

پیش‌بینی شدت سردردهای میگرنی براساس اضطراب، مکانیسم‌های دفاعی و شفقت خود در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی

Prediction of the severity of migraine headaches based on anxiety, defense mechanisms and self-compassion on patients with migraine headaches

Atefeh mohammadi

Master student, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran.

Dr. Noshirvan Khezri Moghaddam*

Associate Professor, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran.

Khezri147@uk.ac.ir

Dr. Anahita Tashk

Assistant Professor, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran.

عاطفه محمدی

دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران.

دکتر نوشیروان خضری مقدم (نویسنده مسئول)

دانشیار، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران.

دکتر آناهیتا تاشک

استادیار، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران.

Abstract

Theoretical foundations and conducted studies are indicative of the effect of physiological factors on the incidence and exacerbation of migraine. Identification of these factors can play a major role in the treatment and prognosis of this disease. Therefore, the present study aims to predict the severity of migraine headaches based on anxiety, defense mechanism, and self-compassion. To this end, a total of 200 patients with migraine headaches visiting neurology clinics in Shiraz were selected using purposeful sampling. The patients were then asked to fill out the Spielberg State-Trait questionnaire(1970), Najjarian Migraine Symptom Severity questionnaire(1997), and Bond Defense style questionnaire (1983), and Neff Self-Compassion scale(2003). The results of correlation and step by step regression analysis showed that there was a relationship between anxiety, defense styles, and self-compassion with the severity of migraine headaches($P<0.01$). The results also showed that anxiety, defense styles, and self-compassion predicted 0/19, 0/14, and 0/16 of severe migraine headaches.

Keywords: Migraine, Anxiety, Defense mechanisms and self-compassion.

چکیده

مبانی نظری و مطالعات انجام شده حاکی از تاثیر عوامل روان شناختی در بروز و تشدید میگرن است که شناسایی این عوامل می‌تواند در درمان و پیش‌آگهی این بیماری نقش بسیاری داشته باشد. لذا هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی شدت سردردهای میگرنی بر مبنای اضطراب، مکانیسم‌های دفاعی و شفقت خود بوده است. به این منظور ۲۰۰ بیمار مبتلا به سردرد میگرنی از بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های مغز و اعصاب شیراز به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و از آن‌ها خواسته شد به پرسشنامه‌ی اضطراب حالت-صفت اسپیلبرگر(۱۹۷۰)، پرسشنامه‌ی شدت عالیم میگرن نجاریان (۱۳۷۶)، پرسشنامه‌ی سبک‌های دفاعی باند(۱۹۸۳) و مقیاس شفقت خود نف(۰۰۳) پاسخ دهند. نتایج آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که بین اضطراب، سبک‌های دفاعی و شفقت خود با شدت سردردهای میگرنی رابطه وجود دارد ($P < 0.01$). همچنین نتایج نشان داد که اضطراب، سبک‌های دفاعی و شفقت خود به ترتیب ۰/۱۹، ۰/۱۴ و ۰/۱۶ از شدت سردردهای میگرنی را پیش‌بینی می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: میگرن، اضطراب، مکانیسم‌های دفاعی و شفقت خود.

ویرایش نهایی: فروردین ۱۴۰۰

پذیرش: دی ۹۹

دریافت: آذر ۹۹

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

افکار و هیجانات بر نحوی واکنش افراد در برابر موقعیت‌ها و محرك‌های مختلف تاثیر گذارند. میگرن^۱ و بیماری‌های جسمانی دیگر نیز ممکن است تحت تاثیر افکار و هیجانات قرار بگیرند. پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که شدت و حتی وقوع بیماری‌های جسمی از

¹ Migraine

پیش‌بینی شدت سردردهای میگرنی براساس اضطراب، مکانیسم‌های دفاعی و شفقت خود در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی
Prediction of the severity of migraine headaches based on anxiety, defense mechanisms and ...

حالات روانی مبتلایان اثر می‌پذیرد. به چنین اختلالاتی سایکوسومانیک^۱ یا روان‌تنی می‌گویند که به صورت اختلال بدنی و تحت تاثیر ذهن ایجاد می‌شود(هرپتز، هرزآگ و تابنر، ۲۰۱۶). زمانی یک اختلال روان‌تنی شناخته می‌شود که رویدادهای معنادار از لحاظ روانشناسی قبل از اختلال اتفاق افتاده و در ایجاد یا تشديد آن موثر باشند(هرزاگ و همکاران، ۲۰۱۳). میگرن یکی از شایع ترین اختلالات روان‌تنی است به طوری که ۱۵٪ درصد مردم جهان از آن رنج می‌برند (دانای سیج، دهقانی فیروزان‌آبادی و شریف‌زاده، ۱۳۹۲).

سردرد^۲ میگرنی یک سردرد ضربان دار تکرار شونده با علائم گذرای عصبی است. حملات سردرد عموماً به همراه تهوع، استفراغ و گریز از نور و صدا می‌باشد. عموماً در ناحیه گیجگاهی و یا پیشانی ظاهر می‌شود. این سردرد به دو نوع میگرن کلاسیک (همراه با اورا یا عالیم هشدار دهنده) و میگرن شایع (بدون اورا) تقسیم می‌گردد (مارینو^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). حملات سردرد میگرنی ممکن است با تغییرات تنفس‌زای زندگی آغاز گردد و یا عوامل مختلف روانی از جمله اضطراب باعث تشید آن گردد (مارینو و همکاران، ۱۰). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که اضطراب و عوامل تنفس‌زای می‌توانند بدن را تحت تاثیر قرار دهند و مشکلات جسمانی را شدت بخشدند. پژوهشگران ریشه‌ی اکثر اختلالات روانی را در اضطراب^۴ جستجو می‌کنند. مشخصه‌ی اصلی اضطراب احساس مبهم، ناخوشایند و فراگیری است که بیشتر موقع با علائمی مثل سر درد، ناراحتی مختصر در معده، بی قراری، ناتوانی در بی حرکتی و آرام نشستن یا ایستادن نشان داده می‌شود (یایند، ۲۰۱۰). در علت شناسی سردردهای اولیه بر نقش اضطراب هم به عنوان عامل زمینه ساز و هم تشید کننده تاکید می‌کنند(سادوک و سادوک^۵، ۲۰۱۵؛ ترجمه‌ی گنجی، ۱۳۹۴).

