Original Article

Comparing the Effectiveness of Modified Short-Term Intensive Dynamic Group Psychotherapy, Group Schema Therapy, and Group Acceptance and Commitment Therapy on Pain Intensity and Quality of Life in Patients with Migraine Headache

Mohammad Sina Hanifi[1], **Fazlolah Mir**[1]✉, **Masoud Sadeghi**[1]

[1] Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Lorestan, Khorramabad, Iran

✉**Corresponding author:** Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Lorestan, Khorramabad, Iran

Email: Mir.f@lu.ac.ir
Tel: 09166634432
Postal Code: 6814857893

Received: 16 Nov 2025
Revised: 23 Feb 2026
Accepted: 10 Jun 2026

Citation: Hanifi MS, Mir F, Sadeghi M. Orally Administered Stevia Extract Reduce Acetaminophen-Induce Hepatic and Neural Side Effects in Mice. J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2026; 34(8): 10582-600.

DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23218

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 Unported License which allows users to read, copy, distribute and make derivative works for non-commercial purposes from the material, as long as the author of the original work is cited properly

Abstract

Introduction: Characterized as a debilitating neurological disorder, migraine substantially impairs individuals' daily functioning and overall quality of life. Consequently, this study aimed to comparatively evaluate the therapeutic efficacy of three distinct physiological interventions- namely, short-term intensive dynamic group psychotherapy, schema therapy, and acceptance and commitment therapy- on the severity of pain and quality of life of patients with migraine.

Methods: The study was conducted using a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and one-month follow-up design. A total of 61 participants, recruited from patients referred to psychiatric and psychological clinics in Hamedan City, Iran, were randomly assigned to three experimental groups and a control group. The experimental groups received 15 sessions of dynamic psychotherapy, 10 sessions of schema therapy, and 8 sessions of acceptance and commitment therapy, respectively. Data were collected using the Ware & Sherbourn Quality of Life Questionnaires alongside the McGill Pain Severity Scale, and the collected data were subsequently analyzed through repeated measures analysis of variance.

Results: The findings showed a significant main effect of time on both pain intensity ($F=30.26$, $p=0.001$) and quality of life ($F=32.10$, $p=0.001$). Additionally, the time × group interaction effect was also significant for both variables ($F=2.72$, $p=0.017$ for pain intensity; $F=6.09$, $p=0.001$ for quality of life). Furthermore, the between-group effect was significant at the 0.05 level for both variables ($F=5.54$, $p=0.002$ for pain intensity; $F=5.47$, $p=0.002$ for quality of life). Bonferroni pairwise comparisons revealed that although all three treatment methods had significant efficacy compared to the control group, there was no significant difference in effectiveness between the treatment groups themselves ($p>0.05$).

Conclusion: Group-based dynamic psychotherapy, schema therapy, and acceptance and commitment therapy serve as effective complementary therapies to reduce pain intensity and improve the quality of life in patients suffering from migraine headaches. The choice between these methods can be made according to patient preference and therapist expertise, as their effectiveness is equivalent.

Keywords: Migraine, short-term dynamic psychotherapy, schema therapy, acceptance and commitment therapy, pain intensity, quality of life

Registration ID in IRCT: IRCT20210529051426N1

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23218]

Extended Abstract

Introduction: As a prevalent and debilitating neurological disorder affecting roughly 10–16% of the world's population, migraine ranks among the leading causes of disability worldwide. It is associated with anxiety, depression, and reduced quality of life, and it imposes a substantial economic burden. Pharmacological treatments have limited efficacy and may cause intolerable side effects; medication reduces pain by only about 30–40%, whereas behavioral interventions have been reported to yield 35–55% improvement. Psychotherapies that target the emotional and cognitive dimensions of pain are therefore increasingly considered complementary options. Although modified intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP), schema therapy, and acceptance and commitment therapy (ACT) address different psychological mechanisms, their comparative efficacy in migraine management remains unclear. Consequently, this study aimed to evaluate and compare the effects of group ISTDP, group schema therapy, and group ACT in terms of their effects on pain intensity and quality of life in patients with migraine headaches.

Methods: This quasi-experimental study used a pretest–posttest design incorporating a one-month follow-up and a waitlist control group with outcome assessors and the statistical analyst remaining blind to group allocation. The target population comprised patients diagnosed with migraine headaches referred to psychiatric and psychological clinics in Hamadan City, Iran, between 2024 and2025. Inclusion criteria were age 20–45 years, no substance or alcohol abuse, no history of severe psychotic disorders, and no psychological intervention during the previous six months. Exclusion criteria comprised participant withdrawal, frequent absence from sessions, and failure to complete any designed assessment stage.
Following informed consent, 80 eligible participants were randomly assigned via simple lottery to four equal groups of 20. Nineteen participants dropped out because they missed the posttest or follow-up, leaving 61 participants (aged 24–45 years) for analysis: ISTDP (n=15), schema therapy (n=15), ACT (n=15), and control (n=16).The interventions were delivered in groups in 90-minute sessions: 15 sessions of modified ISTDP based on Frederickson's protocol (emphasizing defense restructuring and affective experiencing), 10 sessions of schema therapy following Young et al.'s protocol (focusing on early maladaptive schemas through cognitive, experiential, and behavioral techniques), and 8 sessions of ACT structured around Hayes et al.'s protocol (targeting acceptance, cognitive defusion, values clarification, committed action). The control group received only usual medical care.
Quality of life was measured using the 36-item Short Form Health Survey (SF-36), comprising eight subscales scored from 0–100, where higher scores indicate better quality of life (Cronbach's alpha = 0.78). Pain intensity was measured via the Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), comprising 11 sensory and 4 affective items rated 0–3 (total 0–45; higher scores indicate greater pain; alpha = 0.76).
Data collected across three distinct time points were analyzed using repeated-measures ANOVA (3 time points × 4 groups) along with Bonferroni post hoc tests via SPSS 16 (α = 0.05). The underlying assumptions were verified and confirmed using Levene's, Box's M, and Mauchly's tests.

Results: Among the 61 analyzed participants, the mean ages were 30.88 years in the ISTDP group, 32.72 in the schema therapy group, and 33.94 in the ACT group. The groups exhibited no statistically significant differences in terms of age, gender, marital status, migraine duration, economic status, or underlying diseases ($p>0.05$), indicating demographic homogeneity. Furthermore, Levene's test, Box's M test, and Mauchly's test of sphericity were all non-significant, so the assumptions of repeated-measures ANOVA were met.

Pain intensity**:** The main effect of time was significant ($F=30.26$, $p=0.001$), indicating a substantial variation in pain scores across pretest, posttest, and follow-up phases. Additionally, the time × group interaction effect was also significant ($F=2.72$, $p=0.017$), showing that the pattern of change over time differed among groups. The between-group effect was likewise significant ($F=5.54$, $p=0.002$). Bonferroni pairwise comparisons showed that pain intensity was significantly lower than in the control group in the ISTDP ($p=0.010$), schema therapy ($p=0.012$), and ACT ($p=0.009$) groups. However, no significant differences were found among the three treatment groups ($p>0.05$), indicating that the three

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23218]

CC BY-NC 4.0

interventions reduced pain intensity equally effectively.

Quality of life: The main effect of time was significant (F=32.10, p=0.001), alongside significant effects for the time × group interaction (F=6.09, p=0.001) and the between-group comparison (F=5.47, p=0.002). Bonferroni tests indicated significantly greater improvement in quality of life, relative to the control group, in the ISTDP (p=0.019), schema therapy (p=0.032), and ACT (p=0.003) groups, whereas pairwise comparisons among the three treatment groups were not significant (p>0.05).

Overall, all three therapies significantly reduced pain intensity and improved quality of life over time, and the improvements were maintained at the one-month follow-up. Because each treatment group differed significantly from the waitlist control, these improvements cannot be attributed solely to the passage of time or treatment expectancies. Nevertheless, no treatment showed superiority over another, suggesting equivalent effectiveness.

Conclusion: Group-based modified ISTDP, schema therapy, and ACT each produced significant and lasting reductions in pain intensity alongside improvements in quality of life among patients with migraine headaches compared to a waitlist control, with no significant differences among them. Consequently, these psychotherapies can therefore serve as effective complementary treatments alongside pharmacotherapy. Their equivalent effectiveness may reflect shared mechanisms, such as more adaptive emotional processing, reduced experiential avoidance, and increased psychological flexibility. Therefore, treatment selection can thus be guided by patient preference, therapist training, cost-effectiveness, and access to care. Integrating these programs into mental health service packages could reduce the psychosocial burden of migraine and excessive medication use. Future studies should incorporate active control groups, longer follow-up, objective measures, and assessment of therapist adherence, and should examine mediators and moderators to determine which patients respond best to which approach.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23218]

CC BY-NC 4.0

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت تعدیل‌شده، طرحواره‌درمانی گروهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی بر شدت درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد میگرن

محمدسینا حنیفی[۱]، فضل‌الله میر[۲]✉، مسعود صادقی[۲]

[۱] دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.
۲ گروه روانشناسی، دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران..

چکیده

مقدمه: میگرن به‌عنوان یک اختلال عصبی، تأثیر قابل‌توجهی بر کیفیت زندگی و عملکرد افراد دارد. هدف پژوهش مقایسه اثربخشی سه روش روان‌درمانی گروهی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت تعدیل‌شده، طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن بود.

