

مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و طرحواره درمانی بر کاهش افسردگی بیماران شهر تهران واجد تشخیص کمردرد مزمن

مهديه يوسفزاده^۱، حميد طاهر نشاطدوست^۲، هوشنگ طالبی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی از رایج‌ترین اختلالات همراه با دردهای مزمنی همچون کمردرد است که باعث محدودیت‌هایی در اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری در این افراد می‌شود. وجود مشکلات و محدودیت‌های مشابه در برنامه‌های شناختی- رفتاری به منظور درمان افسردگی، باعث گرایش جدید محققان به استفاده از طرحواره درمانی (ST یا Schema therapy) در درمان افسردگی شده است. تحقیق حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (Cognitive-behavioral therapy یا CBT) و ST در کاهش افسردگی در بیماران ایرانی واجد تشخیص کمردرد مزمن صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی بود که به صورت طرح شبه تجربی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه شاهد انجام شد. ۳۵ بیمار مبتلا به کمردرد مزمن که برای درمان کمردرد خود به کلینیک فوق تخصصی درد یا درمانگاه جراحی مغز و اعصاب بیمارستان‌های اختر و امام حسین (ع) شهر تهران مراجعه کرده بودند، با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. کلیه بیماران پرسش‌نامه‌های درد مزمن، مؤلفه افسردگی از پرسش‌نامه ۲۱ سؤالی افسردگی، اضطراب، استرس (Depression anxiety stress scale یا DASS-۲۱) را در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه تکمیل کردند. همچنین، گروه تحت ST علاوه بر پرسش‌نامه‌های ذکر شده، نسخه کوتاه پرسش‌نامه طرحواره Young-۹۰ سؤالی (Young schema questionnaire-Short form یا YSQ-SF) را نیز تکمیل نمودند. برای بررسی تأثیر دو شیوه درمانی بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن، از مدل رگرسیون با اثر تصادفی در نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: روش‌های CBT ($P < ۰/۰۰۵$) و ST ($P < ۰/۰۳۳$) تأثیر معنی‌داری بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن در مرحله پیگیری داشت، اما در این مرحله بین دو روش اختلاف معنی‌داری از نظر کاهش بر نمرات افسردگی مشاهده نشد ($P < ۰/۵۱۹$).

نتیجه‌گیری: هر دو روش CBT و ST در بهبود علائم افسردگی مبتلایان به کمردرد مزمن مؤثر است و می‌تواند به عنوان روش درمانی مناسبی در مبتلایان به درد مزمن افسرده مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: درد مزمن، کمردرد مزمن، افسردگی، درمان شناختی- رفتاری، طرحواره درمانی

ارجاع: یوسفزاده مهديه، نشاطدوست حميد طاهر، طالبی هوشنگ. مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و طرحواره درمانی بر کاهش افسردگی بیماران شهر تهران واجد تشخیص کمردرد مزمن. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۱): ۶۷-۷۷

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۹/۲۴

یعنی اختلال افسردگی اساسی و افسرده‌خویی بالاترین شیوع را در مبتلایان به کمر درد مزمن داشته است (۶). تحقیق Wang و Currie نیز نشانگر شیوع بالای افسردگی اساسی در مبتلایان به کمردرد مزمن بود (۷). با نگاه دقیق‌تری بر پژوهش‌های انجام شده می‌توان دریافت که از طرفی، در مبتلایان به درد مزمنی همچون کمردرد، افسردگی بیشتری وجود داشته است (۶، ۷). از طرف دیگر، یکی از شکایت‌های اصلی مبتلایان به افسردگی، درد مزمن می‌باشد (۸). عدم تشخیص افسردگی در مبتلایان به درد مزمن و یا درمان ناتمام آن، مشکلات زیادی در فرایند درمان بیماران مبتلا به درد مزمن

مقدمه

کمردرد مزمن از جمله رایج‌ترین دردهای مزمن است (۴-۱) و مانند دیگر دردهای مزمن تأثیرات مخرب فراگیری بر بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد مبتلا از جمله وضعیت عاطفی‌اش به جای می‌گذارد و باعث به وجود آمدن اختلالات هیجانی همچون اضطراب و افسردگی در مبتلایان به درد مزمن می‌شود (۵). جالب توجه این که از بین اختلالات هیجانی، افسردگی از شایع‌ترین اختلالات همراه با دردهای مزمنی چون کمردرد است. تحقیق Demyttenaera و همکاران بر روی ۱۷ کشور و نمونه ۸۵۰۸۸ نفری نشان داد که اختلالات خلقی

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشیار، گروه آمار، دانشکده علوم، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده مسؤول: حمید طاهر نشاطدوست

Email: h.neshat@edu.ui.ac.ir

ایجاد می کند (۹). بیماران مبتلا به درد مزمن افسرده، در مقایسه با بیماران مبتلا به درد مزمن غیر افسرده، احتمال بیشتری دارد که در اواسط درمان، از درمان کناره گیری کنند (۱۰). همچنین، افسردگی احتمال پاسخدهی به درمان درد را کاهش می دهد (۱۱). وجود درد نیز با درمان و بهبود افسردگی تداخل پیدا می کند و مانع بهبود افسردگی می شود (۱۲، ۱۳).

یکی از مداخلات روان شناختی به کار گرفته شده در مبتلایان به درد مزمن، روش درمانی شناختی- رفتاری (Cognitive behavior therapy یا CBT) است. تحقیقات نشانگر اثربخشی این برنامه درمانی در کاهش علائم افسردگی در مبتلایان به درد مزمن می باشد. Spinhoven و همکاران با تحقیق بر روی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن، متوجه شدند که میزان افسردگی، درد و تحمل بیماران بعد از رویکرد CBT و نیز ۱۲ ماه بعد از درمان، بهبود می یابد (۱۴). محرابیان نیز با تحقیق بر روی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن متوجه شد که مداخله تلفیقی CBT و کنترل درد و خشم، باعث کاهش معنی دار شدت افسردگی در این افراد می شود (۱۵). همچنین، وکیلی و همکاران متوجه شدند که درمان گروهی CBT باعث کاهش معنی دار نمرات افسردگی در مبتلایان به کمردرد مزمن می شود (۱۶). تحقیقات دیگر نیز نشانگر اثربخشی این شیوه درمانی می باشد (۲۲-۱۳).

با وجود تحقیقات در تأیید اثربخشی برنامه های CBT در درمان افسردگی، این برنامه ها نقایصی هم دارد. طبق نظر Young و همکاران، برخی بیماران که تحت درمان افسردگی با استفاده از رفتار درمانی- شناختی کلاسیک بوده اند، نتوانسته اند تا روند درمان را پشت سر گذارند و یا به محض پایان درمان، مشکلاتشان عود کرده است (۲۳). همچنین، تنها ۵۰-۴۰ درصد از مبتلایان به افسردگی با اولین دوره درمان بهبود یافته و برخی با وجود اتمام جلسات درمان به نتایج ضعیفی از آن رسیده اند. علاوه بر این، مزمن بودن اختلال نیز اثربخشی این برنامه ها را محدود کرده است (۲۶-۲۴). همچنین، این افراد یک سری ویژگی های فردی داشتند که CBT بر آن متمرکز نیست. از جمله این که چنین افرادی مشکلات بین فردی زیادی دارند و نمی توانند رویکرد مشارکتی- تجربی درمان را بپذیرند و نقش فعالی در فرایند درمان داشته باشند (۲۷، ۲۴). برخی هم نمی توانند تکنیک های شناخت- درمانی را به کار بندند یا انگیزه چندانی برای ادامه درمان ندارند. برخی دیگر، دارای عقاید به شدت دیرپایی بودند که به راحتی نمی توانند از آن رهایی یابند (۲۸). عده ای نیز مشکلات بسیار مبهم و پیچیده ای دارند که در عمل تمرکز بر مشکلات اختصاصی در فرایند درمان را با مانع مواجه می کند (۲۷). وجود این مشکلات در فرایند درمان و دیگر محدودیت های اثربخشی CBT کلاسیک در افسردگی و نیز تأیید روزافزون این مسأله که افسردگی اختلال مزمن و عود کننده ای می باشد، باعث شده است تا متخصصان بالینی از طرحواره درمانی (Schema therapy یا ST) در درمان افسردگی بهره گیرند (۲۴)؛ چرا که Young با توجه به تجربه چنین مشکلاتی در فرایند CBT کلاسیک، ST را ابداع کرد. همچنین، Young روش ST را برای بیمارانی تدوین کرد که به رفتار درمانی- شناختی کلاسیک پاسخی نمی دادند (۲۹). رویکرد ST بر عکس شناخت درمانی، در سطوح شناخت، حرکت پایین به بالا (Bottom-up) را اتخاذ می کند. به عبارت دیگر، در فرایند درمان ابتدا کار را از سطح بنیادین یعنی طرحواره ها شروع می کند و به تدریج طرحواره ها (باورهای مرکزی) را به شناخت طرحواره های قابل دسترسی چون افکار خودآیند منفی ربط می دهد (۲۳).

