

مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران فیبرومیالژیا

مریم کمراتی^۱، لیلا محمودیان^۲

چکیده

زمینه: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران فیبرومیالژیا بود.

روش بررسی: پژوهش نیمه آزمایشی حاضر با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمامی زنان مبتلابه فیبرومیالژیا که در بازه خرداد تا آذرماه سال ۱۴۰۲ به مراکز درمانی و فیزیوتراپی منطقه یک شهر تهران مراجعه کردند، بود. ۴۵ نفر به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند و به طور تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه گواه قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش طی ۸ جلسه تحت مداخله هیپنوتیزم درمانی شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند. داده‌ها به وسیله پرسشنامه راهبردهای مقابله با درد (روزنشتایل و کیف، ۱۹۸۳) و مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴) جمع‌آوری و با آزمون اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شد.

یافته‌ها: اثر زمان، گروه و اثر متقابل زمان و گروه بر فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلا تکلیفی معنادار بود ($P < 0/0001$). میانگین نمرات فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلا تکلیفی در گروه‌های مداخله به طور معناداری کمتر از گروه گواه بود ($P < 0/0001$). دو گروه مداخله تفاوت معناداری در میانگین نمرات فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلا تکلیفی در مراحل پیش آزمون-پیگیری ($P < 0/0001$) وجود داشتند؛ اما تفاوت معناداری در میانگین نمرات فاجعه سازی درد ($p = 0/066$) و عدم تحمل بلا تکلیفی ($p = 0/068$) در مراحل پس آزمون-پیگیری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های به دست آمده هیپنوتراپی شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد می‌توانند به عنوان شیوه‌های مداخله روان شناختی کارآمد برای بیماران فیبرومیالژیا در مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی استفاده شوند.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عدم تحمل بلا تکلیفی، فاجعه سازی فاجعه سازی درد، سندرم فیبرومیالژیا، هیپنوتراپی شناختی-رفتاری.

۱. نویسنده مسئول. دکتری روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران | m.komarati@gmail.com

۲. دکتری روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران | Mehranaclinic1397@gmail.com

مقدمه

بیماری چندوجهی سندرم فیبرومیالژیا^۱ با درد مزمن، افزایش حساسیت به محرکها، خستگی، اختلالات خواب، اختلالات شناختی، اضطراب و اختلالات رفتاری همراه است (۱) و شیوع آن در جمعیت عمومی بین ۰/۲ تا ۶/۶ درصد متغیر است و به عنوان اصلی ترین علت دردهای اسکلتی-عضلانی مزمن و منتشر، چالش قابل توجهی برای جمعیت عمومی ایجاد می کند (۲). براساس معیارهای تشخیصی کالج روماتولوژی آمریکا^۲ فیبرومیالژیا با ویژگی هایی مانند حساسیت به فشار درد، تأثیر گسترده بر نواحی مختلف بدنه شدت درد ثابت برای مدت حداقل سه ماه تشخیص داده می شود (۳). علیرغم این شیوع بالا، علت این اختلال هنوز ناشناخته است و ماهیت متنوع علائم سندرم فیبرومیالژیا حاکی از یک مبنای پیچیده زیستی-روانی اجتماعی است (۴). یکی از عوامل روان شناختی که نشانگان درد در بیماران مبتلابه فیبرومیالژیا را تشدید می کند فاجعه سازی درد^۳ است (۵) فرایند شناختی-هیجانی منفی که شامل مؤلفه های بزرگنمایی، درماندگی و نشخوار فکری در مورد درد می شود (۴). این فرایند نه تنها به تجربیات دردناک گذشته وابسته است، بلکه تحت تأثیر عوامل محیطی نیز قرار می گیرد و می تواند حساسیت به درد را افزایش دهد (۶) شناخت های منفی مرتبط با درد که به عنوان فاجعه ساز نیز شناخته می شود، در افراد مبتلابه سندرم فیبرومیالژیا برجسته است (۷) در بیماران مبتلابه سندرم فیبرومیالژیا، فاجعه سازی درد با افزایش حساسیت به درد موجب افزایش شدت درد و سایر علائم مانند اضطراب و افسردگی می شود و بر کیفیت زندگی بیمار تأثیر منفی می گذارد (۷)

یک عامل روان شناختی دیگر مرتبط با درد که به تشدید

درد مزمن کمک می کند، عدم تحمل بلا تکلیفی^۴ است (۸). عدم تحمل بلا تکلیفی به عنوان یک سوگیری شناختی تعریف می شود که بر نحوه درک، تفسیر و واکنش فرد به موقعیت های نامشخص در سطح شناختی، عاطفی و رفتاری تأثیر می گذارد (۹). افرادی که در عدم تحمل بلا تکلیفی در سطح بالایی قرار دارند، در مواجهه با موقعیت های نامطمئن و مبهم، به شدت احساس تهدید و نگرانی می کنند و به دنبال اجتناب از آن وضعیت ها هستند. این سوگیری شناختی موجب می شود که افراد احساس کنند بلا تکلیفی و عدم قطعیت در مورد آینده غیر قابل تحمل است و باید هر طور که شده از آن اجتناب کنند (۱۰). در نتیجه این افراد به رفتارهایی مانند اطمینان طلبی و اجتناب از مواجهه با مشکلات روی می آورند که به نوبه خود موجب افزایش استرس و پیچیدگی مشکلات روان شناختی آن ها می شود (۱۱). افراد مبتلابه عدم تحمل بلا تکلیفی معتقدند که عدم اطمینان آزردهنده است و تردید و بلا تکلیفی در مورد آینده رویدادهای منفی غیر قابل تحمل و غیرمنتظره ای هستند که باید از آن ها اجتناب کرد؛ از نظر آن ها تردید و عدم اطمینان باعث اختلال در عملکرد می شود (۱۲).

با توجه به بروز اختلالات روانی در بیماران مبتلابه فیبرومیالژیا مانند عدم تحمل بلا تکلیفی و افسردگی، استفاده از مداخلات روان شناختی می تواند به بهبود وضعیت روانی این بیماران کمک کند (۱۳). دستورالعمل های بین المللی برای درمان سندرم فیبرومیالژیا شامل ترکیبی از دارودرمانی و رویکردهای درمانی روان شناختی است؛ لیکن به دلیل علائم ناهمگن و مکانیسم های پاتوفیزیولوژیکی پیچیده که در شروع و حفظ آن دخیل هستند، در این خصوص اتفاق نظر وجود ندارد (۱۴). دستورالعمل های درمان مبتنی بر شواهد عمدتاً رویکردهای چندوجهی و چندرشته ای را توصیه می کنند که شامل آموزش، درمان دارویی، تمرین بدنی و درمان های

1. Fibromyalgia syndrome

2. American College of Rheumatology (ACR)

3. pain catastrophizing

4. uncertainty intolerance

روان‌شناختی است (۱۵). از جمله این رویکردهای درمانی می‌توان به هیپنوتراپی شناختی-رفتاری^۱ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ اشاره کرد.

