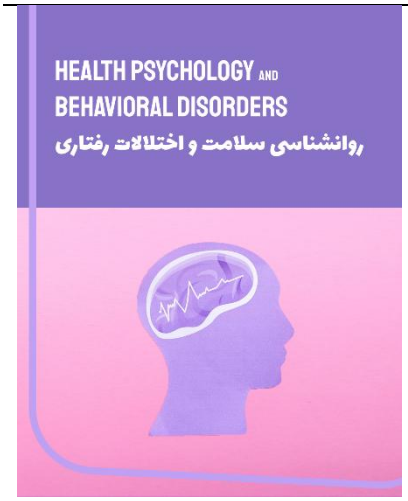
اثربخشی درمان شناختی ـ رفتاری بر شدت درد و ناگویی هیجانی در بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا

تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۰۲/۱۴ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۵/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۱۷ تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۵/۲۸ تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۶/۰۱/۰۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی ـــ رفتاری بر شدت درد و ناگویی هیجانی در بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا انجام شد. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا مراجعه‌کننده به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان سینا در تهران طی ماه‌های شهریور تا آبان ۲۰۲۴ بود. از میان افراد واجد شرایط، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر یک شامل ۱۵ نفر، جایگزین شدند. گروه آزمایش طی هشت جلسه هفتگی تحت درمان شناختی ـــ رفتاری قرار گرفت، درحالی‌که گروه کنترل در طول پژوهش مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو و پرسشنامه درد مک‌گیل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری جمع‌آوری شدند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و مقایسه‌های زوجی استفاده شد. نتایج نشان داد اثر تعاملی زمان و گروه برای دشواری در تشخیص احساسات معنادار بود ($F=58.91$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.68$). این اثر برای دشواری در توصیف احساسات نیز معنادار بود ($F=80.37$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.74$). در مؤلفه تفکر عینی نیز اثر تعاملی معناداری مشاهده شد ($F=91.12$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.77$). همچنین، اثر تعاملی زمان و گروه برای مجموعه کل درد معنادار بود ($F=31.74$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.53$). مقایسه‌های زوجی نشان داد تفاوت بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری برای همه متغیرها معنادار بود ($p<0.001$)، در حالی که تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود. درمان شناختی ـ رفتاری می‌تواند به‌طور معناداری شدت درد و مؤلفه‌های ناگویی هیجانی را در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا کاهش دهد و پایداری اثرات در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که این رویکرد می‌تواند به‌عنوان یک مداخله روان‌شناختی مکمل در برنامه‌های درمانی این بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژگان: *درمان شناختی ـ رفتاری، شدت درد، ناگویی هیجانی، فیبرومیالژیا، زنان*



رضوانه عظیمی نیا[۱]، مهران آزادی[۲*]، مستوره صداقت[۲]

۱. گروه روانشناسی، واحد کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران.

۲. گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول:
M_azadi@azad.ac.ir

شیوه استناددهی: عظیمی نیا، رضوانه، آزادی، مهران، و صداقت، مستوره. (۱۴۰۶). اثربخشی درمان شناختی ـــ رفتاری بر شدت درد و ناگویی هیجانی در بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۵(۱)، ۲۱-۱.

© ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

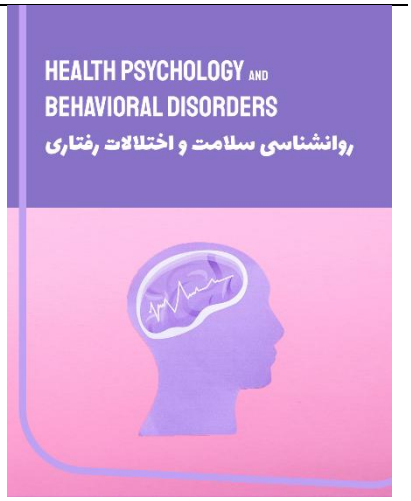
The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Pain Severity and Alexithymia in Female Patients with Fibromyalgia

Submit Date:	Revise Date:	Accept Date:	Initial Publish Date:	Final Publish Date:
2026-05-04	2026-07-29	2026-08-08	2026-08-19	2027-03-21

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on pain severity and alexithymia in female patients with fibromyalgia. This study employed a quasi-experimental pretest-posttest design with a three-month follow-up and a control group. The statistical population consisted of female patients with fibromyalgia attending the rheumatology clinic of Sina Hospital in Tehran between September and November 2024. Thirty eligible participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to an experimental group and a control group, with 15 participants in each group. The experimental group received eight weekly sessions of cognitive-behavioral therapy, whereas the control group received no psychological intervention during the study period. Data were collected using the Toronto Alexithymia Scale and the McGill Pain Questionnaire at pretest, posttest, and follow-up. Repeated-measures analysis of variance and pairwise comparisons were used for data analysis. The results revealed a significant time-by-group interaction for difficulty identifying feelings ($F=58.91$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.68$). A significant interaction was also observed for difficulty describing feelings ($F=80.37$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.74$) and externally oriented thinking ($F=91.12$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.77$). Moreover, the time-by-group interaction for total pain was statistically significant ($F=31.74$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.53$). Pairwise comparisons indicated significant differences between pretest and posttest and between pretest and follow-up for all study variables ($p<0.001$), whereas no significant differences were found between posttest and follow-up. Cognitive-behavioral therapy was effective in reducing pain severity and alexithymia in female patients with fibromyalgia. The maintenance of treatment gains at the three-month follow-up suggests that CBT may be considered an effective complementary psychological intervention within multidisciplinary treatment programs for women with fibromyalgia.

Keywords: *Cognitive-behavioral therapy, Pain severity, Alexithymia, Fibromyalgia, Women*



Rezvaneh Aziminia[1], Mehran Azadi[2]*, Mastooreh Sedaghat[2]

1. Department of Psychology, Ki.C., Islamic Azad University, Kish, Iran.
2. Department of Psychology, ST.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author's Email: M_azadi@azad.ac.ir

How to cite: Aziminia, R., Azadi, A., & Sedaghat, M. (2027). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Pain Severity and Alexithymia in Female Patients with Fibromyalgia. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, *5*(1), 1-21.

© 2027 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC4.0) License.

مقدمه

فیبرومیالژیا یکی از اختلالات مزمن و پیچیده درد است که با درد گسترده و پایدار اسکلتی ـ عضلانی، حساسیت جسمانی، خستگی، اختلال در عملکرد روزمره و کاهش توانایی فرد برای مشارکت مطلوب در فعالیت‌های خانوادگی، اجتماعی و شغلی شناخته می‌شود. ویژگی مهم این بیماری آن است که شدت و تداوم درد همیشه با میزان آسیب ساختاری قابل مشاهده در بافت‌ها تناسب مستقیم ندارد و در بسیاری از بیماران، سازوکارهای پردازش مرکزی درد، ارزیابی شناختی نشانه‌های جسمانی، الگوهای رفتاری مرتبط با درد و نحوه پردازش هیجان‌ها در تجربه نهایی بیماری نقش قابل توجهی دارند. ازاین‌رو، درک فیبرومیالژیا صرفاً بر اساس یک الگوی زیست‌پزشکی محدود، برای توضیح تنوع گسترده تجربه بیماران کافی نیست و رویکردهای زیستی ـ روان‌شناختی ـ اجتماعی بر تعامل متقابل عوامل جسمانی، شناختی، رفتاری و هیجانی تأکید دارند. یافته‌های جدید در حوزه درد مزمن نیز نشان می‌دهند که تجربه درد پدیده‌ای چندبعدی است و متغیرهایی مانند نحوه توجه به درد، ارزیابی شناختی آن، انتظار فرد از پیامدهای بیماری، رفتارهای اجتنابی، راهبردهای مقابله‌ای و الگوهای تنظیم و بیان هیجان می‌توانند در شدت تجربه درد و استمرار ناتوانی نقش داشته باشند (Burns et al., 2025; Magri et al., 2025). این دیدگاه موجب شده است که در کنار درمان‌های دارویی و پزشکی، مداخلات روان‌شناختی به‌عنوان بخشی مهم از مدیریت چندبعدی دردهای مزمن، از جمله فیبرومیالژیا، مورد توجه قرار گیرند (Heagney & Adams, 2024; Nowzari et al., 2025).

درد در فیبرومیالژیا صرفاً یک احساس جسمانی منفرد نیست، بلکه تجربه‌ای پیچیده است که از تعامل ادراک حسی، ارزیابی شناختی، معنادهی فرد به نشانه‌ها و واکنش‌های رفتاری و هیجانی حاصل می‌شود. هنگامی که فرد درد را نشانه‌ای از آسیب جدی، ناتوانی اجتناب‌ناپذیر یا فقدان کنترل تلقی می‌کند، احتمال دارد توجه او بیش از پیش بر احساس‌های بدنی متمرکز شود، سطح فعالیت خود را کاهش دهد و از موقعیت‌هایی که احتمال تشدید درد در آنها وجود دارد اجتناب کند. تکرار چنین چرخه‌ای می‌تواند ظرفیت عملکردی بیمار را محدود سازد و موجب تقویت باورهایی شود که درد را غیرقابل‌کنترل و دائمی جلوه می‌دهند. در مقابل، اصلاح نحوه ارزیابی نشانه‌های جسمانی، افزایش احساس کنترل، آموزش راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه و اصلاح رفتارهای مرتبط با درد می‌تواند به کاهش شدت ادراک‌شده درد و بهبود عملکرد فرد کمک کند. شواهد حاصل از مطالعات مربوط به دردهای مزمن اسکلتی ـ عضلانی نشان داده‌اند که مداخلات شناختی ـ رفتاری می‌توانند از طریق تغییر الگوهای فکری و رفتاری مرتبط با درد، بر تجربه درد و نحوه مواجهه بیمار با آن اثرگذار باشند (Delasas et al., 2025; Mehta et al., 2025). همچنین، پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه درمان درد مزمن نشان داده‌اند که برنامه‌های مبتنی بر اصول شناختی ـ رفتاری در قالب‌های حضوری، گروهی، اینترنتی و فناوری‌محور قابلیت به‌کارگیری دارند و می‌توانند متناسب با شرایط بیماران اجرا شوند (Kozel et al., 2024; McGirt et al., 2024; Omidvar et al., 2024).

در کنار شدت درد، یکی از متغیرهای روان‌شناختی مهم در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن جسمانی، ناگویی هیجانی است. ناگویی هیجانی به الگویی نسبتاً پایدار از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف و بیان کلامی هیجان‌ها و گرایش به سبک تفکر عینی و معطوف به رویدادهای بیرونی اشاره دارد. فرد دارای سطح بالای ناگویی هیجانی ممکن است نتواند به‌روشنی میان تجربه‌های هیجانی و احساس‌های جسمانی تمایز ایجاد کند و در نتیجه، حالات درونی خود را بیشتر از طریق نشانه‌های بدنی درک یا گزارش کند. چنین الگویی در زمینه بیماری‌های همراه با درد اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند؛ زیرا ضعف در شناسایی و نمادپردازی تجربه هیجانی می‌تواند موجب افزایش تمرکز بر احساس‌های جسمانی و دشواری در پردازش سازگارانه تجربه بیماری شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ناگویی هیجانی با شیوه پردازش هیجان، انعطاف‌پذیری شناختی و نحوه پاسخ فرد به موقعیت‌های دشوار ارتباط دارد و نمی‌توان آن را صرفاً ناتوانی در بیان کلمات مربوط به هیجان دانست (Bilge & Tankut, 2022). مطالعات مداخله‌ای نیز نشان داده‌اند که مؤلفه‌های ناگویی هیجانی قابلیت تغییر دارند و مداخلاتی که شناسایی افکار و احساسات، تمایزگذاری هیجانی و بیان تجربه‌های درونی را هدف قرار می‌دهند، می‌توانند به کاهش دشواری‌های هیجانی کمک کنند (Karami & Lorestani, 2021, 2022; Mohammadi et al., 2025).