روش بررسی: مطالعه به روش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه انجام شد. از بین بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانپزشکی و رواشناسی شهر همدان، ۶۱ شرکت‌کننده انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه آزمایش (روان‌پویشی، طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) جایابی شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی (SF-36) و مقیاس شدت درد مک‌گیل (SF-MPQ) جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (۳ مرحله × ۴ گروه) و آزمون تعقیبی بنفرونی در نرم‌افزار SPSS version 16 و در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که اثر اصلی زمان برای شدت درد (F=۳۰/۲۶ ،p=۰/۰۰۱) و کیفیت زندگی (F=۳۲/۱۰ ، p=۰/۰۰۱) معنادار بود. اثر تعامل زمان × گروه نیز برای هر دو متغیر معنادار بود (p=۰/۰۱۷، F=۲/۷۲) برای شدت درد؛ F= ۶/۰۹ ، p=۰/۰۰۱ برای کیفیت زندگی). هم‌چنین اثر بین‌گروهی در سطح ۰/۰۵ برای هر دو متغیر معنادار به دست آمد (F= ۵/۵۴ ،p=۰/۰۰۲ برای شدت درد؛ F= ۵/۴۷ ،p=۰/۰۰۲ برای کیفیت زندگی). مقایسه‌های زوجی بنفرونی نشان داد که اگرچه هر سه روش درمانی نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری داشتند، اما تفاوت معناداری بین اثربخشیِ جفت گروه‌های درمانی با یکدیگر وجود نداشت (p>۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی هر سه مداخله روان‌درمانی گروهی بر کاهش شدت درد و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن، پیشنهاد می‌شود این برنامه‌های درمانی ساختاریافته در قالب بسته خدمات بهداشت روان در مراکز درمانی نظام سلامت گنجانده شوند. هم‌چنین از آنجا که این روش‌ها از نظر اثربخشی تفاوت معناداری ندارند، سیاست‌گذاران سلامت می‌توانند بر اساس هزینه-اثربخشی، دسترسی به درمان و ترجیح بیمار، نسبت به ارائه یکی از آن‌ها در سیستم مراقبت‌های اولیه اقدام کنند. ادغام این مداخلات در پروتکل‌های استاندارد درمان میگرن، علاوه بر کاهش بار روانی-اجتماعی بیماری، می‌تواند به کاهش مصرف بی‌رویه داروها و عوارض جانبی آن‌ها نیز کمک کند.

واژه‌های کلیدی: میگرن، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت، طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شدت درد، کیفیت زندگی

IRCT20251024067743N1

✉ **نویسنده مسئول:**
فضل الله میر
استاد تمام، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

پست الکترونیک:
Mir.f@lu.ac.ir
تلفن: ۰۹۱۶۶۶۳۴۴۳۲
صندوق پستی: ۶۸۱۴۸۵۷۸۹۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۸/۲۵
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۲/۴.
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۳/۲۰

ارجاع:
حنیفی محمدسینا، میر فضل‌الله، صادقی مسعود. مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی پویشی فشرده و کوتاه مدت تعدیل‌شده، طرحواره‌درمانی گروهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی بر شدت درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد میگرن. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۵؛ ۳۴ (۸): ۶۰۰-۱۰۵۸۲.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23218]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

میگرن یک بیماری عصبی شایع و ناتوان‌کننده است که ۱۰ تا ۱۶ درصد از جمعیت جهان را تحت تأثیر قرار داده (۱) و به‌عنوان سومین علت اصلی ناتوانی در سراسر جهان شناخته می‌شود (۲). بر اساس جدیدترین داده‌های مطالعات جهانی بیماری‌ها و عوامل خطر، این بیماری دومین علت اصلی ناتوانی در بزرگسالان زیر ۶۰ سال و اولین علت ناتوانی در زنان جوان (زیر ۵۰ سال) در کشورهای توسعه‌یافته است (۳). میگرن بیش از یک میلیارد نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار داده و هزینه‌های مستقیم مراقبت‌های پزشکی مرتبط با آن در ۱۵ سال گذشته سالانه ۲/۹ میلیارد دلار تخمین زده شده است (۴). بنابراین میگرن نه تنها به دلیل تأثیر اقتصادی، بلکه به دلیل کاهش کیفیت زندگی یکی از پرهزینه‌ترین اختلالات عصبی محسوب می‌شود (۲). این بیماری با افزایش خطر اضطراب و افسردگی، ناتوانی قابل‌توجه و کاهش کیفیت زندگی همراه است (۵). دردهایی که ۴ تا ۷۲ ساعت طول می‌کشند، کیفیت زندگی بیماران را به‌طور کامل تحت تأثیر قرار داده و باعث از دست رفتن بخش مهمی از ساعات روز و هفته می‌شوند (۶). درد می‌تواند به دلیل اثرات نامطلوب بر بیمار، از جمله هزینه‌های درمان، کاهش عملکرد شغلی و افزایش مشکلات خانوادگی، جنبه‌های مختلف زندگی فرد را تحت‌تأثیر قرار دهد (۷). این ناتوانی به طرق مختلف بروز می‌کند و کیفیت کلی زندگی را کاهش می‌دهد؛ کاهشی که هم از علائم جسمی مستقیم و هم از علائم شناختی، روانی و عاطفی غیرمستقیم و هم‌چنین محدودیت‌هایی در فعالیت‌های تفریحی، شغلی و اجتماعی ناشی می‌شود. علاوه بر این، کاهش کیفیت زندگی و سطوح بالای ناتوانی، شدت درد را تشدید کرده و به وخامت بیشتر بیمار کمک می‌کند (۶). هرچند درمان‌های صرفاً پزشکی بیشتر بر کاهش حس فیزیکی درد متمرکز هستند، اما امروزه پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که روان‌درمانی‌های مبتنی بر ابعاد عاطفی و شناختی درد می‌توانند تأثیر چشم‌گیری در بهبود کیفیت زندگی بیماران داشته باشند (۸). گزینه‌های درمانی موجود برای میگرن محدود هستند و اغلب با عوارض جانبی غیرقابل تحمل همراه می‌باشند (۹). علاوه بر این، بار اقتصادی سنگین داروها، اثرات محدود داروهای سقط‌کننده و پیشگیرانه، و موارد منع مصرف برخی از آن‌ها، همگی از دیگر انگیزه‌های جست‌وجوی راهبردهای پیشگیرانه و غیردارویی به‌شمار می‌روند (۱۰). شایان ذکر است که علی‌رغم پیشرفت‌های دارویی، دارودرمانی تنها موفق به کاهش ۳۰ تا ۴۰ درصدی درد می‌شود؛ در مقایسه، مداخلات رفتاری موجب ۳۵ تا ۵۵ درصد بهبود در میگرن و سردرد تنشی می‌شوند (۹). در سال‌های اخیر، نقش مکمل روان‌درمانی در مدیریت جامع میگرن مورد تأکید قرار گرفته است. هدف از این مداخلات، نه تنها کاهش فراوانی و شدت درد، بلکه هدف قرار دادن مکانیسم‌های روان‌شناختی زمینه‌ای است که در تشدید و تداوم میگرن نقش دارند. از جمله این مداخلات می‌توان به روان‌درمانی گروهی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت تعدیل‌شده (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy) (۱۳-۱۱)، طرحواره‌درمانی گروهی (Group Schema Therapy) (۱۴) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی (Acceptance and Commitment Therapy) (۸،۱۵،۱۶) اشاره کرد. روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت که توسط حبیب دوانلو توسعه یافته، یک فرم کوتاه‌مدت از درمان روان‌پویشی است که اثربخشی آن در اختلالات روان‌تنی اثبات شده است (۱۷). این درمان با ظرفیت روانی هر بیمار سازگار است و نقایص شناخت هیجان، تحمل اضطراب، خودانعکاسی و عملکرد بین‌فردی را هدف قرار می‌دهد (۱۸). تمرکز اصلی آن، ارائه کمک فوری به بیماران در کشف احساسات ناخودآگاه‌شان است که می‌تواند علت اصلی سردردهای میگرنی باشد (۱۹). رویکرد دیگر، طرحواره‌درمانی است که با هدف شناسایی و به چالش کشیدن افکار طرحواره‌محور از طریق تجربه‌گرایی مشارکتی طراحی شده است. طرحواره درمانی با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر آموزش بازبینی فعالیت‌ها، به ساختاربخشی به فعالیت‌های روزانه و افزایش فعالیت‌های همراه با لذت و موفقیت کمک می‌کند (۲۰). هم‌چنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) از فرآیندهایی مانند پذیرش، تمرکز حواس، تعهد و تغییر رفتار بهره می‌برد تا انعطاف‌پذیری روانی را افزایش دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزد آنچه را در کنترل آن‌ها نیست بپذیرند و به انجام کارهایی که زندگی‌شان را پربارتر می‌کند، پایبند باشند. این رویکرد با ترکیب روش‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی در استراتژی‌های تعهد و تغییر، به مراجعان کمک می‌کند تا به یک زندگی پرمعنی و هدفمند دست یابند (۲۱). هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی سه مداخله روان‌درمانی گروهی (پویشی فشرده و

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23218]

CC BY-NC 4.0

کوتاه‌مدت، طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر شدت درد و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به میگرن مزمن است. انتظار می‌رود نتایج این مطالعه بتواند با تعیین مؤثرترین رویکرد درمانی، به تدوین پروتکل‌های درمانی هدفمند و جامع برای این جمعیت بالینی بینجامد. دستاوردهای این پژوهش زمینه‌ساز ارائه راهکارهای عملی در جهت کاهش رنج بیماران، تسهیل فرآیند درمان و در نهایت ارتقای سطح سلامت روان و کیفیت زندگی این افراد خواهد شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه است، ارزیابی نتایج توسط ارزیابان ناآگاه به تخصیص گروهی (تک‌سوکور) انجام شد. این مطالعه شامل چهار گروه (سه گروه مداخله و یک گروه کنترل) بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی شهر همدان در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳ بود. بر اساس ارزیابی‌های اولیه، ۸۰ شرکت‌کننده واجد شرایط، پس از امضای رضایت‌نامه آگاهانه، با استفاده از روش تخصیص تصادفی ساده (قرعه‌کشی) به چهار گروه مساوی (سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل؛ هر گروه ۲۰ نفر) گمارش شدند. در طول فرآیند پژوهش، ۱۹ نفر به دلایل مختلف (عدم شرکت در پس‌آزمون یا پیگیری) از مطالعه خارج شدند و تحلیل نهایی بر روی داده‌های ۶۱ شرکت‌کننده (گروه روان‌پویشی ۱۵ نفر، گروه طرحواره‌درمانی ۱۵ نفر، گروه پذیرش و تعهد ۱۵ نفر و گروه کنترل: ۱۶ نفر) با سنین ۲۴ تا ۴۵ سال انجام شد. آزمودنی‌ها با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در چهار گروه (سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گمارش شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال، مشارکت داوطلبانه و آگاهانه، نداشتن سوءمصرف مواد مخدر یا الکل، نداشتن سابقه اختلالات شدید روان‌پریشی مانند توهم یا هذیان و عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی طی شش ماه گذشته بود؛ شرکت‌کنندگان از میان افراد واجد شرایط در کلینیک‌های منتخب انتخاب شدند. معیارهای خروج نیز شامل انصراف از ادامه همکاری، غیبت مکرر در جلسات درمانی و تکمیل‌نکردن یکی از مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون یا پیگیری) بود. پس از بررسی معیارهای ورود، افراد واجد شرایط با استفاده از روش قرعه‌کشی ساده به چهار گروه روان‌پویشی فشرده، طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل تخصیص یافتند.

