



Comparison between effectiveness of dialectical behavioral therapy and emotional schema therapy on sleep quality in people who suffering from tension headache

Hale Nasizadeh^{1*}, Naeime Moheb^{2*}, shole livarjani³, jalil baba pour kheirodin⁴, zahra moosavi⁶

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

The aim of the present study was to compare the effectiveness of dialectical behavioral therapy and emotional schema therapy on sleep quality in people who suffering from tension headache. The present study was a quasi-experimental design that conducted in the form of pretest-posttest-2months follow up. In this study, 68 patients with chronic tension headache 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 each group completed the Pittsburgh sleep Quality as the pretest, posttest, and 2months 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 multivariate analysis of covariance. Based on the results of covariance analysis in posttest and follow-up, it was found that both emotional schema therapy, and dialectical behavior therapy were effective on sleep quality 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 sleep quality than dialectical behavior therapy among people who suffering from tension headache ($p=0/001$). Therefore training of this therapeutic approach is recommended as an effective interventional method in recovery of sleep quality in people who suffering from tension headache.

Key words: Emotional schema therapy, Dialectical behavior therapy, sleep quality

► Please cite this paper as:

Nasizadeh H, Moheb N, Livarjani SH, Khanbabapour J, Moosavi Z [Comparison between effectiveness of dialectical behavioral therapy and emotional schema therapy on sleep quality in people who suffering of tension headache(Persian)]. J Anesth Pain 2021;12(1):78-91.

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

Email: Ha94nasizadeh@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۲، شماره ۱، بهار ۱۴۰۰

مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی هیجانی، بر کیفیت خواب 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: ۱۳۹۹/۱۲/۱۵

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۹/۱۲/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۵

چکیده

زمینه و هدف: این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی دو روش طرحواره درمانی هیجانی و رفتار درمانگری دیالکتیکی بر کیفیت خواب مبتلایان به اختلال سردرد تنشی انجام گرفت. روش پژوهش حاضر، از نوع نیمه تجربی بود که در قالب طرح پیش آزمون - پس آزمون-پیگیری دوماهه انجام شد. بدین منظور از بین ۶۸ بیمار ارجاعی از مراکز درد دانشگاه‌های علوم پزشکی دانشگاه تبریز، تعداد ۳۰ بیمار که دارای تشخیص روانپزشکی سر درد تنشی بودند 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 پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ (PSQ) 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 نرم‌افزار SPSS بر روی گروه‌های آزمایش انجام شد. یافته‌های پژوهش نمایانگر این موضوع بود که بر اساس نتایج تحلیل واریانس مکرر دو مداخله رفتار درمانگری دیالکتیکی و طرحواره درمانی هیجانی، در مراحل پس آزمون و پیگیری، بر کیفیت خواب در مبتلایان به سر دردهای تنشی مؤثر بودند ($P = 0/001$)، بعلاوه، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی بیانگر این بود که درمان طرحواره محور هیجانی، تأثیر بیشتری نسبت به رفتار درمانگری دیالکتیکی در بهبود کیفیت خواب در مبتلایان به سر دردهای تنشی دارد ($P = 0/001$). نتایج از تأثیر دو روش درمانی طرحواره درمانی 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، سر درد تنشی، کیفیت خواب

مقدمه

بیاندازد. داشتن بیداری مطلوب و بهره‌ور، بدون خواب کافی با کیفیت مناسب میسر نخواهد بود. برای نیل به این مهم شناخت صحیح از خواب که حدود ۱،۳ از

خواب یکی از ضروریات حیات محسوب می‌شود محرومیت از آن می‌تواند سلامت همگان را به خطر

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

پست الکترونیک: Ha94nasizadeh@gmail.com

در بررسی مکانیسم فرایند رابطه بین سردردهای مزمن و اختلالات خواب، مدل‌ها و شواهدی در نورواناتومی حاصل از تأثیر نوروترنسمیترهای قشری بر سیستم شبکه فعال مشبک در مغز ارائه شده است که بخش‌هایی مانند هیپوتالاموس و هسته سوپراکیاسماتیک با اتصالاتی به سیستم لیمبیک، و غده پینه‌ال، منبع نورون‌های تولید کننده سروتونین و ملاتونین می‌باشند، و در تنظیم ریتم شبانه روزی تثبیت شده و ایجاد مراحل خواب دخیل بوده‌اند، که بواسطه فعالیت کورتیکال مغزی، در ایجاد تغییرات خلق و خو، احساس خستگی، و در نتیجه تنظیم درد مؤثر می‌باشند^(۷). ماهیت دو طرفه خواب و سردرد مبتنی بر مدل بیورفتاری، تئوری پیشنهادی دیگری است که چرخه زنجیری اختلال خواب و سردرد را توضیح می‌دهد، براساس مدل بیورفتاری، پاسخ‌های رفتاری پرخطر به سر درد ناشی از اختلال خواب/استراحت، و ایجاد چرخه زنجیری اختلال خواب و سردرد مزمن ارتباط متقابل سردرد و فرآیندهای خواب را به کمک سه فرضیه توضیح می‌دهد: (۱) پاسخ رفتاری پرخطر به سر درد ناشی از خواب/استراحت می‌تواند اختلالات خواب را در طول زمان تشدید و ادامه دهد. (۲) اختلالات بعدی در فیزیولوژی خواب، احتمال سردرد را افزایش می‌دهد. (۳) باگذشت زمان، این چرخه معیوب می‌تواند برای تبدیل سردرد اپیزودیک به سردرد مزمن مورد استفاده قرار بگیرد^(۸). ضمناً مطابق مدل اسپیلمن، وجود سه عامل زمینه‌ساز، رویدادهای آشکارساز، و عوامل تداوم-بخش، می‌توانند در ایجاد اختلالات خواب اولیه مزمن، برخی از افراد را بعلت داشتن یک سیستم خواب زیست‌شناختی با صفات شخصیتی «بسیار حساس»، دچار آسیب‌پذیری ویژه‌ای به مشکلات خواب کنند، بشکلی که آنان را در مواجهه با استرس، مستعد خواب ناکافی می‌کند، درواقع نوعی از شیوه‌ی تفکر، صحنه را برای مشکل خواب مداوم آماده می‌کند که ممکن است شامل اسناد نادرست علل بی‌خوابی، توجه نشان دادن سوگیرانه به محرک‌های مرتبط با خواب، نگرانی، و باورهای بیهوده