اهمیت ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا زمانی بیشتر آشکار می‌شود که رابطه متقابل میان درد مزمن و پردازش هیجانی در نظر گرفته شود. بیماران مبتلا به دردهای مزمن، به‌ویژه در شرایطی که درد برای مدت طولانی ادامه پیدا می‌کند، ممکن است به‌تدریج بخش قابل توجهی از توجه و منابع شناختی خود را به نشانه‌های بدنی اختصاص دهند. اگر بیمار در شناسایی، نام‌گذاری و بیان هیجان‌های خود نیز دشواری داشته باشد، تمایز میان برانگیختگی هیجانی و احساس جسمانی پیچیده‌تر می‌شود. در چنین شرایطی، تجربه‌های درونی ممکن است عمدتاً در قالب درد، فشار جسمانی یا سایر نشانه‌های بدنی بازنمایی شوند. بر همین اساس، برخی رویکردهای جدید در حوزه درمان درد تأکید می‌کنند که علاوه بر اصلاح شناخت‌های ناکارآمد درباره درد، لازم است توانایی بیمار برای آگاهی از تجربه‌های هیجانی و بیان سازگارانه آنها نیز تقویت شود (Löfstrand et al., 2024). مطالعه غزنفری هرندی و همکاران نیز نشان داده است که درمان شناختی ـ رفتاری در بیماران مبتلا به یک بیماری مزمن روماتولوژیک می‌تواند هم‌زمان بر ادراک درد و ناگویی هیجانی اثر بگذارد؛ یافته‌ای که نشان‌دهنده ظرفیت این رویکرد برای هدف قرار دادن هم‌زمان ابعاد جسمانی و هیجانی تجربه بیماری است (Ghazanfari Harandi et al., 2025).

درمان شناختی ـ رفتاری یکی از شناخته‌شده‌ترین مداخلات روان‌شناختی در مدیریت بیماری‌های مزمن و مشکلات مرتبط با درد است. این درمان بر این اصل استوار است که نحوه تفسیر فرد از رویدادها و احساس‌های جسمانی، رفتارهای بعدی او و تجربه هیجانی حاصل از این فرایندها به‌طور متقابل بر یکدیگر اثر می‌گذارند. در زمینه درد مزمن، بیمار ممکن است باورهایی مانند «هر نوع فعالیت درد را بدتر می‌کند»، «هیچ کنترلی بر این وضعیت ندارم» یا «با وجود درد نمی‌توانم کار مفیدی انجام دهم» را شکل دهد. این شناخت‌ها می‌توانند به کاهش فعالیت، اجتناب، وابستگی بیشتر و محدودشدن نقش‌های روزمره منجر شوند و از این طریق چرخه درد و ناتوانی را تقویت کنند. درمان شناختی ـ رفتاری تلاش می‌کند این الگوها را از طریق آموزش روانی، خودنظارتی، شناسایی افکار خودکار، بررسی شواهد موافق و مخالف باورهای ناکارآمد، بازسازی شناختی، حل مسئله، تنظیم فعالیت، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و تمرین‌های رفتاری اصلاح کند (Nakao et al., 2021). ویژگی مهم این رویکرد آن است که بیمار را از دریافت‌کننده منفعل درمان به مشارکت‌کننده فعال در مدیریت تجربه درد تبدیل می‌کند و بر یادگیری مهارت‌هایی تأکید دارد که پس از پایان جلسات نیز قابل استفاده هستند.

شواهد پژوهشی در سال‌های اخیر از کاربرد درمان شناختی ـ رفتاری در مدیریت انواع درد مزمن حمایت کرده‌اند. مطالعات انجام‌شده در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن نشان داده‌اند که مداخله شناختی ـ رفتاری می‌تواند موجب بهبود شاخص‌های مرتبط با درد و کیفیت عملکرد شود (Mehta et al., 2025). همچنین، طراحی کارآزمایی‌های جدید برای مقایسه درمان شناختی ـ رفتاری با شیوه‌های محافظه‌کارانه مدیریت درد نشان‌دهنده جایگاه رو به گسترش این رویکرد در مداخلات عملکردمحور درد مزمن است (Delasas et al., 2025). در حوزه دردهای ستون فقرات نیز درمان شناختی ـ رفتاری در قالب برنامه‌های ساختاریافته و فناوری‌های نوین به کار گرفته شده و نتایج امیدوارکننده‌ای در کاهش بار ادراک‌شده درد گزارش شده است (McGirt et al., 2024). علاوه بر این، پژوهش‌های جدید بر اهمیت بررسی سازوکارهای میانجی درمان تأکید کرده‌اند و تلاش دارند مشخص کنند که تغییر در چه فرایندهای شناختی، رفتاری و هیجانی بیشترین سهم را در بهبود بیماران مبتلا به درد مزمن دارد (Burns et al., 2025). این جهت‌گیری پژوهشی اهمیت زیادی دارد، زیرا اثربخشی مداخله صرفاً به کاهش یک نشانه محدود نیست، بلکه به نحوه تغییر چرخه‌های نگهدارنده درد نیز وابسته است.

درمان شناختی ـ رفتاری در سال‌های اخیر به شکل‌های متنوعی توسعه یافته است. برنامه‌های اینترنتی و مبتنی بر فناوری این امکان را فراهم کرده‌اند که بیماران مزمن حتی در صورت محدودیت حرکتی یا دسترسی جغرافیایی محدود، از آموزش‌های ساختاریافته شناختی ـ رفتاری بهره‌مند شوند. نتایج مطالعات مربوط به مداخلات مبتنی بر وب در بیماری‌های روماتولوژیک نشان می‌دهد که این شیوه می‌تواند احساس توانمندی بیمار برای مواجهه با درد را افزایش دهد (Omidvar et al., 2024). استفاده از فناوری‌های واقعیت مجازی خانگی نیز به‌عنوان یکی از مسیرهای نوظهور اجرای مداخلات شناختی ـ رفتاری برای بیماران مبتلا به درد مزمن مورد توجه قرار گرفته است (McGirt et al., 2024). در عین حال، پژوهش درباره میزان مشارکت بیماران پس از ارجاع به درمان شناختی ـ رفتاری نشان می‌دهد که دسترس‌پذیری

درمان به‌تنهایی کافی نیست و عواملی مانند پذیرش مداخله، انتظارات بیمار، سهولت حضور در جلسات و باور فرد به سودمندی رویکرد درمانی می‌توانند بر میزان مشارکت اثر بگذارند (Kozel et al., 2024). این موضوع در فیبرومیالژیا اهمیت بیشتری دارد، زیرا درد گسترده و محدودیت‌های جسمانی می‌توانند حضور مستمر در فرایند درمان را دشوار سازند و ضرورت طراحی مداخلات منسجم، قابل‌فهم و کاربردی را افزایش دهند.

یکی دیگر از نکات مهم در بررسی درمان شناختی ـ رفتاری، گستره اثرگذاری آن بر مشکلات همراه با درد مزمن است. برای مثال، مطالعات انجام‌شده بر مشکلات خواب در افراد مبتلا به دردهای مزمن اسکلتی ـ عضلانی نشان داده‌اند که پروتکل‌های شناختی ـ رفتاری اختصاصی می‌توانند علاوه بر هدف مستقیم خود، با تغییر چرخه‌های شناختی و رفتاری ناسازگارانه به مدیریت بهتر تجربه درد کمک کنند (Salazar-Méndez et al., 2024). کارآزمایی‌های بالینی نیز نشان داده‌اند که اصلاح الگوهای شناختی و رفتاری مرتبط با خواب در افراد مبتلا به درد مزمن می‌تواند بخشی از رویکرد جامع مدیریت درد باشد (Malfliet et al., 2024). این شواهد بر ماهیت شبکه‌ای مشکلات مرتبط با درد تأکید دارند؛ به این معنا که تغییر در یک چرخه رفتاری یا شناختی ممکن است بر سایر جنبه‌های تجربه بیماری نیز اثرگذار باشد. در فیبرومیالژیا، که نشانه‌ها معمولاً مزمن، چندبعدی و درهم‌تنیده‌اند، چنین نگرشی می‌تواند مبنای مناسبی برای مداخلاتی باشد که به جای تمرکز صرف بر حذف درد، به تغییر رابطه بیمار با درد، افزایش مهارت‌های مقابله‌ای و بازسازی الگوهای شناختی و رفتاری می‌پردازند.

مطالعات اختصاصی‌تر درباره فیبرومیالژیا نیز جایگاه مداخلات شناختی ـ رفتاری را تقویت کرده‌اند. مرورهای نظام‌مند نشان می‌دهند که مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر اصول شناختی و رفتاری می‌توانند بخشی از مدیریت جامع فیبرومیالژیا باشند و در حوزه‌های مختلف عملکردی و روان‌شناختی کاربرد داشته باشند (Cojocaru et al., 2024; Heagney & Adams, 2024). در مطالعات داخلی نیز درمان شناختی ـ رفتاری برای زنان مبتلا به فیبرومیالژیا در قالب‌های مختلف به کار گرفته شده و تأثیر آن بر متغیرهای مرتبط با عملکرد، کیفیت زندگی و سازگاری با بیماری بررسی شده است (Kalbadi Nezhad et al., 2021; Kolbadinejad et al., 2022). همچنین مقایسه گروه‌درمانی شناختی ـ رفتاری با سایر الگوهای مداخله‌ای در افراد مبتلا به فیبرومیالژیا نشان داده است که این درمان همچنان یکی از گزینه‌های قابل اتکا در برنامه‌های روان‌شناختی مرتبط با بیماری است (Nowzari et al., 2025). این یافته‌ها در مجموع نشان می‌دهند که درمان شناختی ـ رفتاری از قابلیت انطباق مناسبی با ویژگی‌های بالینی فیبرومیالژیا برخوردار است و می‌تواند متناسب با اهداف خاص هر پژوهش، بر مؤلفه‌های متفاوت بیماری متمرکز شود.

با وجود گسترش مطالعات مربوط به درمان شناختی ـ رفتاری در درد مزمن، بخش قابل توجهی از پژوهش‌ها بر شاخص‌های عمومی عملکرد، کیفیت زندگی یا خودکارآمدی درد متمرکز بوده‌اند و رابطه هم‌زمان میان تغییر شدت درد و تغییر ناگویی هیجانی کمتر در کانون پژوهش قرار گرفته است. این خلأ از آن جهت اهمیت دارد که ناگویی هیجانی می‌تواند یکی از حلقه‌های ارتباطی میان تجربه جسمانی و پردازش روان‌شناختی بیماری باشد. اگر فرد نتواند حالت هیجانی خود را شناسایی و به‌صورت کلامی پردازش کند، احتمال دارد بخش بیشتری از تجربه درونی خود را در قالب نشانه‌های جسمانی سازمان دهد. بنابراین، درمانی که به بیمار کمک می‌کند میان موقعیت، فکر، احساس، حس جسمانی و رفتار تمایز قائل شود، ممکن است علاوه بر تغییر ادراک درد، توانایی او را برای شناخت و بیان تجربه‌های هیجانی نیز بهبود بخشد. شواهد مربوط به اثربخشی مداخلات شناختی ـ رفتاری بر ناگویی هیجانی در گروه‌های مختلف نشان می‌دهد که این سازه در برابر مداخله انعطاف‌پذیر است (Karami & Lorestani, 2021, 2022). همچنین، نتایج پژوهش‌های مرتبط با مداخلات شناختی در مشکلات بین‌فردی نشان داده‌اند که اصلاح باورهای ناکارآمد، افزایش آگاهی از حالات درونی و آموزش بیان مناسب تجربه‌ها می‌تواند با کاهش ناگویی هیجانی همراه باشد (Mohammadi et al., 2025).

