

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با درمان فراتشخیصی بر علائم میگرن

مهدی اشهریان^۱، احمد یارمحمدیان^{۲*}، طیبه شریفی^۳، احمد غضنفری^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۴/۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۱

خلاصه

مقدمه: میگرن شایع‌ترین نوع سردرد مزمن است که عوامل روان‌شناختی در ایجاد و تشدید آن نقش اساسی دارند. درمان‌های متمرکز بر شفقت و فراتشخیصی در طیف گسترده‌ای از اختلالات هیجانی مؤثر بوده‌اند. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با درمان فراتشخیصی بر علائم میگرن بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی آموزشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش افراد مبتلا به میگرن مراجعه‌کننده به کلینیک مغز و اعصاب صنعت نفت شاهین‌شهر در سال ۱۳۹۶ بودند. تعداد ۴۵ بیمار در دو گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت (۱۵ نفر)، درمان فراتشخیصی (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه‌های آزمایش علاوه بر دارودرمانی، درمان‌های روان‌شناختی متمرکز بر شفقت و فراتشخیصی را در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در دو ماه دریافت کردند و گروه گواه فقط دارودرمانی دریافت می‌کرد. آزمودنی‌ها با استفاده از پرسشنامه سردرد میگرن اهواز Najarian در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارزیابی شدند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: بین میانگین نمره‌های پیش‌آزمون _ پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/001$). مقایسه گروه‌های درمانی نشان داد تفاوت معنی‌داری بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با درمان فراتشخیصی بر علائم میگرن وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاکی از اثربخشی درمان‌های متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی بر کاهش علائم میگرن بود، به نظر می‌رسد می‌توان از این دو روش درمان روان‌شناختی در کنار دارودرمانی برای اثربخشی بیشتر در تسکین علائم میگرن بهره برد.

واژه‌های کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، درمان فراتشخیصی، میگرن

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: a.yarmohammadian@edu.ui.ac.ir، تلفن: ۰۹۱۳۳۰۸۸۷۴۰

۳- استادیار، گروه روانشناسی واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۴- دانشیار، گروه روانشناسی واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

مقدمه

میگرن شایع‌ترین نوع سردرد مزمن می‌باشد که بر اساس معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد (International Headache Society) به صورت سردردی عودکننده، اغلب یک‌طرفه و ضربان‌دار که به مدت ۴ تا ۷۲ ساعت طول می‌کشد، باعث اجتناب از فعالیت‌های فیزیکی می‌شود، همراه با تهوع یا استفراغ و حساسیت به نور و صدا در طول حمله میگرن می‌باشد، تشخیص داده می‌شود [۱].

شیوع میگرن حدود ۱۲٪ گزارش شده است و بر اساس مطالعات، سومین اختلال شایع پزشکی در جهان می‌باشد [۲]. عوامل اصلی ایجادکننده میگرن ناشناخته‌اند، با این حال در سبب‌شناسی میگرن تعامل میان وراثت، عوامل روان‌شناختی و محیطی مطرح شده است [۳]. بسیاری از تحقیقات عوامل روان‌شناختی را در تداوم و تشدید بیماری میگرن مؤثر می‌دانند [۴]. در همین راستا نشان داده شده است که عواطف منفی مانند افسردگی، خشم و اضطراب بر ایجاد و تشدید درد تأثیر داشته و از طرفی، بر نتیجه درمان و حس ناتوانی به دنبال درد نیز اثر می‌گذارد [۵]. بنابراین، در حال حاضر برخی از مهم‌ترین عوامل سهیم در به وجود آمدن بیماری میگرن، عوامل روان‌شناختی و رفتاری هستند [۶].

با توجه به ماهیت ناتوان‌کننده میگرن، درمان آن و کاهش شدت علائم آن حائز اهمیت زیادی است. در همین راستا، درمان‌های دارویی و انواع مختلف روان‌درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرند. پژوهش‌های گسترده‌ای اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی را بر کاهش علائم میگرن و سردردهای مزمن نشان می‌دهند [۷]. با این حال، موج سوم (third wave) درمان‌های شناختی-رفتاری از قبیل درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی می‌توانند اثربخشی مثبت و برجسته‌تری نسبت به درمان‌های شناختی-رفتاری رایج در فرآیند درمان داشته باشند [۸].

