

The Effectiveness of Self-Compassion Cognitive Training on Experiential Avoidance & Cognitive Fusion in Patients with Chronic Pain

Sedigheh farokhi¹, Fatemeh rezaei^{*2}, Simin gholamrezaei³

1. ME Student, Department of Psychology, Faculty of literature and humanistic sciences, Lorestan University, Khoramabad, Iran.
2. Assistant Professir, Department of Psychology, Faculty of literature and humanistic sciences, Lorestan University, Khoramabad, Iran.
3. Assistant Professir, Department of Psychology, Faculty of literature and humanistic sciences, Lorestan University, Khoramabad, Iran.

Abstract

One of the health problems is chronic pain which, in addition to the physiological factors of psychological factors, also plays an important role in its continuity. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of self-Compassion cognitive training on the experiential avoidance & cognitive fusion in patients with chronic pain. This study was a semi-experimental study with a pre-test, post-test with control group A total of 30 patients with chronic pain referring to Khorramabad health centers were selected by available sampling method , And randomly assigned to two experimental and control groups, Then, 30 questionnaires of acceptance and practice (Bound et al.) And cognitive fusion (Guillanderz et al.) Were completed as pre-test. The experimental group participated in 8 sessions of 1 hour of group counseling and did not receive any interventional control group Both groups completed the questionnaires as follow-up after the end of treatment sessions. Data were analyzed using covariance analysis. The results of this study showed that cognitive dyslexia education reduced the avoidance of cognitive and cognitive fusion and consequently the reduction of chronic pain in the experimental group.

Key words: self-compassion cognitive training, experiential avoidance, cognitive fusion, chronic pain.

*. rezaeipsyc@gmail.com

اثربخشی آموزش خود دلسوزی شناختی بر اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن

صدیقه فرخی^۱، فاطمه رضایی^{۲*}، سیمین غلامرضایی^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان،

خرم آباد، ایران

s.farokhi370@gmail.com

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

rezaeipsyc@gmail.com

۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

gholamrezaei_s@yahoo.com

چکیده

یکی از مشکلات سلامتی، دردهای مزمن اند که علاوه بر عوامل فیزیولوژیکی، عوامل روانشناختی نیز نقش مهمی در تداوم آن دارند. هدف پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش خوددلسوزی شناختی بر اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن بود. طرح این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر خرم‌آباد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. سپس ۳۰ نفر پرسشنامه پذیرش و عمل (باوند و همکاران) و همجوشی شناختی (گیلاندرز و همکاران) را با عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۱ ساعته مشاوره گروهی شرکت کردند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند و هر دو گروه پس از خاتمه جلسات درمانی پرسشنامه‌های مذکور را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس تحلیل شدند. نتایج پژوهش نشان دادند آموزش خوددلسوزی شناختی سبب کاهش اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی و به تبع آن، کاهش درد مزمن در گروه آزمایش شده است.

واژه‌های کلیدی: آموزش خوددلسوزی شناختی، اجتناب تجربی، همجوشی شناختی، بیماران درد مزمن

مقدمه

مداخلات روانشناختی برای پیشگیری از افت کارکرد و ناتوانی جسمانی و روانی فرد مبتلا است. علاوه بر پیامدهای جسمانی، پیامدهای روانشناختی درد نیز به قدری مهم و تأثیرگذار است که اثرات واقعی ابتلا به درد مزمن را تشدید و بیمار را در انجام بسیاری از فعالیت‌ها ناتوان می‌کنند. با مزمن شدن درد، شناخت و هیجانات بیمار تغییر می‌کنند؛ بنابراین هیجانات منفی که به دنبال افکار و باورهای منفی مرتبط با درد ایجاد می‌شود بر سطح کارکرد و تحمل درد در بیمار تأثیر می‌گذارد (ولاین و همکاران، ۱۹۹۹). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند درد به‌عنوان حس عمومی، دارای پایه‌های زیستی است و عوامل زیست - پزشکی به نخستین گزارش‌های درد در افراد مبتلا منجر می‌شود؛ با این حال، در طول زمان، عوامل شناختی و روانی - اجتماعی، نقش مهمی در مسیر مزمن شدن درد دارند (ترک و ملزاک، ۲۰۱۱)؛ بنابراین با توجه به افزایش شیوع درد مزمن پژوهش‌های گوناگونی به تبیین عوامل دخیل در شکل‌گیری درد حاد به درد مزمن پرداخته‌اند. برخی پژوهشگران نشان دادند عوامل روانشناختی از جمله پریشانی‌ها، خلق افسرده و جسمانی‌سازی متغیرهای مهمی در پیچیده‌تر شدن درد مزمن می‌شوند (پینکاس، بارتون، واجل و فیلد، ۲۰۰۲). سایر پژوهشگران به نقش اساسی ترس و اجتناب در تبدیل درد حاد به مزمن اشاره کرده‌اند. این پژوهشگران ترس از درد را پیش‌زمینه اجتناب از روبه‌رو شدن با محرک‌هایی معرفی کرده‌اند که تداعی‌کننده فرد برای درد هستند. در واقع اجتناب با فرونشانی پاسخ‌های هیجانی می‌تواند ناراحتی هیجانی را افزایش دهد. اینگونه رفتارهای اجتنابی مانع از مواجهه با پیامدهای واقعی (غیرآسیب‌زا) موقعیت تهدیدکننده می‌شود (لدم، اسلاید، تروپ و بنتلی، ۱۹۸۳؛ ولاین و لیتون، ۲۰۰۰).