عمر آدمی را به خود اختصاص می‌دهد، از اهمیت بالایی برخوردار است. دست کم بیش از یک سوم جمعیت بزرگسالان به طور متناوب گرفتار بی‌خوابی می‌شوند، در حالی که ۱۰ تا ۱۵ درصد گرفتار مشکلات خواب مزمن و مداوم‌اند. بی‌خوابی ممکن است از اختلال‌های پزشکی گوناگون، اختلال‌های روان‌پزشکی سوء مصرف مواد، و سایر اختلال‌های خواب اولیه (مثل وقفه‌ی تنفس در خواب) ناشی شود، با وجود این به طور کلی ۱ تا ۲ درصد جمعیت گرفتار بی‌خوابی اولیه هستند که نوعی اختلال بی‌خوابی است که در غیاب چنین اختلال‌های همایند یا مستقل از آنها ادامه می‌یابد، مشخصه‌ی اختلال بی‌خوابی، دشواری در شروع و تداوم خواب، یا نداشتن خواب رضایت‌بخش از لحاظ کیفی است که به رغم فرصت‌ها و شرایط خواب کافی رخ می‌دهد و منجر به مشکلات چشمگیر در زمان بیداری می‌شود^(۱). کیفیت خواب یک پدیده پیچیده است که تعریف آن مشکل و سنجش آن ذهنی است^(۲). بای سی، رینولد، برمن، و کوپر^(۳) کیفیت خواب را شامل تعیین الگوهای تاخیر خواب، مدت خواب، عادات خواب، کیفیت خواب ذهنی، اختلال خواب، استفاده از داروی خواب و اختلال عمل در طی روز می‌داند. طبق سومین ویرایش طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات سردرد ICHD-3^(۴)، و ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^(۵)، زیرمجموعه‌ای از سردرد همراه با اختلالات خواب نیز به طور کلی در آخرین تجدیدنظر در طبقه‌بندی اختلالات خواب مورد توجه قرار گرفته است. طبق مطالعات فراتحلیل دو دهه گذشته توسط‌های، چین، اون، و سان^(۶)، ضمن اینکه خود اختلال‌های خواب، یک علامت پیش‌بین برای اختلالات روانی و بخصوص افسردگی می‌باشد، دربررسی عوامل آغازگر، یا تشدیدکننده‌ی سردردهای مزمن، اختلال‌های خواب در کنار استرس دو متغیری هستند که از لحاظ درجه همبستگی، مهم‌ترین عوامل آغازگر و تشدیدکننده درد، در مبتلایان به سردردهای نوع اول محسوب می‌گردند.