درمان متمرکز بر شفقت (Compassion focused therapy)، بر اساس نظریه تکاملی بر تعامل بین سیستم‌های تهدید، انگیزشی و آرام‌بخش با زیرمجموعه عصب‌شناختی تأکید می‌کند. اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار و رفتارهای بیرونی بایستی

درونی شوند. در این صورت ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود. به علاوه، درمان متمرکز بر شفقت تأکید می‌کند که افراد با هیجانات منفی خود مواجه شوند و از آن‌ها اجتناب نکنند و بر اساس شفقت به تجربیات هیجانی خود واکنش نشان دهند [۹]. این نگرش حمایت‌گرانه نسبت به خود و دیگران با پیامدهای روان‌شناختی مثبت مانند کاهش هیجانات منفی [۱۰] و افزایش سلامت جسمانی [۱۱] در ارتباط است.

یکی دیگر از درمان‌هایی که اخیراً مورد توجه قرار گرفته، درمان فراتشخیصی (trans diagnostic treatment) است. این درمان در جهت جبران کاستی‌های درمان‌های قبلی طراحی شده و نسبتاً موفق بوده است. درمان فراتشخیصی توسط Barlow و همکاران تدوین شده است [۱۲]. این درمان به بیماران می‌آموزد چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شده، آن‌ها را تجربه کنند و به شیوه‌های سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. درمان فراتشخیصی ضمن اصلاح عادات‌های تنظیم هیجانی بیماران، کاهش شدت و بروز تجربه هیجانی ناسازگارانه، بهبود کارکرد بیماران را هدف قرار می‌دهد [۱۳]. اثربخشی این نوع درمان در اختلال‌های هیجانی در پژوهش‌های متعددی نشان داده شده است [۱۴].

درمان‌های متمرکز بر شفقت و فراتشخیصی از درمان‌های جدید و مؤثر برای مشکلات و اختلالات روان‌شناختی به شمار می‌آیند. این دو نوع درمان نسل سوم که اثربخشی آن‌ها بر روی تنظیم هیجانی، کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش سلامت جسمانی تأیید شده است می‌توانند از درمان‌های سنتی شناختی-رفتاری به صرفه‌تر و مؤثرتر باشند، ضمن این که این دو نوع درمان می‌توانند در اختلالات روان‌شناختی هم‌زمان (comorbidity) که در میگرن نیز شایع می‌باشند [۱۵] مؤثرتر از درمان‌های معمول باشند [۱۶] لذا ضرورت انجام پژوهش برای بررسی کارایی این مدل‌های درمانی بر روی بیماران مبتلا به میگرن، احساس می‌شود. از این رو، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با درمان فراتشخیصی بر علائم میگرن می‌باشد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی آموزشی با ثبت کد (IRCT20180627040263N1) در مرکز کارآزمایی بالینی ایران بود که با استفاده از طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری (دو ماه بعد از جلسه پایانی) انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به میگرن بودند که در بازه زمانی مهرماه تا دی‌ماه ۱۳۹۶ به درمانگاه صنعت نفت شاهین‌شهر مراجعه کردند. از میان آن‌ها تعداد ۴۵ نفر آزمودنی بر اساس معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد [۱۷] و با نظر متخصص مغز و اعصاب ضمن متجانس شدن از نظر نوع داروی مصرفی، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس با روش گمارش تصادفی ساده در دو گروه آزمایشی درمان متمرکز بر شفقت، درمان فراتشخیصی و گروه گواه (فقط دارو درمانی)، ۱۵ نفر برای هر گروه جایگزین شدند.

با توجه به این که در تحقیق‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه در هر گروه بایستی ۱۵ نفر باشد [۱۸] و در این طرح دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه وجود داشت، ۴۵ نفر برای شرکت در این پژوهش انتخاب شدند. اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، جنسیت و سطح تحصیلات از آزمودنی‌ها اخذ گردید. مداخلات مربوط به گروه‌های آزمایشی در ۸ جلسه یک و نیم‌ساعته، هفته‌ای یک‌بار، به صورت گروهی انجام شد. محتوای مداخلات انجام شده در گروه‌های آزمایشی درمان متمرکز بر شفقت [Gilbert ۱۹] و درمان فراتشخیصی Barlow [۱۲] در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ابتلا به میگرن بر مبنای معیار انجمن بین‌المللی سردرد، تشخیص پزشک متخصص مغز و اعصاب، محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، سطح تحصیلات حداقل سوم راهنمایی، رضایت از شرکت در پژوهش

و نداشتن هرگونه بیماری جسمانی و روانی حاد (به جز میگرن) که موجب استفاده از دارودرمانی می‌شود. معیارهای خروج نیز دریافت درمان روان‌شناختی در ۶ ماه گذشته و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی بود.

