

Research Paper

Comparison of the effectiveness of drug therapy and cognitive-behavioral stress management on cognitive avoidance and alexithymia in patients with tension headaches.

Seyed Abdollah Amiri Arjmand ¹, Bahram Mirzaeian ^{2*}, Seyed Mohammad Baghbanian ³

1. Ph.D. Student in General Psychology, Department of psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

2. Associated Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

3. Associated Professor, Department of Medical Sciences, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Received: 2021/05/04

Revised: 2021/09/13

Accepted: 2021/10/22

Use your device to scan and read the article online



DOI:

10.30495/jpmm.2021.27939.3389

Keywords:

cognitive avoidance, alexithymia, cognitive behavioral stress management.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to compare drug therapy and cognitive-behavioral management of stress on reducing cognitive avoidance and alexithymia (as two inefficient coping styles against stress) in patients with tension headaches.

Method: In this clinical trial study, 40 people with tension headache in Sari city were divided into four groups of 10 by convenience sampling. The first group received only cognitive-behavioral stress management, the second group received only medication, the third group received the two treatments together, and the fourth group received no treatment. They completed cognitive avoidance and alexithymia questionnaires before and after the intervention.

Results: The results were analyzed by SPSS software and nonparametric tests. The results showed that the first group (stress management) and the third group (stress management and medication) had the highest rank in reducing cognitive avoidance and emotional distress during Kruskal-Wallis test. The second group (drug therapy) and the fourth group (without treatment) had the lowest rank. According to Mann-Whitney test, the difference between the scores of the two groups at the top of the table and the groups at the bottom of the table is significant.

Conclusion: The presence of stress management in the top groups of the table and the existence of significant differences between the top groups of the table and the lower groups of the table show its positive effect on reducing cognitive avoidance and emotional dysphoria. This result is important for psychologists because the method of cognitive-behavioral stress management can correct some inefficient coping styles against stress and through it to treat tension headaches.

Citation: Amiri Arjmand A, Mirzaeian B, Baghbanian M. Comparison of the effectiveness of drug therapy and cognitive-behavioral stress management on cognitive avoidance and alexithymia in patients with tension headaches. Quarterly Journal of Psychological Methods and Models. 2021; 12 (45): 121-136.

***Corresponding author:** Bahram Mirzaeian

Address: Associate Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Tell: 09111541808

Email: bahrammirzaian@gmail.com

Extended bstract

Introduction

Methods that are used to reduce or remove stress are called stress coping strategies. This strategy, or by resolving the problem with stress, is referred to as a problem-driven confrontation, or through the creation of calmness in the person, controls stress-induced emotional fluctuations, which are called thrilling coping. coping strategies, including the emotional-centered strategies or the centered issue that reduce stress, are called consistent strategies and are referred to coping strategies that increase or decrease the stress of maladaptive strategies. Cognitive avoidance, which is indeed denial and amnesia, is known as an inconsistent problem-driven strategy, and alone 35% of the symptoms of generalized anxiety disorder. The other variable is the study of alexithymia or alexithymia, which is one of the most thrilling coping strategies incompatible with stress and in fact defined as the inability to express excitement.

Materials and Methods

Research design: This study is a clinical trial and, considering that in this study, the effectiveness of one of the new methods of treatment in order to cope with stress, therefore, is an applied and approved by the Ethics Committee of Islamic Azad University of Sari Branch. The method used in this research is semi-experimental with pre-test and post-test with control group. The statistical population of this study was patients with tension headache referred to the neurology Clinic of Sari City and tuba Hospital of this city. Sample selection was done by available sampling method. They were randomly divided into four groups. The first three groups were the experimental group. The first group received only cognitive-behavioral stress management. The second group received medication. The third group received a combination of the above two methods. And the fourth group was the control group that did not receive any treatment. The samples were first placed in 4 groups of 10 people. But during the experiment, some people stopped working and 30 people remained.

In the end, 8 people remained in the first group, 7 people in the second group, 8 people in the third group and 7 people in the fourth group. The first experimental group received cognitive behavioral Management therapy and the second experimental group had received medication and the third experimental group had cognitive behavioral management and drug therapy. To ensure the appropriate selection of the subjects and to assess the necessary criteria for the experimental groups and the control group of each of the subjects by the neurologist for diagnosis of chronic stress headache, a diagnostic interview based on the diagnostic criteria of the Committee of the International Association of Headache, which was considered as a form of diagnosis of tension headache and their headache was determined .1-Cognitive avoidance questionnaire Sexton and Dugas. 2- alexithymia questionnaire. The method of doing so was that from all four groups before and after the experiment, pre-test and post-test were taken in the form of two questionnaires cognitive avoidance and alexithymia. Then, three experimental groups were trained in 8 sessions of cognitive-behavioral stress management training based on Anthony whose summary was obtained in the number 1 table. The sessions include anxiety reduction methods such as muscle relaxation, which causes the hardening of the arteries and the lower heartbeat and is in conflict with tension.

Findings

Significance of the difference between cognitive avoidance and alexithymia scores for the four groups was compared using Kruskal-Wallis H test. It was found that the significance of the test in both variables for the four groups is less than 0.05. That is, the hypothesis of equality of groups for the two variables has been rejected. In other words, the difference in scores in the two variables between at least two groups is significant. The groups were examined in pairs using Mann-Whitney test, which was found to be less than 0.05 for group one and group two,

ie there was a significant difference. For group one and group three, the significance of the test is more than 0.05, ie the difference was not significant. For group one and group four, the significance of the test is less than 0.05, ie the difference was significant. For group two and group three, the significance of the test is less than 0.05, ie the difference was significant. For groups two and four, the significance of the test is more than 0.05, ie the difference was not significant, and for groups three and four, the significance of the test is less than 0.05, ie the difference was significant.

Discussion

In the present study, which was performed based on non-parametric tests, the four groups of therapies were compared to investigate the effectiveness of two methods of drug therapy and cognitive-behavioral stress management on reducing cognitive avoidance and alexithymia, which was finally determined. The first group (with cognitive-behavioral stress management) and the third group (with cognitive-behavioral stress management with medication) received the highest scores in reducing cognitive avoidance and alexithymia. The second group (with drug treatment) and the fourth group (without treatment) obtained the lowest scores in reducing these variables. There was a significant difference between the scores of the two groups at the top of the table (first and third groups) and the two groups at the bottom of the table (second and fourth groups). There was no significant difference between the scores of the first and third groups. There was no significant difference between the scores of the second and fourth groups.

Conclusion

There are several points to consider in the results of this study that indicate the

effectiveness of stress management and the ineffectiveness of medication on reducing cognitive avoidance and emotional dysphoria. First, the common denominator of the first and third groups that had the greatest impact on reducing the above variables was the use of stress management. (The first group used only stress management and the third group used a combination of stress management and medication). Second, the second group, who used only medication, received low scores. And its level was the same as the level of the scores of the group that did not use any treatment. Together, these factors indicate the ineffectiveness of medication on unhealthy coping styles with stress, such as cognitive avoidance and alexithymia.

Ethical Considerations

The present study follows the principles of research ethics and its author has received the approval of the Research Ethics Committee of Sari Azad University with the code number: IR.IAU.SARI.REC.1398.127

Funding

The costs of this study were funded by the authors.

Authors' contributions

Design and conceptualization: Seyed Abdollah Amiri Arjmand, Bahram Mirzaeian, Seyed Mohammad Baghbanian
Methodology and data analysis: Seyed Abdollah Amiri Arjmand
Supervision and final writing: Seyed Abdollah Amiri Arjmand, Bahram Mirzaeian, Seyed Mohammad Baghbanian

Conflicts of interest

This article has no conflict of interest..

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی دارو درمانی و مدیریت استرس به شیوه ی شناختی - رفتاری بر اجتناب شناختی و ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به سردردهای تنشی.

سید عبدالله امیری ارجمند^۱، بهرام میرزائیان^{۲*}، سید محمد باغبانیان^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۲. دکتری روان شناسی، دانشیار و هیأت علمی گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۳. متخصص مغز و اعصاب، عضو هیأت علمی، گروه علوم پزشکی، واحد ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

چکیده

مقدمه: هدف از این پژوهش مقایسه دارودرمانی و مدیریت شناختی رفتاری استرس بر کاهش اجتناب شناختی و ناگویی هیجانی (بعنوان دو سبک مقابله ای ناکارآمد در برابر استرس) در بیماران مبتلا به سردردهای تنشی می باشد.