بهبود می‌بخشد و چرخه معیوب و برهم کنشی سه گانه استرس - کیفیت خواب - سردردهای تنشی رامی‌شکند. درخصوص بررسی کارایی رفتاردرمانگری دیالکتیکی بر کیفیت خواب در بیماران مبتلا به سردردهای تنشی، به خصوص درکشور ما پژوهشی مستقیم صورت نگرفته است، ولی دراین راستا می‌توان بر اثر بخشی روشهای موج سوم شناختی - رفتاری بر اختلالات خواب، در مطالعاتی بوسیله کاربرد تکنیک‌های ذهن آگاهی با ساختارهای شناختی^(۲۲)، و حدواسطی مدیریت افسردگی^(۲۳) و میانجی‌گری استرس^(۲۴) توجه نمود. همچنین قابل ذکر است در زمینه بررسی اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی هیجانی بر کیفیت خواب در بیماران مبتلا به سردردهای تنشی نیز پژوهشی مستقیم انجام نشده است، هرچند با توجه بر وجود زیرساخت هیجانی در این اختلال، اثربخشی بالای روش طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش نشانگان اختلال‌های خلقی مانند افسردگی^(۲۵)، و اختلال دوقطبی^(۲۶) مشاهده می‌شود. مدل طرحواره هیجانی، اظهار می‌دارد که افراد، نظریه‌هایی فراتجربه‌ای درباره هیجان‌هایشان دارند، و همچنین براساس این مدل، رفتارهای ایمنی‌بخش و باور به کنترل‌ناپذیر بودن افکارو معیارهای بی‌نقص‌گرایانه حاصل می‌آید^(۲۷، ۲۸). با توجه به وجود هم‌پوشانی‌هایی که مدل طرح‌واره درمانی هیجانی با مفاهیم اعتبار بخشی راجرز، درمان‌تعهد و پذیرش، و تأکید بر زندگی ارزشمند، در رویکرد دیالکتیک و نیز مفهوم پالایش هیجانی فروید دارد، این روش جزء درمان‌های هیبریدی یکپارچه محسوب گردیده^(۲۸)، و می‌توان به علت هم‌پوشانی‌های مذکور، وجود اثربخشی این روش درمانی را بر سردردهای تنشی، و خواب به علت وجود زیرساخت هیجانی اختلال پیش‌بینی نمود. درخصوص بررسی مقایسه‌ای بین دو روش طرحواره درمانی هیجانی، و رفتاردرمانگری دیالکتیکی، تحقیق کیفی انجام شده در سال ۲۰۱۶، توسط فاسبیندر، و همکاران^(۲۹)، بیانگر وجود دو بعد مشترک، روش درمانی شناختی - رفتاری، و نیز کنارآمدن با بی‌نظمی‌های

درباره‌ی روش‌های تقویت‌کننده‌ی خواب - باشد^(۹)، که خود هسته بنیادین باورهایی بر امتداد استرس، و درنتیجه ادراک درد در سردردهای تنشی می‌باشد. در بعد مشترک مؤلفه‌های روانشناختی در کیفیت خواب و سردردهای 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^(۱۰). مطالعات فاعدا، ناتالوچی، و کالدونی^(۱۱)؛ نائو، مونتوریو، و بورکووچ^(۱۲)، بیانگر نقش عوامل فراشناختی‌ای چون فرانگرانی، در ایجاد اختلالات اضطرابی و روان‌تنی می‌باشد. طبق مطالعات مروری انجام گرفته^(۱)، معلوم شده است که درمانهایی با زیرساخت شناختی - رفتاری بر بی‌خوابی‌های اولیه، بعلت نوعی درمان چند مؤلفه‌ای برخلاف رویکردهای دارویی به بهبود بلندمدت درمانجویان منجر می‌گردد. باتوجه بر پژوهش‌های اخیر توسط پاکل؛ فائدا، ناتالوچی، و صراطی^(۱۳، ۱۴)، وجود محوریت فرانگرانی، به عنوان عاملی فراتشخیصی، در بروز سردردهای مزمن، با منشأ استرس و مشکلات خواب^(۱۵، ۱۶، ۱۷) لزوم درمانهایی با مدل چند سطحی شناختی، از جمله رفتاردرمانگری دیالکتیک و طرحواره درمانی هیجانی را طرح می‌نماید^(۱۸، ۱۹). رفتار درمانی دیالکتیکی یکی از رویکردهایی است که در بهبود مشکلات روانشناختی ناشی از اختلالات هیجانی مورد توجه محققان بسیاری قرار گرفته است^(۱۹). 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 مداخل‌های شامل تحمل پریشانی، ذهن آگاهی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی را در شیوه درمان گروهی مطرح می‌کند^(۲۰، ۲۱). قابل پیش‌بینی است رفتاردرمانگری دیالکتیک با توجه به وجود سطوح شناختی چندگانه درمان در بخش‌های کاربرد ذهن‌خردمند، ناهمجوشی فکر و وجود ابعاد رفتاری درمان، هیجان‌ات و تفکر مبتنی بر نگرانی را

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 هریک 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 مجدداً پرسشنامه‌های مذکور به عنوان پس آزمون، یکبار در انتهای دوره آموزشی، و بار دیگر بافاصله دوماه، در گروه‌ها تکمیل گردید. اطلاعات بوسیله ابزار زیر گردآوری شد:

راهنمای پرسشنامه کیفیت خواب (PSQ). پرسشنامه شاخص کیفیت خواب پیترزبورگ توسط بایسی، رینولدز، برمن، و کپفر^(۳) برای اندازه‌گیری کیفیت خواب و کمک به تشخیص افرادی که خواب خوب یا بد دارند ساخته شده است. این مقیاس خود گزارشی قلمروهای متعددی دارد که شامل کیفیت خواب ذهنی (CI)، تاخیر در به خواب رفتن (C2)، مدت خواب (C3)، کارایی خواب (C4)، مشکلات زمان خواب (C5)، مصرف داروی خواب‌آور (C6)، و اختلال عملکرد روزانه (C7) می‌شود. شامل ۱۹ گویه است. پاسخ‌ها از ۰ تا ۳ درجه‌بندی شده اند و دامنه نمرات از ۰ تا ۲۱ قرار دارد. سازندگان مقیاس معتقدند که یک نمره بالاتر از ۵ به عنوان یک اختلال خواب قابل ملاحظه تلقی می‌شود. پایایی این مقیاس نسبتاً بالا و برای آن آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است. حساسیت ۸۹/۶٪ و ویژگی ۸۶/۵٪ شاخص‌های اعتبار این مقیاس را تشکیل می‌دهند. در ایران، در مطالعه بساک نژاد، آقاجانی افجندی و زرگر (۳۰)، پایایی این مقیاس به روش آلفای

هیجانی بعنوان ساختار پایه در هر دو روش بوده؛ و در موارد اصطلاحات، تبیین، و تکنیک‌های کاربردی دو روش تفاوت‌های اساسی دارند.

