

## Research Paper

# Comparing the Effectiveness of Compassionate Emotion-Based Integrated Therapy With Compassion Focused Therapy on Perfectionism and Intolerance of Uncertainty Irrational Beliefs in Patients With Early Headache Symptoms

Neda Behvandi<sup>1</sup>, Felor Khayatan<sup>2\*</sup>, Mohsen Golparvar<sup>3</sup>

1. PhD Student, Department of Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran

3. Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Received: 2021/02/18

Revised: 2021/06/05

Accepted: 2021/07/18

Use your device to scan and read  
the article online



DOI:

10.30495/jpmm.2021.4727

### Keywords:

Compassionate emotion-based integrated therapy, compassion focused therapy, perfectionism, intolerance of uncertainty, early headache symptoms.

### Abstract

**Introduction:** Globally, the symptoms of primary headache cause more psychological disabilities than other neurological problems. One of the most common psychological disabilities in patients with primary headache symptoms is perfectionism and intolerance of uncertainty. The aim of this study was to compare the effectiveness of Compassionate emotion-based integrated therapy with compassion-based therapy on perfectionism and intolerance of uncertainty in patients with primary headache symptoms.

**Methods:** The study was a quasi-experimental study with pre-test, post-test and follow-up with a control group. The sample consisted of 45 patients with primary headache symptoms referred to the neurology clinic of Khatam Al-Anbia Hospital in Tehran who were selected by purposive sampling method and randomly divided into two experimental groups and a control group (15 people in each group). The experimental groups underwent a Compassionate emotion-based integrated therapy (10 sessions of 60 minutes) and compassion-based therapy (8 sessions of 60 minutes). Data were analyzed using SPSS software version 24 and repeated measures analysis of variance test.

**Findings:** The results showed that in the variable of perfectionism due to the non-observance of the spheric default in the intra group effect section and in the time factor ( $F = 6/33$ ,  $df = 1/001$  and  $p < 0/05$ ) and the time factor interaction and Group ( $F = 5/23$ ,  $df = 2/003$  and  $p < 0/01$ ) and uncertainty intolerance due to non-observance of spheric default in intra group effect and time factor ( $F = 134.86$ ),  $df = 1.08$  and  $p < 0/01$ ) and time and group factor interaction ( $F = 30/72$ ,  $df = 2/17$  and  $p < 0/01$ ) between pre-test, post-test and There was a significant difference ( $p < 0/01$ ) with time tracking and interaction with the group (three research groups). Based on the results, Compassionate emotion-based integrated therapy, a treatment that can be used to reduce intolerance in people with primary headache, and a Compassionate emotion-based integrated therapy and compassion-based therapy to reduce patients' perfectionism to the same extent. Suitable for early headache symptoms.

**Citation:** Behvandi N, khayatan F, Golparvar M. Comparing the Effectiveness of Compassionate Emotion-Based Integrated Therapy With Compassion Focused Therapy on Perfectionism and Intolerance of Uncertainty Irrational Beliefs in Patients With Early Headache Symptoms. *Psychological Methods and Models*. 2021; 12 (43): 114- 130.

\*Corresponding author: Felor Khayatan

**Address:** Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

**Tell:** 09131289531

**Email:** f.khayatan@yahoo.com

## Extended Abstract

### Introduction

Studies by the American Psychiatric Association show that these are the mental factors that cause the symptoms of primary headache and there are no signs of physical illness based on the observation and examination of a specialist (American Psychiatric Association, 2016). Study Blumenfeld, Varon, Wilcox(2017) shows that internal events, personality and environmental stimuli have been identified as events affecting the symptoms of primary headache, and among these, a major role has been assigned to internal events and personality. In the studies of Vicent, Aparicio-Flores, Inglés, Gómez-Núñez, Fernández-Sogorb, Aparisi-Sierra(2017) and Amarai, Mokhtari Mosabi, Saki, Fathi(2020) perfectionism as a variable in the persistence and severity of early headache symptoms is involved. Studies have shown, the hypothesis of predicting the symptoms of depression and anxiety by perfectionism was confirmed. Research Johnston, Shu, Hoiles, Clarke, Watson, Dunlop and Egan(2018) has shown that perfectionists have a high motivation for progress and it is important for them to compete with others, but when they do not achieve the desired progress, they feel inferior Which is one of the main causes of psychosomatic reactions such as early headache symptoms. intolerance of uncertainty caused by a negative belief about ambiguity is the result of anxious or ambiguous situations and the person is involved in endless questions It becomes(Alschuler, Beier, 2015). Studies have shown that when a person is in a negative mood, beliefs about intolerance intolerance are activated. Thus, a person with a high level of intolerance of uncertainty is at greater risk of developing neurological problems due to the threatening interpretation of ambiguous situations and poor role-playing(Mortazavi Nasiri, Pakdaman, Dehghani, 2017). Studies have shown that an emotion-focused approach helps clients change the way they use their emotions and, in a pure caring and empathetic relationship, changes and

organizes the problematic psychological functions of individuals(Sanaii Mohrz, Shirazi, Mohammadi, Maqsoodloo, 2018). Study Nazari Kamal, Ahi, Pirvi, Mohammadi Nia(2018) has shown that emotional regulation strategies, positive refocus and refocus on predicting lower scores in the dimensions of perfectionism is on the crisis management team. Research Khosropur, Mokhtari, Ebrahimi Nejad(2016) compared the effectiveness of emotion-focused therapy on intolerance of uncertainty in two groups of people with generalized and healthy anxiety. The results of this study showed that emotion-focused therapy has a positive effect on reducing uncertainty intolerance. Studies by Verhiel, Greenberg, Zale, Chen, Ring and Vranceanu(2019) have shown that compassion-based therapy is strongly associated with perfectionism. Study Fathollahzadeh, Majlisi, Mazaheri, Rostami, Navabi Nejad(2017) showed that compassion-based treatment is associated with intolerance of uncertainty. These studies show that strategies such as cultivating a compassionate mind, training tolerance for problems, training to tolerate and accepting the changes ahead increase in individuals. This combination therapy seeks to promote coping strategies in an adaptive and positive manner to further control perfectionism and intolerance of uncertainty in patients with early headache symptoms. Therefore, the present study seeks to answer two main questions: 1. What is the effect of a combination of compassion-based emotion therapy and compassion-based therapy on perfectionism and intolerance of uncertainty in patients with early headache symptoms? 2. Do these two methods of intervention lead to different results in terms of effectiveness?

### Methods

This research is a three-group quasi-experimental method with pre-test-post-test design and follow-up with a control group. The statistical population of all patients with symptoms of primary headache referred to the clinic of Khatam Al-Anbia Hospital in Tehran in the winter of 1399 were aged 18 to 45 years, from which 45 patients were purposefully selected. After the purposeful selection of the sample members, the randomly selected individuals

(lottery) were divided into three groups of 15 people (in a quasi-experimental study, at least 15 people were recommended for each group). Subjects were divided into two experimental groups and one control group after sampling. After collecting data, the data were entered into SPSS software version 24 and descriptive statistics (including mean and standard deviation) and inferential statistics (including repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc tests) were used to analyze the data.

### Findings

in the intragroup effect section, and in the time factor ( $F = 6/33$ ,  $df = 1/001$  And  $p < 0/05$ ) and the interaction of time factor and group ( $F = 5/23$ ,  $df = 2/003$  and  $p < 0/01$ ) show that in perfectionism between pre-test, after There is a significant difference ( $p < 0/01$ ) in testing and follow-up and time interaction with the group (three research groups). In the intragroup effect section, and in the time factor ( $F = 134/86$ ,  $df = 1/08$  and  $p < 0/01$ ) and the interaction of the time and group factor ( $F = 30/72$ ,  $df = 2/17$  and  $p < 0/01$ ) shows that there is a significant difference ( $p < 0/01$ ) in the intolerance of uncertainty between pre-test, post-test and follow-up and time interaction with the group (three research groups). Bonferroni test results show there is a significant difference in perfectionism in the post-test and follow-up phase of the Compassionate emotion-based integrated therapy group and the compassion-based therapy group with the control group ( $p < 0/01$ ), but There was no significant difference between the two treatment groups ( $p > 0/05$ ). Bonferroni test results show Intolerance intolerance in the post-test phase, Compassionate emotion-based integrated therapy group and the compassion-based therapy group are significantly different from the control group ( $p < 0/01$ ), also There is a difference significant between the two groups of Compassionate emotion-based integrated therapy and compassion-based treatment group ( $p < 0/01$ ). In the follow-up phase, the Compassionate emotion-based integrated therapy group and the compassion-based treatment group had a significant difference with the control group ( $p < 0/01$ ), but there

was no significant difference between the two treatment groups ( $p > 0/05$ ).

### Discussion

The aim of this study was to compare the effectiveness of Compassionate emotion-based integrated therapy and compassion-based therapy on perfectionism and intolerance of uncertainty in patients with primary headache symptoms. The results showed that these two treatments significantly reduced perfectionism and intolerance of uncertainty in patients with primary headache symptoms.

### Conclusion

Conclusion The research shows that Compassionate emotion-based integrated therapy for patients with primary headache symptoms can create more awareness and acceptance of thoughts and feelings and the use of positive strategies.

### Ethical Considerations

#### Compliance with ethical guidelines

All subjects full fill the informed consent.

### Funding

No funding.

### Authors' contributions

Design and conceptualization: Neda Behvandi, Felor Khayatan and Mohsen Golparvar.

Methodology and data analysis: Neda Behvandi and Felor Khayatan.

Supervision and final writing: Felor Khayatan and Mohsen Golparvar.

### Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

## مقاله پژوهشی

## مقایسه اثربخشی درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر شفقت بر کمال‌گرایی و عدم تحمل بلاتکلیفی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه

ندا بهوندی<sup>۱</sup>، فلور خیاطان<sup>۲\*</sup>، محسن گل پرور<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۳. دانشیار گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

## چکیده

**هدف:** در مقیاس جهانی علائم سردرد اولیه کم‌توانی‌های روانشناختی بیشتری در مقایسه با سایر مشکلات نورولوژیک را سبب می‌شود. از شایع‌ترین کم‌توانی‌های روانشناختی در بیماران با علائم سردرد اولیه کمال‌گرایی و عدم تحمل بلاتکلیفی می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر شفقت بر کمال‌گرایی و عدم تحمل بلاتکلیفی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه انجام شد.

