رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۴، شماره پیاپی ۱۲۱، تیر ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(4), 2026

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش ناگویی هیجانی و پریشانی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on reducing alexithymia and psychological distress in patients with chronic pain disorders

مرتضی محدودی زمان
دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، گروه روان شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
فرناز فرشباف مانی صفت (نویسنده مسئول)
دانشیار، گروه روان شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
علی خادمی
استاد، گروه روان شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
علی اکبر نصیری
فلوشیب درد، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.

Morteza Mahdoudizaman
Ph.D. Student in General Psychology. Department of psychology, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran.
Farnaz Farshbaf Manisefat *
Associat Professer, Department of psychology, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran.
f.farshbaf@iau.ac.ir
Ali Khademi
Full Professer, Department of Psychology, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran.
Ali Akbar Nasiri
Fellow in Pain Manangment, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش ناگویی هیجانی و پریشانی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن انجام شد. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و گروه کنترل، با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن بود که در پاییز و زمستان سال ۱۴۰۳ به درمانگاه درد امام علی (ع) بیمارستان عارفیان و مرکز روان‌شناسی شمیم شهر ارومیه مراجعه کرده بودند. از میان آن‌ها، ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگذاری شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی-رفتاری قرار گرفت. ابزارهای اندازه‌گیری شامل پرسش‌نامه ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-۲۰، بگبی و همکاران، ۱۹۹۴) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-۲۱، لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵) بود. یافته‌ها نشان داد که بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات ناگویی هیجانی و مؤلفه‌های پریشانی روان‌شناختی در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود داشت و همچنین بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه در گروه آزمایش تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود نداشت و نتایج در دوره پیگیری حفظ شد. بر اساس نتایج پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی-رفتاری رویکردی مؤثر برای کاهش مشکلات هیجانی و روان‌شناختی در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن است.

واژه‌های کلیدی: *درمان شناختی-رفتاری، ناگویی هیجانی، پریشانی روان‌شناختی، اختلال درد مزمن.*

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) in reducing alexithymia and psychological distress among patients with chronic pain disorder. This research employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest and control group with a two-month follow-up. The statistical population included individuals diagnosed with chronic pain disorder who attended the Imam Ali (AS) Pain Clinic at Arefian Hospital and the Shamim Psychological Center in Urmia during autumn and winter 2024. A total of 30 participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to experimental and control groups (15 in each). The experimental group received eight 90-minute sessions of CBT. Data were collected using the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby et al., 1994) and the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995). The findings showed a significant difference between pre-test and post-test scores of alexithymia and the components of psychological distress in the experimental and control groups at the 0.01 level. Additionally, there was no significant difference between post-test and the two-month follow-up mean scores in the experimental group at the 0.01 level, indicating the results were maintained during follow-up. Based on these results, cognitive-behavioral therapy is an effective intervention for reducing emotional and psychological problems in patients with chronic pain disorder.

Keywords: *Cognitive Behavioral Therapy, Alexithymia, Psychological Distress, Chronic Pain Disorder.*

نوع مقاله: پژوهشی | **دریافت:** مرداد ۱۴۰۴ | **پذیرش:** آذر ۱۴۰۴ | **ویرایش نهایی:** تیر ۱۴۰۵

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-20]
[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.4.141]

مقدمه

امروزه درد مزمن یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت عمومی به شمار می‌رود؛ پدیده‌ای چندبعدی که نه‌تنها جنبه‌ی جسمانی، بلکه ابعاد روان‌شناختی و اجتماعی زندگی فرد را نیز تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (پی[1] و همکاران، ۲۰۲۳). اختلال درد مزمن[2] به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن فرد برای مدت بیش از سه ماه درد مداوم یا تکرارشونده‌ای را تجربه می‌کند؛ دردی که ممکن است ریشه در آسیب یا بیماری داشته باشد یا حتی بدون علت مشخصی بروز یابد (یو[3] و همکاران، ۲۰۲۴). در این اختلال، تجربه‌ی درد به‌گونه‌ای است که شدت و تداوم آن برای بیمار جنبه‌ای آزاردهنده و فرسایشی پیدا می‌کند (دیودنی[4] و همکاران، ۲۰۲۴). تداوم درد موجب تغییر در نظام‌های عصبی و هیجانی بدن می‌شود و تجربه‌ی درد از حالت هشداردهنده‌ی اولیه به پدیده‌ای خودپایدار و روان‌تنی تبدیل می‌گردد (گلیر[5] و همکاران، ۲۰۲۵). شیوع درد مزمن بیش از ۲۰ درصد از جمعیت جهان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و اغلب با اختلالات روان شناختی از جمله افسردگی، اضطراب، اختلال عملکرد و همچنین اختلال خواب همراه است؛ این امر نشان می‌دهد که درد مزمن تنها یک تجربه‌ی فیزیولوژیک نیست، بلکه نتیجه‌ی برهم‌کنش پیچیده‌ی میان فرایندهای زیستی، شناختی و هیجانی است (چامپرس[6] و همکاران، ۲۰۲۴).