افراد دچار میگرن از لحاظ شخصیتی افرادی مضطرب و نگران هستند که این اضطراب و نگرانی باعث می‌شود احساسات خود را درونی کنند که خود باعث ایجاد سردرد، تشید و حتی مزمن شدن آن می‌شود(نریمانی و وحیدی، ۲۰۱۳). اضطراب از مفاهیم اصلی در نظریه‌ی فروید است که طبق ادعای اوی دلیل اصلی استفاده از مکانیسم‌های دفاعی^۶، کنار آمدن با اضطراب است. زمانی که با شیوه‌های مستقیم و منطقی اضطراب قابل کنترل نباشد، افراد شیوه‌های غیر مستقیم یعنی مکانیسم‌های دفاعی را برای کنترل و مدیریت اضطرابشان به کار می‌برند(کوری، ۲۰۰۵؛ به نقل از ابوالقاسمی، ابراهیمی، نریمانی و اسدی، ۱۳۹۳). مکانیسم‌های دفاعی فرایندهای خودکار تنظیم خود هستند، که با هدف کاهش تناقضات شناختی و تغییرات ناگهانی در واقعیات بیرونی و درونی، به وسیله‌ی تحریف ادراک‌های فرد از رویدادهای تهدید کننده عمل می‌کنند(وایلنت^۷، ۱۹۹۴). مکانیسم‌های دفاعی که مسئول حفاظت از من در برابر اضطراب هستند، می‌توانند با توجه به چگونگی استفاده در محیط کارآمد یا ناکارآمد باشند. اندروز، سینگ و باند^۸ (۱۹۹۳) سه سبک اصلی دفاع را با توجه به کارهای وایلنت مشخص کردند. این سه سبک دفاعی با نام‌های «رشدنایافته»، «نوروتیک» و «رشدنایافته» نامگذاری شدند. روش رشد یافته سبک مقابله‌ی کارآمد و سازش یافته با اضطراب را نشان می‌دهد که با سلامت جسمانی و روانی رابطه دارد(وایلنت، ۱۹۹۴). سبک‌های مقابله‌ای رشدنایافته و نوروتیک در برابر اضطراب سبک‌هایی سازش‌نایافته و ناکارآمد در نظر گرفته می‌شوند که با شاخص‌های منفی سلامت در ارتباط می‌باشند(هیفانتیس و دهر^۹، ۲۰۱۳).

در نظام روان پویشی هر اختلال روانی سبک‌های دفاعی ناسازگارانه‌ی مربوط به خود را دارد و براساس این نظام دفعات‌ها نقش مهمی در سلامت روانی و جسمانی افراد دارد(باند و پری^{۱۰}، ۲۰۰۴). بر همین اساس جسمانی‌سازی فرایندی ناهشیار است که منجر به استفاده‌ی ناسازگارانه از سبک‌های دفاعی می‌شود. در واقع این افراد از تظاهرات بدنی برای نشان دادن ناراحتی هیجان‌نشان استفاده می‌کنند. براساس این تعریف تمامی شکایات رایج جسمانی که جنبه‌ی پزشکی و درمانی پیدا نمی‌کنند (مانند تمامی دردهای جسمی از جمله میگرن،

¹ Psychosomatic

² Herpertz, Herzog & Taubner

³ Headache

⁴ Marino

⁵ Anxiety

⁶ Yiend, J.

⁷ Sadock & Sadock

⁸ Defense mechanisms

⁹ Vaillant

¹⁰ Andrevs, Singh & Bond

⁹ Hyphantis & Daher

¹⁰ Bond & Perry

گرفتگی‌های عضلانی، بی اشتہایی و پرخوری‌های غذایی، مشکلات جنسی، مشکلات خواب و ... و اختلالات ساختاری و کارکردی در بیماری‌های جسمانی متأثر از فرایندهای روانی از جمله سبک‌های دفاعی افراد هستند(قریانی، نوربالا و لواسانی، ۱۳۹۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد مبتلا به سردرد میگرنی بیشتر از سبک‌های دفاعی رشدناپایافته و نوروتیک استفاده می‌کنند که همین امر باعث می‌شود این افراد الگویی از سرزنش، عیب جویی افراطی و خشم از خود و دیگران را به نمایش بگذارند(لیور، کوهن، نایلبوف، مک آرتور و هوسر، ۱۹۸۶). از دیگر ویژگی‌های افراد مبتلا به میگرن می‌توان به جاه طلبی، کمال‌گرایی، نظم و دقت افراطی در کارها، و حساسیت بیش از حد به امور روزمره اشاره کرد(مک آنالتی، راپورت، واگنر و برانتلی، ۱۹۸۴). با توجه به پژوهش‌های ذکر شده می‌توان بیان کرد که بیماران با مشکلات روانی از جمله سردرد میگرنی در رابطه با خود، با مسائل و مشکلات جدی رو به رو هستند؛ بنابراین روانشناسان به معرفی مفهوم سازی‌هایی برای ارتباط سالم با خود پرداختند(سعیدی، قربانی، سرافراز و شریفیان، ۱۳۹۲).

یکی از این مفاهیم مهم در ارتباط فرد با خود مفهوم شفت خود است. شفت خود به معنای مهربانی با خود، درک خود به جای قضابت کردن و نوعی پذیرش نسبت به کاستی‌ها و بی کفایتی‌های خود است. اعتراض به اینکه همه‌ی انسان‌ها نقص‌هایی دارند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه‌ی اشتراکات انسانی است. شفت به خود باعث آگاهی از تجارب زمان حال می‌شود به طوری که جنبه‌های دردناک یک تجربه، نه نادیده گرفته شود و نه به طور مکرر ذهن را اشغال کند (نف، ۲۰۰۹).

بالا بودن شفت میتواند شجاعت و انعطاف‌پذیری روانشناختی لازم برای رو به روشندن با چالش‌های زندگی را فراهم کند (روحی، سلطانی، زین الدینی و نعمت‌اللهی، ۱۳۹۷). برای داشتن شفت خود لازم است افراد نسبت به احساسات دردناک خود پذیرا باشند و آن‌ها را سرکوب و فرون Shanی نکنند(کاشانکی، قربانی و حاتمی، ۱۳۹۵). افراد با شفت خود پایین نسبت به افرادی که شفت خود بالایی دارند سلامت روانشناختی کمتری دارند(بلت، کوبنر، چورن، مک دونالد و زورف، ۱۹۸۲). این افراد شرم بیشتر، ترس از شکست بیشتر، خوددارزیابی منفی بیشتر(موسویچ، کوالسکی، سایپیتون، سج ویک و تریسی، ۲۰۱۱)، افسردگی و اضطراب بیشتر، کمال‌گرایی نوروتیک بیشتر، رضایت از زندگی کمتری دارند(ریس، ۲۰۱۱).