با استناد به معدود مطالعاتی که بدان اشاره شد، در خصوص بررسی کارایی رفتار درمانگری دیالکتیک و طرحواره درمانی هیجانی بر کیفیت خواب، در بیماران مبتلا به 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 کیفیت خواب، در 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 درسال ۹۹-۱۳۹۸ بوده است، که از این میان تعداد ۳۰ بیمار با استفاده از روش نمونه‌گیری 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 سر درد تنشی بودند به صورت هدفمند انتخاب شده، و به شکل تصادفی ساده در دو گروه جایگزین شدند، و هر دو گروه پرسشنامه کیفیت خواب پیترزبورگ (PSQ) را به عنوان پیش آزمون تکمیل کردند، معیارهای ورود به پژوهش شامل دریافت تشخیص اختلال سر درد تنشی، 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

اول، در طی ۱۲ جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه به مدت ۶ هفته) به صورت گروهی 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).

کرونباخ برابر با ۰,۷۸ به دست آمد و یافته‌های حاصل از تحلیل مواد نشان داد که همبستگی بین آیتم‌ها و نمره کل کیفیت خواب بین ۰,۱۳ تا ۰,۷۴ متغیر می‌باشد و همگی ضرایب در سطح ۰,۰۰۱ معنی‌دار بودند. طرحواره درمانی هیجانی: آموزش‌شهایی است که بر اساس پروتکل درمانی لیهی^(۲۸)، به آزمودنی‌های گروه آزمایشی

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 مسئله، 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

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^(۳۱)، 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 معرفی اهداف و

جدول ۲: پروتکل رفتار درمانی دیالکتیکی لینهان (۲۰۰۵)

محتوا	جلسات
برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی مشکل، آموزش مهارت تحمل‌آشفتگی (پذیرش بنیادین و مهارت‌های توجه‌برگردانی، کنار آمدن و آرامش بخشی)	جلسه اول
بررسی فرم‌های پذیرش بنیادین، آموزش و تمرین گروهی تنفس آگاهانه، آموزش تن‌آرامی	جلسه دوم
آموزش مراحل تکمیل‌کننده آرامش‌بخشی، و مهارت‌های مفهومی یا مشاهده‌ای توجه‌آگاهی (تمرکز کامل بر حال، شناسایی افکار و هیجانات و توانایی عبور یا تمرکز بر آنها، تمرکز لحظه به لحظه آگاهی).	جلسه سوم
ترکیب تمرین آرامش وابسته به نشانه با تکنیک تصویرسازی از مکان امن، آموزش ده نوع تحریف شناختی، ارائه جمع‌بندی کتبی برای فروکشی هیجان	جلسه چهارم
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 پنجم
تمرکز بیشتر بر توجه‌آگاهی مناسب و پیشرفته، آموزش پنج مانع توجه‌آگاهی و طرق مقابله با آنها.	جلسه ششم
آموزش مهارت‌های همه‌جانبه‌نگری، برنامه‌ریزی و ایجاد هیجان و عمل متضاد (تحلیل رفتار و راه‌حل یابی و ایجاد تغییرات وضعیت چهره و ژست بدنی).	جلسه هفتم
آموزش مهارت ارتباط مؤثر (گوش دادن فعال و جسارت‌مندانده، طرح درخواست ساده، مهارت‌های نه گفتن)	جلسه هشتم
آموزش مهارت‌های انتقاد ورزی، طرح درخواستی با تعارض و مقاومت بالا (تکنیک‌های کدرسازی، واریسی، تأخیر اندازی جسارت‌مندانده)، تکنیک‌های مذاکره	جلسه نهم
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.	جلسه دهم

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر در دو بخش توصیفی و استنباطی ارائه گردید. ابتدا با بیان شاخص‌های میانگین و انحراف 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 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 تحلیل آماری واریانس مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

شیوه‌های درمانی بر متغیرهای پژوهش وجود روند کاهش می‌یابند. میانگین‌ها در کیفیت خواب، می‌تواند حاکی از اثربخشی این دو روش درمانی بر متغیر وابسته کیفیت خواب باشد.

