

اثربخشی فراشناخت درمانی با استفاده از «طرح درمان اختلال افسردگی اساسی (MDD)»  
بر درد مزمن و درد ذهنی در بیماران مبتلا به درد مزمن

**The effectiveness of metacognitive therapy using "Major Depressive Disorder (MDD) treatment plan" on chronic pain and mental pain in patients with chronic pain**

**Hossein Hashemi Shiri**

Master's student in clinical psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

Email: [Hossein.h5shemi@gmail.com](mailto:Hossein.h5shemi@gmail.com)

**Sahar Mirzade Dariuni**

Counseling undergraduate student, Department of Counseling and Educational Sciences, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

**حسین هاشمی شیری\***

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

**سحر میرزاده داریونی**

دانشجوی کارشناسی مشاوره، گروه مشاوره و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

**Abstract**

Background and objectives: Chronic pain and mental pain are observed in a wide population, including chronic heart diseases, lung diseases, cancers, skeletal, muscular and congenital diseases and psychiatric disorders, which can have extensive physical and psychological effects on people; Therefore, the aim of this research was to investigate the effectiveness of metacognitive therapy using the "Major Depressive Disorder (MDD) treatment plan" on chronic pain and mental pain. Materials and methods: The research design is practical. The method of semi-experimental research, pre-test-post-test and follow-up with the control group was 30 patients of Sorin Physiotherapy Clinic located in Golestan (Shiraz) who were suffering from chronic pain and were selected by an occupational therapist and introduced to the researcher. Then they were replaced randomly in two experimental and control groups. The questionnaires were divided among them, then the intervention was performed on the experimental group and the control group did not receive any intervention. Results: The obtained data were entered into spss26 software, Shapiro-Wilk and Kolmogorov-Smirnov tests were used to check the normality of the

**چکیده**

زمینه و اهداف: درد مزمن و درد ذهنی در جمعیت وسیعی از جمله بیماریهای مزمن قلبی، ریوی، سرطانها، بیماریهای اسکلتی، عضلانی، مادرزادی و اختلالات روانپزشکی مشاهده می-شود که می تواند تاثیرات فیزیکی و روانی گسترده ای بر افراد بگذارد؛ بنابراین هدف این پژوهش بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی با استفاده از «طرح درمان اختلال افسردگی اساسی (MDD)» بر درد مزمن و درد ذهنی بود. مواد و روشها: طرح پژوهش از نوع کاربردی و از نظر روش مورد استفاده نیمه آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود ۳۰ نفر از مراجعه کنندگان کلینیک فیزیوتراپی سورین واقع در شهرک گلستان (شیراز) که مبتلا به درد مزمن بودند توسط کارشناس کاردرمانی به صورت هدفمند انتخاب و به پژوهشگر معرفی شدند؛ سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. پرسشنامه ها میان آنها تقسیم شد سپس مداخله بر روی گروه آزمایش انجام شد و گروه گواه هیچ مداخله ای دریافت نکرد پس از مداخله مرحله پس آزمون و یک ماه پس از آن نیز مرحله پیگیری به عمل آمد. یافته ها: داده های به دست آمده در نرم افزار spss26 وارد شدند برای بررسی نرمال بودن توزیع داده ها از آزمون شاپیرو-ویلک و کولموگوروف-اسمیرنوف استفاده شد و

اثربخشی فراشناخت درمانی با استفاده از «طرح درمان اختلال افسردگی اساسی (MDD)» بر درد مزمن و درد ذهنی در بیماران مبتلا به درد مزمن

data distribution, and univariate analysis of variance was used to check the effectiveness of the therapy. Conclusion: The results showed that metacognitive therapy using "Major Depressive Disorder (MDD) treatment plan" has a positive effect on mental pain and chronic pain in people with chronic pain and its effect is stable in the long term; Therefore, to reduce chronic pain and mental pain, in addition to medical and rehabilitation measures, psychotherapy can be considered.

**Keywords:** metacognitive therapy, major depression, chronic pain, mental pain.

برای بررسی اثربخشی داده‌ها از تحلیل واریانس تک متغیره استفاده شد. نتیجه گیری: نتایج نشان داد که فراشناخت درمانی با استفاده از «طرح درمان اختلال افسردگی اساسی (MDD)» بر درد ذهنی و درد مزمن در افراد مبتلا به درد مزمن تاثیر مثبتی دارد و تاثیر آن در مرحله پیگیری نیز پایدار است؛ بنابراین جهت کاهش درد مزمن و درددذهنی علاوه بر اقدامات پزشکی و توانبخشی می‌توان روان‌درمانی را نیز مد نظر قرار داد.

**واژه‌های کلیدی:** فراشناخت درمانی، افسردگی اساسی، درد مزمن، درد ذهنی.

پذیرش: اسفند ۱۴۰۱

دریافت: دی ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

#### مقدمه

درد مزمن به دردی گفته می‌شود که فراتر از زمان بهبودی مورد انتظار، معمولاً برای سه ماه یا بیشتر ادامه یابد (سویندلز، ایدون و دیکسون؛ ۲۰۲۳). علاوه بر پیامدهای پزشکی و فیزیکی (رید، هارکر، بالا، ترویزر، کلن، بیکرینگ، و کلایین؛ ۲۰۱۱)، درد مزمن می‌تواند تأثیرات گسترده‌ای بر اشتغال، سبک زندگی و سلامت روان فرد داشته باشد. (کاوایی، کاوایی، ولان و یاون؛ ۲۰۱۷) به خوبی مستند شده است که درد مزمن با افزایش خطر پریشانی روانی مرتبط است (وادپولو، کای، کدومودی، بابائیان، فونتس و بورگ؛ ۲۰۱۷) هم شدت درد بیشتر (یعنی میزان درد) و هم تداخل درد (یعنی تأثیر درد بر عملکرد روزانه) به طور مستقل با افزایش علائم افسردگی (دورلی؛ گرینبرگ؛ بخشایی؛ فیشبین؛ ورناسانو؛ ۲۰۲۱) و سلامت روانی پایین‌تر در جمعیت‌های دارای درد مرتبط هستند (دوو، هو، بای، هو، دونگ و جین؛ ۲۰۱۹). فرتی، سانتوس، جورباتی و همکاران (۲۰۱۸) کیفیت خواب ۳۸۵ شهروند برزیلی مسن را بررسی کردند و دریافتند درد مدیریت نشده ممکن است بر کیفیت خواب تأثیر بگذارد، باعث پریشانی و افسردگی شود و می‌تواند منجر به بهزیستی روانی پایین شود و دریافتند که سالمندانی که درد مزمن را تحمل می‌کردند کیفیت خواب بسیار ضعیف‌تری نسبت به افراد بدون درد داشتند. ویتلاک و دیاز رامیز، گیلومر و همکاران (۲۰۱۷) ارتباط بین درد مزمن و علائم افسردگی را توسط یک مطالعه طولی کوهورت بر روی ۱۰۰۶۵ سالمند ساکن در جامعه پشتیبانی کرده‌اند.