**روش:** مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه مراجعه‌کننده به درمانگاه مغز و اعصاب بیمارستان خاتم الانبیا تهران بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار داده شدند. گروه‌های آزمایش تحت درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت (۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) و درمان مبتنی بر شفقت (۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند. از پرسشنامه‌های کمال‌گرایی و عدم تحمل بلاتکلیفی به عنوان ابزار پژوهش استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ و آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد در متغیر کمال‌گرایی با توجه به عدم رعایت پیش‌فرض کرویت در بخش اثر درون‌گروهی و در عامل زمان ( $F=6/33$ ،  $df=1/001$  و  $p<0/05$ ) و تعامل عامل زمان و گروه ( $F=5/23$ ،  $df=2/003$  و  $p<0/01$ ) و متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی با توجه به عدم رعایت پیش‌فرض کرویت در بخش اثر درون‌گروهی و در عامل زمان ( $F=134/86$ ،  $df=1/08$  و  $p<0/01$ ) و تعامل عامل زمان و گروه ( $F=30/72$ ،  $df=2/17$  و  $p<0/01$ ) بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و تعامل زمان با گروه (سه گروه پژوهش) تفاوت معناداری ( $p<0/01$ ) وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های جفتی نشان داد متغیر کمال‌گرایی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت و گروه درمان مبتنی بر شفقت با گروه گواه دارای تفاوت معناداری می‌باشد ( $p<0/01$ )، اما بین دو گروه درمان با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p>0/05$ ). متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی در مرحله پس‌آزمون گروه درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت و گروه درمان مبتنی بر شفقت با یکدیگر و با گروه گواه دارای تفاوت معناداری می‌باشد ( $p<0/01$ ). در مرحله پیگیری نیز بین دو گروه درمان با گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد ( $p<0/01$ ) اما دو گروه درمان با یکدیگر تفاوت معناداری ندارد ( $p>0/05$ ). بر پایه نتایج به دست آمده، درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت، درمانی قابل استفاده برای کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی افراد مبتلا به سردرد اولیه و درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر شفقت به یک اندازه جهت کاهش کمال‌گرایی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه مناسب هستند.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۳۰

تاریخ داوری: ۱۴۰۰/۰۳/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۲۷

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI: 10.30495/jpmm.2021.4727

## واژه‌های کلیدی:

درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت، درمان مبتنی بر شفقت، کمال‌گرایی، عدم تحمل بلاتکلیفی، علائم سردرد اولیه.

\* نویسنده مسئول: فلور خیاطان

نشانی: استادیار گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

تلفن: ۰۹۱۳۱۲۸۹۵۳۱

پست الکترونیکی: f.khayatan@yahoo.com

## مقدمه

شدن می‌تواند روی جسم آنان تاثیر گذاشته و علائم سردرد اولیه را پدیدار سازد (Balottin, Ferri Racca, Rossi, Rossi, 2018). در واقع این مطالعات نشان داده‌اند مشکلات روانشناختی در بین مبتلایان به علائم سردرد اولیه شیوع فراوانی دارد (Vieira, Vieira, Gomes, 2017). مطالعات نشان داده‌اند اضطراب ۲ تا ۵ برابر در بیماران مبتلا به میگرن نسبت به کل جمعیت شایع‌تر است. در این مطالعات به اضطراب و فشار روانی هم به عنوان عوامل زمینه‌ساز و هم به عنوان عوامل آشکار ساز تاکید شده است (Vieira, Vieira, 2018). (Gomes, 2018). مطالعه Blumenfeld, Varon, Wilcox (2017) نشان می‌دهد رویدادهای درونی، شخصیت و منابع تحریک‌کننده محیطی را به عنوان وقایع موثر بر علائم سردرد اولیه معرفی نموده‌اند و در این میان نقش عمده را به رویدادهای درونی و شخصیت اختصاص داده‌اند (Blumenfeld, Varon, Wilcox, 2017). مطالعات نشان داده‌اند، سردردهای اولیه مزمن یکی از اولویت مهم سلامت عمومی می‌باشد و نه تنها دردناک، بلکه ناتوان‌کننده نیز می‌باشند (Andress-Rothrock, King, Rothrock, 2018). در این مطالعات حدود ۹۶ درصد مبتلایان به سردرد تنشی و میگرنی گزارش می‌کنند، که سردرد آن‌ها، باعث اختلال در فعالیت اجتماعی و ظرفیت کارکردشان شده است (Manzoni, Taga, 2017). (Russo, Torelli, 2017) Gómez- Vicent, Aparicio-Flores, Inglés, Núñez, Fernández-Sogorb, Aparisi-Sierra Mokhtari Mosabi, Saki, (2020) Amarai, Fathi کمال‌گرایی<sup>۶</sup> به عنوان متغیری که در تداوم و شدت علائم سردرد اولیه نقش دارد معرفی شده است (۱۴-۱۵). در پژوهش Lozano, Valor-Segura, García-Cueto, (2019) Pedrosa, Llanos, Lozano بلندپروازانه، جاه‌طلبانه، مبهم و غیرقابل وصول و همچنین تلاش افراطی برای رسیدن به اهداف ویژگی اصلی و عمده‌ی افراد کمال‌گرا تعریف شده است (۱۶). مطالعه (Amarai, Mokhtari (2020) Mosabi, Saki, Fathi نشان می‌دهد، ابعاد کمال‌گرایی ۳۶ درصد از تغییرات شدت نشانه‌های افسردگی و ۳۰ درصد از شدت نشانه‌های اضطراب را تبیین کنند. در این پژوهش فرضیه پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی و اضطراب توسط کمال‌گرایی، تایید شد. در واقع این مطالعه ذکر شده نشان داده است، کمال‌گرایی ناسازگارانه منجر به مشکلات روانشناختی، اجتماعی، جسمانی و برخی ویژگی‌های شخصیتی خاص می‌شود و یا با این اختلالات و ویژگی‌ها همبستگی مثبتی دارد (۱۵). (San Martín, Luengo (2018) اطلاعاتی که از پرسشنامه‌ی شخصیت آیزنک و آزمون‌های شخصیت مشابه به دست آورند و افراد مبتلا به میگرن را با گروه گواه مقایسه کرده‌اند، نتایجی به این شرح بدست آورند که یک رابطه‌ی معنادار بین

معالمات نشان داده‌اند، یکی از فراگیرترین علامت‌های عصبی و شکایت‌های طبی سردرد می‌باشد (Global Burden of Disease Study, 2016).<sup>(۱)</sup> طبق مطالعات انجام شده، ساده‌ترین تعریف سردرد، احساس درد از ناحیه چشم تا پشت سر بوده و به دو دسته سردردهای اولیه<sup>۱</sup> و سردردهای ثانویه<sup>۲</sup> دسته بندی می‌شوند (International Classification of Headache Disorders, 2018).<sup>(۲)</sup> مطابق تعریف ملاک طبقه‌بندی سردرد، سردردهای اولیه به سردردهایی گفته می‌شود که بدون هیچ علت اولیه‌ای رخ می‌دهند و بر اثر عارضه‌ای دیگری به وجود نیامده‌اند. سردردهای اولیه خطرناک نیستند ولی کیفیت زندگی را به شدت کاهش می‌دهند. فشار روانشناختی سردرد اولیه بیشتر از ثانویه است. طبیعت مبهم این سردردها آن‌ها را بین گنگ‌ترین و در صورت مزمن شدن از ناتوان‌کننده‌ترین مشکلات بهداشتی قرار می‌دهد. سردردهای ثانویه به دلیل بیماری دیگری (مانند سینوزیت حاد) رخ می‌دهند که از جمله علائم آن سردرد می‌باشد (International Classification of Headache Disorders, 2018).<sup>(۲)</sup> طبق ملاک طبقه‌بندی سردرد اولیه، شایع‌ترین سردردهای اولیه عبارت‌اند از سردرد میگرن<sup>۳</sup>، سردرد تنشی<sup>۴</sup> و سردرد خوشه‌ای<sup>۵</sup> (International Classification of Headache Disorders, 2018).<sup>(۲)</sup> مطالعات نشان داده‌اند حدود ۱۵ درصد زنان و ۶ درصد مردان در سن ۱۵ تا ۳۰ سال در یک دوره‌ی ۱ ساله به سردرد تنشی و میگرنی مبتلا می‌شوند (Casper, Fossi, 2015). (Husser, Longo, Jameson, Loskalzo, 2015) تحقیقات نشان داده‌اند سردردهای اولیه تحت تاثیر فاکتورهای محیطی و جمعیت‌شناختی از جمله استرس، افسردگی، الگوی خواب غیرطبیعی و شرایط کار قرار می‌گیرند (Gatta, Spitaleri, Balottin, 2016). (Spoto, Balottin, Mangano, 2016) مطالعات انجمن روانپزشکی آمریکا نشان می‌دهد این عوامل ذهنی هستند که موجب بروز علائم سردرد اولیه می‌شوند و هیچ نشانه‌ای از بیماری جسمانی براساس مشاهده و معاینه پزشک متخصص وجود ندارد (American Psychiatric Association, 2016).<sup>(۵)</sup> مطالعات در زمینه سبب‌شناسی علائم سردرد اولیه، نظریه زیستی- روانی - اجتماعی را یکی از جدیدترین و مهمترین نظریات در این زمینه معرفی می‌کند (Azizi, Agha, 2016). (Ebrahimabad, 2016) این دیدگاه نشان می‌دهد علاوه بر متغیرهای فیزیولوژیک (مانند تغییر در خواب یا اشتها)، عوامل روانشناختی و اجتماعی نیز می‌توانند موجب شروع، تداوم و تشدید علائم سردرد اولیه شوند (Herpertz, Herzog, 2016).<sup>(۷)</sup> مطالعات نشان داده است افرادی که اضطراب و استرس بیش از حد دارند و آن را درونی کرده‌اند، این درونی

