

## اثربخشی درمان فراشناختی بر ناگویی هیجانی و کاهش میزان استرس در بیماران مبتلا به میگرن

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۶/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۱۲/۱۱۲

### خلاصه

**مقدمه:** سردرد به عنوان یکی از رایج‌ترین شکایات‌ها در کلینیک‌های عصب شناختی است که در اثر کشش، جا به جایی، التهاب، اسپاسم عروق و یا اتساع ساختمانهای حساس به درد، در سر یا گردن ایجاد می‌شود هدف مطالعه ی حاضر بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر ناگویی هیجانی و کاهش میزان استرس در بیماران مبتلا به میگرن می‌باشد.

**روش کار:** روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل مبتلایان به سردرد میگرنی مراجعه کننده به کلینیک‌ها و مطب‌های تخصصی مغز و اعصاب شهر زاهدان در سال ۹۸ بود که به صورت غیر تصادفی و در دسترس ۳۰ نفر از این بیماران انتخاب شده و در نهایت به صورت تصادفی در دو گروه، درمان فراشناختی ۱۵ نفر، و گروه گواه ۱۵ نفر قرار گرفتند. پرسشنامه ناگویی هیجانی (۱۹۹۶) و مقیاس مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS): فکری (۱۹۹۱) قبل از درمان روی هر ۲ گروه اجرا گردید.. و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند ارزیابی پیگیری نیز سه ماه پس از اتمام درمان صورت گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. و از نرم افزار spss 22 استفاده شد.

**نتایج:** تحلیل داده‌ها نشان داد که در مرحله پس آزمون، میزان استرس افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی داری کاهش یافت ( $p > 0/05$ ). همچنین یافته نشان می‌دهد که درمان فراشناختی در کاهش علائم استرس و در نتیجه بهبود سردرد و نیز بازگشت حملها تاثر زیادی داشت ( $P > 0/05$ ). و نیز میانگین نمرات ناگویی هیجانی در گروه آزمایش پس از انجام مداخله نسبت به گروه کنترل بسیار کاهش یافت.

**نتیجه گیری:** بر اساس نتایج پژوهش حاضر، آموزش گروهی کاهش استرس مبتنی بر درمان فراشناختی، میتواند در کنترل استرس و اضطراب و کاهش میزان استرس در بیماران مبتلا به میگرن موثر باشد و نیز درمان فراشناختی هم از لحاظ آماری و هم بالینی به طور معنی داری موجب کاهش باورهای فراشناختی مبتلایان به سردرد میگرنی در مرحله پس از درمان و بعد از آن گردید.

**کلمات کلیدی:** استرس، درمان فراشناختی، ناگویی هیجانی، میگرن

غلامرضا ثناگوی محرر<sup>۱</sup>

مژگان عرفانی\*<sup>۲</sup>

اعظم اکبری زاده<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> استادیار، گروه روانشناسی، عضو هیئت علمی دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زاهدان، زاهدان، ایران.

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد زاهدان، زاهدان، ایران.

Email: erfanimozhgan235@gmail.com



## مقدمه

بیماری میگرن از جمله بیماری‌های ناتوان کننده است که نشانه اصلی آن سردردی است که طی مدت طولانی معمولاً از ۴ تا ۷۲ ساعت به طول می‌انجامد؛ و منجر به مشکلاتی نظیر تهوع، گرز از نور، سروصدا است. که در زمان حمله باعث مشکلاتی در عملکرد روزانه شخص می‌شود (۱).

سردرد به عنوان یکی از رایج‌ترین شکایت‌ها در کلینیک‌های عصب شناختی، در اثر کشش، جا به جایی، التهاب، اسپاسم عروق و یا اتساع ساختمان‌های حساس به درد، در سر یا گردن ایجاد می‌شود این عارضه شایع‌ترین سندرم درد است و بیش از ۹۰٪ انسان‌ها در طول سال حداقل یک حمله سردرد را تجربه می‌کنند (۲).

