

دارای رتبه علمی - پژوهشی  
از کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور



دانشگاه علوم پزشکی ایران  
مرکز تحقیقات بهداشت روان



۴۹

# مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران

(اندیشه و رفتار)

سال سیزدهم، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۶

ISSN - 1735 - 4315

- |     |   |   |
|-----|---|---|
| ۸۹  | دکتر همایون امینی، دکتر فاطمه رحیمی‌نژاد و همکاران        | ● نرم‌نشانه‌های عصبی در بیماران دچار نخستین دوره سایکوز، بستگان درجه اول آنها و افراد سالم  |
| ۹۷  | دکتر مریم پاکروان، دکتر میرفرهاد قلعه‌بندی و همکاران      | ● مقایسه آزمون وسواسی - اجباری مادزلی و مصاحبه بالینی ساختاریافته مبتنی بر DSM-IV برای تشخیص اختلال وسواسی - اجباری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا |
| ۱۰۴ | دکتر احمدعلی لوربالا، دکتر فاطمه رمضان‌زاده و همکاران     | ● تأثیر مداخلات روانپزشکی در میزان رضایت زناشویی زوج‌های نابارور در یک مرکز تحقیقات بهداشت باروری   |
| ۱۱۲ | دکتر ابراهیم معودنیا                                      | ● سبب‌شناسی اجتماعی اختلال‌های سایکوتیک و خلقی  |
| ۱۲۲ | حسین شاره و دکتر حمیدرضا آقا محمدیان                      | ● رابطه بین پانگه‌های هویت و فرار دختران از خانه  |
| ۱۲۸ | لرجس بحری، علی دلشاد و فاطمه هادی‌زاده طلاساژ             | ● تأثیر برنامه آموزشی در زمینه یانگی به همسران پر میزان اضطراب و افسردگی دوران یانگی زنان   |
| ۱۳۲ | دکتر نصرت‌ا... نوروزی، دکتر محمدکاظم عاطف‌وحید و همکاران  | ● عامل دوگانه مقاومت و انتقال در بیماران با و بدون اختلال‌های شخصیت   |
| ۱۴۰ | دکتر مریم بختیاری، دکتر رخساره یزدان‌دوست و همکاران       | ● ارتباط میان باورهای مربوط به کنترل با آسیب‌شناسی روانی برون‌ریز و درون‌ریز در کودکان  |
| ۱۴۸ | اسحق رحیمیان بوگر، دکتر ابوالقاسم نوری و همکاران          | ● رابطه سبک‌های دلبستگی بزرگسالی با رضایت و استرس شفلی در پرستاران  |
| ۱۵۸ | دکتر معصومه اسمعیلی، دکتر حسن احدی و همکاران              | ● تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بر سلامت روان  |
| ۱۶۶ | مصطفی زارعان، امین اسداله‌پور و دکتر عباس بخشی‌پور رودسری | ● رابطه هوش هیجانی و سبک‌های حل مسأله با سلامت عمومی  |
| ۱۷۳ | فرزانه معتمدی شارک و دکتر غلامعلی افروز                   | ● بررسی رابطه سبک‌های استنادی و سلامت روان در دانش‌آموزان تیزهوش و عادی   |
| ۱۸۲ | دکتر حمیدرضا آقا محمدیان و علی کمال شنبودی                | ● اثر آرامش عضلانی و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم بر زنان مبتلا به میگرن: بررسی تک‌موردی  |

## اثر آرامش عضلانی و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم بر زنان مبتلا به میگرن: بررسی تک موردی

دکتر حمیدرضا آقامحمدیان\*، علی کمال شنبیدی\*\*

### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی میزان اثربخشی آرامش عضلانی و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم هوشیاری بر روی زنان مبتلا به میگرن معمولی که به دارو پاسخ مناسب ندادند، انجام شده است.

**روش:** با بهره گیری از روش تک موردی، شش زن مبتلا به میگرن مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی و روانشناسی شهرستان بروجرد که به روش تصادفی انتخاب شده بودند، به کمک مصاحبه بالینی، مقیاس اندازه گیری شدت درد، مقیاس اندازه گیری پریشان کنندگی درد، پرسش نامه درد مک گیل و پرسش نامه افسردگی و اضطراب بک مورد بررسی قرار گرفتند. آزمودنی ها پس از ارزیابی اولیه (خط پایه) به روش آرام سازی عضلانی و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم هوشیاری تحت درمان قرار گرفتند. داده های پژوهش به کمک نمودار و آمار توصیفی ارائه گردیده است.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که این روش درمانی در مجموع می تواند فراوانی، طول حملات، شدت و پریشان کنندگی درد میگرن را کاهش دهد. بیشترین کاهش، در ابعاد شدت و پریشان کنندگی درد میگرن دیده شد و از شش آزمودنی، پنج آزمودنی بهبودی چشم گیری نشان دادند. حتی اثر بهبودی در طول دوره پی گیری، یعنی سه ماه و نیم افزایش یافت؛ گرچه بیک آزمودنی اثر بهبودی اندکی نشان داد. همچنین میزان افسردگی و اضطراب همراه با سردرد میگرنی در همه آزمودنی ها به طور قابل ملاحظه ای کاهش یافت. نتیجه گیری: آرامش و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم هوشیاری می تواند در کاهش شدت و پریشان کنندگی درد میگرن بیماران مبتلا به این بیماری مؤثر باشد.