درد مزمن به طور مثبت با افسردگی سالمندان مرتبط است در حالی که بر بهزیستی روانی تأثیر منفی می‌گذارد (تسه لئونگ و هو؛ ۲۰۱۲). با این حال، مدیریت درد مزمن اغلب ناکافی است، به ویژه در میان افراد مسن، که اغلب درد را به عنوان بخشی از پیر شدن تحمل می‌کنند (ین، چن، لائو و همکاران؛ ۲۰۲۳). در ادبیات تعاریف مختلفی از درد ذهنی ارائه شده است که در آن علاوه بر درد ذهنی از عباراتی مانند درد روانی، درد عاطفی، درد روانشناختی، درد اجتماعی، پوچی، روان درد، آشفتگی درونی و کیفیت زندگی روانی استفاده شده است (توسانی؛ ۲۰۱۳). شنیدمن (۱۹۹۳) آن را به عنوان «روان درد»، یک حالت حاد درد روانی شدید همراه با احساس گناه، اضطراب، ترس، وحشت، تنهایی و درماندگی، که هسته اصلی فرآیند خودکشی است، تعریف کرد. اورباخ، میکولینسر، گیلبوآ-شکتمن و سیروتا (۲۰۰۳) درد روانی را به عنوان "گستره وسیعی از تجربیات ذهنی که به عنوان ادراک تغییرات منفی در خود و عملکرد آن که با احساسات منفی قوی همراه است مشخص می‌کنند"

سطوح بالاتری از درد روانی با افکار و اعمال خودکشی مرتبط است (دوکاسه، هولدن، بویر، آرترو، کالاتی، گیلان و همکاران؛ ۲۰۱۸). رنج را می‌توان به عنوان یک حالت پریشانی شدید تعریف کرد که زمانی رخ می‌دهد که فرد یک تخریب قریب الوقوع را درک کند. "رنج توسط افراد تجربه می‌شود، نه صرفاً توسط بدن؛ و منشأ آن در چالش‌هایی است که سلامت فرد را به عنوان یک موجود اجتماعی و روانی پیچیده تهدید می‌کند" (کاسل؛ ۱۹۸۲). انگل (۱۹۶۱) اشاره کرد که غم و اندوه یک علت درد روانی است، علائم جسمی و روانی مختلفی را ایجاد می‌کند و در توانایی ما برای عملکرد مؤثر اختلال ایجاد می‌کند.

ارزیابی درد روانی ممکن است پیامدهای مهمی در تحقیقات مداخله‌ای، به ویژه در روان-دارو درمانی و روان درمانی داشته باشد، اما نادیده گرفته شده است. به عنوان مثال، بیماران افسرده اغلب گزارش می‌دهند که درمان با داروهای ضد افسردگی باعث تسکین قابل توجهی از درد روانی آنها می‌شود (گوئیدی، فاوا، بیچ و پایکل، ۲۰۱۱). یک استراتژی روان درمانی خاص برای تعدیل بهزیستی، درمان بهزیستی ممکن است با تظاهرات درد روانی مقابله کند (فاوا؛ ۲۰۱۶).

افسردگی یک اختلال عاطفی مزمن و ناهمگن است که باحالت طولانی خلق افسرده، کاهش فعالیت، از دست دادن علائق، بی‌لذتی، احساسات منفی، افکار منفی و افکار خودکشی مرتبط است (فوکوموتو، آجیما و چاک؛ ۲۰۱۶). افسردگی یک اختلال ناتوان‌کننده با شیوع مادام‌العمر ۱۶٪ است و نسبت زن به مرد در آن حدود ۵ به ۲ است (اندرو لوشتر، ایان کوک، ایمی هانتر، الکساندر کورب؛ ۲۰۰۹). معیارهای تشخیصی برای دوره افسردگی اساسی مستلزم: (الف) وجود پنج علامت یا بیشتر در طول یک دوره ۲ هفته‌ای، در اکثر اوقات روز، تقریباً هرروز که نشان‌دهنده تغییر از سطح عملکرد قبلی است؛ حداقل یکی از علائم باید خلق افسرده یا از دست دادن علاقه/لذت باشد. (ب) علائم افسردگی: خلق افسرده (که می‌تواند در کودکان تحریک‌پذیری باشد)، کاهش علاقه یا لذت به فعالیت‌ها، کاهش وزن یا افزایش وزن، کاهش خوردن یا افزایش غذا خوردن، بی‌خوابی یا پرخوابی، تحریک روانی-حرکتی یا عقب‌ماندگی روانی-حرکتی، خستگی، از دست دادن انرژی، احساس بی‌ارزشی، احساس گناه بیش از حد، کاهش توانایی تفکر، کاهش توانایی تمرکز، عدم تصمیم‌گیری، خودکشی (افکار مرگ، افکار خودکشی، اقدام به خودکشی) است؛ (پ) علائم نباید معیارهای یک اختلال دیگر را برآورده کنند. (ج) علائم باید باعث ناراحتی بالینی قابل توجه یا اختلال در عملکرد شوند؛ و (چ) علائم نباید به مواد، اختلالات پزشکی یا سوگواری مربوط باشد. افسردگی بر اساس شدت به خفیف، متوسط، شدید و روان‌پریشی طبقه‌بندی می‌شود (میشل، یوجنیو، لیلیانا، جولیه؛ ۲۰۱۱).

