

## The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Decrease of the Distress in Patients with Chronic Pain

Pirhossein Kolivand, Azadeh Nazari Mahin\*, Robabeh Jafari

Shefa Neuroscience Research Center, Khatam Alanbia Hospital, Tehran, Iran

### Article Info:

Received: 6 Sep 2015

Accepted: 7 Oct 2015

## ABSTRACT

**Introduction:** Chronic pain is a healthcare problem worldwide without any appropriate treatment. Effective compatibility with pain requires comprehensive compliance through all aspects of patient's life. Psychological factors are central to the experience of chronic pain and can minimize the restrictive effects of pain. **Materials and Methods:** Two experimental and control groups, consisting 15 people were selected among patients with chronic pain in Khatam-Alanbia hospital. Kessler K10 distress questionnaire was used in pre- and post-test evaluations. **Results:** A significant difference was observed in distress levels between experimental and control groups in pre- and post-test evaluation. The mean value of distress in experimental group was lower than control group in post-test evaluation. **Conclusion:** Cognitive behavioral therapy is an effective treatment in reduction of distress in patients suffering from chronic pain.

### Key words:

1. Chronic Pain
2. Cognitive Therapy
3. Patients

\***Corresponding Author:** Azadeh Nazari Mahin

**E-mail:** azadehnazari1364@gmail.com

## اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش پریشانی در بیماران با درد مزمن

پیرحسین کولیوند، آزاده نظری مهین\*، ربابه جعفری

مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا، بیمارستان خاتم الانبیاء، تهران، ایران

اطلاعات مقاله:

تاریخ پذیرش: ۱۵ مهر ۱۳۹۴

تاریخ دریافت: ۱۵ شهریور ۱۳۹۴

## چکیده

**مقدمه:** درد مزمن یک مشکل بهداشتی در سرتاسر جهان بدون هیچگونه درمان مناسب است. سازگاری مؤثر با درد نیازمند انطباق همه جانبه از طریق تمام جنبه‌های زندگی بیمار است. عوامل روانشناختی برای تجربه درد مزمن مهم هستند و می‌تواند اثرات محدودکننده درد را به حداقل برساند. **مواد و روش‌ها:** دو گروه آزمایش و کنترل، شامل ۱۵ نفر در میان بیماران با درد مزمن در بیمارستان خاتم‌الانبیاء انتخاب شدند. پرسشنامه پریشانی کسلر K10 در ارزیابی پیش و پس‌آزمون استفاده شد. **یافته‌ها:** یک اختلاف معنی‌دار در سطوح پریشانی بین گروه‌های آزمایش و کنترل در ارزیابی پیش و پس‌آزمون مشاهده شد. مقدار میانگین پریشانی در گروه آزمایش در ارزیابی پس‌آزمون پایین‌تر از گروه کنترل بود. **نتیجه‌گیری:** درمان شناختی-رفتاری یک درمان مؤثر در کاهش پریشانی در بیماران مبتلا به درد مزمن است.

## کلید واژه‌ها:

۱. درد مزمن
۲. درمان شناختی
۳. بیماران

\* نویسنده مسئول: آزاده نظری مهین

آدرس الکترونیکی: azadehnazari1364@gmail.com

## مقدمه

عمل کند که بر مبنای پژوهش‌های موجود علت بروز برخی از مشکلات مشاهده شده در بین بیماران درد مزمن به شمار می‌آید (۵).

نظریه کنترل دروازه‌های درد<sup>۱</sup> بیان می‌کند که نوعی مکانیسم دروازه‌ای در نخاع می‌باشد که نقش میانجیگری را در تکانه درد دارد. باز و بسته شدن دروازه به باز خورد فیبرهای عصبی دیگر در بدن بستگی دارد. این تکانه‌های عصبی، تکانه‌های عصبی نزولی از مغز را که با افکار یا خلق فرد مرتبط هستند (مانند اضطراب یا افسردگی) در بر می‌گیرد. باز و بسته شدن دروازه، میزان اطلاعاتی که از مناطق آسیب دیده به مغز فرستاده می‌شود را تعدیل می‌کند. افکار منفی دروازه را باز می‌کند که باعث می‌شود اطلاعات بیشتری درباره درد از این طریق عبور کند. درحالی که افکار مثبت، دروازه را بسته و پیام درد را محدود می‌کند؛ در نتیجه پیغام‌های درد می‌تواند شدت یابد، کاهش یابد یا حتی در مسیرشان به مغز مسدود شوند (۶).