**کلیدواژه:** سردرد، میگرن، آرامش عضلانی، بازسازی شناختی، هیپنوتیسم

### مقدمه

دارد، اما معمولاً سه نوع آن بیشتر دیده می شود که عبارتند از: سردردهای میگرنی، سردردهای تششی و آمیزه ای از هر دو. این سردردها را نمی توان به کمک آزمایش های بدنی مشخص

سردرد تششی یکی از شایع ترین اشکال درد مزمن است که پیچیده، متغیر، همراه با ویژگی های حسی و روان شناختی و اتونومیک مبهم است. گرچه انواع گوناگونی از سردرد وجود

\* دکترای تخصصی روانشناسی، دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد. مشهد، میدان آزادی، پردیس، دانشگاه فردوسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. صندوق پستی ۱۵۱۸. دورنگار: ۰۵۱۱-۸۷۸۳۰۱۲ (نویسنده مسئول).  
E-mail: aghamohammadian@ferdowsi.um.ac.ir

\*\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.

بازدارنده به شمار می‌روند. این باور که «درد هرگز از من جدا نخواهد شد»، گونه‌ای باور منفی به شمار می‌رود (گلندن<sup>۱</sup>، ۱۳۷۴). این پژوهشگران بر این باورند که روش بازسازی شناختی بهترین روش برای مهار درد می‌باشد و در بازسازی شناختی، یکی از روش‌های پرکاربرد، روش دو ستونی است (همان‌جا).

برخی از پژوهشگران بر این باورند که هیپنوتیسم از راه دستگاه اعصاب مرکزی بر اعصاب محیطی و نخاع اثر می‌گذارد. از این رو هیپنوتیسم می‌تواند پاسخ‌های مغزی را که به دنبال احساس‌ها می‌آیند پیش از رسیدن به آگاهی اصلاح نماید. هم‌چنین کاهش اضطراب، اصلاح نگرش، چشم‌داشت‌ها و باورهای بیمار، درد را کاهش می‌دهد (هال‌روید<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶). پژوهشگران بر این باورند که هیپنوتیسم بر تجربه درد در بیماران تأثیر می‌گذارد. برخلاف باور بسیاری از مردم، درد پدیده پیچیده‌ای است که دربرگیرنده عوامل بدنی، شناختی، ادراکی، هیجانی، رفتاری و میان‌فردی است (گلندن، ۱۳۷۴). برای کاهش درد به کمک هیپنوتیسم روش‌های گوناگونی به کار گرفته می‌شود که شامل تغییر درد، بی‌حسی، بی‌دردی، حواس‌پرتی و بازسازی شناختی می‌باشد. کرین<sup>۱۱</sup> از نخستین کسانی است که هیپنوتیسم را همراه با روش عقلانی-عاطفی برای درمان سردرد به کار برده و به یافته‌های سودمندی دست یافته است (درآموند<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۷). وان‌پلت<sup>۱۳</sup> (۱۹۷۵a، ۱۹۷۵b)، استامباخ<sup>۱۴</sup> و هاسوس<sup>۱۵</sup> (۱۹۷۷)، فرانکل<sup>۱۶</sup> (۱۹۸۷)، دیویدسون<sup>۱۷</sup> (۱۹۸۷)، فریدمن<sup>۱۸</sup> و تاپوب<sup>۱۹</sup> (۱۹۸۲) و کاپلیس<sup>۲۰</sup> (۱۹۸۴) روش‌های آرامش عضلانی، بازسازی شناختی و هیپنوتیسم را برای درمان میگرن به کار گرفتند و دریافتند که کاربرد این روش‌ها هر یک به تنهایی نیز با کاهش درد همراه هستند.

نمود، بلکه با توجه به نشانه‌های افتراقی آنها مشخص می‌شوند (کافمن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵). در بررسی‌های انجام شده، بیش از ۹۰٪ بیمارانی که به خاطر سردرد مراجعه کرده بودند، دارای یکی از این سه نوع سردرد بوده‌اند (سارافینو<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴؛ اندراسیک<sup>۳</sup>، بلک<sup>۴</sup> و مک‌کارن<sup>۵</sup>، ۱۹۸۶، به نقل از کافمن، ۱۹۹۵).

