

مقایسه نظام‌های مغزی-رفتاری و عاطفه مثبت و منفی در مبتلایان به سردردهای میگرنی و افراد سالم

The Comparison of Brain-Behavioral Systems and Positive and Negative Affect between Patients with Migraine and Healthy Individuals

Atefeh Bashirinejadian

MA in Clinical Psychology
Islamic Azad University
Science and Research
Khuzestan Branch

Alireza Heidari, PhD

Islamic Azad University
Ahvaz Branch
Ahvaz, Iran

علیرضا حیدرئی

دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز
گروه روان‌شناسی
اهواز، ایران

عاطفه بشیری نژادبان

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی
دانشگاه آزاد اسلامی
واحد علوم و تحقیقات خوزستان
اهواز، ایران

Saeed Bakhtiarpoor, PhD

Islamic Azad University
Ahvaz Branch
Ahvaz, Iran

سعید بختیارپور

استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز
گروه روان‌شناسی
اهواز، ایران

چکیده

پژوهش حاضر به منظور مقایسه نظام‌های مغزی-رفتاری و عاطفه مثبت و منفی در مبتلایان به سردردهای میگرنی و افراد سالم صورت گرفته است. بدین منظور ۱۲۰ نفر (زن و مرد) مبتلا به سردردهای میگرنی از بین بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز درمانی شهرهای دزفول و اندیمشک، به روش نمونه‌برداری در دسترس انتخاب شدند و ۱۲۰ نفر (زن و مرد) سالم از همراهان بیماران که از نظر سن، جنس و تحصیلات با گروه بیمار هم‌تا شده و ملاک‌های ورود به گروه شامل آنها می‌شد به عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند. هر دو گروه پرسشنامه شخصیتی گری-ویلسون (ویلسون، بارت و گری، ۱۹۸۹) و مقیاس عاطفه مثبت و منفی (واتسون، کلارک و تلجن، ۱۹۸۸) را تکمیل کردند. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری نشان دادند هر دو گروه سالم و بیمار در نظام بازداری رفتاری و مؤلفه‌های اجتناب منفعل و گریز و عاطفه منفی تفاوت معناداری دارند، در حالی که تفاوت‌ها در سایر متغیرهای نظام روی‌آوری، اجتناب فعال، خاموشی، جنگ و عاطفه مثبت معنادار نبود.

واژه‌های کلیدی: میگرن، نظام‌های مغزی-رفتاری، عاطفه مثبت و منفی

Abstract

This study aimed to compare brain-behavioral systems and positive and negative affects in patients with migraine and healthy individuals. One hundred and twenty males and females suffering from migraine headache were selected from medical centers of Dezful and Andimeshk cities using available sampling. The comparison group consisted of 120 healthy males and females who were matched for age, sex and education. Both groups completed the Gray-Wilson Personality Questionnaire (Wilson, Barrett, & Gray, 1989) and the Positive and Negative Affect Scale (Watson, Clark, & Tellegen, 1988). The results of multivariate variance indicated that patient and healthy individuals had significant differences in behavioral inhibition systems, passive avoidance, flight, and negative affect. There were no significant differences between groups in the other approach system variables, including active avoidance, extinction, fight, and positive affect.

Keywords: migraine, brain-behavioral systems, positive and negative affect

received: 24 December 2013

accepted: 18 August 2014

Contact information: a.bashirinejadian@gmail.com

دریافت: ۹۲/۱۰/۳

پذیرش: ۹۳/۵/۲۷

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی دانشکده روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خوزستان است.

مقدمه

به‌طور کلی رگه‌های شخصیتی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل روان‌شناختی، جایگاه خاصی در پدیدایی اختلال‌های روان‌تنی دارند. در همین راستا، اسلر^۱ اعتقاد دارد مهم‌تر آن است که بدانیم چه نوع شخصیتی دچار بیماری است تا اینکه بدانیم شخص چه نوع بیماری دارد (ماندر، ۲۰۰۹). به منظور تبیین روابط بین رگه‌های شخصیتی و اختلال‌های جسمانی و روان‌شناختی، می‌توان به نظریه‌های متعدد از جمله نظریه گری^۲ اشاره کرد. گری بر مبنای پیشینه پژوهش‌های انجام‌شده بر روی حیوانات در نظریه حساسیت به تقویت، الگوی زیستی خاصی از شخصیت ارائه کرد که شامل سه نظام مغزی-رفتاری^۳ است. این نظام‌های مغزی-رفتاری شامل نظام‌های فعال‌ساز رفتاری^۴، بازداری رفتاری^۵ و جنگ/گریز^۶ است. نظام بازداری رفتاری به نشانه‌های تنبیه، حساس است و باعث برانگیختن رفتار اجتناب و ترک می‌شود، در حالی که نظام فعال‌ساز رفتاری به نشانه‌های پاداش با برانگیختن رفتار گرایشی پاسخ می‌دهد. محرک‌های شرطی که با تنبیه، حذف یا پایان پاداش همخوانی دارند و محرک‌های جدید و محرک‌هایی که به صورت ذاتی برای ارگانیزم ترس‌آور هستند، در مقوله محرک‌های برانگیزاننده نظام بازداری رفتاری قرار می‌گیرند. رفتارهایی که با این محرک‌ها برانگیخته می‌شوند عبارتند از: بازداری رفتاری، افزایش سطح برانگیختگی به گونه‌ای که رفتار بعدی با قدرت و سرعت بیشتری انجام شود و افزایش توجه به اجزای محیطی. همچنین تأثیر انتخابی داروهای ضداضطراب بر عملکرد نظام بازداری رفتاری در پذیرش این فرض که فعالیت این نظام با اضطراب در آمیخته است، نقش اساسی ایفا کرده است. براین اساس می‌توان حالت ذهنی خاصی که همراه با فعالیت نظام بازداری رفتاری ایجاد می‌شود، به عنوان اضطراب تلقی کرد. از لحاظ عصب‌شناختی نیز، مجموعه ساخت‌هایی که کنش نظام بازداری رفتاری را بر عهده دارند، در سیستم جداری-هیپوکامپی قرار دارند (گری، ۱۹۹۴؛ پیکرینگ و گری، ۱۹۹۹). طبق نظریه گری، نظام فعال‌ساز رفتاری باعث می‌شود فرد به پاداش‌های بالقوه حساس باشد و برای جست‌وجوی این پاداش‌ها انگیزه پیدا کند. این نظام، عامل واکنش‌پذیری بالا و برانگیختگی

شاید ساده‌ترین تعریف برای سردرد احساس درد و ناراحتی از ناحیه کاسه چشم تا قسمت پشت سر باشد (گرین‌برگ، امینف و سیمون، ۱۳۸۷/۲۰۰۹). یکی از شایع‌ترین سردردها میگرن است که به صورت یک طرفه و غالباً ضربان‌دار تظاهر می‌یابد و معمولاً با تهوع، استفراغ و سایر نشانه‌های اختلال کنش‌وری عصبی همراه است و به صورت‌های مختلف بروز می‌کند (کاسپر و هاریسون، ۲۰۰۵). این نوع سردرد ممکن است در آغاز به صورت دوره‌ای و مرتبط با تنیدگی باشد و در شکل مزمن تقریباً هر روز تداوم یابد (پنزین و دیگران، ۲۰۰۵). فراوانی جهانی این سندرم در زنان بین ۱۲ تا ۱۷ درصد و در مردان بین ۶ تا ۸ درصد است (اورس، افراو فریز، ۲۰۰۶؛ گودسپای، لپیتون و فراری، ۲۰۰۲؛ راسل، راسموسن، توروالدسن و السن، ۱۹۹۵). در ایران آمار علمی دقیقی از مبتلایان به میگرن در دست نیست، اما آمار مربوط به افراد مبتلا به میگرن در کشور ترکیه به دلیل قربات‌های نژادی و اقلیمی آن با کشور ما می‌تواند جالب توجه باشد. طبق پژوهش‌های به عمل آمده در ترکیه، ۱۱ درصد زنان، ۳/۷ درصد مردان و ۲ درصد کودکان با این مشکل مواجه‌اند (سازمند، ۱۳۹۲). سردردهای میگرنی ممکن است آمیزه‌ای از عوامل روان‌تنی^۷ و تنی‌روانی^۸ باشند و چندین فرضیه درباره علت‌شناسی سردردهای میگرنی قابل طرح است. برای مثال یک فرضیه، نقص در تعدیل یا آزادسازی سروتونین در شکاف سیناپسی و فرضیه دیگر نارسایی تنظیم حرکت شریانی را مطرح می‌کند. از طرف دیگر، آغاز سردرد میگرنی غالباً با ناکامی شدید، فشارهای روانی، افسردگی، خشم سرکوب‌شده و سایر عوامل هیجانی ارتباط می‌یابد (پیرس^۹، ۱۹۷۷، نقل از جوهری‌فرد، ۱۳۹۰). بیماران با سردرد میگرنی دارای رگه‌های شخصیتی خاصی هستند که ممکن است در شروع یا شدت سردرد تأثیر داشته باشد. بر اساس تحقیقات، بیماران با سردرد میگرنی اکثراً افرادی نگران، مضطرب و وسواسی هستند. این رگه‌ها منجر به درون‌ریزی احساسات و سبب‌ساز سردرد می‌شود که با مزمن شدن و عدم توجه به ویژگی‌های شخصیتی فرد می‌تواند به سردردی میگرنی تبدیل شود (طوبایی و فراشبندی، ۱۳۸۹).

