

مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر حساسیت اضطرابی و مؤلفه‌های آن در زنان مبتلا به درد مزمن

مسعود کریمی^۱، محمدرضا بلیاد^{۲*}، جاوید پیمانی^۲، ناهید هواسی سومار^۲، معصومه ژیان‌باقری^۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۷/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۲

خلاصه

مقدمه: درد مزمن وضعیتی پیچیده است که فرد را با رنج و هزینه درمانی زیادی روبه‌رو می‌سازد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر حساسیت اضطرابی در زنان مبتلا به درد مزمن انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل با پی‌گیری دوماهه بود. جامعه آماری، تمامی زنان مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک فیزیوتراپی بیمارستان امام رضا(ع) اسلام‌شهر در سال ۱۴۰۱ بودند. با نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه گمارده شدند. گروه‌های درمان پویشی کوتاه‌مدت فشرده و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی هر کدام ۸ جلسه (یک جلسه ۱ ساعته در هفته) مداخله دریافت کردند. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. گردآوری داده‌ها توسط چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه حساسیت اضطرابی Taylor و Cox انجام شد. داده‌ها به‌وسیله آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها: در ترکیب خطی متغیرهای حساسیت اضطرابی و مؤلفه‌های آن نشانگان جسمانی، شناختی و اجتماعی برحسب عضویت گروهی و مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری اثر تعاملی گروه و زمان معنی‌دار بود ($p < 0.001$). تفاوت میانگین نمره گروه روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با گروه کنترل در حساسیت اضطرابی و مؤلفه‌های آن با آزمون تعقیبی بن‌فرونی معنی‌دار بود ($p < 0.001$)، اما بین اثربخشی دو روش مداخلاتی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0.05$). نتیجه‌گیری: هر دو روش مداخلاتی بر حساسیت اضطرابی مبتلایان به درد تأثیر داشتند. یافته‌ها می‌تواند در طرح‌ریزی مداخلات توانبخشی-درمانی این بیماران در کنار درمان طبی امیدبخش باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان پویشی کوتاه‌مدت فشرده، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، حساسیت اضطرابی، درد مزمن

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران.
۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: m.reza.bd@karaj.iau.ir ، تلفن: ۰۹۱۸۵۵۲۲۰۶۲

مقدمه

تجربه درد یکی از شایع‌ترین رویدادهایی است که افراد را به جست‌وجوی مراقبت پزشکی ترغیب می‌کند [۱]، و نه تنها با تنیدگی و ناراحتی ایجاد شده توسط درد بلکه به واسطه پیامدهای تنیدگی‌زای دیگر، از جمله هزینه‌های درمانی و پیامدهای خانوادگی و شغلی، جنبه‌های مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲، ۳]. به نظر می‌رسد یکی از متغیرهای مهم در مبتلایان به درد مزمن، حساسیت اضطرابی (Anxiety sensitivity) است. در واقع، حساسیت اضطرابی یکی از عوامل فراتشخیصی آسیب‌پذیری است که در تحول، تشدید و تداوم بیماری‌های روان‌شناختی و جسمانی مزمن دخالت دارد [۴].

برخی یافته‌ها نشان می‌دهد که در انتقال از درد حاد به مزمن، حساسیت اضطرابی نقش فعالی دارد [۵]. همچنین، بر اساس مدل ترس-اجتناب (Fear avoidance model) سطوح بالای حساسیت اضطرابی باعث افزایش واکنش‌های اضطرابی می‌شود و ممکن است پاسخ‌های مرتبط با ترس را راه‌اندازی کند، که این به نوبه خود باعث سطح بالاتر اجتناب از فعالیت، احساس ناتوانی و افزایش شدت درد در مبتلایان به درد مزمن می‌شود [۶]. افراد با حساسیت اضطرابی بالا در مورد رویدادهای استرس‌زا (از جمله تجربه درد) دست به فاجعه‌سازی می‌زنند، در حالی که افراد با حساسیت اضطرابی پایین این رویدادها را نامطلوب تلقی کرده اما در مورد آن‌ها فاجعه‌سازی نمی‌کنند [۷، ۸]. Fisher و همکاران [۹] خاطر نشان می‌سازند که فاجعه‌سازی درد پیش‌بینی‌کننده مزمن شدن و ناتوانی ناشی از درد در مبتلایان به آن می‌باشد.

با در نظر گرفتن این موضوع که درمان‌های دارویی و پزشکی موجود علاوه بر مضراتی که دارند، بیشتر به جنبه‌های جسمانی زودگذر بیماری پرداخته و نیازهای عاطفی و روان‌شناختی بیماران را نادیده می‌گیرند، کاهش درد افراد از طریق راهبردهای مقابله‌ای مناسب ضروری به نظر می‌رسد [۱۰]. تجهیز بیماران به مهارت‌ها و استراتژی‌های مقابله‌ای برای کمک به کاهش یا مدیریت استرس روانی در بیماران با درد مزمن یک مداخله روان‌شناختی مهم است. به همین

دلیل، درمانگران تلاش می‌کنند با ترکیب یا گسترش درمان‌های موجود، درد بیماران را کاهش دهند. درباره درمان‌های روان‌شناختی موجود برای درد مزمن می‌توان به پس‌خوراند زیستی، درمان شناختی-رفتاری و یکی از جدیدترین آن‌ها یعنی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness-based cognitive therapy; MBCT) اشاره کرد [۱۱].

تمرینات درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به گونه‌ای طراحی شده‌اند که توجه به بدن را افزایش می‌دهند. این درمان به بیماران کمک می‌کند تا یاد بگیرند چگونه از احساسات بدنی، افکار و هیجانات خود آگاه شوند و به شکل غیرمستقیم با کاهش میزان استرس، پاسخ‌سازگارانه‌ای به علائم هشداردهنده عود بیماری نشان دهند. اصول اساسی این درمان حضور در زمان حال و قضاوت نکردن است [۱۲]. تحقیقاتی که به بررسی اثربخشی این رویکرد درمانی پرداخته‌اند، تأثیرات مثبت آن را برای نشانگان اضطرابی در جمعیت‌های مختلف به اثبات رسانده‌اند [۱۱-۱۳].

از دیگر سو، پژوهش‌ها نشان داده که تعارضات و مشکلات هیجانی زیربنایی، شدت تجربه درد ادراک شده در بیماران با درد مزمن را پیش‌بینی می‌کند و افراد دارای این مشکلات، تمایل کمتری به پذیرش اضطراب مرتبط با درد دارند. در این میان یافته‌ها از تأثیر مثبت درمان پویایی کوتاه‌مدت فشرده (Intensive short-term dynamic psychotherapy) به عنوان روشی کارآمد بر حل تعارضات، مشکلات هیجانی و صفات شخصیتی تأکید دارند. این شیوه درمانی با وجود این که جدید و نوپا می‌باشد، مطالعات بسیاری اثربخشی آن را تأیید کرده‌اند [۱۴-۱۷]. این شکل از روان‌درمانی که بر پایه خودشناسی بنا می‌شود و به پرسش، روشن‌سازی، تحلیل دفاع‌ها، مواجهه، تأویل و حمایت می‌پردازد، در رهایی از نشانه‌های اختلال و در مواردی تغییر شخصیت راهگشا می‌باشد [۱۵].