میزان شیوع میگرن بین ۱۰٪ تا ۲۵٪ گزارش شده است (داکتو<sup>۶</sup>، تایت<sup>۷</sup>، مارگولینز<sup>۸</sup>، لنت<sup>۹</sup>، استوارت<sup>۱۰</sup> و سیچتر<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۴، به نقل از کولوتیلو<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۹؛ فتحی، ۱۳۷۶). هم‌چنین هو<sup>۱۳</sup> (۱۹۹۹) بر این باور است که میانگین حمله در طول سال برای مردان ۳۴ بار و برای زنان ۳۷ بار می‌باشد.

شایع‌ترین نوع میگرن نوع معمولی آن است که نزدیک به ۷۵٪ از مبتلایان به میگرن را گرفتار می‌کند (کافمن، ۱۹۹۵)، میگرن کلاسیک در رتبه دوم می‌باشد که دربرگیرنده نزدیک به ۱۵٪ افراد میگرنی است (همان‌جا؛ سلیمانی، ۱۳۶۲). میگرن در ۲۵٪ موارد، در نخستین دهه زندگی، ۵۰٪ موارد تا سن ۲۰ سالگی و بیش از ۹۰٪ موارد تا پیش از سن ۴۰ سالگی آغاز می‌شود (امین‌اف<sup>۱۴</sup>، ۱۳۷۴). با این حال سردردهای میگرنی خطرناک نیستند، اما بسیار ناخوشایند و تحمل‌ناپذیر هستند.

هر چند تا کنون علت اولیه میگرن روشن نشده، ولی احتمال نقش وراثت، تیپ شخصیتی، اختلال در پیام‌رسان‌های شیمیایی، عوامل روان‌شناختی، فیزیکی و محیطی مطرح شده‌اند و هم‌اکنون تعامل میان همه عوامل‌های یادشده را عامل میگرن می‌دانند (کرین<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۶؛ سلیمانی، ۱۳۶۲؛ کرینبرگ، امین‌اف، سیمون، ۱۳۷۴؛ کاستلو<sup>۱۶</sup> و کاستلو، ۱۳۷۳؛ فتحی، ۱۳۷۶).

سه دسته درمان برای میگرن به کار برده می‌شود: درمان دارویی حاد، درمان دارویی پیش‌گیرانه و درمان غیردارویی.

درمان دارویی با هدف اثرگذاری بر آسیب‌شناسی خود میگرن به کار برده می‌شود و شامل انواع گوناگونی از آگونیست‌های گیرنده سروتونین است. برای پیش‌گیری از حمله میگرن، کاربرد داروهای ضدافسردگی، بتابلوکرها و بلوکرها کانال کلسیم پیشنهاد شده است (انجمن پزشکی کانادا، ۱۹۸۷، به نقل از رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۷۷).

از درمان‌های غیردارویی، آرامش عضلانی<sup>۱۷</sup>، بازسازی شناختی<sup>۱۸</sup> و هیپنوتیسم روش‌هایی می‌باشند که در درمان میگرن بیشتر به کار می‌روند. فکرهای ناسازگار می‌توانند بر توانایی فرد در چیره‌شدن بر درد تأثیر بگذارند و عامل

- |                |                             |
|----------------|-----------------------------|
| 1- Kaufinan    | 2- Sarafino                 |
| 3- Andrasic    | 4- Black                    |
| 5- Maccaren    | 6- Dacto                    |
| 7- Tayt        | 8- Margolinze               |
| 9- Lint        | 10- Styorat                 |
| 11- Sychter    | 12- Kolotylo                |
| 13- Hu         | 14- Aminov                  |
| 15- Kearney    | 16- Castello                |
| 17- relaxation | 18- cognitive restructuring |
| 19- Golden     | 20- Holroyd                 |
| 21- Kerin      | 22- Drumond                 |
| 23- Van Pelt   | 24- Stambaugh               |
| 25- House      | 26- Frankel                 |
| 27- Davidson   | 28- Friedman                |
| 29- Taaub      | 30- Kapelis                 |

عنوان بازدارنده عمل نمایند، باید باورهای منفی را شناسایی و باورهای مثبت و سازنده را جایگزین آنها نمود (همان‌جا).  
جامعه آماری پژوهش شامل زنان مبتلا به میگرن معمولی<sup>۸</sup> مقاوم به درمان ۲۰ تا ۴۰ ساله شهرستان برازجان بود که به مراکز خدمات تخصصی روانپزشکی و روانشناسی مراجعه کرده بودند. شمار آزمودنی‌های این پژوهش شش نفر از افراد یادشده بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده بودند. برای این بیماران اجرای درمان‌های دارویی پیشین سودمند واقع نشده بود. به بیان دیگر مهم‌ترین معیار مقاومت به درمان برای بیمار که رهایی از درد بوده، به کمک دارو ممکن نگردیده بود.