همسو با این جهت گیری جدید درمانگران در به کارگیری روش ST در درمان افسردگی، Beck نیز معتقد است که مکانیزم های فعال درمان شناختی مداخلاتی است که طرحواره ها را هدف قرار می دهد. همچنین، تغییر طرحواره ها باعث کاهش عود افسردگی می شود (۳۰). Young و همکاران نیز معتقد هستند که روش ST روش مؤثری در درمان افسردگی است (۲۳). با توجه به وجود شواهد، تحقیقاتی در تأیید ارتباط بین طرحواره های ناسازگار و افسردگی و با توجه به نظر Young (۲۹) و Beck (۳۰) در تأیید اثربخشی رویکرد ST در مبتلایان به افسردگی مزمن، به تازگی برخی محققان به بررسی اثربخشی رویکرد ST در درمان افسردگی پرداخته اند (۳۴-۳۱). در تحقیقی نتیجه گیری شد که رویکرد ST از طریق هدف قرار دادن عوامل خطرآفرین زیربنایی در افسردگی مزمن، رویکرد جدید و امیدبخشی در درمان افسردگی است (۳۵). Malogiannis و همکاران با استفاده از روش مطالعه موردی، ۱۲ بیمار مبتلا به افسردگی مزمن را تحت ۶۰ جلسه رویکرد ST قرار دادند. نتایج نشان داد که در ۶۰ درصد بیماران افسردگی کاهش یافته بود و اثرات درمان تا ۶ ماه پیگیری پا بر جا بود (۳۶). همچنین، Renner و همکاران با به کارگیری رویکرد ST (۶۵ جلسه) بر ۲۵ بیمار مبتلا به افسردگی مزمن با روش مطالعه موردی، متوجه شدند که رویکرد ST تأثیر معنی داری بر علائم افسردگی این افراد داشته است (۳۷). علاوه بر این، زره پوش با به کارگیری رویکرد ST بر روی ۱۴ بیمار مبتلا به افسردگی مزمن متوجه شد که این شیوه باعث کاهش معنی دار افسردگی مزمن در این افراد شده است (۳۸). با وجود شواهد تحقیقاتی، تشخیص طرحواره های ناسازگار نقش مهمی در شناخت افسردگی، تداوم افسردگی، عود افسردگی و نیز درمان آن دارد، اما این تحقیقات اندک بوده و حمایت چندانی از آن ها صورت نگرفته است (۳۲).

جالب توجه این که تحقیقات اخیر بر مبتلایان به درد مزمن، نشانگر وجود ارتباط بین طرحواره های ناسازگار و درد مزمن می باشد (۴۲-۳۹، ۶). همچنین، Young و همکاران این ارتباط را تأیید کرده و بیان داشته اند که در بیمارانی که طرحواره های ناسازگار در آن ها شکل گرفته است، درد مزمن، سردرد، مشکلات معده ای- روده ای، خستگی و علائم روان تنی شایع است (۲۳).

با توجه به این که افسردگی شیوع بالایی در مبتلایان به دردهای مزمنی همچون کمردرد مزمن داشته است و مشکلات فراوانی در فرایند CBT درد مزمن به وجود آورده است. همچنین، با توجه به این که تحقیقات اخیر نشانگر وجود ارتباط بین طرحواره های ناسازگار و درد مزمن بوده است و Young و همکاران این ارتباط را تأیید کرده اند (۲۳). علاوه بر این، با توجه به وجود نظر Young (۲۹) و Beck (۳۰) در تأیید اثربخشی روش ST در درمان افسردگی، شاید رویکرد ST روش مؤثری در درمان افسردگی مبتلایان به درد مزمن به ویژه آن دسته از بیماران افسرده ای باشد که از CBT درد مزمن پاسخی دریافت نکرده اند. از این رو، تحقیق حاضر به دنبال بررسی این امر بود که آیا روش ST نیز مانند روش CBT، میزان افسردگی مبتلایان به کمردرد مزمن را کاهش می دهد؟ همچنین، با توجه به نقایص و محدودیت های رویکرد CBT در درمان افسردگی و با توجه به این که عمده تمرکز این درمان بر افکار خودآیند منفی و اصلاح آن می باشد و تمرکز اصلی روش ST بر تعدیل باورهای بنیادین ناسازگار افراد است، به دنبال بررسی این امر بودیم که آیا روش ST مؤثرتر از روش CBT در مبتلایان به کمردرد مزمن افسرده است؟ همچنین، این مسأله بررسی شد که آیا روش ST کمک بیشتری به حل و فصل مسایل و مشکلات مبتلایان

به درد مزمن می‌کند که هم‌زمان از علایم افسردگی رنج می‌برند؟ در نهایت، آیا می‌توان روش ST را برای مبتلایان به کم‌درد مزمن افسرده‌ای که از شیوه CBT درد مزمن پاسخی دریافت نکرده‌اند، با موفقیت به کار برد؟

مواد و روش‌ها

تحقیق حاضر از نوع کارآزمایی بالینی بود که به صورت طرح شبه تجربی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه شاهد انجام شد. نمونه مورد بررسی از بین بیماران مبتلا به کم‌درد مزمن مراجعه کننده به کلینیک فوق تخصصی درد یا درمانگاه جراحی مغز و اعصاب بیمارستان‌های اختر و امام حسین (ع) شهر تهران و بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بره دف انتخاب شدند. در مرحله اول با بررسی بیماران، تعداد ۳۶۵ نفر ملاک‌های اولیه ورود به تحقیق (وجود کم‌درد در ۶ ماه گذشته، سن، سطح تحصیلات، محل سکونت) را داشتند. در مرحله دوم، در گفتگویی کوتاه از آن‌ها درخواست شد تا در تحقیق شرکت کنند. از بین آن‌ها ۲۷۸ نفر به دلیل شرایط شخصی، ترجیح دادند که فقط تحت درمان پزشکی باشند. در مرحله سوم، بر افرادی که آمادگی حضور در تحقیق را پیدا کردند، مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders] یا (SCID-II و SCID-I Structured clinical interview for DSM به منظور بررسی ابتلا یا عدم ابتلای آن‌ها به اختلالات روانی محور I و II و نیز بررسی دیگر ملاک‌های پذیرش تحقیق اجرا شد. بر این اساس، ۳۷ نفر دیگر ملاک‌های شمول تحقیق را نداشتند. سپس، بر اساس جدول تصادفی از پیش طراحی شده، بقیه افراد به گروه‌های آزمایش و یا شاهد تقسیم شدند. از این بین، تعداد ۱۵ نفر بعد از جلسه مصاحبه یا جلسه اول و دوم درمان به دلایل مختلف شخصی نمی‌توانستند با جلسات همکاری کنند. در نهایت، ۳۵ نفر باقی ماندند (۱۵ نفر گروه CBT، ۱۰ نفر گروه شاهد و ۱۰ نفر گروه ST) که این افراد نمونه نهایی تحقیق را تشکیل دادند. در مرحله چهارم، پیش‌آزمون روی آزمودنی‌ها انجام گرفت (اجرای پرسش‌نامه‌های درد مزمن، اجرای مؤلفه افسردگی از پرسش‌نامه ۲۱-سؤالی افسردگی، اضطراب، استرس Depression anxiety stress scale یا ۲۱-DASS) در همه گروه‌ها و نیز نسخه کوتاه پرسش‌نامه طرح‌واره Young-۹۰-سؤالی (Young schema questionnaire-Short form یا YSQ-SF) برای

گروه تحت روش ST و بعد متغیر مستقل به مدت ۶ هفته بر روی گروه‌های آزمایش اعمال شد. به این ترتیب که دو گروه آزمایش تحت مداخله‌های ST با بسته درمانی Young و همکاران (۲۳) یا CBT با بسته درمانی Nicholas و همکاران (۴۴) به شکل انفرادی و طی ۶ جلسه درمان قرار گرفتند و گروه شاهد در انتظار درمان باقی ماندند. در مرحله پنجم، هر سه گروه مورد سنجش و ارزیابی مجدد قرار گرفت (پس‌آزمون با اجرای پرسش‌نامه‌های مرحله پیش‌آزمون به استثنای گروه ST که علاوه بر پرسش‌نامه‌های این مرحله به پرسش‌نامه طرح‌واره Young-۹۰-سؤالی نیز پاسخ دادند).

