مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره سی و دو، شماره یازدهم، بهمن ۱۴۰۳
تاریخ دریافت:۱۴۰۳/۰۸/۰۳
تاریخ پذیرش:۱۴۰۳/۱۰/۰۲

اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر مؤلفه‌های هیجانی در زنان مبتلا به سردرد میگرن: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

مژگان بخشی ندوشن[۱]، اعظم داودی*[۱]، حمید میرحسینی[۲]، قاسم نظیری[۱]

مقاله پژوهشی

مقدمه: میگرن از اختلالات روان‌تنی رایج است که عوامل هیجانی و روانی در ایجاد آن‌ها دخیل هستند. درمان هیجان‌مدار می‌تواند به عنوان عامل تأثیرگذار در مدیریت این اختلال مطرح باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر مؤلفه‌های هیجانی در بیماران زن مبتلا به میگرن انجام شد.

روش بررسی: به صورت نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش زنان مبتلا به میگرن شهر یزد در سال ۱۴۰۳ بودند. ۳۰ بیمار به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. بیماران قبل از درمان به تکمیل پرسش‌نامه‌های باورهای هیجانی (EBQ)، مقیاس همدلی (PES)، پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) و مقیاس اندازه‌گیری آنالوگ بصری (VAS) مبادرت نمودند و در پایان نیز در مرحله پس آزمون این ارزیابی صورت گرفت. مدت دوره مداخله درمان هیجان‌مدار برای گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هفته‌ای یک جلسه بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره و از طریق بسته نرم افزار آماری برای علوم اجتماعی SPSS version 16 انجام شد.

نتایج: نتایج نشان داد که در متغیرهای باورهای هیجانی و ابعاد آن و هم‌چنین اضطراب، افسردگی و استرس، گروه تحت درمان هیجان مدار نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌داری میانگین پایین تری به‌دست آورده اند ($P\leq$۰/۰۵). در متغیر همدلی و ابعاد آن به جز بعد توانایی تشخیص احساسات منفی دیگران گروه تحت درمان هیجان مدار نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌داری میانگین بالاتری به‌دست آورده‌اند ($P\leq$۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهشی نشان داد افراد مبتلا به سردرد میگرن در تجربه و پردازش هیجان‌های خود با مشکل مواجه‌اند و دچار نگرانی و خودسرزنشی می‌گردند. بر این اساس پروتکل درمان هیجان مدار می‌تواند برای بیماران مبتلا به سردرد میگرن استفاده شود و در بهبود مؤلفه‌های هیجانی این افراد مؤثر واقع شود.

واژه‌های کلیدی: درمان هیجان مدار، مؤلفه‌های هیجانی، سردرد میگرن، مطالعه کارآزمایی بالینی

IRCTID:IRCT20240722062505N1

ارجاع: بخشی ندوشن مژگان، داودی اعظم، میرحسینی حمید، نظیری قاسم. **اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر مؤلفه‌های هیجانی در زنان مبتلا به سردرد میگرن: یک مطالعه کارآزمایی بالینی**. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۳؛ ۳۲ (۱۱): ۸۴۳۸-۸۴۲۵.

۱- گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.
۲- گروه اتاق عمل و هوشبری، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ایران.
*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۷۳۲۳۱۰۳۸، پست الکترونیکی: : Azam.Davoodi@iau.ac.ir، صندوق پستی: ۷۱۹۹۳-۱

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/ssu.v32i11.17785]

مقدمه

در ده سال اخیر اختلالی تحت عنوان اختلالات سایکوسوماتیک (روان‌تنی Psychosomatic (psychosomatic)) به‌وجود آمده‌اند که عوامل هیجانی و روانی در ایجاد آن ها دخیل هستند (۱) این اختلالات شامل ارتباط بین ذهن و بدن هستند که در آن‌ها مکانیسم‌های ناشناخته روانی یا مغزی نیز وجود دارند که تغییرات جزئی یا غیرقابل شناسایی در شیمی عصبی، فیزیولوژی عصبی و ایمنی‌شناسی عصبی ایجاد می‌کنند و باعث بروز این بیماری‌ها می‌گردند (۲). یکی از انواع اختلالات روان‌تنی شایع، میگرن است که به عنوان یک بیماری شایع عصبی شناخته شده و به صورت سردردی عودکننده، یک طرفه، ضربان‌دار و بسیار پیچیده است و اغلب با اجتناب از فعالیت بدنی معمول (به عنوان مثال، راه رفتن یا بالا رفتن از پله‌ها) و با علائمی مانند استفراغ، تهوع و حساسیت بالا به نور و صدا مشخص می‌گردد (۳). مطالعات انجام شده نشان داد افراد مبتلا به میگرن، الگویی از سرزنش، خشم، ناپداری هیجان، افسردگی و ترس از پیشرفت بیماری را تجربه می‌کنند (۴). هم‌چنین سبب‌شناسی درد میگرن فشارهای روانی و استرس را راه‌انداز اولیه میگرن، و تشدید کننده دفعات و حملات سردرد مد نظر قرار داده است (۵). از دیگر عوامل مداخله‌گر در این بیماری، مشکلات هیجانی مانند شیوه تنظیم هیجان Emotion regulation، ناگویی هیجانAlexithymia و باورهای هیجانی ناسازگار می‌باشد (۶). بر اساس مدل تنظیم هیجان، افرادی که دارای مشکلات هیجانی هستند به دلیل بی نظمی هیجان در مواجهه با استرس ناشی از درد، هیجانات منفی زیادی را تجربه می‌کنند (۷). در نتیجه افراد مبتلا به میگرن، برای رفع این هیجانات ناخوشایند و منفی از راهبردهای ناسازگارانه (اجتناب و سرکوبی، پنهان‌کردن یا نادیده گرفتن هیجانات و سرزنش خود) جهت کنترل بیماری استفاده می‌کنند (۸). از آنجایی که باورهای هیجانی نقش مهمی در تجارب عاطفی ایفا می‌کنند، در ارتباط با تنظیم هیجان و آسیب‌شناسی روانی، ارزیابی باورهای هیجانی هم در نمونه‌های جامعه و هم در گروه‌های بالینی از اهمیت بالایی برخوردار است (۹). لذا برخی تحقیقات نشان داده‌اند که باورها در مورد هیجانات بر بهزیستی روانشناختی و تنظیم هیجان تأثیر می‌گذارند (۱۰) پژوهش جانستون و همکاران نشان داد باورهای هیجانی ناسازگار در مورد کنترل‌پذیری و سودمندی هیجانات با افسردگی، اضطراب، توانایی ضعیف‌تر تنظیم هیجان و علائم اختلال عاطفی شدید افراد مبتلا مرتبط است (۱۱). بر اساس نظریه دی کاستلا افرادی که باور به کنترل پذیری هیجانات دارند با سطوح بالاتری از خودکارآمدی تنظیم هیجان، راهبردهای تنظیم انطباقی مانند ارزیابی مجدد شناختی Cognitive reappraisal و سازگاری اجتماعی بیشتر روبه‌رو هستند (۱۲) افرادی‌که قادر به استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان نیستند، در درک دنیای دیگران و ارتباط مؤثر با آن ها دچار مشکل می شوند. تحقیقات نشان داد همدلی Empathy یک رفتار نوع دوستانه است و دارای یک ویژگی یکپارچه اجتماعی است (۱۳). که بیماران مبتلا به میگرن به دلیل تجربه درد نیابتی (احساس درد هنگام دیدن فرد دیگری در درد) سطح بالایی از اجتناب و انزجار را از خود بروز می‌دهند و درک همدلانه ضعیف‌تری دارند (۱۵-۱۴). با توجه به اینکه طی سال‌های اخیر درمان‌های رفتاری درباره بیماری میگرن گسترش یافته است، از این جهت درمان هیجان مدار بیشتر روی شناخت و تجربیات هیجانی افراد تأکید می‌کند و هدف اصلی درمان مذکور، تغییر شکل دادن هیجانات غیرانطباقی، با افزایش آگاهی، بیان هیجانات و آموختن نظم جویی هیجانات می‌باشد (۱۶). در پژوهش فتحی و همکاران به مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن پرداختند. این پژوهش نشان داد درمان هیجان مدار موجب تنظیم هیجان به صورت سازگار می‌شودکه این امر موجب کاهش علائم سردرد مزمن شده و درک فرد از سلامت عمومی‌اش را افزایش می‌دهد و موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود (۱۷). در پژوهش قورپاد و بوره به اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر عزت نفس و سایر مشکلات روانی اجتماعی کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست پرداختند. این پژوهش نشان داد درمان هیجان‌مدار موجب

