

مقاله اصلی

رابطه فعالیت سیستم‌های مغزی رفتاری و تاب‌آوری با تاکید بر نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به سردرد تنشی

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۷/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۲/۱۰

خلاصه

مقدمه

امروزه با توجه به تغییر روش زندگی شهرنشینی و عوارض ناشی از آن، به‌ویژه شرایط پراسترس زندگی شهری، زمینه برای بروز بیماری‌های مختلف، از جمله سردرد فراهم شده است. گرچه سردرد دارای اشکال بسیار متنوعی است، اما دو نوع اصلی آن در طب سرپایی سردردهای میگرنی و سردردهای تنشی می‌باشند که در این مطالعه سردرد تنشی مورد بررسی قرار گرفته است.

روش کار

روش مطالعه از نوع همبستگی است جامعه مورد مطالعه مبتلایان به سردردهای تنشی در شهر مشهد در سال ۹۷ بود که به کلینیک‌های مغزو اعصاب و نیز مطب‌های متخصصین مغز و اعصاب و نیز زوایزشکان و روانشناسان بالینی که از این میان، تعداد ۳۰۰ نفر به صورت غیر تصادفی و دسترس از میان اینها انتخاب شده و معیارهای ورود و خروج نیز دز نظر گرفته شد.

نتایج

یافته‌ها نشان داد که سیستم فعال‌ساز رفتاری بر تاب‌آوری تأثیر مستقیم دارد. بازدارنده رفتاری به عنوان دومین زیرمقیاس سیستم‌های مغزی-رفتاری بر تاب‌آوری تأثیر مستقیم منفی دارد و سیستم جنگ و گریز به عنوان سومین زیرمقیاس بر تاب‌آوری تأثیر مستقیم مثبت دارد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر بین سیستم بازدارنده رفتار و ناگویی هیجانی و سردرد تنشی شکل رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. همچنین ناگویی هیجانی با اختلال در تنظیم هیجانی همراه است.

کلمات کلیدی

سیستم مغزی رفتاری، تاب‌آوری، ناگویی هیجانی، مبتلایان به سردرد تنشی

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

الهه پوراکبران^۱

جعفر حسینی^{۲*}

مهدی قاسمی مطلق^۳

^۱ گروه روانشناسی عمومی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی تهران، ایران

^۳ استاد یار گروه روانشناسی عمومی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی بجنورد، ایران

Email: Hasanimehr57@yahoo.com

مقدمه

امروزه با توجه به تغییر روش زندگی شهرنشینی و عوارض ناشی از آن، به ویژه شرایط پراسترس زندگی شهری، زمینه برای بروز بیماری‌های مختلف، از جمله سردرد فراهم شده است. بیش از ۹۰ درصد از انسان‌ها در طول سال حداقل یک حمله سردرد را تجربه می‌کنند. سردرد به عنوان یکی از رایج ترین شکایت‌ها در کلینیک‌های عصب شناختی (۱) در اثر کشش، جابه جایی، التهاب، اسپاسم عروق و یا اتساع ساختمان‌های حساس به درد، در سر یا گردن ایجاد میشود. این عارضه شایع ترین سندرم درد است. (۲). گرچه سردرد دارای اشکال بسیار متنوعی است، اما دو نوع اصلی آن در طب سرپایی سردردهای میگرنی و سردردهای تنشی می‌باشند. سردرد میگرنی اغلب به صورت بیشتر به صورت یک طرفه و غالباً ضربان دار و با تهوع، حساسیت به نور و احساس خستگی همراه است که به مدت ۴-۷۲ ساعت طول می‌کشد و با اورای بینایی و گاهی علائم نورولوژیک توصیف می‌شود و شیوع آن در مردان ۴-۶ درصد و در زنان ۱۸-۱۳ درصد است (۲). سردرد تنشی^۱ مزمن بوده و معمولاً بعد از ۲۰ سالگی شروع می‌شود. وبه عنوان شایع ترین سردردی که در مان آن دشوار است، با درد دوطرفه غیر ضربانی (فشار یا سفتی، درد کند، شبیه بانداژ یا کلاه) درد خفیف یا متوسط و گاهی شدید که بتواند مانع فعالیت های روزانه شود تعریف میشود که معمولاً از منطقه پس سری شروع میشود و در ناحیه پیشانی و گیجگاهی نیز وجود دارد (۳،۴) سردرد در ۸۰٪ درصد مبتلایان به سردرد تنشی، باعث اختلال در فعالیت طبیعی زندگی میشود، انواع سردرد در زنان شایع تر است و میزان شیوع آن از ۲۸ تا ۳۸ درصد در مردان و ۳۴ تا ۸۶ درصد در زنان متفاوت است. مشخصه آن حملات مکرر، اغلب روزانه، غیر ضربانی، دوطرفه و واقع در پس سر بوده که با تهوع و استفراغ یا اختلالات بینایی همراه نیست، این نوع سردرد در زنان شایع تر از مردان است. سردرد تنشی از جمله شایع ترین علل مراجعه افراد به کلینیک‌های سرپایی

بیماری‌های مغز و اعصاب است. این اختلال که یک اختلال مغزی پیچیده و ناتوان کننده است اغلب ممکن است تحت تأثیر شیوه زندگی و عوامل ژنتیکی و محیطی رخ دهد، اما آسیب شناسی این بیماری هنوز ناشناخته است (۵). حدود ۵۳ درصد از مبتلایان، گزارش می‌کنند که سردرد آن‌ها باعث اختلال در فعالیت‌هایشان شده است. اغلب افراد مبتلا به سردرد گزارش می‌کنند که کار و روابط خانوادگی آن‌ها به خاطر حملات سردرد به طور منفی تحت تأثیر قرار گرفته است. اغلب بیماران با سردرد افرادی نگران، مضطرب و وسواسی هستند و این و شروع اضطراب و نگرانی منجر به درون‌ریزی احساسات سردرد می‌شود که با مزمن شدن و عدم توجه به تغییر ویژگی‌های شخصیتی فرد می‌تواند به سردرد تبدیل شود (۶). اگرچه مشخص نیست که عوامل روان‌شناختی ایجادکننده سردرد هستند و یا ثانویه؟ (۷). طبق نظر کاپلان و سادوک (۲۰۰۷) دوسوم بیماران دارای سردرد تنشی دارای ویژگی‌های شخصیتی وسواسی، کمال‌گرا و پرخاشگر هستند و ممکن است متعاقب استرس‌های هیجانی دچار سردرد شوند. تأثیر عوامل روان‌شناختی در بیماری‌های جسمی در پژوهش‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است و محدود به سردرد نیست. بررسی مقیاس‌های بالینی نشان می‌دهد که افراد مبتلا به سردرد آسیب‌پذیری بیشتری در برابر ناملایمات زندگی دارند (۸). از سوی دیگر فشارهای زندگی وارده بر فرد، نحوه مقابله فرد با آن فشار و میزان مقاومت و تحمل فشارها بر ایجاد و تشدید حملات سردرد تأثیر زیادی دارد. در پژوهشی نشان داده شد که رابطه معنی‌داری بین سردردهای تنشی و شیوه‌های مقابله با حوادث زندگی وجود دارد. در پژوهشی دیگر، افزایش سن، جنس مونث، تحصیلات پایین مادر، سطح اقتصادی اجتماعی پایین و سابقه خانوادگی سردرد واسترس به عنوان عوامل موثر در سردرد شناخته شده‌اند. (۸)

