

Research Paper

Positive and Negative Affect, Cognitive Emotion Regulation Strategies, and Alexithymia in Girls with Migraine Headache

Azra Zebardast^{*1}, Mahdiyeh Shafieetabar²

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Arak University, Iran



Citation: Zebardast A, Shafieetabar M. Positive and negative affect, cognitive emotion regulation strategies, and alexithymia in girls with migraine headache. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2019; 6(2): 180-193.

 <http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.2.16>

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Adolescent girls,
migraine,
alexithymia,
positive and negative
affect,
cognitive emotion
regulation

Background and Purpose: The most common headache, migraine, is a recurring and pulsing pain together with nausea, which may last for 4 to 72 hours. Since migraine has multiple biological, psychological, and environmental causes, it is considered a chronic disease by health psychologists. This comparative and investigative research aims to answer this essential question that whether positive and negative affect, cognitive emotion regulation strategies, and alexithymia as the psychological mechanisms are different in adolescent girls with and without migraine?

Method: This research was a descriptive study of casual-comparative design. The sample consisted of two groups of girls with and without migraine, who were selected by convenience sampling and purposeful technique from therapeutic centers of Arak in 2017 (40 individuals per group). The participants completed *Toronto Alexithymia Scale-20* (Bagbi, Parker, & Taylor, 1994), *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (Garfenski, Kraaji, & Spin-hoven, 2002), and *Positive and Negative Affect Schedule* (Watson, Clark, & Tellegen, 1998). T-test and multivariate analysis of variance were used to analyze the data.

Results: The results showed that girls with migraine scored significantly higher than the girls without migraine in alexithymia, negative affect, rumination and catastrophizing ($p < 0.05$), but their scores on positive affect and refocus on planning was significantly lower than girls without migraine ($p < 0.05$). There was no significant difference between the groups in terms of self-blaming and other-blaming, positive reappraisal, positive refocusing, perspective taking, and acceptance ($P > 0.05$).

Conclusion: Based on the results of this study, it can be said that girls with and without migraine are significantly different in terms of psychological mechanisms; in such a way that girls with migraine use negative psychological mechanisms in their emotion regulation. These findings indicate that physicians and psychotherapist should pay essential attention to the special psychological attributes of girls with migraine at the time of prevention and treatment.

Received: 31 Oct 2018

Accepted: 15 Mar 2019

Available: 19 Aug 2019

* **Corresponding author:** Azra Zebardast, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

E-mail addresses: Zebardast@guilan.ac.ir

مقاله پژوهشی

عاطفه مثبت و منفی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، و ناگویی هیجانی در دختران مبتلا به سردرد میگرنی

عذرا زبردست*^۱، مهدیه شفیعی تبار^۲

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه اراک، ایران

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه و هدف: شایع‌ترین نوع سردرد، میگرن است با دردی تکرار شونده، ضربان دار، و همراه با حالت تهوع که می‌تواند به مدت ۴ تا ۷۲ ساعت ادامه داشته باشد. از آن جایی که میگرن دارای علل چندگانه زیستی، روان شناختی، و محیطی است، به عنوان یک بیماری مزمن مورد توجه روان‌شناسان سلامت است. پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه به دنبال پاسخ‌گویی به این مسئله اساسی انجام شده است که آیا عواطف مثبت و منفی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، و ناگویی هیجانی به عنوان سازوکارهای روانی در دختران نوجوان مبتلا و غیرمبتلا به میگرن متفاوت است؟

روش: طرح پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علی مقایسه‌ای است. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش شامل دو گروه دختران مبتلا و غیر مبتلا به سردرد به میگرن از مراکز درمانی شهر اراک در سال ۱۳۹۶ (هر گروه ۴۰ نفر نوجوان) بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس و به صورت هدفمند انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (بگبی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گارفنسکی، کراچی و اسپنهاون، ۲۰۰۲) و مقیاس عاطفه مثبت و منفی (واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۹۸) پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون t و تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد دختران مبتلا به میگرن در مقایسه با دختران غیرمبتلا در ناگویی هیجانی، عواطف منفی، نشخوار فکری، و فاجعه‌پنداری به طور معنادار نمرات بالاتری دارند و نمره‌های عواطف مثبت و تمرکز جدید بر برنامه‌ریزی آنها، به طور معنادار پایین‌تر است ($P < 0/05$). نمره‌های دو گروه در سرزنش خود و دیگران، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه، و پذیرش، تفاوت معنادار ندارد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر می‌توان گفت دختران مبتلا و غیرمبتلا به سردرد میگرن از نظر سازوکارهای روانی با هم تفاوت معنادار دارند؛ بدین معنا که دختران مبتلا به میگرن در تنظیم هیجان از سازوکارهای روانی منفی استفاده می‌کنند. این یافته‌ها لزوم توجه اساسی به ویژگی‌های روان‌شناختی خاص مبتلایان به سردردهای میگرنی توسط پزشکان و روان‌درمانگران در سطوح مختلف پیشگیری و درمان، را آشکار می‌سازد.

کلیدواژه‌ها:

دختران نوجوان، میگرن، ناگویی هیجانی، عاطفه مثبت و منفی، تنظیم شناختی هیجان

دریافت شده: ۹۷/۰۸/۰۹

پذیرفته شده: ۹۷/۱۲/۲۴

منتشر شده: ۹۸/۰۵/۲۸

* نویسنده مسئول: عذرا زبردست، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

پست الکترونیکی: Zebardast@guilan.ac.ir

تلفن: ۰۱۳-۳۳۶۹۰۲۷۴

مقدمه

شایع ترین اختلال درد، سردرد است و حتی فراوانی آن از سرماخوردگی نیز بیشتر است. براساس نتایج پژوهش‌های انجمن بین‌المللی سردرد^۱، شدیدترین نوع سردرد، میگرن است با دردی مزمن که حدود ۱ تا ۲ درصد از جمعیت عمومی و ۱۵ تا ۲۰ درصد از مراجعین مراکز ویژه پذیرش سردرد را شامل می‌شود. شیوع میگرن در زنان، ۳ تا ۴ برابر مردان است. این سردرد تکرار شونده و معمولاً ضربان دار، همراه با حالت تهوع و استفراغ است و می‌تواند به مدت ۴ تا ۷۲ ساعت ادامه داشته باشد (۱). جامع‌ترین نظریه مطرح و مرتبط با سبب‌شناسی میگرن، نظریه زیستی-روانی-اجتماعی است. از همین رو، سه نوع درمان شایع برای میگرن به کار گرفته می‌شود: ۱. درمان دارویی حاد، ۲. درمان دارویی پیشگیرانه، ۳. درمان غیر دارویی (۲).

از یک سو به دلیل تأثیرگذاری میگرن بر ساختار زندگی روان‌شناختی افراد و از طرفی دیگر به دلیل ارتباط سازه‌های شناختی روان در شروع و تشدید میگرن، از اواخر دهه ۱۹۷۰، به ابعاد و درمان‌های روان‌شناختی میگرن توجه بیشتری نشان داده شد (۳). نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهد آغاز سردرد معمولاً با کام‌ناپافتگی، افسردگی، خشم سرکوب شده، و عامل هیجانی مرتبط است (۴). بیماران مبتلا به میگرن متفاوت از افراد غیرمبتلا، دارای ویژگی‌های شخصیتی خاصی هستند؛ به طور مثال افرادی نگران، افسرده، و مضطرب هستند. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد افرادی که مبتلا به میگرن هستند در مقایسه با افراد سالم، الگویی از سرزنش، خشم، و پرخاشگری را در واکنش‌های عاطفی و هیجانی نشان می‌دهند (۵). عواطف^۲ که یکی از تقسیم‌بندی‌های حالت هیجانی است، به عنوان واکنش‌های نوسانی تعریف می‌شوند که به طور مداوم تحت تأثیر تفکر و شناخت قرار می‌گیرند. پیشینه پژوهشی بر دو نوع عاطفه تأکید دارند که از نظر ماهیت از یکدیگر جدا هستند. این دو نوع عاطفه را با نام عاطفه مثبت و منفی^۳ تقسیم‌بندی می‌کنند که مشخص‌کننده میزان و شدت استعداد افراد برای احساسات مثبت و منفی مانند شادی، لذت، خشم، و غم هستند (۶). همچنین عاطفه مثبت و منفی دو سیستم

مستقل از هم هستند و عاطفه مثبت صرفاً نقطه مقابل عاطفه منفی و یا عدم وجود عاطفه منفی نیست. عاطفه مثبت بالا به معنای انرژی بالا، توجه و تمرکز کامل، و تعامل لذت‌بخش است؛ در حالی که مشخصه عاطفه مثبت پایین، غم و اندوه است. عاطفه منفی به تفاوت‌های فردی پایدار و فراگیر در مزاج^۴ و خودپنداشت^۵ اشاره دارد که مشخصه آن تجربه انواع مختلف حالات هیجانی آزاردهنده است (۷). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد عاطفه مثبت بر عاطفه منفی تأثیری ندارد و در شرایط تیدگی و درد مزمن، خلق و عاطفه منفی با دو وجه افسردگی و اضطراب و حالت‌های خلقی منفی، منجر به حساسیت بیشتر نسبت به عامل درد آور می‌شود (۸). لازم به ذکر است که افراد مبتلا به میگرن در مقایسه با افراد سالم از سطوح بالاتری از عاطفه منفی برخوردارند (۹). برخی از مطالعات نشان می‌دهند که عواطف منفی با شکایات مختلف درباره سلامتی و علائم بیماری مانند سردرد همراه است (۱۰)، اما یافته‌های مربوط به رابطه بین عواطف مثبت و سلامت جسمانی، متناقض است. در حالی که برخی از پژوهشگران ارتباطی بین عاطفه مثبت و سلامت جسمانی گزارش نکرده‌اند، برخی دیگر روابط قابل توجهی را گزارش کرده‌اند (۱۱). بخش گسترده‌ای از نتایج مطالعات، حاکی از ارتباط معنادار میگرن و افسردگی چه در جمعیت عمومی و چه در میان دانشجویان هستند. پژوهشگران همچنین به ارتباط معنادار بین میگرن با اضطراب، اختلال اضطراب پس از سانحه، و ناگویی هیجانی دست یافتند (۱۲-۱۴).

از جمله عوامل روان‌شناختی مرتبط با میگرن که می‌تواند بر پیامدهای منفی تجارب عاطفی و هیجانی ناخوشایند تأثیرگذار باشد، ناگویی هیجانی^۶ است. این اصطلاح به ضعف شناختی-عاطفی اشاره دارد که مشخصه آن ظرفیت محدود برای تجربه و بیان هیجان‌ها است. مهم‌ترین ویژگی‌های ناگویی هیجانی عبارت‌اند از: مشکل در شناسایی احساسات و تمایز بین هیجان‌ها، احساسات بدنی و برانگیختگی‌های هیجانی، مشکل در توصیف احساسات دیگران، فرایندهای تخیلی محدود، و داشتن سبک شناختی بیرونی محرک‌محور (۱۵). مفهوم ناگویی هیجانی به ویژگی‌های خاص در پردازش هیجانی بیماران مبتلا به

4. Temperament
5. Self-concept
6. Alexithymia

1. International headache association (IHS)
2. Affection
3. Positive and negative affect

اختلالات روان‌تنی اشاره دارد و به عنوان نارسایی در پردازش شناختی و تنظیم حالات هیجانی در نظر گرفته می‌شود (۱۶-۱۷). شیوع ناگویی هیجانی در بین جمعیت عمومی بزرگسال ۱۴ تا ۱۹ درصد تخمین زده می‌شود، در حالی که در جمعیت مبتلا به درد مزمن از ۳۴ تا ۱۰۰ درصد برآورد شده است. وایز، مان و جان^۱ در ۱۹۹۴ در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به سردرد، نمرات بالاتری در ناگویی هیجانی کسب می‌کنند. همچنین شواهد پژوهشی حاکی از آن است که میگرن با ناگویی هیجانی و اختلالات روانپزشکی همراه است (۱۸). رابطه مثبت بین ناگویی هیجانی، افسردگی، و اضطراب (به عنوان اختلالات مرتبط با عاطفه منفی) در بیماران مبتلا به میگرن نیز در مطالعات تأیید شده است (۱۶).

در مطالعه ویژگی‌های ناگویی هیجانی و حالت‌های عاطفی در بیماران مبتلا به میگرن، پژوهشگران دریافتند بیماران مبتلا به میگرن به طور معنی‌دار افسردگی، اضطراب، و ناگویی هیجانی بالاتری گزارش می‌کنند؛ با این حال، رابطه روشنی بین ناگویی هیجانی و میگرن نشان داده نشده است (۱۹-۲۱). حالت‌های خلقی و عاطفی مانند خشم، غم و اندوه، ترس و شادی، میانجی رابطه بین ناگویی هیجانی و شکایت‌های جسمی هستند و ناگویی هیجانی مستقیماً بر نشانه‌های فیزیکی اثر می‌گذارد (۲۲)؛ به طوری که خرده‌مقیاس دشواری در شناسایی احساسات ناگویی هیجانی با افزایش نشانه‌های هیجانی (مانند ترس و وحشت) و به دنبال آن، افزایش نشانه‌های جسمی (به عنوان مثال، خستگی) مرتبط است (۲۳). ناگویی هیجانی نه تنها به شدت درد و نارسایی عملکردی در بیماری‌های عصبی-عضلانی، دیابت، فشار خون بالا، آسم، و میگرن مرتبط است که می‌تواند نقش مهمی در تنظیم هیجان بازی کند (۲۴). همچنین مطالعات نشان دادند که ناگویی هیجانی و خرده‌مقیاس آن با سبک‌های غیرانطباقی تنظیم هیجان مرتبط است (۲۵ و ۲۶).

باید توجه داشت که هیجان در تجارب آدمی مهم و اساسی است و از عناصر متعددی مانند عواطف ذهنی^۲، ارزیابی شناختی، پاسخ‌های فیزیولوژیک، و گرایش‌های عملکردی^۳ تشکیل شده است (۲۷).

زمانی که هیجان‌ها با یکی از توانایی‌های مرتبط با رفتار سازشی تداخل پیدا می‌کنند، کارکرد خود را از دست می‌دهند. از طرفی، وجود مشکلاتی در تنظیم هیجان سازش‌یافته به آسیب‌های روانی مختلفی مثل افسردگی و اضطراب منجر خواهد شد؛ بنابراین تنظیم شناختی هیجان برای سلامت روان شناختی بسیار ضروری است (۲۸). شناخته‌شده‌ترین مدل مطرح شده در مورد راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، مدل گروس^۴ (۱۹۸۸) است. طبق این مدل، تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و ناآگاهانه‌ای می‌شود که برای حفظ، افزایش، و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، شناختی، و رفتاری یک پاسخ هیجانی استفاده می‌شود؛ به عبارت دیگر، این راهبردها به منظور کاهش و مهار هیجان‌های منفی، و در مقابل به کارگیری بهینه و مثبت هیجان‌ها به کار می‌روند (به نقل از ۲۹). از مهم‌ترین انواع راهبردهای سازش‌نیافتگی می‌توان به اجتناب^۵ و سرکوب^۶ اشاره کرد؛ شیوه‌هایی از ارزیابی و حل مسئله که به دلیل به ایجاد پیامدهای منفی مانند نشخوار فکری^۷ باعث افسردگی و اضطراب می‌شوند (۲۸). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به باور بسیاری از پژوهشگران و متخصصان سلامت، جایگاهی ویژه در فعالیتهای تشخیصی و درمانی در حوزه روان‌شناسی سلامت و بالینی دارد (۳۱ و ۳۰). بین راهبردهای تنظیم هیجانی با اختلالات روان-تنی رابطه معنادار وجود دارد. میگرن و سردردهای تنشی از نوع اختلالات روان-تنی هستند (۳۲) که با راهبردهای تنظیم هیجان مرتبط‌اند. براساس نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلالات روان‌تنی نوجوانان بیشتر در ناحیه سر و شکم خود را نشان می‌دهد (۳۳). نکته قابل توجه این است که شیوع و فراوانی میگرن در پهنای تحول و در گستره‌ی عمر، در دوران نوجوانی و در میان نوجوانان دختر بیشتر از دوران بزرگسالی و کودکی و نوجوانان پسر است (۳۴). همچنین برخی از مطالعات نشان دادند که افراد مبتلا به سردرد بیشتر از راهبردهای سازش‌نیافته مانند خودسرزنش‌گری، کناره‌گیری، و اجتناب استفاده می‌کنند (۳۵).

5. Avoidant
6. Suppression
7. Rumination

1. Wise, Mann, Jan
2. Subjective feelings
3. Action tendencies
4. Gross

با مرور نتایج پژوهش‌ها، به نظر می‌رسد مسایل روان‌شناختی به‌ویژه مسائل شناختی-هیجانی-عاطفی در راه اندازی و مدیریت درد میگرنی نقش مهمی دارند (۳۶-۳۸). از طرفی، محدودیت آشکاری در نوع نمونه‌های پژوهشی موجود به چشم می‌خورد و آن هم دامنه سنی است؛ یعنی بیشتر پژوهش‌ها به گروه‌های سنی بزرگسالان اعم از دانشجویان و یا دیگر بزرگسالان پرداخته‌اند. با توجه به اهمیت بسیار بالای سلامت روان و جسم در نوجوانان، بررسی تفاوت‌های روان‌شناختی معنادار بین نوجوانان مبتلا و غیرمبتلا به میگرن از موضوعات پژوهشی پراهمیت است؛ چه نتایج این گونه پژوهش‌ها با کمک به متخصصین بهداشت و درمانگران بالینی در حوزه پیشگیری و درمان می‌توانند در کاهش درد و حتی جلوگیری از گسترش آن در سنین بعدی، کمک زیادی کنند و به صرفه‌جویی مالی، روانی، و نیروی انسانی ختم شوند. از این رو پژوهش حاضر با هدف پاسخ‌گویی به این مسئله طراحی شده است که آیا عواطف مثبت و منفی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، و ناگویی هیجانی در نوجوانان مبتلا و غیرمبتلا به میگرن، متفاوت است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح پژوهش حاضر توصیفی و از نظر روش گردآوری داده‌ها از نوع علی-مقایسه‌ای و از نظر هدف از نوع پژوهش‌های بنیادی است. جامعه پژوهش را دختران نوجوان ۱۲ تا ۱۵ ساله مبتلا و غیرمبتلا به میگرن شهر اراک در سال ۱۳۹۶ تشکیل می‌دهند. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش شامل دو گروه دختران از جامعه مذکور بود (هر گروه ۴۰ نفر نوجوان) که به روش نمونه‌گیری در دسترس و به صورت هدفمند انتخاب شدند. گروه مبتلا بر اساس تشخیص نورولوژیست از بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌ها و مراکز درمانی شهر اراک در سال ۱۳۹۶ (در بازه زمانی ۶ ماهه از مهر تا اسفند) تشخیص داده شده و انتخاب شدند و گروه غیرمبتلا نیز شامل نوجوانانی بودند که از لحاظ سن و تحصیلات با گروه مبتلا هم‌تا شدند. میانگین سنی دو گروه ۱۳ سال و سطح تحصیلات، پایه هفتم تا نهم دوره متوسطه اول بود.

ملاک‌های ورود افراد نمونه در این مطالعه شامل دامنه سنی ۱۲ تا ۱۵ سال، تشخیص میگرن در گروه مبتلا توسط نورولوژیست، و عدم ابتلا به بیماری جسمی و روانی دیگر بود. در شرایطی که سردرد افراد از نوع غیرمیگرنی بود و همچنین رضایتی برای تکمیل پرسشنامه‌ها نداشتند، به عنوان ملاک خروج، از پژوهش کنار گذاشته می‌شدند.

ب) ابزار

۱. **مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو**^۱ (۱۹۹۴): مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو آزمون ۲۰ گویه‌ای است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی (شامل ۷ گویه) دشواری در توصیف احساسات (شامل ۵ گویه)، و تفکر عینی (شامل ۸ گویه) را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. نمره کل این مقیاس از جمع نمره‌های زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در پژوهش‌های مختلف بررسی و تأیید شده است (۳۹). در نسخه فارسی مقیاس ناگویی تورنتو، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل، و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۲ محاسبه شده که نشانه همسانی درونی بالایی مقیاس است. اعتبار بازآزمایی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شد. روایی همزمان مقیاس نیز برحسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی شناختی^۲ بررسی و تأیید شد. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی و متغیرهای فوق نیز معنادار بود. نتایج پژوهش تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل را در نسخه فارسی آن تأیید کرد (۴۰). در این پژوهش نیز اعتبار آزمون با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل، ۰/۸۲، و برای سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۱، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۰، و تفکر عینی ۰/۷۰ به دست آمد.

۲. **پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان**^۳: این پرسشنامه که دو نسخه انگلیسی و هلندی دارد، به وسیله گارنفسکی، کراچی و اسپنهایون^۴ در

3. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
4. Garnefski, Kraaij, & Spinhoven

1. Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20)
2. Psychological distress

سال ۲۰۰۲ تدوین شده است. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان چندبعدی بوده و دارای ۳۶ گویه است که برای شناسایی راهبردهای شناختی کنارآمدن افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی به کار می‌رود. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم‌بهنجار و هم‌جمعیت‌های بالینی) قابل استفاده است و از دو دسته راهبردهای انطباقی (خرده‌مقیاس‌های تمرکز مجدد مثبت^۱، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^۲، بازاریابی مثبت^۳، اتخاذ دیدگاه^۴، و پذیرش^۵) و غیرانطباقی (خرده‌مقیاس‌های سرزنش خود^۶، نشخوار فکری^۷، سرزنش دیگران^۸، و فاجعه‌آمیزپنداری^۹) تشکیل شده است. نمرات بالا در هر خرده‌مقیاس بیانگر استفاده بیشتر از راهبرد مذکور در کنار آمدن و مواجهه با وقایع تنش‌آور و منفی است (۴۱). نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در فرهنگ ایرانی را، حسنی هنجاریایی کرده و همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های آن را در جامعه فارسی زبان با ضریب آلفای ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ گزارش کرده است (۴۲). همچنین برای رفع نگرانی از وجود برخی تفاوت‌های جزئی فرهنگی و سنی در جمعیت مورد مطالعه پژوهش، دیگر پژوهشگران نیز ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ برآورد کرده‌اند. همچنین نمره‌های گویه‌ها با نمره‌های کلی زیرمقیاس‌های انطباقی و غیرانطباقی به صورت معنادار همبسته بودند (۰/۴۶ تا ۰/۷۵) و ارزش ضرایب همبستگی بازآزمایی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷ بیانگر ثبات مقیاس بود. نتایج تحلیل مؤلفه اصلی از الگوی ۹ عاملی اصلی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان نشان داد که این عامل‌ها ۷۴ درصد واریانس را تبیین می‌کنند و روابط درونی بین زیرمقیاس‌ها نسبتاً بالا بود (۰/۳۲ تا ۰/۶۷). در این پژوهش نیز اعتبار آزمون با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل آزمون ۰/۸۶ به دست آمد.

۳. مقیاس عواطف مثبت و منفی (واتسون، کلاک و تلگن، ۱۹۹۸):^{۱۰} این مقیاس خودگزارش دهی و متشکل از ۱۰ گویه برای عاطفه مثبت و

۱۰ گویه برای عاطفه منفی است و دو زیرمقیاس عاطفه مثبت و عاطفه منفی را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ (به هیچ وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره در هر یک از زیرمقیاس‌های فهرست به ترتیب ۱۰ و ۵۰ خواهد بود. ضرایب آلفای کرونباخ برای گویه‌های عاطفه مثبت از ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و برای گویه‌های عاطفه منفی از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. اعتبار بازآزمایی مقیاس عواطف مثبت و منفی در یک دوره دو ماهه به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۷۱ محاسبه شده است. روایی مقیاس عواطف مثبت و منفی نیز از طریق ضرایب همبستگی زیرمقیاس‌های عاطفه مثبت و منفی با مقیاس افسردگی، به ترتیب برابر با ۰/۳۶- و ۰/۵۸ و با زیرمقیاس اضطراب آشکار^{۱۱} در سیاهه اضطراب آشکار نهان^{۱۲} به ترتیب برابر با ۰/۳۵- و ۰/۵۱ گزارش شده است (۴۳). پژوهش‌های انجام شده در ایران، تأییدکننده ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در نمونه‌های بیمار و بهنجار است. این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ را در نمونه بیماران برای گویه‌های عاطفه مثبت از ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ و برای عاطفه منفی از ۰/۸۱ تا ۰/۸۹؛ و در نمونه‌های بهنجار برای گویه‌های عاطفه مثبت از ۰/۸۵ تا ۰/۹۰ و برای عاطفه منفی از ۰/۸۳ تا ۰/۸۸ گزارش کردند. همچنین روایی همگرا و افتراقی^{۱۳} نسخه فارسی از طریق محاسبه همبستگی زیر مقیاس‌های عاطفه مثبت و عاطفه منفی به ترتیب با سیاهه افسردگی بک^{۱۴} ۰/۴۴- و ۰/۵۳، با سیاهه اضطراب بک^{۱۵} ۰/۳۸- و ۰/۴۷ مورد تأیید قرار گرفته است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز با تعیین دو عامل عاطفه مثبت و عاطفه منفی، روایی سازه نسخه فارسی فهرست عواطف مثبت و منفی را مورد تأیید قرار داد (۴۴). در این پژوهش نیز اعتبار آزمون با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای عاطفه مثبت ۰/۸۴ و برای عاطفه منفی ۰/۸۰ به دست آمد.

(ج) روش اجرا: به منظور اجرای پرسشنامه‌های پژوهش حاضر، پس از کسب مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه اراک، افراد نمونه در

9. Catastrophizing
10. Positive and Negative Affect Scale
11. Manifest anxiety
12. State-Trait Anxiety Inventory
13. Discriminant
14. Beck Depression Inventory
15. Beck Anxiety Inventory

1. Positive Refocusing
2. Refocus on Planning
3. Positive Reappraisal
4. Putting in to Perspective
5. Acceptance
6. Self-blame
7. Rumination
8. Other-blame

ماندن پرسشنامه‌ها، و فاش نشدن اطلاعات شخصی افراد نمونه، کاملاً رعایت شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار به تفکیک گروه‌ها گزارش شده‌اند. همچنین در این جدول نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف (K-S Z) برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش گزارش شده‌اند.

دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به میگرن انتخاب شدند. به منظور کنترل آماری، ترتیب پرسشنامه برای نیمی از افراد گروه آزمایش و نیز گروه گواه، به یک ترتیب خاص و برای نیمی دیگر به صورت معکوس تنظیم شد. بعد از جمع آوری داده‌ها، برای بررسی سوال پژوهش و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از تحلیل واریانس چندمتغیری و آزمون تی استفاده شد. لازم به ذکر است که ملاحظات اخلاقی لازم برای انجام پژوهش حاضر مانند اخذ رضایت‌نامه کتبی و حق خروج و انصراف از شرکت در پژوهش، بی‌نام

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی و نتایج بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش (تعداد: ۸۰)

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	آماره K-S Z	سطح معنی داری
ناگویی هیجانی	بدون میگرن	۵۰/۹۷	۷/۵۵	۰/۱۳۵	۰/۵۱
	با میگرن	۵۹/۹۲	۹/۱۱	۰/۱۵	۰/۰۶۸
عواطف منفی	بدون میگرن	۲۸/۰۲	۵/۲۸	۰/۹۸	۰/۵۷
	با میگرن	۳۱/۲۲	۳/۷۵	۰/۸۴	۰/۷۲
عواطف مثبت	بدون میگرن	۳۴/۲۷	۷/۰۴	۰/۱۳۴	۰/۲۰۰
	با میگرن	۳۰/۳۰	۴/۸۸	۰/۹۷۱	۰/۰۳۲
سرزنش خود	بدون میگرن	۱۲/۵۵	۳/۳۲	۰/۶۵	۰/۲۰۰
	با میگرن	۱۳/۲۵	۲/۴۲	۰/۹۷۸	۰/۳۰۴
پذیرش	بدون میگرن	۱۱/۶	۳/۰۱	۰/۸۳	۰/۴۸
	با میگرن	۹/۸۷	۲/۷	۰/۸۷	۰/۵۰۵
نشخوار فکری	بدون میگرن	۱۳/۱۵	۳/۱۲	۰/۱۰۰	۰/۰۶
	با میگرن	۲/۴۴	۱۵/۳۲	۰/۹۵	۰/۴۵۶
اتخاذ دیدگاه	بدون میگرن	۱۰/۹	۳	۰/۱۲۰	۰/۰۸
	با میگرن	۱۰/۶۵	۱۸/۰۳	۰/۸۴	۰/۱۹۲
تمرکز مجدد مثبت	بدون میگرن	۱۱/۱۵	۲/۴۴	۰/۱۱۸	۰/۵۱
	با میگرن	۲/۷۶	۹/۶	۰/۶۹	۰/۲۹۲
تمرکز مجدد برنامه‌ریزی	بدون میگرن	۱۰/۴۵	۲/۲۶	۰/۶۹	۰/۴۷
	با میگرن	۳/۳۶	۱۰/۲۰	۰/۸۷	۰/۵۲
ارزیابی مجدد مثبت	بدون میگرن	۱۱/۲۷	۲/۶۳	۰/۱۲۳	۰/۴۵
	با میگرن	۲/۸۵	۹/۲۵	۰/۶۵	۰/۴۵
فاجعه آمیز پنداری	بدون میگرن	۱۲/۳۵	۳/۰۸	۰/۹۹	۰/۲۰۰
	با میگرن	۲/۷۲	۱۴/۶۲	۰/۷۵	۰/۴۵
سرزنش دیگران	بدون میگرن	۱۲/۳۵	۳/۵۲	۰/۷۵	۰/۶۸
	با میگرن	۴/۱۹	۱۳/۱۷	۰/۸۳	۰/۵۱

راهربدهای تنظیم هیجانی و عواطف منفی و مثبت در افراد با و بدون میگرن از تحلیل واریانس چندمتغیری یک‌راهه استفاده شد. قبل از ارائه نتایج این آزمون، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. برای بررسی همگنی

با توجه به جدول ۱، آماره Z آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای تمامی متغیرهای پژوهش در تمامی گروه‌ها معنادار نیست، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است. برای مقایسه

وارینانس‌های متغیرهای پژوهش از آزمون لوین استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که آماره F آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس متغیرها در گروه‌های پژوهش برای متغیرهای عواطف منفی (۳/۷۵)، عواطف مثبت (۱/۴۴)، سرزنش خود (۳/۸۵)، پذیرش (۰/۲۳)، نشخوار فکری (۴/۳۲)، اتخاذ دیدگاه (۰/۲۸)، تمرکز مجدد مثبت (۰/۴۱)، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی (۵/۳۲)، ارزیابی مجدد مثبت (۰/۲۳)، فاجعه‌آمیز پنداری (۱/۴۴) و سرزنش دیگران (۱/۴۴) معنادار نیست. این یافته نشان می‌دهد که واریانس این متغیرها در گروه‌ها همگن است. برای بررسی همگنی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها از آزمون ام باکس استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که آماره F این آزمون ($MBox=296/4$)

معنادار نیست، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است. همچنین نتایج نشان داد که مقدار F به دست آمده برای لامبدای ویلکز متغیر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ($F_{9,70}=7/51$)، لامبدای ویلکز متغیر عواطف ($F_{2,77}=15/2$) است و مقدار F به دست آمده برای نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مربوط به راهبردهای تنظیم هیجانی گزارش شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مربوط به راهبردهای تنظیم هیجانی در گروه‌های پژوهش

آزمون	آماره	F	d.f1	d.f2	سطح معنی داری	اندازه اثر
اثر پیلای	۰/۶۱۸	۷/۵۱	۶۵	۱۴	۰/۰۰۱	۰/۴۰۳
لامبدای ویلکز	۰/۳۸۲	۷/۵۱	۶۵	۱۴	۰/۰۰۱	۰/۴۰۳
اثر هالینگ	۱/۶۱۸	۷/۵۱	۶۵	۱۴	۰/۰۰۱	۰/۴۰۳
بزرگترین ریشه روی	۱/۶۱۸	۷/۵۱	۶۵	۱۴	۰/۰۰۱	۰/۴۰۳

وجود دارد. برای بررسی این که گروه‌ها در کدام یک از راهبردهای تنظیم هیجانی با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه گزارش شده است.

با توجه به جدول ۲، آماره F تحلیل واریانس چندمتغیری بررسی تفاوت گروه‌ها در راهبردهای تنظیم هیجانی معنادار است، بنابراین می‌توان گفت بین گروه‌ها در راهبردهای تنظیم هیجانی تفاوت معنادار

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه تفاوت گروه‌ها در راهبردهای تنظیم هیجانی

مؤلفه	SS گروه	خطا SS	MS گروه	خطا MS	F	p	اندازه اثر
سرزنش خود	۹/۸	۶۶۱/۴	۹/۸	۸/۴۷	۱/۱۵۶	۰/۲۸۶	۰/۰۱۵
پذیرش	۵۹/۵۱	۶۳۹/۹۷	۵۹/۵۱	۸/۲	۷/۲۵۳	۰/۰۰۹	۰/۰۸۵
نشخوار فکری	۹۴/۶۱	۶۱۳/۸۷	۹۴/۶۱	۷/۸۷	۱۲/۰۲۲	۰/۰۰۱	۰/۱۳۴
اتخاذ دیدگاه	۱/۲۵	۷۴۶/۷	۱/۲۵	۹/۵۷	۰/۱۳۱	۰/۷۱۹	۰/۰۰۲
تمرکز مجدد مثبت	۴۵	۵۳۲/۲	۴۵	۶/۸۲	۰/۷۱۹	۰/۰۱۲	۰/۱۲۲
تمرکز مجدد	۸۲/۰۱	۵۸۸/۴۷	۸۲/۰۱	۷/۵۴	۶/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۰۷۸
برنامه‌ریزی	۱/۲۵	۶۴۰/۳	۱/۲۵	۸/۲	۰/۱۵۲	۰/۶۹۷	۰/۰۰۲
فاجعه‌آمیز پنداری	۱۰۳/۵۱	۶۶۰/۴۷	۱۰۳/۵۱	۸/۴۶	۱۲/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۱۳۵
سرزنش دیگران	۱۳/۶۱	۱۱۶۹/۸۷	۱۳/۶۱	۱۴/۹۹	۰/۹۰۸	۰/۳۴۴	۰/۰۱۲

این راهبردها تفاوت معناداری وجود دارد. اما آماره F برای سرزنش خود (۱/۱۵۶)، سرزنش دیگران (۰/۹۰۸)، تمرکز مجدد مثبت (۰/۷۱۹)، اتخاذ دیدگاه (۰/۱۳۱) و پذیرش (۷/۲۵۳) معنادار نیست. این یافته نشان

با توجه به جدول ۳ آماره F برای نشخوار فکری (۱۲/۰۲۲)، فاجعه‌آمیز پنداری (۱۲/۲۲) و تمرکز مجدد (۶/۵۹) در سطح ۰/۰۰۵ معنادار است. این یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین گروه‌های پژوهش در

می‌دهد بین گروه‌ها در این راهبردها تفاوت معناداری وجود ندارد. اندازه اثر برای نشخوار فکری (۰/۱۳۴)، فاجعه‌پنداری (۰/۱۳۵)، و تمرکز مجدد

مثبت (۰/۱۲۲) است. در ادامه در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مربوط به عواطف مثبت و منفی گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مربوط به عواطف مثبت و منفی در گروه‌های پژوهش

آزمون	آماره	F	d.f1	d.f2	سطح معنی داری	اندازه اثر
اثر بینایی	۰/۲۸۳	۱۵/۲	۷۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸۳
لامبدای ویلکز	۰/۷۱۷	۱۵/۲	۷۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸۳
اثر هالتینگ	۰/۳۹۵	۱۵/۲	۷۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸۳
بزرگترین ریشه روی	۰/۳۹۵	۱۵/۲	۷۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸۳

با توجه به جدول ۴، آماره F تحلیل واریانس چندمتغیری بررسی تفاوت گروه‌ها در عواطف مثبت و منفی در سطح ۰/۰۰۵ معنادار است؛ بنابراین می‌توان گفت بین گروه‌ها در عواطف مثبت و منفی تفاوت

معنادار وجود دارد. برای بررسی تفاوت عواطف مثبت و منفی گروه‌ها در جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه گزارش شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه تفاوت گروه‌ها در عواطف مثبت و منفی

مولفه	SS گروه	خطا SS	MS گروه	خطا MS	F	p	اندازه اثر
عواطف منفی	۳۱۶/۰۱	۱۶۳۹/۹۵	۳۱۶/۰۱	۲۱/۰۲۵	۹/۷۴۱	۰/۰۰۳	۰/۱۱۱
عواطف مثبت	۲۰۴/۰۸	۲۸۶۸/۳۷۵	۲۰۴/۰۸	۳۶/۷۷۴	۸/۵۹۳	۰/۰۰۴	۰/۰۹۹

با توجه به جدول ۵ آماره F برای عواطف مثبت (۸/۵۹۳) و عواطف منفی (۹/۷۴۱) در سطح ۰/۰۰۵ معنادار است. این یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین گروه‌های پژوهش در عواطف مثبت و منفی تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر برای عواطف مثبت (۰/۰۹۹) و عواطف منفی (۰/۱۱۱) است.

برای بررسی تفاوت گروه با و بدون میگرن در ناگویی هیجانی از آزمون t دو نمونه مستقل استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ناگویی هیجانی در دو گروه معنادار به دست نیامد ($F=1/47, P>0/05$). این یافته نشان می‌دهد که واریانس این متغیر در گروه‌ها همگن است؛ بنابراین در جدول ۶ نتایج آزمون t دو نمونه مستقل با پیش فرض برابری واریانس‌ها گزارش شده است.

جدول ۶: شاخص‌های توصیفی گروه‌ها در متغیر ناگویی هیجانی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری
با میگرن	۴۰	۵۹/۹۲	۹/۱۱	-۸/۹۵	-۴/۷۸	۷۸	۰/۰۰۱
بدون میگرن	۴۰	۵۰/۹۷	۷/۵۵				

با توجه به جدول ۶، در ناگویی هیجانی میانگین گروه با میگرن (۵۹/۹۲) به صورت معناداری بیشتر از میانگین گروه بدون میگرن (۵۰/۹۷) است ($P<0/001, t=-4/78, df=78, P<0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد دختران مبتلا به میگرن در مقایسه با دختران غیرمبتلا به میگرن در ناگویی هیجانی، عواطف منفی، نشخوار فکری، و فاجعه‌پنداری در سطح معناداری ($P<0/05$) به طور معنادار بالاتر از دختران غیرمبتلا به میگرن هستند و نمره‌های عواطف مثبت و تمرکز

جدید بر برنامه‌ریزی به طور معنادار پایین‌تر از دختران غیر مبتلا به میگرن است ($P < 0/05$). همچنین نمره‌های دو گروه در سرزنش خود و دیگران، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه، و پذیرش تفاوت معنادار ندارند ($P < 0/05$).

بافت گسترده و کنشی هیجان در رویایی متقابل با رفتارهای بیرونی، رمز سازش یا سازش نایافتگی را می‌تواند رقم بزند؛ به عبارت دیگر، بدتنظیمی هیجانی در هر سطحی، در سطح شناسایی هیجان تا کارکردهای بیرونی، به دلیل ارتباط درهم آمیخته‌اش با سازش‌یافتگی، سلامت روان‌شناختی، و جسمی را به چالش می‌کشد. همسو با هسته مفهومی نظریه‌ها و نتایج پژوهش‌های پیشین، این موضوع در نتیجه پژوهش حاضر نیز به چشم می‌خورد. بر اساس مطالعه حاضر، ناگویی هیجانی در دختران مبتلا و غیر مبتلا به میگرن تفاوت معنادار دارد. این نتیجه در پژوهش‌های دیگر نیز به دست آمد (۲۰، ۳۶-۳۸). به نظر می‌رسد ناگویی هیجانی به دلیل عدم پردازش صحیح شناختی به حالت‌های خلقی و عاطفی منفی منتج می‌شود؛ به بیان دیگر، شناسایی و نام‌گذاری هیجان باعث کاهش واکنش‌های هیجانی می‌شود، به طوری که افراد در مواجهه هیجانی، بازناسی، و ارزیابی، راهبردهای کارآمدن کارآمد را به کار خواهند گرفت. در مقابل، ناگویی هیجانی با عدم شناخت یا شناخت ناصحیح هیجان به واکنش هیجانی منفی دامن می‌زند و این حالت به نوبه خود در ادراک و ابراز شکایت‌های جسمی نقش دارد. همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، شکایت‌های جسمی با مبدأ روان‌شناختی را بیماری‌های روان‌تنی می‌نامند. بیماری‌های روان‌تنی توجیه پزشکی دارند، اما مبدأ آنها مسائل خرد و کلان روانی است. نباید این نکته مهم را از نظر دور داشت که بیان هیجان و بروز آن، به صورت کلامی و تغییرات فیزیکی چهره، برای کودکان و نوجوانان بسیار سخت‌تر از یک بزرگسال است (۱۷، ۲۰).

غیر از ناگویی هیجانی به عنوان مسایل کلان روانی که با سلامت جسمی و روان‌شناختی رابطه دارد، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان نیز در این پژوهش همسو با پیشینه پژوهشی موجود با بیماری میگرن رابطه معنادار دارد. نشخوار فکری و فاجعه‌پنداری به عنوان راهبردهای شناختی منفی برای تنظیم هیجان محسوب می‌شوند که در نوجوانان دارای سردردهای میگرنی در مقایسه با نوجوانان بدون سردرد میگرنی به طور

معنادار، بیشتر به کار گرفته می‌شوند. پژوهش‌های قبلی نیز به این نکته مهم دست یافتند که افراد دارای سردرد در مقایسه با افراد دیگر، وقایع روزمره زندگی‌شان را مصیبت‌بار تلقی می‌کنند. در واقع آنها در مقایسه با سایرین از وقایع تنش‌آور بیشتری برخوردار نیستند، که در اتخاذ راهبردهای کنار آمدن، ناموفق عمل می‌کنند (۲۳، ۲۶ و ۲۷). در واقع فرض بنیادی در نظریه‌های مرتبط با راهبرد شناختی تنظیم هیجان این است که مؤلفه‌های شناختی افراد مثل باورها، ارزیابی‌ها، و انتظارات در رویارویی و مقابله با یک حادثه و پیامد آن به دو شکل بر عملکرد افراد تأثیر می‌گذارند: ۱. مستقیم؛ یعنی از طریق تنظیم خلق و ۲. غیرمستقیم؛ یعنی از طریق تأثیر بر راهبردهای کنار آمدن. مطالعات پیشین همسو با نتایج پژوهش حاضر در بررسی راهبردهای اتخاذ شده افراد مبتلا به سردرد به این نتایج رسیدند که این افراد در مقایسه با سایرین از راهبردهای سازش‌نیافته بیشتری استفاده می‌کنند (۳۰).

نشخوار فکری و فاجعه‌پنداری به عنوان راهبردهای سازش‌نیافته در آسیب‌شناسی اختلالات روان‌شناختی نقش پررنگی دارند. در نشخوار فکری افراد گمان می‌کنند که با مشغولیت ذهنی مدام نسبت به مسئله، آغاز و پیامد آن، در پی حل مسئله و منبع تنش هستند. نتایج پژوهش‌های تجربی نشان داده است افراد با نشخوار فکری از خلق منفی بیشتری برخوردار هستند و از نظر رفتاری و عاطفی از حمایت اجتماعی دور می‌مانند (۲۶). در بررسی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین نوجوانان مبتلا و غیرمبتلا به سردرد میگرنی درباره استفاده از راهبرد منفی سرزنش خود و دیگران تفاوت معنادار وجود ندارد؛ گرچه میانگین دختران مبتلا به سردرد میگرنی نسبت به گروه سالم، بالا است. با توجه به این که نمونه مورد بررسی پژوهش حاضر، نوجوانان بودند، نباید از نظر دور داشت که در این سن افراد در حال تجربه تغییرات وسیعی در دامنه‌های جسمانی و بدنی، اجتماعی، و روان‌شناختی هستند. مشکلات فرد در مدیریت خود متناسب با این تغییرات می‌تواند باعث اتخاذ راهکارهای منفی شناختی شود؛ به طوری که در مواجهه با هیجان یا عاطفه منفی، برخی از آنها، خود و برخی دیگری را مورد سرزنش قرار می‌دهند. درحالی که مهم‌ترین مسئله این سن، اهمیت روابط بین‌فردی به ویژه با همسالان است و لازمه هویت‌بخشی به خود، پذیرفتن خود بدون برچسب سرزنشی است.

نکته جالب توجه در این مطالعه، عدم معناداری راهبردهای مثبتی همچون ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه، و پذیرش در دو گروه است. به نظر می‌رسد اتخاذ بعد منفی راهبردهایی همچون نشخوار فکری یا فاجعه‌پنداری، اثرات مخرب بیشتری بر سلامت جسمی و روانی افراد دارند تا بعد مثبت راهبردهای شناختی تنظیم هیجان. همان طور که ذکر شد نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند عاطفه مثبت بر عاطفه منفی تأثیری ندارد و در شرایط تنیدگی و درد مزمن، راهبرد و عاطفه منفی منجر به حساسیت بیشتر نسبت به عامل دردآور می‌شود (۱۳). بر اساس نتایج پژوهش حاضر، عاطفه مثبت در نوجوانان با سردردهای میگرنی در مقایسه با نوجوانان فاقد این بیماری، به طور معنادار پایین‌تر است. نتایج پژوهش‌های متعددی نشان دادند عواطف نقش پر اهمیتی در مواجهه با وقایع تنش‌آور زندگی دارند (۲۶). وقتی افراد در زندگی‌شان با وقایع و اتفاقات تهدیدآمیز و تشنگر مواجه می‌شوند، نحوه تنظیم عواطف در این رویارویی بسیار اهمیت دارد. نتایج مطالعات پیشین نشان داده‌اند، تنش به همراه بدتنظیمی هیجانی و اتخاذ راهبردهای منفی و سازش نیافته در کنار آمدن با وقایع تشنگر، زمینه‌ساز عاطفه منفی شده و با شدت و فراوانی سردردها همبسته است (۱۶).

در حالی که عاطفه مثبت اثری بالا و هشیاری و خودآگاهی همه‌جانبه روان‌شناختی و جسمانی را با خود به همراه دارد، در مقابل، پایین بودن عاطفه مثبت، غم و اندوه و نارسایی در توجه و آگاهی را نتیجه خواهد داد. مطالعات نشان می‌دهند پایین بودن عواطف مثبت با شکایات مختلف درباره سلامتی و علائم بیماری همراه است و همچنین بدتنظیمی هیجانی و عاطفه منفی در سنین پایین می‌تواند ماشه‌چکان^۱ سردرد و بیماری‌های گوارشی در بزرگسالی باشد (۱۰).

بر اساس پیشینه پژوهش‌ها، متغیر مهم و مرتبط با میگرن و در ارتباط با عاطفه مثبت و منفی، شناخت، بازشناسی، و واکنش مناسب هیجانی است که امری مقدم و مهم بر عواطف است. مشکل در شناسایی احساسات که از ویژگی‌های ناگویی هیجانی است پیش‌بینی‌کننده طیف وسیعی از سطوح آسیب‌های روانی، به‌خصوص بدنی‌سازی است. ناگویی هیجانی با تحریک فیزیولوژیکی، توجه بیشتر علائم فیزیکی، شکایت از

1. Trigger

این علائم، و رفتارهای اجباری پاتولوژیک همراه است. در نتیجه، برای بیماران با ناگویی هیجانی، تشخیص این موضوع که گاهی احساسات جسمانی با عواطف و هیجان همراه می‌شوند، دشوار است. این ویژگی ما را به این نتیجه هدایت می‌کند که ناگویی هیجانی می‌تواند نقش مرکزی در آسیب‌شناسی علائم فیزیکی ناشناخته پزشکی داشته باشد. از این رو، ویژگی‌های ناگویی هیجانی با برانگیختگی‌های فیزیولوژیک فزاینده، توجه بیشتر به علائم فیزیکی، و شکایات از این علائم و رفتار اجتماعی پاتولوژیک، همراه است. مکانیسم زیربنایی ناگویی هیجانی و ارتباط آن با بیماری‌های جسمی هنوز روشن نیست. با این وجود، چند مسیر توجیهی را می‌توان برشمرد؛ ۱. ناگویی هیجانی از طریق مکانیسم‌های فیزیولوژیکی یا رفتاری به بیماری ارگانیک منجر می‌شود، ۲. ناگویی هیجانی از طریق مکانیسم‌های شناختی یا اجتماعی منجر به رفتار بیمارگونه می‌شود، و ۳. ناگویی هیجانی و بیماری جسمی هر دو نتیجه عوامل زیستی و اجتماعی فرهنگی هستند (۱۵ و ۲۰).

در مجموع، نتایج مطالعات حاکی از آن است که ناگویی هیجانی به طور عمده با ابعاد عاطفی درد مزمن مرتبط است. ارتباط بین ناگویی هیجانی و نشانگان درد مزمن را نمی‌توان به سادگی از طریق حساسیت بالا به شرایط دردناک تبیین کرد، بلکه عملکرد پایین در پردازش درد، دیده می‌شود (۱۶ و ۲۰)؛ در واقع، بدتنظیمی هیجانی در سطح راهبردهای شناختی و نیز ناگویی هیجانی می‌تواند باعث عاطفه منفی و حساسیت بالا نسبت به احساسات بدنی آزاردهنده و واکنش‌های طولانی مدت مرتبط با سردرد میگرنی شود. این مسیر می‌تواند مکانیسم احتمالی زیربنایی ارتباط بین ناگویی هیجانی و راهبردهای شناختی منفی و عاطفه منفی در نوجوانان با میگرن باشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم کنترل متغیرهای دموگرافیک احتمالی موثر مثل طبقه اقتصادی-اجتماعی، سابقه ابتلا به میگرن، بررسی علت زیستی یا روانی ابتلا به میگرن، تاریخچه میگرن در خانواده، و تفاوت‌های دو جنس اشاره کرد. به این دلیل پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به این متغیرهای دموگرافیک در مقایسه دو گروه توجه شود و همچنین با مقایسه نمونه‌های دختر و پسر، به نتایج

دقیق تری درباره متغیرهای روان شناختی موثر بر میگرن برسند. براساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، متخصصین آموزش بهداشت و سلامت روان جهت پیشگیری، درمان یا مدیریت درد میگرن باید تفاوت معنادار روان شناختی نوجوانان با و بدون سردرد میگرنی را به منظور اتخاذ راهبردهای درمانی در نظر داشته باشند. همچنین متخصصان سلامت روان می توانند با آموزش هشپاری، آگاهی و تنظیم هیجان، و به کارگیری مداخلات مرتبط با راهبردهای کنار آمدن می توانند به نوجوانان برای پیشگیری و درمان و مدیریت درد میگرنی، کمک شایانی کنند.

تشکر و قدردانی: این پژوهش به صورت مستقل اجرا شده است و مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی دانشگاه اراک با شماره مجوز ۹۵/۶۱۵۲ در تاریخ ۹۶/۶/۱۷ صادر شد. بدین وسیله از تمامی افراد شرکت کننده در پژوهش، مسئولین مراکز درمانی، و پزشکان نورولوژیست که در اجرای این پژوهش مشارکت و همکاری داشتند، قدردانی می شود.

تضاد منافع: در این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.



References

- Gordon-Smith K, Forty L, Chan C, Knott S, Jones I, Craddock N, et al. Rapid cycling as a feature of bipolar disorder and comorbid migraine. *J Affect Disord*. 2015; 175: 320-324. [Link]
- Aghamohammadian HR, Kamal Shanbadi A. Effect of muscle relaxation and cognitive restructuring under hypnosis in women with migraine: single- case study. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2007; 13(2): 182-188. [Persian]. [Link]
- Sajadinejad MS, Mohammadi N, Taghavi SMR, Ashgazadeh N. Therapeutic effects of cognitive-behavioral group therapy on headache disability and depression in patients with migraine and tension headache. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2009; 14(4): 411-418. [Persian]. [Link]
- Joharifard R, Boroumand AR, Shayt Carl E, Mehrbizadeh Honarmand M. Investigating the role of cognitive and personality factors in patients with migraine headaches. *Journal of Clinical Psychology Medica Transilvanica*. 2018; 23(2): 27-29. [Link]
- Butler JM, Whalen CK, Jamner LD. Bummed out now, feeling sick later: weekday versus weekend negative affect and physical symptom reports in high school freshmen. *J Adolesc Health*. 2009; 44(5): 452-457. [Link]
- Dockray S, Steptoe A. Positive affect and psychobiological processes. *Neurosci Biobehav Rev*. 2010; 35(1): 69-75. [Link]
- Hamelsky SW, Lipton RB. Psychiatric comorbidity of migraine. *Headache*. 2006; 46(9): 1327-1333. [Link]
- Pompili M, Serafini G, Di Cosimo D, Dominici G, Innamorati M, Lester D, et al. Psychiatric comorbidity and suicide risk in patients with chronic migraine. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2010; 6: 81-91. [Link]
- Baskin SM, Smitherman TA. Migraine and psychiatric disorders: comorbidities, mechanisms, and clinical applications. *Neurol Sci*. 2009; 30 (Suppl 1): S61-65. [Link]
- Gatta M, Spitaleri C, Balottin U, Spoto A, Balottin L, Mangano S, et al. Alexithymia characteristics in pediatric patients with primary headache: a comparison between migraine and tension-type headache. *J Headache Pain*. 2015; 16: 98-106. [Link]
- Vieira RV de A, Vieira DC, Gomes WB, Gauer G. Alexithymia and its impact on quality of life in a group of Brazilian women with migraine without aura. *J Headache Pain*. 2013; 14(1): 18. [Link]
- Rosenberg N, Rufer M, Lichev V, Ihme K, Grabe H-J, Kugel H, et al. Observer-Rated alexithymia and its
- Andishe Va Raftar (Andisheh Va Raftar). 2017; 11(42): 67-76. [Persian]. [Link]
- Johari Fard R, Goli F, Boroumand A. Cognitive, personality, and family factors in patients with migraine headache. *International Journal of Body, Mind and Culture*. 2014; 1(1): 83-93. [Link]
- Zanon C, Hutz CS. Affective disposition, thinking styles, neuroticism and life satisfaction. *Universitas Psychologica*. 2013; 12(2): 413-419. [Link]
- Nabi H, Kivimaki M, Vogli RD, Marmot MG, Singh-Manoux A. Positive and negative affect and risk of coronary heart disease: Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*. 2008; 337(7660): 32-36. [Link]
- Zautra AJ, Davis MC, Reich JW, Nicassario P, Tennen H, Finan P, et al. Comparison of cognitive behavioral and mindfulness meditation interventions on adaptation to rheumatoid arthritis for patients with and without history of recurrent depression. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76(3): 408-421. [Link]
- Banciu A, Bouleanu EL. The experience of persons living with migraine. *Acta relationship with the five-factor-model of personality. Psychol Belg*. 2016; 56(2): 118-134. [Link]
- Balaban H, Semiz M, Şentürk İA, Kavakçı Ö, Çınar Z, Dikici A, et al. Migraine prevalence, alexithymia, and post-traumatic stress disorder among medical students in Turkey. *J Headache Pain*. 2012; 13(6): 459-467. [Link]
- Yalug I, Selekler M, Erdogan A, Kutlu A, Dundar G, Ankarali H, et al. Correlations between alexithymia and pain severity, depression, and anxiety among patients with chronic and episodic migraine. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2010; 64(3): 231-238. [Link]
- Herbert BM, Herbert C, Pollatos O. On the relationship between interoceptive awareness and alexithymia: is interoceptive awareness related to emotional awareness? *J Pers*. 2011; 79(5): 1149-1175. [Link]
- Natalucci G, Faedda N, Calderoni D, Cerutti R, Verdecchia P, Guidetti V. Headache and alexithymia in children and adolescents: what is the connection? *Front Psychol*. 2018; 9: 48. [Link]
- Rieffe C, Oosterveld P, Meerum Terwogt M, Novin S, Nasiri H, Latifian M. Relationship between alexithymia, mood and internalizing symptoms in children and young adolescents: Evidence from an Iranian sample. *Pers Individ Dif*. 2010; 48(4): 425-430. [Link]
- Feldman GC, Joormann J, Johnson SL. Responses to positive affect: A self-report measure of rumination

- and dampening. *Cognit Ther Res*. 2008; 32(4): 507. [\[Link\]](#)
24. Moriguchi Y, Decety J, Ohnishi T, Maeda M, Mori T, Nemoto K, et al. Empathy and judging other's pain: an fMRI study of alexithymia. *Cereb Cortex*. 2007; 17(9): 2223–2234. [\[Link\]](#)
25. Dubey A, Pandey R. Mental health problems in alexithymia: Role of positive and negative emotional experiences. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*. 2013; 20(2): 128–136. [\[Link\]](#)
26. Chen J, Xu T, Jing J, Chan RC. Alexithymia and emotional regulation: a cluster analytical approach. *BMC Psychiatry*. 2011; 11: 33. [\[Link\]](#)
27. Moyal N, Henik A, Anholt GE. Cognitive strategies to regulate emotions—current evidence and future directions. *Front Psychol*. 2014; 4: 1019. [\[Link\]](#)
28. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010; 30(2): 217–237. [\[Link\]](#)
29. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003; 85(2): 348–362. [\[Link\]](#)
30. Kring AM, Sloan DM. Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York, NY, US: The Guilford Press; 2010, pp: 29-38. [\[Link\]](#)
31. Khazraee H, Omidi A, Daneshvar Kakhki R, Zanjani Z, Sehat M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in cognitive emotion regulation strategies, headache-related disability, and headache intensity in patients with chronic daily headache. *Iran Red Crescent Med J*. 2018; 20 (s1): e57151. [\[Link\]](#)
32. Peymannia B, Moosavi E. The comparison between conceived stress and personality traits, in people suffering from migraine and healthy people. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2014; 22(2): 1069–1078. [Persian]. [\[Link\]](#)
33. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013. [\[Link\]](#)
34. Ghayeghran AR, Fathe Sami SH. Survey on prevalence of migraine in high school students of Rasht- city. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2004; 13(50): 22–26. [Persian]. [\[Link\]](#)
35. McRae K, Ochsner KN, Mauss IB, Gabrieli JJD, Gross JJ. Gender differences in emotion regulation: an fmri study of cognitive reappraisal. *Group Process Intergroup Relat*. 2008; 11(2): 143-162. [\[Link\]](#)
36. Gatta M, Canetta E, Zordan M, Spoto A, Ferruzza E, Manco I, et al. Alexithymia in juvenile primary headache sufferers: a pilot study. *J Headache Pain*. 2011; 12(1): 71–80. [\[Link\]](#)
37. Myers L, Matzner B, Lancman M, Perrine K, Lancman M. Prevalence of alexithymia in patients with psychogenic non-epileptic seizures and predictors in psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2013; 26(2): 153–157. [\[Link\]](#)
38. Heshmati R. Structural equation modelling of alexithymia determinants: The role of biases and dispositional mindfulness. *Journal of Research in Psychological Health*. 2017; 10(4): 30–44. [Persian]. [\[Link\]](#)
39. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. The 20-item Toronto alexithymia scale. III. Reliability and factorial validity in a community population. *J Psychosom Res*. 2003; 55(3): 269–275. [\[Link\]](#)
40. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep*. 2007; 101(1): 209–220. [\[Link\]](#)
41. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire. Leiderdorp: Datec; 2002, p: 47. [\[Link\]](#)
42. Hasani J. The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 2(3): 73–84. [Persian]. [\[Link\]](#)
43. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol*. 1988; 54(6): 1063–1070. [\[Link\]](#)
44. Mohammadi L, Besharat MA, Rezaade MR, Gholamali Lavasani M. The mediating role of positive and negative affect in the relationship between meaning in life and mental health. *Journal of Psychology*. 2018; 2(22): 157-171. [Persian]. [\[Link\]](#)