از منظر نظری، درمان شناختی ـ رفتاری می‌تواند از چند مسیر بر ناگویی هیجانی اثر بگذارد. نخست، خودنظارتی ساختاریافته بیمار را تشویق می‌کند که رویدادهای روزانه، افکار، احساس‌ها، احساس‌های بدنی و رفتارهای خود را به‌صورت تفکیک‌شده ثبت کند. این فرایند به‌مرور ظرفیت

تمایز میان «آنچه فرد فکر می‌کند»، «آنچه در بدن احساس می‌کند» و «آنچه از نظر هیجانی تجربه می‌کند» را افزایش می‌دهد. دوم، بازسازی شناختی فرد را وادار می‌کند تجربه‌های درونی خود را به زبان درآورد، برای آنها معنا بسازد و به جای پاسخ‌های کلی و مبهم، محتوای شناختی و هیجانی مشخصی را شناسایی کند. سوم، آموزش مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود می‌تواند به بیمار کمک کند نیازها و احساس‌های خود را دقیق‌تر به دیگران منتقل کند. چهارم، تکالیف رفتاری و حل مسئله امکان تجربه عملی راهبردهای جدید و دریافت بازخورد درباره آنها را فراهم می‌کنند. اهمیت این فرایندها در مطالعات جدید درمان درد نیز برجسته شده است، به‌گونه‌ای که برخی پژوهش‌ها درمان‌های متمرکز بر شناخت، رفتار و پردازش هیجان را در کنار یکدیگر بررسی کرده‌اند تا سازوکارهای مشترک و اختصاصی تغییر را روشن کنند (Burns et al., 2025; Löfstrand et al., 2024).

از سوی دیگر، درد مزمن می‌تواند خود به عاملی برای تثبیت الگوهای ناکارآمد شناختی و هیجانی تبدیل شود. تداوم درد ممکن است توجه فرد را به‌طور مداوم به بدن معطوف کند و دامنه فعالیت‌های روزمره او را کاهش دهد. در چنین شرایطی، هر افزایش کوتاه‌مدت درد می‌تواند به‌عنوان تأییدی بر باورهای ناکارآمد درباره ناتوانی تفسیر شود و رفتارهای اجتنابی را تقویت کند. مطالعات مبتنی بر مدل‌های شناختی ـ رفتاری ـ هیجانی درد نشان می‌دهند که تفاوت در شیوه پردازش شناختی و هیجانی می‌تواند بخشی از تفاوت میان افراد در شدت تجربه درد را توضیح دهد، حتی هنگامی که زمینه‌های زیستی آنان بسیار مشابه است (Magri et al., 2025). بنابراین، در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا توجه به شیوه تفسیر درد و توانایی پردازش هیجان می‌تواند برای فهم تفاوت‌های فردی در شدت علائم اهمیت داشته باشد. این دیدگاه با یافته‌های مطالعاتی که بر نقش مداخلات شناختی ـ رفتاری در تغییر تجربه درد در بیماری‌های مزمن روماتولوژیک تأکید کرده‌اند، همسو است (Ghazanfari Harandi et al., 2025; Omidvar et al., 2024).

شواهد حاصل از پژوهش‌های مقایسه‌ای نیز نشان می‌دهند که درمان شناختی ـ رفتاری همچنان یکی از مداخلات مرجع برای ارزیابی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی در درد مزمن است. در کارآزمایی‌ها و طرح‌های پژوهشی جدید، این رویکرد در برابر یا در کنار سایر مداخلات روان‌شناختی بررسی شده است و همین امر نشان‌دهنده جایگاه تثبیت‌شده آن در ادبیات علمی مدیریت درد است (Sanabria-Mazo et al., 2025; Zgierska et al., 2025). همچنین، مطالعه عباسی و همکاران در بیماران مبتلا به درد مزمن نشان داد که درمان شناختی ـ رفتاری می‌تواند به‌عنوان یک مداخله فعال در بهبود پیامدهای مرتبط با زندگی بیماران مورد استفاده قرار گیرد (Abbasi et al., 2025). در عین حال، پژوهش‌های جدید تأکید می‌کنند که برای انتخاب مناسب‌ترین مداخله، نباید صرفاً به مقایسه میانگین اثر درمان‌ها بسنده کرد، بلکه لازم است بررسی شود هر رویکرد بر کدام سازوکارها و کدام گروه از بیماران اثر بیشتری دارد (Burns et al., 2025). بر این اساس، مطالعه پیامدهای مشخصی مانند شدت درد و ناگویی هیجانی می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری درباره دامنه اثر درمان شناختی ـ رفتاری در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا فراهم کند.

یکی از مزیت‌های درمان شناختی ـ رفتاری در بیماری‌های مزمن، تأکید آن بر مهارت‌آموزی و خودمدیریتی است. بیمار در این رویکرد صرفاً توصیه دریافت نمی‌کند، بلکه به‌صورت فعال می‌آموزد چگونه محرک‌های تشدیدکننده درد را شناسایی کند، افکار ناکارآمد خود را مورد ارزیابی قرار دهد، الگوهای رفتاری سازگارانه‌تری ایجاد کند و راهبردهای آموخته‌شده را در موقعیت‌های روزمره به کار ببرد. چنین ساختاری می‌تواند برای فیبرومیالژیا که نیازمند مدیریت بلندمدت است، اهمیت ویژه‌ای داشته باشد. مطالعات مربوط به مداخلات شناختی ـ رفتاری در درد نشان داده‌اند که انتقال مهارت‌ها به محیط واقعی زندگی و تداوم تمرین خارج از جلسات، بخش اساسی فرایند درمان است (Delasas et al., 2025; Kozel et al., 2024). همچنین، برنامه‌هایی که بر تغییر رفتارهای روزمره و افزایش احساس توانایی بیمار در مواجهه با درد تمرکز دارند، می‌توانند زمینه مناسبی برای حفظ دستاوردهای درمانی ایجاد کنند (Omidvar et al., 2024). ازاین‌رو، بررسی تغییرات نه‌تنها بلافاصله پس از درمان، بلکه در مرحله پیگیری نیز برای ارزیابی پایداری اثر مداخله اهمیت دارد.

در مجموع، ادبیات موجود نشان می‌دهد که فیبرومیالژیا اختلالی چندبعدی است که در آن شدت درد با فرایندهای شناختی، رفتاری و هیجانی تعامل دارد و رویکردهای روان‌شناختی ساختاریافته می‌توانند در کنار مراقبت‌های پزشکی به مدیریت بهتر بیماری کمک کنند (Cojocaru et al., 2024; Heagney & Adams, 2024). درمان شناختی ـ رفتاری به دلیل تمرکز هم‌زمان بر اصلاح شناخت‌های ناکارآمد، تغییر رفتارهای نگهدارنده درد، افزایش مهارت‌های مقابله‌ای، خودنظارتی و بهبود توانایی شناسایی و بیان تجربه‌های درونی، از ظرفیت نظری مناسبی برای اثرگذاری بر شدت درد و ناگویی هیجانی برخوردار است (Ghazanfari Harandi et al., 2025; Nakao et al., 2021). یافته‌های مربوط به کاربرد این درمان در فیبرومیالژیا و سایر بیماری‌های همراه با درد مزمن نیز از قابلیت بالینی آن حمایت می‌کنند (Kalbadi Nezhad et al., 2021; Kolbadinejad et al., 2022; Nowzari et al., 2025). بااین‌حال، نیاز به مطالعاتی که به‌طور اختصاصی و هم‌زمان شدت درد و ناگویی هیجانی را در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا بررسی کنند همچنان وجود دارد، زیرا روشن‌شدن میزان تغییر این دو پیامد می‌تواند در طراحی مداخلات دقیق‌تر و متناسب‌تر با نیازهای این بیماران مفید باشد.

بنابراین، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی ـ رفتاری بر شدت درد و ناگویی هیجانی در بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر روش، نیمه‌آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود که با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی ـ رفتاری بر شدت درد و ناگویی هیجانی در بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا انجام شد. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا مراجعه‌کننده به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان سینا در شهر تهران طی ماه‌های شهریور تا آبان ۲۰۲۴ تشکیل دادند. نمونه‌گیری به شیوه هدفمند و از میان بیمارانی انجام شد که تشخیص قطعی فیبرومیالژیا را بر اساس ارزیابی روماتولوژیست و شاخص‌های بالینی کالج روماتولوژی آمریکا دریافت کرده بودند. پس از بررسی اولیه بیماران، افرادی که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند و تمایل خود را برای شرکت در مطالعه اعلام کردند، انتخاب شدند و در نهایت ۳۰ بیمار در پژوهش شرکت کردند. شرکت‌کنندگان با استفاده از جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر یک شامل ۱۵ نفر، قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تأیید تشخیص فیبرومیالژیا توسط پزشک متخصص روماتولوژی بر اساس شاخص‌های بالینی کالج روماتولوژی آمریکا، داشتن شاخص درد گسترده برابر یا بیشتر از ۷ همراه با نمره شدت نشانه‌ها برابر یا بیشتر از ۵، یا داشتن شاخص درد گسترده بین ۳ تا ۶ همراه با نمره شدت نشانه‌ها برابر یا بیشتر از ۹، داشتن سن بین ۳۰ تا ۴۵ سال، برخورداری از حداقل تحصیلات دوره متوسطه اول به‌منظور توانایی درک محتوای جلسات و انجام تکالیف درمانی و نداشتن سابقه بیماری عصبی شدید یا سابقه بستری مرتبط با اختلالات شدید روان‌پزشکی بود. ملاک‌های خروج نیز شامل عدم همکاری در انجام تکالیف درمانی، غیبت در بیش از دو جلسه درمان، عدم تمایل به ادامه مشارکت در هر مرحله از پژوهش و مصرف وابستگی‌آور مواد مخدر یا روان‌گردان بود. پس از انتخاب نمونه، اهداف پژوهش، مراحل اجرای آن، محرمانه‌ماندن اطلاعات، اختیاری‌بودن مشارکت و حق خروج آزادانه از مطالعه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه آنان دریافت گردید. هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون ابزارهای سنجش شدت درد و ناگویی هیجانی را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش طی هشت جلسه هفتگی تحت درمان شناختی ـ رفتاری قرار گرفت، درحالی‌که گروه کنترل در طول این دوره مداخله پژوهشی دریافت نکرد و مراقبت‌های معمول پزشکی خود را مطابق نظر پزشک متخصص ادامه داد. پس از پایان دوره مداخله، هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند و سه ماه بعد نیز ارزیابی پیگیری برای بررسی پایداری اثرات درمان انجام شد. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از پایان کامل مراحل پژوهش، محتوای آموزشی متناسب با مداخله پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان گروه کنترل نیز قرار گرفت.

پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی. برای گردآوری اطلاعات زمینه‌ای شرکت‌کنندگان از پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی محقق‌ساخته استفاده شد. این پرسشنامه به‌منظور توصیف ویژگی‌های نمونه و بررسی همگنی نسبی دو گروه در آغاز پژوهش تهیه شد و اطلاعاتی مانند سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، مدت ابتلا به فیبرومیالژیا، مدت دریافت درمان‌های پزشکی مرتبط با بیماری و سایر مشخصات عمومی مرتبط با شرایط بیماران را دربر می‌گرفت. اطلاعات حاصل از این پرسشنامه صرفاً برای توصیف ویژگی‌های شرکت‌کنندگان و کنترل ویژگی‌های زمینه‌ای نمونه مورد استفاده قرار گرفت و نمره کلی برای آن محاسبه نشد.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو. برای سنجش ناگویی هیجانی از مقیاس ۲۰ ماده‌ای ناگویی هیجانی تورنتو استفاده شد. نسخه اولیه این ابزار توسط تیلور، رایان و باگبی تدوین شد و نسخه ۲۰ ماده‌ای آن بعدها توسط باگبی، تیلور و پارکر مورد بازنگری قرار گرفت. این مقیاس یکی از ابزارهای پرکاربرد برای ارزیابی توانایی فرد در شناسایی، توصیف و پردازش هیجان‌هاست و از سه مؤلفه دشواری در شناسایی احساسات شامل ۷ ماده، دشواری در توصیف احساسات شامل ۵ ماده و تفکر عینی یا برون‌مدار شامل ۸ ماده تشکیل شده است. پاسخ‌دهی به مواد بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از ۱ به معنای «کاملاً مخالفم» تا ۵ به معنای «کاملاً موافقم» انجام می‌شود. مواد ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و با جمع نمرات تمامی ۲۰ ماده، نمره کلی ناگویی هیجانی به دست می‌آید. دامنه نمره کل مقیاس از ۲۰ تا ۱۰۰ متغیر است و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بیشتر ناگویی هیجانی است. معمولاً نمرات ۶۱ و بالاتر به‌عنوان نشان‌دهنده سطح بالای ناگویی هیجانی در نظر گرفته می‌شوند. مطالعات انجام‌شده درباره ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار، ساختار سه‌عاملی و همسانی درونی قابل قبول آن را تأیید کرده‌اند. باگبی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰,۸۷ گزارش کرده‌اند و پژوهش‌های انجام‌شده بر نسخه فارسی نیز شواهد مناسبی در زمینه روایی سازه و پایایی آن ارائه کرده‌اند. در مطالعات ایرانی، ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل و مؤلفه‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی در دامنه قابل قبول گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی مقیاس برای نمونه مورد مطالعه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد تا از پایایی مناسب نمرات حاصل از ابزار اطمینان حاصل شود.

