

## مقاله اصلی

## رابطه فعالیت سیستم های مغزی رفتاری و تاب آوری با تاکید بر نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به سردرد تنشی

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

## خلاصه

## مقدمه

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

## روش کار

روش مطالعه از نوع همبستگی ستجمعه مورد مطالعه مبتلایان به سردردهای تنشی در شهر مشهد در سال ۹۷ بود که به کلینیک های مغزو اعصاب و نیز مطب های متخصصین مغز و اعصاب و نیز زوانپزشکان و روانشناسان بالینی که از این میان، تعداد ۳۰۰ نفر به صورت غیر تصادفی و دسترس از میان آنها انتخاب شده و معیارهای ورود و خروج نیز دز نظر گرفته شد.

## نتایج

یافته‌ها نشان داد که سیستم فعال ساز رفتاری بر تاب آوری تاثیر مستقیم دارد. بازداری رفتاری به عنوان دومین زیرمقیاس سیستم‌های مغزی - رفتاری بر تاب آوری تاثیر مستقیم منفی دارد و سیستم جنگ و گریز به عنوان سومین زیرمقیاس بر تاب آوری تاثیر مستقیم مثبت دارد.

## نتیجه گیری

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

## کلمات کلیدی

سیستم مغزی رفتاری، تاب آوری، ناگویی هیجانی، مبتلایان به سردرد تنشی

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

الهه پورا کبران<sup>۱</sup>

جعفر حسینی<sup>۲\*</sup>

مهدی قاسمی مطلق<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> گروه روانشناسی عمومی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

<sup>۲</sup> دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی تهران، ایران

<sup>۳</sup> استاد یار گروه روانشناسی عمومی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

Email: Hasanimehr57@yahoo.com

## مقدمه

امروزه با توجه به تغییر روش زندگی شهرنشینی و عوارض ناشی از آن، به ویژه شرایط پراسترس زندگی شهری، زمینه برای بروز بیماری‌های مختلف، از جمله سردرد فراهم شده است. بیش از ۹۰ درصد از انسان‌ها در طول سال حداقل یک حمله سردرد را تجربه می‌کنند. سردرد به عنوان یکی از رایج ترین شکایات‌ها در کلینیک‌های عصب شناختی (۱) در اثر کشش، جابه جایی، التهاب، اسپاسم عروق و یا اتساع ساختمان‌های حساس به درد، در سر یا گردن ایجاد می‌شود. این عارضه شایع ترین سندرم درد است. (۲). گرچه سردرد دارای اشکال بسیار متنوعی است، اما دو نوع اصلی آن در طب سرپایی سردردهای میگرنی و سردردهای تنشی می‌باشند. سردرد میگرنی اغلب به صورت بیشتر به صورت یک طرفه و غالباً ضربان دار و با تهوع، حساسیت به نور و احساس خستگی همراه است که به مدت ۴-۷۲ ساعت طول می‌کشد و با اورای بینایی و گاهی علائم نورولوژیک توصیف می‌شود و شیوع آن در مردان ۶-۴ درصد و در زنان ۱۸-۱۳ درصد است (۲). سردرد تنشی<sup>۱</sup> مزمن بوده و معمولاً بعد از ۲۰ سالگی شروع می‌شود. وبه عنوان شایع ترین سردردی که در مان آن دشوار است، با درد دوطرفه غیر ضربانی (فشار یا سفتی، درد کند، شبیه بانداژ یا کلاه) درد خفیف یا متوسط و گاهی شدید که بتواند مانع فعالیت‌های روزانه شود تعریف می‌شود که معمولاً از منطقه پس سری شروع می‌شود و در ناحیه پیشانی و گیجگاهی نیز وجود دارد (۳،۴). سردرد در ۸۰٪ درصد مبتلایان به سردرد تنشی، باعث اختلال در فعالیت طبیعی زندگی می‌شود، انواع سردرد در زنان شایع تر است و میزان شیوع آن از ۲۸ تا ۳۸ درصد در مردان و ۳۴ تا ۸۶ درصد در زنان متفاوت است. مشخصه آن حملات مکرر، اغلب روزانه، غیر ضربانی، دوطرفه و واقع در پس سر بوده که با تهوع و استفراغ یا اختلالات بینایی همراه نیست، این نوع سردرد در زنان شایع تر از مردان است. سردرد تنشی از جمله شایع ترین علل مراجعه افراد به کلینیک‌های سرپایی بیماری‌های مغز و اعصاب است. این اختلال که یک اختلال مغزی پیچیده و ناتوان کننده است اغلب ممکن است تحت تأثیر شیوه زندگی و عوامل ژنتیکی و محیطی رخ دهد، اما آسیب شناسی این بیماری هنوز ناشناخته است (۵). حدود ۵۳ درصد از مبتلایان، گزارش می‌کنند که سردرد آن‌ها باعث اختلال در فعالیت‌هایشان شده است. اغلب افراد مبتلا به سردرد گزارش می‌کنند که کار و روابط خانوادگی آن‌ها به خاطر حملات سردرد به طور منفی تحت تأثیر قرار گرفته است. اغلب بیماران با سردرد افرادی نگران، مضطرب و وسواسی هستند و این و شروع اضطراب و نگرانی منجر به درون‌ریزی احساسات سردرد می‌شود که با مزمن شدن و عدم توجه به تغییر ویژگی‌های شخصیتی فرد می‌تواند به سردرد تبدیل شود (۶). اگرچه مشخص نیست که عوامل روان شناختی ایجادکننده سردرد هستند و یا ثانویه؟ (۷). طبق نظر کاپلان و سادوک (۲۰۰۷) دوسوم بیماران دارای سردرد تنشی دارای ویژگی‌های

