

## **The effectiveness of transdiagnostic treatment on pain anxiety, distress intolerance and sleep disorders in psychosomatic patients who suffer from migraine**

**Leila Khorshidi Nazlou<sup>1</sup>, Mahin Etemadiny<sup>2</sup>, Gholamreza Chalabianloo<sup>3</sup>, Ali Khademi<sup>4</sup>, Rahim Khalilzadeh<sup>5</sup>**

1- PhD Student, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran (Corresponding Author). E-mail: Mahin\_etemadi@yahoo.com

3- Associate Professor, Department of Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.

4- Associate Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

5- Assistant Professor, Department of Psychiatry, University of Urmia, Urmia, Iran.

**Received:** 17/04/2022

**Accepted:** 20/08/2022

### **Abstract**

**Introduction:** Migraine headache is a common, painful, severe and debilitating in chronic conditions which can be characterized by recurrent and unilateral moderate to severe attacks.

**Aim:** The aim of this study was to determine the effectiveness of transdiagnostic treatment on pain anxiety, distress intolerance and sleep disorders in psychosomatic patients who suffer from migraine.

**Method:** The present study was a quasi-experimental study that benefited from a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included patients with migraine referred to a psychiatrist in Urmia in the second half of 2020, who were randomly divided into control and experimental groups with 15 patients in each group. Measurement tools included Distress Intolerance Questionnaire (Simmons & Gaher, 2005), Pain Anxiety Scale (McCracken & et al, 1992) and Sleep Disorders Questionnaire (Mohammadi & et al, 2009). Data were analyzed using multivariate analysis of covariance in SPSS-26 software.

**Results:** The results showed that considering ETA squares, there was a statistically significant difference between the control and experimental groups ( $p < 0.001$ ). Therefore; it can be claimed that changes and improvements in about 92% of pain anxiety, 91.6% of distress intolerance and 82.1% of sleep disorders have been due to the effectiveness of transdiagnostic treatment intervention.

**Conclusion:** The results showed that transdiagnostic treatment can be used in conjunction with drug interventions for migraine patients who can also be effective in reducing emotional symptoms, pain anxiety, distress intolerance and sleep disorders in these individuals.

**Keywords:** Transdiagnostic treatment, Pain anxiety, Distress intolerance, Sleep disorders, Migraine

---

**How to cite this article:** Khorshidi Nazlou L, Etemadiny M, Chalabianloo Gh, Khademi A, Khalilzadeh R. The effectiveness of transdiagnostic treatment on pain anxiety, distress intolerance and sleep disorders in psychosomatic patients who suffer from migraine. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2022; 9 (4): 67-81. URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1415-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

## اثربخشی درمان فرا تشخیصی بر اضطراب درد، عدم تحمل پریشانی و اختلالات خواب در بیماران سایکوسوماتیک مبتلا به میگرن

لیلا خورشیدی نازلو<sup>۱</sup>، مهین اعتمادی نیا<sup>۲</sup>، غلامرضا چلیپانلو<sup>۳</sup>، علی خادمی<sup>۴</sup>، رحیم خلیل زاده<sup>۵</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران (مولف مسئول). ایمیل: Mahin\_etemadi@yahoo.com

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی، آذربایجان، تبریز، ایران.

۴. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

۵. استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۵/۲۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۱/۲۸

### چکیده

**مقدمه:** سردرد میگرنی یک بیماری شایع، دردناک و در موارد شدید و مزمن ناتوان کننده است که با حملات مکرر، یک طرفه و با شدت متوسط تا شدید مشخص می شود.

**هدف:** هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فرا تشخیصی بر اضطراب درد، عدم تحمل پریشانی و اختلالات خواب در بیماران سایکوسوماتیک مبتلا به میگرن بود.

**روش:** پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی که به صورت نیمه آزمایش با طرح پیش آزمون، پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به میگرن مراجعه کننده به متخصص اعصاب و روان شهر ارومیه در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۹ بود؛ که به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفر کنترل و آزمایش قرار گرفتند. ابزارهای اندازه گیری شامل: پرسشنامه عدم تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵)، مقیاس اضطراب درد (مک کراکن و همکاران، ۱۹۹۲) و پرسشنامه اختلالات خواب (محمدی و همکاران، ۱۳۸۸) بود. داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که با در نظر گرفتن مجذور اتا، می توان گفت حدود ۹۲ درصد اضطراب درد، ۹۱/۶ درصد عدم تحمل پریشانی و ۸۲/۱ درصد اختلالات خواب، این تغییرات یا بهبود ناشی از تأثیر آزمایش اثربخشی درمان فرا تشخیصی بوده است؛ بنابراین بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** یافته ها نشان داد که درمان فرا تشخیصی می تواند همراه با مداخلات دارویی برای بیماران میگرن استفاده شود و در کاهش علائم هیجانی، اضطراب درد، عدم تحمل پریشانی و اختلالات خواب این افراد موثر واقع شود.

**کلیدواژه ها:** درمان فرا تشخیصی، اضطراب درد، عدم تحمل پریشانی، اختلالات خواب، میگرن

## مقدمه

در چند دهه اخیر نوع جدیدی از بیماری‌ها تحت عنوان اختلالات سایکوسوماتیک<sup>۱</sup> (روان‌تنی) ظهور کرده‌اند که عوامل هیجانی و روانی در ایجاد آن‌ها دخیل هستند (چراغیان، کیانی، شریف، گیوی و مؤمنی، ۱۴۰۰). این اختلالات در برگیرنده تعاملات میان ذهن و بدن هستند و در آن‌ها مکانیسم‌های ناشناخته روانی یا مغزی نیز وجود دارند که تغییرات جزئی یا غیرقابل شناسایی در شیمی عصبی، فیزیولوژی عصبی، ایمنی‌شناسی عصبی ایجاد می‌کنند و باعث بروز این بیماری‌ها می‌گردند (محمودی و ملک‌شاهی، ۱۳۹۱).