درمان فراشناختی (MCT) یک رویکرد درمانی نسبتاً جدید است که برای اختلالات روانپزشکی توسعه یافته است (ولز؛ ۲۰۰۹). که در چارچوب مدل فراتشخیصی اختلالات هیجانی ولز و متیوز، کارکرد اجرایی خود تنظیمی (S-REF) است (ولز و متیوز؛ ۱۹۹۶). بر اساس این مدل، سبک خاصی از تفکر تکراری به نام سندرم شناختی توجهی (CAS) در بروز، تداوم و عود در اکثر اختلالات روانی نقش دارد. CAS شامل یک استراتژی توجهی از درگیر شدن در تمرکز درونی (روی افکار، احساسات/عواطف و احساسات بدن)، نشخوار فکری در مورد گذشته و نگرانی در مورد آینده همراه با رفتار اجتنابی و راهبردهای کنترل ذهنی ناسازگار است که با شکست مواجه می‌شوند و اختلال را حفظ می‌کنند (ولز و متیوز؛ ۱۹۹۶). مدل S-REF فرض می‌کند که CAS توسط باورهای فراشناختی منفی و مثبت در مورد این استراتژی‌ها پشتیبانی می‌شود. از یک طرف، باورهای فراشناختی منفی به شکل باورهای غیرقابل کنترل در مورد نشخوار فکری، نظارت بر تهدید یا نگرانی است، برای مثال، بیمار ممکن است بگوید: "نشخوار فکری من غیرقابل کنترل است." و از سوی دیگر، باورهای فراشناختی مثبت شامل مفروضاتی در مورد سودمندی نشخوار فکری و نگرانی است، به عنوان مثال، بیمار ممکن است بگوید "نشخوار فکری به من کمک می‌کند راه حل‌هایی پیدا کنم." MCT با کاهش CAS، تغییر شکل باورهای فراشناختی، و امکان پردازش هیجانی سازگارتر در بین افراد، اختلالات روانی را درمان می‌کند (ولز؛ ۲۰۰۹). اثربخشی درمان فراشناختی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی (صادقی، مخبر، محمودی، اصغری پور و سیفی؛ ۲۰۱۵) و اختلالات اضطرابی (نورمان و مورینا؛ ۲۰۱۸) به خوبی آزمایش شده است. وینتر، نائومان، اولسون، فوگه، هوپر و کاهل (۲۰۲۰) در یک مطالعه موردی دریافتند، MCT در مدیریت علائم افسردگی و اضطراب

اثربخشی فراشناخت درمانی با استفاده از «طرح درمان اختلال افسردگی اساسی (MDD)» بر درد مزمن و درد ذهنی در بیماران مبتلا به درد مزمن

در یک زن جوان با تشخیص اختلال سازگاری شدید ثانویه به فشار خون شریانی ریوی مفید بود. یکی از اولین مطالعات در مورد درمان PTSD با استفاده از MCT توسط ولز و سمبی (۲۰۰۴) با استفاده از طرح سری موردی (N=6) انجام شد. پیگیری فردی طولانی‌تر نیز برای ۱۸-۴۱ ماه پس از درمان انجام شد. همه بیماران کاهش زیادی در علائم PTSD و شدت آنها، علائم افسردگی، علائم اضطراب، و پریشانی عاطفی نشان دادند، که در پیگیری شش ماهه و در پیگیری طولانی مدت، دستاوردها ثابت باقی ماند. شره، قره ای، عاطف وحید و افتخار (۲۰۱۰) اثربخشی MCT همچنین با فلووکسامین در بین بیماران مبتلا به OCD را مقایسه کردند ۱۹ شرکت کننده مبتلا به OCD به طور تصادفی به یکی از سه شرایط درمانی تقسیم شدند: MCT به تنهایی (N=7)، فلووکسامین به تنهایی (N=6)، و MCT با فلووکسامین (N=6). پس از مداخله، همه شرکت کنندگان در گروه MCT در مقایسه با حدود ۸۴ درصد از شرکت کنندگان در گروه درمان ترکیبی، با Y-BOCS بهبود یافتند. شرکت کنندگانی که درمان ترکیبی دریافت می‌کردند در مقایسه با گروه فلووکسامین بهبود قابل توجهی در علائم OCD داشتند. به طور کلی، MCT، زمانی که به تنهایی یا در ترکیب با دارو درمانی ارائه می‌شود، در مقایسه با دارو درمانی به تنهایی موثرتر بود. ولز و بایلی (۲۰۱۴) در تحقیقی دریافتند که همه بیماران بهبودهای برجسته‌ای در علائم افسردگی و اضطراب و همچنین کاهش قابل توجهی در باورهای فراشناختی ناکارآمد حتی در ارزیابی شش ماهه داشتند.

درد مزمن و درد ذهنی در جمعیت وسیعی از جمله بیماریهای مزمن قلبی، ریوی، سرطان‌ها، بیماری‌های اسکلتی، عضلانی، مادرزادی و اختلالات روانپزشکی مشاهده می‌شود و چالش‌هایی را برای مبتلایان به این بیماری‌ها، مراکز درمانی و نزدیکان این افراد ایجاد کرده است. پژوهش‌های متعددی ارتباط میان روان‌درمانی، افسردگی، درد مزمن و درد ذهنی را نشان داده‌اند اما پژوهش‌ها کمتر به نقش روان‌درمانی با رویکرد فراشناختی در تسکین درد مزمن و درد ذهنی پرداخته‌اند. لذا محقق با توجه به خلا پژوهشی در این زمینه به دنبال پاسخگویی به این مسئله است که آیا فراشناخت درمانی با استفاده از طرح درمان افسردگی اساسی (MDD) بر درد مزمن و درد ذهنی بیماران مبتلا به درد مزمن موثر است؟

## روش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و از نظر روش مورد استفاده از نوع تحقیقات نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری به همراه گروه کنترل بود. روش مورد استفاده در این پژوهش، نیمه آزمایشی و میدانی بود که در آن اثربخشی متغیر مستقل (فراشناخت درمانی با استفاده از طرح درمانی افسردگی اساسی «MDD») بر متغیرهای وابسته (درد مزمن و درد ذهنی) مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی مراجعہ کنندگان مبتلا به درد مزمن کلینیک فیزیوتراپی سورین واقع در شهرک گلستان شیراز در مقطع مهر ۱۴۰۱ بود. بدین منظور ۳۰ نفر از افراد مبتلا به درد مزمن که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند، به صورت هدفمند توسط کارشناس کاردرمانی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- مبتلا بودن به درد مزمن ۲- داشتن توافق آگاهانه و رضایت جهت شرکت در پژوهش ۳- داشتن سن ۱۸ الی ۴۵ سال و معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: ۱- تردید در مورد دارا بودن هریک از معیارهای فوق ۲- عدم پیگیری جلسات درمانی ۳- مصرف دارو ۴- اختلالات روانشناختی ۵- دریافت هر نوع مداخله درمانی دیگر. سپس، متغیر مستقل یعنی مداخله فراشناخت درمانی طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای هر هفته یک جلسه درمان انفرادی توسط پژوهشگر که دوره فراشناخت درمانی مورد تایید سازمان بهزیستی را گزارنده بود روی گروه آزمایش اعمال گردید و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از آن تغییرات متغیر وابسته برای بار دوم (پس آزمون) مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. یک ماه پس از اجرای پس آزمون، مرحله پیگیری نیز به اجرا درآمد.

