

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

1. Armineh Nowzari^{ID}: Department of Health Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran

2. Hasan Rezaei Jamalouei^{ID}*: Department of Health Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

3. Ahmad Sobhani^{ID}: Department Medicine, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran

4. Hamidreza Nikyar^{ID}: Department Medicine, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran

*Corresponding Author's Email Address: h.rezayi2@iau.ac.ir



Abstract:

Objective: This study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy, acceptance and commitment group therapy, and mindfulness-based stress reduction on anxiety sensitivity in women with fibromyalgia.

Methods and Materials: A quasi-experimental pretest–posttest design with a three-month follow-up was employed, including three intervention groups and one control group. The study population consisted of women diagnosed with fibromyalgia attending pain clinics in Shiraz. Eighty-four participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to four groups. Each intervention was delivered in eight weekly group sessions. Anxiety sensitivity was assessed using a standardized questionnaire, and data were analyzed using mixed repeated-measures ANOVA.

Findings: Inferential analyses indicated significant main effects of time and significant time×group interactions for physical concerns, social concerns, and the total anxiety sensitivity score. Cognitive-behavioral group therapy produced the greatest and most stable reductions in overall anxiety sensitivity, followed by acceptance and commitment therapy. Mindfulness-based stress reduction led to mean score reductions but did not consistently yield significant between-group differences. No significant effects were found for cognitive control concerns.

Conclusion: The findings suggest that cognitive-behavioral group therapy, and to a lesser extent acceptance and commitment therapy, are more effective in reducing anxiety sensitivity among women with fibromyalgia. These approaches may be prioritized in comprehensive psychological treatment programs for this population.

Keywords: Anxiety sensitivity; fibromyalgia; cognitive-behavioral therapy; acceptance and commitment therapy; mindfulness

How to Cite: Nowzari, A., Rezaei Jamalouei, H., Sobhani, A., & Nikyar, H. (2026). Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral, Acceptance and Commitment, and Mindfulness-Based Stress Reduction Group Therapies on Anxiety Sensitivity in Women with Fibromyalgia. *Quarterly of Experimental and Cognitive Psychology*, 3(4), 1-17.

Received: 24 September 2025
Revised: 01 February 2026
Accepted: 08 February 2026
Initial Publish: 14 February 2026
Final Publish: 22 December 2026



Copyright: © 2026 by the authors.
Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی‌های شناختی‌رفتاری، مبتنی بر پذیرش و تعهد و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر حساسیت اضطرابی در زنان مبتلا به فیبرومیالژی

۱. آرمینه نوذری^{ID}: گروه روانشناسی سلامت، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

۲. حسن رضایی جمالویی^{ID*}: گروه روانشناسی سلامت، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. احمد سبحانی^{ID}: گروه پزشکی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

۴. حمیدرضا نیکبیار^{ID}: گروه پزشکی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: h.rezayi2@iau.ac.ir

چکیده

هدف: هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری، گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و مواد و روش: این مطالعه به شیوه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه و با سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به فیبرومیالژی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درد شهر شیراز بود که ۸۴ نفر به روش در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در چهار گروه ۲۱ نفری قرار گرفتند. مداخلات درمانی طی ۸ جلسه هفتگی اجرا شد و ابزار گردآوری داده‌ها مقیاس حساسیت اضطرابی بود. تحلیل داده‌ها با تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج استنباطی نشان داد اثر زمان و اثر تعاملی زمان×گروه برای ترس از نگرانی‌های بدنی، ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران و نمره کل حساسیت اضطرابی معنادار است. گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری بیشترین کاهش معنادار را در نمره کل و مؤلفه‌های جسمانی و اجتماعی حساسیت اضطرابی نشان داد و پس از آن گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت. درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی اگرچه باعث کاهش میانگین نمرات شد، اما در برخی مقایسه‌های بین‌گروهی به سطح معناداری نرسید. در مؤلفه ترس از نداشتن کنترل شناختی تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری و سپس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری در کاهش حساسیت اضطرابی زنان مبتلا به فیبرومیالژی دارند و می‌توانند در برنامه‌های درمانی جامع این بیماران به‌کار گرفته شوند.

کلیدواژگان: حساسیت اضطرابی، فیبرومیالژی، درمان شناختی‌رفتاری، پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی

نحوه استناددهی: نوذری، آرمینه، رضایی جمالویی، حسن، سبحانی، احمد، و نیکبیار، حمیدرضا. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی‌های شناختی‌رفتاری، مبتنی بر پذیرش و تعهد و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر حساسیت اضطرابی در زنان مبتلا به فیبرومیالژی. فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی، ۳(۴)، ۱۷-۱.



تاریخ دریافت: ۲ مهر ۱۴۰۴

تاریخ بازنگری: ۱۲ بهمن ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۹ بهمن ۱۴۰۴

تاریخ چاپ اولیه: ۲۵ بهمن ۱۴۰۴

تاریخ چاپ نهایی: ۱ دی ۱۴۰۵



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

Extended Abstract**Introduction**

Fibromyalgia is a chronic and multifaceted pain syndrome characterized by widespread musculoskeletal pain, persistent fatigue, sleep disturbances, cognitive complaints, and substantial psychological distress. Contemporary clinical perspectives emphasize that fibromyalgia cannot be adequately understood or managed solely as a somatic condition, but rather as a disorder emerging from complex interactions among biological vulnerability, central nervous system sensitization, psychological processes, and social context (Berwick et al., 2022; Nartea et al., 2024). Epidemiological evidence consistently indicates a markedly higher prevalence of fibromyalgia among women, particularly in middle adulthood, with female patients reporting greater symptom severity, functional impairment, and comorbid psychological difficulties (Enaux et al., 2025; Mutlu et al., 2020).

Beyond physical pain, fibromyalgia is strongly associated with anxiety, depressive symptoms, sleep disorders, and diminished quality of life, all of which contribute to elevated healthcare utilization and socioeconomic burden (Giorgi et al., 2024). Pharmacological treatments remain a core component of symptom management; however, systematic reviews and practice-based evaluations suggest that medication effects are often modest, inconsistent, and frequently accompanied by adverse effects or poor long-term adherence (Mascarenhas et al., 2021). These limitations have reinforced interest in non-pharmacological and psychological interventions capable of addressing both somatic and psychological dimensions of the disorder.

A key psychological construct implicated in fibromyalgia is anxiety sensitivity, defined as the fear of anxiety-related sensations based on beliefs that such sensations have harmful physical, cognitive, or social consequences (Reiss et

al., 1986). Elevated anxiety sensitivity has been linked to heightened pain perception, increased somatic vigilance, catastrophic interpretations of bodily sensations, and intensified emotional distress in individuals with fibromyalgia (Cohen & Zerach, 2020; Taheri et al., 2023). Empirical studies further suggest that anxiety sensitivity may function as a vulnerability factor that amplifies the impact of stress on physical symptoms and undermines adaptive coping, making it a clinically relevant target for psychological intervention (Mashhadi et al., 2013).

Among psychological treatments, cognitive-behavioral therapy has accumulated substantial empirical support for anxiety disorders, chronic pain, and related psychosomatic conditions. By targeting maladaptive cognitions, catastrophic interpretations, and avoidance behaviors, cognitive-behavioral interventions aim to disrupt the reciprocal reinforcement between anxiety and pain (Abadsa, 2017; Apostol et al., 2023). In parallel, acceptance and commitment therapy, as a third-wave behavioral approach, emphasizes psychological flexibility, acceptance of internal experiences, and commitment to value-driven action, offering an alternative pathway to symptom reduction without direct symptom control (Landy et al., 2015). Evidence indicates that pain acceptance and reduced experiential avoidance are associated with improved functioning and reduced distress in fibromyalgia (Eastwood & Godfrey, 2024; Tangen et al., 2020).