هیپنوتراپی شناختی-رفتاری ترکیب هیپنوتراپی با فنون و مفاهیم درمان شناختی-رفتاری است. هیپنوتیزم حالتی است که در نتیجه توجه، پذیرش و تمرکز ایجاد می‌شود و شامل سه بخش انفکاک، جذب و تلقین‌پذیری است (۱۶). هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر این فرض استوار است که بیشتر آشفتگی‌های روان‌شناختی، شکل منفی هیپنوتیزم است، به صورتی که افکار منفی به‌طور انتقادی و حتی بدون اطلاع آگاهانه پذیرفته می‌شوند (۱۷). هیپنوتراپی شناختی-رفتاری شامل چند روش اساسی از جمله آرام‌سازی، تصویرسازی هدایت شده، بازسازی شناختی، حساسیت‌زدایی تدریجی و آموزش مهارت‌های هیپنوتیزمی است (۱۷). هیپنوتیزم درمانی دارای یک اثر هم‌افزایی در ترکیب با سایر روش‌های درمانی است و به بیمار کمک می‌کند تا چیزهای بیشتری درباره خود بیاموزد و بتواند هیجان‌ات خود را آزادانه‌تر بیان کند و بروز دهد؛ خلسه هیپنوتیزمی منجر به غلبه بر محدودیت‌ها و دست‌یابی به پتانسیل معنادارتر می‌شود (۱۵). درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر تغییر الگوهای افکار و رفتار غیرمفید و ناسازگار بیمار، علائم و نشانگان نامنظم بیمار را هدف قرار می‌دهد. درمان شناختی-رفتاری باورهای ناکارآمد فرایندهای شناختی (تفکر، حافظه و توجه) در مورد ماهیت بیماری و علائم آن را هدف قرار می‌دهد تا بیمار به یک بینش صحیح از نگرانی‌های غیرواقعی‌بینانه و افراطی خود دست یابد؛ و به تفسیر علائم بدنی خود به نحو واقع‌بینانه‌تری بپردازد (۱۸). مطالعات امین سرخی و همکاران (۱۹)، یوسفی و همکاران (۲۰)، کلبادی نژاد و همکاران (۲۱) و پورکاوه و همکاران (۲۲) اثربخشی

هیپنوتراپی شناختی-رفتاری را بر درد مزمن، ادراک درد، خودکارآمدی، تنظیم شناختی هیجان در سایر گروه‌های بالینی و بر تاب‌آوری و کیفیت خواب در بیماران فیبرومیالژیا نشان می‌دهند.

از طرفی در سال‌های اخیر علاقه فزاینده‌ای به مداخلات روان‌شناختی موج سوم به‌منظور مدیریت درد در بیماری‌های همراه با درد مزمن، مانند بیماران فیبرومیالژیا شده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از این درمان‌هایی است که ریشه در رفتارگرایی دارد؛ اما به‌وسیله فرایندهای شناختی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد (۲۳). در این شیوه درمان تلاش می‌شود به‌جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد و به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دست یابد (۲۴). به‌طور کلی در درمان پذیرش و تعهد ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات و...) افزایش یابد و سپس آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا مهار این تجارب ذهنی ناخواسته، بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت (۲۵). سپس بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود و به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (همجوشی‌زدایی شناختی) و برای کاهش تمرکز مفرط بر خود مفهوم‌پردازی شده یا داستان شخصی که برای خود در ذهنش ساخته است تلاش کند؛ و با روشن‌سازی و شناخت ارزش‌های شخصی و اصلی خود، با ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده همراه با پذیرش تجارب ذهنی، اقدام کند (۲۴). نتایج پژوهش‌های انجمن روانشناسی بالینی^۳ (۲۶)، (ایستوود و گادفری (۲۷)، هاگمارک و همکاران

1. cognitive-behavioral hypnotherapy (CBH)

2. acceptance and commitment therapy (ACT)

3. Society of Clinical Psychology



مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری و درمان ...

(۲۸)، امینی صدر (۲۹)، اکبریان و همکاران (۳۰)، اکبریان و همکاران (۳۱)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر شدت درد، اضطراب، خستگی در بیماران فیبرومیالژیا و بر شدت درد، راهبردهای مقابله با درد، خودکارآمدی درد، تاب‌آوری در سایر گروه‌های بالینی [هگارتی و همکاران (۳۲)، دهستانی و همکاران (۳۳)، محمدی هریس و همکاران (۳۴)] بررسی و تأیید نموده‌اند.

با توجه به مطالب و پژوهش‌های فوق که تأثیرپذیری هیپنوتیزم درمانی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در بهبود دردهای مزمن بیماران فیبرومیالژیا و سایر بیماران دارای درد مزمن به اثبات رسانیده‌اند، اما نتایج پژوهش‌های داخلی در زمینه اندازه اثر متفاوت است؛ همچنین در خصوص هیپنوتیزم درمانی شناختی-رفتاری به‌عنوان یک درمان تلفیقی مکمل در این بیماران هنوز در پژوهش‌های داخلی کاستی‌هایی وجود دارد، پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران فیبرومیالژیا انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر با روش نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دوماهه انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمامی زنان مبتلابه فیبرومیالژیا که در بازه خرداد تا آذرماه سال ۱۴۰۲ به مراکز درمانی و فیزیوتراپی منطقه ۱ تهران مراجعه کردند، بود. با توجه به اینکه در تحقیقات مداخله‌ای نمونه بین ۱۰ تا ۳۰ نفر کفایت می‌کند (۳۵)، ۴۵ نفر از زنان مبتلابه فیبرومیالژیا به‌صورت در دسترس وارد مطالعه شدند و به پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی و راهبردهای مقابله با درد (راهبرد فاجعه سازی درد) باهدف اجرای پس‌آزمون پاسخ گفتند؛ سپس به‌صورت تصادفی ساده

در سه گروه (دو گروه مداخله و یک گروه گواه/ هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: تشخیص قطعی فیبرومیالژیا توسط متخصص روماتولوژی، دامنه سنی ۴۵-۲۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم و عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی طی ۶ ماه گذشته بود. همچنین ملاک‌های خروج شامل ابتلای هم‌زمان به اختلالات روان‌پزشکی و یا سایر بیماری‌های جسمانی مزمن، غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه همکاری طی جلسات در نظر گرفته شد. پس از اتمام پژوهش، برای شرکت‌کنندگان گروه گواه چهار جلسه مشاوره بدون پرداخت هزینه در نظر گرفته شد.

ابزار

مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی: این پرسشنامه توسط فریستون^۲ و همکاران (۱۹۹۴) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی با ۲۷ گویه و ۴ عامل (ناتوانی برای انجام عمل، استرس آمیز بودن بلا تکلیفی، منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره و اجتناب از آن‌ها و بلا تکلیفی در مورد آینده) طراحی شده است. پاسخ به گویه‌ها به‌صورت ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز=۱ تا همیشه=۵) تنظیم شده است. حداقل و حداکثر نمره در این پرسشنامه ۱۳۵-۲۷ و میانگین ۸۱ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده عدم تحمل بلا تکلیفی بیشتر است. در نسخه اولیه به زبان فرانسوی همسانی درونی $\alpha = 0/91$ و ضریب پایایی باز آزمایی نسبتاً خوبی بافاصله ۴ هفته $r = 0/78$ به‌دست‌آمده است. ضریب اعتبار این آزمون معنادار و رضایت‌بخش گزارش شده است (۳۶). بوهر و داگاس (۳۷) ضریب آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده را برای این مقیاس $0/94$ و ضریب پایایی باز آزمایی آن را در فاصله ۵

