www.edcbmj.ir e-ISSN: 2345-5284

Education Strategies in Medical Sciences (ESMS)

Journal homepage: www.edcbmj.ir/en e-ISSN: 2345-5284

Baqiyatallah University of Medical Sciences

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Alexithymia and Illness Perception in Patients with Migraine Headache

Afsaneh Mombeiniabolfath [1], Sara Saedi [2*]

[1] Department of psychology, ShQ. C., Islamic Azad University, Shahre-e Qods, Iran
[2] Assistant Professor,Department of psychology, Bo.C., Islamic Azad University, Borujerd, Iran

**Corresponding author: Sara Saedi, Assistant Professor,Department of psychology, Bo.C., Islamic Azad University, Borujerd, Iran, E mail: sarasaedi@iau.ac.ir*

Article Info

Keywords: *Illness perception, cognitive-behavioral therapy, alexithymia, migraine*

Abstract

Introduction: Migraine is a multifactorial disorder that, in addition to its physiological components, involves various psychological dimensions that can significantly influence the quality of life and well-being of affected individuals. Accordingly, the present study aimed to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) on alexithymia and illness perception in patients with migraine headache.

Method: This research employed a quasi-experimental design with a control group. The statistical population included all patients with migraine headache who referred to specialty clinics in Qods city during the spring of 2024. Using purposive non-random sampling, 30 individuals were selected and randomly assigned to experimental and control groups. Data were collected using the Toronto Alexithymia Scale (1994) and the Illness Perception Questionnaire by Broadbent et al. (2006). The experimental group received an 11-session cognitive-behavioral therapy program (60 minutes per session), while the control group received no intervention.

Results: Findings indicated that cognitive-behavioral therapy significantly improved alexithymia and illness perception among patients with migraine ($P < 0.05$).

Conclusion: Short-term cognitive-behavioral therapy can be effectively utilized by mental health professionals to improve psychological well-being and overall quality of life in individuals suffering from migraine.

Copyright © 2020, Education Strategies in Medical Sciences (ESMS). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی
دوره ۱۷، شماره ۳، ۱۴۰۳
صفحات: ۳۵۴-۳۶۱

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ناگویی هیجانی و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سردرد میگرن

افسانه ممبینی ابوالفتح[۱]، سارا ساعدی[۲]*

[۱] گروه روانشناسی، واحد شهرقدس، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرقدس، ایران
[۲] استادیار گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

* نویسنده مسوول: سارا ساعدی، استادیار گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران
ایمیل: sarasaedi@iau.ac.ir.

چکیده

مقدمه: میگرن، یک بیماری چندعاملی است که علاوه بر جنبه‌های فیزیولوژیکی، ابعاد روان‌شناختی متعددی را نیز در بر می‌گیرد و می‌توانند بر کیفیت زندگی و بهزیستی افراد مبتلا تأثیر بسزایی داشته باشند بنابراین هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ناگویی هیجانی و ادراک بیماری بیماران مبتلا به سردرد میگرن بود.

روش پژوهش: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به سردرد میگرن مراجعه کننده به کلینیک‌ها و درمان‌گاه‌های تخصصی شهر قدس در بهار ۱۴۰۳ بودند که با روش نمونه گیری غیرتصادفی هدفمند ۳۰ نفر از آنان انتخاب و در بصورت گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه های ناگویی هیجانی تورنتو (۱۹۹۴) و ادراک بیماری بردبنت و همکاران (۲۰۰۶)بود. گروه آزمایش به مدت ۱۱ جلسه ۶۰ دقیقه ای تحت درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند.

یافته ها: نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر ناگویی هیجانی و ادراک بیماری بیماران مبتلا به سردرد میگرن اثربخش است($P>0/05$) .

نتیجه گیری: استفاده از درمان شناختی رفتاری کوتاه مدت توسط متخصصان بهداشت روان در افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به میگرن مؤثر است.