Mindfulness-based stress reduction has also gained prominence as a structured intervention designed to cultivate nonjudgmental awareness of present-moment experiences. Meta-analytic findings support its efficacy in reducing anxiety, stress, and depressive symptoms across clinical populations, including individuals with fibromyalgia, although reported effect sizes vary (Costa et al., 2019; Meng et al., 2024). Comparative studies in anxiety-related conditions suggest that while mindfulness-based approaches and cognitive-behavioral interventions may yield comparable outcomes in some domains, they may operate

through distinct mechanisms and demonstrate differential effects on specific psychological constructs such as anxiety sensitivity (Goldin et al., 2016; Haller et al., 2021).

Despite growing evidence for these interventions, relatively few studies have directly compared cognitive-behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, and mindfulness-based stress reduction within a single clinical trial, particularly with a specific focus on anxiety sensitivity in women with fibromyalgia. Addressing this gap is important for refining treatment selection and optimizing psychological care for this population.

Methods and Materials

The present study employed a quasi-experimental design with pretest, posttest, and three-month follow-up assessments, including three intervention groups and one control group. The study population consisted of women diagnosed with fibromyalgia who were receiving care at pain clinics in Shiraz. Participants were selected through convenience sampling based on predefined inclusion and exclusion criteria and were randomly assigned to one of four groups: cognitive-behavioral group therapy, acceptance and commitment group therapy, mindfulness-based stress reduction group therapy, or a control group that did not receive psychological intervention during the study period.

Each intervention was delivered in eight weekly group sessions by trained clinical psychologists following standardized treatment protocols. All participants completed the Anxiety Sensitivity Index at baseline, immediately after the intervention, and at the three-month follow-up. Data were analyzed using mixed-design repeated-measures analysis of variance to examine within-group changes over time and between-group differences across measurement points, with post hoc comparisons conducted where appropriate.

Findings

The results of the repeated-measures analyses revealed a significant main effect of time for anxiety sensitivity, indicating that overall levels of anxiety sensitivity changed across the three measurement occasions. In addition, a

significant time-by-group interaction was observed for the total anxiety sensitivity score as well as for the subscales reflecting fear of physical concerns and fear of being observed by others when anxious. These findings demonstrate that changes over time differed across the intervention and control groups.

Participants in the cognitive-behavioral group therapy condition exhibited the largest and most consistent reductions in total anxiety sensitivity from pretest to posttest, with gains largely maintained at follow-up. Significant decreases were observed particularly in fear of physical concerns and fear of social consequences of anxiety. The acceptance and commitment therapy group also showed significant reductions in overall anxiety sensitivity and its physical and social components, although the magnitude of change was smaller than that observed in the cognitive-behavioral group. Improvements in this group remained relatively stable at follow-up.

The mindfulness-based stress reduction group demonstrated decreases in mean anxiety sensitivity scores over time; however, these reductions did not consistently reach statistical significance in between-group comparisons when contrasted with the control group. For the cognitive concerns subscale, reflecting fear of losing mental control, no significant differences were detected among the four groups across time, indicating relative stability of this dimension regardless of intervention type.

Discussion and Conclusion

The findings of this study indicate that psychological interventions can play a meaningful role in reducing anxiety sensitivity among women with fibromyalgia, although their relative effectiveness differs across therapeutic approaches. Cognitive-behavioral group therapy emerged as the most effective intervention for reducing overall anxiety sensitivity, particularly fears related to bodily sensations and social evaluation. This pattern is consistent with the theoretical emphasis of cognitive-behavioral therapy on modifying catastrophic interpretations, maladaptive beliefs,

and avoidance behaviors that directly fuel anxiety sensitivity.

Acceptance and commitment therapy also demonstrated beneficial effects, supporting the notion that enhancing psychological flexibility and reducing experiential avoidance can alleviate anxiety-related vulnerability in chronic pain populations. The somewhat smaller magnitude of change observed for this approach may reflect its indirect relationship to symptom reduction, as acceptance-based processes prioritize altered responses to internal experiences rather than direct symptom control.

Mindfulness-based stress reduction produced modest improvements in anxiety sensitivity but did not consistently outperform the control condition in inferential comparisons. This finding suggests that while mindfulness practices may enhance general emotional regulation and stress tolerance, they may be less potent in altering entrenched fear-based interpretations of anxiety sensations without additional cognitive or behavioral components.

The absence of significant effects across interventions for cognitive control concerns highlights the possibility that this dimension of anxiety sensitivity may be more resistant to change or may require more targeted or prolonged interventions. Collectively, the results underscore the importance of tailoring psychological treatments to specific vulnerability mechanisms in fibromyalgia.

In conclusion, the present study provides evidence that cognitive-behavioral group therapy and acceptance and commitment group therapy are effective approaches for reducing anxiety sensitivity in women with fibromyalgia, with cognitive-behavioral therapy demonstrating the strongest effects. These findings support the integration of structured psychological interventions into multidisciplinary care models for fibromyalgia and emphasize the value of targeting anxiety sensitivity as a mechanism for improving psychological well-being and overall functioning in this population.

روان‌شناختی، معطوف شده است که بتواند ابعاد چندگانه این سندرم را به‌طور همزمان هدف قرار دهند.

در سال‌های اخیر، نقش عوامل روان‌شناختی در تداوم و تشدید علائم فیبرومیالژی به‌طور گسترده مورد توجه قرار گرفته است. یکی از سازه‌های کلیدی در این زمینه، حساسیت اضطرابی است که به ترس از پیامدهای منفی احساسات و نشانه‌های اضطراب اشاره دارد و به‌عنوان یک عامل آسیب‌پذیری مهم در بروز و تداوم اختلالات اضطرابی و مشکلات جسمانی مرتبط با استرس شناخته می‌شود (Reiss et al., 1986). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به فیبرومیالژی معمولاً سطوح بالاتری از حساسیت اضطرابی را تجربه می‌کنند و این ویژگی می‌تواند از طریق افزایش توجه انتخابی به نشانه‌های بدنی، تفسیر فاجعه‌آمیز درد و تقویت چرخه‌های اجتناب، شدت علائم جسمانی و روانی را افزایش دهد (Cohen & Zerach, 2020; Taheri et al., 2023).

حساسیت اضطرابی نه‌تنها با شدت درد و ناراحتی جسمانی در فیبرومیالژی مرتبط است، بلکه با پیامدهای روان‌شناختی گسترده‌تری همچون افسردگی، اضطراب اجتماعی و کاهش کیفیت زندگی نیز همبستگی دارد. شواهد تجربی نشان می‌دهد که این سازه می‌تواند نقش میانجی در ارتباط بین استرس‌های روانی و علائم جسمانی ایفا کند و از این‌رو، هدف قرار دادن آن در مداخلات درمانی می‌تواند پیامدهای مثبتی برای بیماران به همراه داشته باشد (Mashhadi et al., 2013; Taheri et al., 2023). به همین دلیل، بسیاری از پژوهشگران بر این باورند که درمان‌های روان‌شناختی مؤثر در فیبرومیالژی باید به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم به کاهش حساسیت اضطرابی پردازند.