یکی از متغیرهای روان‌شناختی که ارتباط زیادی با سردرد تنشی دارد، سیستم‌های مغزی رفتاری است. سیستم‌های مغزی رفتاری از نظریه شخصیت‌گری طراحی شده است مهمترین نظریه سیستم

^۱ Headache Tension

می‌شود (۱۱) با وجود آنکه بسیاری از اختلالات اضطرابی و خلقی به صورت رنج هیجانی که در پاسخ به عوامل استرس‌زای شناختی اتفاق می‌افتد، توصیف می‌شوند اما به نقش سیستم بازداری رفتاری در واکنش‌های هیجانی ناشی از استرس‌های شناختی توجه اندکی شده است. نظریه‌های بازداری رفتاری مطرح می‌کنند که این متغیر سرشتی باید با تنوعی از پیامدهای منفی شامل درجه بالایی از واکنش‌پذیری هیجانی و سبک‌های تنظیم ناکارآمد مرتبط باشد (۱۲). محققان همبستگی بالایی بین نمرات مقیاس سیستم فعال‌سازی رفتاری با عواطف مثبت و سیستم بازداری رفتاری با عواطف منفی نشان دادند.

یکی از پیامدهایی که سیستم فعال‌سازی رفتاری با آن ارتباط زیادی دارد تاب‌آوری می‌باشد تاب‌آوری از جمله متغیرهایی است که نقش زیادی در سبب‌شناسی، عود و علت در سردرد دارد (۱۳) که، به مطالعه و کشف توانمندی‌های فردی و بین فردی می‌پردازد. ورنر از جمله اولین دانشمندانی بود که در دهه ۱۹۷۰ از اصطلاح تاب‌آوری استفاده کرد. تاب‌آوری؛ توانمندسازی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی، در شرایط خطرناک است (۱۴). در واقع تاب‌آوری پدیده‌ای است که از پاسخ‌های انطباقی طبیعی انسان حاصل می‌شود و علیرغم رویارویی فرد با تهدیدهای جدی، وی را در دستیابی به موفقیت و غلبه بر تهدیدها توانمند می‌سازد. تاب‌آوری از جمله سازه‌هایی است که در حوزه پژوهش روان‌شناختی، به‌ویژه در عرصه روان‌شناسی سلامت، روانشناسی خانواده، روانشناسی تحول و بهداشت روانی جایگاه ویژه‌ای یافته است، به طوری که هر روز بر شمار پژوهش‌های مرتبط با این سازه افزوده می‌شود (۱۵). پژوهش‌های انجام‌شده حاکی از آن است که برخی افراد تاب‌آوری پس از رؤیایی با موقعیت دشوار زندگی دوباره به سطح معمولی عملکرد بازمی‌گردند حال آنکه برخی دیگر پس از رویارویی با ناکامی‌ها، مصیبت‌ها و دشواری‌ها نسبت به گذشته ارتقا پیدا می‌کنند تاب‌آوری به عنوان یک عامل محافظت‌کننده از ویژگی‌های شخصیتی متأثر است، به طوری که سیکومب سه عامل مهم را در خصوص عوامل حمایتی برای تاب‌آوری طرح کرد که عبارتند از: خصوصیات شخصیتی،

مغزی رفتاری، نظریه حساسیت به تقویت‌گری می‌باشد که به روند تکامل در مغز مهره داران اشاره می‌کند و بیان می‌کند که مکانیسم‌های عصبی واکنش در برابر پاداش و تنبیه، می‌تواند به صورت مجزا عمل کنند. سه سیستم مغزی عمده در این نظریه عبارتند از سیستم فعال‌سازی رفتاری که با هرگونه نشانه مواجهه با پاداش فعال می‌گردد، سیستم بازداری رفتاری که در مواجهه با تعارض و تضاد بین فعال‌سازی و اجتناب فعال می‌گردد و در تشخیص و حل این تضاد نقش ایفا می‌کند و سبب تولید رفتار تدافعی در مواجهه با شرایط تضاد می‌گردد. سیستم جنگ و گریز که به صورت برخورد با هر نوع محرک اجتنابی و ناخوشایندی (شرطی و غیر شرطی) فعال می‌گردد. در شرایطی که امکان جنگ یا گریز وجود نداشته باشد پاسخ این سیستم، به شکل عدم تعهد خواهد بود. عملکرد سیستم جنگ و گریز با ترس و اضطراب ارتباط دارد و گری و مک ناتان (۲۰۰۰)، بیان می‌دارند که عملکرد این سیستم بیشتر با ترس مرتبط می‌باشد (۹). اگر در فردی سطح حساسیت سیستم فعال‌سازی رفتاری بالا باشد و حساسیت سیستم بازداری رفتاری پایین باشد، در مواجهه با محرکی جدید و ناشناخته تمایل به انجام رفتارهای هدفمند دارد و کمتر احتمال دارد که مبتلا به سردرد شود. پژوهش‌های مختلفی ارتباط بین سیستم مغزی رفتاری را با آسیب‌شناسی روانی نشان داده است از جمله اینکه مک فارلند، شانکمن، تنک، برودر و کلین (۲۰۰۶)، نشان دادند که حساسیت سیستم فعال‌سازی رفتاری پیش‌بینی‌کننده علایم افسردگی خواهد بود (۱۰).