در ISTDP به بیمار کمک می‌شود تا مشکلاتش را بر این اساس حل نماید که چگونه با هیجانات یا تعارضات روبه‌رو شود. وقتی هیجانات توسط یک رویداد استرس‌زا فعال

بر ذهن‌آگاهی، درمان پویایی کوتاه مدت فشرده و گروه کنترل) تقسیم شدند. تصادفی‌سازی با روش پرتاب تاس و به این صورت بود که اعداد ۱ و ۲ برای گروه آزمایش اول (درمان پویایی کوتاه مدت فشرده)، اعداد ۳ و ۴ برای گروه آزمایش دوم (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) و اعداد ۵ و ۶ برای گروه کنترل در نظر گرفته شدند. لازم به ذکر است که حجم نمونه با توجه به مطالعات گذشته [۲۰، ۱۹] و فرمول مقایسه میانگین با توجه به مقادیر $O=3/1$ (انحراف معیار نمره حساسیت اضطرابی)، $d=5/5$ (اختلاف میانگین پیش‌آزمون حساسیت اضطرابی در گروه آزمایش و کنترل)، $\alpha=0/9$ توان آماری و سطح خطا یا α برابر با ۰/۰۵، حجم نمونه برابر با ۱۵ نفر برای هر گروه به دست آمد. بنابراین تعداد نمونه نهایی، ۴۵ نفر محاسبه شد.

$$n_1 = n_2 = \frac{2\sigma^2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

معیارهای ورود به پژوهش شامل تجربه کمر درد دائمی یا متناوب برای بیش از ۶ ماه و گذشت حداقل یک سال از اولین حمله آن‌ها، محدود بودن درد به ناحیه کمر و ستون فقرات، دریافت تشخیص قطعی ابتلای به درد مزمن زیر نظر متخصص مربوطه، کسب نمره بالاتر از میانگین در متغیر حساسیت اضطرابی و شدت درد بین ۳ تا ۸ در مقیاس دیداری درد، نداشتن هیچ‌گونه درمان دارویی تا اتمام پژوهش، عدم ابتلای به اختلال روان‌شناختی محرز، عدم دریافت فیزیوتراپی در ۳ ماه اخیر، نداشتن سابقه جراحی شکم، تومور یا متاستاز ستون فقرات، نداشتن درد مزمن به دلایل طبیی مشخص مانند تومورها و ناهنجاری‌های آناتومیک، داشتن دامنه سنی ۲۰ الی ۴۵ سال و برخورداری از سواد کافی برای پاسخ‌دهی به سؤالات ابزارهای پژوهش بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از یک جلسه در هر یک از مداخلات درمانی تعیین شده، عدم انجام جدی تکالیف در طول جلسات مداخله یا به هم زدن نظم جلسات، شدت یافتن علائم بیماری و نیاز به دریافت درمان‌های اساسی و یا جراحی بود.

در ابتدا ۵۳ نفر از زنان مبتلا به درد مزمن در ناحیه کمر و ستون فقرات در بازه زمانی ۲ ماهه، به صورت در دسترس

می‌گردند، علائم اضطرابی و دفاع‌ها بسیج می‌شوند. نتیجه نهایی، ترکیب اضطراب، مشکلات جسمانی و کیفیت زندگی پایین خواهد بود [۱۶، ۱۴]. مطالعات کنترل شده اختصاصی در مورد روش ISTDTP نیز نشان می‌دهد که این روش درمانی اثربخش و اقتصادی، مؤثر در اختلالات شخصیت و درمان افسردگی مقاوم به درمان، و مؤثر بر کاهش شدت سردردهای مزمن و در شکل تعدیل‌یافته و تدریجی آن حتی مؤثر در برخی حالات سایکوتیک است [۱۵-۱۷].

با توجه به این‌که درد مزمن یکی از مشکلات بهداشتی-درمانی شایع با پیامدهای متعدد جسمانی، روانی و اجتماعی است [۹-۵] و همچنین، ناکامی درمان‌های دارویی در درمان اثربخش و کارآمد درد مزمن و بالا بودن هزینه‌های آن‌ها [۱۸]، وجود درمان‌های در دسترس و سودمند برای کاهش عوارض جانبی ضروری است. با اذعان به نقش بسیار مهم عوامل روان‌شناختی و از آن‌جاکه مؤلفه‌های شناختی، باعث کاهش درد و ناتوانی مرتبط با درد، و بهبود خلق در مبتلایان به درد مزمن می‌شوند و در درمان علائم این بیماران جایگاه ویژه‌ای دارند، و با توجه به اینکه تأثیر همزمان این دو روش بر حساسیت اضطرابی در زنان مبتلا به درد مزمن بررسی نشده است، اجرای پژوهش حاضر ضرورت می‌یابد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر حساسیت اضطرابی و مؤلفه‌های آن در زنان مبتلا به درد مزمن انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پی‌گیری دو ماهه بود (کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1401.091). جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی زنان مبتلا به درد مزمن در ناحیه کمر و ستون فقرات مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی و فیزیوتراپی بیمارستان امام رضا^(ع) شهر اسلام‌شهر در سال ۱۴۰۱ بود. افراد واجد شرایط با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و نمونه‌هایی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند به شیوه تصادفی به سه گروه (شناخت درمانی مبتنی

انتخاب شدند، از این تعداد، ۴۵ نفر که علاوه بر شکایت از درد مزمن، نمره بالاتر از میانگین در متغیر حساسیت اضطرابی داشتند، برای شرکت در پژوهش انتخاب و در سه گروه مساوی گمارش شدند. برای گروه اول، درمان پویشی کوتاه‌مدت فشرده با توجه به پروتکل تدوین شده توسط Davanloo [۲۱]، و برای گروه دوم، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با توجه به پروتکل تدوین شده توسط Segal و همکاران [۲۲] هر کدام طی ۸ جلسه گروهی به صورت هفته‌ای یک جلسه یک ساعته (روزهای یکشنبه برای گروه آزمایش اول و سه شنبه برای گروه آزمایش دوم در ساعت ۳ بعد از ظهر) توسط متخصص دارای تجربه در رویکرد مورد نظر و به صورت مجزا در سالن برگزاری همایشات بیمارستان امام رضا^(ع) اسلام‌شهر اجرا شد.