در میان رویکردهای روان‌درمانی، درمان شناختی‌رفتاری به‌عنوان یکی از پرکاربردترین و شواهدمحورترین مداخلات در مدیریت درد مزمن و

فیبرومیالژی به‌عنوان یک سندرم درد مزمن و پیچیده شناخته می‌شود که با درد منتشر اسکلتی-عضلانی، خستگی مفرط، اختلالات خواب، مشکلات شناختی و مجموعه‌ای از علائم روان‌شناختی همراه است و به‌طور معناداری کیفیت زندگی مبتلایان را کاهش می‌دهد. شواهد بالینی نشان می‌دهد که این اختلال نه‌تنها یک بیماری جسمانی صرف نیست، بلکه حاصل برهم‌کنش پیچیده عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی است و به همین دلیل، تشخیص و درمان آن همواره با چالش‌های جدی مواجه بوده است (Berwick et al., 2022; Nartea et al., 2024). مطالعات همه‌گیرشناختی نشان می‌دهد که شیوع فیبرومیالژی در سطح جهانی قابل توجه است و این اختلال در میان زنان، به‌ویژه در سنین میانسالی، فراوانی بیشتری دارد؛ به‌گونه‌ای که زنان نه‌تنها نرخ بالاتری از ابتلا را تجربه می‌کنند، بلکه شدت علائم و بار ناتوان‌کننده بیماری نیز در آنان بیشتر گزارش شده است (Enaux et al., 2025; Mutlu et al., 2020).

از منظر بالینی، فیبرومیالژی با پیامدهای گسترده‌ای همراه است که فراتر از درد جسمانی عمل می‌کند. بیماران مبتلا اغلب دچار افت عملکرد شغلی و اجتماعی، افزایش وابستگی به خدمات درمانی و کاهش رضایت از زندگی می‌شوند. علاوه بر این، هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم ناشی از این اختلال، بار اقتصادی قابل‌توجهی را بر نظام‌های سلامت تحمیل می‌کند (Giorgi et al., 2024). مرورهای نظام‌مند اخیر نیز نشان می‌دهد که درمان‌های دارویی رایج، اگرچه در برخی موارد می‌توانند به کاهش نسبی درد کمک کنند، اما اثربخشی آن‌ها محدود بوده و اغلب با عوارض جانبی و مشکلات تحمل‌پذیری همراه هستند (Mascarenhas et al., 2021). از این‌رو، توجه پژوهشگران و متخصصان به سمت مداخلات غیردارویی، به‌ویژه درمان‌های

افسردگی و نشخوار فکری کمک کرده و در برخی موارد شدت درد فیبرومیالژی را نیز کاهش دهند (Costa et al., 2019; Meng et al., 2024). با این حال، نتایج پژوهش‌ها در مورد میزان و پایداری این اثرات همواره یکسان نبوده است و برخی مطالعات اثربخشی محدودتری را برای این رویکرد گزارش کرده‌اند (Haller et al., 2021).

مقایسه مستقیم این رویکردهای درمانی می‌تواند به درک دقیق‌تری از نقاط قوت و محدودیت‌های هر یک در زمینه فیبرومیالژی منجر شود. پژوهش‌هایی که به مقایسه درمان شناختی رفتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در اختلالات اضطرابی پرداخته‌اند، نشان داده‌اند که هر دو رویکرد می‌تواند مؤثر باشند، اما مسیرهای اثرگذاری آن‌ها متفاوت است؛ به گونه‌ای که درمان شناختی رفتاری بیشتر بر تغییر باورها و رفتارهای اجتنابی تمرکز دارد، در حالی که ذهن‌آگاهی بر پذیرش و مشاهده تجربه‌ها بدون واکنش تأکید می‌کند (Goldin et al., 2016). یافته‌های مشابهی در مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با سایر رویکردها گزارش شده است و نشان می‌دهد که این درمان می‌تواند به‌ویژه در کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش پذیرش درد نقش مهمی ایفا کند (Landy et al., 2015).

در زمینه فیبرومیالژی، برخی مطالعات به بررسی اثربخشی این رویکردها به صورت جداگانه پرداخته‌اند. برای مثال، پژوهش‌هایی نشان داده‌اند که کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند علائم افسردگی و شدت نشانه‌های بیماری را در زنان مبتلا به فیبرومیالژی کاهش دهد (Farzadkia et al., 2023). همچنین مرورهای جامع بر مداخلات روان‌شناختی در فیبرومیالژی تأکید دارند که درمان‌های شناختی رفتاری، مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی هر یک می‌توانند سودمند باشند، اما شواهد کافی برای تعیین برتری قطعی یکی بر دیگری وجود ندارد (Heagney & Adams, 2024).

اختلالات اضطرابی شناخته می‌شود. این رویکرد با تمرکز بر شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد، باورهای فاجعه‌آمیز و الگوهای رفتاری ناسازگار، تلاش می‌کند چرخه معیوب درد، اضطراب و اجتناب را بشکند. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری می‌تواند به کاهش اضطراب، بهبود تنظیم هیجان و افزایش کارکرد روانی بیماران کمک کند (Abadsa, 2017; Apostol et al., 2023). در زمینه فیبرومیالژی نیز شواهد حاکی از آن است که این رویکرد می‌تواند شدت درد ادراک شده و ناتوانی عملکردی را کاهش دهد، هرچند میزان اثربخشی آن ممکن است بسته به متغیرهای فردی و روان‌شناختی بیماران متفاوت باشد (Heagney & Adams, 2024).

در کنار درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از رویکردهای موج سوم رفتاردرمانی، توجه فزاینده‌ای را در درمان اختلالات مزمن و مقاوم به درمان به خود جلب کرده است. این رویکرد به جای تمرکز صرف بر تغییر محتوای افکار، بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق پذیرش تجربه‌های درونی ناخوشایند و تعهد به رفتارهای ارزش‌محور تأکید دارد. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که پذیرش درد و کاهش اجتناب تجربه‌ای می‌تواند نقش مهمی در بهبود عملکرد بیماران مبتلا به فیبرومیالژی ایفا کند (Tangen et al., 2020). فراتحلیل‌های اخیر نیز اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کاهش علائم درد و بهبود کیفیت زندگی این بیماران تأیید کرده‌اند (Eastwood & Godfrey, 2024).

درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به‌ویژه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نیز در دهه‌های اخیر به‌عنوان مداخلاتی مؤثر برای مدیریت استرس، اضطراب و درد مزمن مطرح شده‌اند. این رویکردها با آموزش توجه آگاهانه و بدون قضاوت به تجربه لحظه حال، به بیماران کمک می‌کنند تا رابطه متفاوتی با درد و احساسات ناخوشایند خود برقرار کنند. مرورهای نظام‌مند نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند به کاهش اضطراب،

روش‌شناسی پژوهش

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

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

نکته قابل توجه آن است که اغلب این مطالعات، پیامدهای کلی مانند شدت درد یا کیفیت زندگی را بررسی کرده‌اند و کمتر به سازه‌های روان‌شناختی زیربنایی مانند حساسیت اضطرابی توجه داشته‌اند. درحالی‌که شواهد نظری و تجربی نشان می‌دهد حساسیت اضطرابی می‌تواند یکی از مکانیزم‌های کلیدی در تداوم علائم فیبرومیالژی باشد و هدف قرار دادن آن می‌تواند اثربخشی درمان‌ها را افزایش دهد (Cohen & Zerach, 2020; Roemer et al., 2013). از این رو، بررسی تأثیر مداخلات روان‌شناختی مختلف بر این سازه، خلأ مهمی را در ادبیات پژوهشی موجود پوشش می‌دهد. علاوه بر این، مطالعات مقایسه‌ای در زمینه سایر اختلالات جسمانی عملکردی نیز نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند در کاهش نشانه‌های مرتبط با استرس و اضطراب مؤثر باشند، اما میزان این اثربخشی در مقایسه با درمان شناختی‌رفتاری متفاوت است (Taghvaeinia et al., 2024). این یافته‌ها اهمیت انجام پژوهش‌های مقایسه‌ای دقیق‌تر را در جمعیت‌های خاص، از جمله زنان مبتلا به فیبرومیالژی، برجسته می‌کند.