انجمن بین‌المللی بررسی درد (LASP¹)، درد را تجربه‌ای حسی و هیجانی ناخوشایندی تعریف می‌کند که با آسیب بافتی واقعی یا بالقوه همراه است (مرسکی و بوگداک، ۱۹۹۴). درد بر دو نوع حاد و مزمن^۲ تقسیم می‌شود؛ درد حاد به نوعی از درد گفته می‌شود که مدت زمان حضور آن در بدن در حدود یک ماه طول می‌کشد (بک براید و بلکلو، ۱۹۵۲) و دردی که بیش از دوره مورد انتظار برای درمان طول بکشد و یا دردی که بیش از ۶ ماه طول بکشد (همراه یا بدون آسیب مشهود) را درد مزمن گویند؛ هرچند در عمل، دردی که بیش از ۳ ماه طول بکشد نیز درد مزمن در نظر گرفته می‌شود (مردیت، اونزورث و استرونک، ۲۰۰۸). درد مزمن امروزه مشکل جهانی و از مهم‌ترین معضلات پزشکی مطرح می‌شود که سالانه میلیون‌ها نفر دچار آن می‌شوند (بلیت و همکاران، ۲۰۰۱). تخمین زده می‌شود که ۱۲ تا ۳۰ درصد از جمعیت، یک نوع از درد مزمن را داشته باشند (اسکوفلوچر، تانزر و جووی، ۲۰۱۱). شیوع آن در طول زندگی برای هر فردی ۱۱ تا ۵۵ درصد است (آنو و همکاران، ۲۰۱۵). براساس برآورد سازمان جهانی بهداشت، دردهای مزمن اصلی‌ترین دلیل مرگ‌ومیر و ناتوانی عمومی در سال ۲۰۲۰ خواهند بود (اپینگ جردن، بنگوا، کاوا و ساباتا، ۲۰۰۱). در ایران شیوع ۶ ماهه درد مزمن در جمعیت بزرگسال (۱۸ تا ۶۵ سال) از ۹ تا ۱۴ درصد و در جمعیت سالمند (۶۰ تا ۹۰ سال) حدود ۶۷ درصد گزارش شده است (تقی پور، حسینی، کیا، عباسپور و قدیمی، ۱۳۹۲). درد مزمن تا حد زیادی بر عملکرد روزانه و حرفه‌ای شخص مبتلا اثر منفی می‌گذارد و علاوه بر درمان‌های دارویی و پزشکی نیازمند

1.international association for the study of pain
3.chronic pain

نیازها و تمایلات مان تداخل پیدا می‌کند (لیهی، ۲۰۱۵). به علاوه، باورهای غیرمنطقی و همجوشی شناختی می‌توانند تحریف‌های شناختی را پیش‌بینی کنند (سرابی، زارع، علیپور و عرفانی، ۱۳۹۵). افراد با باورهای غیرمنطقی و همجوشی شناختی کم، نشانه‌های روانشناختی و جسمانی کمتری دارند. همجوشی شناختی، مفهومی شناختی و اجتماعی است و چنان شخص را گیج می‌کند که پس از مدتی تفسیر درست از تجارب شخصی تلقی می‌شود و دیگر قابل تشخیص از تجارب واقعی فرد نیست (سامادیفارد، ۲۰۱۶). همچنین همجوشی شناختی زمانی رخ می‌دهد که افکار فرد روی رفتار اثر گذارند و باعث شوند فرد به جای توجه به فرایند فکر (زمینه) به تولیدات فکر (محتوا) توجه کنند (هیز، لئوما بوند، ماسودا و لیلیس، ۲۰۰۶). به عبارتی، فرد طوری تحت تأثیر افکارش قرار می‌گیرد که گویی کاملاً واقعی‌اند و موجب می‌شود رفتار و تجربه بر دیگر منابع تنظیم رفتار او حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم حساسیت کمتری پیدا کند (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین همجوشی شناختی در نارضایتی از بدن و کاهش انعطاف‌پذیری روانشناختی نقش دارد (ترینداو و فرییرا، ۲۰۱۴؛ هیز و لیلیس، ۲۰۱۲).

با توجه به اینکه درد مزمن به دلیل ویژگی عود و مستمر بودن، علت مراجعات مکرر افراد نسبتاً زیادی به سیستم درمانی است که غیر از تحمیل هزینه‌های زیاد، مشکلات زیستی، روانی و اجتماعی را به همراه دارد (ادوارد، فلینگیم و کیف، ۲۰۰۱) و از طرفی، درمان قطعی برای آن وجود ندارد و بیشتر، راهکارهای درمانی با شکست مواجهه می‌شود (بلیت و همکاران، ۲۰۰۱). بنابراین در سال‌های اخیر کاربرد رویکردهای روانشناختی (ماجد، علی و سادک، ۲۰۱۸) و مخصوصاً روانشناسی مثبت‌گرا در زمینه‌های مختلف روانشناسی