آزمودنی‌های گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. به آنان اطمینان داده شد که پس از اتمام فرایند پژوهشی در صورت تمایل می‌توانند در یکی از جلسات درمانی مذکور به صورت رایگان شرکت کنند. به منظور پیش‌گیری از سوگیری و تورش توزیع اطلاعات از جانب

پژوهش‌گر و شرکت‌کنندگان، به هر گروه به‌طور مجزا در خصوص اهداف پژوهش اطلاع داده شد و مراحل مختلف سنجش، جداگانه انجام گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز توسط متخصص آماری که از روند پژوهش ناآگاه بود، انجام گرفت.

در روند برگزاری نشست‌ها برای هیچ یک از آزمودنی‌ها مشکلی پیش نیامد و تمامی افراد در جلسات شرکت کردند. در این پژوهش ملاک‌ها و ضوابط اخلاقی از قبیل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات هویتی، تحلیل داده‌ها و انتشار نتایج به صورت کلی و بدون ذکر نام و مشخصات، توضیح شفاف درباره اهداف و مراحل اجرای مطالعه، اولویت دادن به سلامت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان و احترام به درخواست شرکت‌کنندگان برای خروج از روند مطالعه کاملاً رعایت شد. پس از اخذ موافقت و امضای رضایت‌نامه کتبی مرحله پیش‌آزمون انجام شد. مرحله پس‌آزمون نیز ۷ الی ۱۰ روز پس از پایان جلسات مداخلاتی و دوره پی‌گیری دو ماه بعد از آن انجام شد. در جداول ۱ و ۲ خلاصه محتوای جلسات مداخله ارائه شده است.

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات درمان پویشی فشرده کوتاه‌مدت با توجه به پروتکل Davanloo [۲۱] در زنان مبتلا به درد مزمن در ناحیه کمر و ستون فقرات مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی و فیزیوتراپی بیمارستان امام رضا^(ع) اسلام‌شهر در سال ۱۴۰۱

محتوای جلسات

جلسه

اول	انجام مصاحبه و کسب اطلاعات اولیه در مورد علائم بیماری و مشکلات شخصی مراجع. تأکید بر پاسخ‌های عینی و تمرکز بر احساسات. بیان مشکلات اخیر توسط مراجعان (چنانچه پاسخ‌های مراجعان مبهم، کلی و نامشخص بود با مداخله مناسب مشکل به صورت عینی‌تر بیان شد). کمک به مراجع برای شناخت بیشتر و بهتر احساسات و بیان مشکلات به صورت عینی و مشخص. با توجه به ظرفیت امن مراجع و بینش وی نسبت به مشکلات و احساسات، مراحل توالی پویشی تا حد امکان پی‌گیری شد.
دوم	توجه به مشکلات شخصی مراجعان به صورت عینی‌تر و جزئی‌تر. فعال‌سازی بیشتر دفاع‌های روانی. آشناسازی مراجعان با دفاع‌های خود و تبدیل دفاع‌ها از شکل [ناهمخوان با خود] به شکل [ناهمخوان با خود]. تحلیل و جمع‌بندی محتوای جلسه.
سوم	تفسیر و بررسی بیشتر احساسات و دفاع‌های روانی. هدف قرار دادن مجدد دفاع‌های ناهمخوان (با توجه به آستانه تحمل اضطراب نسبت به چالش با دفاع‌ها اقدام شد). تفسیر و آشکارسازی دفاع‌ها برای تجربه احساسات انتقالی از مهم‌ترین فعالیت‌های این مرحله بود.
چهارم	پرسش درباره وضعیت فعلی و مشکل مطرح شده توسط مراجع. با توجه به تجربیات جلسات قبلی و کسب بینش بیشتر، تفسیر آن از مهم‌ترین بخش‌های این جلسه به‌شمار می‌رفت. براساس پیشرفت مراجعان، دسترسی مستقیم به ناهوشیار میسر شد و این امر به صورت کامل تحلیل و تفسیر گردید.
پنجم	مداخله و بررسی مشکلات و احساسات مراجع طی مراحل مشخص ارتباط مشکل مراجع با تعارضات ایفای نقش با وجود بیماری. از مراجع خواسته شد با توجه به بینش جدید کسب شده، در مورد تعارضات موجود در رابطه‌اش به تفکر پردازد. طی این جلسه، علاوه بر مطرح شدن اولیه تعارضات، ادامه کاوش در احساسات و خنثی‌سازی دفاع‌ها و تلاش برای تجربه واقعی احساسات صورت گرفت.
ششم	کاوش در احساسات بیمار و بررسی چگونگی ارتباط این احساسات در رابطه با وضعیت فعلی ناشی از بیماری، فرایند کاوش، دفاع، خنثی‌سازی دفاع، تجربه احساسات و فرایند تفسیر به صورت مداوم و با در نظر گرفتن ظرفیت امن مراجع صورت گرفت.
هفتم	روالی پویشی با بیان مشکلات مطرح در طی زندگی واقعی با وجود بیماری مورد نظر قرار گرفت. مطرح شدن هر محتوایی در جلسه، پیگیری، کاوش و تجربه واقعی احساسات را به دنبال داشت. در انتهای جلسه نیز الگوی تفکر مراجع در ارتباط با تعارضات درونی خود و نیز تعارضات با محیط بیرونی تحلیل و تفسیر شد.
هشتم	جمع‌بندی تمام محتوای درمانی. بینش نسبت به احساسات زیربنایی خود، آشکار شدن سازو کار و کارهای دفاعی و الگوی فکری در ارتباط با تعارضات درونی خود، چگونه مطرح شدن این سازوکارهای دفاعی در رابطه تعاملی با وضعیت بیماری کنونی و مشکلات موجود در رابطه.