واژگان کلیدی: ادراک بیماری، درمان شناختی رفتاری، ناگویی هیجانی، میگرن

مقدمه

سـردردهای میگرنی از شـایعترین مشـکلات نرولوژیکی(۱) با شـیوع ۱۱/۶ درصـد در جهان(۲) و ۱۴ درصـد در ایران (۳) محسوب می شود که به صورت سردردی عود کننده، ضربان دار و معمولا یک طرفه که به مدت تا ۲ سـاعت طول می کشـد و غالبا همراه با بی اشتهایی، تهوع، استفراغ و در تعدادی از بیماران همراه با اختلالات حسی، حرکتی یا خلقی می باشد(۴) . شیوع بالای این اختلال و وقوع مکرر بسـیار شـدید، ناتوان کننده و خسته کننده آن که باعث اضطراب و افسردگی (۵) . در مبتلایان به میگرن می‌شود؛ تأثیرات بسیار مهمی بر عملکرد شغلی(۶) و کیفیت زندگی(۷) بیماران به دنبال دارد. سـردرد میگرن، بار اقتصـادی سـنگینی بر سیسـتم بهداشـتی و اجتماع تحمیل می کـند تا جاییکه بار اقتصادی سالانه میگرن معادل ۱۱۳ میلیون دلار روز کاری اسـت(۸). در سـالهای اخیر تحقیقات روانی–تنی نشـان می دهد که ناگویی هیجانی از موثرترین مولفه های برانگیزاننده درد (۹) به ویژه میگرن (۱۰) محسـوب می شـود ناگویی هیجانی، به ناتوانی فرد در شـناسـایی، درک و ابراز هیجانات خود اشاره دارد (۱۱). شیوع ناگویی هیجانی درجمعیت مبتلا به دردمزمن از ۳۴ تا ۱۰۰ درصد براورده شـده اسـت(۱۲) نتایج پژوهش پولات و همکاران نشـان میدهد که بیماران مبتلا به سـردرد تنشـی و میگرنی نسـبت به افراد سـالم از حساسـیت اضـطرابی و ناگویی هیجانی بیشـتری برخوردارند(۱۰). "ادراک بیماری"، یکی از متغیرهای روانشـناختی مرتبط با درد است، که به بازنمایی شـناختی سازمان یافته ای بیمار از بیماری خود تعبیر می شـود(۱۳).براسـاس نظریه لونتال بیماران رفتار و واکنش هیجانی خود نسبت به بیماری را براساس ادراکات خود از ماهیت، علل، پیامد، کنترل‌پذیری و درمان‌پذیری و مدت زمان بیماری می‌نمایند (۱۴). در یک مطالعه اکتشافی با هدف بررسی ارتباط بین ادراک بیماری و ویژگی‌های روان‌شـناختی بیماران مبتلا به میگرن بر روی ۱۴۳ بیمار در یک مرکز تخصـصـی سـرددر ایتالیا انجام شـد، نتایج نشـان داد که بیماران اغلب علت سـردرد خود را به اسـترس، عوامل ژنتیکی و ویژگی‌های شـخصـیتی عصـبی نسـبت می‌دهند. همچنین زنان در مقایسـه با مردان، در ابعاد «پیامدهای بیماری» و «پاسخ احسـاسـی» نمرات بالاتری داشـتند که نشـان‌دهنده حسـاسـیت و نگرانی بیشـتر نسـبت به میگرن بود. بررسـی‌های بیشـتر نشـان داد که ادراک منفی‌تر از بیماری (مانند تصـور غیرقابل‌کنترل بودن یا طولانی‌مدت بودن میگرن) با افسـردگی بیشـتر، شـدت بالاتر درد، ناتوانی بیشـتر و طولانی‌تر بودن سـابقه بیماری همراه اسـت. پژوهشـگران نتیجه گرفتند که نحوه درک بیماران از بیماری‌شـان می‌تواند بر تجربه ذهنی درد و پیامدهای روانی آن تأثیرگذار باشـد. بنابراین، توجه به مؤلفه‌های روان‌شـناختی و اصـلاح باورهای منفی بیماران درباره بیماری، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و مدیریت مؤثرتر میگرن کمک کند(۱۵). یکی ازدرمان هایی که می تواند به ارتقاء این متغیرهای مرتبط با سـلامت یاری رسـاند درمان شناختی رفتاری است(۱۶) این درمان از جمله درمان‌هایی است که احساسات ناکارآمد و رفتارها، فرایندها و مضامین شناختی ناسازگارانه را، از طریق شماری از روش‌های سیستماتیک، صریح و هدف مدار نشـانه می‌گیرد (۱۷). در واقع این روش بر تغییر الگوهای فکری منفی («غالباً هیچ کاری از دسـتم بر نمی‌آید»، «درد من همیشـه کنترل‌شـدنی نیسـت») و بهبود مهارت‌های رفتاری مقابله با درد (مانند برنامه‌ریزی فعالیت، آرام‌سـازی، مواجهه تدریجی با فعالیت‌هایی که به‌خاطر درد محدود شـده‌اند) تمرکز دارد. به‌واسـطه این اصـلاحات، بیماران توانایی بیشـتری برای کنترل احسـاس درد، کاهش اجتناب از فعالیت و افزایش مشارکت اجتماعی مشاهده می‌کنند(۱۸). مثلاً در یک فرا تحلیل اخیر نشـان داده شـد که درمان شـناختی رفتاری در مقایسـه با درمان‌های معمول، به‌طور معناداری درد، ناتوانی و اجتناب از فعالیت را بهبود داد(۱۹). در یک کارآزمایی بالینی تصادفی دیگر که در آن افراد مبتلا به درد مزمن حداقل سه ماهه تحت مداخله آنلاین مبتنی بر مهارت‌های رفتارشـناختی دیالکتیکی قرار گرفتند. هدف بررسـی اثر این مداخله بر کاهش ناگویی هیجانی بود. پس از ۹ هفته، شـرکت‌کنندگان گروه مداخله کاهش معنی‌داری در نمره ناگویی هیجانی داشـتند (P = ۰/۰۳ ;۴.۸۸-) و این تغییر نسـبت به گروه کنترل که درمان معمول دریافت کرده بود، قابل توجه بود. این نتایج نشـان می‌دهد که آموزش مهارت‌های مدیریت هیجانات از طریق CBT یا روش‌های مشـابه می‌تولند بهبود قابل توجهی در تولنایی افراد برای شـناسـایی و بیان هیجانات خود و کاهش تجربه درد مزمن ایجاد کند(۲۰) . همچنین در مطالعه دیگر، بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی سنگین تحت گروه درمانی شناختی رفتاری قرار گرفتند و محققان بررسـی کردند که آیا «تغییر در ادراک بیماری» به عنوان یک میانجی در اثر این درمان بر بهبود عملکرد جسـمانی و کاهش نشـانه‌ها نقش دارد یا خیر؟.نتایج نشـان دادند که بهبود ادراک بیماری، به‌ویژه افزایش «کنترل شخصی» با نتایج بهتر پس از درمان مرتبط بود. به عبارت دیگر، بخشی از اثر مثبت درمان شناختی رفتاری از طریق تغییرات در ادراک بیماری رخ داد(۲۱). با توجه به اهمیت مطالب فوق للذکر و از طرفی از انجائیکه درمان‌های دارویی، اگرچه برای کنترل حملات سـردرد مؤثرند، اما اغلب بهبودی کامل را فراهم نمی‌آورند و بیماران همچنان با نشـانه‌های مقاوم، عود مکرر و کاهش کیفیت زندگی مواجه هسـتند. از این‌رو، اسـتفاده از