در مجموع، با توجه به شیوع بالای فیبرومیالژی در زنان، نقش برجسته حساسیت اضطرابی در تشدید علائم بیماری، محدودیت‌های درمان‌های دارویی و شواهد رو به رشد درباره اثربخشی مداخلات روان‌شناختی، نیاز به پژوهش‌هایی که بتوانند اثربخشی نسبی رویکردهای مختلف را به‌طور مستقیم مقایسه کنند، بیش از پیش احساس می‌شود. چنین پژوهش‌هایی می‌توانند راهنمایی عملی برای انتخاب مداخلات مؤثرتر و طراحی برنامه‌های درمانی جامع و مبتنی بر شواهد فراهم آورند. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری، گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر حساسیت اضطرابی زنان مبتلا به فیبرومیالژی است.

جلسات پایانی، مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی مؤثر تمرین شد و در نهایت با مرور کلی تکنیک‌ها، جمع‌بندی پیشرفت‌ها و تدوین برنامه‌ای برای تداوم و تثبیت تغییرات درمانی، فرایند مداخله به پایان رسید.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هشت جلسه گروهی اجرا شد و با معرفی درمانگر، قوانین گروه، ساختار جلسات و شش فرایند اصلی ACT آغاز گردید. در جلسات ابتدایی، فعالیت‌های ارزش‌یابی اولیه و تمرین‌های کوتاه حضور در لحظه حال انجام شد و سپس مفهوم «خلاقیت ناامیدی» برای بررسی ناکارآمدی تلاش‌های کنترل تجربه‌های درونی و پیامدهای اجتناب تجربه‌ای مطرح گردید. در ادامه، مهارت فاصله‌گیری از افکار از طریق تکنیک‌ها و استعاره‌های مختلف آموزش داده شد تا اعضا بتوانند افکار را به‌عنوان رویدادهای ذهنی و نه واقعیت مطلق تجربه کنند. جلسات بعدی بر پذیرش و تمایل به تجربه احساسات و افکار ناخوشایند، مفهوم «خود به‌عنوان زمینه» و تمایز بین مشاهده‌گر و محتوای ذهنی تمرکز داشت. در بخش‌های پایانی، ارزش‌های زندگی بازمینی و تعمیق شد و برنامه‌ریزی برای عمل متعهدانه در راستای این ارزش‌ها صورت گرفت. در جلسه پایانی، تمامی مفاهیم و فرایندها مرور شد و با جمع‌بندی تجربیات، بازخورد گروهی و طراحی برنامه‌ای برای حفظ دستاوردها و مواجهه با موانع احتمالی، مداخله خاتمه یافت.

پروتکل کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی شامل هشت جلسه گروهی بود که با معرفی مفهوم ذهن‌آگاهی، قوانین گروه و انجام تمرین‌های اولیه مانند خوردن آگاهانه و اسکن بدن آغاز شد. در جلسات بعدی، تمرکز بر افزایش آگاهی بدنی از طریق تمرین‌های کامل Body Scan، یوگای ایستاده و نشست‌های آگاهانه کوتاه قرار گرفت و شرکت‌کنندگان به انجام تمرین‌های خانگی منظم تشویق شدند. به‌تدریج، حرکات کششی آگاهانه، مدیتیشن نشسته و تمرین‌های مرتبط با حضور در لحظه حال و مواجهه با تجربه‌های

مقیاس حساسیت اضطرابی (ASI): پرسشنامه حساسیت اضطرابی، توسط فلویید و همکاران (۲۰۰۵) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۶ سوال و ۳ مولفه ترس از نگرانی‌های بدنی (سوال‌های ۱۱، ۱۴، ۹، ۱۰، ۴، ۳)، ترس از نداشتن کنترل شناختی (سوال‌های ۱۶، ۱۵، ۱۲، ۲) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (سوال‌های ۱۳، ۷، ۱۵) می‌باشد و بر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت با سوالاتی مانند (وقتی نمی‌توانم توجه ام را روی کاری متمرکز کنم نگران می‌شوم که مبدا دیوانه شوم). به سنجش حساسیت اضطرابی می‌پردازد. در این پژوهش منظور از حساسیت اضطرابی نمره‌ای است که پاسخ دهندگان به سوالات ۱۶ گویه‌ای پرسشنامه حساسیت اضطرابی می‌دهند. امتیازات از ۱۶ عبارت پرسشنامه جمع می‌شوند. حداقل امتیاز ممکن ۱۶ و حداکثر ۸۰ خواهد بود. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس توسط ریس، گورسکی و مکنلی ثبات درونی بالای آن را (آلفای بین ۰.۸۰ تا ۰.۹۰) را نشان داده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش مشهدی و همکاران (۱۳۹۲) برای این پرسشنامه بالای ۰.۷ برآورد شد (Mashhadi et al., 2013).

مداخله گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری در قالب هشت جلسه هفتگی طراحی شد که با آشنایی اعضا با درمانگر، تبیین ساختار جلسات، معرفی مدل شناختی‌رفتاری و تعیین اهداف فردی آغاز گردید. در ادامه، تمرکز جلسات بر شناسایی افکار منفی خودکار و تحریف‌های شناختی رایج و آموزش ثبت و پایش آن‌ها قرار گرفت و سپس شرکت‌کنندگان با تکنیک‌های چالش‌افکنی و بازسازی شناختی برای جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار منطقی‌تر آشنا شدند. در جلسات میانی، تغییر رفتارهای مشکل‌ساز از طریق شناسایی رفتارهای ناسازگار، تقویت رفتارهای سازگار و آموزش مهارت‌های حل مسئله مورد تأکید قرار گرفت. همچنین، راهبردهای پیشگیری از بازگشت با شناسایی موقعیت‌های پرخطر و طراحی برنامه‌های مقابله‌ای آموزش داده شد. در

دوره سوم، شماره چهارم

به سندرم فیبرومیالژی در گروه‌های کنترل (۵۱.۶۷)، گروه‌درمانی شناختی رفتاری (۴۹.۴۰)، گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (۵۴.۲۴) و گروه‌درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۵۳.۹۵) می‌باشد.

جهت بررسی اثرات بین گروهی با کنترل اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون و پیگیری نمرات عملکرد، تاثیر کلی، شدت علائم و نمره کل از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر نشان داد تفاوت میانگین نمرات منبع بین گروهی آزمودنی‌ها در پس‌آزمون متغیرهای ترس از نگرانی‌های بدنی (۴.۳۸ و سطح معناداری ۰.۰۰۳)، ترس از دیده شدن اضطراب توسط دیگران (۴.۰۰ و سطح معناداری ۰.۰۰۴)، ترس از نداشتن کنترل شناختی (۲.۱۳ و سطح معناداری ۰.۰۷۸) و نمره کل (۳.۸۶ و سطح معناداری ۰.۰۰۵) بین گروه‌های آزمایش و کنترل پس از حذف اثرات پیش‌آزمون معنادار است.

