

## مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی هیجانی و دارودرمانی بر وجوه درد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۷/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۲/۰۵

### خلاصه

#### مقدمه

فیبرومیالژیا سندرم درد اسکلتی-عضلانی مزمن است که با درد در سطح گسترده، نقاط حساس، خستگی و اختلال خواب مشخص می‌شود و جنبه روانی فرد را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد؛ برای درمان بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا می‌توان علاوه بر دارودرمانی از رواندرمانی نیز بهره برد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی هیجانی و دارودرمانی بر وجوه درد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا انجام شد.

#### روش کار

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با دو گروه آزمایشی و گروه کنترل بود. از جامعه زنان مبتلا به اختلال فیبرومیالژیا سطح شهر تهران با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر به عنوان نمونه انتخاب شد و به صورت تصادفی در سه گروه پژوهشی جایگزین شدند. برای سنجش وجوه درد از پرسشنامه چندوجهی درد (کرنز و همکاران، ۱۹۸۵) استفاده شد. برای گروه‌های آزمایش از مداخله‌های درمان پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی هیجانی و دارودرمانی استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی تحلیل شد.

#### نتایج

نتایج پژوهش نشان داد که تلفیق درمان پذیرش و تعهد با دارودرمانی، اثربخش‌تر از دارودرمانی به تنهایی بود ( $p \leq 0/005$ ). همچنین تلفیق طرحواره‌درمانی هیجانی با دارودرمانی موثرتر از دارودرمانی بود ( $p \leq 0/005$ ). بین تلفیق درمان پذیرش و تعهد با دارودرمانی و تلفیق طرحواره‌درمانی با دارودرمانی تفاوت معنی‌دار نبود ( $p \geq 0/005$ ).

#### نتیجه‌گیری

به منظور بهبود بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا می‌توان از درمان پذیرش و تعهد و همچنین طرحواره‌درمانی هیجانی در کنار دارودرمانی بصورت تلفیقی بهره برد.

#### کلمات کلیدی

فیبرومیالژیا، دارودرمانی، درمان پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی هیجانی  
 پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

زهرا دادبیین<sup>۱</sup>

ندا علی‌بیگی<sup>۲\*</sup>

کامران آزما<sup>۳</sup>

فریبرز باقری<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد علوم و

تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه علوم توانبخشی و

سلامت اجتماعی، تهران، ایران

۳. گروه پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران،

ایران

۴. دانشیار گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات،

دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

\* گروه روانشناسی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت

اجتماعی، تهران، ایران

Email: nedapsych@uswr.ac.ir

## مقدمه

هدف متخصصان بالینی، در قرن اخیر، یاری رساندن به دیگران جهت غلبه بر دردها و رنج‌هایشان است. در سراسر دنیا زنان درد و استرس مزمن بیشتری را تجربه می‌کنند. یکی از دردهای مزمن که شیوع بالاتری در زنان دارد، فیبرومیالژیا است (۱). فیبرومیالژیا با درد گسترده اسکلتی، عضلانی، خستگی، اختلال خلقی و مشکلات شناختی مشخص می‌شود (۲). فیبرومیالژیا یکی از بیماری‌های درد مزمن و از شایع‌ترین اختلالات عضلانی-اسکلتی در بزرگسالان است (۳). درد منتشره بدن مشخصه بارز بیماری بوده، که این درد ممکن است با عباراتی مانند تیز و سوزشی، ضربان‌دار، تیر کشنده، مبهم و عمقی و یا سوزن سوزن شدن و بی‌حسی توصیف گردد (۴). که مجموعه‌ای از شکایات شامل دردهای مزمن منتشر همراه با وجود نقاط دردناک در معاینه و علائمی نظیر علائم جسمی، خستگی، اختلال در خواب، شب‌ادراری و انسداد، سردرد و اختلالات خلقی-شناختی و خشکی صبحگاهی مفاصل، درد و کاهش کنترل حرکتی مشخص می‌شود (۵، ۶ و ۷). بر اساس معیارهای انجمن روماتولوژی آمریکا درد باید در هر چهار قسمت بدن توزیع شده باشد (بالای کمر، پایین کمر، سمت راست بدن و سمت چپ) و همچنین در محور اسکلتی و حداقل در ۱۱ نقطه از ۱۸ نقطه مشخص شده، در هنگام معاینه وجود داشته باشد تا تشخیص فیبرومیالژیا داده شود. بسیاری از افراد مبتلا به فیبرومیالژیا علائم شناختی-روانی را نیز تجربه می‌کنند، از جمله از دست دادن حافظه و انواع اختلالات اضطرابی (اضطراب فراگیر، PTSD) و انواع اختلالات افسردگی (اساسی، دیستایمی)، اختلال وسواس فکری-جبری، اختلال سایکوتیک (۵ و ۸).

استفاده از دارو معمولاً نخستین اقدامی است که متخصصان درد برای کاهش درد به آن متوسل می‌شوند درحالی‌که درمان دارویی به تنهایی برای رسیدن به سطح رضایت‌مندی از کاهش علائم فیبرومیالژیا یا پیشرفت عملکرد کلی بیماران ناکافی به نظر می‌رسد و پیش‌آگهی بهبود آن ضعیف است (۱۰)، در پژوهش فراتحلیلی در مورد مقایسه انواع درمان بر بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا که با مطالعه ۶۱ پژوهش انجام دادند؛ دریافتند که درمان‌های مداخله‌ای روان‌شناختی در مقایسه با درمان‌های معمول فیبرومیالژیا، در زمینه بهبود عملکرد فیزیکی، درد و خلق پایین مفید به نظر می‌رسند (۱۱).

یکی از گزینه‌های درمانی امیدوارکننده برای مبتلایان به فیبرومیالژیا (FM)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) است (۱۲). انجمن روان‌شناسی آمریکا، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) را در حوزه درد مزمن، بعنوان یک درمان تجربی معتبر و برخوردار از پشتوانه پژوهشی قوی معرفی می‌کند (۱۳). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، منجر به بهبود و کاهش افسردگی، کاهش استرس، کاهش نمره کلی ابراز درد، افزایش پذیرش درد، کاهش شدت درد، بهبود عملکرد، کاهش فاجعه‌سازی درد و بهبود کیفیت زندگی می‌شود (۱۴ و ۱۵). تمرکز در این درمان بر روی پیشرفت عملکرد فرد با افزایش توانایی عمل براساس ارزش‌های شخصی حتی در هنگام وقوع درد و پریشانی است (۱۶). شواهد قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد افرادی که تلاش بیشتری برای متوقف نمودن درد انجام می‌دهند یا برای دوری از درد از راهبردهای انحراف توجه استفاده می‌کنند، در مقایسه با افرادی که با احساس، هیجان و افکار مربوط به درد

روبرو شده و آن را پذیرفته‌اند، از درد و پریشانی بیشتری برخوردارند (۱۷).