1. Intolerance of Uncertainty Scale (IUS)

2. Friston

هفته‌ای، ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب همبستگی با مقیاس نگرانی ۰/۶۰ و مقیاس افسردگی و اضطراب بک به ترتیب ۰/۵۹ و ۰/۵۵ در سطح ۰/۰۰۱ به‌دست آمده است که تأییدی بر روایی همگرا است. بشارت (۱۳۸۹) در نسخه فارسی روایی تشخیصی و همگرایی پرسشنامه ضریب همبستگی با مقیاس اضطراب، عواطف منفی و درماندگی از ۰/۴۳ تا ۰/۶۲ گزارش نموده است (۳۸) آلفای کرونباخ در پژوهش سرکشیکیان و همکاران (۳۸) برابر ۰/۷۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ کل ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسشنامه راهبردهای مقابله با درد: این پرسشنامه توسط روزنشتایل و کیف^۱ (۱۹۸۳) طراحی شده است که شامل ۴۲ عبارت و ۷ خرده مقیاس است و شش راهبرد شناختی و یک راهبرد مقابله‌ای رفتاری را اندازه‌گیری می‌کند. هر راهبرد از ۶ عبارت تشکیل شده و پاسخ به عبارت به صورت ۷ گزینه تنظیم شده است و به هر عبارت صفر = اصلاً نمی‌توانم آن را کاهش دهم تا ۶ = کاملاً می‌توانم آن را کاهش دهم تعلق می‌گیرد. در هر زیرمقیاس دامنه نمره بین صفر تا ۳۶ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر از راهبرد شناختی و رفتاری بیشتر در برابر تجربه درد است. در پژوهش حاضر راهبرد فاجعه سازی از راهبردهای شش‌گانه شناختی موردبررسی ارزیابی قرار گرفت. روزنشتایل و کیف (۱۹۸۵) ضریب همسانی درونی زیرمقیاس‌ها را بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ بر روی مبتلایان به درد حاد و مزمن به دست آوردند که نشان از روایی قابل قبول پرسشنامه است (۳۹) اصغری مقدم و گلک (۱۳۸۴) در پژوهشی بر روی جمعیت ایرانی مبتلابه درد مزمن ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۳ به دست آوردند. همچنین روایی ملاکی و پیش‌بین پرسشنامه را تأیید نمودند (۴۰). در پژوهش جعفری پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ خرده مقیاس فاجعه سازی به ترتیب

۰/۸۵ و ۰/۸۳ به‌دست آمده است (۴۰). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ مقیاس فاجعه سازی ۰/۷۵ به دست آمد. پس از انتخاب گروه نمونه، شرکت‌کنندگان گروه‌های مداخله اول و دوم هر یک طی ۸ جلسه به‌صورت هفتگی تحت مداخله هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. در این مدت شرکت‌کنندگان گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات مداخله و همچنین دو ماه پس از آن پرسشنامه‌های موردنظر باهدف اجرای پس‌آزمون و آزمون پیگیری در مورد هر یک از شرکت‌کنندگان اجرا شد.

جلسات مداخله هیپنوتیزم درمانی شناختی- رفتاری:

با استفاده از برنامه درمانی هاموند (41) برای بیماران گروه آزمایش اول به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی توسط نویسندگان که دوره‌های تخصصی را گذرانده و دارای تجارب درمانی هستند، اجرا شد. خلاصه محتوای جلسات مداخله در جدول ۱ ارائه شده است.

جلسات مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: با

استفاده از برنامه درمانی واولز و همکاران (42) برای بیماران گروه آزمایش دوم به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی توسط نویسندگان که دوره‌های تخصصی را گذرانده و دارای تجارب درمانی هستند، اجرا شد. خلاصه محتوای جلسات مداخله در جدول ۲ ارائه شده است.

در پژوهش حاضر جهت بررسی روایی مداخله در جامعه هدف، روایی محتوایی، فرهنگی و اجرایی درمان‌ها موردبررسی قرار گرفت. ابتدا، از منظر تناسب نظری، هر دو رویکرد درمانی تحت نظارت اساتید متخصص بررسی شد و مشخص گردید که جلسات با ویژگی‌های روان‌شناختی بیماران مبتلابه درد مزمن هم‌راستایی دارند. هیپنوتیزم درمانی شناختی- رفتاری با تمرکز بر اصلاح افکار ناکارآمد و فاجعه سازی و ACT با تأکید بر پذیرش درد و تمرکز بر ارزش‌های فردی، نشان‌دهنده

1. Rosenstiel, & Keefe

مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری و درمان ...

همچنین، پابندی درمانگر به پروتکل‌های استاندارد و اجرای کامل جلسات درمانی، قابلیت تکرار مداخله را تقویت می‌کند. نتایج حاصل از پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز از اثربخشی معنادار درمان‌ها بر متغیرهای پژوهش حمایت کرد که بیانگر اعتبار عملکردی مداخلات در جامعه هدف است.

ارتباط منطقی با ساختارهای هدف این پژوهش است. سپس روایی فرهنگی و پذیرش بیماران مورد بررسی قرار گرفت. شرکت‌کنندگان، بر اساس داده‌های کیفی حاصل از فرم بازخورد و مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته، درک مناسبی از محتوای درمانی داشتند و مداخلات را مؤثر و قابل‌درک توصیف کردند.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات هیپنوتیزم درمانی شناختی-رفتاری

جلسات	محتوای جلسات	تکلیف
اول	برقراری ارتباط، ارزیابی‌های اولیه و آشنایی با برنامه، فرم فعالیت روزانه و رفع سوءبرداشت از هیپنوتیزم.	ثبت فعالیت روزانه
دوم	آشنایی با چرخه احساس افکار رفتار و افکار خود آیند منفی، بازبینی فرم فعالیت روزانه، تجربه خلسه هیپنوتیزمی و شرطی‌سازی.	ثبت اولین افکار خود آیند منفی + تمرین ساده هیپنوتراپی
سوم	بازبینی فرم فعالیت روزانه، آشنایی با نحوه تکمیل فرم افکار خود آیند (یافتن افکار خود آیند منفی و احساسات همراه افکار منفی و یافتن پاسخ‌های مثبت) تقویت ایگو (تقویت توانمندی در فعالیت‌های روزانه و مشکلات مرتبط با بیماری).	فرم افکار منفی + لیست توانمندی‌ها
چهارم	بازبینی فرم فعالیت روزانه، بازبینی فرم افکار خود آیند، تلقینات مستقیم مرتبط با کنترل افکار خود آیند منفی ذکر شده در جلسه.	تمرین تلقین‌نویسی و خود گویی مثبت
پنجم	بازبینی فرم فعالیت روزانه، بازبینی فرم افکار خود آیند، تلقینات مستقیم مرتبط با کنترل افکار خود آیند منفی ذکر شده در جلسه.	ضبط فایل تلقینی شخصی
ششم	بازبینی فرم فعالیت روزانه، بازبینی فرم افکار خود آیند، بازگشت سنی به تجربیات آسیب‌رسان گذشته.	نوشتن نامه به خود کودک
هفتم	بازبینی فرم افکار خود آیند، پیشروی سنی به زمانی که مراجع به توانایی مدیریت شرایط بیماری دست‌یافته است.	تصویرسازی آینده موفق
هشتم	بازبینی فرم افکار خود آیند، جمع‌بندی جلسات قبلی و آموزش خود هیپنوتیزم.	طراحی تمرین خود هیپنوتیزم شخصی + برنامه نگهداری

یافته‌ها

گروه مداخله دوم ۳۰ درصد (۱ تا ۳ سال)، ۳۵ درصد (۴ تا ۶ سال) و ۳۵ درصد (۶ تا ۸ سال)؛ و در گروه گواه ۴۴ درصد (۱ تا ۳ سال)، ۳۲ درصد (۴ تا ۶ سال) و ۲۴ درصد (۶ تا ۸ سال) بود. سطح تحصیلات بیماران در گروه مداخله اول ۳ نفر (۲۰ درصد) کاردانی، ۷ نفر (۴۶ درصد) کارشناسی، ۵ نفر (۳۴ درصد) کارشناسی ارشد؛ در گروه مداخله دوم ۲ نفر (۱۴ درصد) دیپلم، ۸ نفر (۵۳ درصد) کارشناسی و ۵ نفر (۳۳ درصد) کارشناسی ارشد؛ و در گروه گواه ۳ نفر (۲۰ درصد) دیپلم، ۶ نفر (۴۰ درصد) کارشناسی و ۶ نفر (۴۰ درصد) کارشناسی ارشد بودند.