پرسشنامه درد مک‌گیل. برای ارزیابی شدت و کیفیت تجربه درد از پرسشنامه درد مک‌گیل استفاده شد که یکی از ابزارهای شناخته‌شده در ارزیابی چندبعدی درد، به‌ویژه دردهای مزمن، محسوب می‌شود. این پرسشنامه نخستین‌بار توسط ملزاک طراحی شد و با فراهم‌کردن مجموعه‌ای از توصیف‌کننده‌های درد به بیمار امکان می‌دهد تجربه درد خود را نه‌تنها از نظر شدت، بلکه از نظر ویژگی‌های حسی و ارزیابانه نیز بیان کند. ساختار اصلی ابزار شامل مجموعه‌هایی از واژه‌های توصیف‌کننده درد است که جنبه‌های مختلف ادراک درد را پوشش می‌دهند و از طریق انتخاب واژه‌هایی که بیشترین تطابق را با تجربه شخص دارند، شاخص‌های مختلف درد محاسبه می‌شوند. از جمله شاخص‌های قابل استخراج از این پرسشنامه می‌توان به ابعاد حسی درد، جنبه‌های ارزیابانه درد، ویژگی‌های متنوع تجربه درد، شاخص کلی درد و تعداد واژه‌های انتخاب‌شده اشاره کرد. نمرات بالاتر در این ابزار نشان‌دهنده شدت بیشتر یا تجربه گسترده‌تر درد هستند. پژوهش‌های متعدد ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب پرسشنامه درد مک‌گیل را در گروه‌های مختلف بیماران مبتلا به درد مزمن تأیید کرده‌اند. در بررسی نسخه فارسی این ابزار نیز ضرایب همسانی درونی در دامنه مطلوب گزارش شده است و ضرایب بازآزمایی در فاصله زمانی دو هفته نیز ثبات مناسب نمرات را نشان داده‌اند. برای نمونه، در برخی مطالعات ضرایب آلفای کرونباخ مؤلفه‌های اصلی این پرسشنامه بیش از ۰,۹۰ و ضرایب بازآزمایی آن حدود ۰,۸۹ تا ۰,۹۰ گزارش شده‌اند. در پژوهش حاضر نیز پایایی نمرات پرسشنامه درد مک‌گیل با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در نمونه مورد مطالعه محاسبه شد و نمره کلی حاصل از ابزار به‌عنوان شاخص اصلی شدت درد در تحلیل‌های آماری مورد استفاده قرار گرفت.

مداخله درمان شناختی ـ رفتاری. برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در قالب هشت جلسه گروهی هفتگی اجرا شد و محتوای جلسات با تمرکز اختصاصی بر شناخت‌ها، رفتارها و واکنش‌های هیجانی مرتبط با فیبرومیالژیا، تجربه درد مزمن و دشواری در شناسایی و بیان هیجان‌ها تنظیم گردید. در جلسه نخست، پس از آشنایی اعضا و تشریح قوانین و اهداف گروه، آموزش روانی درباره فیبرومیالژیا، ماهیت درد مزمن و نقش متقابل افکار، هیجان‌ها، رفتارها و احساس‌های جسمانی ارائه شد و شرکت‌کنندگان با تنفس دیافراگمی و آرمیدگی عضلانی به‌عنوان راهبردهای کاهش

تنش جسمانی و مقابله با تشدید ادراک درد آشنا شدند. در جلسه دوم، مدل شناختی ـ رفتاری و ارتباط موقعیت فعال‌کننده، افکار، هیجان‌ها، رفتارها و تجربه جسمانی درد آموزش داده شد و شرکت‌کنندگان شیوه شناسایی افکار ناکارآمد، خطاهای شناختی و ارزیابی مجدد افکار را تمرین کردند. همچنین، شناسایی و نام‌گذاری دقیق‌تر هیجان‌ها و تمایز میان احساسات جسمانی، افکار و حالات هیجانی مورد تأکید قرار گرفت. در جلسه سوم، افکار خودکار ناکارآمد مرتبط با بیماری، ناتوانی، درد و محدودیت‌های روزمره شناسایی و تکنیک‌های به‌چالش‌کشیدن شواهد مؤید و مخالف این افکار، تدوین افکار جایگزین واقع‌بینانه و حل مسئله آموزش داده شد. در جلسه چهارم، مدیریت شناختی و رفتاری درد، شناسایی چرخه درد ـ اجتناب ـ کاهش فعالیت، برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزمره، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه و تمرین آرمیدگی برای کاهش تنش جسمانی مورد توجه قرار گرفت. در جلسه پنجم، از تمرین‌ها و آزمایش‌های رفتاری برای بررسی اعتبار باورهای ناکارآمد استفاده شد و شرکت‌کنندگان آموزش دیدند تجربه‌های هیجانی خود را دقیق‌تر شناسایی، نام‌گذاری و توصیف کنند و میان رویداد، تفسیر شناختی، احساس و رفتار تمایز قائل شوند. تمرین بیان کلامی هیجان‌ها و ثبت روزانه موقعیت‌ها، افکار، احساسات و واکنش‌های رفتاری نیز به‌عنوان تکلیف خانگی ارائه شد. در جلسه ششم، مهارت‌های ارتباطی، ابراز وجود، بیان نیازها و احساسات، درخواست کمک، تعیین حدود بین‌فردی و مسئولیت‌پذیری فعالانه آموزش داده شد تا الگوهای اجتناب از بیان هیجانات کاهش یابد و توانایی شرکت‌کنندگان برای انتقال مؤثر تجربه‌های عاطفی افزایش پیدا کند. در جلسه هفتم، مدیریت زمان، تنظیم تعادل میان فعالیت و استراحت، بهداشت خواب، افزایش تدریجی فعالیت‌های لذت‌بخش و معنادار، مقابله با اجتناب رفتاری و مرور راهبردهای مؤثر مدیریت درد مورد بررسی قرار گرفت. در جلسه هشتم، تمامی مهارت‌های آموزش‌داده‌شده مرور و یکپارچه شد، میزان دستیابی به اهداف فردی مورد ارزیابی قرار گرفت، راهبردهای مؤثر هر شرکت‌کننده برای کنترل درد و شناسایی و بیان هیجان‌ها مشخص شد و برنامه شخصی برای ادامه تمرین‌ها و پیشگیری از بازگشت الگوهای شناختی و رفتاری ناکارآمد تدوین گردید. در طول جلسات از آموزش روانی، بازسازی شناختی، ثبت افکار، آزمایش رفتاری، حل مسئله، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، آموزش ابراز وجود، تمرین شناسایی و بیان هیجان‌ها، آرمیدگی عضلانی، تنفس دیافراگمی، ایفای نقش و تکالیف خانگی استفاده شد و در آغاز هر جلسه نیز تکالیف جلسه قبل بررسی و بازخورد لازم ارائه گردید.

داده‌های به‌دست‌آمده پس از جمع‌آوری، کدگذاری و وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ شدند. در بخش آمار توصیفی برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای پژوهش از شاخص‌هایی مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد و میانگین و انحراف معیار نمرات شدت درد و ناگویی هیجانی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه آزمایش و کنترل محاسبه گردید. پیش از اجرای تحلیل‌های استنباطی، مفروضه‌های لازم شامل بررسی توزیع نرمال نمرات، همگنی واریانس‌ها و کرویت داده‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. برای بررسی اثر درمان شناختی ـ رفتاری بر شدت درد و ناگویی هیجانی و نیز تعیین تغییرات این متغیرها در طول زمان، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در این تحلیل، زمان با سه سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌عنوان عامل درون‌گروهی و عضویت در گروه آزمایش یا کنترل به‌عنوان عامل بین‌گروهی در نظر گرفته شد و اثر اصلی زمان، اثر اصلی گروه و اثر تعاملی زمان و گروه مورد بررسی قرار گرفت. در مواردی که اثرهای اصلی یا تعاملی معنادار بودند، از مقایسه‌های زوجی و آزمون‌های تعقیبی مناسب برای مشخص‌کردن محل تفاوت میان مراحل اندازه‌گیری استفاده شد. همچنین اندازه اثر برای تعیین میزان تأثیر عملی مداخله گزارش شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰,۰۵ در نظر گرفته شد و نتایج با توجه به مقادیر آماره آزمون، سطح معناداری و اندازه اثر تفسیر شدند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۰ بیمار زن مبتلا به فیبرومیالژیا شرکت داشتند که به‌صورت تصادفی در دو گروه درمان شناختی ـ رفتاری و کنترل، هر یک شامل ۱۵ نفر، قرار گرفتند. میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه درمان شناختی ـ رفتاری ۳۳,۵۰ سال با انحراف معیار ۵,۴۶ و در گروه کنترل ۳۵,۰۱ سال با انحراف معیار ۴,۷۷ بود. در گروه درمان شناختی ـ رفتاری، ۲ نفر معادل ۱۳,۳ درصد مجرد، ۱۰ نفر معادل ۶۶,۷ درصد متأهل

و ۳ نفر معادل ۲۰,۰ درصد مطلقه بودند؛ در گروه کنترل نیز ۲ نفر معادل ۱۳,۳ درصد مجرد، ۱۱ نفر معادل ۷۳,۳ درصد متأهل و ۲ نفر معادل ۱۳,۳ درصد مطلقه بودند. از نظر تحصیلات، در گروه درمان شناختی ـ رفتاری ۳۳,۳ درصد دارای تحصیلات دوره متوسطه اول، ۲۰,۰ درصد دیپلم، ۱۳,۳ درصد فوق‌دیپلم، ۲۶,۷ درصد کارشناسی و ۶,۷ درصد کارشناسی ارشد یا دکتری بودند. در گروه کنترل نیز این مقادیر به‌ترتیب ۳۳,۳، ۲۶,۷، ۱۳,۳، ۲۰,۰ و ۶,۷ درصد بود. در مجموع، بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد دو گروه از نظر ویژگی‌های اصلی زمینه‌ای توزیع نسبتاً مشابهی داشتند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های ناگویی هیجانی و شدت درد در گروه‌های پژوهش در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون میانگین	پیش‌آزمون انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار	پیگیری میانگین	پیگیری انحراف معیار
دشواری در تشخیص احساسات	درمان شناختی ـ رفتاری	۳۳.۵۰	۴.۹۷	۲۲.۱۵	۴.۷۶	۲۲.۷۰	۴.۷۱
	کنترل	۳۴.۰۵	۵.۰۱	۳۳.۲۵	۵.۰۶	۳۳.۷۰	۵.۲۵
دشواری در توصیف احساسات	درمان شناختی ـ رفتاری	۲۴.۱۰	۳.۸۹	۱۳.۴۰	۲.۷۰	۱۴.۰۵	۲.۷۲
	کنترل	۲۳.۶۵	۲.۷۹	۲۲.۸۵	۲.۱۱	۲۳.۰۵	۲.۹۴
تفکر عینی	درمان شناختی ـ رفتاری	۱۴.۳۰	۲.۰۵	۷.۵۵	۱.۷۰	۸.۲۰	۱.۶۰
	کنترل	۱۳.۳۰	۱.۹۷	۱۲.۹۰	۱.۹۹	۱۳.۴۰	۲.۰۸
مجموعه کل درد	درمان شناختی ـ رفتاری	۱۱.۸۵	۱.۸۱	۶.۵۴	۱.۹۱	۶.۹۶	۱.۳۱
	کنترل	۱۱.۹۵	۱.۸۲	۱۰.۷۰	۲.۸۶	۱۰.۹۰	۲.۷۷