روش اجرای طرح پژوهش: نحوه اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه لرستان و دریافت کد اخلاق (IR.LUMS.REC.1404.302)، نمونه‌های پژوهش (شامل مردان و زنان) انتخاب و به‌طور تصادفی در چهار گروه آزمایش جایابی شدند. سپس در مرحلهٔ پیش‌آزمون، پرسش‌نامه‌های پژوهش در میان کلیه شرکت‌کنندگان توزیع و جمع‌آوری شد. سپس اعضای گروه‌های آزمایش به ترتیب در معرض پروتکل‌های روان‌درمانی گروهی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت تعدیل‌شده فردریکسون (۲۲)، طرحواره درمانی گروهی یانگ و همکاران، (۲۳) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی هیز و همکاران (۲۴) قرار گرفتند. گروه کنترل در این مدت در لیست انتظار قرار گرفتند و هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکردند (تنها مراقبت‌های معمول و دارویی خود را ادامه دادند). در خصوص کورسازی، این پژوهش به صورت تک‌سوکور انجام شد؛ به این معنا که ارزیابانِ پیامد (افرادی که پرسش‌نامه‌ها را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توزیع و جمع‌آوری می‌کردند) و هم‌چنین تحلیل‌گر آماری داده‌ها، نسبت به اینکه کدام شرکت‌کننده در گروه آزمایش و کدام در گروه کنترل قرار دارد، کاملاً ناآگاه بودند تا از سوگیری در ارزیابی جلوگیری شود. سپس پس‌آزمون و نیز آزمون پیگیری (پس از گذشت یک ماه) روی گروه‌ها اجرا شد. درمان به‌صورت گروهی انجام شد. خلاصه پروتکل‌های درمانی در جداول ۱ تا ۳ ارائه شده است. به‌منظور اجرای روش‌های درمانی از پروتکل‌های درمانی زیر استفاده شد.

گروه درمان روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت گروهی: برای اجرای مداخله روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت، از پروتکل فردریکسون (۲۲) استفاده شد که شامل ۱۵ جلسه (۹۰ دقیقه‌ای) به‌صورت ساختاریافته بود. (جدول ۱) خلاصه‌ای از اهداف، محتوای اصلی و تکالیف هر جلسه از این پروتکل را نشان می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌شود، محوریت اصلی جلسات بر شناسایی مکانیسم‌های دفاعی، تجربه احساسات و بازگشایی ناهشیار قرار داشت. در این رویکرد، درمان با یک مصاحبه آزمایشی شروع شد و در جلسات بعدی، درمانگر به صورت فعال و لحظه‌به‌لحظه، با استفاده از توالی پویشی، بیمار

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23218]

را وادار می‌کند تا به‌جای استفاده از ۱۱ نوع دفاع (مانند عقلانی‌سازی، کلی‌گویی یا طفره رفتن)، مستقیماً با اضطراب و احساسات عمیق خود (که در مثلث تعارض و مثلث شخص ریشه دارند) روبه‌رو شود تا به بازسازی شخصیت دست یابد.

گروه طرحواره درمانی گروهی: دومین مداخله پژوهش، طرحواره درمانی گروهی بر اساس پروتکل یانگ و همکاران (۲۳) بود. (جدول ۲) ساختار و سرفصل محتوای این مداخله را در ۱۰ جلسه نشان می‌دهد. این گروه در ۱۰ جلسه درمان هفتگی به مدت ۹۰ دقیقه‌ای شرکت کردند. جلسات بر شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه (مانند نقص/شرم، معیارهای سرسختانه)، ریشه‌یابی تحولی آن‌ها، و به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی، تجربی (مانند تصویرسازی ذهنی) و رفتاری برای تغییر این طرحواره‌ها و الگوهای مقابله‌ای متمرکز بود. این درمان با تأکید بر اعتباربخشی به هیجانات، آموزش تکنیک‌های پذیرش هیجانی (مانند تمثیل مهمان یا سوار شدن بر موج اضطراب)، و تمرینات ذهن‌آگاهی دلسوزانه، به مراجعان کمک می‌کند تا از نشخوار فکری و کنترل افراطی دست برداشته و هیجانات را به‌عنوان پدیده‌های موقت و طبیعی بپذیرند. در نهایت، مراجع یاد می‌گیرد که از هیجانات به‌عنوان منبع اطلاعات مفید در کنار منطق، برای تصمیم‌گیری‌های سالم استفاده کند.

گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی: سومین مداخله پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی بود که بر اساس پروتکل هیز و همکاران (۲۴) در ۸ جلسه (۹۰ دقیقه‌ای) طراحی شد. (جدول ۳) سرفصل اهداف، محتوای اصلی و تکالیف هر جلسه از این پروتکل را ارائه می‌دهد. جلسات به این صورت بود که در ابتدا، به بررسی مفاهیمی مانند خودپنداره ضعیف، پریشانی روان‌شناختی و راهبردهای کنترلی ناکارآمد پرداخته شد تا اعضا متوجه بیهودگی تلاش‌های خود برای فرار از تجارب درونی دردناک شوند. سپس مهارت‌های اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل ذهن‌آگاهی و پذیرش (قبول تجارب درونی بدون تقلا)، گسلش شناختی (فاصله‌گرفتن از افکار و دیدن آن‌ها صرفاً به‌عنوان کلمات، با استعاره قطار)، و خود به‌عنوان بستر یا چشم‌انداز (مشاهده‌گری پذیرا و غیرقضاوتی با استعاره شطرنج) آموزش داده می‌شود. در نهایت، بر تصریح ارزش‌ها (تعیین جهت‌های مهم زندگی) و ایجاد تعهد برای عمل در راستای این ارزش‌ها، علی‌رغم وجود موانع ذهنی و احساسی (با استعاره مسافران در اتوبوس)، تأکید می‌شود تا تغییرات سازنده تثبیت شوند و درمان خاتمه یابد.

ابزار گردآوری داده‌ها: در این پژوهش از دو پرسش‌نامه کیفیت زندگی ویر و شربورن (Ware & Sherbourn) و مقیاس شدت درد مک‌گیل استفاده شد. مشخصات این ابزارها در ادامه ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه محتوایی جلسات درمان روان‌پویشی فشرده وکوتاه مدت تعدیل شده

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
جلسه اول	بررسی شدت مشکل، برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، اجرای پیش آزمون	در جلسه اول به بیان قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبه اولیه با اجرای توالی پویشی که درمانگری آزمایشی نام دارد، برای ارزیابی اولیه مشکل بیماران پرداخته شد.	آشنا شدن با رابطه احساس و اضطراب و دفاع
جلسه دوم	آشنا شدن با مثلث تعارض و مثلث شخص	در جلسه دوم در صورت پاسخ مناسب دادن به درمان آزمایشی پیگیری انجام شده است. از این لحظه، یعنی جلسه دوم به بعد با توجه به روند در حال حرکت بین مثلث تعارض، شخص و نوع دفاع های ۱۱ گانه بیماران، مداخلات مناسب و موثر مربوط به هر کدام به اجرا درآمده است؛ و این روند تا جلسات پایانی بسته به نوع دفاع‌های به کار گرفته توسط بیمار ادامه خواهد یافت. انواع دفاع‌های تاکتیکی متداول و مداخلات موثر مربوط به هر کدام به‌طور خلاصه در ادامه بیان می‌گردد	فشار به بیمار برای تجربه احساس و چالش با دفاع‌های تاکتیکی

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23218]

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
جلسه سوم	آشنا شدن با مثلث تعارض و مثلث شخص و تجربه احساسات	کار با دفاع‌های تاکتیکی واژه‌های سربسته (در لفافه سخن گفتن)، واژه‌های فراگیر- پوششی، مداخلات موثر؛ شک کردن، چالش کردن، چالش با دفاع	فشار به بیمار برای تجربه احساس و چالش با دفاع‌های تاکتیکی
جلسه چهارم	تجربه احساسات و بازگشایی ناهوشیار	بررسی واژه‌های تخصصی مورد استفاده بیماران، دفاع‌های تاکتیکی گفتار غیر مستقیم و افکار مرضی و احتمالی. مداخله موثر: چالش با دفاع های بیماران و تردید در دفاع.	فشار به بیمار برای تجربه احساس و چالش با دفاع‌های تاکتیکی
جلسه پنجم	تجربه احساسات و بازگشایی ناهوشیار	بررسی دفاع نشخوارذهنی و دلیل تراشی. مداخله‌های موثر به ترتیب: روشن کردن، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع و مسدود کردن دفاع	فشار به بیمار برای تجربه احساس و چالش با دفاع‌های تاکتیکی
جلسه ششم	تجربه احساسات و بازگشایی ناهوشیار	دفاع‌های عقلانی سازی و کلی گویی و تعمیم دادن. مداخله‌های موثر: روشن سازی، سدسازی، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع.	فشار به بیمار برای تجربه احساس و چالش با دفاع‌های تاکتیکی
جلسه هفتم	تجربه احساسات و بازگشایی ناهوشیار	تاکتیک‌های منحرف‌سازی و فراموش کردن. مداخالت موثر: مسدود کردن دفاع و تردید در دفاع، چالش با دفاع	فشار به بیمار برای تجربه احساس و چالش با دفاع‌های تاکتیکی
جلسه هشتم	تجربه احساسات و بازگشایی ناهوشیار	انکار و تکذیب کردن، مداخلات موثر: روشن کردن تردید در دفاع و چالش با دفاع.	فشار به بیمار برای تجربه احساس و چالش با دفاع‌های تاکتیکی
جلسه نهم	تجربه احساسات و بازگشایی ناهوشیار	بیرونی سازی و ابهام، مداخلات موثر: روشن کردن و چالش با دفاع	فشار به بیمار برای تجربه احساس و چالش با دفاع های تاکتیکی
جلسه دهم	تجربه احساسات و بازگشایی ناهوشیار	طفره رفتن، تردید وسواسی: مداخلات موثر: روشن کردن، چالش با دفاع.	فشار به بیمار برای تجربه احساس و چالش با دفاع های تاکتیکی
جلسه یازدهم	تجربه احساسات و بازگشایی ناهوشیار	بدنی سازی و عمل کردن به عنوان دفاعی بر ضد احساسات. مداخله موثر: روشن‌سازی	فشار به بیمار برای تجربه احساس و چالش با دفاع های تاکتیکی
جلسه دوازدهم	تجربه احساسات و بازگشایی ناهوشیار	سرکشی، نافرمانی، مقدمه چینی و گریه دفاعی و طیف دفاع‌های واپس رونده. مداخلات موثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن‌سازی.	فشار به بیمار برای تجربه احساس و چالش با دفاع های تاکتیکی
جلسه سیزدهم	تجربه احساسات و بازگشایی ناهوشیار	صحبت کردن به جای لمس کردن احساسات، علایم غیرکالمی، تبعیت و انفعال، مداخلات موثر: روشن کردن، تردید در دفاع، چالش با دفاع، روشن کردن، چالش.	فشار به بیمار برای تجربه احساس و چالش با دفاع های تاکتیکی
جلسه چهاردهم و پانزدهم	تجربه احساسات و بازگشایی ناهوشیار	در دو جلسه آخر ضمن تحکیم دستاوردها، برنامه پیگیری و به‌خصوص زمان انجام پس آزمون اعلام و ضمن تشکر از بیماران، پایان جلسات ۱۴ و ۱۵ اعلام شد	فشار به بیمار برای تجربه احساس و چالش با دفاع های تاکتیکی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23218]

