

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با درمان فراتشخیصی بر استرس

ادراک شده بیماران مبتلا به میگرن

Comparing the Effectiveness of Compassion Focused Therapy with Transdiagnostic Treatment on Perceived stress in patients with migraine

Mahdi Ashhariyan

Ph.D. student of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

Ahmad Yarmohammadiyan (Corresponding author)

Associate Prof. Dept. of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran
a.yarmohammadian@edu.ui.ac.ir

Tayebeh Sharifi

Assistant Prof. Dept. of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

Ahmad Ghazanfari

Associate Prof. Dept. of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

Abstract

Aim: Migraine is the most common type of chronic headache that psychological factors play a large role in the formation and intensification of it. The purpose of the present study was to compare the effectiveness of compassion focused therapy with Transdiagnostic treatment on migraine symptoms. **Methods:** The present study was of quasi-experimental design with pre-test, post-test and follow up and control group. Population was comprised of people with migraine referring to Shahin Shahr oil industry clinic. A total of 45 migraines patients participated in this study, divided into two experimental groups: compassion focused therapy (15 patients), transdiagnostic (15 patients) and control group (15 patients). Both of the compassion focused therapy and transdiagnostic groups received 8 weekly 90 minutes sessions. Subjects were evaluated using Chohen (1983) Perceived stress scale in pre-test, post-test and follow-up. **Results:** The results showed that there was a significant difference between the mean scores of pretest and post-test in the experimental and control groups. Also, comparing therapeutic groups showed that there was no significant difference between the efficacy of compassion focused therapy and transdiagnostic treatment on Perceived stress. Data were analyzed using repeated measures variance analysis. **Conclusion:** Based on the results of this study, it can be concluded that both types of treatments were influential on the reduction of Perceived stress, and compassion focused therapy and transdiagnostic treatments can be used reduce the perceived stress of people with migraine.

Keywords: Compassion Focused Therapy, Transdiagnostic Treatment, perceived stress, Migraine

مهدی اشهاریان

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی،

شهرکرد، ایران

احمد یارمحمدیان (نویسنده مسئول)

دانشیار، عضو هیئت علمی مدعو، گروه روانشناسی واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران. a.yarmohammadian@edu.ui.ac.ir

طیبه شریفی

استادیار، گروه روانشناسی واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

احمد غضنفری

دانشیار، گروه روانشناسی واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

چکیده

هدف: میگرن شایع ترین نوع سردرد مزمن می باشد که عوامل روان شناختی در ایجاد و تشدید آن نقش اساسی دارند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با درمان فراتشخیصی بر استرس ادراک شده بیماران مبتلا به میگرن بود. **روش:** ابزار نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به میگرن مراجعه کننده به کلینیک مغز و اعصاب صنعت نفت شاهین شهر بودند. تعداد ۴۵ بیمار مبتلا به میگرن به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب و در سه گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت (۱۵ نفر)، درمان فراتشخیصی (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی هر کدام به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش قرار گرفتند. آزمودنی ها با استفاده از پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن (۱۹۸۳) در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده های جمع آوری شده با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با درمان فراتشخیصی بر استرس ادراک شده بیماران مبتلا به میگرن وجود ندارد اما هر دو نوع درمان باعث کاهش مطلوب استرس ادراک شده بیماران مبتلا به میگرن می شوند. **نتیجه گیری:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد هر دو نوع درمان بر کاهش استرس ادراک شده بیماران مبتلا به میگرن تأثیر گذارند و می توان درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی را برای کاهش استرس ادراک شده افراد مبتلا به میگرن به کار برد.

کلید واژه ها: درمان متمرکز بر شفقت، درمان فراتشخیصی، استرس

ادراک شده، میگرن

مقدمه

میگرن^۱ شایع‌ترین نوع سردرد مزمن می‌باشد که بر اساس معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد^۲ به صورت سردردی عود کننده، اغلب یکطرفه و ضربان دار که به مدت ۴ تا ۷۲ ساعت طول می‌کشد، باعث اجتناب از فعالیت‌های فیزیکی می‌شود، همراه با تهوع یا استفراغ و حساسیت به نور و صدا در طول حمله میگرن می‌باشد، تشخیص داده می‌شود (نگرو، کوویچ و مارتیلیتی^۳، ۲۰۱۸). میگرن اختلال مغزی ناتوان کننده با پیامدهای منفی اجتماعی و اقتصادی برای فرد و جامعه می‌باشد (استینر و همکاران^۴، ۲۰۱۸). شیوع میگرن ۱۲ درصد گزارش شده است (لیپتون^۵ و همکاران، ۲۰۰۷) و به عنوان هفتمین بیماری ناتوان کننده در جهان به شمار می‌آید (تویک و گریگور^۶، ۲۰۱۷). عوامل اصلی ایجاد کننده میگرن ناشناخته‌اند (راینسون و لیپتون^۷، ۲۰۱۰)، با این حال در سبب شناسی میگرن عوامل مختلفی مانند وراثت، عوامل روانشناختی و محیطی مطرح شده است (گووایدتی، فادآ و سیناچکین^۸، ۲۰۱۶) از سویی بسیاری از تحقیقات، نشان می‌دهند عوامل روان‌شناختی در ایجاد و تشدید بیماری میگرن نقش اساسی دارند (روی^۹ و همکاران؛ تامی‌پیرز^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۶ و عزیزی و همکاران، ۱۳۹۶). در این بین استرس متداول‌ترین آغازگر میگرن به شمار می‌آید و عامل ۵۰ تا ۸۰ درصد سردردهای میگرنی می‌باشند (رادات^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۸). اکثر افرادی که از میگرن رنج می‌برند استرس را علت حمله میگرن ذکر می‌کنند. استرس برای توصیف بسیاری از احساسات منفی و واکنش‌هایی که در موقعیت‌های چالش‌انگیز و تهدید کننده وجود دارد، به کار می‌رود. اگر استرس ناشی از انتظاراتی باشد که شخص از نظر فیزیکی یا روانی نتواند آن‌ها را برآورده سازد، سلامت جسمانی و روانی او به خطر می‌افتد (سوبکو، ترازیک و زالیکز^{۱۲}، ۲۰۱۶).