سردردهای میگرنی، با وجود شیوع کمتر نسبت به سردردهای تنشی، دارای شدت بیشتر و قدرت ناتوان کننده بالاتری اند و موجب اختلال در سیستم خودکار بدن می‌شوند. این نوع از سردرد که به صورت یک طرفه و اغلب ضربان‌دار، تظاهر می‌یابد و معمولاً شامل سردرد، تهوع، استفراغ و دیگر نشانه‌های اختلال کارکرد عصبی است، در آغاز، به صورت دوره‌ای و مرتبط با تنش است، ولی می‌تواند در شکل مزمن، تقریباً روزانه، رخ دهد. فراوانی جهانی این سندرم در مردان ۶-۴ درصد، در زنان ۶۱-۲۱ درصد و در مجموع، ۵۱-۲۱ درصد است (۳).

سردردهای تنشی و میگرنی جمعاً دو سوم انواع مختلف سردرد را تشکیل می‌دهند (۴) و این عارضه نهمین علت مراجعه به پزشک می‌باشد (۵). از اواخر دهه ۱۹۷۰، درمان‌های روانشناختی در زمینه سردرد، مورد توجه قرار گرفته است (۶) و مطالعات زیادی بر روی اثرات بیولوژیکی، محیطی، عوامل روان شناختی و اجتماعی بر حملات سردرد انجام گرفته است.

عمده‌ترین عاملی که به عنوان راه انداز سردرد، در بیماران مبتلا به میگرن و سردرد تنشی گزارش شده، استرس روانشناختی است و تحقیقات بسیاری این رابطه را تأیید کرده‌اند (۷).

سردرد شدید می‌تواند در نحوه انجام کار و زندگی فردی و اجتماعی افراد تأثیرگذار باشد و در طولانی مدت در کیفیت زندگی تأثیری منفی به جا بگذارد (۸).

پژوهش‌های جدید نشان می‌دهد که مدل‌های فراشناختی یکی از این مداخله‌ها است. درمان فراشناختی که کمتر از دو دهه از عمر آن می‌گذرد به انقلابی در درمان‌های اختلال‌های هیجانی منجر شده است. فراشناخت به دانش درباره‌ی تفکر و شناخت و عواملی که بر افکار اثر می‌گذارد اشاره دارد. دیدگاه نظری و درمانی فراشناخت بر باورها و تفکرات منفی به عنوان نتیجه کنترل فراشناختی شناخت تأکید می‌کند و بیان می‌کند که چگونه فراشناخت در تداوم و تغییر شناخت مؤثر است.

روند اصلی رویکرد فراشناختی این است که اختلال روان شناختی تا چه حد به برخی از افکار، گسترش یافته و به طور مداوم باز پردازش می‌شوند و یا برخی به سادگی رها می‌شوند. این فرایند گزینش و کنترل سبک‌های تفکر مبتنی بر فراشناخت است که به نحو برخورد با تجارب درونی نیز مربوط می‌شوند (۹).

درمان فراشناختی<sup>۱</sup> (MCT) یک روش نسبتاً جدید و امیدوارکننده برای درمان اختلالات هیجانی است. نظریه فراشناختی بیان می‌کند که اختلال روانی ناشی از الگوی پاسخ انعطاف‌ناپذیر و ناسازگار به رویدادهای شناختی است که به عنوان «سندرم شناختی توجه» (CAS) نام گذاری شده است (۱۰).

در همین راستا ناگویی هیجانی یکی از واضح‌ترین سازه‌هایی می‌باشد که به منظور بررسی مشکلات مرتبط با پردازش و تنظیم هیجان و نیز اختلالات اضطرابی مورد مطالعه قرار گرفته است (۱۱).

مفهوم ناگویی هیجانی به ویژگی‌های خاص در پردازش هیجانی بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی اشاره دارد و به عنوان نارسایی در پردازش شناختی و تنظیم حالات هیجانی در نظر گرفته شده است (۱۲).