ابزارهای به کار گرفته شده عبارت بود از:

الف) مصاحبه تشخیصی<sup>۱</sup>: راهنمای تشخیصی انجمن پزشکی کانادا (کافمن، ۱۹۹۵) برای تشخیص میگرن معمولی و میگرن کلاسیک استفاده شد. ابزارهای یادشده دارای روایی محتوا بوده و برای پرسش‌نامه کافمن، روایی سازه ۰/۸۱ (دراوند، ۱۹۸۷) گزارش شده است (همان‌جا).

ب) مقیاس اندازه‌گیری شدت درد<sup>۱۰</sup>: این مقیاس برای سنجش شدت درد مناسب می‌باشد (رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۷۷). روایی سازه آن ۰/۸۲ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۸۹ است (همان‌جا).

ج) مقیاس اندازه‌گیری پریشان‌کنندگی درد<sup>۱۱</sup>: این مقیاس را مرکز راهنمای کنترل درد هال (۱۹۹۲) ارائه نموده است. این مقیاس همانند مقیاس پیشین به صورت قیاسی-دیداری است که میزان پریشان‌کنندگی درد را اندازه می‌گیرد. روایی محتوای این مقیاس مورد تأیید متخصصان روانشناسی و روانپزشکی است. فتحی (۱۳۷۶) روایی محتوای این پرسش‌نامه را ۰/۷۹ و اعتبار سازه آن را ۰/۸۹ گزارش نموده است.

د) پرسش‌نامه درد مک‌گیل<sup>۱۲</sup>: این پرسش‌نامه برای سنجش بخش هیجانی و حسی و ارزیابی اجزای تجربه درد در تفاوت‌گذاری نشانگان‌های درد بالینی سودمند است (سارافینو، ۱۹۹۴). روایی محتوای این پرسش‌نامه را رسول‌زاده

لیندسی<sup>۱</sup> و پاول<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) تأثیر آرامش عضلانی و کنترل شناختی استرس در درمان میگرن را بالاتر از دارونما گزارش کردند. هم‌چنین برون<sup>۳</sup> و فروم<sup>۴</sup> (۱۹۸۷)، به‌نقل از همان‌جا) هیپنوتیسم درمانی رفتاری-شناختی و باسکر<sup>۵</sup> و ریدینگز<sup>۶</sup> (۱۹۸۴)، به‌نقل از همان‌جا) از روش‌های بازسازی شناختی، آرامش عضلانی و حواس‌پرستی برای درمان میگرن بهره گرفتند. در پژوهش حاضر تلاش شده است به کمک روش‌های غیردارویی به درمان میگرن پرداخته شود.

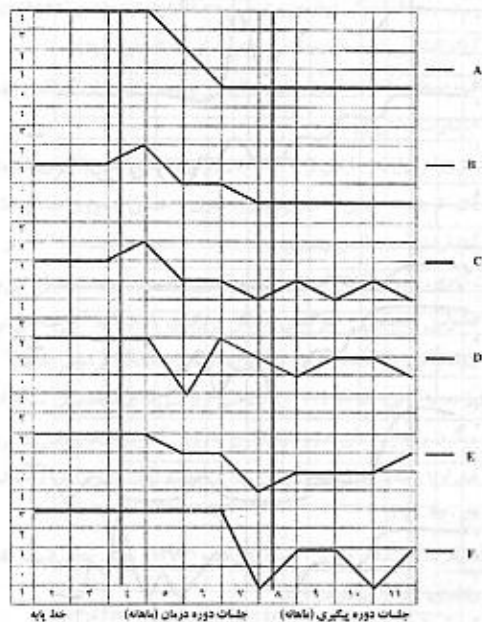
این پژوهش با هدف بررسی میزان کارایی روش ترکیبی آرامش عضلانی و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم هوشیاری<sup>۷</sup> بر سردرد میگرنی معمولی زنان، کاهش دوره درمانی رایج و اثرات جانبی ناشی از مصرف دارو بود. فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از: ۱- روش آرام‌سازی عضلانی و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم هوشیاری بر سردرد میگرنی معمولی زنان تأثیر معنی‌دار دارد. ۲- روش آرام‌سازی عضلانی و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم هوشیاری بر کنترل اضطراب همراه با سردرد میگرنی معمولی زنان تأثیر معنی‌دار دارد. ۳- روش آرام‌سازی عضلانی و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم هوشیاری بر کنترل افسردگی همراه با سردرد میگرنی معمولی زنان تأثیر معنی‌دار دارد.

## روش

این پژوهش به صورت طرح آزمایش تک-موردی و گرفتن خط پایه اجرا گردید. در این بررسی، خط پایه دربردارنده شدت، فراوانی و طول مدت سردرد میگرنی در مرحله پیش از درمان، در هنگام درمان و در دوره پیگیری می‌باشد. از سوی دیگر برای مشخص نمودن اثربخشی روش درمان، داده‌های مربوط به این سه مرحله، یعنی پیش از درمان، در هنگام درمان و پس از آن با هم مقایسه شده‌اند.