از دیگر درمان‌های مشابه ACT، طرحواره درمانی هیجانی است که در آن، افزایش ارتباط با زمان حال، اشتیاق به تجربه کامل رویدادهای شخصی و گسترش ظرفیت افراد برای مشاهده‌گری مطرح می‌شود (۱۸) اما ارزش اختصاصی طرحواره درمانی هیجانی در آن است که مفهوم سازی و راهبردهای افراد را در مقابل هیجان‌های دشوار مستقیماً مورد هدف قرار می‌دهد و از این طریق مداخله درمانی را اثربخش‌تر خواهد کرد (۱۹). پژوهش‌هایی که تاکنون در حوزه طرحواره درمانی هیجانی صورت گرفته‌اند، حاکی از اثر بخشی این مدل درمانی در اختلالات مختلف هستند (۲۱، ۲۱، ۲۲ و ۲۳) و نشان داده‌اند که طرحواره درمانی هیجانی نقش تعیین کننده‌ای در سلامت روان و پیامدهای درمان داشته و اثر درمانی رویکرد شناختی رفتاری را ارتقا می‌بخشد (۲۴).

با توجه به مطالب ذکر شده، بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا درد زیادی را تحمل می‌کنند که این نیازمند توجه متخصصان پزشکی و روانشناسی است. با وجود اهمیت و نقش درمان‌های روانی مبتلایان به بیماری فیبرومیالژیا از جمله درمان پذیرش و تعهد (ACT) و طرحواره درمانی هیجانی در ایران تاکنون پژوهشی به بررسی اثربخشی این درمان‌ها نپرداخته است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان دارویی بر وجوه درد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا بود.

### مواد و روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با ۲ گروه آزمایشی و گروه کنترل بود. هدف پژوهش نیز کاربردی بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه

زنان مبتلا به اختلال فیبرومیالژیا سطح شهر تهران مراجعه کنندگان به کلینیک‌ها و بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ بود. با تعدادی از متخصصین طب فیزیکی و متخصصین درد هماهنگی شد و برخی از آن‌ها پذیرفتند در صورت مراجعه کیس فیبرومیالژیا به ایشان، آن‌ها را به روانشناس ارجاع دهند. افرادی که مراجعه کردند، از میان جامعه مذکور، ابتدا مورد ارزیابی اولیه از جهت ملاک‌های ورود، خروج و تشخیص فیبرومیالژیا قرار گرفتند؛ حجم نمونه برای هر گروه با توجه به مطالعات دلاور (۲۵) ۱۵ نفر در مطالعات آزمایشی پیشنهاد شده است. ۵۱ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند. این افراد به طور تصادفی در سه گروه قرار داده شدند. گروه ۱: پذیرش و تعهد گروه ۲: طرحواره‌درمانی هیجانی و گروه سوم گروه کنترل بود. البته با توجه به ریزش احتمالی در تعداد نمونه، گروه نمونه بیشتر از ۴۵ نفر انتخاب شد تا در صورت ریزش، تعداد ۴۵ نفر مورد انتظار برآورده شود. ملاک‌های ورود به پژوهش وجود همه معیارهای تشخیصی فیبرومیالژیا طبق طبقه‌بندی توصیفی بیماری‌ها توسط سازمان جهانی بهداشت و تشخیص محرز توسط پزشک، تحصیلات در حد ابتدایی، سن بین ۳۰ تا ۵۰ سال، نرمال بودن بررسی‌های روتین آزمایشگاهی، عدم وجود سایر علل درد و داشتن ذهن روان‌شناختی بود. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: وجود بیماری‌های همراه ایجاد کننده فیبرومیالژیا ثانوی نظیر: روماتوئید آرتریت، اختلال عمل کرد تیروئید، کمبود ویتامین D، وجود سایر بیماری‌های همراه مختل کننده فرایند درمان نظیر پرفشاری خون، هیپر گلیسمی و دیابت، بیمارانی که علائم شدید اختلالات روان‌شناختی دارند که به خاطر آن نیاز به مداخله دارویی دارند یا در حال حاضر تحت درمان هستند، بیمارانی که بیش از ۴ ماه برای این بیماری درمان دریافت کرده باشند، بیمارانی که علاوه بر درمان دارویی از مداخلات غیر دارویی دیگری نیز همزمان

پرسشنامه شامل سه بخش مستقل می‌باشد که هر بخش شامل چندین خرده مقیاس است. بخش اول، مقیاس شدت درد دارای ۲۰ عبارت است که ۵ خرده مقیاس شدت درد، اختلال در عملکرد روزانه، کنترل بر زندگی، پریشانی هیجانی و حمایت اجتماعی را در برمی‌گیرد. سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت از صفر تا ۶ درجه‌بندی می‌شود. این آزمون توسط ستین بکتاش و اوزدوگان (۲۷) در ترکیه و بر روی بیماران سرطانی هنجار شد. پایایی آلفای کرونباخ برای همسانی درونی تجربه درد (۰/۸۵)، پاسخ‌های معناداری دیگر (۰/۶۰) و فعالیت‌های روزانه (۰/۸۳) بود و ضریب همسانی درونی برای پایایی بازآزمایی تجربه درد (۰/۸۲)، پاسخ‌های معناداری دیگر (۰/۶۶) و فعالیت‌های روزانه (۰/۸۱) بود. اعتبار و پایایی بخش اول و دوم نسخه فارسی پرسشنامه در نمونه ای مرکب از ۲۳۱ بیمار ایرانی مبتلا به درد مزمن مورد بررسی قرار گرفته است. در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های ابزار بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ متغیر بود. لذا تمام خرده مقیاس های این ابزار دارای اعتبار مطلوبی است. اعتبار افتراقی تمام خرده مقیاس ها تأیید شد. همچنین اعتبار ملاک ۵ خرده مقیاس از هشت خرده مقیاس این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت (۲۸). در پژوهش حاضر سه خرده مقیاس این پرسشنامه (اختلال در عملکرد روزانه، شدت درد، حمایت اجتماعی، کنترل بر زندگی و پریشانی هیجانی) مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش نیز پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد.