ابزارهای این پژوهش به شرح زیر است:

### پرسشنامه درد ذهنی (OMMP):

این پرسشنامه ابزاری برای اندازه گیری شدت درد ذهنی است. نسخه اولیه این پرسشنامه توسط اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) و نسخه ایرانی آن توسط بگیلان کوله مرز و همکاران (۱۳۹۷) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۴۴ سوال است که به طور کلی شامل ۶ زیرمقیاس و یک نمره کلی است و سوال ها در یک طیف ۵ درجه ای لیکرت از (۱= کاملاً مخالفم، ۲= مخالفم، ۳= تاحدی موافقم، ۴= موافقم، ۵= کاملاً موافقم) نمره گذاری می شوند (بگیلان کوله مرز و همکاران، ۱۳۹۷). اعتباریابی نسخه اولیه پرسشنامه درد ذهنی بر روی ۲۵۵ دانشجوی توسط اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) انجام شد. تحلیل عاملی اکتشافی نه عامل را برای اندازه گیری جنبه های مختلف درد ذهنی مشخص کرد. ضریب آلفای کرونباخ در عامل اول (تغییر ناپذیری، ۰/۹۵)، دوم (فقدان کنترل، ۰/۹۵)، سوم (خودشیفتگی/ بی ارزشی، ۰/۹۳)، چهارم (آشفته گی هیجانی، ۰/۹۳)، پنجم (خشک زدگی/ بهت، ۰/۸۵)، ششم (از خود بیگانگی، ۰/۷۹)، هفتم (سردرگمی، ۰/۸۰)، هشتم (فاصله گیری اجتماعی، ۰/۸۰) و نهم (پوچی/ بی معنایی، ۰/۷۸) گزارش شد. این نه عامل در مجموع ۶۴/۳٪ از واریانس درد ذهنی را نشان می دهند. به منظور انطباق و اعتباریابی نسخه ایرانی این پرسشنامه، بگیلان کوله و همکاران (۱۳۹۷) آن را بر روی نمونه ای از دانشجویان ایرانی اجرا کردند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی شش عامل اصلی را در نسخه ایرانی مشخص کرد، این عوامل با عواملی که توسط سازندگان پرسشنامه اورباخ و میکولنسر (۲۰۰۳) برای آن طراحی کرده بودند هماهنگی نداشت. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۶۶، برای عامل اول (پوچی/ بی ارزشی، ۰/۹۵۲)، دوم (سردرگمی/ آشفته گی هیجانی، ۰/۸۹۳)، سوم (فقدان کنترل، ۰/۸۷۷)، چهارم (تغییر ناپذیری، ۰/۸۷۲/۱)، پنجم (فاصله گیری/ از خود بیگانگی، ۰/۸۶۹) و ششم (ترس از تنهایی، ۰/۶۱۷) گزارش شد. این شش عامل در مجموع ۴۰/۶۶٪ از واریانس درد ذهنی را نشان می دهند. این نتایج با نتایج اورباخ و همکاران (۲۰۰۳)، مرویک و وایس (۲۰۱۱) و توسانی (۲۰۱۳) هماهنگی دارند و در نتیجه می توان از پرسشنامه درد ذهنی بگیلان کوله مرز (۱۳۹۷) به عنوان ابزاری دارای اعتبار، پایا و مطابق با شرایط فرهنگی جامعه ایرانی برای بررسی شدت درد ذهنی در بیماران بزرگسال مبتلا به بیماری های مزمن استفاده کرد.

### پرسشنامه درد مزمن:

این پرسشنامه دارای ۲۵ سوال بوده و هدف آن سنجش میزان درد و ابعاد آن (جسمی-حسی، احساسی-هیجانی، شناختی-ارزیابانه) می باشد. برای نمره گذاری و تفسیر آن بر اساس دستورالعمل های زیر عمل نماید. آزمودنی پس از خواندن هر گویه می تواند شدت و ضعف خصوصیتی از درد را که در آن گویه مورد نظر بوده، در یک مقیاس شش گزینه ای تعیین کند. این گزینه ها به ترتیب از کم به زیاد عبارتند از: اصلاً، خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد. به هر یک از این ارزش عددی تعلق می گیرد که به ترتیب عبارتند از: صفر، یک، دو، سه، چهار، پنج، در نهایت آزمونگر می تواند ارزش های عددی مربوط به گزینه های انتخاب شده را با هم جمع نموده و چهار عدد به دست آورد. یک نمره در بعد جسمی-حسی، یک نمره در بعد احساسی-هیجانی و یک نمره در بعد شناختی - ارزیابانه. مجموع این سه نمره، عددی را به دست می دهد که نشان دهنده شدت کلی درد تجربه شده در شخص دردمند است. در انتهای سیاهه، تصاویری از اندام آدمی در دو وضعیت روبرو و پشت، آورده شده که آزمودنی می تواند محل درد را روی این تصاویر مشخص نماید. این تصاویر برگرفته از پرسشنامه درد مک گیل می باشد. همچنین پزشک یا خود آزمودنی می تواند در این سیاهه، داخلی یا خارجی بودن درد را با علامت زدن در قسمت مربوطه، مشخص نماید. نمرات چهارگانه آزمودنی و تشخیص یا نظرات پزشک یا آزمونگر در مورد نتیجه آزمون در بخش ملاحظات درج می شود. این پرسشنامه اعتبار محتوا دارد و پایایی بازآزمون آن ۰/۹۸ بدست آمد که در سطح ۹۵ درصد معنادار است (محمدیان، ۱۳۷۴).

اثربخشی فراشناخت درمانی با استفاده از «طرح درمان اختلال افسردگی اساسی (MDD)» بر درد مزمن و درد ذهنی در بیماران مبتلا به درد مزمن

برای تجزیه تحلیل داده‌های به دست آمده از دو روش آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. بدین صورت که پس از تکمیل شدن و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌های به دست آمده در بخش آمار توصیفی (جداول فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد)، و در بخش آمار استنباطی پس از مشخص شدن نرمال بودن داده‌ها توسط آزمون کولموگروف اسمرینوف، تحلیل واریانس چند متغیری با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 مورد سنجش قرار گرفت.