مداخلات غیردارویی مانند CBT که بر تغییر الگوهای شناختی و رفتاری، ارتقای توان‌خود کارآمدی و بهبود مکانیسم‌های مقابله با درد تمرکز دارد، به‌عنوان گامی ضروری در مدیریت جامع میگرن مطرح است(۲۲). بنابراین پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان شناختی رفتاری بر ناگویی هیجانی و ادراک بیماری بیماران مبتلا به سردرد میگرن تاثیر دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش، از نوع شبه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. در این طرح، که از دو گروه (تجربی و کنترل) تشکیل می شود، فرم پیش آزمون برای دو گروه اجرا و سپس فرم پس آزمون پس از اعمال مداخله در این پژوهش اجرا شد.

جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به سردرد میگرن مراجعه کننده به کلینیک‌ها و درمان‌گاه‌های تخصصی شهر قدس در بهار ۱۴۰۳ بودند. جهت انتخاب نمونه، ۳۰ نفر از بیماران در دسترس که ملاک های ورود را دارا و دواطلب شرکت در جلسات بودند انتخاب شدند و سپس با توجه اهداف پژوهش و داشتن رضایت برای حضور در پژوهش به شیوه ی تصادفی ساده به دو گروه ۱۵ نفره (تجربی و کنترل) گمارده شدند.

ملاکهای حضور در نمونه عبارت بودند از: ۱-نداشتن سابقه بستری در بخش روانپزشکی. ۲-دامنه ی سنی ۴۵-۲۵ سال. ۳-تحصیلات دیپلم به بالا. ۴-طول مدت ابتلا به سردردمیگرن ۱-۲ سال.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

۱-پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو: یکی از ابزارهای استاندارد و معتبر برای اندازه‌گیری توانایی شناسایی و بیان هیجانات فردی است. این پرسشنامه شامل ۲۰ گویه است که سه زیرمقیاس اصلی دارد: مقیاس دشواری در تشخیص احساسات(ارزیابی توانایی آزمودنی در شناسایی احساسات و تمایز میان احساسات با حس‌های بدنی)، دشواری توصیف احساسات (بررسی توانایی شخص در بیان احساسات و این که آیا قادر است احساسات خودش را در قالب لغات بیان کند یا خیر) و تفکر با جهت‌گیری خارجی(بررسی میزان درون‌نگری و عمیق‌شدن فرد در احساسات درونی خود و دیگران)، را مورد ارزیابی قرار می دهد. شیوه نمره‌گزاری آزمون بر اساس مقیاس لیکرت (۱ =کاملاً مخالف تا ۵ =کاملاً موافق) است. تنها سوال ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس نمره‌گزاری می‌شود. حداقل نمره آزمودنی در این پرسشنامه ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ می‌باشد. روایی سازه و محتوا توسط سازندگان تایید شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵، برای دشواری در تشخیص احساسات ۰/۸۳، دشواری در توصیف احساسات ۰/۸۰ و تفکر با جهت‌گیری خارجی ۰/۷۱ بدست آمد(۲۳).