! Cognitive Attentional Syndrome

! Metacognitive therapy

۱۵ نفر قرار گرفتند. پرسشنامه ناگویی هیجانی (۱۹۹۶) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS و بر اساس ملاک‌های شمول و خروج انتخاب شدند.

پیش از شروع جلسات و با اخذ رضایت آگاهانه، برای شرکت کنندگان دو گروه انجام شد. آنها همچنین پرسشنامه اضطراب و استرس و نیز پرسشنامه ناگویی هیجانی را نیز تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش به مدت هشت جلسه به صورت هفتگی (طبق جدول ۱) تحت آموزش گروهی کاهش استرس مبتنی بر باورهای فراشناختی قرار گرفت. پس از پایان جلسات هر دو گروه اقدام به هردو پرسشنامه نموده و این فرایند ۳ ماه به طول انجامید و در نهایت یافته‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تحلیل قرار گرفت.

### ابزارهای پژوهش:

۱- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس: (DASS)

این مقیاس توسط لویباند و لویباند برای اندازه گیری همزمان شدت

افسردگی، اضطراب و استرس افراد ساخته شده است. این مقیاس شامل ۳ خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس است که هر کدام ۱۴ سؤال دارند و در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای نمره گذاری می‌شوند. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های این آزمون به شرح زیر است: افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و استرس ۰/۸۱

نمره گذاری این مقیاس در طیف چهاردرجه‌ای از هیچوقت صفر تا همیشه (۳) صورت می‌گیرد. نمرات بالاتر در هر خرده مقیاس نشان دهنده وضعیت نامطلوب‌تر فرد در آن خرده مقیاس است و بالعکس. روایی و پایایی این مقیاس در مطالعه اصلی از طریق همبستگی میان نمرات آن با آزمونهای افسردگی و استرس به تأیید رسیده و آلفای کرونباخ ۰/۴۸ تا ۰/۹۱ برای آن گزارش شده است. پایایی زیر مقیاس‌ها نیز از ۰/۷۷ تا ۰/۷۹ گزارش شد.

شیوع ناگویی هیجانی در بین جمعیت عمومی بزرگسال ۱۴ تا ۱۹ درصد تخمین زده می‌شود. همچنین پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به سردرد، نمرات بالاتر در ناگویی هیجانی دارند.

ناگویی هیجانی را از نوع روان شناختی در نظر می‌گیرند که آن را می‌توان به دو بعد شناختی و خلقی تقسیم کرد. بعد شناختی آن با مشکلاتی در تشخیص، ابزار کلامی و تحلیل احساسات مشخص می‌شود و بعد خلقی آن کاهش سطوح تجارب و تصویر سازی ذهنی از هیجان‌ات را شامل می‌شود (۱۳).

همچنین به وسیله اشتغال ذهنی به جزئیات بسیار ریز حوادث بیرونی به جای توجه به احساس‌ها، تخیلات و دیگر جنبه‌های تجربه درون قابل شناسایی است و اما منظور از ابراز وجود، رفتاری است که شخص را قادر می‌سازد به نفع خود عمل کند، بدون هرگونه اضطرابی روی پاهای خود بایستد، احساسات واقعی خود را صادقانه ابراز کند و با توجه نمودن به حقوق دیگران حق خود را بگیرد. 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 (۱۴).

لذا مطالعه حاضر به اثربخشی درمان فراشناختی بر ناگویی هیجانی و کاهش میزان استرس در بیماران مبتلا به میگرن می‌پردازد.

### روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل به صورت پیش آزمون-پس آزمون می‌باشد. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به میگرن که به کلینیک‌های تخصصی مغز و اعصاب و مراکز مشاوره زاهدان در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند و به صورت غیر تصادفی و در دسترس تعداد ۳۰ نفر از بیماران دچار میگرن طبق ارزیابی متخصصین و قطعی شدن بیماری انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه، درمان فراشناختی ۱۵ نفر، و گروه گواه

## ۲- پرسشنامه ناگویی هیجانی: منظور از ناگویی خلقی در

این پژوهش نمره‌ای است که فرد در مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20) کسب می‌کند.