4 tension headache

5 cluster headache

6 perfectionism

1 early headaches

2 secondary headaches

3 migraine headache

پژوهش (2016) Mc Cracken, Zhao-O'Brien نشان می‌دهد بلاتکلیفی چیزی است که هر روز در موقعیت‌های مختلف با آن مواجه می‌شویم. مبتلایان به علائم سردرد اولیه در مقابل شرایط و موقعیت‌های مبهم، آستانه تحمل کمتری از افراد بدون سردرد دارند (25). مطالعه (2016) Brosschot, van der بر روی بیماران مبتلا به سردرد نشان داد، عدم تحمل ابهام به مرور زمان موجب بروز حالات هیجانی نظیر اضطراب، استرس و خستگی روانی می‌شود که این حالات نیز به نوبه خود موجب بروز علائم جسمانی افزایش شدت علائم سردرد می‌شود (26). نتایج پژوهش (2017) Mortazavi Nasiri, Pakdaman, Dehghani بین پردازش اطلاعات حاصل از محیط و نقش عدم تحمل ابهام را در شکل‌گیری علائم سردرد اولیه نشان می‌دهد. در واقع مطالعات نشان داده‌اند افراد مبتلا به علائم سردرد اولیه گرایش اغراق آمیز به انجام تفسیرهای تهدید آمیز از اطلاعات مبهم دارد (Abdulpour, Hashemi, Shaeri, Alizadeh, 2017) (20).  
 مطالعات (2016) Sheikhi, Rajabpour, Sheibani: Wu, Wang, Wei, Chen, Du, Yang Qiu (2017): Ahmadian, Bakhshandeh, Solgi, (2015) Kazemi, Moshashei نشان می‌دهد درمان متمرکز بر هیجان<sup>۱</sup> از موثرترین درمان‌ها برای کمال‌گرایی است (27-28-29). درمان متمرکز بر هیجان (2010) Greenberg درمانی نوانسان‌گرا و تجربی است که تمرکز درمانگر نه تنها بر به آگاهی در آوردن محتوای ذهنی است که از جانب درمانجو مورد انکار یا تحریف قرار گرفته است بلکه ایجاد معنی تازه متأثر از تجربه بدنی درمانجو را نیز در نظر دارد (30). Greenberg (2010) معتقد است رویکرد متمرکز بر هیجان بیشتر بر روی شناخت و تجربیات هیجانی افراد تأکید می‌کند. فرض اصلی این درمان مبنی بر انطباقی بودن ذاتی هیجان‌هاست. هدف اصلی درمان متمرکز بر هیجان، تغییر شکل دادن هیجان‌ها غیرانطباقی، با افزایش آگاهی و بیان هیجان‌ها، آموختن نظم‌جویی هیجان‌ها و فعالسازی هیجان‌ها انطباقی است. این اصول به عنوان یک راهنمای کلی در درمان بکار می‌روند و کمک می‌کنند اهداف متفاوت در اقدامات درمانی را درک کرده و برای هیجان‌های مختلف به کار می‌رود (Nazemi Mohrz, 2018 Shirazi, Mohammadi, Maqsoodloo) (31). این مطالعه نشان داده است رویکرد متمرکز بر هیجان به مراجعان در تغییر روشی که آنان از هیجان‌ها خود استفاده می‌نمودند کمک می‌کند و در یک ارتباط مراقبتی و همدلانه خالص، به تغییر و سازماندهی عملکردهای روانشناختی مشکل ساز افراد می‌پردازد (Nazemi Mohrz, Shirazi, Mohammadi, Maqsoodloo, 2018) (31).  
 مطالعه (2018) Nazari Kamal, Ahi, Pirvi, Mohammadi Nia نشان داده است راهبردهای نظم‌جویی هیجانی، تمرکز مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی پیش‌بینی‌کننده نمره‌های پایین‌تر در ابعاد کمال‌گرایی (خویشتن‌مدار، دیگرمدار و

ابتلا به میگرن و ویژگی‌های شخصیت خشک، وسواسی، جاه‌طلب، رقابتی، اهل تنفر دایمی و ناتوان در محول کردن مسئولیت به دیگران وجود دارد (17).

در تحقیق (2016) Johari Fard, Boroumand, Edward Shite, Mehrabizadeh Honarmand بررسی نقش عوامل شناختی و شخصیتی در پیش‌بینی ابتلا به سردرد میگرن پرداخته شد. نتایج این بررسی نقش قابل‌تامل ویژگی کمال‌گرایی در بیماران مبتلا به میگرن را نشان داد؛ زیرا این ویژگی با نیاز به تایید دیگران، ترس از ارزشیابی منفی، مسند مهار بیرونی، بیش‌تعمیم‌دهی شکست، خودانتقادگری، خودسرزنشگری و دیگر سرزنشگری، ناهمسازی روان‌شناختی و همچنین با افسردگی، اضطراب و روان‌رنجورخویی مرتبط است و این متغیر می‌تواند پیش‌بین مناسبی برای ابتلا به میگرن باشد (18). پژوهش (2018) Johnston, Shu, Hoiles, Clarke, Watson, Dunlop, Egan نشان داده است افراد کمال‌گرا انگیزه پیشرفت بالایی دارند و رقابت کردن با دیگران برای آنان مهم است اما هنگامی که به پیشرفت دلخواه خود نرسند دچار احساس حقارت می‌شوند که یکی از عوامل اصلی ایجادکننده واکنش‌های روان‌تنی مانند علائم سردرد اولیه محسوب می‌شود (19).

مطالعات نشان داده‌اند ارتباط بین پردازش اطلاعات حاصل از محیط و نقش عدم تحمل ابهام، شکل‌گیری سردرد اولیه را پررنگ می‌کند (2018) Mortazavi Nasiri, Pakdaman, Dehghani (20). در پژوهش (2018) Lauriola, Mosca, Trentini, Foschi, Tambelli, Carleton بلاتکلیفی<sup>۲</sup> ناشی از باور منفی درباره ابهام محسوب شده که در نتیجه موقعیت‌های اضطراب برانگیز یا مبهم ایجاد می‌شود و فرد درگیر سوالات بی‌پایان می‌شود (21). مطالعات نشان داده‌اند زمانی که فرد در حالت خلقی منفی قرار دارد، باورها در مورد عدم تحمل بلاتکلیفی فعال می‌شود. از این رو فردی که در سطح بالای عدم تحمل بلاتکلیفی قرار می‌گیرد، به دلیل تفسیر تهدیدآمیز موقعیت‌های مبهم و ایفای نقش ضعیف، در معرض خطر ابتلای بیشتری به مشکلات عصب شناختی می‌باشد (2015) Beier, Alschuler (22).  
 مطالعه (2016) Bottesi, Ghisi, Carraro, Barclay, Payne, Freeston نشان می‌دهد رویدادهای منفی که در شرایط عدم اطمینان و مبهم روی می‌دهند بیشتر از رویدادهای منفی در شرایط قابل پیش‌بینی، تأثیر منفی می‌گذارند (23). پژوهش (2016) Hale, Richmond, Bennett, Berzins, Fields, Weber نشان داده، عدم اطمینان و بلاتکلیفی می‌تواند تأثیرات مثبت و منفی یک موقعیت را تشدید کند. به این معنا که افراد در یک موقعیت منفی، عدم اطمینان و بلاتکلیفی را به عنوان یک تجربه انزجارآمیز تلقی می‌کنند. در حالی که، در یک موقعیت مثبت، عدم اطمینان به عنوان یک تجربه پاداش‌دهنده محسوب می‌شود. در واقع در موقعیت مثبت، عدم اطمینان می‌تواند باعث افزایش توجه و افزایش کنجکاوی فرد شود (24).

<sup>1</sup> emotion focused therapy

<sup>2</sup> intolerance of uncertainty

نشان داده درمان مبتنی بر شفقت ادراک درد را کاهش داده است (۳۹). در واقع درمان مبتنی بر شفقت با پذیرش افکار و رفتارهای ناسازگار، تغییر در فرایندهای شناختی، هیجانی و رفتاری و کسب توانایی در جهت کنترل افکار کمال‌گرایی منفی به کاهش شدت درد ادراک شده انجامید (۳۹). نتایج مطالعه (Verhiel, Greenberg, 2019) نشان داد آگاهی به عنوان یکی از ابعاد درمان مبتنی بر شفقت در مقابل همانندسازی افراطی به یک آگاهی متعادل و روشن از زمان حال منجر می‌شود و موجب می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشود و مکرراً ذهن را اشغال نکند. در نتیجه این فرایند موجب می‌شود رنج درونی در نتیجه آن کمال‌گرایی کاهش یابد (۳۶). مطالعه (Leopold, 2019) نشان داد درمان مبتنی بر شفقت از طریق بازسازی شناختی و تفسیر مجدد مشکل با همدلی و مهربانی موجب کاهش افکار مخرب (هراس، فاجعه‌سازی و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و ناسازگار) و کمال‌گرا (بی‌نقصی، همه کار توانی) می‌شوند (۴۰). مطالعه (Fathollahzadeh, 2017) Navabi Nejad Majlisi, Mazaheri, Rostami, نشان داده درمان مبتنی بر شفقت با عدم تحمل بلا تکلیفی رابطه دارد. مطالعات ذکر شده نشان داده راهبردهایی چون پرورش ذهن مشفقانه، آموزش بردباری در برابر مسائل، آموزش تحمل و پذیرش تغییرات پیش رو را در افراد افزایش می‌دهد. این امر موجب می‌شود افراد موقعیت‌های مبهم و نامعین را آشفته کننده و فشارآور درک نکنند و در مواجهه با چنین موقعیت‌های به صورت کارآمدتر پاسخ بدهند (۴۱). پژوهش (Davey, Neale, Britton, 2019) نشان می‌دهد پذیرش بدون قید و شرط خود، دیگران و شرایط و توجه به متغیر و گذرا بودن شرایط سخت و چالش برانگیز در افراد توانایی بالایی در کنترل افکار، احساسات و رفتار ایجاد می‌کند و موجب می‌شود در برخورد با موقعیت‌های مبهم کمتر دچار اضطراب و تنش شوند (۴۲). براساس مطالعات انجام شده در یک جمع‌بندی کلی می‌توان گفت که درمان‌های حوزه‌ی متمرکز بر هیجان همراه با درمان‌های حوزه‌ی مبتنی بر شفقت دارای توان اثر بالایی برای مشکلات کمال‌گرایی و عدم تحمل بلا تکلیفی هستند. در واقع با تلفیق محتوای این دو درمان، پیش‌زمینه‌ای جهت استفاده و بهره‌برداری از نقاط قوت و توان‌افزایی هر دو رویکرد برای افزایش بهزیستی، سلامت هیجانی و روانی بیماران می‌توان فراهم نمود. این درمان تلفیقی سعی دارد به ارتقاء راهبردهای مقابله‌ای به شیوه سازگاران و مثبت در جهت کنترل هر چه بیشتر کمال‌گرایی و عدم تحمل بلا تکلیفی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه دست یابد. از اینرو پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به دو پرسش اصلی است: ۱. درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر شفقت چه تأثیری بر کمال‌گرایی و عدم تحمل بلا تکلیفی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه دارند؟ ۲. آیا این دو شیوه مداخله به نتایج متفاوتی از نظر اثربخشی منجر می‌شوند؟