CC BY-NC 4.0

جدول ۲: خلاصه محتوایی جلسات طرحواره درمانی

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
جلسه اول	ایجاد رابطه	پس از آشنایی و ایجاد رابطه درمانی، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورتبندی می‌شود	فکر کردن به طرحواره‌ها
جلسه دوم	درک معنای طرحواره	شواهد عینی تأییدکننده یا رد کننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار می‌گیرد و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو می‌شود	پیدا کردن رد عینی طرحواره‌ها در زندگی
جلسه سوم	مزایا و معایب سبکه ای مقابله‌ای	تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله‌ای آموزش داده می‌شود	تکمیل فرم مربوط به بررسی سبک های مقابله‌ای
جلسه چهارم	پرورش بزرگسال سالم	مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده آن‌ها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده می‌شود	استفاده از راهکارهای آموزش داده شده در زندگی روزمره
جلسه پنجم	ارتباط سالم	برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده می‌شود	تمرین تقویت ارتباط سالم
جلسه ششم	تکنیک‌های تجربی	نکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آنها آموزش داده می‌شود	تمرین تکنیک تجربی در زندگی روزه مره
جلسه هفتم	رابطه درمانی	رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده می‌شود	تمرکز بر روابط
جلسه هشتم	رفتارهای سالم و ناسالم	تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده می‌شود	تمرین الگوهای رفتاری جدید
جلسه نهم	تغییر رفتار	مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده می‌شود	تمرین راهکارهای غلبه بر موانع تغییر رفتار
جلسه دهم	مرور و تمرین	مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یادگرفته شده تمرین می‌شود.	تمرین مطالب جلسات قبل

جدول ۳: خلاصه محتوایی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
جلسه اول	آشنایی با قوانین و کلیاتی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	آشنایی اعضا با یکدیگرو درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختارگروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارزیابی مشکلات درمانجویان از نگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد. تهیه فهرستی از مزایا، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات	-
جلسه دوم	آشنایی با برخی از مفاهیم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی	بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها، آموزش جداسازی شناختی، آگاهی روانی و خودتجسمی	شناسایی موقعیت‌های اجتنابی و اجازه دادن به رفت و آمد افکار منفی بدون این که با آنها مبارزه یا عمدا از آن‌ها ممانعت شود

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23218]

CC BY-NC 4.0

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
جلسه سوم	اجرای فنون درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خود تجسمی	بررسی تکالیف خانگی، جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به طوری که به انعطاف‌پذیری روانی و هیجانات مثبت منجر شود.	آگاهی از اینجا و اکنون و علاقه مندی به جای فرار از آنچه که هم‌اکنون در جریان است
جلسه چهارم	آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه	بررسی تکالیف خانگی، جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به‌طوری‌که به انعطاف‌پذیری روانی و هیجانات مثبت منجر شود.	تمرکز بر حالات روانی، افکار و رفتار در لحظه بدون قضاوت
جلسه پنجم	آموزش فنون درمانی خود به عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن آگاهی و آموزش تحمل پریشانی	بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و درنظر گرفتن خود به‌عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن آگاهی و تحمل پریشانی به منظور پذیرش هیجان های منفی.	تلاش در جهت کسب حس تعالی یافته با استفاده از فنون آموزش‌دیده
جلسه ششم	آموزش فنون درمانی ارزش-های شخصی و روشن سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمان‌جویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها. تهیه فهرستی از موانع پیش رو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مثبت	شناسایی ارزش‌های شخصی اصلی و طرح ریزی اهداف بر اساس ارزش‌ها
جلسه هفتم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین فردی	بررسی تکالیف خانگی، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به‌کارگیری استعاره‌ها و برنامه ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش ها و ایجاد حس معناداری در زندگی	تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف طرح‌ریزی شده بر اساس فنون آموزش دیده
جلسه هشتم	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تأکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی	بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها، درخواست از درمانجویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش دیده در دنیای واقعی به منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مثبت	-

پرسش نامه کیفیت زندگی (SF-36: Short Form 36 Health Survey): پرسش‌نامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی توسط ویر و شربورن ساخته شده است و از زیرمقیاس‌های کارکرد جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی، انرژی/ خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی تشکیل شده که هر زیرمقیاس متشکل از دو تا ده ماده است. نمره‌دهی به این صورت است که پاسخ هر سوال به مقیاسی از ۰ تا ۱۰۰ تبدیل می‌شود (۰ نشان‌دهنده بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت سلامت) و سپس نمره هر یک از هشت حیطه از میانگین نمرات سوالات مربوط به آن حیطه محاسبه می‌شود. به‌طور معمول، نمره بالاتر از ۵۰ نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر و نمره پایین‌تر از ۵۰ نشان‌دهنده وضعیت نامطلوب است. نسخه ایرانی این پرسش‌نامه توسط منتظری و همکاران در سال ۲۰۰۵ ترجمه و اعتباریابی شده و نتایج حاکی از پایایی و روایی قابل قبول آن در جمعیت عمومی ایران است (۲۲). در رابطه با نقطه برش، مجموع نمرات هشت حیطه با نقطه برش ۱۱۷ برای تفکیک سطح کیفیت زندگی «خوب» از «متوسط» پیشنهاد شده است (۲۳). برای روایی و پایایی این ابزار در نسخه ایرانی تحلیل آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های کارکرد جسمی ۰/۹۰، اختلال نقش به‌خاطر سلامت جسمی ۰/۸۵، اختلال نقش به‌خاطر سلامت هیجانی ۰/۷۷، انرژی/ خستگی ۰/۸۴، بهزیستی هیجانی ۰/۶۵، کارکرد اجتماعی ۰/۷۷، درد ۰/۸۳، سلامت عمومی ۰/۷۱ را به دست آوردند. ضریب آلفای کرونباخ همه زیرمقیاس‌ها بالاتر از ۰/۷۰ و در حد رضایت بخش بود. ساختار عاملی مقیاس SF-۳۶ در هشت بعد مرتبه اول عملکرد

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23218]

جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی و سلامت روانی با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۵). پایایی این پرسش‌نامه در این مطالعه، با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۸به دست آمد.

مقیاس شدت درد The McGill Pain Questionnaire (MPQ): پرسش‌نامه درد مک‌گیل (MPQ) توسط ملزاک (Melzack) در سال ۱۹۷۵ برای ارزیابی چندبعدی تجربه ذهنی درد طراحی شده است. در این مطالعه از فرم کوتاه آن (SF-MPQ) استفاده گردید که ابعاد حسی و عاطفی درد را می‌سنجد. فرم کوتاه شامل ۱۵ عبارت است: ۱۱ عبارت برای بعد حسی (شامل توصیف‌کننده‌هایی مانند تیرکشنده، تیز، کرامپی، داغ، سنگین و حساس) و ۴ عبارت برای بعد عاطفی (مانند خسته‌کننده، ناخوشایند و ترسناک). پاسخ‌دهنده شدت هر عبارت را بر طیف چهارگزینه‌ای «اصلاً» (نمره ۰)، «خفیف» (نمره ۱)، «متوسط» (نمره ۲) و «شدید» (نمره ۳) درجه‌بندی می‌کند. نمره نهایی این ابزار در سه سطح گزارش می‌شود: نمره بعد حسی (۰ تا ۳۳)، نمره بعد عاطفی (۰ تا ۱۲) و نمره کل (۰ تا ۴۵). نمره بالاتر نشان‌دهنده درد شدیدتر و کیفیت زندگی پایین‌تر است. برای دسته‌بندی شدت درد، با توجه به نبود نقطه برش استاندارد جهانی برای SF-MPQ، از رویکرد مطالعه Mendoza-Contreras و همکاران در سال ۲۰۲۵ استفاده شد که نمره بیشتر از ۸ را نشان‌دهنده «درد شدید» در بیماران معرفی کرده‌اند. در خصوص روایی و پایایی پرسش‌نامه، بر اساس نتایج Mendoza-Contreras و همکاران در سال ۲۰۲۵، نسخه کوتاه پرسش‌نامه درد مک‌گیل (SF-MPQ) در بیماران سرطانی مکزیکی با درد مزمن از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است. تحلیل عاملی تأییدی ساختاری دو عاملی شامل «درد عاطفی-آسیب‌شناختی» و «درد نوروپاتیک» را تأیید کرد. همسانی درونی ابزار با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و شاخص مک‌دونالد اُمگا ۰/۸۲ در سطح خوبی ارزیابی شد. هم‌چنین تغییرناپذیری ابزار بر حسب متغیر جنسیت در سطوح پیکربندی، متریک و اسکالر تأیید گردید. روایی همگرا با همبستگی مثبت معنادار با مقیاس رتبه‌بندی عددی (NRS) و روایی واگرا با همبستگی منفی معنادار با پرسش‌نامه کیفیت زندگی EORTC-QLQ C30 نشان داده شد (۲۶). بلاغی ۲۰۲۰، فرم کوتاه پرسش‌نامه درد مک‌گیل را در ایران ترجمه و اعتباریابی کرده است. در پژوهش مذکور، این ابزار از روایی محتوایی مطلوب (CVI =۰/۷۹)، (CVR =۰/۵۳)، و پایایی عالی (آلفای کرونباخ ۰/۸۵) برخوردار بوده و ساختار سه‌عاملی آن شامل «درد مزمن»، «درد کوبنده» و «درد تیز» تأیید شد (۲۷). پایایی این پرسش‌نامه در این مطالعه، با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۶ به دست آمد.