در نسخه‌ی فارسی، ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی ۰/۸۵ و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۲ محاسبه شده است که نشانه‌ی همسانی درونی خوب مقیاس است قربانی، بینگ، واتسون، دویسون و ماک (۲۰۱۰) به نقل از شاهقلیان، مرادی و کافی، (۲۳) آلفای 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.

## پروتکل درمانی

این پکیج درمانی متعلق به ولز (۲۰۱۱)، می‌باشد که محقق به طور کامل از آن استفاده کرده است. تعداد جلسات درمانی ۸ جلسه بود و مدت هر جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه که هفته‌ای یک بار اجرا شد. در زیر محتوای هر یک از جلسات درمانی به تفکیک ارائه می‌شوند.

### جدول ۱ - محتوای جلسات آموزشی درمان فراشناختی

ولز (۲۰۱۱)

جلسات	محتوی جلسات آموزشی
جلسه اول	تدوین فرمول بندی موردی، معرفی مدل و آماده سازی، شناسایی و نامگذاری دوره‌های مدیریت استرس

جلسه دوم	مرور تکلیف خانگی، ادامه آمادسازی در صورت نیاز، تحلیل مزایا و معایب نگرانی واسترس شناسایی برانگیزاننده‌ها ی سردرد، چالش با فراشناخت‌های مربوط به کنترل ناپذیری، تمرین تکنیک آموزش توجه، بررسی سطح فعالیت و مقابله‌های اجتنابی
جلسه سوم	وارسی بکارگیری به تعویق انداختن استرس در مورد حداقل ۷۵٪ برانگیزاننده‌ها بیش از دو دقیقه طول نکشیدن دوره‌های استرس
جلسه چهارم	مرور تکلیف خانگی ی بررسی ماهیت پردازش مفهومی. آیا به نوع دیگری از پردازش تغییر یافته و هم چنان در حال پیشرفت است؟، بررسی مقابله‌های اجتنابی و غیر انطباقی و حذف آن، کار بر روی باورهای باقیمانده دربارهی نگرانی و ناگویی هیجانی:
جلسه پنجم	بررسی و چالش با باورهای منفی درباره ابراز احساسات و بیان آنها
جلسه ششم	کار بر روی تدوین برنامه‌های جدید، بررسی و تغییر ترس از بازگشت علائم، تمرین تکنیک آموزش توجه.
جلسه هفتم	کار بر روی باورهای فراشناختی باقیمانده، پیش بینی برانگیزاننده‌های آتی و بحث درباره نحوه استفاده از برنامه‌های جدید، برنامه ریزی جلسات تقویتی.
جلسه هشتم	

## نتایج

میانگین سنی این افراد ۳۳ سال و بیش‌ترین فراوانی در تحصیلات دیپلم بود حدود ۴۰ درصد شاغل و مابقی فاقد شغل بودند از این تعداد ۶۰ درصد متأهل و مابقی مجرد و یا متارکه کردند و تمامی بیماران از نظر جنسیت زن بودند.

همان‌طور که در جدول ۱ - ملاحظه می‌شود میانگین ناگویی هیجانی و نیز میزان استرس در بیماران در گروه درمان فراشناختی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش یافته و از پس‌آزمون به پیگیری اندکی افزایش یافته است. در گروه گواه کاهشی در میانگین در پس‌آزمون ایجاد نشده است.

## جدول ۲- شاخص‌های توصیفی ناگویی هیجانی و استرس در گروه‌های آزمایشی و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
ناگویی هیجانی	درمان فراشناختی	۴۹/۱۵	۸/۳۳	۳۴/۶۵	۸/۳۰	۳۶/۶۴	۷/۴۲
	آزمایش	۵۳/۰۲	۱۱/۰۱	۵۲/۶۶	۱۳/۶۶	۵۵/۵۳	۱۴/۶۷
استرس و اضطراب	درمان فراشناختی	۲۵/۵۶	۶/۸۳	۲۴/۳۴	۴/۱۶	۱۵/۶۱	۵/۲۶
	گواه	۲۶/۹۳	۷/۷۱	۲۹/۵۳	۸/۱۹	۳۱/۱۳	۹/۵۱