شخصیتی و سواسی، کمال‌گرا و پرخاشگر هستند و ممکن است متعاقب استرس‌های هیجانی دچار سردرد شوند. تأثیر عوامل روان شناختی در بیماری‌های جسمی در پژوهش‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است و محدود به سردرد نیست. بررسی مقیاس‌های بالینی نشان می‌دهد که افراد مبتلا به سردرد آسیب‌پذیری بیشتری در برابر ناملایمات زندگی دارند (۸). از سوی دیگر فشارهای زندگی وارده بر فرد، نحوه مقابله فرد با آن فشار و میزان مقاومت و تحمل فشارها بر ایجاد و تشدید حملات سردرد تأثیر زیادی دارد. در پژوهشی نشان داده شد که رابطه معنی‌داری بین سردردهای تنشی و شیوه‌های مقابله با حوادث زندگی وجود دارد. در پژوهشی دیگر، افزایش سن، جنس مونث، تحصیلات پایین مادر، سطح اقتصادی اجتماعی پایین و سابقه خانوادگی سردرد و استرس به عنوان عوامل موثر در سردرد شناخته شده‌اند. (۶)

یکی از متغیرهای روان شناختی که ارتباط زیادی با سردرد تنشی دارد، سیستم‌های مغزی رفتاری است. سیستم‌های مغزی رفتاری از نظریه شخصیت‌گری طراحی شده است مهمترین نظریه سیستم مغزی رفتاری، نظریه حساسیت به تقویت‌گری می‌باشد که به روند تکامل در مغز مهره داران اشاره می‌کند و بیان می‌کند که مکانیسم‌های عصبی واکنش در برابر پاداش و تنبیه، می‌تواند به صورت مجزا عمل کنند. سه سیستم مغزی عمده در این نظریه عبارتند از سیستم فعال سازی رفتاری که با هرگونه نشانه مواجهه با پاداش فعال می‌گردد، سیستم بازداری رفتاری که در مواجهه با تعارض و تضاد بین فعال سازی و اجتناب فعال می‌گردد و در تشخیص و حل این تضاد نقش ایفا می‌کند و سبب تولید رفتار تدافعی در مواجهه با شرایط تضاد می‌گردد. سیستم جنگ و گریز که به صورت برخورد با هر نوع محرک اجتنابی و ناخوشایندی (شرطی و غیر شرطی) فعال می‌گردد. در شرایطی که امکان جنگ یا گریز وجود نداشته باشد پاسخ این سیستم، به شکل عدم تعهد خواهد بود. عملکرد سیستم جنگ و گریز با ترس و اضطراب ارتباط دارد و گری و مک ناتان (۲۰۰۰)، بیان می‌دارند که عملکرد این سیستم بیشتر با ترس مرتبط می‌باشد (۹). اگر در فردی سطح حساسیت سیستم فعال سازی رفتاری بالا باشد و حساسیت سیستم بازداری رفتاری پایین باشد، در مواجهه با محرکی جدید و ناشناخته تمایل به انجام رفتارهای هدفمند دارد و کمتر احتمال دارد که مبتلا به سردرد شود. پژوهش‌های مختلفی ارتباط بین سیستم مغزی رفتاری را با آسیب شناسی روانی نشان داده است از جمله اینکه مک فارلند، شانکمن، تنک، برودر و کلین<sup>۲</sup> (۲۰۰۶)، نشان دادند که حساسیت سیستم فعال سازی رفتاری پیش بینی کننده علائم افسردگی خواهد بود (۱۰). سیستم فعال‌ساز رفتاری، رفتارهای فعال‌کننده و نزدیک شونده و احساس برانگیختگی و امید را بیشتر می‌کند. در مقابل سیستم بازداری رفتاری در مواجهه با علائم مربوط به تنبیه و فقدان پاداش و محرک‌های جدید در جهت ایجاد پاسخ‌های مرتبط با بازداری و اجتناب رفتاری و همچنین ایجاد احساس