1. psychosomatic
2. somatopsychic
3. Pearce, J.

4. Osler, V.
5. Gray's Theory
6. Reinforcement Sensitivity Theory

7. Brain Behavioral System
8. Behavioral Activation System
9. Behavioral Inhibition System

10. Fight/Flight System

دیگر متفاوت است (واتسون^۶، کلارک^۷ و تلجن^۸، ۱۹۸۸ نقل از بخشی، دائمی و آجیل چی، ۱۳۸۸). این پژوهش‌ها که نشان‌دهنده عدم تأثیر عاطفه مثبت بر عاطفه منفی هستند اغلب، با تمرکز بر رابطه بین تنیدگی، درد و خلق منفی این نکته را برجسته ساخته‌اند که افراد در شرایط درد مزمن، خلق منفی مثل افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند و با افزایش حالت‌های خلقی منفی، حساسیت بیشتری نسبت به محرک‌های دردآور نشان می‌دهند (بکهام، کیف، کالدویل و رودمن، ۱۹۹۱؛ زاترا و دیگران، ۲۰۰۸؛ گیسر و دیگران، ۲۰۰۳).

پژوهش‌های زیادی به مقایسه نظام‌های مغزی-رفتاری و عاطفه مثبت و منفی در گروه‌های بهنجار و نابهنجار در زمینه جسمانی و روان‌شناختی پرداخته‌اند. برای مثال، مقایسه نظام‌های مغزی-رفتاری در مبتلایان به میگرن و افراد سالم نشان داد که، دو گروه در مؤلفه‌های اجتناب منفعل^۹ و خاموشی^{۱۰} تفاوت معنادار دارند، در حالی که تفاوت‌ها در سایر مؤلفه‌های روی‌آورد اجتناب فعال و جنگ و گریز معنادار نیست (لباف و اکرمی، ۱۳۹۱). نتایج پژوهش چوبدار، باباپورخیرالدین، خانجانی و زمینی (۱۳۹۰) نیز در مورد رابطه بین نظام‌های مغزی-رفتاری و برخی از عوامل جمعیت‌شناختی با ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی مبین عدم تفاوت افراد سالم و بیمار در نظام فعال‌ساز رفتاری و تفاوت در نظام بازداری رفتاری بود.

رویز، مولریو و بلتری (۲۰۰۷) نیز با بررسی مبتلایان به فشار خون دریافتند حساسیت به تنبیه (که از ویژگی‌های نظام بازداری رفتاری است) و خودکارآمدی، به طور متعامل در افزایش فشار خون سیستمولیک و ضربان قلب نقش دارند. نتایج نشان دادند حساسیت به تنبیه نقش واسطه‌ای دارد، یعنی با افزایش حساسیت به تنبیه، رابطه بین خودکارآمدی و شاخص‌های قلبی-عروقی منفی است.

علی‌پور و بهرامخانی (۱۳۸۹) نظام‌های مغزی-رفتاری را در بیماران مبتلا به فشارخون بالا با سابقه مصرف دارو و بدون سابقه مصرف دارو بررسی کردند و نشان دادند افراد مبتلا به فشار خون در مقایسه با افراد سالم در نظام بازداری و جنگ-گریز فعالیت بیشتر و در نظام فعال‌ساز رفتاری فعالیت کمتری دارند.

است و واسطه واکنش به تمام محرک‌های گزاشی^۱، شرطی و غیرشرطی^۲ و نیز ایجاد هیجان گزاشی امیدواری و لذت است. هدف این نظام، شروع و هدایت رفتار اکتشافی مبتنی بر روی‌آوری است که ارگانیزم را به تقویت‌کننده‌ها نزدیک‌تر می‌کند. مؤلفه‌های کلیدی عصب‌شناختی نظام فعال‌ساز رفتاری عبارتند از: عقده‌های پایه، تارهای دوپامینرژیک که از مزانسفال صعود کرده‌اند و به عقده‌های پایه عصب‌رسانی می‌کنند و هسته‌های تالاموسی که ارتباط نزدیکی با عقده‌های پایه دارند. اگرچه مطالعات اندکی ارتباط نظام فعال‌ساز رفتاری و حالت‌های هیجانی را در انسان بررسی کرده‌اند، با این حال می‌توان انتظار داشت این نظام زیرساخت حالت‌هایی چون انتظار خوشایند و خوشحالی باشد (گری، ۱۹۹۴؛ پیکرینگ و گری، ۱۹۹۹). به‌طور کلی، این دو نظام مبنای بسیاری از رفتارهای انسان بوده و به عنوان ابعاد شخصیت عاطفی شناخته شده‌اند.

نظام جنگ/گریز نیز که در نسخه تجدید نظر شده حساسیت به تقویت^۳ گری و مک‌ناقتون (۲۰۰۰)، نظام جنگ/گریز/بهبود^۴ نامیده می‌شود، در پاسخ به محرک ناخوشایند شرطی و غیرشرطی، رفتار فرار و اجتناب را فعال می‌سازد و هیجان ترس را به آن نسبت می‌دهند (کر، ۲۰۰۴). گری (۱۹۹۴) در نظریه نظام‌های مغزی-رفتاری، الگویی را مطرح ساخت براساس آن، اختلال‌های روان‌پزشکی ناشی از اختلال کنش‌وری یکی از این نظام‌ها یا تعامل‌های آنهاست. از زمان ارائه الگوی گری، پژوهشگران این فرضیه را مطرح کردند که حساسیت نابهنجار این نظام‌ها نشان‌دهنده آمادگی و استعداد ابتلا به اشکال متعدد آسیب‌شناسی روانی است (می‌یر، جانسون و وینترز، ۲۰۰۱).

عاطفه^۵ نیز به صورت یک واکنش نوسانی تعریف می‌شود که به طور مداوم تحت تأثیر طرز تفکر و شناخت فرد قرار می‌گیرد (علیلو و عشایری، ۱۹۹۴). در برخی از نظریه‌ها، دو عاطفه مثبت و منفی مستقل از یکدیگرند و می‌توانند همزمان در یک فرد رخ دهند (واتسون و کلارک، ۲۰۰۳). از نظر آماری نیز بررسی‌ها نشان داده‌اند دو بعد عاطفه مثبت و منفی از یکدیگر مستقل‌اند و همبستگی هر یک از آنها با متغیرهای

1. tendency stimulus	4. freezing	7. Clark, L.	10. extinction
2. conditioned and unconditioned stimulus	5. affect	8. Tellegen, A.	
3. Reinforcement Sensitivity Theory (RST)	6. Watson, D.	9. passive avoidance	

همچنین شهیدی‌شادکام، آزادفلاح و خدمت (۱۳۹۰) دریافتند سطح فعالیت نظام بازداری رفتاری در افراد مبتلا به برگشت محتویات معده به مری، نسبت به افراد سالم بالا بود، در حالی که فعالیت نظام فعال‌ساز رفتاری در افراد سالم بیشتر بود. مقایسه اضطراب، افسردگی، نظام‌های مغزی-رفتاری، سبک‌های مقابله، خشم و خصومت در زنان مبتلا به آسم و زنان غیرمبتلا نیز نشان داد بیماران مبتلا به آسم در مقایسه با افراد غیرمبتلا، اضطراب، افسردگی و فعالیت بیشتر نظام بازداری رفتاری و فعالیت کمتر نظام فعال‌ساز رفتاری را نشان می‌دهند (اکبری، بخشی‌پوررودسری، عظیمی، قاسم‌پور و امیری، ۱۳۹۰).