مطالعات نشان می‌دهد در افراد مبتلا به اختلال درد مزمن، ناگویی هیجانی[7] از شیوع زیادی برخوردار است (لانکز[8] و همکاران، ۲۰۲۰). ناگویی هیجانی به توانایی محدود فرد برای درک، پردازش یا توصیف احساسات خود اشاره دارد؛ به‌گونه‌ای که فرد در تمایز میان احساسات و حالات جسمانی ناشی از هیجان با دشواری روبه‌رو می‌شود. و از چهار مولفه‌ی دشواری در تشخیص احساسات[9] و تمایز آنها از برانگیختگی‌های بدنی و هیجانی[10]، دشواری در توصیف احساسات[11] برای دیگران، فرایندهای تجسمی محدود همراه با کاهش خیال‌پردازی‌ها و سبک شناختی با جهت‌گیری بیرونی تشکیل شده است (پریس و گراس[12]، ۲۰۲۳). به نظر می‌رسد افراد مبتلا به درد مزمن علاوه بر اضطراب، افسردگی، از ناگویی هیجانی و سرکوب هیجان‌ها نیز در رنج هستند که منجر به تشدید علائم و درد در آنها می‌شود (پی و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ناگویی هیجانی در اختلال درد مزمن و همچنین در تجربه انواع درد، نقش مهمی دارد (موری[13] و همکاران، ۲۰۲۱). افرادی که از درد مزمن رنج می برند، نمی‌توانند احساسات خود را به درستی توصیف کنند و اغلب هیجان‌های منفی خود را سرکوب می‌کنند (بروتون[14] و همکاران، ۲۰۲۵). برای مثال حبیبی عسگرآباد و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که ناگویی هیجانی در شدت ادراک دردهای مرتبط با نشانه‌های بیماری فیبرومیالژیا رابطه مثبت و معنی‌داری دارد. لانزارا[15] و همکاران (۲۰۲۰) نیز در پژوهشی به‌این نتیجه رسیدند که ناگویی هیجانی در اختلال جسمانی‌سازی افراد مبتلا به درد مزمن نقش مهمی دارد. در همین راستا، ایلاندر[16] و همکاران (۲۰۲۱) نیز شواهدی جمع‌آوری کردند که نشان می‌دهد ناگویی هیجانی در عود دردهای مزمن، نقش مهمی دارد. در واقع ناگویی هیجانی باعث می‌شود افراد به احساسات بی‌خطر و معمولی توجه بیشتری داشته باشند، و حتی دردهای جزیی تجربه شده را نیز فاجعه‌آفرینی کنند (اوسی[17] و همکاران، ۲۰۲۳).

همچنین نتایج مطالعات حاکی از آن است که افراد مبتلا به درد مزمن، درگیر پریشانی روان‌شناختی[18] نیز هستند (ژیائو[19] و همکاران، ۲۰۲۳). این مفهوم به‌عنوان حالتی از درد و رنج عاطفی تعریف شده که متشکل از علائم افسردگی، اضطراب و استرس است و در بسیاری از موارد با علائم جسمی همراه است (پیج[20] و همکاران، ۲۰۲۱). پریشانی‌های روان‌شناختی در حوزه‌های مختلف، توانمندی و

1 . Pei
2 . Chronic Pain disorder
3 . Yoo
4 . Dudeney
5 . Glare
6 . Chambers
7 . Alexithymia
8 . Lankes
9 . Emotion Detection
10 . Physical And Emotional Excitation
11 . Difficulty In Describing Feeling
12 . Preece & Gross
13 . Morie
14 . Bruton
15 . Lanzara
16 . Elander
17 . Oussi
18 . Psychological Distress
19 . Xiao
20 . Pagé

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-20]
[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.4.141]

عملکرد اشخاص را تحت تاثیر قرار می‌دهد و به کاهش سلامت روانی و ایجاد تأثیرات منفی بر وضعیت فرد می‌انجامد (دیندو[1] و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین می‌توان اشاره نمود که ارتباط بین پریشانی روان‌شناختی و درد مزمن یک مسیر متقابل است؛ بدین صورت که هم پریشانی‌های روان‌شناختی مانند استرس، افسردگی و اضطراب زمینه‌ساز دردهای مختلف می‌شود و هم داشتن دردهای مزمن نیز می‌تواند زمینه‌ساز پریشانی روان‌شناختی شود (لنتز[2] و همکاران، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در افراد مبتلا به اختلال درد مزمن، ناگویی هیجانی شیوع زیادی دارد. به عنوان مثال، نتایج بژوهش سانباریا- مازو و همکاران (۲۰۲۳) حاکی از آن بود که افراد مبتلا به درد مزمن درگیر ناگویی هیجانی نیز هستند. همچنین، در افراد مبتلا به اختلال درد مزمن، ناگویی هیجانی باعث افزایش عواطف منفی و شدت درد تجربه شده می‌شود. از طرفی سرکوب هیجانات نیز می‌تواند منجر به بروز بریشانی روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی شود (هانگ[3] و همکاران، ۲۰۲۴).

درمان‌های متعددی در مورد ناگویی هیجانی و پریشانی‌های روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی معرفی شده است، یکی از مهم‌ترین این نوع درمان‌ها، درمان شناختی-رفتاری است (سانباریا- مازو[4] و همکاران، ۲۰۲۳). درمان شناختی-رفتاری نوعی روان‌درمانی است که به افراد کمک می‌کند تا الگوهای فکری و رفتاری ناسالم یا منفی خود را شناسایی و تغییر دهند. این روش درمانی بر این فرض استوار است که افکار، احساسات و رفتارها به هم مرتبط هستند و تغییر دادن افکار منفی می‌تواند منجر به تغییر در احساسات و رفتارهای فرد شود (دیوفی[5] و همکاران، ۲۰۲۵). این رویکرد درمانی متمرکز بر مشکل فعلی فرد است، کوتاه‌مدت، هدفمند، فعال، مشارکتی و مبتنی بر مهارت‌آموزی است. درمان شناختی- رفتاری با تمرکز بر شناسایی الگوهای شناختی ناکارآمد و غیرمنطقی و بازسازی آن سعی در کمک به مراجعان برای غلبه بر مشکلات خود دارد و می‌تواند در این زمینه موثر باشد (تسوباکی و شیمیزیو[6]، ۲۰۲۴). بنابراین برنامه درمان شناختی- رفتاری بر اصلاح شناخت و باورها به‌عنوان عامل مؤثر بر هیجان‌ها و رفتار تاکید دارد (امینوف[7] و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج مطالعات حاکی از اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر ناگویی‌های هیجانی (تسوباکی و شیمیزیو، ۲۰۲۴؛ فاضلی‌ثانی و همکاران، ۱۴۰۳؛ دهاقانی و همکاران، ۱۴۰۱؛ امیری ارجمند و همکاران، ۱۴۰۰؛ تکسین[8]و همکاران، ۲۰۲۲)، اختلالات جسمانی‌شکل (لیو[9] و همکاران، ۲۰۱۹)، پریشانی‌های روان‌شناختی (سانباریا- مازو، ۲۰۲۳؛ تکسین و همکاران، ۲۰۲۲؛ امینوف و همکاران، ۲۰۲۱؛ سین‌ها[10] و همکاران، ۲۰۲۲) اثربخش است.