جهت جلب رضایت شرکت در پژوهش، جلسه توجیهی با حضور نمونه‌ها تشکیل گردید و پس از توضیح در مورد تحقیق و جلب رضایت شرکت‌کنندگان، پیش‌آزمون اجرا شد. این پژوهش دارای تأییدیه رعایت اصول اخلاقی پژوهش، از دانشگاه آزاد اسلامی و احد شهرکرد با کد (IR.IAU.SHK.1397.002) بود.

ابزار مورد استفاده در پژوهش، پرسشنامه سردرد میگرن اهواز (Ahvaz Migraine Questionnaire) بود. این پرسشنامه توسط Najarian در سال ۱۳۷۶ ساخته و اعتباریابی شده است. وی برای ساخت آن از ۳۸۲ دانشجوی دو دانشگاه شهید چمران و دانشگاه آزاد اسلامی اهواز استفاده کرده است. شکل اولیه آن ۵۸ سؤال داشت. شکل نهایی آن و مورد استفاده در این پژوهش دارای ۲۵ سؤال است. این پرسشنامه خودگزارشی دارای یک عامل و گزینه پاسخ‌های آن شامل هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات می‌باشد و به ترتیب بر اساس مقادیر (۱)، (۲)، (۳) و (۴) نمره‌گذاری می‌شود بنابراین، حداقل نمره آن ۲۵ و حداکثر ۱۰۰ می‌باشد. پایایی این مقیاس از طریق بازآزمایی و همسانی درونی محاسبه گردیده و ضریب پایایی آن به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۹۱ گزارش شده است [۱۹]. ضریب پایایی این آزمون در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و روش شاپیرو ویلک، لوین، موچلی، تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تجزیه و تحلیل شد.

جدول ۱- محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت (CFT)

جلسه	شرح جلسات
اول	ایجاد ارتباط درمانی، آشنایی اعضا با یکدیگر، شرح قوانین گروه، توضیح مختصری در مورد CFT، توضیح مختصری در مورد هیجانات، آموزش و اجرای تمرین تنفس ذهن آگاه و تکالیف خانگی
دوم	مرور تمرین جلسه قبل، معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل آن‌ها با یکدیگر، آشنایی با هیجانات منفی و تهدیدکننده از دیدگاه CFT، ماهیت شفقت و ارائه تکالیف خانگی
سوم	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی با ویژگی‌های افراد دارای شفقت (مهربانی، همدلی، تحمل‌پذیری، قضاوت نکردن)، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه و شرم، ارائه تکالیف خانگی
چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین پرورش خود مشفق (خرد، قدرت، مهربانی، قضاوت نکردن در مورد خود و مسئولیت‌پذیری)، نحوه تصویرسازی در مورد خود مشفق، تمرین رشد خود مشفق و تکالیف خانگی
پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین مهارت‌های شفقت (رفتار مشفقانه، تصویر ذهنی مشفقانه، احساس مشفقانه) و آموزش همدلی
ششم	مرور تمرین جلسه قبل، پرورش شفقت‌ورزی نسبت به دیگران، آموزش بخشش، متمرکز کردن خودمشفق به سمت دیگران،
هفتم	آموزش پذیرش مسائل و مواجه‌شدن با چالش‌های مختلف و تغییرات پیش رو، تکالیف خانگی
	مرور تمرین جلسه قبل، شناسایی افکار ممانعت‌کننده از پرورش شفقت و کاربرد آن‌ها، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه
هشتم	برای خود و دیگران، انجام تمرین‌های رنگ شفقت، صدا و تصویر شفقت، تکالیف خانگی مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات قبل و جمع‌بندی مفاهیم بررسی‌شده

جدول ۲- محتوای جلسات درمان فراتشخیصی

جلسه	شرح جلسات
اول	ایجاد ارتباط درمانی، آشنایی اعضا با یکدیگر، افزایش انگیزه، مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان
دوم	ارائه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجانی،
سوم	آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش‌های هیجانی) به‌خصوص با استفاده از تکنیک ذهن آگاهی
چهارم	ارزیابی مجدد شناختی، ایجاد آگاهی از تأثیر ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر
پنجم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان، آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان
ششم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی، ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به‌واسطه رویارویی با رفتارها
هفتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی، افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه و رویارویی احشایی
هشتم	رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی

یافته‌ها

جدول ۳ سن و میزان تحصیلات افراد نمونه در سه گروه درمان متمرکز بر شفقت، درمان فراتشخیصی و گروه گواه مقایسه شده‌اند.