یکی از انواع اختلالات روان‌تنی شایع، میگرن<sup>۲</sup> است که موجب تخریب عملکرد اجتماعی و شغلی افراد می‌گردد (استینر، استونر، واس، جنسن و کاتاساروا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). میگرن یکی از اختلالات نورولوژیک مزمن بوده که به عنوان یک بیماری سایکوماتیک، از انواع شایع سردرد است که به صورت سردردی عود کننده، ضربان‌دار و معمولاً یک طرفه در فواصل حملات بدون درد بروز نموده و به مدت ۲۴-۷۲ ساعت طول می‌کشد (بالاداسی، لوچسی، کافالی، پولاتی و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵).

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند افرادی که مبتلا به میگرن هستند در مقایسه با افراد سالم، الگویی از سرزنش، خشم و پرخاشگری را در واکنش‌های عاطفی و هیجانی نشان می‌دهند (جوهری فرد، گلی و برومند، ۲۰۱۴). احساس اضطراب در بین مبتلایان به سردرد میگرن بسیار شایع است، اضطراب رایج‌ترین اختلال روانپزشکی همبود با میگرن است و نرخ شیوع آن در افراد مبتلا به میگرن

۲۵/۵ تا ۵۷/۶ درصد گزارش شده است (سانگ، چو، کیم، یانگ، یان و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷). بر این اساس، از یک سو، درد عواطف منفی را به دنبال دارد و از سویی دیگر، عاطفه منفی به نوبه خود باعث تداوم درد می‌شود. درد با هیجاناتی از قبیل خشم و ترس و نگرانی مرتبط است (اسدی مجره و سپهریان آذر، ۱۳۹۶). از طرف دیگر، بروز سردردهای میگرنی به شکل معمول با آسیب‌های روانشناختی و هیجانی نیز همراه است (المرزوقی، چیلکات و مک کراکن<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷). وقتی، بیمار اضطراب مرتبط با درد را کنترل می‌نماید، از پیش‌بینی این که محرک تهدید کننده‌ای ممکن است راه‌انداز درد او باشد یا دردش را افزایش دهد، احساس تنش و اضطراب می‌کند. این در حالی است که ترس، پاسخی آنی به آن تهدید است (هوایی، کاظمی، حبیب الهی و ایزدخواه، ۱۳۹۵). در این راستا افراد مبتلا به میگرن، از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه مانند اجتناب و سرکوبی، پنهان کردن یا نادیده گرفتن هیجانات جهت کنترل بیماری استفاده می‌کنند. تلاش برای کنترل و سرکوب هیجانی موجب افزایش و تداوم احساساتی می‌شود که فرد تلاش می‌کند کاهش دهد.

درمان فراتشخیصی یکپارچه به بیماران می‌آموزد که چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مواجه شده و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند؛ یعنی یاد می‌دهد که چگونه بیمار میگرنی، موقعیت‌های هیجانی را ارزیابی منطقی نموده و از این طریق به تنظیم مؤثر هیجانی خود کمک کنند. این کار، جذب شدن در هیجانات منفی را کاهش می‌دهد و هیجانات مثبت را توسعه می‌دهد. زمانی که افکار و هیجانات منفی افراد مبتلا به

<sup>۱</sup>- Psychosomatic (psychosomatic)

<sup>۲</sup>- Migraine

<sup>۳</sup>- Steiner, Stovner, Vos, Jensen & Katsarava

<sup>۴</sup>- Baladasi, Lucci, Cafali, Polati & et al

<sup>۵</sup>- Song, Cho, Kim, Yang, Yan & et al

<sup>۶</sup>- Almarzooqi, Chilcot & McCracken

فرا تشخیصی از طریق، تعدیل پریشانی هیجانی، نشانه‌های تنش و استرس بیمار را کاهش می‌دهد و با این کاهش به بهبود سردرد هم کمک می‌کند (پرازا، اسمیت، گری، مانینگ، بوکner و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹).

با توجه به اینکه خواب با کیفیت نقش مهمی در سلامتی و بهزیستی زندگی افراد دارد حملات میگرنی موجب اختلال در اختلالات خواب و تأثیر بر خلق و خو می‌شود (اوزدمیر، بویسان، سلوی، ییلدیرم و ییلماز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). کیفیت خواب<sup>۴</sup>، یک سازه بالینی است و از شاخص‌های ذهنی مربوط به چگونگی تجربه خواب تشکیل می‌شود از جمله رضایت از خواب و احساسی که پس از برخاستن از خواب ایجاد می‌شود (هدایت و عارفی، ۱۳۹۴). خواب بی کیفیت ضعیف بعد از سردرد و اختلالات گوارشی، در رتبه سوم مشکلات افراد دارای میگرن قرار دارد و از شکایات شایع و دلیل مراجعه افراد به پزشکان و روانشناسان است (آکمن، یاووزن، سوگن، الیدوکوز و ییلماز<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵). یافته‌ها هم نشان می‌دهد که کیفیت خواب با سردردهای میگرنی رابطه معناداری دارد و افرادی که از کیفیت خواب مناسبی برخوردارند سردردهای میگرنی کمتری را در طول زندگی خود کنترل می‌کنند (اسدنیا، سپهریان آذر، سعادت‌مند و موسی‌الرضایی اقدم، ۱۳۹۲).

یافته‌های حاصل بیانگر آن است که سردردهای میگرنی با کیفیت خواب کلی و زیر مقیاس‌های کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، اختلالات خواب، مصرف داروهای خواب‌آور و اختلال عملکرد روزانه همبستگی معنی‌داری دارند و اختلالات خواب، اختلال

میگرن کاهش یابد به تبع آن علائم سردردهای میگرنی نیز کاهش خواهد یافت چرا که افراد مبتلا به میگرن بیشتر از راهبردهای غیر انطباقی مثل کناره‌گیری، اجتناب و خود انتقادی استفاده می‌کنند و گرایش دارند محرک دردزا را فاجعه‌آمیز تلقی کنند. در این جریان، درمان فرا تشخیصی از طریق، تعدیل پریشانی هیجانی، نشانه‌های تنش و استرس بیمار را کاهش می‌دهد و با این کاهش به بهبود سردرد هم کمک می‌کند به طور کلی بسیاری از روانشناسان معتقد هستند که ناتوانی در برخورد مناسب با هیجانات مهم‌ترین عامل در آسیب‌شناسی روانی است (میلگرام، جوناتان و تامیر<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰).

