



Journal Website

Article history:

Received 23 September 2025

Revised 03 February 2026

Accepted 10 February 2026

Initial Published 14 February 2026

Final Publication 23 September 2026

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 5, Issue 3, pp 1-17



E-ISSN: 2981-1759

Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy, Acceptance and Commitment-Based Group Therapy, and Mindfulness-Based Stress Reduction on Alexithymia in Women with Fibromyalgia

Armineh. Nowzari¹, Hasan. Rezaei Jamalouei^{1*}, Ahmad. Sobhani², Hamidreza. Nikyar²

¹ Department of Health Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran

² Department Medicine, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran

* Corresponding author email address: h.rezayi2@iau.ac.ir

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Nowzari, A., Rezaei Jamalouei, H., Sobhani, A., & Nikyar, H. (2026). Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy, Acceptance and Commitment-Based Group Therapy, and Mindfulness-Based Stress Reduction on Alexithymia in Women with Fibromyalgia. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 5(3), 1-17.



© 2026 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, and mindfulness-based stress reduction on alexithymia in women with fibromyalgia.

Methodology: This study employed a quasi-experimental design with pretest-posttest and a three-month follow-up, including three experimental groups and one control group. The statistical population consisted of women diagnosed with fibromyalgia who attended pain clinics in Shiraz during the summer and autumn of 2024. Eighty-four participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to four equal groups: cognitive-behavioral group therapy, acceptance and commitment group therapy, mindfulness-based stress reduction group therapy, and a control group. Each intervention was delivered in eight weekly sessions. Alexithymia was assessed using the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Data were analyzed using repeated-measures mixed ANOVA and Bonferroni post hoc tests.

Findings: Inferential analyses indicated that cognitive-behavioral therapy was most effective in reducing difficulty in identifying feelings, acceptance and commitment therapy showed the strongest effect on difficulty in describing feelings, and all three interventions significantly reduced externally oriented thinking. Significant differences were also observed in total alexithymia scores between the experimental and control groups at posttest and follow-up.

Conclusion: The findings suggest that although all three psychological interventions are effective in reducing alexithymia in women with fibromyalgia, acceptance and commitment therapy demonstrates superior overall effectiveness. This approach may therefore be recommended as a priority psychological intervention in comprehensive treatment programs for patients with fibromyalgia.

Keywords: *Fibromyalgia, Alexithymia, Cognitive-Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness-Based Stress Reduction*

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Fibromyalgia is a chronic and multifaceted pain syndrome characterized by widespread musculoskeletal pain, persistent fatigue, sleep disturbances, and a broad range of psychological and cognitive difficulties. Contemporary diagnostic frameworks increasingly conceptualize fibromyalgia as a disorder involving central nervous system dysregulation rather than a purely peripheral pain condition (Berwick et al., 2022; Nartea et al., 2024). This reconceptualization has drawn attention to the role of emotional processing, psychological flexibility, and cognitive–affective regulation in the onset and persistence of symptoms. Pharmacological treatments, while commonly prescribed, often yield modest and unstable benefits and are frequently accompanied by adverse effects, reinforcing the importance of non-pharmacological and psychological interventions (Giorgi et al., 2024; Mascarenhas et al., 2021).

Fibromyalgia disproportionately affects women, and recent qualitative and quantitative research highlights the importance of gendered illness experiences, emotional burden, and psychosocial stressors in shaping symptom expression and treatment outcomes (Enaux et al., 2025). Women with fibromyalgia frequently report heightened levels of anxiety, depression, sleep disorders, and emotional distress, all of which contribute to diminished quality of life (Mutlu et al., 2020). Among the psychological constructs associated with fibromyalgia, alexithymia has emerged as a particularly relevant factor. Alexithymia refers to difficulties in identifying and describing emotions, alongside a cognitive style oriented toward external, concrete experiences rather than internal emotional states.

Systematic reviews and meta-analyses indicate that alexithymia is significantly more prevalent in individuals with fibromyalgia compared to the general population and is strongly associated with pain severity, psychological distress, and functional impairment (Barakat et al., 2023; Habibi Asgarabad et al., 2023). Neuropsychological studies further suggest that impairments in emotional recognition and executive functioning may underlie these difficulties, reinforcing the clinical relevance of targeting emotional awareness in treatment (Guevara et al., 2021). Additionally, maladaptive beliefs about the unacceptability of emotions and tendencies toward emotional suppression have been linked to poorer clinical outcomes in fibromyalgia (Bowers et al., 2017).

Cognitive-behavioral therapy (CBT) is one of the most extensively studied psychological interventions for fibromyalgia. Evidence suggests that CBT can reduce pain catastrophizing, improve coping strategies, and enhance quality of life, although its effects on emotional regulation appear variable (Bernardy et al., 2018). Neurobiological findings demonstrate that CBT may alter brain connectivity patterns associated with pain catastrophizing and stress regulation, indicating potential mechanisms for emotional change (Karlsson et al., 2014; Lazaridou et al., 2017). Nonetheless, questions remain regarding the specificity of CBT effects on alexithymia.

Acceptance and commitment therapy (ACT), as a third-wave behavioral intervention, emphasizes acceptance of internal experiences, reduction of experiential avoidance, and commitment to value-driven behavior. Growing evidence supports the effectiveness of ACT in reducing psychological distress and functional impairment in fibromyalgia (Cojocaru et al., 2024; Eastwood & Godfrey, 2024). Given its explicit focus on acceptance and engagement with emotional experiences, ACT may be particularly well suited to addressing alexithymia. Empirical studies have shown that ACT can improve emotion regulation, reduce

pain anxiety, and enhance psychological flexibility in women with fibromyalgia (Dinarvand, 2025; Rostamipour et al., 2024).

Mindfulness-based stress reduction (MBSR) has also been widely applied in fibromyalgia treatment. Randomized controlled trials and meta-analyses indicate that mindfulness-based interventions can reduce pain, anxiety, and depressive symptoms while improving overall well-being (Meng et al., 2024; Schmidt et al., 2011). Neurobiological research suggests that mindfulness training influences brain regions associated with emotional awareness and bodily perception, offering a plausible pathway for improvements in emotional processing (Feliu-Soler et al., 2016). However, reviews report small to moderate effect sizes and substantial heterogeneity across studies (Haugmark et al., 2019; Veehof et al., 2016).

Despite accumulating evidence for these interventions, few studies have directly compared CBT, ACT, and MBSR with a specific focus on alexithymia in women with fibromyalgia. Moreover, alexithymia has been identified as a potential mediator linking interpersonal factors and symptom severity, underscoring the need for targeted interventions (Omidi Cheshmeh Kabood et al., 2025). Consequently, comparative research examining the differential effectiveness of these approaches on distinct components of alexithymia is warranted.

Methods and Materials

This study employed a quasi-experimental design with pretest, posttest, and three-month follow-up assessments, including three experimental groups and one control group. The study population consisted of women diagnosed with fibromyalgia who attended pain clinics in Shiraz during the summer and autumn of 2024. Eighty-four participants were selected through convenience sampling based on predefined inclusion and exclusion criteria and were randomly assigned to four equal groups: cognitive-behavioral group therapy, acceptance and commitment group therapy, mindfulness-based stress reduction group therapy, and a control group that received no psychological intervention.

Each intervention was delivered in eight weekly group sessions conducted by trained clinical psychologists following standardized treatment protocols. The cognitive-behavioral program focused on identifying and restructuring maladaptive thoughts, behavioral activation, and coping skills training. The ACT program emphasized acceptance, cognitive defusion, values clarification, and committed action. The MBSR program included mindfulness meditation, body scan exercises, and gentle mindful movement.