سازگاری مؤثر با درد، نیازمند انطباق همه جانبه زندگی بیمار با تجربه درد است. از این رو تغییر در عوامل روانشناختی همراه با تجربه درد می‌تواند اثرات محدودکننده درد را در زندگی افراد مبتلا به دردهای مزمن به حداقل برساند. به همین منظور تعیین عوامل روانشناختی مؤثر در تجربه درد به منظور ایجاد شرایطی برای تغییر این عوامل به جهت کاهش پریشانی ناشی از درد ضرورت دارد (۷).

از آنجا که وجود درد در بیماران مبتلا به درد مزمن آزار دهنده می‌باشد و خود این آزار باعث تشدید شدت درد و همچنین عوامل روحی و روانی به‌ویژه پریشانی شده که آن نیز مجدداً سبب تشدید درد می‌گردد این پژوهش بر آن است تا دریابد که آیا با استفاده از این روش درمانی (درمان شناختی-رفتاری) می‌توان باعث کاهش پریشانی در بیماران مبتلا به درد مزمن شد؟

## مواد و روش‌ها

در پژوهش حاضر جامعه آماری از نوع طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد که بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه کننده به بیمارستان فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص) بودند. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از بیماران که ۱۶ زن و ۱۴ مرد مبتلا به درد مزمن بودند که به صورت تصادفی ساده از جامعه آماری انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش، سابقه بیش از ۶ ماه ابتلا به بیماری، درد، دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، سطح تحصیلات دیپلم به بالا و ساکن شهر تهران بود. ۱۵ نفر از بیماران به‌عنوان گروه کنترل بودند که در حین آموزش به آنان هیچ آموزشی داده نشد و فقط آنان مورد ارزیابی پیش‌آزمون-پس‌آزمون قرار گرفتند اما بعد از اتمام پژوهش به دلیل رعایت نکات

بر پایه تعریف انجمن بین‌المللی درد<sup>۱</sup>، درد تجربه هیجانی و حسی ناخوشایند مرتبط با آسیب بالقوه و یا بالفعل بافتی یا توصیف شده بر حسب چنین آسیبی است که از عوامل چندگانه‌ای شامل عوامل شناختی، عاطفی و محیطی تأثیر می‌پذیرد (۱). دردهای مزمن<sup>۲</sup>، یکی از مهم‌ترین معضلات پزشکی در جهان هستند که سالانه میلیون‌ها نفر دچار آن می‌شوند، ولی درمان مناسبی دریافت نمی‌کنند. این دردها مهم‌ترین علت رنج و معلولیت انسان بوده است و به طور جدی بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد (۲). یافته‌های علمی گردآوری شده طی ۴۰ سال گذشته از این اندیشه حمایت می‌کند که درد مزمن پدیده‌ای متشکل از علایم زیستی، روانی و اجتماعی است. عوامل روانشناختی و اجتماعی به‌عنوان عواملی تلقی می‌گردند که به طور غیرمستقیم با فرایند ادراک درد رابطه دارند. به مرور که درد مزمن‌تر می‌شود، نقش عوامل روانشناختی و اجتماعی در اثرات درد و استمرار آن در مقایسه با نقش عوامل زیستی پررنگ‌تر می‌گردد (۳).