افراد مبتلا به پریشانی‌های هیجانی از جمله بیماران میگرن، از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه مانند اجتناب و سرکوبی، پنهان کردن یا نادیده گرفتن هیجانات استفاده می‌کنند. تلاش برای کنترل و سرکوب هیجانی موجب افزایش و تداوم احساساتی می‌شود که فرد تلاش می‌کند کاهش دهد. درمان فرا تشخیصی یکپارچه به بیماران می‌آموزد که چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مواجه شده و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند؛ یعنی یاد می‌دهد که چگونه بیمار میگرنی، موقعیت‌های هیجانی را ارزیابی منطقی نموده و از این طریق به تنظیم مؤثر هیجانی خود کمک کنند (سرافراز و محبوب، ۱۳۹۸). زمانی که افکار و هیجانات منفی افراد مبتلا به میگرن کاهش یابد به تبع آن علائم سردردهای میگرنی نیز کاهش خواهد یافت چرا که افراد مبتلا به میگرن بیشتر از راهبردهای غیر انطباقی مثل کناره‌گیری، اجتناب و خود انتقادی استفاده می‌کنند و گرایش دارند محرک درد زا را فاجعه‌آمیز تلقی کنند. در این جریان، درمان

<sup>۲</sup>- Praza, Smith, Gary, Manning, Bookner & et al

<sup>۳</sup>- Ozdemir, Boysan, Selvi, Yildirim & Yilmaz

<sup>۴</sup>- Sleep quality

<sup>۵</sup>- Ackman, Yavuzen, Sukan, Elidokuz & Yilmaz

<sup>۱</sup>- Milgram, Jonathan & Tamir

اضطراب درد، عدم تحمل پریشانی و اختلالات خواب تاکنون مطالعه نشده؛ لذا خلأ تحقیقاتی در این راستا، وجود دارد و به همین جهت، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر اضطراب درد، عدم تحمل پریشانی و اختلالات خواب در بیماران سایکوسوماتیک مبتلا به میگرن پرداخته است.

## روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایش با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به سردرد میگرن مراجعه‌کننده به متخصص اعصاب و روان شهر ارومیه در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۹ بود که جهت شرکت در این پژوهش رضایت آگاهانه داشتند. نمونه شامل ۳۰ نفر از افراد مبتلا به میگرن بود که بعد از تشخیص نهایی توسط متخصص انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند (۱۲ نفر مرد و ۱۸ نفر زن با میانگین سنی ۲۹/۴۶ سال). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن بیماری میگرن، عدم ابتلا به اضطراب و افسردگی. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت بیش از دو جلسه، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند پژوهش بود. در این پژوهش روند تحقیق و نقش آزمودنی‌ها به طور شفاف به آن‌ها توضیح داده شد و بیان گردید که این تحقیق چه از لحاظ مداخله و چه از نظر روش‌های اندازه‌گیری اطلاعات خطر و آسیبی برای آن‌ها ندارد. همچنین به مشارکت کنندگان در خصوص حفظ داده‌های جمع‌آوری شده، مخصوصاً در رابطه با متغیرهای ویژگی‌های شخصی اطمینان داده شد. ساختار جلسات اثربخشی آموزشی فراتشخیصی براساس درمان فراتشخیصی بارلو (۲۰۱۴) طراحی گردید. گروه آزمایش

عملکرد روزانه و مصرف داروهای خواب‌آور، ۲۵/۶٪ تغییرات مربوط به سردردهای میگرنی را پیش‌بینی می‌کنند (ساداتی، بختیار، سعادت‌مند، سعادت‌مند و اسدینیا، ۱۳۹۵).

در این زمینه دیدگاه فراتشخیصی<sup>۱</sup> به عنوان درمان یکپارچه‌نگر، مؤلفه‌های زیربنایی آسیب روانی، هدف درمان قرار می‌گیرد و پروتکل‌های درمانی فراتشخیصی یکپارچه برای اختلال‌ها و مشکلات روانی که زیربنای مشترکی دارند به کار می‌رود و عمدتاً بر فرآیندهای شناختی و رفتاری تأکید دارند (جانسون، هافارت، نورداهل، اولون‌ها، واربل و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸؛ بارلو، فارکیونه، بولیس، گالاگر، مورای زاوالا و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). این درمان به افراد کمک می‌کند تا بیاموزند چگونه با هیجان‌های نامناسب خود روبرو شوند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ داده در ضمن این روش سعی دارد تا با تنظیم عادت‌های تنظیم هیجانی شدت و وقوع عادت‌های هیجانی را کاهش داده، میزان آسیب را کم و کارکرد را افزایش دهد (پاینه، الارد، فارچون، فارهم و بارلو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴)؛ لذا براساس پیشینه‌های نظری و پژوهشی فوق و با توجه به میزان شیوع بالای میگرن در جامعه، به نظر می‌رسد که مطالعه و پژوهش در مورد اثربخشی درمان‌های روانشناختی لازم است تا هم مؤثرترین درمان‌های روانشناختی برای به کارگیری در کاهش علائم روانشناختی بیماران میگرن، شناخته شود و در کنار مداخلات دارویی، محافظت‌کننده‌های روانشناختی نیز مشخص گردد. از طرف دیگر، با توجه به اینکه در بیماران میگرن، اثربخشی درمان فراتشخیصی بر

<sup>۱</sup>- Transcendental perspective

<sup>۲</sup>- Johnson, Huffart, Nordahl, Ulons, Warbell & et al

<sup>۳</sup>- Barlow, Farcione, Bolis, Gallagher, Murray Zavala & et al

<sup>۴</sup>- Payne, Ellard, Farchione, Fairholme & Barlow

آمار توصیفی و آمار استنباطی با کمک آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۶، استفاده گردید. در ادامه مطابق جدول ۱ محتوای جلسات درمان فراتشخیصی ارائه شده است.