استفاده می‌کردند و ابراز عدم تمایل به همکاری بود. برای تنظیم گروه‌ها به این صورت اقدام شد که افراد به ترتیب ورود، نفر اول در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نفر دوم در گروه طرحواره درمانی هیجانی و نفر سوم در گروه فقط دارودرمانی قرار داده شدند و این عمل تا تکمیل تعداد هر سه گروه ادامه می‌یافت. هر ۳ گروه درمان پزشکی دریافت می‌کردند. به گروه سوم توضیح داده شد که درمان آنها ۳ ماه بعد شروع خواهد شد. پس از ارائه توضیح برای افراد شرکت کننده در مورد اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه آنها، افراد شرکت کننده‌ها به پرسشنامه‌ی پیش آزمون پاسخ دادند. سپس از میان آنها افرادی که واجد ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش نبودند کنار گذاشته شدند و ۵ نفر انتخاب شدند. از این تعداد ۲ گروه تحت ۸ جلسه هفتگی به مدت ۱۲۰ دقیقه آموزش طرحواره درمانی و ۲ گروه تحت ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند، اما در مورد گروه کنترل هیچ درمانی صورت نگرفت. پس از به پایان رسیدن دوره مداخله، پرسشنامه‌های پژوهش جهت پس آزمون توسط شرکت کننده‌های هر دو گروه تکمیل شد. شرکت کنندگان پس از ۲ ماه یک بار دیگر فراخوانده شدند تا به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. بدین ترتیب داده‌های لازم مورد جمع‌آوری قرار گرفت و با استفاده از اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی تحلیل شد.

## ابزار

**پرسشنامه چند وجهی درد:** توسط کرنز و همکاران (۲۶) براساس نظریه شناختی-رفتاری درد طراحی شده است. این

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی طرحواره‌درمانی هیجانی

اهداف و محتوای جلسات	جلسات
آشنایی افراد گروه با یکدیگر و مشکلات سلامتی‌شان، مفهوم‌بندی طرحواره‌های هیجانی و اثرات آنها بر سلامت جسمی و روانی آنها، ارزیابی، آماده سازی و معرفی مدل طرحواره‌های هیجانی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مراجع، توضیح در مورد فیرومیالژیا	جلسه اول

مرور تکالیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مراجع، ارائه الگویی از هیجان به بیمار، شناسایی راهبردهای دردسر ساز و طرحواره‌های هیجانی	جلسه دوم
مرور تکالیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مراجع، بکارگیری تکنیک شناسایی و برجسب زنی به هیجان‌ها	جلسه سوم
مرور تکالیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مراجع، استفاده از تکنیک عادی‌سازی هیجان، پذیرش بنیادین احساسات	جلسه چهارم
مرور تکالیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مراجع، چالش با باورهای غلط هیجانی، تکنیک پذیرش هیجان	جلسه پنجم
مرور تکالیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مراجع، چالش با مراجع برای ساختن راهبردهای دردسر ساز، تقویت پردازش هیجانی، شناسایی راهبردهای مفید و حضور در جلسه	جلسه ششم
مرور تکالیف خانگی، کار بر روی باورها و تفسیرهای منفی از هیجان (طرحواره هیجانی)، رنجش سودمند و بازسازی شناختی	جلسه هفتم
مرور تکالیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مراجع، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی در مورد هیجان، پیوند با ارزش‌های والاتر، تکنیک فضاسازی برای هیجان، گفتگو در مورد هرگونه مساله باقی مانده، ارائه نسخه مکتوب از تکنیک‌ها و جلسات به فرد	جلسه هشتم
جدول ۲. خلاصه جلسات آموزشی درمان پذیرش و تعهد	
<b>محتوای جلسات</b>	<b>جلسات</b>
معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ معرفی درمان ACT، اهداف و محورهای اصلی آن؛ تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان؛ ارائه اطلاعات درباره درد مزمن و انواع آن؛ مرور درمان‌های مربوطه، هزینه‌ها و فواید آن‌ها	جلسه اول
مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها؛ ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر؛ بررسی انتظارات بیماران از درمان ACT؛ ایجاد درماندگی خلاق؛ جمع بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.	جلسه دوم
مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بیهودگی آن‌ها؛ توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و سپس، مشکلات و چالش‌های پذیرش بیماری مورد بحث قرار گرفت؛ جمع بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی	جلسه سوم
مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ تکلیف و تعهد رفتاری؛ معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و گسلش؛ کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان و استعاره‌ها؛ تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف؛ جمع بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی	جلسه چهارم
مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود؛ در این تمرینات، شرکت کنندگان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده روی و...) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجان‌ات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند؛ جمع بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی	جلسه پنجم

جلسه هشتم مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیماران؛ شناسایی ارزش های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش ها و توجه به قدرت انتخاب آن ها؛ استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال؛ جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه؛ بررسی تمرین جلسه بعد و ارائه تکلیف خانگی

جلسه هفتم مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیماران؛ بررسی ارزش های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ تفاوت بین ارزش ها، اهداف مرتبط با ارزش ها و ویژگی های اهداف (اختصاصی، قابل ارزیابی، واقع گرایانه و همسو با ارزش های شخصی) برای گروه بحث شد. سپس اعضا سه مورد از مهم ترین ارزش هایشان را مشخص و اهدافی که مایل بودند در راستای هر یک از آن ارزش ها دنبال کنند را تعیین کردند و در آخر کارها / رفتارهایی که قصد داشتند تا برای تحقق آن اهداف انجام دهند را مشخص کردند؛ نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج

جلسه هشتم درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)؛ شناسایی طرح های رفتاری مطابق با ارزش ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن ها؛ درباره مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن نکاتی بیان شد؛ مرور تکالیف و جمع بندی جلسات به همراه مراجع؛ در نهایت از بیماران برای شرکت در گروه تشکر و پس آزمون اجرا شد

تحصیلات ۶ نفر از هر سه گروه زیر دیپلم بود. در ادامه به بررسی مداخلات پژوهشی بر وجوه درد بیماران فیرومیالژیا پرداخته می شود. گفتنی است قبل از انجام تحلیل اندازه گیری مکرر مفروضه های این آزمون با استفاده از آزمون کالموگراف اسمیرنوف، لوین، ام باکس و آزمون ماخلی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان از مناسب بودن استفاده از این آزمون داشت.