#### اهداف پژوهش

جامعه‌مدار) در تیم مدیریت بحران می‌باشد (۳۲). براساس نتایج پژوهش ذکر شده استفاده مکرر از راهبردهای درمانی متمرکز بر هیجان از طریق پذیرش و پاسخ به موقع به شرایط اضطراری به کاهش کمال‌گرایی افراطی در تیم مدیریت بحران می‌انجامد (۳۲). نتایج مطالعه (Pires, Sole, Miro, 2017) نشان داد درمان متمرکز بر هیجان از طریق آگاهی از هیجان‌ات آسیب‌دیده، تنظیم هیجان‌ها، و بازسازی مجدد هیجان‌ات به شیوه مثبت به کاهش پریشانی، اضطراب و کمال‌گرایی در روابط کمک می‌نماید (۳۳). نتایج مطالعه (2016) Sheikhi, Rajabpour, Sheibani نشان داد رویکرد متمرکز بر هیجان از طریق شناخت تجارب هیجانی و یکپارچه‌سازی جنبه‌های مختلف این تجارب توانست ۳۰ درصد واریانس کمال‌گرایی را تبیین کند (۲۷). در واقع هرچه مهارت در استفاده از راهبردهای سازگاران متمرکز بر هیجان در فرد بالا باشد، میزان کمال‌گرایی منفی نیز پایین می‌رود (۲۷). پژوهش (Sherafat, Taheri, 2016) Asmai Majd, Amiri به مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر عدم تحمل بلا تکلیفی در دو گروه افراد مبتلا به اضطراب فراگیر و سالم پرداخت. نتایج پژوهش مذکور نشان داد، درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی تأثیر مثبت دارد. مهارت ارزیابی مجدد شناخت‌ها و هیجان‌ها در رویکرد متمرکز بر هیجان که به معنای تلاش برای دیدن موقعیت‌ها به صورت مثبت و ملایم‌تر است منجر به مدیریت سازگاران بلا تکلیفی و نگرانی در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر شد (۳۴). مطالعه (Sherafati, 2016) Majd, Amiri Taheri, Asmai نشان داد در درمان متمرکز بر هیجان با تأکید بر ارزیابی مجدد به تعبیر و تفسیر مشکل به نحوی می‌شود که پاسخ‌های هیجانی را کاهش می‌دهند. از این رو درمان متمرکز بر هیجان با راهبرد ارزیابی مجدد می‌تواند تجارب هیجانی منفی را تعدیل کند و باعث کاهش سازه‌ی بلا تکلیفی شود (۳۴). مطالعه (Koerner, Mejia, Kusec, 2017) نشان داده است درمان متمرکز بر هیجان از طریق نظم بخشی هیجانی می‌تواند عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت نگرانی که نقش عمده‌ای در اختلالات اضطرابی دارند را کنترل کنند (۳۵). مطالعات (Verhiel, Greenberg, Zale, Chen, 2019) Ring, Vranceanu نشان داده است درمان مبتنی بر شفقت<sup>۹</sup> ارتباط قوی با کمال‌گرایی دارد (۳۶). درمان مبتنی بر شفقت (2010) Gilbert براساس نظریه تکاملی بر تعامل بین سیستم‌های تهدید، انگیزشی و آرام بخش با زیرمجموعه عصب شناختی تأکید می‌کند (۳۷). (2016) Kolts معتقد است نگرش حمایت‌گرا نه نسبت به خود و دیگران با پیامدها روانشناختی مثبت مانند کاهش هیجان‌ات منفی و افزایش سلامت جسمانی در ارتباط است (۳۸). مطالعه (2020) Ghaffari Jahed, Amini, Deireh, Mirzaei اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کمال‌گرایی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر نشان داده است، این درمان بر کاهش کمال‌گرایی موثر بوده است. نتایج پس آزمون و پیگیری سه ماهه پژوهش ذکر شده

<sup>۱</sup> compassion focused therapy

۱. مقایسه اثربخشی درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر شفقت بر کمال‌گرایی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه.

۲. مقایسه اثربخشی درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر شفقت بر عدم تحمل بالاتکلیفی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه.

### روش تحقیق

این پژوهش از نظر روش نیمه آزمایشی سه گروهی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان خاتم الانبیاء تهران زمستان ۱۳۹۹ در سنین ۱۸ تا ۴۵ سال بودند که از میان آنان ۴۵ نفر بیمار به شکل هدفمند انتخاب شدند. پس از انتخاب هدفمند اعضای نمونه، افراد انتخاب شده به شیوه تصادفی (قرعه کشی) در سه گروه ۱۵ نفری (در تحقیقات نیمه آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است) قرار گرفتند. آزمودنی‌ها پس از نمونه‌گیری در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ شده و شاخص‌های آمار توصیفی (شامل میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (شامل تحلیل واریانس تکرار شده و آزمون‌های تعقیبی بونفرونی) برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. در ادامه ملاک‌های ورود - خروج، ابزارهای پژوهش و جلسات درمانی ارائه می‌شوند.

ملاک ورود در پژوهش شامل: رضایت آگاهانه‌ی برای درمان، قرار داشتن در رده‌ی سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، نمره بالا در مقیاس کمال‌گرایی و عدم تحمل بالاتکلیفی، تشخیص سردرد اولیه توسط متخصص و داشتن پرونده، تحت درمان‌های روانپزشکی و روان‌شناختی موازی نباشند. ملاک‌های خروج نیز شامل: عدم رضایت برای ادامه درمان، نمره پایین در مقیاس کمال‌گرایی و عدم تحمل بالاتکلیفی، عدم تشخیص سردرد اولیه و تحت درمان روانپزشکی یا روان‌شناختی موازی باشند. ملاحظات اخلاقی شامل: حفظ اصل رازداری کامل برای شرکت‌کنندگان، داشتن اختیار کامل برای کناره‌گیری از پژوهش، کسب رضایت نامه کتبی و استفاده از داده‌ها در جهت اهداف پژوهش بود. پژوهش حاضر در کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اصفهان با کد IR.IAU.KHUISF.REC.1399.063 در وبگاه سامانه کمیته ملی اخلاق به ثبت رسیده است.

**پرسشنامه کمال‌گرایی هیل و همکاران**<sup>۱</sup>: پرسشنامه کمال‌گرایی توسط هیل، هولسمن، فور، کیبلر، ویسنت و کندی (۲۰۰۴) ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۵۹ سوال و ۶ خرده‌مقیاس است. این ۶ خرده‌مقیاس در دو بُعد کلی کمال‌گرایی مثبت (سازگارانه) و کمال‌گرایی منفی (ناسازگارانه) می‌باشد. خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از: تلقی منفی از خود، نظم و سازماندهی، هدفمندی، ادراک فشار از سوی والدین، تلاش برای عالی بودن و معیارهای بالا برای دیگران. به این صورت که خرده‌مقیاس‌های نظم و سازماندهی، هدفمندی و تلاش برای عالی

بودن به عنوان کمال‌گرایی مثبت و خرده‌مقیاس‌های تلقی منفی از خود، ادراک فشار از سوی والدین و معیارهای بالا برای دیگران به عنوان کمال‌گرایی منفی در نظر گرفته می‌شوند. این مقیاس بر پایه لیکرت ۴ گزینه‌ای که با نمره‌های ۱ تا ۴ درجه‌بندی شده می‌باشد. کاملاً مخالف نمره‌ی ۱، مخالف نمره‌ی ۲، موافق نمره‌ی ۳ و کاملاً موافق نمره‌ی ۴ قرار می‌گیرد. نمره‌های بالا معرف کمال‌گرایی بالا و نمره‌های پایین نشان‌دهنده کمال‌گرایی پایین است. به منظور بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بُعد، امتیاز تک تک سوالات آن بُعد را با هم جمع نموده و به عنوان امتیاز آن بُعد در نظر بگیرید. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، امتیاز همه‌ی ابعاد پرسشنامه با هم جمع می‌گردد. در مطالعات خارجی پرسشنامه کمال‌گرایی هیل از روایی ۰/۸۳ و پایایی ۰/۹۱ و آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برخوردار بود و در مطالعات داخلی نیز روایی ۰/۹ و پایایی ۰/۹۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی بدست آمده از پرسشنامه ۰/۸۰ گزارش شده است (۴۳).

**پرسشنامه عدم‌حمل بالاتکلیفی فریستون و همکاران (IUS)**<sup>۲</sup>: این آزمون در سال ۱۹۹۴ توسط فریستون و همکاران ساخته شد و دارای ۲۷ سوال و ۴ خرده‌آزمون است. این خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از: ناتوانی برای انجام عمل، استرس‌آمیز بودن بالاتکلیفی، منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره و اجتناب از آن‌ها و بالاتکلیفی در مورد آینده. این آزمون با یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (هرگز، بندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) پاسخ داده می‌شود و هر یک از گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره می‌گیرند. نمره ۱ کاملاً غلط و نمره ۵ کاملاً درست است. نمره ۵۴ نقطه برش پرسشنامه است که نمرات کمتر از ۵۴ نشان‌دهنده عدم تحمل بالاتکلیفی پائین و نمرات بیشتر از آن نشان‌دهنده عدم تحمل بالاتکلیفی بالا است. روایی و پایایی خارجی به ترتیب و روایی ۰/۹۱ و ۰/۸۷ و پایایی داخلی به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴ بدست آمده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی ۰/۷۶ دست آمده است (۴۴).

**درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت**: در پژوهش حاضر از پکیج درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت (بهوندی، خیاطان و گل پرور، ۱۳۹۹) ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به منظور درمان گروهی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه استفاده شد (۴۵).

**درمان مبتنی بر شفقت**: در پژوهش حاضر از پکیج درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹) ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به منظور درمان گروهی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه استفاده شد (۳۷).

<sup>2</sup> intolerance uncertainty scale

<sup>1</sup> Hill & et al perfectionism scale



## جدول ۱. جلسات درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بهودی، خیاطان و گل پرور (۱۳۹۹)

محتوای جلسات	هدف جلسات
جلسه ی اول آشنایی با قوانین در طول درمان، معرفی مفروضه های بنیادی هیجان مدار مبتنی بر شفقت، ارزیابی چرخه تعاملی احساسات و هیجانات شناسایی نشده (ترس ها و خواسته های دلبستگی) زیر بنای سردرد و نامگذاری آن ها، آموزش تاثیر شفقت بر سه سیستم تنظیم هیجان مغز و ارائه ی تکالیف خانگی است.	مواجهه و درمان تجارب هیجانی منفی در حوزه سردرد اولیه
جلسه ی دوم بررسی تکلیف جلسه ی گذشته، تحلیل و درک هیجانات بیماران سردرد اولیه برای غلبه بر موانع ابراز هیجان سالم) شیوه های مقابله با خشم و تخلیه هیجانی، تاکید بر بیان هیجانات، آموزش تکنیک نقش بازی کردن به منظور ابراز هیجانات، آموزش راهبردهای امنیتی خوددلسوزی و امنیت درونی(تکنیک کاوش همدلانه)، ارائه ی تکلیف خانگی است.	درمان مهارت ابراز هیجان ضعیف ناشی از سردرد اولیه
جلسه ی سوم بررسی تکلیف جلسه ی گذشته، تغییر درک و چارچوب بندی مجدد افکار آسیب پذیری، معرفی سبک های تفکر توأم با خطا، آموزش ویژگی های افراد مشفق(آگاه بودن از افکار اکنون و قضاوت نکردن خود و دیگران، کنترل انتقادگر درون، ارائه ی تکلیف خانگی است.	درمان تجربه ذهنی آسیب زا در متن سردرد اولیه
جلسه ی چهارم بررسی تکلیف جلسه ی گذشته، بیان و درک تاثیر تفکر غیر منطقی بر آشنایی از طریق آگاهی در مورد شناخت های داغ، تکنیک بارش فکری جهت بررسی نقاط قوت و ضعف خود، تصویرسازی مپروزانه جهت مقابله با افکار منفی، ارائه ی تکلیف خانگی است	درمان حساسیت و درک بیش از حد مشکلات معطوف به سردرد اولیه
جلسه ی پنجم بررسی تکلیف جلسه ی گذشته، آموزش بررسی و درک عمیق آسیب های رفتاری حاصله از طریق ارائه ی تکنیک یادداشت برداری، طرح انگیزشی- رفتاری در پاسخ به رفتار منفعلانه، آموزش تقویت رفتارهای شفقت آمیز و ارائه ی تکلیف خانگی است.	درمان کاهش فعالیت رفتاری و سبک رفتار منفعلانه در سردرد اولیه
جلسه ی ششم بررسی تکلیف جلسه ی گذشته، بررسی موانع رویارویی و اصلاح مشکلات رفتاری، تکنیک مشاهده آگاهانه(تکنیک موج)، پذیرش ایجاد پاسخ های رفتاری اکنون برای بهبود مشکلات رفتاری، اجرای تکنیک واریسی بدن برای مشکلات جسمانی و ارائه ی تکلیف خانگی است.	ادامه درمان مشکلات رفتاری و درمان مشکلات بدنی و اعصاب در حین تجارب معطوف سردرد اولیه
جلسه ی هفتم بررسی تکلیف جلسه ی گذشته، بررسی تاثیر هیجان و احساسات منفی و مثبت بر بدن، راهبردهای مثبت هیجانی برای کاهش علائم سردرد اولیه، تکنیک تنفس سه دقیقه ای مشفقانه و ارائه ی تکلیف خانگی است .	ادامه ی درمان مواجهه و کنترل مشکلات بدنی و اعصاب در حین تجارب معطوف سردرد اولیه
جلسه ی هشتم بررسی تکلیف جلسه ی گذشته، تغییر خاطرات گذشته، افکار و احساسات ناامیدی با تکنیک خودگویی مثبت، نگرش جدید از طریق پذیرش بدون قید و شرط خود و دیگران، ایجاد احساس خودارزشمندی، کنترل خود در برابر کنترل تجربه لحظه به لحظه شرایط و ارائه ی تکلیف خانگی است.	درمان نگرش منفی نسبت به خود و دیگران معطوف به سردرد اولیه
جلسه ی نهم بررسی تکلیف جلسه ی گذشته، تشخیص ارتباط خوب و بد، تکنیک بازسازی و ارتقاء تعاملات موثر، توجه به توانایی ها و عدم توانایی های خود و دیگران، تکنیک های افزایش انعطاف پذیری و ارائه ی تکلیف خانگی است.	درمان شکل گیری و تداوم روابط آسیب زای حوزه سردرد اولیه
جلسه دهم بررسی تکلیف جلسه ی گذشته، تغییر درماندگی و ناکارآمدی در حل مشکلات از طریق فراهم کردن حمایت، پذیرش محدودیت ها و ضعف ها، تکنیک رنگ، صدا و تصویر مشفقانه و تمرکز بر نقاط مثبت برای دستیابی به اهداف خوب و اجرای پس آزمون است.	آموزش مواجهه و کنترل مشکلات درماندگی و حل مسئله معطوف به سردرد اولیه