روش: در این مطالعه کارآزمایی بالینی تعداد ۴۰ نفر از افراد مبتلا به سردرد تنشی شهرستان ساری به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی در چهار گروه ۱۰ نفره تقسیم شدند. گروه اول صرفاً درمان با مدیریت شناختی رفتاری استرس دریافت نمودند. گروه دوم صرفاً درمان دارویی شدند، گروه سوم همزمان دو درمان مذکور را دریافت نمودند و گروه چهارم هیچ درمانی دریافت نمودند. آزمودنی ها قبل و بعد از مداخله، پرسشنامه های اجتناب شناختی و ناگویی هیجانی را تکمیل نمودند.

یافته ها: نتایج با نرم افزار spss و آزمونهای ناپارامتریک تحلیل شدند. یافته ها نشان دادند، گروه اول (مدیریت استرس) و گروه سوم (مدیریت استرس و دارودرمانی) طی آزمون کروسکال والیس بیشترین رتبه را در کاهش اجتناب شناختی و ناگویی هیجانی کسب نمودند. گروه دوم (دارودرمانی) و گروه چهارم (بدون درمان) کمترین رتبه را در کاهش متغیرهای مذکور کسب نمودند. طبق آزمون مان ویتنی مشخص شد تفاوت نمرات دو گروه صدر جدول با گروه های پایین جدول معنادار می باشد.

نتیجه گیری: وجود مدیریت استرس در گروههای صدر جدول و وجود تفاوت معنادار بین گروه های صدر جدول و گروه های پایین جدول نشان دهنده تاثیر مثبت مدیریت استرس بر کاهش اجتناب شناختی و ناگویی هیجانی می باشد. این نتیجه برای روانشناسان و مبتلایان به سردردهای تنشی مهم است چراکه از روش مدیریت شناختی رفتاری استرس می توان به اصلاح برخی سبک های مقابله ای ناکارآمد درمقابل استرس پرداخت و از آن طریق به درمان سردردهای تنشی اقدام نمود.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۱۴

تاریخ داوری: ۱۴۰۰/۰۶/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۳۰

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI:

10.30495/jpmm.2021.27939.3389

واژه های کلیدی:

اجتناب شناختی، ناگویی هیجانی، مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری

* نویسنده مسئول: دکتر بهرام میرزائیان

نشانی: دکتری روان شناسی، دانشیار و هیأت علمی گروه روانشناسی دانشگاه آزاد ساری، ایران

تلفن: ۰۹۱۱۱۵۴۱۸۰۸

پست الکترونیکی: bahrammirzaian@gmail.com

مقدمه

استرس از نظر روان شناختی آن چیزی است که لازاروس تعریف می کند: « اضطراب ناشی از رویدادها و مسئولیت هایی که فراتر از توانایی فرد است». استرس با هر شدتی آسیب زننده یا بد نیست؛ بلکه سطح بهینه ای از استرس برای ایجاد حرکت در انسان مفید است. اگر استرس از سطح بهینه فراتر باشد آسیب زننده شده و عملکرد یا سلامتی فرد کاهش پیدا می کند و خطر بیماری یا اختلالات افزایش می یابد. از این رو تمرکز هر برنامه استرس بر کاهش سطوح برانگیختگی جسمی با به کارگیری مهارت های مقابله ای و تکنیک های آرمیدگی است که فرد را از منطقه خطر دور می کند (۱).

یکی از عوارض استرس بروز سردردهای تنشی است. یکی از مشکلات اصلی که بیماران مبتلا به سردردهای تنشی با آن مواجهند عدم توانایی مقابله صحیح با استرس بوده ولذا بجای کاهش، استرس آنها افزایش یافته و شدت و دوام بیماری افزایش می یابد. هنوز برای این نوع از سردردها داروهایی ساخته نشده که بتواند اثرگذاری کامل داشته باشد لذا می بایست به دنبال روش های دیگری بود تا با استرس آنها مقابله نموده و از این طریق میزان سردردهای تنشی را کاهش داد (۲).

هدف از انجام این تحقیق بررسی تاثیر یکی از روش های نوین مدیریت استرس به نام مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش دو راهبرد مقابله ای ناسازگار در برابر استرس به نام های اجتناب شناختی و ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به سردردهای تنشی و مقایسه این روش با دارودرمانی می باشد. تا از این طریق مبتلایان به سردردهای تنشی راهبردهای ناسازگار خود را کاهش داده و بر راهبردهای سازگار خود در مقابل استرس بیفزایند و بدینصورت با کاهش استرس در آنها سردرد آنها کاهش یابد. روش هایی که با هدف کاهش استرس بکار گرفته می شوند، راهبردهای مقابله با استرس می نامند. این راهبردها یا از طریق حل مسئله با استرس مقابله نموده که به آن مقابله مسئله محور می گویند یا از طریق ایجاد آرامش در فرد، نوسانات هیجانی ناشی از استرس را کنترل می نماید که به آن مقابله هیجان محور می گویند. هریک از راهبردهای فوق اگر درست و بموقع استفاده گردد باعث کاهش استرس شده و به آن راهبردهای سازگار گفته می شود و اگر بصورت نادرست استفاده شود باعث افزایش استرس می شود که به آن راهبردهای مقابله ای ناسازگار می گویند. طبق تعاریف فوق چهار راهبرد مقابله با استرس وجود دارد. ۱- راهبردهای مسئله محور سازگار ۲- راهبردهای مسئله محور ناسازگار، ۳- راهبردهای هیجان محور سازگار ۴- راهبردهای هیجان محور ناسازگار (۲).

در مورد راهبردهای مسئله محور سازگار می توان به مواردی مثل فکر کردن در مورد مشکل، جستجوی اطلاعات، استفاده از مهارت حل مسئله، برنامه ریزی و مشاوره با افراد اهل فن اشاره نمود. در مورد راهبردهای مسئله محور ناسازگار می توان به اجتناب شناختی (انکار مسئله)، حذف صورت مسئله، خودکشی، فرار از مسئله، فرار از محیط، اشاره داشت. راهبردهای هیجان محور سازگار مثل داشتن تفریح، ورزش، تغذیه مناسب، خواب راحت، انجام تکنیک های آرام سازی،

مشغول نبودن مدام به کار، ارتباط با اطرافیان و ابراز و تخلیه عاطفی نزد آنها، گوش دادن به نواهای آرام بخش، پرداختن به سرگرمی مورد علاقه مثل باغبانی می باشد. راهبردهای هیجان محور ناسازگار مثل استفاده از مواد مخدر، سیگار و مشروبات الکلی برای آرام شدن، سرکوب هیجانات و یا نشان ندادن آنها که به آن ناگویی هیجانی گفته می شود می باشند (۳).

اجتناب شناختی که درحقیقت انکار و فراموشی مشکلات می باشد، بعنوان راهبرد مسئله محور ناسازگار در مقابل استرس شناخته شده و به تنهایی ۳۵ درصد از نشانگان اختلال اضطراب فراگیر را پیش بینی می کند چراکه نه تنها استرس را کاهش نمی دهد بلکه صرفاً استرس را از خودآگاه به ناخودآگاه منتقل نموده و در قالب اختلالات مختلف خود را نشان می دهد (۳). یافته های پژوهش ابوالقاسمی و همکاران (۴) حاکی از این است که اجتناب شناختی، در بیماران دارای سردرد تنشی و میگرنی در مقایسه با افراد عادی بیشتر است چراکه فرونشانی فکر و اجتناب از محرک تهدیدکننده منجر به محو کامل افکار نگران کننده نمی گردد بلکه زمینه نشخوارهای ذهنی آزارنده را در بیماران فراهم نموده ولذا در قالب سردردهای تنشی و میگرنی بروز می نمایند. در فرایند اجتناب شناختی، فرد محرک استرس را از انکار یا فراموش کرده و به گونه ای رفتار می کند که اتفاقی نیفتاده است و نیازی به پاسخ سازگاران به آن محرک نیست.

اجتناب شناختی نوعی راهبرد شناختی است که بر اساس آن فرد افکار خود را در جریان ارتباط اجتماعی تغییر می دهد (۵). انواع دیگری از راهبردهای شناختی از جمله فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواسپرتی، اجتناب از محرک تهدید کننده و تبدیل تصور به فکر نیز توسط محققین گزارش شده است که در تمامی آنها، توجه از موضوع نگران کننده به سوی موضوعات دیگر منحرف می شود، موضوعاتی که می تواند نسبت به موضوع اولیه، یعنی روابط بین فردی، نگرانی کمتری ایجاد کند. در حقیقت اجتناب مانع از پاسخهای مؤثر افراد به محرکهای هیجانی و بکارگیری راهبردهای مدیریت هیجان می شود ولذا روش کارآمدی نیست (۶) و (۷).