فرانکن^۱ و موریس^۲ (۲۰۰۹) نقل از بیجتیر، بک، کلیس و واندریکن، (۲۰۰۹) نیز دریافتند حساسیت نظام فعال‌ساز رفتاری با جنبه‌های مختلفی از میل به غذا و وزن بالا همراه می‌شود. به عبارت دیگر، فزون‌کنشی نظام فعال‌ساز رفتاری، به عنوان یک متغیر بالقوه مهم در بروز چاقی و فربهی است. در همین راستا، کلیس، ندرکورن، واندریکن، گوریر و ورتومن (۲۰۰۶) نشان دادند بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی از بازداری کمتری برخوردارند و برانگیختگی بیشتری نشان می‌دهند. هاسکین (۲۰۰۶) نشان داده است که حساسیت بالا به پاداش (نظام فعال‌ساز رفتاری) و تنبیه (نظام بازداری رفتاری)، خوردن مفرط را پیش‌بینی می‌کند. کین، لاکستون، استیجر و داو (۲۰۰۴) نیز نشان داده‌اند که برانگیختگی و حساسیت بالا به پاداش، با پرخوری در زنان همراه است.

همچنین نتایج پژوهش هاشمی‌نصرت‌آباد، علیلو و خسروی‌ان (۱۳۹۱) نشان دادند بیماران مبتلا به پرخوری روانی در مقایسه با افراد عادی سطوح بالایی از کمال‌گرایی، عاطفه منفی و فعال‌سازی رفتاری را گزارش کردند و در مقابل سطوح پایین‌تری از نظام بازداری رفتاری را در مقایسه با گروه عادی نشان دادند. افزون بر آن، کمال‌گرایی، عاطفه منفی و نظام‌های مغزی-رفتاری وقوع یا عدم وقوع پرخوری روانی را پیش‌بینی کردند. همچنین پیتومزا و دیگران (۲۰۰۶)، نظام‌های بازداری و فعال‌سازی رفتاری را در بین بیماران افسرده و بهنجار مقایسه کردند و نشان دادند افراد مبتلا به افسردگی اساسی^۳ نسبت به افراد عادی، نظام بازداری قوی‌تر و نظام فعال‌ساز ضعیف‌تری دارند.

همچنین پژوهش‌ها در زمینه عواطف نشان می‌دهند هنگام مواجهه با درد، حالت‌های منفی در بیماران ایجاد می‌شود، که این حالات با نشانگان اضطراب و نوروزگرایی و با کاهش واکنش‌های قلبی و عروقی رابطه پیدا می‌کند (پیپرو براسچاد، ۲۰۰۵؛ چیدا و هامر، ۲۰۰۸). در همین راستا، نتایج پژوهش زاترا، جانسون و دوویس (۲۰۰۵)، نشان دادند عاطفه منفی به طور مستقیم با درد و تنیدگی در ارتباط است. در مقابل، سطوح بالای عاطفه مثبت پیش‌بینی‌کننده سطوح پایین درد در بیماران است.

در پژوهشی دیگر که با هدف ارزیابی تأثیر سطح هیجان منفی و تأثیر آن روی کیفیت زندگی در بیماران آسمی انجام شد، نتایج نشان دادند سطوح عاطفه منفی بر شدت بیماری و کیفیت زندگی بیماران تأثیرگذار است (اکیک و کارا، ۲۰۰۶). همچنین نتایج مطالعات ریت‌ولد و پرینس (۲۰۰۵) در بیماران آسمی مشخص ساخت بین بیماری آسم و عواطف منفی مانند اضطراب، افسردگی، خشم و خصومت همبستگی مثبت وجود دارد. بدین ترتیب، هدف پژوهش حاضر مقایسه نظام‌های مغزی-رفتاری و عاطفه مثبت و منفی در مبتلایان به سردردهای میگرنی و افراد سالم است.

روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های بنیادی و با توجه به روش گردآوری داده‌ها از نوع علی-مقایسه‌ای بود.

نمونه مورد مطالعه در این پژوهش شامل دو گروه (هر گروه ۱۲۰ نفر زن و مرد) بود که به روش نمونه‌برداری در دسترس انتخاب شدند. گروه بیمار، افراد مبتلا به سردردهای میگرنی بودند که بر اساس تشخیص نورولوژیست از بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌ها و مراکز درمانی انتخاب شدند و گروه سالم نیز شامل همراهان بیماران بودند که از نظر سن، جنس و تحصیلات با گروه بیمار هم‌تا شدند. میانگین سنی هر دو گروه ۳۲/۰۳ سال و سطح تحصیلات از دیپلم تا کارشناسی ارشد بود. در هر دو گروه ۲۰ درصد مرد و ۸۰ درصد زن قرار داشتند. از آنجا که عوامل زیستی، روانی و اجتماعی در ایجاد و تشدید سردردهای میگرنی نقش تسهیل‌کننده‌ای دارند و هر

واتسون، کلارک و تلجن، (۱۹۸۸). این مقیاس که ۲۰ احساس (۱۰ احساس مثبت و ۱۰ احساس منفی) را در قالب کلمه‌ها مورد سنجش قرار می‌دهد، براساس یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (به هیچ وجه=یک تا بسیار زیاد=پنج) ارزیابی می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۵ گزارش شده است و ضرایب همبستگی درونی مؤلفه‌ها و کل مقیاس شواهدی دال بر روایی سازه آن فراهم ساخته است. این ضرایب از ۰/۷۴ تا ۰/۹۴ متغیر و تمامی آنها معنادار بود (ابوالقاسمی، ۱۳۸۲). در این پژوهش نیز اعتبار هر یک از زیرمقیاس‌ها با روش آلفای کرونباخ برای عاطفه مثبت ۰/۷۳ و عاطفه منفی ۰/۸۲ به دست آمد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهند بیشترین میانگین در نظام‌های مغزی-رفتاری مربوط به نظام فعال‌ساز رفتاری در گروه مبتلایان به سردردهای میگرنی است و در مؤلفه‌های نظام‌های مغزی-رفتاری بیشترین میانگین مربوط به مؤلفه اجتناب فعال در گروه بیمار است. در زمینه عاطفه مثبت و منفی نیز بیشترین میانگین مربوط به افراد سالم در زمینه عاطفه مثبت است. پیش از تحلیل داده‌ها برای بررسی همگنی واریانس متغیرها، آزمون لوین اجرا شد. نتایج نشان دادند فرض همگنی واریانس‌ها تأیید نمی‌شود.

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه نظام‌های مغزی-رفتاری و مؤلفه‌های آن و همچنین عاطفه مثبت و منفی نشان دادند مقدار F معنادار است ($F=8/112, P<0/001$).

به عبارت دیگر، بین دو گروه مبتلایان به میگرن و افراد سالم از لحاظ متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. برای تصریح تفاوت تحلیل واریانس یک‌راهه انجام شد. نتایج نشان دادند تفاوت دو گروه مبتلایان به میگرن و افراد سالم در متغیر وابسته سیستم بازداری رفتاری معنادار است اما در سایر متغیرهای وابسته نظام فعال‌ساز رفتاری و جنگ و گریز تفاوت معنادار نیست. همچنین تفاوت دو گروه در متغیر وابسته مؤلفه اجتناب منفعل و مؤلفه گریز، معنادار است اما در مورد سایر

کدام از این عوامل دارای رابطه‌ای خاص با رگه‌های شخصیتی و عوامل روان‌شناختی فرد هستند، شایع‌ترین این عوامل که در قالب ملاک‌های ورود به گروه بیمار و سالم کنترل شد. عبارت بودند از:

- ۱- عدم اعتیاد به الکل و دخانیات

- ۲- نداشتن بیماری محرز جسمانی و روانی مرتبط با سردرد میگرنی
- ۳- عدم مصرف هورمون‌ها و داروهای ضدبارداری خوراکی برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه شخصیتی گری-ویلسون^۱ (ویلسون، بارت و گری، ۱۹۸۹). این پرسشنامه که میزان فعالیت نظام‌های مغزی-رفتاری و مؤلفه‌های آنان را ارزیابی می‌کند، یک پرسشنامه خودارزیابی شخصیتی ۱۲۰ ماده‌ای است و برای هر یک از ماده‌های آن سه گزینه بلی، خیر و نمی‌دانم وجود دارد. آزمودنی گزینه نمی‌دانم را در صورتی انتخاب می‌کند که به هیچ‌وجه نتواند یکی از گزینه‌های بلی و خیر را انتخاب کند. به هر ماده با علامت مثبت، بلی (۲ نمره)، نمی‌دانم (۱ نمره) و خیر (صفر نمره)؛ و به هر ماده با علامت منفی، بلی (صفر نمره)، نمی‌دانم (۱ نمره) و خیر (۲ نمره) تعلق می‌گیرد (آشتیانی، ۱۳۹۲). ویلسون و دیگران (۱۹۸۹) ضرایب آلفای کرونباخ مؤلفه‌های روی‌آورد، اجتناب فعال، اجتناب منفعل، خاموشی، جنگ و گریز را به ترتیب برای مردان ۰/۷۱، ۰/۶۱، ۰/۵۸، ۰/۶۱، ۰/۶۵ و ۰/۶۵ و برای زنان ۰/۶۸، ۰/۳۵، ۰/۵۹، ۰/۶۳، ۰/۷۱ و ۰/۷۱ به دست آوردند. این پرسشنامه توسط آزادفلاح، دادستان، اژه‌ای و مودنی (۱۳۷۸) به فارسی برگردانده و در یک گروه ۲۱۱ نفری از دانشجویان ایرانی اجرا شده است. همچنین اشرفی (۱۳۷۵) نقل از آشتیانی، (۱۳۹۲)، ضرایب آلفای کرونباخ را برای مؤلفه‌های روی‌آورد، اجتناب فعال، اجتناب منفعل، خاموشی، جنگ و گریز به ترتیب ۰/۶، ۰/۵۴، ۰/۶۱، ۰/۶۶، ۰/۶۵ و ۰/۶۹ و ضرایب همسانی از طریق روش دو نیمه‌سازی را به ترتیب برابر ۰/۵۳، ۰/۵۷، ۰/۵۲، ۰/۶۲، ۰/۶۴ و ۰/۶۴ گزارش کرده است.

در این پژوهش نیز اعتبار هر یک از زیرمقیاس‌ها به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که به ترتیب برای مؤلفه‌های روی‌آورد، اجتناب فعال، اجتناب منفعل، خاموشی، جنگ و گریز ۰/۴۴، ۰/۳۷، ۰/۴۷، ۰/۵۶، ۰/۵۶ و ۰/۵۹ بود که بیانگر ثبات درونی مناسب آزمون در این پژوهش است.

مقیاس عاطفه مثبت و منفی پاناس^۲ (PANAS):

مؤلفه‌های نظام‌های مغزی-رفتاری تفاوت معنادار نیست. در زمینه عاطفه مثبت و منفی نیز تفاوت بین دو

گروه در متغیر عاطفه منفی معنادار است اما در مورد عاطفه مثبت معنادار نیست (جدول ۲).

جدول ۱

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های سیستم‌های مغزی-رفتاری و مؤلفه‌های آن و عاطفه مثبت و منفی

متغیر	میگرن		سالم		کل	
	SD	M	SD	M	SD	M
سیستم فعال‌ساز رفتاری	۵/۳۹	۴۱/۳۸	۶/۱۰	۴۱/۳۶	۵/۷۴	۴۱/۳۷
سیستم بازداری رفتاری	۵/۸۵	۳۳/۸۹	۸/۷۵	۳۰/۷۵	۸/۹۲	۳۲/۳۲
سیستم جنگ و گریز	۹/۲۹	۳۶/۳۶	۹/۲۷	۳۵/۱۶	۹/۲۸	۳۵/۷۶
مؤلفه روی آورد	۴/۶۱	۱۵/۲۵	۵/۰۳	۱۵/۵۵	۴/۸۲	۱۵/۴۰
مؤلفه اجتناب فعال	۴/۱۱	۲۶/۱۲	۵/۱۳	۲۵/۸۱	۴/۶۴	۲۵/۹۷
مؤلفه اجتناب منفعل	۵/۱۶	۱۶/۸۸	۴/۷۸	۱۳/۶۴	۵/۲۲	۱۵/۲۶
مؤلفه خاموشی	۵/۴۹	۱۷/۰۰	۵/۸۰	۱۷/۱۰	۵/۶۴	۱۷/۰۵
مؤلفه جنگ	۵/۷۲	۱۴/۹۰	۵/۸۰	۱۵/۱۸	۵/۷۵	۱۵/۰۴
مؤلفه گریز	۵/۷۳	۲۱/۴۵	۵/۷۷	۱۹/۹۸	۵/۷۸	۲۰/۷۲
عاطفه مثبت	۵/۴۸	۳۵/۷۸	۵/۶۲	۳۶/۶۷	۵/۵۶	۳۶/۲۲
عاطفه منفی	۷/۵۰	۲۹/۲۹	۶/۵۱	۲۳/۳۴	۷/۶۲	۲۶/۳۱

جدول ۲

نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه نمره‌های سیستم‌های مغزی-رفتاری و مؤلفه‌های آن و عاطفه مثبت و منفی

متغیر وابسته	SS	MS	F
سیستم فعال‌ساز رفتاری	۰/۰۱۷	۰/۰۱۷	۰/۰۰۱
سیستم بازداری رفتاری	۵۹۲/۲۰۴	۵۹۲/۲۰۴	۷/۶۳۸*
سیستم جنگ و گریز	۸۶/۴۰۰	۸۶/۴۰۰	۱/۰۰۲
مؤلفه روی آورد	۵/۱۰۴	۵/۱۰۴	۰/۲۱۹
مؤلفه اجتناب فعال	۵/۷۰۴	۵/۷۰۴	۰/۲۶۴
مؤلفه اجتناب منفعل	۶۳۰/۵۰۴	۶۳۰/۵۰۴	۲۵/۴۲۵*
مؤلفه خاموشی	۰۰/۶۰۰	۰۰/۶۰۰	۰/۰۱۹
مؤلفه جنگ	۴/۵۳۸	۴/۵۳۸	۰/۱۳۷
مؤلفه گریز	۱۳۰/۵۳۸	۱۳۰/۵۳۸	۳/۹۴۵**
عاطفه مثبت	۴۷/۷۰۴	۴۷/۷۰۴	۱/۵۴۵
عاطفه منفی	۲۱۲۴/۱۵۰	۲۱۲۴/۱۵۰	۴۳/۰۱۱*

* $P < 0.01$ ** $P < 0.05$

نسبی با یافته‌های پژوهش حاضر است. به‌طور مثال نتایج پژوهش حاضر در زمینه نظام فعال‌ساز رفتاری، یافته‌های لباف و اکرمی (۱۳۹۱)، و چویدار و دیگران (۱۳۹۰) را به‌طور مستقیم و یافته‌های پینتومزا و دیگران (۲۰۰۶)، را به‌طور غیرمستقیم تأیید می‌کند و با یافته‌های هاشمی‌نصرت‌آباد و دیگران (۱۳۹۱)، شهیدی‌شادکام و دیگران (۱۳۹۰) و اکبری و دیگران (۱۳۹۰) ناهمخوان است. سیستم فعال‌ساز رفتاری، رفتار را در حضور نشانه‌های پاداش تنظیم می‌کند و به نشانه‌های شرطی پاداش و حذف تنبیه حساس است و فعالیت

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان دادند بین دو گروه سالم و بیمار از لحاظ نظام بازداری رفتاری تفاوت معنادار وجود دارد. ولی تفاوت در دو نظام فعال‌ساز رفتاری و جنگ و گریز معنادار نیست. در زمینه مؤلفه‌های نظام‌های مغزی-رفتاری نیز تفاوت بین مؤلفه اجتناب منفعل و مؤلفه گریز معنادار است اما تفاوت در سایر مؤلفه‌های نظام‌های مغزی-رفتاری معنادار نیست. همچنین بین دو گروه در زمینه عاطفه منفی تفاوت معنادار وجود دارد. بررسی پژوهش‌های پیشین نشان‌دهنده هماهنگی

ناهمخوان است. مؤلفه روی‌آوری مشخص‌کننده رفتارهایی است که فعالانه در جست‌وجوی پاداش هستند. بر اساس نتایج پژوهش حاضر انتظار می‌رود افراد مبتلا به میگردن رفتار روی‌آوری کمتری نسبت به افراد سالم نشان دهند و در نهایت حالت انتظار خوشایند و خوشحالی که از ویژگی‌های این مؤلفه است در این بیماران کم‌تر باشد، اما تفاوت بین دو گروه معنادار نبود. در ارتباط با تبیین رد این فرضیه می‌توان به این موضوع اشاره کرد که افراد مبتلا به میگردن در حین حملات سردرد، فعالانه در جست‌وجوی روش‌هایی هستند که اثرات نامطلوب ناشی از سردرد را کاهش دهند. در افراد سالم نیز سردرد می‌تواند به عنوان یک محرک ناخوشایند باعث شود همانند افراد مبتلا به میگردن هنگام حمله سردرد، فعالانه در جست‌وجوی روش‌هایی برای کاهش اثرات ناشی از سردرد باشند. در واقع هر دو گروه سالم و بیمار برای کاهش ناخوشایندی‌های ناشی از سردرد به محرک‌هایی که منجر به پاداش و تسکین درد می‌شوند، یکسان پاسخ می‌دهند و نتیجه آن عدم تفاوت معنادار این مؤلفه در دو گروه است.