با توجه به پژوهش‌های ذکر شده و با توجه به هزینه‌هایی که این بیماری بر جامعه تحمیل می‌کند و این که عوامل روانی در ایجاد، تشدید و تعدد حملات سردرد میگرنی مؤثر است و در موارد مزمن دارو درمانی نتوانسته به تنها بی ایجاد در کنترل درد مؤثر باشد؛ آشکار ساختن عواملی که در ایجاد و تشدید علائم میگرن نقش دارند، لازم و ضروری به نظر می‌رسد. لذا محقق به دنبال بررسی پیش‌بینی شدت سردردهای میگرنی در افراد مبتلا، بر اساس اضطراب، مکانیسم‌های دفاعی و شفت خود است.

روش

پژوهش حاضر از حیث هدف کاربردی و از نظر روش گردآوری داده‌ها توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به میگرن که در ۶ ماه نخست سال ۱۳۹۸ برای درمان به متخصصین مغز و اعصاب شهر شیراز مراجعه کرده بودند. برای انتخاب نمونه در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده گردید. به این ترتیب که از بین کلینیک‌ها و بیمارستان‌های سطح شهر، ۴ کلینیک انتخاب شد و پس از مراجعته به این مراکز ۲۰۰ بیمار مبتلا به میگرن انتخاب شدند. نمونه مورد بررسی شامل ۲۰۰ بیمار مبتلا به سردرد میگرنی (۱۲۰ انفرزن و ۸۰ زن) بود که در دامنه سنی ۲۰-۵۰ سال قرار داشتند. ۶۰ درصد شرکت کنندگان زن بودند و ۴۰ درصد مرد بودند. پاسخگویان در بازه سنی ۲۰-۵۰ سال قرار داشته‌اند و میانگین سنی افراد حاضر در این تحقیق برابر با ۳۴/۲۰ سال و انحراف معیار سنی آن‌ها ۷/۵۴ بوده است. ملاک‌های ورود به این پژوهش به این صورت بود که از بین مراجعه کنندگان با شکایت سردرد پس از اخذ شرح حال و معاینه بالینی و تأیید میگرن توسط پزشک متخصص، (جهت اطمینان بیشتر در تشخیص صحیح) بیماران

¹Levor, Cohen, Nailbaff, McArthur & Heuser

²Mcanulty, Rapport, Waggoner & Brantley

³Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff

⁴Mosewich, Kowalski, Sabiston, Sedgwick & Tracy

⁵Raes

پیش‌بینی شدت سردردهای میگرنی براساس اضطراب، مکانیسم‌های دفاعی و شفقت خود در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی
Prediction of the severity of migraine headaches based on anxiety, defense mechanisms and ...

به پرسشنامه‌ی میگرن اهواز پاسخ داده و با رضایت و آگاهی کامل به پژوهش وارد شده و به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه سردرد میگرن اهواز^۱ (AMQ): این ابزار توسط نجاریان (۱۳۷۶) ساخته و اعتباریابی شده است. این آزمون از ۲۵ سوال تشکیل یافته و برای ساخت آن ۳۸۲ دانشجو از دو دانشگاه شهید چمران و آزاد اسلامی اهواز شرکت داشته‌اند. ماده‌های این مقیاس دارای چهار گزینه هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات می‌باشد. آزمودنی‌ها یکی از گزینه‌ها را انتخاب کرده و علامت می‌زنند، سپس گزینه‌ها بر اساس مقادیر ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره گذاری می‌شوند. نجاریان (۱۳۷۶) پایابی این مقیاس را از طریق بازآزمایی و همسانی درونی مورد سنجش قرار داده و ضریب پایابی آن را به ترتیب ۰/۰۹۱ و ۰/۰۸۰ گزارش کرده است.

مقیاس شفقت خود^۲ (SCS): پرسشنامه شفقت خود توسط نف (۲۰۰۳) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۶ سوال است و آزمودنی‌ها به این سوال‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای پاسخ می‌دهند. این گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ نمره گذاری می‌شوند. دامنه کل نمرات بین ۲۶ تا ۱۳۰ خواهد بود. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد نشان‌دهنده میزان شفقت خود خواهد بود و بالعکس. این آزمون شامل ۳ خرد مقیاس مهربانی با خود (۵، ۲۶، ۲۳، ۲۶، ۱۲، ۱۹) دربرابر قضاؤت و داوری نسبت خود (۲۱، ۱۶، ۱۱، ۸، ۱) انسانیت (۳، ۱۰، ۷، ۱۵) در برابر انزوا (۴، ۱۳، ۱۸، ۲۵) و بهشیاری (۱۷، ۲۲، ۹، ۱۴) در برابر همانند سازی افراطی (۲، ۲۰، ۶، ۲۴) می‌باشد (نف، ۲۰۰۳). سوالات مربوط به زیرمقیاس‌های قضاؤت خود، انزوا و همانند سازی افراطی به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. این پرسشنامه در سال ۱۳۹۲ توسط خسروی، صادقی و یابنده در ایران اعتباریابی شده است با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی، ساختار شش عاملی پرسشنامه تایید شده و شش عامل به دست آمد. پایابی مقیاس کل نیز با روش آلفای کربنباخ (۰/۸۶) به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر^۳ (STAI): پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر^۴ توسط اسپیلبرگر (۱۹۷۰) ساخته شد این پرسشنامه حاوی ۴۰ سوال است که از سوالات ۱ تا ۲۰ اختصاص به اضطراب حالت و از سوالات ۲۱ تا ۴۰ اختصاص به اضطراب صفت دارد. سوالات مربوط به اضطراب حالت در طی لیکرت چهار گزینه‌ای نمره گذاری می‌شوند که عبارتند از: به هیچ وجه، گاهی، عموماً، خیلی زیاد. و سوالات مربوط به اضطراب صفت نیز به همان صورت ۴ گزینه‌ای نمره گذاری می‌شوند که عبارتند از: تقریباً هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و تقریباً همیشه (اسپیلبرگر، ۱۹۸۳). اسپیلبرگر ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس اضطراب حالت را (۰/۹۲) و برای زیرمقیاس اضطراب صفت را (۰/۹۰) گزارش کردند. شاخص روان سنجی ضریب اعتبار این سیاهه از روش بازآزمایی توسط عبدالی (۰/۸۶). گزارش شده است (شریفی، ۱۳۷۶).