شواهد نشان می‌دهند که بیماران مبتلا به درد مزمن به علت اینکه نمی‌توانند درد خود را تسکین دهند، دارای مشکلات روانشناختی خاصی می‌باشند. زندگی کردن با درد مزمن مستلزم تحمل فشار عاطفی قابل توجهی است. همچنین درد باعث کاهش توانایی‌های عاطفی و هیجانی فرد می‌شود و بیمار برخلاف تمایل خویش نمی‌تواند از درد رهایی یابد؛ این امر در نهایت باعث تضعیف روحیه بیمار، احساس ناامیدی، درماندگی و افسردگی وی می‌گردد. توافق کلی بر این است که عوامل فیزیولوژی به‌تنهایی نمی‌تواند توجیه‌کننده شدت درد ادراک شده باشد و در این میان عوامل روانشناختی نیز سهم می‌باشند. در سده بیستم به دنبال شکست درمان‌های پزشکی درد، متخصصان به جنبه‌های غیرحسی درد روی آورده‌اند (۳).

یکی از ملاک‌های ناهنجاری<sup>۴</sup>، احساس پریشانی<sup>۵</sup> است. اغلب کسانی که از ناراحتی جسمی رنج می‌برند دچار پریشانی هم می‌شوند، این‌گونه افراد مضطرب، افسرده یا تحریک‌پذیر هستند. روش‌های درمان شناختی-رفتاری<sup>۵</sup> نشان می‌دهد که تغییر در میزان پاسخ‌های رفتاری به دلیل ارائه یا حذف تقویت‌کننده مثبت و یا به واسطه ارائه یا اجتناب از تقویت منفی، تحت تأثیر قرار می‌گیرد. این درمان فرض می‌کند که اگر عوامل عاطفی و شناختی مؤثر بر رفتار مورد توجه قرار گیرند، ممکن است نتایج درمانی بهبود یابد یا بهتر حفظ شوند (۴).

برنامه شناختی-رفتاری کنترل درد کمک می‌کند تا بیمار در شناسایی و ایجاد تغییر در باورها، شناخت‌ها و راهبردهای مقابله غیر انطباقی یا غیر سودمند بهتر

<sup>1</sup> The international association of pain

<sup>2</sup> Chronic pain

<sup>3</sup> Abnormalities

<sup>4</sup> Distress

<sup>5</sup> Cognitive behavioral therapy

<sup>6</sup> Gate control theory of pain

صورت لیكرتسی از "هیچ وقت" تا "همیشه" و بین ۰ تا ۴ نمره گذاری می گردد (۸). آندروز و اسلید<sup>۸</sup> اعتبار و پایایی پرسشنامه K10 را با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۳ به دست آوردند (۹) و نیز در یک مطالعه پژوهشی، وزیری و لطفی اعتبار و پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۰۴ و با روش دو نیمه سازی ۰/۸۶ به دست آوردند (۱۰).

### تجزیه و تحلیل آماری

در این پژوهش جهت بررسی داده‌های آماری از نرم افزار SPSS 17 و آزمون آماری تحلیل کوواریانس یکطرفه و آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نحوه نمایش داده‌ها به صورت میانگین  $\pm$  انحراف معیار می باشد و سطح معنی داری  $P < 0/05$  در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از جامعه مورد مطالعه می باشد که تعداد ۱۵ نفر در گروه کنترل به صورت تصادفی و تعداد ۱۵ نفر در گروه آزمایش قرار گرفتند. با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف،

اخلاقی، به آنان هم آموزش روان-درمانی داده شد و ۱۵ نفر بعدی به عنوان گروه آزمایش انتخاب شدند و ادامه کار با آنان انجام گردید. در انتخاب نمونه‌ها حداکثر سعی بر آن بود که متغیر مداخله‌گر از قبیل دارو کنترل گردد و سپس جلسات آموزشی طی هشت جلسه ۲ ساعته روان-درمانی انجام گرفت. ابزار پژوهش، پرسشنامه پریشانی کسلر K10<sup>۷</sup> است که یک بار در پیش‌آزمون و یک بار در پس‌آزمون از آنان گرفته و در نهایت مقایسه و تحلیل این ۲ مرحله انجام شد. قابل ذکر است در این نوع جلسات شناختی-رفتاری، افکار و احساسات ارزیابی می گردد. بیماران اغلب احساس می کنند دردشان خارج از کنترل آن‌ها می باشد. این درمان به آنان می آموزد چگونه با مدیریت کنترل افکار، هیجانات و رفتارشان دوباره کنترل را در دست گیرند.