بنابراین، با توجه به پیامدهای منفی قابل‌توجهی که اختلال درد مزمن بر کیفیت زندگی، سلامت روان و کارکرد هیجانی بیماران برجای می‌گذارد، و از آنجا که تداوم درد می‌تواند موجب تقویت الگوهای ناکارآمد شناختی و افزایش پریشانی روان‌شناختی گردد، بررسی این موضوع از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. لذا این مطالعه می‌تواند اثربخشی رویکرد درمان شناختی–رفتاری را در کاهش ناگویی هیجانی و پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن آشکار سازد و از این رو، راهنمایی ارزشمند برای روان‌شناسان و درمانگرانی باشد که در زمینه بهبود سازگاری هیجانی و ارتقای سلامت روان این بیماران فعالیت می‌کنند. در نهایت، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی–رفتاری بر کاهش ناگویی هیجانی و پریشانی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن بود.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن بود که در پاییز و زمستان سال ۱۴۰۳ به درمانگاه درد امام علی(ع) بیمارستان عارفیان و مرکز روان‌شناسی شمیم شهر ارومیه مراجعه کرده بودند. تشخیص اختلال درد مزمن توسط متخصص درد انجام شد و افراد واجد شرایط به‌عنوان جامعه هدف در نظر گرفته شدند. از این جامعه، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر انتخاب و سپس به‌صورت گمارش تصادفی

1. Dindo
2. Lentz
3. Huang
4. Sanabria-Mazo
5. Duffy
6. Tsubaki & Shimizu
7. Aminoff
8. Teksin
9. Liu
10. Sinha

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-20]
[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.4.141]

ساده در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگذاری شدند. ملاک‌های ورود شامل تمایل داوطلبانه برای شرکت در پژوهش و امضای فرم رضایت‌نامه آگاهانه، تشخیص اختلال درد مزمن توسط متخصص درد، توانایی خواندن و نوشتن، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، و عدم ابتلا به اختلال روان‌پزشکی یا معلولیت جسمی قابل ملاحظه (بر اساس مصاحبه‌ی غربالگری اولیه) بود. ملاک‌های خروج نیز شامل بروز مصرف مواد مخدر یا الکل، غیبت در بیش از یک‌سوم جلسات درمانی، مشارکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های درمانی یا آموزشی، و ابتلا به اختلال روان‌پزشکی در طول پژوهش بودند. گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت برنامه درمان شناختی–رفتاری قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. همتاسازی بین گروه‌ها بر اساس متغیرهای سن، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال صورت گرفت. در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه، شرکت‌کنندگان مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (بگبی[1] و همکاران، ۱۹۹۴) و پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر[2] (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲) را تکمیل کردند. در تمام مراحل، ملاحظات اخلاقی از جمله اصل امانت‌داری علمی، رعایت حق انتخاب، رازداری اطلاعات شخصی، و استفاده از داده‌ها صرفاً برای اهداف پژوهشی رعایت شد. برای حفظ حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد و در پایان پژوهش، در صورت تمایل، نتایج به آن‌ها اطلاع‌رسانی گردید. در نهایت، جهت تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ بهره گرفته شد.

ابزار سنجش

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو[3] (TAS-20): مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو ۲۵ گویه داردو توسط بگبی و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شده است. این مقیاس ناگویی هیجانی را در سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات (۷ گویه)، دشواری در توصیف احساسات (۵ گویه) و جهت‌گیری تفکر بیرونی[4] (۸ گویه) می‌سنجد. پاسخ‌دهی به گویه‌ها طیف لیکرت پنج درجه‌ای از نمره‌ی ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره‌ی ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. نمره کل از مجموع سه زیرمقیاس به‌دست می‌آید. دامنه نمره کل از ۲۵ تا ۱۲۵ متغیر بوده و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از نارسایی هیجانی است. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو در پژوهش‌های متعدد بررسی و تایید شده است (تایلور[5] و همکاران، ۲۰۰۰). در پژوهش تیلور و همکاران (۲۰۰۰) ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل را ۰/۷۴، برای زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۳، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و تفکر عینی ۰/۷۲ گزارش کردند. همچنین تیلور و همکاران (۲۰۰۳) روایی سازه‌ای این عامل را با استفاده از تحلیلی بررسی کرده و وجود سه اصلی را مشخص کرده است. ضریب همبستگی بین گویه‌ها و نمره کل در دامنه‌های ۰/۴۳ تا ۰/۶۸ و همگی در سطح p<۰/۰۰۱ معنادار گزارش شدند. در ایران ابراهیم‌پور و همکاران (۱۴۰۱) با بهره‌گیری از نظرات متخصصان حوزه روان‌شناسی، روایی صوری این پرسشنامه را تأیید کردند و پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۳ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ نمره کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۴ و برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب: دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۱، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۲، و جهت‌گیری تفکر بیرونی ۰/۷۰ محاسبه شد.

پرسشنامه پریشانی روان شناختی[6] (K-10): این ابزار که وضعیت پریشانی روان‌شناختی بیمار را طی یک ماه اخیر بررسی می‌کند توسط کسلر و همکاران در سال ۲۰۰۲ به صورت ۱۰ گویه‌ای تنظیم شده است. پاسخ به گویه‌ها به شکل ۵ گزینه‌ای (۴=تمام وقت تا ۰=هیچ وقت) است که به صورت ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر پریشانی روان‌شناختی است. سطوح نمره‌های برش استاندارد افراد در این مقیاس به این شرح است؛ ۱۵-۱۰ پریشانی خفیف، ۲۱-۱۶ پریشانی متوسط، ۳۰-۲۲ پریشانی شدید، ۵۰ -۳۱ پریشانی خیلی شدید. آلفای کرونباخ فرم ۱۰ماده‌ای ۰/۹۳، واریانس تبیین‌شده ۵۲ درصد گزارش شده است. روایی سازه و هم‌زمان این مقیاس نیز از طریق تحلیل عاملی و همبستگی با مقیاس‌های اضطراب و افسردگی تأیید گردیده است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲). در ایران، یعقوبی (۱۳۹۴) ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را در نمونه‌ای متشکل از ۵۰۰ دانشجوی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران بررسی کرد. روایی ملاکی ابزار از طریق محاسبه نقطه برش و ارتباط آن با فرم مصاحبه تشخیصی بین‌المللی مرکب تأیید شده است؛ به‌گونه‌ای که ارزش پیش‌بینی مثبت در نمره برش ۸، برابر با ۷۶/۴۹ و ارزش پیش‌بینی منفی آن برابر با ۸۴/۴۹ گزارش شد. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره‌ی کل ۰/۸۸ و ضریب بازآزمایی دوهفته‌ای ۰/۸۲ به‌دست آمد که نشان‌دهنده‌ی