در پژوهش حاضر ۴۵ بیمار زن مبتلابه فیبرومیالژیا در دو گروه مداخله و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) شرکت کردند. میانگین و انحراف معیار سنی بیماران به تفکیک گروه‌ها عبارت بود از: در گروه مداخله اول (هیپنوتیزم درمانی شناختی-رفتاری) $36/67 \pm 3/92$ ؛ در گروه مداخله دوم (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) $35/48 \pm 3/85$ ؛ و در گروه گواه $34/20 \pm 6/15$ بود. طول مدت بیماری در بیماران گروه مداخله اول ۲۷ درصد (۱ تا ۳ سال)، ۳۲ درصد (۴ تا ۶ سال) و ۴۱ درصد (۶ تا ۸ سال)؛ در

مریم کمراتی و لیلا محمودیان

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات	تکلیف
اول	معرفه، آشنایی با قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات، آشنایی با اهداف درمانی و تسهیل‌کننده‌ها، توصیف کلی از رویکرد درمانی، معرفی درماندگی خلاق و ارائه مطالب در زمینه نادیده گرفتن ارزش‌ها، واکنش، اجتناب و در ذهن بودن (توضیح مفاهیم مربوط به تصویر بدنی) و معرفی سامانه‌های ناکارآمد گذشته و خودکارآمدی پایین، گفتگو در مورد درد و بیماری فیبرومیالژی‌ها، دریافت بازخورد.	"نقشه واکنشی ذهن من"
دوم	آشنایی با مفاهیم درمانی اکت، از جمله اهدافی در جهت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر و ارائه فونونی در جهت پذیرش روانی، آگاهی روانی، همجوشی شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه. استفاده از استعاره دو کوه برای برقراری رابطه درمانی، ارزیابی انتظارات افراد از درمان. ارائه تکلیف.	"کوه من کجاست؟"
سوم	نقد و بررسی تکلیف جلسه قبل، پاسخ افراد در شیوه راهبردهای کنترل خود، آموزش عدم تأثیر انجام هرگونه عمل در جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته و آموزش در زمینه تفکرات، هیجانات، رفتار آگاهی در مورد مفید نبودن سرکوب (اجتناب). آموزش فن توجه آگاهی، معرفی استعاره خرگوش سفید، تکلیف خانگی.	فکر خرگوش سفید من"
چهارم	ارزیابی عملکرد، بررسی تجربیات فرد از جلسه قبل تاکنون، بررسی تکلیف خانگی، تمرین ذهن آگاهی، معرفی برگه راهنمای ذهن آگاهی، فهم ارزش‌های فردی و شناسایی ارزش‌ها به اعضا؛ تمرینات مربوط به شفاف‌سازی ارزش‌ها، آموزش خود آرام‌سازی با حواس پنج‌گانه، دریافت بازخورد.	لحظه نگاری ارزشمند + حواس ۵ گانه"
پنجم	تمایز خود مفهوم‌سازی در برابر خود مشاهده‌گر، سنجش توانایی درمان‌جویان برای گسست از افکار و احساسات، شفاف‌سازی ارزش‌ها و انتخاب در جهت ارزش‌ها، ادامه تجربیات و تمرین‌های ذهن آگاهی و ادامه شفاف‌سازی ارزش‌ها، دریافت بازخورد.	من فکرهام نیستم"
ششم	معرفی ارزش‌ها بر اساس اهداف، معرفی آمیختگی شناختی، استراتژی‌های حل مسئله، تمرینات آگاهی از احساسات بدنی و بحث پیرامون آن، تمرینات مربوط به تصویر بدنی مثبت، تمرینات توجه‌آگاهی و یکپارچه‌سازی ارزش‌ها، تفاوت اهداف و ارزش‌ها، تمرین شیر، شیر، شیر و تمرین برچسب‌زدن به تفکرات، دریافت بازخورد.	بدن من، دوست من"
هفتم	برقراری روابط مؤثر در جهت زندگی ارزش‌محور، شناسایی موانع در مسیر ارزش‌ها، تمرین پذیرش آگاهانه، بازی نقش ارتباط مثبت، تمرین زیر پا گذاشتن موانع، استعاره اتوبوس، تمرین توجه آگاهی، دریافت بازخورد.	"مسافران اتوبوس من"
هشتم	آموزش مجدد و مرور ارتباط بین اهداف و فعالیت‌ها، ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران، سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها، استفاده از استعاره دو بچه در ماشین، چوب جادویی، ادامه تمرینات آگاهی حتی در حین راه رفتن بحث پیرامون تصویر بدنی، تکلیف خانگی، دریافت بازخورد.	"بچه‌های ماشین من + برنامه ادامه درمان"

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی در گروه‌های مداخله و گروه گواه

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش ۱ (CBH)	فاجعه‌سازی درد	۲۸/۷۳	۳/۵۵	۱۸/۲۶	۳/۱۲
	عدم تحمل بلا تکلیفی	۸۲/۵۳	۱۹/۸۰	۵۳/۰۰	۱۸/۰۴
آزمایش ۲ (ACT)	فاجعه‌سازی درد	۲۹/۵۳	۴/۰۱	۱۷/۴۶	۱/۹۵
	عدم تحمل بلا تکلیفی	۸۳/۲۰	۲۱/۲۰	۴۸/۰۰	۱۶/۹۹
گواه	فاجعه‌سازی درد	۲۷/۵۳	۴/۴۷	۲۵/۰۶	۴/۶۰
	عدم تحمل بلا تکلیفی	۸۴/۴۰	۲۴/۰۹	۸۱/۲۶	۱۹/۸۵

مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری و درمان ...

تحمل بلاتکلیفی ($F=0/167, P=0/653$)، یکسان است. برای بررسی فرض صفر تساوی کوواریانس در گروه‌ها از آزمون باکس استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش‌فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده‌شده متغیر وابسته در گروه‌ها برقرار است ($F=1/342, P=0/170$). همچنین نتایج حاصل از آزمون کرویت موخلی نشان داد متغیر ترکیبی واردشده به مدل تحلیل کوواریانس چندمتغیره، برای متغیر فاجعه سازی درد ($X^2=16/600, P=0/0001$) و برای عدم تحمل بلاتکلیفی ($X^2=40/147, P=0/0001$) به‌دست‌آمده که نشان داد مفروضه کرویت برقرار نیست، بنابراین برای اصلاح درجه آزادی از شاخصی به نام اسپیلون گرین هاوس گایسر استفاده نمود و نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را با توجه به عدم برقراری مفروضه کرویت محاسبه نمود.