سیستم فعال‌سازی رفتاری، رفتارهای فعال‌کننده و نزدیک‌شونده و احساس برانگیختگی و امید را بیشتر می‌کند. در مقابل سیستم بازداری رفتاری در مواجهه با علائم مربوط به تنبیه و فقدان پاداش و محرک‌های جدید در جهت ایجاد پاسخ‌های مرتبط با بازداری و اجتناب رفتاری و همچنین ایجاد احساس اضطراب و برانگیختگی فعال می‌شود. تحقیقات نشان داده است که فعالیت بیش‌ازاندازه سیستم بازداری، منجر به صفات شخصیتی اضطرابی، حساسیت بالا به محرک‌های تهدیدکننده و رفتارهای مرتبط با می‌شود با اضطراب مثل نگرانی و نشخوار فکری

¹ Macfarland, Shankman, Tenke, Bruder & Klein

تهیج‌های بدنی بهنجار را بزرگ می‌کنند، نشانه‌های بدنی انگیزتگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند. درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه‌های جسمانی هستند (۲۰). ناگویی خلقی می‌تواند موضوعات زیادی را به خود اختصاص دهد. در واقع این سازه مبین ناتوانی‌ها و نارسایی‌های خلقی و هیجانی افراد می‌باشد که زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از قدرت تحمل و تاب‌آوری آن‌ها می‌کاهد. با توجه به نقایص شناختی و عاطفی چنین فرض می‌شود که ناگویی خلقی می‌تواند با شاخص‌های سلامت مثل: افسردگی، اضطراب و خشم به‌طور کلی و با مشکلات جسمانی و پزشکی به‌طور خاص رابطه داشته باشد. این افراد در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و نظم دهی هیجان‌ها با دشواری‌هایی مواجه هستند و در تمایز احساسات درونی از احساسات بدنی مشکل دارند. مطالعات متعدد نشان دادند که بین سیستم‌های مغزی- رفتاری و ناگویی هیجانی رابطه وجود دارد. ناگویی هیجانی با اختلال در تنظیم هیجانی همراه است.

(۲۱) محققان همچنین نشان دادند که ناگویی هیجانی با مکان کنترل بیرونی و باورهای فراشناختی مرتبط است و رابطه‌ی تاب‌آوری با هیجانها و تنظیم هیجانی؛ به نظر می‌رسد که ناگویی هیجانی در قالب یک مدل مفهومی میانجی رابطه‌ی سیستم‌های مغزی رفتاری و تاب‌آوری باشند. در مطالعات قبلی به صورت جداگانه روابط این مولفه‌ها بررسی شده است، بنابراین بررسی رابطه متغیرهای مذکور در قالب یک مدل منسجم ضروری بنظر می‌رسد. لذا مطالعه حاضر به بررسی رابطه سیستم‌های مغزی- رفتاری با تاب‌آوری با تأکید بر نقش ناگویی هیجانی در بیماران داری سردرد تنشی می‌پردازد.

روش کار

الگوی پژوهش حاضر از حیث ماهیت و روش در طبقه‌ی مطالعات همبستگی قرار می‌گیرد. بر اساس هدف، در زمره‌ی پژوهش‌های بنیادی- کاربردی قرار داشته و بر مبنای زیربنای نظری در دسته‌ی تحقیقات کیفی به شمار می‌آید.

عوامل حمایتی درون خانواده و عوامل اجتماعی یکی از عواملی که سیکومب به عنوان عوامل حمایتی برای تاب‌آوری مطرح می‌کند شخصیت است. نوع راهبردهای مقابله‌ی انتخاب شده به صفات شخصیتی افراد بستگی دارد. از این طریق است که صفات شخصیتی می‌تواند بر تاب‌آوری تأثیرگذار باشند (۱۶). در برخی از پژوهش‌های تاب‌آوری بر کاهش هیجان‌های منفی و افزایش رضایت از زندگی تأثیر داشته است؛ بنابراین افرادی که هیجان‌ات مثبت را به میزان بیشتری تجربه می‌کنند، احتمالاً در مقابل حوادث منفی سخت‌تر مقاومت می‌کنند و بنابراین تاب‌آورتر می‌باشند. تاگاد و فردریکسون^۱ (۲۰۰۴) نیز به ارتباط تاب‌آوری با سلامت روان اشاره کرده‌اند (۱۷). ریو^۲ (۲۰۰۵) نشان داد که تاب‌آوری، با هیجان‌ات مثبت^۳، همبستگی مثبت و با هیجان‌ات منفی همانند خشم و غمگینی همبستگی منفی دارد. هیجان نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی را ایفا می‌کند (۱۸). اصولاً هیجان را می‌توان واکنش‌های زیست‌شناختی به موقعیت‌هایی دانست که آن را یک فرصت مهم یا چالش برانگیز ارزیابی می‌کنیم و این واکنش‌های زیستی، پاسخی که به آن رویدادهای محیطی می‌دهیم، همراه می‌شوند (۱۹). یکی از واضح‌ترین سازه‌هایی که به‌منظور بررسی مشکلات مرتبط با پردازش و تنظیم هیجان مورد مطالعه قرار گرفته است، ناگویی هیجانی است. به‌منظور بررسی رابطه ناگویی هیجانی با اختلال‌های جسمانی و روان‌شناختی می‌توان به نظریه حساسیت پردازش حسی آرون و آرون (۱۹۹۷) اشاره کرد آنها برای تبیین تفاوت‌های افراد در سبک‌پردازش حسی، اصطلاح حساسیت پردازش حسی را به کار بردند، به این معنی که برخی افراد نسبت به افراد دیگر حساس‌تر هستند و تمایل به پردازش عمیق و قوی تعداد زیادی از اطلاعات ورودی از جمله حالات خلقی دیگران، زیبایی‌های هنری و غیره دارند. ونیز پژوهشگران دریافته‌اند که ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها ناگویی خلقی نامیده می‌شود. افراد مبتلا به ناگویی خلقی،

^۱ Tugade & Fredrickson

^۲ Reeve

^۳ emotion Positive

آماري همبستگي پيرسون روش همبستگي و تحليل مسير، تحليل خواهند شد.