همچنین یافته‌ها نشان می‌دهند افرادی که مبتلا به درد مزمن‌اند، سطح بیشتری از اجتناب تجربه‌ای^۱ (کاستا و پینتو گویا، ۲۰۱۳)، همجوشی شناختی^۲ (گیلاندرز، سلینکر، مک‌لین و جاردین، ۲۰۱۵) دارند. از طرف دیگر، باورهای ناکارآمد فراشناختی و اجتناب تجربه‌ای با مؤلفه‌های فراتشخیصی بسیار دیگر رابطه دارد که این عامل به اهمیت این دو مؤلفه اشاره دارد؛ برای مثال اجتناب تجربه‌ای با افکار منفی تکرارشونده و باورهای فراشناختی ناکارآمد همبستگی معناداری دارد (مک‌اوی، مولدز و ماهونی، ۲۰۱۳). اجتناب تجربه‌ای فرایندی است شامل ارزیابی‌های منفی از حس‌ها، احساسات و افکار خصوصی ناخواسته و تمایل نداشتن به تجربه کردن این رویدادهای خصوصی و تلاش عمدی برای کنترل یا فرار از آنها (کاشدان، باروریوس، فورسایت و استیگر، ۲۰۰۶). اشخاص به‌منظور اجتناب کردن از تجارب دردناک اجتناب تجربی را به کار می‌برند. این سازه دو بخش دارد: بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت‌های بدنی، هیجان‌ات، افکار، خاطرات و زمینه‌های رفتاری) و تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌شود (هیز، استروسال و ویلسون، ۱۹۹۹). اجتناب در دو زمان اتفاق می‌افتد؛ در زمان درد، بیمار به دنبال فرار از این احساس است؛ به‌طور مثال ترس از درد و دوم، این احتمال وجود دارد که بیمار در آینده در زمان تجربه درد مضطرب شود که نتیجه آن رفتارهای اجتنابی است. در هر دو مورد، خواه بیمار به دنبال توقف درد یا اجتناب از درد در آینده

باشد، احتمال دارد به‌طور معنی‌داری الگوی رفتاری‌اش را تغییر دهد (گیسر و همکاران، ۲۰۰۵). اجتناب از پاسخ‌های هیجانی مان، با درک تعاملات ما با دیگران،

3.avoid experiences
4.cognitive fusion

سلامت از جمله بیماری‌های مزمن توجه پژوهشگران بسیاری را به خود جلب کرده است؛ به گونه‌ای که هر روز پیشرفت‌های چشمگیری در زمینه‌های پژوهشی و درمانی این رویکرد به چشم می‌خورد. در روانشناسی مثبت‌گرا بر استعداد و توانمندی انسان به جای ناهنجاری و اختلال تأکید می‌شود؛ بنابراین عواملی که بیشترین تطابق با نیازها و تهدیدهای آدمی را موجب می‌شوند، موضوعات کلیدی این رویکردند (کامپیل سیلس، کوهان و آستین، ۲۰۰۶).

آموزش خوددلسوزی شناختی نگرش مثبت به خود تعریف می‌شود که موجب ارتقای سلامت روان در افراد می‌شود (وانگ، چن، پوون، تنگ و جین، ۲۰۱۷).

افرادی که با خود به مهربانی بیشتری رفتار می‌کنند، به احتمال کمتری خود را سرزنش می‌کنند و به احتمال بیشتری به مراقبت از خود و بهبود سلامتی خود اهمیت می‌دهند (تری و لری، ۲۰۱۱). ویژگی متمایز خوددلسوزی آن است که به سمت درد و رنج شخصی فرد جهت داده می‌شود و جزء مهم در رویکرد روانشناسی مثبت‌نگر محسوب می‌شود (هولیس والکر و هولیسیمو، ۲۰۰۱). خوددلسوزی شامل مراقبت کردن

نسبت به خود در مواجهه با سختی‌ها و یا نارسایی‌های ادارک شده است؛ به گونه‌ای که از احساسات دردناک و ناراحت کننده اجتناب نمی‌شود؛ بلکه با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی به آنها نزدیک می‌شود (نف، رود و کریکپاتریک، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر، دلسوزی به خود شکل سالم خودپذیری است که بیان‌کننده میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی است و شامل سه عنصر اصلی است؛ نخست اینکه هر زمان که فرد متوجه ناکارآمدی خود شود و از آن رنج ببرد، موجودیت (بودن) خود را دوست می‌دارد و آن را درک می‌کند. دوم حسی است از ویژگی مشترک انسانی و تشخیص این امر که درد و شکست،

جنبه‌های غیرقابل اجتناب و مشترک در بین همه انسان‌هاست. نهایتاً خوددلسوزی معرف آگاهی متعادل نسبت به هیجانات خود است و توانایی مواجهه با افکار و احساسات رنج‌آور (به جای اجتناب از آنها) بدون بزرگ‌نمایی و یا احساس غم و تأسف برای خود است و کمبودها و نواقص خود را درک می‌کند. این مهربانی با خود سبب احساس امنیت، افزایش ارتباط اجتماعی و کاهش انتقاد از خود، نشخوار فکری، سرکوب افکار و اضطراب می‌شود (نف، ۲۰۱۱)؛ بنابراین آموزش متمرکز بر خوددلسوزی شناختی در میان افرادی که از مشکلات سلامت روان مزمن (نف و ونک، ۲۰۰۹) و حتی مشکلات جسمی (سیکیس، برادلی و دافی، ۲۰۱۷) رنج می‌برند و در جلسات آموزش خوددلسوزی شناختی شرکت کرده بودند، مؤثر بود.

در پایان با توجه به نقش مهم خوددلسوزی شناختی در پذیرش درد (کاستا و پینتو گوویا، ۲۰۱۱)، عاطفه مثبت، افزایش سطح سازگاری و عملکرد روانشناختی (ورن و همکاران، ۲۰۱۲) در مبتلایان به درد مزمن، پژوهش حاضر یک فرضیه اصلی و دو فرضیه فرعی زیر را بررسی کرده است:

۱- آموزش اثربخشی خوددلسوزی شناختی بر اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن تأثیر دارد.

۲- آموزش خوددلسوزی شناختی بر اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به درد مزمن تأثیر دارد.

۳- آموزش خوددلسوزی شناختی بر همجوشی شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن تأثیر دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه

پایایی باز آزمون ۰/۷۱ به دست آمده است (عباسی، فتی، مولوی و ضرابی، ۱۳۹۰).