با توجه به یافته‌های جدول ۳، میانگین و انحراف معیار فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلاتکلیفی دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر داشته است. برای بررسی نرمال بودن فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلاتکلیفی در بیماران فیبرومیالژیا از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده شد. نتایج نشان داد مشخصه Z آزمون مربوط به نرمال بودن فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلاتکلیفی، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گواه نشان داد که توزیع نمره‌ها با توزیع طبیعی این ابعاد تفاوت ندارد ($P>0/05$). همچنین به‌منظور بررسی یکسانی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان داد واریانس‌های خطا برای فاجعه سازی درد ($F=0/315, P=0/645$) و عدم

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط با عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی در متغیر فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلاتکلیفی

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
فاجعه سازی درد	عامل درون‌گروهی	مراحل زمان	۱۸۸۹/۲۰۰	۱/۵۰۰	۱۲۵۹/۰۹۵	۱۴۲/۰۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۲
		تعامل مراحل *گروه	۵۱۸/۷۵۶	۳/۰۰۱	۱۷۲/۸۶۷	۰/۱۹/۴۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸۱
		خطا	۵۵۸/۷۱۱	۶۳/۰۱۹	۸/۸۶۶			
عدم تحمل بلاتکلیفی	عامل بین‌گروهی	گروه	۵۳۱/۳۷۸	۲	۲۶۵/۶۸۹	۹/۵۰۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱۲
		خطا	۵۵۸/۷۱۱	۴۲	۲۷/۹۵۱			
		مراحل زمان	۱۴۶۲۲/۳۲۶	۱/۲۳۱	۱۱۸۷/۱۲۷	۳۰۱/۳۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷۸
عدم تحمل بلاتکلیفی	عامل درون‌گروهی	تعامل مراحل *گروه	۵۸۵۷/۸۰۷	۲/۴۶۲	۲۳۷۸/۸۳۰	۶۰/۳۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۲
		خطا	۲۰۳۷/۸۶۷	۵۱/۷۱۲	۳۹/۴۰۸			
		گروه	۱۳۴۷۵/۷۹۳	۲	۶۷۳۷/۸۹۶	۵/۹۹۸	۰/۰۰۵	۰/۲۲۲
	گروهی	خطا	۴۷۱۷۷/۸۶۷	۴۲	۱۱۲۳/۲۸۳			

عامل درون‌گروهی مقدار F محاسبه‌شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در فاجعه سازی درد ($\eta^2=0/772, P<0/01, F(1,42)=142$) و عدم تحمل

خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط برای عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلاتکلیفی در جدول ۴ نشان می‌دهد در رابطه با

بلا تکلیفی ($F=3.01$, $P=0.0001$, $\eta^2=0.222$) در سطح کوچک‌تر از 0.01 معنادار است. در نتیجه بین میانگین کلی فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلا تکلیفی در سه گروه مداخله و گواه تفاوت معنادار وجود دارد. به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌های مراحل آزمون تعقیبی بونفرنی انجام شد.

بلا تکلیفی ($F=3.01$, $P=0.0001$, $\eta^2=0.222$) معنادار است ($P<0.01$)، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلا تکلیفی در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد؛ و برای عامل بین گروهی مقدار F محاسبه شده در فاجعه سازی درد ($F=9$, $P=0.0001$, $\eta^2=0.312$) و عدم تحمل بلا تکلیفی

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی (مقایسه‌های چندگانه) در متغیر فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلا تکلیفی

متغیر	مراحل / گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	Sig
فاجعه سازی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۸/۳۳۳	۰/۵۷۸	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۷/۴۶۷	۰/۶۴۹	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۸۶۷	۰/۳۶۴	۰/۰۶۶
درد	هیپنوتراپی شناختی رفتاری - پذیرش و تعهد	۰/۳۱۱	۱/۱۱۵	۱
	هیپنوتراپی شناختی رفتاری - گواه	-۴/۰۴۴	۱/۱۱۵	۰/۰۰۲
	پذیرش و تعهد - گواه	-۴/۳۵۶	۱/۱۱۵	۰/۰۰۱
عدم تحمل بلا تکلیفی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۲۲/۴۲۲	۱/۲۰۰	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۲۱/۴۸۹	۱/۲۵۱	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	-۱/۱۳۳	۰/۴۷۹	۰/۰۶۸
گروه	هیپنوتراپی شناختی رفتاری - پذیرش و تعهد	۳/۱۱۱	۷/۰۶۶	۱
	هیپنوتراپی شناختی رفتاری - گواه	-۱۹/۴۶۷	۷/۰۶۶	۰/۰۲۶
	پذیرش و تعهد - گواه	-۲۲/۵۷۸	۷/۰۶۶	۰/۰۰۸

در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین سه گروه مداخله و گواه در متغیر فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلا تکلیفی در سطح 0.01 معنادار است. در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلا تکلیفی در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران فیبرومیالژیا

با توجه به یافته‌های جدول ۵ نتایج نشان می‌دهد بین نمرات فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلا تکلیفی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد، همچنین تفاوت بین نمرات پس‌آزمون با پیگیری معنی‌دار است. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلا تکلیفی در مرحله پیش‌آزمون بالاتر از مرحله پس‌آزمون و پیگیری است. همچنین بین اثر گروه‌های مداخله‌ی اول و دوم و گروه گواه مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که نمرات فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلا تکلیفی در گروه مداخله‌ی اول (CBH) و گروه مداخله‌ی دوم (ACT)، بیشتر از گروه گواه است. همچنین

مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری و درمان ...

انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد هر دو روش مداخله بر کاهش فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلا تکلیفی بیماران مبتلابه فیبرومیالژیا اثربخش است؛ همچنین نتایج نشان داد در مقایسه دو روش مداخله تفاوت معناداری وجود ندارد.

نخستین یافته پژوهش نشان داد هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر کاهش فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلابه فیبرومیالژیا مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش کلبادی نژاد و همکاران (۲۱) همسو است. هیپنوتراپی شناختی رفتاری فنون آرام سازی مانند مدیتیشن، مراقبه و فنون تنفس را در ترکیب با فنون آرام سازی تدریجی عضلانی دارای کاربرد گسترده‌ای شامل کاهش اضطراب، تنش ناسازگار در موقعیت‌های عملکردی، بی‌خوابی، کنترل درد، مسائل اسکلتی عضلانی، بیماری‌های روانی جسمی و خودگردانی کامل است که این هدف از طریق کاهش آگاهانه تنش‌های غیر لازم در عضلات تحقق می‌یابد. افزون بر این، تلفیق آزادسازی تنش با درمان شناختی باعث تسریع فرآیند درمانی می‌شود زیرا به دلیل افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، تضعیف قدرت عادت‌ها و کاهش اعتبار افکار مضطرب در زمان آرامش عضلانی، فرد احساس بهتری نسبت به خود و توجه بیشتری به زمان حاضر دارد (۴۷). همچنین استفاده از تمرین فرضی مهارت‌های مقابله و استفاده از تخیلات فرد (معمولاً در هیپنوتراپی) برای تمرین رفتار جدید، شیوه‌های مقابله‌ای مؤثر و جدید و مقابله با موقعیت‌های چالش‌برانگیز و یا موقعیت‌های عملکردی بسیار مفید واقع می‌شود و گواهی بر کارایی بالاتر درمان در صورت ترکیب رویکردهای شناختی رفتاری و هیپنوتراپی است (۴۸).