در نهایت، پیگیری دو ماه بعد از درمان صورت گرفت. به این ترتیب که سه گروه با استفاده از پرسش‌نامه‌های مرحله پیش‌آزمون تحت ارزیابی و سنجش مجدد قرار گرفتند. همچنین، برای گروه شاهد بعد از دستیابی به مرحله پیگیری درمان صورت گرفت. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها در مطالعه عبارت از داشتن سن ۱۸ تا ۶۰ سال، داشتن مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر، اعلام رضایت آزمودنی‌ها جهت شرکت در تحقیق و تکمیل پرسش‌نامه‌های تحقیق، ابتلا به کم‌درد مزمن (از شروع کم‌درد ۶ ماه گذشته باشد و درد هر روز یا به طور تقریبی هر روز ادامه داشته باشد)، عدم ابتلا به اختلالات شدید روان‌شناختی مانند روان‌پریشی یا دمانس، عدم ابتلا به اختلالات محور I (مانند اختلال‌های خلقی به جز افسردگی و اختلال اضطراب فراگیر)، عدم ابتلا به اختلالات محور II، عدم استفاده از هر نوع درمانی (غیر از دارو درمانی و درمان‌های پزشکی)، عدم ابتلا به سوء مصرف مواد مخدر یا الکل، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و روان‌گردان، عدم مواجهه با بحران‌های شدید و ناگهانی زندگی مانند سوگ، از دست دادن شغل، طلاق و... بود.

ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها عبارت بود از افرادی که کاندید عمل جراحی بودند و نیز افرادی که در طول پژوهش مشخص شد که شرایط منطبق با اهداف پژوهش را ندارند (بیش از دو جلسه غیبت از جلسات درمان، ناقص تکمیل کردن پرسش‌نامه‌های تحقیق، تشدید دردها و عدم امکان حضور در جلسات درمان و عدم حضور به موقع در جلسه پیگیری تحقیق). برای اعضای گروه آزمایش جلسات درمان به صورت ۲-۱/۵ ساعت به صورت یک جلسه (به همراه ده دقیقه استراحت) در هفته برگزار شد. همچنین، به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، گروه شاهد بعد از پیگیری تحت درمان قرار گرفت و بر حفظ محرمانه بودن اطلاعات شخصی بیماران تأکید شد. محتوای جلسات درمان در جدول ۱ و ۲ ارایه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات روش CBT (Cognitive-behavioral therapy)

جلسات	محتوای جلسات درمان CBT
جلسه اول	آشنایی با ساختار و محتوای جلسات درمان، آشنایی با دیدگاه زیستی- روانی- اجتماعی درد و آموزش روش آرمیدگی عضلانی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای
جلسه دوم	مرور تمرینات هفته گذشته، آموزش روش آرمیدگی عضلانی برای ۸ گروه ماهیچه‌ای، آموزش ارتباط بین افکار، هیجان‌ها و احساسات بدنی ناشی از کم‌درد، آشنایی با نظریه کنترل دروازه‌ای درد و انواع خطاهای شناختی
جلسه سوم	مرور تمرینات هفته گذشته، آموزش روش آرمیدگی عضلانی برای ۴ گروه ماهیچه‌ای، آشنایی با تکنیک ارزیابی شواهد تأیید کننده و رد کننده افکار ناسازگار به منظور بازسازی شناختی و آموزش نحوه تنظیم اهداف شخصی درمان
جلسه چهارم	مرور تمرینات هفته گذشته و نیز تمرین فکر، آموزش تکنیک تصویرسازی ذهنی، آموزش مهارت حل مسأله، آشنایی با تأثیرات ورزش بر تجربه درد
جلسه پنجم	مرور تمرینات هفته گذشته و نیز تمرین فکر، آشنایی با چرخه درد- فعالیت- استراحت و تکنیک فعالیت زمان‌مند
جلسه ششم	مرور تمرینات هفته گذشته و تمرین فکر، آشنایی با فرم بهداشت خواب، آشنایی با پیامدهای اجتماعی کم‌درد به منظور بهبود کیفیت تعاملات اجتماعی، آشنایی با مفهوم عود و ارایه راهکردهایی جهت پیشگیری از عود کم‌درد و اجرای پس‌آزمون (تکمیل پرسش‌نامه‌های مرحله پیش‌آزمون)

CBT: Cognitive-behavioral therapy

جدول ۲. محتوای جلسات ST (Schema therapy)

جلسات	محتوای جلسات ST
جلسه اول	آشنایی با ساختار جلسات درمان، آشنایی با مفهوم طرحواره ناسازگار، ویژگی های طرحواره های ناسازگار، ابعاد خلق و خوی، انواع سبک های مقابله ای، اجرای تکنیک تصویرسازی ذهنی مکان امن، پر کردن پرسش نامه طرحواره Young در جلسه درمان توسط مراجع، ارایه پرسش نامه فرزندپروری به عنوان تکلیف خانگی
جلسه دوم	رفع اشکالات جلسه قبل، آشنایی با انواع طرحواره های ناسازگار، بحث درباره نتایج پرسش نامه طرحواره Young به منظور درک شناختی طرحواره های ناسازگار توسط مراجع، اجرای تکنیک تصویرسازی ذهنی به منظور سنجش طرحواره های ناسازگار
جلسه سوم	رفع اشکالات جلسه قبل، بحث درباره نتایج پرسش نامه فرزندپروری Young به منظور تشخیص ریشه های تحولی طرحواره های ناسازگار، اجرای تکنیک تصویرسازی ذهنی به منظور درک هیجانی طرحواره ها و ریشه های تحولی آن ها توسط مراجع و نیز ارتباط دادن طرحواره ها به مشکلات فعلی خود، جمع بندی مشکل مراجع و مفهوم سازی آن طبق رویکرد طرحواره محور
جلسه چهارم	رفع اشکالات جلسه قبل، به کارگیری تکنیک های شناختی زیر: آزمون اعتبار طرحواره با بررسی شواهد تأیید کننده و رد کننده طرحواره، ارایه تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره ها، ارزیابی مزایا و معایب سبک مقابله ای، اجرای تکنیک صندلی خالی، تهیه و تدوین کارت آموزشی
جلسه پنجم	بررسی تمرینات تکنیک های شناختی، به کارگیری تکنیک های تجربی زیر: اجرای تکنیک گفتگوی خیالی، آشنایی با تکنیک نوشتن نامه به والدین، الگوشکنی رفتاری با استفاده از تکنیک های تهیه فهرست رفتارهای خاص به عنوان موضوع تغییر، اولویت بندی رفتارها، افزایش انگیزه برای تغییر، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، ارایه تکلیف و بازخورد
جلسه ششم	بررسی تمرینات مربوط به تکنیک های تجربی و نیز الگوشکنی رفتاری، اجرای پس آزمون با استفاده از پرسش نامه های مرحله پیش آزمون و نیز پرسش نامه طرحواره Young فرم کوتاه ۹۰ سؤالی

ST: Schema therapy

مقیاس های شدت درد در هفته گذشته، فاجعه آمیزی درد، ناتوانی جسمی، افسردگی، اضطراب، خودکارآمدی درد و ترس از حرکت بود. در کل، نتایج بیانگر اعتبار و پایایی قابل قبول این پرسش نامه بود و نشان داد که پرسش نامه طبقه بندی درد مزمن نسبت به تفاوت های موجود در گروه های بالینی مبتلا به درد مزمن و گروه های غیر بالینی از حساسیت لازم برخوردار است (۴۷).