طی ۸ جلسه و جلسه‌ای ۱۲۰ دقیقه و هفته‌ای یک جلسه در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۹ در کلینیک روانشناسی خورشید توسط روانشناس انجام پذیرفت. همچنین در طی این دو ماه گروه کنترل هیچگونه آموزشی دریافت نمود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده، از روش‌های

جدول ۱ محتوای جلسات درمان فراتشخیصی (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷)

جلسه	محتوای جلسه
اول	ایجاد ارتباط درمانی، آشنایی اعضا با یکدیگر، افزایش انگیزه، مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان هدف: کمک به بیمار برای انتخاب اهداف عینی و کاوش سود و زیان تغییر یا ماندن در این وضعیت
دوم	ارائه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجانی هدف: شناخت هیجان‌ها و بدست آوردن درک بهتر از مشکل و آشنایی با کارکرد هیجان‌ها و شناسایی پاسخ‌ها به هیجانات و پیامد این پاسخ‌ها
سوم	آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش‌های هیجانی) به‌خصوص با استفاده از تکنیک ذهن آگاهی هدف: کنترل هیجان در لحظه حال و مشاهده تجارب هیجانی به روش عینی و غیر قضاوتی
چهارم	ارزیابی مجدد شناختی، ایجاد آگاهی از تأثیر ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر هدف: معرفی مفهوم افکار خودکار شناسایی تله‌های فکری و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی
پنجم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان، آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان هدف: نشان دادن تأثیرات متناقض رفتارهای هیجانی و فراهم کردن منطقی برای مقابله با آن‌ها و کمک به جایگزینی برای رفتارهای هیجانی خود
ششم	مواجهه با حس‌های بدنی که با هیجانات شدید همراه هستند، تمرینات و مواجهه‌های ادامه‌دار متمرکز بر حس‌های بدنی و تحمل آن‌ها هدف: افزایش درک بیماران از نقشی که حس‌های بدنی در تعیین پاسخ‌های هیجانی، کمک به بیماران برای شناسایی حس‌های بدنی همراه با هیجاناتشان
هفتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی، افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه هدف: درک پیدا کردن از مواجهه هیجانی
هشتم	رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و کمک به بیمار تا با مواجهه مکرر با هیجانات شدید از طریق مواجهه هیجانی

پرسشنامه عدم تحمل پریشانی؛ این پرسشنامه توسط

ابزار

۰/۸۳، ارزیابی ترسناک از درد ۰/۹۴، علائم اضطراب فیزیولوژیک ۰/۸۱ بدست آمد (استارحل، کلینچت و دینل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). همچنین در پژوهش پاک‌نژاد و همکاران (۱۳۹۳) مقادیر ضرایب همسانی درونی پرسشنامه از نقطه برش ۰/۷۰ بالاتر بدست آمد.

**پرسشنامه اختلالات خواب<sup>۵</sup>:** توسط لینچ<sup>۶</sup> و همکاران در سال ۲۰۰۳ طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه در ایران توسط محمدی و همکاران (۱۳۸۸) برای جامعه ایرانی اعتباریابی شده و ۱۷ سؤال دارد که اختلالات خواب را در سه قسمت مشکل در شروع خواب، تداوم خواب و بیداری از خواب ارزیابی می‌کند. سؤالات این پرسشنامه با دو گزینه بله و خیر نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمرات برای هر قسمت ۰ و حداکثر نمرات برای قسمت اول و سوم ۱۰ که نمره بالای ۵ نشانه اختلال در شروع و بیداری از خواب و برای قسمت دوم ۱۴ که نمره بالای ۷ نشانه اختلال در قسمت تداوم خواب است. پایایی بازآزمایی این پرسشنامه در پژوهش لینچ و همکاران (۲۰۰۳) برابر با ۰/۸۶ بدست آمد و در مطالعه بابایی (۱۳۹۴) پایایی پرسشنامه از طریق روش بازآزمایی ۰/۸۹ بدست آمد.

### یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که از بین نمونه‌های مورد پژوهش ۳۳ نفر (۷۳/۳۳٪) خانم و ۱۲ نفر (۲۶/۶۷٪) مرد بودند. همچنین میانگین سنی افراد در گروه درمان فراتشخیصی برابر با ۲۸/۸۰ و گروه کنترل ۳۰/۱۳ بدست آمد. به علاوه نتایج نشان داد که ۲۰ نفر (۴۴/۴۵٪) دارای مدرک تحصیلی کارشناسی، ۱۹ نفر

سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ تهیه گردیده است که از ۱۵ سنجه و چهار خرده مقیاس عدم تحمل پریشانی هیجانی، عدم جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش عدم پریشانی تشکیل شده که به منظور سنجش میزان عدم تحمل پریشانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. همه سؤالات پرسشنامه در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵) نمره‌گذاری شدند. میزان پایایی پرسشنامه در پژوهش سیمونز و گاهر<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای ابعاد عدم تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی، به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۸۷، ۰/۷۰ و برای مقیاس کل ۰/۸۲ گزارش شده است؛ و در تحقیق هوایی، کاظمی، حبیب الهی و ایزدخواه (۱۳۹۵) ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲؛ ۰/۷۸؛ ۰/۸۲؛ ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ بدست آمد.

**مقیاس اضطراب درد<sup>۳</sup>:** این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است که برای ارزیابی اضطراب و واکنش‌های ترس مرتبط با درد در افراد مبتلا به دردهای مزمن توسط مک کراکن و همکاران در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است. فرم کوتاه این پرسشنامه دارای ۲۰ سنجه در چهار زیرمقیاس علائم اضطراب شناختی مرتبط با کنترل درد، رفتار فرار و اجتناب مرتبط با کاهش درد، ارزیابی ترسناک از درد و علائم اضطراب فیزیولوژیک مرتبط با درد است، که در یک مقیاس ۶ درجه‌ای از هرگز (۱)، خیلی کم (۲)، کم (۳)، متوسط (۴)، زیاد (۵) و خیلی زیاد (۶) نمره‌گذاری گردید. آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر ۰/۹۴، در ابعاد شناختی ۰/۸۷، رفتار فرار و اجتناب