یافته‌ها در زمینه اجتناب فعال که یکی دیگر از مؤلفه‌های نظام فعال‌ساز رفتاری است با یافته‌های لباف و اکرمی (۱۳۹۱) به طور مستقیم و با یافته‌های پینتومزا و دیگران (۲۰۰۶) به طور غیرمستقیم همخوانی دارد. مؤلفه اجتناب فعال نشان‌دهنده رفتارهایی است که به منظور اجتناب از تنبیه انجام می‌شود (ویلسون، گری و بارت، ۱۹۹۰).

پژوهش حاضر نشان داد میانگین مؤلفه اجتناب فعال در افراد مبتلا به میگردن بالاتر از افراد سالم است و این امر می‌تواند نشان‌دهنده آن باشد که افراد مبتلا به میگردن نسبت به نشانه‌های تنبیه در مقایسه با افراد سالم حساس‌تر هستند. اما این تفاوت بین دو گروه در زمینه مؤلفه اجتناب فعال معنادار نبود. در مورد عدم تأیید این فرضیه می‌توان به ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به میگردن اشاره کرد. طبق نظر کاپلان و سادوک (۱۹۹۴)، دوسوم بیماران میگردن دارای ویژگی شخصیتی وسواسی هستند. افزون بر آن، نتایج پژوهش حسنی، بیگدلی و قوشچیان (۱۳۸۶) نیز نشان‌دهنده عدم تفاوت معنادار در مؤلفه اجتناب فعال بین دو گروه سالم و مبتلا به وسواس است. به عقیده این مؤلفان عدم تفاوت مؤلفه اجتناب فعال بین

آن منجر به رفتار روی‌آوری به سوی این محرک‌ها می‌شود، همچنین با خلق مثبت در ارتباط است (کر، ۲۰۰۲).

افزون بر آن، فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری، فرد را در جهت مقابله و تلاش در برطرف ساختن موانع و جست‌وجوی پیامدهای خوشایند سوق می‌دهد (آزادفلاح و دیگران، ۱۳۷۸). در واقع فعالیت نظام فعال‌ساز موجب برانگیختگی شده و فرد را به سوی عملی که موجب دستیابی به پاداش می‌شود، تشویق می‌کند و برمی‌انگیزد، بدون آنکه فرد متوجه احتمال پیامدهای منفی آن باشد (موریس، مسترس، دکانتز و تیمرن، ۲۰۰۵).

در ارتباط با رد این فرضیه می‌توان به این موضوع اشاره کرد که گری (۱۹۹۴)، در نظریه خود بیان می‌کند عملکرد نظام فعال‌ساز رفتاری با عاطفه مثبت و نظام بازدارنده رفتاری با عاطفه منفی در ارتباط است. نتایج این پژوهش و پژوهش‌های دیگر به عدم تفاوت در عاطفه مثبت در گروه‌های سالم و بیمار اشاره دارند. در واقع این عدم تفاوت معنادار نظام فعال‌ساز رفتاری در دو گروه سالم و مبتلا به میگردن به نوعی مؤید نظریه گری است. همچنین به‌رغم اینکه اضطراب و نگرانی از ویژگی‌های شخصیتی افراد میگردن است، اما تحقیقات نشان داده‌اند نظام فعال‌ساز با نگرانی رابطه مثبت و معناداری ندارد (منصوری و بخشی‌پورودسری، ۱۳۸۹). همچنین نظام فعال‌ساز نمایانگر زودانگیزگی فرد است (آزادفلاح و دیگران، ۱۳۷۸؛ هپونیمی، کلیتانگاس-جاروبین، پوتونن و راواجا، ۲۰۰۳)، و به نظر می‌رسد برای تجاری نظیر امید، وجد و شادی پاسخگو باشد. فرض بر این است که نظام فعال‌ساز رفتاری علت بنیادی زودانگیزگی است و با انگیزش، برون‌گردی و جست‌وجوی احساس مرتبط است (هپونیمی و دیگران، ۲۰۰۳؛ کنیاز و اسلوبودسکوچ-پلاسین، ۲۰۰۷)، با توجه به این موضوع تحقیقات بسیاری ثابت کرده‌اند که از ویژگی‌های افراد میگردن درون‌گرد بودن آنهاست و در واقع هیچ رابطه‌ای بین نظام فعال‌ساز و این ویژگی شخصیتی افراد میگردن وجود ندارد. با توجه به گفته‌های فوق این عدم تفاوت معنادار بین دو گروه سالم و مبتلا به میگردن دور از انتظار نیست.

همچنین نتایج مرتبط با مؤلفه روی‌آوری که یکی از مؤلفه‌های نظام فعال‌ساز رفتاری است با یافته‌های لباف و اکرمی (۱۳۹۱) همخوانی و با یافته‌های پینتومزا و دیگران (۲۰۰۶)

دو گروه می‌تواند با خصوصیات اجتنابی و رفتارهای پیشگیرانه بیماران مرتبط باشد (حسینی و دیگران، ۱۳۸۶). اگرچه وجود حملات میگرنی این افراد را به نشانه‌های تنبیه حساس می‌کند اما این حملات به گونه‌ای نیستند که تمام لحظات فرد را درگیر سازند و منجر به افزایش قابل توجه این مؤلفه در افراد مبتلا به میگرن شوند. از طرف دیگر افراد سالم نیز مسلماً انگیزه زیادی برای اجتناب از تنبیه دارند و عدم ابتلا به میگرن در آنها نمی‌تواند باعث عملکرد ضعیف این مؤلفه شود.

نتایج پژوهش حاضر در زمینه نظام بازداری رفتاری، با یافته‌های لباف و اکرمی (۱۳۹۱)، چوبدار و دیگران (۱۳۹۰)، علی‌پور و بهرامخانی (۱۳۸۹)، هاشمی‌نصرت‌آباد و دیگران (۱۳۹۱)، شهیدی‌شادکام و دیگران (۱۳۹۰) و اکبری و دیگران (۱۳۹۰) همسو و با یافته‌های کلیس و دیگران (۲۰۰۶) و ریز و دیگران (۲۰۰۷) به طور غیرمستقیم همخوانی دارد. سیستم بازداری رفتاری، رفتار را در حضور نشانه‌های تنبیه تنظیم می‌کند، به نشانه‌های تنبیه، حذف پاداش و محرک‌های جدید حساس است و فعالیت آن منجر به رفتار اجتناب از چنین محرک‌هایی می‌شود و همچنین با خلق منفی در ارتباط است (کر، ۲۰۰۲).

همانگونه که پیشتر بیان شد افراد مبتلا به میگرن با توجه به وجود سردرد با احتمال بیشتر به نشانه‌های تنبیه حساس هستند، بنابراین می‌توان انتظار داشت سیستم بازداری رفتاری که مسئولیت واکنش به تنبیه و علائم آن را بر عهده دارد در این افراد فعال‌تر باشد. در افراد مبتلا به میگرن همراه با اورا علائمی مانند تهوع و هراس از نور را می‌توان به عنوان نشانه‌های تنبیه یا حذف پاداش در نظر گرفت. شاید افراد مبتلا به میگرن با گذشت زمان از طریق فعالیت سیستم بازداری رفتاری می‌آموزند که باید از این محرک‌ها اجتناب کنند، که نتیجه آن فعالیت بیشتر سیستم بازداری رفتاری در افراد مبتلا به میگرن است که نتایج نیز مؤید این موضوع است. همچنین هپونیمی (۲۰۰۴) بیان کرده است که حساسیت بالای نظام بازداری رفتاری می‌تواند فرد را مستعد پریشانی هیجانی در موقعیت تنش‌زا کند که یکی از عوامل ایجادکننده و راه‌انداز میگرن محسوب می‌شود.

همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند افراد مبتلا به میگرن

افراد نگران و مضطرب‌اند و این اضطراب و نگرانی منجر به درون‌ریزی احساسات در آنها می‌شود (طوبایی و فراشبندی، ۱۳۸۹). در واقع این افراد به جای جست‌وجوی پاداش و کسب آرامش، بیشتر به دنبال اضطراب و نگرانی هستند. بیشتر پژوهش‌ها نیز نوروزگرایی افراد میگرنی را تأیید کرده‌اند (جوهری‌فرد، گلی و برومند، ۲۰۱۴). بالا بودن نمره‌های نوروزگرایی موجب حساسیت بیشتر افراد به محرک‌های محیطی شده و باعث می‌شود این افراد عاطفه منفی بیشتری را نسبت به سایرین تجربه کنند (آیزنک و آیزنک، ۱۹۷۱). بر اساس نظریه شخصیت گری نیز تجربه هیجان‌های منفی، به ویژه اضطراب با نظام بازداری رفتاری ارتباط دارد (آرنت و نیومن، ۲۰۰۰؛ گری، ۱۹۹۴). بر این اساس بالاتر بودن فعالیت نظام بازداری رفتاری در افراد مبتلا به میگرن نسبت به افراد سالم دور از انتظار نیست و در تأیید نظریه گری است.

همچنین نتایج در زمینه اجتناب منفعل با یافته‌های لباف و اکرمی (۱۳۹۱) همسو است. مؤلفه اجتناب منفعل نشان‌دهنده عدم فعالیت یا تسلیم فرد برای اجتناب از تنبیه است. بالاتر بودن مؤلفه اجتناب منفعل در افراد مبتلا به میگرن را می‌توان ناشی از آن دانست که بسیاری از این افراد پس از حمله‌های متعدد میگرن به این نتیجه می‌رسند که نمی‌توانند در مقابل بروز حمله‌ها از خود دفاع کنند و به هر حال حمله میگرنی رخ می‌دهد. در نتیجه این افراد در مقابل این تنبیه (وقوع حمله) تسلیم می‌شوند (اجتناب منفعل). به عبارت دیگر شاید این افراد دچار نوعی استیصال می‌شوند که به دیگر جنبه‌های زندگی آنها نیز سرایت می‌کند. همچنین تحقیقات نشان داده‌اند افسردگی و احساسات خلق منفی در بین بیماران مبتلا به میگرن نسبت به افراد سالم بالاتر است (موسچیانو و دیگران، ۲۰۱۱) و این افسردگی به طور منفی سطح رضایت کلی زندگی بیماران میگرنی را کاهش می‌دهد (لیتارت و دیگران، ۲۰۱۰). طبق نظریه گری نیز غلبه و حساسیت زیاد سیستم بازداری رفتاری، گرایش فرد را به سمت استیصال و افسردگی در پی دارد (آزادفلاح و دیگران، ۱۳۷۸) که علت آن می‌تواند کنش مؤلفه اجتناب منفعل و استیصال ناشی از آن باشد. همچنین نتایج پژوهش جوهری‌فرد، مهرابی‌زاده و شایت (زیر

(کر، ۲۰۰۲). بروز این رفتارها در مقابل محرک‌های ناخوشایند هم در افراد سالم و هم در افراد مبتلا به سردردهای میگرنی امری مسلم و طبیعی است. دروندادهای این نظام، محرک‌های تنبیه، فقدان پاداش، ترس‌آور ذاتی و جدید هستند (گری و مک‌ناقتون، ۲۰۰۰) که منجر به فعال‌سازی دفاع از طریق نظام جنگ و گریز می‌شود. چون در افراد سالم و مبتلا به میگرن بروز این واکنش‌های دفاعی طبیعی است، انتظار نمی‌رود که به طور کلی از لحاظ این نظام بین افراد سالم و مبتلا به میگرن تفاوتی دیده شود.

همچنین نتایج در زمینه مؤلفه جنگ که یکی از مؤلفه‌های نظام جنگ و گریز است با یافته‌های لباف و اکرمی (۱۳۹۱) همخوانی وجود دارد. مؤلفه جنگ، مشخص‌کننده رفتارهای پرخاشگرانه دفاعی است (ویلسون و دیگران، ۱۹۹۰). محرک‌هایی که منجر به فعال‌سازی این مؤلفه می‌شوند محرک‌های تنبیه، فقدان پاداش، محرک‌های ترس‌آور ذاتی و محرک‌های جدید هستند (گری و مک‌ناقتون، ۲۰۰۰).

در ارتباط با عدم تأیید این فرضیه می‌توان به این موضوع اشاره کرد که منبع محرک ناخوشایند در سردردهای میگرنی منبعی مشخص نیست که فرد بتواند نسبت به آن رفتارهای دفاعی پرخاشگرانه نشان دهد و اصولاً نشان دادن رفتارهای پرخاشگرانه در این زمینه نمی‌تواند کارایی داشته باشد؛ در نتیجه قابل انتظار است که میزان مؤلفه جنگ در افراد مبتلا به میگرن کمتر باشد. از آنجا که این مؤلفه نشان‌دهنده رفتارهای دفاعی در مقابل منبع تهدید است، مسلماً افراد مبتلا به میگرن در موارد دیگر که منبع تهدید مشخص باشد رفتار جنگ را نشان می‌دهند، در نتیجه تفاوت زیاد افراد سالم و مبتلا به میگرن در این مؤلفه قابل انتظار نیست.

نتایج در زمینه مؤلفه گریز که یکی دیگر از مؤلفه‌های نظام جنگ و گریز است با یافته‌های لباف و اکرمی (۱۳۹۱) ناهمخوان است. مؤلفه گریز نشان‌دهنده رفتارهایی است که برای فرار سریع از منبع تهدید انجام می‌گیرد (ویلسون و دیگران، ۱۹۹۰).

گریز یا فرار سریع از منبع تهدید، حداقل واکنشی است که افراد مبتلا به میگرن می‌توانند برای دفاع از خود نشان دهند. این منبع تهدید هم می‌تواند او را باشد (در میگرن همراه با اورا)

(چاپ)، نشان داده‌اند افراد مبتلا به میگرن از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و انفعالی در برخورد با مسائل از جمله درد استفاده می‌کنند. که علت آن می‌تواند فعالیت بالای مؤلفه اجتناب منفعل در این افراد باشد.

کاپلان و سادوک (۱۹۹۴) نیز نشان دادند دوسوم افراد مبتلا به میگرن به لحاظ شخصیتی افرادی سرکوبگر هستند. این افراد درونگرا بوده و هیجان‌های مثبت کمتری را تجربه می‌کنند و کمتر تمایل به شاد بودن دارند، یعنی احساسات مثبت خود را کمتر بروز می‌دهند و در برخورد با مسائل منفعل‌تر هستند. از آنجا که فعالیت مؤلفه اجتناب منفعل نشان‌دهنده عدم فعالیت یا تسلیم فرد برای اجتناب از تنبیه است بالاتر بودن فعالیت این مؤلفه در افراد مبتلا به میگرن نسبت به افراد سالم دور از انتظار نیست.

نتایج در زمینه مؤلفه خاموشی با یافته‌های پینتومزا و دیگران (۲۰۰۶)، به طور غیرمستقیم همخوانی دارد و با یافته‌های لباف و اکرمی (۱۳۹۱)، ناهمخوان است. مؤلفه خاموشی، نشان‌دهنده توقف رفتارهایی است که پاداش در پی ندارند (ویلسون و دیگران، ۱۹۹۰). در ارتباط با عدم تأیید این فرضیه می‌توان به این موضوع

اشاره کرد که عواملی مانند به هم خوردن ساعات خواب، کمتر یا بیشتر از حد معمول خوابیدن، وارد آمدن ضربه به سر و تحریکاتی که از محیط به سیستم عصبی وارد می‌شود مثل نورهای خیره‌کننده یا چشمک‌زن، تابش نور شدید آفتاب، سر و صدا و بوهای تند، نخوردن یک وعده غذایی عوامل ایجادکننده سردرد محسوب می‌شوند. این عوامل که اغلب آنها به رفتار فرد مبتلا به میگرن وابسته است می‌توان به عنوان رفتارهایی در نظر گرفت که پاداش در پی ندارند و افراد مبتلا به میگرن با کنش خاموشی به آنها واکنش نشان می‌دهند. هرچند این عوامل اختصاصی در افراد سالم وجود ندارند ولی حذف رفتارهایی که پاداش در پی ندارند یک رفتار طبیعی در همه افراد است. لذا، نمی‌توان انتظار داشت میانگین مؤلفه خاموشی در افراد مبتلا به میگرن و افراد سالم تفاوت چندانی داشته باشد.