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌های حاصل با استفاده از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر (۴ گروه با ۳ بار تکرار) به همراه آزمون‌های تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS version 16 انجام شد.

نتایج

قبل از اجرای آزمون پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس بررسی شد، نتایج آزمون لون نشان داد مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است، از آنجایی که آزمون ام. باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنی‌دار نیست، بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس رعایت شده است. آزمون کرویت ماچلی نیز برای هیچکدام از متغیرها معنادار نبود، بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها رعایت شده است. میانگین سنی در گروه روان‌پویشی ۳۰/۸۸ سال، طرحواره درمانی ۳۲/۷۲ سال و پذیرش و تعهد ۳۳/۹۴ سال بود. آزمون تی مستقل نشان داد اختلاف معناداری بین گروه‌ها از نظر سن وجود ندارد (p>۰/۰۵)، در سایر ویژگی‌های جمعیت شناختی همچون توزیع جنسیت، وضعیت تأهل، سابقه بیماری میگرن و هم‌چنین وضعیت اقتصادی و بیماری‌های زمینه‌ای بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت (p>۰/۰۵)، بنابراین، گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همسان بودند.

یافته‌های مربوط به شدت درد: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثر اصلی زمان معنادار است (F=۳۰/۲۶ ،p =۰/۰۰۱)؛ اثر تعامل زمان × گروه نیز معنادار بود (F= ۲/۷۲ ،p=۰/۰۱۷) که نشان می‌دهد الگوی تغییرات نمرات شدت درد در طول زمان در گروه‌های مختلف یکسان نبوده است. هم‌چنین اثر بین‌گروهی نیز معنادار به دست آمد (F=۵/۵۴ ،p=۰/۰۰۲) برای بررسی دقیق‌تر، مقایسه‌های زوجی با آزمون تعقیبی بنفرونی انجام شد. نتایج نشان داد که بین گروه کنترل با گروه روان‌پویشی (p=۰/۰۱۰)، گروه

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23218]

CC BY-NC 4.0

طرحواره‌درمانی (p=۰/۰۱۲) و گروه پذیرش و تعهد (p=۰/۰۰۹) تفاوت معناداری وجود دارد و هر سه مداخله باعث کاهش معنادار شدت درد نسبت به گروه کنترل شده‌اند. اما مقایسه میانگین نمرات سه روش درمانی (روان‌پویشی، طرحواره‌درمانی و پذیرش و تعهد) با یکدیگر تفاوت آماری معناداری را نشان نداد (p>۰/۰۵). به عبارت دیگر، هر سه درمان به یک اندازه در کاهش شدت درد مؤثر بوده‌اند و هیچ‌یک بر دیگری برتری نداشته است.

یافته‌های مربوط به کیفیت زندگی: در خصوص کیفیت زندگی، نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر حاکی از معناداری اثر اصلی زمان (p=۰/۰۰۱، F=۳۲/۱۰) و اثر تعامل زمان × گروه (p=۰/۰۰۱، F=۶/۰۹) بود. هم‌چنین اثر بین‌گروهی برای کیفیت زندگی کاملاً معنادار بود (p=۰/۰۰۲، F=۵/۴۷). نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت مقایسه گروه‌ها مشخص کرد که کیفیت زندگی در گروه‌های روان‌پویشی (p=۰/۰۱۹)، طرحواره‌درمانی (p=۰/۰۳۲) و درمان پذیرش و تعهد (p=۰/۰۰۳) در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری افزایش یافته است. با این حال، مقایسه زوجی بین خودِ سه گروه مداخله تفاوت آماری معناداری را نشان نداد (p>۰/۰۵). این یافته‌ها تأیید می‌کند که اگرچه هر سه روش روان‌درمانی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن نسبت به گروه کنترل مؤثر بوده‌اند، اما اثربخشی آن‌ها با یکدیگر معادل بوده است. نتایج این تحلیل‌ها نشان می‌دهد که هر سه روش درمانی (روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده، طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) در طول زمان به‌طور معنی‌داری موجب کاهش شدت درد و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن شده‌اند. با توجه به مقایسه با گروه کنترل، بهبودهای مشاهده‌شده را نمی‌توان صرفاً به اثر انتظار یا گذر زمان نسبت داد، زیرا هر سه روش درمانی در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری ایجاد کرده‌اند. با این‌حال، تفاوت آماری معناداری بین اثربخشی این سه روش با یکدیگر وجود ندارد؛ یعنی هر سه درمان به یک اندازه در بهبود علائم بیماران مؤثر بوده‌اند و هیچ‌یک بر دیگری برتری نداشته است.

جدول ۴: توزیع سنی، جنسیت و مدت بیماری در گروه‌ها

گروه	میانگین سن	مرد	زن	مدت بیماری میگرن: یک تا دو سال	مدت بیماری میگرن: سه تا چهار سال	مدت بیماری میگرن: پنج سال و بیشتر
روان‌پویشی	۳۰/۸۸	۸	۹	۱۰	۶	۱
طرحواره درمانی	۳۲/۷۲	۶	۱۲	۸	۶	۴
پذیرش و تعهد	۳۳/۹۴	۸	۹	۸	۶	۳

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه سه روش درمانی

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	Partial η²
شدت درد	زمان	۵۳/۱۴۵۴	۲	۲۷/۷۲۷	۶/۳۱	>۰/۰۰۱	۰/۴۲۵
	زمان × گروه	۱۳/۳۸	۴	۹/۵۳	۰/۴۱	۰/۸۰۳	۰/۰۱۹
	خطای زمان	۶۷/۱۹۶۶	۸۴	۲۳/۴۱			
	گروه	۰/۹۳	۳	۰/۴۷	۵/۵۴	۰/۹۹۲	۰/۰۰۲
	خطای گروه	۴۷/۲۵۱۹	۴۲	۵۹/۹۹			
کیفیت زندگی	زمان	۸۴/۷۱۹۹	۲	۹۲/۳۵۹۹	۸۶/۴۲	>۰/۰۰۱	۰/۵۰۵
	زمان × گروه	۸۷/۴۸۶	۴	۷۲/۱۲۱	۱/۴۵	۰/۲۲۵	۰/۰۶۵
	خطای زمان	۲۹/۷۰۵۵	۸۴	۸۳/۹۹			
	گروه	۳۰/۱۱۹	۳	۵۹/۶۵	۵/۴۷	۰/۷۱۷	۰/۰۰۲
	خطای گروه	۷۸/۷۴۶۵	۴۲	۱۷۶/۷۷			

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23218]

CC BY-NC 4.0

جدول ۵: مقایسه‌های زوجی بنفرونی بین گروه‌های مداخله (میانگین نمره کل در هر سه مرحله)

متغیر	گروه(I)	گروه(J)	تفاوت میانگین(I-J)	خطای استاندارد	P
شدت درد	ISTDP	طرحواره	-۰/۱۳۳	۱/۶۳۳	۱/۰۰
	ISTDP	ACT	۰/۰۶۷	۱/۶۳۳	۱/۰۰
	طرحواره	ACT	۰/۲۰۰	۱/۶۳۳	۱/۰۰
کیفیت زندگی	ISTDP	طرحواره	۰/۵۱۱	۲/۸۱۱	۱/۰۰
	ISTDP	ACT	-۱/۶۸۹	۲/۸۱۱	۱/۰۰
	طرحواره	ACT	-۲/۲۰۰	۲/۸۱۱	۱/۰۰

بحث

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی سه رویکرد روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت، طرحواره‌درمانی گروهی، و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت درد و ارتقای کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به میگرن بود. مهم‌ترین یافته پژوهش حاضر این بود که هر سه روش درمانی در طول زمان کاهش معنادار و پایداری در شدت درد و افزایش معناداری در کیفیت زندگی ایجاد کردند (اثر زمان معنی‌دار با اندازه اثر بزرگ). این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین که اثربخشی هر یک از این روش‌ها را به تنهایی تأیید کرده‌اند، همسو است (۲۸،۲۹). با این‌حال، مقایسه‌های زوجی نشان داد که بین اثربخشی این سه روش درمانی با یکدیگر تفاوت آماری معناداری وجود ندارد. تا جایی که جست‌وجو شد، مطالعه ناهمسویی با این یافته مبنی بر برابری اثربخشی سه روش یافت نشد. در ادامه، به تبیین مکانیسم‌های اثر هر یک از این رویکردها پرداخته می‌شود. یافته‌های پژوهش نشان داد هر سه روش درمانی تأثیر معنادار و پایداری بر کاهش شدت درد و بهبود کیفیت زندگی بیماران دارند. به‌عنوان نمونه، در رویکرد روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت تعدیل‌شده به‌صورت گروهی، نتایج حاکی از تأثیر معنادار این روش بر متغیرهای پژوهش بود که با یافته‌های سایر پژوهش‌ها (۲۸،۲۹) همخوانی دارد. از نظر مقدم و همکاران (۲۹) این نوع روان‌درمانی به بیمار کمک می‌کند تا بهتر با هیجانات خود مواجه شود و آن‌ها را پردازش کند، که در نتیجه می‌تواند علائم سردرد را کاهش دهد. در تبیین این نتایج برای رویکرد روان‌پویشی می‌توان گفت، روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت گروهی، رویکردی درمانی است که اثربخشی آن بر کاهش درد میگرن بر این فرضیه بنیادین استوار است که این درد، تظاهر فیزیکی هیجانات سرکوب‌شده و تعارضات روانی حل‌نشده است. بر اساس این نظریه، انرژی روانی ناشی از احساسات قدرتمندی چون خشم و غم که به دلیل تجربیات گذشته محبوس شده‌اند، از طریق مسیرهای عصبی به علائم جسمانی تبدیل می‌شود و درد میگرن به‌عنوان یک دفاع بدنی عمل می‌کند تا فرد از مواجهه با اضطراب ناشی از این هیجانات اجتناب ورزد. درمان‌گر با استفاده از مدل مثلث تعارض، به بیمار کمک می‌کند تا ارتباط بین هیجان سرکوب‌شده، اضطراب متعاقب آن و دفاع بدنی (درد) را شناسایی کند و طی فرآیندی فعالانه به نام گشایش ناهشیار، با به چالش کشیدن دفاع‌ها و اعمال فشار همدلانه، بیمار را به سمت تجربه کامل و مستقیم آن هیجانات هدایت می‌کند. این تجربه هیجانی کامل، انرژی روانی را به شیوه‌ای سالم آزاد کرده و نیاز به تخلیه آن از طریق درد را از بین می‌برد. اجرای این فرآیند در قالب گروه، از طریق مزایایی چون درک جهانی بودن رنج، یادگیری مشاهده‌ای از دیگران، و ایجاد یک محیط امن و حمایتی، به شکل چشم‌گیری تسریع و تعمیق می‌یابد و در نهایت با تمرکز بر ریشه روانی-هیجانی مشکل به‌جای مدیریت صرف علائم، به کاهش پایدار شدت و فراوانی حملات میگرن و بهبود کیفیت کلی زندگی فرد منجر می‌شود (۳۰،۳۱). به‌عنوان نمونه، در رویکرد روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت تعدیل‌شده به‌صورت گروهی، نتایج نشان داد این روش تأثیر معنادار و پایداری در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن دارد که با یافته‌های سایر پژوهش‌ها (۳۴-۳۲) همخوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها برای رویکرد روان‌پویشی می‌توان بر اساس نظریه‌های روان‌پویشی اشاره کرد که روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت از طریق بسیج هیجانات سرکوب‌شده، مواجهه با مکانیسم‌های دفاعی ناخودآگاه و پردازش آسیب‌های دلبستگی در بستر گروهی، موجب کاهش تنش‌های روان‌تنی می‌گردد. این فرآیند درمانی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23218]