## نتایج

در این پژوهش ۴۵ نفر در سه گروه مشارکت کرده بودند که میانگین سنی گروه طرحواره درمانی همراه با دارودرمانی ۴۰/۴۱، گروه پذیرش و تعهد به همراه دارودرمانی ۳۹/۳۲ و گروه دارودرمانی به تنهایی ۴۰/۸۷ بود. در گروه طرحواره درمانی همراه با دارودرمانی ۵ نفر مجرد و ۱۰ نفر متأهل بودند و در دو گروه دیگر ۴ نفر مجرد و ۱۱ نفر متأهل بودند. میزان

جدول ۳. نتایج تحلیل چند متغیری در مقایسه اثر اجرای متغیرهای مستقل بر وجوه درد

وجوه درد	لامبدای ویلکز	F	درجات آزادی	سطح معناداری	$\eta^2$
ختلال در عملکرد روزانه	۰/۷۹۳	۲/۵۲	۴ و ۸۲	۰/۰۴۸	۰/۱۰۹
شدت درد	۰/۷۱۱	۳/۸۰	۴ و ۸۲	۰/۰۰۷	۰/۱۵۶
حمایت اجتماعی	۰/۸۷۶	۱/۳۸	۴ و ۸۲	۰/۲۵۰	۰/۰۶۳
کنترل بر زندگی	۰/۸۹۳	۱/۲۰	۴ و ۸۲	۰/۳۱۸	۰/۰۵۵
پریشانی هیجانی	۰/۷۴۳	۳/۲۸	۴ و ۸۲	۰/۰۱۵	۰/۱۳۸

منطبق بر جدول ۳ نتیجه تحلیل چند متغیری نشان می دهد که

اثر تعاملی گروه  $\times$  زمان بر مؤلفه های اختلال در عملکرد

روزانه (لامبدای ویلکز،  $\eta^2 = 0/109$ ،  $P = 0/048$ )،

منطبق بر جدول ۳ نتیجه تحلیل چند متغیری نشان می دهد که

اثر تعاملی گروه  $\times$  زمان بر مؤلفه های اختلال در عملکرد

روزانه (لامبدای ویلکز،  $\eta^2 = 0/109$ ،  $P = 0/048$ )،

لامبدای ویلکز،  $\eta^2 = 0/156$ ،  $P = 0/007$ ،  $d = 3/80$  (۸۲) و  $F(4)$  آن در سطح  $0/01$  معنادار است.

جدول ۴. نتایج تحلیل طرح آمیخته در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر وجوه درد

وجوه درد	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	درجه آزادی	F	سطح معناداری	$\eta^2$
اختلال در عملکرد روزانه	۶/۴۰	۲۹/۶۱	۵۵/۸۷ و ۲/۶۶	۴/۵۴	۰/۰۰۸	۰/۱۷۸
حمایت اجتماعی	۲/۰۱	۲۸/۲۹	۷۳/۱۷ و ۳/۴۹	۱/۴۹	۰/۲۲۱	۰/۰۶۶
کنترل بر زندگی	۰/۶۵	۹/۶۸	۸۴ و ۴	۱/۴۰	۰/۲۴۳	۰/۰۶۳
شدت درد	۹/۸۴	۴۲/۳۷	۵۹/۱۴ و ۲/۸۲	۴/۸۸	۰/۰۰۵	۰/۱۸۸
پیشانی هیجانی	۱/۵۸	۸/۱۷	۸۴ و ۴	۴/۰۵	۰/۰۰۵	۰/۱۶۲

جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه × زمان بر مؤلفه‌های اختلال در عملکرد روزانه ( $\eta^2 = 0/178$ ،  $P = 0/008$ ،  $F = 4/54$ )، شدت درد ( $\eta^2 = 0/188$ ،  $P = 0/005$ ،  $F(2/66 \text{ و } 55/87)$ )، و پیشانی هیجانی ( $\eta^2 = 0/162$ ،  $P = 0/005$ ،  $F(2/82 \text{ و } 59/14) = 4/88$ ) وجوه درد در سطح  $0/01$  معنادار است. این مطلب بیانگر آن است که دست کم اجرای یکی از متغیرهای مستقل در مقایسه با دیگر متغیرهای مستقل مؤلفه‌های اختلال در عملکرد روزانه، شدت درد و پیشانی هیجانی وجوه درد سه بار تکرار و در هر بار تنها اثر دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت که نتیجه آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه × زمان بر مؤلفه‌های اختلال در عملکرد روزانه ( $\eta^2 = 0/178$ ،  $P = 0/008$ ،  $F = 4/54$ )، شدت درد ( $\eta^2 = 0/188$ ،  $P = 0/005$ ،  $F(2/66 \text{ و } 55/87)$ )، و پیشانی هیجانی ( $\eta^2 = 0/162$ ،  $P = 0/005$ ،  $F(2/82 \text{ و } 59/14) = 4/88$ ) وجوه درد در سطح  $0/01$  معنادار است. این مطلب بیانگر آن است که دست کم اجرای یکی از متغیرهای مستقل در مقایسه با دیگر متغیرهای مستقل مؤلفه‌های اختلال در عملکرد روزانه، شدت درد و پیشانی

جدول ۵. مقایسه معناداری اثر تعاملی گروه × زمان به صورت دو گروهی بر وجوه معنادار درد

گروه‌های مورد مقایسه	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	درجه آزادی	F	سطح معناداری	$\eta^2$
گروه اول - گروه دوم	۰/۱۱	۲۱/۱۹	۳۳/۸۷ و ۱/۲۱	۰/۱۴	۰/۷۵۷	۰/۰۰۵
گروه اول - گروه سوم	۴/۱۵	۱۸/۷۰	۳۹/۶۰ و ۱/۴۱	۶/۲۱	۰/۰۱۰	۰/۱۸۲
گروه دوم - گروه سوم	۵/۳۴	۳۸/۴۷	۳۸/۴۹ و ۱/۳۷	۷/۷۶	۰/۰۰۴	۰/۲۱۷
گروه اول - گروه دوم	۱/۹۳	۲۷/۲۶	۳۷/۹۷ و ۱/۳۶	۱/۹۹	۰/۱۶۳	۰/۰۶۶
گروه اول - گروه سوم	۳/۹۴	۲۸/۵۴	۴۲/۷۹ و ۱/۵۳	۳/۸۶	۰/۰۳۹	۰/۱۲۱
گروه دوم - گروه سوم	۸/۸۹	۲۸/۹۶	۳۷/۴۶ و ۱/۳۴	۸/۶۱	۰/۰۰۳	۰/۲۳۵

۰/۰۰۱	۰/۹۸۷	۰/۰۲	۲ و ۵۶	۶/۸۳	۰/۰۰۵	گروه اول- گروه دوم
۰/۲۰۴	۰/۰۰۱	۷/۱۷	۲ و ۵۶	۴/۵۱	۱/۱۵	پیشانی هیجانی گروه اول- گروه سوم
۰/۱۹۴	۰/۰۰۲	۶/۷۵	۲ و ۵۶	۴/۹۸	۱/۲۰	گروه دوم - گروه سوم

سطح معناداری ۰/۰۱ کاهش داده است. در همین راستا نمودارهای شکل ۱ نشان می‌دهد که تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد با دارودرمانی در مقایسه با گروه دارودرمانی تنها میانگین نمرات مؤلفه‌های اختلال در عملکرد روزانه، پیشانی هیجانی و شدت درد وجوه درد را در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش آزمون با شدت بیشتری کاهش داده است. بر این اساس در این بخش چنین نتیجه گیری شد که تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد با دارودرمانی در مقایسه با دارودرمانی تنها، در کاهش اختلال در عملکرد روزانه، پیشانی هیجانی و شدت درد مبتلایان به فیبرومیالژیا روش مؤثرتری است.