استرس ادراک شده حالتی است که منعکس کننده ارزیابی کلی از اهمیت و سختی چالش‌های محیطی و فردی است (سالدک^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۶). در عین حال افراد به گونه‌ای متفاوت می‌توانند محرک‌های خاص (استرسورها) را به صورت منفی یا مثبت ادراک کنند و اثرات نامطلوب استرس ادراک شده می‌تواند بر آستانه درد و تحمل درد در افراد تأثیر گذارد (جوا و دفرین^{۱۴}، ۲۰۱۸). در همین راستا تحقیقات نشان می‌دهند که استرس ادراک شده پیش‌بینی کننده پیامدهای منفی آسیب‌شناختی مرتبط با سلامتی است (گلدن‌کروتز^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۵).

¹Migraine²International Headache Society³Negro, Koverech & Martelletti⁴Steiner & et al⁵Lipton⁶Vetvik & Mac Gregor⁷Robbins & Lipton⁸Guidetti, Faedda & Siniatchkin⁹Roy¹⁰Tomé-Pires¹¹Radat¹²Sobkow, Traczyk & Zaleskiewicz¹³Sladek¹⁴Geva & Defrin¹⁵Golden-Kreutz

شواهد نشان می‌دهند که استرس بر شدت سردرد میگرنی تأثیر می‌گذارد و می‌تواند به عنوان شروع کننده حملات میگرن در افراد عمل کند و در پیشرفت بیماری میگرن برای مزمن شدن نقش داشته باشد (سارو و بک^۱، ۲۰۰۹). به طور مشابه، مطالعات نشان می‌دهد که افراد مبتلا به میگرن به طور معناداری سطح بالاتری از استرس و اضطراب را نسبت به گروه گواه نشان می‌دهند (واکوگن^۲ و همکاران، ۲۰۰۳). یافته پژوهش‌های دیگر نیز تأیید می‌کنند که بیماران مبتلا به میگرن نسبت به افراد سالم استرس را منفی ادراک می‌کنند (پیمان‌نیا و موسوی، ۱۳۹۳).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند طیف وسیعی از درمان‌های روان‌شناختی در کاهش استرس و علائم میگرن اثربخش بوده‌اند (علیزاده، خلیلی و سفرنیا، ۱۳۹۶). با این حال، درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری از قبیل درمان متمرکز بر شفقت^۳ مطالعه عواملی که باعث افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شود را گسترش داده‌اند (دوساران^۴ و همکاران، ۲۰۱۷). شفقت، حساسیت نسبت به رنج خود و دیگران و احساس تعهد برای کاهش یا جلوگیری از آن تعریف شده است (گیلبرت^۵، ۲۰۱۴). در همین راستا، نف^۶ (۲۰۰۳)، شفقت به خود را شامل سه مؤلفه، گشوده و ذهن آگاه بودن نسبت به درد و رنج شخصی خود؛ مهربان بودن با خود و نه محکوم‌گری و اشتراکات انسانی به جای احساس شرم و تنهایی تعریف کرده است. گیلبرت (۲۰۰۹) با استفاده از این مفاهیم درمان متمرکز بر شفقت را مطرح کرد. این درمان برای کار با افرادی شکل گرفت که مشکلات مزمن و پیچیده سلامت روان همراه با شرم و خودانتقادگری داشتند و اغلب پیشینه زندگی دشواری را تجربه کرده بودند. این درمان ریشه در رویکرد تکاملی، علوم اعصاب و روانشناسی اجتماعی دارد.

پژوهش‌های گسترده‌ای نشان می‌دهند که شفقت با سلامت جسمانی، سلامت روان و تنظیم هیجانی ارتباط دارد (کربای، تلجین و استاندل^۷، ۲۰۱۷). در عین حال شفقت به خود در افراد مضطرب و افسرده کمتر می‌باشد (چو^۸ و همکاران، ۲۰۱۸). در همین رابطه نشان داده شده است ذهن شفقت‌ورز نسبت به خود و دیگران در زمان مواجهه با استرس می‌تواند باعث افزایش تاب‌آوری شود (بیمونت و مارتین^۹، ۲۰۱۶). به طور مشابه، نتایج مطالعات نشان می‌دهد درمان متمرکز بر شفقت بر علائم استرس پس از سانحه مؤثر می‌باشد (آو و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۷).