### ابزار پژوهش

پرسشنامه ارزیابی پریشانی کسلر K10 به صورت ۱۰ سؤال و ویژه شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی است و وضعیت روانی را طی یک ماه اخیر بررسی می کند. پاسخ به سؤالات این پرسشنامه به

جدول ۱- خلاصه موارد بحث در جلسات آموزشی با بیماران.

شماره جلسه	موضوع
اول	آشنایی و معارفه و ارزیابی اولیه: بحث درباره اثر درد، مفهوم سازی مراجع از درد و پیامدهای طبی-روانی اجتماعی آن، ارائه روند درمان، اهداف درمان.
دوم	معرفی چرخه دوره: بیان نظریه کنترل دروازه‌ای درد، چه مواردی باعث بسته شدن درد می شود، چه مواردی باعث باز شدن دروازه می شود، فنون عضلانی.
سوم	توضیح افکار خود آیند: توضیح اینکه چگونه افکار به هیجان‌ها منجر می شود، کشف رابطه بین هیجان‌ها و درد، آرام سازی عضلانی.
چهارم	ارزیابی افکار غیر مفید: به بیمار یادآوری کنیم که مروری سریع بر افکار خود آیند داشته باشد. خطای شناختی: شیوه‌های فکر کردن بر اساس مفروضات اشتباه یا سوء تعبیرها است.
پنجم	تعیین شواهد تأیید کننده و شواهد رد کننده افکار خود آیند منفی: انحراف توجه از طریق فعالیت‌های لذت بخش.
ششم	استرس و کنترل آن: جایگزینی منطقی مناسب به جای افکار خود آیند غیر مفید و آرام سازی عضلانی.
هفتم	خشم چیست؟ و رابطه بین خشم و درد.
هشتم	بهداشت خواب و شیوه‌هایی برای بهبود خواب.

مشرقی

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از جامعه مورد مطالعه.

گروه	تعداد	سن	تحصیلات	جنس
آزمایش	۱۵	۲۵-۵۰	بالای دیپلم	۸ زن-۷ مرد
کنترل	۱۵	۲۵-۵۰	بالای دیپلم	۸ زن-۷ مرد

مشرقی

<sup>7</sup> Kessler psychological distress scale (K10)

<sup>8</sup> Andrews and Slade

جدول ۳- خلاصه شاخص‌های توصیفی شدت درد در گروه‌ها.

گروه	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	شدت درد ۱	۱۵	۱۵	۳۵	۲۳/۷۳
	شدت درد ۲	۱۵	۹	۳۲	۱۷/۶۷
کنترل	شدت درد ۱	۱۵	۱۵	۳۲	۲۲/۰۷
	شدت درد ۲	۱۵	۱۵	۳۱	۲۲/۱۳

جدول ۴- خلاصه محاسبات اثرات بین گروهی در پریشانی.

منبع تغییرات	F	معنی‌داری	مجذور اتا
مدل اصلاح شده	۶۳/۹۶۵	۰	۰/۸۲۵
	۱/۴۲۲	۰/۲۴۳	۰/۱۰۵
میانگین پریشانی ثانویه ۱	۱۰۷/۵۵۵	۰	۰/۷۹۹
گروه کنترل	۳۶/۱۹۷	۰	۰/۵۷۳

جدول ۵- شاخص‌های توصیفی گروه‌ها در پس‌آزمون پریشانی پس از کنترل اثر پیش‌آزمون.