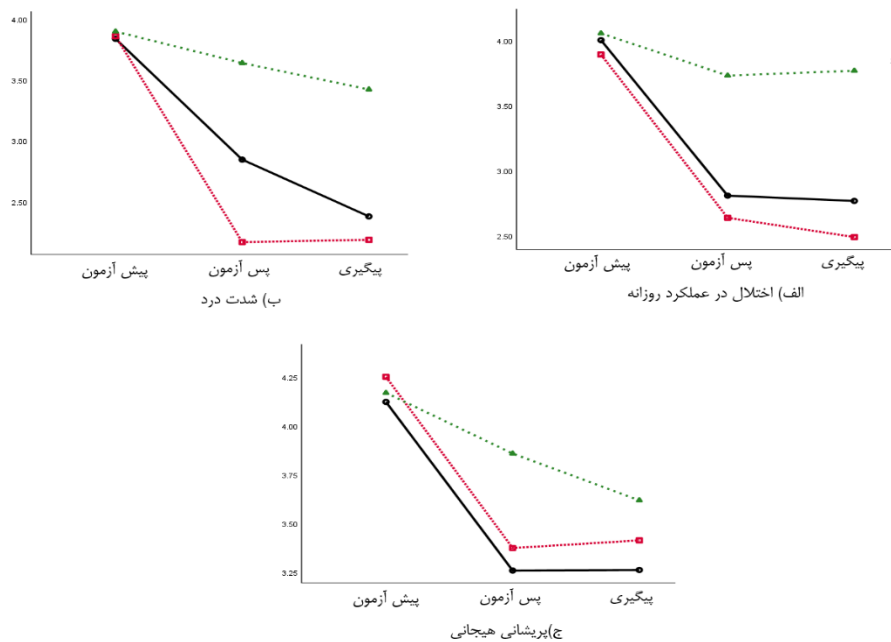
در نهایت مشخص شد که تفاوت اثر تلفیق طرحواره درمانی هیجانی با دارودرمانی و تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد با دارودرمانی بر هیچ یک از وجوه درد در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. بدین ترتیب می‌توان گفت که بین اثر تلفیق طرحواره درمانی هیجانی با دارودرمانی و تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد با دارودرمانی بر وجوه درد مبتلایان به فیبرومیالژیا تفاوت معنادار وجود ندارد.

در جدول بالا منظور از گروه اول، طرحواره درمانی + دارودرمانی، گروه دوم، درمان پذیرش/تعهد + دارودرمانی و گروه سوم نیز دارودرمانی به تنهایی بود. نتایج نشان داد که در مقایسه با دارودرمانی تنها، تلفیق طرحواره درمانی هیجانی و دارودرمانی، وجوه درد را در سطح معناداری ۰/۰۱ کاهش داده است. در تأیید این مطلب نمودارهای شکل ۱ نشان می‌دهد اگر چه در گروه دارودرمانی تنها میانگین نمرات اختلال در عملکرد روزانه، پیشانی هیجانی و شدت درد در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش آزمون کاهش یافته است، با وجود این در گروه تلفیق طرحواره درمانی هیجانی و دارودرمانی کاهش میانگین نمرات مؤلفه های مزبور با شدت بیشتری در طول اجرای آزمایش کاهش یافته است. بر این اساس می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که تلفیق طرحواره درمانی هیجانی و دارودرمانی در مقایسه با دارودرمانی تنها، در کاهش اختلال در عملکرد روزانه، پیشانی هیجانی و شدت درد مبتلایان به فیبرومیالژیا روش مؤثرتری است.

همچنین نتایج نشان داد که در مقایسه با دارودرمانی تنها، تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد با دارودرمانی وجوه درد را در







شکل ۱. نمودار مربوط به تغییرات میانگین مؤلفه‌های اختلال در عملکرد روزانه، پیشانی هیجانی و شدت درد

برخورد شده باشد یا استعمار شده باشند و مورد بی‌اعتنایی و سوء استفاده قرار گیرند یا صرفاً آنها را درست نفهمیده باشند، به هر حال (دلیل) احساس آنها فرد دیگری است. مواردی که بیانگر سرزنش دیگران است شامل اظهار نظرهای زیر می‌شود: (اگر دیگران تغییر کنند، احساس بهتری خواهم داشت) و (دیگران باعث می‌شوند احساسات ناخوشایندی داشته باشم). در افراد مبتلا به درد مزمن هم این اعتقاد وجود دارد که اگر دیگران با آنها راه بیابند و یا شرایط آنها را درک کنند و هیجان‌های ناشی از درد آنها را درک کنند آنها مرخصی استعلاجی نمی‌گیرند و یا در خانواده دچار مشکلات خانوادگی نمی‌شوند. در نتیجه پیشانی هیجانی کمتری را تجربه می‌کنند. همچنین زمانی که در فرد طرحواره‌های هیجانی "قابل درک نبودن" وجود داشته باشد، فرد در مورد هیجان‌ات سردرگم است یعنی این افراد معتقدند هیجان‌ات شان در مواجهه با موقعیت‌ها منطقی نیست و می‌گویند "چیزهایی درباره خودم هست که واقعاً سر در نمی‌آورم و نمی‌فهمم احساساتم از کجا می‌آید". همین عدم فهم هیجان‌ها باعث می‌شود این افراد احساس سردرگمی کنند

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی هیجانی و دارودرمانی بر وجوه درد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا انجام شد. اولین نتیجه پژوهش نشان داد که تلفیق طرحواره درمانی هیجانی و دارو درمانی در مقایسه با دارو درمانی تنها، در کاهش اختلال در عملکرد روزانه، پیشانی هیجانی و شدت درد مبتلایان به فیبرومیالژیا روش موثرتری است. این نتیجه با پژوهش‌های چون پژوهش لوملی، اسپاینر (۲۹)، آرون، فیشر، دیلاوگا، لوملی، پالمو (۳۰)، بویرسما، هیسر، سودرمارک، فیلینک (۳۱)، ایزدی، اشرفی، فتحی آشتیانی (۳۲) در کاهش دردهای بیماران دارای نشانه‌های بدنی که در افراد مبتلا به فیبرومیالژیا هم دیده می‌شود، همسو بود.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت، پاسخ متداولی که برخی افراد در مقابل هیجان‌ات منفی و پیشانی‌های هیجانی خود دارند، سرزنش دیگران است. شاید برآشفته باشند یا با آن‌ها نادعادلانه