جدول ۲- خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با توجه به پروتکل Segal و همکاران [۲۲] در زنان مبتلا به درد مزمن در ناحیه کمر و ستون فقرات مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی و فیزیوتراپی بیمارستان امام رضا^(ع) اسلام‌شهر در سال ۱۴۰۱

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی و معارفه، معرفی درمان و شرح مختصری از روند جلسات درمان، انجام مدیتیشن خوردن یک عدد کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن‌ها، دادن تکلیف خانگی.
دوم	انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه، بررسی و بحث در مورد تکلیف خانگی، مانع‌های تمرین و راه‌حل‌های برنامه ذهن‌آگاهی برای آن، بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات، انجام مدیتیشن در حالت نشسته، تکالیف این جلسه شامل ذهن‌آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره.
سوم	مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی، بحث در مورد تکلیف خانگی، تمرین مدیتیشن سه دقیقه‌ای فضای تنفسی که سه مرحله دارد: شامل توجه به تمرین لحظه‌ای انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن، انجام یکی از تمرینات حرکات ذهن‌آگاهانه، تکلیف خانگی.
چهارم	مدیتیشن نشسته با توجه به تنفس، صدای بدن و افکار (مدیتیشن نشسته چهار بعدی)، بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین، تمرین قدم زدن ذهن‌آگاه، تکلیف خانگی.
پنجم	تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، بحث در مورد تکلیف خانگی در گروه‌های دوتایی، ارائه تمرینی با عنوان خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه با این مضمون که محتوای افکار، اکثر واقع‌نیستند. در این جلسه چهار تمرین مدیتیشن به مدت هفت ساعت پی در پی ارائه شد. تکلیف خانگی.
ششم	مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود، مضمون این جلسه این است که بهترین راه مراقبت از خود چیست؟ ارائه تمرینی که در آن افراد مشخص می‌کنند که کدام یک از رویدادهای زندگی‌شان خوشایند و کدام یک ناخوشایند است. علاوه بر آن چگونه می‌توان برنامه‌ای تنظیم کرد که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد. تکلیف خانگی.
هفتم	بحث در رابطه با تکلیف جلسه قبل، تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، بحث در مورد روش‌های کنارآمدن با مانع‌های انجام مدیتیشن، مطرح شدن سؤالاتی در مورد کل جلسات شامل مواردی مثل اینکه آیا افراد نمونه به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیت‌شان رشد کرده؟
هشتم	آماده کردن افراد نمونه برای اتمام جلسه، جمع‌بندی جلسات، ارائه نکات تکمیلی و اجرای پس‌آزمون.

بازنگری شده است. این ابزار دارای ۱۶ سؤال با ۳ مؤلفه نشانه‌های جسمانی (۸ سؤال)، نشانه‌های روان‌شناختی (۴ سؤال) و نشانه‌های اجتماعی (۴ سؤال) است. نمره‌گذاری سؤالات براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (گزینه خیلی کم با نمره صفر تا خیلی زیاد با نمره ۴) انجام می‌شود. درجه تجربه ترس از نشانه‌های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می‌شود. دامنه نمرات اکتسابی بین صفر تا ۶۴ قرار دارد. شاخص حساسیت اضطرابی دارای پایایی بازآزمون (دو هفته ۰/۷۵ و سه هفته ۰/۷۱) و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ است [۲۴]. در پژوهش Khodapanah و همکاران، پایایی این ابزار برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۹ و برای مؤلفه‌های نگرانی بدنی ۰/۸۴، نگرانی روان‌شناختی ۰/۷۷ و نگرانی اجتماعی ۰/۷۰ بدست آمد [۲۶]. در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۷۹ و مؤلفه‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۷۳ الی ۰/۷۷ محاسبه شد.

تحلیل داده‌های پژوهش توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. روش آماری مورد استفاده برای تحلیل داده‌ها آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری مکرر بود. به منظور بررسی پیش‌فرض نرمال بودن از آزمون کلموگراف-اسمیرنوف، برای

در این پژوهش جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک (شامل میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، مدت زمان ابتلای به بیماری و برخورداری از امکانات بیمه‌ای) با استفاده از مقیاس سنجش دیداری درد (visual analogue scale) [۲۳] و پرسش‌نامه حساسیت اضطرابی تجدیدنظر شده (Anxiety Sensitivity Index- Revised) [۲۴] انجام شد. مقیاس سنجش دیداری درد: این مقیاس در سال ۱۹۸۳ توسط Price و همکاران به منظور سنجش شدت درد تدوین شد. این ابزار خط افقی ۱۰ سانتی‌متری است که در انتهای چپ آن واژه بدون درد (عدد صفر) و در انتهای راست آن واژه بیشترین درد قابل تصور (عدد ۱۰)، درج شده است. از بیمار خواسته شد عددی را روی این مقیاس که بیانگر شدت درد وی بود، علامت بزند. سازندگان مقیاس روایی آن را ۰/۷۰ و پایایی آن ۰/۹۷ گزارش کرده‌اند [۲۳]. در پژوهش Pahlevan و همکاران [۲۳]، آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۹۶ بود. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس، ۰/۸۳ محاسبه شد. پرسش‌نامه حساسیت اضطرابی تجدیدنظر شده: ابزاری خودگزارش‌دهی است که در سال ۱۹۹۲ توسط Peterson و Reiss تدوین و در سال ۱۹۹۸ توسط Taylor و Cox

بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین، برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون ام باکس، برای پیش فرض کرویت از آزمون کرویت موچلی و برای مقایسه مراحل زمانی از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون‌ها نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه درمان پویایی فشرده کوتاه‌مدت $2/57 \pm 36/07$ ، در گروه درمان شناختی مبتنی ذهن‌آگاهی $2/74 \pm 35/13$ و در گروه کنترل $3/04 \pm 35/87$ سال بود. آزمون مجذور کای نشان داد بین دو گروه از نظر میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، مدت زمان ابتلای به بیماری و برخورداری از امکانات بیمه‌ای تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0/05$).

جدول ۳- ویژگی‌های دموگرافیک در زنان مبتلا به درد مزمن در ناحیه کمر و ستون فقرات مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی و فیزیوتراپی بیمارستان امام رضا^(ع) اسلام‌شهر در سال ۱۴۰۱

P	گروه کنترل	متغیر دموگرافیک		
		MBCT	ISTDP	
	درصد (فراوانی)	درصد (فراوانی)	درصد (فراوانی)	
۰/۳۰۷	(۱۰) ۶۷	(۹) ۶۰	(۸) ۵۳	سطح تحصیلی
	(۲) ۱۳	(۳) ۲۰	(۴) ۲۷	دیپلم و کمتر
	(۳) ۲۰	(۳) ۲۰	(۳) ۲۰	کاردانی
۰/۱۶۴	(۱۱) ۷۳	(۱۱) ۷۳	(۱۲) ۸۰	وضعیت تأهل
	(۴) ۲۷	(۴) ۲۷	(۳) ۲۰	متأهل
	(۴) ۲۷	(۳) ۲۰	(۴) ۲۷	مجرد
۰/۵۰۸	(۴) ۲۷	(۳) ۲۰	(۴) ۲۷	مدت ابتلای به بیماری
	(۶) ۴۰	(۶) ۴۰	(۶) ۴۰	۲ سال و کمتر
	(۵) ۳۳	(۶) ۴۰	(۵) ۳۳	۳ سال
۰/۲۸۲	(۹) ۶۰	(۱۱) ۷۳	(۹) ۶۰	برخورداری از امکانات بیمه‌ای
	(۶) ۴۰	(۴) ۲۷	(۶) ۴۰	بیمه تکمیلی دارد
				بیمه عادی دارد

نوع آزمون: مجذور کای، * $p < 0/05$ اختلاف معنی‌دار

پیش‌آزمون آن‌ها کاهش یافت، در حالی‌که این تغییرات در گروه کنترل قابل توجه نبود. این نتایج در مرحله پی‌گیری دو ماهه نیز پایدار ماند.

