

The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Emotional Control and Pain Intensity in Women with Migraine Headaches

Elnaz Seyyedbaglou

MSc. in General Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

Khalil Esmaeilpour *

Professor, Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

Majid Mahmoud Alilou

Professor, Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

Extended Abstract

Introduction

Migraine headache is one of the most common neurological conditions among patients attending general medical practices and neurology clinics (Talarska et al., 2014). Epidemiological evidence suggests that approximately 15–20% of individuals seeking medical care suffer from migraine, with a markedly higher prevalence among women (Ashina, 2020). Owing to its high prevalence and disabling nature, migraine has been ranked as the seventh leading cause of disability worldwide (Lipton et al., 2016) and represents the

* Corresponding Author: khalil_sma@yahoo.com



© 2026 The Author(s). This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International ([CC BY-NC 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)) License.

DOI: <https://doi.org/10.22034/rip.2025.520719.1100>

Received: 03 May 2025 **Revised:** 25 May 2025 **Accepted:** 06 Jun 2025 **Published online:** 10 Jun 2025

primary cause of years lived with disability among individuals under the age of 50 (Steiner et al., 2018).

Clinically, migraine is characterized by recurrent unilateral, pulsating headaches of moderate to severe intensity lasting between 4 and 72 hours, often exacerbated by physical activity and accompanied by symptoms such as nausea, vomiting, photophobia, and phonophobia (Ailani et al., 2021; Ashina et al., 2021). Recurrent migraine attacks significantly disrupt daily functioning, impair concentration, reduce work efficiency, and are associated with absenteeism, sleep disturbances, and mood changes (Gribbin et al., 2021; Hansen et al., 2012). More than half of individuals with migraine report substantial interference with daily activities, work performance, and family relationships (Abel, 2009). In addition, migraine imposes a considerable socioeconomic burden due to high direct treatment costs and indirect costs related to productivity loss (Chan & Consedine, 2014).

Emotional stress and emotion dysregulation are among the most important triggers of headache disorders (Dalouchi et al., 2018). Research consistently demonstrates that greater pain intensity is associated with heightened stress, limited emotional awareness, and maladaptive strategies such as emotional avoidance or suppression (Lumley et al., 2011). Chronic headache sufferers are at increased risk for emotional disorders, including anxiety and depression (Pakalnis et al., 2007; Linton, 2013), and exhibit notable deficits in anger control and emotional expression compared to healthy individuals (Tarantino et al., 2013). Even brief emotional manipulations, such as distraction or emotion regulation strategies, have been shown to significantly influence pain perception (Bushnell et al., 2013).

Emotion regulation, defined as the processes by which individuals influence the experience and expression of emotions (Gross, 1998; Thompson et al., 2009), plays a critical role in coping with chronic pain. Dialectical Behavior Therapy (DBT), a third-wave cognitive-behavioral intervention developed by Linehan in the early 1990s (Linehan, 1993; Linehan et al., 2015), explicitly targets emotion regulation through skills training in mindfulness, distress tolerance, interpersonal effectiveness, and emotion regulation. Although DBT has demonstrated effectiveness in improving emotional regulation and reducing distress across various psychological conditions (Nadimi, 2015; Sadeghi et al., 2025) and chronic pain populations (Linton, 2010; Norman-Nott et al., 2023; Amini Faskhodi et al., 2016), its effectiveness in improving emotional control and reducing pain intensity among migraine patients has received limited empirical attention. Given the strong emotional components underlying migraine, the present study investigates whether DBT can effectively enhance emotional control and reduce pain intensity in individuals with migraine.

Method

The present study employed a quasi-experimental, between-groups design with a pretest–posttest control group. The study population consisted of female patients diagnosed with migraine who were referred to neurologists in Urmia. Using purposive sampling, 30 volunteer female migraine patients were selected and randomly assigned to either an experimental group ($n = 15$) or a control group ($n = 15$). Prior to participation, the study objectives were explained to all participants,

confidentiality of personal information was assured, informed consent was obtained, and agreement regarding treatment participation was secured.

The experimental group received group-based Dialectical Behavior Therapy (DBT), whereas the control group did not receive any psychological intervention during the study period. Inclusion criteria comprised a confirmed diagnosis of migraine by a neurologist, an age range of 20 to 55 years, and an educational level of at least a high school diploma. Exclusion criteria included absence from more than two treatment sessions, worsening of symptoms or significant functional impairment during the intervention, and the presence of severe psychiatric disorders. It is noteworthy that no changes were made to participants' ongoing pharmacological treatments throughout the intervention period. For ethical considerations, after completion of the study, the control group was provided with a condensed DBT intervention delivered in four sessions.

Data were collected at pretest and posttest using the McGill Pain Questionnaire, the Emotional Control Questionnaire (ECQ-2), and the Ahvaz Headache Questionnaire. The DBT intervention was implemented based on the standardized protocol developed by Mazaheri et al. (2010) and consisted of 11 group sessions, each lasting 60 minutes. The intervention focused on modifying maladaptive emotional, cognitive, and behavioral patterns. The group format also facilitated peer feedback, self-reflection, and shared learning, enabling participants to compare self-perceptions with others' feedback and make informed decisions about personal change.

Results

Participants ranged in age from 20 to 55 years, with a mean age of 37.52 years ($SD = 9.98$). Sixty percent of the sample ($n = 18$) were married. Among married participants, 44.4% ($n = 8$) were employed and the remainder were homemakers. Of the single participants, 50% were employed, while the others were either unemployed or students. Regarding educational level, 53.3% of participants ($n = 16$) held a bachelor's degree, 26.6% ($n = 8$) had a diploma or associate degree, and 20% ($n = 6$) had completed a master's degree.

Preliminary analyses indicated that the assumptions required for inferential statistics were met. The Shapiro–Wilk test was non-significant at the 0.01 level, confirming that the distributions of the study variables did not significantly deviate from normality. In addition, homogeneity of error variances across groups and homogeneity of regression slopes were confirmed, as the interaction effects between pretest scores and group membership on the dependent variables were non-significant. Accordingly, analysis of covariance (ANCOVA) was employed to analyze the data.

After controlling for pretest effects, the results of ANCOVA revealed that Dialectical Behavior Therapy (DBT) had a statistically significant effect ($P < 0.05$) on emotional inhibition and rumination—two core components of emotional control—as well as on headache frequency and pain intensity. Comparison of pretest and posttest means demonstrated that DBT effectively reduced emotional inhibition, ruminative thinking, headache symptoms, and pain severity in women with migraine. However, DBT did not produce significant effects on the aggression control or benign emotional control components of emotional regulation.

Discussion and Conclusion

This study investigated the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on emotional control and pain intensity in women diagnosed with migraine headaches. The results indicated that DBT significantly reduced emotional inhibition and rumination—two key components of emotional control—while no significant effects were observed on aggression control or benign control. These findings are consistent with Linehan's biosocial theory of emotion dysregulation (Linehan, 1993) and align with empirical studies conducted during the 2010s that demonstrated the effectiveness of DBT in improving emotion regulation among individuals with borderline personality disorder and related clinical populations (Axelrod et al., 2011; Linehan et al., 2015; Soltani et al., 2015).

Moreover, the reduction in rumination observed in the present study is consistent with prior research showing the effectiveness of DBT and cognitive-behavioral interventions in decreasing maladaptive repetitive thinking across different disorders, including migraine, eating disorders, and suicidal ideation (Ramaiya et al., 2018; Decker et al., 2019; Carter et al., 2020). Although previous studies had not directly examined DBT in migraine populations, these findings extend the existing literature by highlighting its potential benefits for emotional processes associated with migraine.

In contrast, the lack of significant effects on aggression control and benign control appears inconsistent with studies reporting reductions in anger, impulsivity, and externalizing behaviors following DBT in other populations (Ziraki & Hassan, 2017; Zamani et al., 2014; Aghayousefi et al., 2015). This discrepancy may be explained by the nature of migraine and chronic pain conditions, in which individuals tend to suppress anger rather than express it outwardly. Research has shown that emotional suppression and anger inhibition are common among patients with chronic headache and may contribute to increased pain intensity (Tarantino et al., 2013; Golabi et al., 2016). Therefore, a reduction in emotional inhibition may be considered a particularly meaningful therapeutic outcome for this group.

From a theoretical perspective, migraine pain is strongly influenced by psychological factors such as attention, emotional states, beliefs, and expectations (Atlas et al., 2012). DBT specifically targets these mechanisms through training in four core skill areas: emotion regulation, distress tolerance, mindfulness, and interpersonal effectiveness (Miller et al., 2006). Emotion regulation, which constitutes the central component of DBT (Breking et al., 2008), enables individuals to become aware of, accept, and modulate emotional responses, thereby reducing maladaptive patterns such as rumination and emotional suppression (Gross, 2013; Leahy, 2011).

Another important finding of this study was the significant reduction in headache frequency and pain intensity following DBT. Although direct evidence for DBT in migraine pain reduction is limited, these results are consistent with studies conducted between 2009 and 2024 demonstrating the effectiveness of third-wave psychological interventions—including cognitive-behavioral therapy, mindfulness-based cognitive therapy, acceptance and commitment therapy, and compassion-focused therapy—in reducing chronic headache and migraine-related pain (Sadoughi & Goodarzi, 2009; Gharaie-Ardekani et al., 2012; Esmaeili et al., 2020; Sadeghi et al., 2024). Emotion regulation strategies may influence pain through descending pain modulation

pathways, whereby negative emotions amplify pain perception and positive emotional states inhibit it (Rudy et al., 2005; Golabi et al., 2016).