در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های درمانی گزارش گردیده است. در بررسی تأثیر

جدول ۳: توصیف آماری نمرات متغیر کیفیت خواب در گروه‌های مورد مطالعه

گروه	طرحواره درمانی هیجانی			رفتار درمانی دیالکتیکی		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
کیفیت خواب	۱۸,۴۷	۰,۸۳	۸,۲۰	۰,۹۴	۶,۵۳	۱,۳۵
	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد
	۰,۸۳	۸,۲۰	۰,۹۴	۶,۵۳	۱,۳۵	۱۸,۲۷
	۰,۸۳	۸,۲۰	۰,۹۴	۶,۵۳	۱,۳۵	۱۸,۲۷
	۰,۸۳	۸,۲۰	۰,۹۴	۶,۵۳	۱,۳۵	۱۸,۲۷

معنادار است که نشان می‌دهد اثر متغیرهای مستقل آزمایش در طول زمان بر ابعاد متغیر وابسته معنادار است. به عبارت دیگر روش‌های درمانی رفتار درمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی هیجانی بر متغیر کیفیت خواب 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 رفتار درمانی 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 پیش فرض کرویت با استفاده از تحلیل آزمون کرویت ماچلی است، عدم معنی دار بودن نتایج کیفیت خواب با $(Mauchly's w = 0,77, sig = 0,18)$ در روش درمانی رفتار درمانی دیالکتیکی، و $(Mauchly's w = 0,89, sig = 0,48)$ در روش درمانی طرحواره درمانی هیجانی نشان از رعایت این پیش فرض داشته است. نتایج آزمون چند متغیری نشانگر آن است اثر ویلکز لامبدا (به عنوان رایج‌ترین آزمون) و اثر پیلای (به عنوان محافظه کارترین آزمون)

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تک متغیری

مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	Sig.
۹۶۱۷۳	۲	۴۸۰,۸۷	۶۴۳,۱۹	۰,۰۰۰
۱۲۵۲,۹۳	۲	۶۲۶,۴۷	۷۸۳,۰۸	۰,۰۰۰

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 معنی دار بودن نتایج پیش فرض کرویت ماچلی، در کیفیت خواب با $(Mauchly's w = 0.84)$ و $(sig = 0.09)$ ، نشان از رعایت این پیش فرض داشته است. در گام بعدی از آزمون لون برای بررسی واریانس خطا استفاده شد، نتایج آزمون لون نشان می‌دهد که برابری واریانس در متغیر کیفیت خواب و در هر سه مرحله آزمایش رعایت شده است.

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

آزمون	ارزش	F	Df	Sig.
کیفیت خواب * گروه	اثر پیلای	۵,۴۹	۲	۰,۰۱
	ویلکز لامبدا	۵,۴۹	۲	۰,۰۱

جدول ۶: نتایج تحلیل تک متغیری نمرات کیفیت خواب

اثر زمان * گروه	کیفیت خواب	مجموع مجزورات	Df	میانگین جذورات	F	Sig	Eta
		۹,۸۰	۲	۴,۹۰	۶,۳۳	۰,۰۰۳	۰,۱۸

جدول ۷: مقایسه زوجی نمرات کیفیت خواب در مراحل آزمایش

مرحله زمانی	مرحله زمانی	تفاوت میانگین	خطای انحراف استاندارد	معناداری
طرحواره هیجانی				
پیش آزمون	پس آزمون	۱۰,۲۷	۰,۳۰	۰,۰۰۰
پیش آزمون	پیگیری	۱۱,۹۳	۰,۳۹	۰,۰۰۰
پس آزمون	پیگیری	۱,۶۸	۰,۲۷	۰,۰۰۰
رفتار درمانگری دیالکتیک				
پیش آزمون	پس آزمون	۸,۸۷	۰,۲۹	۰,۰۰۰
پیش آزمون	پیگیری	۱۰,۵۳	۰,۳۶۳	۰,۰۰۰
پس آزمون	پیگیری	۱,۶۷	۰,۲۹	۰,۰۰۰

ارائه پاسخ‌های رفتاری پرخطر به سر درد ناشی از اختلال خواب/استراحت را سبب می‌شود^(۳۲)، و متعاقب وجود ناراحتی جسمانی، و درماندگی هیجانی، باکارگیری فنون آموخته شده در این رویکرد، موجب آگاهی فرد حاوی استرس از فرایند سیستم پردازش فراهیجانی شده، و در واقع بکارگیری تکنیک‌هایی همچون به تعویق انداختن نگرانی/اندیشناکی، فن آموزش توجه^(۳۳،۳۴) و ذهن آگاهی انفسالی^(۳۵) به آنها کمک می‌کند تا به شیوه‌ای فراهیجانی عمل کنند، و بر آسیب‌پذیری ویژه‌ای که به مشکلات خواب داشته‌اند و آنان را در مواجهه با استرس، مستعد خواب ناکافی می‌کند فائق آیند. در بخش اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی نیز مطالعه مستقیمی در خصوص پژوهش حاضر انجام نشده است، اما هم‌راستا با نتایج این مطالعه در تحقیقی با ساختار فراشناختی، جهت بهبود کیفیت خواب، در میانسالان، به کمک روشهای کنترل فکر، و فراشناخت‌های مرتبط با خواب نشان داد که مشکلات خواب در ارتباط با باورها و فعالیت‌های فراشناختی بوده است^(۳۶). مطالعه انجام گرفته توسط فائدا، ناتالوچی، صراطی^(۳۷) در بیان نقش میانجی طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد، بین سازه‌های استرس، کیفیت خواب و سردردهای نوع تنشی، نقش طرحواره‌های هیجانی، در ایجاد سر دردهای مزمن مبرهن است. در تبیین اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی هیجانی بر رابطه دوسویه کیفیت خواب و سردردهای تنشی، مطابق مدل اسپیلمن، بعلت وجود عوامل زمینه‌ساز و عوامل تداوم‌بخش، در ایجاد اختلالات خواب اولیه مزمن، برخی از افراد ممکن است به دلیل داشتن یک سیستم خواب زیست‌شناختی آسیب‌پذیری ویژه‌ای به مشکلات خواب داشته باشند که آنان را در مواجهه با استرس، مستعد خواب ناکافی می‌کند، در این بیماران باورهای فاجعه‌آفرین، یا خود اسناد دهی درباره درد، منجر به ازهم گسیختگی روانی-اجتماعی شده و بر کیفیت خواب فرد اثر می‌گذارد^(۳۷). کاربرد تکنیک‌های طرحواره درمانی هیجانی، بکمک مدیریت کنترل‌پذیری، روش‌های توانمندسازی ارائه شده براساس