نتایج جدول ۴ نشان داد که میانگین نمرات حساسیت اضطرابی و مؤلفه‌های نشانه‌های جسمانی، شناختی و اجتماعی در مرحله پس‌آزمون هر دو گروه آزمایشی نسبت به مرحله

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار نمره حساسیت اضطرابی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله آزمون (تعداد در هر گروه= ۱۵ نفر)

متغیر پژوهش	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پی‌گیری
		انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
مؤلفه نشانه‌های جسمانی	ISTDP	$22/86 \pm 4/86$	$10/93 \pm 2/78$	$9/66 \pm 2/96$
	MBCT	$23/80 \pm 3/36$	$8/60 \pm 2/02$	$7/66 \pm 2/22$
	کنترل	$21/73 \pm 4/36$	$22/20 \pm 4/16$	$22/40 \pm 3/86$
مؤلفه نشانه‌های شناختی	ISTDP	$14/60 \pm 2/47$	$7/73 \pm 2/47$	$6/93 \pm 1/98$
	MBCT	$15/20 \pm 2/21$	$8/26 \pm 1/75$	$7/46 \pm 2/23$
	کنترل	$15/06 \pm 2/73$	$15/00 \pm 2/36$	$15/53 \pm 2/55$
مؤلفه نشانه‌های اجتماعی	ISTDP	$12/86 \pm 2/74$	$6/80 \pm 1/93$	$6/40 \pm 1/63$
	MBCT	$13/53 \pm 2/09$	$7/80 \pm 2/14$	$7/73 \pm 2/05$
	کنترل	$13/93 \pm 2/15$	$14/20 \pm 2/53$	$13/66 \pm 2/21$

۲۲/۹۹ ± ۶/۵۷	۲۵/۴۶ ± ۷/۱۸	۵۰/۳۲ ± ۱۰/۰۷	ISTDP	نمره کل حساسیت اضطرابی
۲۲/۸۵ ± ۶/۵۰	۲۴/۶۶ ± ۵/۹۱	۵۲/۵۳ ± ۷/۶۶	MBCT	
۵۱/۵۹ ± ۸/۷۲	۵۱/۴۰ ± ۹/۰۵	۵۰/۷۲ ± ۹/۲۴	کنترل	

f، درجه آزادی با استفاده از سه روش گرین‌هاوس-گیسر و هاین-فلت تصحیح می‌شود. اگر مقدار اپسیلون بزرگ‌تر از ۰/۷۵ باشد، از تصحیح هاین-فلت، و اگر کوچک‌تر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر استفاده شود. بنابراین در پژوهش حاضر از آزمون گرین‌هاوس-گیسر استفاده شد. براین اساس و با توجه به سایر پیش شرط‌های بررسی شده در مرحله قبل، تمامی مفروضات لازم برای انجام آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه گیری‌های مکرر برقرار است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در مورد نمره کل حساسیت اضطرابی و تمامی مؤلفه‌های آن، هر سه اثر بین‌گروهی، درون‌گروهی و تعاملی بین‌گروهی و درون‌گروهی معنی‌دار است ($P < 0/001$). مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری گروه‌های مداخله در نمره کل حساسیت اضطرابی و تمامی مؤلفه‌های آن، نمرات بهتری کسب کرده‌اند.

جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کلموگراف-اسمیرنف استفاده شد، که شرط نرمال بودن داده‌ها برقرار بود ($p > 0/05$). بررسی همگنی شیب رگرسیون نشان داد تعامل بین پیش‌آزمون و گروه (آزمایش و کنترل) برای متغیرهای وابسته (پیش‌آزمون‌ها) معنی‌دار نبود ($p > 0/05$). بنابراین، شیب‌های رگرسیون در گروه‌های آزمایش و کنترل همسان تلقی شد. برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون ام‌باکس (Box's M test) استفاده شد، که این مفروضه نیز رعایت شده است ($Box's M = 12/413$ ، $f = 3/206$ و $p = 0/295$).

مفروضه همبستگی چندگانه متغیرهای وابسته با آزمون کرویت موچلی بررسی شد. سطح معنی‌داری برای هر یک از مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی، برابر با ۰/۰۰۱ بود، لذا فرض کرویت رد می‌شود. تخطی از پیش‌فرض کرویت باعث می‌شود آماره f تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای افزایش دقت آماره

جدول ۵- نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری مکرر نمره حساسیت اضطرابی و مؤلفه‌های آن در سه مرحله اجرا

متغیر پژوهش	منابع تغییر	آماره F	P	ضریب اثر
مؤلفه نشانه‌های جسمانی	گروه	۲۹/۸۵۶	* < 0/001	۰/۵۸۷
	زمان	۱۳۶/۰۵۳	* < 0/001	۰/۸۰۸
	گروه * زمان	۵۸/۲۰۵	* < 0/001	۰/۵۲۳
مؤلفه نشانه‌های شناختی	گروه	۳۳/۴۰۴	* < 0/001	۰/۶۱۴
	زمان	۶۲/۳۱۵	* < 0/001	۰/۷۴۸
	گروه * زمان	۱۵/۱۹۸	* < 0/001	۰/۶۱۶
مؤلفه نشانه‌های اجتماعی	گروه	۲۷/۲۳۳	* < 0/001	۰/۵۶۵
	زمان	۶۷/۸۲۵	* < 0/001	۰/۷۶۴
	گروه * زمان	۳۲/۳۸۷	* < 0/001	۰/۵۸۹
نمره کل حساسیت اضطرابی	گروه	۱۶۴/۱۱۴	* < 0/001	۰/۷۴۱
	زمان	۳۳۴/۱۴۰	* < 0/001	۰/۶۵۱
	گروه * زمان	۲۱۸/۰۶۳	* < 0/001	۰/۶۰۳

نتایج براساس اصلاح گرین‌هاوس-گیسر ارائه شده است: * $P < 0/05$ اختلاف معنی‌دار

شیوه مداخلاتی بر حساسیت اضطرابی و مؤلفه‌های آن، بین دو شیوه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برحسب مقایسه دو گروهی نشان داد تفاوت میانگین دو روش مداخله با گروه کنترل در متغیرهای مورد پژوهش معنی‌دار است. علی‌رغم اثربخشی دو

جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت مقایسه زوج گروهی میانگین نمرات حساسیت اضطرابی و مؤلفه‌های آن