ناخوشایند آموزش داده شد. در جلسات میانی، راه رفتن آگاهانه، توجه به تغییرات تجربه‌شده و بررسی الگوهای واکنشی ذهن و بدن مورد توجه قرار گرفت. جلسات پایانی به آمادگی برای پایان دوره، تقویت نگرش بخشش، مرور تمرین‌ها و انتقال مهارت‌های ذهن‌آگاهی به زندگی روزمره اختصاص یافت و در نهایت با جمع‌بندی کل دوره، گفت‌وگوی آزاد و تأکید بر ادغام ذهن‌آگاهی در سبک زندگی، مداخله به پایان رسید.

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

یافته‌ها

در این بخش نتایج مربوط به آمار توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی و وابسته و آمار استنباطی هدف پژوهش ارائه شده است. میانگین سن مبتلایان

جدول ۱. آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثرات بین گروهی بر نمرات زیرمقیاس‌های تاثیر بیماری فیبرومیالژی

متغیرها	مرحله	CBT		ACT		MBSR		کنترل		اثرات بین گروهی
		انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	
ترس از نگرانی‌های بدنی	پیش آزمون	۳.۲۰	۱۹.۱۴	۳.۴۴	۱۶.۹۳	۳.۲۹	۲۰.۲۰	۳.۶۰	۲۰.۲۰	—
	پس آزمون	۳.۲۵	۱۵.۳۷	۳.۰۶	۱۴.۵۲	۴.۳۵	۲۰.۰۸	۴.۱۶	۴.۳۸	۰.۰۰۳
	پیگیری	۳.۷۴	۱۵.۰۶	۳.۰۳	۱۵.۴۷	۴.۴۶	۱۹.۹۰	۳.۷۹	۴.۸۰	۰.۰۰۳
ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	پیش آزمون	۲.۵۲	۱۸.۰۰	۱.۵۹	۱۸.۶۴	۱.۶۲	۱۷.۷۲	۲.۰۷	۱۷.۷۲	—
	پس آزمون	۳.۴۸	۱۵.۹۶	۲.۷۱	۱۷.۳۸	۲.۰۰	۱۸.۰۳	۱.۸۱	۴.۰۰	۰.۰۰۴
	پیگیری	۳.۷۴	۱۶.۱۴	۲.۴۴	۱۷.۷۹	۳.۲۵	۱۷.۷۳	۲.۰۰	۳.۶۵	۰.۰۰۳
ترس از نداشتن کنترل شناختی	پیش آزمون	۲.۳۵	۱۱.۸۸	۲.۰۲	۱۲.۵۸	۱.۸۷	۱۱.۹۱	۲.۰۹	۱۱.۹۱	—
	پس آزمون	۱.۶۵	۱۰.۰۴	۱.۶۵	۱۱.۴۶	۲.۲۱	۱۱.۴۳	۲.۲۱	۲.۱۳	۰.۰۷۸
	پیگیری	۲.۱۷	۱۰.۰۳	۲.۲۰	۱۱.۵۲	۱.۴۲	۱۱.۵۷	۲.۲۸	۱.۹۱	۰.۱۰۲
نمره کل	پیش آزمون	۴.۷۱	۴۹.۰۳	۴.۰۰	۴۸.۱۶	۵.۰۹	۴۹.۸۴	۴.۱۹	۴۹.۸۴	—
	پس آزمون	۵.۵۷	۴۱.۳۸	۴.۰۱	۴۳.۳۷	۵.۸۸	۴۹.۵۵	۵.۲۸	۳.۸۶	۰.۰۰۵
	پیگیری	۵.۱۲	۴۱.۲۵	۴.۰۱۹	۴۴.۷۹	۵.۶۲	۴۹.۲۱	۵.۰۲	۱.۲۳	۰.۰۰۱

فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی

جهت بررسی اثرات درون گروهی از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شد. نتایج جدول ۲ نشان داد که با معنادار بودن زمان در درون گروهها با F محاسبه شده برای متغیرهای ترس از نگرانی های بدنی (۳.۶۶)، ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۴.۳۸)، ترس از نداشتن کنترل شناختی (۳.۱۱) و نمره کل (۱۶.۴۷) وجود تفاوت معنادار بین ۳ بار اندازه گیری در سطح (کمتر ۰.۰۱) تایید شد.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در عامل درون گروهی نمرات زیرمقیاس های تاثیر حساسیت اضطرابی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اتا	توان آماری
ترس از نگرانی های بدنی	از درون گروهی	۳۲۸.۴۴	۲	۱۶۴۴.۲۲	۳.۶۶	۰.۰۳۰	۰.۰۸۶	۰.۶۵۷
	اثر تعاملی	۴۸۵.۱۲	۶	۸۰.۸۵	۲.۷۱	۰.۰۳۶	۰.۱۲۲	۰.۷۲۴
	خطا	۳۴۹۱.۷	۱۵۴	۲۲.۶۷				
ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	از درون گروهی	۹۲.۲۰۶	۲	۴۶.۱۰۳	۴.۳۸	۰.۰۱۸	۰.۱۰۴	۰.۷۴۳
	اثر تعاملی	۱۰۶.۳۱۷	۶	۱۷.۷۱	۲.۵۲	۰.۰۴۶	۰.۱۱۷	۰.۶۷۹
	خطا	۸۲.۸۱۰	۱۵۴	۰.۵۳				
ترس از نداشتن کنترل شناختی	از درون گروهی	۳۵۶.۸۶	۲	۱۷۸.۴۳	۳.۱۱	۰.۱۲	۰.۱۴	۰.۲۰
	اثر تعاملی	۳۹۶.۴۳	۶	۶۶.۰۷	۳.۳۴	۰.۰۹۳	۰.۲۰	۰.۴۶
	خطا	۷۶۴.۴۶	۱۵۴	۴.۹۶				
نمره کل	از درون گروهی	۲۳۵.۶۵	۲	۱۱۷.۸۲	۱۶.۴۷	۰.۰۰۱	۰.۳۱	۰.۹۹
	اثر تعاملی	۱۴۱.۵۶	۶	۲۳.۵۹	۶.۳۸	۰.۰۰۱	۰.۲۳	۰.۹۷
	خطا	۴۸۶.۴۵	۱۵۴	۳.۱۵				

همچنین اثر تعاملی زمان با گروه با F محاسبه شده در ترس از نگرانی های بدنی (۲.۷۱)، ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۲.۵۲)، ترس از نداشتن کنترل شناختی (۳.۳۴) و نمره کل (۶.۳۸)، تایید شد. همچنین جهت بررسی زوجی معناداری تفاوت میانگین در مراحل اندازه گیری متغیرهای وابسته از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شد.

جدول ۳. نتایج آزمون بونفرونی جهت مقایسه مراحل اندازه گیری در زیرمقیاس های حساسیت اضطرابی

متغیر	A	B	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
ترس از نگرانی های بدنی	پیش آزمون	پس آزمون	۲.۲۶	۱.۳۴۳	۰.۰۰۶
		پیگیری	۲.۱۷	۱.۲۸۷	۰.۰۰۹
ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	پس آزمون	پیش آزمون	-۰.۰۲	۱.۹۸۷	۰.۰۵۳
		پیگیری	۱.۲۷	۱.۵۸۷	۰.۰۰۳
نمره کل	پس آزمون	پیش آزمون	۱.۱۳	۱.۰۹۶	۰.۰۰۲
		پیگیری	-۰.۱۴	۱.۶۴۲	۰.۰۶۸
	پس آزمون	پس آزمون	۴.۸۰	۳.۰۶	۰.۰۲۷
		پیگیری	۰.۱۲	۳.۵۶	۰.۰۴۵
	پس آزمون	پیگیری	-۰.۱۴	۲.۹۸	۰.۰۹۸

دوره سوم، شماره چهارم

نتایج جدول ۴ بیانگر آن بود که در گروه‌درمانی شناختی رفتاری، میانگین ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران و نمره کل نسب به میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری افراد در هر ۳ متغیر ترس از نگرانی‌های بدنی، نمره پیش‌آزمون آنان کاهش کاهش یافته.