### محتوای جلسات فراشناخت درمانی:

طرح درمان فراشناختی اختلال افسردگی اساسی (MDD) از کتاب فراشناخت درمانی برای اضطراب و افسردگی نوشته آدرین ولز با ترجمه دکتر مهدی اکبری، دکتر ابوالفضل محمدی و دکتر زهرا اندوز منتشر شده در انتشارات ارجمند انتخاب شده طی هشت جلسه ۴۵ دقیقه‌ای هر هفته یک جلسه (کل جلسات ۲ ماه) توسط پژوهشگر که دوره فراشناخت درمانی مورد تایید سازمان بهزیستی را گذرانده بود بر روی گروه آزمایش اجرا شد.

### جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات روان‌درمانی با رویکرد فراشناختی

جلسه اول	طراحی فرمول بندی موردی، آشناسازی با مدل فراشناختی، شناسایی و برجسب زنی دوره‌های اندیشناکی (فراآگاهی افزایشی)، تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، تکمیل برگه خلاصه تکنیک آموزش توجه (ATT)، تکلیف منزل: تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT) (روزی دو بار) و ثبت روزانه آن
جلسه دوم	مرور تکلیف منزل و تکمیل MDD-S به ویژه زمان اندیشناکی و باورهای منفی مرتبط با کنترل ناپذیری اندیشناکی، معرفی و تمرین توجه آگاهی انفصالی (DM)، معرفی به تعویق انداختن اندیشناکی، به عنوان آزمایشی برای اصلاح باورهای مرتبط با کنترل ناپذیری اندیشناکی، تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، تکلیف منزل: تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، توجه آگاهی انفصالی (DM) و به تعویق انداختن اندیشناکی.
جلسه سوم	مرور تکلیف منزل و تکمیل MDD-S به ویژه زمان اندیشناکی و باورهای منفی مرتبط کنترل ناپذیری اندیشناکی، شناسایی برانگیزاننده‌های اندیشناکی و انجام توجه آگاهی انفصالی (DM) (مقابله فعال با اندیشناکی از طریق تمرین به تعویق انداختن اندیشناکی در جلسه درمان)، چالش ورزی با باورهای فراشناختی منفی مرتبط با کنترل ناپذیری اندیشناکی برای مثال: آزمایش تعدیل نگرانی و اندیشناکی، تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، شناسایی سطوح فعالیت و شیوه مقابله اجتنابی، تکلیف منزل: تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، توجه آگاهی انفصالی (DM) و به تعویق انداختن اندیشناکی (بر روی تمام برانگیزاننده‌ها). افزایش فعالیت
جلسه چهارم	مرور تکالیف منزل و تکمیل MDD-S، به ویژه زمان اندیشناکی، باورهای منفی مرتبط با کنترل ناپذیری اندیشناکی، سطوح فعالیت، واری اجرای به تعویق انداختن اندیشناکی در مورد حداقل ۷۵٪ از برانگیزاننده‌ها و به طول نینجامیدن دوره‌های اندیشناکی بیشتر از ۲ دقیقه، چالش ورزی با باورهای فراشناختی مثبت مرتبط با اندیشناکی، تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، تکلیف منزل: تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، گسترش کاربرد توجه آگاهی انفصالی (DM) و به تعویق انداختن اندیشناکی، برنامه ریزی فعالیت‌ها.
جلسه پنجم	مرور تکلیف منزل و تکمیل MDD-S به ویژه زمان اندیشناکی، باورهای فراشناختی مثبت، سطوح فعالیت و مقابله‌های ناکارآمد، واری به کارگیری مداوم و گسترده توجه آگاهی انفصالی (DM)، ادامه چالش ورزی با باورهای فراشناختی مثبت مرتبط با اندیشناکی، مرور سطوح فعالیت و توصیه‌هایی برای توسعه آن (شناسایی و متوقف کردن سایر مقابله های ناکارآمد، برای مثال خواب زیاد و مصرف الکل)، تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، تکلیف منزل: تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، به تعویق انداختن اندیشناکی و افزایش فعالیت‌ها

جلسه ششم	مرور تکلیف منزل و تکمیل MDD-S به ویژه زمان اندیشناکی، باورهای فراشناختی و سطوح فعالیت، شناسایی و چالش ورزی با باورهای منفی مرتبط با هیجان و افسردگی، تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT) (دشواری تکلیف افزایش یابد)، تکلیف منزل: تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، به تعویق انداختن اندیشناکی و تداوم فعالیتها
جلسه هفتم	مرور تکلیف منزل و تکمیل MDD-S به ویژه زمان اندیشناکی، باورهای فراشناختی و مقابله‌های ناکارآمد، کار بر روی طراحی برنامه پردازی جدید (تکمیل برگه خلاصه برنامه و ارائه رونوشتی از آن به بیمار)، شناسایی و غلبه بر ترس‌های بیمار درباره بازگشت افسردگی، تمرین تکنیک آموزش توجه، تکلیف منزل: تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، به کارگیری و تقویت برنامه پردازی جدید، تدوین اولیه طرح کلی درمان.
جلسه هشتم	مرور تکلیف منزل و تکمیل MDD-S، پیشگیری از عود: تکمیل طرح کلی درمان، کار بر روی باورهای فراشناختی باقیمانده، پیش بینی برانگیزاننده‌های احتمالی و بحث درباره شیوه به کارگیری برنامه پردازی جدید، برنامه ریزی برای جلسه‌های تقویتی

برای تجزیه تحلیل داده های به دست آمده از دو روش آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. بدین صورت که پس از تکمیل شدن و جمع آوری پرسشنامه ها، داده های به دست آمده در بخش آمار توصیفی (جداول فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد)، و در بخش آمار استنباطی پس از مشخص شدن نرمال بودن داده ها توسط آزمون کولموگروف اسمرینوف، تحلیل کواریانس تک متغیری با استفاده از نرم افزار SPSS-26 مورد سنجش قرار گرفت.

## یافته‌ها

یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمره‌های درد مزمن و درد ذهنی در دو گروه آزمایش و گواه است که در جدول ۲. ارائه شده است.