## جدول ۳- تحلیل واریانس ناگویی هیجانی و میزان استرس در پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایشی و گواه

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
ناگویی هیجانی	بین گروهی	۴۲/۵۷۹	۲	۴۵/۷۸۵		
	درون گروهی	۳۸۸۳/۴۰۷	۳۹	۱۱۵/۲۱۶	۰/۳۸۲	۰/۶۸۵
	کل	۳۹۷۷/۹۷۶	۴۱			
استرس	بین گروهی	۳/۹۴۹	۲	۲/۴۷۵		
	درون گروهی	۲۷۸۸/۶۷	۳۹	۶۸/۹۴۰	۰/۰۳۶	۰/۸۶۵
	کل	۲۷۹۳/۶۱	۴۱			

ناگویی هیجانی تأثیر دارد و به طور معناداری باعث بهبود این نشانه‌ها می‌شود.

همچنین میزان استرس بعد از انجام درمان بر روی بیماران به طرز چشم‌گیری کاهش پیدا کرد که به تبع آن دوره‌های عود سردرد و حمله‌های میگرنی کاهش یافتند همچنین بیماران در طی درمان یاد گرفتند که احساسات خود را چطور بیان کنند و به این علت نشخوار فکری و باورهای نادرست و مزاحم کاهش یافت.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر، همسو با پژوهش‌های قبلی (رادانت، روسو، ۲۰۱۸). این است که ناگویی هیجانی افراد مبتلا به سردرد به صورت معناداری کمتر از افراد عادی است. ناگویی هیجانی متغیر تعیین کننده پاسخ‌های فرد به موقعیت‌های مختلف است که این تعیین‌کنندگی در موقعیت‌های استرس‌زا و پرفشار بیشتر می‌شود.

نتایج جدول ۲ گویای آن است که در پیش‌آزمون تفاوت معناداری در ناگویی هیجانی ( $F=0/382, P=0/685$ )، کاهش استرس ( $F=0/865, P=0/036$ ) در ۲ گروه درمان فراشناختی و گروه گواه وجود ندارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

افرادی هستند 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 مویید این است که ریشه بیماری در جای دیگری است (روسیس، ۲۰۱۰).

نتایج پژوهش نشان داد، درمان فراشناختی بر کاهش میزان استرس و ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به میگرن موثر است و این کاهش را تا ۳ ماه پس از پایان درمان حفظ کردند. نتایج پژوهش حاضر در راستای پژوهش ولز و همکاران است. در پژوهش مذکور درمان فراشناختی در طی ۸ جلسه بر روی گروهی از افراد مبتلا به سردرد میگرن انجام شد. نتایج نشان داد که این درمان بر کاهش نشانه‌های استرس و

های خود، به عنوان (سروصدهایی) برخورد کنند و باعث وقفه افکار مزاحم به ذهن و در نتیجه ایجاد اضطراب و در نهایت عود سردرد شوند.

ولز اذغان می‌کند باورهای فراشناختی از مهم‌ترین عوامل ایجاد کننده و تداوم دهنده در اختلال‌های هیجانی بوده و شکلی کلی از آسیب شناسی اختلال‌های اضطرابی می‌باشد و سردردها اعم از میگرنی یا تنشی که در طبقه اختلالات سایکو سوماتیک قرار دارند و منشأ اصلی شان اضطراب و استرس می‌باشد (۱۹۹۳).

در مجموع با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های همسو با آن می‌توان از درمان فراشناختی به صورت گروهی برای کمک به بیماران مبتلا به میگرن و افراد دارای استرس و اضطراب در حوزه بهداشت روان استفاده نمود.