DBT also emphasizes distress tolerance and self-soothing strategies—such as relaxation, mindfulness practices, and sensory grounding—which can reduce stress sensitivity and enhance pain tolerance (Rajabi & Attari, 2002; McKay et al., 2019).

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: All participants took part in the study voluntarily after providing informed consent. They were assured that their personal information would remain confidential, and no changes were made to their routine pharmacological treatment during the course of the study.

Funding: This research is a personal study without financial support.

Authors' contribution: All parts of the research and preparation of the article were shared equally between the authors.

Conflict of interest: The authors declare no conflicts of interest.

Acknowledgements: The authors sincerely thank all the women who participated in this study for their valuable cooperation.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, emotion control, migraine, pain intensity.

Citation: Seyyedbaglou, E., Esmaeilpour, K., Mahmoud Alilou, M. (2026). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Emotional Control and Pain Intensity in Women with Migraine Headaches. *Recent Innovations in Psychology*, 3(2), 74-92. <https://doi.org/10.22034/rip.2025.520719.1100>.

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کنترل هیجان و شدت درد در زنان مبتلا به سردرد میگرنی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

الناز سیدبگلو ^{id}

استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

خلیل اسماعیل پور ^{id} *

استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

مجید محمودعلیلو ^{id}

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کنترل هیجان و شدت درد در زنان مبتلا به سردرد میگرنی بود. پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه‌آزمایشی با الگوی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. تعداد ۳۰ نفر از زنان مبتلا به سردرد میگرنی مراجعه‌کننده به متخصص مغز و اعصاب شهر ارومیه به صورت داوطلبانه انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند. گروه آزمایش مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی را به مدت یازده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و در گروه کنترل مداخله‌ای ارائه نشد. گردآوری داده‌ها با پرسشنامه‌های درد مک‌گیل (MPQ)، کنترل هیجانی (ECQ2) و سردرد میگرن اهواز (AMQ) استفاده شد. تحلیل کواریانس نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی بازدارنده هیجانی، نشخوار ذهنی، سردرد و شدت درد زنان مبتلا به سردرد میگرنی را به طور معناداری کاهش می‌دهد ($P < 0.05$). یافته‌های پژوهش حاضر گویای آن بود که رفتاردرمانی دیالکتیکی رویکردی اثربخش برای بهبود کنترل هیجانی و شدت درد زنان مبتلا به سردرد میگرنی بوده و می‌تواند در این گروه به طور کاربردی و موثری مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: شدت درد، رفتاردرمانی دیالکتیکی، کنترل هیجان، میگرن

استناد: سیدبگلو، الناز، اسماعیل پور، خلیل، و محمودعلیلو، مجید. (۱۴۰۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر

کنترل هیجان و شدت درد در زنان مبتلا به سردرد میگرنی. *نوآوری‌های اخیر در روان‌شناسی*، ۳(۲)، ۷۴-۹۲.

<https://doi.org/10.22034/rip.2025.520719.1100>

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی نویسنده اول در دانشگاه تبریز است.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۱۳ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۳/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۱۶ انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۳/۲۰

* نویسنده مسئول: khalil_sma@yahoo.com

مقدمه

سردرد میگرنی^۱ یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها در بین مراجعه‌کنندگان مطب‌های عمومی و کلینیک‌های مغز و اعصاب است (تالارسکا و همکاران، ۲۰۱۴). حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی، مبتلا به میگرن هستند. این بیماری عمدتاً زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (آشینا، ۲۰۲۰). شیوع بالای میگرن باعث شده است که به عنوان هفتمین بیماری ناتوان‌کننده در جهان شناخته شود (لیپتون و همکاران، ۲۰۱۶). طوری که میگرن در افراد زیر ۵۰ سال، علت اصلی زندگی توأم با ناتوانی شناخته می‌شود (استینر و همکاران، ۲۰۱۸). ویژگی‌های بالینی میگرن شامل حملات سردرد یک‌طرفه مکرر، ضربان‌دار، با شدت متوسط تا شدید است که به مدت ۴ تا ۷۲ ساعت طول می‌کشد، با فعالیت بدنی تشدید می‌شود و می‌تواند با تهوع، استفراغ، نورهراسی و صداهراسی همراه باشد (آیلانی و همکاران، ۲۰۲۱؛ آشینا و همکاران، ۲۰۲۱). سردرد یکی از اختلالات رایجی است که زندگی مبتلایان را به‌ویژه در صورت تکرار شدن و داشتن یک روند عودکننده مختل می‌سازد. سردرد میگرنی دارای عوارض قابل توجهی است. شدت زیاد میگرن سبب اختلال در کارکرد فعالیت‌های روزمره می‌شود و تمرکز فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، در نتیجه بر میزان کارایی و فعالیت‌های مختلف فرد اثر می‌گذارد. حملات دوره‌ای میگرن، سبب اختلال عملکرد بیمار از جمله غیبت‌های طولانی مدت از محل کار، تأثیر بر خلق‌وخو و اختلالات خواب می‌شود (گریبن و همکاران، ۲۰۲۱؛ هانسن و همکاران، ۲۰۱۲). ۵۳ درصد مبتلایان گزارش می‌کنند که سردرد آن‌ها باعث اختلال در فعالیت‌هایشان می‌شود. همچنین اغلب افراد مبتلا به میگرن گزارش می‌کنند که کار و روابط خانوادگی آن‌ها به خاطر حملات میگرن به‌طور منفی تحت تأثیر قرار گرفته است (آبل، ۲۰۰۹). سردرد میگرنی تأثیرات منفی فراوانی نیز بر جامعه دارد. هزینه مستقیم (درمان دارویی) و غیرمستقیم (روزهای کاری از دست رفته و کاهش بهره‌وری) میگرن بسیار بالا است (چان و کانسدین، ۲۰۱۴).

استرس‌ها و آشفتگی‌های هیجانی از جمله عوامل راه‌انداز مهم در انواع سردرد هستند (دلوجی و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین درد بیشتر با استرس، آگاهی محدود از هیجانات و همچنین با اجتناب یا سرکوب هیجانات مرتبط است (لوملی و همکاران، ۲۰۱۱). تحقیقات نشان می‌دهند درد با هیجاناتی مانند عصبانیت، ترس، افسردگی، اضطراب و نگرانی همراه است. همچنین ریسک بالایی برای مبتلایان به سردرد مزمن برای ابتلا به اختلالات هیجانی وجود دارد (پاکالنیس و همکاران، ۲۰۰۷) و بیماران مبتلا به درد مزمن از انواع اضطراب و علائم افسردگی رنج می‌برند (لیتون، ۲۰۱۳). بزرگسالانی که از سردرد رنج می‌برند، در مقایسه با افراد سالم، در کنترل و ابراز خشم نقص قابل توجهی دارند. همچنین بیماران مبتلا به درد مزمن در مقایسه با افراد سالم، تمایل بیشتری برای سرکوب خشم نشان می‌دهند. عدم بیان عصبانیت با درد شدیدتر و مکرر مرتبط است (تاراتینو و همکاران، ۲۰۱۳). بدین ترتیب، عوامل هیجانی تأثیر بسیار مهمی در ادراک درد دارند و پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند حتی دستکاری ساده‌ی هیجانی مانند پرت کردن حواس و کنترل هیجان^۲ می‌تواند بر ادراک فرد از درد تأثیری قوی داشته باشد (پوشنل و همکاران، ۲۰۱۳).

کنترل هیجان بر اساس تعریف گروس (۱۹۹۸) فرایندی است که توسط آن افراد هیجان‌های خود و چگونگی تجربه یا ابراز هیجان‌ها را تحت نفوذ خود قرار می‌دهند. کنترل هیجان شکلی از خودنظم‌بخشی است و به عنوان فرایندهای بیرونی و درونی دخیل در بازبینی، ارزیابی و تعدیل ظهور، شدت و طول مدت واکنش‌های هیجانی

1. migraine headache

2. emotional control

تعریف شده است (تامسون و همکاران، ۲۰۰۹). کنترل هیجان مجموعه‌ای از فرایندهای خودکار و کنترل شده است که در شروع، نگهداری و اصلاح و همچنین شدت و مدت زمان حالات هیجانی دخیل هستند (گروس، ۲۰۰۲؛ لیتون، ۲۰۱۳). توانایی کنترل هیجانات، مواجه شدن افراد را با مشکلات زندگی آسان می‌کند. افراد دارای کنترل هیجانی، توانایی تشخیص احساسات، درک مفهوم و بروز مؤثر هیجان در برابر دیگران را دارند (گلن و همکاران، ۲۰۱۴). راجر و نشوور (۱۹۸۷) کنترل هیجانی را «تمایل به بازداري ابراز پاسخ‌های هیجانی» تعریف می‌کنند. تحقیقات به رابطه بین درد مزمن و هیجان اشاره کرده‌اند (لیتون، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند که نوسانات روزانه در هیجان‌هایی مانند خشم، غم و استرس ارتباط مثبت با نوسانات درد در همان روز در بیماران مبتلا به درد مزمن دارد (گلایبی و همکاران، ۱۳۹۵).