مقایسه داده‌های جمعیت شناختی گروه‌های مورد بررسی نشان داد آزمودنی‌های هر سه گروه با هم همسان بوده‌اند. در

جدول ۳- مقایسه ویژگی‌های جمعیت شناختی در افراد دارای میگرن شاهین شهر در سال ۱۳۹۶

P	سنوات تحصیلی	جنسیت		سن	گروه‌ها
		مرد	زن		
۰/۶۹	انحراف معیار \pm میانگین ۱۳/۰۰ \pm ۳/۱۱	۴ نفر	۱۱ نفر	انحراف معیار \pm میانگین ۳۳/۴۱ \pm ۴/۲۰	گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت
۰/۷۴	۱۲/۸۰ \pm ۳/۲۴	۶ نفر	۹ نفر	۳۲/۲۳ \pm ۵/۳۶	گروه آزمایش درمان فراتشخیصی
۰/۳۹	۱۴/۴۰ \pm ۳/۲۹	۵ نفر	۱۰ نفر	۳۶/۵۲ \pm ۴/۲۵	گروه گواه

$p < ۰/۰۵$ اختلاف معنی دار

و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به‌طور معنی‌داری کاهش پیدا کرده است ($p < ۰/۰۵$).

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد میانگین نمرات علائم میگرن دو گروه آزمایشی (درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی) نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار مؤلفه علائم میگرن سه گروه درمان متمرکز بر شفقت، درمان فراتشخیصی و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

P	پیش‌آزمون		متغیر	پس‌آزمون	P	انحراف معیار \pm میانگین	P	پیگیری	
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین						انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
*۰/۰۰۰۱	۵۶/۳۳ \pm ۶/۴۹	*۰/۰۰۰۱	درمان متمرکز بر شفقت	۷۳/۸۶ \pm ۶/۱۵	۰/۲۴	۵۷/۵۳ \pm ۷/۳۵	۰/۲۴	۷۳/۸۶ \pm ۶/۱۵	درمان متمرکز بر شفقت
*۰/۰۰۰۱	۵۷/۲۶ \pm ۷/۳۰	*۰/۰۰۰۱	علائم میگرن	۷۵/۴۰ \pm ۶/۵۳	۰/۲۳	۶۰/۴۶ \pm ۶/۰۱	۰/۲۳	۷۵/۴۰ \pm ۶/۵۳	درمان فراتشخیصی
۰/۷۹	۷۳/۸۶ \pm ۶/۲۶	۰/۳۹	گروه گواه	۷۳/۱۳ \pm ۶/۴۴	۰/۲۱	۷۴/۳۳ \pm ۶/۲۵	۰/۲۱	۷۳/۱۳ \pm ۶/۴۴	گروه گواه

* $p < ۰/۰۵$ اختلاف معنی دار

کرویت داده‌ها در متغیر علائم میگرن رعایت شده است ($p > ۰/۰۵$). برای بررسی مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی بر علائم میگرن از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

همان‌گونه که جدول ۵ نشان می‌دهد میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر علائم میگرن (۱۶/۷۱) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیر پژوهش (علائم میگرن) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس، نتایج آزمون شاپیرو وایک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌های داده‌ها در متغیر علائم میگرن در گروه‌های آزمایش (درمان متمرکز بر شفقت، درمان فراتشخیصی) و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > ۰/۰۵$). پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنی‌دار نبود و نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > ۰/۰۵$). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض

جدول ۵- تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در مقیاس علائم میگرن

توان آزمون	اندازه اثر	مقدار p	مقدار F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	مراحل
۱	۰/۵۷	*۰/۰۰۰۱	۵۶/۴۶	۱۷۹۰/۰۲	۲	۳۵۸۰/۰۴	مراحل
۱	۰/۷۰	*۰/۰۰۰۱	۵۰/۶۹	۱۶۲۷/۸۰	۲	۳۲۵۵/۶۰	گروه‌بندی
۱	۰/۴۵	*۰/۰۰۰۱	۱۶/۷۱	۵۲۹/۸۵	۴	۲۱۱۹/۴۲	تعامل مراحل و گروه‌بندی
				۳۱/۷۰	۸۴	۲۶۶۳/۲۰	خطا

