سبک‌های فرزندپروری دوران کودکی، در مبتلایان به سردردهای تنشی بوده است، و با مروری بر روش‌های مدیریت تکنیک‌های طرحواره درمانی هیجانی ارائه شده توسط لیهی^(۳۷)، بکمک آموزش تکنیک‌های کنترل‌پذیری، روش‌های توانمندسازی ارائه شده براساس روان بنه اعتباربخشی، و تکنیک‌های تصمیم‌گیری بر روان بنه عدم تحمل ابهام، باطنی کردن فرایند درمان و با یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای جدید، خزانه شناختی و رفتاری افراد تقویت شده و باعث افزایش توان مقابله آنها با موقعیت‌های زندگی‌اشان می‌شود و در نتیجه می‌تواند در بهبود سطح محدودیت عملکرد درد در فرد مؤثر باشد.

برتری کارایی درمان طرحواره محور هیجانی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی براساس نگاهی بر مطالعه انجام شده توسط فاسبیندر، و همکاران^(۳۳) با تکیه بر دو بعد نظری قابل تبیین است، از یک جنبه تفاوت دو روش در رویکرد درمانی‌شان می‌باشد رفتاردرمانی دیالکتیک در بعد اجرایی سطوح بالاتر از سه لایه شناختی را در برمی‌گیرد، و رویکرد بالا به پایین را اتخاذ می‌کند،

در افراد نوروتیکی که اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند، متغیر استرس یکی از مهم‌ترین متغیرهای آغازگر در ابتلا به سردردهای نوع اول می‌باشند^(۱۳)، که با توجه بر دیدگاه دروازه‌های کنترل درد که هدایت کننده و یا مسدودکننده پیام‌های درد، بر اساس حالات روانشناختی می‌باشند، مداخلاتی با مکانیسم فراهشناختی، مانند طرحواره درمانی هیجانی، بکمک ارزیابی‌های شناختی مربوط به طرحواره‌های هیجانی، آزمون‌های تجربی و سایر مداخلات، به منظور کمک به عادی‌سازی، پیوند دادن هیجان‌ها به ارزش‌ها و یافتن شیوه‌های سازگارانهٔ ابراز هیجان و اعتباربخشی، تعدیل نظریهٔ اختصاصی بیمار دربارهٔ هیجان و در نتیجه کاهش شدت درد ادراک شده را سبب می‌شود.

دیگر یافته این پژوهش نشان داد درمان‌های طرحواره محور هیجانی، و رفتاردرمانگری دیالکتیکی بر کاهش محدودیت عملکرد درد مؤثر هستند. در خصوص این یافته نیز مستقیماً مطالعه‌ای انجام نشده است، اما هم‌راستا با نتایج این مطالعه، در تأیید اثربخشی روش‌های موج سوم شناختی - رفتاری بر محدودیت عملکرد، اثربخشی درمان شناختی حضور ذهن، در زنان مبتلا به درد مزمن در روند سالمندی می‌باشد^(۳۹). در نگاهی بر دلایل ایجاد محدودیت عملکرد درد، فاجعه‌آمیز کردن درد، نقشی بنیادین در ایجاد ترس و اضطراب مرتبط با درد دارد، و نقش مهمی در درک علل باقی ماندن و تشدید درد دارد. فرد مبتلا به درد برای دورماندن از اضطراب افزایش درد در نتیجه فعالیت، الگوهای رفتاری ویژه‌ای را شکل می‌دهد که در ضمن آنها از بسیاری از موقعیت‌ها و فعالیت‌ها اجتناب می‌کند^(۱۰). این الگو بتدریج در فعالیت‌های روزانه‌ی فرد تداخل ایجاد کرده و در نتیجه باعث افزایش محدودیت عملکرد جسمانی در این دسته از افراد می‌شوند^(۱۱) نتایج پژوهش‌های مک کراکن، گانتلت - گیلبرت، و وولز^(۴۲)، شوترز، ریز، پریس و شوترز^(۱۲) و چو، هیبی، مک کراکن، لی، و مون^(۳۶) نیز این یافته را تأیید می‌کند. در تبیین اثربخشی درمانگری دیالکتیکی، متعاقب وجود