بسیاری از بیماران مبتلا به سردردهای مزمن علی‌رغم مداخلات دارویی، همچنان درد را تجربه می‌کنند و اگر با سردردشان سازش نداشته باشند، کیفیت زندگی‌شان به‌طور چشمگیری تحت تأثیر قرار می‌گیرد. سردردهای میگرنی با تغییر سبک زندگی و درمان‌های روان‌شناختی، در کنار درمان دارویی مدیریت می‌شود (رائو و آیلائی، ۲۰۱۷). امروزه، پیشرفت‌های نظری و پژوهشی، مبانی لازم را برای مفهوم‌سازی سردرد به‌عنوان یک اختلال روانی‌فیزیولوژیکی فراهم آورده و استفاده از درمان‌های روان‌شناختی را برای سردرد مطرح می‌کنند. از آنجایی که درد و هیجان یک‌سری مکانیسم‌هایی را به منظور کاهش شرایط نامساعد راه‌اندازی می‌کنند، رویکردهای درمانی که برای درمان افراد با درد مزمن و سردرد در نظر گرفته می‌شوند، بر روی مسائل مربوط به تنظیم هیجان تمرکز می‌کنند (لیتون، ۲۰۱۳).

یکی از رویکردهای درمانی که به‌طور خاص بر تنظیم هیجان تمرکز دارد، رفتاردرمانی دیالکتیکی^۱ (DBT) است. رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین درمان‌های موج سوم و نوعی درمان شناختی رفتاری است که برای درمان بیماران شخصیت مرزی ابداع و برای درمان سایر اختلالات و مشکلات به کار گرفته شده است (لینهان، ۱۹۹۳؛ لینهان و همکاران، ۲۰۱۵). رفتاردرمانی دیالکتیکی مشتمل بر چهار مهارت ذهن‌آگاهی، کارآمدی بین فردی، تنظیم هیجان و تحمل پریشانی است. در این روش به بیمار مهارت‌های لازم برای مقابله با رفتارهای ناسالم و تغییر آن‌ها آموزش داده می‌شود. هدف رفتاردرمانی دیالکتیکی این است که با جایگزینی رفتارهای ناسازگارانه با مهارت‌های مقابله‌ای سالم‌تر نشانه‌های اختلال را برطرف کند (می و همکاران، ۲۰۱۶).

پژوهش‌هایی در زمینه به‌کارگیری رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تحمل پریشانی، بهبود تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی درمورد سایر مشکلات و اختلالات روانی (صادقی و همکاران، ۱۴۰۴؛ ندیمی، ۱۳۹۴) و کاهش درد بیماران دچار دردهای مزمن (برای مثال لیتون، ۲۰۱۰؛ نورمن-نات و همکاران، ۲۰۲۳؛ امینی فسخودی و همکاران، ۱۳۹۵) صورت گرفته است، اما درخصوص بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بیماران میگرن در کنترل هیجان و شدت درد پژوهشی یافت نشد. این در حالی است که میگرن به شدت با استرس و مؤلفه‌های هیجانی مرتبط است و به نظر می‌رسد رفتاردرمانی دیالکتیکی با تمرکز بیشتر بر تنظیم هیجان و مهارت‌های کارآمد دیگر در این زمینه موفق عمل کند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کنترل هیجانی و کاهش شدت درد بیماران میگرن انجام شد.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با الگوی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران زن مبتلا به سردرد میگرنی مراجعه‌کننده به متخصص مغز و اعصاب در شهر ارومیه بود. از بین آن‌ها با روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۳۰ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) جای‌دهی شدند. شرایط ورود به پژوهش عبارت بود از دریافت تشخیص میگرن توسط پزشک متخصص، داشتن دامنه سنی ۲۰ تا ۵۵ سال و میزان تحصیلات بالای دیپلم. ملاک خروج نیز شامل غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان و افزایش بروز شدت علائم و بروز اختلال عملکرد در بیماران در طول درمان و همچنین داشتن اختلالات روانی شدید بود. پس از توضیح اهداف پژوهش، ارائه اطمینان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و کسب رضایت آگاهانه و همچنین توافق در خصوص درمان، رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر روی گروه آزمایشی اعمال شد، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در طول مداخله، تغییر در روند جاری درمان دارویی بیماران داده نشد و بعد از اتمام جلسات درمانی، برای گروه کنترل نیز مداخله در مدت ۴ جلسه به صورت فشرده آموزش داده شد. گردآوری داده‌ها با ابزارهای ذیل صورت گرفت.

پرسشنامه درد مک‌گیل^۱ (MPQ): این پرسشنامه خودگزارشی توسط ملزاک و تورگرسون (۱۹۷۱) ساخته شده است. پاسخ‌دهندگان لیستی از کلمات مربوط به تجربه درد را از ۲۰ گروه (هر گروه شامل ۲ تا ۶ کلمه) انتخاب می‌کنند. ۱۰ ماده اول بعد حسی و ۵ ماده بعدی بعد عاطفی را اندازه می‌گیرد. این دو مهم‌ترین ابعاد این ابزار هستند. همچنین نمره کلی به عنوان شاخص شدت درد محسوب می‌شود. نمره بالاتر نشان دهنده شدت درد بالاتر است. این پرسشنامه در ایران توسط ابراهیمی‌نژاد و همکاران (۱۳۸۳) هنجاریابی شده است. خسروی و همکاران (۱۳۹۲) ضریب آلفای کل پرسشنامه را ۰/۸۵ و هر یک از ابعاد را بین ۰/۶۲ تا ۰/۷۴ و ضریب پایایی همه این ابعاد را بالای ۰/۸۰ به دست آوردند. همسانی درونی پرسشنامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسشنامه کنترل هیجانی^۲ (ECQ2): راجر و نشوور (۱۹۸۷) ساختار اولیه پرسشنامه کنترل هیجانی را تنظیم و سپس راجر و نجاریان (۱۹۸۹) این پرسشنامه را تجدیدنظر کردند. در پژوهش حاضر از نسخه جدید پرسشنامه (ECQ2) استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۵۶ عبارت و چهار خرده‌مقیاس بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار یا مرور ذهنی و کنترل خوش‌خیم است. نمره بالاتر بیانگر کنترل هیجانی بالاتر است. راجر و نجاریان (۱۹۸۹) روایی محتوایی پرسشنامه را مناسب و همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار یا مرور ذهنی و کنترل خوش‌خیم را به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۱، ۰/۸۶ و ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. همسانی درونی پرسشنامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۶۶ به دست آمد.

پرسشنامه سردرد اهواز^۳ (AMQ): این ابزار توسط نجاریان (۱۳۷۶) تدوین و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه از ۲۵ عبارت تشکیل شده که در طیف چهار درجه‌ای از هرگز (۱) تا اغلب اوقات (۴) نمره‌دهی می‌شوند. در مطالعه اصلی پایایی این مقیاس از طریق بازآزمایی و همسانی درونی به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۹۱ گزارش کرده است. شیرزادی و همکاران (۱۳۸۱) نیز پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش همسانی درونی ۰/۸۸ گزارش کردند. همسانی درونی پرسشنامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

1. the McGill Pain Questionnaire (MPQ)

2. the Emotion Control Questionnaire (ECQ2)

3. the Ahvaz Migraine Questionnaire (AMQ)

رفتار درمانی دیالکتیکی براساس پروتکل ارائه شده توسط مظاهری و همکاران (۱۳۸۹) در ۱۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش و براساس جدول ۱ به صورت جلسات گروهی اجرا شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله

جلسات	اهداف	محتوای جلسات
اول	آشنایی با اصول کلی درمان	برقراری ارتباط اولیه، معارفه، معرفی قوانین گروه، مفهوم سازی مشکل، اجرای پرسشنامه درد مک‌گیل و کنترل هیجانی، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن و اصول کلی درمان مبتنی رفتار درمانی دیالکتیکی، تعیین زمان (دو جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در هفته) و مکان برگزاری جلسات مداخله بعدی.
دوم	آشنایی با علائم میگردن	ارائه توضیحاتی در مورد سردرد میگردن (علائم ظاهری، خستگی، کاهش انرژی و ...) و شناسایی زود هنگام علائم هشداردهنده، نظم در زندگی روزمره و خواب بیمار باید لحاظ شود.
سوم	ذهن آگاهی؛ مشاهده، توصیف	انجام تمرینات ذهن آگاهی: چه چیزی در من تغییر کرده است؟ مشاهده‌ی خود-ذهن آگاهی؛ مشاهده‌ی موسیقی: توصیف، و مشارکت عاری از قضاوت؛ متعادل نگاه داشتن تخم مرغ: مشاهده‌ی خود-ذهن آگاهی، غیر قضاوتی بودن، و کارآمد بودن
چهارم	ذهن آگاهی؛ غیر قضاوتی بودن	ادامه تمرین ذهن آگاهی: تمرکز بر رایحه‌ی دلپذیر؛ خوردن کشمش یا آبنبات با ذهن آگاهی؛ تمرین مکعب یخی
پنجم	مدیریت استرس و خودتسکین دهی و آموزش توجه برگردانی	تمرین‌های رفتار درمانی دیالکتیکی: چه چیزی که باید کاهش یابد، چگونه که باید کاهش یابد؛ کاهش اضطراب ناشی از درد، انجام کاری بدون فکر کردن به عواقبش، آموزش مهارت تحمل پریشانی؛ حواس برگردانی کنید: کاری انجام دهید، به کسی کمی کنید یا کار خوبی برایش انجام دهید، به مقایسه‌هایی دست بزنید که موجب بهتر شدن حال شما می‌شوند، هیجان‌ها و احساس‌های مختلفی در خود ایجاد کنید، شرایط یا موقعیت دردناکی را در آن قرار دارید، موقتاً از ذهن خود دور کنید، فکرتان را با چیزهای دیگری جایگزین کنید، حس‌های دیگر را تقویت کنید
ششم	آشنایی با رفتار جرأت‌ورزی و نه گفتن	در این جلسه مهارت‌های کار آمدی بین فردی تمرین شد: کارآمدی بین فردی تعریف شد، چگونه آن چیزی را که می‌خواهید، به دست آورید. توصیف موقعیت، بیان کردن با استفاده از جملاتی که با «من» شروع می‌شوند، ابراز قاطعانه آنچه را که می‌خواهید، تقویت کردن در اولین فرصت، درباره‌ی تأثیرات یا نتایج مثبتی که از بدست آوردن خواسته‌ی خود داشته‌اید، ذهن آگاه بمانید بر روی آنچه که می‌خواهید و به دنبالش هستید، تمرکز کنید. حفظ اعتماد بنفس: تماس چشمی برقرار کرده و آن را حفظ کنید مذاکره و تمایل به بده بستان تمرین داده شد.
هفتم	آشنایی با ذهن خردگرا	در این جلسه مهارت‌های ذهن آگاهی ارائه شد: ذهن آگاهی (هشیاری فراگیر) سه گام برای رسیدن به ذهن خردگرا، مشاهده کردن، توصیف کردن، شرکت کردن (احساسات خود را به طور کامل تجربه کنید)
هشتم	آشنایی با محیط‌های اعتباریاب و اعتبارزدا	معنای اعتباربخشی چیست؟ چه چیزی را باید اعتبار ببخشیم؟ اصلاً چرا باید اعتباربخشی کنیم؟ و تمرین اعتباربخشی به دیگران و به خویشتن و همچنین تمریناتی در این مورد داده شد
نهم	آشنایی با تمرینات مقابله‌ای در مقابله با چالش‌ها	تمرینات مقابله‌ای انجام شد: حوزه‌ی موقعیتی: خانواده، کار و موقعیت اجتماعی، رویدادی را که اتفاق افتاده، در سه یا چهار جمله توصیف کنید، اتفاق بالا را چطور تعبیر و تفسیر می‌کنید؟ توصیف کنید که طی آن موقعیت چکار کردید، توصیف کنید که آن موقعیت چه نتیجه‌ای برای شما داشت (پیامد یا نتیجه‌ی واقعی)؟ دوست داشتید چه نتیجه‌ای داشته باشد (پیامد یا نتیجه‌ی دلخواه)؟ به چیزی که می‌خواستید، رسیدید؟ بله خیر، چرا؟
دهم	آشنایی با روش دیالکتیکی	معنای دیالکتیکی چیست؟ گام گذاشتن در راه میانه، برای دیدن یک موقعیت یا معنا دادن به آن، همیشه بیش از یک راه وجود دارد، تمام آدم‌ها توانایی‌های منحصر به فرد دارند، خیلی مهم است که دنیا را به صورت «سیاه-سفید»، و «همه-یا-هیچ» نبینیم و ...، و تمرین راه میانه (پذیرش + تغییر = راه میانه) انجام شد
یازدهم	مرور مباحث آموزش داده شده	در این جلسه جهت پایان دادن به جلسات به جمع‌بندی کوتاهی از جلسات قبل پرداخته شد و از آزمودنی‌ها خواسته شد که یادگیری‌های خود در طی جلسات را در زندگی روزمره خود بکار گیرند. اجرای پس‌آزمون

در تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. تحلیل‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ انجام شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی شرکت کنندگان ۳۷/۵۲ و ۹/۹۸ سال بود؛ ۶۰ درصد شرکت کنندگان متأهل بودند؛ ۵۳/۳ درصد از شرکت کنندگان دارای تحصیلات کارشناسی، ۲۶/۶ درصد دارای تحصیلات دیپلم یا کاردانی و ۲۰ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. بین دو گروه از نظر شاخص‌های جمعیت شناختی تفاوت معناداری وجود نداشت و گروه‌ها همگن بودند ($P>0/05$). شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بازداری هیجانی	آزمایش	۶/۵۳	۳/۲۹	۴/۸۰	۲/۶۵
	کنترل	۷/۰۶	۳/۲۸	۷/۲۰	۲/۷۳
کنترل پرخاشگری	آزمایش	۸/۹۳	۲/۴۶	۹/۹۳	۲/۰۱
	کنترل	۱۰/۱۳	۲/۲۹	۹/۹۳	۲/۲۵
نشخوار ذهنی	آزمایش	۷/۴۶	۲/۸۵	۶/۲۰	۲/۹۵
	کنترل	۸/۶۰	۲/۵۵	۸/۶۶	۲/۶۶
کنترل خوش‌خیم	آزمایش	۸/۵۳	۲/۵۳	۱۰/۴۰	۲/۰۲
	کنترل	۹/۲۶	۲/۱۸	۹/۴۰	۲/۱۳
سردرد	آزمایش	۵۰/۰۶	۱۱/۱۲	۳۴/۲۶	۱۳/۰۶
	کنترل	۵۱/۰۰	۱۱/۵۳	۴۵/۹۳	۱۴/۹۲
شدت درد	آزمایش	۴۸/۴۰	۷/۲۵	۳۷/۶۰	۶/۷۱
	کنترل	۴۷/۹۳	۷/۹۷	۴۴/۸۶	۹/۳۷

جدول ۲ نشان می‌دهد که در میانگین بازداری هیجانی، نشخوار ذهنی، سردرد و شدت درد در گروه آزمایش از پیش‌آزمون به پس‌آزمون میانگین‌ها کاهش یافته است.

در ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس بررسی شد. با توجه به عدم معنی‌داری آزمون شاپیرو ویلک عدم انحراف توزیع متغیرها از توزیع نرمال پذیرفته شد ($P>0/05$). همچنین همگن بودن واریانس خطای متغیرهای وابسته ($P>0/05$) و همگنی شیب رگرسیون ($P>0/05$) به تأیید رسید. سایر نتایج نشان داد که بین متغیر کمکی (پیش‌آزمون) با متغیر وابسته (پس‌آزمون) رابطه خطی معناداری وجود دارد ($P<0/05$). بر این اساس در ادامه از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس

متغیرها	میانگین مجزورات*	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی
بازداری هیجانی	۳۱/۳۱	۱۱/۶۲	۰/۰۰۲	۰/۳۰
کنترل پرخاشگری	۳/۳۳	۱/۱۹	۰/۲۸۵	۰/۰۴
نشخوار ذهنی	۱۹/۴۲	۴/۵۹	۰/۰۴۱	۰/۱۵
کنترل خوش‌خیم	۱۲/۶۴	۳/۶۹	۰/۰۶۵	۰/۱۲
سر درد	۸۷۵/۰۴	۹/۵۰	۰/۰۰۵	۰/۲۶
شدت درد	۴۰۲/۱۰	۵/۹۱	۰/۰۲۲	۰/۱۸

* از آنجا که درجات آزادی برابر با ۱ بود، تنها میانگین مجزورات گزارش شده است

جدول ۳ نشان دهنده آن است که تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی پس از حذف اثر پیش‌آزمون، بر بازداری هیجانی و نشخوار ذهنی (از مؤلفه‌های کنترل هیجانی) و همچنین بر سردرد و شدت درد در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار بوده است ($P < ۰/۰۵$). اندازه اثرات از ۰/۱۵ تا ۰/۳۰ در تغییر بود. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نیز نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی توانسته است بازداری هیجانی و نشخوار ذهنی و همچنین سردرد و شدت سردرد را در زنان با سردرد میگرنی کاهش دهد. اما بر مؤلفه‌های کنترل پرخاشگری و کنترل خوش‌خیم تأثیر معنی‌داری نداشته است ($P > ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کنترل هیجانی و شدت درد در زنان مبتلا به سردرد میگرنی انجام شد. نتایج نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند بازداری هیجانی و نشخوار ذهنی (از مؤلفه‌های کنترل هیجانی) را در زنان مبتلا به سردرد میگرنی کاهش دهد، اما بر مؤلفه‌های کنترل پرخاشگری و کنترل خوش‌خیم تأثیر معنی‌داری نداشت. این یافته به‌طور کلی با نظریه لینهان (۱۹۹۳) درخصوص تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و تحقیقاتی که اثربخشی این روش درمانی را بر اختلال شخصیت مرزی و تنظیم هیجان در این بیماران (آکسلورد و همکاران، ۲۰۱۱؛ لینهان و همکاران، ۲۰۱۵؛ سلطانی و همکاران، ۱۳۹۴) نشان داده‌اند، همسو است. همچنین با تحقیقاتی که اثربخشی این روش درمانی را در کاهش نشانه‌های اختلالات عاطفی و خلقی (افسردگی و اضطراب و سوء‌مصرف مواد) و تنظیم هیجان در این بیماران نشان داده‌اند (لینتون، ۲۰۱۰؛ نیسی و همکاران، ۲۰۱۴؛ ندیمی، ۱۳۹۴؛ رضایی اغوعی، ۱۳۹۹) همسو است.