* $p < ۰/۰۵$ اختلاف معنی دار

علاوه بر این، یافته‌ها بیانگر آن بودند که تفاوت بین نمرات متغیر علائم میگردن گروه‌های آزمایش درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی با گروه گواه معنی‌دار بوده است بدین معنی که درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی بر علائم میگردن تأثیر معنی‌دار دارند، درحالی‌که تفاوت بین این دو درمان روان‌شناختی معنی‌دار نیست.

جهت بررسی این که آیا بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی بر علائم میگردن تفاوت معنی‌دار وجود دارد یا خیر؛ از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. همان‌گونه که نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات متغیر علائم میگردن گروه‌های آزمایش درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی معنی‌دار نشده است.

جدول ۶- بررسی تفاوت‌های دوه‌دو جهت مقایسه اثر درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی

مراحل آزمون	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	P
درمان مبتنی بر شفقت	-۱/۸۰	۱/۱۹	۰/۴۲
درمان فراتشخیصی	-۱۱/۲۰	۱/۱۹	*۰/۰۰۰۱
گروه گواه	۱۱/۲۰	۱/۱۹	*۰/۰۰۰۱
درمان متمرکز بر شفقت	۹/۴۰	۱/۱۹	*۰/۰۰۰۱
درمان فراتشخیصی			

*۰/۰۵ < p اختلاف معنی‌دار

بحث

در ذهن آن‌ها شکل گرفته است [۹]. از سویی دیگر، درمان متمرکز بر شفقت از طریق تمرین‌های ذهن‌آگاهی، آرام‌سازی، تصویرسازی مشفقانه، مراقبت و مهربانی با خود و پرورش مهارت‌های همدلی نسبت به خود و دیگران با تحریک سیستم تسکین‌بخش باعث کاهش هیجانات منفی و افزایش بهزیستی روانی و جسمانی می‌گردد [۲۴].

در همین راستا، با توجه به رابطه مثبت سازه شفقت با سلامت جسمانی [۲۵] می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت با کاهش هیجانات منفی و افزایش مراقبت از خود و تبعیت درمانی [۱۱] باعث کاهش علائم میگردن می‌شود. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد جلسات هفتگی و گروهی مراقبه‌های متمرکز بر شفقت موجب افزایش هیجان‌های مثبت، احساس هدفمندی در زندگی و کاهش نشانه‌های بیماری می‌گردد [۲۶]. Ashworth و همکاران [۲۷] در پژوهشی نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت باعث کاهش خود انتقادی، اضطراب، افسردگی و افزایش خودکارآمدی بیماران مبتلا به آسیب مغزی می‌شود. نتایج تحقیق حاضر با نتایج پژوهش‌های Sirois و همکاران [۲۸]، Rockliff و همکاران [۲۹]، Saeedi و همکاران [۱۱] که کارایی درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش سلامت جسمانی را گزارش کرده‌اند همسو می‌باشد. از سویی دیگر، در تبیین این نتایج می‌توان گفت درمان فراتشخیصی با تکیه بر آموزش آگاهی هیجانی و تغییر

یافته‌های پژوهش حاضر، بیانگر این است که درمان‌های متمرکز بر شفقت و فراتشخیصی توأم با دارودرمانی اثربخشی بیشتری نسبت به دارودرمانی در کاهش علائم میگردن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری داشته‌اند. همچنین، مقایسه پس‌آزمون دو گروه آزمایشی نشان داد بین اثربخشی دو درمان روان‌شناختی بر علائم میگردن تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های Holroyd و همکاران [۲۰] و Powers [۲۱] مبنی بر اثربخشی بیشتر درمان ترکیبی مداخلات روان‌شناختی همراه با دارودرمانی نسبت به دارودرمانی تنها هم‌خوانی دارد.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت اضطراب، افسردگی و سایر هیجان‌های منفی از رایج‌ترین عواملی هستند که در ایجاد و تشدید علائم میگردن و ناتوانی ناشی از آن نقش دارند [۲۲].