مطابق یافته‌های توصیفی جدول ۱، میانگین دشواری در تشخیص احساسات در گروه درمان شناختی ـ رفتاری از ۳۳,۵۰ در پیش‌آزمون به ۲۲,۱۵ در پس‌آزمون کاهش یافت و در مرحله پیگیری با میانگین ۲۲,۷۰ تقریباً حفظ شد؛ در مقابل، در گروه کنترل تغییر قابل توجهی مشاهده نشد. در مؤلفه دشواری در توصیف احساسات نیز میانگین گروه درمان شناختی ـ رفتاری از ۲۴,۱۰ به ۱۳,۴۰ در پس‌آزمون کاهش یافت و در پیگیری ۱۴,۰۵ بود، درحالی‌که میانگین گروه کنترل در سه مرحله تقریباً ثابت باقی ماند. میانگین تفکر عینی در گروه درمان شناختی ـ رفتاری نیز از ۱۴,۳۰ در پیش‌آزمون به ۷,۵۵ در پس‌آزمون و ۸,۲۰ در مرحله پیگیری کاهش یافت. همچنین، میانگین مجموعه کل درد در گروه درمان شناختی ـ رفتاری از ۱۱,۸۵ در پیش‌آزمون به ۶,۵۴ در پس‌آزمون کاهش یافت و در پیگیری ۶,۹۶ بود، درحالی‌که این شاخص در گروه کنترل از ۱۱,۹۵ در پیش‌آزمون به ۱۰,۷۰ در پس‌آزمون و ۱۰,۹۰ در پیگیری رسید. این الگوی توصیفی نشان می‌دهد که کاهش ناگویی هیجانی و شدت درد در گروه دریافت‌کننده درمان شناختی ـ رفتاری بیشتر از گروه کنترل بوده و تغییرات حاصل تا مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی پایدار مانده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای ناگویی هیجانی و شدت درد

متغیر	منبع تغییر	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی
دشواری در تشخیص احساسات	زمان	۲, ۵۶	۷۶.۴۲	<۰.۰۰۱	۰.۷۳
	گروه	۱, ۲۸	۲۱.۶۶	<۰.۰۰۱	۰.۴۴
	زمان × گروه	۲, ۵۶	۵۸.۹۱	<۰.۰۰۱	۰.۶۸
دشواری در توصیف احساسات	زمان	۲, ۵۶	۱۰۴.۲۵	<۰.۰۰۱	۰.۷۹
	گروه	۱, ۲۸	۳۱.۱۸	<۰.۰۰۱	۰.۵۳
	زمان × گروه	۲, ۵۶	۸۰.۳۷	<۰.۰۰۱	۰.۷۴
تفکر عینی	زمان	۲, ۵۶	۱۱۹.۳۶	<۰.۰۰۱	۰.۸۱

	گروه	۱, ۲۸	۴۰.۲۴	<۰.۰۰۱	۰.۵۹
	زمان × گروه	۲, ۵۶	۹۱.۱۲	<۰.۰۰۱	۰.۷۷
مجموعه کل درد	زمان	۲, ۵۶	۴۸.۵۳	<۰.۰۰۱	۰.۶۳
	گروه	۱, ۲۸	۲۰.۹۱	<۰.۰۰۱	۰.۴۳
	زمان × گروه	۲, ۵۶	۳۱.۷۴	<۰.۰۰۱	۰.۵۳

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۲ نشان داد که اثر زمان برای دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر عینی و مجموعه کل درد معنادار بود. همچنین، اثر اصلی گروه برای تمامی متغیرهای مورد بررسی معنادار به دست آمد. مهم‌تر از آن، اثر تعاملی زمان و گروه در دشواری در تشخیص احساسات با ۵۸,۹۱ F=و ۰,۶۸ ηp^2=، دشواری در توصیف احساسات با ۸۰,۳۷ F=و ۰,۷۴ ηp^2=، تفکر عینی با ۹۱,۱۲ F=و ۰,۷۷ ηp^2=و مجموعه کل درد با ۳۱,۷۴ F=و ۰,۵۳ ηp^2=معنادار بود و تمامی سطوح معناداری کمتر از ۰,۰۰۱ به دست آمد. معناداری اثر تعاملی زمان و گروه نشان می‌دهد که الگوی تغییر نمرات از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه یکسان نبوده است و گروه درمان شناختی ـ رفتاری در مقایسه با گروه کنترل کاهش بیشتری در شاخص‌های ناگویی هیجانی و شدت درد تجربه کرده است. اندازه اثرهای به‌دست‌آمده نیز نشان می‌دهد که مداخله از اثر قابل توجهی بر متغیرهای وابسته برخوردار بوده است.

پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های آماری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها نشان داد که توزیع نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال انحراف معناداری نداشت و سطوح معناداری آزمون‌های نرمال‌بودن برای تمامی متغیرها بیشتر از ۰,۰۵ بود. همچنین، نتایج آزمون لوین نشان داد که تفاوت معناداری بین واریانس‌های دو گروه در متغیرهای مورد بررسی وجود نداشت و بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار بود. بررسی مفروضه کرویت برای عامل درون‌گروهی زمان نیز نشان داد که این مفروضه نقض نشده است. بر این اساس، شرایط لازم برای استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر فراهم بود و نتایج این تحلیل از اعتبار آماری مناسب برخوردار بود.

جدول ۳. نتایج مقایسه‌های زوجی مراحل اندازه‌گیری در گروه درمان شناختی ـ رفتاری

متغیر	مقایسه مراحل	تفاوت میانگین	سطح معناداری
دشواری در تشخیص احساسات	پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون	۱۱.۳۵	<۰.۰۰۱
	پیش‌آزمون ـ پیگیری	۱۰.۸۰	<۰.۰۰۱
	پس‌آزمون ـ پیگیری	-۰.۵۵	۰.۳۱۴
دشواری در توصیف احساسات	پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون	۱۰.۷۰	<۰.۰۰۱
	پیش‌آزمون ـ پیگیری	۱۰.۰۵	<۰.۰۰۱
	پس‌آزمون ـ پیگیری	-۰.۶۵	۰.۲۸۷
تفکر عینی	پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون	۶.۷۵	<۰.۰۰۱
	پیش‌آزمون ـ پیگیری	۶.۱۰	<۰.۰۰۱
	پس‌آزمون ـ پیگیری	-۰.۶۵	۰.۲۱۴
مجموعه کل درد	پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون	۵.۳۱	<۰.۰۰۱
	پیش‌آزمون ـ پیگیری	۴.۸۹	<۰.۰۰۱
	پس‌آزمون ـ پیگیری	-۰.۴۲	۰.۴۷۶

نتایج مقایسه‌های زوجی جدول ۳ نشان داد که در گروه درمان شناختی ـ رفتاری، میانگین دشواری در تشخیص احساسات در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون به‌طور معناداری ۱۱,۳۵ واحد و در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون ۱۰,۸۰ واحد کاهش یافته بود، درحالی‌که تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود. برای دشواری در توصیف احساسات نیز تفاوت پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری به‌ترتیب ۱۰,۷۰ و ۱۰,۰۵ واحد و از نظر آماری معنادار بود، اما تفاوت پس‌آزمون و پیگیری معنادار نشد. در مؤلفه تفکر عینی نیز کاهش ۶,۷۵ واحدی از پیش‌آزمون

تا پس‌آزمون و کاهش ۶،۱۰ واحدی از پیش‌آزمون تا پیگیری معنادار بود، ولی تغییر بین پس‌آزمون و پیگیری از نظر آماری معنادار نبود. همچنین، مجموعه کل درد از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون ۵،۳۱ واحد و از پیش‌آزمون تا مرحله پیگیری ۴،۸۹ واحد کاهش یافت که هر دو تفاوت در سطح کمتر از ۰،۰۰۱ معنادار بودند؛ در مقابل، اختلاف ۰،۴۲ واحدی بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود. در مجموع، یافته‌های آزمون تعقیبی نشان می‌دهد درمان شناختی ـ رفتاری موجب کاهش معنادار شدت درد و مؤلفه‌های ناگویی هیجانی در بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا شده است و عدم تفاوت معنادار بین پس‌آزمون و پیگیری بیانگر حفظ نسبی دستاوردهای درمانی در دوره پیگیری سه‌ماهه است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی ـ رفتاری بر شدت درد و ناگویی هیجانی در بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان شناختی ـ رفتاری در مقایسه با گروه کنترل موجب کاهش معنادار شدت درد و مؤلفه‌های ناگویی هیجانی شامل دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی شد. همچنین، مقایسه نمرات در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که تغییرات ایجادشده پس از مداخله در مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی حفظ شده بود؛ به‌گونه‌ای که تفاوت بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنادار بود، اما در اغلب متغیرها تفاوت معناداری میان پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد. این الگو نشان می‌دهد که درمان شناختی ـ رفتاری نه‌تنها می‌تواند در کوتاه‌مدت بر تجربه درد و پردازش هیجان بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا اثر بگذارد، بلکه احتمالاً بخشی از دستاوردهای حاصل از درمان پس از پایان جلسات نیز پایدار باقی می‌ماند. این یافته در چارچوب مدل زیستی ـ روان‌شناختی ـ اجتماعی درد قابل تبیین است؛ زیرا در چنین مدلی درد مزمن نتیجه صرف آسیب جسمانی تلقی نمی‌شود، بلکه حاصل تعامل فرایندهای حسی، شناختی، رفتاری و هیجانی است و تغییر در هر یک از این مؤلفه‌ها می‌تواند تجربه کلی درد را تحت تأثیر قرار دهد (Burns et al., 2025; Magri et al., 2025).

نخستین یافته اصلی پژوهش نشان داد که درمان شناختی ـ رفتاری موجب کاهش معنادار شدت درد در بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا شد. این یافته با نتایج مطالعات پیشین در زمینه کاربرد درمان شناختی ـ رفتاری برای دردهای مزمن همسو است. در مطالعه Mehta و همکاران، درمان شناختی ـ رفتاری در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن با بهبود درد و کیفیت زندگی همراه بود (Mehta et al., 2025). همچنین، پژوهش‌های جدید درباره مدیریت درد مزمن نشان داده‌اند که مداخلات شناختی ـ رفتاری می‌توانند از طریق اصلاح ارزیابی‌های ناکارآمد درباره درد، افزایش احساس کنترل و تغییر رفتارهای اجتنابی، شدت ادراک‌شده درد را کاهش دهند (Delasas et al., 2025). یافته‌های مطالعات فناوری‌محور نیز نشان داده‌اند که حتی زمانی که اصول شناختی ـ رفتاری در قالب‌های غیرسنتی مانند واقعیت مجازی یا مداخلات از راه دور ارائه می‌شوند، می‌توانند بر تجربه درد مزمن تأثیرگذار باشند (McGirt et al., 2024). افزون بر این، پژوهش Omidvar و همکاران نشان داد که درمان شناختی ـ رفتاری مبتنی بر وب می‌تواند خودکارآمدی مرتبط با درد را در بیماران مبتلا به بیماری‌های روماتولوژیک افزایش دهد (Omidvar et al., 2024). بنابراین، یافته حاضر را می‌توان در امتداد شواهدی دانست که نشان می‌دهند اصول شناختی ـ رفتاری قابلیت اثرگذاری بر ادراک، ارزیابی و مدیریت دردهای مزمن را دارند.