<sup>۴</sup>- Strahl, Kleinnecht & Dinnel

<sup>۵</sup>- Sleep Disorders Questionnaire

<sup>۶</sup>- Lynch & et al

<sup>۱</sup>- Anxiety intolerance questionnaire

<sup>۲</sup>- Simons & Gaher

<sup>۳</sup>- Pain Anxiety Scale

(۴۲/۲۲٪) کارشناسی ارشد و بالاتر و ۶ نفر (۱۳/۳۳٪) خردۀ مقیاس‌های اضطراب درد، عدم تحمل پریشانی و مدرک تحصیلی فوق دیپلم بودند. در جدول ۲ شاخص-های توصیفی مربوط به پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحقیق در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
اضطراب شناختی	آزمایش (فراشخصی)	۱۵/۲۷	۱/۶۷	۷/۴۷	۲/۱۰	۷/۷۳
	کنترل	۱۶/۵۳	۱/۵۵	۱۵/۶۰	۱/۹۲	۱۵/۹۳
گریز-اجتناب	آزمایش (فراشخصی)	۱۳/۶۷	۲/۱۶	۷/۱۳	۳/۰۲	۷/۲۷
	کنترل	۱۴/۲۷	۱/۴۸	۱۴/۲۷	۱/۹۰	۱۴/۴۶
ترس	آزمایش (فراشخصی)	۱۴	۲/۰۷	۶/۳۳	۱/۸۴	۶/۴۷
	کنترل	۱۴/۹۳	۱/۲۲	۱۴	۱/۶۵	۱۴/۲۰
فیزیولوژیکی	آزمایش (فراشخصی)	۱۰/۱۳	۱/۸۵	۵/۵۳	۱/۶۸	۵/۷۳
	کنترل	۱۱/۷۳	۱/۹۸	۱۰/۷۳	۱/۹۴	۱۱/۰۶
عدم تحمل	آزمایش (فراشخصی)	۱۲/۸۶	۰/۹۹	۸/۷۳	۱/۲۲	۸/۷۳
	کنترل	۱۳/۲۰	۱/۰۱	۱۳/۰۷	۱/۲۸	۱۳/۴۰
عدم جذب	آزمایش (فراشخصی)	۱۳/۴۰	۰/۷۴	۸/۴۰	۱/۱۲	۸/۵۳
	کنترل	۱۳/۴۰	۱/۱۸	۱۳/۴۰	۰/۹۸	۱۳/۷۳
به‌وسیله هیجانات	آزمایش (فراشخصی)	۲۴/۵۳	۱/۴۱	۱۴/۶۰	۲/۳۲	۱۴/۸۶
	کنترل	۲۵/۲۷	۱/۵۸	۲۵/۲۰	۱/۵۲	۲۵/۶۰
ارزیابی	آزمایش (فراشخصی)	۲/۸۷	۱/۱۲	۰/۶۷	۰/۷۲	۰/۸۷
	کنترل	۳/۱۳	۰/۸۳	۲/۷۳	۱/۱۶	۳
شروع خواب	آزمایش (فراشخصی)	۳/۳۳	۱/۲۳	۰/۸۳	۰/۹۱	۰/۸۰
	کنترل	۳/۷۳	۱/۵۳	۳/۲۷	۱/۴۳	۳/۶۰
تداوم خواب	آزمایش (فراشخصی)	۳/۵۳	۱/۳۰	۰/۸۰	۱/۱۴	۰/۹۳
	کنترل	۴/۳۳	۰/۶۲	۳/۷۳	۱/۱۰	۳/۹۳
بیداری خواب	آزمایش (فراشخصی)	۳/۵۳	۱/۳۰	۰/۸۰	۱/۱۴	۰/۹۳
	کنترل	۴/۳۳	۰/۶۲	۳/۷۳	۱/۱۰	۳/۹۳

آزمایش ۸/۷۳ و کنترل ۱۳/۰۷؛ عدم جذب به‌وسیله هیجانات در گروه آزمایش ۸/۴۰ و کنترل ۱۳/۴۰؛ ارزیابی در گروه آزمایش ۱۴/۶۰ و کنترل ۲۵/۲۰؛ شروع خواب در گروه آزمایش ۰/۶۷ و کنترل ۲/۷۳؛ تداوم خواب در گروه آزمایش ۰/۸۳ و کنترل ۳/۲۷ و بیداری خواب در گروه آزمایش ۰/۸۰ و کنترل ۳/۷۳ بدست آمد

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد میانگین‌های بدست آمده از مؤلفه اضطراب شناختی در پس‌آزمون گروه آزمایش ۷/۴۷ و کنترل ۱۵/۶۰؛ گریز-اجتناب در گروه آزمایش ۷/۱۳ و کنترل ۱۴/۲۷؛ ترس در گروه آزمایش ۶/۳۳ و کنترل ۱۴/۰۰؛ فیزیولوژیکی در گروه آزمایش ۵/۵۳ و کنترل ۱۰/۷۳؛ عدم تحمل در گروه



فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که ترکیب خطی خرده مقیاس متغیر وابسته پس از تعدیل تفاوت‌های متغیر هم پراش (پیش‌آزمون‌ها) از متغیر مستقل (درمان فرا تشخیصی) تأثیر پذیرفته است (مرحله پس‌آزمون).

که حاکی از تفاوت معناداری بین گروه کنترل و آزمایش در پس‌آزمون است. جدول ۳ به بررسی آماره چند متغیری مربوطه یعنی لامبدا و یلکز در سطح اطمینان ۹۹ درصد پرداخته است. بدین ترتیب مشخص گردیده که

جدول ۳ آزمون لامبدا و یلکز جهت تعیین اثر چندمتغیری

متغیر	لامبدا	F	درجه آزادی	سطح معنی داری	مقدار اِتا
اضطراب درد	۰/۰۷۸	۶۲/۳۰	۴ و ۲۱	۰/۰۰۱	۰/۹۲
عدم تحمل پریشانی	۰/۰۴۷	۸۸/۹۸	۴ و ۲۱	۰/۰۰۱	۰/۹۱۶
اختلالات خواب	۰/۱۷۹	۳۵/۲۱۳	۳ و ۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۲۱

آزمایش بوده است. در جدول ۴ نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرها در آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

با در نظر گرفتن مجذور اِتا، می‌توان گفت حدود ۰/۹۲ اضطراب درد، ۰/۹۱۶ عدم تحمل پریشانی و ۰/۸۲۱ اختلالات خواب این تغییرات یا بهبود ناشی از تأثیر