کشدان و رابرت (۸) توصیف می کنند که مبتلایان به اضطراب اجتماعی پس از یک تجربه ناخوشایند در روابط اجتماعی به پردازش ذهنی موقعیت پرداخته و محتویات ذهنی خود را درباره موقعیت با استفاده از انواع راهبرد اجتناب شناختی تغییر می دهند و تلاش می کنند تا از تمهیدات اجتنابی برای رهایی از تفکرات نگران کننده درباره موقعیت اجتماعی خویش بهره جویند. فرونشانی فکر و اجتناب از محرک تهدیدکننده منجر به محو کامل افکار نگران کننده نمی گردد بلکه زمینه نشخوارهای ذهنی آزارنده در بیماران مضطرب اجتماعی ایجاد می کند. بنابراین فرونشانی فکر به عنوان یک راهبرد اجتنابی می تواند نگرانی های ذهنی بیشتری را به عنوان محتوای فرایند پردازش پس رویدادی ایجاد کند. طبق یک گزارش تحقیق، جانشینی فکر و تبدیل تصور به فکر از جمله بهترین پیش بینی کننده های نگرانی مرضی هستند (۵).

پوردون (۹) در پژوهش خود نشان داد که اشکال مختلف اجتناب شناختی در اختلالات اضطرابی دیده می شود. مطالعه فرستون و

هیجانی دچار عقلانی سازی هیجان ها و فداکردن احساسات واقعی خود هستند و به جای تمرکز بر هیجان های فعلی بر موضوعات گذشته یا آینده تمرکز می کنند و در فهم و پذیرش احساسات دیگران مشکل دارند و قادر به ایجاد لذت در رابطه نیستند (۲۵). دریک و وانهیول (۲۶) در بررسی های خود دریافتند که افراد با ناگویی هیجانی نیاز قوی به وابستگی دارند که نتیجه آن شک و تردید و بی اعتمادی به دیگران است. ضمن اینکه این افراد در بیان نیازهایشان به دیگران مشکل دارند و توانایی مقابله با چالش های بین شخصی در موقعیت های اجتماعی را ندارند. ناگویی هیجانی به همراه مشکلات بین فردی نظیر مشکل داشتن در قاطعیت، مردم آمیزی، اطاعت پذیری، صمیمیت، مسئولیت پذیری و مهارگری منجر به ایجاد آشفتگی روانی در افراد می شوند (۲۷). ناگویی هیجانی نه تنها یکی از علائم مشکلات روانی بوده بلکه نوعی راهبرد ناسازگار هیجان محور در مقابل استرس می باشد که باعث ایجاد مشکلات جسمی مثل سردردهای تنشی در فرد می شود. نتایج پژوهش ها نشان می دهد که بین ناگویی هیجانی و افراد مبتلا به سردرد تنشی و گروه سالم تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج یافته های مارینو و همکاران (۲۸) هم آن را تایید می کند.

همانگونه که در پژوهش های فوق اشاره شد، دو متغیر اجتناب شناختی و ناگویی هیجانی از راهبردهای ناسازگار مقابله با استرس بوده و با اختلالات روانی و جسمانی زیادی ارتباط دارند و باعث ایجاد و تشدید مشکلات جسمانی مثل سردردهای تنشی و میگرنی می گردد. تحقیقات نشان داده که افراد مبتلا به سردردهای تنشی بیشتر از راهبردهای مقابله ای ناسازگار برای مقابله با استرس و کاهش سردرد خود استفاده می کنند (۲). لذا بررسی روش های نوین درمانی برای کاهش یا حذف این دو فاکتور در مبتلایان به سردردهای تنشی و میگرنی می تواند بسیار مهم باشد. وجه مشترک دو روش مذکور این است که هر دوی آنها نه تنها استرس را کاهش نمی دهند که حتی باعث تداوم و افزایش استرس می شوند.

طبق تعریف انجمن بین المللی سردرد (ویرایش سوم) در سال ۲۰۱۴ سردرد تنشی سردردی است فشارنده و غیرضرباندار که مدت زمان آن از ۳۰ دقیقه تا ۷ روز در نوسان بوده و برخلاف سردرد میگرن باعث ایجاد تهوع، حساسیت به نور و صدا نمی گردد. این نوع سردرد را خطرناک نبوده اما مکرراً رخ می دهد و بیشتر بالغین این نوع سردرد را تجربه کرده اند. علت آن انقباض عضلات کاسه سر، گردن، شانه و صورت بوده که مهم ترین دلیل آن هیجانات عصبی، استرس و فشارهای عاطفی است (۲۹). به دلیل نقش استرس در راه اندازی و تشدید سردردها از اواخر دهه ۱۹۷۰ درمان های روانشناختی در زمینه سردرد مورد توجه قرار گرفته است (۳۰). پژوهش مارینو و همکاران (۲۸) نشان داده که استرس در مقابل حوادث زندگی از پیش بینی کننده های مهم حملات سردرد، شدت و تعداد حملات محسوب می گردد. باعنایت به اینکه استرس عامل اصلی ایجاد سردردهای تنشی است، راهبردهای مقابله با آن می تواند از اهمیت بسزایی برخوردار باشد. باتوجه به اینکه استرس بالا عامل اصلی سردردهای تنشی است لذا این تحقیق در بین افراد مبتلا به سردردهای تنشی صورت گرفته

همکاران (۱۰) نشان داد که افراد مبتلا به اختلال وسواس اجتناب شناختی را به صورت اعمالی مانند حواسپرتی، سرکوب افکار مزاحم و جایگزینی افکار مزاحم با افکار خنثی نشان می دهند (۱۱). اجتناب شناختی اجتناب از برانگیختگی شناختی و تصاویر تهدیدآمیز همراه با نگرانی را تسهیل می کند. (۱۲). در تحقیق دیگر مشخص شد اجتناب شناختی با اختلال وسواس و اختلال اضطراب تعمیم یافته ارتباط دارد (۱۳) و (۱۴). نتایج مطالعات نشان داده است که اجتناب شناختی در اختلالات روانی و اختلالات اضطرابی خصوصاً اختلال اضطرابی فراگیر و افسردگی (۱۵) اضطراب اجتماعی (۱۶) نقش دارد. طبق تحقیقات داگاس و همکاران (۱۷) اجتناب شناختی یکی از مؤلفه های شناختی برای تبیین اختلال اضطراب فراگیر بوده که به تنوع راهبردهایی جهت اجتناب از محتوای تهدیدآمیز شناختی و هیجانی اشاره دارد.

متغیر دیگر مورد مطالعه ناگویی هیجانی یا آلکسی تایمیا است که یکی از راهبردهای مقابله ای هیجان محور ناسازگار در برابر استرس به شمار رفته و در حقیقت بعنوان ناتوانی در ابراز هیجان تعریف می گردد. ترجمه های فارسی واژه آلکسی تایمیا در کتب روانشناسی عبارتند از ناگویی هیجانی، ناگویی خلقی، ناگویی عاطفی، نارسایی هیجانی، کوری روانی، کوری عاطفی، کوری احساسی و کوری هیجانی بوده که همگی نشان از فقدان توانایی در دیدن و شنیدن هیجانات خود و دیگران و همچنین ناتوانی در انعکاس هیجانات خود نزد دیگران حکایت دارد. افراد دارای این مشکل، در تشخیص و درک احساسات دیگران هم ناتوان بوده که نمودهای آن در نهایت به عنوان واکنش های غیرهمدلانه یا واکنش های احساسی غیر تاثیرگذار تعبیر می شوند (۱۸).

ناگویی هیجانی در حدود ۱۰٪ از جمعیت عمومی شایع است که اغلب با مشکلات دیگری در حوزه سلامت روان مانند تاخیر در رشد یا اختلال طیف اوتیسم همراه است. البته علائم ناگویی هیجانی به اندازه اوتیسم آشکار نیست، لذا در کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۱۹) بعنوان اختلال به شمار نیامده و عنوان شده این وضعیت می تواند به مشکلاتی در همدلی کردن منجر شود. ویژگی های اصلی این افراد اختلال در آگاهی هیجانی، مشکل در روابط اجتماعی و برقراری ارتباط با دیگران است.