ابزار پژوهش

الف- پرسش نامه پنج عاملی جکسون

برای ارزیابی سیستم های مغزی رفتاری در پژوهش حاضر از نسخه ی فارسی پرسشنامه ی پنج عاملی جکسون ستفاده شد. این پرسشنامه 30 ماده دارد و 5 خرده مقیاس را می سنجد که جکسون (2009) برای اندازه گیری مناسب RST-آن را تدوین کرده است. این پرسشنامه شامل 5 خرده مقیاس سیستم فعالساز رفتاری (BAS)، سیستم بازداری رفتاری (BIS)، جنگ، گریز، و انجماد (FFFS) است. برای هر یک از خرده مقیاسهای 6، RST-2 ماده در نظر گرفته شده است. نسخه فارسی این پرسشنامه که در سال 1391 توسط حسنی، صالحی، رسولی به فارسی برگردانده و خصوصیات روان سنجی آن را مورد بررسی قرار گرفت در پژوهش حاضر بکار گرفته شده است. (22) جکسون پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ برای هر یک از این سیستم ها محاسبه نموده که بدین شرح است: سیستم فعال ساز رفتاری 0/83، سیستم بازداری رفتاری 0/76، کل سیستم ستیز-گریز-انجماد 0/74 (برای هر یک از زیر سیستم ها به ترتیب 0/78؛ 0/74؛ 0/70). حسنی، صالحی و رسولی آزاد (22) پایایی و روایی نسخه ایرانی این مقیاس را از منظر همسانی درونی، همبستگی مجموعه ماده ها، بازآزمایی، تحلیل عاملی، همبستگی میان خرده مقیاس ها و روایی ملاکی مورد بررسی قرار دادند که دامنه آلفای کرونباخ 0/72 تا 0/78 و همبستگی های مجموع 0/28 تا 0/68 گزارش شد.

ب- پرسشنامه ناگویی هیجانی:

منظور از ناگویی خلقی در این پژوهش نمره ای است که فرد در مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20) کسب می کند. در نسخه ی فارسی، ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی 0/85 و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون 0/82، 0/75، 0/72 محاسبه شده است که نشانه ی همسانی درونی خوب مقیاس است قربانی، بینگ، واتسون، دویسون و ماک (2010) به نقل از شاهقلیان، مرادی و کافی، (23) آلفای

در این مطالعه 300 بیمار از بین مراجعان به کلینیک های مغز و اعصاب و نیز مطب های متخصصین مغزو اعصاب، روانپزشکان و روانشناسان بالینی از دی 96 تا بهمن 97 در شهرستان مشهد با روش نمونه گیری غیر تصادفی و در دسترس بررسی شدند. تشخیص سردردهای میگرنی و تشیی بر اساس معیارهای انجمن بین المللی سردرد (IHS) و با تأیید نفر متخصص مغز و اعصاب گذاشته می شود.

معیارهای ورود افراد برای پژوهش حاضر با استناد به معیارهای تشخیصی انجمن بین المللی سردرد برای سردردهای تشیی عبارت از سابقه حداقل 10 حمله با خصوصیات طول مدت سردرد 30 دقیقه تا 7 روز، دامنه سنی 20 تا 45 سال و حداقل تحصیلات سیکل می باشد. شروع سردرد بلافاصله بعد از یک شوک روانی و استرس حملات سردرد با علائمی نظیر وجود سردرد به صورت فشارنده، شدت خفیف تا متوسط، دوطرفه بودن و عدم بهبود حتی در صورت استفاده از مسکن ها و نیز درد شدید در اطراف چشم ها، داشتن پرونده پزشکی و دریافت تشخیص زیر نظر متخصص مغز و اعصاب بودند.

معیارهای خروج از مطالعه، عبارت از ابتلا به اختلالات روان پریشی، بروز هر عارضه ای مثلاً گوارشی یا هر عارضه ناخواسته دیگر که مانع پاسخگویی بیماران شود، داشتن وابستگی به مواد یا سوء مصرف مواد و ابتلا به اختلالات پزشکی عمده یا اختلال عصب شناختی یا بیماری جسمانی مزمن بودند.

بعد از انتخاب نمونه ی مورد نظر و کسب رضایت آزمودنی ها به پرسشنامه ی سیستم های بازداری/فعال سازی، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20)، پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون (2003) و پرسشنامه فراشناخت (MCQ-30) پاسخ خواهند داد.

داده های حاصل از تکمیل پرسشنامه های مذکور به وسیله برنامه آماری AMOS و SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهند گرفت، به این صورت که فرضیه های پژوهش از طریق روش

بیشترین افراد نمونه (۱۵/۵۴ درصد) در زنان و (۷/۰۹ درصد) در مردان در محدوده سنی ۲۴ تا ۲۸ سال می باشند. کمترین تعداد (۰/۶۷ درصد) در زنان در محدوده سنی ۵۴ سال و بیشتر می باشد اما در مردان (۰/۳۴ درصد) در محدوده سنی ۵۹ سال و بیشتر می باشد. لازم به ذکر است که تعداد ۴ نفر و وضعیت سنی خود را مشخص نکرده بودند.

همچنین بیشترین افراد نمونه (۶۴/۵۳ درصد) در زنان و مردان دارای مدرک تحصیلی دیپلم می باشند. کمترین تعداد یعنی ۴ نفر (۱/۳۵ درصد) در مردان و هیچکس (۰ درصد) در زنان دارای مدرک تحصیلی دکتری می باشند. لازم به ذکر است که تعداد ۴ نفر و وضعیت تحصیلی خود را مشخص نکرده بودند.

تعداد زنان متأهل ۱۲۶ نفر (۴۲/۵۷ درصد) و مردان متأهل ۶۲ نفر (۲۰/۶۹۵ درصد) می باشند. همچنین تعداد زنان مجرد ۵۲ نفر (۱۷/۵۷ درصد) و مردان مجرد ۴۰ نفر (۱۳/۵۱ درصد) می باشند که در حدود ۳۱ درصد نمونه مجرد و ۶۴ درصد متأهل می باشند. تعداد زنانی که دارو مصرف می کنند ۵۰ نفر (۲۶/۰۴ درصد) و مردان ۲۵ نفر (۸/۵۶ درصد) می باشند. در کل ۷۹ نفر (۲۵/۶۸ درصد) نمونه دارو مصرف می کنند و ۱۸۸ نفر (۶۴/۳۸ درصد) دارو مصرف نمی کنند.

کرونباخ این مقیاس را در نمونه‌ی ایرانی برای دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۴، برای دشواری در توصیف احساسات ۰/۶۱ و برای تفکر معطوف به بیرون ۰/۵۰ به دست آوردند. اعتبار کل مقیاس را در نمونه‌ی ایرانی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ضریب اعتبار ۰/۷۴ و برای زیر مقیاس‌های دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۰، دشواری در شناسایی احساسات ۰/۶۴ و تفکر معطوف به بیرون ۰/۵۲ به دست آورد.

ج- پرسشنامه تاب آوری

منظور از تاب آوری در این پژوهش نمره‌ی فرد در پرسشنامه تاب آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). 10 است. [RISC-CD] است که جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است که محمدی (۱۳۸۴) آن را برای استفاده در ایران انطباق داده است. این پرسشنامه دارای ۲۵ ماده پنج گزینه‌ای است. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد (۲۴) انجام شد، پایایی این مقیاس به کمک ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ بدست آمد با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ضریب پایایی مقیاس را ۰/۸۹ و روایی مقیاس را به روش همبستگی هرگویه با نمره‌ی کل مقوله‌ی ضریب‌ها بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ بدست آورد.