پرسش نامه DASS-۲۱: این پرسش نامه نسخه کوتاه از فرم ۴۲ عبارتی این پرسش نامه است که به منظور ارزیابی علائم افسردگی، اضطراب و استرس طراحی شده و ویژگی های روان سنجی آن در چند مطالعه تأیید شده است. از جمله تحقیق Henry و Crawford که با تحقیق بر یک جمعیت غیر بالینی متوجه شدند که ضرایب همسانی درونی (ضریب Cronbach's alpha) کل مقیاس و نیز سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس پرسش نامه به ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۸۸، ۰/۸۲ و ۰/۹۰ است. همچنین، نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس را اثبات کرد (۴۸). همچنین، در تحقیق اصغری مقدم و همکاران بر روی بیماران درمانگاه های شهر تهران، تحلیل عاملی ساختار سه عاملی این مقیاس با داده ها برازش مطلوبی داشت و اعتبار ملاکی هم زمان مقیاس های پرسش نامه DASS-۲۱ با محاسبه همبستگی نمرات آن با نمره های مقیاس های Beck Depression Inventory (BDI) و Multidimensional Pain Inventory (MPI) تأیید شد. همچنین، روایی همگرا و روایی ملاک این پرسش نامه قابل قبول بود. پایایی مقیاس های DASS-۲۱ از طریق محاسبه ضرایب همسانی درونی ضریب Cronbach's alpha تأیید گردید و در کل نتایج تحقیق آن ها نشان داد که این پرسش نامه از شرایط لازم برای به کارگیری در پژوهش های روان شناختی و موقعیت های بالینی برخوردار است (۴۹).

پرسش نامه YSQ-SF: این پرسش نامه دارای ۹۰ ماده است و ۱۸ طرحواره غیر انطباقی اولیه را ارزیابی می کند. هر ماده به کمک شش گزینه درجه بندی می شود و نمره بالا در یک خرده مقیاس معین، احتمال بیشتر وجود یک طرحواره غیر انطباقی را برای فرد نشان می دهد. Waller و همکاران با بررسی ویژگی های روان سنجی پرسش نامه طرحواره در یک گروه از مبتلایان به

درد پژوهش حاضر، ابزار اصلی که در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به کار برده شد، پرسش نامه های معتبری بود که تحقیقات زیادی ویژگی های روان سنجی آن ها را تأیید کرده و در ادامه به تفصیل آمده است.

پرسش نامه طبقه بندی مدرج درد مزمن: این پرسش نامه حاصل پژوهش های Von Korff و همکاران است (۴۶، ۴۵). در واقع، آن ها به طراحی و ارزیابی طبقه بندی مدرج درد در یک نمونه ۱۰۱۶ نفری مراجعه کننده به یک مرکز بهداشتی پرداختند. نتایج تحقیق آنان در تأیید طبقه بندی مدرج درد مزمن در سه محور زمان (تداوم)، شدت و تأثیر (ناتوانی، اختلال در رفتار بیماری) بود (۴۵). Von Korff و همکاران، نیز به منظور ارزیابی توانمندی طبقه بندی شدت درد مبتلایان به درد مزمن، مقادیر شدت درد، ناتوانی درد، طول مدت درد و شروع درد بیماران مبتلا به کمردرد مزمن (۱۲۱۳ نفر)، سر درد (۷۷۹ نفر) و اختلال درد مفصل فک (Temporomandibular) (۳۹۷ نفر) را در یک تحقیق طولی بررسی کردند. بر اساس مقیاس Guttman، مقادیر شدت درد و شدت ناتوانی، مقیاس درجه بندی شده معتبری را فراهم می کرد. همچنین، نتایج نشان داد که مقیاس مدرج درد مزمن در خط پایه از سطح معنی داری آماری بالایی برخوردار می باشد و سطح معنی داری آن در مرحله خط پایه و نیز پیگیری یک ساله، از نظر طول مدت بیکاری، محدودیت در عملکرد، افسردگی، ارزیابی منفی از وضعیت سلامت خویش، مصرف زیاد داروهای ضد درد و مراجعات مکرر به دکتر افزایش داشته است و در نهایت، مقیاس درد مزمن پیش بینی کننده وجود درد در طی ۲ هفته گذشته در خط پایه و نمره درد مزمن، محدودیت عملکرد در نتیجه درد در پیگیری ۳ ساله می باشد (۴۶). به طور کلی، Von Korff و همکاران بر اساس تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که طبقه بندی مدرج درد مزمن ارزیابی های دقیق، معتبر و پایایی از شدت اختلال درد بیماران فراهم می کند (۴۶، ۴۵). پژوهش دانیالی نیز بر نمونه های ایرانی مبتلا به درد مزمن نیز نشانگر مناسب بودن پایایی پرسش نامه طبقه بندی مدرج درد مزمن با استفاده از ضریب Cronbach's alpha بود. همچنین، نتایج تحقیق وی در تأیید اعتبار همگرا و واگرایی پرسش نامه طبقه بندی درد مزمن با محاسبه همبستگی گشتاوری Pearson بین نمرات این پرسش نامه با

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی افراد به تفکیک گروه و زمان اندازه‌گیری

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
درمان CBT	۱۵/۴۰ $\pm$ ۹/۴۰	۷/۶۷ $\pm$ ۷/۵۸	۳/۹۳ $\pm$ ۲/۸۴
طرحواره درمانی	۹/۷۰ $\pm$ ۸/۳۰	۹/۲۰ $\pm$ ۷/۸۰	۴/۸۰ $\pm$ ۳/۹۱
شاهد	۵/۸۰ $\pm$ ۳/۴۳	۵/۷۰ $\pm$ ۳/۷۷	۶/۹۰ $\pm$ ۴/۰۴

CBT: Cognitive-behavioral therapy

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات افسردگی در گروه CBT پس از پایان دوره درمان کاهش یافت. این روند بهبودی در دوره پیگیری نیز مشاهده شد. در گروه ST با وجود این که تفاوت قابل توجهی بین میانگین نمرات افسردگی افراد در پایان دوره درمان و پیش از شروع درمان وجود نداشت، اما کاهش قابل توجهی در میزان افسردگی افراد در دوره پیگیری مشاهده شد.

از آن‌جا که نمرات افسردگی در گروه CBT بالاتر از بقیه گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون بود، در فرایند تحلیل داده‌ها نمرات افسردگی آن‌ها نسبت به نمرات پیش‌آزمون تعدیل گردید. تعدیل نمرات افراد با وارد کردن نمرات پیش‌آزمون به عنوان یکی از متغیرهای پیش‌بینی کننده افسردگی در مدل رگرسیون صورت گرفت.

برای بررسی اثر شیوه‌های درمانی بر هر یک از متغیرهای مورد بحث، از مدل‌های رگرسیون استفاده گردید. در فرایند تحلیل داده‌ها مشخص شد که برخی مفروضه‌های مدل خطی با اندازه مکرر (Repeated Measures General Linear Model) یا Repeated Measures GLM (برقرار نبود. بنابراین، مدل رگرسیون مناسب با استفاده از شاخص اطلاع آکائیک (Akaike information criterion) یا AIC) از بین مدل‌های رگرسیون خطی چندگانه (رگرسیون با اثرات ثابت)، مدل رگرسیون خطی با مدل با عرض از مبدأ تصادفی (برای در نظر گرفتن وابستگی بین نمونه‌ها در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری) و مدل رگرسیون با فرض ناهمسانی واریانس انتخاب گردید. در پژوهش حاضر می‌توان دو عامل گروه‌های درمانی و نمرات پیش‌آزمون را علت ناهمسانی واریانس در داده‌ها در نظر گرفت. ناهمسانی واریانس در گروه‌های مختلف می‌تواند به دلیل عملکرد متفاوت گروه‌های درمانی در ارایه درمان قطعی یا غیر قطعی باشد. از طرف دیگر، این امکان نیز وجود دارد که برای افراد با نمرات پیش‌آزمون بزرگ‌تر یا کوچک‌تر نتایج درمان متفاوت باشد. منظور از غیر قطعی بودن نتیجه درمان این است که نتایج به دست آمده در افراد متنوع و پراکنده باشد؛ به طوری که برای یک نفر اثر درمان بسیار زیاد و برای دیگری بسیار کم باشد.