متغیر پژوهش	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین‌ها	P
مؤلفه نشانه‌های جسمانی	MBCT با ISTDP	۱/۱۳	۱/۰۰۰
	ISTDP با کنترل	-۷/۶۲	* < ۰/۰۰۱
	MBCT با کنترل	-۸/۷۵	* < ۰/۰۰۱
مؤلفه نشانه‌های شناختی	MBCT با ISTDP	-۰/۵۵	۱/۰۰۰
	ISTDP با کنترل	-۵/۴۴	* < ۰/۰۰۱
	MBCT با کنترل	-۴/۸۹	* < ۰/۰۰۱
مؤلفه نشانه‌های اجتماعی	MBCT با ISTDP	-۱/۰۰۰	۰/۵۷۷
	ISTDP با کنترل	-۵/۲۴	* < ۰/۰۰۱
	MBCT با کنترل	-۴/۲۴	* < ۰/۰۰۱
نمره کل حساسیت اضطرابی	MBCT با ISTDP	-۰/۴۲۲	۱/۰۰۰
	ISTDP با کنترل	-۱۸/۳۱	* < ۰/۰۰۱
	MBCT با کنترل	-۱۷/۸۸	* < ۰/۰۰۱

ISTDP: روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، MBCT: درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، * < ۰/۰۵ P اختلاف معنی‌دار

بحث

به کاهش معنی‌دار حساسیت اضطرابی و افزایش تحمل پریشانی شده است و این تأثیر در دوره پی‌گیری همچنان پایدار مانده است.

نتایج مطالعه Bhattacharya و Hofmann [۲۸] که به بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشانگان خلقی و اضطرابی در مراجعه‌کنندگان زن و مرد به کلینیک درمانی پرداختند، همسو با یافته حاضر نشان داد که این شیوه مداخلاتی بعد از ۸ جلسه تأثیر معنی‌داری در کاهش نشانگان خلقی و اضطرابی آزمودنی‌ها داشت. اندازه اثر در این مطالعه برای نشانگان اضطرابی قوی‌تر از نشانگان افسردگی بود. همچنین، نتایج این مطالعه نشان داد که تأثیر درمان در طول زمان پایدار بوده است.

Shi [۲۹] نیز در پژوهشی به مطالعه تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشانگان اضطرابی و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پرداخت. نتایج این مطالعه همسو با مطالعه حاضر بود و میانگین نمره نشانگان اضطرابی و افسردگی گروه آزمایش بعد از دریافت ۱۰ جلسه درمان

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر حساسیت اضطرابی در زنان مبتلا به درد مزمن انجام شد. مطالعه حاضر نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش حساسیت اضطرابی و مؤلفه‌های آن تأثیر مثبت داشته است. بررسی مطالعات پیشین برای تبیین نتایج در این بخش نشان داد که این نتیجه از مطالعه حاضر، همسو با نتایج محققان پیشین مانند O'Bryan و همکاران [۱۱]، Hoge و همکاران [۱۲] بوده است و مطالعه‌ای که ناهمسو با یافته حاضر باشد، مشاهده نشد.

در مطالعه‌ای Xie و همکاران [۲۷] که به بررسی تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به شیوه گروهی بر تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی-اضطراب پرداخته شد، نتایج همسو با یافته حاضر نشان داد که ۸ جلسه هفتگی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افراد گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون منجر

شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه کنترل کاهش قابل توجهی داشت. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد احتمالاً افرادی با حساسیت اضطرابی بالا سعی می‌کنند حالات هیجانی، افکار و احساسات منفی خود را پنهان کنند و اظهارات هیجانی پایینی را نشان دهند. اجتناب از تجربه هیجانات به‌طور متناقضی باعث افزایش افکار، احساسات و هیجانات منفی افراد می‌شود. با مداخله شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی زمینه بروز اظهارات هیجانی مناسب برای بیماران با درد مزمن ایجاد می‌شود، در نتیجه افراد حساسیت اضطرابی کمتری را تجربه می‌کنند.

مطالعه حاضر حاکی از آن بود که روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش حساسیت اضطرابی و مؤلفه‌های آن در مرحله پس‌آزمون تأثیر مثبت داشته است و این تأثیر در دوره پی‌گیری پایدار مانده است. در زمینه تأثیر این روش درمانی بر حساسیت اضطراب در مبتلایان به درد مزمن مطالعات اندکی انجام گرفته است، با این‌حال مطالعه‌ای که یافته‌های آن در این خصوص ناهمسو باشد، مشاهده نشد. در مطالعه Malda-Castillo و همکاران [۱۴] به بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده در بیماران مبتلا به تشنج تجزیه‌ای که از مشکلات اضطرابی و کیفیت زندگی پایین رنج می‌بردند، پرداخته شد. همسو با مطالعه حاضر، نتایج نشان داد که شرکت در جلسات روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده منجر به بهبود نمرات کیفیت زندگی و کاهش مشکلات اضطرابی شده است.

یافته مطالعه Melsom و همکاران [۱۷] همسو با یافته مطالعه حاضر حاکی از آن بود که روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده در بیماران مبتلا به سکتة مغزی منجر به کاهش نشانگان افسردگی، حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی شده است. Shahar و همکاران [۳۰] نیز در پژوهشی دریافتند که این روش، در بیماران سرطانی منجر به کاهش حساسیت اضطرابی و خودانتقادی شده و این اثربخشی در دوره پی‌گیری پایدار بوده است.

روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بیماران را یاری می‌کند تا اضطراب پیوند خورده با احساسات متعارض که

باعث تعارض‌های هیجانی می‌شود را شناسایی کنند و این فرایند به نظم‌بخشی هیجانات کمک می‌کند. از این‌رو، روش حاضر می‌تواند با استفاده از شناخت نیروهای پویایی آسیب‌شناختی، شناخت مسیرهای جسمانی اضطراب و تجربه احساسات متعارض ناهوشیار، کمک شایانی در جهت اتخاذ راهبردهای انطباقی‌تر و کاهش حساسیت اضطرابی باشد.

یافته آخر پژوهش همسو با نتایج برخی از مطالعات پیشین [۲۷-۲۹، ۱۵-۱۹] نشان داد علی‌رغم اثربخشی دو شیوه مداخلاتی ISTDP و MBCT بر کاهش حساسیت اضطرابی و مؤلفه‌های آن، بین دو شیوه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و هر دو رویکرد به یک اندازه سودمند بوده‌اند. Hewitt و همکاران [۱۵] نیز در مطالعه خود نشان دادند که شرکت در ۱۲ جلسه روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده در بیماران مبتلا به درد منجر به کاهش کمال‌گرایی منفی و نشانگان اضطرابی شده است. این یافته در دوره پی‌گیری ۶ ماهه نیز پایدار بود.