از نظر سازوکار روان‌شناختی، کاهش شدت درد پس از درمان شناختی ـ رفتاری را می‌توان بر اساس تغییر در چرخه افکار، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و رفتارها توضیح داد. بسیاری از بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا به دلیل تجربه مکرر درد ممکن است به‌تدریج باورهایی مانند غیرقابل‌کنترل بودن درد، آسیب‌زا بودن فعالیت جسمانی یا ناتوانی دائمی در انجام فعالیت‌های روزمره را شکل دهند. چنین شناخت‌هایی می‌تواند به پایش بیش از حد بدن، اجتناب از فعالیت، کاهش مشارکت در امور روزمره و افزایش تمرکز بر درد منجر شود. درمان شناختی ـ رفتاری از طریق شناسایی افکار خودکار ناکارآمد، بازسازی شناختی و طراحی آزمایش‌های رفتاری به بیمار کمک می‌کند اعتبار چنین باورهایی را بررسی کرده و تفسیرهای واقع‌بینانه‌تری از نشانه‌های جسمانی خود ایجاد کند. Nakao و همکاران تأکید کرده‌اند که یکی از عناصر اساسی درمان شناختی

ـ رفتاری، ایجاد تغییر در رابطه متقابل میان افکار، هیجان‌ها و رفتارها و افزایش توانایی خودمدیریتی است (Nakao et al., 2021). بنابراین، کاهش درد مشاهده‌شده در پژوهش حاضر احتمالاً فقط نتیجه تغییر یک احساس جسمانی نبوده، بلکه حاصل تغییر در نحوه تفسیر و پاسخ‌دهی بیمار به تجربه درد بوده است.

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات اختصاصی‌تر در زمینه بیماری‌های مزمن روماتولوژیک نیز همسو است. Ghazanfari Harandi و همکاران گزارش کردند که درمان شناختی ـ رفتاری می‌تواند ادراک درد را در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید کاهش دهد (Ghazanfari Harandi et al., 2025). این همسویی از آن جهت اهمیت دارد که هم فیبرومیالژیا و هم بسیاری از بیماری‌های روماتولوژیک با درد مزمن، محدودیت عملکردی و نیاز به مدیریت طولانی‌مدت علائم همراه‌اند. همچنین، مطالعات انجام‌شده در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا نشان داده‌اند که مداخلات شناختی ـ رفتاری می‌توانند بر ابعاد مختلف زندگی این بیماران اثرگذار باشند. برای نمونه، Kalbadi Nezhad و همکاران اثربخشی درمان شناختی ـ رفتاری را بر متغیرهای مرتبط با سازگاری و کیفیت عملکرد در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا بررسی کرده‌اند (Kalbadi Nezhad et al., 2021) و Kolbadinejad و همکاران نیز شواهدی درباره کاربرد این درمان در بهبود ابعاد عملکردی زنان مبتلا به این سندرم ارائه کرده‌اند (Kolbadinejad et al., 2022). همچنین، پژوهش Nowzari و همکاران نشان داد که گروه‌درمانی شناختی ـ رفتاری در درمان فیبرومیالژیا از قابلیت بالینی قابل توجهی برخوردار است (Nowzari et al., 2025). این مجموعه شواهد از این دیدگاه حمایت می‌کند که درمان شناختی ـ رفتاری می‌تواند به‌عنوان بخشی از مدیریت چندبعدی فیبرومیالژیا مورد استفاده قرار گیرد.

یافته مهم دیگر پژوهش حاضر، کاهش معنادار ناگویی هیجانی و مؤلفه‌های آن در گروه درمان شناختی ـ رفتاری بود. شرکت‌کنندگان پس از دریافت مداخله، در مقایسه با پیش‌آزمون و گروه کنترل، دشواری کمتری در تشخیص احساسات، توصیف احساسات و تفکر عینی نشان دادند. این یافته با نتایج Ghazanfari Harandi و همکاران همسو است که نشان دادند درمان شناختی ـ رفتاری علاوه بر کاهش ادراک درد، می‌تواند ناگویی هیجانی را نیز در بیماران مبتلا به بیماری روماتولوژیک کاهش دهد (Ghazanfari Harandi et al., 2025). همچنین، مطالعات انجام‌شده در گروه‌های دیگر نشان داده‌اند که ناگویی هیجانی سازه‌ای کاملاً ثابت و تغییرناپذیر نیست و می‌تواند تحت تأثیر مداخلات شناختی و رفتاری قرار گیرد. Karami و Lorestani نشان دادند که مداخله شناختی ـ رفتاری با کاهش ناگویی هیجانی همراه است (Karami & Lorestani, 2021, 2022). همچنین، Mohammadi و همکاران گزارش کردند که یک مداخله شناختی ـ هیجانی ساختاریافته می‌تواند به کاهش ناگویی هیجانی کمک کند (Mohammadi et al., 2025). بنابراین، نتایج پژوهش حاضر نیز از انعطاف‌پذیری ناگویی هیجانی و امکان تغییر آن در نتیجه آموزش مهارت‌های شناختی، رفتاری و بین‌فردی حمایت می‌کند.

برای تبیین این یافته می‌توان به ساختار درمان شناختی ـ رفتاری توجه کرد. در این درمان، شرکت‌کنندگان بارها تشویق می‌شوند که رویداد، فکر، احساس، واکنش جسمانی و رفتار خود را از یکدیگر تفکیک کنند. چنین تمرین‌هایی می‌تواند به‌طور مستقیم دشواری در تشخیص احساسات را کاهش دهد؛ زیرا فرد به‌تدریج می‌آموزد میان یک احساس هیجانی، یک فکر و یک حس بدنی تمایز قائل شود. علاوه بر این، ثبت افکار و هیجان‌ها، گفت‌وگو درباره تجربه‌های روزانه، تمرین ابراز وجود و ایفای نقش، ظرفیت فرد را برای تبدیل تجربه مبهم درونی به محتوای قابل بیان افزایش می‌دهد. این فرایند می‌تواند مؤلفه دشواری در توصیف احساسات را نیز بهبود دهد. Bilge و Tankut نشان داده‌اند که ناگویی هیجانی با فرایندهای شناختی و میزان انعطاف‌پذیری شناختی ارتباط دارد (Bilge & Tankut, 2022). از این منظر، بازسازی شناختی و افزایش انعطاف در تفسیر تجربه‌ها ممکن است به بیمار کمک کند از الگوهای عینی، محدود و جسمانی‌شده فاصله بگیرد و تجربه‌های هیجانی خود را با جزئیات بیشتری پردازش کند.

کاهش تفکر عینی نیز می‌تواند به همین فرایند مرتبط باشد. افراد دارای تفکر عینی بیشتر تمایل دارند توجه خود را به جنبه‌های بیرونی رویدادها یا نشانه‌های محسوس جسمانی معطوف کنند و کمتر به معنای هیجانی تجربه‌های درونی بپردازند. درمان شناختی ـ رفتاری با استفاده از خودنظارتی، پرسشگری سقراطی، بررسی ارتباط میان موقعیت و واکنش فرد و آموزش شناسایی هیجان، توجه بیمار را از تجربه صرفاً جسمانی

به فرایندهای شناختی و هیجانی همراه آن گسترش می‌دهد. در نتیجه، بیمار ممکن است به‌تدریج درک پیچیده‌تر و چندبعدی‌تری از تجربه خود به دست آورد. Löfstrand و همکاران نیز در بررسی درمان‌های متمرکز بر هیجان برای درد، بر اهمیت توانایی شناسایی و پردازش تجربه‌های هیجانی در درمان بیماران مبتلا به درد تأکید کرده‌اند (Löfstrand et al., 2024). هرچند رویکرد مورد استفاده در پژوهش حاضر درمان شناختی ـ رفتاری بود، بخش‌هایی مانند شناسایی هیجان، بیان احساسات و اصلاح باورهای مرتبط با ابراز هیجان می‌تواند فرایندهای مشترکی را فعال کند که در نهایت به کاهش ناگویی هیجانی منجر می‌شوند.

از سوی دیگر، رابطه میان ناگویی هیجانی و درد احتمالاً دوسویه است. بیماری که قادر نیست تجربه‌های هیجانی خود را به‌خوبی تشخیص یا بیان کند ممکن است تغییرات درونی را بیشتر به‌صورت احساس‌های جسمانی تجربه کند و توجه بیشتری به نشانه‌های بدنی نشان دهد. این تمرکز می‌تواند برجستگی ادراکی درد را افزایش دهد. در مقابل، درد مزمن نیز با اشغال بخش قابل توجهی از توجه و منابع شناختی فرد ممکن است فرصت پردازش دقیق حالات هیجانی را کاهش دهد. Magri و همکاران در چارچوب یک مدل شناختی ـ رفتاری ـ هیجانی نشان داده‌اند که تفاوت در پردازش شناختی و هیجانی می‌تواند با تفاوت در الگوی تجربه درد همراه باشد (Magri et al., 2025). همچنین، Burns و همکاران با مقایسه رویکردهای مختلف روان‌شناختی برای درد مزمن بر اهمیت بررسی میانجی‌های شناختی و هیجانی در فهم چگونگی اثربخشی درمان تأکید کرده‌اند (Burns et al., 2025). بر همین اساس، امکان دارد کاهش ناگویی هیجانی در پژوهش حاضر خود بخشی از فرایندی باشد که به مدیریت بهتر درد نیز منجر شده است، هرچند برای اثبات این رابطه به تحلیل‌های میانجی‌گری در پژوهش‌های آینده نیاز است.

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین نشان داد که اثر درمان در مرحله پیگیری تا حد زیادی حفظ شد. عدم تفاوت معنادار میان بسیاری از نمرات پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که کاهش ایجادشده بلافاصله پس از درمان، در دوره بعد از مداخله به‌طور قابل توجهی از بین نرفته است. این یافته را می‌توان یکی از مزیت‌های ساختاری درمان شناختی ـ رفتاری دانست؛ زیرا این رویکرد بر آموزش مهارت‌هایی تأکید دارد که فرد می‌تواند آنها را خارج از محیط درمان نیز به کار گیرد. بازسازی شناختی، خودنظارتی، حل مسئله، تنظیم فعالیت و راهبردهای مقابله‌ای مهارت‌هایی هستند که در صورت تمرین می‌توانند پس از پایان جلسات نیز مورد استفاده قرار گیرند. Kozel و همکاران نشان داده‌اند که میزان مشارکت بیماران در درمان شناختی ـ رفتاری برای درد مزمن و استمرار استفاده از اصول آن می‌تواند در پیامدهای درمانی اهمیت داشته باشد (Kozel et al., 2024). همچنین، مطالعاتی که از شیوه‌های دیجیتال و مبتنی بر فناوری استفاده کرده‌اند بر نقش دسترسی مستمر بیمار به تکنیک‌های شناختی ـ رفتاری در مدیریت بلندمدت درد تأکید دارند (McGirt et al., 2024; Omidvar et al., 2024).

نتایج حاضر همچنین با شواهد گسترده‌تر درباره نقش درمان شناختی ـ رفتاری در مدیریت درد مزمن مطابقت دارد. Salazar-Méndez و همکاران در مرور نظام‌مند خود نشان دادند که مداخلات شناختی ـ رفتاری در افراد مبتلا به دردهای مزمن اسکلتی ـ عضلانی می‌توانند بر چرخه‌های رفتاری و جسمانی مرتبط با درد اثر بگذارند (Salazar-Méndez et al., 2024). Malfliet و همکاران نیز در یک کارآزمایی بالینی نشان دادند که مداخله شناختی ـ رفتاری در بیماران مبتلا به درد مزمن ستون فقرات می‌تواند بخشی از یک برنامه جامع مدیریت درد باشد (Malfliet et al., 2024). این نتایج نشان می‌دهد که اثربخشی درمان شناختی ـ رفتاری ممکن است به یک نوع خاص از درد محدود نباشد و اصول پایه این درمان، یعنی اصلاح شناخت‌های ناکارآمد، تغییر رفتارهای حفظ‌کننده مشکل و افزایش خودکارآمدی، قابلیت انتقال به شرایط مختلف درد مزمن را دارند.

مرورهای جدید درباره مداخلات روان‌شناختی در فیبرومیالژیا نیز از جایگاه درمان شناختی ـ رفتاری در برنامه‌های درمانی حمایت می‌کنند. Heagney و Adams نشان داده‌اند که مداخلات شناختی ـ رفتاری در کنار سایر رویکردهای روان‌شناختی یکی از گزینه‌های مورد مطالعه برای بهبود پیامدهای بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا هستند (Heagney & Adams, 2024). همچنین، مرور نظام‌مند و فراتحلیل Cojocaru و همکاران شواهدی درباره کاربرد درمان شناختی ـ رفتاری در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا ارائه کرده است (Cojocaru et al., 2024).