1. Bagby
2. Kessler
3. Toronto Alexithymia Scale
4. Externally Oriented Thinking
5. Taylor
6. Psychological Distress Scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-20]
[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.4.141]

پایایی درونی و زمانی مطلوب فرم فارسی است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ نمره کل این ابزار برابر با ۰/۸۸ گزارش شد که پایایی مناسب ابزار را در نمونه حاضر تأیید می‌کند.

برنامه درمان شناختی- رفتاری[1] (CBT): برنامه درمان شناختی-رفتاری ارائه‌شده بر اساس پروتکل فری (۲۰۰۸) طراحی شده است. این برنامه مبتنی بر اصول نظریه شناختی-رفتاری است که ارتباط بین افکار، هیجانات و رفتارها را محور تغییرات درمانی می‌داند. مدل مفهومی برنامه بر این اساس است که با شناسایی و اصلاح افکار خودآیند و طرحواره‌های منفی، می‌توان پاسخ‌های هیجانی و رفتارهای ناسازگارانه را کاهش داد و پریشانی روان‌شناختی و نارسایی هیجانی را بهبود بخشید. برنامه شامل ۸ جلسه گروهی، هر جلسه ۹۰ دقیقه است و توسط روان‌شناس متخصص در درمان‌های شناختی-رفتاری ارائه می‌شود. جلسات هفتگی برگزار شده و در پایان دوره، پس‌آزمون و مرحله پیگیری دو ماهه اجرا شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات پروتکل درمانی شناختی-رفتاری فری (۲۰۰۸)

جلسه	اهداف	محتوای جلسات	روش تدریس	فعالیت یادگیری	زمان و مکان	فرد ارائه‌دهنده
۱	آشنایی با گروه و فرآیند درمان، شناسایی افکار سطوح اولیه	خوش‌آمدگویی، قوانین گروه، توضیح تعامل فرآیندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری؛ معرفی مولفه‌های شناختی و واکنش‌های هیجانی؛ ثبت افکار در جدول سه‌ستونیA-B-C	ارائه مطلب + بحث گروهی	نوشتن افکار خود در جدول سه ستونی	۹۰ دقیقه، اتاق جلسات گروهی	روان‌شناس CBT
۲	شناسایی افکار خودآیند و تحریف‌های شناختی، مقابله با مقاومت درمان	معرفی تحریف‌های شناختی، شناسایی در تفکر خود، تحلیل مقاومت‌ها و طراحی راهبرد مقابله	آموزش فعال + تمرین فردی	شناسایی تحریف‌ها در افکار خود	۹۰ دقیقه، اتاق جلسات	روان‌شناس CBT
۳	آشنایی با پیامدهای رفتاری و طرحواره‌ها	آموزش ماهیت طرحواره‌ها، ارتباط با افکار خودآیند، شناسایی طرحواره‌ها با روش پیکان عمودی	ارائه مطلب + تمرین گروهی	شناسایی طرحواره‌های خود	۹۰ دقیقه، اتاق جلسات	روان‌شناس CBT
۴	تقویت مهارت شناسایی طرحواره‌های منفی	کار روی پیکان عمودی، حل مشکلات در شناسایی طرحواره‌های منفی، دسته‌بندی ۱۰ طرحواره متداول	تمرین عملی + بحث گروهی	قرار دادن باورهای منفی در طبقه‌بندی	۹۰ دقیقه، اتاق جلسات	روان‌شناس CBT
۵	تصویرسازی و ارتباط بین باورهای منفی	رسم نقشه شناختی باورهای منفی و رتبه‌بندی آن‌ها	تمرین عملی + ارائه مثال	ترسیم نقشه‌های شناختی	۹۰ دقیقه، اتاق جلسات	روان‌شناس CBT
۶	پذیرش تغییرپذیری باورها	توضیح امکان بازنگری باورها، تمرین شناسایی باورهای قابل تغییر	بحث گروهی + تمرین عملی	شناسایی باورهای قابل تغییر	۹۰ دقیقه، اتاق جلسات	روان‌شناس CBT
۷	ارزیابی سودمندی باورها و تصمیم‌گیری	شناخت باورهای مشکل‌زا، ارزیابی آن‌ها، تصمیم‌گیری برای نگهداری یا کنار گذاشتن	تمرین فردی + گروهی	ارزیابی و انتخاب باورها	۹۰ دقیقه، اتاق جلسات	روان‌شناس CBT

1. Cognitive-behavioral therapy program

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-20]
[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.4.141]

۸	تثبیت دستاوردها و بازخورد	مرور اهداف درمان، بررسی برنامه‌های فردی برای نگهداری اهداف، اجرای پس‌آزمون	بحث گروهی + ارائه بازخورد	مرور و تثبیت دستاوردهای درمانی	۹۰ دقیقه، اتاق جلسات	روان‌شناس CBT

یافته ها

میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه درمان شناختی-رفتاری ۵/۳۴ ± ۲/۹ سال و در گروه کنترل ۱/۳۶ ± ۷/۸ سال بود، که نشان‌دهنده‌ی توزیع سنی نسبتاً متوازن بین دو گروه است. این مقادیر تأیید می‌کنند که تفاوت سنی قابل توجهی بین گروه‌ها وجود ندارد و هر دو گروه از نظر سن در دامنه‌ی مشابهی قرار دارند. از نظر سطح تحصیلات، در گروه درمان بیشترین فراوانی مربوط به مقطع کارشناسی (۱۰ نفر، ۳۳/۳۳٪) و در گروه کنترل بیشترین شرکت‌کنندگان در سطح زیر دیپلم (۱۲ نفر، ٪۴۰) قرار داشتند. کمترین فراوانی در گروه درمان مربوط به مقطع کارشناسی ارشد (۲ نفر، ۶۷/۶٪) و در گروه کنترل به مقطع کاردانی (۰ نفر، ٪۰) تعلق داشت. به‌طور کلی، با توجه به نتایج آزمون تی مستقل، اختلاف معناداری از نظر سن و سطح تحصیلات بین گروه‌ها وجود نداشت($p>۰/۰۵$)، بنابراین می‌توان گفت که دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همگن بوده و مقایسه اثرات درمان بدون سوگیری ناشی از این متغیرها امکان‌پذیر است.