## جدول ۲. جلسات درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت(۲۰۰۹)

محتوای جلسات	هدف جلسات
برقراری ارتباط اولیه، گروه بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی و تمایز شفقت با تأسف برای خود؛ ارزیابی میزان آزار عاطفی، توصیف و CFT درمان تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه های آن.	آشنایی با مفاهیم مبتنی بر شفقت
آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی؛ آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند.	آشنایی با ذهن مشفق
آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نفاذ و مشکلاتی دارند(پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب گرانه و شرم، آموزش همدردی.	آشنایی با خصوصیات افراد مشفق
ترغیب آزمودنی ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد. دارای شفقت. یا. غیر شفقت. با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین های پرورش ذهن مشفقانه (ارزش خود-شفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، آموزش بخشایش.	خودشناسی
آشنایی و کاربرد تمرین های پرورش ذهن مشفقانه(بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلونزا و آموزش برداری)، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش های مختلف.	تمرینات شفقت به خود از طریق پذیرش
تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقت(شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش ها در زندگی روزمره و برای همسر، فرزندان، والدین، دوستان، معلمان و آشنایان. آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی.	تمرینات عملی شفقت
آموزش نوشتن نامه های مشفقانه برای خود و دیگران، روش آموزش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت.	آموزش شفقت نسبت به دیگران
آموزش و تمرین مهارت ها؛ مرور و تمرین مهارت های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی ها تا بتوانند به روش های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره.	جمع بندی تمرینات مبتنی بر شفقت

### یافته‌های پژوهش

دارای توزیع نرمال در سطح مساوی یا کوچکتر از  $(p > 0.01)$  و برابری واریانس خطا  $(p > 0.05)$  بوده است. همچنین چنان که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، آزمون ماکنلی (ماچلی) معنادار است. یعنی پیش فرض کرویت رعایت نشده است. در مواردی که پیش فرض کرویت رعایت نمی‌شود می‌توان به آماره گرین‌هاوس-گیزر در جداول تحلیل نهایی مراجعه نمود. برابری ماتریس واریانس-کوواریانس (از طریق آزمون ام باکس) و شیب خطوط رگرسیون به عنوان آخرین پیش فرض نیز بررسی شد.

ابتدا متغیرهای جمعیت شناختی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تحلیل داده‌های جمعیت شناختی توسط آزمون کای دو(معناداری) تفاوت آماری معناداری بین متغیرهای جنسیت  $(0.066)$ ، سن  $(0.065)$   $(4/20)$ ، تحصیلات  $(0.39)$   $(4/13)$ ، وضعیت تأهل  $(0.47)$   $(1/51)$  و وضعیت اشتغال  $(0.38)$   $(4/20)$  در افراد گروه درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت، گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل گزارش نشد. نتایج نشان می‌دهد بین متغیرهای جمعیت شناختی سه گروه تفاوت معناداری وجود ندارد  $(p > 0.05)$ . چنان که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری کمال‌گرایی

### جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، آزمون لوین و آزمون ماکی در متغیر کمال گرایی

متغیر پژوهش	زمان	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین		آزمون ماکی (ماچلی)	
		آماره	معناداری	آماره	معناداری	آماره	معناداری
کمال گرایی	پیش آزمون	۰/۹۴	۰/۰۲	۱/۲۴	۰/۳		
	پس آزمون	۰/۹۳	۰/۰۱	۱/۷۶	۰/۱۸	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۹۲	۰/۰۱	۲/۱۳	۰/۱۳		

همچنین چنان که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، آزمون ماکی (ماچلی) معنادار است. یعنی پیش فرض کرویت رعایت نشده است. در مواردی که پیش فرض کرویت رعایت نمی‌شود می‌توان به آماره گرین‌هاوس-گیزر در جداول تحلیل نهایی مراجعه نمود. برابری ماتریس وارینانس-کووارینانس (از طریق آزمون ام باکس) و شیب خطوط رگرسیون به عنوان آخرین پیش فرض نیز بررسی شد.

چنان که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، عدم تحمل بلا تکلیفی در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون دارای توزیع نرمال بوده ( $p > 0.05$ ) ولی در مرحله پیگیری فاقد توزیع نرمال بوده ( $p < 0.01$ ) و از نظر برابر وارینانس خطا نیز در مرحله پیش آزمون ( $p > 0.05$ ) و در مرحله پیگیری (در سطح بزرگتر از ۰/۰۱) دارای برابری وارینانس خطا بوده ولی این پیش فرض در مرحله پس آزمون رعایت نشده است ( $p < 0.01$ ).

### جدول ۴. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، آزمون لوین و آزمون ماکی در متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی

متغیر پژوهش	زمان	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین		آزمون ماکی (ماچلی)	
		آماره	معناداری	آماره	معناداری	آماره	معناداری
عدم تحمل بلا تکلیفی	پیش آزمون	۰/۹۶	۰/۱	۲/۶۰	۰/۰۹		
	پس آزمون	۰/۹۶	۰/۱۱	۱۲/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۱۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۸۶	۰/۰۰۱	۴/۲۹	۰/۰۲		

چنان که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در کمال گرایی، گروه درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت و گروه درمان مبتنی بر شفقت در مرحله پس آزمون و در مرحله پیگیری نسبت به گروه کنترل کاهش داشته‌اند.

در جدول ۵ میانگین و انحراف معیار مراحل پیش آزمون و پس آزمون متغیر کمال گرایی در گروه‌های آزمایش (درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر شفقت) و گروه کنترل پژوهش ارائه شده است.

### جدول ۵. میانگین و انحراف معیار کمال گرایی در سه گروه پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر	مرحله	گروه درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت		گروه درمان مبتنی بر شفقت		گروه کنترل	
		SD	M	SD	M	SD	M
کمال گرایی	پیش آزمون	۲۳/۵۴	۱۷۳/۱۳	۲۳/۵۴	۱۷۳/۱۳	۱۳/۸۴	۱۸۶/۲۷
	پس آزمون	۹/۹۳	۱۵۵/۶۷	۱۱/۳۹	۱۹۴/۲۷	۱۵/۳۵	۱۹۴/۲۷
	پیگیری	۹/۹۳	۱۵۵/۳۳	۱۱/۴۰	۱۹۳/۸۷	۱۵/۸۲	۱۹۳/۸۷

تحمیل بلا تکلیفی، گروه درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت و گروه درمان مبتنی بر شفقت در مرحله پس آزمون و در مرحله پیگیری نسبت به گروه کنترل کاهش داشته‌اند.

در جدول ۶ میانگین و انحراف معیار مراحل پیش آزمون و پس آزمون متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی در گروه‌های آزمایش (درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر شفقت) و گروه کنترل پژوهش ارائه شده است. چنان که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، در عدم

### جدول ۶. میانگین و انحراف معیار عدم تحمل بلا تکلیفی در سه گروه پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر	مرحله	گروه درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت		گروه درمان مبتنی بر شفقت		گروه کنترل	
		SD	M	SD	M	SD	M
عدم تحمل بلا تکلیفی	پیش آزمون	۲۲/۳۲	۱۰۰/۱۳	۱۸/۰۴	۱۰۲/۸۰	۱۱/۴۱	۹۱/۹۳
	پس آزمون	۴/۴۰	۵۷/۱۳	۳/۸۴	۴۸/۷۳	۱۱/۳۸	۹۰/۸۰
	پیگیری	۶/۵۱	۵۵/۶۷	۵/۳۱	۴۹/۰۷	۱۱/۵۸	۸۸/۹۳

چنان که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون گروهی، و در عامل زمان ( $F=۶/۳۳$ ،  $df=۱/۰۰۱$  و  $p < 0.05$ ) و تعامل عامل زمان و

نتایج تحلیل وارینانس اندازه‌های تکرار شده برای کمال گرایی در جدول ۷ ارائه شده است. با توجه به عدم رعایت پیش فرض کرویت (جدول ۳)،

از دو گروه درمان) بوده که با شصت و نه درصد و هشتاد درصد توان تایید شده است. همچنین چنان‌که در جدول ۷ در بخش اثر بین گروهی مشاهده می‌شود در کمال‌گرایی تفاوت معناداری ( $p < 0/01$ ) وجود دارد. مجذور سهمی انا برای عامل گروه برابر با  $0/68$  و توان آزمون برابر با ۱ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با ۱۰۰ درصد توان ۶۸ درصد تفاوت حداقل بین یکی از دو گروه درمان و گروه کنترل را در کمال‌گرایی معنادار نشان داده است.