یافته دیگر پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلا تکلیفی با نتایج پژوهش انجمن روانشناسی بالینی (۲۶) و نتایج پژوهش‌های (ایستوود و گادفری (۲۷)، هگارتی و همکاران (۳۲)، دهستانی و همکاران (۳۳)، محمدی هریس و همکاران

(۳۴) همسو است. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت به نظر می‌رسد عاملی که منجر به تجربه درد و فاجعه سازی آن می‌شود؛ نگرش، باور و انتظارات بیماران درباره درد باشد. تحریف شناختی هم چون فاجعه سازی، حس درماندگی، ارزیابی بیمار از درد و میزان کنترل بر آن، تفسیر وی را از درد و پیامدهای آن و به‌طور کلی نظام شناختی و باورهای مرتبط با درد با اضطراب و استرس ناشی از آن ارتباط دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش پذیرش بر خروجی‌ها من جمله شدت درد تأثیر می‌گذارد (۲۸) همچنین در این درمان پرورش ذهن آگاهی به منظور خنثی سازی درگیری مفرط با شناخت‌ها و شناسایی ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری صورت پذیرفته و فرد تشویق می‌شود تا ضمن اینکه به سوی اهداف ارزش محور حرکت کرده، با تجاربش به‌طور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کند و آن‌ها را بدون قضاوت، بپذیرد. این امر باعث انگیزه برای تغییر باوجود موانع غیرقابل اجتناب می‌شود و شخص را در جهت تحقق اهداف ارزشمند زندگی ترغیب به تلاش می‌کند (۳۲). درد مزمن در بیماران موجب می‌شود افراد موقعیت‌های نامعین و مبهم را فشار آور و آشفته ساز درک کنند و در نتیجه هنگام مواجهه و پاسخ به موقعیت‌های مبهم نگرانی مزمنی را تجربه کنند. این افراد باور دارند که نگرانی به آن‌ها یاری می‌رساند تا بتوانند به‌صورت کارآمد، با موقعیت‌های ترس‌آور مقابله کنند و یا از این طریق مانع وقوع آن شوند. نگرانی به‌نوبه خود به جهت‌گیری منفی به مسئله و اجتناب شناختی منجر می‌شود و خود این‌ها در یک چرخه معیوب موجب بقای نگرانی شده و شدت درد را افزایش می‌دهد (۱۲) به‌عبارت‌دیگر آن‌ها بر این باورند که فاقد مهارت‌های حل مسئله مؤثر در موقعیت‌های مبهم هستند؛ در نتیجه رویدادهای آینده را منفی و با تهدید بیشتری تفسیر می‌کنند و این فرآیند میزان تنش و آشفتگی هیجانی بیشتری را برای این افراد به دنبال دارد.

در این باره بیماران مبتلابه فیبرومیالژیا با آگاهی از فرآیندهای حل مسئله و کسب توانایی در انتخاب بهترین راه‌حل‌ها در برخورد با مشکلات ناشی از بیماری، گزارش نمودند که در موقعیت‌های مبهم و تنش‌زا توانایی کنترل بیشتری بر افکار، احساسات و رفتارشان پیدا کرده و می‌توانند نگرانی‌ها و مسائل خود را راحت‌تر بیان کنند (۳۲). شرکت در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آنان یاری می‌رساند تا افکار منفی خود را شناسایی نموده و مورد بررسی قرار دهند. سپس با کسب مهارت‌ها و کارآمد قلمداد نمودن راه‌حل‌ها، فشار و آشفتگی کمتری در مقابل موقعیت‌های نامشخص و مبهم درک کنند. در نتیجه در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی عکس‌العمل مناسبی نشان دهند و کمتر احساس عدم تحمل بلا تکلیفی داشته باشند.

یافته نهائی پژوهش نشان داد بین اثربخشی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه سازی درد و عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران فیبرومیالژیا تفاوت معناداری وجود ندارد. با بررسی‌های انجام شده مشخص گردید پژوهشی که به مقایسه این دو روش مداخله در بیماران فیبرومیالژیا بپردازد تا بتوان به مقایسه همسو یا ناهم‌سویی نتایج پژوهش حاضر بپردازیم، تاکنون انجام نشده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت هر دو رویکرد اگره از دیدگاه نظری متفاوت‌اند، اما در عمل بسیاری از مکانیسم‌های تغییر مشابه را هدف قرار می‌دهند. هیپنوتراپی شناختی-رفتاری از طریق بازسازی شناختی و القای هیپنوتیک، به کاهش افکار منفی درباره درد و موقعیت‌های نامشخص می‌پردازد؛ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا به جای اجتناب از درد یا بلا تکلیفی، آن‌ها را بپذیرند و بر اساس ارزش‌ها عمل کنند. در نتیجه هر دو به‌نوعی موجب کاهش فاجعه سازی درد و افزایش تحمل بلا تکلیفی شده‌اند. در تبیین دیگر می‌توان به شباهت در مسیرهای نوروبیولوژیک و نواحی مغزی مشترک

در هیپنوتراپی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. هر دو روش مداخله می‌توانند بر مناطق مشابه مغز (مانند آمیگدال، قشر پیش پیشانی) تأثیر بگذارند که در تنظیم درد و عدم تحمل بلا تکلیفی نقش دارند. در این راستا نتایج پژوهش سیمیک و همکاران (۴۱) نشان می‌دهد قشر پیش پیشانی پستی-جانبی نقش مهمی در کنترل شناختی و تنظیم هیجان دارد. کاهش فاجعه سازی درد پس از مداخلات روان‌درمانی با افزایش ماده خاکستری در این ناحیه مرتبط است. لازاریدون و همکاران (۴۲) به این نتیجه دست‌یافت هر دو درمان با تغییر در فعالیت قشر اینسولا-درگیر در آگاهی بدنی و پردازش احساسات بدنی است- به کاهش حساسیت به درد کمک می‌کند. لی و همکاران (۴۳) نیز به این نتیجه دست یافتند که کاهش فاجعه سازی درد با کاهش اتصال عملکردی بین شبکه حالت پیش فرض و نواحی مرتبط با درد همراه است. به‌طور کلی می‌توان گفت از آنجایی که مغز پاسخ‌های عصبی مشابهی به هر دو درمان می‌دهد، خروجی‌ها نیز ممکن است مشابه باشد؛ بنابراین تفاوت آماری معناداری در کاهش فاجعه سازی درد یا افزایش تحمل بلا تکلیفی مشاهده نمی‌شود. این پدیده را می‌توان در چارچوب مفهومی روان‌درمانی به نام "هم‌ارزی مسیرهای درمانی" تحلیل کرد که مسیرهای متفاوت درمانی می‌توانند به نتایج مشابهی منتهی شوند، به شرطی که سازوکارهای مشترکی را در مغز فعال کنند.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود که در تفسیر نتایج باید مدنظر قرار گیرد: استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و تمرکز جامعه آماری بر مراکز درمانی منطقه ۱ تهران، قابلیت تعمیم‌یافته‌ها به سایر جوامع را محدود ساخته است. همچنین، حجم نمونه نسبتاً اندک (۱۵ نفر در

مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری و درمان ...