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/ssu.v32i11.17785]

CC BY-NC 4.0

بهبود مشکلات عاطفی و رفتاری و افزایش عزت نفس کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست شده است (۱۸). با توجه به اینکه سلامت حق همه افراد است این امر بر اهمیت علائم سردردهای میگرنی و پیشگیری از مشکلات آن می‌افزاید. چالش اصلی بهداشت بیماران مبتلا به سردرد میگرنی، زندگی با کیفیت بهتر است. از سوی دیگر، این بیماران به دلیل شدت علائم جسمانی شان دچار مشکلاتی مانند حساسیت و زودرنجی در مقابل مشکلات، احساس ناتوانی و بی‌کفایتی، تمایل به دوری از جمع و سایر مشکلات روانشناختی می‌شوند .اگر به وضعیت زنانی که از سردردهای میگرنی رنج می برند رسیدگی نشود و هیچ مداخله‌ای درزمینه کاهش علائم آنان صورت نگیرد، کارآیی آنان تحت تأثیر قرار می‌گیرد و باعث می‌شود که این زنان به وظایف و مسئولیت‌های خود در زندگی رسیدگی نکنند. بنابراین این وضعیت می‌تواند کل خانواده را دچار مشکل کند و به دنبال آن سلامت عمومی جامعه را نیز به خطر اندازد (۱۹). هم‌چنین باتوجه به شیوع این بیماری در دنیا و ایران و باتوجه به پژوهش‌های زیادی که در این زمینه صورت گرفته است، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش است: بسته درمان هیجان مدار چه تأثیری بر روی مؤلفه‌های هیجانی در زنان مبتلا به سردرد میگرن، دارد؟ آیا این شیوه آزمایش به نتایج متفاوتی از نظر اثربخشی منجر می شود؟

روش بررسی

این کارآزمایی بالینی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و با گروه کنترل با روش نمونه گیری در دسترس، روی کلیه زنان مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی اعصاب و روان شهر یزد که توسط روانپزشک تشخیص اختلال میگرن دریافت کردند طی سال ۱۴۰۳ انجام شد. این افراد از جنس زن و در بازه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال بودند. سطح تحصیلات آن‌ها نیز از ابتدایی تا دکتری متغیر بود. تعداد ۳۰ نفر افراد مبتلا که نمره متوسط به بالا را در مقیاس آنالوگ بصری VAS کسب کردند، انتخاب شده و با استفاده از روش تصادفی به دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. به دلیل اینکه مطالعه از نوع نیمه آزمایشی بود تعداد ۱۵ نفر برای گروه کنترل و مداخله انتخاب شد. هر دو گروه کنترل و مداخله در متغیرهایی نظیر سن، و شدت درد (که با استفاده از مقیاس آنالوگ بصری VAS سنجیده می‌شد) همتا شدند.

معیارهای ورود به پژوهش: تشخیص قطعی سردرد میگرن توسط یک نفر متخصص اعصاب و روان بر اساس ملاک های سومین نسخه طبقه‌بندی بین المللی اختلالات سردرد (ICHD-3)، سن بالای ۱۸ سال، عدم ابتلا به اختلالات مزمن دیگر، سابقه میگرن برای حداقل ۱ سال.

معیارهای خروج از پژوهش: سوءمصرف مواد، دریافت مداخله روانشناختی همزمان، عدم رعایت قوانین گروه و غیبت بیش از دو جلسه در طی دوره آموزش بود.

ابزارگردآوری داده‌ها: این پژوهش شامل پرسش‌نامه باورهای هیجانی (Emotion Beliefs Questionnaire) مقیاس همدلی(Perth Empathy Scale)، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) و مقیاس آنالوگ بصری(VAS) (visual analog scale) بود.

مقیاس آنالوگ بصری: در پژوهش حاضر برای ارزیابی شدت درد میگرن از این ابزار استفاده گردید. این مقیاس به صورت یک خط کش ۱۰ سانتیمتری می باشد نمره صفر نشانه عدم وجود درد و نمره ده بیشترین دردی که بیمار می‌تواند متصور شود، که در این مطالعه به صورت افقی درجه بندی شد. و از بیمار خواسته شد با توجه به میزان سردرد خود در۴۸ ساعت گذشته روی پیوستار با گذاشتن علامتی روی این خط نشان دهد. کسب نمره ۱-۳ نشان دهنده درد خفیف، ۴-۷ درد متوسط و ۸-۱۰ درد شدید می باشد. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات متعدد مورد تأیید قرارگرفته است (۲۰).

پرسش‌نامه باورهای هیجانی: این ابزار شامل ۱۶ سؤال است که ابعاد کنترل پذیری و سودمندی باورها را برای هیجانات مثبت و منفی می‌سنجد. گویه‌ها در مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (۱کاملاً مخالفم تا ۷ کاملاً موافقم) رتبه بندی می شوند (۲۱). این مقیاس علاوه بر چهار خرده مقیاس خاص ظرفیتی (۱) کنترل پذیری منفی، (۲) کنترل پذیری مثبت، (۳) سودمندی منفی، (۴) سودمندی مثبت. دو نمره ترکیبی را هم می توان با

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/ssu.v32i11.17785]

CC BY-NC 4.0

جمع کردن دو زیرمقیاس کنترل‌پذیری در یک ترکیب عمومی- کنترل پذیری و دوخرده مقیاس سودمندی در یک ترکیب مفید عمومی محاسبه کرد. نمرات بالاتر نشان دهنده باور قوی به غیرقابل کنترل بودن و بی فایده بودن هیجانات است.EBQ اعتبار همگرای خوبی را نشان داد زیرا مشخص شد که باورهای ناسازگار بیشتر در مورد کنترل پذیری و سودمندی هیجانات با افسردگی، اضطراب، استرس و توانایی ضعیف‌تر تنظیم هیجان مرتبط بوده است. نمره کل و هم‌چنین تمام خرده مقیاس‌های EBQ نیز تا سطح خوبی از پایایی همسانی درونی قابل قبول نشان داده‌اند. در مطالعات مربوط به بررسی ویژگی‌های روانسنجی فرم فارسی این پرسش نامه ضریب آلفای کرونباخ (به ترتیب ۰/۵۸، ۰/۶۴، ۰/۷۳، ۰/۵۱، ۰/۶۵، ۰/۶۲ و ۰/۶۵) به دست آمد (۱۰).