جدول ۴. نتایج آزمون بونفرونی جهت مقایسه زوجی گروه‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری برای زیرمقیاس‌های حساسیت اضطرابی

متغیر	مرحله	گروه A	گروه B	اختلاف میانگین A-B	خطای استاندارد	سطح معناداری	
ترس از نگرانی‌های بدنی	پس‌آزمون	کنترل	ACT	۳.۹۶*	۱.۴۵۳	۰.۰۰۱	
			CBT	۴.۷۱*	۱.۲۳۴	۰.۰۰۱	
			MBSR	۵.۵۶*	۱.۹۶۴	۰.۰۰۱	
	پیگیری	ACT		CBT	-۰.۷۴	۱.۲۳۵	۰.۰۵۶
				MBSR	-۱.۵۹	۱.۴۵۳	۰.۰۸۵
				MBSR	-۰.۸۲	۱.۷۶۸	۰.۰۶۲
		کنترل		ACT	۴.۱۴*	۱.۶۵۳	۰.۰۰۱
				CBT	۴.۸۹*	۱.۷۸۶	۰.۰۰۱
				MBSR	۵.۰۱*	۱.۲۲۳	۰.۰۰۱
ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	پس‌آزمون	کنترل	ACT	-۰.۶۹	۱.۹۳۶	۰.۸۶۵	
			MBSR	-۰.۲۷	۱.۲۳۴	۰.۵۷۴	
			MBSR	-۰.۴۱	۱.۴۳۵	۰.۵۲۸	
	پیگیری	کنترل		ACT	۱.۹۲*	۱.۷۴۲	۰.۰۰۱
				CBT	۲.۰۶*	۱.۱۲۱	۰.۰۰۱
				MBSR	۰.۶۳	۱.۲۳۹	۰.۷۲۷
		ACT		CBT	-۰.۱۴	۱.۷۸۵	۰.۹۵۴
				MBSR	۱.۲۷	۱.۶۴۳	۰.۱۱۲
				MBSR	-۱.۴۱	۲.۰۰۲	۰.۵۷۴
نمره کل	پس‌آزمون	کنترل	ACT	۱.۳۶	۱.۴۳۹	۰.۸۳۲	
			CBT	۱.۵۸*	۱.۷۸۵	۰.۰۰۱	
			MBSR	-۰.۰۵	۱.۴۵۳	۰.۱۰۳	
	پیگیری	ACT		CBT	۰.۲۲	۱.۱۲۳	۰.۷۴۲
				MBSR	-۱.۴۱	۱.۸۹۷	۰.۲۳۶
				MBSR	-۱.۶۳	۱.۷۸۹	۰.۷۸۳
		کنترل		ACT	۷.۰۰*	۱.۴۵۳	۰.۰۰۱
				CBT	۸.۱۶*	۱.۲۳۴	۰.۰۰۱
				MBSR	۶.۱۷*	۱.۹۶۴	۰.۰۰۱
پیگیری	ACT		CBT	-۱.۱۶	۱.۲۳۵	۰.۹۸۶	
			MBSR	-۰.۸۲	۱.۴۵۳	۰.۵۴۳	
			MBSR	-۳.۵۴	۱.۷۶۸	۰.۱۲۸	
	کنترل		ACT	۷.۰۲*	۱.۶۵۳	۰.۰۰۱	
			CBT	۷.۹۶*	۱.۷۸۶	۰.۰۰۱	
			MBSR	۴.۴۲	۱.۲۲۳	۰.۷۸۸	
	ACT		CBT	-۰.۹۳	۱.۹۳۶	۰.۷۵۳	
			MBSR	-۲.۶۰	۱.۲۳۴	۰.۸۸۹	
			MBSR	-۳.۵۴	۱.۴۳۵	۰.۵۴۵	

گروه‌درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی اگرچه کاهش میانگین نمرات را نشان داد، اما در برخی مقایسه‌های بین‌گروهی به سطح معناداری نرسید. برتری نسبی درمان شناختی‌رفتاری در کاهش حساسیت اضطرابی را می‌توان با توجه به مبانی نظری این رویکرد تبیین کرد. درمان شناختی‌رفتاری به‌طور مستقیم بر شناسایی و اصلاح تفسیرهای فاجعه‌آمیز از نشانه‌های بدنی، افکار ناکارآمد مرتبط با اضطراب و الگوهای اجتنابی تمرکز دارد. حساسیت اضطرابی، مطابق تعریف کلاسیک آن، ریشه در ترس از پیامدهای ادراک‌شده اضطراب دارد و زمانی تشدید می‌شود که فرد نشانه‌های بدنی یا شناختی اضطراب را به‌عنوان تهدید تفسیر کند (Reiss et al., 1986). از این رو، مداخلاتی که بتوانند این تفسیرهای شناختی را هدف قرار دهند، انتظار می‌رود اثرگذاری بیشتری داشته باشند. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات پیشین همسو است که نشان داده‌اند درمان شناختی‌رفتاری در کاهش اضطراب و سازه‌های مرتبط با آن، از جمله حساسیت اضطرابی، اثربخشی بالایی دارد (Abadsa, 2017; Apostol et al., 2023).

کاهش معنادار ترس از نگرانی‌های بدنی در گروه درمان شناختی‌رفتاری نشان می‌دهد که این رویکرد می‌تواند چرخه توجه افراطی به نشانه‌های جسمانی و تفسیر فاجعه‌آمیز آن‌ها را در بیماران مبتلا به فیبرومیالژی تضعیف کند. این نتیجه با شواهدی همخوان است که بیان می‌کنند بیماران فیبرومیالژی معمولاً نسبت به احساسات بدنی حساس‌تر بوده و این حساسیت از طریق فرآیندهای شناختی تشدید می‌شود (Cohen & Zerach, 2020). درمان شناختی‌رفتاری با آموزش بازسازی شناختی و مواجهه تدریجی با احساسات بدنی می‌تواند این چرخه را مختل کرده و در نتیجه شدت اضطراب و درد ادراک‌شده را کاهش دهد؛ امری که در مرورهای نظام‌مند نیز به آن اشاره شده است (Heagney & Adams, 2024).