در ادامه نتایج پژوهشی نشان داد که تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد با دارو درمانی در مقایسه با دارو درمانی تنها، در کاهش اختلال در عملکرد روزانه، پریشانی هیجانی و شدت درد مبتلایان به فیبرومیالژیا روش مؤثرتری است. این نتیجه نیز با نتایج پژوهش‌های چون پژوهش ترینور، برانوف، هنک، وینفلد (۲)، تامسون برون‌دبنت، برتینو استایگر (۳۴)، ویکسل و همکاران (۱۵)، صبور و کاکابرایی (۱۴) در شدت درد، رضوی، ابوالقاسمی، اکبری، نادری نبی (۳۵) در مدیریت درد، همسو بود.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که پذیرش و همجوشی زدایی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تک تک لحظات تعامل در مورد موانع وجود دارد. در این درمان در افراد مبتلا از طریق پذیرش درد و همجوشی زدایی، تحمل رفتاری درد حتی در سطوح بالای درد افزایش میابد. زیرا فرایندهای «پذیرش و همجوشی زدایی»، باعث می‌شوند اثر تجارب درونی در رفتار فرد کاهش می‌دهد.

دوجنبه اصلی از مفهوم پذیرش درد وجود دارد: الف) تمایل به تجربه درد ب) مشغول شدن به فعالیت‌های مهم زندگی علیرغم وجود درد (۳۳) یعنی افراد رفتارهای اجتنابی را کنار گذاشته و دچار پریشانی‌های ناشی از اجتنابها نشوند. درد را جزئی از زندگی خود بدانند و با آن به فعالیت‌ها و عملکرد روزانه بپردازند. از این مجال آمادگی جسمانی خود را حفظ کرده و در نتیجه میزان شدت دردشان افزایش پیدا نمی‌کند.

همجوشی‌زدایی به معنای این است که فرد یاد بگیرد از افکار، تخیلات و خاطراتش جدا یا سوا شود و یا گامی به عقب بردارد. افراد بجای اینکه گرفتار افکارشان شوند یا با تهدید افکار وادار به انجام کاری شوند، به افکار اجازه دهند که بیابند و بروند. در همجوشی‌زدایی افراد برای اینکه ببینند افکارشان چه

و در مقابله با هیجان‌هایشان ناتوان باشند، بنابراین دچار پریشانی هیجانی می‌شوند. طرحواره درمانی هیجانی از طریق درمان طرحواره‌های سرزنش و قابل درک نبودن می‌تواند پریشانی هیجانی را در افراد مبتلا به فیبرومیالژیا بهبود بخشد در نتیجه بر وجوه درد تأثیر بگذارد.

پذیرش، صرفاً درک این موضوع است که آن چه هست، هست. پذیرش اجازه ورود و یا اجازه وجود است. چنین دیدگاهی باعث می‌شود که فرد دنیا و هیجان‌هایش را به عنوان بخش مسلمی از واقعیت تجربه کند. در نتیجه فرد از طریق طرحواره هیجانی پذیرش به خود اجازه وجود احساس‌ها را میدهد و تلاش چندانی برای جلوگیری از آنها نمی‌کند (۱۸). پذیرش درد بخشی از پذیرش روانشناختی است. زمانی که فرد موقعیت‌های یا فعالیت‌هایی را که در آنها نمی‌تواند درد را کنترل کند بپذیرد و نیاز به کنترل و غلبه بر آنها برایش مطرح نباشد، آماده مواجهه با موقعیت‌های مذکور می‌شود و همین مسئله کاهش راهبردهای اجتنابی فعالیت را افزایش می‌دهد (۳۳).

در افراد مبتلا به فیبرومیالژیا گاه پذیرش درد وجود ندارد و عدم پذیرش درد باعث رفتارهای اجتنابی مانند کاهش عملکرد روزانه و افزایش شدت درد ادراک شده می‌شود. زیرا عملکرد روزانه پایین‌تر در افراد، آمادگی جسمی را کاهش می‌دهد و باعث شکل‌گیری تدریجی ناتوانی جسمی و در پی آن اجتناب بیشتر می‌شود. لذا در افراد مبتلا به فیبرومیالژیا در زمانی که فعالیت را انجام دهند شدت درد بیشتری احساس می‌شود این در حالی است که با اصلاح طرحواره‌های پذیرش، کنترل و قابل درک بودن، سرزنش این افراد میتوان به پذیرش روانشناختی و پذیرش درد و در نتیجه آن کاهش شدت درد و افزایش عملکرد روزانه دست یافت.

هستند (چیزی بیشتر از کلمات و تصاویر نیستند)، آنها را نظاره می کنند. به جای اینکه افکار را محکم نگه دارند به آرامی نگه میدارند. بنابراین افراد مبتلا به فیرومیالژیا در طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می آموزند که گرفتار افکار مرتبط با درد نشوند و بخاطر تهدید شدن از افکار مرتبط با درد به سمت اجتناب ها و کاهش عملکرد روزانه نروند.

در نهایت نتایج نشان داد که بین اثر تلفیق طرحواره درمانی هیجانی با دارو درمانی و تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد با دارو درمانی بر وجوه درد مبتلایان به فیرومیالژیا تفاوت معنادار وجود ندارد. این نتیجه با نتایج پژوهش های چون پژوهش تیدام و همکاران (۱۱)، وصال و نشاط دوست (۳۶) در اثربخشی درمان های روانشناختی بر کاهش درد مزمن، همسو بود.

شاید در تبیین این فرضیه بتوان گفت که طرحواره درمانی هیجانی روشی درمانی در مورد داشتن احساس خوب و خوشحالی و یک زندگی آرامی نیست. طرحواره درمانی هیجانی می پذیرد یک زندگی کامل با خود طیفی از تجربیات هیجانی را به همراه دارد که برخی ممکن است شاد باشد و برخی دیگر ناراحت کننده و.... طرحواره درمانی هیجانی بر دانایی موجود در این حکایت تاکید دارد که برای گذشتن از هر چیزی باید آن را تحمل کرد. این شیوه درمانی مراجعان را تشویق می نماید، خود را شخصی ببینند که می خواهد کارهای مشکل را انجام دهد و نه فردی که به دنبال مسیر آسان می گردد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مداخله درد به جای اجتناب، پذیرش و به جای آمیختگی همجوشی زدایی و ذهن آگاهی و به جای غلبه خود تصاویر یافته و نیازش به محافظت، یک خود متعالی تشویق می شود. همچنین، به جای زندگی در گذشته یا آینده، تماس غنی تر با لحظه حال و به جای ارزش های مبهم یا غایب، فرآیندهای روشن سازی ارزش ها و به جای صبر

کردن برای آغاز خود به خود زندگی، عمل متعهدانه تشویق می شود. و همه اینها برای رسیدن به یک زندگی غنی و سرزنده و انعطاف پذیر انجام می شود. زمینه های محتوایی گوناگون، برای بیمار درد مزمن، نقش مانع را بازی می کنند. این نه تنها شامل خود درد است، بلکه دامنه بسیار وسیعی از رویدادها و همچنین شناخت ها و هیجان های مرتبط با سابقه شکست، شناخت های مرتبط با قطعیت شکست در آینده، احساس اهمیت ندادن به هیچ چیز، و یا احساس ناامیدی مراجع را در بر می گیرد. درمانگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد محتوای چنین موانعی را، هر چند که «حقیقی» باشد و سؤال نبرده و یا تلاشی برای مدیریت آنها نمی کند مسئله مطرح در اینجا «حقیقت» کارکردی است و نه «حقیقت» لفظی (۳۷).