CC BY-NC 4.0

به نوبه خود با کاهش معنادار شدت و فراوانی حملات میگرن از طریق حل تعارضات عاطفی زیربنایی، موجب بهبود عملکرد جسمانی، کاهش علائم افسردگی و اضطراب و در نهایت ارتقای سلامت روان می‌شود. پیامد این بهبودها، تقویت عملکرد اجتماعی و روزمره بیماران است (۳۲،۳۳) که در مطالعه حاضر به صورت افزایش معنادار کیفیت زندگی در گروه‌های درمانی در طول زمان تبلور یافته است. نتایج پژوهش نشان داد طرحواره درمانی گروهی نیز تأثیر معنادار و پایداری در کاهش شدت درد بیماران میگرنی دارد که با یافته‌های پژوهش‌های پیشین هم‌خوانی دارد (۱۴،۳۵). در تبیین این یافته می‌توان گفت طرحواره درمانی گروهی از آن جهت در مدیریت دردهای مزمن مانند میگرن مؤثر است که شدت درد ادراک‌شده نه‌تنها به عوامل جسمانی، بلکه به عوامل روان‌شناختی مانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه (مانند آسیب‌پذیری نسبت به آسیب، مهار هیجانی و خودفدایی) وابسته است. این طرحواره‌ها که از دوران کودکی شکل می‌گیرند، درد را به‌عنوان تهدیدی غیرقابل‌کنترل ادراک کرده و شدت آن را افزایش می‌دهند. مدل درهم‌تنیدگی طرحواره درد نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار با درد مزمن درهم‌تنیده شده و ادراک درد را تقویت می‌کنند (۳۵). طرحواره درمانی گروهی با هدف اصلاح این الگوها از طریق بازسازی شناختی، تنظیم هیجانی و تعدیل رفتاری، به بیماران کمک می‌کند تا رابطه خود با درد را تغییر داده و شدت درد ادراک‌شده و ناتوانی مرتبط با آن را کاهش دهند. نتایج پژوهش نشان داد طرحواره درمانی گروهی نیز تأثیر معنادار و پایداری در بهبود کیفیت زندگی بیماران میگرنی دارد که با یافته‌های پژوهش‌های پیشین همخوانی دارد (۳۹-۳۶). در تبیین این یافته می‌توان گفت از دیدگاه روان‌شناسی تحولی، میگرن صرفاً یک پدیده نوروبیولوژیک نیست، بلکه اختلالی روان‌تنی است که عوامل روانی-اجتماعی در آن به عنوان محرک و تشدیدکننده عمل می‌کنند. کیفیت زندگی پایین در این بیماران نه‌تنها ناشی از خود درد، بلکه پیامد سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، مشکلات در تنظیم هیجان و اختلال در عملکرد بین‌فردی است که ریشه در طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارند. طرحواره درمانی گروهی با هدف قرار دادن این هسته‌های عمیق روان‌شناختی، از طریق شناسایی طرحواره‌ها و الگوهای رفتاری، به بیماران کمک می‌کند تا حس عاملیت و خودکارآمدی خود را بازیابند. این درمان با بازسازی طرحواره‌های ناسازگار، تقویت خودکارآمدی و بهبود روابط بین‌فردی، چرخه معیوب درد-ناتوانی-کاهش کیفیت زندگی را می‌شکند و به بیماران امکان می‌دهد تا حتی در حضور علائم درد، زندگی پربار و معناداری را تجربه کنند. نتایج پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی نیز تأثیر معنادار و پایداری در کاهش شدت درد بیماران میگرنی داشته است که با یافته‌های پیشین هم‌خوانی دارد (۴۰،۴۱). در تبیین این یافته می‌توان گفت این رویکرد به‌جای کاهش مستقیم و فیزیولوژیک شدت درد، ادراک و تجربه ذهنی درد را هدف قرار می‌دهد. بر اساس نظریه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، درد دارای دو مؤلفه است: درد پاک (حس فیزیکی اولیه) و درد کثیف (رنج روان‌شناختی ثانویه شامل افکار منفی، هیجانات آزاردهنده و فاجعه‌سازی). در بیماران میگرنی، درد کثیف است که ادراک شدت درد را افزایش می‌دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق فرآیند گسلش شناختی به بیماران می‌آموزد که افکار فاجعه‌بار خود را صرفاً به‌عنوان رویدادهای ذهنی مشاهده کنند، نه واقعیت‌های محض. این فاصله روان‌شناختی، قدرت افکار منفی را در تشدید ادراک درد کاهش داده و از این طریق به کاهش شدت درد ادراک‌شده منجر می‌شود. نتایج پژوهش نشان داد روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی، منجر به بهبود معنادار و پایدار کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به میگرن شده و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است. این نتایج با یافته‌های پیشین (۱۲،۱۵،۴۲،۴۳) هم‌خوانی دارد. در تبین این یافته‌ها می‌توان گفت که روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در قالب گروهی، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن را نه با حذف درد، بلکه با تغییر بنیادین رابطه فرد با درد و تجربیات درونی‌اش بهبود می‌بخشد. این رویکرد به‌طور خلاصه و جامع از طریق مکانیزم‌های زیر عمل می‌کند: تغییر تمرکز از کنترل درد به زندگی ارزشمند، مشکل اصلی بیماران مبتلا به میگرن که کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش می‌دهد، صرفاً وجود درد نیست، بلکه جنگ بی‌پایان با درد و افکار و احساسات ناشی از آن است. این مبارزه، انرژی روانی فرد را تخلیه کرده و او را از فعالیت‌های مهم زندگی (مانند کار، روابط، تفریح) باز می‌دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی، با آموزش پذیرش به بیمار کمک می‌کند تا این جنگ را متوقف کند. در نتیجه، انرژی و توجهی که پیش از این صرف کنترل درد می‌شد، آزاد شده و به سمت شناسایی و حرکت در مسیر ارزش‌های شخصی هدایت می‌شود.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23218]

این تغییر جهت، به فرد اجازه می‌دهد تا حتی با وجود درد، یک زندگی غنی، کامل و معنادار را دنبال کند که این خود جوهر اصلی بهبود کیفیت زندگی است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت تعدیل‌شده، طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش شدت درد بیماران مبتلا به میگرن انجام شد. نتایج مقایسه‌های زوجی به وضوح نشان می‌دهد که اگرچه هر سه مداخله به‌طور معناداری منجر به کاهش شدت درد شده‌اند، اما بین اثربخشی این سه روش درمانی تفاوت آماری معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر، تمامی این مداخلات به یک اندازه و به شکل موثری در کاهش شدت درد عمل کرده‌اند و هیچ‌یک بر دیگری برتری نداشته است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت اثربخشی هر رویکرد نیازمند بررسی مکانیسم‌های تأثیرگذاری آن بر تجربه درد است. درد، به‌ویژه در بیماری‌های مزمن مانند میگرن، صرفاً یک پدیده فیزیولوژیک نیست، بلکه مؤلفه‌های هیجانی و شناختی قدرتمندی دارد. روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت تعدیل‌شده با این فرض عمل می‌کند که درد مزمن می‌تواند بیان جسمانی‌شده هیجانات سرکوب‌شده (مانند خشم یا سوگ) باشد. این درمان با کمک به بیماران برای تجربه و پردازش این هیجانات در یک محیط امن، تنش روانی-فیزیولوژیک را کاهش داده و در نتیجه از شدت درد می‌کاهد. از سوی دیگر، طرحواره‌درمانی بر این ایده استوار است که استرس ناشی از فعال‌شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه (مانند نقص، اطاعت یا رهاشدگی) می‌تواند یک عامل محرک یا تشدیدکننده حملات میگرن باشد. این رویکرد با ترمیم این زخم‌های هیجانی عمیق و تغییر الگوهای مقابله‌ای ناکارآمد، تاب‌آوری هیجانی بیمار را افزایش داده و با کاهش استرس مزمن، به کنترل درد کمک می‌کند. در نهایت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تلاش برای حذف درد، به دنبال تغییر رابطه بیمار با آن است. این درمان به بیماران می‌آموزد که با درد خود نجنگند (کاهش اجتناب تجربه‌ای) و افکار فاجعه‌آمیز درباره درد را از خود جدا کنند (گسلش شناختی). این تغییر نگرش، از رنج ثانویه ناشی از درد کاسته و با هدایت توجه و انرژی بیمار به سمت زندگی مبتنی بر ارزش‌ها، باعث می‌شود که درد کنترل کمتری بر زندگی فرد داشته باشد و شدت ادراک‌شده آن کاهش یابد. اثربخشی یکسان این سه رویکرد در کاهش شدت درد میگرن را می‌توان با نظریه عوامل مشترک تبیین کرد. براساس این نظریه، موفقیت درمان‌ها بیش از آنکه به تکنیک‌های منحصربه‌فرد وابسته باشد، به عناصر مشترکی مانند رابطه درمانی حمایتی، ایجاد امید و ارائه چارچوبی منطقی برای درک رنج بیمار بستگی دارد. هر سه مداخله توانسته‌اند این عوامل کلیدی را فراهم آورند. مهم‌تر آنکه هر سه رویکرد، به شیوه خود، به بیماران کمک می‌کنند تا از مبارزه با تجارب درونی ناخوشایند (هیجانات سرکوب‌شده، طرحواره‌ها یا خود درد) دست بردارند. این کاهش مقاومت و افزایش پذیرش روان‌شناختی، مکانیسم مشترکی است که کاهش شدت درد را در هر سه گروه تبیین می‌کند. به عبارت دیگر، هر سه درمان با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، ظرفیت بیماران را برای مدیریت بهتر درد و کاهش تأثیر آن بر زندگی‌شان بالا برده‌اند. نتایج مقایسه‌های زوجی به‌وضوح نشان می‌دهد که هر سه مداخله روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده، طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در طول زمان به‌طور معناداری منجر به افزایش کیفیت زندگی شده‌اند؛ با این‌حال، بین اثربخشی این سه روش درمانی تفاوت آماری معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر، تمامی این مداخلات به یک اندازه و به شکل موثری در افزایش کیفیت زندگی عمل کرده‌اند و هیچ‌یک بر دیگری برتری نداشته است. در تبیین این یافته می‌توان گفت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به میگرن سازه‌ای چندبعدی است که تنها به کاهش یا افزایش شدت درد محدود نمی‌شود، بلکه ابعاد مختلف جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و شغلی را در بر می‌گیرد. بیماران میگرنی اغلب علاوه بر تجربه حملات درد، با نوسان‌های غیرقابل پیش‌بینی شدت و فراوانی حمله، محدودیت در کارکردهای روزمره، افت عملکرد شغلی یا تحصیلی، دشواری در نقش‌های خانوادگی، کاهش مشارکت اجتماعی و نیز اختلال در روابط بین‌فردی مواجه‌اند. این عوامل در مجموع منجر به تضعیف جدی کیفیت زندگی می‌شوند و در بسیاری از موارد، اثر آن‌ها حتی بیش از خودِ شدت درد گزارش شده است (۴۴). به‌طور کلی می‌توان گفت: اگرچه مسیرهای فنی این درمان‌ها متفاوت است، روان‌درمانی گروهی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت تعدیل‌شده با تمرکز بر تجربه مستقیم هیجان و رفع دفاع‌ها، طرحواره‌درمانی از طریق اصلاح الگوهای ناسازگار شناختی- هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی از مسیر پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شدت درد را کاهش داده و موجب بهبود کیفیت زندگی می‌شوند. اما