یافته این پژوهش در خصوص اثربخشی رفتاردرمانی دلکتیکی در کاهش نشخوار بیماران مبتلا به میگرن با مطالعه رامایا و همکاران (۲۰۱۸)، دیگر و همکاران (۲۰۱۹) و کارتر و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. در این پژوهش‌ها اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به میگرن و اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش نشخوار فکری در مورد خودکشی (رامایا و همکاران، ۲۰۱۸؛ دیگر و همکاران، ۲۰۱۹) و کاهش نشخوار فکری مبتلایان به اختلال خوردن (کارتر و همکاران، ۲۰۲۰) نشان داده شده است. البته در تحقیقات قبلی اثربخشی رفتاردرمانی دلکتیکی در مورد بیماران مبتلا به میگرن مطالعه نشده است.

یافته این پژوهش درخصوص عدم تأثیر معنی‌دار رفتاردرمانی دیالکتیکی در کنترل پرخاشگری و کنترل خوش‌خیم در مبتلایان به سردرد میگرنی با یافته‌های پژوهش‌های قبلی که بر روی رفتارهای بیرونی‌سازی مثل کاهش خشم و پرخاشگری در کودکان قلدر (زیرکی و حسن، ۲۰۱۷)، کاهش خشم‌های انفجاری و رفتارهای تکانشی (زمانی و همکاران، ۱۳۹۳) یا کاهش تکانشگری در زنان مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد (آقایوسفی و همکاران، ۱۳۹۴) بررسی کرده‌اند، ناهمسو است. این امر احتمالاً به ماهیت اختلال برمی‌گردد. مطالعات بر روی سردردهای مزمن نشان داده است بیماران مبتلا به درد مزمن تمایل بیشتری برای مهار خشم نشان می‌دهند و این امر می‌تواند درد را افزایش دهد (تارانتینو و همکاران، ۲۰۱۳). در کل، حالات هیجانی منفی تأثیر زیادی روی درد دارد؛ هیجانات منفی درد را افزایش می‌دهند (گلایبی و همکاران، ۱۳۹۵).

طبق تعریف راجر و نجاریان (۱۹۸۹) کنترل پرخاشگری ممانعت از خصومت و هیجان منفی و کنترل خوش‌خیم، کنترل تکانشگری را شامل می‌شود. افراد دارای کنترل خوش‌خیم تکانه‌های آنی را تشخیص داده و در کنترل تکانشگری خوب عمل می‌کنند. مبتلایان سردرد میگرنی به جای ابراز خشم به سرکوبی و بازداری این هیجان

می‌پردازند، اکثر بیماران مبتلا به میگرن که سابقه اضطراب دارند با دوری کردن از احساسات و هیجانات، در نهایت باعث بروز سردرد می‌شوند (علیزاده‌فرد، ۲۰۱۹). از این رو می‌توان کاهش بازداری هیجانی را به‌عنوان شاخص مطلوبی از اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در این بیماران در نظر گرفت.

در تبیین اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کنترل هیجانی در بیماران دچار سردرد میگرنی می‌توان به ماهیت این بیماری و همچنین به مؤلفه‌های این روش درمانی اشاره کرد. مطالعات متعددی ارتباط بین علل روان‌شناختی و سردرد را نشان داده‌اند. براساس یافته‌های این مطالعات، درد بیماران می‌تواند به‌طور جدی از عوامل روان‌شناختی مانند توجه، هیجان، انتظارات و باورهای فرد بیمار تأثیر پذیرند (اطلس و همکاران، ۲۰۱۲). رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌طور ویژه مؤلفه‌های هیجانی را مورد توجه قرار می‌دهد و چهار مهارت اساسی تنظیم هیجان، تحمل پریشانی، ذهن‌آگاهی و کارآمدی بین فردی را به بیماران آموزش می‌دهد. همچنین کنترل فرد در ابراز عواطف مثبت، برخورداری از حس تعادل هیجانی و دارا بودن ویژگی‌هایی مانند پذیرش خود و دیگران، همگی در رفتاردرمانی دیالکتیکی مورد تأیید است، می‌تواند عوامل مؤثر در جهت بهبود کنترل هیجانی بیماران باشد (میلر و همکاران، ۲۰۰۶). البته هسته اصلی رفتاردرمانی دیالکتیکی تنظیم هیجان است (برکینگ و همکاران، ۲۰۰۸). تمرکز اولیه رفتاردرمانی دیالکتیکی این است که به مراجعان آموزش دهد تا پاسخ‌های هیجانی خود به رویدادها را تنظیم کنند (گروس، ۲۰۱۳). با آگاه نمودن بیماران مبتلا به سردرد میگرنی از هیجان‌اتشان و کمک به پذیرش و ابراز به موقع آن‌ها، می‌توان کنترل هیجانی و زیرمقیاس‌های آن (بازداری هیجانی، و نشخوار ذهنی) را کاهش داد. ناتوانی در به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان منجر به بروز هیجان‌ات منفی می‌شود که غیرقابل کنترل، شدید و مزمن بوده و آسیب‌پذیری روانی را به دنبال دارد (لیهی، ۲۰۱۱). این درمان به بیماران کمک می‌کند تا در برابر آشفتگی‌های روانی آگاه باشند و بتوانند بهترین راه‌حل را انتخاب و عملی کنند (مک‌کی و همکاران، ۲۰۱۹). آموزش تنظیم هیجان به معنی کاهش و کنترل هیجان‌ات منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجان‌ات است. تنظیم هیجان نقش مهمی در سازگاری ما با وقایع استرس‌زای زندگی دارد. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند ظرفیت افراد در تنظیم مؤثر هیجان‌ها بر شادمانی روانشناختی، جسمانی و بین فردی تأثیر می‌گذارد (گروس، ۲۰۰۲).

یافته دیگر این پژوهش به اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش سردرد و همچنین کاهش شدت سردرد مربوط می‌شود. اما درخصوص اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش سردرد در بیماران مبتلا به میگرن مطالعه‌ای یافت نشد. البته مطالعه امینی فسخودی و همکاران (۱۳۹۵) اثر کارایی رفتاردرمانی دیالکتیکی را در کاهش فاجعه‌آمیز کردن درد در بیماران دارای درد مزمن عضلانی-اسکلتی نتایج نشان داده است. این یافته با مطالعاتی که از درمان شناختی رفتاری یا درمان‌های موج سوم برای کاهش درد استفاده کرده‌اند، همسو است. برای مثال، در پژوهش‌های قبلی اثربخشی درمان شناختی رفتاری (صدوقی و گودرز، ۱۳۸۸)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (اسمعیلی و همکاران، ۱۳۹۹)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (قرایی اردکانی و همکاران، ۱۳۹۱)، و درمان متمرکز بر شفقت (صادقی و همکاران، ۱۴۰۳) در کاهش سردرد تنشی مزمن، یا کاهش شدت درد در بیماران مبتلا به میگرن نشان داده شده است. در تبیین این یافته می‌توان به اثر تکنیک‌های تنظیم هیجان و کنترل هیجان رفتاردرمانی دیالکتیکی (صادقی و همکاران، ۱۴۰۳) در کاهش شدت سردردها و همچنین به نقش ذهن‌آگاهی بر افزایش تاب‌آوری و کاهش شدت درد در بیماران مبتلا به میگرن (اسمعیلی و همکاران، ۱۳۹۹) اشاره کرد. درحقیقت، این درمان با توجه به مکانیزم‌های تنظیم هیجان می‌تواند درد را در بیماران مبتلا به میگرن کاهش دهد. حالت هیجانی تأثیر زیادی روی درد دارد؛ هیجان‌ات منفی درد را افزایش و هیجان‌ات مثبت درد را کاهش می‌دهد (گلایبی و

همکاران، ۱۳۹۵). اثرات تنظیم هیجان در درد تا حدی از طریق مسیرهای نزولی تنظیم درد صورت می‌گیرد. برای مثال، هیجان‌ها دامنه‌گیرنده‌های رفلکسی نخاعی را تنظیم می‌کنند، چنان‌که هیجان‌های خوشایند منجر به بازداری این گیرنده‌ها و کاهش شدت درد، و هیجان‌های ناخوشایند منجر به افزایش فعالیت این گیرنده‌ها و افزایش شدت درد می‌شوند (رادی و همکاران، ۲۰۰۵). یک‌سری راهبردهای تنظیم هیجان مانند حواس‌پرتی، ارزیابی مجدد شناختی، کناره‌گیری (اجتناب) و خودپاداش‌دهی به کنار آمدن افراد با درد کمک می‌کنند (لینتون، ۲۰۱۳). رفتاردرمانی دیالکتیکی کمک می‌کند افراد مبتلا به سردرد از طریق تنظیم هیجان‌های خود به واسطه ارتباط بین درد و هیجان بتوانند از سوگیری در پردازش اطلاعات که منجر به تجربه هیجان‌های منفی می‌شود، جلوگیری کنند و به صورت کارآمدتر با بیماری خود سازگار شوند. همچنین ظرفیت افراد برای خودتنظیمی هیجان‌هایشان ممکن است عامل کلیدی در تحمل درد باشد که به واسطه آن افراد می‌توانند تجربه درد را از واکنش‌های هیجانی درد جدا کنند.