در زمینه نظام جنگ و گریز نیز یافته‌های پژوهش با یافته‌های لباف و اکرمی (۱۳۹۱)، همخوانی دارد. این نظام، با فعال شدن در حضور هر نوع محرک ناخوشایند (گری و مک‌ناقتون، ۲۰۰۰)، منجر به رفتار جنگ یا جنگ/گریز می‌شود

و هم می‌تواند عوامل راه‌انداز سردرد باشد. با توجه به حساس بودن افراد میگرنی نسبت به این عوامل طبیعی به نظر می‌رسد که فعالیت این مؤلفه در افراد مبتلا به سردردهای میگرنی نسبت به افراد سالم بیشتر باشد. همچنین گریز نسبت به جنگ (درگیری)، راهبردی انفعالی و ناکارآمد است و باعث می‌شود مسئله اصلی و فکری فرد میگرنی لاینحل باقی بماند. در نتیجه فرد میگرنی بیشتر فکر می‌کند و فکر بیشتر منجر به افزایش فشار خون مغزی و تشدید سردردها خواهد شد (جوهری‌فرد و دیگران، زیر چاپ). که این امر نیز می‌تواند ناشی از فعالیت بیشتر این مؤلفه در افراد میگرنی باشد.

در زمینه عاطفه مثبت و منفی نیز نتایج پژوهش نشان دادند عاطفه منفی در افراد مبتلا به میگرن بالاتر است و با افراد سالم اختلاف معنادار دارد. این یافته با یافته‌های زاترا و دیگران (۲۰۰۵، ۲۰۰۸)، پیپر و براسچاد (۲۰۰۵)، چیدا و هامر (۲۰۰۸)، اکیک و کارا (۲۰۰۶) و ریت ولد و پرینس (۲۰۰۵) همخوانی دارد و می‌توان آن را با توجه به اختلال‌های همایند با میگرن تبیین کرد. مطالعات گوناگون همبودی شایع اختلال میگرن با افسردگی اساسی را مطرح می‌کنند. رابطه بین میگرن و افسردگی اساسی دوطرفه است. بروز افسردگی در افراد مبتلا به سردرد می‌تواند حاصل زندگی توأم با درد مزمن باشد که به بسیاری از اختلال‌ها از جمله اختلال خواب، مشکلات شغلی و روان‌شناختی، استفاده بیش از حد دارو و تکیه بیش از حد به حمایت‌های اجتماعی منجر شود که همه آنها در ایجاد خلق افسرده سهیم هستند. از سوی دیگر، افسردگی می‌تواند ادراک فرد را از درد تغییر دهد زیرا با پایین آمدن آستانه تحمل درد فرد همراه است و ممکن است سبب شود او سردردهایش را ناخوشایندتر تلقی کند (گچل^۱ و بلانچارد^۲، ۱۹۹۷ نقل از عبدالهی، ۱۳۸۹).

با توجه به موارد گفته‌شده احتمال می‌رود که افراد مبتلا به میگرن در مقایسه با افراد سالم، به دلیل وجود درد و اختلال‌های دیگر از جمله افسردگی از عاطفه منفی بالاتری برخوردار باشند، یافته‌ها نیز این موضوع را تأیید می‌کنند.

با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های پیشین می‌توان نتیجه گرفت که اختلال کنش‌وری نظام‌های مغزی-رفتاری به عنوان زیربنای گرایش‌های رفتاری و عاطفی، فرد را مستعد

اختلال‌های عصبی-روانی از جمله میگرن می‌کند. یعنی افرادی که نظام بازداری غالبی دارند عواطف منفی بیشتری را در زندگی تجربه می‌کنند که همین امر زمینه‌ساز افسردگی و اضطراب است و می‌تواند در صورت تداوم به بروز اختلال‌هایی نظیر میگرن بینجامد. در همین راستا پیشنهاد می‌شود در سایر پژوهش‌ها، متغیرهای دیگری مورد توجه قرار گیرند که ممکن است با سردردهای میگرنی ارتباط داشته باشند. همچنین پیشنهاد می‌شود از مداخله‌های روان‌شناختی لازم برای افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی در افراد مبتلا به سردردهای میگرنی استفاده شود.

تشکر و قدردانی

از جناب آقای دکتر رضا جوهری‌فرد که با راهنمایی‌های ارزنده خود ما را در این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- ابوالقاسمی، ف. (۱۳۸۲). *هنجارهایی عاطفه مثبت و منفی و اعتباریابی همزمان آن با مقیاس سلامت ذهن و سرزندگی در دانشجویان دانشگاه اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان.
- آزادفلاح، پ.، دادستان، پ.، ازهای، ج. و موذنی، س. (۱۳۷۸). *تنیدگی (استرس)، فعالیت مغزی/رفتاری و تغییرات ایمونوگلوبین ترشخی A*. *مجله روان‌شناسی*، ۳(۹)، ۲۲-۳.
- آشتیانی، ع. (۱۳۹۲). *آزمون‌های شناختی*. تهران: بعثت.
- اکبری، ا.، بخشی‌پوررودسری، ع.، عظیمی، ص.، قاسم‌پور، ع. و امیری، ا. (۱۳۹۰). *مقایسه اضطراب افسردگی، سیستم‌های مغزی رفتاری، سبک‌های مقابله‌ای، خشم و خصومت در افراد مبتلا به آسم و افراد غیرمبتلا*. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۹(۵)، ۳۳۳-۳۱۷.
- بخشی، ع.، دائمی، ف. و آجیلچی، ب. (۱۳۸۸). *ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس‌های عاطفه مثبت و منفی در یک نمونه ایرانی*. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۲۰(۵)، ۳۴۳-۳۵۰.
- جوهری‌فرد، ر.، مهرابی‌زاده، م. و شایت، ک. (زیر چاپ). *نقش عوامل شناختی، شخصیتی و خانوادگی در پیش‌بینی ابتلا به میگرن*. *فصلنامه دستاوردهای روان‌شناختی*.
- جوهری‌فرد، ر. (۱۳۹۰). *مقدمه‌ای بر پزشکی روان‌تنی*. اهواز:

نقش کمال‌گرایی، عاطفه منفی و سیستم‌های مغزی رفتاری در

پیش‌بینی پرخوری عصبی. *مجله پزشکی ارومیه*، ۳ (۲۳)، ۲۳۸-۲۳۰.

Alilou, M., & Ashayeri, H. (1994). Experimental investigating of effects of emotion on memory. *Journal of Psychological Research*, 5 (1&2), 11-25.

Arnett, P. A., & Newman, J. P. (2000). Gray's three-rousal model: An empirical investigation. *Journal of Personality and Individual Differences*, 28, 1171-1189.

Beckham, J. C., Keefe, F. J., Caldwell, D. S., & Roodman, A. A. (1991). Pain coping strategies in rheumatoid arthritis: Relationships to pain, disability, depression, and daily hassles. *Journal of Behavior Therapy*, 22 (1), 113-124.

Bijttebier, P., Beck, I., Claes, L., & Vandereycken, W. (2009). Gray's reinforcement sensitivity theory as a framework for research on personality psychopathology association. *Journal of Clinical Psychology Review*, 29, 421-430.

Cleas, L., Nederkoorn, C., Vandereyken, W., Guerrieri, R., & Vertommen, H. (2006). Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders. *Journal of Eating Behavior*, 7, 196-203.

Chida, Y., & Hamer, M. (2008). Chronic psychosocial factors and acute physiological responses to laboratory-induced stress in healthy populations: A quantitative review of 30 years of investigations. *Journal of Psychological Bulletin*, 134 (6), 829-885.

Corr, P. (2004). Reinforcement sensitivity theory and personality. *Journal of Neuroscience and Behavioral Reviews*, 28, 317-332.

Corr, P. (2002). Gray's reinforcement sensitivity theory: Tests of the joint subsystems hypothesis of anxiety and impulsivity. *Journal of Personality and Indi-*

دانشگاه آزاد اسلامی.

چوبدار، م.، باباپور خیرالدین، ج.، خانجانی، ز. و زمینی، س.

(۱۳۹۰). رابطه نظام‌های مغزی رفتاری و برخی عوامل

جمعیت‌شناختی با ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی. *فصلنامه*

روان‌شناسی کاربردی، ۲ (۱۸)، ۲۴-۳۶.

حسنی، ج.، بیگدلی، ا. و قوشچیان، س. (۱۳۸۶). مقایسه

فعالیت سیستم‌های مغزی رفتاری بیماران مبتلا به اختلال وسواس

و افراد بهنجار. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۹ (۴)، ۱۶-۲۵.

سازمند، م. (۱۳۹۲). میگردن. تهران: دانژه.

شهیدی شادکام، م.، آزادفلاح، پ. و خدمت، ح. (۱۳۹۰).

مقایسه فعالیت سیستم‌های مغزی رفتاری در بیماران مبتلا به

برگشت محتویات معده به مری و افراد سالم. *مجله علوم رفتاری*، ۴

(۲)، ۸۳-۸۹.