در درمان متمرکز بر شفقت، آنچه باعث مشکلات روان‌شناختی و کاهش سلامتی جسمانی افراد می‌شود پرکاری سیستم‌های مغزی تهدید و محافظت از خود می‌باشد که باعث سطح بالای برانگیختگی و نگرانی در افراد می‌شود [۲۳]. در این مدل، بخش عمده‌ای از هیجانات منفی که افراد تجربه می‌کنند ناشی از نشخوارهای فکری به ویژه با موضوعات مرتبط با شرم و خود انتقادی است که به دنبال تجارب منفی

در مطالعه حاضر، محدودیت‌هایی همچون نمونه‌گیری هدفمند، محدود شدن افراد نمونه به یک کلینیک درمانی، حجم نمونه و استفاده از ابزار خودسنجی، نداشتن لیست گروه انتظار (به دلیل مسائل اخلاقی نمی‌توانستیم چنین گروهی را به مدت چند ماه بدون هیچ مداخله درمانی نگاه‌داریم) و این که درمانگر محقق پژوهش بوده است ممکن است به سوگیری ناخواسته در رسیدن به نتایج درمانی منجر شده باشد. لذا، تعمیم‌پذیری و استنباط از نتایج نیز با محدودیت‌هایی روبه‌رو خواهد شد، بنابراین، بهتر است نتایج با احتیاط تعمیم یابند. برای افزایش بیرونی یافته‌ها و بررسی بیشتر اثربخشی این دو درمان پیشنهاد می‌شود که این روش‌های درمانی در چارچوب طرح‌های کارآزمایی بالینی کنترل‌شده، در مراکز درمانی مختلف و با حجم نمونه بیشتر مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد هر دو درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی توأم با دارودرمانی بر کاهش علائم میگرن مؤثر بوده‌اند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در بهبود علائم میگرن تنها به درمان دارویی اکتفا نشود و از درمان‌های روان‌شناختی نیز با توجه به همبودی این بیماری با مشکلات روان‌شناختی استفاده گردد.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سهم نویسندگان

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری تخصصی روانشناسی بود. مهدی اشهاریان اجرای مداخله آموزشی و نگارش مقاله، احمد یارمحمدیان، طیبه شریفی و احمد غضنفری راهنمایی و نگارش روش پژوهش و یافته‌ها را بر عهده داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان محترم در این مطالعه و همچنین از جناب آقای دکتر خطیبی ریاست محترم کلینیک صنعت نفت شاهین‌شهر که در دسترسی به جامعه

ارزیابی‌های شناختی ناسازگارانه موجب انعطاف‌پذیری در شیوه تفکر و تنظیم هیجان‌ها می‌شود و به شناخت و پذیرش هیجان‌ها و احساسات جسمانی همان‌گونه که اتفاق می‌افتند کمک می‌کند [۱۲]. از آنجایی که میگرن با آشفتگی هیجانی ارتباط دارد و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، احتمال حملات میگرن را پیش‌بینی می‌کند [۳۰] به نظر می‌رسد درمان فراتشخیصی که یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان است از طریق تکنیک‌هایی نظیر آموزش آگاهی هیجانی، ارزیابی مجدد هیجانی، آگاهی یافتن از اثرات منفی اجتناب از هیجان، شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت توانسته است هیجانات منفی و خطاهای شناختی را که در افراد مبتلا به میگرن دیده می‌شود [۳۱] کاهش دهد. این درمان به بیماران می‌آموزد چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شده، آن‌ها را تجربه کنند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند و احتمالاً از این طریق علائم میگرن را کاهش داده است.

این یافته با نتایج پژوهش‌های Ellard و همکاران [۳۳] و Mohammadi و همکاران [۳۴] در رابطه با اثربخشی درمان فراتشخیصی بر اختلال‌های هیجانی همسو می‌باشد.