با توجه به محدودیت‌های خاص این پژوهش، وجود متمرکز بودن اجرای تحقیق حاضر فقط در سطح شهر تبریز، با جنسیت محدود در زنان، و محدودیت سطح تحصیلات که اکثر ادرمقاطعی بالاتراز کارشناسی بودند، و کاربرد ابزار خود گزارشی پرسشنامه که بعلت تفاوت‌های اجتماعی، می‌تواند عاملی بر کاهش دقت ابزار اندازه‌گیری باشد، و با توجه بر وجود تحقیقات اندک در دو روش رفتاردرمانگری دیالکتیکی و طرحواره درمانی هیجانی بر سر دردهای تنشی و پیامدهای ناشی از آن، قبل از تعمیم دادن نتایج تحقیق حاضر، پیشنهاد می‌شود تحقیقات بیشتری در این زمینه، در مقاطع پایین‌تر تحصیلی و مناطق مختلف جغرافیایی، در آقایان انجام گیرد. درنهایت باتوجه به تحقیقات انجام شده و نیز تحقیق حاضر در تأیید اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر درد مزمن پیشنهاد می‌شود در سیاست‌های نظام بهداشتی و آموزشی - درمانی کشور جایگاه روانشناسی درد به عنوان یکی از تخصص‌های مهم و تأثیرگذار در زمینه کنترل دردمزمن تعریف شود، و با توجه بر ارجحیت روش طرحواره درمانی هیجانی بر بهبود شدت درد و کاهش محدودیت عملکرد، پیشنهاد می‌شود ضرورت یادگیری و اهمیت برگزاری دوره‌های آموزش مهارت‌های درمان طرحواره محور هیجانی با هدف کاهش شدت درد و محدودیت عملکرد حاصله در مبتلایان به سردردهای تنشی توضیح داده شود و این دسته از مهارت‌ها به متخصصان سلامت روان در مراکز بهداشتی - درمانی آموزش داده شود. این امر بهبودی بیماران و کاهش هزینه‌های درمان را به دنبال خواهد داشت.

نتیجه‌گیری

در مجموع یافته‌های این پژوهش نشان داد رفتاردرمانگری دیالکتیکی و طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش شدت سردردهای تنشی، کاهش محدودیت عملکرد حاصل از اختلال مؤثر هستند و اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بیشتر از رفتاردرمانگری دیالکتیکی است. همچنین

ابتدا سراغ شناخت‌های سطحی، سپس مفروضه‌های زیربنایی و سپس طرح‌واره‌ها می‌رود. اما در طرح‌واره درمانی هیجانی بالعکس، مستقیماً سراغ عمیق‌ترین سطح شناختی (طرح‌واره‌ها) می‌رود و رویکرد پایین به بالا را اتخاذ می‌کند^(۴۵). دومین بعد برتری کارایی درمان طرح‌واره درمانی هیجانی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی، باتکیه بر اصول اساسی رویکرد طرح‌واره درمانی هیجانی قابل تبیین است. بطوریکه مطابق با دیدگاه لیهی^(۳۷) افراد، نظریه‌هایی فراتجربه‌ای درباره‌ی هیجان‌هایشان دارند، که بر اساس این باورها رفتارهای ایمنی‌بخشی شامل بر راهبردهای فرونشانی فکرا بروز داده، که براساس باور به کنترل‌ناپذیر بودن افکار که در پی ارزیابی‌های مشکل‌آفرین از خنثی‌سازی یا هم‌جوشی فکر - عمل؛ تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت؛ و معیارهای بی‌نقص‌گرایانه حاصل می‌آید^(۴۴)، که البته در طی مراحل درمانی طرح‌واره درمانی هیجانی نشانگان توجهی - شناختی به دلیل تمرکز بر ارزیابی‌تهدید، ایجاد سوگیری در پردازش‌های خودکار سطح پایین‌ترنظام شناختی و در پیداشتن پیامدهای محیطی و بین‌فردی مشکل‌زا، به عنوان مانعی در راه آرام‌بخشی روانشناختی مورد توجه قرار می‌گیرد^(۴۶). براساس این تحلیل نظری، تعدیل شناختی در رویکرد طرح‌واره درمانی هیجانی باتأکید بر چالش با بررسی نگرانی و افکار منفی و تعدیل نشانگان توجهی - شناختی و تغییر در سبک شناخت باعث کاهش شدت درد و محدودیت در عملکرد بیماران مبتلا به سردردهای تنشی می‌گردد. قابل ذکر است با توجه بر افزایش مهارت‌های ریلکسیشن پیشرفته در افراد، که افزایش توانایی کنترل یکپارچه سیستم خودکار اعصاب پیرامونی را بر فیزیولوژی حالات هیجانی سبب می‌شود و افزایش توانایی مدیریت هیجان‌های ناکارآمد افراد در ارتباط با باورهای طرح‌واره‌ای و راهبردهای مقابله‌ای انتخاب شده، دلیلی بر افزایش روند رو به رشد کنترل شدت درد، و کاهش محدودیت عملکرد در نتیجه پیگیری دو ماهه می‌باشد.

رفتار درمانگری دیالکتیکی و طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش محدودیت عملکرد حاصل از اختلال مؤثر هستند و اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بیشتر از رفتار درمانگری دیالکتیکی است. لذا می‌توان اذعان کرد که اجرای چنین مداخلاتی می‌تواند در کاهش سردردهای تنشی و کاهش محدودیت عملکرد حاصل از درد مؤثر باشد.