گروه	%۹۵ فاصله اطمینان		میانگین	معیار خطا
	حد بالا	حد پایین		
آزمایش	۱۸/۳۱	۱۵/۳۸۱	۱۶/۸۴۶	۰/۷۱۴
کنترل	۲۴/۴۱۹	۲۱/۴۹	۲۲/۹۵۴	۰/۷۱۴

است اما همواره ناخوشایند است و بنابراین یک تجربه هیجانی نیز محسوب می‌شود» اجزاء عاطفی درد مشتمل بر حالات هیجانی بسیار گوناگونی است که این حالات هیجانی، اساساً دارای ماهیت منفی هستند. بررسی‌های به عمل آمده نشان می‌دهند که ۴۰ تا ۵۰٪ از بیماران دارای درد مزمن از افسردگی رنج می‌برند. همچنین در اکثر موارد افسردگی، واکنش بیماران نسبت به درد مزمن است. در واقع تعجب برانگیز نخواهد بود که بدانیم گروه بزرگی از بیماران دارای درد مزمن، افسرده‌اند و این نشان می‌دهد که ارزیابی بیماران از تأثیر درد بر زندگی و میزان توانایی آن‌ها برای اعمال کنترل بر درد، نقش واسطه را بین درد و افسردگی به عهده دارد (۱۱).

فرد مبتلا به درد مزمن، به دلیل وجود بیماری یا آسیب‌های جسمانی، ممکن است دچار فقدان‌های حاد روانشناختی و واقعی شود، نظیر فقدان تحرک، فقدان کار یا تغییرات چشمگیر ظاهری که نهایتاً منجر به افسردگی می‌شوند. افسردگی و درد، همراه با احساس تنبیه شدن (احتمالاً به صورت غیر منصفانه) سبب تداوم و تشدید مسئله می‌شود. بنا به گفته اشترنباخ (به نقل از عطاردی و هوسیر)، درد مزمن و افسردگی تقریباً قابل

طبیعی بودن داده‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت که داده‌ها در حوزه نرمال قرار گرفتند. جدول ۳ خلاصه شاخص‌های توصیفی پریشانی در بین گروه‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از نظر پریشانی در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری در سطح آلفای یک درصد وجود دارد. اندازه اثر در پس‌آزمون ۰/۵۷۳ در حد متوسط به بالاست. از طرف دیگر، مقدار پیش‌آزمون نیز معنی‌دار است ( $P < 0/05$ ). این نکته نشان می‌دهد که پریشانی اولیه در پیش‌آزمون، توانسته است تأثیر معنی‌داری بر پس‌آزمون بگذارد، لذا کنترل اثر آن در تحلیل ضروری است.

جدول ۵ نتایج میانگین‌های اصلاح شده پس از کنترل اثر پیش‌آزمون پریشانی را نشان می‌دهد. مقایسه مقادیر این جدول با میانگین‌ها قبل از اعمال پیش‌آزمون حاکی از تأثیر پیش‌آزمون است. میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون پایین‌تر از گروه کنترل شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

همانطوری که انجمن بین‌المللی مطالعه درد تعریف کرده است «درد بدون شک، احساسی در نقطه یا نقاطی از بدن

مسئولیت‌های روزمره و مصرف دارو ادامه داشت (۱۴). علاوه بر این مطالعات دیگری مانند مولودی و فتاحی نیز انجام شده است که می‌توان گفت تقریباً هم راستا با اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش پریشانی و در نهایت بهبود درد مزمن بود. در واقع، نتایج این پژوهش‌ها که بر کارایی و اثربخشی درمان شناختی-رفتاری درد مزمن در کاهش میزان پریشانی تأکید دارند با یافته‌های این مطالعه هم‌خوانی دارد (۱۵).

اگر برآوردهای زیستی-روانی-اجتماعی بیمار مبتلا به درد مزمن نشان دهد که این عوامل نقش اندکی در بهبود درمانی وی دارند، استفاده از یک درمان جسمی به‌تنهایی «مثلاً جراحی» نتایج درمانی چشمگیری خواهد داشت. از طرف دیگر، در بیشتر بیماران مبتلا به درد مزمن (که دارای ترس شدید از فعالیت و تفکر شناختی فاجعه‌آفرینی هستند) کاهش شدت درد به‌تنهایی برای از بین بردن مشکلات روانی و ناتوانی همراه با درد مزمن کافی نیست (۱۶).