جدول ۴ مقدار شاخص AIC را برای هر یک از مدل‌های رگرسیون با اثرات ثابت، مدل رگرسیون با عرض از مبدأ تصادفی، مدل رگرسیون با فرض ناهمسانی واریانس در سه گروه درمانی و مدل رگرسیون با فرض ناهمسانی واریانس حاصل از نمرات پیش‌آزمون نشان می‌دهد. با توجه به جدول، مدل رگرسیون با فرض ناهمسانی واریانس (تحت تأثیر نمرات پیش‌آزمون) کمترین مقدار AIC را دارد. بنابراین، از این مدل رگرسیون برای بررسی تأثیر سه شیوه درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن استفاده شد.

جوع در مقایسه با افراد عادی، نشان دادند که هر دو فرم بلند و کوتاه پرسش‌نامه از میزان ثبات درونی، پایایی موزی و اعتبار افتراقی مشابهی برخوردار است. همچنین، اعتبار مقیاس YSQ-SF به وسیله ضریب Cronbach's alpha برای کل آزمون ۰/۹۶ و برای تمام خرده مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۸۰ محاسبه گردید (۵۰). تحقیق Saariaho و همکاران نیز بر روی یک گروه از مبتلایان به درد مزمن (۲۷۱ نفر) و گروه شاهد (۳۳۱ نفر) با استفاده از تحلیل عامل تأییدی نشان داد که پرسش‌نامه Young از ثبات درونی خوب و بالایی برخوردار است (۵۱).

همچنین، تحقیقی بر یک نمونه ۲۶۳ نفری با موضوع تحلیل عاملی پرسش‌نامه YSQ-SF در افراد سالم و با انجام تحلیل عامل نشان داد که ۱۴ عامل قابل تحلیل پرسش‌نامه Young از همسانی درونی متوسط تا خوبی برخوردار است. این نتایج نیز همسان با نتایج مطالعات قبلی و در تأیید اعتبار میان فرهنگی پرسش‌نامه YSQ-SF بوده است (۵۲). در پژوهش صدوقی و همکاران که بر روی دانشجویان پسر دوره کارشناسی به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی از میان دانشگاه‌های جامع در شهر تهران انجام شد، ۳۷۰ نفر بر پایه نسبت دانشجویان دانشگاه و دانشکده انتخاب شدند. نتایج نشان داد که پرسش‌نامه پرسش‌نامه YSQ-SF از روایی بین فرهنگی خوبی برخوردار است (۵۳). همچنین، نتایج نشانگر روایی سازه مقیاس YSQ-SF و نیز نشانگر ثبات ساختاری آن در فرهنگ‌ها و وضعیت‌های غیر بالینی بود. اعتبار این مقیاس به وسیله ضریب Cronbach's alpha نیز برای همه خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۹۰-۶۲ به دست آمد (۵۳). همچنین، نتایج تحقیق آهی و همکاران (۳۸۷ نفر) نشان داد که پرسش‌نامه YSQ-SF از پایایی بازآزمایی بالا و نیز اعتبار سازه و روایی خوبی برخوردار است و می‌تواند در ارزیابی این که چگونه مداخلات درمانی نشانگان خاص را از طریق هدف قرار دادن طرحواره‌های شناختی زیربنایی تحت تأثیر قرار دهد، سودمند باشد (۵۴).

به منظور تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و برای بررسی تأثیر دو شیوه درمانی بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن، از مدل رگرسیون با اثر تصادفی (Mixed effect regression model) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) استفاده گردید.

یافته‌ها

به منظور بررسی تأثیر دو شیوه CBT و ST بر درمان افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن، ۳۵ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. این افراد شامل ۲۶ زن و ۹ مرد بود که در رده سنی ۱۰/۲۸ $\pm$ ۴۴/۰۰ قرار داشتند.

میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی هر یک از سه گروه را در دو مرحله پیش از مطالعه، پس از پایان دوره درمان و یک مرحله پیگیری که دو ماه پس از پایان دوره درمان صورت گرفت، در جدول ۳ آمده است.

در مرحله پیش‌آزمون میانگین گروه‌ها با هم تفاوت داشت. دلیل ناهمگن بودن سه گروه پیش از شروع مطالعه این بود که یک یا دو جلسه پس از شروع درمان، برخی از آزمودنی‌ها به دلایل مختلف شخصی از ادامه همکاری انصراف دادند. به همین دلیل، محقق تصمیم گرفت که اولین افراد داوطلب جدید را وارد مطالعه کند.

CBT یا ST به عنوان گروه مرجع انتخاب شد و جدول برآورد پارامترها مجدداً استخراج شد (در جدول ۶ گروه شاهد به عنوان گروه مرجع انتخاب شده بود). با توجه به جدول ۷، تأثیر روش های طرحواره درمانی و CBT بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن در پایان دوره درمان یکسان نبود ($P < 0.05$)؛ در حالی که هر دو روش درمانی تأثیر یکسانی بر کاهش نمرات افسردگی تعدیل یافته تا مرحله پیگیری داشت ($P < 0.05$).

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی روش های CBT و طرحواره درمانی بر کاهش افسردگی بیماران ایرانی واجد تشخیص کمردرد مزمن بود. نتایج نشان داد که روش CBT باعث کاهش معنی دار افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن شد. این نتیجه با نتایج تحقیقات قبلی (۲۱-۱۵، ۱۳) همسو بود. با وجود این که تحقیقات انجام شده از جمله تحقیق حاضر اثربخشی برنامه های CBT درد مزمن را تأیید کرد، اما برنامه های درمانی مذکور نقایصی هم داشت. میزان عود در طول یک ماه تا پنج سال بعد از این درمان ها حدود ۷۰-۳۰ درصد بود (۵۵). همچنین، پاسخدهی بیماران به این درمان ها بسیار متفاوت می باشد (۵۶). علاوه بر این، وجود افسردگی در مبتلایان به درد مزمن این وضعیت را پیچیده تر می سازد. مبتلایان به درد مزمن افسرده، با احتمال بیشتری درمان را نیمه تمام رها کرده اند (۱۰). همچنین، افسردگی پاسخدهی به درمان را به طور قابل ملاحظه ای کاهش می دهد (۱۱). طبق تحقیقات انجام شده، احتمال وجود افسردگی در مبتلایان به درد مزمن بیشتر از حد تشخیص پزشکان می باشد. این امر خطر نادیده گرفتن علایم افسردگی و تجویز مسکن ها را از سوی متخصصان افزایش می دهد (۵۷، ۹). وجود چنین مشکلاتی، محققانی مانند Lintone و همکاران (۵۸)، Wade و همکاران (۵۹) را به این نتیجه رسانده است که مداخلات روان شناختی درد مزمن باید به گونه ای تدوین شود که افسردگی را هدف قرار دهد.

وجود محدودیت های مشابه در درمان های CBT کلاسیک، به تازگی محققان را بر آن داشت تا به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی در آن دسته از مبتلایان به افسردگی بپردازند که از شیوه CBT پاسخی دریافت نکرده اند. در تأیید این جهت گیری جدید تحقیقاتی، Beck در اولین کارهای خود با ارایه نظریه طرحواره محور از اختلالات هیجانی، تأکید ویژه ای بر اهمیت طرحواره ها در افسردگی داشت. طبق نظر او، افسردگی به علت فعال شدن طرحواره های ناکارآمد به وجود می آید (۶۰).

جدول ۴. مقدار AIC (Akaike information criterion) برای انتخاب مدل رگرسیون مناسب جهت بررسی تأثیر شیوه های درمانی بر نمرات افسردگی

AIC	-2Log (Likelihood)	
۴۰۸/۵۳۷	۳۹۰/۵۳۷	مدل رگرسیون با اثرات ثابت
۴۰۷/۴۷۲	۳۸۷/۴۷۲	مدل رگرسیون با عرض از مبدا تصادفی
۴۱۰/۱۱۸	۳۸۰/۱۱۸	مدل رگرسیون با فرض ناهمسانی واریانس در سه گروه
۴۰۴/۴۹۱	۳۸۴/۴۹۱	مدل رگرسیون با فرض ناهمسانی واریانس نسبت به مقدار پیش آزمون

AIC: Akaike information criterion

در جدول ۵ تأثیر هر یک از عوامل زمان، گروه و اثر متقابل زمان و گروه بر نمرات افسردگی آورده شده است. باتوجه به این جدول، اثر اصلی گروه درمانی معنی دار نبود، اما اثر زمان و اثر متقابل زمان و گروه در سطح ۰/۰۵ معنی دار بود.

