

مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی شناختی بر اجتناب تجربی و همجوشی شناختی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی

انسیسه الفونه، مهدی ایمانی*، مهدی رضا سرافراز

گروه روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۱۱/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۴/۱۱

چکیده:

زمینه و هدف: میگرن یک اختلال سردرد عمده، رایج و ناتوان کننده است که ۱۰ تا ۲۰ درصد از افراد جامعه، به خصوص افرادی که در سن کار هستند، از آن رنج می برند و یکی از ۲۰ ناتوان کننده ترین بیماری های جهانی است. هدف از این پژوهش تعیین و مقایسه میزان اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی شناختی بر اجتناب تجربی و همجوشی شناختی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی بود.

روش بررسی: این یک مطالعه نیمه تجربی می باشد، که در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه آماری پژوهش را ۳۰ نفر بیمار مبتلا به سردرد میگرنی تشکیل می دادند که از طریق نمونه گیری هدفمند انتخاب و پس از احراز شرایط ورود و خروج پژوهش به صورت تصادفی در سه گروه: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتار درمانی شناختی و کنترل تخصیص داده شدند. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه های میگرن اهواز نجاریان، پذیرش و عمل - نسخه دوم (AAQ-II) و ناهم آمیزی شناختی گیلاندرز و همکاران استفاده شد. نمره های به دست آمده از ارزیابی ها در سه مرحله (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) به کمک آزمون های آماری آنالیز واریانس یک طرفه (آنووا)، لوین و تعقیبی توکی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج بیانگر تأثیرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربی و هم آمیزی شناختی در دو سطح کوتاه مدت ($p < 0/05$) و بلندمدت ($p < 0/05$) و تأثیرگذاری رفتار درمانی شناختی بر هم آمیزی شناختی در سطح کوتاه مدت ($p < 0/05$) و عدم تأثیرگذاری رفتار درمانی شناختی بر اجتناب تجربی در دو سطح کوتاه مدت ($p < 0/05$) و بلندمدت ($p < 0/05$) و هم آمیزی شناختی در سطح بلند مدت ($p < 0/05$) معنی دار می باشد. همچنین در خصوص مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی شناختی، یافته ها بیانگر تفاوت معنی دار این دو روش درمانی بر کاهش اجتناب تجربی در دو سطح کوتاه مدت ($p < 0/05$) و بلندمدت ($p < 0/05$) و هم آمیزی شناختی در سطح کوتاه مدت ($p < 0/05$) و بلندمدت ($p < 0/05$) بود.

نتیجه گیری: با توجه به عدم وجود درمان دارویی قطعی برای مبتلایان به سردرد میگرنی و این که هنگام عود سردرد در این بیماران ابعاد مختلف زندگی آنها تحت الشعاع قرار می گیرد، بهتر است این بیماران دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بگذرانند تا بتوانند هنگام عود سردرد، همچنان روند عادی زندگی خود را به شکل مطلوبی طی کرده و کیفیت زندگیشان تحت تأثیر نامطلوب سردرد قرار نگیرد.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتار درمانی شناختی، اجتناب تجربی، هم آمیزی شناختی، میگرن

*نویسنده مسئول: مهدی ایمانی، شیراز، دانشگاه شیراز، گروه روانشناسی

Email: Dr.mahdiimani@gmail.com

مقدمه

سردرد را در کنار درمان‌های دارویی برای سردرد توصیه کنند (۵). هافمن و همکاران دریافته‌اند که درمان‌های ترکیبی که یکی از مؤلفه‌های آنها مبتنی بر مداخلات روانشناختی بوده است، به مراتب اثرات کوتاه مدت و بلند مدت بیشتری بر درد و بهبود کارکرد روزانه و شغلی افراد دارد (۶).

مداخله‌های شناختی رفتاری با هدف قرار دادن عوامل زیستی، روانی و اجتماعی مانند ترس و صدمه از آسیب، خودکارآمدی پایین برای مدیریت درد، فاجعه‌نمایی و پاسخ‌های رفتاری مرتبط مانند اجتناب از فعالیت، اشتغال به فعالیت خیلی زیاد یا برعکس کم تحرکی به طور متناوب و گوش به زنگی بیش از حد نسبت به حس‌های بدنی که در پدیدایی و تحول سردرد مزمن و ناتوانی متعاقب آن نقش دارند، مؤثر واقع می‌شوند (۷). منطق کلی کاربرد شیوه‌های شناختی رفتاری عبارت است از مشاهده شیوه مقابله افراد با استرس‌های زندگی روزمره که می‌تواند راه‌انداز، تشدیدکننده، یا تداوم بخش حملات سردرد باشد و بر ناتوانی و آشفتگی همراه با سردرد بیفزاید و تغییر نگرش و شناخت بیمار درباره رویدادهای زندگی و استرس‌های ناشی از آن را پیشنهاد می‌دهد. بنابراین درمانگر با آموزش مهارت‌هایی در زمینه کنترل استرس، مقابله مؤثر با درد و روش‌های رویارویی مؤثرتر با موقعیت‌های مشکل‌آفرین، به تقویت حس خودکارآمدی بیمار می‌پردازد (۸).

هم‌چنین کوق و همکاران نشان دادند که

میگرن یک اختلال سردرد عصبی-زیست شناختی بسیار شایع و گهگاهی است که در اثر افزایش تحریک‌پذیری دستگاه عصبی مرکزی ایجاد می‌شود و با علائم مختلف نورولوژیکی، گوارشی و تغییرات سیستم عصبی خودکار مشخص می‌شود (۱).

این سردرد، از نوع سردردهای مکرر، ضربان‌دار، یک‌طرفه و در ناحیه پیشانی-گیجگاهی هستند و با بی‌اشتهایی، تهوع و استفراغ همراه است. درد میگرن نبض‌دار و به حدی شدید است که عملکرد فرد را مختل می‌کند (۲).

بر اساس تخمین‌ها ۱۵ درصد از مردم جهان مبتلا به سردرد میگرنی که کیفیت زندگی آنها به شدت تحت تأثیر این بیماری قرار گرفته است (۳).