پرسشنامه همجوشی شناختی^۲ (CFS): این پرسشنامه را گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۴) ارائه دادند که حاوی ۱۲ سؤال است که دارای دو زیر مقیاس همجوشی و گسلس است و براساس مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (از همیشه درست تا هرگز درست نیست) تنظیم شده است (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۴). زارع (۱۳۹۳) برای هنجاریابی پرسشنامه مذکور، ۳۷۹ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های پیام‌نور و سنتی را آزمود. نتایج حاکی از این بود که این پرسشنامه از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است؛ به نحوی که ضریب آلفای کرونباخ برای آن ۰/۷۶ به دست آمده است (زارع، ۱۳۹۳).

روش اجرا و تحلیل: طرح درمان براساس روش درمانی آموزش خوددلسوزی گیلبرت (۲۰۰۹) بود که گل‌پور و همکاران (۱۳۹۳) در ایران آن را استاندارد کردند. پژوهشگر طی ۸ جلسه هفتگی یک ساعت، آموزش خوددلسوزی شناختی را روی گروه آزمایش اجرا کرد. در طول این مدت آزمودنی‌های گروه گواه آموزشی دریافت نکردند. پس از اتمام دوره آموزشی بلافاصله از هر دو گروه پس‌آزمون‌هایی از مقیاس‌های اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی به عمل آمد. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، بعد از اتمام پژوهش بسته آموزشی خوددلسوزی شناختی روی گروه گواه اجرا شد. محتویات جلسه آموزشی به اختصار در جدول ۱ آورده شده‌اند. این مطالعه دارای کد اخلاق (IR.LUMS.REC.1397.009) از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی لرستان بود.

آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه کننده به مراکز درمانی در شهر خرم‌آباد تشکیل دادند که ۳۰ نفر از آنان به روش نمونه‌گیری در دسترس از جامعه مدنظر، انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر در قالب گروه آزمایش و ۱۵ نفر در قالب گروه گواه) گمارده شدند. قبل از آموزش برنامه خوددلسوزی شناختی از هر دو گروه، پیش‌آزمون‌های از متغیرهای پژوهش شامل اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی به عمل آمد. سپس به آزمودنی‌های گروه آزمایش با رعایت معیارهای ورود پژوهش، تمایل به همکاری در جلسات، درد به مدت دست کم ۶ ماه، حداقل سواد سیکل و نداشتن بیماری خطرناک یا جسمی بدخیم مثل سرطان همچنین معیارهای خروج داشتن بیماری حاد روانی، تمایل نداشتن به همکاری و غیبت بیش از دو جلسه بود.

ابزار سنجش: پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش^۲ (AAQ-II): باوند و همکاران (۲۰۱۱) این پرسشنامه را برای سنجش انعطاف‌پذیری روانشناختی، به‌ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین کردند و دارای ۷ سؤال است. سؤال‌های این پرسشنامه براساس درجه‌ای ۷ (هرگز-۱، خیلی بندرت-۲، بندرت-۳، گاهی اوقات-۴، بیشتر اوقات-۵، تقریباً همیشه-۶، همیشه-۷) رتبه‌بندی می‌شوند. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روانشناختی پایین‌تر و اجتناب تجربه‌ای بالاتر است. پایایی آزمون - بازآزمون این پرسشنامه توسط بوند و همکاران ۰/۸۱ همسانی درونی آن ۰/۸۴ به دست آمده است (بوند و همکاران، ۲۰۱۱). در ایران نیز به ضریب پایایی آلفای کرونباخ پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش دوم ۰/۸۹ و ضریب

² cognitive Fusion Questionnaire

¹ acceptance and Action Questionnaire.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش خوددلسوزی گیلبرت (۲۰۰۹)

جلسه	توضیح
اول	معارفه و بیان هدف آموزش و اجرای پیش‌آزمون
دوم	آموزش همدلی
سوم	آموزش همدردی
چهارم	آموزش بخشایش
پنجم	آموزش پذیرش مسائل
ششم	آموزش رشد احساسات
هفتم	آموزش مسئولیت‌پذیری
هشتم	جمع‌بندی و خاتمه

یافته‌ها

اجتماعی اقتصادی، مدت بیماری و سطح تحصیلات) و نمرات پیش‌آزمون متغیرهای وابسته برای کنترل متغیرهای مدخله گزینش شد که طبق نتایج به دست آمده بین این متغیرها همبستگی وجود نداشت ($p > 0.05$)؛ بنابراین این متغیرها کنترل نشده‌اند.

از نظر مفروضه‌های لازم، نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو و ویلک، مفروضه برابری واریانس‌ها با آزمون لوین و همچنین مفروضه همگن بودن واریانس‌ها با آزمون همگنی شیب رگرسیون بررسی شد. نتایج نشان دادند این پیش‌فرض‌ها برقرار بودند ($P > 0.05$).

در گروه آزمایش میانگین نمرات پیش‌آزمون اجتناب تجربه‌ای ۱/۹۵ ع ۳۶/۳۳ و میانگین همجوشی شناختی ۵/۴۱ ع ۳۹/۰۶ و در گروه گواه نیز میانگین نمرات پیش‌آزمون اجتناب تجربه‌ای ۶/۳۴ ع ۳۷/۶ و میانگین همجوشی شناختی ۴/۳۶ ع ۴۴/۸ است. میانگین نمرات پس‌آزمون اجتناب تجربه‌ای در گروه آزمایش ۲/۵۴ ع ۳۱/۷۳ و میانگین همجوشی شناختی ۳/۴۵ ع ۳۴/۷۳ است و در گروه گواه میانگین اجتناب تجربه‌ای

اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه آماری نشان می‌دهند بیشتر بیماران، زنان خانه‌دار (۰/۶۶) با گروه سنی بین ۳۵ تا ۴۰ سال، متأهل (۰/۸۰) و وضعیت اجتماعی و اقتصادی متوسط (۷۳/۳۳) و با سطح تحصیلات دیپلم (۵۳/۳۳) بودند که طول ابتلا به درد در این بیماران بین ۱ تا ۵ سال بود.

برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره استفاده شد. استفاده از آزمون F به عنوان یک آزمون پارامتریک، مستلزم رعایت برخی پیش‌فرض‌های آماری است. این پیش‌فرض‌ها شامل: ۱. فاصله‌ای یا نسبی بودن مقیاس اندازه‌گیری متغیرهای وابسته؛ ۲. نمونه‌گیری یا گمارش تصادفی آزمودنی‌ها؛ ۳. توزیع نرمال نمرات متغیرهای وابسته؛ ۴. همسانی واریانس‌های متغیر وابسته؛ ۵. تساوی یا تناسب حجم نمونه‌ها؛ ۶. همگنی شیب رگرسیون؛ ۷. کنترل متغیرهای همگام و ناخواسته در پژوهش. قبل از انجام آزمون تحلیل کواریانس، همبستگی بین متغیرهای جمعیت-شناختی (سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت

۵۱/۶ع ۳۶/۶ و میانگین همجوشی شناختی ۲/۸۴ع ۴۳/۶۶ است.

جدول ۲. تحلیل کواریانس چند مغیره برای اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی

اثر	ارزش	خطا	F	سطح معنا داری	اندازه اثر
پس‌آزمون	۰/۲۸	۲۵	۳۲/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۲

فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش خوددلسوزی شناختی بر اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی تأیید می‌شود.

به منظور تعیین اینکه در کدام یک از متغیرها تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون وجود دارد، از آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شدند.

با توجه به جدول ۲، پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون، آموزش خوددلسوزی اثر معنی‌داری برای عامل عضویت گروهی (اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی) وجود دارد. این اثر چندمتغیره نشان می‌دهد آموزش اثربخشی خوددلسوزی شناختی بر اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی بر بیماران مبتلا به درد مزمن در مرحله پس‌آزمون تأثیر دارد و بین اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$)؛ بنابراین

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره بررسی تأثیر آموزش خوددلسوزی شناختی بر اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش گواه در مرحله پس‌آزمون

متغیر وابسته	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنا داری	اندازه اثر	توان آماری
اجتناب تجربه‌ای	پیش‌آزمون	۵۷۶/۶۴	۱	۵۷۶/۶۴	۱۴۲/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱
	اثر اصلی	۹۷/۶۳	۱	۹۷/۶۳	۲۵/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۹
همجوشی شناختی	پیش‌آزمون	۱۷/۶۲	۱	۱۷/۶۲	۱/۸۱	۰/۱۸	۰/۰۶	۰/۲۵
	اثر اصلی	۳۵۰/۹۶	۱	۳۵۰/۹۶	۳۴/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱

نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر همجوشی شناختی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($F=34/88$ و $P < 0/001$). با توجه به میانگین‌های مشاهده‌شده، می‌توان نتیجه گرفت آموزش خوددلسوزی شناختی موجب کاهش ۷۲ درصدی همجوشی شناختی در مرحله پس‌آزمون شده است؛ بنابراین این فرضیه نیز تأیید می‌شود و توان آماری ۰/۹۹ برای اجتناب تجربه‌ای و ۱ برای همجوشی شناختی نشان‌دهنده دقت آماری بسیار زیاد و کیفیت حجم نمونه است.

با توجه به نتایج جدول ۳، با کنترل نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه در نمرات اجتناب تجربه‌ای در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($F=25/04$ و $P < 0/001$). با توجه به میانگین‌های مشاهده‌شده می‌توان نتیجه گرفت فرضیه فرعی یک مبنی بر بررسی تأثیر آموزش خوددلسوزی شناختی بر اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به درد مزمن تأثیر معناداری دارد و موجب کاهش ۴۹ درصدی اجتناب تجربه‌ای در مرحله پس‌آزمون شده است؛ بنابراین این فرضیه تأیید می‌شود. همچنین با کنترل

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش خوددلسوزی شناختی بر کاهش اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی در بین بیماران مبتلا به درد مزمن صورت گرفت. نتایج حاصل از پژوهش نشان دادند آموزش خوددلسوزی شناختی باعث کاهش معنادار اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی می‌شود. نتایج حاصل از پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های قبلی از جمله ورن و همکاران (۲۰۱۲)، کاستا و همکاران (۲۰۱۳)، سیکیس و همکاران (۲۰۱۷) و زارع (۱۳۹۶) همسو است.