یکی دیگر از درمان‌های موج سوم که اخیراً مورد توجه قرار گرفته، درمان فراتشخیصی^{۱۱} است، که ترکیبی از راهبردهای شناختی رفتاری است که از نظر تجربی حمایت شده‌اند، این درمان در جهت جبران محدودیت‌های درمان‌های قبلی طراحی شده و نسبتاً موفق بوده است (نورتون و پالوس^{۱۲}، ۲۰۱۶). درمان فراتشخیصی توسط بارلو و همکاران^{۱۳} (۲۰۱۱) تدوین شده است. این درمان طوری طراحی شده است که به بیماران بیاموزد چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجهه شده و آن‌ها

¹ Sauro & Becker

² Wacogne

³ Compassion Focused Therapy

⁴ Dewsaran

⁵ Gilbert

⁶ Neff

⁷ Kirby, Tellegen & Steindl

⁸ Chu

⁹ Beaumont & Martin

¹⁰ Au & et al

¹¹ Transdiagnostic Treatment

¹² Norton & Paulus

¹³ Barlow & et al

را تجربه کنند و به شیوه‌های سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. درمان فراتشخیصی ضمن اصلاح عادت‌های تنظیم هیجانی بیماران، کاهش شدت و بروز تجربه‌ی هیجانی ناسازگارانه، بهبود کارکرد بیماران را هدف قرار می‌دهد (پاین^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهند درمان فراتشخیصی در اصلاح تنظیم هیجانی و عاطفه مثبت نسبت به درمان شناختی-رفتاری کلاسیک موثرتر می‌باشد (محمدی، بیرشک و قرایی، ۱۳۹۲). تحقیقات گسترده‌ای نشان می‌دهند درمان فراتشخیصی در بهبود اختلالات اضطرابی و خلقی مؤثر می‌باشد (نیوبای^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). به طور مشابه، تأیید شده است که درمان فراتشخیصی باعث بهبود اختلالات هیجانی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌شود (وارکوویتزکی، شریل و رجر^۳، ۲۰۱۸). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند این نوع درمان اضطراب را کاهش داده و تنظیم هیجانی را بهبود می‌بخشد (سارو-زاولا، بنتلی و ویلنر^۴، ۲۰۱۶).

در همین راستا، درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی که اثربخشی آنها بر روی تنظیم هیجانی، کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش سلامت جسمانی تأیید شده است می‌تواند از درمان‌های سنتی شناختی-رفتاری به صرفه‌تر و موثرتر باشند، ضمن اینکه این دو نوع درمان در اختلالات روانشناختی همزمان نیز که در میگرن نیز شایع می‌باشد می‌تواند موثرتر از درمان‌های معمول باشد، لذا ضرورت انجام پژوهش برای بررسی کارایی این مدل‌های درمانی بر روی بیماران مبتلا به میگرن، احساس می‌شود. این مطالعه از این حیث که به بررسی اثربخشی و مقایسه دو درمان متمرکز بر شفقت و فراتشخیصی بر روی استرس ادراک شده بیماران مبتلا به میگرن می‌پردازد، نوین است. علاوه بر این تاکنون اثربخشی این دو مدل درمانی بر روی استرس ادراک شده افراد مبتلا به میگرن بررسی نشده است. لذا، از آنجایی که عوامل روان‌شناختی در ایجاد و تداوم بیماری میگرن نقش دارند (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۶) و استرس باعث تشدید سردردهای میگرنی می‌شود (گلی، اصغری مقدم و مرادی، ۱۳۹۴) از این رو، هدف پژوهش حاضر تعیین و مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با درمان فراتشخیصی بر استرس ادراک شده بیماران مبتلا به میگرن می‌باشد.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به میگرن بود که در سال ۱۳۹۶ به کلینیک مغز و اعصاب صنعت نفت شاهین شهر مراجعه کرده بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد؛ به این صورت که از بین مراجعان به کلینیک مغز و اعصاب بیمارانی که با نظر متخصص مغز و اعصاب و بر اساس معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد تشخیص میگرن گرفتند و تحت درمان دارویی بودند ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایشی درمان متمرکز بر شفقت (۱۵ نفر) و درمان فراتشخیصی (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. هر دو گروه آزمایشی به شکل جداگانه به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در معرض آموزش قرار گرفتند و برای گروه گواه هیچ مداخله دیگری صورت نگرفت. معیارهای ورود به

¹ Payne

² Newby

³ Varkovitzky, Sherrill & Reger

⁴ Sauer-Zavala, Bentley & Wilner

تحقیق شامل داشتن سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، حداقل داشتن تحصیلات مقطع راهنمایی و تشخیص میگردن توسط متخصص مغز و اعصاب بود. تمامی موارد جهت رعایت موازین اخلاقی و گمنام ماندن شرکت کنندگان و حفظ اسرار آزمودنی‌ها انجام شد. همچنین مطالعه حاضر توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد با کد اخلاق IR. (IAU. SHK. 1397. 002) به تصویب رسید. محتوای مداخلات انجام شده در گروه‌های آزمایشی درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت (۲۰۱۴) و درمان فراتشخیصی بارلو (۲۰۱۱) در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است. در پژوهش حاضر از پرسشنامه زیر استفاده شده است:

پرسشنامه استرس ادراک شده (PSS)

پرسشنامه استرس ادراک شده برای اندازه‌گیری درجه‌ای که موقعیت‌های زندگی فرد استرس‌زا ارزیابی می‌شود، توسط کوهن^۱ و همکاران در سال ۱۹۸۳ معرفی شده است. سؤالات مقیاس استرس ادراک شده به گونه‌ای طراحی شده‌اند که پاسخ‌دهندگان نظر خود را در مورد غیرقابل کنترل بودن، پیش‌بینی ناپذیر بودن و مشقت بار بودن استرس زندگی خویش در طول ماه گذشته بیان می‌کنند. این سه مقوله به کرات به عنوان مؤلفه‌های اصلی و عمده تجربه استرس دیده شده‌اند. به علاوه، این مقیاس دارای تعدادی سؤال مستقیم درباره اندازه‌گیری سطوح فعلی استرس تجربه شده در فرد است. این ابزار ۱۴ سؤال دارد. هر یک از این سوال‌ها دارای ۵ گزینه است که نیمی از آن‌ها به صورت مستقیم و نیمی دیگر به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. به این ترتیب حداکثر نمره آزمودنی ۵۶ خواهد بود و نمره بالاتر بیانگر استرس ادراک شده بیشتر می‌باشد. کوهن و همکاران برای محاسبه اعتبار ملاک این مقیاس، ضریب همبستگی آن را با اندازه‌های نشانه شناختی بین ۰/۵۲ تا ۰/۷۴ محاسبه کرده‌اند. سجادی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۴) پایایی این پرسشنامه را از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ و روایی محتوایی آن را مطلوب گزارش کرده‌اند.

شیوه اجرا

پس از هماهنگی‌های لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، بیماران انتخاب شده (۴۵ بیمار مبتلا به سردردهای میگرنی) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ بیمار در گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت، ۱۵ بیمار در گروه آزمایش درمان فراتشخیصی و ۱۵ بیمار در گروه گواه). گروه‌های آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی را در طی دو ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای را در ۸ جلسه دریافت نمودند. این در حالی است که بیماران حاضر در گروه گواه مداخلات حاضر را در طول پژوهش دریافت نکردند.

جدول ۱: محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت (CFT)

جلسه شرح جلسات
جلسه اول: ایجاد ارتباط درمانی، آشنایی اعضا با یکدیگر، شرح قوانین گروه، توضیح مختصری در مورد درمان متمرکز بر شفقت، توضیح مختصری در مورد هیجانات، آموزش و اجرای تمرین تنفس ذهن آگاه و تکالیف خانگی
جلسه دوم: مرور تمرین جلسه قبل، معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل آنها با یکدیگر، آشنایی با هیجانات منفی و تهدید کننده از دیدگاه درمان متمرکز بر شفقت، ماهیت شفقت و ارائه تکالیف خانگی
جلسه سوم: مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی با ویژگیهای افراد دارای شفقت (مهربانی، همدلی، تحمل پریشانی، قضاوت نکردن)، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب گراانه و شرم، ارائه تکالیف خانگی
جلسه چهارم: مرور تمرین جلسه قبل، تمرین پرورش خود مشفق (خرد، قدرت، مهربانی، قضاوت نکردن در مورد خود و مسئولیت پذیری)، نحوه تصویرسازی در مورد خود مشفق، تمرین رشد خود مشفق و تکالیف خانگی

¹ Chohen

جلسه پنجم: مرور تمرین جلسه قبل، تمرین مهارت‌های شفقت (رفتارمشفقانه، تصویر ذهنی شفقانه، احساس مشفقانه، حس بدنی مشفقانه)، آموزش همدلی، تکالیف خانگی
جلسه ششم: مرور تمرین جلسه قبل، پرورش شفقت ورزی نسبت به دیگران، آموزش بخشش، تمرکز کردن خودمشفق به سمت دیگران، آموزش پذیرش مسائل و مواجه شدن با چالش‌های مختلف و تغییرات پیش رو، تکالیف خانگی
جلسه هفتم: مرور تمرین جلسه قبل، شناسایی افکار ممانعت کننده از پرورش شفقت و کار بر روی آنها، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقان برای خود و دیگران، انجام تمرین‌های رنگ شفقت، صدا و تصویر شفقت، تکالیف خانگی
جلسه هشتم: مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات قبل و جمع بندی مفاهیم بررسی شده