مقیاس همدلی Perth: که شامل ۲۰ آیتم است و میزان همدلی افراد را می سنجد. نمره بندی برای هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت و از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) متغیر است (۲۲). در این مقیاس نمره بالاتر نشان دهنده توانایی همدلی بیشتری است. این معیار برای ارزیابی هر دو مؤلفه‌های شناختی و عاطفی همدلی و هیجانات منفی و مثبت طراحی شده است. چهار نمره زیر مقیاس و سه نمره ترکیبی را می توان از این مقیاس استخراج کرد. نمره کل (توانایی همدلی کلی) را می توان با جمع کردن همه موارد محاسبه کرد. در این پژوهش همسانی درونی مورد تایید قرار گرفت و مطالعات مربوط به بررسی ویژگی های روانسنجی فرم فارسی این پرسش نامه ضریب آلفای کرونباخ (برابر ۰/۸۶) و میزان پایایی ثبات نیز مورد تایید قرار گرفت (ICC= 0.88).

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس: این مقیاس دارای ۲۱ گویه با طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (هیچ، کمی، گاهی، همیشه از صفر تا ۳) است. این مقیاس شامل سه مؤلفهٔ افسردگی، اضطراب و استرس است. طیف نمرهٔ فرد در هریک از خرده مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ متغیر خواهد بود که نمرهٔ بالاتر در این مقیاس‌ها بیانگر علائم شدیدتر است (۲۳). در مطالعات مربوط به بررسی ویژگی‌های روانسنجی فرم فارسی این پرسش‌نامه ضریب آلفای کرونباخ برای این سه عامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲، ۰/۹۵ بود (۲۴) روش اجرا به این صورت بود، بیمارانی که توسط روانپزشک حاضر در کلینیک، تشخیص اختلال میگرن دریافت می‌کردند. برای اجرای آزمون به پژوهشگر ارجاع داده می‌شدند. با بررسی‌های روانپزشکی و روانشناسی، مطالعه پرونده و مطابقت با معیارهای ورود و خروج، بیماران وارد طرح پژوهشی می‌شدند. بعد از ارائه توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش و قبل از اجرای آزمون از بیماران شرکت‌کننده درخواست می‌شد تا فرم رضایت آگاهانه پر کنند. قبل از شروع درمان خط پایه شدت درد میگرن به وسیله مقیاس آنالوگ بصری VAS ارزیابی می شد و با استفاده از پرسش نامه‌های باور های هیجانی، همدلی و DASS-21 پیش آزمون اجرا و بلافاصله بعد از اتمام جلسات، پس آزمون اجرا می گردید. سپس زنان مبتلا به میگرن درگروه‌های آزمایش بسته درمانی مربوط به درمان هیجان مدار (۸جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) به صورت هفته ای یک جلسه دریافت نمودند. جهت رعایت اصول اخلاقی، افراد گروه کنترل وارد لیست انتظار شدند تا در صورت اثربخشی آزمایش، آن‌ها نیز همانند گروه آزمایش مورد مداخله قرار گیرند.

نحوه مداخله درمان هیجان مدار: در این پژوهش از پروتکل درمان هیجان مدار سوزان جانسون که در پژوهش خیری، بالائی و همکاران (۲۵) استفاده شده است، بهره برده شد. این پروتکل طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه توسط روانشناس بالینی آموزش دیده اجرا گردید (در جدول ۱) ذکر گردیده است.

تجزیه و تحلیل آماری

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره و با استفاده از بسته نرم افزار آماری برای علوم اجتماعی SPSS version 16 انجام شد.

نتایج

همانگونه که در قسمت روش پژوهش اشاره شد در متغیرهای مطالعه حاضر، با توجه به اینکه نمره‌گذاری بر حسب مقیاس لیکرت به‌وسیله پرسش‌نامه‌های بیان شده انجام گرفته شد، لذا اطلاعات جمع‌آوری شده دارای مقیاس اندازه‌گیری فاصله‌ای می‌باشد که برای آزمون تحلیل کواریانس مورد تایید

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/ssu.v32i11.17785]

است. نتایج جدول ۲ حاکی از آن است که سطح معناداری به‌دست آمده در آزمون کالموگروف اسمرینف بیش از ۰/۰۵ برای هر دو گروه در مرحله پیش آزمون می‌باشد. بنابراین، فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها با اطمینان ۰/۹۵ تایید می‌گردد (P>۰/۰۵). هم‌چنین نتایج جدول فوق بیانگر آن است که مقدار F در آزمون لوین برای پیش‌آزمون متغیر های پژوهش معنی‌دار نیست؛ از این رو می‌توان گفت، واریانس‌های این متغیرها در دو گروه برابر هستند. هم‌چنین نتایج ازمون لوین نشان می‌دهد که فرض همسانی میانگین‌ها در متغیر شدت درد در دو گروه کنترل با میانگین (انحراف استاندارد) ۶/۹۳ (۱/۲۸) و گروه آزمایش با میانگین (انحراف استاندارد) ۷/۰۷ (۱/۳۹) و هم‌چنین سن اعضای نمونه آماری در دو گروه کنترل با میانگین (انحراف استاندارد) ۳۱/۸۰ (۷/۷۷) و گروه آزمایش با میانگین (انحراف استاندارد) ۳۲/۹۳ (۹/۶۷) رعایت شده است. آزمون همگنی شیب رگرسیون در پس‌آزمون متغیرهای پژوهش نشان داد که مقدار F تعامل متغیر همپراش برای متغیرهای پژوهش معنادار نیست (p>۰/۰۵). از این رو، می‌توان نتیجه گرفت که فرض صفر رد نشده و پیش فرض فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. یافته‌های بخش قبل حاکی از برقراری و تایید تمامی شرط‌های مربوط به اجرای آزمون کواریانس برای باور های هیجانی و ابعاد آن بود. لذا معناداری کلی به کمک آماره آزمون لامبدای ویکلز، مورد ارزیابی قرار گرفت (جدول ۳). بر اساس نتایج جدول فوق آماره آزمون مذکور ۰/۹۷ و سطح معناداری متناظر با آن ۰/۰۰۵ می‌باشد؛ بنابراین، تعامل متغیرهای پژوهش و گروه معنادار است. به عبارتی اثر ترکیب متغیرها در گروه‌ها معنادار است. این بدین معناست که حداقل یکی از متغیرهای پژوهش در دو گروه (هیجان مدار و کنترل) با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. از این‌رو، در جدول تحلیل کواریانس چندمتغیره زیر میزان اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر متغیرهای پژوهش مورد سنجش قرار گرفت.

نتایج جدول۴ نشان می‌دهد که بین دو گروه تحت درمان هیجان مدار و گروه کنترل در متغیر های پژوهش بجز توانایی تشخیص احساسات منفی دیگران تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P\leq$۰/۰۵). با این وجود، به منظور مقایسه جفتی بین متغیرها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید (جدول ۵).