جدول ۴ نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرها در گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اِتا
پس‌آزمون شناختی	۳۰۱/۴۰	۱	۳۰۱/۴۰	۹۵/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۸۰
پس‌آزمون گریز-اجتناب	۲۴۶/۲۰	۱	۲۴۶/۲۰	۳۹/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲۱
پس‌آزمون ترس	۳۹۵/۶۸	۱	۳۹۵/۶۸	۱۵۶/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶۷
پس‌آزمون تحمل	۱۲۰/۲۳	۱	۱۲۰/۲۳	۸۴/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶۲
پس‌آزمون جذب	۱۷۲/۸۹	۱	۱۷۲/۸۹	۱۹۳/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۸۸۵
پس‌آزمون ارزیابی	۷۴۵/۵۶	۱	۷۴۵/۵۶	۲۰۸/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۹۱۲
پس‌آزمون شروع خواب	۲۶/۷۳	۱	۲۶/۷۳	۲۶/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱۴
پس‌آزمون تداوم خواب	۴۳/۶۴	۱	۴۳/۶۴	۴۰/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱۸
پس‌آزمون بیداری خواب	۴۳/۶۸	۱	۴۳/۶۸	۳۸/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰۶

کمتر از گروه کنترل است؛ به عبارتی دیگر، می‌توان گفت درمان فرا تشخیصی به طور معنی داری موجب کاهش خرده مقیاس‌های متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون شده است. در جدول ۵ ماندگاری درمان برای تمام متغیرها ارائه شده است.

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین میانگین نمرات پس‌آزمون همه خرده مقیاس‌های متغیرهای وابسته بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد ( $P \leq ۰/۰۵$ ). میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش به طور معنی داری در خرده مقیاس‌های متغیرهای وابسته

جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط برای بررسی ماندگاری اثربخشی درمان

متغیر	آزمون	اختلاف میانگین ها	سطح معناداری
شناختی	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۱۳
گریز-اجتناب	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۱۵۵
توس	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۶۵
فیزیولوژیکی	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۸
عدم تحمل	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۱۰۵
عدم جذب	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۸۸
ارزیابی	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۱۳۸
تنظیم	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۸۵
شروع خواب	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۷۳
تداوم خواب	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۸۸
بیداری خواب	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۶۵

جدول فوق نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با مرحله پیگیری با سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱ اختلاف معنی‌داری وجود دارد ( $p > ۰/۰۰۱$ ). همچنین نشان می‌دهد که درمان فراتشخیصی در بهبود متغیرهای مورد مطالعه مؤثر بوده است. بین مرحله پس‌آزمون با مرحله پیگیری با سطح معنی‌داری ۰/۹۹ اختلاف معنی‌داری وجود ندارد ( $p > ۰/۰۱$ ). در نتیجه تأثیر درمان فراتشخیصی در طولانی مدت پایدار بوده است.

### بحث

مطالعه حاضر به بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر اضطراب درد، عدم تحمل پریشانی و اختلالات خواب در بیماران سایکوسوماتیک مبتلا به میگرن انجام شد. یافته‌های تحقیق نشان داد که بین میانگین نمره‌ی اضطراب درد پس از درمان فراتشخیصی در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های پارسی‌نژاد، عاشوری و مهدی‌خانلو (۱۳۹۹)؛ مصطفایی (۱۳۹۶) و نیک‌سرشت، منشی و کریمی (۱۳۹۵) که نشان داده‌اند این درمان‌ها بر اضطراب درد بیماران مبتلا به میگرن مؤثر است همسو و در یک راستا قرار دارد.

در تبیین این یافته باید گفت که رویکرد فراتشخیصی با تأکید بر فرآیندهای شناختی و رفتاری بیماران میگرن سعی می‌کند که کنترل اضطرابی بیمار و پاسخ به اضطراب درد را از لحاظ شناختی و هیجانی تحلیل مجدد نموده و به رفع خطاهای شناختی و رفتاری بیمار کمک کند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۴). در این راستا اجتناب، فرونشانی هیجان‌ها و عدم پذیرش آن‌ها از معیارهای مهم

اختلال‌های اضطرابی محسوب می‌شوند. اجتناب، هم به لحاظ ملاک‌های تشخیصی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و هم به عنوان یک عامل تداوم‌بخش در شرایط آسیب شناختی (بارلو، ۲۰۱۴) نقش بسیار مهمی را در اختلالات هیجانی ایفا می‌کند.

در پژوهش‌های آزمایشی در زمینه پیامدهای پذیرش هیجانی، مشخص شده است که پذیرش در مقایسه با فرونشانی هیجان‌ها با کنترل کمتر ترس، افکار فاجعه‌نمایی، رفتار اجتنابی و بهبودی بهتر در زمینه هیجان منفی همراه بوده است (سیلز و بارلو، ۱۹۹۹؛ به نقل از طاهری فر، فردوسی، موتابی، مظاهری و فتی، ۱۳۹۴). نتایج پژوهش حاضر نیز همسو با این پژوهش‌ها نشان داد که استفاده از تکنیک‌های خاص درمان فراتشخیصی باعث کاربرد کمتر فرونشانی هیجان‌ها و با کاربرد کمتر این راهبرد تنظیم هیجان، بهبود معنادار در نشانه‌های اضطراب درد دیده شد. همچنین، نتایج تحقیق حاضر نشان داد که درمان فراتشخیصی به طور معنی‌داری موجب کاهش حیطه‌های عدم تحمل پریشانی در مرحله پس‌آزمون شده است. این نتایج با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های اشهاریان، محمدیان، شریفی و غضنفری (۱۳۹۷)؛ پاین<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۴) و جوهری فرد، برومند، ادوارد و محرابی زاده (۲۰۱۷) در یک راستا است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان فراتشخیصی یکپارچه به منظور آماج قرار دادن عوامل مشترک بین پریشانی‌های هیجانی طراحی شده است و تأکید عمده آن بر کنترل و پاسخ‌های هیجانی است. افراد مبتلا به پریشانی‌های هیجانی از جمله بیماران میگرنی، از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه مانند اجتناب و سرکوبی، پنهان کردن

<sup>۱</sup> - Payne

عبارتی دیگر، کاهش در شدت علائم اختصاصی اختلال خواب در بیماران میگرن، احتمالاً به طور غیرمستقیم به واسطه تغییرات حاصل شده در عوامل هیجان مشترک باشد، این امر می‌تواند به دلیل آماج قرارگرفتن این عوامل مشترک یا فراتشخیصی به عنوان علائم کلیدی تمام اختلال‌های طیف هیجانی و خواب از طریق تجمیع مهارت‌ها و تکنیک‌های اثربخش در این پروتکل صورت گیرد.