Alexithymia was assessed using the 20-item Toronto Alexithymia Scale, measuring difficulty identifying feelings, difficulty describing feelings, and externally oriented thinking. Data were analyzed using mixed repeated-measures analysis of variance to examine within-group and between-group effects across time, followed by Bonferroni post hoc comparisons where appropriate.

Findings

The results demonstrated significant time $\times$ group interaction effects for all components of alexithymia and the total alexithymia score. Participants in all three intervention groups showed significant reductions in alexithymia from pretest to posttest compared to the control group, and these improvements were largely maintained at the three-month follow-up.

Comparative analyses revealed differential patterns of effectiveness across interventions. Cognitive-behavioral group therapy produced the greatest reduction in difficulty identifying feelings, indicating a pronounced improvement in emotional awareness and differentiation. Acceptance and commitment group therapy yielded the strongest effect on difficulty describing feelings, suggesting

enhanced capacity for emotional articulation and expression. All three interventions were effective in reducing externally oriented thinking, reflecting a shift away from concrete, externally focused cognitive styles toward greater internal emotional awareness.

In terms of the total alexithymia score, acceptance and commitment therapy demonstrated superior overall effectiveness at both posttest and follow-up, outperforming cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based stress reduction. No significant relapse effects were observed during the follow-up period, indicating relative stability of treatment gains.

Discussion and Conclusion

The findings of this study indicate that psychological interventions can meaningfully reduce alexithymia in women with fibromyalgia, though their effects vary across specific dimensions of emotional processing. Cognitive-behavioral therapy appears particularly effective in enhancing the identification of emotions, likely through its emphasis on cognitive monitoring and differentiation of thoughts, emotions, and bodily sensations. Acceptance and commitment therapy demonstrates a broader and more robust impact, especially in facilitating emotional expression, which may reflect its direct focus on acceptance of internal experiences and reduction of emotional avoidance.

Mindfulness-based stress reduction contributes to improvements in externally oriented thinking, supporting the notion that cultivating nonjudgmental awareness of present-moment experience can redirect attention inward and foster emotional insight. However, its effects on other aspects of alexithymia appear less pronounced when compared to ACT and CBT, possibly due to the indirect nature of its influence on emotional labeling and expression.

Overall, the superior performance of acceptance and commitment therapy on the total alexithymia score suggests that interventions explicitly targeting acceptance and engagement with emotional experiences may be particularly beneficial for women with fibromyalgia. These results underscore the importance of addressing emotional processing deficits alongside pain management in this population.

In conclusion, while cognitive-behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, and mindfulness-based stress reduction all offer valuable benefits, acceptance and commitment therapy emerges as the most comprehensive approach for reducing alexithymia in women with fibromyalgia. Integrating acceptance-based strategies into psychological treatment programs may enhance emotional functioning and contribute to improved overall outcomes for this clinically complex population.



وبسایت مجله

تاریخچه مقاله

دریافت شده در تاریخ ۱ مهر ۱۴۰۴

اصلاح شده در تاریخ ۱۴ بهمن ۱۴۰۴

پذیرفته شده در تاریخ ۲۱ بهمن ۱۴۰۴

اولین انتشار در تاریخ ۲۵ بهمن ۱۴۰۴

انتشار نهایی در تاریخ ۱ مهر ۱۴۰۵

پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی

دوره ۵، شماره ۳، صفحه ۱۷-۱



شاپای الکترونیک: ۲۹۸۱-۱۷۵۹

مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری، مبتنی بر پذیرش و تعهد و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به فیبرومیالژی

آرمینه نودری^۱، حسن رضایی جمالویی^{۱*}، احمد سبحانی^۲، حمیدرضا نیکیار^۱

۱. گروه روانشناسی سلامت، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

۲. گروه پزشکی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: h.rezayi2@iau.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

پژوهشی/اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

نودری، آرمینه، رضایی جمالویی، حسن، سبحانی، احمد، و نیکیار، حمیدرضا. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری، مبتنی بر پذیرش و تعهد و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به فیبرومیالژی. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۵(۳)، ۱۷-۱.



© ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

هدف: هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ناگویی هیجانی زنان مبتلا به فیبرومیالژی بود. **روش‌شناسی:** پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با پیگیری سه‌ماهه و دارای سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به فیبرومیالژی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درد شهر شیراز در تابستان و پاییز ۱۴۰۳ بود. تعداد ۸۴ نفر به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در چهار گروه ۲۱ نفره شامل گروه‌درمانی شناختی-رفتاری، گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه‌درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل جایگزین شدند. هر یک از مداخلات در ۸ جلسه هفتگی اجرا شد. ابزار پژوهش پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-۲۰) بود و داده‌ها با تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل‌های استنباطی نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بیشترین تأثیر را بر کاهش دشواری در تشخیص احساسات دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثرترین مداخله در کاهش دشواری در توصیف احساسات است و هر سه مداخله به‌طور معناداری موجب کاهش تفکر عینی شدند. همچنین تفاوت معناداری در نمره کل ناگویی هیجانی بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده شد. **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان می‌دهد که هر سه رویکرد درمانی در کاهش ناگویی هیجانی زنان مبتلا به فیبرومیالژی مؤثرند، با این حال درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی کلی بیشتری داشته و می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای اولویت‌دار در برنامه‌های درمانی روان‌شناختی این بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژگان: فیبرومیالژی، ناگویی هیجانی، درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی



مقدمه

فیبرومیالژی یکی از شایع ترین و در عین حال پیچیده ترین سندرم های درد مزمن است که با درد منتشر اسکلتی عضلانی، خستگی پایدار، اختلالات خواب و مشکلات شناختی و هیجانی شناخته می شود. این اختلال به عنوان یک وضعیت چندبعدی، نه تنها عملکرد جسمانی بیماران را مختل می کند، بلکه پیامدهای روان شناختی و اجتماعی گسترده ای نیز به همراه دارد. بر اساس به روزرسانی های اخیر در معیارهای تشخیصی، فیبرومیالژی دیگر صرفاً به عنوان یک اختلال درد محیطی تلقی نمی شود، بلکه به عنوان یک سندرم با درگیری سیستم عصبی مرکزی و تنظیم ناکارآمد درد و هیجان شناخته می شود (Berwick et al., 2022; Nartea et al., 2024). مرورهای بالینی نشان می دهند که این بیماری اغلب با همایندی بالای اضطراب، افسردگی، اختلالات خواب و نارسایی های هیجانی همراه است که نقش مهمی در تداوم و تشدید علائم ایفا می کنند (Giorgi et al., 2024).

شیوع فیبرومیالژی در زنان به مراتب بیشتر از مردان گزارش شده است و این تفاوت جنسیتی، توجه پژوهشگران را به نقش عوامل روان شناختی، هیجانی و تجربیات زیسته زنان مبتلا جلب کرده است. پژوهش های اخیر نشان داده اند که تجربه بیماری های درد مزمن در زنان با ابعاد پیچیده ای از ادراک بیماری، تنظیم هیجان و هویت فردی گره خورده است (Enaux et al., 2025). افزون بر این، برخی مطالعات به همایندی اختلالات خواب از جمله وقفه تنفسی انسدادی خواب در زنان مبتلا به فیبرومیالژی اشاره کرده اند که خود می تواند بر تنظیم هیجان و شدت درد اثرگذار باشد (Mutlu et al., 2020). با وجود اهمیت این یافته ها، همچنان خلأهای قابل توجهی در فهم سازوکارهای روان شناختی زیربنایی این اختلال باقی مانده است.