در تبیین یافته به دست آمده در ارتباط با تأثیر آموزش خوددلسوزی بر درد مزمن باید عنوان کرد افرادی که حس خوددلسوزی زیادی دارند نسبت به افرادی که حس خوددلسوزی کمی دارند، سلامت روانشناختی بیشتری دارند؛ زیرا در آنها درد گریزناپذیر و احساس شکستی که همه افراد تجربه می‌کنند با سرزنش خودبیرحمانه، احساس انزوا و همانندسازی فزاینده با افکار و هیجانات استمرار نمی‌یابد؛ بلکه از اشتراکات انسانی‌اند و با مهربانی و فهم به آنها نزدیک می‌شوند و هیجان‌های منفی به حالت احساسی مثبت تری تبدیل می‌شوند (نف، و همکاران، ۲۰۰۷). با توجه به اینکه نگرش‌ها، باورها و انتظارات بیماران درباره خود و مشکلشان، منابع مقابله با بیماری و همچنین سیستم مراقبت بهداشتی، بر میزان ابراز درد، ناتوانی و نیز پاسخ بیمار به درمان اثر می‌گذارند، باورهای بیماران مبتلا به درد مزمن، مبنی بر پایان‌ناپذیر بودن و استمرار درد در آینده سبب درد شدیدتری می‌شود (ترک و ملزاک، ۲۰۱۱). در صورتی که دلسوزی به خود مستلزم این است که فرد زمانی که آسیب می‌بیند به جای آنکه رنج متحمل شده را نادیده بگیرد یا خود را به باد انتقاد بگیرد، نسبت به

خود مهربان باشد و خود را درک کند (نف و همکاران، ۲۰۰۷). در واقع دلسوزی به خود مانند ضربه گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند. افرادی که دلسوزی به خود زیادی دارند، از آنجا که با سخت‌گیری کمتر خودشان را قضاوت می‌کنند، وقایع منفی در زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌های آنها دقیق‌تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی‌شان است (تری و لری، ۲۰۱۱)، همچنین با درمان مبتنی بر خوددلسوزی شناختی، افراد یاد می‌گیرند تجربه‌های جدیدی را به کار بگیرند که این امر موجب منظم‌تر شدن فعالیت‌ها و یادگیری رفتارهای جایگزین و سازگارانه‌تر می‌شود؛ به همین دلیل خوددلسوزی شامل توانایی نظارت بر هیجانات خود و به طرز ماهرانه‌ای استفاده کردن از این اطلاعات به منظور هدایت افکار و اعمال است (نف، ۲۰۱۱).

همچنین، نتایج حاصل از پژوهش نشان دادند آموزش خوددلسوزی شناختی به کاهش اجتناب تجربه‌ای در بیماران مبتلا به درد مزمن منجر می‌شود. در ارتباط با تبیین یافته فوق می‌توان گفت اجتناب از موقعیت تهدیدکننده باعث کاهش درد، ترس، تنش و اضطراب و در نهایت تقویت رفتارهای اجتنابی می‌شود. اینگونه رفتارهای اجتنابی مانع از مواجهه با پیامدهای واقعی (غیر آسیب‌زا) موقعیت تهدیدکننده می‌شود. در واقع اجتناب با فرونشانی پاسخ‌های هیجانی می‌تواند ناراحتی هیجانی را افزایش دهد و با پردازش هیجانی کارآمد تداخل پیدا کند؛ به گونه‌ای که اگر رفتار اجتنابی به درستی انجام نشود، هیجان‌های منفی دوباره آغاز می‌شوند (ولاین و لیتتون، ۲۰۰۰)؛ اما خوددلسوزی باعث می‌شود فرد از احساسات دردناک اجتناب نکند، بلکه با مهربانی و فهم و احساسات اشتراکات انسانی به آنها نزدیک شود و به‌طور سازگارانه با آنها مقابله کند و این مهربانی به خود باعث

در ارتباط با تبیین چگونگی تأثیر آموزش خوددلسوزی بر همجوشی شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن می‌توان گفت متغیرهای روانشناختی شناختی از جمله شناخت‌ها، نگرش‌ها و اضطراب در مقایسه با عوامل بیومکانیکی و بیوپزشکی بر عوامل خطرزای درد اثر بیشتری دارند (پینکاس و همکاران، ۲۰۰۲). منظور از همجوشی شناختی به عنوان مفهوم شناختی این است که فرد طوری از افکارش تأثیر می‌گیرد که گویی واقعی‌اند و موجب می‌شود رفتار و تجربه بر دیگر منابع تنظیم رفتاری کاملاً حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم، حساسیت کمتری پیدا کند (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین همجوشی شناختی هنگامی رخ می‌داد که واکنش‌ها بیشتر با رویدادهای کلامی هدایت می‌شدند تا رویدادهای محیطی. «درهم آمیزی» محرک تجربی و رویدادهای کلامی به همجوشی شناختی منجر می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۰۶)؛ بنابراین با درمان مبتنی بر خوددلسوزی شناختی، افراد یاد می‌گیرند رابطه‌شان را با افکار و دیگر تجارب درونی تغییر دهند و آنها را رویدادهای ذهنی ببینند که یکی پس از دیگری می‌آیند و می‌روند. پذیرش افکار به عنوان افکار، احساسات به عنوان احساسات و هیجانات همان‌گونه که هستند، نه بیشتر و نه کمتر به تضعیف همجوشی‌های شناختی منجر می‌شوند و در کنار آن، پذیرش رویدادهای درونی، هنگامی که شخص در جدال با پریشانی‌ها و آشفتگی‌های خود نیست، به او اجازه توسعه خزانه رفتاری اش را می‌دهد و می‌تواند از زمانی که بدین ترتیب به دست می‌آورد، برای انجام فعالیت‌های ارزشمند خود استفاده کند و خود را به یک زندگی ارزشمند و هدفمند متعهد سازد (هیز و لیلیس، ۲۰۱۲)؛ بنابراین هنگامی که افراد از احساس خوددلسوزی بیشتری نسبت به خود برخوردارند دارای دیدگاه متعادل نسبت به احساسات