سبک‌های دفاعی^۵ (DSQ-40): آزمون مکانیسم‌های دفاعی ۴۰ سوالی نخستین بار توسط باند^۶ و همکاران در سال (۱۹۸۳) تهیه و در سال (۱۹۹۳) توسط اندروز^۷ و همکاران، نسخه جدید آن تدوین گردید که این نسخه هم شامل ۴۰ سوال است؛ ۲۰ مکانیسم دفاعی را در سه سطح رشد یافته، روان آزرده و رشد نیافته مورد ارزیابی قرار می‌دهد. بشارت و همکاران (۱۳۸۰) ضریب الفای کرونباخ سبک‌های رشد یافته، رشد نیافته و نوروتیک را به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳، ۰/۷۴ و ۰/۷۲ گزارش کرده اند.

یافته‌ها

در جدول ۱ توصیف متغیرهای اصلی پژوهش شامل شدت سردردهای میگرنی، متغیر مکانیسم‌های دفاعی در سه بعد نوروتیک، رشد یافته و رشد نیافته، متغیر اضطراب در دو بعد اضطراب حالت و اضطراب صفت و همچنین شفقت خود ارائه شده است.

¹ Ahvaz migraine Questionnaire

² Self-compassion scale

³ State-trait anxiety inventory Questionnaire

⁴ Spielberger

⁵ Defense Styles Questionnaire

⁶ Bond

⁷ Andrews

جدول ۱. توصیف متغیرهای اصلی پژوهش

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کشیدگی	چولگی
شدت سردد میگرنی	۲۰۰	۶۲/۲۶	۱۳/۲۳	۰/۵۲۹	۰/۱۸۷
اضطراب حالت	۲۰۰	۴۸/۲۸	۱۳/۲۲	-۰/۴۲۹	۰/۷۴۰
اضطراب صفت	۲۰۰	۵۵/۴۳	۱۲/۲۳	-۰/۶۰۲	۰/۰۵۰
اضطراب کل	۲۰۰	۱۰۳/۷۱	۲۱/۶۹	۰/۰۸۹	۰/۵۴۹
نوروتیک	۲۰۰	۵۳/۵۳	۱۲/۸۱	-۰/۰۱۸	-۰/۲۱۳
رشد یافته	۲۰۰	۳۵/۲۶	۱۳/۲۴	-۰/۰۳۵	-۰/۰۰۲
رشد نیافته	۲۰۰	۹۶/۶۲	۴۰/۴۸	-۰/۰۲۱۰	-۰/۰۱۴
شفقت خود	۲۰۰	۵۹/۳۲	۱۵/۰۴	۱/۰۳	۰/۴۱۹

نداشتن داده‌های پرت و نرمال بودن داده‌ها یکی از مهمترین پیش‌فرضهای انجام آزمون‌های آماری است که بر این اساس در جدول ۱ چولگی و کشیدگی مورد بررسی قرار گرفته است. در حالت کلی چنانچه چولگی و کشیدگی در بازه (۲ و -۲) باشند داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار برخوردارند که بر این اساس همه متغیرهای تحقیق دارای توزیع نرمال هستند. علاوه بر مفروضه‌ی نرمال بودن، یکی دیگر از مفروضات رگرسیون عدم وجود اثر هم خطی بین متغیرهای مستقل می‌باشد. شاخص‌های تحمل و تورم واریانس این فرضیات را بررسی می‌کنند. اندازه‌ی شاخص تلورانس بین صفر و یک می‌باشد. به ازای هر متغیر مستقل یک مقدار برای این شاخص وجود دارد، اگر مقدار این شاخص به یک نزدیک باشد نشان از این است که این متغیر با سایر متغیرهای مستقل اثر هم خطی ندارد و اگر به صفر نزدیک باشد عکس این حالت را نشان می‌دهد. همچنین شاخص VIF نیز در صورتی نشان از تأثید عدم وجود اثر هم خطی بین متغیرهای مستقل را نشان می‌دهد که مقداری کمتر از ۲ داشته باشد.

جدول ۲. شاخص تحمل واریانس و عامل تورم واریانس

متغیرها	VIF	TOLERANCE
اضطراب حالت	۱/۴۴	۰/۶۹۱
اضطراب صفت	۱/۲۸	۰/۷۷۹
نوروتیک	۱/۰۳	۰/۹۶۳
رشد یافته	۱/۲۲	۰/۸۸۲
رشد نیافته	۱/۳۴	۰/۸۳۸
شفقت خود	۱/۱۴	۰/۸۷۴

بر این اساس چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود پیش‌فرض عدم هم خطی چندگانه نیز رعایت شده است. از دیگر مفروضات رگرسیون عدم همپوشی چندگانه داده‌ها بود، به این معنی که همبستگی بین متغیرهای اصلی تحقیق باید پایین تر از ۹۵ درصد باشد که برای بررسی این مفروضه از ماتریس همبستگی استفاده شده است و همبستگی بین همه متغیرهای پیش بین کمتر از ۹۵ درصد بوده است. در واقع بالاترین میزان همبستگی مربوط به ابعاد متغیرهای اضطراب (بین اضطراب حالت و اضطراب صفت به میزان ۰/۸۰) بوده است. همچنین قبل از بررسی فرضیات تحقیق به بررسی همبستگی متغیرهای مستقل تحقیق و شدت سردردهای میگرنی به عنوان متغیر وابسته پرداخته‌ایم که نتایج در جدول ۳ بیان گردیده است.

پیش‌بینی شدت سردردهای میگرنی براساس اضطراب، مکانیسم‌های دفاعی و شفقت خود در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی
Prediction of the severity of migraine headaches based on anxiety, defense mechanisms and ...

جدول ۳. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل همبستگی پیرسون

شدت سردردهای میگرنی		متغیرها
Sig	R	
.0000	.0368	اضطراب حالت
.0000	.0399	اضطراب صفت
.0000	.0438	اضطراب کل
.0000	.0267	نوروتیک
.0000	-.0241	رشد یافته
.0000	.0260	رشد نیافته
.0000	-.0408	شفقت خود

با توجه به نتایج جدول ۳ محرز است که سطح معنا داری به دست آمده کمتر از سطح بحرانی ۰/۰۵ است. بر این اساس تمام متغیرهای پیش‌بین دارای ارتباط معنادار با شدت سردردهای میگرنی بوده‌اند.