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان می‌دهد که در متغیرهای باور های هیجانی و ابعاد آن و هم‌چنین اضطراب، افسردگی و استرس، گروه تحت درمان هیجان مدار نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری میانگین پایینتری به‌دست آورده‌اند ($P\leq$۰/۰۵). در متغیر همدلی و ابعاد آن بجز توانایی تشخیص احساسات منفی دیگران گروه تحت درمان هیجان مدار نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری میانگین بالاتری به‌دست آورده اند ($P\leq$۰/۰۵).

جدول ۱: پروتکل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان هیجان مدار سوزان جانسون (۲۰۱۰)

جلسات	خلاصه جلسات
اول	معرفی و ایجاد رابطه درمانی؛ پذیرش اعضای گروه و خوش آمدگویی؛ آشنایی اعضا ی گروه با یکدیگر و مشاور؛ بیان کلی درمورد اهداف درمان هیجان مدار؛ بیان مقررات و اصول جلسات؛ اهمیت رعایت نظم و فعال بودن در بحث ها و انجام دادن تکالیف و توافق بر سر زمان تشکیل جلسات؛ تعداد و مدت آنها
دوم	آشنایی با سبک های ارتباطی ناسالم، شناسایی و نامگذاری احساسات و هیجانات (ترسها و خواسته های دلبستگی) زیربنای میگرن ، ارزیابی ماهیت مشکل و نوع رابطه، ارایه تکالیف خانگی
سوم	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، شناسایی الگوهای تعاملی و پاسخ های هیجانی منفی و آشفته ساز، تحلیل و درک هیجانات بیماران مبتلا به میگرن برای غلبه بر موانع ابراز هیجان سالم(شیوه های مقابله با خشم و تخلیه هیجانی و تأکید بر بیان هیجانات)، آموزش تکنیک نقش بازی کردن به منظور ابراز هیجانات، ارایه تکالیف.
چهارم	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، شکل دهی مجدد چرخه تعاملات شناسا یی چرخه منفی اصلی و احساسات اولیه ز یربنای این چرخه، شناسا یی ترس ها/موضوعات دلبستگی مرتبط، روشن ساختن پاسخهای هیجانی کلیدی و ارا یه تکالیف خانگی

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/ssu.v32i11.17785]

پنجم	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، شناسایی نا ایمنی های اساسی در رابطه فرد، پذیرش احساسات تعریف نشده، شناسایی نیازهای دلبستگی انکار شده هیجانات تلفیق نیازها با تعاملات، ارایه تکالیف خانگی
ششم	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، ربط دادن هیجانات اولیه به هیجانات ثانویه، برون ریزی هیجانات ثانویه، پرداختن به هیجانات اولیه و تجربه آن، قاب گیری مجدد مشکل، توصیف چرخه منفی تکرارشونده خود، ارا یه تکالیف خانگی
هفتم	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، شناسا یی تعارضات اصلی و چرخه های تعاملی موجود با توجه به موضع دلبستگی، کاوش در مسایل درون روانی هرفرد ، ارایه تکالیف خانگی
هشتم	جمع بندی و مرور مفاهیم و مهارت های آموخته شده در جلسات قبل، قاب گیری مجدد تجربه شخصی هر فرد از منظر دلبستگی، راه های نوین تعامل گری، تسهیل ابراز نیازها و خواسته ها وایجاد درگیری هیجانی، تلفیق تجربه های هیجانی جدید با خود جدید، کمک به فرد در زمینه ی بهبود مهارت های ارتباطی و حل مسأله ، ارایه تکالیف خانگی

جدول ۲: آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها و آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس دو گروه کنترل و گروه تحت درمان هیجان مدار در نمرات پیش آزمون متغیرها

		آزمون کالموگروف اسمیرنف		آزمون لوین
		گروه کنترل	گروه هیجان مدار	پیش آزمون
کنترل‌پذیری منفی	آماره آزمون	/۸۳	۰/۶۳	۲/۴۰
	سطح معناداری	۰/۹۹	۰/۸۲	۰/۱۳
کنترل‌پذیری مثبت	آماره آزمون	۰/۵۶	۰/۵۳	۰/۲۰
	سطح معناداری	۰/۹۱	۰/۹۴	۰/۶۵
سودمندی منفی	آماره آزمون	۰/۵۳	۰/۷۴	۱/۰۷
	سطح معناداری	۰/۹۴	۰/۶۳	۰/۳۱
سودمندی مثبت	آماره آزمون	۰/۶۴	۰/۶۹	۰/۱۱
	سطح معناداری	۰/۸۱	۰/۷۲	۰/۷۵
کنترل پذیری کلی	آماره آزمون	۰/۴۱	۰/۴۸	۰/۲۱
	سطح معناداری	۰/۹۹	۰/۹۷	۰/۶۵
سودمندی کلی	آماره آزمون	۰/۵۲	۰/۶۴	۰/۳۲
	سطح معناداری	۰/۹۵	۰/۸۱	۰/۵۸
باور های هیجانی	آماره آزمون	۰/۵۰	۰/۵۶	۰/۰۹
	سطح معناداری	۰/۹۶	۰/۹۱	۰/۷۶
توانایی تشخیص احساسات منفی دیگران	آماره آزمون	۰/۶۳	۰/۵۳	۰/۳۴
	سطح معناداری	۰/۸۲	۰/۹۴	۰/۱۴
توانایی تشخیص احساسات مثبت دیگران	آماره آزمون	۰/۷۲	۰/۵۵	۱/۱۱
	سطح معناداری	۰/۶۸	۰/۹۱	۰/۳۰
توانایی به اشتراک گذاشتن احساسات منفی دیگران	آماره آزمون	۰/۵۳	۰/۷۵	۳/۱۳
	سطح معناداری	۰/۹۴	۰/۶۳	۰/۱۱
توانایی به اشتراک گذاشتن احساسات مثبت دیگران	آماره آزمون	۰/۶۴	۰/۶۴	۳/۲۸
	سطح معناداری	۰/۸۰	۰/۸۰	۰/۰۸
توانایی تشخیص احساسات دیگران (مثبت و منفی)	آماره آزمون	۰/۴۷	۰/۶۲	۰/۰۰۶
	سطح معناداری	۰/۹۸	۰/۸۴	۰/۹۴

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/ssu.v32i11.17785]

توانایی به اشتراک گذاشتن احساسات دیگران (مثبت و منفی)	آماره آزمون	۰/۵۶	۰/۵۶	۲/۸۳
	سطح معناداری	۰/۹۲	۰/۹۱	۰/۱۳
همدلی	آماره آزمون	۰/۵۲	۰/۶۸	۲/۴۶
	سطح معناداری	۰/۹۵	۰/۷۴	۰/۱۳
اضطراب	آماره آزمون	۰/۸۲	۰/۹۸	۲/۵۴
	سطح معناداری	۰/۵۲	۰/۲۹	۰/۱۳
استرس	آماره آزمون	۰/۹۱	۰/۷۰	۲/۸۸
	سطح معناداری	۰/۳۸	۰/۷۱	۰/۱۰
افسردگی	آماره آزمون	۱/۰۹	۰/۶۲	۰/۲۷
	سطح معناداری	۰/۱۹	۰/۸۴	۰/۶۰
شدت درد	آماره آزمون	۰/۶۹	۰/۶۵	۰/۲۵
	سطح معناداری	۰/۷۲	۰/۸۰	۰/۶۲
سن	آماره آزمون	۰/۵۱	۰/۶۰	۱/۳۹
	سطح معناداری	۰/۹۶	۰/۸۶	۰/۲۵