براساس نظریه ناگویی هیجانی، مردان عموماً نقص در ابراز هیجانات خود بطور آگاهانه دارند، آنها از ابراز احساسات منفی مثل ناراحتی، ترس یا احساسات مثبت مربوط به دلبستگی مانند عشق و مراقبت ناتوان هستند (۲۰). تحقیقات نشان می دهد ابراز هیجان و احساسات که نقش مهمی در رشد صمیمیت دارد، عامل مهمی در تمایز زوج های راضی و ناراضی است زیرا فاصله بین زوج ها را بیشتر نموده و یکی از عوامل طلاق محسوب می گردد (۲۱) و (۲۲). درواقع ویژگی اساسی که برای برقراری یک رابطه صمیمی نیاز است در افراد با ناگویی هیجانی پایین است (۲۳). تحقیقات اخیر نشان می دهند که ناگویی هیجانی اثرات منفی بر بهزیستی روان شناختی و هیجانی می گذارد و عاملی خطرناک در ابتلای افراد به پریشانی هیجانی، مشکلات روان شناختی و تشخیص عدم سلامت ذهنی است. (۲۴). افراد با ناگویی

تا بررسی شود که آیا می توان با روش های نوین درمانی استرس آنها را کاهش داد یا خیر.

جدیدترین شیوه مقابله با استرس مدیریت آن به شیوه شناختی- رفتاری است (۲). این سبک از مدیریت به خانواده ای از درمان های مدیریت استرس گفته می شود که بر رویکرد شناختی- رفتاری متمرکز بوده و مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی درباره استرس، آموزش تن آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسأله، آموزش مهارت های ابراز وجود، مدیریت خشم و مدیریت زمان است در راستای ایجاد توانایی در افراد برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت های استرس آور طراحی شده است. (۳۱)

روش

طرح پژوهش: این پژوهش یک مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی می باشد و باتوجه به اینکه در این پژوهش اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری مورد بررسی قرار گرفته و با دارو درمانی مقایسه شده است، لذا از نوع کاربردی بوده و با تایید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری صورت گرفته است. روش مورد استفاده در این تحقیق از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون به همراه گروه کنترل می باشد.

آزمودنیها: جامعه آماری این تحقیق بیماران دارای سردرد تنشی مراجعه کننده به کلینیک مغز و اعصاب شهرستان ساری و بیمارستان طبوبی این شهرستان می باشند. نمونه شامل ۴۰ نفر بیمار مبتلا به سردرد تنشی می باشد.

انتخاب نمونه به شیوه نمونه گیری در دسترس بوده و نمونه ها در ۴ گروه ۱۰ نفره قرار داده شدند. سه گروه بعنوان گروه آزمایش بودند بدینصورت که گروه اول صرفاً روش مدیریت شناختی رفتاری استرس را دریافت و گروه دوم صرفاً درمان دارویی دریافت و گروه سوم هر دو درمان مذکور را دریافت نموده و گروه چهارم یا گروه گواه هیچ درمانی دریافت نمودند. در طول کار تعدادی از آزمودنی ها انصراف دادند که نهایتاً تعداد ۸ نفر در گروه اول، ۷ نفر در گروه دوم، ۸ نفر در گروه سوم و ۷ نفر در گروه چهارم باقی ماندند. از آنجاکه همه نمونه ها می بایست دارای سردرد تنشی می بودند، تشخیص آن توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب شهرستان ساری از بین بیماران ایشان صورت گرفت بدینصورت که ایشان از بین بیماران خود هر بیماری که دارای سردرد تنشی بودند به بنده ارجاع می دادند.

ملاک ورود شامل سابقه حداقل سه ماه شکایت از سردرد، داشتن مشخصات کامل سردردهای تنشی طبق ملاک های انجمن بین المللی سردرد، رضایت به شرکت در تمام جلسات آموزشی، دارای مدرک حداقل سواد خواندن و نوشتن، دارای حداقل ۱۷ سال سن، داشتن وقت کافی برای حضور در جلسات و ملاک خروج شامل غیبت بیش از ۳ جلسه، وجود عارضه یا بیماری بدخیم شناخته شده، وجود

اختلالات شناختی ناشی از روانپریشی مثل اسکیزوفرنی، افسردگی عمیق، اعتیاد به الکل، مواد مخدر یا مواد روانگردان دیگر بوده است.

ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل این موارد بوده است. به منظور انجام پژوهش مجوز لازم از دانشگاه و معاونت پژوهش اخذ شد. از افراد مورد پژوهش فرم رضایت نامه آگاهانه به صورت کتبی گرفته شد. اطلاعات مربوط به نحوه ی اجرای طرح به افراد مورد پژوهش توضیح داده شد. اعلام شد شرکت در این پژوهش اختیاری بوده و هر نوع آسیب یا خسارت ناشی از شرکت در پژوهش طبق قوانین مصوب جبران خسارت خواهد شد. بر محرمانه بودن اطلاعات تاکید شد. بیماران از درمان های رایج سردرد محروم نشده و در پایان پژوهش، هر آزمودنی می تواند از نتایج مطالعه آگاه شود.

ابزار:

روش تحقیق از نوع میدانی و ابزار آن عبارتند از:

۱- پرسشنامه اجتناب شناختی سکستون و دادگاس: این پرسشنامه توسط سکستون و داگاس برای سنجش اجتناب شناختی تهیه شده و در قالب ۲۵ آیتم می باشد. آیتم ها در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای در طیف پنج درجه ای از کاملاً غلط تا کاملاً درست نمره گذاری می شود. دامنه نمرات مقیاس بین ۲۵ تا ۱۲۵ خواهد بود. نمره پایین نشان دهنده اجتناب شناختی پایین و نمره بالاتر به معنای اجتناب شناختی بالا است. ضریب پایایی این مقیاس بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (۳۲). همچنین در ایران ضریب پایایی مقیاس ۰/۸۶ به دست آمده است (۳۳).

۲- پرسشنامه ناگویی هیجانی ترتو: این پرسشنامه توسط باگی و همکاران (۳۴) ساخته شده و یک پرسش نامه خودسنجی ۲۰ سوالی است. سوال ها در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۵) نمره گذاری می شود که حداقل نمره ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ می باشد. نمره ۶۰ به بالا به عنوان ناگویی هیجانی با شدت زیاد و نمره های ۵۲ به پایین به عنوان ناگویی هیجانی با شدت پایین در نظر گرفته می شوند. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شده است (۱۸).

روش انجام کار بدین صورت بوده که از هر چهار گروه، قبل از آزمایش، پیش آزمون در قالب ۲ پرسشنامه اجتناب شناختی و ناگویی هیجانی گرفته شد. سپس گروه های اول که مقرر گردید صرفاً روش مدیریت شناختی رفتاری استرس دریافت و گروه سوم که مقرر گردید دو روش مدیریت شناختی رفتاری استرس و دارو درمانی دریافت کنند، طی ۸ جلسه دوساعته (هفته ای دو جلسه) آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری براساس کتاب کار آنتونی (۲) که خلاصه آن در جدول شماره ۱ آمده، مورد آموزش قرار گرفتند. گروه سوم که مقرر گردید صرفاً دارودرمانی دریافت نمایند در این جلسات

شکم و پیشانی همراه با تصویرسازی و مراقبه ماترا بوده که در مجموع بیست دقیقه از وقت آغازین هر جلسه، به آن اختصاص یافت. آموزش بازسازی شناختی شامل: آموزش خطاهای شناختی، افکار خودکار و باورهای منفی و شیوه به چالش کشیدن آنها، آموزش مهارتهای مقابله شناختی- رفتاری مثل: مهارتهای حل مسأله، رفتار جرأت مندانه، راهکارهای افزایش اعتماد به نفس، آموزش مدیریت خشم و نیز راهبردهای کنترل توجه و انحراف توجه از سردرد، تفسیر دوباره معنی سردرد، چالش های فکری برای فاجعه زدایی از افکار مربوط به سردرد را که همگی به کاهش سطح استرس کمک می کند، شامل شده و چهل دقیقه از وقت هر جلسه را به خود اختصاص داد. بخش پایانی جلسات نیز به بررسی تکلیف و صحبت در زمینه مشکلات بیماران در زمینه انجام تکلیف، اختصاص یافت.

حضور نیافتند و گروه چهارم یا گروه گواه هیچ یک از روش های فوق را دریافت نمودند. پس از دو ماه کار جلسات کلاسی به اتمام رسید مجدداً از تمام گروه ها پس از پرسشنامه های مذکور گرفته شده و نمرات از طریق نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفته و بعلا تعداد کم آزمودنی ها از آزمون های ناپارامتریک کروسکال والیس و مان ویتنی برای مقایسه تاثیرگذاری روش های درمانی فوق در ۴ گروه استفاده شد.