افراد مبتلا به میگرن با استرس بیشتری نسبت به افراد بدون سردرد روبه‌رو می‌شوند. از آنجا که نمی‌توان استرس‌های روزمره را از زندگی حذف کرد، اما به نظر می‌رسد حساسیت بیش از حد در برابر استرس روزمره را می‌توان از زندگی حذف کرد. کاهش پاسخ‌دهی بیماران به استرس از طریق روش‌های مختلف خودتسکین‌دهی میسر می‌شود. از جمله اساسی‌ترین تکنیک‌های تحمل پریشانی تمرکز رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تکنیک‌های خودتسکین‌دهی است و از این طریق بر کاهش استرس مؤثر واقع می‌شود. تکنیک‌های خودتسکین‌دهی مثل تمرینات آرمیدگی، پس‌خوراند زیستی، حالت هیجانی مثبت، و محرک‌های انحرافی مانند موسیقی، می‌توانند تا ۴۰ درصد آستانه درد را پایین بیاورند (رجبی و عطاری، ۱۳۸۱). وان‌دیجیک و همکاران (۲۰۱۳) از طریق بررسی تصاویر مغزی، نشان دادند انجام تمرینات ذهن‌آگاهی، از مؤلفه‌های رفتار درمانی دیالکتیکی، می‌تواند با افزایش فعالیت بخش پیشانی مغز و کاستن از فعالیت پایه مغز، آسیب‌پذیری زیستی نسبت به محرک‌های هیجانی منفی را کاهش می‌دهد. از این‌رو می‌توان نتیجه گرفت، رفتاردرمانی دیالکتیکی ممکن است از طریق اجتناب از عوامل آغازگر میگرن با فواید پیش‌گیرانه قابل ملاحظه همراه باشد. هرچند بعید است که این اقدامات از تمام حملات میگرن پیشگیری کنند و در این مورد روش‌های دارویی برای از بین بردن حمله ضرورت پیدا می‌کنند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از نمونه‌های داوطلب اشاره کرد. در این پژوهش در روال مرسوم درمان دارویی افراد دستکاری صورت نگرفت، لذا جداسازی تأثیر درمان دارویی از رفتاردرمانی دیالکتیکی امکان‌پذیر نبود. همچنین نمونه این پژوهش منحصر به زنان بود، همچنین امکان انتخاب نمونه همگن از نظر شدت میگرن (خفیف، حاد و مزمن) و فراوانی حملات میگرن و امکان کنترل متغیرهای احتمالی اثرگذار بر سردرد میگرنی وجود نداشت. در این مطالعه همچنین دوره پیگیری وجود نداشت تا بتوان درخصوص پایداری نتایج اظهار نظر کرد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این موارد لحاظ گردد. همچنین به نظر می‌رسد نتیجه درمان انفرادی با گروهی نیز متفاوت باشد.

به طور کلی، توجه به مداخلات روان‌شناختی در حل مشکلات بیماران مبتلا به میگرن و از آن جمله رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند برای روان‌شناسان بالینی، مشاوران و روان‌پزشکان مفید واقع شود. نتایج این پژوهش برای افراد بیمار و خانواده‌های آنها مورد استفاده خواهد بود. همه این درمان‌های غیر دارویی، که اغلب برای تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی و خودتسکین‌دهی و ذهن‌آگاهی مورد استفاده قرار می‌گیرند، به طور چشمگیری برای افزایش مدیریت میگرن و درد استفاده می‌شوند (داهلک و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین پیشنهاد می‌شود رفتاردرمانی

دیالکتیکی در کنار دارودرمانی و به‌عنوان مکمل درمان‌های پزشکی برای مبتلایان به میگرن مورد استفاده قرار گیرد تا بتواند با کنترل هیجان، به کاهش سردردها و کاهش شدت درد میگرن بیماران کمک کند. البته همان‌طوری‌که کرمر و اتکینسون (۱۹۸۱) پیشنهاد کرده‌اند این درمان‌های روان‌شناختی می‌تواند پیش‌نیاز و مقدم بر درمان‌های جسمانی درد مزمن باشند.

ملاحظات اخلاقی

شرکت‌کننده‌های پژوهش با رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت کردند. به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات‌شان محرمانه باقی خواهد ماند و روال مرسوم دارودرمانی آن‌ها قطع نشد.

حمایت مالی و سپاسگزاری

این پژوهش بدون دریافت حمایت مالی انجام شد. نویسندگان از همه زنان شرکت‌کننده در پژوهش کمال سپاس و قدردانی را دارند.

تعارض منافع

در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- ابراهیمی‌نژاد، غلامرضا، ابراهیمی‌نژاد، علی، کهن، سمین، و بهرام‌پور، عباس. (۱۳۸۳). استفاده از پرسشنامهٔ مک‌گیل در ارزیابی درد در بیماران قبل و بعد از جراحی مغز و اعصاب (ضایعات ضربه مغزی) در بیمارستان شهید باهنر کرمان. *مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۳(۱۱)، ۱۱۹-۱۲۵. URL: https://jkmu.kmu.ac.ir/article_32760.html
- اسمعیلی، نازیلا، عسکری، پرویز، سراج خرمی، ناصر، و بختیارپور، سعید. (۱۳۹۹). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) بر افزایش تاب‌آوری و کاهش شدت درد در بیماران مبتلا به میگرن. *مجلهٔ دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۳(۶۳)، ۲۳۵۰-۲۳۵۸. <https://doi.org/10.22038/mjms.2020.16926>
- امینی فسخودی، مریم، محمود علیلو، مجید، طهماسیان، کارینه، و بخشی‌پور رودسری، عباس. (۱۳۹۵). کارایی تکنیک‌های مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش فاجعه آمیز کردن درد در بیماران با سبک دلبستگی دلمشغولی دارای درد مزمن عضلانی-اسکلتی. *بیهوشی و درد*، ۴(۷)، ۱۳-۱. URL: <http://jap.iums.ac.ir/article-1-5239-fa.html>
- آقایوسفی، علیرضا، ترخان، مرتضی، و قربانی، طاهره. (۱۳۹۴). تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش تکانشگری در زنان مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد. *نشریه اعتیادپژوهی*، ۳۴(۹)، ۷۹-۹۷. URL: <http://etiadpajohi.ir/article-1-801-fa.html>
- خسروی، مهنوش، صدیقی، صنمیر، مرادی علمداری، شقایق، و زنده‌دل، کاظم. (۱۳۹۲). پرسشنامه فارسی درد مک‌گیل؛ ترجمه، انطباق و پایایی در بیماران مبتلا به سرطان: گزارش کوتاه. *مجلهٔ دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۷۱(۱)، ۵۸-۵۳. URL: <https://tumj.tums.ac.ir/article-1-38-en.pdf>
- دل‌چی، فرشته، مرادی، فاطمه، مدرس موسوی، سیدمصطفی، و کریم‌زاده، فریا. (۱۳۹۷). مروری بر نشانگرهای زیستی ساختاری و متابولیتی در میگرن. *علوم اعصاب شفای خاتم*، ۷(۱)، ۷۶-۶۳. <http://dx.doi.org/10.29252/shefa.7.1.63>
- رجبی، غلامرضا، و عطاری، یوسفعلی. (۱۳۸۱). روانشناسی درد: سبب‌شناسی، ارزیابی و درمان. *فصلنامهٔ تازه‌های روان‌درمانی*، ۷(۲۶)-۲۵. URL: <https://ensani.ir/fa/article/24203>