جدول ۳: نتایج آزمون لامبدای ویکلز (۲گروه در متغیر های پژوهش)

اثر	مقدار آماره	F	df1	df2	sig	Η۲
تعامل	۰/۹۷	۱۳/۲۸	۱۲	۵	۰/۰۰۵	۰/۹۷

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره برای بررسی تاثیر درمان هیجان مدار بر متغیر های پژوهش

اثر	متغیرها	Ss	df	F	P
گروه	کنترل‌پذیری منفی	۱۴۹/۹۷۳	۱	۲۹/۱۲۳	/۰۰۰
	کنترل‌پذیری مثبت	۱۰۴/۳۱۹	۱	۱۷/۵۷۸	/۰۰۱
	سودمندی منفی	۴۵/۰۲۴	۱	۹/۶۶۵	/۰۰۷
	سودمندی مثبت	۱۵۱/۴۱۵	۱	۲۴/۹۷۰	/۰۰۰
	کنترل پذیری کلی	۵۰۴/۴۵۴	۱	۳۴/۲۹۳	/۰۰۰
	سودمندی کلی	۳۹۱/۰۲۷	۱	۲۳/۹۲۸	/۰۰۰
	باور های هیجانی	۱۷۸۳/۷۴۸	۱	۵۵/۸۹۲	/۰۰۰
	توانایی تشخیص احساسات منفی دیگران	۱۴/۹۳۵	۱	۳/۷۸۵	/۰۷۰
	توانایی تشخیص احساسات مثبت دیگران	۷۹/۶۲۵	۱	۸/۹۸۶	/۰۰۹
	توانایی به اشتراک گذاشتن احساسات منفی دیگران	۶۰/۷۹۸	۱	۱۰/۷۸۷	/۰۰۵
	توانایی به اشتراک گذاشتن احساسات مثبت دیگران	۵۲/۴۸۵	۱	۱۳/۸۰۹	/۰۰۲
	توانایی تشخیص احساسات دیگران (مثبت و منفی)	۱۶۳/۵۳۰	۱	۱۱/۵۸۴	/۰۰۴
	توانایی به اشتراک گذاشتن احساسات دیگران (مثبت و منفی)	۲۲۶/۲۶۲	۱	۱۷/۱۷۴	/۰۰۱
	همدلی	۷۷۴/۵۰۴	۱	۱۹/۵۳۸	/۰۰۰
	اضطراب	۹/۲۲۸	۱	۵/۳۸۹	/۰۳۴
	افسردگی	۶۴/۵۶۰	۱	۸/۹۸۳	/۰۰۹
	استرس	۳۷/۵۸۸	۱	۱۷/۷۵۱	/۰۰۱

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/ssu.v32i11.17785]

CC BY-NC 4.0

جدول ۵: میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه کنترل و گروه تحت درمان هیجان مدار و نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دو به دوی میانگین‌های متغیر های پژوهش در دو گروه

متغیر	مرحله	گروه				Md	Std	P
		کنترل		درمان هیجان مدار				
		M	SD	M	SD			
کنترل‌پذیری منفی	پیش آزمون	۱۵/۵۳	۳/۷۴	۱۵/۶۷	۶/۵۸	-۶/۱۹۰	۱/۱۵۰	۰/۰۰
	پس آزمون	۱۶/۸۷	۳/۳۱	۱۱/۰۰	۴/۹۱			
کنترل‌پذیری مثبت	پیش آزمون	۱۵/۲۰	۴/۱۸	۱۶/۴۷	۴/۷۳	-۵/۱۶۰	۱/۲۴۰	۰/۰۱
	پس آزمون	۱۴/۸۰	۴/۲۸	۱۰/۳۳	۳/۵۴			
سودمندی منفی	پیش آزمون	۱۴/۹۳	۳/۲۶	۱۵/۸۷	۴/۷۰	-۳/۴۰۰	۱/۰۹۰	۰/۰۷
	پس آزمون	۱۴/۵۳	۳	۱۲/۶۰	۳/۱۱			
سودمندی مثبت	پیش آزمون	۱۳/۶۷	۴/۲۹	۱۴/۶۷	۷/۶۲	-۶/۲۲۰	۱/۲۵۰	۰/۰۰
	پس آزمون	۱۵/۷۳	۴/۲۸	۱۰/۴۷	۴/۸۱			
کنترل پذیری کلی	پیش آزمون	۳۰/۷۳	۷/۳۶	۳۲/۱۳	۹/۷۱	-۱۱/۳۵۰	۱/۹۴۰	۰/۰۰
	پس آزمون	۳۱/۶۷	۶/۱۵	۲۱/۳۳	۴/۹۲			
سودمندی کلی	پیش آزمون	۲۸/۶۰	۶/۹۱	۳۰/۲۰	۱۲/۰۱	-۹/۹۹۰	۲/۰۴۲	۰/۰۰
	پس آزمون	۳۰	۷/۱۸	۲۱/۳۳	۷/۵۶			
باور های هیجانی	پیش آزمون	۵۹/۳۳	۱۲/۹۵	۶۲/۳۳	۲۰/۶۶	-۲۱/۳۴۰	۲/۸۶۰	۰/۰۰
	پس آزمون	۶۱/۶۷	۱۱/۲۹	۴۲/۶۷	۱۳/۱۸			
توانایی تشخیص احساسات منفی دیگران	پیش آزمون	۱۱/۴۷	۳/۲۷	۱۱/۷۳	۵/۳۵	۱/۹۶۰	۱/۰۰۴	۰/۷۰
	پس آزمون	۱۱/۸۷	۲/۶۷	۱۵/۶۰	۵/۱۸			
توانایی تشخیص احساسات مثبت دیگران	پیش آزمون	۱۱/۴۰	۲/۷۵	۱۱/۵۳	۴/۴۹	۴/۵۰۰	۱/۵۰۰	۰/۰۹
	پس آزمون	۱۱/۲۷	۳/۰۱	۱۵/۰۰	۵/۰۸			
توانایی به اشتراک گذاشتن احساسات منفی دیگران	پیش آزمون	۱۱/۰۸	۲/۱۵	۱۱/۰۷	۴/۰۴	۳/۹۴۰	۱/۲۰۰	۰/۰۵
	پس آزمون	۹/۴۷	۲/۸۵	۱۴/۶۰	۳/۸۱			
توانایی به اشتراک گذاشتن احساسات مثبت دیگران	پیش آزمون	۹/۴۷	۲/۲۰	۱۰/۴۰	۳/۵۸	۳/۶۶۰	۰/۹۸۵	۰/۰۲
	پس آزمون	۹/۲۰	۲/۷۰	۱۴/۰۰	۳/۷۰			

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/ssu.v32i11.17785]