یکی از سازه های روان شناختی کلیدی که در سال های اخیر توجه فزاینده ای را در پژوهش های مرتبط با فیبرومیالژی به خود جلب کرده است، ناگویی هیجانی است. ناگویی هیجانی به دشواری در شناسایی، توصیف و پردازش هیجانات و گرایش به تفکر عینی و غیرهیجانی اشاره دارد. شواهد نشان می دهد که میزان ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژی به طور معناداری بالاتر از جمعیت عمومی است و این ویژگی با شدت درد، خستگی، افسردگی و اضطراب ارتباط دارد (Barakat et al., 2023; Habibi Asgarabad et al., 2023). فراتحلیل ها نشان داده اند که ناگویی هیجانی نه تنها یک پیامد ثانویه درد مزمن نیست، بلکه می تواند به عنوان یک عامل حفظ کننده علائم و ناتوانی در فیبرومیالژی عمل کند (Habibi Asgarabad et al., 2023).

از منظر عصب روان شناختی، شواهد حاکی از آن است که بیماران مبتلا به فیبرومیالژی در پردازش هیجانی و شناسایی نشانه های هیجانی چهره ای دچار نقص هستند و این نارسایی ها با کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجان مرتبط است (Guevara et al., 2021). همچنین باورهای ناکارآمد درباره غیرقابل قبول بودن هیجانات و گرایش به سرکوب هیجانی، با پیامدهای بالینی نامطلوب تری در این بیماران همراه است (Bowers et al., 2017). این یافته ها نشان می دهد که پرداختن به ابعاد هیجانی، به ویژه ناگویی هیجانی، باید بخش جدایی ناپذیر مداخلات درمانی در فیبرومیالژی باشد.

با این حال، درمان های دارویی رایج برای فیبرومیالژی اغلب اثربخشی محدود و ناپایداری دارند و در بسیاری از موارد با عوارض جانبی همراه هستند. مرورهای مبتنی بر شواهد نشان می دهند که اگرچه برخی داروها می توانند کاهش نسبی درد یا بهبود خواب را به همراه داشته باشند، اما تأثیر آن ها بر کیفیت زندگی و کارکرد روان شناختی بیماران محدود است (Giorgi et al., 2024). از این رو، توجه به درمان های غیردارویی و به ویژه مداخلات روان شناختی به عنوان رویکردهای مکمل یا جایگزین، به طور قابل توجهی افزایش یافته است (Mascarenhas et al., 2021).



در میان مداخلات روان‌شناختی، درمان شناختی‌رفتاری به‌عنوان یکی از پرکاربردترین و پرپژوهش‌ترین رویکردها در درمان فیبرومیالژی شناخته می‌شود. فراتحلیل‌های کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده نشان داده‌اند که درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند به بهبود درد، کاهش فاجعه‌انگاری و ارتقای کیفیت زندگی بیماران کمک کند، هرچند اندازه اثر آن در برخی حوزه‌ها متوسط گزارش شده است (Bernardy et al., 2018). شواهد عصب‌زیستی نیز نشان می‌دهد که این درمان می‌تواند با تغییر در اتصال‌پذیری شبکه‌های مغزی مرتبط با فاجعه‌انگاری درد همراه باشد (Lazaridou et al., 2017) و حتی بر شاخص‌های زیستی مرتبط با استرس مانند نوروپتید Y اثرگذار باشد (Karlsson et al., 2014). با این وجود، اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری در حوزه تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی به‌طور خاص، نیازمند بررسی‌های دقیق‌تر است. در سال‌های اخیر، رویکردهای موسوم به «موج سوم» درمان‌های رفتاری، به‌ویژه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، توجه فزاینده‌ای را در حوزه درد مزمن به خود جلب کرده‌اند. این رویکرد با تأکید بر پذیرش تجربه‌های درونی، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، چارچوبی متفاوت از تغییر مستقیم محتوای شناختی ارائه می‌دهد. مرورهای نظام‌مند نشان می‌دهند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به کاهش اضطراب، افسردگی و ناتوانی عملکردی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژی کمک کند (Cojocaru et al., 2024; Eastwood & Godfrey, 2024). مطالعات تجربی نیز نشان داده‌اند که این درمان در کاهش اضطراب درد، کمال‌گرایی و پرخاشگری در زنان مبتلا به فیبرومیالژی اثربخش است (Rostamipour et al., 2024). از منظر نظری، تمرکز این رویکرد بر پذیرش هیجانات می‌تواند آن را به گزینه‌ای مناسب برای مداخله در ناگویی هیجانی تبدیل کند، امری که در پژوهش‌های مرتبط با تنظیم هیجان نیز مورد تأیید قرار گرفته است (Brereton & McGlinchey, 2020; Dinarvand, 2025).

در کنار این رویکردها، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز به‌عنوان یکی از مداخلات پرکاربرد در بیماران مبتلا به فیبرومیالژی مطرح شده است. کارآزمایی‌های بالینی و فراتحلیل‌ها نشان داده‌اند که تمرین‌های ذهن‌آگاهی می‌توانند به کاهش درد، افسردگی و اضطراب و بهبود کیفیت زندگی منجر شوند (Meng et al., 2024; Schmidt et al., 2011). شواهد زیربنایی حاکی از آن است که این مداخله با تغییر در سازوکارهای زیستی و عصبی مرتبط با تنظیم هیجان و آگاهی بدنی همراه است (Feliu-Soler et al., 2016). همچنین آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند خشم، اضطراب و افسردگی را در بیماران مبتلا به فیبرومیالژی کاهش دهد (Amutio et al., 2015). با این حال، اندازه اثر این مداخلات در برخی مرورهای تحلیلی کوچک تا متوسط گزارش شده و نتایج ناهمگونی نیز وجود دارد (Haugmark et al., 2019; Veehof et al., 2016).

مرور تطبیقی مداخلات روان‌شناختی نشان می‌دهد که هر یک از این رویکردها از مسیرهای متفاوتی بر تجربه درد و هیجان اثر می‌گذارند. درمان شناختی‌رفتاری بیشتر بر اصلاح الگوهای فکری ناکارآمد و رفتارهای اجتنابی تمرکز دارد، در حالی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش هیجانات و تعهد به ارزش‌ها تأکید می‌کند و درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش آگاهی غیرقضوتی از تجربه‌های درونی استوارند (Heagney & Adams, 2024). با وجود شواهد رو به رشد، همچنان مشخص نیست که کدامیک از این مداخلات در بهبود ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به فیبرومیالژی اثربخشی بیشتری دارد، به‌ویژه در جمعیت زنان که بار هیجانی و اجتماعی بیماری در آن‌ها برجسته‌تر است.

افزون بر این، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ناگویی هیجانی می‌تواند نقش میانجی مهمی در ارتباط میان عوامل روان‌شناختی و شدت علائم فیبرومیالژی ایفا کند. به‌عنوان مثال، بررسی‌های اخیر نشان داده‌اند که روابط ابژه‌ای و خودشفقتی از طریق ناگویی هیجانی بر شدت علائم این بیماری اثر می‌گذارند (Omidi Cheshmeh Kabood et al., 2025). این یافته‌ها بر ضرورت مداخلات هدفمند بر ناگویی هیجانی تأکید می‌کنند و لزوم مقایسه نظام‌مند رویکردهای درمانی مختلف را برجسته می‌سازند.