۲- پرسشنامۀ ادراک بیماری بردبنت و همکاران (۲۰۰۶): این پرسشنامه توسط بردبنت، پتریه، مین و وینمن (۲۰۰۶) طراحی و اعتبارسنجی شده است، این پرسشنامه پی‌آمدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می‌سنجند. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۰ تا ۱۰ است. سؤال ۹ پاسخ باز بوده و سه علت عمده ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد سؤال قرار می‌دهد. حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۸۰ می باشد. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سؤالات مختلف، از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است(۲۴).

درمان شناختی رفتاری مدیریت دردمزمن: در پژوهش حاضر پروتکل درمانی بر مبنای شیوه اوتیس در سال ۲۰۰ تدوین شد(۲۵). این برنامه در ۱۱ هفته هفته ای یک جلسه ۶۰ دقیقه ای توسط درمانگر به ترتیب ذیل اجرا شد:

جلسه اول: معارفه، مفهوم سازی وآشنایی با ماهیت درد مزمن و نقش عوامل روان‌شناختی در شدت و تداوم آن

جلسه دوم: تشریح و درک بهتر مکانیزم‌های درد و یادگیری تکنیک تنفس دیافراگمی برای کنترل پاسخ‌های فیزیولوژیک بدن

جلسه سوم: کاهش تنش عضلانی و ایجاد آرامش ذهنی با استفاده از دو تکنیک: انقباض و رهاسازی عضلات، و تصویرسازی آرامش‌بخش

جلسه چهارم: بررسی افکار و خطاهای شناختی مرتبط با درد

جلسه پنجم: بازشناسی شناختی و به چالش کشیدن افکار منفی مرتبط با درد و جایگزینی آنها با افکار واقع‌گرایانه‌تر

جلسه ششم: شناسایی عوامل استرس‌زا و رابطه آنها با درد و یادگیری راهکارهای مقابله با استرس

جلسه هفتم: ایجاد تعادل بین فعالیت و استراحت برای جلوگیری از خستگی شدید یا تشدید درد بعد از فعالیت زیاد.

جلسه هشتم: شناسایی وبرنامه‌ریزی فعالیت‌های لذت‌بخش جهت کاهش درد

جلسه نهم: شناسایی خشم و رابطه آن با درد، یادگیری روش‌های ابراز سالم آن

جلسه دهم: شناسایی مشکلات خواب و رابطه آن با درد و آموزش تکنیک‌هایی برای بهبود کیفیت خواب

جلسه یازدهم: پیشگیری از عود و برنامه ریزی برای روزهای درد

یافته ها:

در پژوهش حاضر ۴۳٪ آزمودنی ها بین ۲۵ الی ۳۵ سال و ۵۷٪ نیز بین ۳۶ الی ۴۵ سال بودند. به علاوه جدول۱ نیز به صورت مفصل میانگین و انحراف معیار متغیرهای ادراک بیماری، و ناگویی هیجانی در دو گروه کنترل و آزمایش در پیش ازمون و پس ازمون نشان می دهد.

جدول ۱: یافته های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحرف معیار
ادراک بیماری	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۲۴/۴۱	۰/۳۵
		پس آزمون	۱۵	۲۶/۳۰	۰/۲۹
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۲۸/۴۶	۰/۳۱
		پس آزمون	۱۵	۴۷/۵۸	۰/۳۶
ناگویی هیجانی	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۷۶/۳۴	۰/۲۴
		پس آزمون	۱۵	۷۸/۲۸	۰/۲۷
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۷۸/۲۴	۰/۱۹
		پس آزمون	۱۵	۶۲/۱۶	۰/۳۴

برای آزمودن فرضیه پژوهش مبنی بر این که: درمان شناختی رفتاری بر ناگویی هیجانی و ادارک بیماری موثر است. از روش تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) با رعایت مفروضه های آن استفاده شد.

جدول ۲: وضعیت نرمال بودن توزیع آماری متغیرهای تحقیق

متغیرها	مقدار آماره Z	Sig
ادراک بیماری	۰/۵۲۳	۰/۲۶۵
ناگویی هیجانی	۰/۸۲۱	۰/۱۴۵

با توجه به اطلاعات جدول۲ آزمون نرمال ملاحظه می گردد که مقدار احتمال در هیچ کدام از متغیرها معنی دار نشده است (مقدار احتمال بزرگتر از سطح خطای ۰/۰۵ می باشد) که نشان دهنده نرمال بودن متغیرهای تحقیق می باشد که یکی از پیش شرط های استفاده از آزمون آنالیز کوواریانس می باشد.

جدول ۳: بررسی وضعیت برابری واریانس ها

متغیرها	مقدار لوین	درجه آزادی	مقدار احتمال
ادراک بیماری	۰/۲۷۹	۱و۲۸	۰/۶۰۱
ناگویی هیجانی	۰/۷۳۸	۱و۲۸	۰/۳۹۸

با توجه به جدول ۳ ، مقدار احتمال از سطح ۰/۰۵ بیشتر می باشد، این نتیجه حاصل می گردد که فرض برابری واریانس های دو گروه تایید می شود که یکی دیگر از پیش شرط های آزمون آنالیز کوواریانس می باشد.

جدول ۴: بررسی همگونی شیب خط رگرسیون

متغیرها	منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	مقدار احتمال
ادراک بیماری	گروه و پیش آزمون	۱/۳۴۲	۲	۰/۶۷۱	۱۰/۲۱	۰/۲۲
ناگویی هیجانی	گروه و پیش آزمون	۰/۲۳۷	۲	۰/۱۶۸	۲/۷۰	۰/۱۴

به علاوه با توجه به داده‌های جدول ۴ اثر متقابل بین پیش آزمون مولفه های ناگویی هیجانی و ادارک بیماری و گروه معنی‌دارنیست. معنی‌دار نبودن اثر متقابل نشان می‌دهد که داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می کند. بنابراین اجرای کواریانس صرفاً برای آزمون اثرات متغیرهای اصلی پس آزمون مولفه های ناگویی هیجانی و ادارک بیماری و گروه صورت می گیرد. یعنی آیا میانگین‌های جامعه در دو گروه آزمایشی و کنترل یکی است؟ نتایج این تحلیل در جداول ۵ و ۶ارائه شده است.

جدول۵- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) با کنترل پیش آزمون و تحلیل پس آزمون ناگویی هیجانی و ادارک بیماری گروه های تجربی و کنترل

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۵۲۴	۲	۲۵	۵/۳۷۲	۰/۰۰۱

همان طوری که در جدول ۵ مشاهده می شود سطوح معناداری همه ازمون بزرگترین ریشه روی، بیانگر آن است که بین آزمودنی های گروه های تجربی و کنترل حداقل از لحاظ یکی از ادراک بیماری یا ناگویی هیجانی تفاوت معنی داری وجود دارد. لذا برای بررسی بیشتر بین میانگین نمرات پس آزمون ادراک بیماری یا ناگویی هیجانی دو گروه آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون از آزمون تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا استفاده شده است که در جدول ۶ گزارش می شود.

جدول ۶ نتایج تحلیل کواریانس

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	سطح معنی داری	شدت اثر
ادراک بیماری	۰/۴۶۷	۱	۰/۴۶۷	۶/۹۱۶	۰/۰۰۰	۰/۳۷۲
ناگویی هیجانی	۰/۲۹۷	۱	۰/۲۹۷	۳/۵۶۸	۰/۰۳۱	۰/۲۷۵

همانطوریکه در جدول فوق مشاهده می شود که درمان شناختی رفتاری بر ادراک بیماری و ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به سردرد میگرن اثربخش است. با توجه به شدت اثر، درمان شناختی رفتاری بر ادراک بیماری بیماران مبتلا به سردرد میگرن تاثیر بیشتری دارد.

بحث و نتیجه گیری

همان طور که بیان شد فرضیه این پژوهش با هدف بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر ناگویی هیجانی و ادارک بیماری بیماران مبتلا به سردرد میگرن بود. یافته های جدول ۱ تا ۶نشان دادند که بین بیماران مبتلا به میگرنی که درمان شناختی رفتاری را دیده اند (گروه آزمایش) نسبت به بیمارانی که این درمان را فرا نگرفته اند (گروه کنترل) از نظر ناگویی هیجانی و ادارم بیماری تفاوت معنی داری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). و این بدین معنی است که درمان شناختی رفتاری بر ناگویی هیجانی و ادارک بیماری بیماران مبتلا به سردرد میگرن موثر است. لذا فرضیه پژوهش مورد تایید قرار گرفت.

این یافته با یافته های پژوهش های شنتورک و همکاران، ۲۰۲۳؛ تسوباکی و همکاران، ۲۰۲۴؛ لی و همکاران، ۲۰۲۳؛ کیم و همکاران، ۲۰۱۸؛ برادبنت و همکاران، ۲۰۰۶؛ فروست‌هولم و همکاران، ۲۰۰۵؛ هگر و همکاران، ۲۰۱۷. همخوانی دارد.

در تبیین این یافته که چرا آموزش درمان شناختی رفتاری بر ناگویی هیجانی موثر است می توان گفت ناگویی هیجانی به‌عنوان یکی از عوامل روان‌شناختی مهم در بیماران مبتلا به سردرد شناخته می‌شود و شامل دشواری در شناسایی، توصیف و ابراز هیجان‌هاست. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سطح بالای ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به سردردهای اولیه (مانند میگرن و سردرد تنشی)، با شدت بیشتر سردرد، ناتوانی عملکردی بالاتر و کاهش کیفیت زندگی ارتباط دارد. در واقع، ناتوانی در پردازش و ابراز هیجان‌ها می‌تواند موجب افزایش تنش فیزیولوژیک و در نتیجه فعال‌سازی بیشتر محور هیپوتالاموس–هیپوفیز–آدرنال شود که در بروز سردرد نقش دارد(۲۶). درمان شناختی–رفتاری با تمرکز بر اصلاح افکار ناکارآمد، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و تغییر الگوهای رفتاری ناسازگار، می‌تواند به شکل مؤثری بر کاهش ناگویی هیجانی تأثیر بگذارد. این درمان به بیماران کمک می‌کند تا ارتباط میان افکار، هیجان‌ها و پاسخ‌های جسمانی خود را درک کنند و از سرکوب یا اجتناب از هیجان‌ها به‌سوی شناسایی، نام‌گذاری و بیان سالم آنها حرکت کنند. این تغییر موجب کاهش نیاز به بروز فیزیولوژیکی هیجان‌ها در قالب نشانه‌های جسمانی (مانند سردرد) می‌شود(۲۷). از منظر روان‌تنی، ناگویی هیجانی موجب می‌شود هیجان‌های سرکوب‌شده در بدن تظاهر یابند. افرادی که قادر به پردازش یا بیان هیجان‌های خود نیستند، به‌طور ناخودآگاه فشار هیجانی را در قالب تنش عضلانی، درد یا سردرد تجربه می‌کنند. درمان شناختی–رفتاری با آموزش آگاهی هیجانی و تمایز احساسات از واکنش‌های جسمی، به بازسازی مسیرهای هیجانی کمک می‌کند. این فرایند، علاوه بر بهبود خودآگاهی، موجب کاهش سطح تنش و تنظیم بهتر سیستم عصبی خودمختار می‌شود؛ در نتیجه شدت و فراوانی سردرد کاهش می‌یابد(۲۸) افزون بر این، یکی از مسیرهای اصلی اثرگذاری این درمان بر ناگویی هیجانی، بازسازی شناختی باورهای ناسازگار درباره‌ی درد و هیجان است. بسیاری از بیماران مبتلا به سردرد باور دارند که ابراز هیجان ضعف محسوب می‌شود یا تجربه‌ی هیجانات منفی باید سرکوب شود. درمان شناختی رفتاری با به چالش کشیدن این باورها و جایگزینی آنها با نگرش‌های سازگارانه، موجب ارتقای مهارت‌های هیجانی و کاهش اضطراب و فاجعه‌انگاری درد می‌شود(۲۹).

همچنین در تبیین این یافته که چرا آموزش درمان شناختی رفتاری بر ادارک بیماری موثر است می توان گفت ادراک بیماری به مجموعه‌ای از باورها، نگرش‌ها و برداشت‌های فرد نسبت به ماهیت، علت، پیامد و کنترل‌پذیری بیماری اشاره دارد. این ادراک تعیین می‌کند که فرد چگونه بیماری خود را معنا می‌کند، با آن سازگار می‌شود و تا چه اندازه رفتارهای درمانی را دنبال می‌کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، ادراک‌های منفی از بیماری (مانند احساس کنترل پایین، باور به تداوم طولانی‌مدت بیماری و پیامدهای فاجعه‌بار) با افزایش اضطراب، افسردگی و ناتوانی عملکردی همراه هستند. به‌عبارت دیگر، نحوه‌ی درک فرد از بیماری، خود به‌عنوان یک عامل

میانجی در تجربه‌ی هیجانی و جسمانی او عمل می‌کند(۳۰). درمان شناختی–رفتاری با تمرکز بر اصلاح افکار ناکارآمد، بازسازی باورهای منفی و آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، می‌تواند به‌طور مستقیم بر ادراک بیماری تأثیر بگذارد. بیماران اغلب دارای افکار منفی خودکار درباره‌ی بیماری هستند، مانند «هیچ کنترلی بر وضعیت خود ندارم» یا «بیماری من نشانه‌ی ضعف است». این درمان با کمک تکنیک‌هایی همچون بازسازی شناختی، آزمون واقعیت، و شناسایی تحریف‌های شناختی، این باورها را به چالش می‌کشد و جایگزین‌هایی سازگارانه‌تر ارائه می‌دهد. در نتیجه، بیماران درک واقع‌بینانه‌تری از ماهیت بیماری پیدا می‌کنند، احساس کنترل بیشتری نسبت به علائم دارند و نگرششان نسبت به درمان و بهبودی مثبت‌تر می‌شود(۳۱). از منظر شناختی، درمان شناختی رفتاری به بیماران کمک می‌کند تا مدل‌های ذهنی ناکارآمد از بیماری خود را بازسازی کنند. در چارچوب مدل خودتنظیمی لونتال، افراد برای درک بیماری از طرح‌واره‌های شناختی و هیجانی استفاده می‌کنند. در بیماران دارای ادراک منفی، این طرح‌واره‌ها اغلب تهدیدزا و فاجعه‌انگار هستند. این درمان با هدف تغییر این طرح‌واره‌ها، موجب بازنگری در ابعاد ادراک بیماری (مانند علت، کنترل، پیامد و تداوم) می‌شود(۳۲)

در مجموع، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی–رفتاری با اصلاح ساختارهای شناختی و هیجانی زیربنایی درک بیماری و وضعیت هیجانی افراد، سبب کاهش ادراک‌های منفی، افزایش احساس کنترل شخصی، بهبود نگرش نسبت به درمان، و در نهایت ارتقای کیفیت زندگی بیماران می‌شود.

محدودیت پژوهش: محدودیت‌های این مطالعه شامل نمونه محدود بالینی، اســـتفاده از داده‌های خوداظهاری و نبود پیگیری بلندمدت برای ارزیابی ماندگاری اثرات درمان شناختی رفتاری بر ادراک بیماری و ناگویی هیجانی بود. همچنین این پژوهش بر روی بیماران مبتلا به سردرد میگرن انجام گرفت بنابراین قابلیت تعمیم دهی به بیماران دیگر را ندارد.

کاربرد پژوهش: نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که درمان شناختی–رفتاری می‌تواند به‌طور مؤثری ادراک بیماری و ناگویی هیجانی بیماران را بهبود بخشد. این یافته‌ها کاربرد بالینی مهمی دارند، از جمله در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای روان‌شناختی برای بیماران مبتلا به سردرد یا دیگر بیماری‌های مزمن، افزایش مشارکت بیمار در درمان، ارتقای کیفیت زندگی و کاهش شدت علائم روانی و جسمی. همچنین، این پژوهش می‌تواند به متخصصان روان‌شناسی و پزشکی در بهبود استراتژی‌های آموزشی و مداخلات هدفمند در مراکز درمانی کمک کند.

ملاحظات اخلاقی: تمامی مراحل پژوهش با رعایت اصول اخلاقی پژوهش‌های انسانی انجام شد. شرکت‌کنندگان پیش از ورود به مطالعه از اهداف و روش‌ها مطلع شدند و رضایت آگاهانه خود را به‌صورت کتبی اعلام کردند. اطلاعات شخصی و پاسخ‌ها به‌صورت محرمانه نگهداری شد و شرکت‌کنندگان می‌توانستند در هر زمان از ادامه مشارکت خودداری کنند.

سپاسگزاری: از تمامی شرکت‌کنندگان که وقت و همکاری خود را در این پژوهش صرف کردند، و نیز از استادان و همکارانی که با راهنمایی‌ها و حمایت‌های علمی ما را یاری کردند، صمیمانه قدردانی می‌کنیم.

تضاد منافع: نویسندگان این مطالعه هیچگونه تضاد منافع مالی یا شخصی مرتبط با موضوع پژوهش ندارند.

منابع

1. Harnod T, Wang Y-C, Kao C-H. Higher risk of developing a subsequent migraine in adults with nonapnea sleep disorders: a nationwide population-based cohort study. European journal of internal medicine. 2015;26(4):232-6.
2. Woldeamanuel YW, Cowan RP. Migraine affects 1 in 10 people worldwide featuring recent rise: a systematic review and meta-analysis of community-based studies involving 6 million participants.Journal of the neurological sciences. 2017;372:307-15.
3. Farhadi Z, Alidoost S, Behzadifar M, Mohammadibakhsh R, Khodadadi N, Sepehrian R, et al. The prevalence of migraine in Iran: A systematic review and meta-analysis. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2016;18.(۱۰)
4. de Tommaso M, Federici A, Loiacono A, Delussi M, Todarello O. Personality profiles and coping styles in migraine patients with fibromyalgia comorbidity. Comprehensive Psychiatry.۸۰-۶:(۱)۵۵;۲۰۱۴ .
5. Vieira RV de A, Vieira D C, Gomes W B, Gauer G. Alexithymia and its impact on quality of life ina group of Brazilian women with migraine without aura. Journal of Headache Pain. 2013; 14(1): 18
6. Lipton RB, Stewart WF, Von Korff M. Burden of migraine: societal costs and therapeutic opportunities. Neurology. 1997;48(3 Suppl 3):4S-9S.
7. Leonardi M, Raggi A, Bussone G, D'Amico D. Health-related quality of life, disability and severity of disease in patients with migraine attending to a specialty headache center. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2010;50(10):1 576-86.0000000
8. Cosci F, Svicher A, Romanazzo S, Maggini L, De Cesaris F, Benemei S, et al. Criterion-related validity in a sample of migraine