- رضایی اغوعی، اکرم. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان به روش شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به میگرن. فصلنامه روانشناسی و علوم رفتاری/ایران، ۲۳(۱)، ۱۷-۲۶. URL: <https://www.psyj.ir/afile/php8ChlpF.pdf>
- زمانی، نرگس،، فرهادی، مهران،، جمیلیان، حمیدرضا، و حبیبی، مجتبی. (۱۳۹۳). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی با تکیه بر مؤلفه‌های تحمل‌پیشانی و نظم‌بخشی هیجانی بر رفتارهای تکانشی و خشم انفجاری. دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۷(۱۱)، ۵۳-۶۱. URL: <https://www.magiran.com/paper/1364649>
- سلطانی، زیبا،، علی‌پور، گیتا،، قاسمی جوبنه، رضا، و سلیمی، هادی. (۱۳۹۴). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شهرکرد. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۳(۲۶)، ۴۷-۵۵. URL: <http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-3844-fa.html>
- شیرزادی، افسانه،، مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز، و حقیقی، جمال. (۱۳۸۱). بررسی رابطه ساده و چندگانه متغیرهای کمال‌گرایی، اضطراب صفت - حالت و افسردگی با سردرد میگرن در دانشجویان. دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۹(۲)، ۱۰۹-۱۲۶. URL: <http://dx.doi.org/10.22055/psy.2002.16483>
- صادقی، بیت‌اله،، اسبقی، بهزاد، و اسمحانی اکبری‌نژاد، هادی. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شدت درد و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به میگرن. بیهوشی و درد، ۱۵(۲)، ۲۴-۳۴. URL: <http://jap.iuims.ac.ir/article-1-5758-fa.html>
- صادقی، علی،، جلالی، مریم، و توکلی بنیزی، علی. (۱۴۰۴). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی مردان مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک. نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، ۲(۲)، ۱۵-۱. URL: <http://doi.org/10.22034/rip.2024.471720.1052>
- صدوقی، مجید، و عکاشه، گودرز. (۱۳۸۸). اثربخشی روش درمان شناختی رفتاری در کاهش سردرد تنشی مزمن. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۱۱(۳)، ۸۵-۹۲. URL: <https://www.sid.ir/paper/58092/fa>
- قرایی اردکانی، شایسته،، آزاد فلاح، پرویز، و تولایی، سیدعباس (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد درمانی در کاهش شدت تجربه درد در اختلال درد در زنان مبتلا به اختلال سردرد مزمن، روان‌شناسی بالینی، ۳(۴)، ۳۹-۵۰. URL: <http://dx.doi.org/10.22075/jcp.2017.2087>
- گلایی، نازنین،، عبداللهی، محمدحسین، و شاهقلیان، مهناز. (۱۳۹۵). رابطه تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی با مدیریت درد در افراد دچار سردرد مزمن. روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۱۴(۱)، ۶۱-۷۰. URL: <http://dx.doi.org/10.22070/14.1.61>
- مظاهری، محمدعلی،، برجلی، احمد،، احدی، حسن، و گلشنی، فاطمه. (۱۳۸۹). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان اختلال شخصیت مرزی. تحقیقات روان‌شناختی، ۲(۵)، ۱-۲۵. URL: <https://www.sid.ir/paper/207956/fa>
- نجاریان، بهمن. (۱۳۷۶). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه‌ای برای سنجش علائم سردرد میگرن در دانشجویان. دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۴(۲)، ۳۰-۴۳. URL: <http://dx.doi.org/10.22055/psy.1997.16502>
- ندیمی، محسن. (۱۳۹۴). اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی در افزایش تحمل آشفتگی و بهبود تنظیم هیجانی سوء مصرف کنندگان مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهشی، ۳۶(۹)، ۱۴۱-۱۶۰. URL: <http://etiadpajohi.ir/article-1-39-fa.html>

References

- Abel, H., (2009). Migraine headaches: Diagnosis and management. *Optometry Journal of the American Optometric Association*, 80, 138-148. URL: <https://doi.org/10.1016/j.optm.2008.06.008>
- Aghayousefi, A., Tarkhan, M., & Ghorbani, T. (2015). The Impact of Dialectic Behavior Therapy on the Reduction of Impulsiveness in Women with Comorbidity of Borderline Personality Disorder and Substance Abuse. *Research on Addiction*, 9(34), 79-97 (In Persian). URL: <http://etiadpajohi.ir/article-1-801-fa.html>
- Ailani, J., Burch, R. C., Robbins, M. S., & Board of Directors of the American Headache Society. (2021). The American Headache Society Consensus statement: Update on integrating new migraine treatments into clinical practice. *Headache: The journal of Head and Face Pain*, 61(7), 1021-1039. URL: <https://doi.org/10.1111/head.14153>
- Alizadehfard, D. (2019). The effectiveness of dialectical Behavior Therapy on Depression, Stress, anxiety and symptoms of migraine. *International Journal of Psychology (IPA)*, 13(2), 229-257. URL: <http://ijpb.ir/article-1-277-fa.html>
- Aminifaskhodi, M., MahmoodAlilou, M., Tahmassian, K., & Bakhspourroudsari, A. (2017). Efficacy valuation of Dialectical Behavior Therapy Techniques in Reducing Pain Catastrophizing of Patients with

- preoccupied attachment style with Musculoskeletal Chronic Pain. *Anesthesiology and Pain*, 7(4), 1-13 (In Persian). URL: <http://jap.iuums.ac.ir/article-1-5239-en.html>
- Ashina, M. (2020). Migraine. *The New England Journal of Medicine*, 383, 1866-76. <https://doi/full/10.1056/NEJMr1915327>
- Ashina, M., Terwindt, G. M., Al-Karaghali, M. A. M., De Boer, I., Lee, M. J., Hay, D. L., ... & Goadsby, P. J. (2021). Migraine: disease characterisation, biomarkers, and precision medicine. *The Lancet*, 397(10283), 1496-1504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32162-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32162-0)
- Atlas, L. Y., & Wager, T. D. (2012). How expectations shape pain. *Neuroscience Letters*, 520(2), 140-148. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2012.03.039>
- Axelord, S. R., Francheska, P., Holtzman, K., & Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(1), 37-42. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.535582>
- Breking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dipple, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation Skills as a treatment target in psychotherapy. *Behavior Research and Therapy*, 46(11), 1230-1237. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.005>
- Bushnell, M. C., Čeko, M., & Low, L. A. (2013). Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(7), 502-511. <https://doi.org/10.1038/nrn3516>
- Carter, J. C., Kenny, T. E., Singleton, C., Van Wijk, M., & Heath, O. (2020). Dialectical behavior therapy Self-help for binge-eating disorder: A randomized Controlled Study. *International Journal of Eating Disorders*, 53(3), 451-460. <https://doi.org/10.1002/eat.23208>
- Chan, J. K., & Consedine, N. S. (2014). Negative affectivity, emotion regulation, and probable migraine: A New Zealand case-control study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(5), 851-860. <http://dx.doi.org/10.1007/s12529-013-9370-6>
- Dahlke, L. A-M., Sable, J. J., & Andraskik, F. (2017). Behavioral therapy: emotion and pain, a common anatomical background. *Neurological Sciences*, 38(1), 157-161. <http://doi.org/10.1007/s10072-017-2928-3>
- Dalouchi, F., Moradi, F., Modarres Mousavi, M., & Karimzadeh, F. (2019). A Review on the Structural and Metabolic Biomarkers in Migraine. *Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*, 7(1), 63-76 (In Persian). <http://dx.doi.org/10.29252/shefa.7.1.63>
- Decker, S. E., Adams, L., Watkins, L. E., Sippel, L. M., Presnall-Shvorin, J., Sofuglu, M., & Martinos, S. (2019). Feasibility and preliminary efficacy of dialectical behavior therapy skills group for veterans with Suicidal ideation: pilot. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 47(5), 616-612. <https://doi.org/10.1017/S1352465819000122>
- Ebrahimi-Nejad, G., Ebrahimi-Nejad, A., Kohan, S., & Bahrampour, A. (2004). The Evaluation of Pain in Neurosurgical Patients before and after Operation in Kerman Shahid Bahonar Hospital according to the McGill Pain Questionnaire. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*, 11(2), 119-125 (In Persian). URL: https://jkmu.kmu.ac.ir/article_32760.html
- Esmaili, N., Askary P., Saraj Khorami, N., & Bakhtiarpour, S. (2020). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Increasing Resilience and Reducing Headache in Migraine Patients. *Medical Journal of Mashad University of Medical Sciences*, 63(3), 2350-2358 (In Persian). <https://doi.org/10.22038/mjms.2020.16926>
- Gharaie-Ardekani, Sh., Azad-Fallah, P., & Tavallaie A. (2012). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Pain Experience in Women with Chronic Pain. *Journal of Clinical Psychology*, 4(2), 39-50 (In Persian). <http://dx.doi.org/10.22075/jcp.2017.2087>
- Golabi, N., Abdollahi, M., & Shahgholian, M. (2013). The relationship between Emotion Regulation and Metacognitive Beliefs Regarding Pain Management in Patient with Chronic Headache. *Journal of Clinical Psychology & Personality*, 14(1), 61-70 (In Persian). <http://dx.doi.org/10.22070/14.1.61>
- Goleman, D., Richard, E., & Boyatzis, A. M. (2014). *Primal Leadership: learning to lead with emotional intelligence*. Harvard business school press. URL: <https://shortlink.uk/1q-l3>
- Gribbin, C. L., Dani, K. A., & Tyagi, A. (2021). Chronic migraine: An update on diagnosis and Management. *Neurology India*, 69(7), S67-S75. <https://doi.org/10.4103/0028-3886.315972>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>
- Gross, J. J. (ED). (2013). *Handbook emotion regulation*. Guilford publications. URL: https://www.researchgate.net/publication/285501515_Handbook_of_emotion_regulation