جدول ۵. آنالیز واریانس برای آزمون معنی داری تأثیر هر یک از عوامل بر متغیر افسردگی

منبع تغییرات	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	F	مقدار P
پیش آزمون	۱	۲۵/۷۳۸	۹/۶۰۷	۰/۰۰۵
زمان	۱	۴۷/۱۸۳	۴/۹۶۹	۰/۰۳۱
گروه	۲	۶۷/۳۹۸	۲/۷۵۸	۰/۰۷۱
گروه × زمان	۲	۴۷/۲۱۸	۳/۶۸۶	۰/۰۳۳

به منظور بررسی نحوه تأثیر گروه های درمانی بر میزان افسردگی افراد، جدول برآورد پارامترها استخراج گردید (جدول ۶). به دلیل این که اثر اصلی گروه معنی دار نبود و تفسیر ضرایب اثر متقابل گروه و زمان در غیاب اثر اصلی گروه ساده تر شود، اثر اصلی گروه از مدل رگرسیون حذف گردید. با توجه به جدول ۶، میانگین تعدیل شده نمرات افسردگی در هر دو گروه CBT و طرحواره درمانی در مرحله پیگیری به طور معنی داری کاهش یافت. اکنون که هر دو روش درمانی تأثیر معنی داری در کاهش افسردگی بیماران داشت، این سؤال پیش می آید که آیا کارایی دو روش درمانی در کاهش میزان افسردگی یکسان است؟

جدول ۷ فرض یکسان بودن کارایی دو روش درمانی را در مراحل پس آزمون و پیگیری نمایش می دهد. این آزمون ها به آسانی با تغییر دادن گروه مرجع در مدل رگرسیون قابل محاسبه بود. به این منظور، یکی از دو گروه

جدول ۶. برآورد پارامتر اثرات ثابت مدل رگرسیون متغیر افسردگی

منبع تغییرات	برآورد	خطای استاندارد	درجه آزادی	t	مقدار P
گروه × زمان	۰/۲۶۱	۰/۰۸۴	۲۵/۷۳۸	۳/۱۰۰	۰/۰۰۵
پیش آزمون	۱/۲۰۰	۱/۴۷۲	۴۶/۸۹۲	۰/۸۱۵	۰/۴۱۹
زمان (پیگیری)	-۱/۱۳۶	۱/۵۷۵	۶۷/۶۱۶	-۰/۷۲۱	۰/۴۷۳
CBT (پس آزمون)	-۴/۵۳۷	۱/۵۷۶	۶۷/۴۶۳	-۲/۸۷۸	۰/۰۰۵
CBT (پیگیری)	-۲/۱۳۹	۱/۵۸۵	۶۳/۳۰۹	-۱/۳۵۰	۰/۱۸۲
طرحواره درمانی (پس آزمون)	-۳/۴۶۰	۱/۵۸۵	۶۳/۳۰۹	-۲/۸۸۲	۰/۰۲۳
طرحواره درمانی (پیگیری)					

CBT: Cognitive-behavioral therapy

جدول ۷. آزمون فرض یکسان بودن کارایی دو روش درمانی در مرحله پس آزمون و پیگیری

مقدار P	t	درجه آزادی	خطای استاندارد	برآورد	
۰/۰۵۵	-۱/۹۵۵	۶۱/۶۳۹	۱/۶۸۱	-۳/۲۸۹	اختلاف نمرات تعدیل شده گروه CBT و طرحواره درمانی در مرحله پس آزمون
۰/۵۱۹	-۰/۶۴۹	۶۱/۶۷۸	۱/۶۸۰	-۱/۰۹۰	اختلاف نمرات تعدیل شده گروه CBT و طرحواره درمانی در مرحله پیگیری

CBT: Cognitive-behavioral therapy

یافته است (۶۳). با توجه به نتایج تحقیق حاضر و تحقیقات مشابه، بین این دو روش از نظر تأثیر بر نمرات افسردگی تفاوت معنی داری وجود ندارد، بر این اساس می توان استنباط کرد که هر دو روش CBT و طرحواره درمانی می تواند به عنوان روش های درمانی مؤثر جهت کاهش علائم افسردگی در مبتلایان به درد مزمن به کار گرفته شود. همان طور که بحث شد، با توجه به تحقیقات اندک در این حیطه، قبل از تعمیم این نتایج، انجام تحقیقات بیشتر و با حجم نمونه بالاتر در مبتلایان به درد مزمن افسرده ضروری به نظر می رسد. همچنین، انجام تحقیقات مقایسه ای می تواند یکی از راهکارهای مفید برای مشخص شدن مداخلات اثربخش تر در این رابطه باشد (۶۴).

از مهم ترین محدودیت های تحقیق حاضر، عدم سکونت تعداد زیادی از مراجعه کنندگان به کلینیک های درد و نیز درمانگاه جراحی مغز و اعصاب در شهر تهران، نداشتن مدرک تحصیلی دیپلم در بسیاری از مبتلایان به کمردرد مزمن، عدم موافقت ریاست کلینیک درد جهت دعوت از متخصص بالینی دیگر برای اجرای یکی از روش های درمانی توسط ایشان و نیز مخالفت ریاست کلینیک درد جهت دعوت از همکار پژوهشگر برای اجرای پرسش نامه های تحقیق توسط ایشان بود.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از نتایج پایان نامه دانشجویی مقطع دکتری تخصصی روان شناسی عمومی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان) بود. بدین وسیله از استادان راهنما دکتر حمید طاهر نشاط دوست، دکتر هوشنگ طالبی و استاد مشاور دکتر محمدعلی اصغری مقدم که با ارایه نظرات ارزشمند خود موجب انجام دقیق تر تحقیق حاضر شدند، تشکر و قدردانی به عمل می آید. همچنین، از دکتر محمدرضا شعبری که با راهنمایی های ارزنده خود در انجام بهتر پژوهش حاضر همکاری نمودند، سپاسگزاری می شود. از دکتر هاشمیان و دیگر همکاران کلینیک فوق تخصصی درد بیمارستان اختر و همچنین، ریاست بیمارستان و دکتر طاهری، دکتر مؤمن زاده و سایر همکاران کلینیک فوق تخصصی درد بیمارستان امام حسین (ع) و دکتر ازهری، دکتر صفدری و دکتر محمدی و سایر همکاران درمانگاه جراحی مغز و اعصاب بیمارستان امام حسین (ع) و مدیریت درمانگاه قدردانی می گردد. در پایان، از کلیه بیمارانی که با شرکت در جلسات درمان در انجام طرح همکاری نمودند، سپاسگزاری می شود.

در افسردگی طرحواره ها بر حول مثلث شناختی منفی متمرکز است و زمانی که این طرحواره ها فعال شود، سوگیری هایی در جستجو و تفسیر اطلاعات به وجود می آورد که در سطح روبنایی به شکل افکار خودآیند منفی بروز می کند (۶۱). بنابراین، در فرایند درمان، درمانگر ابتدا باید بر افکار خودآیند منفی متمرکز شود و از طریق آن به طرحواره های زیربنایی تر دست یابد تا بتواند آن ها را هدف درمانی خود قرار دهد (۶۲). Young و همکاران نیز با توجه به محدودیت های درمان CBT کلاسیک در برخی از بیماران، بیان داشتند که ST روش مؤثری در درمان افسردگی است (۲۳).