همچنین می‌توان گفت که درمان فراتشخیصی با کمک گرفتن از محدودسازی خواب، کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، کفایت خواب و خواب مفید در بهبود کیفیت کلی خواب و اختلال خواب بیماران میگرن مؤثر است. یک احتمال تبیین کننده برای اثربخشی درمان فراتشخیصی در کاهش اختلالات خواب بیماران میگرنی، این است که درمان فراتشخیصی موجب بهبود خطاهای شناختی و تنظیم مناسب هیجانی بیمار شده و شروع خواب را برای او راحت می‌کند، چون در شروع مشکل-دار خواب، درگیری‌های ذهنی و هیجانی بیمار نقش مهم دارند. در تبیینی دیگر می‌توان گفت که سازوکار مهم دیگر در تأثیر درمان فراتشخیصی بر اختلالات خواب بیمار میگرنی، بر این پایه استوار است که آگاهی از مشکل بی‌خوابی و اصلاح افکار به واسطه فاجعه تلقی نکردن بی‌خوابی و درک خطاهای شناختی و درهم شکستن عوامل شناختی تداوم بخش، به کارگیری تکالیف با خاصیت درمانی و در نهایت امید به بهبودی، منجر به ارتقاء کیفیت خواب بیمار میگرنی در شروع کم تنش خواب، تداوم مناسب خواب و بیداری توأم با برنامه و هدف می‌شود.

یا نادیده گرفتن هیجانات استفاده می‌کنند. تلاش برای کنترل و سرکوب هیجان موجب افزایش و تداوم احساساتی می‌شود که فرد تلاش می‌کند کاهش دهد. درمان فراتشخیصی یکپارچه به بیماران می‌آموزد که چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مواجه شده و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند؛ یعنی یاد می‌دهد که چگونه بیمار میگرنی، موقعیت‌های هیجانی را ارزیابی منطقی نموده و از این طریق به تنظیم مؤثر هیجانی خود کمک کنند. این کار، جذب شدن در هیجانات منفی را کاهش و هیجانات مثبت را توسعه می‌دهد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷).

درمان فراتشخیصی چون یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان است؛ لذا از طریق تکنیک‌هایی نظیر آموزش آگاهی هیجان، ارزیابی مجدد هیجان، آگاهی یافتن از اثرات منفی اجتناب از هیجان، شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت توانسته است، هیجانات منفی و خطاهای شناختی را که در افراد مبتلا به میگرن دیده می‌شود را کاهش دهد.

همچنین نتایج تحقیق حاضر نشان داد که درمان فراتشخیصی به طور معنی‌داری موجب کاهش حیطه‌های اختلالات خواب در مرحله پس‌آزمون شده است. این نتایج با نتایج بدست آمده از تحقیقات صدر و همکاران (۱۳۹۹) و عبدی، بخشی پور و محمود علیلو (۱۳۹۲) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که با توجه به منطق پدیدآیی درمان فراتشخیصی، بهبودی و تغییرات معنی‌دار بالینی در شدت علائم اختلال خواب این بیماران می‌تواند به واسطه آماج قرارگرفتن عوامل مشترکی نظیر تنظیم هیجان، افکار تکرار شونده و عاطفه منفی باشد که در مدل‌های پروتکل روی آن‌ها تأکید شده است. به

## نتیجه گیری

به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تأثیر درمان فراتشخیصی بر متغیرهایی همچون اضطراب درد، پریشانی هیجانی و اختلال خواب از جمله درمان‌هایی است که نقش مؤثری در بهبود افراد مبتلا به سردرد میگرنی دارد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزشی با این رویکرد درمانی توسط متخصصان روانشناسی به منظور کمک و درمان برای مبتلایان به سردرد میگرنی مورد توجه قرار گیرد. در مجموع می‌توان گفت با توجه به اینکه نگرش افراد نسبت به درمان دارویی سردردهای میگرنی و تنشی منفی است و از طرفی درمان این اختلال در نظریه‌های جدید به صورت مداخلات روانشناختی توصیه شده است، درمانگران می‌توانند با توجه به حیطه تخصصی خود، الگوی متناسب با مشکلات مورد مواجهه را، علمی‌تر انتخاب و اجرا و به نتایج بهتر و قابل اطمینان‌تری دست یابند. همچنین باید محدودیت‌های پژوهش حاضر را جهت احتیاط‌های لازم در تعمیم نتایج در نظر داشت. این محدودیت‌ها شامل: محدود بودن افراد مبتلا به سردردهای میگرنی به شهر ارومیه، عدم مهار متغیرهای اثرگذار بر متغیرهای وابسته افراد مبتلا به سردردهای میگرنی، عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم کنترل امکان وجود برخی اختلالات احتمالی در بیماران از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر جامعه‌های آماری نظیر بیماران سرطان، ام‌اس و ...، مهار عوامل ذکر شده و بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود.

## سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکترای رشته روانشناسی عمومی با کد اخلاق IR.IAU.URMIA.REC.1399.066 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه می‌باشد. همچنین از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش نهایت تقدیر و تشکر را داریم.

## References

- Abdi R, Bakhshipour A, Alilou M. (2013). The effectiveness of integrated meta-diagnostic treatment in reducing the severity of meta-diagnostic factors and symptoms of emotional disorders. *Psychological methods and models of the fourth year*, 13, 1-27. (In Persian)
- Akman T, Yavuzsen T, Sevgen Z, Ellidokuz H, Yilmaz AU. (2015). Evaluation of sleep disorders in cancer patients based on Pittsburgh sleep Quality index. *European Journal of Cancer Care*, 24(4), 553-559.
- Almarzooqi S, Chilcot J, McCracken LM. (2017). The role of psychological flexibility in migraine headache impact and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 239-243.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Arlington, VA: Author.
- Asadi Mojreh S, Sepehrian Azar F. (2017). Comparison of anxiety models in explaining pain perception in patients with chronic pain with generalized anxiety syndrome. *Anesthesia and Pain*, 8(2), 1-14. (In Persian)
- Asadnia S, Sepehrian Azar F, Saadatmand S, Musayat al-Rezaei Aghdam A. (2013). The relationship between sleep quality and migraine headaches in students of Urmia University. *Journal of Medical Studies*, 24(4), 286-294. (In Persian)
- Asharyan M, Mohammadian A, Sharifi I, Ghazanfari A. (2018). Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy with meta-diagnostic therapy on migraine symptoms.