تغییر عواطف منفی به مثبت می‌شود؛ همچنین دلسوزانه قضاوت خود را ارزیابی می‌کند (نف و ونک، ۲۰۰۹). اجتناب تجربی همچنین واکنش‌های سرزنش‌گرایانه نسبت به تجارب درونی فرد را افزایش می‌دهد که به پنهان کردن پاسخ‌های هیجانی فرد منجر می‌شود. تلاش‌های مکرر برای حذف افکار، هیجانات و حس‌های بدنی معین به بروز هیجانات منفی نسبت به این رویدادهای درونی منجر می‌شود. این وضعیت می‌تواند روی برانگیختگی فیزیولوژیکی فرد هم اثر بگذارد و احتمالاً آن را افزایش دهد (لیهی، ۲۰۱۵). همچنین اجتناب از درد می‌تواند به ناتوانی، از کارافتادن و افسردگی منجر شود؛ در نتیجه، می‌توان فرض کرد درگیری در رفتارهای اجتنابی یکی متغیرهای مهم در کاهش فعالیت فرد تلقی می‌شود (گیسر و همکاران، ۲۰۰۵)؛ اما براساس نظر آلن و لری، خود-دلسوزی دارای منابع مقابله‌ای مناسب است که به افراد کمک می‌کند تا با رویدادهای منفی زندگی خود مواجهه شود. همچنین خود-دلسوزی به افراد کمک می‌کند تا احساس بیشتری از تعلق و امنیت داشته باشند. این مسئله به کیفیت بهتر زندگی منجر می‌شود. به علاوه خود-دلسوزی موجب احساس مراقبت فرد نسبت به خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به نابسندگی و شکست‌های خود و پذیرش این نکته می‌شود که تجارب و رنج‌بخشی از تجارب معمول بشری است (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین با توجه به اینکه یافته پژوهش آموزش خوددلسوزی شناختی موجب کاهش اجتناب تجربی در گروه آزمایش شد، می‌توان نتیجه گرفت اجتناب تجربی باعث افزایش رفتارهای منفی می‌شود و با آموزش خوددلسوزی شناختی افراد یاد می‌گیرند با این رویدادها مقابله سازگار داشته باشند.

همچنین در جمع‌آوری داده‌های پژوهش حاضر به ابزار خود گزارشی اکتفا شده است، بنابراین محدودیت مربوط به ابزار هم باید در نظر گرفت. از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش انجام‌ندادن مرحله پیگیری بود.

براساس این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود این پژوهش با حجم نمونه بیشتر و انجام پژوهش در زمان‌ها و مکان‌های مختلف و همچنین استفاده از ابزارهای مشابه دیگر برای گردآوری داده‌ها تکرار شود. همچنین این رویکرد درمانی در مدت زمان طولانی به‌منظور اثربخشی بیشتر ارائه شود. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران، سایر عوامل مؤثر و میانجی را بررسی کنند و با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود علاوه بر درمان‌های دارویی، به عوامل روانشناختی برای کاهش دردهای مزمن و فیزیکی توجه شود. همچنین یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌تواند در برنامه‌ریزی برای مدیریت درد مزمن مفید واقع شود و به پژوهشگران، مسئولان و متولیان برنامه‌ریزی برای ارائه مراقبت‌های بهتر برای مدیریت مؤثر درد مزمن کمک کند.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از مسئولان مرکز درمانی و همچنین بیماران مبتلا به درد مزمن که در جلسات آموزشی شرکت کردند، تشکر و قدردانی به عمل آورند.

منابع

تقی‌پور درزی، م؛ حسینی، ر؛ کیا، ک؛ عباسپور، م و قدیمی، ر (۱۳۹۲). بررسی شیوع درد اسکلتی - عضلانی و ارتباط آن با عملکردی سالمندان. مجله دانش و تندرستی، ۸(۲)، ۷۶-۷۲.

منفی خود می‌شوند که سبب می‌شود این احساسات نه به‌طور اغراق‌آمیز شایان توجه قرار می‌گیرند و نه سرکوب می‌شوند؛ بلکه از این طریق، موقعیت خود را در دید وسیع‌تر بررسی می‌کنند، انطباق‌سازگاران با رویدادهای ناخوشایند، توانایی افراد مبتلا به درد مزمن را برای برخورد با احساسات منفی را متعادل می‌کند و در بیشتر موارد به درد به‌عنوان عامل محدودیت برای انجام امور زندگی خود نگاه نمی‌کنند که این خود در نهایت در کاهش احساس درد و محدودیت‌های ناشی از آن نقش موثری دارد (نف، ۲۰۱۱).

به‌طور کلی یافته‌های این پژوهش بیان‌کننده کاربرد مهم خوددلسوزی شناختی در سازگاری با درد مزمن است. خوددلسوزی به‌عنوان یکی از رویکردهای روان‌شناسی مثبت می‌تواند رشد مداخله‌ای و پژوهشی را در حوزه روان‌درمانی به‌دنبال داشته باشد؛ همچنین اهمیت مقابله با رویدادهای منفی برای ارتقا سلامت روانی را برجسته می‌کند؛ بنابراین، با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود از آموزش خوددلسوزی شناختی در مداخلات مربوط به بهبود درد مزمن استفاده شود. این روش می‌تواند به‌صورت فردی و گروهی برای انواع مشکلات بالینی، استفاده و موجب افزایش سلامت و واکنش‌های سازگاران شود؛ بنابراین در راستای یافته‌های حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود از آموزش خوددلسوزی شناختی در مداخلات مربوط به حوزه‌های دیگر روانشناختی استفاده شود. به‌کارگیری آموزش خوددلسوزی شناختی می‌تواند باعث کاهش درد مزمن بیماران مبتلا به درد مزمن و به تبع آن، افزایش کیفیت زندگی آنان شود.