<sup>2</sup> Macfarland, Shankman, Tenke, Bruder & Klein

<sup>1</sup>. Headache Tension

هستند و بنابراین تاب آور تر می باشند. تاگاد و فردریکسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) نیز به ارتباط تاب آوری با سلامت روان اشاره کرده اند (۱۷). ریو<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) نشان داد که تاب آوری، با هیجان مثبت<sup>۳</sup>، همبستگی مثبت و با هیجان منفی همانند خشم و غمگینی همبستگی منفی دارد. هیجان نقش مهمی در جنبه های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تندیگی از ایفا می کند (۱۸). اصولاً هیجان را می توان واکنش های زیست شناختی به موقعیت هایی دانست که آن را یک فرصت مهم یا چالش برانگیز ارزیابی می کنیم و این واکنش های زیستی، پاسخی که به آن رویدادهای محیطی می دهیم، همراه می شوند (۱۹). یکی از واضح ترین سازه هایی که به منظور بررسی مشکلات مرتبط با پردازش و تنظیم هیجان مورد مطالعه قرار گرفته است، ناگویی هیجانی است. به منظور بررسی رابطه ناگویی هیجانی با اختلال های جسمانی و روان شناختی می توان به نظریه حساسیت پردازش حسی آرون و آرون (۱۹۹۷) اشاره کرد آنها برای تبیین تفاوت های افراد در سبک پردازش حسی، اصطلاح حساسیت پردازش حسی رابه کار برنده، به این معنی که برخی افراد نسبت به افراد دیگر حساس تر هستند و تمایل به پردازش عمیق و قوی تعداد زیادی از اطلاعات ورودی از جمله حالات خلقی دیگران، زیبایی های هنری و غیره دارند. ونیز پژوهشگران دریافته اند که ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانها ناگویی خلقی نامیده می شود. افراد مبتلا به ناگویی خلقی، تهییج های بدنی بهنجار را بزرگ می کنند، نشانه های بدنی انگیزندگی هیجانی را بد تفسیر می کنند. درماندگی هیجانی را از طریق شکایت های بدنی نشان می دهند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه های جسمانی هستند (۲۰). ناگویی خلقی می تواند موضوعات زیادی را به خود اختصاص دهد. در واقع این سازه مبین ناتوانی ها و نارسایی های خلقی و هیجانی افراد می باشد که زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می دهد و از قدرت تحمل و تاب آوری آنها می کاهد. با توجه به نقایص شناختی و عاطفی چنین فرض می شود که ناگویی خلقی می تواند با شاخص های سلامت مثل: افسردگی، اضطراب و خشم به طور کلی و با مشکلات جسمانی و پزشکی به طور خاص رابطه داشته باشد. این افراد در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و نظم دهی هیجانها با دشواری هایی مواجه هستند و در تمایز احساسات درونی از احساسات بدنی مشکل دارند. مطالعات متعدد نشان دادند که بین سیستم های مغزی- رفتاری و ناگویی هیجانی رابطه وجود دارد. ناگویی هیجانی با اختلال در تنظیم هیجانی همراه است. محققان همچنین نشان دادند که ناگویی هیجانی با مکان کنترل بیرونی و باورهای فراشناختی مرتبط است و رابطه ی تاب آوری با هیجانها و تنظیم هیجانی؛ به نظر میرسد که ناگویی هیجانی در قالب یک مدل مفهومی میانجی رابطه ی سیستم های مغزی رفتاری و تاب آوری باشند. در مطالعات قبلی به صورت جداگانه روابط

اضطراب و برانگیختگی فعال می شود. تحقیقات نشان داده است که فعالیت بیش از اندازه سیستم بازداری، منجر به صفات شخصیتی اضطرابی، حساسیت بالا به محرک های تهدید کننده و رفتارهای مرتبط با می شود با اضطراب مثل نگرانی و نشخوار فکری می شود (۱۱) با وجود آنکه بسیاری از اختلالات اضطرابی و خلقی به صورت رنج هیجانی که در پاسخ به عوامل استرس زای شناختی اتفاق می افتد، توصیف می شوند اما به نقش سیستم بازداری رفتاری در واکنش های هیجانی ناشی از استرس های شناختی توجه اندکی شده است. نظریه های بازداری رفتاری مطرح می کنند که این متغیر سرشتی باید با تنوعی از پیامدهای منفی شامل درجه بالایی از واکنش پذیری هیجانی و سبک های، تنظیم ناکارآمد مرتبط باشد (۱۲). محققان همبستگی بالایی بین نمرات مقیاس سیستم فعال سازی رفتاری با عواطف مثبت و سیستم بازداری رفتاری با عواطف منفی نشان دادند.

یکی از پیامدهایی که سیستم فعال ساز رفتاری با آن ارتباط زیادی دارد تاب آوری می باشد تاب آوری از جمله متغیرهایی است که نقش زیادی در سبب شناسی، عود و علت در سردرد دارد (۱۳) که، به مطالعه و کشف توانمندی های فردی و بین فردی می پردازد. ورنر از جمله اولین دانشمندانی بود که در دهه ۱۹۷۰ از اصطلاح تاب آوری استفاده کرد. تاب آوری؛ توانمندسازی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی، در شرایط خطرناک است (۱۴). در واقع تاب آوری پدیده ای است که از پاسخ های انطباقی طبیعی انسان حاصل می شود و علیرغم رویارویی فرد با تهدیدهای جدی، وی را در دستیابی به موفقیت و غلبه بر تهدیدها توانمند می سازد. تاب آوری از جمله سازه هایی است که در حوزه پژوهش روان شناختی، به ویژه در عرصه روان شناسی سلامت، روان شناسی خانواده، روان شناسی تحول و بهداشت روانی جایگاه ویژه ای یافته است، به طوری که هر روز بر شمار پژوهش های مرتبط با این سازه افزوده می شود (۱۵). پژوهش های انجام شده حاکی از آن است که برخی افراد تاب آوری پس از رؤیایی با موقعیت دشوار زندگی دوباره به سطح معمولی عملکرد بازمی گردند حال آنکه برخی دیگر پس از رویارویی با ناکامی ها، مصیبت ها و دشواری ها نسبت به گذشته ارتقا پیدا می کنند تاب آوری به عنوان یک عامل محافظت کننده از ویژگیهای شخصیتی متأثر است، به طوری که سیکومب سه عامل مهم را در خصوص عوامل حمایتی برای تاب آوری طرح کرد که عبارتند از: خصوصیات شخصیتی، عوامل حمایتی درون خانواده و عوامل اجتماعی یکی از عواملی که سیکومب به عنوان عوامل حمایتی برای تاب آوری مطرح می کند شخصیت است. نوع راهبردهای مقابله ی انتخاب شده به صفات شخصیتی افراد بستگی دارد. از این طریق است که صفات شخصیتی می توانند بر تاب آوری تأثیر گذار باشند (۱۶).