به دلیل اثرات ناخواسته سردرد بر زندگی روانشناختی بیمار و نقش استرس در راه‌اندازی و تشدید سردردها، از اواخر دهه ۱۹۷۰ درمان‌های روانشناختی در زمینه سردرد مورد توجه قرار گرفته است (۴) و در طول سه دهه گذشته شواهد قابل ملاحظه‌ای ارائه شده‌اند که نشان می‌دهند درمان‌های رفتاری برای سردرد سودمند هستند. بررسی‌های فراتحلیلی همگی نشان می‌دهند که مداخله‌های رفتاری، ۲۵ تا ۵۵ درصد بهبود درد میگرن و سردردهای تنشی را به بار آورده و این نتایج به طور معنی‌داری بهتر از شرایط کنترل است. قدرت این شواهد باعث شده است که بسیاری از کلینیک‌های تخصصی میگرن، استفاده از درمان‌های رفتاری

1-Multidisciplinary-approaches

خصوصی بد(از جمله احساسات بدنی، افکار، خاطرات و زمینه‌های رفتاری) و ب: اقدام به تغییر تجارب بد یا اتفاقاتی که می‌افتد(۱۲). تعدادی از جهت‌گیری‌های نظری آن را به عنوان یک فرآیند پاتولوژیک توصیف می‌کنند و تصور می‌شود که در نگهداری و توسعه آسیب‌های روانی مهم و تأثیرگذار باشد(۱۳).

در واقع در پروسه عدم انعطاف‌پذیری روانی فقط یک فرآیند واحد وجود دارد که اجتناب تجربی و هم جوشی شناختی فقط بخش‌هایی از این پروسه هستند. بر اساس این مدل، شکستن این مدل به بخش‌هایی که قابل مدیریت باشند، به ما اجازه می‌دهد که در مورد تمام این پروسه به عنوان بخش‌های مصور و قابل مدیریت صحبت کنیم(۱۲):

پژوهش‌های مختلفی به بررسی عوامل دخیل در شکل‌گیری درد مزمن و تبیین پیامدهای آن پرداخته‌اند. برای مثال لثم و همکاران به نقش اساسی ترس و اجتناب در تبدیل درد حاد به مزمن اشاره کرده‌اند. این پژوهشگران ترس از درد را به عنوان پیش‌زمینه اجتناب از رو به رو شدن با محرک‌هایی معرفی کرده‌اند که تداعی‌کننده درد برای فرد هستند(۱۴).

برخی پژوهشگران معتقدند ترس از درد از خود درد ناتوان کننده‌تر است. در رویکردهای مبتنی بر حضور ذهن، درد به عنوان بخشی غیر قابل اجتناب

مداخلات مبتنی بر پذیرش منجر به حساسیت کمتر به درد می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از زیر مجموعه‌های رویکرد شناخت رفتاردرمانی محسوب می‌شود. که بر این اصل استوار است که اجتناب از درد منجر به ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی می‌شود. بر اساس این تئوری اجتناب زمانی رخ می‌دهد که افکار و احساسات منطقی تأثیر نامناسب و افراطی بر رفتار می‌گذارد و در فرآیند درمان مواجهه با موقعیت‌های اجتناب شده به عنوان مداخله هسته‌ای محسوب می‌شود. بر خلاف بسیاری از درمان‌هایی که بر کاهش یا کنترل علائم بیماری یا بر ارتقاء سطح پذیرش و انکس‌های منفی که مستقیماً تغییرپذیر نیستند (افکار و احساسات جسمانی) در جهت ارتقاء سطح فعالیت بیشتر تأکید دارند(۹).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^(۱)، هم‌آمیزی شناختی^(۲) و اجتناب تجربی^(۳) را به یکدیگر ارتباط می‌دهد. این مدل بیان می‌کند که عدم انعطاف‌پذیری روانی منجر به آسیب‌شناسی روانی می‌شود(۱۰). هم‌جوشی شناختی اگرچه به عنوان یکی از اجزای نظریه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شناخته می‌شود، ولی مهم‌تر از آن مفهومی است که به شناخت‌های ما مربوط می‌شود. هم‌جوشی شناختی به طور قابل ملاحظه‌ای به عدم انعطاف‌پذیری روانی کمک می‌کند و در نتیجه به عنوان عامل مهم تعیین کننده آسیب‌شناسی روانی عمل می‌کند(۱۱).

اجتناب تجربی در دو بخش توصیف می‌شود؛ الف: عدم تمایل به ماندن در تماس با تجربه

1-Acceptance and Commitment Therapy
2-Cognitive Fusion
3-Experiential Avoidance

در زندگی پذیرفته می‌شود. هدف این رویکردها انعطاف‌پذیری روانشناختی هنگام حضور افکار، احساسات و رفتارهای مرتبط با درد در بیمار است (۱۵). همچنین پژوهشگران در پژوهش خود نشان دادند انعطاف‌پذیری شناختی و حضور ذهن بالاتر با رنج و ناتوانی کمتر در بیماران همراه است (۱۶)، لذا هدف از این پژوهش تعیین و مقایسه میزان اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی شناختی بر اجتناب تجربی و همجوشی شناختی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی بود.

روش بررسی

این یک مطالعه نیمه تجربی می‌باشد، که در سال ۱۳۹۵ انجام شد، جامعه آماری پژوهش از بین بیماران مبتلا به میگرن مراجعه کننده به متخصصین مغز و اعصاب شهرستان یاسوج انتخاب شدند. در مرحله اول پرسشنامه‌های پژوهش به وسیله ۹۰ فرد مبتلا به میگرن تکمیل شد و سپس افرادی که نمرات آنها در پرسشنامه بیانگر داشتن اجتناب تجربی، هم‌آمیزی شناختی و میگرن بود، انتخاب شدند و پس از آن مصاحبه بالینی جهت تشخیص اختلالات محور یک و دو از آنها گرفته شد و در نهایت ۳۰ نفر از آنها که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند انتخاب شدند و به صورت تصادفی به سه گروه؛ رفتار درمانی شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل تخصیص داده شدند و در هر گروه، ۱۰ نفر قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه کنترل، هیچ درمان