جدول ۲: محتوای جلسات درمان فراتشخیصی

جلسه شرح جلسات
جلسه اول: ایجاد ارتباط درمانی، آشنایی اعضا با یکدیگر، افزایش انگیزه، مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیمار در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان.
جلسه دوم: ارائه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجانی (ARC)
جلسه سوم: آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش‌های هیجانی) به خصوص با استفاده از تکنیک ذهن آگاهی
جلسه چهارم: ارزیابی مجدد شناختی، ایجاد آگاهی از تأثیر ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و افزایش انعطاف پذیری در تفکر
جلسه 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
جلسه ششم: بررسی رفتارهای ناشی از هیجان (EDB)، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آنها روی تجارب هیجانی، ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه رویارویی شدن با رفتارها
جلسه هفتم: آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی، افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه و رویارویی احساسی
جلسه هشتم: رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت، آموزش نحوه تهیه سلسه مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و از آزمون موجلی جهت بررسی پیش فرض کرویت استفاده شد. در نهایت جهت مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با درمان فراتشخیصی بر استرس ادراک شده بیماران مبتلا میگرن از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج حاصل از یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که افراد حاضر در پژوهش دارای دو جنسیت زن و مرد بودند که در این بین تعداد زنان بیشتر بود (۶۷ درصد). همچنین این افراد دارای دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال بودند که در این بین دامنه سنی ۳۵ تا ۴۰ سال دارای بیشترین فراوانی بود (۲۷ درصد). از طرفی این افراد دارای سطح تحصیلات راهنمایی تا فوق لیسانس بودند که در این بین تحصیلات دیپلم دارای بیشترین فراوانی بود (۳۳ درصد).

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی نمرات استرس ادراک شده آزمودنی‌ها بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله	درمان متمرکز بر شفقت		درمان فراتشخیصی		گواه
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
استرس ادراک شده	پیش‌آزمون	۲۸/۷۳	۵/۵۶	۲۸/۶۰	۳/۵۲	۸/۰۵
	پس‌آزمون	۲۱/۴۰	۳/۷۳	۲۰/۹۳	۳/۰۱	۷/۶۲
	پیگیری	۲۰/۰۶	۳/۸۰	۱۹/۹۳	۳/۶۷	۷/۵۴

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر استرس ادراک شده در گروه‌های آزمایش (گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی) و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($f=0.31, 0.44, 0.49$ $p>0.05$). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش فرض همگنی

واریانس‌ها رعایت شده است ($f=1.23, p>0.05$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش (گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی) و گروه گواه در متغیر وابسته (استرس ادراک شده) معنادار نبوده است ($p>0.05$). همچنین نتایج آزمون موجلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیر استرس ادراک شده رعایت شده است ($p>0.05$). برای مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی بر استرس ادراک شده بیماران مبتلا به میگرن از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. در این تحقیق یک عامل درون‌آزمودنی وجود داشت که زمان اندازه‌گیری متغیر پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود و یک عامل بین‌آزمودنی وجود داشت که آن عضویت گروهی بود.

جدول ۴: تحلیل واریانس با واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر پژوهش

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
۸۸۱/۸۸	۲	۴۴۰/۹۴	۷۷/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	۱
۱۲۰۰/۴۶	۲	۶۰۰/۲۳	۷/۵۰	۰/۰۰۲	۰/۲۷	۰/۹۳
۴۴۶/۴۳	۴	۱۱۱/۶۰	۱۹/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱
۴۷۸/۳۵	۸۴	۵/۶۹				

همانگونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که می‌زات F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر استرس ادراک شده (۱۹/۵۹) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیر پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جهت بررسی تفاوت درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی با گروه گواه در متغیر پژوهش در جدول ۵ نتایج مقایسه میانگین گروه‌های آزمایش (گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی) و گروه گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۴: مقایسه میانگین گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیر استرس مؤلفه

مؤلفه	مرحله	اختلاف میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
درمان متمرکز بر شفقت	درمان فراتشخیصی	۰/۲۴	۱/۸۸	۰/۹۷
	گروه گواه	-۶/۲۰	۱/۸۸	۰/۰۰۶
درمان فراتشخیصی	درمان متمرکز بر شفقت	-۰/۲۴	۱/۸۸	۰/۹۷
	گروه گواه	-۶/۴۴	۱/۸۸	۰/۰۰۴

همانگونه که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات متغیر استرس ادراک شده گروه‌های آزمایش درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی معنادار نبوده و این یافته بدین معناست که بین میزان اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی بر متغیر استرس ادراک شده بیماران مبتلا به میگرن تفاوت معنادار وجود ندارد. این در حالی است که تفاوت بین گروه‌های آزمایش و گواه معنادار بوده است. در یک جمع بندی می‌توان این گونه بیان کرد: در عین حالی که دو روش درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی بر استرس ادراک شده بیماران مبتلا به میگرن تأثیر معنادار دارند، اما بین میزان اثربخشی این دو روش تفاوت معنادار وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین و مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی بر استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به میگرن شهر شاهین شهر بود. نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی نسبت به گروه

گواه بر کاهش استرس ادراک شده اثربخش بوده‌اند. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های مشابهی که اثربخشی درمان‌های روانشناختی را بر استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به فشارخون (ادوی، فتحی و مدملی، ۱۳۹۶)، سرطان پستان (صناعی و همکاران، ۱۳۹۶)، استرس ادراک شده قبل از عمل جراحی (جلیلی و دهقان، ۱۳۹۶)، کولیت اولسراتیو (سجادی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۵)، مولتیپل اسکلروزیس^۱ (پیرکامرانی، دهقان و بشیری، ۱۳۹۵)، مؤثر گزارش کرده‌اند به صورت غیرمستقیم همسو می‌باشد.

در تبیین یافته اول این پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به میگرن می‌توان گفت بر اساس درمان متمرکز بر شفقت، افرادی که با مشکلات روان‌شناختی درگیرند، دچار پرکاری سیستم تهدید و محافظت از خود می‌باشند که نتیجه آن، سطح بالای استرس و برانگیختگی در این افراد خواهد بود، از سویی دیگر سیستم رضایت و تسکین نیز در این افراد در سطح پایین تری قرار دارد. درمان متمرکز بر شفقت به این افراد کمک می‌کند با تحریک سیستم تسکین بخش، برانگیختگی و هیجانات منفی درونی را کاهش دهند.

تکنیک پرورش ذهن مشفق در درمان متمرکز بر شفقت به افراد کمک می‌کند تا شفقت را تجربه کرده و جنبه‌های مختلف آن را برای خود و دیگران ایجاد کنند. پرورش ذهن مشفق با ایجاد انگیزه، همدردی و تحمل پریشانی به شیوه‌ای مشفقانه به افراد کمک می‌کند تا دیدگاهی غیرقضاوتی و بدون سرزنش را پرورش دهند، زمانی که این نگرش در آن‌ها بوجود آید که به تمامی امور خوشایند و ناخوشایند پذیرش بدون قضاوت و نگرش شفقت آمیز داشته باشند و با این واقعیت آشنا شوند که زندگی بدون شکست و اشتباه امکان‌پذیر نیست (نف و مک‌گهی^۲، ۲۰۱۰) زیرا این تجربه‌ها جزء جدانشدنی از زندگی انسانی هستند با چنین نگرشی و تعدیل انتظارات از خود و زندگی سیستم رضایت و تسکین را در خود افزایش می‌دهند و بالطبع استرس کمتری را تجربه خواهند کرد. مؤلفه دیگری که در درمان متمرکز بر شفقت به کار برده می‌شود ذهن آگاهی می‌باشد. شخص با استفاده از این تکنیک تجربه کردن در لحظه حال را می‌آموزد و به طور موقت از نگرش و افکار منفی که متأثر از نگرانی‌های آینده است رها می‌شود در واقع تکنیک ذهن آگاهی باعث می‌شود چرخه نشخوار فکری افراد شکسته شود و این امر نیز نقش مهمی در کاهش استرس افراد خواهد داشت.

در تبیین یافته دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی بر استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به میگرن می‌توان گفت، درمان فراتشخیصی یکی دیگر از درمان‌هایی است که بر مبنای تنظیم هیجان پایه ریزی شده است و برای دامنه‌ی گسترده‌ای از اختلالات هیجانی به کار می‌رود. در پژوهش حاضر اثربخشی درمان فراتشخیصی بر استرس ادراک شده نیز مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که این نوع درمان نیز باعث کاهش استرس ادراک شده افراد مبتلا به میگرن می‌شود، مدل درمان فراتشخیصی، تنظیم هیجان را در ایجاد و تداوم اختلال‌های هیجانی از جمله استرس و اضطراب مؤثر می‌داند (فارچيون^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). یکی از تکنیک‌هایی که در درمان فراتشخیصی مورد استفاده قرار می‌گیرد ارزیابی مجدد شناختی است. ارزیابی‌های خودآیند در دامنه اختلال‌های هیجانی باعث دو نوع تله فکری می‌شود، تله اول بیش

¹Multiple sclerosis

²Neff & McGehee

³Farchione

برآورد است که در آن احتمال نتیجه‌ای که بیمار از رخ دادن آن هراس دارد بسیار بزرگنمایی می‌شود. تله دوم فاجعه‌سازی است که در آن در مورد آزارندگی و پیامدهای واقعه اغراق شده و توانایی فرد برای رویارویی با آن دست کم گرفته می‌شود (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). ارزیابی مجدد شناختی به معنای تلاش برای دیدن این موقعیت‌ها به صورت مثبت و ملایم‌تر به منظور تنظیم خلق است. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که کاربرد این راهبرد تنظیم هیجان با کاهش نشانه‌های اختلالات خلقی و اضطرابی مرتبط است. در همین راستا، نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که ارزیابی مجدد شناختی با افزایش انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های ارزیابی باعث می‌شود افراد در موقعیت‌های مختلف به جای بزرگنمایی و فاجعه‌سازی ارزیابی عینی و واقع‌بینانه‌تری داشته باشند و به تبع آن استرس کمتری را نیز درک می‌کنند. از سویی دیگر درمان فراتشخیصی بر راهبرد معیوب اجتناب هیجانی تأثیر داشته است و کاربرد کمتر این راهبرد با تنظیم بهتر هیجان‌های منفی از جمله استرس همراه بوده است. اجتناب، به عنوان راهبردی تعریف می‌شود که افراد از طریق آن هیجان‌ها، افکار و حس‌های بدنی‌شان را تغییر داده یا کنترل می‌کنند (گراس و شیز، ۲۰۱۱) اجتناب هیجانی عموماً منجر به افزایش تعداد و شدت همان افکار و احساس‌هایی می‌شود که فرد سعی در سرکوب آنها دارد و منجر به تداوم هیجان‌های منفی از قبیل استرس و برانگیختگی می‌شود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تکنیک‌های درمان فراتشخیصی باعث کاربرد کمتر اجتناب شناختی و رفتاری شده و به بیمار کمک می‌کند تا یاد بگیرد با هیجان‌های منفی و موقعیت‌هایی که موجب آنها می‌شود روبرو شود بدون آنکه اقدام به هر نوع اجتنابی کند، بدین ترتیب با کاربرد کمتر اجتناب و استفاده از تکنیک رویارویی بهبود معنادار در استرس ادراک شده بیماران مبتلا به میگرن دیده شد.

پژوهش حاضر، مانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی نظیر محدود بودن نتایج پژوهش به گروه و منطقه جغرافیایی خاص (افراد مبتلا به میگرن شهرستان شاهین شهر) و عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی مواجه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که نظیر این پژوهش در جامعه آماری دیگر و سایر مناطق جغرافیایی و با روش نمونه‌گیری تصادفی انجام گردد تا سبب افزایش تعمیم یافته‌ها شود. با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر توصیه می‌گردد، روش درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراتشخیصی در کلینیک‌های درمانی بیماران مبتلا به میگرن مورد استفاده قرار گیرد.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر بخشی از پایان‌نامه دکتری تخصصی روانشناسی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد با کد ۱۳۳۲۰۷۰۵۹۶۲۰۰۲ بود. بدین وسیله از جناب آقای دکتر خطیبی ریاست محترم کلینیک صنعت نفت شاهین شهر و شرکت کنندگانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایم.

منابع

- ادوی، ا؛ فتحی، م؛ مدملی، ی. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر استرس ادراک شده زنان مبتلا به پرفشاری خون. *نشریه آموزش پرستاری*, ۶(۱), ۵۶-۶۲.
- پیری کامرانی، م؛ دهقان، ف؛ بشیری ح. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر استرس ادراک شده و تاب‌آوری زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس. *مجله سلامت و مراقبت*. ۲۸-۳۱۹(۴) ۱۷

- پیمان نیا، ب؛ و موسوی، ی. (۱۳۹۳). مقایسه استرس ادراک‌شده و صفات شخصیتی در بیماران مبتلا به میگرن و افراد سالم. *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۰۶۹-۱۰۷۸ (۲) ۲۲
- جلالی، ر؛ دهقان ف. (۱۳۹۶). اثربخشی مشاوره فردی بر استرس درک شده بیماران قبل از عمل جراحی سنگ کیسه صفرا. *نشریه پرستاری ایران*. ۳۰ (۱۰۸): ۱-۱۰.
- رجبی، س؛ عباسی، م؛ محمدی، ن؛ اشجع‌زاده، ن. (۱۳۸۸). تأثیر گروه درمانگری شناختی-رفتاری بر ادراک عوامل استرس‌زا در بیماران مبتلا به افزایش شادکامی. *روانشناسی معاصر*. ۹ (۲) ۸۹-۱۰۰
- سجادی‌نژاد، م؛ محمدی، ن؛ اشجع‌زاده، ن. (۱۳۸۸). تأثیر گروه درمانگری شناختی-رفتاری بر ادراک عوامل استرس‌زا در بیماران مبتلا به سردردهای عودکننده. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*. ۱۱ (۲) ۱۲۳-۱۱۲
- سجادی‌نژاد، م؛ عسگری، ک؛ مولوی، ح؛ ادیبی، پ. (۱۳۹۴). مقایسه اثر بخشی مدیریت استرس شناختی-رفتاری، آموزش خوش‌بینی و درمان طبی بر علائم جسمی، استرس ادراک شده، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۸ (۱۰): ۴۰-۵۴
- صناعی، ه؛ موسوی، س ع؛ مرادیم؛ پرهون س. (۱۳۹۶). اثر بخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی، استرس ادراک شده و جهت‌گیری به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۱ (۴۴)، ۵۷-۶۶.
- عزیزیم؛ آقامحمدیان شهرباف، ح؛ مشهدی ع؛ اصغری ابراهیم آباد د. م. (۱۳۹۶). بررسی فراتحلیل عوامل روان‌شناختی بروز میگرن در ایران. *روان‌شناسی سلامت*. ۱۰۰-۸۸ (۲۲) ۶
- علیزاده فرد، س؛ خلیلی، م؛ صفاری نیا، م. (۱۳۹۶). اثربخشی برنامه آموزش شادی بر کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و علائم میگرن. *فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، ۶ (۲۱)، ۱۷-۲۸.
- گلی، ز؛ اصغری، مقدم، م؛ مرادی، ع. (۱۳۹۳). تأثیر آزمایشی القای خلق و استرس بر شدت درد بیماران مبتلا به میگرن. *دوماه نامه علمی-پژوهشی فیض*. ۱۸ (۳) ۲۰۱-۲۱۰
- محمدی، ا؛ بیرشک، ب؛ غرابی، ب. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی فراتشخیصی و گروه‌درمانی شناختی بر فرایندهای تنظیم هیجانی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۹ (۳): ۱۸۷-۱۹۴
- Au, T. M., Sauer-Zavala, S., King, M. W., Petrocchi, N., Barlow, D. H., & Litz, B. T. (2017). Compassion-based therapy for trauma-related shame and posttraumatic stress: Initial evaluation using a multiple baseline design. *Behavior therapy*, 48 (2), 207-221.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R.,... & Cassiello-Robbins, C. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Beaumont, E., & Martin, C. J. H. (2016). A proposal to support student therapists to develop compassion for self and others through Compassionate Mind Training. *The Arts in Psychotherapy*, 50, 111-118.
- Chu, X. W., Fan, C. Y., Liu, Q. Q., & Zhou, Z. K. (2018). Cyberbullying victimization and symptoms of depression and anxiety among Chinese adolescents: Examining hopelessness as a mediator and self-compassion as a moderator. *Computers in Human Behavior*, 86, 377-386.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.
- Dewsaran-van der Ven, C., van Broeckhuysen-Kloth, S., Thorsell, S., Scholten, R., De Gucht, V., & Geenen, R. (2018). Self-compassion in somatoform disorder. *Psychiatry research*, 262, 34-39.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R.,... & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43 (3), 666-678.

- Geva, N., & Defrin, R. (2018). Opposite Effects of Stress on Pain Modulation Depend on the Magnitude of Individual Stress Response. *The Journal of Pain*, 19 (4), 360-371.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15 (3), 199-208.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53 (1), 6-41.
- Golden-Kreutz, D. M., Thornton, L. M., Gregorio, W. D., Frierson, G. M., Jim, H. S., Carpenter, K. M.,... & Andersen, B. L. (2005). Traumatic stress, perceived global stress, and life events: prospectively predicting quality of life in breast cancer patients. *Health Psychology*, 24 (3), 288.
- Gross, J. J., Sheppes, G., & Urry, H. L. (2011). Cognition and emotion lecture at the 2010 SPSP Emotion Preconference: Emotion generation and emotion regulation: A distinction we should make (carefully). *Cognition & Emotion*, 25 (5), 765-781.
- Guidetti, V., Faedda, N., & Siniatchkin, M. (2016). Migraine in childhood: biobehavioural or psychosomatic disorder? *The Journal of Headache and Pain*, 17 (1)82
- Kirby, J., & Gilbert, P. (2017). The emergence of the compassion focused therapies. *Compassion: concepts, research and applications*. London: Routledge, 258-85.
- Lipton, R. B., Bigal, M. E., Diamond, M., Freitag, F., Reed, M. L., Stewart, W. F., & AMPP Advisory Group. (2007). Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology*, 68 (5), 343-349.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2 (2), 85-101.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity*, 9 (3), 225-240.
- Negro, A., Koverech, A., & Martelletti, P. (2018). Serotonin receptor agonists in the acute treatment of migraine: a review on their therapeutic potential. *Journal of pain research*, 11, 515.
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical psychology review*, 40, 91-110.
- Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders: update on the science and practice. *Behavior Therapy*, 47 (6), 854-868.
- Payne, L. A., Ellard, K. K., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., & Barlow, D. H. (2014). Emotional disorders: A unified transdiagnostic protocol. 237-275
- Radat, F., Mekies, C., Géraud, G., Valade, D., Vivès, E., Lucas, C. & Lantéri-Minet, M. (2008). Anxiety, stress and coping behaviours in primary care migraine patients: results of the SMILE study. *Cephalalgia*, 28 (11), 15-25.
- Robbins, M. S., & Lipton, R. B. (2010). The epidemiology of primary headache disorders. In *Seminars in neurology*. 30 (02),107-119. © Thieme Medical Publishers.
- Roy, R., Sánchez-Rodríguez, E., Galán, S., Racine, M., Castarlenas, E., Jensen, M. P., & Miró, J. (2018). Factors Associated with Migraine in the General Population of Spain: Results from the European Health Survey 2014. *Pain Medicine*;18 (9):1-9
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., & Wilner, J. G. (2016). Transdiagnostic treatment of borderline personality disorder and comorbid disorders: A clinical replication series. *Journal of personality disorders*, 30 (1), 35-51.
- Sauro, K. M., & Becker, W. J. (2009). The stress and migraine interaction. *Headache: The journal of head and face pain*, 49 (9), 1378-1386.
- Sladek, M. R., Doane, L. D., Luecken, L. J., & Eisenberg, N. (2016). Perceived stress, coping, and cortisol reactivity in daily life: A study of adolescents during the first year of college. *Biological psychology*, 117, 8-15.

- Sobkow, A., Traczyk, J., & Zaleskiewicz, T. (2016). The affective bases of risk perception: negative feelings and stress mediate the relationship between mental imagery and risk perception. *Frontiers in psychology, 24* (7):932.
- Steiner, T. J., Stovner, L. J., 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.
- Tomé-Pires, C., Solé, E., Racine, M., Galán, S., Castarlenas, E., Jensen, M. P., & Miró, J. (2016). The relative importance of anxiety and depression in pain impact in individuals with migraine headaches. *Scandinavian journal of pain, 13*, 109-113.
- Varkovitzky, R. L., Sherrill, A. M., & Reger, G. M. (2018). Effectiveness of the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders among veterans with posttraumatic stress disorder: a pilot study. *Behavior modification, 42* (2), 210-230.
- Vetvik, K. G., & MacGregor, E. A. (2017). Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine. *The Lancet Neurology, 16* (1), 76-87.
- Wacogne, C., Lacoste, J. P., Guilibert, E., Hugues, F. C., & Le Jeune, C. (2003). Stress, anxiety, depression and migraine. *Cephalalgia, 23* (6), 451-455.