CC BY-NC 4.0

توانایی تشخیص احساسات دیگران (مثبت و منفی)	پیش آزمون	۲۲/۸۷	۵/۵۷	۲۳/۲۷	۹/۷۱	۶/۴۶۰	۱/۹۰۰	۰/۰۴
	پس آزمون	۲۳/۱۳	۳/۹۸	۳۰/۶۰	۹/۷۱			
توانایی به اشتراک گذاشتن احساسات دیگران (مثبت و منفی)	پیش آزمون	۲۰/۵۳	۴/۱۲	۲۱/۴۷	۷/۳۰	۷/۶۰۰	۱/۸۴۰	۰/۰۱
	پس آزمون	۱۸/۶۷	۴/۵۰	۲۸/۶۰	۶/۶۷			
همدلی	پیش آزمون	۳۴/۴۰	۸/۷۱	۴۴/۷۳	۱۶/۸۵	۱۴/۰۶۰	۳/۱۸۰	۰/۰۰
	پس آزمون	۴۱/۸۰	۶/۸۸	۵۹/۲۰	۱۶/۰۹			
اضطراب	پیش آزمون	۶/۱۳	۴/۵۶	۳/۶۷	۳/۳۳	-۱/۵۴۰	۰/۶۶۰	۰/۳۴
	پس آزمون	۵/۸۷	۴/۲۶	۲/۴۰	۲/۲۶			
استرس	پیش آزمون	۷/۸۷	۵/۷۷	۵/۹۳	۵/۶۱	-۳/۱۰۰	۰/۸۰۰	۰/۰۱
	پس آزمون	۷/۶۰	۴/۴۴	۳/۴۷	۳/۱۶			
افسردگی	پیش آزمون	۵.۶۷	۵.۹۸	۴/۶۷	۵/۷۵	-۴/۰۶۰	۱/۳۶۰	۰/۰۹
	پس آزمون	۵/۴۵	۴/۴۵	۲/۲۷	۲/۶۶			

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر مؤلفه های هیجانی در زنان مبتلا به میگرن انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که درمان هیجان مدار بعد از مداخله، منجر به تغییرات قابل توجهی در کاهش باورهای هیجانی ناسازگار، افسردگی، اضطراب و استرس و افزایش همدلی (به‌جز بعد توانایی تشخیص احساسات منفی دیگران) در گروه آزمایش شده است. این نتایج با یافته های سایر پژوهش ها (۲۷, ۲۶) همخوانی دارد که نشان دادند درمان هیجان مدار در بهبود مشکلات تنظیم هیجان و علائم افسردگی، اضطراب و استرس مؤثر است. در راستای تایید این فرضیه می‌توان به نتایج تحقیقاتی اشاره کرد که نشان دادند یک مدل فراتشخیصی از درمان متمرکز بر هیجان بر درمان افسردگی، اضطراب و اختلالات مرتبط مانند اختلالات تروما/ استرس مؤثر است (۲۸). چندین مطالعه هم‌چنین اثربخشی رویکرد درمانی متمرکز بر هیجان را برای درمان انواع مختلف اختلالات اضطرابی مانند اختلال اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی نشان دادند (۲۹,۳۰). هم‌چنین نتایج تحقیقات نشان داد درمان هیجان مدار منجر به تغییرات قابل‌توجهی در باورهای مربوط به احساسات شد (۳۱). یافته‌ها نشان‌دادند زمانی‌که افراد مبتلا به میگرن در معرض استرس عاطفی دیگران قرار می گیرند و نمی‌توانند به‌صورت فعالانه به آنها کمک کنند دچار پریشانی شخصی می‌شوند و همین عامل موجب درک پایین احساسات منفی دیگران می‌شود (۳۲). در واقع آن‌ها به دلیل تجربه درد نیابتی (احساس درد هنگام دیدن فرد دیگری در درد) (۱۴) سطح بالایی از اجتناب و انزجار را از خود بروز می‌دهند و در بعد توانایی تشخیص احساسات منفی دیگران درک همدلانه ضعیف‌تری دارند (۱۵). در تبیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر مؤلفه‌های هیجانیِ بیماران مبتلا به میگرن این فرضیه مطرح می‌شود که استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان باعث می‌شود که فرد با نگاه و دیدگاهی متفاوتی به ارزیابی رویدادها و وقایع منفی بپردازد، هیجان‌های منفی را به شدت کمتری تجربه کند و در مورد کنترل هیجانات خود احساس کفایت نماید و در نتیجه ناراحتی و تنیدگی کمتری را تجربه کند. به طورکلی افراد می‌توانند با تجربه‌ای که در مرحله آگاهی هیجانی به‌دست می‌آورند یاد بگیرند به‌جای سرکوب هیجانات یا مغلوب شدن از آن‌ها، باید از هیجانات خود آگاه شوند و به این آگاهی برسند

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/ssu.v32i11.17785]

CC BY-NC 4.0

که لزوماً احساسات منفی نیست و پایدار و قابل کنترل است. درمان متمرکز بر هیجان نیز رویکردی مؤثر و الگوی استاندارد مداخله روان‌شناختی برای کاهش چرخه منفی ناسازگار و تعمیق تجربیات هیجانی به‌ویژه دلبستگی، ابراز هیجان‌های جدید، مقابله با مشکلات تنظیم هیجان و دستیابی به ادراک جدید از خود است (۳۳). از سوی دیگر درمان هیجان‌مدار احساس ترس از پیشرفت بیماری، ارزیابی منفی از بیماری، خشم و ناپایداری هیجانی، فاجعه آمیز کردن درد و خستگی بیش از حدی را که بیماران به دلیل شدت درد و علائم جسمانی‌شان دچار مشکلاتی مانند حساسیت و زودرنجی در مقابل مشکلات و تمایل به دوری از جمع و سایر مشکلات روانشناختی می‌شوند. از طریق رهایی از افکار نا امیدی، احساس ضعف و ناتوانی و همچنین توجه به تجارب حال و گذشته شان بدون قضاوت کاهش می دهد.کاهش حساسیت و ادراک بیش ازحد نسبت به مشکلات زندگی به احساس رضایت و حل مشکلات بیماران کمک می‌کند و سبب بهبود کیفیت زندگی و درک بهتر آن‌ها از دنیای درون منجر به ارتباط بهتر با دیگران و ایفای نقش موثرتری می شود. بر اساس توضیحات فوق، این رویکرد بر کاهش علائم هیجانی غیرطبیعی در بسیاری از اختلالات روانی مختلف تأثیر دارد. اما افراد مبتلا به میگرن بیشتر از دیگران شرایط دارای تنش را به صورت منفی ادراک می‌کنند که موجب بروز عدم تشخیص احساسات منفی دیگران می‌شود. در واقع زمانی که آن‌ها در معرض رنج دیگران قرار می‌گیرند باعث ایجاد ناراحتی شخصی در آن‌ها می‌شود. در نتیجه هنگامی‌که احساس ناراحتی شخصی قوی است، این امر منجر به نیاز به توجه به خود به منظور کاهش ناراحتی خود می‌شود، بنابراین از رفتار اجتماعی یا حتی احساس همدردی با فرد دیگر جلوگیری می‌کنند (۳۴). هم‌چنین باید محدودیت‌های پژوهش حاضر را جهت احتیاط‌های لازم در تعمیم نتایج در نظر داشت.