با توجه به اینکه نمونه آماری پژوهش حاضر از بیماران مبتلا به درد مزمن شهر خرم‌آباد بوده، باید در تعمیم نتایج آن به سایر مناطق کشور احتیاط کرد.

- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behavior Research and Therapy*, 44(4), 585-599.
- Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: Using the Chronic Pain Acceptance Questionnaire to identify patients' subgroups. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(4), 292-302.
- Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2013). Experiential avoidance and self-compassion in chronic pain. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(8), 1578-1591.
- Edwards, C. L., Fillingim, R. B., & Keefe, F. (2001). Race, ethnicity and pain. *Pain*, 94(2), 133-137.
- Epping-Jordan, J., Bengoa, R., Kawar, R., & Sabaté, E. (2001). The challenge of chronic conditions: WHO responds: The sooner governments act, the better. *BMJ: British Medical Journal*, 323(7319), 947.
- Geisser, M. E., Ranavaya, M., Haig, A. J., Roth, R. S., Zucker, R., Ambroz, C., & Caruso, M. (2005). A meta-analytic review of surface electromyography among persons with low back pain and normal, healthy controls. *The journal of Pain*, 6(11), 711-726.
- Gilbert, P. (2009). Introducing Compassion-focused Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., & Masley, S. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101.
- Gillanders, D. T., Sinclair, A. K., MacLean, M., & Jardine, K. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 300-311.
- Hayes, S. C., & Lillis, J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes
- زارع، ح (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود انعطاف پذیری و همجوشی شناختی. فصلنامه علمی - پژوهشی. شناخت اجتماعی. ۶(۱)، ۱۳۰-۱۲۱.
- سرابی، م؛ زارع، ح؛ علیپور، الف و عرفانی، ن (۱۳۹۵). پیش‌بینی تحریف‌های شناختی براساس باورهای غیرمنطقی و همجوشی شناختی. فصلنامه علمی - پژوهش شناخت اجتماعی، ۵(۲)، ۱۷۸-۱۶۶.
- عباسی، الف؛ فتی، ل؛ مولودی، ر و ضرابی، ح (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. جهاد دانشگاهی. روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۱۰(۱)، ۸۰-۶۵.
- گل‌پور، ر؛ ابوقاسمی، ع؛ احدی، ب و نریمانی، م (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش خوددلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی، پایان‌نامه دکتری، رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی. ۶۴-۵۳.
- Anno, K., Shibata, M., Ninomiya, T., Iwaki, R., Kawata, H., Sawamoto, R., & Hosoi, M. (2015). Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: the Hisayama Study. *Psychiatry*, 15(1), 181.
- BacBryde, C. M., & Blacklow, R. S. (Eds.). (1952). *Signs and symptoms: applied pathologic physiology and clinical interpretation*. Lippincott
- Blyth, F. M., March, L. M., Brnabic, A. J., Jorm, L. R., Williamson, M., & Cousins, M. J. (2001). Chronic pain in Australia: a Prevalence Study. *Pain*, 89(2-3), 127-134.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688.

- in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908-916.
- Pincus, T., Burton, A. K., Vogel, S., & Field, A. P. (2002). A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*, 27(5), 109-120.
- Samadifard, H. R. (2016). The relationship between self-compassion and cognitive fusion with quality of life among students. In *The International Congress of Psychology. Iran, Tehran*.
- Schopflocher, D., Taenzer, P., & Jovey, R. (2011). The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain Research and Management*, 16(6), 445-450.
- Seekis, V., Bradley, G. L., & Duffy, A. (2017). The effectiveness of self-compassion and self-esteem writing tasks in reducing body image concerns. *Body image*, 23, 206-213.
- Trindade, I. A., & Ferreira, C. (2014). The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. *Eating Behaviors*, 15(1), 72-75.
- Turk, D. C., & Melzack, R. (Eds.). (2011). *Handbook of pain assessment*. Guilford Press.
- Terry, M. L., & Leary, M. R. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*, 10(3), 352-362.
- Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332.
- Vlaeyen, J. W., Seelen, H. A., Peters, M., de Jong, P., Aretz, E., Beisiegel, E., & Weber, W. E. (1999). Fear of movement/(re) injury and muscular reactivity in chronic low back pain patients: an Experimental Investigation. *Pain*, 82(3), 297-304.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K. T., Teng, F., & Jin, S. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 106, 329-333.
- Wren, A. A., Somers, T. J., Wright, M. A., Goetz, M. C., Leary, M. R., Fris, A. M., & Keefe, F. J. (2012). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(4), 759-770.
- and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy* (p. 6). New York: Guilford Press.
- Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 222-227.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1301-1320.
- Leahy, R. L. (2015). *Emotional schema therapy*. Guilford Publications.
- Lethem, J., Slade, P. D., Troup, J. D. G., & Bentley, G. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception. I. *Behaviour Research and Therapy*, 21(4), 401-408.
- Majeed, M. H., Ali, A. A., & Sudak, D. M. (2018). Mindfulness-based interventions for chronic pain: Evidence and applications. *Asian journal of psychiatry*, 32, 79-83.
- McEvoy, P. M., Moulds, M. L., & Mahoney, A. E. (2013). Mechanisms driving pre-and post-stressor repetitive negative thinking: Metacognitions, cognitive avoidance, and thought control. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(1), 84-93.
- Meredith, P., Ownsworth, T., Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model, *Clinical Psychological Review*, 28, 407-29.
- Merskey, H. and Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic Pain*. 2nd Edition, IASP Task Force on Taxonomy. IASP Press, Seattle.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12.
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23-50.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion