



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

Afsaneh Mombeiniabolfath¹, 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@iaau.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.

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 می‌تواند بر کیفیت زندگی و بهزیستی افراد مبتلا تأثیر بسزایی داشته باشد 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

سردردهای میگرنی از شایعترین مشکلات نرولوژیکی (۱) با شیوع ۱۱/۶ درصد در جهان (۲) و ۱۴ درصد در ایران (۳) محسوب می شود که به صورت سردردی عود کننده، ضربان دار و معمولاً یک طرفه که به مدت ۲ تا ۳ ساعت طول می کشد و غالباً 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 بسیار شدید، ناتوان کننده و خسته کننده آن که باعث اضطراب و افسردگی (۵). در مبتلایان به میگرن می شود؛ تأثیرات بسیار مهمی بر عملکرد شغلی (۶) و کیفیت زندگی (۷) بیماران به دنبال دارد. سردرد میگرن، بار اقتصادی سنگینی بر سیستم بهداشتی و اجتماع تحمیل می کند تا جاییکه بار اقتصادی سالانه میگرن معادل ۱۱۳ میلیون دلار روز کاری است (۸). در سالهای اخیر تحقیقات روانی-تنی نشان می دهد که ناگویی هیجانی از موثرترین مولفه های برانگیزاننده درد (۹) به ویژه میگرن (۱۰) محسوب می شود ناگویی هیجانی، به ناتوانی فرد در شناسایی، درک و ابراز هیجانان خود اشاره دارد (۱۱). شیوع ناگویی هیجانی در جمعیت مبتلا به دردمزمن از ۳۴ تا ۱۰۰ درصد برآورده شده است (۱۲) نتایج پژوهش پولات و همکاران نشان میدهد که بیماران مبتلا به سردرد تنشی و میگرنی نسبت به افراد سالم از حساسیت اضطرابی و ناگویی هیجانی بیشتری برخوردارند (۱۰). "ادراک بیماری"، یکی از متغیرهای روانشناختی مرتبط با درد است، که به بازنمایی شناختی سازمان یافته ای بیمار از بیماری خود تعبیر می شود (۱۳). براساس نظریه لونتال بیماران رفتار و واکنش هیجانی خود نسبت به بیماری را براساس ادراکات خود از ماهیت، علل، پیامد، کنترل پذیری و درمان پذیری و مدت زمان بیماری می نمایند (۱۴). در یک مطالعه اکتشافی با هدف بررسی ارتباط بین ادراک بیماری و ویژگی های روان شناختی بیماران مبتلا به میگرن بر روی ۱۴۳ بیمار در یک مرکز تخصصی سردرد در ایتالیا انجام شد، نتایج نشان داد که بیماران اغلب علت سردرد خود را به استرس، عوامل ژنتیکی و ویژگی های شخصیتی عصبی نسبت می دهند. همچنین زنان در مقایسه با مردان، در ابعاد «پیامدهای بیماری» و «پاسخ احساسی» نمرات بالاتری داشتند که نشان دهنده حساسیت و نگرانی بیشتر نسبت به میگرن بود. بررسی های بیشتر نشان داد که ادراک منفی تر از بیماری (مانند تصور غیرقابل کنترل بودن یا طولانی مدت بودن میگرن) با افسردگی بیشتر، شدت بالاتر درد، ناتوانی بیشتر و طولانی تر بودن سابقه بیماری همراه است. پژوهشگران نتیجه گرفتند که نحوه درک بیماران از بیماری شان می تواند بر تجربه ذهنی درد و پیامدهای روانی آن تأثیرگذار باشد. بنابراین، توجه

به مؤلفه های روان شناختی و اصلاح باورهای منفی بیماران درباره بیماری، می تواند به بهبود کیفیت زندگی و مدیریت مؤثرتر میگرن کمک کند (۱۵). یکی از درمان هایی که می تواند به ارتقاء این متغیرهای مرتبط با سلامت یاری رساند درمان شناختی رفتاری است (۱۶) این درمان از جمله درمان هایی است که احساسات ناکارآمد و رفتارها، فرایندها و مضامین شناختی ناسازگارانه را، از طریق شماری از روش های سیستماتیک، صریح و هدف مدار نشلنه می گیرد (۱۷). در واقع این روش بر تغییر الگوهای فکری منفی («غالباً هیچ کاری از دستم بر نمی آید»، «درد من همیشه کنترل شدنی نیست») و بهبود مهارت های رفتاری مقابله با درد (مانند برنامه ریزی فعالیت، آرام سازی، مواجهه تدریجی با فعالیت هایی که به خاطر درد محدود شده اند) تمرکز دارد. به واسطه این اصلاحات، بیماران توانایی بیشتری برای کنترل احساس درد، کاهش اجتناب از فعالیت و افزایش مشارکت اجتماعی مشاهده می کنند (۱۸). مثلاً در یک فرا تحلیل اخیر نشان داده شد که درمان شناختی رفتاری در مقایسه با درمان های معمول، به طور 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 مهارت های رفتارشناختی دیالکتیکی قرار گرفتند. هدف بررسی اثر این مداخله بر کاهش ناگویی هیجانی بود. پس از ۹ هفته، شرکت کنندگان گروه مداخله کاهش معنی داری در نمره ناگویی هیجانی داشتند ($P = 0.003$) و این تغییر نسبت به گروه کنترل که درمان معمول دریافت کرده بود، قابل توجه بود. این نتایج نشان می دهد که آموزش مهارت های مدیریت هیجانان از طریق CBT یا روش های مشابه می تواند بهبود قابل توجهی در طولانی افراد برای شناسایی و بیان هیجانان 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 بررسی کردند که آیا «تغییر در ادراک بیماری» به عنوان یک میانجی در اثر این درمان بر بهبود عملکرد جسمانی و کاهش نشلنه ها نقش دارد یا خیر؟ نتایج نشان دادند که بهبود ادراک بیماری، به ویژه 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 مطلب فوق للذکر و از طرفی از آنجائیکه درمان های دارویی، اگرچه برای کنترل حملات سردرد مؤثرند، اما اغلب بهبودی کامل را فراهم نمی آورند و بیماران همچنان با نشلنه های مقاوم، عود مکرر و کاهش کیفیت زندگی مواجه هستند. از این رو، استفاده از

مداخلات غیردررویی مانند CBT که بر تغییر الگوهای شناختی و رفتاری، ارتقای توان خود 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 پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. در این طرح، که از دو گروه (تجربی و کنترل) تشکیل می‌شود، فرم پیش‌آزمون برای دو گروه اجرا و سپس فرم پس‌آزمون 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 ملاک‌های 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 شیوه‌ی 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- دامنه‌ی سنی ۴۵-۲۵ سال. ۳- تحصیلات دیپلم به بالا. ۴- طول مدت ابتلا به سردرد میگرن 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 عمیق شدن فرد در احساسات درونی خود و دیگران)، را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. شیوه نمره‌گذاری آزمون بر اساس مقیاس لیکرت (۱ = کاملاً مخالف تا ۵ = کاملاً موافق) است. تنها سوال ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری 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- پرسشنامه ادراک بیماری بردبنت و همکاران

(۲۰۰۶): این پرسشنامه توسط بردبنت، پتريه، 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 می‌سنجد. 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 می‌باشد. 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 دردمزن: در پژوهش حاضر پروتکل درمانی بر مبنای شیوه‌اوتیس در سال ۲۰۰ تدوین شد (۲۵). این برنامه در ۱۱ هفته هفته‌ای یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای توسط درمانگر به ترتیب ذیل اجرا شد:

جلسه اول: معارفه، مفهوم سازی و آشنایی با ماهیت درد مزمن و نقش عوامل روان‌شناختی در شدت و تداوم آن
جلسه دوم: تشریح و درک بهتر مکانیسم‌های 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 و برنامه‌ریزی 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 برنامه‌ریزی برای روزهای درد

یافته ها: در پژوهش حاضر ۴۳٪ آزمودنی ها بین ۲۵ الی ۳۵ سال و ۵۷٪ ناگویی هیجانی در دو گروه کنترل و آزمایش در پیش از من و پس از من نشان می دهد.

جدول ۱: یافته های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف 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 آزمون فرضیه پژوهش مینی بر این که: درمان شناختی رفتاری بر ناگویی هیجانی و ادراک 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 جدول ۲ 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 کواریانس می باشد.

جدول ۳: بررسی وضعیت برابری واریانس ها

متغیرها	مقدار لوین	درجه آزادی	مقدار احتمال
ادراک بیماری	۰/۲۷۹	۲۸و۱	۰/۶۰۱
ناگویی هیجانی	۰/۷۳۸	۲۸و۱	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 کواریانس می باشد.

جدول ۴: بررسی همگونی شیب خط رگرسیون

متغیرها	منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیش	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 داده های جدول ۴ اثر متقابل بین پیش آزمون مولفه های ناگویی هیجانی و ادراک بیماری و گروه معنی دار نیست. معنی دار نبودن اثر متقابل نشان می دهد که داده ها از فرضیه همگنی شیب های رگرسیون پشتیبانی می کند. بنابراین اجرای کواریانس صرفاً برای آزمون اثرات متغیرهای اصلی پس از آزمون مولفه های ناگویی هیجانی و ادراک بیماری و گروه صورت می گیرد. یعنی آیا میانگین های جامعه در دو گروه آزمایشی و کنترل یکی است؟ نتایج این تحلیل در جداول ۵ و ۶ ارائه شده است.

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) با کنترل پیش آزمون و تحلیل پس آزمون

ناگویی هیجانی و ادراک 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 ادراک بیماری بیماران مبتلا به سردرد میگرن بود. یافته های جدول ۱ تا ۶ نشان 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 ادراک بیماری تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0.001$). و این بدین معنی است که درمان شناختی رفتاری بر ناگویی هیجانی و ادراک 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؛ بردبنت و همکاران، ۲۰۰۶؛ فروست هولم 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 به عنوان یکی از عوامل روان شناختی مهم در بیماران مبتلا به سردرد شناخته می شود و شامل دشواری در شناسایی، توصیف و ابراز هیجان هاست. پژوهش ها نشان داده اند 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 هیجان ها می تواند موجب افزایش تنش فیزیولوژیک و در نتیجه فعال سازی بیشتر محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال شود که در بروز سردرد نقش دارد (۲۶). درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر اصلاح افکار ناکارآمد، آموزش مهارت های تنظیم هیجان و تغییر الگوهای رفتاری ناسازگار،

می تواند به شکل مؤثری بر کاهش ناگویی هیجانی تأثیر بگذارد. این درمان به بیماران کمک می کند تا ارتباط میان افکار، هیجان ها و پاسخ های جسمانی خود را درک کنند و از سرکوب یا اجتناب از هیجان ها به سوی شناسایی، نام گذاری و بیان سالم آنها حرکت کنند. این تغییر موجب کاهش نیاز به بروز فیزیولوژیکی هیجان ها در قالب نشانه های جسمانی (مانند سردرد) می شود (۲۷). از منظر روان تنی، ناگویی هیجانی موجب می شود هیجان های سرکوب شده در بدن تظاهر یابند. افرادی که قادر به پردازش یا بیان هیجان های خود نیستند، به طور ناخودآگاه فشار هیجانی را در قالب تنش عضلانی، درد یا سردرد تجربه می کنند. درمان شناختی-رفتاری با آموزش آگاهی هیجانی و تمایز احساسات از واکنش های جسمی، به بازسازی مسیرهای هیجانی کمک می کند. این فرایند، علاوه بر بهبود خودآگاهی، موجب کاهش سطح تنش و تنظیم بهتر سیستم عصبی خودمختار می شود؛ در نتیجه شدت و فراوانی سردرد کاهش می یابد (۲۸) افزون بر این، یکی از مسیرهای اصلی اثرگذاری این درمان بر ناگویی هیجانی، بازسازی شناختی باورهای ناسازگار درباره ی درد و هیجان است. بسیاری از بیماران مبتلا به سردرد باور دارند که ابراز هیجان ضعف محسوب می شود یا تجربه ی هیجانات منفی باید سرکوب شود. درمان شناختی رفتاری با به چالش کشیدن این باورها و جایگزینی آنها با نگرش های سازگارانه، موجب ارتقای مهارت های هیجانی و کاهش اضطراب و فاجعه انگاری درد می شود (۲۹).

همچنین در تبیین این یافته که چرا آموزش درمان شناختی رفتاری بر ادراک بیماری موثر است می توان گفت ادراک بیماری به مجموعه ای از باورها، نگرش ها و برداشت های فرد نسبت به ماهیت، علت، پیامد و کنترل پذیری بیماری اشاره دارد. این ادراک تعیین می کند که فرد چگونه بیماری خود را معنا می کند، با آن سازگار می شود و تا چه اندازه رفتارهای درمانی را دنبال می کند. پژوهش ها نشان داده اند که در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن، ادراک های منفی از بیماری (مانند احساس کنترل پایین، باور به تداوم طولانی مدت بیماری و پیامدهای فاجعه بار) با افزایش اضطراب، افسردگی و ناتوانی عملکردی همراه هستند. به عبارت دیگر، نحوه ی درک فرد از بیماری، خود به عنوان 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، استفاده از داده‌های خوداظهاری و نبود پیگیری

منابع

بلندمدت برای ارزیابی ماندگاری اثرات درمان شناختی رفتاری بر ادراک بیماری و ناگویی هیجانی بود. همچنین این پژوهش بر روی بیماران مبتلا به سردرد میگردان 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.

- 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.
- 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.
- Farhadi Z, Alidoost S, Behzadifar M, Mohammadibakhsh R, Khodadadi N, Sephrian R, et al. The prevalence of migraine in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2016;18(۱۰)
- de Tommaso M, Federici A, Loiacono A, Delussi M, Todarello O. Personality profiles and coping styles in migraine patients with fibromyalgia comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*. ۲۰۱۴;۵۵(۱):۵۵-۶۰.
- Vieira RV de A, Vieira D C, Gomes W B, Gauer G. Alexithymia and its impact on quality of life in a group of Brazilian women with migraine without aura. *Journal of Headache Pain*. 2013; 14(1): 18
- Lipton RB, Stewart WF, Von Korff M. Burden of migraine: societal costs and therapeutic opportunities. *Neurology*. 1997;48(3 Suppl 3):4S-9S.
- 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
- 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-Morris 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. Soleimani-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., Eyigürebüz, T., Şentürk, E., & İcen, 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