گروه ( $F=5/23$ ،  $df=2/0.03$  و  $p < 0/01$ ) نشان می‌دهد که در کمال‌گرایی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و تعامل زمان با گروه (سه گروه پژوهش) تفاوت معناداری ( $p < 0/01$ ) وجود دارد. مجذور سهمی انا برای عامل زمان برابر با  $0/13$  و توان آزمون برابر با  $0/69$  و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با  $0/20$  و توان آزمون برابر با  $0/80$  می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۱۳ و ۲۰ درصد تفاوت در کمال‌گرایی مربوط به اعمال متغیر مستقل (یکی

### جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای کمال‌گرایی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی انا	توان آزمون
زمان	۲۷۳۴/۲۴	۱/۰۰۱	۲۷۳۰/۲۱	۶/۳۳	۰/۰۲	۰/۱۳	۰/۶۹
درون گروهی	۴۵۱۹/۹۴	۲/۰۰۳	۲۲۵۶/۶۴	۵/۲۳	۰/۰۰۹	۰/۲۰	۰/۸۰
خطا (زمان)	۱۸۱۳۸/۴۹	۴۲/۰۶	۴۳۱/۲۳	-	-	-	-
گروه	۲۷۸۸۰/۴۶	۲	۱۳۹۴۰/۲۳	۴۴/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱
بین گروهی	۱۳۲۶۱/۹۱	۴۲	۳۱۵/۷۶	-	-	-	-

برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۷۶ و ۵۹ درصد تفاوت در عدم تحمل بلا تکلیفی مربوط به اعمال متغیر مستقل (یکی از دو گروه درمان) بوده که با صد درصد توان تایید شده است. همچنین چنان‌که در جدول ۸ در بخش اثر بین گروهی مشاهده می‌شود در عدم تحمل بلا تکلیفی تفاوت معناداری ( $p < 0/01$ ) وجود دارد. مجذور سهمی انا برای عامل گروه برابر با  $0/64$  و توان آزمون برابر با ۱ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با ۱۰۰ درصد توان ۶۴ درصد تفاوت حداقل بین یکی از دو گروه درمان و گروه کنترل را در عدم تحمل بلا تکلیفی معنادار نشان داده است.

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده برای عدم تحمل بلا تکلیفی در جدول ۸ ارائه شده است. با توجه به عدم رعایت پیش‌فرض کرویت (جدول ۴)، چنان‌که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون گروهی، و در عامل زمان ( $F=134/86$ ،  $df=1/0.8$  و  $p < 0/01$ ) و تعامل عامل زمان و گروه ( $F=30/72$ ،  $df=2/17$  و  $p < 0/01$ ) نشان می‌دهد که در عدم تحمل بلا تکلیفی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و تعامل زمان با گروه (سه گروه پژوهش) تفاوت معناداری ( $p < 0/01$ ) وجود دارد. مجذور سهمی انا برای عامل زمان برابر با  $0/76$  و توان آزمون برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با  $0/59$  و توان آزمون برابر با ۱ می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که

### جدول ۸. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای عدم تحمل بلا تکلیفی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی انا	توان آزمون
زمان	۳۳۱۵۶/۱۳	۱/۰۸	۳۰۶۰۰/۵۳	۱۳۴/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱
درون گروهی	۱۵۱۰۷/۸۲	۲/۱۷	۶۹۷۱/۶۷	۳۰/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱
خطا (زمان)	۱۰۳۲۶/۰۴	۴۵/۵۱	۲۲۶/۹۱	-	-	-	-
گروه	۱۴۴۲۰/۳۱	۲	۷۲۱۰/۱۶	۳۶/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱
بین گروهی	۸۱۸۵/۲۹	۴۲	۱۹۴/۸۹	-	-	-	-

آیا اثربخشی بسته درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت با روان-درمانی مبتنی بر شفقت بر کمال‌گرایی بیماران مبتلا به سردرد اولیه متفاوت است؟ به این صورت پاسخ داده می‌شود که در کمال‌گرایی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه درمان تلفیقی هیجان مدار مبتنی بر شفقت و گروه درمان مبتنی بر شفقت با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار هستند، ولی بین دو گروه درمان با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد.

در جدول ۹ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های جفتی در متغیر کمال‌گرایی بین گروه‌های پژوهش ارائه شده است. چنان‌که در جدول ۹ مشاهده می‌شود در کمال‌گرایی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه درمان هیجان مدار مبتنی بر شفقت و گروه درمان مبتنی بر شفقت با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار هستند ( $p < 0/01$ )، ولی بین دو گروه درمان با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ). با توجه به نتایج ارائه‌شده در جداول ۵، ۷ و ۹ سؤال چهارم پژوهش مبنی بر این‌که

**جدول ۹. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دوبه‌دو گروه‌های پژوهش در کمال‌گرایی**

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	گروه مورد مقایسه	گروه مبنا
			<b>پس‌آزمون</b>	
۱	۴/۵۶	۱/۳۳	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت
۰/۰۰۱	۴/۷۲	-۴۰/۸۶	گروه کنترل (گواه)	گروه درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت
۰/۰۰۱	۴/۷۲	-۳۹/۵۳	گروه کنترل (گواه)	گروه درمان مبتنی بر شفقت
			<b>پیگیری</b>	
۱	۳/۷۵	-۰/۷۸	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت
۰/۰۰۱	۳/۷۵	-۳۰/۸۷	گروه کنترل (گواه)	گروه درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت
۰/۰۰۱	۳/۷۵	-۳۰/۰۹	گروه کنترل (گواه)	گروه درمان مبتنی بر شفقت

جداول ۶، ۸ و ۱۰ سؤال پنجم پژوهش مبنی بر این‌که آیا اثربخشی بسته درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت با روان‌درمانی مبتنی بر شفقت بر عدم تحمل‌بالاتکلیفی بیماران مبتلا به سردرد اولیه متفاوت است؟ به این صورت پاسخ داده می‌شود که در عدم تحمل‌بالاتکلیفی در مرحله پس‌آزمون، گروه درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و گروه درمان مبتنی بر شفقت با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار هستند، همچنین بین دو گروه درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و گروه درمان مبتنی بر شفقت با یکدیگر تفاوت معناداری وجود دارد. در مرحله پیگیری گروه درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و گروه درمان مبتنی بر شفقت با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار هستند، ولی بین دو گروه درمان با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد.

در جدول ۱۰ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های جفتی در متغیر عدم تحمل‌بالاتکلیفی بین گروه‌های پژوهش ارائه شده است. چنان‌که در جدول ۱۰ مشاهده می‌شود در عدم تحمل‌بالاتکلیفی در مرحله پس‌آزمون، گروه درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و گروه درمان مبتنی بر شفقت با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار هستند ( $p < 0/01$ )، همچنین بین دو گروه درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و گروه درمان مبتنی بر شفقت با یکدیگر تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/01$ ). در مرحله پیگیری گروه درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و گروه درمان مبتنی بر شفقت با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار هستند ( $p < 0/01$ )، ولی بین دو گروه درمان با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ). با توجه به نتایج ارائه‌شده در

**جدول ۱۰. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دوبه‌دو گروه‌های پژوهش در عدم تحمل‌بالاتکلیفی**

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	گروه مورد مقایسه	گروه مبنا
			<b>پس‌آزمون</b>	
۰/۰۰۹	۲/۷۱	۸/۵۶	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت
۰/۰۰۱	۲/۷۵	-۳۴/۱۶	گروه کنترل (گواه)	گروه درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت
۰/۰۰۱	۲/۷۹	-۴۲/۷۲	گروه کنترل (گواه)	گروه درمان مبتنی بر شفقت
			<b>پیگیری</b>	
۰/۵۱	۲/۹۴	۴/۱۱	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت
۰/۰۰۱	۲/۹۴	-۱۹/۵۸	گروه کنترل (گواه)	گروه درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت
۰/۰۰۱	۲/۹۴	-۲۳/۶۹	گروه کنترل (گواه)	گروه درمان مبتنی بر شفقت

پس‌آزمون و پیگیری گروه درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و گروه درمان مبتنی بر شفقت با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار می‌باشد، ولی بین دو گروه درمان با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد. پژوهش‌های متعددی تاکنون تاثیر درمان‌های متمرکز بر هیجان یا مبتنی بر شفقت را بر کمال‌گرایی در گروه‌های مختلف مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج حاصل از مطالعه حاضر، با مطالعه (2016) Sheikhi, Rajabpour, Sheibani به لحاظ نظری و پژوهشی همسویی نشان می‌دهد. پژوهش ذکر شده نشان داد درمان متمرکز بر هیجان از طریق به چالش کشیدن هیجان‌ها و افکار آشفته کمال‌گرایی را در افراد کاهش می‌دهد (۲۷). مطالعه حاضر با

**نتیجه‌گیری**

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر شفقت بر کمال‌گرایی و عدم تحمل‌بالاتکلیفی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه انجام شد. نتایج نشان داده‌اند که این دو درمان به میزان معناداری کمال‌گرایی و عدم تحمل‌بالاتکلیفی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه را کاهش داده‌اند. به عبارت دیگر اجرای مداخلات موثر بودند. فرضیه اول پژوهش مبنی بر این‌که آیا اثربخشی درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر شفقت بر کمال‌گرایی در بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه متفاوت است؟ به این صورت پاسخ داده شد که کمال‌گرایی در مرحله

مطالعه (Nazemi Mohrz, Shirazi, 2018) (Mohammadi Nia, 2018) (۳۲). با توجه به مطالعات ذکر شده می‌توان گفت درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت فرصت آگاه شدن از هیجان‌ات اولیه و برقراری ارتباط مجدد با هیجان‌ات به شکل متعادل و همدلانه را برای افراد ایجاد می‌کند. در واقع خودآگاهی و خودشناسی هیجانی - شناختی، به درک بهتر نیازها و هیجان‌ها و راه‌حل‌های پاسخگویی مناسب کمک می‌کند و با ایجاد احساس رضایت نسبت به خود و دیگران، به کنار آمدن بهتر با موقعیت‌های استرس‌زا کمک می‌کند. همانطور که در مطالعات انجام شده نشان می‌دهند با کنترل موقعیت‌های استرس‌زا کمال‌گرایی نیز به خودی خود کاهش می‌یابد. از این رو درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت از طریق ایجاد هیجان‌های جدید و سالم به فروکش کردن ناکامی، خشم، کم‌تحملی در افکار کمال‌گرایی می‌پردازد. در نتیجه تقسیم کارها و تقویت شایستگی بدون شرط در بیماران موجب کاهش علائم سردردشان می‌شود.

فرضیه دوم پژوهش مبنی بر این که آیا اثربخشی درمان تلفیقی هیجان-مدار مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر شفقت بر عدم تحمل باتکلیفی در بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه متفاوت است؟ به این صورت پاسخ داده شد که عدم تحمل باتکلیفی در مرحله پس‌آزمون، گروه درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و گروه درمان مبتنی بر شفقت با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار می‌باشد، همچنین بین دو گروه درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و گروه درمان مبتنی بر شفقت با یکدیگر تفاوت معناداری وجود دارد. در مرحله پیگیری گروه درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت و گروه درمان مبتنی بر شفقت با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار هستند، ولی بین دو گروه درمان با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد. پژوهش‌های متعددی تاکنون تاثیر درمان‌های متمرکز بر هیجان یا مبتنی بر شفقت را بر عدم تحمل باتکلیفی در گروه‌های مختلف مورد بررسی قرار داده‌اند.