در نهایت، با توجه به محدودیت‌های درمان‌های دارویی، ناهمگونی نتایج مداخلات روان‌شناختی و اهمیت ویژه ناگویی هیجانی در تبیین و تداوم علائم فیبرومیالژی، انجام پژوهش‌های مقایسه‌ای که بتوانند اثربخشی نسبی رویکردهای مختلف را به‌طور هم‌زمان بررسی کنند، ضروری به نظر می‌رسد. چنین پژوهش‌هایی می‌توانند به تصمیم‌گیری بالینی مبتنی بر شواهد و طراحی مداخلات روان‌شناختی مؤثرتر برای زنان مبتلا به فیبرومیالژی کمک کنند.

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به فیبرومیالژی است.

مواد و روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و دوره پیگیری سه ماهه با ۳ گروه آزمایش و یک گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش را زنان مبتلا به سندرم فیبرومیالژی مراجعه کننده به کلینیک‌های درد ناب، توانا و مینا در سطح شهر شیراز در تابستان و پاییز ۱۴۰۳ تشکیل دادند. در مرحله نخست پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه و دریافت کد اخلاق و کد کارآزمایی بالینی، به کلینیک‌های درد مراجعه شد. حجم نمونه بر اساس پیشینه‌های موجود و نرم‌افزار Gpower نسخه ۳، ۷۶ نفر (هر گروه ۱۹ نفر) برآورد شده بود که به علت احتمال ریزش و جلوگیری از کاهش توان پژوهش، به صورت هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، ۸۴ نفر انتخاب و کدگذاری شدند و در نهایت به طور تصادفی ساده در ۴ گروه یعنی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری (CBT)، گروه‌درمانی پذیرش و تعهد (ACT)، گروه‌درمانی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) و گروه کنترل که هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند، تقسیم شدند. ملاک‌های ورود شامل سن بالای ۲۰ سال، تشخیص بیماری فیبرومیالژی توسط متخصص، عدم دریافت درمان روانشناختی دیگر در همزمان با انجام پژوهش، گذشت حداقل ۳ ماه از شروع بیماری، رضایت به شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج شامل بیش از ۳ بار غیبت در جلسات مداخله، و عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعات بودند. پس از کسب رضایت آگاهانه از بیماران منتخب، زمان و روز جلسات گروه‌درمانی به شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد.

هر یک از گروه‌های درمانی به صورت هفتگی در طی ۸ جلسه، تحت درمان گروهی توسط متخصصان روان‌شناسی بالینی با تجربه کافی در حوزه مربوطه اجرا شدند. در نهایت از ۸۴ نفر شرکت کننده در پژوهش، ۸۱ نفر تا پایان پژوهش حضور کامل داشتند.

مقیاس ناگویی هیجانی (TAS-۲۰): مقیاس TAS-۲۰ توسط بگبی و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شد. این مقیاس دارای ۲۰ سوال و ۳ مولفه دشواری در تشخیص احساسات (سوال‌های ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳، ۱۴)، دشواری در توصیف احساسات (سوال‌های ۲، ۴، ۱۱، ۱۲، ۱۷) و تفکر عینی (سوال‌های ۵، ۸، ۱۰، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰) می‌باشد و بر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت سنجیده می‌شود. حداقل و حداکثر نمره برای این مقیاس به ترتیب ۲۰ و ۱۰۰ است و در اکثر پژوهش‌ها برای نمره کل ۶۰ در نظر گرفته شده است. همچنین سوالات ۴، ۱۰، ۱۸، ۱۹ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس توسط بگبی، پارکر و تیلور ثبات درونی بالای آن را (آلفای ۰.۸۸) را نشان داده است (Bagby et al., 1994). ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده بشارت (۲۰۰۷) نیز برای این پرسشنامه ۰.۸۵ برآورد شد (Besharat, 2007).

مداخله گروه‌درمانی شناختی-رفتاری در هشت جلسه هفتگی اجرا شد که با آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، معرفی ساختار جلسات، اهداف درمان و مدل شناختی-رفتاری آغاز گردید و در همان جلسه نخست اهداف فردی شرکت‌کنندگان تعیین شد. در جلسات بعدی، تمرکز بر شناسایی افکار منفی خودکار و تحریف‌های شناختی رایج بود و شرکت‌کنندگان با ثبت افکار و تحلیل موقعیت‌ها، به درک ارتباط میان افکار،



احساسات و رفتارها پرداختند. سپس تکنیک‌های چالش‌افکنی و بازسازی شناختی آموزش داده شد تا افراد بتوانند افکار ناکارآمد را با تفسیرهای منطقی‌تر جایگزین کنند. در ادامه، رفتارهای ناسازگار شناسایی و راهبردهای تغییر رفتار از طریق تقویت رفتارهای مطلوب و کاهش رفتارهای نامطلوب تمرین شد. آموزش مهارت‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری منطقی بخش دیگری از مداخله بود که به برنامه‌ریزی و اجرای راه‌حل‌های عملی اختصاص داشت. در جلسات پایانی، پیشگیری از بازگشت مشکل از طریق شناسایی موقعیت‌های پرخطر و طراحی برنامه مقابله‌ای، تقویت مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، و در نهایت مرور کلی تکنیک‌ها، جمع‌بندی پیشرفت‌ها و تدوین برنامه‌ای برای حفظ تغییرات درمانی دنبال شد.

پروتکل گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در قالب هشت جلسه طراحی شد که با معرفی درمانگر، اعضای گروه، قوانین جلسات و فرآیندهای شش‌گانه ACT آغاز گردید و هم‌زمان فعالیت‌های اولیه ارزش‌یابی و تمرین‌های کوتاه حضور در لحظه حال انجام شد. در ادامه، مفهوم خلاقیت ناامیدی و ناکارآمدی تلاش برای کنترل افکار و احساسات مورد بررسی قرار گرفت و شرکت‌کنندگان با پیامدهای اجتناب تجربه‌ای آشنا شدند. سپس مهارت فاصله‌گیری شناختی از طریق تمرین‌ها و متافورهای متنوع آموزش داده شد تا افراد بتوانند افکار را به‌عنوان رویدادهای ذهنی، نه واقعیت مطلق، مشاهده کنند. در جلسات بعد، پذیرش و تمایل به تجربه هیجانات ناخوشایند، تمایز میان مقاومت و پذیرش، و مواجهه ذهنی با تجربه‌های دشوار تمرین شد. مفهوم «خود به‌عنوان زمینه» معرفی گردید تا شرکت‌کنندگان بتوانند میان هویت خود و محتوای افکار و احساسات تمایز قائل شوند. در ادامه، ارزش‌های زندگی شناسایی و تعمیق یافت و برنامه‌ریزی برای عمل متعهدانه در راستای این ارزش‌ها آغاز شد. در جلسه پیش‌پایانی، گام‌های عملی کوتاه‌مدت، موانع احتمالی و راهبردهای مقابله بررسی شد و اعضا نسبت به اقدامات ارزش‌محور خود تعهد گروهی دادند. در جلسه پایانی، تمامی مفاهیم و فرآیندهای ACT مرور و تثبیت شد و برنامه‌ای برای تداوم تغییرات و مواجهه با موانع آینده طراحی گردید.