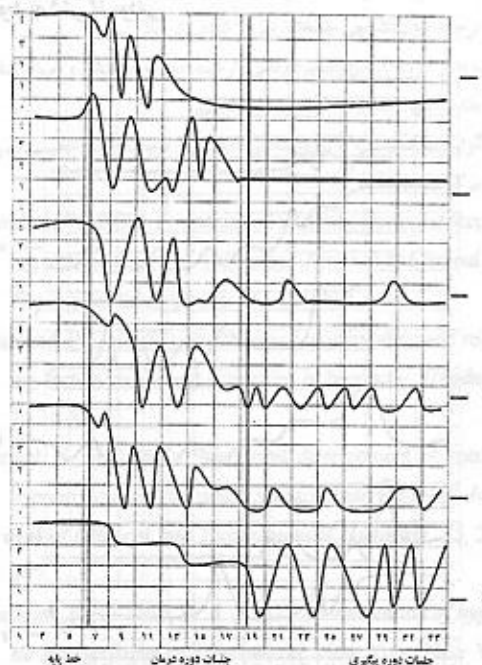
در روش هیپنوتیسم تحت هوشیاری، تصویرسازی ذهنی و تلقین، برای افزایش تمرکز و پایین آوردن آستانه تلقین‌پذیری مراجع به کار برده می‌شود. از این رو تلقین‌ها دارای انرژی، توان، نشاط و سرزندگی بودند تا از پایین آمدن بیشتر انگیزتگی که بیماران میگرنی به خاطر مشکلات ناشی از افسردگی دارند، پیش‌گیری شود. از سوی دیگر همراه شدن آرامش عضلانی و بازسازی شناختی با هیپنوتیسم سودمندتر است (گلدن، ۱۳۷۴). از آن‌جا که باورهای ناسازگار می‌توانند با توانایی فرد در چیره‌شدن بر درد تعارض داشته باشند و به

1- Lindsay  
2- Powel  
3- Bron  
4- From  
5- Basker  
6- Readings  
7- alert hypnosis  
8- common migraine  
9- diagnosis interview  
10- Measurement Scale of Pain Power  
11- Measurement Scale of Pain Distressed



شکل ۲- میزان تغییرات در فراوانی حملات در سه مرحله ارزیابی مربوط به شش آزمودنی

۱۸۵



بدون درد (۰) درد خفیف (۱) درد متوسط (۲) درد شدید (۳)  
درد بسیار شدید (۴) درد غیر قابل تحمل (۵)

شکل ۳- تغییرات مربوط به شدت درد در سه مرحله ارزیابی مربوط به شش آزمودنی

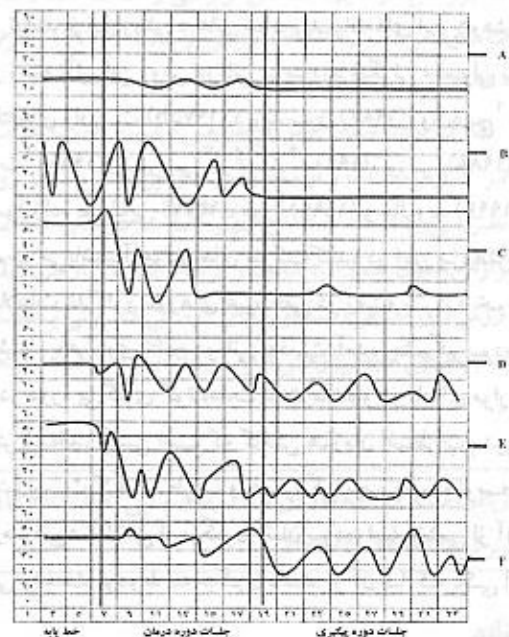
طباطبایی (۱۳۷۷) ۰/۸۸ گزارش نموده است و پایایی آن ۰/۷۸ به دست آمده است (همان جا).

هـ) پرسش نامه افسردگی و اضطراب بک<sup>۱</sup>: برای سنجش افسردگی و اضطراب مراجعان به کار گرفته شده است. ابراهیمی (۱۳۷۱) ضریب پایایی آنها را به روش باز آزمایی روی ۲۰ آزمودنی بهنجار با فاصله دو هفته ۰/۷۶ گزارش نمود. روایی سازه آنها نیز به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۹۱ می باشد (دولت آبادی، ۱۳۷۶).

از آن جا که طرح این پژوهش تک-موردی است، داده های مربوط به شش آزمودنی در سه مرحله پیش از درمان، هنگام درمان و پس از آن گردآوری شد و به کمک روش های آمار توصیفی، تحلیل گردید.