جلسات شامل روش های کاهش اضطراب مثل آرمیدگی عضلانی بوده که سبب گشاد شدن رگها و پایین آمدن ضربان قلب می شود و در حالت تضاد با تنش قرار دارد. آموزش تن آرامی، به صورت پیشرونده و شامل: تنفس شکمی، آموزش تن آرامی با ۱۶ ماهیچه، مرحله بعد ۸ ماهیچه، مرحله سوم ۴ ماهیچه، تن آرامی منفعلانه، آموزش خودزاد برای گرما، آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس،

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمانی

جلسه	محتوای جلسه
اول	معرفی درمانگر گروه و آشنا شدن اعضا با یکدیگر، اطلاعات کلی برنامه، توضیح در مورد ساختار برنامه، استرس زاها و پاسخ های استرس، آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه ای، جمع بندی و تکالیف خانگی و پذیرایی
دوم	تاثیرات استرس، استرس و آگاهی، تمرین افزایش آگاهی از نشانه های جسمی استرس، آرمیدگی عضلانی برای ۸ گروه ماهیچه ای، بررسی تکالیف خانگی، جمع بندی و تکالیف خانگی و پذیرایی
سوم	آرمیدگی همراه با تصویرسازی و تنفس دیافراگمی، بررسی تکالیف خانگی، مرور نشانه ها و تاثیرات استرس، ارتباط بین افکار و احساسات، تمرین قدرت فکر، جمع بندی و تکالیف خانگی و پذیرایی
چهارم	آرمیدگی همراه با تصویرسازی و تنفس دیافراگمی، بررسی تکالیف خانگی، تفکر منفی و تحریفات شناختی، افکار منفی و رفتارها، تمرین شناسایی افکار منفی، تفاوت بین خودگویی منطقی و غیرمنطقی، گام های جایگزینی افکار منطقی، تمرین جایگزینی افکار منطقی، جمع بندی و تکالیف خانگی و پذیرایی
پنجم	آرمیدگی همراه با تصویرسازی و تنفس دیافراگمی، بررسی تکالیف خانگی، تعریف مقابله، انواع مقابله کارآمد، انواع مقابله ناکارآمد، گام های مقابله موثر، تمرین مقابله کارآمد، جمع بندی و تکالیف خانگی و پذیرایی
ششم	آرمیدگی همراه با تصویرسازی و تنفس دیافراگمی، بررسی تکالیف خانگی، بحث در مداخله پاسخ های خشم، خود ارزیابی خشم، خشم و آگاهی، مدیریت خشم، جمع بندی و تکالیف خانگی و پذیرایی
هفتم	آرمیدگی همراه با تصویرسازی و تنفس دیافراگمی، بررسی تکالیف خانگی، آموزش ابرازگری، سبک های بین فردی، موانع رفتار ابرازگرانه، مؤلفه های ارتباط ابرازگرانه، استفاده از حل مسئله برای تعارض ها، گام هایی برای رفتار ابرازگرانه تر، جمع بندی و تکالیف خانگی و پذیرایی
هشتم	آرمیدگی همراه با تصویرسازی و تنفس دیافراگمی، بررسی تکالیف خانگی، حمایت اجتماعی، درک حمایت اجتماعی، فواید حمایت اجتماعی، موانع حفظ حمایت اجتماعی، تکنیک های مدیریت استرس برای حفظ حمایت اجتماعی، جمع بندی و تکالیف خانگی و پذیرایی

یافته ها

مداخله $11/95 \pm 70/88$ ، گروه دو قبل از مداخله $9/21 \pm 76/71$ و بعد از مداخله $8/59 \pm 78/14$ ، گروه سوم قبل از مداخله $16/98 \pm 86/00$ و بعد از مداخله $13/09 \pm 76/75$ و گروه چهارم قبل از مداخله $6/55 \pm 84/71$ بوده و بعد از مداخله $7/26 \pm 85/14$ شده است.

میانگین و انحراف استاندارد اجتناب شناختی آزمودنی ها قبل و بعد از مداخله طبق جدول شماره ۲ به تفکیک هر گروه محاسبه شده که به ترتیب برای گروه یک قبل از مداخله $11/19 \pm 79/25$ و بعد از

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات اجتناب شناختی در مراحل قبل و بعد از مداخله

تفکیک گروه ها بر اساس نوع مداخله	میانگین	انحراف استاندارد	قبل از مداخله	میانگین	انحراف استاندارد	بعد از مداخله
گروه یک (درمان با مدیریت شناختی رفتاری استرس)	79/25	11/19	11/95	70/88	9/21	76/71
گروه دو (درمان با دارو)	76/71	9/21	16/98	78/14	8/59	86/00
گروه سه (درمان با دارو و مدیریت شناختی رفتاری استرس)	86/00	16/98	13/09	76/75	7/26	85/14
گروه چهار (بدون درمان)	84/71	6/55	6/55	84/71	7/26	85/14

میانگین و انحراف استاندارد ناگویی هیجانی آزمودنی ها قبل و بعد از مداخله طبق جدول شماره ۳ به تفکیک هر گروه محاسبه شده که به ترتیب میانگین و انحراف استاندارد گروه یک قبل از مداخله $۸/۳۴ \pm ۵۸/۸۶$ و بعد از مداخله $۵۹/۰۰ \pm ۵۸/۰۰$ ، گروه سوم قبل از مداخله $۱۰/۳۵ \pm ۵۷/۶۳$ و بعد از مداخله $۵۲/۶۳ \pm ۹/۳۹$ و گروه چهارم قبل از مداخله $۱۳/۵۵ \pm ۶۰/۰۰$ و بعد از مداخله $۱۳/۷۵ \pm ۵۹/۷۱$ بوده است.

میانگین و انحراف استاندارد ناگویی هیجانی آزمودنی ها قبل و بعد از مداخله طبق جدول شماره ۳ به تفکیک هر گروه محاسبه شده که به ترتیب میانگین و انحراف استاندارد گروه یک قبل از مداخله $۸/۳۴ \pm ۵۸/۸۶$ و بعد از مداخله $۵۹/۰۰ \pm ۵۸/۰۰$ ، گروه دو قبل از مداخله $۱۰/۳۵ \pm ۵۷/۶۳$ و بعد از مداخله $۵۲/۶۳ \pm ۹/۳۹$ و گروه چهارم (بدون درمان) قبل از مداخله $۱۳/۵۵ \pm ۶۰/۰۰$ و بعد از مداخله $۱۳/۷۵ \pm ۵۹/۷۱$ بوده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات ناگویی هیجانی در مراحل قبل و بعد از مداخله

تفکیک گروه ها بر اساس نوع مداخله	میانگین	انحراف استاندارد	قبل از مداخله	میانگین	انحراف استاندارد	بعد از مداخله
گروه یک (درمان با مدیریت شناختی رفتاری استرس)	۶۵/۸۸	۸/۳۴	۵۸/۸۶	۵۹/۰۰	۵۸/۰۰	۱۰/۹۰
گروه دو (درمان با دارو)	۵۸/۸۶	۲/۶۴	۵۸/۸۶	۵۸/۰۰	۵۸/۰۰	۶/۵۰
گروه سه (درمان با دارو و مدیریت شناختی رفتاری استرس)	۵۷/۶۳	۱۰/۳۵	۵۷/۶۳	۵۲/۶۳	۵۲/۶۳	۹/۳۹
گروه چهار (بدون درمان)	۶۰/۰۰	۱۳/۵۵	۶۰/۰۰	۵۹/۷۱	۵۹/۷۱	۱۳/۷۵

آزمون ناپارامتریک معادل آزمون تی مستقل می باشد تا گروه ها دو به دو مورد مقایسه قرار گیرند و معناداری تفاوت هر گروه با گروه دیگر مشخص گردد.

همانگونه که در جدول شماره ۴ آمده، آزمون کروسکال والیس با رتبه های نمرات سر و کار دارد بطوریکه ابتدا میانگین رتبه های هر گروه را مشخص نموده و سپس آنها را باهم مقایسه می کند، در این جدول میانگین رتبه های نمرات حاصل از تفاضل گروه ها در متغیر اجتناب شناختی هر گروه آمده است که مشخص شده گروه یک و گروه سه بیشترین میانگین را کسب نموده سپس به ترتیب گروه های چهار و دو در رتبه های بعدی قرار گرفتند.