پروتکل گروه‌درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی طی هشت جلسه هفتگی اجرا شد که با تعریف ذهن‌آگاهی، معرفی اعضا، بیان قوانین گروه و انجام تمرین‌های اولیه مانند خوردن آگاهانه و اسکن بدن آغاز گردید. در جلسات بعدی، تمرکز اصلی بر افزایش آگاهی بدنی از طریق تمرین کامل Body Scan، یوگای ایستاده، نشست‌های آگاهانه کوتاه و بررسی تجربه‌های فردی شرکت‌کنندگان از تمرین‌های خانگی بود. به تدریج تمرین‌های حرکات کششی آگاهانه و مدیتیشن نشسته اضافه شد و گفت‌وگوهای گروهی برای تعمیق تجربه ذهن‌آگاهی شکل گرفت. در جلسات میانی، تجربه لحظه حال و مواجهه آگاهانه با ناراحتی‌ها، مدیتیشن مبتنی بر تنفس، گفت‌وگوهای دو نفره درباره تجارب ناخوشایند و تمرین راه رفتن آگاهانه مورد توجه قرار گرفت. همچنین توجه به الگوهای واکنشی ذهن و بدن، تأمل درباره تغییر، و طرح پرسش‌های چالشی برای افزایش بینش شخصی دنبال شد. در جلسات پایانی، آمادگی برای پایان دوره، بازی‌های تجربه‌ای، تمرین بخشش، مرور تمرین‌ها و در نهایت جمع‌بندی کل دوره، Body Scan نهایی، داستان‌گویی برای ایجاد حس معنا و بحث درباره ادغام ذهن‌آگاهی در زندگی روزمره انجام شد.

داده‌های جمع‌آوری شده در دو سطح توصیفی (شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار) و سطح استنباطی تحلیل شد. جهت بررسی هدف پژوهش از تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.



یافته‌ها

در این بخش نتایج مربوط به آمار توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی وابسته و آمار استنباطی هدف پژوهش ارائه شده است. میانگین سن مبتلایان به سندرم فیبرومیالژی در گروه‌های کنترل (۵۱.۶۷)، گروه‌درمانی شناختی رفتاری (۴۹.۴۰)، گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (۵۴.۲۴) و گروه‌درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۵۳.۹۵) می‌باشد.

جهت بررسی اثرات بین گروهی با کنترل اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون و پیگیری نمرات دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ نشان داد تفاوت میانگین نمرات منبع بین گروهی آزمودنی‌ها در پس‌آزمون متغیرهای دشواری در تشخیص احساسات (۱.۴۵ و سطح معناداری ۰.۰۰۴)، دشواری در توصیف احساسات (۳.۹۶ و سطح معناداری ۰.۰۰۳)، تفکر عینی (۵.۱۲ و سطح معناداری ۰.۰۰۲) و نمره کل (۴.۸۷ و سطح معناداری ۰.۰۱۲) بین گروه‌های آزمایش و کنترل پس از حذف اثرات پیش‌آزمون معنادار است.

جدول ۱

آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثرات بین گروهی بر نمرات زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی

متغیرها	مرحله	CBT	ACT	MBSR	کنترل	اثرات بین گروهی
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	F
		معیار	معیار	معیار	معیار	سطح معناداری
دشواری در تشخیص احساسات	پیش‌آزمون	۱۹.۲۸	۳.۰۲	۲۰.۹۹	۳.۳۸	۰.۰۰۴
	پس‌آزمون	۱۶.۵۳	۴.۰۸	۱۶.۹۶	۲.۹۴	۰.۰۰۲
	پیگیری	۱۷.۸۴	۳.۲۰	۱۷.۰۳	۳.۰۳	۰.۰۰۱
دشواری در توصیف احساسات	پیش‌آزمون	۱۳.۹۲	۴.۵۳	۱۲.۵۶	۲.۳۵	۰.۰۰۳
	پس‌آزمون	۱۱.۵۱	۲.۸۱	۱۰.۸۸	۳.۱۹	۰.۰۰۱
	پیگیری	۱۱.۹۵	۳.۵۴	۱۰.۴۷	۲.۳۷	۰.۰۰۷
تفکر عینی	پیش‌آزمون	۱۶.۶۴	۲.۸۵	۱۶.۰۳	۲.۷۸	۰.۰۰۲
	پس‌آزمون	۱۴.۷۵	۳.۰۹	۱۳.۵۹	۳.۰۹	۰.۰۰۱
	پیگیری	۱۴.۴۹	۳.۲۶	۱۳.۱۲	۲.۸۸	۰.۰۰۱
نمره کل	پیش‌آزمون	۴۹.۸۵	۴.۹۷	۴۹.۶۰	۶.۴۱	۰.۰۱۲
	پس‌آزمون	۴۲.۸۱	۶.۶۹	۴۱.۴۴	۴.۳۵	۰.۰۰۷
	پیگیری	۴۴.۲۹	۵.۳۹	۴۰.۶۳	۴.۶۷	۰.۰۰۷

جهت بررسی اثرات درون گروهی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شد. نتایج جدول ۵ نشان داد که با معنادار بودن زمان در درون گروه‌ها با F محاسبه شده برای متغیرهای دشواری در تشخیص احساسات (۳.۲۶)، دشواری در توصیف احساسات (۳.۵۳)، تفکر عینی (۱.۹۵) و نمره کل (۱۴.۹۰) وجود تفاوت معنادار بین ۳ بار اندازه‌گیری در سطح (کمتر ۰.۰۵) تایید شد.



جدول ۲

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در عامل درون‌گروهی نمرات زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اتا	توان آماری
دشواری در تشخیص احساسات	زمان	۷۳.۹۶۰	۲	۳۶.۹۸	۳.۲۶	۰.۰۴۹	۰.۱۰۱	۰.۷۶
	اثر تعاملی	۱۵.۸۱۷	۶	۲.۶۳	۱.۶۹	۰.۰۳۸	۰.۱۲۷	۰.۷۹
	خطا	۲۷۲.۶۶۳	۱۵۴	۱.۷۷				
دشواری در توصیف احساسات	زمان	۳۹.۰۵۶	۲	۱۹.۵۲	۳.۵۳	۰.۰۲۳	۰.۲۰۳	۰.۸۲
	اثر تعاملی	۳۱.۶۴۷	۶	۵.۲۷	۲.۸۴	۰.۰۲۶	۰.۲۰۱	۰.۸۰
	خطا	۱۲۱.۱۴۷	۱۵۴	۰.۷۸				
تفکر عینی	زمان	۲۶.۰۱۹	۲	۱۳.۰۰	۱.۹۵	۰.۴۸	۰.۱۰۲	۰.۷۵
	اثر تعاملی	۴۸.۶۴۶	۶	۸.۱۰	۲.۴۶	۰.۰۲۹	۰.۲۰۵	۰.۷۹
	خطا	۳۵۲.۵۲	۱۵۴	۲.۲۸				
نمره کل	زمان	۲۸۴۶.۸۵	۲	۱۴۳۲.۴۲	۱۴.۹۰	۰.۰۰۱	۰.۲۷	۰.۹۹
	اثر تعاملی	۱۱۲۵.۹۸	۶	۱۸۷.۶۶	۶.۱۳	۰.۰۰۱	۰.۲۳	۰.۹۸
	خطا	۶۹۰۵.۶۷	۱۵۴	۴۴.۸۴				

همچنین اثر تعاملی زمان با گروه با F محاسبه شده در دشواری در تشخیص احساسات (۱.۶۹) ، دشواری در توصیف احساسات (۲.۸۴)، تفکر عینی (۲.۴۶) و نمره کل (۶.۱۳) تایید شد. همچنین جهت بررسی زوجی معناداری تفاوت میانگین در مراحل اندازه‌گیری متغیرهای وابسته از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شد.