یافته‌های مطالعه Abbasi و همکاران نیز نشان داد که درمان شناختی ـ رفتاری در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌تواند بر شاخص‌های بالینی و کیفیت زندگی تأثیر داشته باشد (Abbasi et al., 2025). در کنار این مطالعات، پژوهش‌های مقایسه‌ای جدید نیز همچنان درمان شناختی ـ رفتاری را به‌عنوان یکی از مداخلات مرجع در حوزه درد مزمن در نظر می‌گیرند (Sanabria-Mazo et al., 2025; Zgierska et al., 2025). این موضوع نشان می‌دهد که درمان شناختی ـ رفتاری همچنان جایگاه مهمی در ادبیات درمان روان‌شناختی درد دارد.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان در چارچوب این دیدگاه تبیین کرد که تجربه فیبرومیالژیا حاصل تعامل پویا میان ادراک درد، شناخت‌های فرد، رفتارهای مقابله‌ای و نحوه پردازش تجربه‌های هیجانی است. درمان شناختی ـ رفتاری از طریق اصلاح باورهای ناکارآمد درباره بیماری، کاهش تمرکز افراطی بر درد، تقویت رفتارهای مقابله‌ای، افزایش توانایی حل مسئله، آموزش آرام‌سازی، افزایش تمایز میان فکر، هیجان و احساس جسمانی و تقویت بیان هیجان می‌تواند هم‌زمان بر دو پیامد مهم یعنی شدت درد و ناگویی هیجانی اثر بگذارد. نتایج پژوهش حاضر در کنار شواهد حاصل از مطالعات پیشین در زمینه درد مزمن و بیماری‌های روماتولوژیک (Ghazanfari Harandi et al., 2025; Mehta et al., 2025; Nowzari et al., 2025) نشان می‌دهد که درمان شناختی ـ رفتاری می‌تواند رویکردی مناسب برای مدیریت ابعاد جسمانی و هیجانی تجربه بیماری در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا باشد. همچنین، پایداری نسبی تغییرات در مرحله پیگیری این احتمال را تقویت می‌کند که مهارت‌های آموخته‌شده در جریان درمان، قابلیت انتقال به زندگی روزمره و استفاده مستمر پس از پایان جلسات را دارند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدودشدن نمونه به بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا مراجعه‌کننده به یک مرکز درمانی در شهر تهران بود که تعمیم نتایج به بیماران سایر مناطق جغرافیایی، مراکز درمانی و گروه‌های جمعیتی را محدود می‌کند. حجم نمونه نسبتاً محدود نیز می‌تواند بر قدرت تعمیم یافته‌ها تأثیر داشته باشد. علاوه بر این، بخش مهمی از داده‌ها بر اساس ابزارهای خودگزارشی جمع‌آوری شد و در نتیجه احتمال اثر سوگیری پاسخ‌دهی، تمایل به ارائه پاسخ مطلوب و تفاوت‌های فردی در ادراک و گزارش درد وجود دارد. همچنین، مدت پیگیری سه‌ماهه امکان بررسی پایداری بلندمدت اثر درمان را فراهم نمی‌کند. تفاوت در سابقه بیماری، نوع و میزان درمان‌های پزشکی هم‌زمان، مصرف داروها، وضعیت فعالیت جسمانی و حمایت خانوادگی نیز از عواملی هستند که ممکن است بر پاسخ افراد به مداخله تأثیر گذاشته باشند و کنترل کامل همه آنها در این پژوهش امکان‌پذیر نبوده است.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده این مطالعه با نمونه‌های بزرگ‌تر، در مراکز درمانی متعدد و در مناطق جغرافیایی مختلف تکرار شود تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. انجام مطالعات با دوره‌های پیگیری شش‌ماهه و یک‌ساله می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری درباره دوام اثر درمان شناختی ـ رفتاری فراهم کند. همچنین، پیشنهاد می‌شود در کنار ابزارهای خودگزارشی از شاخص‌های رفتاری، ارزیابی‌های بالینی و معیارهای عملکردی مرتبط با درد استفاده شود. بررسی نقش متغیرهایی مانند مدت ابتلا به بیماری، میزان فعالیت جسمانی، کیفیت خواب، راهبردهای مقابله‌ای، خودکارآمدی درد و انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند به شناخت بهتر عوامل مؤثر بر پاسخ درمانی کمک کند. اجرای مطالعات میانجی‌گری نیز می‌تواند مشخص سازد که آیا کاهش ناگویی هیجانی یکی از سازوکارهای مؤثر در کاهش شدت درد است یا تغییرات این دو متغیر از مسیرهای مستقل رخ می‌دهند. علاوه بر این، بررسی تفاوت پاسخ بیماران به قالب‌های فردی، گروهی، حضوری و آنلاین درمان شناختی ـ رفتاری می‌تواند در طراحی مداخلات متناسب‌تر با نیازهای بیماران مفید باشد.

از نظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود درمان شناختی ـ رفتاری به‌عنوان یکی از مداخلات روان‌شناختی مکمل در برنامه جامع مراقبت از بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا مورد توجه قرار گیرد. مراکز روماتولوژی، درمانگاه‌های درد و مراکز توان‌بخشی می‌توانند با همکاری روان‌شناسان آموزش‌دیده، برنامه‌های ساختاریافته‌ای برای آموزش بازسازی شناختی، مدیریت درد، حل مسئله، تنظیم فعالیت، آرام‌سازی، شناسایی هیجان‌ها و بیان سازگارانه احساسات طراحی کنند. غربالگری دشواری‌های مرتبط با شناسایی و توصیف احساسات نیز می‌تواند به شناسایی بیمارانی کمک کند که به مداخلات روان‌شناختی هدفمندتری نیاز دارند. همچنین، توصیه می‌شود بیماران پس از پایان دوره درمان به ادامه تمرین مهارت‌های آموخته‌شده در زندگی روزمره تشویق شوند و جلسات مرور یا تقویتی دوره‌ای برای حفظ دستاوردهای درمانی در نظر گرفته شود.

آموزش خانواده‌ها درباره ماهیت درد مزمن و اهمیت حمایت از رفتارهای سازگارانه بیمار نیز می‌تواند زمینه اجرای بهتر مهارت‌های شناختی ـ رفتاری را در محیط زندگی فراهم سازد.

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.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده ها 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.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Fibromyalgia is a chronic and multifaceted pain condition characterized by widespread musculoskeletal pain, persistent bodily sensitivity, fatigue, functional limitations, and considerable disruption in daily activities. Although its clinical manifestation is primarily somatic, contemporary models increasingly conceptualize fibromyalgia within a biopsychosocial framework in which pain perception is influenced not only by nociceptive processes but also by cognitive appraisals, behavioral responses, emotional processing, and patterns of attention to bodily sensations. This multidimensional understanding is especially important because the severity of pain reported by patients is not always proportionate to identifiable tissue damage, and the persistence of symptoms may be partly maintained by maladaptive beliefs, avoidance behaviors, reduced activity, and difficulties in processing internal emotional experiences (Burns et al., 2025; Magri et al., 2025). Psychological interventions have therefore become increasingly relevant as adjunctive components of comprehensive fibromyalgia management, particularly interventions that target the cognitive and behavioral

mechanisms associated with chronic pain (Heagney & Adams, 2024; Nowzari et al., 2025). Cognitive-behavioral therapy (CBT) is one of the most extensively studied psychological approaches for chronic pain and is based on the assumption that thoughts, emotions, bodily sensations, and behavioral responses interact dynamically and can contribute to the maintenance or reduction of pain-related disability. CBT attempts to modify maladaptive pain-related cognitions, increase adaptive coping, reduce avoidance, improve problem-solving, and enhance patients' sense of control over their symptoms (Nakao et al., 2021). Evidence from studies on chronic musculoskeletal pain suggests that CBT can improve pain-related outcomes and quality of life by modifying dysfunctional interpretations of pain and encouraging more adaptive behavioral engagement (Delasas et al., 2025; Mehta et al., 2025). Comparable benefits have also been reported when CBT principles are delivered through web-based or technology-assisted formats, indicating that the core mechanisms of cognitive and behavioral modification may remain effective across different modes of delivery (McGirt et al., 2024; Omidvar et al., 2024). Research in rheumatologic populations has similarly indicated that CBT may influence both pain perception and psychological processes associated with chronic disease (Ghazanfari Harandi et al., 2025). Beyond pain severity, alexithymia represents another potentially important psychological factor in fibromyalgia. Alexithymia refers to difficulty identifying feelings, difficulty describing feelings, and a tendency toward externally oriented or concrete thinking. Individuals with high alexithymia may have difficulty differentiating emotional arousal from somatic sensations and may consequently interpret internal experiences primarily in bodily terms. This pattern may be particularly relevant to chronic pain conditions, in which heightened attention to bodily sensations can contribute to symptom amplification and reduced emotional differentiation (Bilge & Tankut, 2022). Research has also indicated that alexithymia is amenable to psychological intervention and can be reduced through approaches that increase emotional awareness, cognitive differentiation, and verbal expression of internal states (Karami & Lorestani, 2021, 2022; Mohammadi et al., 2025). In patients with chronic rheumatologic disorders, CBT has been associated with reductions in both pain perception and alexithymia, suggesting that the intervention may simultaneously influence somatic and emotional dimensions of illness experience (Ghazanfari Harandi et al., 2025). Systematic reviews and comparative studies further support the clinical relevance of CBT in fibromyalgia and other chronic pain conditions and highlight its role as a major reference treatment in psychological pain management (Abbasi et al., 2025; Cojocaru et al., 2024; Kalbadi Nezhad et al., 2021; Kolbadinejad et al., 2022). Recent research has also emphasized the importance of investigating treatment mechanisms, including emotional and cognitive processes that may mediate improvements in chronic pain outcomes (Kozel et al., 2024; Löfstrand et al., 2024). Accordingly, the present study aimed to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on pain severity and alexithymia in female patients with fibromyalgia.

Methods and Materials

The present study employed a quasi-experimental pretest-posttest-follow-up design with an experimental and a control group. The statistical population consisted of female patients with fibromyalgia who attended the rheumatology clinic of Sina Hospital in Tehran during September to November 2024. Participants were selected through purposive sampling based on predefined inclusion and exclusion criteria. Fibromyalgia diagnosis was confirmed by a rheumatologist according to recognized clinical criteria. Additional eligibility criteria included being between 30 and 45 years of age, having at least lower-secondary education sufficient to understand treatment materials and complete homework assignments, willingness to participate in the study, and absence of severe neurological disorders or a history of hospitalization related to severe psychiatric conditions. Exclusion criteria included unwillingness to continue participation, absence from more than two treatment sessions, failure to cooperate with treatment assignments, and dependence on narcotic or psychotropic substances. A total of 30 eligible participants were enrolled and randomly assigned to either the CBT group or the control group, with 15 participants in each group. Participants completed the Toronto

Alexithymia Scale-20 and the McGill Pain Questionnaire at pretest, posttest, and three-month follow-up. The CBT intervention was conducted in eight weekly group sessions. The intervention included psychoeducation about fibromyalgia and chronic pain, identification of maladaptive automatic thoughts, cognitive restructuring, differentiation among thoughts, emotions, bodily sensations, and behaviors, pain-management skills, adaptive coping strategies, problem-solving training, relaxation, diaphragmatic breathing, assertiveness training, emotional identification and expression, behavioral activation, activity regulation, sleep hygiene, homework assignments, and relapse-prevention planning. The control group received no psychological intervention during the study period and continued its routine medical care. Data were analyzed using descriptive statistics and repeated-measures analysis of variance. Assumptions of normality, homogeneity of variances, and sphericity were examined before inferential analysis. Pairwise comparisons were conducted to determine the location of significant differences across assessment phases. Statistical significance was set at 0.05, and effect sizes were also reported.