روانشناختی دریافت نمی‌کردند و به هر سه گروه تأکید شد که در طول تحقیق از هیچ درمانی حتی درمان دارویی استفاده نکنند. لازم به ذکر است تمامی آزمودنی‌ها با رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند و به آنها تأکید شد که اطلاعات شخصی محرمانه خواهد بود و هیچ گونه هزینه‌ای بر آزمودنی‌ها تحمیل نخواهد شد. جلسه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی شناختی که خلاصه مداخلات آنها در جداول ۱ و ۲ آمده است، هر کدام ۸ جلسه به صورت هفتگی و هر جلسه ۹۰ دقیقه طول کشید. پس از اتمام جلسه‌های درمان، مجدداً آزمودنی‌های هر سه گروه تمامی پرسشنامه را تکمیل کردند. همچنین جهت بررسی اثرات طولانی مدت درمان‌ها، یک ماه پس از اتمام آخرین جلسه درمان، مجدداً آزمودنی‌ها پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. ملاک‌های ورود در این پژوهش؛ تشخیص سردرد میگرن به وسیله پزشک متخصص، داشتن سواد حداقل دیپلم و سن بالای ۱۸ سال می‌باشد. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل؛ غیبت بیشتر از ۲ جلسه در طول درمان، عدم تمایل آزمودنی‌ها به ادامه تحقیق و داشتن پرسشنامه مخدوش بود (جدول ۳).

پرسشنامه‌های به کار گرفته در این بررسی به قرار زیر است؛ ۱- پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQII): این پرسشنامه به وسیله بوند و همکاران ساخته شده است. یک نسخه ۱۲ ماده‌ای از پرسشنامه اصلی (AAQ-I) که به وسیله هیز ساخته

بیستونی پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش همسانی درونی ۰/۸۸ گزارش کرده است (۱۸).

۳- پرسشنامه ناهم آمیزی شناختی (CFQ)^(۱): این پرسشنامه به وسیله گیلاندرز و همکاران، برای سنجش ناهم آمیزی شناختی، به ویژه در ارتباط با جدا کردن افکار از اعمال و ایجاد فاصله روانی بین فرد با افکار خود، باورها، خاطرات و داستان‌های مربوط به خود تدوین شده و دارای ۷ سؤال است. سؤال‌های این پرسشنامه بر اساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (هرگز=۱، خیلی بندرت=۲، بندرت=۳، گاهی اوقات=۴، بیشتر اوقات=۵، تقریباً همیشه=۶، همیشه=۷) رتبه‌بندی می‌شود. پرسشنامه به صورت خودگزارشی است. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان شناختی پایین‌تر و ناهم آمیزی شناختی بالاتر است. پایایی آزمون-بازآزمون همکاران ۰/۸۶ و همسانی درونی آن ۰/۹۱ به دست آمده است. روایی و ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در ایران در سال ۱۳۹۳ مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷۲ به دست آمد (۱۹):

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری آنالیز واریانس یک طرفه، لوین و تعقیبی توکی تجزیه و تحلیل شدند.

1- Acceptance and Action Questionnaire-II(AAQII)

شده بود. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روانشناختی بر می‌گردد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. مشخصات روانسنجی نسخه اصلی بدین شرح است: نتایج ۲۸۱۶ شرکت کننده در طول ۶ نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه‌های رضایت بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ (۰/۷۸ تا ۰/۸۸) و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ تا ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد، این ابزار اعتبار تمییزی مناسبی را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد AAQ-II مفهوم مشابه با AAQ-I را اندازه می‌گیرد، اما ثبات روان سنجی بهتری دارد (۱۷).

۲- پرسشنامه علایم میگرن اهواز (AMQ)^(۱): این ابزار به وسیله نجاریان ساخته و اعتباریابی شده است. این آزمون از ۲۵ سوال تشکیل یافته و برای ساخت آن ۳۸۲ دانشجو از دو دانشگاه شهید چمران و آزاد اسلامی اهواز شرکت داشته‌اند. ماده‌های این مقیاس دارای چهار گزینه؛ هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات می‌باشد. آزمودنی‌ها یکی از گزینه‌ها را انتخاب کرده و علامت می‌زنند، سپس گزینه‌ها بر اساس مقادیر ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره گذاری می‌شوند. نجاریان پایایی این مقیاس را از طریق بازآزمایی و همسانی درونی مورد سنجش قرار داده و ضریب پایایی آن را به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۹۱ گزارش کرده است. شیرزادی