برای آزمون فرض پیش‌بینی شدت سردردهای میگرنی به وسیله متغیرهای اضطراب، مکانیزم‌های دفاعی و شفقت خود از رگرسیون چندمتغیری با روش گام به گام استفاده شده است، در مدل رگرسیون گام به گام، در ابتدا متغیری که بیشترین همبستگی را با متغیر سردردهای میگرنی دارد، وارد مدل می‌شود که معناداری آن نیز زیر ۰/۰۵ می‌باشد در اینجا این متغیر اضطراب است که میزان بتای آن ۰/۴۳۸ بوده و میزان T آن معنادار است. در گام بعدی متغیر شفقت خود به عنوان دومین متغیر مهم وارد مدل شده است، که میزان بتای آن برابر با ۰/۳۲۰ - بوده است. در نهایت و در گام سوم نوروتیک وارد مدل شده است که میزان بتای آن برابر با ۰/۲۵۵ بوده است. بنابراین مکانیزم‌های دفاعی رشد یافته و نیافته از مدل بیرون رفته و در نهایت این سه متغیر در مدل باقی مانده‌اند و نتایج حاکی از آن است که متغیرهای اضطراب، مکانیزم دفاعی نوروتیک و شفقت به خود در کل توانسته‌اند، ۳۵ درصد از متغیر شدت سردردهای میگرنی را پیش‌بینی کنند و با توجه به میزان معناداری F این نتیجه در مدل رگرسیونی مورد تایید قرار می‌گیرد.

جدول ۴. رگرسیون پیش‌بینی سردردهای میگرنی به وسیله متغیرهای اصلی تحقیق

Sig	F	Adjusted R Square	خلاصه مدل		آزمون T	ضریب رگرسیونی	متغیر	مدل	
			R ²	R					
.0000	۴۶/۹۵۰	.0188	.0192	.0438	.0000	۹/۳۷۲	-	۳۶/۳۳۵	مقدار ثابت مرحله اول
					.0000	۶/۸۵۲	.0438	.0248	اضطراب
					.0000	۱۰/۵۷۲	-	۵۶/۵۵۲	مقدار ثابت مرحله دوم
.0000	۳۹/۸۵۵	.0281	.0288	.0537	.0000	۵/۸۰۴	.0360	.0203	اضطراب
					.0000	-۵/۱۶۴	-.0320	-.0254	شفقت به خود
					.0000	۸/۵۱۰	-	۴۷/۱۳۱	مقدار ثابت
.0000	۳۵/۵۴۳	.0342	.0352	.0594	.0000	۵/۶۷۳	.0237	.0191	اضطراب مرحله سوم
					.0000	-۵/۶۴۷	-.0335	-.0266	شفقت به خود
					.0000	۴/۴۱۱	.0255	.0263	نورتیک

با توجه به معنادار بودن کل مدل اکنون باید بررسی کرد کدام متغیر یا متغیرها و به چه میزان در پیش‌بینی شدت سردردهای میگرنی اثر دارند که نتایج آن در جدول ۵ ارائه می‌گردد.

جدول ۵. نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی شدت سردردهای میگرنی به وسیله اضطراب، مکانیسم‌های دفاعی و شفقت به خود

آزمون T		ضریب رگرسیونی		متغیر
Sig	T	Beta	B	
۰/۰۰۰	۸/۹۹۹	-	۳۵/۷۷۶	مقدار ثابت
۰/۰۰۴	۲/۸۸۲	۰/۲۱۸	۰/۲۰۷	
۰/۰۰۰	۳/۷۵۸	۰/۲۸۴	۰/۲۹۳	
مجذور R تعديل شده		مجذور R	R	خلاصه مدل
۰/۱۸۵		۰/۱۹۳	۰/۴۴۰	
۰/۰۰۰	۱۱/۰۰۲	-	۵۲/۱۲۳	مقدار ثابت
۰/۰۰۱	۳/۲۲۶	۰/۲۱۶	۰/۲۲۴	
۰/۰۲۱	-۲/۳۳۶	-۰/۱۶۰	-۰/۱۵۶	
۰/۰۰۶	۲/۸۰۰	۰/۱۹۲	۰/۰۵۹	
مجذور R تعديل شده		مجذور R	R	خلاصه مدل
۰/۱۳۳		۰/۱۴۶	۰/۳۸۳	
۰/۰۰۰	۲۵/۱۱۵	-	۸۲/۰۹۳	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	-۶/۲۸۵	-۰/۴۰۸	-۰/۳۲۳	
مجذور R تعديل شده		مجذور R	R	خلاصه مدل
۰/۱۶۲		۰/۱۶۶	۰/۴۰۸	

برای بررسی پیش‌بینی پذیری شدت سردردهای میگرنی به وسیله اضطراب، سبک‌های دفاعی و شفقت خود در بیماران مبتلا به میگرن از رگرسیون خطی همزمان استفاده شده است. نتایج خروجی در جدول ۵ بیانگر آن است ابعاد متغیر اضطراب قادر به پیش‌بینی ۱۹ درصد از شدت سردردهای میگرنی بوده‌اند، و هر دو بعد متغیر اضطراب دارای تاثیری مثبت و معنادار بر شدت سردردهای میگرنی بوده‌اند. اما میزان بتا حاکی از آن است که اضطراب صفت تاثیر بیشتری بر شدت سردردهای میگرنی داشته است. در متغیر سبک‌های دفاعی، هر سه بعد سبک‌های دفاعی یعنی نوروتیک و رشد نیافته و رشد یافته تاثیری معنادار بر شدت سردردهای میگرنی داشته‌اند و در مجموع قادرند ۱۴ درصد از متغیر سردردهای میگرنی را تبیین کنند در این بین بعد نوروتیک دارای تاثیر گذاری بیشتری است و میزان بتای آن برابر با ۰/۲۱۶ می‌باشد. همچنین این نکته شایان ذکر است که تاثیر بعد رشد یافته به صورت منفی و معنادار بوده در واقع با افزایش این بعد شدت سردردهای میگرنی کاهش می‌یابد. در متغیر شفقت به خود نیز که ارتباط معناداری با شدت سردردهای میگرنی دارد، با افزایش شفقت به خود، از شدت سردردهای میگرنی به طور معناداری کاسته می‌شود و بنابراین تاثیر این متغیر منفی و معنادار است، میزان بتا نیز در این متغیر برابر ۰/۴۰۸ می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش بررسی قدرت پیش‌بینی کنندگی اضطراب و مکانیسم‌های دفاعی و شفقت خود در پیش‌بینی شدت علائم سردردهای میگرنی بود. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که هر سه متغیر این پژوهش یعنی اضطراب، سبک‌های دفاعی و شفقت خود قادر به پیش‌بینی شدت سردردهای میگرنی هستند. که در این بین اضطراب قدرت پیش‌بینی کنندگی بیشتری نسبت به دو متغیر دیگر

پیش‌بینی شدت سردردهای میگرنی براساس اضطراب، مکانیسم‌های دفاعی و شفقت خود در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی
Prediction of the severity of migraine headaches based on anxiety, defense mechanisms and ...