### یافته ها

بر پایه داده های به دست آمده، فرضیه نخست مبنی بر این که آرام سازی عضلانی و بازسازی شناختی تحت هیپنوتسم هوشیاری بر سردرد میگرنی معمولی زنان تأثیر دارد، مورد تأیید قرار گرفت و همه آزمودنی ها به جز یک نفر در همه موارد کاهش چشم گیری نشان دادند، هر چند که سطح کاهش برای همه ابعاد، یکسان نبود (شکل های ا تا ه). بیشترین کاهش مربوط به ابعاد شدت و پریشان کنندگی

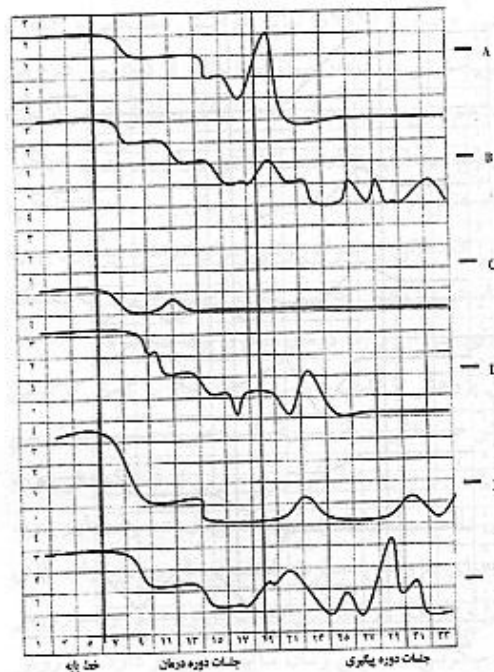


شکل ۴- داده های مربوط به سه مرحله ارزیابی طول حملات شش آزمودنی

درد و از سوی دیگر اضطراب و افسردگی همراه این سردردها بود (شکل‌های ۴ و ۵). کمترین کاهش مربوط به فراوانی و مدت زمان حمله‌های سردرد بود (شکل‌های ۱ و ۲). البته در چهار آزمودنی از شش آزمودنی مدت زمان فراوانی حمله‌های آنان کاهش چشم‌گیری نشان دادند، ولی دو نفر از آنان کاهش درخور توجهی نشان ندادند. در سه آزمودنی، داروهای ضد میگرن در دوره درمان قطع شد، ولی سه آزمودنی دیگر در دوره پی‌گیری هم دارو مصرف می‌نمودند. هر شش آزمودنی در ابعاد شدت درد، پریشان‌کنندگی، اضطراب و افسردگی همراه با سردرد میگرنی کاهش چشم‌گیری نشان دادند. هر چند برخی از آزمودنی‌ها حمله‌های میگرنی را با همان فراوانی یا کمتر داشتند، ولی میزان درد کاهش یافته بود. پنج آزمودنی شکایت درخور توجهی از درد نداشتند. هر چند همه آزمودنی‌ها به یک اندازه در ابعاد چند گانه درد بهبودی نشان ندادند، در مجموع روند بهبودی مثبت بود. در چهار آزمودنی، در مرحله پی‌گیری، اثرات درمانی ثابت و پیشرفت بیشتری نشان دادند.

### بحث

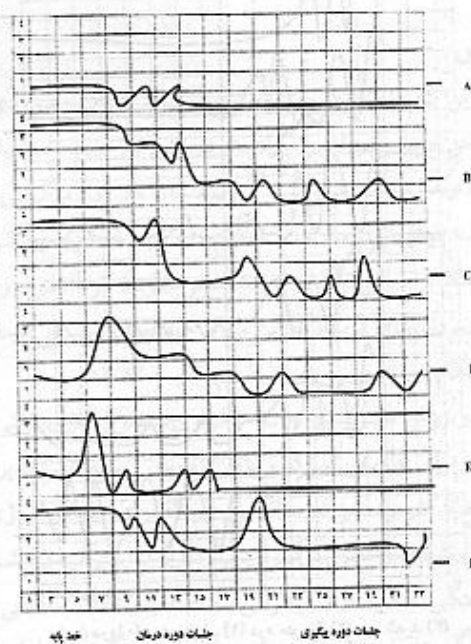
این بررسی نشان داد که آزمودنی‌هایی که دچار سردرد میگرنی معمولی می‌باشند و به دارو پاسخ مناسب ندهند، می‌توانند از این روش درمانی سود ببرند. یافته‌های این پژوهش در زمینه تأثیر این روش درمانی بر سردرد میگرنی معمولی با یافته‌های وان پلت (۱۹۷۵b) دیویدسون (۱۹۸۷)، وان دیچ<sup>۱</sup> و پوت<sup>۲</sup> (۱۹۹۱)، لیس‌پرز<sup>۳</sup> و اوست<sup>۴</sup> (۱۹۹۰)، میزنر<sup>۵</sup> (۱۹۸۸)، رسول‌زاده طباطبایی (۱۳۷۷)، مور<sup>۶</sup> (۱۹۹۹) و هالروید (۱۹۹۶) هم‌سو می‌باشد. آزمودنی‌های شرکت‌کننده در این پژوهش، اطلاعات اندک و باورهای غیرمنطقی در زمینه سردرد خود داشتند. به‌هر روی نتایج درمانی به‌دست آمده چشم‌گیر بوده، و در دوره پی‌گیری کوتاه‌مدت ثابت مانده و در پاره‌ای موارد بهتر شده‌اند. گفتنی است که کاهش هم‌زمان اضطراب بدین معنا نیست که اضطراب و افسردگی تجربه‌شده توسط آزمودنی‌ها ناشی از میگرن آنان بوده، اما بخشی از آن می‌توانست مربوط به میگرن باشد. از آن‌جا که یکی از