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.

بحث

اختلالات خواب گروهی از اختلالات روانپزشکی است که در بررسی سلامت عمومی و بالینی جامعه از اهمیت بالایی برخوردار هستند^(۳) با توجه بر تأثیرات وسیع مشکلات خواب بر عملکرد روزانه، کیفیت زندگی و بهره‌وری افراد، و با دقت برهمکنش گسترده مؤلفه‌های روانشناختی همچون افسردگی، اضطراب و برخی بیماری‌های روان با کیفیت خواب^(۳۲)، و پژوهش‌های محدود درمان‌های اثربخش بر کیفیت خواب، و عدم مقایسه درمان‌ها باهم، این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی دو روش درمانی رفتاردرمانگری دیالکتیکی و طرحواره درمانی هیجانی بر کیفیت خواب در بیماران مبتلا به سردردهای تنشی انجام شده است. نتایج نشان داد درمان‌های طرحواره محور هیجانی، و رفتاردرمانگری دیالکتیکی، در مراحل پس آزمون و پیگیری، بر بهبود کیفیت خواب مؤثر هستند. همچنین اثربخشی درمان طرحواره محور هیجانی بیشتر از رفتاردرمانگری دیالکتیکی بوده است.

هر چند پژوهشی که مستقیماً کارایی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کیفیت خواب را بررسی کرده باشد، مشاهده نشد. با اینحال، این یافته در راستای مطالعاتی قرار می‌گیرد که توان اثربخشی روشهای موج سوم شناختی - رفتاری بر اختلالات خواب را بوسیله کاربرد تکنیک‌های ذهن آگاهی با حدواسطی ساختارهای شناختی^(۳۲)، یا مدیریت افسردگی^(۳۳) و یا میانجی‌گری استرس^(۳۴) نشان می‌دهد. در تبیین اثربخشی رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی بر رابطه دو سویه کیفیت خواب و سردردهای تنشی، طبق مدل عملکردی بیورفتاری،

یا عمل براساس معانی یک فکر؛ هم‌جوشی فکر - عمل؛ تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت؛ و معیارهای بی‌نقص‌گرایانه حاصل می‌آید^(۳۷). بعنوان مثال موارد هم‌جوشی فکر - عمل، تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت، و معیارهای بی‌نقص‌گرایانه در موارد هجوم افکار مزاحم در لحظه خواب رفتن، به کمک روشهای ترکیبی شناختی طرحواره درمانی هیجانی و نیز تکنیک‌های ذهن‌گسلیده برای مدیریت عمیق‌تر شروع و امتداد خواب قابل کاربرد است. که البته در طی مراحل درمانی طرحواره درمانی هیجانی نشانگان توجهی - شناختی به دلیل تمرکز بر ارزیابی تهدید، ایفای نقش ناکارآمد در فراهم‌سازی اطلاعاتی که می‌توانند ارزیابی‌ها و باورهای طرحواره‌ای اشتباه را اصلاح کنند و یافتن منابع توجهی جدید به منظور ارائه پاسخ‌های سازگار، ایجاد سوگیری در پردازش‌های خودکار سطح پایین‌تر نظام شناختی و در پیداشتن پیامدهای محیطی و بین‌فردی مشکل‌زا، به عنوان مانعی در راه آرام بخشی روانشناختی مورد توجه قرار می‌گیرد^(۳۹). براساس این تحلیل نظری، تعدیل شناختی در رویکرد طرحواره درمانی هیجانی با تأکید بر چالش با بررسی نگرانی و افکار منفی و تعدیل نشانگان توجهی - شناختی و تغییر در سبک شناخت باعث بهبود در کیفیت خواب، خواهیم بود. قابل ذکر است با توجه بر افزایش مهارت‌های ریسک‌کاهش پیشرفته در افراد، و افزایش توانایی افراد در ارتباط با طرحواره‌ها، و افزایش مهارت‌های مدیریتی آنها، دلیلی بر افزایش روند رو به رشد بهبود کنترل کیفیت خواب در پیگیری دو ماهه می‌باشد.