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23218]

نقطه مشترک آن‌ها در این است که به بیماران امکان می‌دهند تجربه هیجان را به شکلی سازگارانه مدیریت کنند، از چرخه اجتناب و نشخوار رها شوند و به ایفای نقش‌های مهم زندگی بازگردند. به همین دلیل، هر سه رویکرد در نهایت بر یک «گره مشترک» اثر می‌گذارند (۴۵): کاهش تداخل درد در زندگی روزمره و افزایش توانایی فرد برای تجربه و تنظیم سازگارانه هیجان‌ها. همین سازوکار مشترک توضیح می‌دهد که چرا اثربخشی این سه رویکرد در افزایش کیفیت زندگی، هم‌ارز و بدون تفاوت معنادار آماری مشاهده شده است.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که هر سه مداخله روان‌درمانی - اعم از روان‌پویشی، طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - به‌صورت معنادار و پایداری منجر به کاهش شدت درد و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن شده‌اند. این یافته حاکی از آن است که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند به‌عنوان درمان‌های مکمل مؤثری در کنار درمان‌های دارویی برای مدیریت میگرن به‌کار گرفته شوند. با این‌حال، بین اثربخشی این سه رویکرد درمانی تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد. این نتایج حاکی از آن است که اگرچه هر یک از این درمان‌ها از مسیرهای نظری و تکنیک‌های عملی متفاوتی به تجربه درد می‌پردازند، اما همگی به یک اندازه در مدیریت دردهای میگرنی مؤثر عمل می‌کنند. بر این اساس، می‌توان به نقش مکانیسم‌های مشترک تأثیرگذار اشاره کرد. به‌نظر می‌رسد عامل کلیدی در اثربخشی تمامی این مداخلات، توانایی آن‌ها در کمک به بیماران برای مدیریت سازگارانه‌تر هیجانات و کاهش الگوهای اجتنابی است. روان‌درمانی پویشی از طریق پردازش هیجانات سرکوب‌شده، طرحواره‌درمانی با اصلاح الگوهای شناختی-هیجانی ناسازگار، و درمان پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، همگی در نهایت به کاهش رنج ناشی از درد و بهبود عملکرد کلی بیماران منجر می‌شوند. با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت راهکارهای درمانی متنوع می‌توانند با توجه به ویژگی‌ها و نیازهای فردی بیمار، تخصص درمانگر و شرایط درمانی به‌کار گرفته شوند بدون اینکه نگرانی از برتری نسبی یکی بر دیگری وجود داشته باشد. تحلیل مکانیسم‌های هر رویکرد نیز نشان می‌دهد که علی‌رغم تفاوت‌های نظری و تکنیکی، هر سه درمان به یک هسته مشترک دست می‌یابند؛ یعنی کاهش شدت درد و بهبود کیفیت زندگی. در نهایت، نتایج این پژوهش تأکید می‌کند که میگرن یک اختلال روان‌تنی پیچیده است که نیازمند رویکردهای جامع و چندوجهی است و درمان‌های روان‌شناختی که در کنار مداخلات دارویی به‌کار روند، می‌توانند در کاهش شدت درد و بهبود کیفیت زندگی نقش حیاتی داشته باشند. این پژوهش دارای چندین محدودیت است که باید مورد توجه قرار گیرد. یکی از محدودیت‌ها، محدودیت عدم سنجش وفاداری درمان‌گران به پروتکل است. اگرچه درمان‌گران آموزش‌دیده بودند، اما عدم ارزیابی سیستماتیک میزان پایبندی آن‌ها به مدل‌های درمانی مربوطه، می‌تواند دقت نتایج را تحت‌تأثیر قرار دهد. هم‌چنین، اثرات درمان‌گر به‌صورت آماری تحلیل نشد و ممکن است تفاوت‌های فردی درمان‌گران در مهارت یا سبک اجرا، بر نتایج تأثیر گذاشته باشد. سایر محدودیت‌ها شامل اتکای انحصاری به ابزارهای خودگزارشی و دوره پیگیری نسبتاً کوتاه (مثلاً شش‌ماهه) است که قضاوت درباره پایداری بلندمدت‌تر نتایج را با احتیاط همراه می‌سازد. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و محدودیت‌های ذکرشده، پیشنهادهای کاربردی و پژوهشی آتی ارائه می‌گردد. در بعد کاربردی، یافته اصلی مبنی بر اثربخشی معنادار و پایدار هر سه رویکرد درمانی بر کاهش شدت درد و افزایش کیفیت زندگی در بیماران میگرنی، این پیام بالینی روشن را دارد که درمان‌گران می‌توانند با اطمینان بیشتری از این مداخلات ساختاریافته برای هدف‌گیری مکانیسم‌های روان‌شناختی درد استفاده کنند؛ این امر به‌ویژه با توجه به یافته برابری اثربخشی اهمیت می‌یابد، زیرا نشان می‌دهد انتخاب درمان می‌تواند بر اساس آموزش درمانگر و ترجیح بیمار انعطاف‌پذیر باشد. در بعد پژوهشی، برای رفع محدودیت اصلی این مطالعه، پیشنهاد می‌شود در کارآزمایی‌های آتی از گروه کنترل فعال مانند درمان حمایتی، دارونمای روان‌شناختی یا حتی یک درمان شناختی-رفتاری استاندارد استفاده شود تا سهم عوامل اختصاصی هر درمان به دقت مشخص گردد. هم‌چنین، با توجه به یافته برابری اثربخشی، پژوهش‌های آتی باید از سؤال «چه درمانی مؤثر است؟» به سؤال «چگونه و برای چه کسی مؤثر است؟» تغییر جهت دهند؛ بدین منظور، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مبتنی بر مکانیسم طراحی شوند که در آن‌ها مدل‌های فراتشخیصی جامع‌تری برای بررسی هم‌زمان مکانیسم‌های مشترک (مانند مواجهه هیجانی) و مکانیسم‌های منحصربه‌فرد تدوین گردد. در نهایت، پیشنهاد

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23218]

می‌شود دامنه کاربرد این پروتکل‌ها در سایر اختلالات روان‌تنی سنجیده شده و متغیرهای تعدیل‌گر مانند شدت طرحواره‌های اولیه یا سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایه بیماران بررسی شود تا مشخص گردد کدام بیمار ممکن است به کدام یک از این سه رویکرد درمانی پاسخ بهتری دهد.

سپاس‌گزاری

این مقاله از رساله دکترای تخصصی رشته روانشناسی دانشگاه لرستان می‌باشد. نویسندگان بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش قدردانی می‌نمایند.

حامی مالی

ندارد.

تعارض در منافع

وجود ندارد.

اظهارنامه استفاده از فناوری هوش مصنوعی

در ارائه ایده ، طراحی و نگارش مقاله از هوش مصنوعی استفاده نشده است.

دسترس‌پذیری داده ها

داده های خام این مطالعه از طریق درخواست از نویسنده مسئول ارائه خواهد شد.

ملاحظات اخلاقی

به‌منظور حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. کد اخلاق این پژوهش توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی لرستان صادر گردید (IR.LUMS.REC.1404.302) همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

محمدسینا حنیفی و فضل‌الله میر در ارائه ایده، فضل‌الله میر و مسعود صادقی در طراحی مطالعه، محمدسینا حنیفی در جمع‌آوری داده‌ها، 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. Mínguez-Olaondo A, Días PA, de Munáin EL, Grozeva V, Laspra-Solís C, Villalba IM, et al. ***Behavioral Therapy in Migraine: Expanding the Therapeutic Arsenal***. Eur J Neurol. 2024; 31(12): e16414.

2. Vollset SE, Ababneh HS, Abate YH, Abbafati C, Abbasgholizadeh R, Abbasian M, et al. ***Burden of Disease Scenarios for 204 Countries and Territories, 2022-2050: A Forecasting Analysis for the Global Burden of Disease Study 2021***. Lancet. 2024; 403(10440): 2204-2256.