بنابراین این دو درمان متمرکز بر پذیرش افکار، نگرش ها، باورها و احساسات فرد در مورد درد هستند. در نتیجه هر دوی این درمان ها با تأثیر بر رفتارهای اجتنابی و تغییر در پذیرش درد افراد مبتلا به فیرومیالژیا باعث کاهش پریشانی هیجانی ناشی از درد می شوند. در پی آن بر عملکرد روزانه و شدت درد افراد نیز تأثیر می گذارند. بنابراین میتوان گفت یکی از دلالتی بین اثربخشی این درمانها تفاوتی مشاهده نشد و نتایج یکسانی را گزارش کردند، همین مسئله است. علاوه بر این چون هر دوی این درمانها در پژوهش حاضر تنها توانستند بر سه آیتم مشابه از پنجم آیتم تأثیر بگذارند. آیتمهای که بیشتر تحت تأثیر فرد است تا محیط کنونی و اطرافیان. آیتم هایی که بیشتر تحت تأثیر نگرش ها و احساسات افراد در مورد خودشان هستند پس طبیعی است که نتوان تفاوت معناداری را در آنها مشاهده کرد.

در نهایت می توان گفت که تلفیق درمان پذیرش و تعهد با دارودرمانی، اثربخش تر از دارودرمانی به تنهایی بود و همچنین تلفیق طرحواره درمانی هیجانی با دارودرمانی موثرتر از دارودرمانی بود اما بین تلفیق درمان پذیرش و تعهد با

درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود نشانه های بیماری فیبرومیالژیا، پیشنهاد می شود که در پژوهشهای آتی، بسته آموزشی تلفیقی از هر دو روش تهیه شود تا ضمن پرداختن بر بهبود طرحواره های هیجانی، فرد بتواند با استفاده از مهارت های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به سمت کاهش هرچه بیشتر نشانه های بیماری فیبرومیالژیا برود. ضروری است در طی پژوهشهای آتی، اثرگذاری روشهای درمانی در گروههای مختلف اعم سنین مختلف، مردان و زنان و افرادی با تحصیلات مختلف، متاهل و مجرد و یا با اشتغال و بدون آن بررسی و مقایسه شود.

دارودرمانی و تلفیق طرحواره درمانی با دارودرمانی تفاوت معنی دار نبود. به منظور بهبود بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا می توان از درمان پذیرش و تعهد و همچنین طرحواره درمانی هیجانی در کنار دارودرمانی بصورت تلفیقی بهره برد.

مهمترین محدودیت این پژوهش استفاده از روش نمونه گیری دردسترس بود. همچنین این پژوهش بر روی افراد مبتلا به فیبرومیالژیا در دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال اجرا شده است و نتایج آن برای تعمیم به سایر گروههای سنی یا افراد عادی بهتر است با احتیاط بیشتری صورت پذیرد. حضور زنان به عنوان تنها افراد شرکت کننده از دیگر محدودیت های پژوهش حاضر است. باتوجه به نتایج پژوهش در خصوص اثرگذاری مثبت طرحواره

#### Reference

- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Bissett R, Piasecki M, Batten SV, Byrd M, Gregg J. A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior therapy*. 2004 ;35(4):667-88.
- Trainor H, Baranoff J, Henke M, Winefield H. Functioning with fibromyalgia: The role of psychological flexibility and general psychological acceptance. *Australian Psychologist*. 2019; 54(3):214-24.
- Khatibi Aghda, E., Hollisaz, M. T., Asheghan, M., Shamseddini, A., Sobhani, V., & Labbaf, S. Quality of life in fibromyalgia syndrome referred to clinic of Physical Medicine and Rehabilitation in Baqiyatallah Hospital, Tehran. *Iranian Journal of War and Public Health*, 2013; 6(1), 20-26.
- Manshaee G, Haji Mohammad Kazemi S, Ghamarani A. Prediction Model of Quality of Life Promotion on the Basis of Emotion Expression, Spiritual Intelligence and Pain acceptance in Female Patients with Fibromyalgia. *JAP*. 2018; 9 (2) :60-73
- Rowe CA, Sirois FM, Toussaint L, Kohls N, Nöfer E, Offenbacher M, Hirsch JK. Health beliefs, attitudes, and health-related quality of life in persons with fibromyalgia: mediating role of treatment adherence. *Psychology, health & medicine*. 2019 Sep 14;24(8):962-77.
- Amutio A, Franco C, Sánchez-Sánchez LC, Pérez-Fuentes MD, Gázquez-Linares JJ, Van Gordon W, Molero-Jurado MD. Effects of mindfulness training on sleep problems in patients with fibromyalgia. *Frontiers in psychology*. 2018; 9:1365.
- Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review. *Jama*. 2014 Apr 16;311(15):1547-55.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell SM, Abeles M, Clark P, Fam AG. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*. 1990;33(2):160-72.
- Carbonell-Baeza A, Ruiz JR, Aparicio VA, Ortega FB, Delgado-Fernández M. The 6-minute walk test in female fibromyalgia patients: relationship with tenderness, symptomatology, quality of life, and coping strategies. *Pain Management Nursing*. 2013 ;14(4):193-9.
- Hiratzka J, Rastegar F, Contag AG, Norvell DC, Anderson PA, Hart RA. Adverse event recording and reporting in clinical trials comparing lumbar disk replacement with lumbar fusion: a systematic review. *Global spine journal*. 2015; 5(06):486-95.
- Wu YL, Chang LY, Lee HC, Fang SC, Tsai PS. Sleep disturbances in fibromyalgia: A meta-analysis of case-control studies. *Journal of psychosomatic research*. 2017; 96:89-97.
- Ljótsson B, Atterlöf E, Lagerlöf M, Andersson E, Jernelöv S, Hedman E, Kemani M, Wicksell RK. Internet-delivered acceptance and values-based exposure treatment for fibromyalgia: a pilot study. *Cognitive behaviour therapy*. 2014;43(2):93-104.
- Vowles KE, McCracken LM. Acceptance and values-based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008; 76(3):397.