با توجه به دو محدودیت این پژوهش، وجود متمرکز بودن اجرای تحقیق حاضر فقط در سطح شهر تبریز، و محدودیت سطح تحصیلات که همگی در مقطعی بالاتر از کارشناسی بودند، و وجود احتمال خطا در تعمیم آن به سایر شهرها، و سایر مقاطع تحصیلی، و وجود تحقیقات اندک در دو روش رفتار درمانگری دیالکتیکی و طرحواره درمانی هیجانی بر کیفیت خواب مبتلایان به سر دردهای تنشی و پیامدهای ناشی از آن، قبل از تعمیم دادن نتایج تحقیق حاضر،

روان‌بنه اعتباربخشی، و تکنیک‌های تصمیم‌گیری بر روان‌بنه عدم تحمل ابهام در بهبود کیفیت خواب مؤثر است. در بخش‌هایی پژوهش، نتایج حاکی از اثربخشی بالاتر روش طرحواره درمانی هیجانی نسبت به رفتاردرمانی دیالکتیکی، در بهبود کیفیت خواب مبتلایان به سر دردهای تنشی، در دو بخش پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد.

برتری کارایی درمان طرحواره محور هیجانی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی 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 ابتدا سراغ شناخت‌های سطحی، سپس مفروضه‌های زیربنایی و سپس طرح‌واره‌ها می‌رود. اما در طرح‌واره درمانی هیجانی بالعکس، مستقیماً سراغ عمیق‌ترین سطح شناختی یعنی طرح‌واره‌ها می‌رود و رویکرد پایین به بالا را اتخاذ می‌کند^(۳۸،۱۰).

نظم بخشی هیجان در رفتاردرمانی دیالکتیک بشکل مستقیم اجرا می‌گردد، هرچند در طرحواره درمانی هیجانی، بشکل غیرمستقیم، از طریق مدیریت و بازسازی جامعیت‌پذیری طرحواره‌ها می‌باشد. فرضاً براساس نگرش حاصله از جامعیت‌پذیری مربوط به روان‌بنه کنترل‌پذیری براساس نگرش شکل‌گرفته، که نگرشی جبرانی، یا تسلیم‌شدنی، و یا بی‌تفاوت بر هیجان دارد راهبرد مقابله‌ای انتخابی برای مشکلات روزمره، و بی‌خوابی متفاوت خواهد بود؛ 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^(۱۰) افراد، نظریه‌هایی فراتجربه‌ای درباره هیجان‌هایشان دارند، که بر اساس این باورها رفتارهای ایمنی‌بخشی شامل بر راهبردهای فرونشانی فکر، خودپایی، خودآگاهی شناختی را بروز داده، که براساس باور به کنترل‌ناپذیر بودن افکار که در پی ارزیابی‌های مشکل‌آفرین از مناسبت شخصی یک فکر؛ مسئولیت‌پذیری برای فرونشانی، خنثی‌سازی

پیشنهاد می‌شود تحقیقات بیشتری در این زمینه انجام گیرد. در نهایت با توجه به تحقیقات انجام شده و نیز تحقیق حاضر در تأیید اثربخشی درمان‌های روان شناختی بر کیفیت خواب همراه با سر دردهای مزمن پیشنهاد می‌شود در سیاست‌های نظام بهداشتی و آموزشی-درمانی کشور جایگاه روانشناسی خواب به عنوان یکی از تخصص‌های مهم و تأثیرگذار در زمینه کنترل مشکلات بی‌خوابی تعریف شود. این امر بهبودی بیماران و کاهش هزینه‌های درمان را به دنبال خواهد داشت.

نتیجه گیری

در مجموع یافته‌های این پژوهش نشان داد رفتاردرمانگری دیالکتیکی و طرحواره درمانی هیجانی بر بهبود کیفیت خواب در مبتلایان به سردردهای تنشی، مؤثر هستند و اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بیشتر از رفتاردرمانگری دیالکتیکی است. لذا می‌توان اذعان کرد که اجرای چنین مداخلاتی می‌تواند در بهبود کیفیت خواب مبتلایان به سردردتنشی 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. ۱۳۹۸. ۰۹۶ است. بر خود لازم می‌دانم از معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ و پزشکان متخصص مغز و اعصاب، از جمله خانم دکتر رنجبر، خانم دکتر احمدی، و آقای دکتر فرهودی قدردانی کنم. در پایان از بیمارانی تشکر می‌کنیم که با شرکت فعال خود در جلسات درمان ما را موفق به انجام تحقیق حاضر کردند.