بدون اضطراب (۰) اضطراب خفیف (۱) متوسط (۲) نسبتاً شدید (۳) شدید (۴)

۱۸۶

شکل ۴- تغییرات اضطراب بر اساس مقیاس یک در سه مرحله ارزیابی مربوط به شش آزمودنی



غیرافسوده (۰) افسردگی خفیف (۱) متوسط (۲) نسبتاً شدید (۳) شدید (۴)

شکل ۵- تغییرات افسردگی بر اساس مقیاس یک در سه مرحله ارزیابی مربوط به شش آزمودنی

- |             |          |
|-------------|----------|
| 1- van-Dych | 2- Pot   |
| 3- Lisspers | 4- Ost   |
| 5- Mizener  | 6- Moore |

اتکسون، رنالد. اتکسون، ریچارد س.؛ هیگگارد، ارتست (۱۹۶۸). *زمینه روان‌شناسی*. ترجمه: محمدتقی برهانی. تهران: انتشارات رشد.

امین‌اف، مایکل (۱۳۷۴). *تورولوژی بالینی*. ترجمه: داریوش کاظمی. تهران: انتشارات دانش‌پژوه.

پاول، ترور؛ واترایت، سایمن (۱۳۷۷). *نخسار روانی، اضطراب و راههای مقابله با آن*. ترجمه: عباس بخشی‌پور رودسری و حسن صبوری مقدم. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

دولت‌آبادی، حسین (۱۳۷۶). *مقایسه سطح عزت‌نفس، شدت افسردگی بین معلولین جسمی - حرکتی شائفل و بیکار*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد.

رسول‌زاده طباطبایی، کاظم (۱۳۷۷). *بررسی ویژگی‌های شخصیتی مبتلابان به میگرن و مقایسه تأثیر دارو درمانگری با روش آموزش تنش‌زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زینتی در این بیماران*. *مجله روانشناسی*، سال دوم، شماره ۳، ۲۳۰-۲۱۱.

سرمه، زهره؛ بازرگان، عباس؛ حجازی، الهه (۱۳۷۷). *روش تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات آگاه.

سلیمانی، داریوش (۱۳۶۲). *بیماریهای مغز و اعصاب*. تهران: انتشارات جهاتشاهی.

فحیحی، مهدی (۱۳۷۶). *بررسی موردی درمان میگرن مقاوم به دارو با هیپنوتیزم*. *مجله تازه‌های روان‌درمانی*، سال اول، شماره ۳ و ۴، ۸۰-۷۱.

کاسلو، تیمونی؛ کاسلو، جوزف (۱۳۷۳). *روانشناسی نابهنجاری*. ترجمه: نصرت‌الله پروانکاری. تهران: انتشارات آزاد.

کرینبرگ، دیوید؛ امین‌اف، مایکل؛ سیمون، راجز (۱۳۷۴). *تورولوژی بالینی*. ترجمه: بیژن بندرچی جمخاله. تهران: انتشارات آوا.

گلدن، داور (۱۳۷۴). *هیپنوتیزم درمانی*. ترجمه: محمد نریمانی و جواد شافعی مقدم. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

مک‌گوینان، فرانک (۱۳۷۷). *روانشناسی آزمایشی*. ترجمه: امیر خطیبی. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.

Davidson, P. (1987). Hypnosis and migraine headache: Reporting a clinical series. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 15, 111-118.

Drumond, P. D. (1987). Predisposing, precipitating and relieving factors indifferent categories of headache. *Headache*, 25, 10-22.

Frankel, F. H. (1987). Significant development of medical hypnosis during the past 25 years. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35, 231-247.

Friedman, H., & Taub, H. A. (1982). *An evaluation of hypnotic susceptibility and peripheral*. New York: New York Publisher.

Holroyd, J. (1996). Hypnosis treatment of clinical pain: Understanding why hypnosis is useful. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44, 33-51.

روش‌های به‌کار برده شده، بازسازی شناختی بود درمان‌جویان یاد گرفتند که خود، باورهای اضطراب‌زا و افسردگی‌زا را اصلاح نمایند. از سوی دیگر روش آرامش عضلانی نیز به کاهش بیشتر اضطراب آزمودنی‌ها کمک کرد.