جدول ۳

نتایج آزمون بونفرونی جهت مقایسه مراحل اندازه‌گیری در زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی

متغیر	A	B	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
دشواری در تشخیص احساسات	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲.۰۴*	۱.۴۵۲	۰.۰۰۷
		پیگیری	۱.۹۵*	۱.۲۷۴	۰.۰۰۲
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰.۰۹	۱.۹۸۶	۰.۰۶۴
دشواری در توصیف احساسات	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱.۵۴*	۰.۹۷۶	۰.۰۰۴
		پیگیری	۱.۲۹*	۰.۹۹۳	۰.۰۲۵
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰.۲۴	۰.۸۵۴	۰.۰۹۲
تفکر عینی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱.۷۳*	۱.۰۲۳	۰.۰۰۳
		پیگیری	۲.۱۱*	۱.۴۵۴	۰.۰۰۲
	پس‌آزمون	پیگیری	۰.۲۱	۱.۲۳۴	۰.۰۶۲
نمره کل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵.۳۲*	۱.۷۰	۰.۰۳۲
		پیگیری	۵.۰۶*	۲.۰۶	۰.۰۰۲
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰.۱۱	۲.۱۵	۰.۰۷



نتایج جدول فوق بیانگر آن بود که در گروه‌درمانی شناختی رفتاری، میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری افراد در هر ۴ متغیر دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر عینی و نمره کل نسب به میانگین نمره پیش‌آزمون آنان کاهش یافته.

جدول ۴

نتایج آزمون بونفرونی جهت مقایسه زوجی گروه‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری برای زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی

متغیر	مرحله	گروه A	گروه B	اختلاف میانگین A-B	خطای استاندارد	سطح معناداری
دشواری در تشخیص احساسات	پس‌آزمون	کنترل	ACT	۳.۹۴	۲.۱۴	۰.۱۹۹
			CBT	۴.۲۰*	۱.۹۳	۰.۰۰۱
			MBSR	۴.۱۷	۲.۰۲	۰.۴۵۲
		ACT	CBT	-۰.۹۳	۱.۹۹	۰.۴۹۸
			MBSR	-۰.۹۶	۲.۰۲	۰.۸۲۱
		CBT	MBSR	-۰.۲۳	۲.۰۴	۰.۵۷۹
	پیگیری	کنترل	ACT	۱.۳۶	۱.۷۸	۰.۲۱۳
			CBT	۲.۳۷*	۲.۰۱	۰.۰۰۱
			MBSR	۱.۹۵	۱.۸۲	۰.۲۵۳
		ACT	CBT	-۰.۹۶	۱.۸۰	۰.۱۵۵
			MBSR	۰.۳۵	۱.۹۶	۰.۸۶۲
		CBT	MBSR	۰.۴۲	۱.۸۴	۰.۱۶۶
دشواری در توصیف احساسات	پس‌آزمون	کنترل	ACT	۲.۹۲*	۲.۱۴	۰.۰۰۱
			CBT	۱.۸۶	۱.۹۳	۰.۶۴۸
			MBSR	۱.۶۷	۲.۰۲	۰.۲۶۷
		ACT	CBT	۱.۱۲	۱.۹۹	۰.۸۷۴
			MBSR	۱.۳۲	۲.۰۲	۰.۳۷۴
		CBT	MBSR	۰.۲۴	۲.۰۴	۰.۸۳۲
	پیگیری	کنترل	ACT	۲.۷۶*	۱.۷۸	۰.۰۰۲
			CBT	۱.۷۳	۲.۰۱	۰.۶۶۸
			MBSR	۱.۶۴	۱.۸۲	۰.۳۲۸
		ACT	CBT	۱.۱۰	۱.۸۰	۰.۶۷۵
			MBSR	۱.۱۴	۱.۹۶	۰.۹۲۲
		CBT	MBSR	۰.۲۹	۱.۸۴	۰.۵۴۲
تفکر عینی	پس‌آزمون	کنترل	ACT	۳.۱۵*	۲.۱۴	۰.۰۰۱
			CBT	۲.۷۵*	۱.۹۳	۰.۰۰۱
			MBSR	۳.۴۸*	۲.۰۲	۰.۰۰۱
		ACT	CBT	۰.۷۶	۱.۹۹	۰.۳۸۷
			MBSR	-۰.۳۵	۲.۰۲	۰.۴۳۵
		CBT	MBSR	۰.۷۲	۲.۰۴	۰.۸۷۶
	پیگیری	کنترل	ACT	۳.۸۴*	۱.۷۸	۰.۰۰۱
			CBT	۲.۹۲*	۲.۰۱	۰.۰۰۱
			MBSR	۳.۶۳*	۱.۸۲	۰.۰۰۱
		ACT	CBT	-۰.۹۲	۱.۸۰	۰.۲۷۷



			MBSR			
۰.۵۴۳	۱.۹۶	-۰.۲۱				
۰.۴۵۲	۱.۸۴	۰.۷۰	MBSR	CBT		
۰.۰۰۱	۱.۷۴۲	۱۱.۱۴*	ACT	کنترل	پس‌آزمون	نمره کل
۰.۰۰۱	۱.۱۲۱	۹.۸۷*	CBT			
۰.۰۰۱	۱.۲۳۹	۱۰.۰۷*	MBSR			
۰.۸۷۵	۱.۷۸۵	۱.۳۶	CBT	ACT		
۰.۷۷۶	۱.۶۴۳	-۱.۰۷	MBSR			
۰.۲۱۸	۲.۰۰۲	۰.۲۹	MBSR	CBT		
۰.۰۰۱	۱.۴۳۹	۷.۷۲*	ACT	کنترل	پیگیری	
۰.۰۰۱	۱.۷۸۵	۱۱.۳۸*	CBT			
۰.۰۰۱	۱.۴۵۳	۹.۱۴*	MBSR			
۰.۵۶۵	۱.۱۲۳	-۲.۲۶	CBT	ACT		
۰.۲۸۶	۱.۸۹۷	۱.۲۳	MBSR			
۰.۴۸۹	۱.۷۸۹	-۰.۹۴	MBSR	CBT		

برای بررسی تفاوت میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل به صورت زوجی و تعیین میزان اثربخشی سه روش مداخله از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ ارائه شده. نتایج جدول ۷ نشان داد که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، در بعد دشواری در تشخیص احساسات درمان شناختی رفتاری، در بعد دشواری در توصیف احساسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و در بعد تفکر عینی هر سه درون موثر هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی سه رویکرد روان‌درمانی شامل گروه‌درمانی شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ناگویی هیجانی زنان مبتلا به فیبرومیالژی بود. نتایج نشان داد که هر سه مداخله در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش معنادار ناگویی هیجانی شدند، اما الگوی اثربخشی آن‌ها در مؤلفه‌های مختلف ناگویی هیجانی متفاوت بود. به‌طور مشخص، درمان شناختی رفتاری بیشترین اثر را بر کاهش دشواری در تشخیص احساسات نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشترین تأثیر را بر کاهش دشواری در توصیف احساسات داشت و هر سه درمان در کاهش تفکر عینی مؤثر بودند. افزون بر این، برتری کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نمره کل ناگویی هیجانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده شد.

یافته مربوط به اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر دشواری در تشخیص احساسات را می‌توان در چارچوب تأکید این رویکرد بر شناسایی و اصلاح افکار خودکار، باورهای ناکارآمد و پیوند میان شناخت، هیجان و رفتار تبیین کرد. درمان شناختی رفتاری با آموزش مهارت‌های خودنظارتی شناختی، به بیماران کمک می‌کند تا تمایز دقیق‌تری میان افکار، احساسات و واکنش‌های بدنی برقرار کنند؛ امری که به‌طور مستقیم با بهبود تشخیص هیجانات مرتبط است. این نتیجه با شواهد پیشین همسو است که نشان می‌دهد درمان شناختی رفتاری می‌تواند فاجعه‌انگاری درد و سوگیری‌های شناختی مرتبط با هیجان را در بیماران مبتلا به فیبرومیالژی کاهش دهد (Bernardy et al., 2018; Lazaridou et al., 2017). همچنین یافته‌های زیستی نشان داده‌اند که این درمان می‌تواند با تغییر در نشانگرهای استرس و تنظیم هیجان همراه باشد که خود می‌تواند به افزایش آگاهی هیجانی منجر شود (Karlsson et al., 2014).