در برخی از پژوهش های تاب آوری بر کاهش هیجان های منفی و افزایش رضایت از زندگی تأثیر داشته است؛ بنابراین افرادی که هیجان مثبت را به میزان بیشتری تجربه می کنند، احتمالاً در مقابل حوادث منفی سخت مقاوم تر

1. Tugade & Fredrickson

2. Reeve

3. emotion Positive

**ابزار پژوهش****الف- پرسش نامه پنج عاملی جکسون**

برای ارزیابی سیستم های مغزی رفتاری در پژوهش حاضر از نسخه ی فارسی پرسشنامه ی پنج عاملی جکسون استفاده شد. این پرسشنامه 30 ماده دارد و 5 خرده مقیاس را می سنجد که جکسون (۲۰۰۹) برای اندازه گیری مناسب RST-آن را تدوین کرده است. این پرسشنامه شامل 5 خرده مقیاس سیستم فعالساز رفتاری (BAS)، سیستم بازداری رفتاری (BIS)، جنگ، گریز، و انجام (FFFS) است. برای هر یک از خرده مقیاسهای 6، RST-آماده در نظر گرفته شده است. نسخه فارسی این پرسشنامه که در سال ۱۳۹۱ توسط حسنی، صالحی، رسولی به فارسی برگردانده و خصوصیات روان سنجی آن را مورد بررسی قرار گرفت در پژوهش حاضر بکار گرفته شده است. جکسون پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ برای هر یک از این سیستم ها محاسبه نموده که بدین شرح است: سیستم فعال ساز رفتاری، ۰/۸۳، سیستم بازداری رفتاری، ۰/۷۶، کل سیستم ستیز-گریز-انجماد ۰/۷۴ (برای هر یک از زیر سیستم ها به ترتیب ۰/۷۸؛ ۰/۷۴؛ ۰/۷۰). حسنی، صالحی و رسولی آزاد (۱۳۱) پایایی و روایی نسخه ایرانی این مقیاس را از منظر همسانی درونی، همبستگی مجموعه ماده ها، بازآزمایی، تحلیل عاملی، همبستگی میان خرده مقیاس ها و روایی ملاکی مورد بررسی قرار دادند که دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۲ تا ۰/۷۸ و همبستگی های مجموع ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ گزارش شد.

**ب- پرسشنامه ناگویی هیجانی:**

منظور از ناگویی خلقی در این پژوهش نمره ای است که فرد در مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20) کسب می کند. در نسخه ی فارسی، ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی 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 نشانه ی همسانی درونی خوب مقیاس است (بشارت، ۲۰۰۷). قربانی، بینگ، واتسون، دویسون و ماک (۲۰۰۴)؛ به نقل از شاهقلیان، مرادی و کافی، (۲۰۰۷) آلفای کرونباخ این مقیاس را در نمونه ی 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 نمونه ی ایرانی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ضریب اعتبار ۰/۷۴ و برای زیر مقیاس های دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۰، دشواری در شناسایی احساسات ۰/۶۴ و تفکر معطوف به بیرون ۰/۵۲ به دست آورد.

**ج- پرسشنامه تاب آوری**

منظور از تاب آوری در این پژوهش نمره ی فرد در پرسشنامه تاب آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). 10 است. [RISC-CD] است که جهت اندازه گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است.

این مولفه ها بررسی شده است، بنابراین بررسی رابط متغیر های مذکور در قالب یک مدل منسجم ضروری بنظر می رسد. لذا مطالعه حاضر به بررسی رابطه سیستم های مغزی- رفتاری با تاب آوری با تأکید بر نقش ناگویی هیجانی در بیماران داری سردرد تنشی می پردازد.

**روش کار**

الگوی پژوهش حاضر از حیث ماهیت و روش در طبقه ی مطالعات همبستگی قرار می گیرد. بر اساس هدف، در زمره ی پژوهش های بنیادی- کاربردی قرار داشته و بر مبنای زیربنای نظری در دسته ی تحقیقات کیفی به شمار می آید. در این مطالعه ۳۰۰ بیمار از بین مراجعان به کلینیک های مغز و اعصاب و نیز مطب های متخصصین مغزو اعصاب، روانپزشکان و روانشناسان بالینی از دی ۹۶ تا بهمن ۹۷ در شهرستان مشهد با روش نمونه گیری غیر تصادفی و در دسترس بررسی شدند. تشخیص سردردهای میگرنی و تنشی بر اساس معیارهای انجمن بین المللی سردرد (IHS) و با تأیید نفر متخصص مغز و اعصاب گذاشته می شود.