هر گروه) ممکن است قدرت کشف تفاوت‌های ظریف میان گروه‌های درمانی را کاهش داده باشد. در نتیجه، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با بهره‌گیری از نمونه‌گیری تصادفی و حجم نمونه بزرگ‌تر طراحی شوند تا اعتبار بیرونی نتایج افزایش یابد. علاوه بر این، استفاده صرف از ابزارهای خود گزارشی می‌تواند خطر سوگیری پاسخ‌دهی را افزایش دهد و فقدان داده‌های عینی یا رفتاری، تحلیل جامع‌تری از تغییرات روان‌شناختی را محدود کرده است. گنجاندن روش‌های کیفی نظیر مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته می‌تواند در پژوهش‌های آتی به درک عمیق‌تر از تجربه زیسته بیماران کمک کند. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به بررسی نکردن عوامل مداخله‌گر

مانند مصرف داروهای هم‌زمان، ویژگی‌های فردی بیماران (نظیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سبک‌های مقابله‌ای) و متغیرهای میانجی احتمالی اشاره کرد. در این راستا، انجام مطالعات مقایسه‌ای در گروه‌های سنی، تحصیلی یا فرهنگی مختلف جهت تحلیل نقش تفاوت‌های فردی در پاسخ به درمان توصیه می‌شود. با توجه به ساختار منظم و قابلیت آموزش پذیری هر دو رویکرد درمانی، پیشنهاد می‌شود این مداخلات در قالب برنامه‌های درمانی انفرادی، گروهی یا آنلاین ارائه شوند. همچنین، ضرورت دارد درمانگران فعال در حوزه روان‌شناسی سلامت، آموزش‌های تخصصی مرتبط با اجرای این درمان‌ها را دریافت نمایند.



References

- Giorgi V, Bazzichi L, Batticciotto A, Pellegrino G, Di Franco M, Sirotti S, Atzeni F, Alciati A, Salaarzi-Puttini P. Fibromyalgia: One year in review 2023. *Clin Exp Rheumatol*. 2023; 41: 1205-1213.
- Wolfe F, Clauw D J, Fitzcharles M A, Goldenberg D L, Häuser W, Katz R L, & Walitt B. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. In *Seminars in arthritis and rheumatism*. 2021; 46(3): (319-329)
- Navarro-Ledesma S, Carroll J D, González-Muñoz A, & Burton P. Outcomes of whole-body photobio-modulation on pain, quality of life, leisure physical activity, pain catastrophizing, kinesiophobia, and self-efficacy: a prospective randomized triple-blind clinical trial with 6 months of follow-up. *Frontiers in Neuroscience*, 2024; 18: 1264821.
- Dorado K, Schreiber K L, Koulouris A, Edwards R R, Napadow V, & Lazaridou A. Interactive effects of pain catastrophizing and mindfulness on pain intensity in women with fibromyalgia. *Health psychology open*. 2018; 5(2): 2055102918807406.
- López-Gómez I, Velasco L, Gutiérrez L, Écija C, Catalá P, & Peñacoba C. Symptoms in women with fibromyalgia after performing physical activity: the role of pain catastrophizing and disease impact. *Clinical rheumatology*, 2023, 42(1): 225-232.
- Petrini L, & Arendt-Nielsen L. Understanding pain catastrophizing: Putting pieces together. *Frontiers in Psychology*, 2020; 11: 603420.
- Loggia ML, Berna C, Kim J. The lateral prefrontal cortex mediates the hyperalgesic effects of negative cognitions in chronic pain patients. *The Journal of Pain*. 2015; 16(8): 692-699.
- López-Martínez A E, Ramírez-Maestre C, Serrano-Ibáñez E R, Ruiz-Párraga GT, & Esteve R. Intolerance of uncertainty moderates the relationship between catastrophizing, anxiety, and perceived pain in people with chronic nononcological pain. *Pain Medicine*. 2022; 23(10): 1793-1799.
- McEvoy PM, Hyett MP, Shihata S, Price J E, Strachan L. The impact of methodological and measurement factors on transdiagnostic associations with intolerance of uncertainty: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2019; 73: 101778.
- Jenkinson R, Milne E. & Thompson, A. The relationship between intolerance of uncertainty and anxiety in autism: A systematic literature review and meta-analysis. *Autism*. 2020; 24(8):1933-1944.
- Bredemeier K, Church L D, Bounoua N, Feler B, & Spielberg JM. Intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity, and health anxiety during the COVID-19 pandemic: Exploring temporal relationships using cross-lag analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 2023; 93: 102660.
- Deepanjli T P, Kortlever M D, David M D, Erin M, Reichel M D, Gregg A, Vager M D. Does Intolerance of Uncertainty Affect the Magnitude of Limitation or Pain Intensity? *Clin Orthop Relate Res*, 2020; 478: 381-388.
- Sitges C, González-Roldán AM, Duschek S & Montoya P. Emotional Influences on Cognitive Processing in Fibromyalgia Patients with Different Depression Levels: An Event-related Potential Study. *The Clinical journal of pain*, 34(12), 1106-1113.
- Talotta R, Bazzichi L, Di Franco M, Casale R, Batticciotto A, Gerardi M C, & Sarzi-Puttini P. One year in review 2017: Fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 2017; 105(3): 6-12.
- De Benedittis G. The Challenge of Fibromyalgia Efficacy of Hypnosis in Alleviating the Invisible Pain: A Narrative Review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2023; 71(4): 276-296.
- Yonkers K I, & Simoni, M. Premenstrual disorders. *Am J Obstet Gynaecol*. 2018; 218(1): 68-74.
- Spiegel D, & Riba M. Managing anxiety and depression during treatment. *Breast J*, 2015; 21(1): 97-103.
- Heller H L, Borges A R, Franco L O A, Aucelio J P D O, Vargas M I A, Lorga R N, ... & Reis APMG. Role of cognitive behavioral therapy in fibromyalgia: A systematic review. *Open Journal of Rheumatology and Autoimmune Diseases*. 2021; 11(4): 169-187.
- Amin Sorkhi M, Hassanzadeh R, Asadi J, & Pourasghar M. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Hypnotherapy on Pain in Patients with Premenstrual Dis-