14. Sabour S, Kakabraee K. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression, Stress and Indicators of Pain in Women with Chronic Pain. *IJRN*. 2016; 2 (4) :1-9
15. Wicksell RK, Vowles KE. The role and function of acceptance and commitment therapy and behavioral flexibility in pain management. *Pain management*. 2015; 5(5):319-22.
16. Gross M, Moore ZE, Gardner FL, Wolanin AT, Pess R, Marks DR. An empirical examination comparing the mindfulness-acceptance-commitment approach and psychological skills training for the mental health and sport performance of female student athletes. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*. 2018;16(4):431-51.
17. Macedo LG, Maher CG, Latimer J, McAuley JH. Motor control exercise for persistent, nonspecific low back pain: a systematic review. *Physical therapy*. 2009;89(1):9-25.
18. Leahy RL. Emotional schema therapy: a bridge over troubled waters. *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*. 2011:109-31.
19. Leahy RL. Resistance: An emotional schema therapy (EST) approach. *Cognitive behaviour therapy: A guide for the practising clinician*. 2009; 2:187-204.
20. rezaee M, ghazanfari F, reazee F. Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Severity of Depression and Rumination in People with Major Depressive Disorder. *JSSU*. 2016; 24 (1) :41-54
21. Morvaridi M, Mashhadi A, Sepehri Shamloo Z. The effectiveness of group therapy based on emotional schema therapy on decrease of anxiety sensitivity in woman with social anxiety disorder. *J Neyshabur Univ Med Sci*. 2019; 7 (1) :26-35
22. The effectiveness of emotional schema therapy on the severity and frequency of physical symptoms and life quality of patients with irritable bowel syndrome: single-subject design. *DMed*. 2016; 24 (4) :77-88
23. Naderi, Yazdan, Moradi, Alireza, Ramezanzadeh, Fatemeh, Waqfinejad, Maedeh. Emotional schemas (ESs) in people with post-traumatic stress disorder (PTSD): as a risk factor in PTSD. *Clinical Psychology Studies*, 2016; 6 (22): 1-22.
24. Berking M, Wupperman P, Reichardt A, Pejic T, Dippel A, Znoj H. Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour research and therapy*. 2008 ;46(11):1230-7.
25. Delavar A. *Research Methods in Psychology and Educational Sciences*. Tehran: Virayesh
26. Kerns RD, Rosenberg R, Jacob MC. Anger expression and chronic pain. *Journal of behavioral medicine*. 1994;17(1):57-67.
27. Cetin AA, Bektas H, Ozdogan M. The West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory: Reliability and validity of the Turkish version in individuals with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2016; 20:1-9.
28. Asghari Moghadam, Mohammad Ali, Shairi, Mohammad Reza, Hamed, Vajih, Shahani, Razieh, Mehrabian, Narges. Clinical significance of changes in clinical trials of chronic pain. *Clinical Psychology*, 2011; 3 (1): 63-77.
29. Lumley, M. A., & Schubiner, H. (2019). Emotional Awareness and Expression Therapy for Chronic Pain: Rationale, Principles and Techniques, Evidence, and Critical Review. *Current rheumatology reports*, 21(7), 30.
30. Aaron RV, Fisher EA, de la Vega R, Lumley MA, Palermo TM. Alexithymia in individuals with chronic pain and its relation to pain intensity, physical interference, depression, and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2019;160(5):994-1006.
31. Boersma K, Södermark M, Hesser H, Flink IK, Gerdle B, Linton SJ. Efficacy of a transdiagnostic emotion-focused exposure treatment for chronic pain patients with comorbid anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Pain*. 2019 Aug;160(8):1708.
32. Izadi, F, Ashrafi, AS, Ashtiani, A. F. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Reducing Negative Emotional Schemas, Emotional Loss, and Physical Symptoms in Physical Symptoms. *Behavioral Science Research*, 17. 332-343, (2).
33. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*. 2004;107(1-2):159-66.
34. Thompson EL, Broadbent J, Bertino MD, Staiger PK. Do pain-related beliefs influence adherence to multidisciplinary rehabilitation? a systematic review. *The Clinical journal of pain*. 2016;32(2):164-78.
35. razavi S B, abolghasemi S, akbari B, naderinabi B. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Feeling Hope and pain management of Women with Chronic pain. *JAP*. 2019; 10 (1) :36-49
36. Vesal M, Taher Neshatdoost H. Meta-analysis of psychological intervention's effectiveness on reduction of pain intensity among patients with chronic pain. *JAP*. 2019; 10 (3) :21-38
37. Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*. 2017;33(6):552-68.

## Original Article

# Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy, emotional schema therapy and drug therapy on the pain aspects of patients with fibromyalgia

Received: 01/10/2020 - Accepted: 23/02/2021

Zahra Dadbin<sup>1</sup>  
Neda Alibeygi<sup>\*2</sup>  
Kamran Azma<sup>3</sup>  
Fariborz Bagheri<sup>4</sup>

1. PhD student, Department of Psychology, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

3. Department of Medicine, Army University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. Associate Professor, Department of Psychology, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

\* Department of Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Email: nedapsych@uswr.ac.ir

### Abstract

**Introduction:** Fibromyalgia is a chronic musculoskeletal syndrome characterized by widespread pain, hotspots, fatigue, and sleep disturbances that also affects the psychological aspect of the individual; In addition to medication, psychotherapy can be used to treat patients with fibromyalgia. this study was conducted to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy, emotional schema therapy and drug therapy on the pain aspects of patients with fibromyalgia.

**Method:** The research method was quasi-experimental with pre-test-post-test design with two experimental and control groups. From the community of women with fibromyalgia disorder in the city of Tehran in 1397-1398, 45 people were selected as a sample using the available sampling method and were randomly assigned to three research groups. A multifaceted (Cranes et al,1985) pain questionnaire was used to measure pain. Acceptance and commitment interventions, emotional schema therapy and medication were used for the experimental groups. The research data were analyzed using repeated measurements and follow-up tests.

**Results:** The results showed that the combination of acceptance and commitment therapy with drug therapy was more effective than drug therapy alone ( $p \leq 0/005$ ). Also, combining schema, emotional therapy with drug therapy was more effective than drug therapy ( $p \leq 0/005$ ). There was no significant difference between the combination of acceptance and commitment therapy with drug therapy and the combination of treatment plan and drug therapy ( $p \geq 0/005$ ).

**Conclusion:** In order to improve patients with fibromyalgia, it is possible to use the treatment of acceptance and commitment, as well as emotional therapy plan along with medication.

**Keywords:** Fibromyalgia, Medication, Acceptance and Commitment Therapy, Emotional Schema Therapy

**conflict of interest:** There is no conflict of interest.