References

1. Edinger, J. D., Fines, A. I., et al. (2004). Insomnia and the eye of the beholder: Are there clinical markers of objective sleep disturbances among adults with and without insomnia complaints? *Journal of counseling and clinical psychology*, 68: 586- 593
2. Hasler, G., Buysse, D. J., & Gamma, A. (2007). Excessive daytime sleepiness in young adults: A 20-year prospective community study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(4), 521-9.
3. Buysse, D., Reynolds, C., Berman, S., Kupfer, D. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*, 28
4. International Classification of Headache Disorders. (2013) 3rd, 33 edition. *Cefalagia*, 0, 629- 808.
5. American psychiatric association. (2013) 5th Edition, Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders. [Rezaee F, Fachraee A., Niloofari A., Hashemi J., Shamloo F. Trans.]. Tehran: Arjomand [In Persian]
6. 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 headache and pain*, 17, 580-619.
7. Holland, PR. 2014. Headache and sleep: Shared pathophysiological mechanisms. *Cephalagia*; 34 (10): 725- 744.
8. Ong, JC, Park, M. 2012. Chronic headache and insomnia: Working toward a biobehavioral model. *Cephalagia*; 32, 1059-1070
9. Carney, C., & Edinger, J. D. (2006). Identifying critical dysfunctional beliefs about sleep in primary insomnia. *Sleep* 29: 325- 333.
10. Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford; p. 115-126.
11. Faedda, N., Natalucci, G., Calderoni, D. (2017) Metacognition and headache: Which is the role in childhood and adolescence? *Front Neurol*; 8:650.
12. Nao, H., Montorio, B., & Bourkvich, C. (2004). Meta-Worry as a Trigger for worry in adults. *Psychology today*, (7):137-149
13. Packel, L. (2019). The Complex Interplay Between Metacognition and Headache in Children. *Headache Migrane Adviser*
14. Faedda, N., Natalucci, G., Cerutti, R. (2017) Metacognition and headache: Which is the role in childhood and adolescence? *Front Neurol*; 8:650.
15. Sooyeon, s. (2015). Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia: Is it Effective in Treating Symptoms of Comorbid Psychiatric and Medical Disorders? A Review. *Sleep Medicene Research*, 6(1): 10-15.
16. Jungquist CR, O'Brien C, Matteson-Rusby S, Smith MT, Pigeon WR, Xia Y, et al. (2010) The efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in patients with chronic pain. *Sleep Med*; 11: 302-9.
17. Jason, C., Ong, A., Chrisi, S., Ulmer, B., & Manber, R. (2012). Improving sleep with mindfulness and acceptance: A metacognitive model of insomnia. *Behavior Research and Therapy*, 50, 651-660.
18. Gadampour 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]
19. 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.
20. Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan. M. M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy With Suicidal Adolescents*. New York: The Guilford Press.
21. Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed). New york: Guilford Press
22. Ghorbani moghadam P, Teimoori S., Yazdanpanah F. (2017). Effectiveness of cognitive therapy based on

- mindfulness on irrational thoughts sleep quality and utilize tempt in persons with substance user disorder, social health and addiction, 5, 20, 119-132.
23. Nazemi harandi J., Namdari k. (2014). Effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on depression and Sleep quality in university students. *Journal of clinical psychology of Ahvaz Chamran university*, 1,1, 4, 67- 86.[in persian]
 24. Ahmadi J., Zeinali A. (2018). Effectiveness of social network addiction on Academic progress of students; Mediocre role of Sleep quality, Academic Laxity and Academic Stress. *Journal of investigation in virtual and school learning*, 6, 2, 21-32.
 25. 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.
 26. 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.
 27. 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.
 28. Leehy R. Emotional Schema Therapy [Zirak H, Azadi R, trans]. Tehran: Arjomand; 2015. [In Persian]
 29. Fassbinder, E., Schweiger, U., Maritus, D., Brande, O., & Arntz, A. (2016). Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy. *Frontiers In Psychology*. doi: 10.3389/fpsyg. 2016. 01373
 30. Basaknejad S., Aghajani Afjadi A, Zargar Y., (2011). Effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on sleep quality and life style in female university students. *Psychology Journal*, 3, 18, 181- 193.
 31. Linehan M. (2005). Skills training manual for treating borderline personality disorder. 2nd ed. New York: Guilford Publications.
 32. . 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]
 33. 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.
 34. Wells A. (2000). Emotional disorder and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chic Hester: Wiley.
 35. Wells A. (2008). Metacognitive Therapy: Cognition Applied To Regulating Cognition. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*; 36(06): 651.
 36. Sella, E., Cellini, N., Miola, I., Sarlo, M., Borrella, E. (2018). The influence of metacognitive beliefs of sleeping difficulties in older adults, *Applied psychology: Health and well- being/ 11,1*. Doi. Org/ 10.1111/aphw.12140
 37. Carney, C., Edinger, J., et al. (2006) The contribution of general anxiety to sleep quality ratings in insomnia subtypes. *Sleep* 29 (suppl): A233
 38. Yosefzadeh M, Hashemi M, Talebi H, Neshatdoost H, Taheri M, Momenzdeh S. Comparison of Effectiveness of cognitive-behavioral therapy and emotional schema therapy on reducing the cognitive error of catastrophicizing and increase of pain self-efficacy in tehranian patients with chronic low back pain. *Journal of Anesthesiology and pain*, 2020, 2 (11), 26-43. [In Persian]
 39. 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.