در تبیین عدم تفاوت دو درمان پژوهش حاضر بر علائم میگرن می‌توان گفت از آنجایی که هر دو رویکرد درمانی، فراتشخیصی می‌باشند و در طیف گسترده‌ای از اختلالات هیجانی سودمندند [۱۶]، زمانی که افکار و هیجانات منفی افراد مبتلا به میگرن کاهش یابد به تبع آن از علائم سردردهای میگرنی نیز کاسته می‌شود. افراد مبتلا به میگرن بیشتر از راهبردهای غیر انطباقی مثل کناره‌گیری، اجتناب و خود انتقادی استفاده می‌کنند و گرایش دارند محرک دردزا را فاجعه‌آمیز تلقی کنند [۳۴] فرض کلی شیوه‌های درمانی به کار رفته در پژوهش حاضر آن است که افراد می‌توانند به نحو ذهن آگاهانه یاد بگیرند بدون اجتناب با هیجانات آزاردهنده خود روبرو شوند، از راهبردهای مقابله‌ای اثربخش استفاده نمایند و به نحو مطلوبی توانایی کنترل هیجانات را کسب کنند. به نظر می‌رسد در بیماران مبتلا به میگرن می‌توان کاهش علائم بیماری از طریق دو درمان روان‌شناختی را با تعدیل هیجانات منفی و افزایش هیجانات مثبت مربوط دانست.

References

1. Negro A, Koverech A, Martelletti P. Serotonin receptor agonists in the acute treatment of migraine: a review on their therapeutic potential. *Journal of pain research* 2018; 11: 515-26.
2. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet* 2012;380(9859):2163-96.
3. Guidetti V, Faedda N, Siniatchkin M. Migraine in childhood: biobehavioural or psychosomatic disorder? *J Headache Pain* 2016 ;17(1):82-89.
4. Roy R, Sánchez-Rodríguez E, Galán S, Racine M, Castarlenas E, Jensen MP, et al. Factors Associated with Migraine in the General Population of Spain: Results from the European Health Survey 2014. *Pain Medicine* 2018;18(9):1-10.
5. Nicholson RA, Houle TT, Rhudy JL, Norton PJ. Psychological Risk Factors in Headache: CME. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2007;47(3):413-26.
6. Ezzati M, Riboli E. Can noncommunicable diseases be prevented? Lessons from studies of populations and individuals. *science* 2012;337(6101):1482-7.
7. Almarzooqi S, Chilcot J, McCracken LM. The role of psychological flexibility in migraine headache impact and depression. *JCBS* 2017;6(2):239-43.
8. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review* 2012;32(6):545-52.
9. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *BJCP* 2014;53(1):6-41.
10. Lincoln TM, Hohenhaus F, Hartmann M. Can paranoid thoughts be reduced by targeting negative emotions and self-esteem? An experimental investigation of a brief compassion-focused intervention. *Cognitive Therapy and Research* 2013;37(2):390-402.
11. Saeedi Z, Bahrami H, Alipour A. Self-Control And Health: The Moderating effect of Self Compassion. *HPJ* 2016; 5(19):88-102. [Persian]
12. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry* 2017;74(9):875-84.
13. Payne LA, Ellard KK, Farchione TJ, Fairholme CP, Barlow DH. Emotional disorders: A unified transdiagnostic protocol. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2014: 237-75.
14. Newby JM, McKinnon A, Kuyken W, Gilbody S, Dalgleish T. Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical psychology review* 2015;40:91-110.
15. Jette N, Patten S, Williams J, Becker W, Wiebe S. Comorbidity of migraine and psychiatric disorders—a national population-based study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2008;48(4):501-16.
16. Mansell W, Harvey A, Watkins ER, Shafran R. Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *IJCT* 2008;1(3):181-91.
17. Arnold M. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia* 2018;38(1):1-211.
18. Gall M, Gall J, Borg R. Educational research: An introduction. 8nd ed. New York: Pearson Education; 2007: 385- 9.
19. Najarian B. Making and validating a questionnaire for measuring migraine headache symptoms in students. *Education SCU* 1997; 4(13):231-48. [Persian]
20. Holroyd KA, O'donnell FJ, Stensland M, Lipchik GL, Cordingley GE, Carlson BW. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: a randomized controlled trial. *Jama* 2001;285(17):2208-15.
21. Powers SW, Kashikar-Zuck SM, Allen JR, LeCates SL, Slater SK, Zafar M, et al. Cognitive behavioral therapy plus amitriptyline for chronic migraine in children and adolescents: a randomized clinical trial. *Jama* 2013;310(24):2622-30.

22. Azizi M, Aghamohammadian SHHR, Mashhadi A, Asgari EMJ. A Meta-Analysis of Psychological Factors of Migraines in Iran. HPJ 2017; 6(2): 88-100.[Persian]
23. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. Advances in psychiatric treatment 2009;15(3):199-208.
24. Kirby J, Gilbert P. The emergence of the compassion focused therapies. 1nd ed. London: Routledge; 2017:258-85.
25. Allen AB, Goldwasser ER, Leary MR. Self-compassion and well-being among older adults. Self and Identity 2012;11(4):428-53.
26. Fredrickson BL, Cohn MA, Coffey KA, Pek J, Finkel SM. Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. JPSP 2008;95(5):1045-1062
27. Ashworth F, Clarke A, Jones L, Jennings C, Longworth C. An exploration of compassion focused therapy following acquired brain injury. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice 2015;88(2):143-62.
28. Sirois FM, Kitner R, Hirsch JK. Self-compassion, affect, and health-promoting behaviors. Health Psychology 2015;34(6):661-9.
29. Rockliff H, Gilbert P, McEwan K, Lightman S, Glover D. A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. Clinical Neuropsychiatry 2008;5(3):132-9.
30. Freitag FG. The cycle of migraine: patients' quality of life during and between migraine attacks. Clinical therapeutics. 2007;29(5):939-49.
31. Joharifard R, Boroumand AR, Edward SC, Mehrabizadeh HM. Investigating the Role of Cognitive and Personality Factors in Patients with Migraine Headaches. JTBCP 2017; 11 (42):67-76. [Persian]
32. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders. Behavior therapy 2004;35(2):205-30.
33. Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione TJ, Barlow DH. Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. Cognitive and Behavioral Practice 2010;17(1):88-101.
34. Mohammadi A, Birashk B, Gharraee B. Comparison of the Effect of Group Transdiagnostic Treatment and Group Cognitive Therapy on Emotion Regulation. IJPCP 2013;19(3) :187-94. [Persian]
35. Sajadinezhad M, Mohammadi NE, Ashjazadeh N. Effect of cognitive-behavioral group therapy on perception of stressors in recurrent headache patients. SHUMSJ 2009;11(2):8-15. [Persian]

A Comparison of the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Transdiagnostic Treatment on Symptoms of Migraine

Ashharian M¹, Yarmohammadian A², Sharifi T³, Ghazanfari A⁴

1 - PhD Student, Dept of Psychology, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran.

2 - Associate Prof, Dept of Psychology, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran. (Corresponding Author)

Email: a.yarmohammadian@edu.ui.ac.ir, Tel: 09133088740

3 - Assistant Prof, Dept of Psychology, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran.

4 - Associate Prof, Dep of Psychology, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran.

Received: 26 January 2018

Accepted: 31 December 2018

Introduction: Psychological factors play a large role in the formation and intensification of Migraine, which is the most common type of chronic headache. Compassion-focused therapy and transdiagnostic treatment have found to be effective in a wide range of emotional disorders. The purpose of the present study was to compare the effectiveness of compassion-focused therapy with transdiagnostic treatment on migraine symptoms.

Materials and Methods: The present study was of educational clinical trial type, with pre-test, post-test, follow up and control groups. Population was comprised of people with migraine referring to Shahin Shahr Oil Industry Clinic in 2017. A total of 45 migraine patients participated in this study, divided into the two experimental groups compassion-focused therapy (15 patients) and transdiagnostic (15 patients), and the control group (15 patients). Experimental groups received 8 weekly 90-minute sessions of psychotherapeutic treatments of compassion-focused and transdiagnostic in addition to drug therapy for two months, while control group only received drug therapy. Subjects were evaluated using Najarian migraine headache questionnaire in pre-test, post-test and follow-up. Data were analyzed using two-way repeated measures analysis of variance.

Results: The results showed that there was a significant difference between the mean scores of pretest and post-test in the experimental and control groups ($p < 0.01$). Comparing therapeutic groups showed that there was no significant difference between the efficacy of compassion-focused and transdiagnostic treatment on migraine symptoms ($p < 0.05$).

Conclusion: The results of this study indicated that compassion-focused and transdiagnostic treatments were effective on the reduction of migraine symptoms. It seems that the two methods can be used along with drug therapy to gain more efficiency in providing relief from migraine symptoms.

Keywords: Compassion-Focused Therapy, Transdiagnostic Treatment, Migraine

Please cite this article as follows:

Ashharian M, Yarmohammadian A, Sharifi T, Ghazanfari A. A Comparison of the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Transdiagnostic Treatment on Symptoms of Migraine. *Community Health journal* 2018; 12(3): 10-19.

Funding: personal funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethical Committee of Islamic Azad University of Shahrekord approved the study. (Num: IR.IAU.SHK.1397.002).