برای بررسی تفاوت میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل به صورت زوجی و تعیین میزان اثربخشی سه روش مداخله از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول فوق ارائه شده. نتایج جدول فوق نشان داد که در ۲ مرحله پس‌آزمون و پیگیری ترس از نگرانی بدنی، بین میانگین نمرات گروه کنترل با گروه آزمایشی گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری تفاوت معناداری وجود دارد (سطح معناداری کمتر از ۰.۰۵). همچنین در مرحله پیگیری تفاوت معناداری بین گروه کنترل با درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی‌رفتاری نیز همچنان دیده می‌شود. در متغیر ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران، در مرحله پس‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه کنترل با درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دیده می‌شود. در مرحله پیگیری نیز بین گروه کنترل و درمان درمان شناختی‌رفتاری همچنان تفاوت معنادار دیده می‌شود. و در نمرات بعد ترس از نداشتن کنترل شناختی برای هیچ گروهی تفاوت معناداری دیده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی سه رویکرد روان‌درمانی شامل گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری، گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر حساسیت اضطرابی زنان مبتلا به فیبرومیالژی بود. یافته‌های استنباطی نشان داد که به‌طور کلی، مداخله‌های روان‌شناختی موجب کاهش معنادار حساسیت اضطرابی و برخی مؤلفه‌های آن در طول زمان شده‌اند، اما میزان و الگوی اثربخشی این سه رویکرد یکسان نبوده است. به‌ویژه، گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری بیشترین پایدارترین کاهش را در نمره کل حساسیت اضطرابی و مؤلفه‌های ترس از نگرانی‌های بدنی و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران نشان داد و پس از آن، گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت، در حالی که

سطح معناداری نرسید. این یافته با بخشی از ادبیات پژوهشی همخوان است که اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در کاهش اضطراب و استرس تأیید می‌کند، اما شدت این اثرات را در مقایسه با درمان‌های شناختی‌رفتاری محدودتر گزارش می‌دهد (Costa et al., 2019; Haller et al., 2021). ذهن‌آگاهی عمدتاً بر مشاهده غیرقضاوتی تجربه‌ها تمرکز دارد و ممکن است به‌طور مستقیم به اصلاح باورهای فاجعه‌آمیز مرتبط با اضطراب نپردازد؛ عاملی که در سازه حساسیت اضطرابی نقش محوری دارد.

با این وجود، نباید نقش بالقوه مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مدیریت فیبرومیالژی نادیده گرفته شود. مرورهای نظام‌مند نشان داده‌اند که تمرین‌های ذهن‌آگاهی می‌توانند در کاهش اضطراب، افسردگی و حتی شدت درد در بیماران فیبرومیالژی مؤثر باشند (Meng et al., 2024; Sharma & Sanal, 2025). همچنین، پژوهش‌هایی که این رویکرد را با سایر درمان‌ها مقایسه کرده‌اند، حاکی از آن است که ذهن‌آگاهی می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مکمل، به‌ویژه برای بیمارانی که با درمان‌های شناختی سنتی کمتر سازگار هستند، مفید واقع شود (Goldin et al., 2016). بنابراین، نتایج غیرمعنادار در برخی مقایسه‌ها ممکن است به عواملی مانند مدت مداخله، شدت تمرین‌های خانگی یا ویژگی‌های خاص نمونه پژوهش مربوط باشد.

یکی دیگر از یافته‌های قابل توجه پژوهش حاضر، عدم مشاهده تفاوت معنادار بین گروه‌ها در مؤلفه ترس از نداشتن کنترل شناختی بود. این نتیجه نشان می‌دهد که هیچ‌یک از سه رویکرد درمانی نتوانستند به‌طور معنادار این بعد از حساسیت اضطرابی را تغییر دهند. از منظر نظری، ترس از نداشتن کنترل شناختی به نگرانی درباره پیامدهای ذهنی اضطراب، مانند ترس از دیوانه شدن یا از دست دادن کنترل فکر، اشاره دارد. ممکن است این مؤلفه نسبت به سایر ابعاد حساسیت اضطرابی مقاوم‌تر بوده و نیازمند مداخلات اختصاصی‌تری باشد. برخی پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که تغییر این بعد از

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز در این پژوهش اثربخشی معناداری، هرچند کمتر از درمان شناختی‌رفتاری، نشان داد. این یافته را می‌توان در چارچوب تأکید این رویکرد بر پذیرش تجربه‌های درونی و کاهش اجتناب تجربه‌ای تفسیر کرد. در فیبرومیالژی، تلاش مداوم برای کنترل یا اجتناب از درد و احساسات ناخوشایند می‌تواند به تشدید ناراحتی روان‌شناختی و کاهش عملکرد منجر شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به بیماران کمک می‌کند تا بدون درگیری افراطی با نشانه‌های بدنی و اضطرابی، در جهت ارزش‌های زندگی خود حرکت کنند (Landy et al., 2015). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که پذیرش درد با بهبود عملکرد و کاهش ناراحتی روان‌شناختی در فیبرومیالژی مرتبط است (Tangen et al., 2020) و فراتحلیل‌ها نیز اثربخشی این رویکرد را در این جمعیت تأیید کرده‌اند (Eastwood & Godfrey, 2024).

با این حال، تفاوت اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان شناختی‌رفتاری در پژوهش حاضر می‌تواند ناشی از تفاوت در مکانیزم‌های اثرگذاری این دو رویکرد باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد الزاماً به دنبال کاهش مستقیم نشانه‌های اضطرابی نیست، بلکه هدف آن تغییر رابطه فرد با این نشانه‌هاست. بنابراین، ممکن است کاهش نمرات حساسیت اضطرابی در این رویکرد تدریجی‌تر یا کمتر آشکار باشد، به‌ویژه در دوره‌های پیگیری کوتاه‌مدت. این تبیین با نتایج برخی مطالعات همسو است که نشان داده‌اند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی‌رفتاری، اثرات متفاوت و گاه غیرمستقیم‌تری بر نشانه‌های اضطرابی دارد (Haller et al., 2021).

در خصوص گروه‌درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نتایج پژوهش نشان داد که اگرچه این مداخله موجب کاهش میانگین نمرات حساسیت اضطرابی شد، اما در برخی مؤلفه‌ها و مقایسه‌های بین‌گروهی به

درمان‌ها فراهم نشد. استفاده از ابزارهای خودگزارشی نیز می‌تواند تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی قرار گیرد و نتایج را تا حدی متأثر سازد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر، شامل مردان و گروه‌های سنی مختلف، انجام شود تا امکان تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین بررسی اثرات بلندمدت این مداخلات با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر و استفاده از شاخص‌های عینی‌تر می‌تواند به درک دقیق‌تری از پایداری و مکانیزم‌های اثرگذاری درمان‌ها کمک کند.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند به‌عنوان گزینه‌های مؤثر در برنامه‌های درمانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به فیبرومیالژی مورد استفاده قرار گیرند. متخصصان بالینی می‌توانند با توجه به ویژگی‌ها و نیازهای بیماران، از این رویکردها به‌صورت منفرد یا ترکیبی بهره ببرند و در صورت لزوم، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به‌عنوان درمان مکمل در نظر بگیرند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن اخلاقی رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

حساسیت اضطرابی دشوارتر است و ممکن است به زمان یا تکنیک‌های متمرکزتری نیاز داشته باشد (Mashhadi et al., 2013; Taheri et al., 2023).

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر با بدنه گسترده‌ای از مطالعات پیشین همسو است که بر نقش کلیدی مداخلات روان‌شناختی در مدیریت فیبرومیالژی تأکید دارند. مرورهای نظام‌مند نشان می‌دهد که درمان‌های غیردارویی، به‌ویژه درمان‌های شناختی‌رفتاری و مبتنی بر پذیرش، می‌توانند در کاهش درد و بهبود کیفیت زندگی بیماران نقش مؤثری ایفا کنند (Heagney & Adams, 2024; Mascarenhas et al., 2021). پژوهش حاضر با تمرکز بر حساسیت اضطرابی، به‌عنوان یکی از مکانیزم‌های روان‌شناختی مهم در این اختلال، نشان داد که درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند به‌طور معناداری این سازه را کاهش دهند و از این طریق به بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران کمک کنند.