این دو روش درمانی شباهت‌هایی دارند اما این شباهت‌ها با گزینه‌های متفاوت در هر رویکرد تبیین می‌شود. این دو روش مداخلاتی بر نقش شناخت از طریق مسیرهای متفاوت تأکید دارند. ISTDP رویدادهای آسیب‌زا را به حیطه هوشیاری می‌آورد تا به‌طور درست تجربه شوند که در همین روند اثرات درمانی نیز مشاهده می‌شود [۲۱]. در عین حال، به نظر می‌رسد که MBCT از طریق آموزش کنترل توجه مؤثر واقع می‌شود. طبق نظریه فعال‌سازی افتراقی، فرض بر این است که آسیب‌پذیری در مقابل حساسیت اضطرابی ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق منفی و الگوهای منفی خود-انتقادی و نگران‌ساز تفکر است که به نوبه خود به تغییر در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد [۲۲]. بنابراین، به کارگیری مجدد توجه به این شیوه، از افزایش یا ماندگاری نگرانی و حساسیت اضطرابی جلوگیری کرده و باعث می‌شود چرخه‌های پردازش معیوب کمتر در دسترس قرار گیرند.

همچنین، می‌توان به تأکیدی که هر دو رویکرد بر «این‌جا و اکنون» دارند، استناد ورزید. ISTDP مانند MBCT در موقعیت‌های آشفته‌ساز، از طریق افزایش تمرکز بر زمان حال و

نتیجه‌گیری: هر دو روش درمان پویایی کوتاه‌مدت فشرده و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر حساسیت اضطرابی در زنان مبتلا به درد مزمن تأثیر مثبت داشتند. این رویکردهای مداخلاتی می‌توانند به‌عنوان مداخلاتی سودمند در کنار درمان متداول طبی برای کاهش حساسیت اضطرابی زنان مبتلا به درد مزمن در مراکز درمانی استفاده شوند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

سهم نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی رشته روانشناسی، مسعود کریمی است. دکتر محمدرضا بلیاد و دکتر جاوید پیمانی، اساتید راهنمای اول و دوم و دکتر ناهید هواسی سومار و دکتر معصومه ژبان باقری، اساتید مشاور اول و دوم بودند.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از مسئولین کلینیک تخصصی و فیزیوتراپی بیمارستان امام رضا^(ع) شهر اسلام‌شهر که امکان حضور در مرکز و اجرای پژوهش را فراهم ساختند و همچنین، تمامی زنان مبتلا به درد مزمن که در این پژوهش شرکت نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

بالا بردن سطح درگیری منطقی با مسائل زندگی با وجود ابتلای به بیماری، ادراک کنترل فرد را تحت تأثیر قرار داده و باعث می‌شود بیمار در تصمیمات خود جنبه معقول خود را حفظ کند و به جای تأکید بر رفتارهای آشفته اضطرابی بیشتر بر تجارب و پیدا نمودن راه‌حل متمرکز شود.

محدودیت عمده این پژوهش مربوط به روایی بیرونی می‌باشد، چرا که جمعیت پژوهش گروه خاصی از جامعه یعنی زنان مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به یک مرکز درمانی در اسلام‌شهر بودند، لذا امکان تعمیم نتایج به کل جامعه با محدودیت روبه‌رو است. جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش براساس پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی بود. بنابراین، محدودیت دیگر این پژوهش مربوط به اندازه‌گیری می‌باشد، زیرا ممکن است بازخورد یا نظرات و خودگزارشی افراد با آن چیزی که واقعاً در عمل و رفتار فرد می‌توان مشاهده کرد، متفاوت باشد. عدم امکان انجام دوره پی‌گیری طولانی (۶ ماهه الی ۱ ساله) نیز از محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. با توجه به محدودیت‌های پژوهش پیشنهادات زیر مطرح می‌شود: در پژوهش‌های آتی از یک متخصص خارج از افراد درگیر در پژوهش به‌عنوان درمانگر و آموزش درمان استفاده شود تا احتمال سوگیری در پژوهش کاهش یابد، در پژوهش‌های آتی از مصاحبه به جای ابزار خودگزارش‌دهی استفاده گردد و پیشنهاد می‌شود تأثیر این مداخلات در دوره‌های بلندمدت پی‌گیری شود تا میزان ثبات نتایج در طول زمان مشخص گردد.

References

- Hallberg S, Rolfson O, Karppinen J, Schiøttz-Christensen B, Stubhaug A, Rivano Fischer M, et al. Burden of disease and management of osteoarthritis and chronic low back pain: healthcare utilization and sick leave in Sweden, Norway, Finland and Denmark (BISCUITS): study design and patient characteristics of a real-world data study. *Scandinavian Journal of Pain* 2023; 23(1):126-38.
- Şentürk İA, Şentürk E, Üstün I, Gökçedağ A, Yıldırım NP, İçen NK. High-impact chronic pain: Evaluation of risk factors and predictors. *Korean J Pain* 2023; 36(1):84-97.
- Yang H, Lu ML, Haldeman S, Swanson N. Psychosocial risk factors for low back pain in US workers: Data from the 2002–2018 quality of work life survey. *American Journal of Industrial Medicine* 2023; 66(1):41-53.
- Zvolensky MJ, Shepherd JM, Clausen BK, Kauffman BY, Heggeness L, Garey L. Anxiety sensitivity among non-hispanic black adults: Relations to mental health and psychosomatic states. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities* 2023; 10(2):751-60.