محققان نشان داده‌اند افراد دارای ناگویی هیجانی، به دلیل محدودیت‌های شناختی در تنظیم هیجانات، با احساسات غیر قابل کنترل درهم شکسته می‌شوند و در نهایت، تلاش میکنند از طریق رفتارهای خودتحریکی غیرانطباقی هیجانات خود را تنظیم کنند (کاروویکی، ۲۰۱۰).

در تبیین اثر درمان فراشناختی، پاپاجورجیو و ولز (۲، ۳) معتقدند درمان فراشناختی باید مقدمه درمان شناختی باشد و در آن باورهای مثبت و منفی پیرامون کاهش استرس مورد چالش قرار گیرد.

در درمان فراشناختی، تکنیک آموزش توجه به کسب آگاهی و کنترل انعطاف پذیری بر کاهش میزان استرس کمک می‌کند. در جریان کنترل انعطاف پذیری توجه به بیمار آموزش داده می‌شود تا با افکار مزاحم درونی (برانگیزاننده

## منابع

- عیسی زادگان، علی، میکائیلی، فرزانه، منبع نورین، افراسیاب (۱۳۹۳) نقش سیستم های مغزی - رفتاری و حساسیت در ناگویی خلقی، مجله پژوهش‌های نوین روانشناختی تبریز تاسستان ۹۳، شماره ۳۴
- فرج پور، عمران، علیلو، محمود، مجید، بخشی پور، عباس، ۱۳۹۷، بررسی روابط ساختاری بین باورهای فراشناختی و نشانه های اختلال و سواس فکری عملی، مجله پژوهش‌های نوین روانشناختی، دوره ۱۳، شماره ۵۲، زمستان ۱۳۹۷، ص ۲۵-۴۲
- آقا یوسفی، علیرضا، جوانمرد، غلامحسین، محمدی قره قوزلو، رقیه، (۱۳۹۷) سیستم های بازداری و فعال سازی رفتاری و برتری نیمکره ای در افراد با بدون ناگویی هیجانی، مجله روانشناسی بالینی و شخصیت، دوره ۱۶، شماره ۱، تابستان ۱۳۹۷
- بهروز، بهروز، امینی، کیانوش، شاکه نیا، فرحناز، عابدی، احمد، قاسمی، نظام الدین، (۱۳۹۲). ویژگی‌های همه گیرشناسی و بالینی سردردهای میگرنی و تنشی و برآورد شیوع در مراجعان به بیمارستان فارابی، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، دوره ۹، شماره ۱،
- بیات؛ فرزانه، بیات، لیلیا (۱۳۹۴). روابط ساختاری سوء مصرف مواد و سیستم های مغزی رفتاری: نقش واسطه ای ویژگی های شخصیتی، ناگویی هیجانی و سبک های دل بستگی. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، دوره نهم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۹۴
- مرضیه پهلوان، محمد علی بشارت، برجعلی، احمد، حجت الله فراهانی، ۱۳۹۸، پیش بینی شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن بر اساس ناگویی هیجانی: نقش واسطه ای سیستم بازداری رفتاری، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، بهار ۱۳۹۸، دوره ۲۵، شماره ۱، ص ۵۶-

## References:

- Amayo E, Jowi J, Njeru E. Migraine headaches in a group of medical students at the Kenyatta National Hospital, Nairobi. (1996) East African medical journal.;73(9):594-
- Agaibi CE, Wilson JP. Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. Trauma, Violence, & Abuse. 2005;6(3):195-216.
- Bostick, G.P., Carroll J.L., Brown, C. A, Harley, D, Gross, D. (2013). Predictive capacity of pain beliefs and catastrophizing in Whiplash Associated Disorder. Injury international Journal of Psychosomatic Research, 38, (2)p:234-239 Journal Care Injured; 44: 1465-.1741
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A. & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-1Item selection and cross-validation of the factor structure.
- Corr, P. J., & Perkins, A. M. (2006). The role of theory in the psychophysiology of personality: from Ivan Pavlov to Jeffrey Gray. International Journal of Psychophysiology, 62(3), 367-376.