3. Peres MFP, Sacco S, Pozo-Rosich P, Tassorelli C, Ahmed F, Burstein R, et al. ***Migraine Is the Most Disabling Neurological Disease Among Children and Adolescents, And Second after Stroke among Adults: A Call to Action***. Cephalalgia. 2024; 44(8): 3331024241267309.

4. Sturgeon JA, Ehde DM, Darnall BD, Barad MJ, Clauw DJ, Jensen MP. ***Psychological Approaches for Migraine Management***. Anesthesiol Clin. 2023; 41(2): 341-355.

5. Irimia P, Garrido-Cumbrera M, Santos-Lasaosa S, Aguirre-Vazquez M, Correa-Fernández J, Colomina I, et al. ***Impact of Monthly Headache Days on Anxiety, Depression and Disability in Migraine Patients: Results from The Spanish Atlas***. Sci Rep. 2021; 11: 8286.

6. Zambrano-Camiña M, Valero-Moreno S, Pérez-Marín M. ***Psychological Intervention in Adults with Difficult-To-Treat Migraine: Benefits of Applying MIDITRA Protocol***. Ansiedad y Estrés. 2024; 30(3): 157-166.

7. Barchakh Z, Mardani Valandani Z, Khorvash F. ***The Effectiveness of Compassion Focused Therapy for Improving Emotional Control and Reducing the Severity of Pain in Migraine Patients***. J Pract Clin Psychol. 2021; 9(1): 51-60.

8. Amatrudo G, Kengetter J, McCrea S, Amatrudo M. ***Cognitive Behavioral Therapy for the Management of Episodic Migraine***. Curr Pain Headache Rep. 2023; 27(9): 471-477.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23218]

9. Lin XX, Liu YY, Zhang SH, Dong Z. ***Advances in Acute and Preventive Treatment of Migraine***. Chin J Contemp Neurol Neurosurg. 2022; 22(2): 99-103.

10. Haghdoost F, Togha M. ***Migraine Management: Non-Pharmacological Points for Patients and Health Care Professionals***. Open Med (Wars). 2022; 17(1): 1869-1882.

11. Viganò A, Petolicchio B, Toscano M, Ruggero S, Di Giambattista R, Puma M, et al. ***Real-World Application of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy (STPP) as Chronic Migraine Preventive Therapy: Profiling Responders and Predictive Factors***. Neurol Sci. 2025; 46: 2727-2736.

12. Bagheri Sheikhangafshe F, Farahani H. ***The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Parenting Self-Efficacy, Marital Empathy and Quality of Life of Women with Migraine***. In: 4th National Congress of the Iranian Scientific Society of Family Psychology: Successful Marriage and Healthy Parenting; 2022; Iran.

13. Shahverdi ZA, Dehghani M, Ashouri A, Manouchehri M, Mohebi N. ***Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for Tension-Type Headache (TTH): A Randomized Controlled Trial of Effects on Emotion Regulation, Anger, Anxiety, And TTH Symptom Severity***. Acta Psychol (Amst). 2024; 244: 104176.

14. Yontar G, Ozgan E. ***Early Maladaptive Schemas in Female Patients with Migraine and Tension-Type Headache***. Sci Rep. 2024; 14(1): 3550.

15. Vasiliou VS, Karademas EC, Christou Y, Papacostas S, Karekla M. ***Mechanisms of Change in Acceptance and Commitment Therapy for Primary Headaches***. Eur J Pain. 2022; 26(1): 167-180.

16. Esmaeili N, Asgari P, Khorami NS, Bakhtiarpour S. ***Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Perfectionism and Resilience in Migraine Patients***. Int Arch Health Sci. 2021; 8: 138-142.

17. Lemma A, Fonagy P, Luyten P, Abrahams D, Hepworth M. ***Brief Dynamic Interpersonal Therapy***. New York: Oxford University Press; 2024.

18. Mehboodi K, Mohammadi N, Rahimi C, Sarafraz MR. ***The Efficacy of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Self-Esteem, Emotion Regulation, And Defense Mechanisms in Men with Social Anxiety Disorder***. J Psychol Sci. 2022; 21(111): 461-474.

19. Karimi M, Belyad M, Peymani J, Havasi Soumar N, Zhian Bagheri M. ***Comparing the Effectiveness Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Emotional Cognitive Regulation in Patients With Chronic Pain***. Iran Evol Educ Psychol J. 2023; 5(3): 258-279.

20. Ghasemi F, Movahedi Y. ***The effectiveness of schema therapy on rumination, cognitive fusion, cognitive avoidance and neurocognitive processing in couples applying for divorce***. Iran J Rehabil Res Nurs. 2022; 9(1): 64-74.

21. Byrne G, Ghráda ÁN, O'Mahony T, Brennan E. ***A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy in supporting parents***. Psychol Psychother. 2021; 94: 378-407.

22. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. ***The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version***. Qual Life Res. 2005; 14: 875-882.

23. Shayan NA, Arslan UE, Hooshmand AM, Arshad MZ, Ozcebe H. ***The Short form Health Survey (SF-36): Translation and Validation Study in Afghanistan***. East Mediterr Health J. 2020; 26(8): 899-908.

24. Mendoza-Contreras LA, Domínguez Trejo B, Guillén Núñez MDR, Rodríguez Medina DA, Pardo XM, Estapé T, et al. ***Psychometric properties of the Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) in adult Mexican cancer patients with chronic pain***. Palliat Support Care. 2025; 23: e20.

25. Frederickson J. ***Co-Creating Change: Effective Dynamic Therapy Techniques***. Kansas City: Seven Leaves Press; 2013.

26. Mendoza-Contreras LA, Domínguez Trejo B, Guillén Núñez MDR, Rodríguez Medina DA, Pardo XM, Estapé T, et al. ***Psychometric properties of the Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) in adult Mexican cancer patients with chronic pain***. Palliat Support Care. 2025; 23: e20.

27. Balaghi E. ***Evaluation of Psychometric Properties (Reliability and Validity) of the Short Form of Mcgill Pain Questionnaire in Iranian Orthodontic Patients [Master's Thesis].*** Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences; 2020.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23218]

28. Abbass A, Lumley MA, Town J, Holmes H, Luyten P, Cooper A, et al. ***Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Functional Somatic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Within-Treatment Effects***. J Psychosom Res. 2021; 145: 110473.

29. Moghadam R, Bahrainian S, Nasri M. ***Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Attachment Styles, Somatization, And Health Anxiety in Patients with Chronic Pain***. J Assess Res Appl Couns. 2024; 6: 142-149.

30. Hoviatdoost P, Schweitzer RD, Bandarian S, Arthey S. ***Mechanisms of Change in Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Systematized Review***. Am J Psychother. 2020; 73(3): 95-106.

31. Rosignoli C, Ornello R, Onofri A, Caponnetto V, Grazzi L, Raggi A, et al. ***Applying A Biopsychosocial Model to Migraine: Rationale and Clinical Implications***. J Headache Pain. 2022; 23(1): 100.

32. Amiri S, Tehrani-Sersht A, Haji Bagheri A, Diyani N, Malekian M. ***Effectiveness of Intensive and Short-Term Psychodynamic Therapy on Quality of Life, Ego Strength in Women with Tension Headaches***. Razi J Med Sci. 2022; 29(9): 354-363.

33. Mokhtari A, Samadi F, Moayedi M. ***Investigating the Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) On Quality of Life and Mental Health in Depressed Women***. KMAN Couns Psychol Nexus. 2025; 3: 1-9.

34. Khoshsorour S, Kazemi Rezaei A. ***The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Perceived Social Support in Predicting Quality of Life and Severity of Symptoms of Patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS)***. Iran J Rehabil Res Nurs. 2019; 6(1): 60-68.

35. Shahsavani S, Mashhadi A, Bigdeli I. ***The Effect of Group Emotional Schema Therapy on Cognitive Emotion Strategies in Women with Migraine Headaches: A Pilot Study***. Int J Cogn Ther. 2020; 13(4): 328-340.

36. Gol A, Ahgamohammadian Sherbaf H, Bigdeli I, Farid Hosseini F. ***Gender Comparison of The Effectiveness of Tissue Treatment Plan on Improving the Quality of Life of Migraine Patients***. J Sabzevar Univ Med Sci. 2024; 31(5): 681-692.

37. Heidari M, Mami S, Ahmadi V, Khamooshian K. ***The Effectiveness of Schema Therapy with Cognitive Behavioral Therapy on Self-Efficacy and Quality of Life in Women with MS: A Clinical Trial Study***. Appl Fam Ther J. 2023; 4(1): 554-570.

38. Jamshidi SS, Houman F, Asgari P. ***Comparison of Effectiveness of Transdiagnostic Treatment and Schema Therapy in Sleep Quality and Clinical Symptoms in Women with Migraine***. Jundishapur J Chronic Dis Care. 2023; 12(12).

39. Dadbin Z, Alibeygi N, Azma K, Bagheri F. ***Comparison of The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy, Emotional Schema Therapy and Drug Therapy on The Pain Aspects of Patients with Fibromyalgia***. Med J Mashhad Univ Med Sci. 2021; 64(1): 2682-2695.

40. Galvez-Sanchez CM, Montoro CI, Moreno-Padilla M, Reyes del Paso GA, de la Coba P. ***Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Central Pain Sensitization Syndromes: A Systematic Review***. J Clin Med. 2021; 10(12): 2706.

41. Fathi S, Poyamanesh J, Ghamari M, FathiAgdam G. ***Comparison of The Effectiveness of An Emotion-Based Therapy and A Treatment Based on Acceptance and Commitment on The Quality of Life of Women with Chronic Headache***. Feyz Med Sci J. 2020; 24(3): 302-311.

42. Javadi T, Parast N, Shahsavani S, Chehraghi M, Razavi L, Nejati S. ***Comparison of The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Group Therapy with Acceptance and Commitment Therapy on Severity of Pain and Health-Related Quality of Life in Patients with Migraine***. Int Clin Neurosci J. 2019; 6: 111-117.

43. Mangrum R, Bryant AL, Gerstein MT, McCarrier KP, Houts CR, McGinley JS, et al. ***The Impacts of Migraine on Functioning: Results from Two Qualitative Studies of People Living with Migraine***. Headache. 2024; 64(2): 156-171.

44. Statharakos N, Alvares AJ, Papadopoulou E, Statharakou A. ***Psychology of Emotions***. In: The Psychology of Anger. Cham: Springer; 2022. p. 21-50.

45. Yu X, Tan G. ***Role of Psychological Factors in Migraine***. Cureus. 2024; 16(12): e75858.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i8.23218]