- Hansen, J. M., Lipton, R. B., Dodick, D. W., Silberstein, S. D., Saper, J. R., Aurora, S. k., Goadsby, P. J., & Charles, A. (2012). Migrain headache is present in the aura phase: a prospective study. *Neurology*, 79(20), 2044-2049. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3182749eed>
- Khosravi, M., Sadighi, S., Moradi, S., & Zendehtel, K. (2013). Persian-McGill pain questionnaire; translation, adaptation and reliability in cancer patients: a brief report. *Tehran University Medical Journal*, 71(1), 53-58 (In Persian). URL: <https://tumj.tums.ac.ir/article-1-38-en.pdf>
- Kremer, E., Atkinson, J. H. (1981). Pain measurment: construct validity of the affective dimension of the McGill Pain Questionnarire with chronic benign pain patients. *Pain*, 11, 93-100. <https://doi.org/10.1016/0304-3959%2881%2990142-1>
- Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford press. URL: <https://cir.nii.ac.jp/crid/1970023484936007051>
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press. URL: <https://cir.nii.ac.jp/crid/1370285712546837890>
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A.D. ... & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high Suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA psychiatry*, 72(5), 475-482. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>
- Linton, S. J. (2010). Applying dialectical behavior therapy to chronic pain: a Case study. *Scandinavian Journal of Pain*, 1(1), 50-54. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2009.09.005>
- Linton, S. J. (2013). A Transdiagnostic approach to pain and emotion. *Journal of Applied biobehavioral Research*, 18(2), 82-103. <https://doi.org/10.1111/jabr.12007>
- Lipton, R. B., Schwedt, T. J., & Fridman, B. W. GBD 2015 Disease and injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2016). Global, regional, and national Incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and Injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 388 (10053), 1545-1602. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31678-6)
- Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszucz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., Schubiner, H., & Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of Recent research. *Journal of Clinical Psychology*, 67(9), 942-968. <https://doi.org/10.1002/jclp.20816>
- Mazaheri, M., Borjali, A., Ahadi, H., & GolShani, F. (2010). Effectiveness of dialectical behavior therapy in borderline personality disorder. *Journal of Psychological Researches*, 2(5), 1-25 (In Persian). URL: <https://www.sid.ir/paper/207956/en>
- McKay, M. Wood, J. C., & Brantley, J. (2019). *The Dialectical Behavioral Therapy Techniques*. New Harbinger Publications, Inc. URL: <https://cursosdepsicologia.com.ar/wp-content/uploads/2021/05/THEDIA1.pdf>
- May, J. M., Richardi, T. M., & Barth, K. S. (2016). Dialectical behavior therapy as Treatment for borderline personality disorder. *Mental Health Clinician*, 6(2), 62-67. <https://doi.org/10.9740/mhc.2016.03.62>
- Melzack, R., Torgerson. W. S. (1971). On the language of pain. *Anesthesiology*, 34(1), 50-59. <https://doi.org/10.1097/00000542-197101000-00017>
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press. URL: <https://cir.nii.ac.jp/crid/1970304959876822304>
- Nadimi M. (2016). On the Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy in the Enhancement of Distress Tolerance and Emotional Regulation in Substance Abusers. *Journal of Research on Addiction*, 9(36), 141-160 (In Persian). URL: <http://etiadpajohi.ir/article-1-39-fa.html>
- Najarian, B. (1997). Construction and validation of a questionnaire for measuring symptoms of migraine. *Psychological Acheivements*, 4(2), 30-43 (In Persian). <http://dx.doi.org/10.22055/psy.1997.16502>
- Neacsi, A. D., Eberhe, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy Skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A Pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 40-51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.005>
- Norman-Nott, N., Hesam-Shariati, N., Wilks, C. R., Schroeder, J., Suh, J., Briggs, N. E., McAuley, J. H., Quidé, Y., & Gustin, S. M., (2023). Internet-Delivered Dialectical Behavioral Therapy Skills Training for Chronic Pain: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 12, e41890. <http://dx.doi.org/10.2196/41890>
- Pakalnis, A., Butz, C., Splaingard, D., Krmg, D., & Fong, J. (2007). Emotional problems and prevalence of medication overusse in pediatric chronic daily headache. *Journal of Child Neurology*, 22(12), 1356-1359. <https://doi.org/10.1177/0883073807307090>
- Rajabi, G., & Attari, Y. (2002). Psychology of pain: etiology, assement and treatment. *Psychotherapy News*, 7(25-26), 70-95 (In Persian). URL: <https://ensani.ir/fa/article/24203>

- Ramaiya, M. k., Mclean, C., Regmi, U., Firillo, D., Robins, C. J., & Kohrt, B. A. (2018). A dialectical behavior therapy skills intervention for women with suicidal behaviors in rural Nepal: A single-case experimental design series. *Journal of Clinical Psychology*, 74(7), 1071-1091. <https://doi.org/10.1002/jclp.22588>
- Rao, P. M., & Ailani, J. (2017). Diagnosis and Treatment of Migraine. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 24 (11), 516-526. URL: <https://shortlink.uk/1q-kg>
- Rezaei Aghuei, A. (2020). Effectiveness of cognitive behavioral therapy on emotion regulation in migraine patients. *Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 23(1), 17-26 (In Persian). URL: <https://www.psyj.ir/afile/php8ChlpF.pdf>
- Roger, D., & Neshoever, W. (1987). The construction and preliminary validation of a scale for measuring emotion control. *Personality and Individual Differences*, 8(4), 527-534. <https://doi.org/10.1016/0191-8869%2887%2990215-7>
- Roger, D., & Najarian, B. (1989). The construction and validation of a New Scale for measuring emotion control. *Personality and Individual Differences*, 10(8), 845-853. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(89\)90020-2](https://doi.org/10.1016/0191-8869(89)90020-2)
- Rudy, J. L., Williams, A. E., Maccabe, K., & Rambo, P. (2005). Affective modulation of nociception at spinal and Levels. *Psychology Biology*, 42(5), 579-587. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-8986.2005.00313.x>
- Sadeghi, A., Jalali, M., & Tavakoli Benizi, A. (2025). Effectiveness of dialectical behavior therapy on emotional regulation and cognitive flexibility in men with type 1 bipolar disorder. *Recent Innovation in Psychology*, 2(2), 1-15 (In Persian). <http://doi.org/10.22034/rip.2024.471720.1052>
- Sadeghi, B., Asbaghi, B., & Smkhani Akbarinejad, H. (2024). Effectiveness of Compassion-focused Therapy on Intensity Pain and Psychological Health of Women with Migraine. *Journal of Anesthesiology and Pain*, 15(2), 24-34 (In Persian). URL: <http://jap.iuums.ac.ir/article-1-5758-fa.html>
- Sadoughi, M., & Akkashe, G. (2009). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on reduction of chronic tension headache. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*, 11(3), 85-92 (In Persian). URL: <https://www.sid.ir/paper/58092/en>
- Shirzadi Bestoni, A. Mehrabizadeh Honarmand, M. & Haghighi, J. (2002). A Study of Simple and Multiple Relationship Between Perfectionism, Trait-State Anxiety and Depression with Migraine Headache in Students of Islamic Azad University of Ahvaz. *Psychological Achievements*, 9(2), 109-126 (In Persian). <http://dx.doi.org/10.22055/psy.2002.16483>
- Soltani, Z., Alipour, G., Ghasemi Jobaneh, R., & Salimi, H. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy on Emotion Regulation and Quality of Life among Women with Borderline Personality Disorder in Shahr-e-Kord, Iran, in 2015. *Journal of Ilam University Medical Sciences*, 26(3), 47-55 (In Persian). URL: <http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-3844-en.html>
- Steiner, T. J., Stovner, L. J., Vos, T., Jensen, R., & Katsarava, Z. (2018). Migraine is First cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice? *The Journal of Headache and Pain*, 19:17. <https://doi.org/10.1186/s10194-018-0846-2>
- Talarska, D., Zgorzalewicz-Stachowiak, M., Michalak, M., Czajkowska, A., & Hudaś, K. (2014). Functioning of women with migraine headaches. *The Scientific World Journal*, 1, 492350. <https://doi.org/10.1155/2014/492350>
- Tarantino, S., De Ranieri, C., Dionisi, C., Citti, M., Capuano, A., Galliii, F., Guidetti, V., Vigeveno, F., Gentile, S., Presaghi, F., & Valeriani, M. (2013). Clinical features, anger management and anxiety: a possible correlation in migraine children. *The Journal of Headache and Pain*, 14(39), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1129-2377-14-39>
- Thompson, R. J., Dizen, M., & Berenbam, H. (2009). The unique relations between emotional awareness and facets of affective instability, *Journal of Research in Personality*, 43(5), 857-859. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.07.006>
- Van Dijik, S. Jeffrey, J. & Katz, M. (2013). A randomized, Controlled, Pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 145(35), 386-393. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.054>
- Zamani, N., Farhadi, M., Jamilian, H., & Habibi, M. (2015). Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core distress tolerance and emotion regulation components) on Expulsive Anger and Impulsive Behaviors. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 17(11), 53-61 (In Persian). URL: <https://www.magiran.com/paper/1364649>
- Ziraki, F.P., & Hassan, T. (2017). Investigating the effectiveness of dialectical behavior therapy in clinical symptoms, anger Control and emotional regulation of bully children. *International Journal of Clinical Medicine*, 8(4), 277-292. <http://dx.doi.org/10.4236/ijcm.2017.84027>