محدودیت‌ها: فقدان دوره پیگیری، حجم نمونه نسبتاً کوچک، عدم مهار متغیرهای اثرگذار بر متغیرهای وابسته افراد مبتلا به میگرن و عدم کنترل امکان وجود برخی اختلالات احتمالی در بیماران، از محدودیت های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی نتایج این پژوهش با سایر درمان‌ها نیز مقایسه شود. و یک راه‌حل عملی این است که محققان بتوانند از جلسات درمانی خود عکس بگیرند تا بتوانند شاخص‌های تغییر مانند اعمال و واکنش‌های درمان‌گر و مراجع را در طول جلسات بررسی و پیگیری کنند و مکانیسم‌های تغییر را بر اساس آن‌ها شناسایی کنند. و از دوره‌های پیگیری برای اندازه‌گیری اثربخشی درمان استفاده گردد.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان هیجان‌مدار به عنوان یک روان درمانی فرآیندمدار، یک رویکرد ایده‌آل برای افراد مبتلا به میگرن است که می‌توانند با کسب مهارت‌های عاطفی، هیجانات منفی مانند اضطراب و افسردگی را کنترل کنند. بنابراین پیشنهاد می‌شود دوره های آموزشی با این رویکرد درمانی توسط متخصصان روانشناسی به منظور کمک و درمان برای مبتلایان به سردرد میگرن مورد توجه قرار گیرد. در مجموع میتوان گفت با توجه به اینکه نگرش افراد نسبت به درمان دارویی سردردهای میگرنی و تنشی منفی است و از طرفی درمان این اختلال در نظریه های جدید به صورت مداخلات روانشناختی توصیه شده است، درمانگران می توانند با توجه به حیطه تخصصی خود، الگوی متناسب با مشکلات مورد مواجهه را، علمی‌تر انتخاب و اجرا کنند و به نتایج بهتر و قابل اطمینان‌تری دست یابند.

سپاس‌گزاری

این مقاله از رساله دکترای رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی شیراز می‌باشد. بدین وسیله تمامی پژوهشگران این مقاله بر خود لازم می‌دانند از افرادی‌که در اجرای این پژوهش همکاری کردند تشکر و قدردانی به عمل آورند. هم‌چنین از مسئولان کلینیک تخصصی و فوق تخصصی امام علی (ع) و بیمارانی که در اجرای این پژوهش با ما همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

حامی مالی: ندارد.

تعارض در منافع: وجود ندارد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/ssu.v32i11.17785]

CC BY-NC 4.0

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر تمامی مفاد اخلاق در پژوهش رعایت شد. تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی را تکمیل کردند و حضور آن‌ها کاملاً داوطلبانه بود. این پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی شیراز با شناسه (IR.IAU.SHIRAZ.REC.1403.130) تایید شده است.

مشارکت نویسندگان

مژگان بخشی ندوشن در ارائه ایده، و اعظم داودی در طراحی مطالعه، حمید میرحسینی در جمع‌آوری داده‌ها، قاسم نظیری در تجزیه و تحلیل داده‌ها مشارکت داشته و همه نویسندگان در تدوین، ویرایش اولیه و نهایی مقاله و پاسخگویی به سوالات مرتبط با مقاله سهیم هستند.

References:

1-Cheraghian H, Kiani AR, Sharif AR, Ghamari Ghivi H, Momeni A. ***Emotion Regulation in Psychosomatic Diseases: Qualitative Study***. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2021; 8(1): 121-33.[persian]

2-Khorshidi Nazlou L, Etemadinya M, Chalabianloo G, Khademi A, Khalilzadeh R. ***The Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on Pain Anxiety, Distress Intolerance and Sleep Disorders in Psychosomatic Patients Who Suffer from Migraine***. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2022; 9(4): 67-81.[Persian]

3-Cevoli S, Barbanti P, Finocchi C, Benedan L, Mariani P, Orthmann N, et al. ***Improvement in Diagnostic-Therapeutic Care Pathways for Women with Migraine: An Italian Delphi Panel.*** Front Neurol 2024; 15: 1436258.

4-Esmaili M, Hashemi SE, Mehrabizadeh Honarmand M, Hamid N, Ahmadian M. ***Exploring the Lived Emotional Experiences Patients with Migraine Disorder***. Journal of Psychological Science 2024; 22(132): 2467-84.[Persian]

5-Emadi SZ, Bahrami Ehsan H, Rostami R. ***The Effective Factors on Pain Experience in Female Patients with Migraine: A Qualitative Study***. Journal of Psychological Science 2019; 18(73): 1-16.[Persian]

6-Khalili Sefat M, Omidi A, Zanjani Z, Daneshvar Kakhaki R. ***The Comparison of Quality of Life, Emotion Regulation and Distress Tolerance of People with and without Migraine***. RBS 2019; 17(3): 483-94.[Persian]

7-Haratian A, Amjadi MM, Ghandehari K, Hatamian H, Kiani S, Habibi M, et al. ***Emotion Regulation Difficulties and Repetitive Negative Thinking in Patients with Tension Headaches and Migraine***. Caspian J Neurol Sci 2020; 6(3): 147-55.[Persian]

8-Millgram Y, Huppert JD, Tamir M. ***Emotion Goals in Psychopathology: A New Perspective on Dysfunctional Emotion Regulation.*** Current Directions in Psychological Science 2020; 29(3): 242-7.

9-Sasaki Y, Okubo R, Takeda K, Ikezawa S, Tabuchi T, Shirotsuki K. ***The Association between Emotion Malleability Beliefs and Severe Psychological Distress Stratified by Sex, Age, and Presence of Any***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/ssu.v32i11.17785]

CC BY-NC 4.0

Psychiatric Disorders. Front Psychol 2023; 14: 1251945.

10-Ranjbar S, Mazidi M, Gross JJ, Preece D, Zarei M, Azizi A, et al. ***Examining the Cross Cultural Validity and Measurement Invariance of the Emotion Beliefs Questionnaire (EBQ) in Iran and the USA***. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 2023; 45(3): 755-66.

11-Johnston TE, Petrova K, Mehta A, Gross JJ, McEvoy P, Preece DA. ***The Role of Emotion Beliefs in Depression, Anxiety, and Stress.*** Australian psychologist 2024; 59(4): 367-76.

12-De Castella K, Platow MJ, Tamir M, Gross JJ. ***Beliefs about Emotion: Implications for Avoidance-Based Emotion Regulation and Psychological Health.*** Cogn Emot 2018; 32(4): 773-95.

13-Cankaya S, Oktem EO, Saatci O, Velioglu HA, Uygur AB, Ozsimsek A, et al. ***Paracetamol Alters Empathy Scores in Healthy and Headache Subjects: Functional MRI Correlates***. J Clin Neurosci 2020; 78: 215-21.

14-Giummarra MJ, Fitzgibbon B, Georgiou- Karistianis N, Beukelman M, Verdejo- Garcia A, Blumberg Z, et al. ***Affective, Sensory and Empathic Sharing of Another's Pain: The Empathy for P Ain S Cale***. Eur J Pain 2015; 19(6): 807-16.

15-Acar MD, Polat M, Tural E, Usta NC, Doğan B, Terzi M. ***Empathy and Perfectionism in Migraine.*** JNLM 2023; 5(2): 42-51.

16-Behvandi N, Khayatan F, Golparvar M. ***Comparing of Compassion-Based Emotion Focused Therapy with Compassion-Focused Treatment on Quality of Life of Primary Headache Patients***. IJPCP 2022; 28(2): 210-21.