برای بررسی مقایسه ای میزان تاثیرگذاری هر یک از روش های درمانی بر میزان اجتناب شناختی قاعداً می بایست از تحلیل کوواریانس یکطرفه استفاده گردد که باتوجه به تعداد اندک نمونه ها که کمتر از ۱۵ نفر در هر گروه بوده اند باید از آزمون ناپارامتریک معادل آن استفاده شود. باتوجه به اینکه آزمون ناپارامتریک معادل تحلیل کوواریانس وجود ندارد، لذا ابتدا نمرات اجتناب شناختی هر گروه در قبل و بعد از درمان از هم کسر شده و حاصل تفاضل آنها از طریق آزمون ناپارامتریک کروسکال والیس که معادل تحلیل واریانس یکطرفه می باشد باهم مورد مقایسه قرار می گیرند. سپس در صورت رد فرضیه برابری گروه ها، از آزمون مان ویتنی استفاده می گردد که

جدول ۴. میانگین رتبه های نمرات حاصل از تفاضل گروه ها در متغیر اجتناب شناختی

تفکیک گروه ها بر اساس نوع مداخله	تعداد	میانگین رتبه ها
گروه یک (درمان با مدیریت شناختی رفتاری استرس)	۸	۲۲/۴۴
گروه دو (درمان با دارو)	۷	۶/۹۳
گروه سه (درمان با دارو و مدیریت شناختی رفتاری استرس)	۸	۲۲/۴۴
گروه چهار (بدون درمان)	۷	۸/۲۱

کمتر از $۰/۰۵$ می باشد یعنی فرضیه برابری گروه ها رد شده است بعبارت دیگر، تفاوت نمرات اجتناب شناختی بین حداقل دو گروه معنادار است.

طبق جدول شماره ۵ معناداری تفاوت نمرات اجتناب شناختی برای چهار گروه با استفاده از آزمون کروسکال والیس مورد مقایسه قرار گرفته که مشخص شد، معناداری آزمون در متغیر اجتناب شناختی

جدول ۵. آزمون کروسکال والیس (مقایسه چهار گروه در متغیر اجتناب شناختی)

تفاضل نمرات اجتناب شناختی	درجه آزادی	معناداری
	۳	۰/۰۰

در این مرحله باید مشخص نمود کدام گروه ها با هم تفاوت معنادار دارند. طبق جدول شماره ۶ گروه ها دویه دو از طریق آزمون مان ویتنی باهم مورد بررسی قرار گرفتند که مشخص شد، برای گروه یک و گروه دو معناداری آزمون کمتر از $۰/۰۵$ می باشد، یعنی تفاوت معنادار بوده است. گروه یک و گروه سه نمراتشان باهم برابر بوده اند

در این مرحله باید مشخص نمود کدام گروه ها با هم تفاوت معنادار دارند. طبق جدول شماره ۶ گروه ها دویه دو از طریق آزمون مان ویتنی باهم مورد بررسی قرار گرفتند که مشخص شد، برای گروه یک و گروه دو معناداری آزمون کمتر از $۰/۰۵$ می باشد، یعنی تفاوت معنادار بوده است. گروه یک و گروه سه نمراتشان باهم برابر بوده اند

گروه سه و چهار معناداری آزمون کمتر از ۰/۰۵ می باشد یعنی تفاوت معنادار بوده است.

جدول ۶. آزمون مان ویتنی از تفاضل نمرات اجتناب شناختی (مقایسه دو به دو)

معناداری	گروه ها
۰/۰۰	گروه یک (درمان با مدیریت شناختی رفتاری استرس) و گروه دو (درمان با دارو)
۰/۹۶	گروه یک (درمان با مدیریت شناختی رفتاری استرس) و گروه سه (درمان با دارو و مدیریت شناختی رفتاری استرس)
۰/۰۰	گروه یک (درمان با مدیریت شناختی رفتاری استرس) و گروه چهار (بدون درمان)
۰/۰۰	گروه دو (درمان با دارو) و گروه سه (درمان با دارو و مدیریت شناختی رفتاری استرس)
۰/۶۲	گروه دو (درمان با دارو) و گروه چهار (بدون درمان)
۰/۰۰	گروه سه (درمان با دارو و مدیریت شناختی رفتاری استرس) و گروه چهار (بدون درمان)

طبق جدول شماره ۷ میانگین رتبه های نمرات حاصل از تفاضل گروه ها در متغیر ناگویی هیجانی را نشان داده که در آن به ترتیب گروه یک، گروه سه، گروه دو و گروه چهار بیشترین میانگین را کسب نمودند. حال باید بررسی نمود که بین نمرات مذکور تفاوت معناداری وجود دارد یا خیر.

جدول ۷. میانگین رتبه های نمرات حاصل از تفاضل گروه ها در متغیر ناگویی هیجانی

میانگین رتبه ها	تعداد	تفکیک گروه ها بر اساس نوع مداخله
۲۲/۳۱	۸	گروه یک (درمان با مدیریت شناختی رفتاری استرس)
۱۱/۱۴	۷	گروه دو (درمان با دارو)
۱۸/۴۴	۸	گروه سه (درمان با دارو و مدیریت شناختی رفتاری استرس)
۸/۷۱	۷	گروه چهار (بدون درمان)

طبق جدول شماره ۸ معناداری تفاوت نمرات ناگویی هیجانی در چهار گروه با استفاده از آزمون کروسکال والیس مورد مقایسه قرار گرفته که مشخص شد، معناداری آزمون کمتر از ۰/۰۵ می باشد یعنی فرضیه برابر برای گروه ها رد شده است عبارت دیگر، تفاوت نمرات بین حداقل دو گروه معنادار است. حال باید مشخص نمود کدام گروه با هم تفاوت معنادار دارند.

جدول ۸. آزمون کروسکال والیس (مقایسه چهار گروه در متغیر ناگویی هیجانی)

معناداری	درجه آزادی	تفاضل نمرات ناگویی هیجانی
۰/۰۰	۳	

معنادار بوده است. برای گروه دو و گروه سه معناداری آزمون کمتر از ۰/۰۵ می باشد یعنی تفاوت معنادار بوده است. برای گروه دو و چهار معناداری آزمون بیشتر از ۰/۰۵ می باشد یعنی تفاوت معنادار نبوده است و برای گروه سه و چهار معناداری آزمون کمتر از ۰/۰۵ می باشد یعنی تفاوت معنادار بوده است.

طبق جدول شماره ۹ گروه ها دویه دو از طریق آزمون مان ویتنی باهم مورد مقایسه قرار گرفتند که مشخص شد، برای گروه یک و گروه دو معناداری آزمون کمتر از ۰/۰۵ می باشد، یعنی تفاوت معنادار بوده است. برای گروه یک و گروه سه معناداری آزمون بیشتر از ۰/۰۵ می باشد یعنی تفاوت معنادار نبوده است. برای گروه یک و گروه چهار معناداری آزمون کمتر از ۰/۰۵ می باشد یعنی تفاوت

جدول ۹. آزمون مان ویتنی از تفاضل نمرات اجتناب شناختی (ناگویی هیجانی)

معناداری	گروه ها
۰/۰۰	گروه یک (درمان با مدیریت شناختی رفتاری استرس) و گروه دو (درمان با دارو)
۰/۳۳	گروه یک (درمان با مدیریت شناختی رفتاری استرس) و گروه سه (درمان با دارو و مدیریت شناختی رفتاری استرس)
۰/۰۰	گروه یک (درمان با مدیریت شناختی رفتاری استرس) و گروه چهار (بدون درمان)
۰/۰۰	گروه دو (درمان با دارو) و گروه سه (درمان با دارو و مدیریت شناختی رفتاری استرس)
۰/۸	گروه دو (درمان با دارو) و گروه چهار (بدون درمان)
۰/۰۰	گروه سه (درمان با دارو و مدیریت شناختی رفتاری استرس) و گروه چهار (بدون درمان)

بحث و نتیجه گیری

پژوهش های زیادی مؤید نتایج تحقیق حاضر در خصوص اثربخشی درمان های شناختی رفتاری بر کاهش اجتناب شناختی نتایج این مطالعه است. از جمله پژوهش بهشتی (۲۵) نشان داده که اثربخشی مداخله شناختی رفتاری در مقایسه با درمان دارویی بیشتر و توجیه پذیرتر است که نشان از تاثیر پایین دارودرمانی بر اجتناب شناختی بوده و مؤید نتایج تحقیق حاضر است. نتایج تحقیق حاجی اقراری (۳۶) نشان می دهد که درمان CBT بر کاهش اجتناب شناختی موثر می باشد. پژوهش احمدی (۳۷) نشان داده درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی راهبرد مؤثری برای کاهش اجتناب شناختی می باشد. پژوهش میرزاحسینی (۳۸) نشان داده که درمان به شیوه پذیرش و تعهد با آگاه کردن افراد از هیجانانگ منفی و کمک به آن ها در پذیرش این هیجانانگ، موجب کاهش اجتناب شناختی افراد شد. نتایج تحقیق پاک نژاد (۳۹) حاکی از تاثیر درمان رفتاری بر اجتناب شناختی می باشد. نتایج تحقیق شرافتی (۴۰) تاثیر درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر کاهش اجتناب شناختی را تایید می کند. این یافته ها با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

چند پژوهش دیگر نتایج مطالعه حاضر در خصوص اثر بخشی درمان های شناختی رفتاری بر ناگویی هیجانی را تایید می کند. نتایج تحقیق باصری (۴۱) نشان دهنده اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی است. تحقیق ایزدی (۴۲) نشان می دهد طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش ناگویی هیجانی موثر می باشد. نتایج تحقیق بایگان (۴۳) حاکی از اثر بخشی مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر کاهش علائم ناگویی هیجانی می باشد. پیرانی (۴۴) در تحقیق خود نشان داده که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناگویی هیجانی موثر می باشد. نوری زاده (۴۵) در تحقیق خود اثربخشی مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش ناگویی هیجانی را نشان داده است.