نتایج

بر اساس نتایج پژوهش حاضر ۱۸۶ نفر (۶۲/۸ درصد) از افراد نمونه زن و ۱۰۶ نفر (۳۵/۸ درصد) مرد می باشند و جنسیت ۴ نفر نیز مشخص نبود.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی تاب آوری

شاخص‌ها	تاب آوری	شایستگی	غرایز	عاطفه	کنترل	معنویت
تعداد	۲۹۶	۲۹۶	۲۹۶	۲۹۶	۲۹۶	۲۹۶
میانگین	۴۱٫۶۳	۱۳٫۶۹	۱۱٫۲۴	۹٫۴۹	۵٫۲۰	۲
انحراف معیار	۵٫۵۲	۸٫۸۷	۷٫۳۵	۵٫۹۵	۳٫۶۸	۱٫۵۸
کجی	-۰٫۵۷	-۰٫۳	-۰٫۳۲	-۰٫۵۱	-۰٫۱۱	-۰٫۵
کشیدگی	-۰٫۸۳	-۰٫۹۲	-۱٫۰۲	-۰٫۹۸	-۱٫۱۷	-۱٫۵۲
حداقل	۰	۰	۰	۰	۰	۰
حداکثر	۹۱	۳۲	۲۸	۲۰	۱۲	۴

با توجه به میانگین نمره تاب آوری، می توان گفت تاب آوری در بیماران پایین است. از طرف دیگر میانگین نمرات بیماران در خرده آزمون تاثیرات معنوی کمترین مقدار و در تصور شایستگی فردی بالاست..

جدول ۲- شاخص های توصیفی حساسیت به تقویت (سیستم مغزی / رفتاری)

شاخص ها	BAS	BIS	FI	FL	FR
تعداد	۲۹۶	۲۹۶	۲۹۶	۲۹۶	۲۹۶
میانگین	۱۴,۸۱	۱۲,۷۷	۱۵,۹۱	۱۵,۵۵	۱۵,۶۹
انحراف معیار	۶,۸۵	۶,۵۲	۷,۳۲	۶,۹۴	۷,۰۵
کجی	-۰,۹۷	-۰,۶۱	-۱	-۱,۱۲	-۱,۰۸
کشیدگی	۰,۲۵	-۰,۴۸	۰,۳۴	۰,۶	۰,۵۵
حداقل	۰	۰	۰	۰	۰
حداکثر	۲۷	۲۵	۲۹	۲۷	۳۰

همانگونه که مشاهده می شود میانگین نمرات خرده آزمون های جنگ و گریز و فریز نسبتا با هم برابر است اما میانگین نمرات آنها از سیستم فعال سازی و بازداری رفتاری بیشتر است. از طرف دیگر میانگین نمره سیستم بازداری رفتاری از دیگر سیستم ها کمتر است.

جدول ۳- شاخص های توصیفی ناگویی هیجانی

شاخص ها	ناگویی هیجانی	احساسات	توصیف	تفکر
تعداد	۲۹۶	۲۹۶	۲۹۶	۲۹۶
میانگین	۵۳,۰۹	۲۱,۱۷	۱۲,۷۷	۱۹,۱۵
انحراف معیار	۵,۹۴	۶,۴۷	۵,۱۱	۷,۱۲
کجی	-۰,۷۸	-۰,۴۵	-۰,۳۹	-۰,۸۱
کشیدگی	-۰,۰۶	-۰,۰۷	-۰,۶۸	-۰,۴۰
حداقل	۰	۰	۰	۰
حداکثر	۸۶	۳۵	۲۵	۳۳

آنها توسط متغیرهای بیرون از مدل که برای پژوهشگر ناشناخته بودند، تبیین می شوند.

مدل علی رابطه سیستم مغزی رفتاری و تاب آوری با نقش میانجی ناگویی هیجانی دارای برازش مناسب می باشد. برای بررسی روابط بین سازه های سیستم مغزی رفتاری و تاب آوری با نقش میانجی ناگویی هیجانی، الگوی مفهومی بر اساس مبانی نظری ترسیم شد، سپس مدل پیشنهاد شده از طریق مدل یابی معادلات ساختاری به روش بیشینه احتمال^۱ بررسی شد. در مدل مفهومی (فرضی) پژوهش، ناگویی هیجانی و تاب آوری متغیرهای درون زای مدل که واریانس آنها توسط متغیرهای درون مدل تبیین می شود و متغیر سیستم مغزی رفتاری (BAS, BIS, FFFS)، متغیر بیرون زای مدل بودند و واریانس

^۱ Maximum likelihood

جدول ۴- نتایج مدل یابی معادلات ساختاری مربوط به تاثیر BAS بر ناگویی هیجانی

ضریب مسیر (استاندارد نشده)	ضریب مسیر (استاندارد شده)	خطای استاندارد برآورد	آماره بحرانی	سطح معنی داری
۰/۱۶	۰/۳۵۷	۰/۰۵۲	۳/۰۲۴	۰/۰۰۲

با توجه به جدول ۴- BAS بر ناگویی هیجانی دارای ضریب تاثیر ۰/۳۵۷ (استاندارد شده) می باشد که آماره بحرانی مربوط به اثر مستقیم BAS بر ناگویی هیجانی (۳/۰۲۴) مثبت و در

جدول ۵- نتایج مدل یابی معادلات ساختاری مربوط به تاثیر BAS بر تاب آوری

ضریب مسیر (استاندارد نشده)	ضریب مسیر (استاندارد شده)	خطای استاندارد برآورد	آماره بحرانی	سطح معنی داری
-۰/۸۸۳	-۰/۲۴۹	۰/۳۰۸	-۲/۸۷	۰/۰۰۴

با توجه به جدول ۵- BAS بر تاب آوری دارای ضریب تاثیر ۰/۸۸۳- (استاندارد نشده) می باشد که آماره بحرانی مربوط به اثر مستقیم BAS بر تاب آوری (-۲/۸۷) منفی و در سطح ۰/۰۵

جدول ۶- نتایج مدل یابی معادلات ساختاری مربوط به تاثیر BIS بر ناگویی هیجانی

ضریب مسیر (استاندارد نشده)	ضریب مسیر (استاندارد شده)	خطای استاندارد برآورد	آماره بحرانی	سطح معنی داری
۰/۰۲۹	۰/۰۶	۰/۰۴۳	۰/۶۶۷	۰/۵۰۵