17-Fathi S, Pouyamanesh C, Qamari M, Fathi Aqdam Q. ***Comparison of the Effectiveness of Emotion-Oriented Therapy and Acceptance-Based Therapy on the Severity of Pain Experience and Resilience of Women with Chronic Headache***. Journal of Community Health 2021; 14(4): 75-87.[Persain]

18-Ghorpade MNK. ***Effectiveness of Emotion Focused Therapy (EFT) on Self-Esteem and other Psychosocial Problems: A Systematic Review***. Korean J Physiol Pharmacol 2023; 27(3): 237-43.

19-Stovner LJ, Nichols E, Steiner TJ, Abd-Allah F, Abdelalim A, Al-Raddadi RM, et al. ***Global, Regional, and National Burden of Migraine and Tension-Type Headache, 1990–2016: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016.*** The Lancet Neurology 2018; 17(11): 954-76.

20-Majani G, Tiengo M, Giardini A, Calori G, De Micheli P, Battaglia A. ***Relationship between MPQ and VAS in 962 Patients. A Rationale for their Use***. Minerva Anestesiol 2003; 69(1-2): 67-73.

21-Becerra R, Preece DA, Gross JJ. ***Assessing Beliefs about Emotions: Development and Validation of the Emotion Beliefs Questionnaire***. PLoS one 2020; 15(4): e0231395.

22-Brett JD, Becerra R, Maybery MT, Preece DA. ***The Psychometric Assessment of Empathy: Development and Validation of the Perth Empathy Scale***. Assessment 2023; 30(4): 1140-56.

23-Lovibond PF, Lovibond SH. ***The Structure of Negative Emotional States: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/ssu.v32i11.17785]

CC BY-NC 4.0

Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour Research and Therapy 1995; 33(3): 335-43.

24- Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. ***Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population***. Developmental Psycology(Iranian Psychologists) 2005; 4(1): 299-312.

25- Ardestani Balaie Z, Banisi P, Zomorodi S. ***The Effectiveness of Emotion Therapy on Psychological Well-Being, Social Acceptance and Social Adequacy of Teachers***. Journal of Pouyesh in Education and Consultation (JPEC) 2021; 1400(14): 147-68. [Persian]

26- Dehnavi SI, Mortazavi SS, Ramezani MA, Gharraee B, Ashouri A. ***Identification of Emotion Schemes in Women with Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) Using an Emotion-Focused Therapy (EFT) Approach: A Qualitative Study***. J Educ Health Promot 2024; 13: 309.

27- Khosravi Asl M , Nasirian M, Bakhshayesh A. ***The Impact of Emotion-Focused Therapy on Anxiety and Depression among Female-Headed Households in Imam Khomeini Relief Committee***. Journal of Community Health Research 2018; 7(3): 173-82.

28- Timulak L, Keogh D. ***Emotion-Focused Therapy: A Transdiagnostic Formulation***. Journal of Contemporary Psychotherapy 2020; 50(1): 1-13.

29- Timulak L, Keogh D, Chigwedere C, Wilson C, Ward F, Hevey D, et al. ***A Comparison of Emotion-Focused Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder: Results of a Feasibility Randomized Controlled Trial***. Psychotherapy 2022; 59(1): 84-95.

30- Asmari Y, Dolatshahi B, Poursharifi H, Barahmand U. ***Early Negative Memories, Humiliation and Defectiveness/Shame Schema: An Emotion-Focused Therapeutic Approach to Social Anxiety***. Journal of Evidence-Based Psychotherapies 2022; 22(1): 117-36.

31- Glisenti K, Strodl E, King R. ***The Role of Beliefs about Emotions in Emotion-Focused Therapy for Binge-Eating Disorder***. Journal of Contemporary Psychotherapy 2023; 53(2): 117-24.

32- Guendelman S, Bayer M, Prehn K, Dziobek I. ***Regulating Negative Emotions of others Reduces Own Stress: Neurobiological Correlates and the Role of Individual Differences in Empathy***. NeuroImage 2022; 254: 119134.

33- Amirshahi M, Saremi AA, Nouri R, Karbalaee MH, Sadat RH. ***Comparing The Effectiveness of Emotion-Focused and Cognitive-Behavioral Therapies on Body Image, Anxiety, and Depression in Women with PCOS.*** J Educ Health Promot 2024; 13(1): 230.

34- Guendelman S, Bayer M, Prehn K, Dziobek I. ***Regulating Negative Emotions of others Reduces Own Stress: Neurobiological Correlates and the Role of Individual Differences in Empathy***. NeuroImage 2022: 254; 119134

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/ssu.v32i11.17785]

CC BY-NC 4.0

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol 32| NO 11 | Feb 2025

Received: 24 Oct 2024
Accepted: 22 Dec 2024

Efficacy of Emotion-Focused Therapy of Emotional Components in Women with Migraine Headache: a Clinical Trial Study

Mozhgan Bakshi Nadushan[1], Azam Davodi[*1], Hamid Mirhosseini[2], Qasem Naziri[1]

Original Article

Introduction: Migraine disorder is a common psychosomatic disorder in which emotional and psychological factors are involved in its development. Emotion-focused therapy can be considered as an effective factor in the management of this disorder. The present study aimed to investigate the effectiveness of Emotion-focused therapy on emotional components in female patients with migraine.

Methods: It was conducted as a semi-experimental study featuring pre-test and post-test in two groups, one experimental and one control. The statistical population of the study comprised women experiencing migraine in Yazd City in 2024. Thirty patients were randomly assigned to two experimental and control groups. Prior to treatment, patients filled out the Emotional Belief Questionnaire (EBQ), Empathy Scale (PES), Depression, Anxiety and Stress Questionnaire (DASS-21) and Visual Analogue Scale (VAS); this assessment was made in the post-test phase. The length of the intervention period of emotion-focused therapy for the experimental group comprised 8 sessions of 90 minutes each, scheduled weekly. Data analysis was performed utilizing multivariate analysis of covariance and Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software version 16.

Results: The findings demonstrated that regarding emotional beliefs and their dimensions, as along with anxiety, depression, and stress, the group undergoing emotion-focused treatment had a significantly lower mean than the control group ($P \leq 0.05$). Regarding the empathy variable and its dimensions, all except for the ability to recognize negative emotions in others, the emotion-focused treatment group attained a significantly higher mean compared to the control group ($P \leq 0.05$).

Conclusion: The Research findings indicated that individuals with migraine headaches have difficulty experiencing and processing their emotions and experience worry and self-blame. Accordingly, the emotional therapy protocol is applicable for migraine patients and can successfully enhance the emotional aspects of these individuals.

Keywords: Emotion Focused Therapy, Emotional components, Migraine Headache, clinical trial study.

Citation: Bakshi Nadushan M, Davodi A, Mirhosseini S.H, Naziri Q. **Efficacy of Emotion-Focused Therapy of Emotional Components in Women with Migraine Headache: a Clinical Trial Study.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2025; 32(11): 8425-38.

[1]Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Shiraz Branch, Shiraz, Iran.

[2]Department of Operating Room and Anesthesiology, School of Paramedical Sciences, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

***Corresponding author: Tel:** 09173231038**, email:** Azam.Davoodi@iau.ac.ir

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/ssu.v32i11.17785]

CC BY-NC 4.0