در پژوهش حاضر که براساس آزمون های ناپارامتریک انجام شد چهار گروه درمانی حاضر مورد مقایسه قرار گرفتند تا تاثیر گذاری دو روش دارو درمانی و مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش میزان اجتناب شناختی و ناگویی هیجانی مورد بررسی قرار گیرد که نهایتاً مشخص گردید گروه اول (با مدیریت شناختی رفتاری استرس) و گروه سوم (با مدیریت شناختی رفتاری استرس به همراه دارو درمانی) بیشترین نمره را در کاهش اجتناب شناختی و ناگویی هیجانی کسب نمودند. گروه دوم (با درمان دارویی) و گروه چهارم (بدون درمان) کمترین نمره را در کاهش متغیرهای مذکور کسب نمودند. تفاوت بین نمرات دو گروه بالای جدول (گروه اول و سوم) و دو گروه پایین جدول (گروه دوم و چهارم) معنادار بوده است. بین نمرات گروه اول و سوم تفاوت معناداری مشاهده نشده است. بین گروه دوم و چهارم نیز تفاوت معناداری مشاهده نشده است. چند نکته در نتایج این پژوهش قابل تامل است که نشان از تاثیر گذاری مدیریت استرس و عدم تاثیر گذاری دارو بر کاهش اجتناب شناختی و ناگویی هیجانی می باشد. اول اینکه وجه مشترک درمانی دو گروه اول و سوم که بیشترین تاثیر را در کاهش متغیرهای فوق داشتند استفاده از مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بوده است. (گروه اول صرفاً از مدیریت استرس استفاده نموده و گروه سوم از درمان ترکیبی مدیریت استرس و دارو استفاده نمود). دوم اینکه گروه دوم که صرفاً از دارودرمانی استفاده نموده نمرات پایینی کسب نموده و سطح آن با سطح نمره گروهی که از هیچ درمانی استفاده نموده یکسان بوده است. لذا دلیل نمره بالا در گروه سوم که از درمانی ترکیبی استفاده نموده نمی تواند وجود دارودرمانی باشد. این عوامل جمعاً عدم تاثیر گذاری دارودرمانی بر سبک های مقابله ای ناسالم در برابر استرس از قبیل اجتناب شناختی و ناگویی هیجانی را نشان می دهد.

شیوه شناختی رفتاری کاهش یافته است. این نتیجه می تواند برای مبتلایان به سردردهای تنشی و روانشناسان بالینی و مشاورین کلینیک های روانشناسی مهم و قابل بررسی باشد که برای تغییر و اصلاح سبک های مقابله ای در مقابل استرس و کاهش سردردهای ناشی از آن استفاده از شیوه مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری می تواند جایگزین مناسبی برای درمان های موجود باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

مطالعه حاضر از اصول اخلاق پژوهش تبعیت نموده و نویسنده آن تاییدیه کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد ساری به شماره کد IR.IAU.SARI.REC.1398.127 را دریافت نموده است.

حامی مالی

هزینه های مطالعه حاضر توسط نویسندگان مقاله تامین شد.

مشارکت نویسندگان

طراحی و ایده پردازی: سیدعبدالله امیری، بهرام میرزائیان، سیدمحمد باغبانیان
روش شناسی و تحلیل داده ها: سیدعبدالله امیری
نظارت و نگارش نهایی: سیدعبدالله امیری، بهرام میرزائیان، سیدمحمد باغبانیان

تعارض منافع

مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

چندین تبیین برای کارآمدی و اثربخشی درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش اجتناب شناختی و ناگویی هیجانی بعنوان دو راهبردی ناسازگار در برابر استرس وجود دارد. از جمله اینکه در این روش درمانی آزمودنی ها از تاثیر خاصی که استرس بر سلامت جسمی و روانی فرد بویژه حملات سردرد دارد آگاه می شوند، دوم اینکه باورهای غیرمنطقی خود را شناسایی نموده و بتدریج آن را با باورهای منطقی جایگزین می نمایند، سوم اینکه با کلیه راهبردهای مقابله با استرس اعم از راهبردهای سازگار و ناسازگار آشنا شده و از آن طریق راهبردهای مقابله ای خود را شناسایی نموده و در صورت داشتن راهبردهای ناسازگار اعم از مسئله محور یا هیجان محور، آن را با راهبردهای سازگار جایگزین می کنند. این ویژگی های مدیریت استرس باعث می گردد که آزمودنی ها راهبردهای مقابله با استرس ناسازگار مثل اجتناب شناختی و ناگویی هیجانی را بتدریج کنار گذاشته و از راهبردهای مقابله با استرس سازگار استفاده نمایند. این مسئله می تواند باعث احساس کنترل بیشتر بر سردردهای افراد مبتلا به سردردهای تنشی و بهبود سازگاری شود (۴۶) و (۴۷). برسلاو (۴۸) و آنسو (۴۹) در پژوهش های خود مشاهده نمودند بیماران مبتلا به سردرد تنشی به مرور زمان که احساس کنترل آنها بر سردرد کمتر می شد نشانه های افسردگی و افزایش شدت در سردرد را نشان داده اند لذا احساس کنترل می تواند بر مدیریت استرس تاثیرگذار باشد. تبیین دیگر، استفاده از ابزار آرامبخشی عضلانی و یا اصطلاحاً ریلکسیشن و مراقبه و خود تلقینی در مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری است که باعث افت قابل توجه استرس ناشی از اضطراب و ترس و فشار روانی می گردد. در پژوهش حاضر مشخص گردید که دو سبک مقابله ای ناسازگار در مقابل استرس به نام های اجتناب شناختی و ناگویی هیجانی در افرادی که از سردردهای تنشی ناشی از استرس رنج می برند، با روش درمانی مدیریت استرس به

- 4- Abolghasemi A, Jafari I, Ahmadi, M. Comparison of perfectionism, aggression and coping styles of patients with tension headache, migraine and normal people. Journal of Kerman University of Medical Sciences, Volume 21, Number 2; Page 162 to Page 173.
- 5- Basak Nejad S, Moeini N, Mehrabizadeh M. The relationship between post-event processing and cognitive avoidance with social anxiety in students. Journal: Behavioral Sciences »Winter 2010, Volume 4 - Number 4 Scientific-Research / ISC (6 pages - from 335 to 340).
- 6- Lavy E, van den Hout M. Cognitive avoidance and attentional bias: Causal relationships. Cogn Ther Res. 1994; 18(2), 179-191.
- 7- Fehm L, Margraf J. Thought suppression: specify in agrophobia versus broad impairment in social phobia? Behav

References

- 1- Moghaddam N, Asl Fattahi B, Taghizadeh H. The effectiveness of stress management training on mental health, job satisfaction and sleep quality of shift workers and day workers of Tabriz Petrochemical Company. Journal: Productivity Management (Beyond Management). Issue: Winter 2013, Volume 7, Number 27; Page 133 to Page 152.
- 2- Anthony M, Ironson G, Schneiderman N. A practical guide to cognitive-behavioral stress management. Translation: Javad Al-Mohammad, Solmaz Jokar and Hamid Taher Neshatdoost, 2009, Isfahan: University Jihad Publications.
- 3- Olatunji M, Zlomke K. Linking cognitive avoidance and GAD symptoms: The mediating role of fear of emotion. Behavi Res Ther. 2010; 435-41.