طوبایی، ش. و فراشبندی، ح. (۱۳۸۹). بررسی ویژگی‌های

شخصیتی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی. *مجله پزشکی ارومیه*،

(۲) ۲۸۵-۲۸۰.

عبدالهی، م. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری در کاهش

نشخوار فکری بیماران مبتلا به میگرن همراه با وسواس. پایان‌نامه

کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی.

علی‌پور، ا. و بهرامخانی، م. (۱۳۸۹). مقایسه فعالیت نظام‌های

مغزی-رفتاری در بیماران مبتلا به پرفشاری خون دارای سابقه

مصرف دارو و بدون سابقه مصرف دارو و افراد بهنجار. *مجله*

روان‌شناسی بالینی، ۱ (۴)، ۳۱-۴۲.

گرین‌برگ، د.، امینف، م. و سیمون، ر. (۱۳۸۷). نورولوژی

بالینی. ترجمه ف. بیگوند و ش. صفرزاده. تهران: نسل فردا (تاریخ

انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۹).

لباف، ن. و اکرمی، ن. (۱۳۹۱). بررسی و مقایسه سیستم‌های مغزی

رفتاری بیماران مبتلا به میگرن و افراد سالم. *مجموعه مقالات*

چهارمین کنگره بین‌المللی روان‌تنی، اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی

واحد خوراسگان، ۲۸-۲۶.

منصوری، ا. و بخشی‌پور رودسری، ع. (۱۳۸۹). رابطه سیستم‌های

فعال ساز و بازداری رفتاری با نگرانی آسیب‌شناختی و غیرآسیب‌شناختی.

مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۱ (۱۲)، ۵۹-۶۴.

هاشمی نصرت آباد، ت.، علیلو، م. و خسروی، ب. (۱۳۹۱).

- Heponiemi, T., Keltiangas-Jarvinen, L., Puttonen, S., Ravaja, N. (2003).** BIS/BAS Sensitivity and self-rated affects during experimentally induced stress. *Journal of Personality and Individual Differences*, 34, 943-957.
- JohariFard, R., Goli, F., Bromand, A., (2014).** Cognitive, personality and family factors in patients with Migraine headache. *Journal of Body Mind Culture*, 1 (1), 83-93.
- Kane, T. A., Loxton, N. J., Staiger, P. K., & Dawe, S. (2004).** Does the tendency act impulsively underlie binge eating and alcohol use problem? An empirical investigation. *Journal of Personality and Individual Differences*, 36, 83-94.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (1994).** *Kaplan and Sadocks synopsis of psychiatry* (7th ed). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kanyazev, G. G., & Slobodskoj-Plusnin, J. Yu. (2007).** Behavioral approach system as a moderator of emotional arousal elicited by reward and punishment cues. *Journal of Personality and Individual Differences*, 42, 49-59.
- Kasper, D. L., & Harrison, S. (2005).** *Principle of internal medicine*. New York: Mcgraw-Hill Publishing.
- Ligthart, L., Penninx, B. W., Nyholt, D. R., Distel, M. A., de Geus, E. J., Willemsen, G., & et al. (2010).** Migraine symptomatology and major depressive disorder. *Journal of Cephalalgia*, 30 (9), 1073-1081.
- Mauder, R. G. (2009).** Psychosomatic medicine: A specialty for generalists. *Journal of Psychosomatic*, 66, 99-100.
- Meyer, B., Johnson, S. L., & Winters, R. (2001).** *vidual Differences*, 33,511-532.
- Evers, S., Afra, J., & Frese, A. (2006).** Guideline on the drug treatment of migraine-report of an EFNS task force. *Journal of Neurology*, 13, 560-572.
- Ekici, A., & Kara, T. (2006).** Negative and quality of life in patients with Asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 15, 110-115.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. (1971).** The orthogonality of psychoticism and neuroticism: A factorial study. *Journal of Perceptual and Motor Skills*, 33 (2), 461-462.
- Geisser, M. E., Casey, K. L., Brucksch, C. B., Ribbens, C. M., Appleton, B. B., & Crofford, L. J. (2003).** Perception of noxious and innocuous heat stimulation among health women and women with fibromyalgia: Association with mood, somatic focus, and catastrophizing. *Journal of Pain*, 102 (3), 243-250.
- Goodsby, P. J., Lipton, R. B., & Ferrari, M. D. (2002).** Migraine current understanding and treatment. *New English Journal of Medicine*, 346, 257-269.
- Gray, J. A. (1994).** Brain systems that mediate both emotion and cognition. *Journal of Cognition and Emotion*, 4 (7), 269-288.
- Gray, J. A., & McNaghton, N. (2000).** *The neuro-psychology of anxiety: An enquire into the functions of the septohipocampal sestem*. London Oxford University Press.
- Haskin, P. A. (2006).** Reinforcement sensitivity, coping, disordered eating and drinking behavior in adolents. *Journal of Brain Research Reviews*, 40, 677-688.
- Heponiemi, T. (2004).** *Physiological and emotional stress reactions: The effects of temperament and exhaustion*. PhD thesis, University of Helsinki.

- related cardiovascular activation: Is there any? *Annual Journal of Behavior*, 30 (2), 91-103.
- Russell, M. D., Rasmussen, B. K., Thorvaldsen, P., & Olesen, J. (1995).** Pervallence and sex-ratio of the subtypes of migraine. *Journal of International Epidemiology*, 906, 612-618.
- Ruiz, A. S., Molerio, M. A., & Beltri, R. T. (2007).** Sensitivity to punishment as a moderator of the relationship between self-efficacy and cardiovascular reactivity. *Journal of Personality and Individual Differences*, 43, 143-154.
- Rietveld, S., & Prins, P. J. (2005).** The relationship between anxiety and somatic symptoms in people with Asthma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 725-730.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988).** Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Watson, D., & Clark, L. A. (2003).** *The PANAS-X manual for the positive and negative affect schedule expanded*. Retrieved 24 September 1989, from: <http://www.psychology.uiowa.edu/Faculty/Watson/PANAS-pdf>.
- Wilson, G. D., Barrett, P. T. & Gray, J. A. (1989).** Human reactions to reward and punishment: A questionnaire examination of Gray's personality theory. *British Journal of Psychology*, 80, 509-515.
- Wilson, G. D., Gray, J., & Barrett, P. (1950).** A factor analysis of the Gray-Wilson Personality Questionnaire. *Journal of Personality and Individual Differences*, 11, 1037-1045.
- Zautra, A. J., Davis, M. C., Reich, J. W., Nicassario,** Responsiveness to threat and incentive in bipolar disorders: Relation of the BIS/BAS scales with symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 133-143.
- Moschiano, F., D'Amico, D., Canavero, I., Pan, I., Micieli, G., & Bussone, G. (2011).** Migraine and depression: Common pathogenetic and therapeutic ground? *Journal of Neurological Sciences*, 32 (1), 85-88.
- Muris, P., Meesters, C., Dekanter, E., & Timmerman, P. (2005).** Behavioral inhibition and behavioral activation system scales for children: Relationships with Eysenck's personality traits and psychopathological systems. *Journal of Personality and Individual Differences*, 38, 831-841.
- Pickering, A. D., & Gray, J. A. (1999).** *The neuroscience of personality*. Handbook of Personality, New York: Guilford.
- Penzien, D. B., Andrasik, F., Freidenberg, B. M., Houle, T. T., Lake, A. E., Lipchick, G. L., Holroyd, K. A., Lipton, R. B., McCrory, D. C., Nash, J. M., Nicholson, R. A., Powers, S. W., Rains, J. C., & Wittrock, D. A. (2005).** Guidelines for traits of behavioral treatments for recurrent headache (1st ed.). American Headache Society behavioral clinical trials workgroup. *Journal of Headache*, 2, 110-113.
- Pinto-Meza, A., Caseras, X., Soler, J., Puigdemont, D., Perez, V., & Torrubia, R. (2006).** Behavioral inhibition and behavioral activation systems in current and recovered major depression participants. *Journal of Personality and Individual Differences*, 40, 215-226.
- Pieper, S., Brosschot, J. F. (2005).** Prolonged stress

- chology*, 76 (3), 408-421.
- Zautra, A. J., Johnson, L. M., & Davis, M. C. (2005).** Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (2), 212-220.
- P., Tennen, H., & Finan, P. (2008).** Comparison of cognitive behavioral and mindfulness meditation interventions on adaptation to rheumatoid arthritis for patients with and without history of recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psy-*

Archive of SID