همچنین نتایج این پژوهش اهمیت توجه به تفاوت‌های فردی و روان‌شناختی بیماران فیبرومیالژی را برجسته می‌کند. از آنجا که این بیماران اغلب با مشکلات روانی همبود مواجه هستند، انتخاب رویکرد درمانی مناسب باید بر اساس نیازها، ترجیحات و ویژگی‌های شناختی و هیجانی آنان صورت گیرد (Berwick et al., 2022; Giorgi et al., 2024). پژوهش حاضر شواهدی فراهم می‌آورد که می‌تواند در تصمیم‌گیری بالینی و طراحی برنامه‌های درمانی جامع برای این جمعیت مورد استفاده قرار گیرد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از نمونه در دسترس و تمرکز صرف بر زنان مبتلا به فیبرومیالژی اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج را به سایر گروه‌های جمعیتی محدود می‌سازد. همچنین، مدت دوره پیگیری نسبتاً کوتاه بود و امکان بررسی پایداری بلندمدت اثرات

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش یاری رساندند تشکر و

قدردانی می‌گردد.

References

- Haller, H., Breilmann, P., Schröter, M., & Dobos, G. (2021). Acceptance- and mindfulness-based interventions for DSM-5 anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*, 11, 22630. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-99882-w>
- Heagney, S., & Adams, N. (2024). Acceptance, cognitive-behavioural and mindfulness-based psychological interventions for fibromyalgia: a systematic review. *Med Res Arch*. <https://doi.org/10.18103/mra.v12i7.5242>
- Landy, L., Schneider, R., & Arch, J. (2015). Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: a concise review. *Curr Opin Psychol*, 2, 70-74. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.11.004>
- Mascarenhas, R. O., Souza, M. B., Oliveira, M. X., Lacerda, A. C., Mendonça, V. A., Henschke, N., & Oliveira, V. C. (2021). Association of therapies with reduced pain and improved quality of life in patients with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*, 181(1), 104-112. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.5651>
- Mashhadi, A., Ghasempour, A., Akbari, E., Ilbeigi, R., & Hasanzadeh, S. (2013). The role of anxiety sensitivity and emotion regulation in predicting social anxiety disorder in students. *Danesh Va Pajouhesh Dar Ravanshenasi Karbordi*, 14(52), 89-99. <https://www.magiran.com/paper/1188421/the-role-of-anxiety-sensitivity-and-emotion-regulation-in-prediction-of-social-anxiety-disorder-in-students?lang=en>
- Meng, S., Cao, C., Zhang, M., Dong, J., & Lu, M. (2024). Mindfulness meditation for fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Pain Physician*, 27(8), 479. <https://doi.org/10.36076/ppj.2024.7.479>
- Mutlu, P., Zateri, Ç., Zöhra, A., Özerdoğan, Ö., & Mirici, A. N. (2020). Prevalence of obstructive sleep apnea in female patients with fibromyalgia. *Saudi Med J*, 41(7), 740. <https://doi.org/10.15537/smj.2020.7.25165>
- Nartea, R., Ojoga, F., Ghiorghiu, I., Meiu, L., & Avramescu, D. (2024). Fibromyalgia: an update on clinical characteristics and diagnostic criteria. *RJMPPMB*, 1(1), 39. <https://doi.org/10.59277/RJMPPMB.2024.1.07>
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther*, 24(1), 1-8. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90143-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90143-9)
- Roemer, L., Williston, S., Eustis, E., & Orsillo, S. (2013). Mindfulness and acceptance-based behavioral therapies for anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep*, 15(6), 410. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0410-3>
- Sharma, S., & Sanal, L. (2025). Role of mindfulness meditation in reducing anxiety: a review. *Int Ayurvedic Med J*. <https://doi.org/10.46607/iamj2913022025>
- Taghvaeinia, A., Karami, M., & Azizi, A. (2024). Comparison of the effect of dialectical behavior therapy, acceptance and commitment therapy, and mindfulness-based stress reduction on irritable bowel syndrome. *Psychiatr Q*, 95(1), 1-15. <https://doi.org/10.1007/s11126-023-10058-3>
- Taheri, Z., Tanha, Z., Amraee, K., & Hassanvandi, S. (2023). Determining the causal relationships between the brain-behavioral system and psychological vulnerability in female patients with diabetes: the mediating role of anxiety sensitivity. *J Psychol Stud*, 12(4), 44-55. <https://jne.ir/article-1-1510-en.html>
- Abadsa, A. A. A. (2017). Effectiveness of CBT therapy for generalized anxiety disorder in an outpatient counseling center. *Int J Educ Psychol Stud*, 25(2), 1-15. <https://doi.org/10.12816/0040993>
- Apostol, A. E., Mohamed, B., Thomas, C., Williams, T., Mahon, S., & Fisher, M. L.-M. R. (2023). CBT for generalized anxiety disorder in Parkinson's disease: a case study. *Clin Gerontol*, 46(4), 1-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37668529/>
- Berwick, R., Barker, C., Goebel, A., & Guideline Development, G. (2022). The diagnosis of fibromyalgia syndrome. *Clinical medicine (London, England)*, 22(6), 570-574. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2022-0402>
- Cohen, H. A., & Zerach, G. (2020). Associations between posttraumatic stress symptoms, anxiety sensitivity, socially prescribed perfectionism, and severity of somatic symptoms among individuals with fibromyalgia. *Pain Med*, 21(7), 1335-1345. <https://www.semanticscholar.org/paper/ed2c6272fe0d49d91b5f8c9f98bf04c436409d81>
- Costa, M. A., Oliveira, D., & Santos, G. (2019). Anxiety and stress-related disorders and mindfulness-based interventions: a systematic review and multilevel meta-analysis. *Mindfulness*, 10(6), 996-1006. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1058-1>
- Eastwood, F., & Godfrey, E. (2024). The efficacy, acceptability and safety of acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. *Br J Pain*, 18(3), 243-256. <https://doi.org/10.1177/20494637231221451>
- Enaux, J., Sorber, M., Kaiser, A. V., & Knecht, C. (2025). Women's illness experience with interstitial cystitis/bladder pain syndrome: a scoping review. *Int J Urol Nurs*, 19(2), e70020. <https://doi.org/10.1111/ijun.70020>
- Farzadkia, M., Farhangi, A., & Abolghasemi, S. (2023). Comparison of effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy and mindfulness-based stress reduction in depression and symptom severity in women with fibromyalgia. *Jundishapur J Chronic Dis Care*, 12(3). <https://doi.org/10.5812/jjcdc-133803>
- Giorgi, V., Sarzi-Puttini, P., Pellegrino, G., Sirotti, S., Atzeni, F., Alciati, A., Torta, R., Varrassi, G., Fornasari, D., Coaccioli, S., & Bongiovanni, S. F. (2024). Pharmacological treatment of fibromyalgia syndrome: a practice-based review. *Curr Pain Headache Rep*, 28(12), 1349-1363. <https://doi.org/10.1007/s11916-024-01277-9>
- Goldin, P., Morrison, A., Jazaieri, H., Brozovich, F. A., Heimberg, R., & Gross, J. (2016). Group CBT versus MBSR for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 84(5), 427-437. <https://doi.org/10.1037/ccp0000092>

Tangen, S. F., Helvik, A. S., Eide, H., & Fors, E. A. (2020). Pain acceptance and its impact on function and symptoms in fibromyalgia. *Scand J Pain*, 20(4), 727-736. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2020-0049>