جدول ۲. آمار توصیفی

تعداد	انحراف معیار	میانگین	گروه
۱۵	۳,۴۵۳,۰۹	۷۳,۰۶۶۷	گروه آزمایش
۱۵	۴,۹۶۸,۴۷	۷۳,۶	گروه گواه
۳۰	۴,۲۱۲,۷۳	۷۳,۳۳۳۳	کل
۱۵	۵,۸۱۷,۰۵	۶۸,۸۶۶۷	گروه آزمایش
۱۵	۴,۶۲۳,۹۵	۷۳,۶۶۶۷	گروه گواه
۳۰	۵,۷۱۱,۰۵	۷۱,۲۶۶۷	کل
۱۵	۵,۹۲۱,۷۱	۶۸,۷۳۳۳	گروه آزمایش
۱۵	۵,۴۵۷,۱۹	۷۲,۲۶۶۷	گروه گواه
۳۰	۵,۸۷۶,۶	۷۰,۵	کل
۱۵	۲۴,۲۴۷,۱۴	۱۷۷,۲۶۶۷	گروه آزمایش
۱۵	۱۱,۸۳۴,۹۸	۱۸۱,۲۶۶۷	گروه گواه
۳۰	۱۸,۸۵۶,۸۷	۱۷۹,۲۶۶۷	کل
۱۵	۲۸,۸۴۳,۹۱	۱۳۷,۶	گروه آزمایش
۱۵	۱۲,۹۹۳,۷۷	۱۷۹,۸۶۶۷	گروه گواه

اثربخشی فراشناخت درمانی با استفاده از «طرح درمان اختلال افسردگی اساسی (MDD)» بر درد مزمن و درد ذهنی در بیماران مبتلا به درد مزمن

	کل	۱۵۸,۷۳۳۳	۳۰,۷۴۳۵۸	۳۰
پیگیری درد ذهنی	گروه آزمایش	۱۳۸,۶۶۶۷	۲۸,۶۲۴۸۳	۱۵
	گروه گواه	۱۷۵,۷۳۳۳	۱۹,۷۹۳۴۶	۱۵
	کل	۱۵۷,۲	۳۰,۶۵۹۸۷	۳۰

در این پژوهش جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرینوف و شاپیروویلیک استفاده شد که هر دو آزمون برای هیچ کدام از گروه‌ها معنادار نشد که به معنای تایید نرمال بودن توزیع داده‌ها است، بنابراین می‌توان جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. برای بررسی تاثیر مداخله بر روی آزمودنی‌ها آزمون تحلیل واریانس تک متغیره میان داده‌های به دست آمده از پیش آزمون و پس آزمون اجرا گردید و برای بررسی ثبات تغییرات ایجاد شده در آزمودنی‌ها یک بار دیگر آزمون تحلیل واریانس تک متغیره میان داده‌های به دست آمده از پس آزمون و پیگیری اجرا شد. یکی از شروط استفاده از آزمون‌های پارامتری نرمال بودن توزیع داده‌ها است که برای بررسی آن از آزمون شاپیروویلیک و کولموگروف-اسمیرینوف استفاده شد. عدم معناداری این آزمون نشان دهنده توزیع نرمال داده‌ها می‌باشد. نتایج حاصل از این آزمون در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. آزمون نرمال بودن داده‌ها

	کولموگروف-اسمیرینوف			شاپیرو-ویلیک		
	آماره	ضریب آزادی	معناداری	آماره	ضریب آزادی	معناداری
پیش آزمون (درد مزمن)	۰/۰۹۶	۳۰	۰/۲۰۰	۰/۹۷۸	۳۰	۰/۷۵۸
پس آزمون (درد مزمن)	۰/۱۱۲	۳۰	۰/۲۰۰	۰/۹۶۴	۳۰	۰/۳۹۴
پیگیری (درد مزمن)	۰/۱۳۳	۳۰	۰/۱۸۷	۰/۹۵۹	۳۰	۰/۲۹۴
پیش آزمون (درد ذهنی)	۰/۱۰۳	۳۰	۰/۲۰۰	۰/۹۵۳	۳۰	۰/۲۰۶
پس آزمون (درد ذهنی)	۰/۱۲۴	۳۰	۰/۲۰۰	۰/۹۵۰	۳۰	۰/۱۷۲
پیگیری (درد ذهنی)	۰/۱۳۰	۳۰	۰/۲۰۰	۰/۹۶۲	۳۰	۰/۳۵۱

در جدول ۴. نتایج آزمون تساوی واریانس خطای لوون نشان داده شده است که یک بار برای پیش آزمون پس آزمون متغیرها (برای سنجش موثر بودن مداخله) انجام شد و یک بار برای پس آزمون پیگیری (برای سنجش پایداری تغییرات طی زمان). عدم معناداری این آزمون نشان دهنده تایید شرط همگنی واریانس گروه‌ها می‌باشد که این شرط میان پیش آزمون-پس آزمون پرسشنامه درد مزمن و پس آزمون پیگیری پرسشنامه درد ذهنی تایید شده و میان پس آزمون پیگیری در درد مزمن و پیش آزمون پس آزمون درد ذهنی تایید نشده است. اما در صورتی که بقیه شروط تحلیل واریانس تایید شود می‌توان از این شرط صرف نظر نمود.

جدول ۴. آزمون تساوی واریانس خطای لوون

F	۱df	۲df	Sig.	
۱,۸۷	۱	۲۸	۰/۱۸۲	پیش آزمون پس آزمون (درد مزمن)
۹,۴۲۳	۱	۲۸	۰/۰۰۵	پس آزمون پیگیری (درد مزمن)
۵,۲۳۱	۱	۲۸	۰/۰۳	پیش آزمون پس آزمون (درد ذهنی)
۳,۱۸۵	۱	۲۸	۰/۸۵	پس آزمون پیگیری (درد ذهنی)



یکی دیگر از شروط آزمون تحلیل واریانس همگنی شیب واریانس‌هاست که برای بررسی آن تاثیر تعامل گروه در اولین داده‌های جمع آوری شده را باید مورد بررسی قرار داد و در صورت عدم معناداری این شرط نیز تایید می‌شود و چون برای هیچ کدام از موارد زیر آزمون معنادار نشده می‌توان نتیجه گرفت شیب واریانس داده‌ها برابر است. نتایج این آزمون در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. آزمون‌های تأثیرات بین موضوعی

منبع	نوع سوم مجموع مربع ها	درجه آزادی	میانگین مربع ها	F	معناداری	مربع اتای جزئی	پارامتر غیر قابل قبول	قدرت مشاهده شده
تعامل گروه*پیش- آزمون (درد مزمن)	۳۲,۷۳۵	۱	۳۲,۷۳۵	۳,۸۹۴	۰/۵۹	۰/۱۳۰	۳,۸۹۴	۰/۴۷۶
تعامل گروه*پیش- آزمون (درد ذهنی)	۱۰۴,۹۳	۱	۱۰۴,۹۳	۰/۳۹۰	۰/۵۳۸	۰/۱۵	۰/۳۹۰	۰/۹۲
تعامل گروه*پس- آزمون (درد مزمن)	۰/۳۲۶	۱	۰/۳۲۶	۰/۶۰	۰/۸۰۸	۰/۲	۰/۶۰	۰/۵۶
تعامل گروه*پس- آزمون (درد ذهنی)	۲۰۷,۹۸	۱	۲۰۷,۹۸	۱,۲۰۴	۰/۲۸۳	۰/۴۴	۱,۲۰۴	۰/۱۸۵

در جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل واریانس آمده است. که معنادار شدن این آزمون میان پیش آزمون-پس آزمون در هر دو نمره درد مزمن و درد ذهنی نشان می‌دهد که مداخله تاثیر معناداری در نمره این پرسشنامه‌ها داشته است و عدم معناداری آن میان پس آزمون-پیگیری در نمره درد مزمن و درد ذهنی نشان می‌دهد تاثیرات مداخله در درازمدت نیز پایدار بوده است.