نتایج بررسی حاضر نشان داد که روش ST، باعث کاهش معنی دار نمرات افسردگی در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن شد. این یافته با نتایج تحقیقات جدید در این رابطه (۳۵-۳۸) همسو می باشد. همچنین، با تحقیقات انجام شده درباره ارتباط بین طرحواره های ناسازگار و درد مزمن (۴۳-۴۹، ۶) هماهنگ است. کاهش نمرات افسردگی در گروه طرحواره درمانی در مرحله پیگیری اتفاق می افتد؛ چرا که طرحواره ها در عمیق ترین سطوح شناختی قرار دارد و متعادل شدن آن ها نسبت به افکار خودآیند منفی به زمان طولانی تری احتیاج دارد. از آن جا که به دلیل محدودیت های به وجود آمده در تحقیق حاضر، تعداد جلسات طرحواره درمانی ۶ جلسه بود؛ بنابراین، بدیهی است که متعادل شدن طرحواره ها به زمان بیشتری احتیاج داشته باشد. باید دقت داشت، با وجود این که تحقیقاتی درباره اثربخشی روش ST بر درمان افسردگی صورت گرفته است، اما این تحقیقات اندک می باشد و حمایت چندانی از آن ها صورت نگرفته است. بدیهی است که با توجه به شیوع بالای افسردگی در مبتلایان به دردهای مزمنی همچون کمردرد مزمن، این خلأ در مبتلایان به دردهای مزمن افسرده بیشتر احساس می شود. بنابراین، تحقیقات بیشتری نیاز است تا میزان اثربخشی این شیوه را شفاف تر کند.

در نهایت، هر دو روش درمانی تأثیر یکسانی بر کاهش نمرات افسردگی در مرحله پیگیری داشت. این یافته با نتایج تحقیقات انجام شده در این حیطه (۶۳، ۲۴) همخوانی دارد. Carter و همکاران متوجه شدند که طرحواره درمانی از اثربخشی ماندنی با درمان CBT در مبتلایان به افسردگی برخوردار است و می تواند جایگزین کارآمدی به جای این درمان در مبتلایان به افسردگی باشد (۲۴). Porter و همکاران نیز با تحقیق بر روی ۶۹ بیمار مبتلا به افسردگی عمده و ۵۸ فرد سالم دریافتند که عملکرد عصبی روان شناختی مبتلایان به افسردگی عمده بعد از طی یک دوره یک ساله درمان CBT و نیز ST بهبود

References

- King S, Chambers CT, Huguet A, MacNevin RC, McGrath PJ, Parker L, et al. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain* 2011; 152(12): 2729-38.
- Macfarlane GJ, Beasley M, Jones EA, Prescott GJ, Docking R, Keeley P, et al. The prevalence and management of low back pain across adulthood: results from a population-based cross-sectional study (the MUSICIAN study). *Pain* 2012; 153(1): 27-32.
- Asghari Moghaddam M. The prevalence rate of chronic pain and some of its associations among the employees of a big industrial company in Tehran. *Clinical Psychology and Personality* 2004; 1(4): 1-14. [In Persian].

4. Azizpoor Y, Hemmati F, Sayehmiri K. Prevalence of life-time back pain in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2013; 18(4): 102-12. [In Persian].
5. Reme SE, Tveito TH, Chalder T, Bjorkkjaer T, Indahl A, Brox JI, et al. Protocol for the Cognitive Interventions and Nutritional Supplements (CINS) trial: a randomized controlled multicenter trial of a brief intervention (BI) versus a BI plus cognitive behavioral treatment (CBT) versus nutritional supplements for patients with long-lasting muscle and back pain. *BMC Musculoskelet Disord* 2011; 12: 152.
6. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Lee S, Posada-Villa J, Kovess V, Angermeyer MC, et al. Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the World Mental Health Surveys. *Pain* 2007; 129(3): 332-42.
7. Currie SR, Wang J. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain* 2004; 107(1-2): 54-60.
8. Mohammadzadeh F, Faghihzadeh S, Baghestani A, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi M, Arab Kheradmand J, et al. . Epidemiology of chronic pain in Tehran small area estimation of its prevalence in Tehran neighborhoods by Bayesian approach (Urban HEART-2 study). *Iran J Epidemiol* 2013; 9 (1): 19-31. [In Persian].
9. Waldman SD. Pain management. 2nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences; 2011.
10. Kerns RD, Haythornthwaite JA. Depression among chronic pain patients: cognitive-behavioral analysis and effect on rehabilitation outcome. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56(6): 870-6.
11. Worz R. Pain in depression - depression in pain. *Pain: Clinical Updates* 2003; 11(5): 1-4.
12. Kroenke K, Shen J, Oxman TE, Williams JW, Jr., Dietrich AJ. Impact of pain on the outcomes of depression treatment: results from the RESPECT trial. *Pain* 2008; 134(1-2): 209-15.
13. Abdulghaderi M, Kafi SM, Saberi A, Ariapouran S. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and cognitive-behavioral therapy on the decline of pain, depression and anxiety in patients with chronic low back pain. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2014; 21(6): 795-807. [In Persian].
14. Spinhoven P, Ter KM, Kole-Snijders AM, Hutten MM, Den Ouden DJ, Vlaeyen JW. Catastrophizing and internal pain control as mediators of outcome in the multidisciplinary treatment of chronic low back pain. *Eur J Pain* 2004; 8(3): 211-9.
15. Mehrabian N. The effectiveness of cognitive-behavior intervention of headache and anger control on the decline of depression, anxiety and impairment of daily function of patients with chronic low back pain [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Educational Sciences, Shahed University; 2010. [In Persian].
16. Vakili N, Neshat-Dust HT, Asgari K, Rezaei F, Najafi MR. The effect of cognitive-behavioral group pain management therapy on depression of the female with chronic low back pain. *Journal of Clinical Psychology* 2010; 1(4): 11-9. [In Persian].
17. Bagherizadeh Ledari R. Evaluate the effectiveness of cognitive-behavior therapy in patients with non-malignant chronic back pain [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Educational Sciences, Shahed University; 1998. [In Persian].
18. Poshtmashhadi M. Evaluate the effectiveness of cognitive-behavior therapy in pain disorder [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Institute of Psychiatry, Iran University of Medical Sciences; 2001. [In Persian].
19. Asgharipour N. Efficacy of cognitive-behavioral group intervention on self-esteem, depression and attribution styles of students [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Institute of Psychiatry, Iran University of Medical Sciences; 2006. [In Persian].
20. Hamed V. Evaluate the effectiveness of cognitive-behavior intervention of headache and anger control on reduce symptoms of migraine headaches, stress and depression in a sample of patients with migraine headache and compare the results with a control group [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Educational Sciences, Shahed University; 2009. [In Persian].
21. Mohseni V. Evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy of stress management on the intensity and frequency of headache, anxiety and depression in women with migraine and tension headaches in Isfahan [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan; 2009. [In Persian].
22. Shahidi Shakib M. Compare the effectiveness of both cognitive-behavioral therapy model focused on exposure and attention control on the emotional components and pain intensity in patients with chronic low back pain [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Educational Sciences, Shahed University; 2011. [In Persian].
23. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York, NY: Guilford Press; 2003. p. 436.
24. Carter JD, McIntosh VV, Jordan J, Porter RJ, Frampton CM, Joyce PR. Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *J Affect Disord* 2013; 151(2): 500-5.
25. Fournier JC, DeRubeis RJ, Shelton RC, Hollon SD, Amsterdam JD, Gallop R. Prediction of response to medication and cognitive therapy in the treatment of moderate to severe depression. *J Consult Clin Psychol* 2009; 77(4): 775-87.
26. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O'Reardon JP, et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(4): 417-22.
27. Riso LP, du Toit PL D, Stein DJ, Young JE. Cognitive schemas and fundamental beliefs in psychological problems: A practical guide for professionals and therapists. Trans. Moludi R, Ahmadi S. Tehran, Iran: Arjmand Publications; 2011. [In Persian].
28. Beck J. Cognitive therapy for problematic patients. Trans. Hamidpour H, Anduz Z, Hamidi SH, H Jomepour H. Tehran, Iran: Arjmand Publications; 2012. [In Persian].

29. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange; 1990.
30. Beck AT. Cognitive therapy of depression. New York, NY: Guilford Press; 1979.
31. Atalay H, Atalay F, Bagdacicek S. Effect of short-term antidepressant treatment on early maladaptive schemas in patients with major depressive and panic disorder. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2011; 15(2): 97-105.
32. Eberhart NK, Auerbach RP, Bigda-Peyton J, Abela JRZ. Maladaptive schemas and depression: Tests of stress generation and diathesis-stress models. *J Soc Clin Psychol* 2011; 30(1): 75-104.
33. Dozois DJ, Rnic K. Core beliefs and self-schematic structure in depression. *Current Opinion in Psychology* 2015; 4: 98-103.
34. Orue I, Calvete E, Padilla P. Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents. *J Adolesc* 2014; 37(8): 1281-91.
35. Renner F, Arntz A, Leeuw I, Huibers M. Treatment for chronic depression using schema therapy. *Clin Psychol Sci Pract* 2013; 20(2): 166-80.
36. Malogiannis IA, Arntz A, Spyropoulou A, Tsartsara E, Aggeli A, Karveli S, et al. Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2014; 45(3): 319-29.
37. Renner F, Arntz A, Peeters FP, Lobbestael J, Huibers MJ. Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2016; 51: 66-73.
38. Zereh Poush A. The effectiveness of schema therapy on chronic depression of Isfahan University students [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan; 2011. [In Persian].
39. Saariaho THJ, Saariaho ASI, Karila IA, Joukamaa MI. Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic male and female pain patients. *Scand J Pain* 2010; 1(4): 196-202.
40. Saariaho TH, Saariaho AS, Karila IA, Joukamaa MI. Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic pain patients and a control sample. *Scand J Psychol* 2011; 52(2): 146-53.
41. Saariaho T, Saariaho A, Karila I, Joukamaa M. Early maladaptive schema factors, pain intensity, depressiveness and pain disability: an analysis of biopsychosocial models of pain. *Disabil Rehabil* 2012; 34(14): 1192-201.
42. Momeni K, Bagiyan Kulemarez MJ, Mohammadi O, Bahrami P, Zarei F. Comparing the early maladaptive schemas and lifestyle among the patients with depression and multiple sclerosis and normal people. *J Kermanshah UnivMed Sci* 2015; 19(6): 343-52. [In Persian].
43. Heshmati R. Predicting of chronic pain based on early maladaptive schema. *J Anesth Pain* 2016; 7(1): 49-60. [In Persian].
44. Nicholas M, Molloy A, Tonkin L, Beeston L. Manage your pain: Practical and positive ways of adapting to chronic pain. London, UK: Souvenir Press; 2006.
45. Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L. Graded chronic pain status: an epidemiologic evaluation. *Pain* 1990; 40(3): 279-91.
46. Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. *Pain* 1992; 50(2): 133-49.
47. Danialy H. A pilot study of psychometric properties of Graded Classification of Chronic Pain Scale in clinical and non-clinical Iranian patients with chronic pain [Thesis]. Tehran, Iran: School of Educational Sciences, Shahed University; 2016. [In Persian].
48. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol* 2005; 44(Pt 2): 227-39.
49. Asghari Moghadam MA, Mehrabian N, Paknejad M, Saed F. Psychometric characteristics of depression, anxiety and stress scales among patients with chronic pain. *Journal of Psychology and Education* 2010; 40(1): 13-42. [In Persian].
50. Waller G, Meyer C, Ohanian V. Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema Questionnaire: core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognit Ther Res* 2001; 25(2): 137-47.
51. Saariaho T, Saariaho A, Karila I, Joukamaa M. The psychometric properties of the Finnish Young Schema Questionnaire in chronic pain patients and a non-clinical sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009; 40(1): 158-68.
52. Lachenal-Chevallet K, Mauchand P, Cottraux J, Bouvard M, Martin R. Factor analysis of the Schema Questionnaire-Short Form in a nonclinical sample. *J Cogn Psychother* 2006; 20(3): 311-8.
53. Sadooghi Z, Aguilar-Vafaie M E, Rasoulzadeh Tabatabaie K, Esfahanian N. Factor analysis of the Young Schema Questionnaire-Short Form in a nonclinical Iranian sample. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008; 14(2): 214-9. [In Persian].
54. Ahi G, Mohammadifar MA, Besharat MA. Reliability and validity of Young's Schema Questionnaire-Short Form. *Journal of Psychology and Education* 2007; 37(3): 5-20. [In Persian].
55. Turk DC, Rudy TE. Persistent pain and the injured worker: Integrating biomedical, psychosocial, and behavioral factors in assessment. *J Occup Rehabil* 1991; 1(2): 159-79.
56. Turk DC. Customizing treatment for chronic pain patients: who, what, and why. *Clin J Pain* 1990; 6(4): 255-70.
57. Fishbain DA, Goldberg M, Meagher BR, Steele R, Rosomoff H. Male and female chronic pain patients categorized by DSM-III psychiatric diagnostic criteria. *Pain* 1986; 26(2): 181-97.
58. Linton SJ, Nicholas MK, MacDonald S, Boersma K, Bergbom S, Maher C, et al. The role of depression and catastrophizing in

- musculoskeletal pain. *Eur J Pain* 2011; 15(4): 416-22.
59. Wade JB, Riddle DL, Price DD, Dumenci L. Role of pain catastrophizing during pain processing in a cohort of patients with chronic and severe arthritic knee pain. *Pain* 2011; 152(2): 314-9.
60. Beck AT. *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press; 1967. p. 364.
61. Wells A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons; 2000. p. 236.
62. Hamidpour H. Compare the effectiveness of cognitive therapy with schema therapy in the treatment of women with generalized anxiety disorder: Symptom decrease, function improvement, change mediator variables and the process of sign changing [Thesis]. Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2009. [In Persian].
63. Porter RJ, Bourke C, Carter JD, Douglas KM, McIntosh VV, Jordan J, et al. No change in neuropsychological dysfunction or emotional processing during treatment of major depression with cognitive-behaviour therapy or schema therapy. *Psychol Med* 2016; 46(2): 393-404.
64. Thorn BE, Boothby JL, Sullivan MJL. Targeted treatment of catastrophizing for the management of chronic pain. *Cogn Behav Pract* 2002; 9(2): 127-38.

A Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy and Schema Therapy on the Reduction of Depression among Patients with Chronic Low Back Pain in Tehran, Iran

Mahdiah Yousefzadeh¹, Hamid Taher Neshatdust², Houshang Talebi³

Original Article

Abstract

Aim and Background: Depression is one of the most common comorbidities of chronic pains such as chronic back pain and is the cause of limitations in the efficacy of cognitive-behavioral therapies (CBTs) in individuals with chronic pain. The existence of similar limitations and problems in cognitive-behavioral programs for the treatment of depression has caused a growing trend in the use of schema therapy by researchers in this regard. The aim of the present study was to compare the effectiveness of CBT and schema therapy on the reduction of depression in Iranian patients with chronic low back pain.

Methods and Materials: The present clinical trial was conducted with a quasi-experimental design, pretest-posttest, follow-up, and control group. In this study, 35 patients with chronic low back pain who were referred to pain specific clinics or neurosurgery clinics of Akhtar Hospital and Imam Hussein Hospital (AS) in Tehran, Iran, were selected through purposive sampling method. All patients completed the Chronic Pain Questionnaire, and Depression Subscale of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) in the pretest, posttest, and 2 months follow-up stages. Moreover, the schema therapy group completed the 90-Item Short Form of Young Schema Questionnaire (YSQ-SF) in addition to the mentioned questionnaires. Mixed effect regression model was used in SPSS software to investigate the efficacy of the two therapy methods on the reduction of depression in patients with chronic back pain.

Findings: Results showed that CBT ($P < 0.005$) and schema therapy ($P < 0.033$) had significant impacts on depression in patients with chronic low back pain in the 2 months follow-up stage. However, there was no significant difference between the two groups in terms of depression reduction in this stage ($P < 0.519$).

Conclusions: Both CBT and schema therapy are effective in improving symptoms of depression in patients with chronic low back pain and can be used as appropriate treatment methods in patients with chronic pain and depression.

Keywords: Chronic pain, Chronic back pain, Depression, Cognitive behavior therapy, Schema therapy

Citation: Yousefzadeh M, Neshatdust HT, Talebi H. A Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy and Schema Therapy on the Reduction of Depression among Patients with Chronic Low Back Pain in Tehran, Iran. J Res Behav Sci 2017; 15(1): 67-77.

Received: 14.12.2016

Accepted: 21.02.2017

1- PhD Candidate, Department of Psychology, Khurasgan Branch (Isfahan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2- Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

3- Associate Professor, Department of Statistics, School of Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Hamid Taher Neshatdust, Email: h.neshat@edu.ui.ac.ir