جدول ۱: پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش تعهد

جلسه	فرآیند
اول	آشنایی با گروه و برقراری رابطه؛ آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش؛ پاسخ به پرسشنامه‌ها؛ بحث در مورد حدود رازداری؛ بررسی میگردن در هریک از افراد گروه اعم از مدت بیماری و درمان‌های به کار رفته؛ سنجش کلی و بررسی افکار و احساسات پریشان کننده در اعضای گروه؛ سنجش شیوه‌های کنترل این افکار و احساسات؛ مقدمه‌ای به درماندگی خلاق (در این مرحله برای تفهیم موضوع از استعاره چاه و بیلچه استفاده می‌شود). ارایه تکلیف: از افراد خواسته می‌شود که در فاصله این جلسه تا جلسه آینده از چه شیوه‌های کنترلی و به زبان تمثیل از چه بیلچه‌هایی استفاده می‌کنند.
دوم	بازخورد از جلسه اول؛ بررسی تکلیف جلسه قبل و بحث پیرامون آن؛ ادامه درماندگی خلاق؛ بررسی دنیای بیرون و قانون آن در درمان اکت؛ تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است، نه راه حل؛ استعاره تقلا در جنگ با هیولا؛ ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر؛ معرفی دنیای درون در اکت و بیان مقدمه‌ای از جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل؛ ارایه تکلیف: گزارش عملکردی از اهداف رفتاری اولیه و شناخته شده.
سوم	بازخورد از جلسه دوم و مرور واکنش نسبت به جلسه قبل؛ ادامه مبحث تمایل با استفاده از استعاره‌ها و تمثیل‌های اکت (در این مرحله استعاره مهمانی و گدا مطرح شد و نظر این افراد در مورد این تمثیل مطرح شد)؛ استعاره مهمانی؛ معرفی ارزش‌ها و شناسایی ارزش‌های افراد (در این جلسه فقط اشاره به ارزش‌ها شد و از افراد خواسته شد بگویند چه چیزهایی در زندگی برای آنها مهم است)؛ ارتباط دادن و تفهیم مفهوم تمایل در کنار مفهوم ارزش‌ها؛ ارایه تکلیف.
چهارم	بازخورد از جلسه سوم و مرور واکنش نسبت به جلسه قبل؛ بررسی ارزش‌های هریک از افراد، تصریح ارزش‌ها، اهداف، اعمال و موانع درونی و بیرونی و تعمیق این مفاهیم؛ مقدمه‌ای بر مفهوم گسلش. استعاره اتوبوس. ارایه تکلیف.
پنجم	بازخورد از جلسه چهارم و مرور واکنش نسبت به جلسه قبل؛ تفهیم آمیختگی و گسلش با استفاده از استعاره‌ها و تمثیل‌های اکت؛ انجام تمرین تجربی برای تفهیم مفهوم گسلش؛ معرفی ذهن آگاهی و انجام یکی از تمرین‌های ذهن آگاهی (تمرین نفس کشیدن)؛ ارایه تکلیف.
ششم	بازخورد از جلسه پنجم و مرور واکنش نسبت به جلسه قبل؛ معرفی انواع آمیختگی؛ مفهوم خود مفهوم‌پردازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن؛ اشاره‌ای به ارزش‌ها و بررسی نمره انطباق (از افراد خواسته می‌شود به هر یک از حوزه‌های ارزشمند زندگی خود بر حسب این که تا چه حد در انجام آن موفق بوده‌اند نمره‌ای بدهند که این نمره انطباق نامیده می‌شود و در جلسات بعد و جلسات پیگیری مجدد بررسی می‌شود).
هفتم	بازخورد از جلسه ششم و مرور واکنش نسبت به جلسه قبل؛ معرفی آمیختگی با داستان زندگی؛ استعاره ظرف زندگی. معرفی واقعیت در مقابل ذهنیت (استعاره قطار ذهن)؛ ذهن آگاهی و تأکید بر بودن در زمان حال؛ اشاره به ارزش‌ها و لزوم تعهد داشتن به ارزش‌ها
هشتم	بازخورد از جلسه هفتم و مرور واکنش نسبت به جلسه قبل بررسی؛ معرفی مفهوم خود مشاهده‌گر (استعاره صفحه شطرنج و تمرین خود مشاهده‌گر)؛ خلاصه کردن جلسات قبل و تأکید بر فرآیند اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یعنی پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، بودن در زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه.
نهم	جلسه پیگیری که یک ماه بعد از اتمام دوره درمان تشکیل شد.

جدول ۲: پروتکل رفتار درمانی شناختی

جلسه	فرآیند
اول	معارفه و آشنایی با یکدیگر؛ آشنا کردن اعضا با ماهیت میگردن و نقش عوامل روانشناختی در بروز و تشدید حملات سردرد؛ معرفی کلی رفتار درمانی شناختی؛ تعیین اهداف درمانی و انتظارات بیمار از درمان؛ تعیین تکلیف؛ خلاصه کردن؛ بازخورد گرفتن.
دوم و سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل؛ پل زدن از جلسه قبل؛ تعیین دستور جلسه جاری؛ بحث پیرامون موضوعاتی که در دستور جلسه است؛ آموزش الگوی رفتار درمانی شناختی به طور کامل به بیمار؛ ارائه برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد به بیمار؛ شناسایی افکار برانگیزاننده علایم میگردن و احساسات ناخوشایند؛ بررسی مشکلات احتمالی در ثبت افکار و شناسایی هیجان‌ها و کمک به حل آنها؛ تعیین تکلیف؛ خلاصه‌سازی نهایی؛ بازخورد.
چهارم، پنجم، ششم و هفتم	مرور تکلیف جلسات قبل؛ پل زدن از جلسات قبل؛ تعیین دستور جلسه جاری؛ آموزش نحوه ارزیابی افکار (چالش کلامی و آزمایش رفتاری)؛ استفاده از روش‌هایی مثل فلش رو به پایین؛ تحلیل مزایا و معایب و پرسشگری سقراطی افکاری که احساسات ناخوشایند را به وجود می‌آورند؛ آموزش تن آرامی عضلانی و همچنین آموزش بیمار در خصوص باورهای زیر بنایی و نقش آنها در شکل‌گیری مشکلات کنونی و نحوه اصلاح آن افکار؛ دادن تکلیف؛ خلاصه سازی؛ بازخورد.
هشتم	خلاصه کردن و جمع‌بندی مطالب جلسات قبل. توجه دادن بیماران به باورهای بینابینی و فرض‌های زیر بنایی. گرفتن بازخورد نسبت به تمام جلسه‌های گذشته
نهم	یک ماه پس از اتمام جلسه‌های جهت بررسی اثرات بلند مدت درمان برگزار گردید.

جدول ۳: ویژگی جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

جنسیت		میزان تحصیلات		گروه های درمانی
مؤنث	مذکر	کارشناسی و کارشناسی ارشد	دیپلم و فوق دیپلم	رفتاردرمانی شناختی
۴	۶	۷	۳	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۴	۶	۵	۵	لیست انتظار
۶	۴	۷	۳	

یافته‌ها

استفاده شد که نتایج حاصله در جداول ۴ آمده است.