جدول ۶. آزمون تحلیل واریانس تک متغیره

منبع	مجموع مربع ها	درجه آزادی	میانگین مربع ها	F	معناداری	مربع اتای جزئی	پارامتر غیر قابل قبول	قدرت مشاهده شده
پیش آزمون پس آزمون (درد مزمن) گروه	۱۳۵,۶۶۲	۱	۱۳۵,۶۶۲	۱۴,۵۷۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵۱	۱۴,۵۷۶	۰/۹۵۷
خطا (درد مزمن)	۲۵۱,۲۹۲	۲۷	۹,۳۰۷					
پیش آزمون پس آزمون (درد ذهنی) گروه	۱۱۲۶۰,۰۵۶	۱	۱۱۲۶۰,۰۵۶	۴۲,۷۷۳	۰/۰	۰/۶۱۳	۴۲,۷۷۳	۱
خطا (درد ذهنی)	۷۱۰۷,۷۱۳	۲۷	۲۶۳,۲۴۹					
پس آزمون پیگیری (درد مزمن) گروه	۹,۵۲۳	۱	۹,۵۲۳	۱,۸۱۹	۰/۱۸۹	۰/۶۳	۱,۸۱۹	۰/۲۵۶
خطا (درد مزمن)	۱۴۱,۳۲	۲۷	۵,۲۳۴					
پس آزمون پیگیری (درد ذهنی) گروه	۲۳,۲۸۳	۱	۲۳,۲۸۳	۰/۱۳۴	۰/۷۱۷	۰/۵	۰/۱۳۴	۰/۶۴
خطا (درد ذهنی)	۴۶۹۹,۹۷۱	۲۷	۱۷۴,۰۷۳					

## بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی با استفاده از طرح درمان افسردگی اساسی بر درد مزمن و درد ذهنی انجام شد. فرضیه اول این بود که فراشناخت درمانی با استفاده از طرح درمان افسردگی اساسی بر درد ذهنی بیماران مبتلا به درد مزمن موثر است. نتایج حاصل از این پژوهش در راستای پژوهش‌های صادقی، مخبر، محمودی، اصغری پور و سیفی؛

اثربخشی فراشناخت درمانی با استفاده از «طرح درمان اختلال افسردگی اساسی (MDD)» بر درد مزمن و درد ذهنی در بیماران مبتلا به درد مزمن

(۲۰۱۵)، همچنین نورمان و مورینا؛ (۲۰۱۸) و وینتر، نائومان، اولسون، فوگه، هوپر و کاهل (۲۰۲۰) نشان داد که فراشناخت درمانی با استفاده از طرح درمان افسردگی اساسی به طور موثری بر درد ذهنی بیماران مبتلا به درد مزمن موثر است. فرضیه دوم این بود که فراشناخت درمانی با استفاده از طرح درمان افسردگی اساسی بر درد مزمن بیماران مبتلا به درد مزمن موثر است. نتایج حاصل از این پژوهش در راستای پژوهش‌های دورلی؛ گرینبرگ؛ بخشایی؛ فیشیین؛ ورائسانو؛ (۲۰۲۱) نشان داد که فراشناخت درمانی با استفاده از طرح درمان افسردگی اساسی بر درد مزمن در بیماران دارای درد مزمن موثر است. نتایج به دست آمده را اینگونه می‌توان تبیین کرد که چون درد مزمن و درد ذهنی به مقدار زیادی با افسردگی در ارتباط است بنابراین فراشناخت درمانی با استفاده از طرح درمان افسردگی اساسی نیز بر این دو متغیر تاثیرگذار بوده است. در انجام پژوهش حاضر محقق با محدودیت‌هایی مواجه بوده است تعدادی از این محدودیت‌ها عبارت‌اند از: امکان استفاده از روش‌های تصادفی برای نمونه‌گیری وجود نداشت، بنابراین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود، همچنین نمونه‌ها از شهر شیراز انتخاب شدند که در تعمیم نتایج به دست آمده از آنها به همه افراد باید احتیاط کرد، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده بیماران شهرها و کشورهای دیگر نیز مورد بررسی قرار گیرند همچنین در جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شده است که به دلیل خودگزارشی ممکن است در پاسخ‌ها سوگیری وجود داشته باشد، بنابراین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده از روش‌های دیگر جمع‌آوری اطلاعات از جمله مصاحبه نیز استفاده شود. نتایج به دست آمده از این تحقیق می‌تواند در کلینیک‌های درد، کلینیک‌های فیزیوتراپی و روان‌درمانی و همچنین در بیمارستان‌ها و مراکز توانبخشی مورد استفاده قرار گیرد. نتایج نشان دادند که فراشناخت درمانی با استفاده از طرح درمان افسردگی اساسی «MDD» بر درد مزمن و درد ذهنی بیماران مبتلا به درد مزمن موثر است.