با توجه به جدول ۶- BIS بر ناگویی هیجانی دارای ضریب تاثیر ۰/۰۶ (استاندارد شده) می باشد که آماره بحرانی مربوط به اثر مستقیم BIS بر ناگویی هیجانی (۰/۶۷) مثبت و در سطح

جدول ۷- نتایج مدل یابی معادلات ساختاری مربوط به تاثیر BIS بر تاب آوری

ضریب مسیر (استاندارد نشده)	ضریب مسیر (استاندارد شده)	خطای استاندارد برآورد	آماره بحرانی	سطح معنی داری
-۰/۵۲۹	-۰/۱۴	۰/۲۵۲	-۲/۱	۰/۰۳۶

با توجه به جدول ۷- BIS بر تاب آوری دارای ضریب تاثیر ۰/۵۲۹- (استاندارد نشده) می باشد که آماره بحرانی مربوط به اثر مستقیم BIS بر تاب آوری (-۲/۱) منفی و در سطح ۰/۰۵

جدول ۸- نتایج مدل یابی معادلات ساختاری مربوط به تاثیر FFFS بر ناگویی هیجانی

ضریب مسیر (استاندارد نشده)	ضریب مسیر (استاندارد شده)	خطای استاندارد برآورد	آماره بحرانی	سطح معنی داری
۰/۱۸	۰/۳۷	۰/۰۶۴	۲/۸۶	۰/۰۰۴

۰/۰۵ معنی دار می باشد. لذا با ۹۵ درصد اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می شود. یعنی FFFS بر ناگویی هیجانی تاثیر مستقیم مثبت دارد.

با توجه به جدول ۸- FFFS بر ناگویی هیجانی دارای ضریب تاثیر ۰/۳۷ (استاندارد شده) می باشد که آماره بحرانی مربوط به اثر مستقیم FFFS بر ناگویی هیجانی (۲/۸۶) مثبت و در سطح

جدول ۹- نتایج مدل یابی معادلات ساختاری مربوط به تاثیر FFFS بر تاب آوری

ضریب مسیر (استاندارد نشده)	ضریب مسیر (استاندارد شده)	خطای استاندارد برآورد	آماره بحرانی	سطح معنی داری
۱/۷۹	۰/۴۶	۰/۴	۴/۴۷	۰/۰۰۰

معنی دار می باشد. لذا با ۹۵ درصد اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می شود. یعنی FFFS بر تاب آوری تاثیر مستقیم مثبت دارد.

با توجه به جدول ۹- FFFS بر تاب آوری دارای ضریب تاثیر ۱/۷۹ (استاندارد نشده) می باشد که آماره بحرانی مربوط به اثر مستقیم FFFS بر تاب آوری (۴/۴۷) مثبت و در سطح ۰/۰۵

جدول ۱۰- نتایج مدل یابی معادلات ساختاری مربوط به تاثیر ناگویی هیجانی بر تاب آوری

ضریب مسیر (استاندارد نشده)	ضریب مسیر (استاندارد نشده)	خطای استاندارد برآورد	آماره بحرانی	سطح معنی داری
۶/۳۲	۰/۸۰	۰/۸۴۶	۷/۴۷	۰/۰۰۰

طیف وسیعی هستند، که در این مطالعه ما از میان آنها سردردهای تنشی را برگزیدیم. که این مطالعه به دنبال بررسی رابطه فعالیت سیستم های مغزی رفتاری و تاب آوری با تاکید بر نقش واسطه ای ناگویی هیجانی بود. که در اینجا به تبیین داده های تحقیق و نتیجه گیری می پردازیم.

در سالهای اخیر رویکردهای زیست روانشناختی در تبیین اختلالات جسمی، رشد و تحول فزاینده ای داشته اند. یکی از این تبیین ها و مطالعات مطالعات گری (۱۹۹۰) بود (۱۶) در دو دهه اخیر با مطرح شدن نظریه جفری گری (۱۹۸۷-۱۹۸۱) بسیاری از اختلالات روان پزشکی در قالب دو سیستم گرایشی توضیح داده شده اند. این نظریه که با رویکردی روانی فیزیولوژیکی به بیمارها مینگرد، در طول سالهای اخیر که روابط بین ویژگیهای روانشناختی و ابتلا به بیماریهای طبی مورد توجه قرار گرفته است، از راهگشایترین نظریه ها در این زمینه محسوب میشود. مطالعات بسیاری به دنبال ترسیم ارتباط و همبستگی بین رابطه سیستم مغزی رفتاری با متغیرهای متعدد و نشان دادن نقش متغیرهای میانجی بوده اند. نتایج مطالعه حاضر، با توجه به نتایج

با توجه به جدول ۱۰- ناگویی هیجانی بر تاب آوری دارای ضریب تاثیر ۰/۸ (استاندارد شده) می باشد که آماره بحرانی مربوط به اثر مستقیم ناگویی هیجانی بر تاب آوری (۷/۴۷) مثبت و در سطح ۰/۰۵ معنی دار می باشد. لذا با ۹۵ درصد اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می شود. یعنی ناگویی هیجانی بر تاب آوری تاثیر مستقیم مثبت دارد.

بحث و نتیجه گیری

امروزه بیش از پیش مطالعات به رویکردهای بین رشته ای روی آورده اند که این رویکردها به عنوان طب مکمل یا طب جایگزین نیز شناخته میشوند. بطور کلی، رویکرد تک محوری منسوخ شده است و امروزه بیشتر به تعریف انسان در گستره حوزه های بدن، روان، اجتماع و معنوی آنها میباشند. مشاهدات بالینی نشان میدهد افرادی که هر روزه برای تسکین الام و دردهای بدنی به پزشکان مراجعه میکنند و با مصرف داروهای متعدد و مکرر، هنوز از درد شاکی هستند، این خود مویده این است که ریشه بیماری در جای دیگری است. توجه به مطالعات بر روی اثر دارونما نیز خود مویده اهمیت تلقین و قدرتهای ذهنی انسانها بر روی سلامت جسم است. بیمارهای روان تنی دارای

در مقایسه با اثر کلی و اثر مستقیم BIS بر تاب آوری بیشتر بود. در پژوهش حاضر BIS, BAS توانست نقش تعیین کننده ای در پیش بینی خودکنترلی در زنان سرپرست خانوار داشته باشد بنابراین با دستکاری سیستم های بازداری و فعال سازی رفتاری می توان خودکنترلی را پیش بینی کرد. همچنین سیستم های فعال سازی و بازداری رفتاری در پیش بینی تاب آوری نقش موثری داشتند. بنابراین با تقویت سیستم های بازداری و فعال سازی رفتاری در افراد می توان تاب آوری را در آنها پیش بینی کرد.