Findings

The mean age of participants was 33.50 years in the CBT group and 35.01 years in the control group, indicating relative demographic comparability between the groups. Descriptive findings showed substantial reductions in all alexithymia components and total pain scores in the CBT group from pretest to posttest, whereas scores in the control group remained relatively stable. Mean difficulty identifying feelings in the CBT group decreased from 33.50 at pretest to 22.15 at posttest and remained at 22.70 at follow-up. In the control group, the corresponding means were 34.05, 33.25, and 33.70. Difficulty describing feelings in the CBT group decreased from 24.10 at pretest to 13.40 at posttest and 14.05 at follow-up, while the control group showed means of 23.65, 22.85, and 23.05, respectively. Externally oriented thinking in the CBT group decreased from 14.30 to 7.55 and remained relatively stable at 8.20 during follow-up. In contrast, the control group means were 13.30, 12.90, and 13.40. Total pain scores also demonstrated a marked reduction in the CBT group, declining from 11.85 at pretest to 6.54 at posttest and remaining at 6.96 at follow-up, compared with 11.95, 10.70, and 10.90 in the control group.

Repeated-measures analysis of variance revealed significant main effects of time and group, as well as significant time-by-group interactions, for all dependent variables. For difficulty identifying feelings, the time-by-group interaction was significant, $F=58.91$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.68$. For difficulty describing feelings, the interaction was $F=80.37$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.74$. For externally oriented thinking, the interaction was $F=91.12$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.77$. For total pain, the time-by-group interaction was also significant, $F=31.74$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.53$. These findings indicate that changes across the three measurement occasions differed significantly between the CBT and control groups, with greater improvement occurring in the CBT group.

Pairwise comparisons further demonstrated that, within the CBT group, differences between pretest and posttest and between pretest and follow-up were statistically significant for all outcomes. Difficulty identifying feelings decreased by 11.35 points from pretest to posttest and by 10.80 points from pretest to follow-up, both $p<0.001$. Difficulty describing feelings decreased by 10.70 and 10.05 points, respectively, both $p<0.001$. Externally oriented thinking decreased by 6.75 points from pretest to posttest and by 6.10 points from pretest to follow-up, both $p<0.001$. Total pain decreased by 5.31 points from pretest to posttest and by 4.89 points from pretest to follow-up, both $p<0.001$. None of the posttest-to-follow-up differences was statistically significant, indicating that the therapeutic gains achieved immediately after treatment were largely maintained over the three-month follow-up period.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that cognitive-behavioral therapy was effective in reducing both pain severity and alexithymia in female patients with fibromyalgia. The reduction in pain severity can be explained by the central mechanisms of CBT, particularly its emphasis on identifying and modifying maladaptive interpretations of

pain, decreasing catastrophic or helpless appraisals, reducing avoidance patterns, improving activity regulation, and strengthening adaptive coping. Patients with chronic pain may gradually develop beliefs that physical activity is inherently harmful or that pain is uncontrollable and permanent. Such beliefs can increase bodily vigilance and reinforce inactivity, which may in turn contribute to greater disability and heightened pain perception. Through cognitive restructuring, behavioral experiments, relaxation, and structured activity planning, CBT can disrupt this cycle and help patients reinterpret pain in a less threatening and more manageable manner.

The significant reduction in alexithymia can also be understood in relation to the structure of CBT. Participants were repeatedly encouraged to distinguish among thoughts, emotions, bodily sensations, and behaviors. This differentiation is directly relevant to difficulty identifying feelings, because individuals with alexithymia often confuse emotional arousal with physical sensations. Self-monitoring exercises, emotion labeling, cognitive records, role-play, assertiveness training, and discussion of daily emotional experiences may have increased participants' ability to identify and verbalize their internal states. Similarly, cognitive restructuring may have reduced rigid and concrete patterns of information processing, thereby contributing to improvements in externally oriented thinking.

The simultaneous reduction in pain severity and alexithymia may also suggest an interconnected therapeutic process. Greater emotional differentiation may reduce the tendency to experience internal distress predominantly through somatic channels, while improved pain management may free attentional resources that can then be directed toward more accurate emotional processing. Although the present study was not designed to test mediation, the parallel improvement in these outcomes suggests that cognitive and emotional mechanisms may interact in shaping the experience of fibromyalgia.

Another important finding was the maintenance of treatment gains at the three-month follow-up. The absence of significant differences between posttest and follow-up suggests that participants continued to benefit from the skills acquired during the intervention after the formal sessions ended. This durability may reflect the skills-based nature of CBT, which emphasizes self-management rather than dependence on the therapist. Techniques such as cognitive restructuring, problem-solving, relaxation, emotional labeling, and activity regulation can be applied independently in daily life, thereby supporting longer-term maintenance of treatment effects.

Overall, the findings indicate that cognitive-behavioral therapy can be considered an effective psychological intervention for reducing pain severity and alexithymia in female patients with fibromyalgia. Its capacity to address maladaptive pain-related cognitions, behavioral avoidance, emotional identification, and emotional expression makes it particularly suitable for a condition in which somatic, cognitive, behavioral, and emotional processes are closely intertwined. The persistence of improvements at follow-up further supports the potential clinical value of incorporating structured CBT into multidisciplinary care programs for women with fibromyalgia.

فهرست منابع

References

Abbasi, M., Ahmadi, V., Mami, S., Soleimannejad, H., & Mihandoost, Z. (2025). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Anxiety and Quality of Life in Patients With Chronic Pain. *Middle East Journal of Disability Studies*, *15*(1), 65-65.

Bilge, Y., & Tankut, Ü. (2022). The mediating role of alexithymia and cognitive flexibility in the relationship between behavioral inhibition system/behavioral activation system and depression in Turkish population. *Psychology Journal*, *11*(4), 530-540. https://doi.org/10.1002/pchj.552

Burns, J. W., Lumley, M. A., Vowles, K. E., Jensen, M. P., Day, M. A., Schubiner, H., & You, D. S. (2025). Comparative Main Effects, Mediators, and Moderators of Cognitive Behavioral Therapy, Acceptance and

Commitment Therapy, and Emotional Awareness and Expression Therapy for Chronic Spinal Pain: Randomized Controlled Trial Rationale and Protocol. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 101428. https://doi.org/10.1016/j.conctc.2025.101428

Cojocaru, C. M., Popa, C. O., 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. *Medicine and Pharmacy Reports*, *97*(1), 26. https://doi.org/10.15386/mpr-2661

Delasas, G. E., Delgado, N. M., Mojica, I. K., Ragasa, S., Manlapaz, D., & Dones Iii, V. (2025). Effectiveness of cognitive behavioral therapy versus conservative pain management on occupational performance in patients with low back pain: a systematic review protocol. *JBI Evidence Synthesis*. https://doi.org/10.11124/JBIES-23-00480

Ghazanfari Harandi, M., Sarlak, N., Pourhasan Najafabadi, M., & Madani, M. (2025). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Pain Perception and Alexithymia in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, *3*(4), 1-13.

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

Kalbadi Nezhad, M., Asadi, J., Pourasghar, M., & Aghaei, M. (2021). Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Cognitive-Behavioral Hypnotherapy on Resilience and Sleep Quality in Women with Fibromyalgia Syndrome. *Ravanshenasi Journal*, *10*(3). https://frooyesh.ir/article-1-2762-fa.html

Karami, J., & Lorestani, S. (2021). Investigating the Effect of Cognitive-Behavioral Play Therapy (CBPT) on Alexithymia and Academic Burnout in Children with Severe Specific Learning Disabilities. *Ravanshenasi Journal*, *10*(10), 41-52. https://frooyesh.ir/article-1-2947-fa.html

Karami, J., & Lorestani, S. (2022). The intervention effect of cognitive-behavioral play theory (CBPT) on alexithymia and Academic burnout in children with special learning disabilities(severe) [Research]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*, *10*(10), 41-52. http://frooyesh.ir/article-1-2947-en.html

Kolbadinejad, M., Asadi, J., Poorasghar Arabi, M., & Aghaei, M. (2022). Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Cognitive Behavioral Hypnotherapy on Sexual Satisfaction in Women with Fibromyalgia Syndrome: A Clinical Trial. *Scientific Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, *24*(1), 26-34. https://goums.ac.ir/journal/browse.php?a_id=3909&sid=1&slc_lang=en

Kozel, G., Leary, O. P., Losee, Y., Ma, K. L., Carayannopoulos, A. G., Morris, J., & McLaughlin, E. (2024). Trends in engagement with cognitive-behavioral therapy for chronic pain conditions after referral. *Translational Behavioral Medicine*, *14*(3), 179-186. https://doi.org/10.1093/tbm/ibad079

Löfstrand, K., Björk Brämberg, E., Flink, I., Wurm, M., & Bergbom, S. (2024). Providing a new transdiagnostic emotion-focused pain treatment in a clinical context: therapists' experiences of facilitators and barriers. *Cognitive behaviour therapy*, 1-19. https://doi.org/10.1080/16506073.2024.2417426

Magri, L. V., Melchior, M. d. O., Silva, G. V. d., Edilaine Cristina da Silva, G. D., & Leite-Panissi, C. R. A. (2025). Phenotypes of Painful TMD in Discordant Monozygotic Twins According to a Cognitive-Behavioral-Emotional Model: A Case-Control Study. *PLoS One*, *20*(4), e0320515. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0320515

Malfliet, A., De Baets, L., Bilterys, T., Van Looveren, E., Mairesse, O., Cagnie, B., & Nijs, J. (2024). Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Pain Management for Nonspecific Chronic Spinal Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, *7*(8), e2425856-e2425856. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.25856

McGirt, M. J., Holland, C. M., Zuckerman, S. L., Theodore, N., Pfortmiller, D., & Stanley, G. (2024). Remote Cognitive Behavioral Therapy Utilizing an In-home Virtual Reality Toolkit (Vx Therapy TM) Reduces Pain, Anxiety, and Depression in Patients With Chronic Cervical and Lumbar Pain: A Potential Opiate Alternative in Multimodal Pain Management. *Neurosurgery*, *70*, 141. https://doi.org/10.1227/neu.0000000000002809_464

Mehta, H., Singla, K., Mahajan, A., Singh, N. S., & Sood, R. (2025). Assess the Role of Cognitive Behavioral Therapy in Improvement of Pain and Quality of Life in Patients with Chronic Low Backache. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*. https://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_575_24

Mohammadi, L., Abbasi, G., & Hassanzadeh, R. (2025). The Effectiveness of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) on Feelings of Rejection and Alexithymia in Women with Marital Conflict. *International Journal of Education and Cognitive Sciences*, 1-11. https://doi.org/10.61838/kman.ijecs.287

Nakao, M., Shirotsuki, K., & Sugaya, N. (2021). Cognitive–behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *BioPsychoSocial Medicine*, *15*(1), 16. https://doi.org/10.1186/s13030-021-00219-w

Nowzari, A., Rezaei Jamalouei, H., Sobhani, A., & Nikyar, H. (2025). Comparing the Effectiveness of Group Therapy of Cognitive-Behavioral, Acceptance and Commitment and Mindfulness-Based Stress Reduction in the Treatment of Fibromyalgia Syndrome. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, *3*(2), 1-15.

Omidvar, R., Nayyeri, M., & Teimoori, S. (2024). The Impact of Web-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Pain Self-Efficacy in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Arthritis and Rheumatology Research*, *6*(2), 144-151. https://doi.org/10.61838/kman.jarac.6.2.18

Salazar-Méndez, J., Viscay-Sanhueza, N., Pinto-Vera, C., Oyarce-Contreras, F., Parra-Vera, M. F., Suso-Martí, L., & Calatayud, J. (2024). Cognitive behavioral therapy for insomnia in people with chronic musculoskeletal pain. A systematic review and dose-response meta-analysis. *Sleep Medicine*. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2024.07.031

Sanabria-Mazo, J. P., Rodriguez-Freire, C., Gallego, A., Feliu-Soler, A., Suso-Ribera, C., Garcia-Palacios, A., Hayes, S. C., Hofmann, S. G., Ciarrochi, J., McCracken, L. M., & Luciano, J. V. (2025). Acceptance and Commitment Therapy in Chronic Low Back Pain and Comorbid Depression: A Single-Case Study With Idiographic Network Analysis. *International Journal of Cognitive Therapy and Behavioral Therapy*, *28*(1), 1-32. https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2382429

Zgierska, A. E., Edwards, R. R., Barrett, B., Burzinski, C. A., Jamison, R. N., Nakamura, Y., & Garland, E. L. (2025). Mindfulness vs Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Low Back Pain Treated With Opioids: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, *8*(4), e253204-e253204. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.3204