پژوهش‌های دیگری نیز نشان داده‌اند که میزان درد تجربه شده، به میزان آسیب وارد آمده بستگی ندارد (۱۷). برخی از محققان بر تعارض بین الگوهای زیستی-روانی-اجتماعی تأکید کرده‌اند. هنگامی که در بیماران مبتلا به درد مزمن، درد از بین می‌رود، بقیه مشکلات آن‌ها از قبیل ناتوانی جسمی و مشکلات روانی نیز از بین می‌رود (۱۸). در واقع طبق این پژوهش به این نتیجه می‌رسیم که درمان شناختی-رفتاری جهت کاهش پریشانی در بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر است.

هدف رویکرد شناختی-رفتاری در وهله اول کمک به بیماران برای دستیابی به مفهومی تازه از درد خود و راه‌های درمان آن، بیان نظریه کنترل دروازه‌ای درد و نقش افکار و هیجانات در باز و بسته نگه داشتن دروازه درد می‌باشد که می‌تواند در جهت کاهش تعبیر و تفسیرهای غلط، فاجعه‌آفرینی و غیر قابل کنترل دانستن درد اثرگذار باشد. یکی دیگر از اهداف این درمان، آموختن مهارت‌های مقابله‌ای فعال به بیمار در جهت کنترل درد و بهبود پریشانی است. این بررسی با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. با توجه به این نکته که در انتخاب نمونه پژوهش، ملاک‌های ورودی خاصی لحاظ گردید، در تعمیم نتایج به افراد خارج از این محدوده باید محتاط بود. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی با نمونه‌های بالینی مختلف و همراه با پیگیری‌های مکرر انجام گیرد. در نهایت امید است متخصصان درد با مشارکت روانشناسان به بیماران کمک کنند تا با اتخاذ راهبردهای شناختی-رفتاری، درد خود را مدیریت کنند.

تبدیل به هم هستند چرا که درد مزمن غالباً منجر به افسردگی واکنش شده و افسردگی واکنشی به نوبه خود، همراه با شکایت درد است (۱۲).

رویکرد درمان شناختی-رفتاری درد مزمن، بر اساس این فرض استوار است که بیمار با این باور که بسیاری از مشکلات او غیر قابل کنترل است وارد مرحله درمانی می‌شود؛ بنابراین اهداف درمان شناختی-رفتاری این است که در ابتدا این انتظار را در بیماران به وجود آورد که می‌توانند مشکلات خود را به نحوی مؤثر کنترل کنند و سپس لازم است مهارت‌هایی را به آن‌ها آموزش داد تا بتوانند به نحوی مؤثر هم به مشکلات فعلی و هم به مشکلات جدیدی که بعد از پایان درمان به وجود می‌آیند، پاسخ دهند. به نظر می‌رسد در این بیماران خشم، افسردگی، پریشانی و افکار منفی (از قبیل این درد غیر قابل تحمل و کشنده است و نمی‌توانم آن را کنترل کنم)، باعث افزایش درد می‌شود. به این صورت که این‌گونه پریشانی‌های روانشناختی منجر به افزایش تنش می‌گردد. این تنش باعث کاهش آستانه درد و وخیم‌تر شدن وضعیت جسمی می‌شود و در نهایت منجر به افزایش تغییرات هیجانی بیمار می‌گردد (۶).

روش شناختی-رفتاری پس از بیان جنبه‌های فیزیولوژی درد و افزایش سطح شناخت بیماران از سازوکار زیستی و چگونگی استمرار دردشان، تلاش در جهت اصلاح باورهای مخرب است که نقش اصلی را در به وجود آمدن پریشانی ایفاء می‌کنند و همچنین نقش به‌سزایی در درمان دارند. به‌عنوان مثال در درمان‌های شناختی سعی می‌شود افکار غیر منطقی و ناکارآمد برانگیزاننده بیماری و پریشانی شناسایی شوند و بیمار نسبت به نقش آن‌ها در بیماریش بینش پیدا کند و افکار صحیح‌تری را جایگزین آن‌ها کند که در این پژوهش به آن پرداخته شد (۱۳).