تقدیر و تشکر

نتایج این پژوهش استخراج از رساله دکتری مصوب در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز در سال ۱۳۹۹ با کد اخلاق IR-IAU- Tabriz- REC. 1398. 096 است. بر خود لازم می‌دانم از معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ و پزشکان متخصص مغز و اعصاب، و اعصاب و روان، از جمله خانم دکتر رنجبر، خانم دکتر احمدی، و آقای دکتر فرهودی قدردانی کنم. در پایان از بیمارانی تشکر می‌کنم که با شرکت فعال خود در جلسات درمان ما را موفق به انجام تحقیق حاضر کردند.

References

1. Peatfield R. (1986). *Headache*, New York: Springer
2. Perumal- Pandi S. R, Narasimhan M, Kramer M. *Sleep and Psychosomatic Medicine*, [Jafary M, Kiani A, Salehi M, Ahangari N, trans] Tehran: Ebne sina; 2016. [In Persian]
3. Stovner, L., Hagen, K, Jensen, R., et al. (2007). The global burden of headache: A documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalgia*. Y27: 193-210
4. Headache Classification Committee of the international Headache Society (IHS). The international classification of headache disorders, 3rd edition. *Cephalgia* 2013, 33 (9) 629-808.
5. Ebrahimi F, Najmi vazneh F, Mohamadi Y, Razeghi Jahromi S, Najmi vazneh F, Tagha M. Types of Tension and Migren Headache among Medical Tecnition in Sina hospital, Tehran, Iran. *Journal of Shafaie khatam*, 2018, 6 (2): 25-30. [In Persian]
6. Woolf, CJ. (2007). Stress is widely demonstrated as a contributing factor in tension-type headache .stress, headache,pain,tension-type,mechanisms. *Cephalgia*, 27, 3, 193–210.
7. Ashina, S., Bendtsen, L., Ashina,, M. (2012). Pathophysiology of migraine and tension-type headache. *Anesthesia and Pain Management.*, 16, 1, 14-18.
8. Philips, H. C. (1987a). Avoidance behaviour and its role in sustaining chronic pain. *Behaviour research and Therapy*, 25, 273-279.
9. Flor, H., Birbaumer, N., Turk, DC. (1990). The psychobiology of Chronic pain, *Advances in Behavior Research and therapy*. 12, 47- 84.
10. Vlaeyen JW, Linton SJ. (2000). Fear avoidance and its consequences in musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* , 85, 317–332.
11. Morone NE, Lynch CS, Greco CM, Tindle HA, Weiner DK.(2008). "I felt like a new person." The effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: qualitative narrative analysis of diary entries. *Pain*; 9: 841-848.
12. Schutes R.Rees C.Preece M, Schutes M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *PAIN*, 148, 120-127.
13. Hye J. L., Jin H. L., Eun Y. C., Sun M. K., (2019). Efficacy of psychological treatment for headache disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of headacke and pain*, 17, 580-619.
14. Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford; p. 115-126.
15. Faedda, N., Natalucci, G., Calderoni, D., et al. (2017) Metacognition and headache: Which is the role in childhood and adolescence? *Front Neurol*; 8:650.
16. Nao, H., Montorio, B., & Bourkvich, C. (2004). Meta-Worry as a Triger for worry in adults. *Psychology today*, (7):137-149
17. Packel, L. (2019). *The Complex Interplay Between Metacognition and Headache in Children*. *Headache Migrane Adviser*
18. Faedda, N., Natalucci, G., Cerutti, R., et al. (2017) Metacognition and headache: Which is the role in childhood and adolescence? *Front Neurol*; 8:650.
19. Kamali A, Arizi H, Abedi A. Meta- Analysis of compairment between effectiveness of psychotherapy and medicene therapy on migrene and tension headache (2000-2011, Iran), *Psychothrapy andconselling culture*,2012; 3 (12): 145- 179. [In Persian]
20. Ghadampour E, Hoseini NS, Moradiani G. Effectiveness of Emotional schema therapy on Anxiety sensitivity and emotion regulation skills on students with social anxiety. *Journal of science exploration of medical science univercity of yasooj* 2018; (5): 23- 59. [In Persian]
21. Erfan, A., Noorbala, A., Karbasi Amel, S., Mohammadi, A., Adibi, P. (2018). The Effectiveness