معیارهای ورود افراد برای پژوهش حاضر با استناد به معیارهای تشخیصی انجمن بین المللی سردرد برای سردردهای تنشی عبارت از سابقه حداقل ۱۰ حمله با خصوصیات طول مدت سردرد ۳۰ دقیقه تا ۷ روز، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال و حداقل تحصیلات سیکل می باشد. شروع سردرد بلافاصله بعد از یک شوک روانی و استرس حملات سردرد با علائمی نظیر وجود سردرد به صورت فشارنده، شدت خفیف تا متوسط، دوطرفه بودن و عدم بهبود حتی در صورت استفاده از مسکن ها و نیز درد شدید در اطراف چشم ها، داشتن پرونده پزشکی و دریافت تشخیص زیر نظر متخصص مغز و اعصاب بودند. معیارهای خروج از مطالعه، عبارت از ابتلا به اختلالات روان پریشی، بروز هر عارضه ای مثلاً گوارشی یا هر عارضه ناخواسته دیگر که مانع پاسخگویی بیماران شود، داشتن وابستگی به مواد یا سوء مصرف مواد و ابتلا به اختلالات پزشکی عمده یا اختلال عصب شناختی یا بیماری جسمانی مزمن بودند.

بعد از انتخاب نمونه ی مورد نظر و کسب رضایت آزمودنی ها به پرسشنامه ی سیستم های بازداری/فعال سازی، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20)، پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و پرسشنامه فراشناخت (MCQ-30) پاسخ خواهند داد.

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

می باشد. لازم به ذکر است که تعداد ۴ نفر و وضعیت سنی خود را مشخص نکرده بودند.

همچنین بیشترین افراد نمونه (۶۴/۵۳٪) در زنان و مردان دارای مدرک تحصیلی دیپلم می باشند. کمترین تعداد یعنی ۴ نفر (۱/۳۵٪) در مردان و هیچکس (۰ درصد) در زنان دارای مدرک تحصیلی دکتری می باشند. لازم به ذکر است که تعداد ۴ نفر و وضعیت تحصیلی خود را مشخص نکرده بودند. تعداد زنان متأهل ۱۲۶ نفر (۴۲/۵۷٪) و مردان متأهل ۶۲ نفر (۲۰/۶۹۵٪) می باشند. همچنین تعداد زنان مجرد ۵۲ نفر (۱۷/۵۷٪) و مردان مجرد ۴۰ نفر (۱۳/۵۱٪) می باشند که در حدود ۳۱٪ نمونه مجرد و ۶۴٪ متأهل می باشند. تعداد زنانی که دارو مصرف می کنند ۵۰ نفر (۲۶/۰۴٪) و مردان ۲۵ نفر (۸/۵۶٪) می باشند. در کل ۷۹ نفر (۲۵/۶۸٪) نمونه دارو مصرف می کنند و ۱۸۸ نفر (۶۴/۳۸٪) دارو مصرف نمی کنند.

که محمدی (۱۳۸۴) آن را برای استفاده در ایران انطباق داده است. این پرسشنامه دارای ۲۵ ماده پنج گزینه ای است. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) انجام شد، پایایی این مقیاس به کمک ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ بدست آمد (محمدی ۱۳۸۴). با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ضریب پایایی مقیاس را ۰/۸۹ و روایی مقیاس را به روش همبستگی هرگوه با نمره ی کل مقوله ی ضریب ها بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ بدست آورد.

**نتایج**

بر اساس نتایج پژوهش حاضر ۱۸۶ نفر (۶۲/۸٪) از افراد نمونه زن و ۱۰۶ نفر (۳۵/۸٪) مرد می باشند و جنسیت ۴ نفر نیز مشخص نبود. بیشترین افراد نمونه (۱۵/۵۴٪) در زنان و (۷/۰۹٪) در مردان در محدوده سنی ۲۴ تا ۲۸ سال می باشند. کمترین تعداد (۶/۶۷٪) در زنان در محدوده سنی ۵۴ سال و بیشتر می باشد اما در مردان (۳/۳۴٪) در محدوده سنی ۵۹ سال و بیشتر

**جدول ۱- شاخص های توصیفی تاب آوری**

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

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

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

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

سازی و بازداری رفتاری بیشتر است. از طرف دیگر میانگین نمره سیستم بازداری رفتاری از دیگر سیستم ها کمتر است.

همانگونه که مشاهده می شود میانگین نمرات خرده آزمون های جنگ و گریز و فریز نسبتا با هم برابر است اما میانگین نمرات آنها از سیستم فعال

جدول ۳- شاخص های توصیفی ناگویی هیجانی

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

مدل علی رابطه سیستم مغزی رفتاری و تاب آوری با نقش میانجی ناگویی هیجانی دارای برازش مناسب می باشد.