از سوی دیگر، نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش دشواری در توصیف احساسات اثربخشی بیشتری نسبت به سایر مداخلات دارد. این یافته با مبانی نظری ACT سازگار است؛ زیرا این رویکرد به جای اجتناب یا کنترل هیجانات، بر پذیرش تجربه‌های درونی و تماس آگاهانه با هیجان‌ها تأکید دارد. تمرین‌هایی نظیر پذیرش، فاصله‌گیری شناختی و خود به عنوان زمینه، می‌توانند به بیماران کمک کنند تا تجربه‌های هیجانی خود را با وضوح بیشتری مشاهده و توصیف کنند. مطالعات پیشین نیز نشان داده‌اند که ACT می‌تواند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تنظیم هیجان را در بیماران مبتلا به فیبرومیالژی بهبود بخشد (Cojocaru et al., 2024; Eastwood & Godfrey, 2024). همچنین پژوهش‌هایی که به نقش پذیرش درد و کاهش اجتناب تجربی پرداخته‌اند، نشان می‌دهند که پذیرش هیجان و درد با کارکرد بهتر و علائم کمتر همراه است (Tangen et al., 2020).

برتری کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نمره کل ناگویی هیجانی نیز می‌تواند ناشی از تمرکز مستقیم این رویکرد بر رابطه فرد با تجربه‌های هیجانی باشد. برخلاف درمان شناختی رفتاری که عمدتاً به تغییر محتوای شناختی می‌پردازد و درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی که بر مشاهده غیرقضاوتی تأکید دارند، ACT به‌طور صریح بر پذیرش هیجان، نام‌گذاری تجربه‌های درونی و تعهد به عمل ارزش‌محور متمرکز است. این ویژگی می‌تواند به‌ویژه برای بیمارانی که دچار سرکوب هیجانی و باورهای منفی درباره هیجان هستند، مفید باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که باور به غیرقابل قبول بودن هیجان و سرکوب هیجانی با پیامدهای بالینی بدتر در فیبرومیالژی همراه است (Bowers et al., 2017) و ACT می‌تواند این الگوها را به‌طور مؤثری تعدیل کند (Dinarvand, 2025; Rostamipour et al., 2024).

یافته دیگر پژوهش حاضر، اثربخشی هر سه مداخله بر مؤلفه تفکر عینی بود. تفکر عینی که یکی از ابعاد اصلی ناگویی هیجانی محسوب می‌شود، به گرایش فرد به تمرکز بر جنبه‌های بیرونی و عینی تجربه و نادیده گرفتن دنیای درونی اشاره دارد. کاهش این مؤلفه در هر سه گروه درمانی نشان می‌دهد که مداخلات روان‌شناختی، صرف‌نظر از رویکرد نظری، می‌توانند توجه بیماران را از تمرکز صرف بر نشانه‌های جسمانی به سمت تجربه‌های هیجانی سوق دهند. این نتیجه با شواهدی همسو است که نشان می‌دهند مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، پذیرش و حتی شناخت درمانی می‌توانند آگاهی هیجانی و توجه به تجربه درونی را افزایش دهند (Haugmark et al., 2019; Veehof et al., 2016).

در خصوص درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که این رویکرد در کاهش تفکر عینی مؤثر است، اما در مقایسه با ACT و CBT، اثر برجسته‌تری بر سایر مؤلفه‌های ناگویی هیجانی نشان نداد. این نتیجه با برخی فراتحلیل‌ها همخوانی دارد که اندازه اثر مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی را در بیماران مبتلا به فیبرومیالژی کوچک تا متوسط گزارش کرده‌اند (Haugmark et al., 2019; Meng et al., 2024). با این حال، مطالعات عصب‌زیستی نشان داده‌اند که MBSR می‌تواند با تغییر در نواحی مغزی مرتبط با آگاهی بدن و تنظیم هیجان همراه باشد (Feliu-Soler et al., 2016) و به کاهش افسردگی و اضطراب کمک کند (Amutio et al., 2015; Schmidt et al., 2011). بنابراین، به نظر می‌رسد که اثرگذاری این مداخله بر ناگویی هیجانی ممکن است غیرمستقیم و وابسته به مدت و شدت تمرین‌ها باشد.

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین با مطالعاتی همسو است که بر نقش محوری ناگویی هیجانی در شدت علائم فیبرومیالژی تأکید کرده‌اند. فراتحلیل‌ها نشان داده‌اند که ناگویی هیجانی با درد، خستگی و ناراحتی روان‌شناختی ارتباط معنادار دارد (Habibi Asgarabad et al., 2023). افزون بر این، پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که ناگویی هیجانی می‌تواند نقش میانجی در ارتباط میان روابط ابژه‌ای، خودشفقتی و شدت علائم فیبرومیالژی ایفا کند (Omidi Cheshmeh Kabood et al., 2025). بنابراین، کاهش ناگویی هیجانی از طریق مداخلات روان‌شناختی می‌تواند به بهبود جامع‌تری در وضعیت بیماران منجر شود.



در مجموع، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که اگرچه هر سه رویکرد درمانی می‌توانند در کاهش ناگویی هیجانی زنان مبتلا به فیبرومیالژی مؤثر باشند، اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل تمرکز مستقیم بر پذیرش و بیان هیجان، اثربخشی کلی بیشتری دارد. این یافته با مرورهای نظام‌مند اخیر همسو است که ACT را به‌عنوان یکی از رویکردهای امیدوارکننده در مدیریت فیبرومیالژی معرفی کرده‌اند (Eastwood & Godfrey, 2024; Heagney & Adams, 2024). با این حال، تفاوت‌های مشاهده‌شده میان رویکردها نشان می‌دهد که انتخاب مداخله باید با توجه به پروفایل هیجانی و نیازهای فردی بیماران صورت گیرد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و محدود شدن نمونه به زنان مبتلا به فیبرومیالژی در یک شهر اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش می‌دهد. همچنین، اتکا به ابزار خودگزارشی برای سنجش ناگویی هیجانی ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی قرار گرفته باشد. مدت پیگیری نسبتاً کوتاه و عدم بررسی متغیرهای زیستی یا عصب‌روانشناختی نیز از دیگر محدودیت‌های مطالعه محسوب می‌شود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر، شامل مردان و گروه‌های سنی مختلف انجام شود. بررسی اثرات بلندمدت مداخلات و استفاده از شاخص‌های عینی‌تر مانند نشانگرهای زیستی یا تصویربرداری عصبی می‌تواند به درک عمیق‌تری از سازوکارهای تغییر منجر شود. همچنین مطالعه نقش متغیرهای میانجی مانند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، خودشفقتی و پذیرش درد در اثربخشی این درمان‌ها پیشنهاد می‌شود.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که ادغام مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناختی‌رفتاری و ذهن‌آگاهی در برنامه‌های درمانی می‌تواند به بهبود ابعاد هیجانی بیماران مبتلا به فیبرومیالژی کمک کند. درمانگران می‌توانند با ارزیابی دقیق نیازهای هیجانی بیماران، رویکرد یا ترکیبی از رویکردها را به کار گیرند. همچنین آموزش مهارت‌های پذیرش و بیان هیجان می‌تواند به‌عنوان بخش ثابتی از برنامه‌های توان‌بخشی روان‌شناختی این بیماران مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.



شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Amutio, A., Franco, C., & Pérez-Fuentes, M. (2015). Mindfulness training for reducing anger, anxiety, and depression in fibromyalgia patients. *Front Psychol*, 5, 1572. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01572>
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I: item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*, 38(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Barakat, M., Ibraheem, A., & Zaki, H. (2023). Illness perception and alexithymia in women with fibromyalgia and its relationship to psychological distress. *Assiut Sci Nurs J*, 11(39), 274-290. <https://doi.org/10.21608/asnj.2023.239702.1683>
- Bernardy, K., Klose, P., Welsch, P., & Häuser, W. (2018). Efficacy, acceptability and safety of cognitive behavioural therapies in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Pain*, 22(2), 242-260. <https://doi.org/10.1002/ejp.1121>
- Berwick, R., Barker, C., Goebel, A., & Guideline Development, G. (2022). The diagnosis of fibromyalgia syndrome. *Clinical medicine (London, England)*, 22(6), 570-574. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2022-0402>
- Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep*, 101(1), 209-220. <https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220>
- Bowers, H., Wroe, A., & Pincus, T. (2017). Beliefs about the unacceptability of emotions and emotional suppression relate to worse outcomes in fibromyalgia. *Clin Rheumatol*, 36(3), 715-723. <https://doi.org/10.1007/s10067-017-3590-0>
- Brereton, A., & McGlinchey, E. (2020). Self-harm, emotion regulation, and experiential avoidance: a systematic review. *Arch Suicide Res*, 24(1), 1-24. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1563575>
- Cojocaru, C., Popa, C., Schenk, A., Suciu, B. A., & Szasz, S. (2024). Cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety and depression in patients with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*, 54(3), 489-500. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10852127/>
- Dinarvand, Z. (2025). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety and emotion regulation in girls. *J Adolesc Youth Psychol Stud*. <https://www.semanticscholar.org/paper/b1669342ffc82aaa1b5f074880f3b01be2166829>
- Eastwood, F., & Godfrey, E. (2024). The efficacy, acceptability and safety of acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. *Br J Pain*, 18(3), 243-256. <https://doi.org/10.1177/20494637231221451>
- Enaux, J., Sorber, M., Kaiser, A. V., & Knecht, C. (2025). Women's illness experience with interstitial cystitis/bladder pain syndrome: a scoping review. *Int J Urol Nurs*, 19(2), e70020. <https://doi.org/10.1111/ijun.70020>
- Feliu-Soler, A., Borràs, X., Peñarrubia-María, M., Rozadilla-Sacanell, A., D'Amico, F. M.-M. R., Howard, M. A., Fayed, N., Soriano-Mas, C., Puebla-Guedea, M., Serrano-Blanco, A., Pérez-Aranda, A., Tuccillo, R., & Luciano, J. V. (2016). Utility and biological underpinnings of mindfulness-based stress reduction versus a psychoeducational programme for fibromyalgia: a 12-month follow-up study. *BMC Complement Altern Med*, 16, 106. <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1068-2>
- Giorgi, V., Sarzi-Puttini, P., Pellegrino, G., Sirotti, S., Atzeni, F., Alciati, A., Torta, R., Varrassi, G., Fornasari, D., & Coaccioli, S. B. S. F. (2024). Pharmacological treatment of fibromyalgia syndrome: a practice-based review. *Curr Pain Headache Rep*, 28(12), 1349-1363. <https://doi.org/10.1007/s11916-024-01277-9>
- Guevara, C. M. L., Del Paso, G. A. R., Fernández-Serrano, M. J., & Duschek, S. (2021). Facial emotion recognition and executive functions in fibromyalgia. *Pain Med*, 22(7), 1619-1628. <https://doi.org/10.1093/pm/pnab024>
- Habibi Asgarabad, M., Salehi Yegaei, P., Jafari, F., Azami-Aghdash, S., & Lumley, M. A. (2023). The relationship of alexithymia to pain and other symptoms in fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Pain*, 27(3), 321-337. <https://doi.org/10.1002/ejp.2064>
- Haugmark, T., Hagen, K. B., Smedslund, G., & Zangi, H. A. (2019). Mindfulness- and acceptance-based interventions for patients with fibromyalgia: a systematic review and meta-analyses. *PLoS One*, 14(9), e0221897. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221897>
- Heagney, S., & Adams, N. (2024). Acceptance, cognitive-behavioural and mindfulness-based psychological interventions for fibromyalgia: a systematic review. *Med Res Arch*. <https://doi.org/10.18103/mra.v12i7.5242>



- Karlsson, B., Burell, G., Kristiansson, P., Björkegren, K., Nyberg, F., & Svärdsudd, K. (2014). Neuropeptide Y levels are reduced after cognitive behavioural therapy in women with fibromyalgia. *J Behav Med*, 37(3), 582-592. <https://www.semanticscholar.org/paper/0ce096ee9d41675287954508764dbc8bb9bd710a>
- Lazaridou, A., Kim, J., Cahalan, C., Loggia, M., Franceschelli, O., Berna, C., Schur, P., Napadow, V., & Edwards, R. R. (2017). Effects of cognitive-behavioral therapy on brain connectivity supporting catastrophizing in fibromyalgia. *Clin J Pain*, 33(3), 215-221. <https://journals.lww.com/00002508-201703000-00004>
- Mascarenhas, R. O., Souza, M. B., Oliveira, M. X., Lacerda, A. C., Mendonça, V. A., Henschke, N., & Cunha Oliveira, V. (2021). Association of therapies with reduced pain and improved quality of life in patients with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*, 181(1), 104-112. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.5651>
- Meng, S., Cao, C., Zhang, M., Dong, J., & Lu, M. (2024). Mindfulness meditation for fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Pain Physician*, 27(8), 479. <https://doi.org/10.36076/ppj.2024.7.479>
- Mutlu, P., Zateri, Ç., Zöhra, A., Özerdoğan, Ö., & Mirici, A. N. (2020). Prevalence of obstructive sleep apnea in female patients with fibromyalgia. *Saudi Med J*, 41(7), 740. <https://doi.org/10.15537/smj.2020.7.25165>
- Nartea, R., Ojoga, F., Ghiorghiu, I., Meiu, L., & Avramescu, D. (2024). Fibromyalgia: an update on clinical characteristics and diagnostic criteria. *RJMRPMB*, 1(1), 39. <https://doi.org/10.59277/RJMRPMB.2024.1.07>
- Omidi Cheshmeh Kabood, A., Sepahvandi, M., & Mirderkvand, F. (2025). Examining the effect of object relations on fibromyalgia symptoms: the mediating role of alexithymia and self-compassion. *J Psychol Sci*, 24(151), 33-54. <https://psychologicalscience.ir/article-1-2755-en.html>
- Rostampour, N., Rezaeinasab, F., Madani Javnaqala, M., & Savabi Niri, V. B. Z. (2024). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on pain anxiety, perfectionism, and aggression in women with fibromyalgia. *Modares J*. <https://journals.modares.ac.ir/article-32-75545-en.html>
- Schmidt, S., Grossman, P., Schwarzer, B., & Jena, S. (2011). Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: results from a 3-armed randomized controlled trial. *Pain*, 152(2), 361-369. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.10.043>
- Tangen, S. F., Helvik, A. S., Eide, H., & Fors, E. A. (2020). Pain acceptance and its impact on function and symptoms in fibromyalgia. *Scand J Pain*, 20(4), 727-736. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2020-0049>
- Veehof, M., Trompetter, H., & Bohlmeijer, E. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cogn Behav Ther*, 45(1), 5-31. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>