- order. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*, 2023; 31(1):29-37.
20. Uusefi R, Hafezi F, Bakhtiarpoor S, Makvandi B. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral hypnotherapy and mindfulness therapy on pain perception and self-efficacy in women with breast cancer in Gorgan. *Journal of Applied Family Therapy*, 2023;3(5):209-27.
 21. Kolbadi nejad M, Asadi J, Pourasghar arabi M, & Aghaie, M. Comparison the effectiveness of Cognitive-Behavioral therapy and Cognitive-Behavioral Hypnotherapy on Resiliency and sleep quality of women with Fibromyalgia syndrome. A Clinical Trial Study. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 24(1): 26-34.
 22. Pourkaveh A, Pirani Z, Pourasghar M, Sadeghi, A, & Poustchi H. Comparison of the Effectiveness of Hypnotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Chronic Pain Indices and Cognitive-Emotional Regulation in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 17(1): 31811.
 23. Pentzien C. A Pilot Acceptance and Commitment Therapy Intervention to Reduce the Negative Effects of Sexual Objectification among College Women. 2019, (Doctoral dissertation, Bowling Green State University).
 24. Walser R D, & O'Connell M. Alliance rupture and repair in acceptance and commitment therapy. In C. F. Eubanks, L. W. Samstag, & J. C. Muran (Eds.), *Rupture and repair in psychotherapy: A critical process for change*, 2023, (pp. 165–186). American Psychological Association.
 25. Lawrence E, Cohn AS, & Allen SH. Acceptance and commitment therapy for couples. *Clinical handbook of couple therapy*, 2022; 104.
 26. Society of Clinical Psychology. Acceptance and commitment therapy for chronic pain. Evan Forman and Joanna Kaye: Society of Clinical Psychology, 2017. <https://www.div12.org/treatment/acceptance-and-commitment-therapy-for-chronic-pain/> (accessed 28/09/2023).
 27. Eastwood F, & Godfrey E. The efficacy, acceptability and safety of acceptance and commitment therapy for fibromyalgia—a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Pain*, 2023, 20494637231221451.
 28. Haugmark T, Hagen K B, Smedslund G, & Zangi HA. Mindfulness-and acceptance-based interventions for patients with fibromyalgia—A systematic review and meta-analyses. *PloS one*, 2019; 14(9): e0221897.
 29. Amini sadr N. Evaluation of the effect of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy, depression and quality of life in patients with chronic low back pain. *Military Psychology*, 2024;14(4):97-113.
 30. Akbarian M, Mohammadi Shirmahleh F, Borjali A, Hasanabadi H Abolghasemi S. Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Depression, Chronic Fatigue, and Pain Intensity in Patients with Fibromyalgia Syndrome: A Study with Expectancy Effect. *Intern Med Today*, 2021; 28(1): 70-85. [Persian]
 31. Akbarian M, Saeidi N, Borjali A, Abolghasemi S, & Hassan Abadi HR. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on the Psychological Consequences of Anxiety, Pain Intensity, and Fatigue in Women with Fibromyalgia: Study with the Effect of Waiting. *Avicenna J Clin Med*, 2022; 28(4): 244-252. [Persian]
 32. Hegarty R S, Fletcher B D, Conner T S, Stebbings S, & Treharne GJ. Acceptance and commitment therapy for people with rheumatic disease: Existing evidence and future directions. *Musculoskeletal Care*, 2020; 18(3): 330-341.
 33. Dehestani F, Mirzaian B, Hassanzadeh R. Saadat P. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Pain Coping Strategies and Pain Self-efficacy in Chronic Neuropathic Pain Patients. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 2023; 27(6): 97-112. [Persian]
 34. Mohamdiheris V, Shakerdolag A, Khademi A, Zeynali A Safai, N. The effect of acceptance and commitment therapy on chronic pain, resilience and self-care in women with coronary artery disease. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*, 2020; 9(1): 152-163. [Persian]
 35. Hassanzadeh R. *Applied research method*. Tehran: Ravan; (2023). [Persian]
 36. Asadi S, Abedini M, Poursharifi H, Nikokar M. The Relationship between Intolerance of Uncertainty and

- Rumination with Worry on Student Population. *Journal of Clinical Psychology*, 2013; 4(5): 83-91. [Persian]
37. Buhr K, & Dugas M J. The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*, 2002; 40(8): 931-945.
38. Sarkashikiyan S M, Babakhani N, & BAagheri N. The relationship between academic expectations stress and academic self-defeating behaviors: The mediating role of uncertainty intolerance. *Rooyesh*, 2022; 11(4): 169-180. [Persian]
39. Rosenstiel A K, & Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to pain characteristics and current adjustment. *Pain*, 1983; 17: 33-44.
40. Jafari A. Comparing Cognitive Flexibility, Psychological Capital and Coping Strategies with Pain between Individuals with COVID-19 Responding and Non-Responding to Home Treatment. *Journal of Counseling Research*, 2020; 19(74): 4-35. [Persian]
41. Hammond D C. Hypnotic suggestions and metaphors. Tehran: Clinical Hypnosis Scientific Association of Iran; translators. Tehran: Clinical Hypnosis Scientific Association of Iran; 2013.
42. Vowles KE, Sowden G. Ashworth, J. A comprehensive examination of the model underlying acceptance and commitment therapy for chronic pain. *Behavior Therapy*, 2014; 45(3):390-401.
43. Elkins G, Jensen M P, & Patterson D.R. Hypnotherapy for the management of chronic pain. *International Journal of Clinical Experimental Hypnosis*, 2007; 55(3): 275-287.
44. Alladin A. Integrative CBT for anxiety disorders: An evidence-based approach to enhancing cognitive behavioural therapy with mindfulness and hypnotherapy. John Wiley & Sons; 2015
45. Fuhr K, Schweizer C, Meisner C, & Batra A. Efficacy of hypnotherapy compared to cognitive-behavioural therapy for mild-to-moderate depression: study protocol of a randomised-controlled rater-blind trial (WIKI-D). *BMJ open*, 2017; 7(11): e016978.
46. Simic K, Savic B, & Knezevic N N. Pain catastrophizing: How far have we come. *Neurol Int*, 2024;16(3): 483-501.
47. Lazaridou A, Kim J, Cahalan C M, Loggia M L, Franceschelli O, Berna C, & Edwards R R. Effects of cognitive-behavioral therapy (CBT) on brain connectivity supporting catastrophizing in fibromyalgia. *Clin J Pain*, 2017; 33(3): 215-21.
48. Lee J, Lazaridou A, Paschali M, Loggia M L, Berry M P, Ellingsen D M, & Edwards R R. A randomized controlled neuroimaging trial of cognitive behavioral therapy for fibromyalgia pain. *Arthritis Rheumatol*, 2024; 76(1): 130-40.

Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Hypnotherapy and Acceptance and Commitment Therapy on Pain Catastrophizing and Uncertainty Intolerance in Fibromyalgia Patients

Seyadeh Maryam Komarati^{1*}, Leila Mahmoudian²

Abstract

Background and objective: The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral hypnotherapy and acceptance and commitment therapy on pain catastrophizing and intolerance of uncertainty in patients with fibromyalgia.

Methods and Materials: This semi-experimental study was conducted using a pretest-posttest design with a control group. The study population included all women diagnosed with fibromyalgia who visited medical and physiotherapy centers in District 1 of Tehran from June to December 2023. A total of 45 participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to two intervention groups and one control group. The intervention groups received eight sessions of cognitive-behavioral hypnotherapy and acceptance and commitment therapy. Data were collected using the Pain Coping Strategies Questionnaire (Rosenstiel & Keefe, 1983) and the Intolerance of Uncertainty Scale (Friston et al. 1994), and analyzed through repeated measures tests and Bonferroni post hoc analysis.

Results: The effects of time, group, and the time-group interaction on pain catastrophizing and intolerance of uncertainty were statistically significant ($P < 0.0001$). The mean scores of pain catastrophizing and intolerance of uncertainty in the intervention groups were significantly lower than in the control group ($P < 0.0001$). A significant difference was found between the intervention groups from pretest to follow-up ($P < 0.0001$), while no significant differences were observed between posttest and follow-up scores for pain catastrophizing ($p = 0.066$) and intolerance of uncertainty ($p = 0.068$).

Conclusion: Given the findings, cognitive-behavioral hypnotherapy and acceptance and commitment therapy can be applied as effective psychological interventions for fibromyalgia patients in mental health and counseling centers.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive-Behavioral Hypnotherapy, Fibromyalgia, Intolerance of Uncertainty, Pain Catastrophizing.

1*. Corresponding author. PhD in Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran

2. PhD in Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran

m.komarati@gmail.com

Mehranaclinic1397@gmail.com