- of Emotional Schema Therapy On The Emotional Schemas and Emotional Regulation in Irritable Bowel Syndrome: Single Subject Design. *Adv. Biomed Research.*, . doi: 10.4103/abr.abr_113_16.
22. Kolyaie, L., Badri, R., Bahrami, M., & Hoseini, S. (2016), The effect of emotional schema therapy on reduction of depression in high school students. *International Journal of humanities and cultural studies.* 2356- 5926.
 23. Rahabarian¹, M., Mohammadi¹, A., Abasi², I., Meysamie³, A., Nejatiasafa, A. (2016). A Comparison of Emotional Schemas in Patients with Bipolar Disorders and Major Depressive Disorder in Remission and Nonclinical Population. . *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 4(2), 121-128.
 24. Purdon, C., Rowa, k., & Antony, M. M. (2005). Thought suppression and its effects on thought frequency, appraisal, mood state in individuals with obsessive – compulsive disorder, *Behavior research and Therapy*, 35, 793- 802.
 25. Leehy R. Emotional Schema Therapy [Zirak H, Azadi R, trans]. Tehran: Arjomand; 2015. [In Persian]
 26. Valentine SE, Bankoff SM, Poulin RM, Reidler EB, Pantalone DW. (2015). The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: a systematic review of the treatment outcome literature. *Journal of Clinical Psychology*; 71, 1-20.
 27. Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan. M. M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy With Suicidal Adolescents*. New York: The Guilford Press
 28. Babae L, Fakhry, M. K, Jadidi M, Salehi Omran, M.T. Effectiveness of dialectical behavior therapy on emotion regulation and conceptual of social protection in patients with chronic heart disease, *Science Journal OF Babol medical science university* 2015; 17 (11): 21-27. [In Persian]
 29. Niedtfeld, I., Schmitt, R., Winter, D., Bohus, M., Schmahl, C., and Herpertz, S. B. (2017). Pain-mediated affect regulation is reduced after dialectical behavior therapy in borderline personality disorder: a longitudinal fMRI study. *Social Cognitive Affect Neuroscience*, (5): 739–747. doi: 10.1093/scan/nsw183.
 30. Motamedi, H. (2012). The Effectiveness of a Group-Based Acceptance and Commitment Additive Therapy on Rehabilitation of Female Outpatients With Chronic Headache: Preliminary Findings Reducing 3 Dimensions of Headache Impact. *Behavioral Sciences Research.* doi.org/10.11/j.1526-4610.2012.02192
 31. Mansourishad, H., Togha, M., Borjali, A., Karimi. R. (2017). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Relieving Migraine Headaches. *Arch Neurosci*, 4(4), 139-152. doi: 10.5812/archneurosci.58028Press, 2006; 75-91
 32. Wells, A., Burch, R., Paulsen, R., Wayne, P., Houle, T., Loder, E. (2014). Meditation for migraines: a pilot randomized controlled trial. *Headache.* 54,9.: 1484-95.
 33. Fassbinder, E., Schweiger, U., Maritus, D., Brand de wide, O., & Arntz, A. (2016). Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy. *Frontiers In Psychology.* doi: 10.3389/fpsyg.2016.01373
 34. Kerns, R. Turk, D., Rudy, T. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *PAIN*, 23: 345-356.
 35. Asghari M. A, Kelk, N. Study of the availability, and Reliability of multidimensional inventory of pain in Iranian patients with chronic pain. *Journal of psychology* 2008; 45, 51-72. [In Persian].
 36. Cho S, Heiby EM, McCracken LM, Lee S, Moon D. 2010. Pain-Related Anxiety as a Mediator of the Effects of Mindfulness on Physical and Psychosocial Functioning in Chronic Pain Patients in Korea. *The Journal of Pain*, 11, 789-797.
 37. Leahy, R. L. (2009b). *Anxiety free: Unravel your fears before they unravel you*. Carlsbad, CA: Hay House.

38. Linehan M. (2005). Skills training manual for treating borderline personality disorder. 2nd ed. New York: Guilford Publications.
40. Mc Cracken, L.M, Velleman, SC.(2010) Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. PAIN , 148: 141–147
41. Barahmand, U. (2008). Age and gender differences in adolescent worry. Personality and Individual Differences. 45, 1199-1208.
42. McCracken LM, Gauntlett-Gilbert J, Vowles KE. (2007). The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. Pain , 131, 63–69.
43. Wells A. (2008). Metacognitive Therapy: Cognition Applied To Regulating Cognition. Behavioural and Cognitive Psychotherapy; 36(06): 651.
44. Wells A. (2000). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy; 23(4): 337-355.
45. Yosefzadeh M, Hashemi M, Talebi H, Neshatdoost H, Taheri M, Momenzdeh S. Comarement of Effectiveness of cognitive-behavioral therapy and emotional schema therapy on reducing the cognitive error of pai catastrophizing and increase of pain self-efficacy in tehranian patients ith chronic low back pain. Journal of A nesthesiology and pain, 2020, 2 (11),26-43. [In Persian]
46. Yılmaz AE, Gençöz T, Wells A. (2011). The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: a prospective study. J Anxiety Disord; 25(3):389-96.