ناگویی هیجانی در رابطه‌ی سیستم‌های مغزی-رفتاری و تاب آوری در بیماران مبتلا به سردرد تنشی نقش واسطه‌ای دارد. ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها، ناگویی خلقی نامیده می‌شود. نکلیک و همکاران (۲۸) معتقدند که افراد مبتلا به اختلال ناگویی خلقی نسبت به افراد سالم حساسیت نسبت زیادی به لمس و محرک های درد آور دارند افرادی که از سطوح باایی از حساسیت پردازش حسی برخوردارند، ممکن است آنها گرایش بیشتری به کاستن توجه نسبت به محرک‌های اطراف خود داشته باشند یا اینکه حتی از بافتها و موقعیتهای اجتماعی که منجر به برانگیختن احساسات قوی میشود، کناره گیری نمایند (۲). گزارشات حاکی از آن است، که درصد بیشتری از این افراد، مبتلایان به اختلال ناگویی خلقی را تشکیل میدهند. یرا این افراد در توصیف و شناسایی احساسات خود دچار مشکل میباشند و نمیتوانند از هیجانان خود به شیوه کارآمدی استفاده نمایند و اختلال ناگویی خلقی با حساسیت زیاد نسبت به درد و لمس تداعی میشود (۲۳). پژوهش‌های متعددی حاکی از آن است که ناگویی هیجانی با بسیاری از اختلالات روان‌تنی و روان‌پزشکی مانند افسردگی اساسی، اختلال استرس پس از سانحه، سوءمصرف و وابستگی به مواد، اختلال جسمانی کردن، اختلال خوردن و اختلال وحشت و هراس ارتباط دارد (۲۴). نتایج مطالعه ای با نتایج مطالعه حاضر همسو میباشد. وی در یک مطالعه همبستگی پیرسون نشان داد که رابطه مستقیم اما مثبت بین سیستم بازداری رفتاری و ناگویی خلقی وجود دارد

پژوهش حاضر بین سیستم بازدارنده رفتار و ناگویی هیجانی و سردردتنشی شکل رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد که با نتایج تحقیقات پیشین همسو است (۲۵) همانطور که قبلا بیان شد، سیستم‌های مغزی - رفتاری دارای سه زیرمقیاس میباشند که عبارتند از: سیستم فعال‌ساز رفتاری^۱، بازداری رفتاری^۲ و سیستم جنگ و گریز^۳. در فصل چهار رابطه بین هر کدام از این زیر مقیاسها با متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که سیستم فعال‌ساز رفتاری بر تاب آوری تاثیرمستقیم دارد. بازداری رفتاری به عنوان دومین زیرمقیاس سیستم‌های مغزی-رفتاری بر تاب آوری تاثیرمستقیم منفی دارد و سیستم جنگ و گریز به عنوان سومین زیرمقیاس بر تاب آوری تاثیرمستقیم مثبت دارد. سیستم فعال ساز رفتاری، فرد را درگیر رفتارهای گرایشی می کند و موجب رفتار تکانه‌ای شده و فرد را به سوی عملی که موجب دستیابی به پاداش می شود، تشویق کرده و برمی انگیزد بدون آنکه متوجه احتمال پیامدهای منفی آن باشد (۲۶) بطورکلی، نتایج پژوهش حاضر در بررسی اثر مستقیم BIS, BAS بر روی تاب آوری با برخی از پژوهشها همسو میباشد. به عنوان مثال، حاج نوروزی (۱۳۹۳) نتایج رگرسیون همزمان نشان داد متغیر خودکنترلی با ضریب تعیین (۰/۰۹) تاب آوری را پیش بینی کرد و همچنین BIS, BAS به ترتیب با ضریب تعیین‌های (۰/۱۵)، (۰/۳۲) پیش‌بینی کننده‌ی متغیرهای خودکنترلی و تاب آوری بودند. جهت بررسی اینکه خودکنترلی بین BIS, BAS و تاب آوری نقش میانجی دارد از رگرسیون سلسله مراتبی و تحلیل مسیر استفاده گردید. در مدل اول BIS, BAS با ضریب تعیین ۰/۳۲۹ تاب آوری را پیش‌بینی کرد و در مدل دوم با ورود متغیر میانجی (خودکنترلی) ضریب تعیین به ۰/۳۳ تغییر کرد و مقدار F change محاسبه شده در سطح ۹۵ درصد اطمینان از لحاظ آماری معنادار نبود که بیانگر عدم نقش میانجی خودکنترلی در رابطه ی BAS و BIS با تاب آوری بود (۰/۲۷). اثر کلی و اثر مستقیم BAS ۰/۳۳، اثر کلی و اثر مستقیم BIS ۰/۳۰ هست که اثر کلی و اثر مستقیم BAS

¹ Behavioral activation service

² Behavioral Inhibition System

³ Fight-Flight-Freezing System

منفی بین هر ۳ بعد حساسیت پردازش حسی و ناگویی خلقی واسطه می باشد. بعبارت دیگر ناگویی خلقی پدیده پیچیده ای است که عوامل مختلفی در آن دخیلند که از جمله آنها شخصیت و هیجان می باشد بنابراین باید از این متغیرها جهت پیش بینی ناگویی خلقی استفاده نمود.

و رابطه بین سیستم فعال سازی رفتاری و ناگویی خلقی مستقیم اما ضعیف می باشد (۲۵)؛ و نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که، عاطفه مثبت و منفی بین سیستم فعال ساز/ بازدارنده رفتاری و ناگویی خلقی واسطه می شود، همچنین عاطفه مثبت بین سهولت تحریک و حساسیت زیبایی شناختی با ناگویی خلقی و عاطفه