به‌طور کلی به‌نظر می‌رسید که اضطراب بیماران بیشتر ناشی از احساس ترس شدید از تداوم این اختلال در همه عمر باشد. وجود این باور دور باطلی را ایجاد می‌کند که باعث شدت بیشتر حملات میگرن می‌شود. این دور باطل به‌وسیله مداخله درمانی از میان رفت. بنابراین یافته‌های این پژوهش نشان داد که آزمودنی‌ها مبتلا به اضطراب هستند و این یافته با یافته‌های سارافینو (۱۹۹۴) هم‌سو است. از سوی دیگر یافته‌ها نشان دادند که با این روش درمانی می‌توان اضطراب همراه با سردرد میگرنی را کنترل نمود.

هم‌چنین فرضیه سوم پژوهش نیز تأیید شد. گفتنی است که شاید افسردگی این افراد تنها ناشی از میگرن آنان نباشد و عامل‌های گوناگونی در بروز آن مؤثر باشند، ولی از آن‌جا که آزمودنی‌ها به‌کمک این روش درمانی مهارت‌های خودگردانی برای کنترل افسردگی خود را می‌آموزند، بر افسردگی کلی آنان مؤثر است. به‌نظر می‌رسد در همه آزمودنی‌ها افسردگی، یأس و درماندگی ناشی از درمان‌ناپذیری سردرد بر آنها تأثیر زیادی داشته است. این یافته پژوهش در مورد کاهش فراوانی و شدت حملات با یافته‌های دیویدسون (۱۹۸۷)، واینس<sup>۲</sup> و باب<sup>۳</sup> (۱۹۹۷) و میزنر (۱۹۹۱) هم‌سو می‌باشد.

اتدک بودن شمار آزمودنی‌ها، می‌تواند از جمله عوامل تأثیر گذار بر یافته‌ها و از محدودیت‌های پژوهش به‌شمار رود. به‌نظر می‌رسد که بعدهای چهارگانه سردردهای میگرنی (فراوانی، طول حملات، شدت و پریشان‌کنندگی)، هر کدام با روش‌های خاص، دستاوردهای درمانی متفاوتی به‌دست دهند. بنابراین انجام پژوهش‌هایی در این زمینه سودمند خواهد بود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۰/۹/۶؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۵/۱۰/۲۷

پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۱۰/۲۷

## منابع

ابراهیمی، امیر... (۱۳۷۱). *مقاله جنبه‌های روانشناختی سازگاری پس از ضایعه نخاعی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

- Hu, X. (1999). Burden of migraine in the United States. *Archives of Internal Medicine, 159*, 813-818.
- Kapclis, L. (1984). Hypnosis in a behavior therapy from work for the treatment of migraine in children. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 12*, 123-126
- Kaufman, D. M. (1995). *Clinical neurology for psychiatrists* (4th. ed.). New York: W. D. Saunders Company.
- Kearney, J. M. (1996). *Visual and auditory information processing in migraine: Beyond the Neuropsychological Quagmire*, Grand Forks, ND: University of North Dakota.
- Kolotylo, C. J. M. (1999). Exploration of the relationships among personal and illness related factors. *Migraine Headache Pain, 9*, 10-16.
- Lindsay, S. J. E., & Powel, G. E. (1994). *The handbook of clinical adult psychology*. New York: Routledge.
- Lisspers, J. A. N., & Ost, L. G. (1990). Long term follow up of migraine treatment. *Behavior Research and Therapy, 28*, 313-322.
- Mizener, D. (1988). Cognitive changes of migraine headache patient receiving biofeedback and coping skills treatments. *Headache, 28*, 339-343.
- Moore, K. (1999). *Treatment options for migraine management: The Journal of Head and Face Pain, 39*, 85-86.
- Readings, C. (1984). *Psychophysiological reactivity in migraine following biofeedback*. New York: New York Publisher.
- Sarafino, E. P. (1994). *Health psychology* (2nd. ed.). New York: Chichester Biris Bone.
- Stambaugh, E. E., & House, A. E. (1977). Multimodality treatment of migraine headache: A case study utilizing biofeedback, relaxation, autogenic and hypnotic treatments. *American Journal of Clinical Hypnosis, 18*, 1235-1240.
- van-Dych, R., & Pot, B. (1991). Autogenic training and future oriented hypnotic imagery in treatment of tension headaches. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 35*, 9-82.
- Van Pelt, S. J. (1975a). Migraine, emotion and hypnosis. *Journal of American Institute of Hypnosis, 16*, 35-36.
- Van Pelt, S. J. (1975b). Not merely a treatment, more a way of life. *Journal of the American Institute of Hypnosis, 16*, 44-45.
- Winner, P., & Bob, T. (1997). Multimember prospective evaluation of proposed pediatric migraine revisions. *Journal of Head and Face Pain, 37*, 54-60.