5. Smit T, Mayorga NA, Rogers AH, Woods SP, Heggeness LF, Kauffman BY, et al. Indirect effects of negative mood on opioid misuse and dependence via anxiety sensitivity subfactors: evidence from adults reporting chronic pain. *Substance Use & Misuse* 2023; 58(4):570-77.
6. Munala JM. Fear avoidance of work beliefs amongst workers reporting work-related musculoskeletal disorders in Kenya. *AJHR* 2023; 11(1):18-22.
7. Peel AJ, Oginni O, Assary E, Krebs G, Lockhart C, McGregor T, et al. A multivariate genetic analysis of anxiety sensitivity, environmental sensitivity and reported life events in adolescents. *JCPP* 2023; 64(2):289-98.
8. Zvolensky MJ, Smit T, Rogers AH, Matoska C, Garey L, Viana AG, et al. Exploring pain experience and anxiety sensitivity among Latinx adults in a federally qualified health center. *Journal of Behavioral Medicine* 2022; 45(3):404-15.
9. Fisher HM, Stalls J, Winger JG, Miller SN, Plumb-Vilardaga JC, Majestic C, et al. Role of self-efficacy for pain management and pain catastrophizing in the relationship between pain severity and depressive symptoms in women with breast cancer and pain. *Journal of Psychosocial Oncology* 2023; 41(1):87-103.
10. Anheyer D, Haller H, Lauche R, Dobos G, Cramer H. Yoga for treating low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain* 2022; 163(4):504-17.
11. O'Bryan EM, Davis E, Beadel JR, Tolin DF. Brief adjunctive mindfulness-based cognitive therapy via Telehealth for anxiety during the COVID-19 pandemic. *Anxiety, Stress, & Coping* 2023; 36(1):124-35.
12. Hoge EA, Bui E, Mete M, Dutton MA, Baker AW, Simon NM. Mindfulness-based stress reduction vs escitalopram for the treatment of adults with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry* 2023; 80(1):13-21.
13. Gupta RS, Kujawa A, Fresco DM, Kang H, Vago DR. Mindfulness-based cognitive therapy: A preliminary examination of the (event-related) potential for modifying threat-related attentional bias in anxiety. *Mindfulness* 2023; 13(7):1719-32.
14. Malda Castillo J, Beton E, Coman C, Howell B, Burness C, Martlew J, et al. Three sessions of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) for patients with dissociative seizures: A pilot study. *Psychoanalytic Psychotherapy* 2022; 36(2):81-104.
15. Hewitt PL, Kealy D, Mikail SF, Smith MM, Ge S, Chen C, et al. The efficacy of group psychotherapy for adults with perfectionism: A randomized controlled trial of dynamic-relational therapy versus psychodynamic supportive therapy. *JCCP* 2023; 91(1):29-42.
16. Rahmani F, Abbass A, Hemmati A, Ghaffari N, Rezaei Mirghaed S. Challenging the role of challenge in intensive short-term dynamic psychotherapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology* 2020; 76(12):2123-32.
17. Melsom L, Ulvenes PG, Solbakken OA, Curran PJ, Wampold BE. Emotional clarity and tolerance of emotional distress as mechanisms of change in short-term psychodynamic psychotherapy for chronic depression. *JCCP* 2022; 90(4):289-302.
18. Sepahi T, Shahbazi M, Shafiei Roudposhti M. Drug distribution system in Iran: A multi method study of defects and solutions. *Depiction of Health* 2023; 14(3):288-93. [Persian]
19. Sepas L, Shaker Dioulag A, Khademi A. Comparison of the effectiveness of acceptance-based therapy and reality therapy on reducing anxiety sensitivity in women with MS in Urmia. *CCP* 2022; 13(51):85-113. [Persian]
20. Amani N, Haji-Alizadeh K, Zarei E, Dortaj F. Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on anxiety in rheumatoid arthritis patients. *JRBS* 2020; 18(3):349-58. [Persian]
21. Davanloo H. *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo, M.D. 1st Edition.* Publisher: Wiley 2001:123-28.
22. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.* 2nd ed. Guilford Press, New York 2001:96-100.
23. Price DD, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain* 1983; 17(1):45-56.
24. Taylor S, Cox BJ. An expanded anxiety sensitivity index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders* 1998; 12(5):463-83.
25. Pahlevan M, Besharat MA, Borj-Ali A, Farahani H. Predicting the intensity of pain patients with chronic pain based on alexithymia the mediating role of the behavioral inhibition system. *IJPCP* 2019; 25(1):56-71. [Persian]

26. Khodapanah M, Golshani F, Taghiloo S, Baghdasarians A. Structural model of pain catastrophizing in emotional eating: The mediating role of anxiety sensitivity and pain-related fear in people with chronic pain. JAPR 2021; 12(2):321-39. [Persian]
27. Xie Q, Guan Y, Hofmann SG, Jiang T, Liu X. The potential mediating role of anxiety sensitivity in the impact of mindfulness training on anxiety and depression severity and impairment: A randomized controlled trial. SJOP 2023; 64(1):21-29.
28. Bhattacharya S, Hofmann SG. Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. Clinics in Integrated Care 2023;16, 100138.
29. Shi R. Mindfulness-based therapy in patients with breast cancer with depression and anxiety: A literature review. Highlights in Science, Engineering and Technology 2023; 30:70-78.
30. Shahar G, Bauminger R, Zwerenz R, Brähler E, Beutel M. Centrality of self-criticism in depression and anxiety experienced by breast cancer patients undergoing short-term psychodynamic psychotherapy. Psychiatry 2022; 85(3):215-27.

Comparing the Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy with Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Anxiety Sensitivity and Its Dimensions in Women with Chronic Pain

Karimi M¹, Beliad MR², Peymani J², Havassi Somar N², Jian Bagheri M²

1- PhD Student in Psychology, Dept. of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2-Assistant Prof., Dept. of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. (Corresponding Author)

E-mail: m.reza.bd@karaj.iau.ir, Tel: 09185522062

Received: 13 March 2023

Accepted: 22 October 2023

Introduction: Chronic pain is a debilitating condition, in which the person with pain faces so much suffering and medical expenses. This research was conducted with the aim of comparing the effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) with Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on anxiety sensitivity in women with chronic pain.

Materials and Methods: This study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group with 2-month follow-up. The statistical population included all women with chronic pain in the back and spine who referred to the specialized and physiotherapy clinic of Imam Reza Hospital in Islamshahr in 2022. 45 people were selected by convenience sampling and randomly assigned into three equal groups. The experimental ISTDP and MBCT groups received 8 sessions each (one 1-hour session per week), but the control group did not receive any interventions. Demographic information checklist and Taylor and Cox's Anxiety Sensitivity Index were used to collect data. Data were analyzed by repeated measures ANOVA.

Results: In the linear combination of anxiety sensitivity variables and dimensions of physical, cognitive, and social symptoms according to group membership and pre-test, post-test, and follow-up stages, the interaction effect of group and time was significant ($F=218.063$, $p<0.001$ & $\eta=0.603$). The difference in the average score of ISTDP with MBCT with the control group was significant in anxiety sensitivity and its dimensions with Benferroni test ($p<0.001$), However, no significant difference was observed between the effectiveness of the two intervention methods ($p>0.05$).

Conclusion: Both intervention methods had a positive effect on anxiety sensitivity in women with chronic pain. These findings can be promising in planning rehabilitation and treatment interventions for these patients along with conventional medical treatment.

Keywords: Intensive short-term dynamic psychotherapy, Mindfulness-based cognitive therapy, Anxiety sensitivity, Chronic pain

Please cite this article as follows:

Karimi M, Beliad MR, Peymani J, Havassi Somar N, Jian Bagheri M. Comparing the Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy with Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Anxiety Sensitivity and Its Dimensions in Women with Chronic Pain. *Community Health journal* 2023; 17 (3):1-13.

Funding: This research was funded by the Islamic Azad University, Karaj Branch, Iran.

Conflict of Interest: None declared.

Ethical Approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University, Karaj Branch, approved the study. (IR.IAU.K.REC.1401.091)