- Journal of Community Health, 12(3), 10-19. (In Persian)
- Babaei A. (2015). Evaluation of the effectiveness of emotional distress tolerance training based on dialectical behavior therapy on depression and sleep problems in women with hypothyroidism referred to Khatam Al-Nabia Polyclinic in Yazd, M.Sc. Thesis in Clinical Psychology, Islamic Azad University Yazd unit. (In Persian)
- Baldacci F, Lucchesi C, Cafalli M, Poletti M, Uliv M, Vedovello M, Giuntin M, Mazzucchi S, DelPrete E, Vergallo A, Nuti A, Gori S. (2015). Migraine features in migraineurs with and with out anxiety depression symptoms: A hospital-based study. Clinical Neurology and Neurosurgery, 132, 74-78.
- Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S & et al. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. JAMA psychiatry, 74(9), 875-884.
- Barlow DH. (2014). Clinical handbook of psychological disorders. New York: Guilford Press.
- Cheraghian H, Kiani AR, Sharif AR, Ghamari Ghivi H, Momeni A. (2021). Emotion regulation in psychosomatic diseases: qualitative study. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 8(1), 121-133. (In Persian)
- Havai A, Kazemi H, Habib Elahi A, Izadikhah Z. (2016). The effectiveness of emotion regulation intervention on anxiety tolerance and emotion regulation problems in women with tension headache. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, 24(10), 840-851. (In Persian)
- Hedayat S, Arefi M. (2015). The Effect of cognitive-behavioral therapy on improving sleep quality in the elderly. Knowledge & Research in Applied Psychology, 16(2), 60-68. (In Persian)
- Johari Fard R, Goli F, Boroumand A. (2014). Cognitive, personality and family factors in patients with migraine headache. International Journal of Body, Mind and Culture, 1(1), 83-93. (In Persian)
- Joharifard R, Boroumand AR, Edward SC, Mehrabizadeh HM. (2017). Investigating the Role of Cognitive and Personality Factors in Patients with Migraine Headaches. JTBCP, 11(42), 67-76. (In Persian)
- Johnson SU, Hoffart A, Nordahl HM, Ulvenes PG, Vrabel K, Wampold BE. (2018). Metacognition and cognition in inpatient MCT and CBT for comorbid anxiety disorders: A study of within-person effects. J Couns Psychol, 65(1), 86-89.
- Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 11(1), 33-45.
- Mahmoodi N, Malekshahi M. (2012). Investigation of the relationship between self-esteem and coping strategies of high school students with psychosomatic disorders of Zanjan province. 4th international congress on psychosomatic, Oct, 17-19. Azad University, Isfahan, Iran. (In Persian)
- Millgram Y, Jonathan JD, Tamir M. (2020). Emotion Goals in Psychopathology: A New Perspective on Dysfunctional Emotion Regulation. Current Directions in Psychological Science, 29(3), 1-6.
- Mostafaei A. (2017). Comparison of the effectiveness of cognitive therapy based on transtheoretical model and metacognitive therapy on cognitive-emotional regulation, thought integration, thought control and clinical symptoms in patients with chronic pain, PhD thesis, Payame Noor University of Tehran. (In Persian)
- Nikseresht R, Maneshi Gh, Karimi S. (2016). Determining the effectiveness of hemoencephalography (HEG) on pain anxiety, pain intensity in patients with migraine 25-25 years in Isfahan. Journal of

- Principles of Mental Health, 18 (special issue), November and December. (In Persian)
- Ozdemir PG, Boysan M, Selvi Y, Yildirim A, Yilmaz E. (2015). Psychometric properties of the Turkish version of the Sleep Hygiene Index in clinical and non-clinical samples. *Comprehensive psychiatry*, 59, 135-140.
- Parsi Nejad Z, Ashuri Ahmad Khanlu M. (2020). The effectiveness of emotional self-regulation therapy on anxiety tolerance and mindfulness skills of people with migraine headaches. *Journal of Cognition Psychology and Psychiatry*, 7(3), 149-136. (In Persian)
- Payne LA, Ellard KK, Farchione TJ, Fairholme CP, Barlow DH. (2014). *Emotional disorders: A unified transdiagnostic protocol*. 2nd Ed. New York: Guilford Press, 237-275.
- Peraza N, Smit T, Garey L, Manning K, Buckner JD, Zvolensk MJ. (2019). Distress tolerance and cessation-related cannabis processes: The role of cannabis use coping motives. *Addictive Behavior*, 90, 164-170.
- Sadati L, Bakhtiar K, Saadatmand M, Saadatmand S, Asdenia S. (2016). The relationship between sleep quality and academic achievement with migraine headaches in Alborz medical students. *Published*, 18(4), 59-69. (In Persian)
- Sadr A, Dostkam M, Shara H, Balkhanabadi M. (2020). Comparison of the effectiveness of Barlow meta-diagnostic therapy and Menin and Frasco emotional regulation therapy on the symptoms of generalized anxiety disorder (case report). *Journal of Behavioral Science Research*, 1, 11-25. (In Persian)
- Sarafraz MR, Amahjoob M. (2019). The Role of Emotions Regulation, Perceived Stress, Rumination and Anxiety in Patients with Ischemic Heart Disease and Healthy Control. *Armaghane-danesh*, 24(3), 262-273. (In Persian)
- Simons JS, Gaher RM. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a selfreport measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.
- Song TJ, Cho SJ, Kim WJ, Yang KI, Yun CH, Chu MK. (2017). Anxiety and depression in probable migraine: A population-based study. *Cephalalgia*, 37(9), 845-854.
- Steiner TJ, Stovner LJ, Vos T, Jensen R, Katsarava Z. (2018). Migraine is first cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice? *J Headache Pain*, 19(1), 17-20.
- Taherifar Z, Ferdowsi S, Mutabi F, Mazaheri MA, Fati L. (2015). The role of mediators of failure of emotion regulation strategies in the relationship between negative emotion intensity and immune motivation with symptoms of generalized anxiety disorder. *Journal of Contemporary Psychology*, 20, 66-51.