جدول ۴ نشانگر اصلی‌ترین شاخص‌های پراکنندگی و تمایل مرکزی گروه‌های آزمایشی و کنترل در متغیرهای مورد مطالعه است. این شاخص‌ها نشان می‌دهد که با تمهیدات به عمل آمده گروه‌های مورد مطالعه در مؤعد پیش از مداخلات درمانی، از نظر شاخص‌های آماری تفاوت چشم‌گیری با یکدیگر نداشته‌اند و دست کم از نظر واریانس‌های موجود، تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین گروه‌ها وجود نداشته است، ولی در مرحله پس‌آزمون، در گروه‌های آزمایشی تغییراتی در شاخص‌های متغیرهای وابسته ایجاد شده در حالی که در گروه کنترل تغییر قابل ملاحظه‌ای در هیچ یک از متغیرهای وابسته مشاهده نمی‌شود. همچنین نتایج به دست آمده از مرحله پیگیری بیانگر این است که گروه‌های آزمایشی اثرات درمانی خود را یک ماه پس از آخرین جلسه درمان همچنان حفظ کرده‌اند، ولی در گروه کنترل در مطالعه پیگیری هم بهبودی حاصل نشده است.

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌کنید، بین گروه‌ها اثرات درمانی مثبت و معنی‌داری برهم‌آمیزی شناختی و اجتناب تجربی کوتاه مدت و بلندمدت، بیماران مبتلا به میگرن وجود دارد.

نظر به این که نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه نشان‌گر این بود که بین ۵ گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری بر دو سطح هم‌آمیزی شناختی (هم‌جوشی شناختی کوتاه‌مدت و بلندمدت) و اجتناب

استفاده شد که نتایج حاصله در جداول ۴ آمده است. نظر به این که استفاده از روش تحلیل واریانس یک طرفه مستلزم تحقق پیش فرض همگنی واریانس‌های گروه‌های مورد مطالعه است، لذا با استفاده از آزمون لوین این امر مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به نتایج آزمون لوین، گروه‌های مورد مطالعه در هر دو سطح کوتاه مدت و بلند مدت اجتناب تجربی و هم‌آمیزی شناختی از واریانس‌های همگن برخوردار بودند و تفاوت‌های معنی‌داری بین واریانس‌های آنها وجود ندارد چرا که آماره لوین در هیچ یک از سطوح هم‌آمیزی شناختی و اجتناب تجربی از سطح معنی‌داری ($p < 0.05$) عدول نکرده است.

عدم تفاوت معنی‌دار واریانس گروه‌های مورد مطالعه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داده خواهد شد. جهت تحلیل داده‌های ارایه شده در جدول ۴ از روش تحلیل واریانس یک طرفه برای نمرات اختلافی

1-Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ)

همجوشی شناختی بیماران مبتلا به میگرن در کوتاه مدت ($p < 0/05$) تفاوت معنی‌داری از نظر آماری وجود دارد، ولی در بلندمدت ($p < 0/05$) تفاوت معنی‌داری از نظر آماری وجود ندارد. با توجه به این که تفاوت میانگین نمره‌های آزمودنی‌های تحت رفتار درمانی شناختی در کوتاه مدت کمتر از گروه کنترل بوده در نتیجه این درمان تا حدودی موجب کاهش هم‌آمیزی شناختی بیماران شده است.

همچنین در خصوص تغییرات اجتناب تجربی نتایج بیانگر این بود که بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی شناختی بر اجتناب تجربی در کوتاه مدت ($p < 0/05$) و بلندمدت ($p < 0/05$) تفاوت معنی‌داری از نظر آماری وجود دارد. همچنین بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل در کاهش اجتناب تجربی بیماران در کوتاه مدت ($p < 0/05$) و بلندمدت ($p < 0/05$) تفاوت معنی‌داری از نظر آماری وجود دارد، ولی بین رفتار درمانی شناختی و گروه کنترل در کاهش اجتناب تجربی بیماران مبتلا به میگرن در کوتاه مدت ($p < 0/05$) و بلندمدت ($p < 0/05$) تفاوت معنی‌داری از نظر آماری وجود ندارد.

تجربی (اجتناب تجربی کوتاه‌مدت و بلندمدت) وجود دارد، لذا جهت مشخص شدن این موضوع که معنی مقادیر F از تفاوت کدام یک از گروه‌های درمانی منتج شده است، ضروری است از آزمون تعقیبی و مقایسه‌های چندگانه استفاده کنیم تا اثربخشی هر یک از سطوح متغیر مستقل مشخص شود. در این راستا از آزمون تعقیبی توکی استفاده می‌کنیم که نتایج این آزمون در جدول ۶ درج شده است.

با توجه به نتایج جدول ۶ بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی شناختی در کاهش هم‌آمیزی شناختی در کوتاه مدت ($p < 0/05$) و بلندمدت ($p < 0/05$) تفاوت معنی‌داری از نظر آماری وجود دارد. همچنین بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل در کاهش هم‌آمیزی شناختی بیماران مبتلا به میگرن در کوتاه مدت ($p < 0/05$) و بلندمدت ($p < 0/05$) تفاوت معنی‌داری از نظر آماری وجود دارد و با توجه به نمره تفاوت میانگین‌ها نمره آزمودنی‌های تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمتر از گروه کنترل بوده؛ در نتیجه این درمان موجب کاهش هم‌آمیزی شناختی بیماران شده است. همین‌طور بین رفتار درمانی شناختی و گروه کنترل در کاهش

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار گروه‌ها در پرسشنامه‌های اجتناب تجربی و همجوشی شناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه‌ها	هم‌جوشی شناختی		اجتناب تجربی	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۱/۱۰۰ ± ۱/۹۳۱	۱۸/۱۰۰ ± ۲/۵۲۹	۴۷/۷۰۰ ± ۱/۳۸۳	۲۷/۴۰۰ ± ۲/۶۷۲
رفتار درمانی شناختی	۳۹/۲۰۰ ± ۱/۹۳۱	۳۱/۲۰۰ ± ۲/۵۲۹	۴۷/۷۰۰ ± ۱/۳۸۳	۳۸/۹۰۰ ± ۲/۶۷۲
گروه کنترل	۳۹/۲۰۰ ± ۱/۹۳۱	۳۸/۳۰۰ ± ۲/۵۲۹	۴۷/۷۰۰ ± ۱/۳۸۳	۴۷/۹۰۰ ± ۲/۶۷۲

جدول ۵: تحلیل واریانس یک راهه برای دوره‌های کوتاه مدت و بلندمدت همجوشی شناختی و اجتناب تجربی

منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
همجوشی شناختی کوتاه مدت						
بین گروهی	۲۷۲۲/۰۶۷	۲	۱۳۶۱/۰۳۳	۱۷/۷۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶۹
درون گروهی	۲۰۶۴/۹۰۰	۲۷	۷۶/۴۷۸			
جمع	۴۷۸۶/۹۶۷	۲۹				
همجوشی شناختی بلند مدت						
بین گروهی	۲۹۲۵/۸۶۷	۲	۱۴۶۲/۹۳۳	۲۱/۹۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱۹
درون گروهی	۱۸۰۰/۰۰۰	۲۷	۶۶/۶۶۷			
جمع	۴۷۲۵/۸۶۷	۲۹				
اجتناب تجربی کوتاه مدت						
بین گروهی	۲۰۷۲/۶۰۰	۲	۱۰۳۶/۳۰۰	۱۶/۰۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴۳
درون گروهی	۱۷۴۳/۷۰۰	۲۷	۶۴/۵۸۱			
جمع	۳۸۱۶/۳۰۰	۲۹				
اجتناب تجربی بلند مدت						
بین گروهی	۱۷۲۰/۰۶۷	۲	۸۶۰/۰۳۳	۱۰/۷۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۴
درون گروهی	۲۱۵۵/۴۰۰	۲۷	۷۹/۸۳۰			
جمع	۲۸۷۹/۴۶۷	۲۹				

جدول ۶: آزمون توکی (آزمون مقایسه تفاوت معنی‌داری مطمئن میانگین‌ها)

گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
همجوشی شناختی کوتاه مدت			
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد- رفتار درمانی شناختی	-۱۴/۹۰۰	۳/۹۱۱	۰/۰۰۱
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد- گروه کنترل	-۲۳/۰۰۰	۳/۹۱۸	۰/۰۰۰
رفتار درمانی شناختی - گروه کنترل	-۸/۱۰۰	۳/۹۱۱	۰/۰۴۸
همجوشی شناختی بلند مدت			
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد- رفتار درمانی شناختی	-۱۶/۴۰۰	۳/۶۵۱	۰/۰۰۰
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد- گروه کنترل	-۲۳/۶۰۰	۳/۶۵۱	۰/۰۰۰
رفتار درمانی شناختی - گروه کنترل	-۷/۲۰۰	۳/۶۵۱	۰/۰۵۲
اجتناب تجربی کوتاه مدت			
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد- رفتار درمانی شناختی	-۱۱/۵۰۰	۳/۵۹۴	۰/۰۰۴
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد- گروه کنترل	-۲۰/۳۰۰	۳/۵۹۴	۰/۰۰۰
رفتار درمانی شناختی - گروه کنترل	-۸/۸۰۰	۳/۵۹۴	۰/۰۵۱
اجتناب تجربی بلند مدت			
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد- رفتار درمانی شناختی	۱۰/۴۰۰	۳/۹۹۶	۰/۰۱۵
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد- گروه کنترل	۱۸/۵۰۰	۳/۹۹۹	۰/۰۰۰
رفتار درمانی شناختی - گروه کنترل	۸/۱۰۰	۳/۹۹۶	۰/۰۵۸

بحث

کاهش هم‌آمیزی شناختی بیماران در سطح کوتاه مدت ممکن است ناشی از تأثیر درمان‌گر باشد، نه رویکرد درمانی که در مدت کوتاه اثر آن محو شده است.

هم‌چنین در خصوص مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی شناختی نتایج بیانگر این بود که بین این دو روش درمانی در کاهش اجتناب تجربی و هم‌جوشی شناختی بیماران در کوتاه‌مدت و بلندمدت تفاوت معنی‌داری وجود دارد و به طور کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش این دو متغیر در آزمودنی‌ها تأثیرگذار بوده است، اما رفتار درمانی شناختی تأثیری بر این دو تأثیر نداشته و آزمودنی‌ها بهبودی در وضعیت آنها مشاهده نشده است.

اگر چه تحقیق با این عنوان و روش به ندرت یافت می‌شود، ولی با توجه به این که طبق گفته هیزن اجتناب تجربی از مؤلفه‌های اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد؛ طبیعی است بیمارانی که تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار داشتند، چون در طول درمان، پذیرش و عدم اجتناب تجربی را آموزش دیده‌اند، کاهش اجتناب تجربی را گزارش کنند.

از دیگر سو بیمارانی که تحت رفتار درمانی شناختی قرار داشتند با توجه به این که در طول درمان تکنیک‌های بازسازی شناختی که خلاف مؤلفه پذیرش است را آموزش می‌دیدند، طبیعی است که کاهش اجتناب تجربی را گزارش نکنند و برعکس بازسازی و مقابله با افکار ناکارآمد را گزارش دهند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد راهبردهای کنترل و اجتناب ناکارآمد را از راه پرورش تکنیک‌هایی

بررسی‌های فراتحلیلی همگی نشان می‌دهند که مداخله‌های رفتاری ۳۵ تا ۵۵ درصد بهبود درد می‌گیرند و سردردهای تنشی را به بار آورده و این نتایج به طور معنی‌داری بهتر از شرایط کنترل است. قدرت این شواهد باعث شده است که بسیاری از کلینیک‌های تخصصی می‌گیرند، استفاده از درمان‌های رفتاری سردرد را در کنار درمان‌های دارویی برای سردرد توصیه نمایند (۵). لذا هدف از این مطالعه تعیین و مقایسه میزان اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی شناختی بر اجتناب تجربی و هم‌جوشی شناختی بیماران مبتلا به سردرد می‌گردد بود.