outpatients: the diagnostic criteria for psychosomatic research.CNS spectrums. 2020;25(4):545-51.
9. Polat S, Hocaoglu C, Kirbas S & Tufekci A. Anxiety sensitivity, alexithymia, and anger among patients complaining of migraine type headache Neuropsychiatry and behavioral neurology. 2015;25(1): 184-59
10. Forteza-Forteza, D., Rodríguez-Martín, A., Álvarez-Arregui, E., & Menéndez Álvarez-Hevia, D. (2021). Inclusion, dyslexia, emotional state and learning: Perceptions of Ibero-American children with dyslexia and their parents during the COVID-19 lockdown. Sustainability, 13(5), 2739.
11. Porcelli P, Rafanelli C. Criteria for psychosomatic research (DCPR) in the medical setting. Current psychiatry reports. 2010;12(3):246-54.
12. Moss-M0rris R, Weinman J, Petrie K, Horn R, Cameron L, Buick D. The revised illness perception questionnaire(IPQ-R). psychology & health. 2002;(17):1-16.
13. Onen, S., & Günes, A. (2021). Early Maladaptive Schemas, depression, distress and discomfort tolerance in migraine headache. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 47, 180-186.
14. Sirri, L., Pierangeli, G., Cevoli, S., Cortelli, P., Grandi, S., & Tossani, E. (2018). Illness perception in patients with migraine: An exploratory study in a tertiary care headache centre. The Journal of Headache and Pain, 19(1), 62.
15. Soleimanian-Boroujeni, F., Badihian, N., Badihian, S., & Shaygannejad, V. (2022). The efficacy of transdiagnostic cognitive behavioral therapy on migraine headache: a pilot, feasibility study. BMC Neurology, 22, 230.
16. Wu, H., Lu, L., Qian, Y., Jin, X. H., Yu, H. R., Du, L. ,. . . & Chen, H. L. (2022). The significance of cognitive-behavioral therapy on suicide: An umbrella review. Journal of affective disorders, 317, 142-148.
17. Yang, J., et al. (2022). Evaluation of cognitive behavioral therapy on improving pain, fear avoidance, and self-efficacy in patients with chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis. Pain Research and Management.
18. Ince, B. (2020). Systematic review of the comparative effectiveness of cognitive-behavioural therapies for chronic pain. J Cogn Behav Psychother Res, 9(3), 248-259.
19. nur, O., Ertem, D. H., Uludüz, D., & Karşıdağ, Ç. (2020). Cognitive behavioral therapy for chronic migraine. European Psychiatry. Advance online publication.
20. Knoop, H., Helsloot, J., van Rijsbergen, G., Bleijenberg, G., & van den Heuvel, W. (2014). Changes in illness perceptions mediated the effect of cognitive behavioural therapy in severe functional somatic syndromes. Journal of Psychosomatic Research, 76(6), 432-438.
21. Harris, P., Loveman, E., Clegg, A., Easton, S., & Berry, N. (2015). Systematic review of cognitive behavioural therapy for the management of headaches and migraines in adults. British Journal of Pain, 9(4), 213–224.
22. Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. Journal of Psychosomatic Research, 38(1), 23–32.
23. Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. Journal of Psychosomatic Research, 60(6), 631–637.
24. Otis, J. D. (2007). Managing chronic pain: A cognitive-behavioral therapy approach: Therapist guide. Oxford University Press.
25. Şentürk, İ. A., Turan, S. A., Eyigürbüz, T., Şentürk, E., & İçen, N. K. (2023). Pain-related cognitive processes, pain interference, and alexithymia in patients with primary headaches. Cureus, 15(5), e39688.
26. Tsubaki, K., & Shimizu, E. (2024). Psychological treatments for alexithymia: A systematic review. Behavioral Sciences, 14(12), 1173.
27. Li, J., Zhang, Y., & Wang, H. (2023). Effectiveness of cognitive behavioral therapy on emotional regulation and pain perception in chronic headache patients: A meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research, 168, 111-125.
28. Kim, H., Hong, J., Cho, H., & Lee, K. (2018). The relationship between alexithymia and headache impact: The role of somatization and pain catastrophizing. Journal of Psychosomatic Research, 111, 10–16.
29. Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. Journal of Psychosomatic Research, 60(6), 631–637.
30. Frostholm, L., Fink, P., Christensen, K. S., Toft, T., Oernboel, E., Olesen, F., & Weinman, J. (2005). The patients' illness perceptions and functional somatic symptoms: The impact of psychological treatment. Psychosomatic Medicine, 67(6), 942–948.
31. Hagger, M. S., Koch, S., Chatzisarantis, N. L., & Orbell, S. (2017). The common-sense model of self-regulation: Meta-analysis and test of a process model. Psychological Bulletin, 143(11), 1117–1154