جدول ۲. نتایج توصیفی پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش در گروه درمان شناختی- رفتاری و گروه کنترل

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
دشواری در تشخیص احساسات	آزمایش	۲۵/۰۷	۵/۳۱	۱۰/۱۳	۳/۶۶	۱۴/۰۱	۵/۳۹
	کنترل	۲۵/۴۷	۷/۱۲	۲۶/۲۰	۷/۶۷	۲۵/۴۷	۷/۰۸
دشواری در توصیف احساسات	آزمایش	۱۳/۶۰	۱/۸۴	۹/۷۳	۱/۲۸	۱۱/۵۳	۲/۰۳
	کنترل	۱۷/۸۰	۶/۵۴	۱۷/۸۷	۷/۱۸	۱۶/۴۷	۶/۴۱
تفکر عینی	آزمایش	۲۸/۶۰	۴/۴۶	۲۲/۸۰	۱/۳۷	۲۳/۰۱	۲/۴۷
	کنترل	۲۸/۳۳	۴/۴۶	۲۷/۲۸	۴/۹۷	۲۵/۴۰	۳/۹۴
نمره کل ناگویی هیجانی	آزمایش	۶۷/۲۶	۷/۲۹	۴۲/۶۶	۴/۲۸	۴۸/۵۳	۶/۰۴
	کنترل	۶۹/۵۳	۱۲/۲۳	۷۱/۳۳	۱۴/۸۸	۶۷/۳۳	۱۱/۳۱
پریشانی روان‌شناختی	آزمایش	۲۹/۸۷	۶/۲۲	۱۶/۰۷	۲/۵۴	۱۸/۸۰	۳/۴۸
	کنترل	۲۹/۱۳	۷/۰۱	۲۹/۸۰	۵/۷۴	۳۰/۲۰	۶/۲۳

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین نمرات مؤلفه‌های دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر عینی، نمره کل ناگویی هیجانی و پریشانی روان‌شناختی در مرحله پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل تقریباً برابر است. با این حال، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، میانگین نمرات در گروه درمان شناختی-رفتاری نسبت به گروه کنترل کاهش چشمگیری یافته است که بیانگر اثربخشی مداخله در کاهش ناگویی هیجانی و پریشانی روان‌شناختی می‌باشد. قبل از انجام تحلیل‌های استنباطی، نرمال بودن داده‌ها در متغیرهای دشواری در تشخیص احساسات ($P=۰/۰۸۶$)، دشواری در توصیف احساسات ($P=۰/۱۹۵$)، تفکر عینی ($P=۰/۱۳۲$) و پریشانی روان‌شناختی ($P=۰/۰۹۷$) با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلکز تأیید شد. همچنین، بر اساس نتایج آزمون لوین، همسانی واریانس‌ها در تمامی متغیرها از جمله دشواری در تشخیص احساسات ($P=۰/۲۴۷$)، دشواری در توصیف احساسات ($P=۰/۰۹۶$)، تفکر عینی ($P=۰/۲۴۶$) و پریشانی روان‌شناختی ($P=۰/۸۶۵$) برقرار بود. افزون بر این، آزمون کرویت موچلی نشان داد که در متغیر پریشانی روان‌شناختی فرض کرویت نقض شده است؛ ازاین‌رو در این مورد از تصحیح گرین‌هاوس–گایزر استفاده گردید. به‌طور کلی، مفروضات لازم برای اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-20]
[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.4.141]

جدول ۳: نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای پژوهش

متغیر	زیر مجموعه	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی داری	اندازه اثر
دشواری در تشخیص احساسات	زمان	۸۳۴/۸۲۲	۲	۴۱۷/۴۱۱	۵۰/۱۸۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴۲
	زمان*گروه	۹۷۲/۶۸۹	۲	۴۸۶/۳۴۴	۵۸/۴۶۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷۶
	گروه	۱۹۵۰/۶۷۸	۱	۱۹۵۰/۶۷۸	۱۹/۷۸۴	۰/۰۰۱	۰/۴۱۴
دشواری در توصیف احساسات	زمان	۶۵/۴۰۰	۲	۳۲/۷۰۰	۲/۶۵۸	۰/۰۷۹	۰/۰۸۷
	زمان*گروه	۶۵/۶۲۲	۲	۳۲/۸۱۱	۲/۶۶۷	۰/۰۷۸	۰/۰۸۷
	گروه	۸۴۵/۳۴۴	۱	۸۴۵/۳۴۴	۱۵/۶۰۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵۸
تفکر عینی	زمان	۳۰۶/۸۶۷	۲	۱۵۳/۴۳۳	۱۴/۰۲۴	۰/۰۰۱	۰/۳۳۴
	زمان*گروه	۸۴/۴۶۷	۲	۴۲/۲۳۳	۳/۸۶۰	۰/۰۲۷	۰/۱۲۱
	گروه	۱۰۸/۹۰۰	۱	۱۰۸/۹۰۰	۷/۷۵۵	۰/۰۰۹	۰/۲۱۷
پریشانی روان‌شناختی	زمان	۷۰۵/۷۵۶	۱/۲۴۱	۵۶۸/۶۵۳	۵۱/۱۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۴۶
	زمان*گروه	۹۰۴/۸۶۷	۱/۲۴۱	۷۲۹/۰۸۴	۶۵/۵۱۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰۱
	گروه	۱۴۸۸/۴۰۰	۱	۱۴۸۸/۴۰۰	۱۹/۷۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱۴

با توجه به جدول ۳ نتایج این آزمون حاکی از آن است که در مجموع بین مؤلفه‌های دشواری در تشخیص احساسات، تفکر عینی و پریشانی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل آموزش شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری در سطح (P<۰/۰۰۱) وجود دارد. همچنین اندازه اثر بدست آمده جلسات درمان شناختی- رفتاری به ترتیب بر دشواری در تشخیص احساسات ۰/۶۷۶ با مقدار (F=۵۸/۴۶۷)، تفکر عینی ۰/۱۲۱ با (F=۳/۸۶۰) و پریشانی روان‌شناختی ۰/۷۰۱ با (F=۶۵/۵۱۷) در سطح (P<۰/۰۰۱) معنی‌دار است.

جدول۴: نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی در تعیین تفاوت بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
دشواری در تشخیص احساسات	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۷/۱۰۰	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	۵/۵۳۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون- پیگیری	-۱/۵۶۷	۰/۰۸۳
دشواری در توصیف احساسات	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۹۰۰	۰/۰۴۳
	پیش‌آزمون- پیگیری	۱/۷۰۰	۰/۳۷۰
	پس آزمون- پیگیری	-۰/۲۰۰	۱/۰۰۰
عملکرد عینی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۳/۴۳۳	۰/۰۰۲
	پیش‌آزمون- پیگیری	۴/۲۶۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون- پیگیری	۰/۸۳۳	۰/۷۷۲
پریشانی روان‌شناختی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۶/۵۶۷	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	۵/۰۰۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون- پیگیری	-۱/۵۶۷	۰/۳۱۷

با توجه به جدول ۴ نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از آن است که در مجموع در مؤلفه‌های دشواری در تشخیص احساسات، تفکر عینی و پریشانی روان‌شناختی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری در سطح (P<۰/۰۰۱) وجود دارد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-20]
[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.4.141]

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش ناگویی هیجانی و پریشانی روان‌شناختی در افراد مبتلا به اختلال درد مزمن انجام شد. اولین یافته پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری موجب کاهش معنادار در نمره کل و زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن شد. پژوهشی ناهمسو در این زمینه یافت نشد، یافته‌های این مطالعه با نتایج پژوهش‌های فاضلی‌ثانی و همکاران (۱۴۰۳)، تسوباکی و شیمیزیو (۲۰۲۴)، دهاقانی و همکاران (۱۴۰۱)، امیری‌ارجمند و همکاران (۱۴۰۰)، تکسین و همکاران (۲۰۲۲) و لیو و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. این یافته را می‌توان بر اساس نتایج مطالعات همسو این گونه تبیین کرد که ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به درد مزمن با نارسایی در پردازش شناختی و تنظیم هیجان مرتبط است؛ این بیماران در شناسایی، نام‌گذاری و ابراز هیجانات خود دچار دشواری هستند. درمان شناختی-رفتاری از طریق بازسازی افکار ناکارآمد، آموزش مهارت‌های شناسایی و بیان هیجانات، و کاهش اجتناب هیجانی به بیماران کمک می‌کند تا هیجانات خود را به‌جای سرکوب یا انکار، درک و پردازش کنند (تکسین و همکاران، ۲۰۲۲). افزون بر این، به نظر می‌رسد که درمان شناختی–رفتاری با افزایش درک بیماران از ارتباط متقابل میان افکار منفی و تشدید درد، به کاهش چرخه‌ی معیوب افکار ناکارآمد–تنش هیجانی–ادراک درد کمک می‌کند. از سوی دیگر، به‌کارگیری راهبردهای بازشناسی هیجان و اصلاح تعبیرهای شناختی در جلسات درمان، نوعی احساس کنترل درونی و کارآمدی شخصی را در بیماران تقویت می‌نماید. این فرایند سبب می‌شود بیماران بتوانند میان احساسات جسمانی و هیجانات روانی تمایز قائل شوند و از حالت پردازش عینی به پردازش بازتابی و آگاهانه‌تری از تجارب خود برسند (تسوباکی و شیمیزیو، ۲۰۲۴). در نتیجه، کاهش نمره در زیرمقیاس دشواری در تشخیص و توصیف احساسات نشانگر افزایش آگاهی هیجانی و انعطاف‌پذیری عاطفی در این بیماران است. به بیان دیگر، درمان شناختی-رفتاری با ایجاد بینشی تازه نسبت به ارتباط میان افکار، احساسات و واکنش‌های بدنی، زمینه بازسازی تجربه هیجانی را در بیماران فراهم می‌کند. همچنین، به نظر می‌رسد تداوم تمرین‌های شناختی و هیجانی در جلسات درمان، به تدریج موجب تقویت ظرفیت بیماران در خودنظارتی هیجانی و کاهش همپوشانی هیجان–درد می‌شود.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در کاهش پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن نیز مؤثر بوده است. این نتیجه با یافته‌های سانابریا-مازو (۲۰۲۳)، تکسین و همکاران (۲۰۲۲)، امینوف و همکاران (۲۰۲۱) و سین‌ها و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری با استفاده از تکنیک‌هایی مانند مواجهه تدریجی با افکار و موقعیت‌های تهدیدآمیز، ثبت افکار منفی، چالش با باورهای غیرمنطقی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، به بیماران می‌آموزد که الگوهای تفکر منفی خود را شناسایی و اصلاح کنند (دیوفی و همکاران، ۲۰۲۵). در نتیجه، این بیماران قادر می‌شوند چرخه‌ی نگرانی، نشخوار فکری و پیش‌بینی فاجعه‌آمیز درد را متوقف کرده و احساس کنترل بیشتری بر زندگی خود به دست آورند. همچنین با هدف قرار دادن باورهای ناکارآمد درباره درد، درمان شناختی-رفتاری سبب کاهش اضطراب پیش‌بینی‌کننده و احساس درماندگی می‌شود (امینوف و همکاران، ۲۰۲۱). این امر نه‌تنها پریشانی روان‌شناختی را کاهش می‌دهد بلکه کیفیت زندگی و کارکرد اجتماعی بیماران را نیز بهبود می‌بخشد. افزون بر این، یافته‌های همسو (تکسین و همکاران، ۲۰۲۲؛ سانابریا-مازو، ۲۰۲۳) نشان می‌دهد که اصلاح باورهای فاجعه‌انگارانه و بازسازی شناختی، نقش میانجی در کاهش پریشانی دارد. در همین راستا، درمان شناختی-رفتاری از طریق تقویت مهارت‌های خودتنظیمی و بازداری هیجانی، میزان نشخوار فکری و اضطراب پیش‌بینی‌کننده را کاهش می‌دهد (سین‌ها و همکاران، ۲۰۲۲). افزون بر این، آموزش خودنظارتی شناختی در فرایند درمان، به بیماران کمک می‌کند تا نسبت به الگوهای واکنش خودآیند ذهنی و هیجانی آگاه‌تر شوند و پاسخ‌های هیجانی خود را از دید ناظر بیرونی ارزیابی کنند. این تحول در سطح آگاهی، به شکل‌گیری نگرش واقع‌بینانه‌تر نسبت به درد و کاهش درگیری هیجانی افراطی با تجربه‌ی درد منجر می‌شود. بنابراین می‌توان گفت که این رویکرد با تمرکز بر تغییر نظام‌های باور ناکارآمد و بازسازی سبک تفکر بیماران، راهکاری مؤثر برای ارتقای سلامت روان و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به درد مزمن فراهم می‌سازد.