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش هم‌آمیزی شناختی و اجتناب تجربی در دو سطح کوتاه‌مدت و بلندمدت در بیماران مبتلا به میگرن می‌شود، ولی رفتار درمانی شناختی تأثیری بر کاهش اجتناب تجربی این بیماران نداشته است و تفاوت چندانی بین نمرات بیماران تحت رفتار درمانی شناختی و گروه کنترل در هر دو سطح کوتاه‌مدت و بلندمدت مشاهده نشد. هم‌چنین اگرچه رفتار درمانی شناختی در سطح کوتاه‌مدت منجر به کاهش هم‌آمیزی شناختی بیماران شد، ولی این تأثیر در سطح بلندمدت مشاهده نشد و نمرات آزمودنی‌ها تحت رفتار درمانی شناختی در سطح بلند مدت با نمرات گروه کنترل تفاوت چندانی نداشت و این مساله می‌تواند حاکی از این باشد که

شناختی است. هنگامی که مراجعان نسبت به داستان خود صحبت می‌کنند، این که چه کسی هستند، گذشته آنها چه بوده و در آینده برای آنها چه رخ خواهد داد. چطور با محتوای کلامی داستان و هم‌چنین با ارزشیابی‌های آنها راجع به دنیا، خودشان یا هر رویدادی که تجربه می‌کنند دچار هم‌آمیزی می‌شوند. درمان‌گر می‌تواند در ارتباط بین رویدادهای خصوصی مثل افکار و احساسات و رفتار آشکار مراجع، ناهم‌آمیزی ایجاد کند.

که در این پژوهش نیز ما به عنوان درمان‌گر، در ارتباط بین رویدادهای خصوصی از قبیل افکار و احساسات و رفتار آشکار مراجع، مداخله و در ارتباط بین پیامدهای وابسته به زبان و پیامدهای مستقیم، ناهم‌آمیزی ایجاد کردیم.

از محدودیت‌های این پژوهش کمبود دسترسی به آزمودنی دارای شرایط ورود و خروج از پژوهش بود که باعث شد نتوانیم در هر گروه بیشتر از ۱۰ نفر را تحت بررسی قرار دهیم. هم‌چنین تمایل کم اغلب بیماران مبتلا به میگرن نسبت به درمان روان‌شناختی و عدم اعتقاد آنها به اثر بخشی درمان‌های روان‌شناختی را نیز می‌توان نام برد؛ لذا پیشنهاد می‌شود علاوه بر ابعاد مورد بررسی، سایر ابعاد شخصیتی بیماران مبتلا به میگرن که ممکن است در حملات میگرن تأثیرگذار باشند، نیز مورد بررسی و درمان قرار گیرند.

که باعث انعطاف پذیری روان‌شناختی می‌شوند، مورد هدف قرار می‌دهد (۱۱) و به افراد در پذیرش درد و یا افکار مرتبط با درد و ارتقاء جنبه‌های معنی‌دار زندگی و افزایش فعالیت‌های ارزشمند کمک می‌کند و به جای تلاش بیهوده علیه درد بیماران مبتلا به درد مزمن را به پذیرش درد و پیامدهای آن و انجام فعالیت‌های ارزشمند، برای بهبود کیفیت زندگی ترغیب می‌کند (۲۰).

به طور کلی پژوهش‌های هیز و همکاران، ولز و همکاران، مک کراکن، ماسودا، ویکسل و دیگر محققان نشان داد که پذیرش درد (عدم اجتناب تجربی) می‌تواند شیوه مناسبی برای سازگاری بهتر بیماران با دردهای مزمن و کاهش آشفتگی‌های روان‌شناختی همراه با آن باشد. هم‌چنین مک کراکن و ولمن در پژوهش خود نشان دادند انعطاف‌پذیری شناختی و حضور ذهن بالاتر با رنج و ناتوانی کمتر در بیماران همراه است. هم‌چنین ماسودا در مطالعه خود گزارش کرده است که پذیرش درد می‌تواند ۳۴ درصد واریانس اختلال عملکرد روزانه و ۹ درصد واریانس ناتوانی جسمی را فراتر از مقدار تبیین شده به وسیله شدت درد تبیین کند. تمرین‌های حضور ذهن می‌تواند نگرش به درد را تغییر دهند و امکانی را فراهم آورند که درد به رنج منجر نشود (۲۲ و ۲۱، ۲۰، ۱۶). نتایج حاصل از پژوهش حاضر نیز با این مطالعات هم‌سو می‌باشد.

در خصوص هم‌آمیزی شناختی نیز، به گفته پاتریشیا باخ و دنیل موران راه کار از بین بردن هم‌آمیزی فکر و عمل، گسلش شناختی یا ناهم‌آمیزی

نتیجه‌گیری

در این پژوهش تأثیر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی شناختی بر هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی بررسی شده است. بر اساس نتایج به دست آمده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربی بیماران می‌شود، اما رفتار درمانی شناختی تأثیر چندانی بر این دو متغیر ندارد. بر اساس یافته‌های به دست آمده، می‌توان به کاربرد عملی پژوهش حاضر اشاره کرد. بدین صورت که با توجه به عدم وجود درمان دارویی قطعی برای مبتلایان به سردرد میگرنی و این که هنگام عود سردرد در این بیماران ابعاد مختلف زندگی آنها تحت‌الشعاع قرار می‌گیرد، بهتر است این بیماران دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بگذرانند تا بتوانند هنگام عود سردرد، همچنان روند عادی زندگی خود را به شکل مطلوبی طی کرده و تا کیفیت زندگی تحت تأثیر نامطلوب سردرد قرار نگیرد.

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز با کد ۲۲۲ می‌باشد که با حمایت مالی این دانشگاه انجام شد. در پایان از متخصصین محترم مغز و اعصاب که در ارجاع دادن بیماران خود به ما نهایت لطف و همکاری را داشتند، کمال تشکر قدر دانی را داریم.