داشت. این نتیجه با یافته‌های بدست آمده از پژوهش‌های شالا و درشاج^۱ (۲۰۱۸)، پیرس^۲ و همکاران^۳ (۲۰۰۳)؛ همسو بود.

با توجه به دیدگاه روان‌پویشی در مورد اختلالات روان‌تنی، در تبیین این یافته باید در درجه‌ی نخست به نقش اضطراب در سازمان روانی افراد اشاره کرد. این رویکرد بیان می‌کند که اضطراب بخش جدایی ناپذیری از احساسات ماست؛ به این معنی که هر احساسی در وجود ما برانگیخته می‌شود برای مدیریت آن به اضطراب نیازمندیم. به بیان دیگر به دنبال بیدارشدن هر احساسی، اضطراب به عنوان یک زنگ خطر به صدا در می‌آید تا در مدیریت احساس ایجاد شده به ما کمک کند. اختلال وقتی به وجود می‌آید که فرد برخی احساسات را خطرناک پنداشته و توانایی دیدن و روبه رو شدن با آن‌ها را نداشته باشد. در این شرایط اضطراب با شدت زیادی به فرد هشدار می‌دهد اما فرد ظرفیت روانی رویارویی با این حجم از اضطراب را ندارد و شدت این اضطراب برای فرد قابل تحمل نیست، لذا در آگاهی تجربه نمی‌شود و به درون بدن واپس رانده شده و در عضلات صاف تخلیه می‌گردد. از آنجا که عضلات صاف عضلاتی غیرارادی بوده و شخص روی آن‌ها کنترلی ندارد، کانالیزه شدن زیاد اضطراب به سمت این عضلات باعث ایجاد نشانه‌های متعدد جسمانی می‌گردد. نشانه‌های جسمانی در این بیماران مانند یک سد در برابر آگاهی از احساس و لمس اضطراب عمل می‌کند. در این بیماران وقتی اضطراب از حد تحمل فرد فراتر می‌رود مغز به امیگدال پیام می‌فرستد و امیگدال سیستم عصبی جسمی و خودمختار را تحریک می‌کند. شاخه پاراسمپاتیک دستگاه عصبی خودمختار ضربان، فشار خون و سرعت تنفس را پایین می‌آورد و باعث افت جریان خون مغز می‌شود و این باعث نشانه‌های تاری دید، گیجی، اسهال و میگرن می‌شود. (گلدشتاین^۴، ۲۰۰۶؛ همیل و شاپیرو^۵، ۲۰۰۴).

همچنین یافته‌ها نشان دادند که بین شدت سردردهای میگرنی و سبک‌های دفاعی رشدنایافته و نوروتیک رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و همچنین بین سبک رشدنایافته با شدت میگرن منفی معناداری وجود دارد. که این نتایج با پژوهش‌های اقا یوسفی و بازیاری میمند (۱۳۹۰)، افضلی، فتحی‌آشتیانی و آزاد فلاح (۱۳۸۷)؛ پسیچر، گودسوارد، ارلبک و ورهاج^۶ (۱۹۸۸)؛ گاستافسون و کالمن^۷ (۱۹۹۰)، همسو بود.

ناتوانی من در استفاده از مکانیسم‌های دفاعی کارآمد، باعث می‌شود که ادراک فرد از احساسات، افکار و رفتار خود و دیگران به صورت پاتولوژیک و نامنطبق با واقعیت عینی موجود تحت تاثیر قرار بگیرد. بر این اساس محتمل است که سبک دفاعی غالب فرد در چنین شرایطی می‌تواند شکل و نوع اختلال روانی فرد را تا حدودی تعیین کند. به عنوان مثال وقتی سبک غالب دفاعی فرد مستلزم استفاده از تغییر جهت تکانه از خود به موضوع (فرافکنی)، یا از موضوع به خود (پرخاشگری به خود یا خودکشی) باشد، فرد مستعد ابتلا به افسردگی است. بنابراین این نارسانی و ناتوانی در مدیریت و تنظیم عواطف زمینه‌های ابتلاء به انواع اختلالات را ایجاد می‌کند (تجربی و بشارت، ۱۳۹۴). اختلالات روان‌تنی نیز از این قاعده مستثنی نیست. یعنی فرد به جای استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدنایافته (مانند فرونشانی و والايش) که مواجهه با تغییرات روان‌شناختی و محرك‌های استرس‌زای محیطی را تسهیل می‌کند از مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته (مانند سرکوبی و واپس‌رانی) که سلامت، عملکرد مثبت و سازگاری و سازگاری اجتماعی را تهدید می‌کند استفاده می‌کند. این مکانیسم‌ها ادراک ما را از واقعیت تحریف می‌کنند. تحریف واقعیت باعث می‌شود که ما احساسات و افکار متعارض خود را با شیوه‌های مختلف خارج از آگاهی نگه داریم (آقایوسفی و بازیاری میمند، ۱۳۹۲)؛ یکی از روش‌های شایع برای این کار جسمانی کردن تعارضات است که در اختلالات روان‌تنی از جمله میگرن مشاهده می‌گردد. بنابر این استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته و نوروتیک نه تنها مشکلات را حل نکرده بلکه زمینه راجه‌ت ابتلا یا تشدید بیماری‌های روان‌تنی از جمله میگرن فراهم می‌آورد.