مطالعه (Abdulpour, Hashemi, Sheri 2017)

(Alizadeh, 2017) با نتایج مطالعه حاضر همسو است. نتایج مطالعه ذکر شده نشان داده است، راهبردهای خودآشنایی و برنامه‌ریزی مجدد از راهبردهای مثبت درمان متمرکز بر هیجان هستند که از طریق پذیرش و راهبردهای انطباقی به افزایش تحمل و کاهش شدت درد در افراد کمک می‌کنند (۴۶). پژوهش (Sherafati, Taheri, 2016) Asmai Majd, Amiri به بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر عدم تحمل باتکلیفی در اختلال اضطراب فراگیر پرداخت. نتایج این پژوهش نشان داد، درمان متمرکز بر هیجان افکار عدم تحمل باتکلیفی در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر را کاهش داد. پذیرش احساسات خود و افزایش برداشت و تصویر ذهنی مثبت از خود به راه اندازی سیستم فعال‌ساز رفتاری و کاهش اضطراب در این افراد انجامید. نتایج پژوهش ذکر شده با پژوهش حاضر تطابق دارد (۳۴). مطالعه (Koerner N, Mejia T, Kusec 2017) نشان داده است درمان متمرکز بر هیجان از طریق نظم بخشی هیجانی می‌تواند عدم تحمل باتکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت‌نگرانی که نقش عمده‌ای در اختلالات اضطرابی دارند را کنترل کنند. این نتایج با پژوهش حاضر همسویی دارد (۳۵). مطالعه (Qanavati, 2017)

Nazemi Mohrz, Shirazi, 2018) (Mohammadi, Maqsoodloo همسو است (۳۱). مطالعه Nazemi Mohrz, Shirazi, Mohammadi, 2018) (Maqsoodloo نشان داد، درمان متمرکز بر هیجان از طریق فعال کردن هیجان‌ات اولیه سازگار و مثبت با تاکید بر شایستگی‌های هیجانی افراد به کاهش کمال‌گرایی منفی آنان کمک می‌کند. نتایج مطالعه (Pires, Sole, Miro 2017) همسو با نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان متمرکز بر هیجان از طریق آگاهی از هیجان‌ات آسیب‌دیده، تنظیم هیجان‌ها، و بازسازی مجدد هیجان‌ات به شیوه مثبت به کاهش پریشانی و - اضطراب در روابط زوجین کمک نموده و کمال‌گرایی آنان نیز کاهش می‌یابد (۳۳). نتایج مطالعه (Verhuel, Greenberg, Zale, Chen, Ring, Vranceanu نشان داد آگاهی به عنوان یکی از ابعاد درمان مبتنی بر شفقت در مقابل همانندسازی افراطی به یک آگاهی متعادل و روشن از زمان حال منجر می‌شود و موجب می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشود و مکرراً ذهن را اشغال نکند. در نتیجه این فرایند موجب می‌شود رنج درونی در نتیجه آن کمال‌گرایی کاهش یابد. نتایج پژوهش ذکر شده با پژوهش حاضر همسو است (۳۶). نتایج پژوهش حاضر با مطالعه (Leopold 2019) همسو است. مطالعه Leopold (2019) نشان داد، درمان مبتنی بر شفقت از طریق بازسازی شناختی و تفسیر مجدد مشکل با همدلی و مهربانی موجب کاهش افکار مخرب (هراس، فاجعه‌سازی و راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار و ناسازگار) و کمال‌گرایی (نقصی، همه کار توانی) می‌شوند (۴۰). مطالعه حاضر با مطالعه (Ghaffari Jahed, Amini, 2020) Deireh, Mirzaei با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کمال‌گرایی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر همسو است. نتایج پژوهش ذکر شده نشان داد، درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش کمال‌گرایی موثر بوده است. نتایج پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه پژوهش ذکر شده نشان داده درمان مبتنی بر شفقت ادراک درد را کاهش داده است. در واقع درمان مبتنی بر شفقت با پذیرش افکار و رفتارهای ناسازگار، تغییر در فرایندهای شناختی، هیجانی و رفتاری و کسب توانایی در جهت کنترل افکار کمال‌گرایی منفی به کاهش شدت درد ادراک شده انجامید (۳۹). در تبیین نتایج درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت بر کمال‌گرایی می‌توان گفت مطالعات نشان داده‌اند مشکلات روانشناختی ناشی از استرس با علائمی سردرد اولیه همپوشانی بالایی دارد (Nazemi Mohrz, Shirazi, 2020) (Mohammadi, Maqsoodloo, 2020) (۳۱). این مطالعات حاکی از آن هستند که بیماران با علائم روانشناختی سردرد اولیه کارها را با حداکثر دقت و صحت انجام می‌دهند، وقت شناس هستند و به کیفیت کارها اهمیت می‌دهند (Nazemi Mohrz, Shirazi, 2020) (Mohammadi, Maqsoodloo, 2020) (۳۱). مطالعات نشان داده‌اند معیارهای سخت‌گیرانه کمال‌گرایی در ارتباط با خود، دیگران و یا هم خود و هم دیگران موجب مشکلات روانشناختی مانند اضطراب یا وسواس فکری و مشکلات عصب شناختی مانند سردرد اولیه می‌شود (Nazari Kamal, Ahi, Pirvi, 2017)

بیشتری دارند و می‌توانند از راهبردهای بهتری برای مقابله با موقعیت‌های پرتنش و اضطراب برانگیز استفاده کنند.

### ملاحظات اخلاقی

#### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در مطالعه حاضر فرم‌های رضایت نامه آگاهانه توسط تمامی آزمودنی‌ها تکمیل شد.

### حامی مالی

هزینه‌های مطالعه حاضر توسط نویسندگان مقاله تامین شد.

### مشارکت نویسندگان

طراحی و ایده پردازی: ندا بهوندی، فلور خیاطان؛  
روش‌شناسی و تحلیل داده‌ها: ندا بهوندی، فلور خیاطان؛  
نظارت و نگارش نهایی: ندا بهوندی، فلور خیاطان، محسن گل پرور.

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

Bahrami, Goodarzi, Roozbehani نشان می‌دهد راهبردهایی چون پرورش ذهن مشفقانه، آموزش بردباری در برابر مسائل، آموزش تحمل و پذیرش تغییرات پیش رو را در افراد افزایش می‌دهد. نتایج پژوهش ذکر شده با پژوهش حاضر همسو می‌باشد (۴۷).

Majlisi, Mazaheri, Fatolahzadeh (2017)

Rostami Nawabi Nejad با پژوهش حاضر مطابقت دارد. پژوهش ذکر شده نشان می‌دهد، پذیرش بدون قید و شرط خود، دیگران و شرایط و توجه به متغیر و گذرا بودن شرایط سخت و چالش برانگیز در افراد توانایی بالایی در کنترل افکار، احساسات و رفتار ایجاد می‌کند و موجب می‌شود در برخورد با موقعیت‌های مبهم کمتر دچار اضطراب و تنش شوند (۴۱). در مجموع نتایج حاصل از مطالعاتی که در آن‌ها از درمان‌های متمرکز بر هیجان یا مبتنی بر شفقت استفاده شده، حاکی از تاثیر این درمان‌ها بر عدم تحمل بلا تکلیفی است. در تبیین این یافته‌ی پژوهشی می‌توان گفت، هدف عمده در برنامه آموزش درمان تلفیقی هیجان‌مدار مبتنی بر شفقت برای بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه این بوده است که نسبت به افکار و احساسات‌شان پذیرنده‌تر شوند و بدون اجتناب یا نگرانی و اضطراب در مورد آن‌ها، نحوه‌ی ارتباط با افکار و احساس‌شان را تغییر دهند. این تغییر از طریق آگاهی، تنظیم و برنامه‌ریزی مناسب و تعادل ایجاد می‌شود. در واقع مدیریت هیجان موجب می‌شود افراد احساس کنند، بر خود و محیط پیرامون‌شان کنترل

## References

- Global Burden of Disease Study. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. Northern Colorado3, 418-420. DOI: [https://DOI.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://DOI.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7).
- International Classification of Headache Disorders. (2018). 3rd edition. Cephalalgia, 38, 1-211. DOI: [DOI: 10.1177/0333102417738202](https://DOI.org/10.1177/0333102417738202).
- Casper, D., Fossi, A., Husser, A., Longo, D., Jameson, L., Loskalzo, J. (2015). Principles of Harrison Internal Medicine (Neurological Diseases). Translator: Mansoori Rad, M. Tehran, 629-632. <https://accessmedicine.mhmedical>.
- Gatta, M., Spitaleri, C., Balottin, U., Spoto, A., Balottin, L., Mangano, S., et al. (2016). Alexithymia characteristics in pediatric patients with primary headache: a comparison between migraine and tension-type headache. Headache Pain, 16, 98-106. DOI: [DOI:10.1186/s10194-015-0572-y](https://doi.org/10.1186/s10194-015-0572-y).
- American Psychiatric Association. (2016). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association. Washington, DC, 106-115. <https://DOI.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- Azizi, M.; Agha Mohammadian Sharabaf, H.; Mashhadi, A.; Asghari Ebrahimabad, M. (2016). Comparison of psychological status of patients with migraine headache and healthy individuals, Sabzevar University of Medical Sciences. 23: (4), 713-706. <https://www.sid.ir/fa/JOURNAL/ViewPaper.aspx?id=286859>.
- Herpertz, SC., Herzog, W., Taubner, S. (2016). Prevention of mental and psychosomatic disorders in occupational and training settings. Mental Health & Prevention, 4 (1), 1-2. DOI: [DOI:10.1016/j.mhp.2016.02.004](https://doi.org/10.1016/j.mhp.2016.02.004).
- Balottin, U., Ferri, M., Racca, M., Rossi, M., Rossi, G., Beghi, E., Chiappedi, M.,