در مجموع، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی-رفتاری درمانی مؤثر و پایدار در کاهش ناگویی هیجانی و پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن است. در واقع نتایج نشان داد بین میانگین نمرات این دو متغیر در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین به‌کارگیری این روش درمانی، چه به‌صورت مستقل و چه در ترکیب با سایر رویکردهای روان‌درمانی، می‌تواند در بهبود تنظیم هیجانی، کاهش پریشانی و ارتقای سلامت روان بیماران مبتلا به درد مزمن نقش بسزایی داشته باشد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-20]
[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.4.141]

محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل تمرکز بر بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن شهر ارومیه، استفاده از ابزارهای خودگزارشی و حجم نمونه محدود بود که تعمیم یافته‌ها را محدود می‌کند و امکان تحریف پاسخ‌ها را افزایش می‌دهد. برای پژوهش‌های آتی توصیه می‌شود از روش‌های ترکیبی مانند مصاحبه و مشاهده بالینی، نمونه‌های بزرگ‌تر و روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود و مطالعات مشابه در جامعه‌های آماری دیگر انجام شود تا قابلیت تعمیم و مقایسه یافته‌ها افزایش یابد. از نظر کاربردی، نتایج پژوهش می‌تواند به طراحی برنامه‌های درمان شناختی–رفتاری ویژه بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن کمک کند و استفاده همزمان از ابزارهای خودگزارشی و بالینی برای ارزیابی دقیق‌تر پریشانی روان‌شناختی و نارسایی هیجانی بیماران توصیه می‌شود.

منابع

ابراهیم‌پور، م.، پادیاب، ع.، احمدی، ص. و صادقی، م. (۱۴۰۱). پیش‌بینی رضایت پذیری به مواد دانش‌آموزان: نقش نگران، نشخوار فکری و ناگویی هیجانی. *مجله تازه‌های علوم شناختی*، ۲۴(۱)، ۵۶-۶۹. https://icssjournal.ir/article-1-1332-fa.html

یعقوبی، ح. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ۱۰سوالی پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر (K-۱۰). *پژوهشهای کاربردی روان‌شناختی*، ۶(۴)، ۴۵-۵۷. 10.22059/japr.2016.57963

امیری ارجمند، س.ا.، میرزائیان، ب.، و باغبانیان، س.م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی دارودرمانی و مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر اجتناب شناختی و ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به سردردهای تنشی. *الگوها و روش‌های روان‌شناختی*، ۱۲ (۴۵)، ۱۲۱–۱۳۶. https://doi.org/10.30495/jpmm.2021.27939.3389

دهاقانی، س.ج.، و ترکاشوند، ر. (۱۴۰۱). اثربخشی بحث گروهی مبتنی بر مداخله شناختی-رفتاری بر ناگویی هیجانی بیماران همودیالیزی. *پرستاری روان‌پزشکی ایران*، ۱۰(۱)، ۳۷–۴۵. http://dx.doi.org/10.22034/IJPN.10.1.37

فاضلی‌ثانی، ف.، صالحی، م.، رفیع‌پور، ع.، و خلعتبری، ج. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌محور و درمان شناختی-رفتاری بر ناگویی هیجانی و دشواری در تنظیم هیجان. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت ایران*، ۷(۴). https://doi.org/10.30473/ijohp.2025.72728.1380

Aminoff, V., Sellén, M., Sörliden, E., Ludvigsson, M., Berg, M., & Andersson, G. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy for psychological distress associated with the COVID-19 pandemic: a pilot randomized controlled trial. *Frontiers in psychology*, *12*, 684540. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.684540

Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, *38*(1), 23-32. 10.1016/0022-3999(94)90005-1

Bruton, A., Ast, H., O'Brien, J. R., Zwickey, H., Wilson, A. C., Price, C., & Colgan, D. D. (2025). The Association Between Alexithymia, Interoception, and Pain in Pediatric Chronic Pain: A Systematic Review. *Integrative Medicine Reports*, *4*(1), 100-115.https://doi.org/10.1177/27683222251375956

Chambers, C. T., Dol, J., Tutelman, P. R., Langley, C. L., Parker, J. A., Cormier, B. T., ... & Marianayagam, J. (2024). The prevalence of chronic pain in children and adolescents: a systematic review update and meta-analysis. *Pain*, *165*(10), 2215-2234.DOI: 10.1097/j.pain.0000000000003267