¹ Shala & Dreshaj

² Pires

³ Zwart

⁴ Goldstein

⁵ Hamill & Shapiro

⁶ Passchier, Goudswaard, Orlebeke & Verhage

⁷ Gustafson & Kallmen

همچنین یافته‌های حاصل در ارتباط با تاثیر شفقت بر شدت سردردهای میگرنی نشان داد که بین شفقت با شدت میگرن رابطه منفی و معناداری وجود دارد. شفقت خود می‌تواند^۱ (۰/۱۶) شدت سردردهای میگرنی را تبیین کند. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های یسهوا، زهار و برکوویچ^۲ (۰/۱۸)، یو و همکاران^۳ (۰/۱۹)، هال، رو، وونج و گادلی^۴ (۰/۲۰) و ویلیام، شفلید و نایب^۵ (۰/۲۰) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که در بسیاری از افرادی که با اختلال‌های روان‌شناختی درگیرند، سیستم تهدید و محافظت از خود دچار نوعی پرکاری شدید است، که نتیجتاً این افراد سطوح بالای استرس و نگرانی را تجربه می‌کنند. از طرف دیگر سیستم رضایت و تسکین یا همان خودشفقتی در این افراد، سطح رشد یافتنی پایین‌تری دارد (نوربالا، برجعلی و نوربالا؛ ۱۳۹۲). در نتیجه این اشخاص در تجربه واقعی ناخوشایند احساسات منفی را با شدت بیشتری تجربه کرده و افکار بدینانه و نشخوارهای فکری بیشتری دارند (سعیدی، قربانی، سرافراز و شفیعیان؛ ۱۳۹۲). که در همین راستا، در پژوهش‌های مختلف ارتباط شفقت خود با سلامتی به تایید پژوهشگران رسیده است (اختیاری، ایمانی و میرزا محمدی؛ ۱۳۹۶). به عبارت دیگر شفقت خود نقش یک سیستم محافظت کننده را در برابر رنج و شکست شخصی بازی می‌کند. افرادی که از این سپر محافظت در برابر شکست‌ها و فشارهای روزمره بهره نمی‌برند اضطراب را در شکل‌های ناسالم و افراطی آن (از جمله جسمانی شدن) تجربه می‌کنند. لذا می‌توان انتظار داشت، به میزانی که فرد با خود نامهربان‌تر است، با افزایش فشارها و به تبع آن افزایش اضطراب بیماران میگرنی سردردها و سایر علائم بیماری را با شدت بیشتری تجربه کنند.

در مجموع می‌توان بیان کرد سردردهای بیماران میگرنی با اضطراب و مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک و رشدنایافته رابطه‌ای مستقیم دارد، یعنی با افزایش اضطراب و استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک و رشدنایافته سردردهای میگرنی شدت می‌گیرد. همچنین مکانیسم‌های رشدنایافته و شفقت خود رابطه‌ای معکوس با شدت سردردهای میگرنی دارد؛ به این معنی که با افزایش میزان آن‌ها شدت سردردهای میگرنی کاهش می‌باشد. بنابراین با توجه به خطرات و پیامدهای میگرن که می‌تواند منجر به از هم باشیدگی خانواده و اختلال در عملکرد روزمره (مسائل شغلی و ارتباط با اطرافیان) گردد، یافتن عوامل روان‌شناختی موثر در به وجود آمدن و تشديد علائم میگرن می‌تواند در کاهش بروز و همچنین کم کردن شدت این سردردها اثربخش باشد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از پرسشنامه اشاره کرد که طولانی بودن آن باعث ناتمام رها کردن پژوهش توسط برخی شرکت کننده‌ها می‌گردد و از طرفی این ابزار خطر سوکیری را به همراه دارد که می‌توان در پژوهش‌های آتی با استفاده از روش‌های کیفی در پژوهش، ضمن رفع این مشکل، درک عمیق‌تری از وضعیت روان‌شناختی این بیماران به دست آورد. در پایان با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی مختلف از جمله درمان متمرکز بر شفقت (cft) بر اختلال میگرن مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- ابوالقاسمی، ع.، ابراهیمی اردی، ی.، نریمانی، م.، اسدی، ف. (۱۳۹۳). نقش سبک‌های دفاعی و تاب آوری در پیش‌بینی اسیب پذیری روانی مبتلایان به آسم. *فصلنامه علمی پژوهشی*، ۳(۴)، ۱۴۱-۱۵۲.
- اختیاری، م.، ایمانی، م.، میرزا محمدی، م. (۱۳۹۶). پیش‌بینی احساس تنهایی در مردان سالم‌مند بر اساس شفقت به خود، معنویت و سبک زندگی اسلامی. *نشریه‌ی دین و سلامت*، ۲(۴)، ۶۹-۸۰.
- آقایوسفی، ع.، باریزی میمند، م. (۱۳۹۲). بررسی سلامت عمومی، تاب آوری و مکانیسم‌های دفاعی در افراد مبتلا به سردرد میگرنی، *مجله طب جنوب، بشارت*، م.، شریفی، م.، ایروانی، م. (۱۳۸۰). بررسی رابطه سبک‌های دلیستگی با مکانیسم‌های دفاعی. *فصلنامه روان‌شناختی رشد و تحول*، ۱۹، ۲۸۹-۲۷۷.
- خسروی، ص.، صادقی، ک.، یابنده، م. (۱۳۹۲). کفایت روان‌سنجی مقیاس شفقت خود. *فصلنامه روشها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۴(۴)، ۴۷-۵۹.

¹ Yeshua, Zohar & Berkovich

² Xiaonan

³ Hall, Row, Wuensch & Godley

⁴ Williams, Sheffield & Knibb

پیش‌بینی شدت سردردهای میگرنی براساس اضطراب، مکانیسم‌های دفاعی و شفقت خود در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی
Prediction of the severity of migraine headaches based on anxiety, defense mechanisms and ...

- دھقانی فیروزآبادی، م.، منشی، غ.، دانای سیچ، ز.، شریف زاده، غ. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر عالائم افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به صرع و میگرن. مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرونی، ۹(۲۱)، ۴۰۷-۴۱۵.
- روحی، ر.، سلطانی، ا.، زین الدینی میمند، ز.، رضوی، و. (۱۳۹۸). تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت به خود، تحمل پریشانی، و تنظیم هیجان در دانش آموزان با اختلال اضطراب اجتماعی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۳(۶)، ۱۷۳-۱۸۷.
- سادوک، بنیامین جیمز و سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۲۰۱۵). *خلاصه روانپژوهشی: علوم رفتاری، روانپژوهشی بالینی*. جلد دوم (ویرایش یازدهم، ترجمه مهدی گنجی). تهران: ساواlan (۱۳۹۴).
- سعیدی، ض.، قربانی، ن.، سرافراز، م.، شریفیان. (۱۳۹۲). اثر القای شفقت خود و حرمت خود بر میزان تجربه شرم و گناه. *روانشناسی معاصر*، ۸(۱)، ۹۱-۱۰۲.
- شریفی، ح. (۱۳۷۶). نظریه و کاربرد ازمون های هوش و شخصیت. تهران: سخن کاشانکی، ح.، قربانی، ن.، حاتمی، ح. (۱۳۹۵). بررسی ارتباط فرونشانی احساسات و علائم جسمانی و روانی با توجه به نقش خودشناسی انسجامی، بهوشیاری و شفقت خود، جامعه پسندی و خود مهارگری. *پژوهش های کاربردی روانشناسی*، ۷(۲)، ۵۵-۷۰.
- نجاریان، ب. (۱۳۷۶). ساخت و اعتبار یابی پرسشنامه ای برای سنجش علائم سردد میگرن در دانشجویان. مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران/اهواز، ۴(۳)، ۲۴۸-۲۳۱.
- نوربالا، ا.، نوربالا، ف.، برجاعی، ا. (۱۳۹۲). اثر تعاملی شفقت به خود و نشخوار فکری بیماران افسرده در "درمان مبتنی بر شفقت". دو ماهنامه دانشور پژوهشی، ۲۰(۴)، ۷۷-۸۴.

- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 246-256.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(1), 113-124.
- Bond, M., & Perry, J. C. (2004). Long-Term Changes in Defense Styles With Psychodynamic Psychotherapy for Depressive, Anxiety, and Personality Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 1665-167.
- Daher, E. F., & Hyphantis, T. N. (2013). The Psychological Defensive Profile of Hemodialysis Patients and Its Relationship to Health-Related Quality of Life. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(7), 621-628.
- Dunne, S., Sheffield, D., & Chilcot, J. (2018). Brief report: Self-compassion, physical health and the mediating role of health-promoting behaviours. *Journal of health psychology*, 23(7), 993-999.
- Goldstein, D. S. (2006). *Adrenaline and the inner world: An introduction to scientific integrative medicine*. JHU Press.
- Gustafson, R., & Källmén, H. (1990). Psychological defense mechanisms and manifest anxiety as indicators of secondary psychosomatic body pain. *Psychological reports*, 66(3_suppl), 1283-1292.
- Hall, C. W., Row, K. A., Wuensch, K. L., & Godley, K. R. (2013). The role of self-compassion in physical and psychological well-being. *The Journal of psychology*, 147(4), 311-323.
- Hamill, R. W., & Shapiro, R. E. (2004). Peripheral autonomic nervous system. In *Primer on the autonomic nervous system* (pp. 20-28). Academic Press.
- Herzog, W., Herpertz, C., Taubner, S. (2016). Prevention of mental and psychosomatic disorders in occupational and training settings. *Mental Health & Prevention*, 4, (1):1-2.
- Herzog, W., Konnopka, A., Kaufmann, C., Konig, H., Heider, D., Wild, B., Szecsenyi, J., & Schaefer, R. (2013). Association of costs with somatic symptom severity in patients with medically unexplained symptoms. *Journal of psychosomatic research*, 75(4), 370-375.
- Levor, R. M., Cohen, M.J., Nailboff, V.D., McArthur, D.O., & Heuser, G.(1986). Psychological precursors and correlates of migraine headache. *Journal of Consuling and Clinical Psychlogy*, 54(3), 347-354.
- Mcanulty,D.P., Rapport, N. B., Waggoner, C. D., & Brantley, P. T.(1984). Psychological correlates of head pain. *Paper presented at the annual meeting of the association for the advancement of behavior therapy.u.s.a.*
- Marino, E., Fanny, B., Lorenzi, C., Pirovano, A., Franchini, L., Colombo, C., & Smeraldi, E. (2010). Genetic bases of comorbidity between mood disorders and migraine: possible role of serotonin transporter gene. *Neurological Sciences*, 31(3), 387-391.
- Morillo, L.E., Alarcon, F., Aranaga, N., Aulet, S., Chapman, E., & Conterno, L.(2005). Prevalevalence of Migraine in Latin american, *Journal of Headache*, 45(2):106-117.
- Mosewich, A., Kowalski, K., Sabiston, C., Sedgwick, W., & Tracy, J. (2011). Selfcompassion: A potential resource for young women athletes. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 33, 103-123.
- Narimani, M., & Vahidi, Z. (2013). A comparative study of personality traits in patients with migraine and normal subjects by clinical questionnaire Millon. *Fourth International Congress on Psychosomatic Islamic Azad University Khourasgan*.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52, 211-214.

- Passchier, J., Goudswaard, P., Orlebeke, J. F., & Verhage, F. (1988). Migraine and defense mechanisms: psychophysiological relationships in young females. *Social Science & Medicine*, 26(3), 343-350.
- Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2, 33-36.
- Shala, N., & Dreshaj, S. (2018). Association of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder with migraine: Data from Kosovo. *Neurologia i neurochirurgia polska*, 52(4), 490-494.
- Shala, N., & Dreshaj, S. (2018). Association of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder with migraine: Data from Kosovo. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 52(4), 490-494.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: *Consulting Psychologists Press*.
- Tomé-Pires, C., Sole, E., Racine, M., Galán, S., Castarlenas, E., Jensen, M. P., & Miro, J. (2016). The relative importance of anxiety and depression in pain impact in individuals with migraine headaches. *Scandinavian journal of pain*, 13(1), 109-113.
- Yu, N. X., Chan, J. S., Ji, X., Wan, A. H., Ng, S. M., Yuen, L. P., & Chan, C. H. (2019). Stress and psychosomatic symptoms in Chinese adults with sleep complaints: mediation effect of self-compassion. *Psychology, health & medicine*, 24(2), 241-252.
- Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defence and personality psychopathology. *Journal of abnormal psychology*, 103, 44-50.
- Williams, S., Sheffield, D., & Knibb, R. C. (2016). A snapshot of the lives of women with polycystic ovary syndrome: A photovoice investigation. *Journal of Health Psychology*, 21(6), 1170-1182.
- Yeshua, M., Zohar, A. H., & Berkovich, L. (2019). "Silence! The body is speaking"—a correlational study of personality, perfectionism, and self-compassion as risk and protective factors for psychosomatic symptoms distress. *Psychology, health & medicine*, 24(2), 229-240.
- Yiend, J. (2010). The effects of emotion on attention: A review of attentional processing of emotional information. *Cognition and emotion*, 24(1), 3-47.
- Yeshua, M., Zohar, A. H., & Berkovich, L. (2019). "Silence! The body is speaking"—a correlational study of personality, perfectionism, and self-compassion as risk and protective factors for psychosomatic symptoms distress. *Psychology, health & medicine*, 24(2), 229-240.
- Zwart, J. A., Dyb, G., Hagen, K., odegård, K. J., Dahl, A. A., Bovim, G., & Stovner, L. J. (2003). Depression and anxiety disorders associated with headache frequency. The Nord-Trøndelag Health Study. *European Journal of Neurology*, 10(2), 147-152.