- Cohen LM, McChargue DE, Collins FL. (2003) The health psychology handbook. 1 ed. London: Sage;: 101-24
- Gray JA.(1991) Brain systems that mediate both emotion and cognition. Special issue: Development of relationships between emotion and cognition. *Cognition and Emotion.*; (4): 269-288.
- Gray JA.(1994) Framework for taxonomy of psychiatric disorders. In: Cozen SHMV, Poll NEV, Sergeant J. Eds. *Emotions: Essays on emotion theory.* New Jersey: Erlbaum;. p. 29-59.
- Morrison AP, Pyle M, Chapman N, French P, Parker SK, Wells A.(2014) Metacognitive therapy in people with a schizophrenia spectrum diagnosis and medication resistant symptoms: a feasibility study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry.*;45(2):280284.
- Marttli TJ, Lipton RB (2018) The Headache-Attributed Lost Time (HALT) Indices: measures of burden for clinical management and population-based research. *J Headache Pain* 19(7)
- motor vehicle accident survivors. *Behav Res Ther* 2003. 41(1): 79-96.
- Roussis P, Wells A.(2010) Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences.* 2010;40(1):111-22.
- Rosenberg N, Rufer M, Lichev V, Ihme K, Grabe H-J, Kugel H, et al. (2016) Observer-Rated alexithymia and its relationship with the five-factor-model of personality. *Psychol Belg.*; 56(2): 118-134
- Wells A, Carter K.(2001) Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior therapy*;32:85-102
- Wells A(1994). A multi-dimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety, Stress and Coping.*;6(4):289-99.
- Zaza Katsarava, Dawn C. Buse, Aubrey N. Manack, and Richard B. Lipton (2011,) Defining the Differences Between Episodic Migraine and Chronic Migraine, *The Journal Current Pain and Headache Reports*, 16(1): 86-92
- Zisserson, R. N., & Palfai, T. P. (2014). Behavioral Activation System (BAS) sensitivity and reactivity to alcohol cues among hazardous drinkers. *Addictive behaviors*, 32(10), 2178-2186



## Original Article

### The effectiveness of metacognitive therapy for emotional burnout and stress reduction in migraine patients

Received: 20/09/2020 - Accepted: 02/03/2021

Gholamreza Sanagoye Moharrar<sup>1</sup>  
Mozhgan Erfani<sup>2\*</sup>  
Azam Abarizade<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty Member, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Zahedan Branch, Zahedan, Iran.

<sup>2</sup> Ph.D. student of general psychology of Zahedan Azad University, Zahedan, Iran.

Email:  
erfanimozhgan235@gmail.com

#### Abstract

**Introduction:** Headache is one of the most common complaints in neurological clinics caused by traction, displacement, inflammation, vasospasm or dilation of pain-sensitive structures in the head or neck. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of treatment. Metacognitive is emotional burnout and stress reduction in patients with migraine.

**Material and methods:** The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included patients with migraine headache referred to specialized clinics and neurological clinics in Zahedan in 1998. 30 of these patients were selected non-randomly and finally randomly divided into two groups, metacognitive treatment of 15 patients. , And a control group of 15 people were included. Emotional Dysfunction Questionnaire (1996) and Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS): Intellectual (1991) were administered to both groups before treatment. The control group did not receive any intervention. Follow-up evaluation was also performed three months after treatment. done. Analysis of variance with repeated measures was used to analyze the data. And SPSS 22 software was used.

**Results:** Data analysis showed that in the post-test phase, the amount of stress in the experimental group was significantly reduced compared to the control group ( $p < 0.7$ ). The findings also show that metacognitive therapy had a great effect on reducing stress symptoms and thus improving headache and relapse ( $P > 0.05$ ).

**Conclusion:** Based on the results of the present study, group training on stress reduction based on metacognitive therapy can be effective in controlling stress and anxiety and reducing stress in patients with migraine and metacognitive therapy is both statistically and clinically significant. Dari reduced the metacognitive beliefs of patients with migraine headache in and after treatment.

**Key words:** Stress, Metacognitive therapy, Emotional dysphoria, Migraine