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

<sup>1</sup> - Maximum likelihood



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

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

با توجه به جدول ۴- BAS بر ناگویی هیجانی دارای ضریب تاثیر ۰/۳۵۷ درصد اطمینان می توان گفت BAS بر ناگویی هیجانی تاثیر مستقیم مثبت (استاندارد شده) می باشد که آماره بحرانی مربوط به اثر مستقیم BAS بر ناگویی هیجانی (۳/۰۲۴) مثبت و در سطح ۰/۰۵ معنی دار می باشد. لذا با ۹۵٪

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

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

با توجه به جدول ۵- BAS بر تاب آوری دارای ضریب تاثیر -۰/۸۸۳ اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می شود. یعنی BAS بر تاب آوری تاثیر مستقیم (استاندارد نشده) می باشد که آماره بحرانی مربوط به اثر مستقیم BAS بر تاب آوری (-۲/۸۹) منفی و در سطح ۰/۰۵ معنی دار می باشد. لذا با ۹۵٪

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

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

با توجه به جدول ۶- BIS بر ناگویی هیجانی دارای ضریب تاثیر ۰/۰۶ اطمینان فرضیه تحقیقی رد می شود. یعنی BIS بر ناگویی هیجانی تاثیر (استاندارد شده) می باشد که آماره بحرانی مربوط به اثر مستقیم BIS بر ناگویی هیجانی (۰/۶۷) مثبت و در سطح ۰/۰۵ معنی دار نمی باشد. لذا با ۹۵٪

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

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

با توجه به جدول ۷- BIS بر تاب آوری دارای ضریب تاثیر -۰/۵۲۹ اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می شود. یعنی BIS بر تاب آوری تاثیر مستقیم (استاندارد نشده) می باشد که آماره بحرانی مربوط به اثر مستقیم BIS بر تاب آوری (-۲/۱) منفی و در سطح ۰/۰۵ معنی دار می باشد. لذا با ۹۵ درصد

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

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

با توجه به جدول ۸- FFFS بر ناگویی هیجانی دارای ضریب تاثیر ۰/۳۷ اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می شود. یعنی FFFS بر ناگویی هیجانی تاثیر (استاندارد شده) می باشد که آماره بحرانی مربوط به اثر مستقیم FFFS بر ناگویی هیجانی (۲/۸۶) مثبت و در سطح ۰/۰۵ معنی دار می باشد. لذا با ۹۵٪



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

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

با توجه به جدول ۹-FFFS بر تاب آوری دارای ضریب تاثیر ۱/۷۹ (استاندارد نشده) می باشد که آماره بحرانی مربوط به اثر مستقیم FFFS بر تاب آوری (۴/۴۷) مثبت و در سطح ۰/۰۵ معنی دار می باشد. لذا با ۰/۹۵

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

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

راهگشترین نظریه ها در این زمینه محسوب می شود. مطالعات بسیاری به دنبال ترسیم ارتباط و همبستگی بین رابطه سیستم مغزی رفتاری با متغیرهای متعدد و نشان دادن نقش متغیرهای میانجی بوده اند. نتایج مطالعه حاضر، با توجه به نتایج پژوهش حاضر بین سیستم بازدارنده رفتار و ناگویی هیجانی و سردرد تنشی شکل رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد که با نتایج تحقیقات پیشین همسو است (۲۱). همانطور که قبلا بیان شد، سیستم های مغزی - رفتاری دارای سه زیرمقیاس می باشد که عبارتند از: سیستم فعال ساز رفتاری<sup>۱</sup>، بازداری رفتاری<sup>۲</sup> و سیستم جنگ و گریز<sup>۳</sup>. در فصل چهارم رابطه بین هر کدام از این زیرمقیاسها با متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. یافته ها نشان داد که سیستم فعال ساز رفتاری بر تاب آوری تاثیر مستقیم دارد. بازداری رفتاری به عنوان دومین زیرمقیاس سیستم های مغزی - رفتاری بر تاب آوری تاثیر مستقیم منفی دارد و سیستم جنگ و گریز به عنوان سومین زیرمقیاس بر تاب آوری تاثیر مستقیم مثبت دارد. سیستم فعال ساز رفتاری، فرد را درگیر رفتارهای گرایشی می کند و موجب رفتار تکانه ای شده و فرد را به سوی عملی که موجب دستیابی به پاداش می شود، تشویق کرده و برمی انگیزد بدون آنکه متوجه احتمال پیامدهای منفی آن باشد (۲۲). بطور کلی، نتایج پژوهش حاضر در بررسی اثر مستقیم BIS, BAS بر روی تاب آوری با برخی از پژوهشها همسو می باشد. به عنوان مثال، حاج نوروزی (۱۳۹۳) نتایج رگرسیون همزمان نشان داد متغیر خودکنترلی با ضریب تعیین (۰/۰۹) تاب آوری را پیش بینی کرد و همچنین BIS, BAS به ترتیب با ضریب تعیین های (۰/۱۵)، (۰/۳۲) پیش بینی کننده متغیرهای خودکنترلی و تاب آوری بودند. جهت بررسی اینکه خودکنترلی بین BIS, BAS و تاب آوری نقش میانجی دارد از رگرسیون سلسله مراتبی و تحلیل مسیر استفاده گردید. در مدل اول BIS, BAS با ضریب تعیین ۰/۳۲۹ تاب آوری را پیش بینی کرد و در مدل دوم با ورود متغیر میانجی (خودکنترلی) ضریب تعیین به ۰/۳۳ تغییر کرد و

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

## بحث و نتیجه گیری

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

که این مطالعه به دنبال بررسی رابطه فعالیت سیستم های مغزی رفتاری و تاب آوری با تاکید بر نقش واسطه ای ناگویی هیجانی بود. که در اینجا به تبیین داده های تحقیق و نتیجه گیری می پردازیم.