- Res Ther, 2002, 40,57-66
- 8- Kashdan T, Roberts J. Social anxiety, depression and post event rumination: Affective consequences and social contextual influences. *J of Anxi Disord.* 2004; 21: 284-301.
 - 9- Purdon C. Thought suppression and psychopathology. *Behavior Research and Therapy* 1999; 37, 1029-1054.
 - 10- Freeston M, Ladouceur R. What do patients do with their obsessive thought? *Behav. Res. Ther* 1997; Vol. 35, No. 4, pp. 335-348.
 - 11- Khayeri B, Mirmahdi R, Akuchekian SH. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Obsessive-Compulsive Symptoms, Rumination and Cognitive Avoidance of Women Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, Volume 20, Number 9 (Serial Number 126), December 2017, 33-34.
 - 12- Sharafati H, Taheri E, Asmaei Majd S, Amiri M. The effectiveness of Douglas model based cognitive therapy on intolerance of uncertainty, cognitive avoidance and positive beliefs of anxiety in patients with generalized anxiety disorder.
 - 13- Belloch A, Morillo C, Lucero M, Cabedo E, Carrio C. Intrusive thoughts in non-clinical subjects: the role of frequency and unpleasantness on appraisal ratings and control strategies. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2004; 11,100-110.
 - 14- Armstrong T, Zald D, Olatunji B. Attentional control in OCD and GAD: Specificity and associations with core cognitive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders* 2016; 44, 63-72.
 - 15- Mokhtari S, Khosravi S, Rescuer A. Comparison of uncertainty intolerance, anxiety, cognitive avoidance and negative problem orientation in people with generalized anxiety disorder, major depressive disorder and normal people, *Journal of Behavioral Sciences Research*, Summer 2015 - Issue 40 (ISC) 20 pages (From 188 to 207).
 - 16- Barghi z, bagian M; Ali Sari Nasirloo K, Bakhti, M. The role of cognitive avoidance and decision procrastination in predicting social anxiety of students of the National Congress of Social Psychology of Iran Scientific Associations, Iranian Society of Social Psychology, 2013, Volume 2.
 - 17- Dugas M, RobbiChavd M. Cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder, translated by Akbari M chini frushan M, Abedian A. arjmand publication. Tehran: the mighty; 2013.
 - 18- Besharat, M. alexithymia and interpersonal problems. *Educational and Psychological Studies of Ferdowsi University*, (1386). 10 (1), 129-145.
 - 19- <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm5>
 - 20- Poursoltany H, Alvandi R, Sayadfar, M. Alexithymia, the Emotional Blindness among Stroke Survivors: Preliminary Study. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, (2016). 6(1), 1-11.
 - 21- Kathryn D, Timmerman L. Accomplishing romantic relationship. In: Greene JO, Burleson BR, editors. *Handbook of communication and social interaction skills* Mahwah. Lawrence Erlbaum Associates 2003; 685-90.
 - 22- Yum Y, Canary DJ. Maintaining relationships in Korea and the United States: Features of Korean culture that affect relational maintenance beliefs and behaviors. *Maintaining relationships through communication* 2003;277-96
 - 23- Sprecher S, Metts S, Burleson B, Hatfield E, Thompson A. Domains of expressive interaction in intimate relationships: Associations with satisfaction and commitment. *Fam Relat* 1995; 44: 203-10.
 - 24- Mattila A, Ahola K, Honkonen T, Salminen J, Huhtala H, Joukamaa M. Alexithymia and occupational burnout are strongly associated in working population. *J Psychosomatic Res* 2007; 62 (6): 657-65.
 - 25- Humphreys T, Wood L, Parker, J. Alexithymia and satisfaction in intimate relationships. *Personality and Individual Differences*. (2009). 46: 43-47
 - 26- De Rick A, Vanheule S. Alexithymia and DSM-IV personality disorder traits in alcoholic inpatients: A study of the relation between both constructs. *Pers Individ Dif* 2007; 43 (1): 119-29.
 - 27- Horowitz L. Pschemas, psychopathology, and psychotherapy research.

- Psychotherapy Res 1994; 4: 1-19.
- 28- Marino E, Fanny B, Lorenzi C, Pirovano A, Franchini L, Colombo C, Bramanti P, Smeraldi E. Genetic bases of comorbidity between mood disorder and migraine: Possible role of serotonin transporter gene. *Neuro Science*, (2010). 31, 387-91.
 - 29- Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition Cephalalgia. 2018 Jan;38 (1):2411-1. doi: 10.1177/0333102417738202.
 - 30- Davis P, Holm J, Myers T, Suda K. Stress, headache and physiological disregulation: a time-series analysis of stress in the laboratory. *Headache*. 1998; 38 (2): 116-21
 - 31- Linden W, Moseley J. The efficacy of behavioral treatments for hypertension. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 2006; 31(1), 51
 - 32- Sexton K, Dugas M. An investigation of the factors leading to cognitive avoidance in worry. Concordia University, (2008). Quebec, Canada.
 - 33- Alilo M. Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder, Tehran, Psychology Center, University of Tehran. (2011),
 - 34- Bagby R, Taylor G, Parker J. The twenty item Toronto Alexithymia Scale II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychoso Res* 1994; 38(3): 33-40.
 - 35- Akbari M, Sabet M. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy focused on ambiguity intolerance and drug therapy on the components of anxiety, ambiguity intolerance and cognitive avoidance in patients with generalized psychiatric anxiety disorder and clinical psychology in Iran Volume 24 No. 3 (consecutive 94) 240-255.
 - 36- Haji Aqrari L, Asadi F, Javazi S, Atef V. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on behavioral inhibition and cognitive-behavioral avoidance in women with generalized anxiety disorder: (1397). p. 31-38.
 - 37- Ahmadi Z, Mirzaeian B, Praise M. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on anxiety and cognitive avoidance in anxiety students, *Quarterly Journal of New Psychological Ideas*. (1395).
 - 38- Mirza Hosseini H, Pourabdol S, Sobhi Gharamaleki N. Saravani Shahzad. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on reducing cognitive avoidance in students with special learning disabilities. *Iranian Journal of Psychiatry and Psychology*. (1395).
 - 39- Paknejad F, Salimi M, Movahedzadeh B, Goleadar N, Dinparast O, Aziz Mohammadi Z. The effectiveness of group therapy of behavioral activation on reducing the symptoms of depression, cognitive-behavioral avoidance of families of control and self-sacrificing students. *Military Psychology*, (1398). Volume 7, Number 28, Page 75-
 - 40- Sharafati H, Taheri E, Asmaei Majd S, Amiri M. The effectiveness of Douglas model based cognitive therapy on intolerance of uncertainty, cognitive avoidance and positive beliefs of anxiety in patients with generalized anxiety disorder. (1396).
 - 41- Darwish Baseri L, Dasht-e Bozorgi Z. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on cognitive emotion regulation and emotional dysphoria in patients with type 2 diabetes. *Journal of Psychiatric Nursing*, (1396). 5 (1): 14-7.
 - 42- Izadi F, Ashrafi E, Fathi A. The effectiveness of emotional schema therapy on reducing negative emotional schemas, emotional dysphoria and symptoms in patients with physical symptoms. *Behavioral Science Research*. (1398).
 - 43- Bayegan K. The effectiveness of group dialectical behavior therapy intervention on reducing the symptoms of emotional distress, stress and symptoms of diabetes in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Nursing Quarterly*. (2016).
 - 44- Pirani Z, Abbasi M, Kalvani M, Nourbakhsh P. The effect of acceptance and commitment therapy on sexual self-esteem, mood dysphoria and marital

- adjustment in veterans' spouses. Journal of Veteran Medicine. (1396).
- 45- Nourizadeh M. The effectiveness of emotion regulation-based intervention on emotional cognitive regulation strategies and emotional dysphoria in patients with coronary heart disease. Journal of New Developments. (1396).
- 46- Nash J, Thebarg R. Understanding psychological stress, its biological processes, and impact on primary headache. Headache. 2006 Oct; 46(9): 1377-86.
- 47- Nicholson R, Houle T, Rhudy J, Norton P. Psychological risk factors in headache. Headache. 2007; 47(3): 413-26.
- 48- Breslau N, Schultz L, Lipton R, Peterson L, Welch K. Migraine headaches and suicide attempt, Headache. (2012); 52(5):723-731
- 49- Atasoy H, Atasoy N, Unal A. Psychiatric co morbidity in medication overuse headache patients with preexisting headache type of episodic tension-type headache. European Journal of Pain, (2005). 9(3), 285-91.