## منابع

- [۱] بگیلان کویه مرز، م. ج.، کرمی، ج.، مومنی، خ.، و ابهی، عادیه (۱۳۹۷). سنجش درد ذهنی: ویژگی های روان سنجی و تحلیل عامل تأییدی پرسشنامه چندبعدی درد ذهنی (OMMP). *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۱۷(۱): ۱۴۶-۱۷۲
- [۲] محمدیان، محمدعلی (۱۳۷۴). ماهیت عوامل روانشناختی و مهارت‌های مقابله‌ای در افراد قطع عضو مبتال به درد اندام شیب وار. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- [۳] ولزآ، ترجمه اکبری. م، محمدی. ا و اندوز. ز (۱۳۹۴). فراشناخت درمانی برای اضطراب و افسردگی، تهران، انتشارات ارجمند
- [4] Swindells T, Iddon J, Dickson JM..(2023) The Role of Adaptive Goal Processes in Mental Wellbeing in Chronic Pain. *International Journal of Environmental Research and Public Health.*; 20(2):1278. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021278>
- [5] Reid, J.; Harker, J.; Bala, M.; Truyers, C.; Kellen, E.; Bekkering, G.E.; Kleijnen, J.(2011). Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: Narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Curr. Med. Res. Opin.* , 27, 449–462
- [6] Kawai, K.; Kawai, A.; Wollan, P.; Yawn, B.P.(2017). Adverse impacts of chronic pain on health-related quality of life, work productivity, depression and anxiety in a community-based study. *Fam. Pract.* , 34, 656–661
- [7] Vadivelu, N.; Kai, A.M.; Kodumudi, G.; Babayan, K.; Fontes, M.; Burg, M.M.(2017). Pain and Psychology-A Reciprocal Relationship. *Ochsner J.* , 17, 173–180.
- [8] Doorley, J.D.; Greenberg, J.; Bakhshaie, J.; Fishbein, N.S.; Vranceanu, A.-M.(2021). Depression explains the association between pain intensity and pain interference among adults with neurofibromatosis. *J. Neuro-Oncol.* , 154, 257–263
- [9] Du, S.; Hu, Y.; Bai, Y.; Hu, L.; Dong, J.; Jin, S.; Zhang, H.(2019). Emotional distress correlates among patients with chronic nonspecific low back pain: A hier-archical linear regression analysis. *Pain Pract.* , 19, 510–521.
- [10] Fukumoto K, Iijima M, Chaki S.(2016). The Antidepressant Effects of an mGlu2/3 Receptor Antagonist and Ketamine Require AMPA Receptor Stimulation in the mPFC and Subsequent Activation of the 5-HT Neurons in the DRN. *Neuropsychopharmacology*; 41(4): 1046-56. doi: 10.1038/npp.2015.233.
- [11] Andrew F. Leuchter, Ian A. Cook, Aimee M. Hunter, Alexander S. Korb.(2009). A new paradigm for the prediction of antidepressant treatment response. *Dialogues in Clinical Neuroscience* ; 11(4): 435-446.
- [12] Michele F, Eugenio A, Liliana DO, Giulio P.(2011). Could the underestimation of bipolarity obstruct the search for novel antidepressant drugs?. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* ; 12(18): 2817-2831
- [13] F. Ferretti, D.T.D. Santos, L. Giuriatti, A.P.M. Gauer, C.R.P.A.(2018). Teo. Sleep quality in the elderly with and without chronic pain *BrJP*, 1 , pp. 141-146
- [14] E.L. Whitlock, L.G. Diaz-Ramirez, M.M. Glymour, W.J. Boscardin, K.E. Covinsky, A.K. Smith(2017), Association between persistent pain and memory decline and dementia in a longitudinal cohort of elders *JAMA Intern Med*, 177 , pp. 1146-1153
- [15] M. Tse, R. Leung, S. Ho (2012). Pain and psychological well-being of older persons living in nursing homes: an exploratory study in planning patient-centred intervention *J Adv Nurs*, 68 , pp. 312-321
- [16] Margaret X.C. Yin, Jessie S.M. Chan, Bobo H.P. Lau, Pamela P.Y. Leung, Siyu Gao, Lai Ping Yuen, Cecilia L.W. Chan, Siu-man Ng,(2023) A self-administered moxibustion-cum-massage intervention for older adults with chronic pain in the community: A randomized controlled trial, *Complementary Therapies in Medicine*, Volume 72, 102908, ISSN 0965-2299, <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2022.102908>.

اثربخشی فراشناخت درمانی با استفاده از «طرح درمان اختلال افسردگی اساسی (MDD)» بر درد مزمن و درد ذهنی در بیماران مبتلا به درد مزمن

- [17] Tossani E.(2013). The concept of mental pain. *Psychother Psychosom.* 2013;82(2):67–73.
- [18] Shneidman ES.(1993). Suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis.* Mar;181(3):145–7.
- [19] Ducasse D, Holden RR, Boyer L, Artero S, Calati R, Guillame S, et al.(2018). Psychological pain in suicidality: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* May/Jun;79(3):16r10732.
- [20] Cassel EJ.(1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med.* Mar;306(11):639–45.
- [21] Engel GL.(1961). Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psychosom Med.* Jan-Feb;23(1):18–22.
- [22] Guidi J, Fava GA, Bech P, Paykel E(2011). The Clinical Interview for Depression: a comprehensive review of studies and clinimetric properties. *Psychother Psychosom.*;80(1):10–27
- [23] Fava GA.(2016) Well-being therapy: treatment manual and clinical applications. Basel: Karger;. Available from: <https://doi.org/10.1159/isbn.978-3-318-05822-2>.
- [24] Wells A(2009): Metacognitive therapy for anxiety and depression. Guilford Press, New York, USA;.
- [25] Wells A, Matthews G(1996): Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behav Res Ther.* 1996, 34:881-8. 10.1016/s0005-7967(96)00050-2
- [26] Sadeghi R, Mokhber N, Mahmoudi LZ, Asgharipour N, Seyfi H(2015): A systematic review and meta-analysis on controlled treatment trials of metacognitive therapy for anxiety disorders. *J Res Med Sci.* 20:901-9. 10.4103/1735-1995.170632
- [27] Normann N, van Emmerik AA, Morina N(2014): The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review. *Depress Anxiety.*, 31:402-11. 10.1002/da.22273
- [28] Winter L, Naumann F, Olsson K, Fuge J, Hoepfer MM, Kahl KG(2020): Metacognitive therapy for adjustment disorder in a patient with newly diagnosed pulmonary arterial hypertension: a case report. *Front Psychol.* 2020, 11:143. 10.3389/fpsyg..00143
- [29] Wells A, Sembi S(2004): Metacognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behav Ther Exp Psychiatry.*, 35:307-18. 10.1016/j.jbtep.2004.07.001
- [30] Shareh H, Gharraee B, Atef-Vahid M, Eftekhari M(2010): Metacognitive therapy (MCT), fluvoxamine, and combined treatment in improving obsessive-compulsive, depressive and anxiety symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Iran J Psychiatry Behav Sci.*, 4:17-25
- [31] Bailey R, Wells A(2014): Metacognitive therapy in the treatment of hypochondriasis: a systematic case series. *Cogn Ther Res.*, 38:541-50. 10.1007/s10608-014-9615-y