در سالهای اخیر رویکردهای زیست روانشناختی در تبیین اختلالات جسمی، رشد و تحول فزاینده ای داشته اند. یکی از این تبیین ها و مطالعات مطالعات گری (۱۹۹۰) بود (۹). در دو دهه اخیر با مطرح شدن نظریه جفری گری (۱۹۸۷-۱۹۸۱) بسیاری از اختلالهای روان پزشکی در قالب دو سیستم گرایشی توضیح داده شده اند. این نظریه که با رویکردی روانی فیزیولوژیکی به بیماریها مینگرد، در طول سالهای اخیر که روابط بین ویژگیهای روانشناختی و ابتلا به بیماریهای طبی مورد توجه قرار گرفته است، از

<sup>1</sup> Behavioral activation service

<sup>2</sup> Behavioral Inhibition System

<sup>3</sup> Fight-Flight-Freezing System

جمله آنها شخصیت و هیجان می باشد بنابراین باید از این متغیرها جهت پیش بینی ناگویی خلقی استفاده نمود.

مقدار  $F$  change محاسبه شده در سطح ۹۵ درصد اطمینان از لحاظ آماری معنادار نبود که بیانگر عدم نقش میانجی خودکنترلی در رابطه ی BAS و BIS با تاب آوری بود. اثر کلی و اثر مستقیم BAS ۰/۳۳، اثر کلی و اثر مستقیم BIS ۰/۳۰ هست که اثر کلی و اثر مستقیم BAS در مقایسه با اثر کلی و اثر مستقیم BIS بر تاب آوری بیشتر بود. در پژوهش حاضر BAS, BIS توانست نقش تعیین کننده ای در پیش بینی خودکنترلی در زنان سرپرست خانوار داشته باشد بنابراین با دستکاری سیستم های بازداری و فعال سازی رفتاری می توان خودکنترلی را پیش بینی کرد. همچنین سیستم های فعال سازی و بازداری رفتاری در پیش بینی تاب آوری نقش موثری داشتند. بنابراین با تقویت سیستم های بازداری و فعال سازی رفتاری در افراد می توان تاب آوری را در آنها پیش بینی کرد.

ناگویی هیجانی در رابطه ی سیستم های مغزی رفتاری و تاب آوری در بیماران مبتلا به سردرد تنشی نقش واسطه ای دارد. ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان ها، ناگویی خلقی نامیده می شود. نکلیچک و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) معتقدند که افراد مبتلا به اختلال ناگویی خلقی نسبت به افراد سالم حساسیت نسبت زیادی به لمس و محرک های درد آور دارند افرادی که از سطوح باایی از حساسیت پردازش حسی برخوردارند، ممکن است آنها گرایش بیشتری به کاستن توجه نسبت به محرک های اطراف خود داشته باشند یا اینکه حتی از بافتها و موقعیتهای اجتماعی که منجر به برانگیختن احساسات قوی میشود، کناره گیری نمایند (۲). گزارشات حاکی از آن است، که درصد بیشتری از این افراد، مبتلایان به اختلال ناگویی خلقی را تشکیل میدهند. بر این افراد در توصیف و شناسایی احساسات خود دچار مشکل میباشند و نمیتوانند از هیجانان خود به شیوه کارآمدی استفاده نمایند و اختلال ناگویی خلقی با حساسیت زیاد نسبت به درد و لمس تداعی میشود (۲۳). پژوهش های متعددی حاکی از آن است که ناگویی هیجانی با بسیاری از اختلالات روان تنی و روان پزشکی مانند افسردگی اساسی، اختلال استرس پس از سانحه، سوء مصرف و وابستگی به مواد، اختلال جسمانی کردن، اختلال خوردن و اختلال وحشت و هراس ارتباط دارد (۲۴). نتایج مطالعه محمودی (۱۳۹۳) با نتایج مطالعه حاضر همسو میباشد. وی در یک مطالعه همبستگی پیرسون نشان داد که رابطه مستقیم اما مثبت بین سیستم بازداری رفتاری و ناگویی خلقی وجود دارد و رابطه بین سیستم فعال سازی رفتاری و ناگویی خلقی مستقیم اما ضعیف می باشد (۲۵)؛ و نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که، عاطفه مثبت و منفی بین سیستم فعال ساز/ بازداری رفتاری و ناگویی خلقی واسطه می شود، همچنین عاطفه مثبت بین سهولت تحریک و حساسیت زیبایی شناختی با ناگویی خلقی و عاطفه منفی بین هر ۳ بعد حساسیت پردازش حسی و ناگویی خلقی واسطه می باشد. بعبارت دیگر ناگویی خلقی پدیده پیچیده ای است که عوامل مختلفی در آن دخیلند که از

<sup>1</sup> Nyklíček, I., & Vingerhoets, A. J.