نیکولاس<sup>۹</sup> و اصغری با استفاده از روش درمانی، درد بیمار خود را به مدت چند ماه از بین بردند اما آنچه در رابطه با این بیمار جلب توجه می‌کرد این بود که بیمار هر بار پس از این که درد به طور کامل از بین رفته بود، بر مصرف داروهای ضد درد ادامه داده است و از انجام بسیاری از فعالیت‌هایی که به طور عادی در زندگی روزمره قبل از شروع درد آن‌ها را انجام می‌داده دوری می‌کرده است. پرسش‌های بیشتر روشن کرد که ترس وی از امکان بازگشت درد، منجر به آن شده بود تا وی به مصرف دارو ادامه دهد و از انجام فعالیت‌هایی که گمان می‌کرد باعث تشدید درد او خواهد شد دوری کند؛ علی‌رغم اینکه درد به طور موقت از بین رفته بود. از آنجا که در جریان درمان، ترس از درد و رفتارهای درد مورد توجه قرار نگرفته بود، ناتوانی بیمار در انجام

<sup>9</sup> Nicholas

## منابع

1. Thron BE. Cognitive therapy for chronic pain: step by step guide. New York: Guilford Press. 2004; p. 21-165.
2. Azimi Z, Bakhshipour A. The relationship between coping strategies, depression, physical disability, and pain intensity in people with chronic back pain. Especially a behavioral medicine. 2012; 7(10): 7-10.
3. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *J Consult Clin Psychol*. 2002; 70(3): 678-90.
4. Hamid Pour H, Andoz Z. Cognitive therapy techniques. Tehran. Arjmand Publication. 2012.
5. Craig AW. Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems: a guide to assessment and treatment in practice. 1st ed. Wiley. 2001.
6. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 1965; 150(3699): 971-9.
7. Tan G, Nguyen Q, Anderson KO, Jensen M, Thornby J. Further validation of the chronic pain coping inventory. *J Pain*. 2005; 6(1): 29-40.
8. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *JAMA*. 2003; 289(23): 3095-105.
9. Andrews G, Slade T. Interpreting scores on the kessler psychological distress scale (k10). *Aust N Z J Public Health*. 2001; 25(6): 494-7.
10. Vaziry SH, Lotfi-Kashani F, Hosseinian S, BahramGhaffari S. Sexual self-efficacy and marital satisfaction. *AndishehvaRaftar*. 2010; 4(16): 75-81.
11. Turk DC, Okifuji A, Sinclair JD, Starz TW. Pain disability and physical functioning in subgroups of fibromyalgia patients. *J Rheumatol*. 1996; 23(7): 1255-62.
12. Atarodi S, Hosier S. Trauma in the mind and pain in the body: mind-body interactions in psychogenic pain. *Journal of the Sociology of Self-Knowledge*. 2011; 9(1): 111-31.
13. Hamid Pour H, Andoz Z. The dialectical behavior therapy. Tehran. Arjmand Publication. 2013.
14. Nicholas MK, Asghari A. Investigating acceptance in adjustment to chronic pain: is acceptance broader than we thought? *Pain*. 2006; 124(3): 269-79.
15. Moloudi R, Fatahi K. Cognitive behavior therapy for chronic medical problems. Tehran. Arjmand Publication. 2012.
16. Sator-Katzenschlager SM, Schiesser AW, Kozek-Langenecker SA, Benetka G, Langer G, Kress HG. Does pain relief improve pain behavior and mood in chronic pain patients. *Anesth Analg*. 2003; 97(3): 791-7.
17. Hall K, Stride E. The varying response to pain in psychiatric patients. *Brit J Med Psychol*. 1952; 27(2): 48-60.
18. Flor H, Hermann C. Biopsychosocial models of pain. Dworkin RH, Breitbart WS. Psychosocial aspects of pain: A handbook for health care providers. Progress in pain research and management 27. IASP Press. 2004; p. 47-75.