- Termine, C. (2018). Psychotherapy versus usual care in pediatric migraine and tension type headache: a single-blind controlled pilot study. *Italian journal of pediatrics*, 40(1), 6-18. DOI: [10.1186/1824-7288-40-6](https://doi.org/10.1186/1824-7288-40-6)
9. Vieira, R., Vieira, D., Gomes, W., Gauer, M. (2017). Clinical features, pathophysiology and treatment of medication-overuse headache. *Lancet Neurol*, (4), 391-401. [https://DOI.org/10.1016/S1474-4422\(10\)70008-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(10)70008-9)
  10. Vieira, R., Vieira, D., Gomes, W., Gauer, G. (2018). Alexithymia and its impact on quality of life in a group of Brazilian women with migraine without aura. *J Headache Pain*, 14(1), 18-34. DOI: [10.1186/1129](https://doi.org/10.1186/1129).
  11. Blumenfeld, A. M., Varon, S. F., Wilcox, S. (2017). Disability, HRQoL and resource use among chronic and episodic migraineurs: results from the International Burden of Migraine Study (IBMS), *Cephalalgia*, 31(3), 301-315. DOI: [10.1177/0333102410381145](https://doi.org/10.1177/0333102410381145).
  12. Andress-Rothrock, D., King, W., Rothrock, J. (2018). An analysis of migraine triggers in a clinic-based population. *Headache*, 50, 166-185. [https://DOI.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01753](https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01753).
  13. Manzoni, G.C., Taga, A., Russo, M., Torelli, P. (2017). Age of onset of episodic and chronic cluster headache - A review of a large case series from a single headache centre. *J Headache Pain*, 7:44-68. DOI: [10.1186/s10194-016-0626-9](https://doi.org/10.1186/s10194-016-0626-9).
  14. Vicent, M., Aparicio-Flores, M.P., Inglés, C.J., Gómez-Núñez, M.I., Fernández-Sogorb, A., Aparisi-Sierra, D. (2017). Perfeccionismo infantil: Diferencias en función del sexo y la edad. *Int. J. Dev. Educ. Psychol*, 121-134. DOI: [10.3389/fpsyg.2016.01403](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01403)
  15. Amrai, K; Mokhtari, Fathi, L; Saki, K. (2020). The relationship between perfectionism and personality traits with the severity of migraine headache: A cross-sectional study, *Journal of Lorestan University of Medical Sciences*. Year 22: (2), 94-84. <http://yafte.lums.ac.ir/article-1-2857-en.html>.
  16. Lozano, L. M., Valor-Segura, I., García-Cueto, E., Pedrosa, I., Llanos, A., Lozano L. (2019). Relationship between child perfectionism and psychological disorders. *Front. Psychol*, 10, 185-201. DOI: [10.3389/fpsyg.2019.01855](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01855)
  17. San Martín, N.L., Luengo M.P. (2018). Diferencias en ansiedad escolar, autoestima y perfeccionismo en función del nivel escolar y el sexo en estudiantes chilenos de educación primaria. *Rev. Reflex. Investig. Educ*, 1, 57-69. <http://revistas.ubiobio.cl/index>.
  18. Johari Fard, R; Boroumand, A; Edward Sheet, K ; Mehrabizadeh Artist, M. (2016). The role of cognitive and personality factors in predicting migraine headache. *Journal of Thought and Behavior*. 9: (42), 76-67. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=553186>.
  19. Johnston, J., Shu, C.Y., Hoiles, K.J., Clarke, P.J.F., Watson, H.J., Dunlop, P.D., Egan S.J. (2018). Perfectionism is associated with higher eating disorder symptoms and lower remission in children and adolescents diagnosed with eating disorders. *Eat. Behav*, 30, 55-60. [https://DOI.org/10.1016/j.eatbeh](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh).
  20. Mortazavi Nasiri, F ; Pakdaman, Sh; Dehghani, M. (2018). The relationship between disaster and pain-related anxiety with disability due to headache in people with migraines. *Journal of Behavioral Science Research*. 13: (4), 616-609. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-438-fa>.
  21. Lauriola, M., Mosca, O., Trentin, i. C., Foschi, R., Tambelli, R., Carleton N. (2018). The Intolerance of Uncertainty Inventory: Validity and Comparison of Scoring Methods to Assess Individuals Screening Positive for Anxiety and Depression, *Front. Psychol*, 336-352. [https://DOI.org/10.3389/fpsyg.2018.0388](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.0388).
  22. Alschuler, K., Beier M. (2015). Intolerance of Uncertainty: Shaping an Agenda for Research on Coping with Multiple Sclerosis, *Int J MS Care*, 17(4), 153-158. [https://DOI.org/10.7224/1537-2073.2014-044](https://doi.org/10.7224/1537-2073.2014-044).

23. Bottesi ,G., Ghisi, M., Carraro, E., Barclay, N., Payne, R., Freeston, M. H. (2016). Revising the intolerance of uncertainty model of generalized anxiety disorder: evidence from UK and Italian undergraduate samples, *Front. Psychol*, 7, 173-182. <https://DOI.org/10.3389/fpsyg.2016.01723>.
24. Hale W, Richmond M, Bennett J, Berzins T, Fields A, Weber D, et al. Resolving uncertainty about the intolerance of uncertainty scale-12: application of modern psychometric strategies. *J. Pers. Assess*, 2016; 98: 200-208. [DOI:10.1080/00223891.2015.1070355](https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1070355)
25. Mc Cracken, LM., Zhao-O'Brien, J. (2016). General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself, *Euro J Pain*, (14) , 170-175. [DOI:10.1016/j.ejpain.03.004](https://doi.org/10.1016/j.ejpain.03.004).
26. Brosschot, J., van der DM. (2016). Daily worrying and somatic health complaints: Testing the effectiveness of a simple worry reduction intervention. *Psychology and Health*, 21(1),34-48. <https://DOI.org/10.1080/147683205010105346>.
27. Sheikhi, G; Rajabpour, M.; Sheibani, H. (2019). Relationship between perfectionism, anxiety, cognitive emotion regulation with academic involvement of Payame Noor University students in Piranshahr. *Culture in Islamic University*. 9: (2), 294-271. [DOI.10.22054/jep.2019.40560.2622](https://doi.org/10.22054/jep.2019.40560.2622).
28. Wu, D., Wang, K., Wei, D., Chen, Q., Du, X., Yang, J., Qiu, J. (2017). Perfectionism mediated the relationship between brain structure variation and negative emotion in a nonclinical sample, *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 17, 211-223. <https://DOI.org/10.3758/s13415-016-0474-8>.
29. Ahmadian, A.; Forgiving, f; Solgi, z; Kazemi, F; Mushashei, K. (1394). Investigating the relationship between cognitive strategies of emotion regulation and perfectionism in attempting suicide in the emergency department of Imam Khomeini Hospital in Kermanshah. *International Conference on Humanities, Psychology and Social Sciences*. : (3). [DOI. HPSCONF01](https://doi.org/10.1176/foc.8.1.foc32).
30. Greenberg L. (2010). *Emotion-focused therapy:a clinical synthesis. Focus:The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 8 (1) , 32-42. <https://doi.org/10.1176/foc.8.1.foc32>.
31. Nazemi Mehrz, AH; Shirazi, M.; Mohammadi, R.; Maqsoodloo, F. (2018). The effect of emotion therapy on reducing the symptoms of anxiety and depression in patients with sclerosis. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 61: (10), 200-190. [DOI.10.22038/mjms.2019.14605](https://doi.org/10.22038/mjms.2019.14605).
32. Nazari Kamal, M.; Ahi, c; , Follow, m; Mohammadi Nia, L. (1397). The relationship between perfectionism and emotional cognitive regulation strategies in crisis management units. *International Conference on Clinical Psychology: Evaluation, Diagnosis, Treatment*. (6), 105-118. [DOI.ICPCPO 1](https://doi.org/10.1186/1129-2377-14-S1-P147).
33. Pires, C., Sole, E., Miro, J. (2017). Catastrophizing and pain impact in migraineurs. *J Headache Pain*, 14(Suppl 1),147-163. <https://DOI.org/10.1186/1129-2377-14-S1-P147>.
34. Sherafat .H; Taheri, A.; Asmai Majd, S; Amiri, M. (2016). The effectiveness of cognitive therapy based on the Douglas model on intolerance of uncertainty, cognitive avoidance and positive anxiety beliefs in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 9: (2), 29-15. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=309824>.
35. Koerner, N., Mejia, T., Kusec A.(2017). What's in a name? Intolerance of uncertainty, other uncertainty-relevant constructs, and their differential relations to worry and generalized anxiety disorder. *Cogn Behav Ther*, 46(2) ,141-61. [DOI:10.1080/16506073.2016.1211172](https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1211172)
36. Verhiel, S.H.W.L., Greenberg, J., Zale, EL., Chen, NC., Ring, DC., Vranceanu AM. (2019). What role does positive psychology play in understanding pain intensity and disability among patients



- with hand and upper extremity conditions? Clin Orthop Relat Res, 47(8), 1769-1776. DOI: [10.1097/CORR.0000000000000694](https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000000694).
37. Gilbert P.(2010). The origins and nature of compassion focused therapy, BJCP, 53(1), 6-41. DOI:[10.3389/fpsyg.2020.586161](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586161).
38. Kolts R.(2016). CFT made simple: a clinician's guide to practicing compassion-focused therapy, Oakland, CA: *New Harbinger Publications*, p. 3. ISBN 10: [1626253099](https://doi.org/10.1626253099).
39. Ghaffari Jahed, Z; Amini, N; Direh. A ; Mirzaei, K. (2020). The effectiveness of compassion-based therapy on pain perception and perfectionism in men with irritable bowel syndrome. Journal of the School of Medicine. 63: (4), 35-25. DOI:[10.22038/mjms.2020.17479](https://doi.org/10.22038/mjms.2020.17479).
40. Leopold SS. (2019). Editor's Spotlight/Take 5: What role does positive psychology play in understanding pain intensity and disability among patients with hand and upper-extremity conditions? Clin Orthop Relat Res, 477(8), 1765-1768. DOI: [10.1097/CORR.0000000000000858](https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000000858).
41. Fatolahzadeh. N; Majlisi, Z; Mazaheri, Z; Rostami, M.; Nawabi Nejad, Sh. (2017). The effectiveness of compassion-focused therapy on internalized and self-critical shame in emotionally abused women. Psychological studies. (2), 112-102. DOI: [10.22051/psy.2017.12381.1274](https://doi.org/10.22051/psy.2017.12381.1274).
42. Britton. G. I; Neale. S. E; Davey. G. C.L. (2019). The effect of worrying on intolerance of uncertainty and positive and negative beliefs about worry. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, (62)7, 65-71. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.09.002>.
43. Hill, R .W., Huelsmann, T. J., Furr, R. M., Kibler, J., Vicente, B. B., Kennedy, C. A. (2004). new measure of perfectionism Inventory. Journal of Personality Assessment, 82,80-91.
44. Freeston, M., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? Personality and Individual Differences, 17, 791-802.
45. Behvandi, N; Khayatan, F; Golparvar, M.(2021). Develop an empathy-based emotion therapy package and compare its effectiveness with compassion-based therapy on sleep quality, quality of life, perfectionism, intolerance of uncertainty and irrational beliefs of patients with early headache symptoms. Ph.D. Thesis. Isfahan Azad University
46. Abdulpour, AH; Hashemi, I; Sheri. M; Alizadeh, F. (2017). The relationship between intolerance, uncertainty and metacognitive beliefs with anxiety in people with depressive symptoms. Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry. 5: (2), 26-15. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-296-fa>.
47. Qanawati, M.; Bahrami, F .; Goodarzi, M.; Roozbehani, H. (2017). The effect of compassion-based therapy on ruminant and anxiety in women with breast cancer. Journal of Health Psychology. 7: (27), 152-142. DOI: [10.30473/hpj.2018.38658.3886](https://doi.org/10.30473/hpj.2018.38658.3886).