## References

1. Moazen, S., Fallah, P. A., Flett, G., & Saafi, M (2009). The Comparison of Brain/Behavioral Activity & Dimensions of Perfectionism in CHD & Normal Subjects.
2. Nyklíček, I., & Vingerhoets, A. J. (2000). Alexithymia is associated with low tolerance to experimental painful stimulation. *Pain*, 85(3), 471-475.
3. Liss, M., Mailloux, J., & Erchull, M. J. (2008). The relationships between sensory processing sensitivity, alexithymia, autism, depression, and anxiety. *Personality and individual differences*, 45(3), 255-259.
4. Shareh, H., & Alimoradi, A. (2013). Brain Behavioral Systems, Metacognitive Beliefs, and Thought Control Strategies in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder.
5. Davise, P. (2011). What has imagine tought us about migraine? *Maturitas*, 70, 34-36.
6. Narimani, M., and Vahidi, Z. (2013), A Comparative Study of Personality Traits in Patients with Migraine Headaches and Healthy Individuals at the International Psychosomatic Congress of Islamic Azad University, Branch of the Millon III Multi-Axis Clinical Questionnaire.
7. Locunic, R., Bartoloni, M., Taffy, R., & Vignini, A. (2007). Prognostic significance of personality profile in patients with chronic migraine. *Headache*, 47, 1118-1124.
8. Parvaz, Y., Parvaz, S., and Jahanbazinejad, Str. (2011) (Comparative Study of Personality Traits in Migraine Patients and Healthy Individuals Personality Traits in Patients with Migraine and Healthy Clinical Psychology.61-79, 3
9. Gray J.A.(1991). Neural systems, emotion and personality. In: Madden J editor. *Neurobiology of learning, emotion, and affect*. 4th ed. New York: Raven Press; P. 273-306.
10. Macfarland, Shankman, Tenke, Bruder & Klein. (2006). Behavioral activation system deficits predict the six-month course of depression. *J Affect Disord*. 91(2-3):229-34.
11. Allen JJ, Coan JA, Nazarian M. Issues and assumptions on the road from raw signals to metrics of frontal EEG asymmetry in emotion. *Biological Psychology*. 2004 Oct;67(1-2):183-218. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2004.03.007.
12. Bruder GE, Fong R, Tenke CE, et al. Regional brain asymmetries in major depression with or without an anxiety disorder: a quantitative electroencephalographic study. *Biological Psychiatry*. 1997 May;41(9):939-948.
13. Campbell-Sills L, Liverant GI, Brown TA. Psychometric evaluation of the behavioral inhibition/behavioral activation scales in a large sample of outpatients with anxiety and mood disorders. *Psychological Assessment*. 2004 Sep;16(3):244-254.
14. Davidson RJ. Anterior cerebral asymmetry and the nature of emotion. *Brain and Cognition*. 1992 Sep;20(1):125-151.
15. Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 585-599.
16. Mansouri Z, Mousavi Nasab M, Shamsuddin Lori L (1), Investigating the Role of Resilience Intermediates in the Relationship between Personality Characteristics and Attitude to Crime, *Journal of Mental Health Principle*, 17(3): 103-110.
17. Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of personality and social psychology*, 86(2), 320-333. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>
18. Reeve, J. (2005). *Understanding motivation and emotion*. New York:Wiley.
19. Garnefski, N. , Kraaij, V. , Spinhoven, P. (2002). CERQ: Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Datec, Leiderdorp, The Netherlands
20. TAYLOR GJ, PARKEH JDA, BACBY RM, ACKLIIN MW. Alexithymia and somatic complaints in psychiatric outpatients. *J Psychosojn Res* 1992; 36: 417-424.
21. Alloy LB1, Abramson LY, Walshaw PD, Cogswell A, Grandin LD, Hughes ME, Iacoviello BM, Whitehouse WG, Urosevic S, Nusslock R, Hogan ME. (2008). Behavioral Approach System and Behavioral Inhibition System sensitivities and bipolar spectrum disorders: prospective prediction of bipolar mood episodes. *Bipolar Disord*. 10(2):310-22.
22. Muris, P., Meesters, C., de Kanter, E., & Timmerman, P. E. (2005). Behavioural inhibition and behavioural activation system scales for children: Relationships with Eysenck's personality traits and psychopathological symptoms. *Personality and Individual Differences*, 38, 831-841.
23. Liss, M., Mailloux, J., & Erchull, M. J. (2008). The relationships between sensory processing sensitivity, alexithymia, autism, depression, and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 45(3), 255-259.
24. Richards, H. L., Fortune, D. G., Griffiths, C. E. M., & Main, C. J. (2005). Alexithymia in patients with psoriasis: clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 89-96.

25. Mahmoodi, N., Abdollahi, M. N., & Shahgholian, M. (2014). The Relationship between Brain/Behavioral Systems and Alexithymia by the Mediating Role of Positive and Negative Affect. *Journal of Research in Psychological Health*, 8(3).11- 20.

## Original Article

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

Received: 07/10/2019 - Accepted: 02/03/2020

Elahe Poorakbaran<sup>1</sup>  
Jafar Hasani<sup>2\*</sup>  
Mahdi Ghasemi Motlagh<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Department of General Psychology,  
Bojnourd Branch, Islamic Azad  
University, Bojnourd, Iran.

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

<sup>3</sup> Professor Assistant Professor,  
Department of General Psychology,  
Bojnourd Branch, Islamic Azad  
University, Bojnourd, Iran

Email: Hasanimehr57@yahoo.com

#### Abstract

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

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

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

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

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

**Acknowledgement:** There is no conflict of interest.