References

1. Moazen, S., Fallah, P. A., Flett, G., & Saafi, M (2009). The Comparison of Brain/Behavioral Activity & Dimensions of Perfectionism in CHD & Normal Subjects.
2. Nyklíček, I., & Vingerhoets, A. J. (2000). Alexithymia is associated with low tolerance to experimental painful stimulation. *Pain*, 85(3), 471-475.
3. Liss, M., Mailloux, J., & Erchull, M. J. (2008). The relationships between sensory processing sensitivity, alexithymia, autism, depression, and anxiety. *Personality and individual differences*, 45(3), 255-259.
4. Shareh, H., & Alimoradi, A. (2013). Brain Behavioral Systems, Metacognitive Beliefs, and Thought Control Strategies in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder.
5. Davise, P. (2011). What has imagine tought us about migraine? *Maturitas*, 70, 34-36.
6. Narimani, M., and Vahidi, Z. (2013), A Comparative Study of Personality Traits in Patients with Migraine Headaches and Healthy Individuals at the International Psychosomatic Congress of Islamic Azad University, Branch of the Millon III Multi-Axis Clinical Questionnaire.
7. Locunic, R., Barltoloni, M., Taffy, R., & Vignini, A. (2007). Prognostic significance of personality profile in patients with chronic migraine. *Headache*, 47, 1118-1124.
8. Parvaz, Y., Parvaz, S., and Jahanbazinejad, Str. (2011) (Comparative Study of Personality Traits in Migraine Patients and Healthy Individuals Personality Traits in Patients with Migraine and Healthy Clinical Psychology. 61-79, 3
9. Gray J.A.(1991). Neural systems, emotion and personality. In: Madden J editor. *Neurobiology of learning, emotion, and affect*. 4th ed. New York: Raven Press; P. 273-306.
10. Macfarland, Shankman, Tenke, Bruder & Klein. (2006). Behavioral activation system deficits predict the six-month course of depression. *J Affect Disord*. 91(2-3):229-34.
11. Allen JJ, Coan JA, Nazarian M. Issues and assumptions on the road from raw signals to metrics of frontal EEG asymmetry in emotion. *Biological Psychology*. 2004 Oct;67(1-2):183-218. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2004.03.007.
12. Bruder GE, Fong R, Tenke CE, et al. Regional brain asymmetries in major depression with or without an anxiety disorder: a quantitative electroencephalographic study. *Biological Psychiatry*. 1997 May;41(9):939-948.
13. Campbell-Sills L, Liverant GI, Brown TA. Psychometric evaluation of the behavioral inhibition/behavioral activation scales in a large sample of outpatients with anxiety and mood disorders. *Psychological Assessment*. 2004 Sep;16(3):244-254.
14. Davidson RJ. Anterior cerebral asymmetry and the nature of emotion. *Brain and Cognition*. 1992 Sep;20(1):125-151.
15. Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 585–599.
16. Mansouri Z, Mousavi Nasab M, Shamsuddin Lori L (1), Investigating the Role of Resilience Intermediates in the Relationship between Personality Characteristics and Attitude to Crime, *Journal of Mental Health Principle*, 17(3): 103-110.
17. Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of personality and social psychology*, 86(2), 320–333. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>
18. Reeve, J. (2005). *Understanding motivation and emotion*. New York:Wiley.
19. Garnefski, N. , Kraaij, V. , Spinhoven, P. (2002). CERQ: Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Datec, Leiderdorp, The Netherlands
20. TAYLOR GJ, PARKEH JDA, BACBY RM. ACKLIN MW. Alexithymia and somatic complaints in psychiatric outpatients. *J Psychosojn Res* 1992; 36: 417-424.
21. Alloy LB1, Abramson LY, Walshaw PD, Cogswell A, Grandin LD, Hughes ME, Iacoviello BM, Whitehouse WG, Urosevic S, Nusslock R, Hogan ME. (2008). Behavioral Approach System and Behavioral Inhibition

- System sensitivities and bipolar spectrum disorders: prospective prediction of bipolar mood episodes. *Bipolar Disord.* 10(2):310-22.
22. . Jafar Hassani 1, Samarand Salehi 2, Murad Rasouli Azad.(2013) Psychometric Features of Jackson's Five Factor Questionnaire: Reviews of Revised Theory Sensitivity to Reinforcement•13(3)
Mahnaz Shahgholian 1, Dr. Alireza Moradi, Dr. Seyed Musa Kafi.(1391)
 23. The relationship between Alexia-Thymia and styles of expressing excitement and general health in students,13(3)
 24. Dr. Siamak Samani, Dr. Bahram Jokar, Narges Sahragard,(1391)Resilience, mental health and life satisfaction,13(3)
 25. Richards, H. L., Fortune, D. G., Griffiths, C. E. M., & Main, C. J. (2005). Alexithymia in patients with psoriasis: clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 89-96.
 26. Mahmoodi, N., Abdollahi, M. N., & Shahgholian, M. (2014). The Relationship between Brain/Behavioral Systems and Alexithymia by the Mediating Role of Positive and Negative Affect. *Journal of Research in Psychological Health*, 8(3).11- 20.
 27. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behavior Research and Therapy*. 2012;50(6):367-73
 28. Neklik et al Sood, A., Sharma, V., Schroeder, D. R., & Gorman, B. (2014). Stress Management and Resiliency Training (SMART) Program among Department of Radiology Faculty: A Pilot Randomized Clinical Trial.

Original Article

Behavioral and Resilience Brain Systems Activity with Emphasis on Mediated Role Emotional comprehension in patients with tension headache

Received: 02/03/2019 - Accepted: 05/05/2020

Elahe Poorakbaran¹
Jafar Hasani^{2*}
Mahdi Ghasemi Motlagh³

¹ Department of General Psychology,
Bojnourd Branch, Islamic Azad
University, Bojnourd, Iran.

²Associate Professor, Department of
Clinical Psychology, Faculty of
Psychology and Educational Sciences,
Kharazmi University of Tehran, Iran

³Professor Assistant Professor,
Department of General Psychology,
Bojnourd Branch, Islamic Azad
University, Bojnourd, Iran

Email: Hasanimehr57@yahoo.com

Abstract

Introduction: Nowadays, due to changing urban life style and its complications, especially stressful urban living conditions, the conditions for various diseases, including headache, have been provided. Although headache has a wide variety of forms, but its two main types are migraine headaches and tension headaches that have been studied in this study.

Materials and Methods: This study was a correlational study. The population was studied by stress disorder patients in Mashhad in 1997. Neurology clinics as well as neurosurgery offices, as well as zoologists and clinical psychologists, among whom 300 were randomly selected and accessed and exclusion criteria were considered.

Results: The results showed that behavioral activation system had a direct effect on resiliency. Behavioral inhibition as the second subsystem of brain-behavioral systems has a negative effect on resiliency and the War and Escape system as a third subsystem has a positive effect on resilience.

Conclusion: According to the results of this study, there is a positive and significant relationship between behavioral inhibition system and emotional exhaustion and headache. Also, emotional exhaustion is associated with impaired emotional regulation.

Key words: Behavioral Brain System, Resiliency, Emotional Consciousness, Patients with Tension Headache

Acknowledgement: There is no conflict of interest.