REFERENCES

1. Raskin H. Migraine and the cluster headache syndrome. *Harrison's Principle of Internal Medicine* 1997; 14(4): 183
2. Frederick G, Freitag DO. The cycle of migraine: Patient's quality of life during and between migraine attacks. *Clin Ther* 2007; 29(5): 939-49.
3. Bresleu N, Rasmussen B. The impact of migraine neurology. *Neurology and Neuroscience* 2007; 50: 4-12.
4. Brown H, Newman C, Noad R, Weatherby S. Behavioural management of migraine. 2012. *Annual Indian Academic Neurology* 2016; 15: 78-82.
5. Sadooghi M, Akashe J. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on reducing chronic tension headache. *Journal of University of Shahrekord* 2009; 11(3): 85-92.
6. Haffman SG, Asmundson GJ. Acceptance and mindfulness –based therapy: New wave or old hate? *Clinical Psychology Review* 2008; 28: 1-16.
7. Rajabi S, Abasi Z. Epidemiology of migraine headaches and the effectiveness of fordeis cognitive-behavioral education on reducing migraine symptoms and increasing happiness. *Contemporary Psychology* 2015; 9(2): 89-100.
8. Clark D, Beck AT. *Cognitive therapy of anxiety disorders*. 2th ed. London: Amazon publication; 2010; 219.
9. Keogh E, Bond FW, Hanmer R, Tilston J. Comparing acceptance-and control-based coping instructions on the cold-pressor pain experiences of healthy men and women. *Pain* 2005; 15(9): 591-8.
10. Holmes JA, Stevenson CAZ. Differential effects of avoidant and attentional coping strategies on adaptation to chronic and recent-onset pain. *Health Psychology* 1990; 9: 577-84.
11. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behav Res Ther* 2006; 44(1): 1-25.
12. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. 3th ed. New York: Guilford Press; 1996; 43-50
13. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *Psychol Rec* 2004; 54: 553-78.
14. Lethem J, Slade PD, Troup JD, Bentley G. Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain Perception-I. *Behav Res Ther* 1983; 21(4): 404-8.
15. Dahl J, Langerman T. Acceptance and commitment therapy (ACT) in the treatment of chronic pain. In: Baer RA (editor). *Mindfulness-based treatment approaches. A clinician's guide to evidence base and applications*. 3th ed. San Diego, CA: Academic Press; 2006; 75-91.
16. McCracken LM, Zhao-O'Brien J. General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain in itself. *Euro J Pain* 2010; 10(14): 170-5.
17. Abbasi I, Fata L, Moloodi R, Zarabi H. Psychometric correctness of the Persian version of the acceptance and practice questionnaire - second edition. *Journal of Psychological Methods and Models* 2012; 10; 2: 65-80.
18. Najarian B. Making and validating a questionnaire to measure the symptoms of migraine headaches in students. *Journal of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz* 1997; 4(3&4); 231-48.
19. Zare H. Standardization of Gilandres cognitive fusion questionnaire. *Quarterly Journal of Social Psychology Research* 2015; 4(17): 55-8.
20. Vowles KE, McCracken LM. Acceptance and values-based action in chronic pain: A study of treatment effectiveness and process. *J Consul Clin Psychol* 2008; 76(3): 397-407.
21. Masuda A, Tully EC. The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization,

depression, anxiety and general psychological distress in a nonclinical college sample. *J Evid Based Complement Altern Med* 2012; 17(1): 66-71.

22. Wicksell RK, Renofalt J, Olssen GL, Bond FW, Melin L. Avoidance and cognitive fusion-central components in pain related disability? Development and preliminary validation of the psychological inflexibility in pain scale (PIPS). *European Journal of Pain* 2008; 12: 491-500.

23. Patricia A, Bach D, Moran J. *ACT in Practice*. Translated by: Kamali S, Kianrad N (editors). 2th ed. Tehran: Arjmand Publition; 2016; 102-3.

A Comparison of the Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Experiential Avoidance and Cognitive Fusion in Patients with Migraine Headache

Alfoone A, Imani M*, Sarafraz MR

Department of psychology, Shiraz university, Shiraz, Iran

Received: 29 Jan 2018 Accepted: 02 July 2019

Abstract

Background & aim: Migraine is a major, common and debilitating headache disorder that affects 10 to 20 percent of the population, especially the working age, and is one of the 20 most debilitating diseases in the world. The aim of this study was to determine and compare the effectiveness of the treatment group based on acceptance and commitment and cognitive behavioral therapy on the experimental and cognitive avoidance of patients with migraine headaches.

Methods: This study is a semi experimental study that was done in 2016. The statistical population of the study consisted of 30 patients with migraine headaches who were selected through targeted sampling and after randomized entry and exit of the research conditions in three groups; treatment based on acceptance and commitment, cognitive behavioral therapy and allocation control. Were given. In order to collect information, Ahvaz Najarianian Migraine Questionnaires, Admission and Practice - Second Edition(AAQ-II) and Cognitive Misunderstanding of Guilders et al. were used. The scores obtained from the evaluations were analyzed in three stages (pre-test, post-test and follow-up) with the help of one-way analysis of variance(Anova), Levin and Toki follow-up.

Result: The results indicated the effect of acceptance-based therapy and commitment on experimental avoidance and cognitive coherence at two levels: short-term($p < 0.05$) and long-term($p < 0.05$) and the effect of cognitive-behavioral therapy on short-term cognitive coherence($p < 0.05$). And the ineffectiveness of cognitive-behavioral therapy on experimental avoidance at both short-term($p < 0.05$) and long-term($p < 0.05$) and cognitive coherence at the long-term($p < 0.05$) are significant. Furthermore, in comparing the effectiveness of cognitive-based therapy and commitment and cognitive-behavioral therapy, the findings show a significant difference between the two therapies on reducing experimental avoidance at both short-term($p < 0.05$) and long-term($p < 0.05$) and cognitive experimentation. It was short-term($p < 0.05$) and long-term($p < 0.05$).

Conclusion: Due to the lack of definitive drug treatment for people with migraine headaches and the fact that different aspects of their lives are affected by the recurrence of headaches in these patients, it is better for these patients to undergo a course of treatment based on acceptance and commitment so that they can continue to have headaches. The normal course of life will go smoothly and the quality of their life will not be adversely affected by the headache.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, Experiential Avoidance, Cognitive Fusion, Migraine Headache

Corresponding author: Imani M, Department of psychology, Shiraz university, Shiraz, Iran

Email: Dr.mahdiimani@gmail.com

Please cite this article as follows:

Alfoone A, Imani M, Sarafraz MR. A Comparison of the Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Experiential Avoidance and Cognitive Fusion in Patients with Migraine Headache. *Armaghane-danesh* 2020; 25(1): 69-83.