Dindo, L., Johnson, A. L., Lang, B., Rodrigues, M., Martin, L., & Jorge, R. (2020). Development and evaluation of an 1-day acceptance and commitment therapy workshop for veterans with comorbid chronic pain, TBI, and psychological distress: outcomes from a pilot study. *Contemporary clinical trials*, *90*, 105954.https://doi.org/10.1016/j.cct.2020.105954

Dudeney, J., Aaron, R. V., Hathway, T., Bhattiprolu, K., Bisby, M. A., McGill, L. S., ... & Dear, B. F. (2024). Anxiety and depression in youth with chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*, *178*(11), 1114-1123.1001/jamapediatrics.2024.3039

Duffy, D., Richards, D., Hisler, G., & Timulak, L. (2025). Implementing internet-delivered cognitive behavioral therapy for depression and anxiety in adults: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, *27*, e47927.https://doi.org/10.2196/47927

Elander, J., Kapadi, R., & Bateman, A. H. (2021). A systematic review of evidence about the role of alexithymia in chronic back pain. *Health psychology update*. http://dx.doi.org/10.53841/bpshpu.2021.30.1.3

Free, M. L. (2007). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*. John Wiley & Sons..https://doi.org/10.1002/9780470713235

Glare, P., Mahendran, M., & Weiss, A. D. (2025). Update on chronic pain management. *Internal medicine journal*, *55*(2), 200-206.https://doi.org/10.1111/imj.16589

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. *European Journal of Pain*, *27*(3), 321-337.https://doi.org/10.1002/ejp.2064

Huang, L., Feng, Z., Xu, C., Liao, Y., Yan, Y., Yang, C., ... & Li, C. (2024). Stigma and psychological health in psoriasis patients based on the dual-factor model of mental health: the chain mediating roles of social appearance anxiety and alexithymia. *Frontiers in psychiatry*, *15*, 1499714. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1499714

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-20]
[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.4.141]

Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., ... & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*, *32*(6), 959-976.. https://doi.org/10.1017/S0033291702006074.

Lankes, F., Schiekofer, S., Eichhammer, P., & Busch, V. (2020). The effect of alexithymia and depressive feelings on pain perception in somatoform pain disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, *133*, 110101.https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110101

Lanzara, R., Conti, C., Camelio, M., Cannizzaro, P., Lalli, V., Bellomo, R. G., ... & Porcelli, P. (2020). Alexithymia and somatization in chronic pain patients: a sequential mediation model. *Frontiers in Psychology*, *11*, 545881.https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.545881

Lentz, T. A., George, S. Z., Manickas-Hill, O., Malay, M. R., O'Donnell, J., Jayakumar, P., ... & Mather III, R. C. (2020). What general and pain-associated psychological distress phenotypes exist among patients with hip and knee osteoarthritis?. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, *478*(12), 2768-2783. https://doi.org/10.1097/corr.0000000000001520

Liu, J., Gill, N. S., Teodorczuk, A., Li, Z. J., & Sun, J. (2019). The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*, *245*, 98-112.https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.114

Morie, K. P., Potenza, M. N., Beitel, M., Oberleitner, L. M., Roos, C. R., Yip, S. W., ... & Barry, D. T. (2021). Alexithymia and pain experience among patients using methadone-maintenance therapy. *Drug and alcohol dependence*, *218*, 108387.https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108387

Oussi, A., Hamid, K., & Bouvet, C. (2023). Managing emotions in panic disorder: A systematic review of studies related to emotional intelligence, alexithymia, emotion regulation, and coping. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *79*, 101835.https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2023.10183510.1016/j.

Pagé, M. G., Lacasse, A., Dassieu, L., Hudspith, M., Moor, G., Sutton, K., ... & Choinière, M. (2021). A cross-sectional study of pain status and psychological distress among individuals living with chronic pain: the Chronic Pain & COVID-19 Pan-Canadian Study. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, *41*(5).. DOI:10.24095/hpcdp.41.5.01

Pei, J. H., Wang, X., Ma, T., Du, Y., & Dou, X. (2023). Alexithymia in a Chinese patient with chronic pain and associated factors: A cross-sectional study. *Pain Management Nursing*, *24*(4), e1-e6.https://doi.org/10.1016/j.pmn.2023.01.003

Preece, D. A., & Gross, J. J. (2023). Conceptualizing alexithymia. *Personality and Individual Differences*, *215*, 112375.https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112375

Sanabria-Mazo, J. P., Colomer-Carbonell, A., Fernández-Vázquez, Ó., Noboa-Rocamora, G., Cardona-Ros, G., McCracken, L. M., ... & Luciano, J. V. (2023). A systematic review of cognitive behavioral therapy-based interventions for comorbid chronic pain and clinically relevant psychological distress. *Frontiers in psychology*, *14*, 1200685.https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1200685

Sinha, C., Cheng, A. L., & Kadaba, M. (2022). Adherence and engagement with a cognitive behavioral therapy–based conversational agent (Wysa for chronic pain) among adults with chronic pain: survival analysis. *JMIR Formative Research*, *6*(5), e37302. https://doi.org/10.2196/37302

Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and psychosomatics*, *73*(2), 68-77.. https://doi.org/10.1159/000075537.

TEKSİN, G., ŞAHMELİKOĞLU ONUR, Ö., & KARABIÇAK, D. (2022). Cognitive Behavioral Therapy for Female Patients with Fibromyalgia Syndrome: A Pilot. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapies and Research*, *11*(1), 31.https://doi.org/10.5455/JCBPR.77837

Tsubaki, K., & Shimizu, E. (2024). Psychological Treatments for Alexithymia: A Systematic Review. *Behavioral* Sciences, *14*(12), 1173.https://doi.org/10.3390/bs14121173

Xiao, M. Z., Khan, J. S., Dana, E., Rao, V., Djaiani, G., Richebé, P., ... & Clarke, H. (2023). Prevalence and risk factors for chronic postsurgical pain after cardiac surgery: A single-center prospective cohort study. *Anesthesiology*, *139*(3), 309-320. https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004621

Yoo, Y. M., & Kim, K. H. (2024). Current understanding of nociplastic pain. *The Korean Journal of Pain*, *37*(2), 107-118.https://doi.org/10.3344/kjp.23326

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-20]

[DOI: 10.29252/Rooyesh.15.4.141]