

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 نداده‌اند، انجام شده است.

روش: با بهره‌گیری از روش تک‌موردی، شش زن مبتلا به میگرن مراجعه‌کننده به مراکز روانپزشکی و روانشناسی شهزستان برازجان که به روش تصادفی انتخاب شده بودند، به کمک مصاحبه بالینی، مقیاس اندازه‌گیری شدت درد، مقیاس اندازه‌گیری پریشان‌کنندگی درد، پرسش‌نامه درد مک‌گیل و پرسش‌نامه افسردگی و اضطراب بک مورد بررسی قرار گرفتند. آزمودنی‌ها پس از ارزیابی اولیه (خط پایه) به روش آرامسازی عضلانی و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم هوشیاری تحت درمان قرار گرفتند. داده‌های پژوهش به کمک نمودار و آمار توصیفی آرایه گردیده است.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که این روش درمانی در مجموع می‌تواند فراوانی، طول حملات، شدت و پریشان‌کنندگی درد میگرن را کاهش دهد. بیشترین کاهش، در ابعاد شدت و پریشان‌کنندگی درد میگرن دیده شد و از شش آزمودنی، پنج آزمودنی بهبودی چشم‌گیری نشان دادند. حتی اثر بهبودی در طول دوره پی‌گیری، یعنی سه ماه و نیم افزایش یافت؛ گرچه یک آزمودنی اثر بهبودی اندکی نشان داد. همچنین میزان افسردگی و اضطراب همراه با سردرد میگرنی در همه آزمودنی‌ها به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: آرامش و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم هوشیاری می‌تواند در کاهش شدت و پریشان‌کنندگی 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 می‌شود که عبارتند از: سردردهای میگرنی، سردردهای تنشی و آمیزه‌ای از هر دو. این سردردها را نمی‌توان به کمک آزمایش‌های بدنی مشخص

سردرد تنشی یکی از شایع‌ترین اشکال درد مزمن است که پیچیده، متغیر، همراه با ویژگی‌های حسی و روان‌شناختی 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.

E-mail: aghamohammadian@ferdowsi.um.ac.ir

صندوق پستی ۱۵۱۸. دورنگار: ۱۲-۸۷۸۳۰-۵۱۱ (نویسنده مسئول).

** 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 (گلدن^{۱۱}، 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^{۱۲}، ۱۹۹۶). پژوهشگران بر این باورند که هیپنوتیسم بر تجربه درد در بیماران تأثیر می‌گذارد. برخلاف باور بسیاری از مردم، درد پدیدده پیچیده‌ای است که دربرگیرنده عوامل بدنی، شناختی، ادراکی، هیجانی، رفتاری و میان‌فردی است (گلدن، 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^{۱۱} 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^{۱۲}، ۱۹۸۷). وان‌پلت^{۱۳} (۱۹۷۵a، ۱۹۷۵b)، استامباغ^{۱۴} و هاسوس^{۱۵} (۱۹۷۷)، فرانکل^{۱۶} (۱۹۸۷)، دیویدسون^{۱۷} (۱۹۸۷)، فریدمن^{۱۸} و تایوب^{۱۹} (۱۹۸۲) و کاپلیس^{۲۰} (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^۱، ۱۹۹۵). در بررسی‌های انجام شده، بیش از ۹۰٪ بیماران که به خاطر سردرد مراجعه کرده بودند، دارای یکی از این سه نوع سردرد بوده‌اند (سارافینو^۲، ۱۹۹۴؛ اندراسیک^۳، بلیک^۴ و مک‌کارن^۵، ۱۹۸۶، به نقل از کافمن، ۱۹۹۵).

میزان شیوع میگرن بین ۱۰٪ تا ۲۵٪ گزارش شده است (داکتو^۶، تایت^۷، مارگولینز^۸، لینت^۹، استیوارت^{۱۰} و سیچتر^{۱۱}، ۱۹۹۴، به نقل از کولوئیلو^{۱۲}، ۱۹۹۹؛ فتحی، ۱۳۷۶). هم‌چنین هو^{۱۳} (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^{۱۴}، 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 عامل‌های یادشده را عامل میگرن می‌دانند (کرنی^{۱۵}، ۱۹۹۶؛ سلیمانی، ۱۳۶۲؛ کرینبرگ، امین‌اف، سیمون، ۱۳۷۴؛ کاستلو^{۱۶} 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 بلوک‌های کانال کلسیم پیشنهاد شده است (انجمن پزشکی کانادا، ۱۹۸۷، به نقل از رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۷۷).

از درمان‌های غیردارویی، آرامش عضلانی^{۱۷}، بازسازی شناختی^{۱۸} 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- Kaufman	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- Taub	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^۸ 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^۱: 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 (دراموند، ۱۹۸۷) گزارش شده است (همان‌جا).

ب) مقیاس اندازه‌گیری شدت درد^{۱۰}: 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^{۱۱}: 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^{۱۲}: 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^۱ و پاول^۲ (۱۹۹۴) تأثیر آرامش عضلاتی و کنترل شناختی استرس در درمان میگرن را بالاتر از دارونما گزارش کردند. هم‌چنین برون^۳ و فروم^۴ (۱۹۸۷، به‌نقل از همان‌جا) هیپنوتیسم درمانی رفتاری-شناختی و باسکر^۵ و ری‌دینگز^۶ (۱۹۸۴، به‌نقل از همان‌جا) از روش‌های بازسازی شناختی، آرامش عضلاتی 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 عضلاتی و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم هوشیاری^۷ 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 عضلاتی و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم هوشیاری بر سردرد میگرنی معمولی زنان تأثیر معنی‌دار دارد. ۲- روش آرام‌سازی عضلاتی و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم هوشیاری بر کنترل اضطراب همراه با سردرد میگرنی معمولی زنان تأثیر معنی‌دار دارد. ۳- روش آرام‌سازی عضلاتی 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 عضلاتی و بازسازی شناختی با هیپنوتیسم سودمندتر است (گلدن، ۱۳۷۴). از آن‌جا که باورهای ناسازگار می‌توانند با توانایی فرد در چیره شدن 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 | |
| 12- McGuil Questionnaire of Pain | |

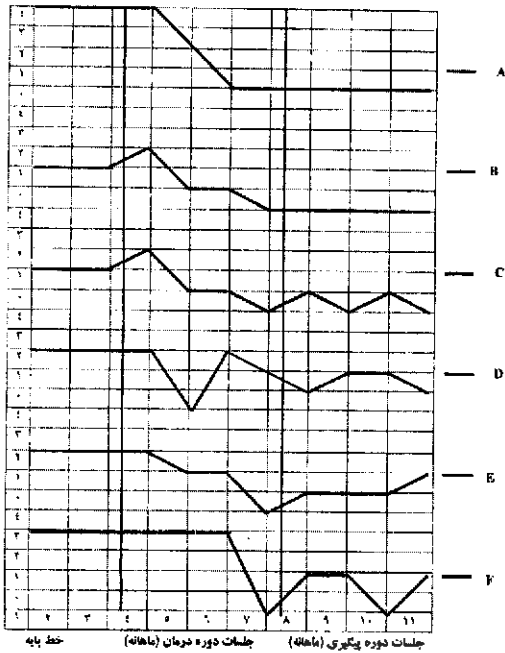
طباطبایی (۱۳۷۷) ۰/۸۸ گزارش نموده است و پایایی آن ۰/۷۸ به دست آمده است (همانجا).

هـ) پرسش نامه افسردگی و اضطراب بکک^۱: 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).

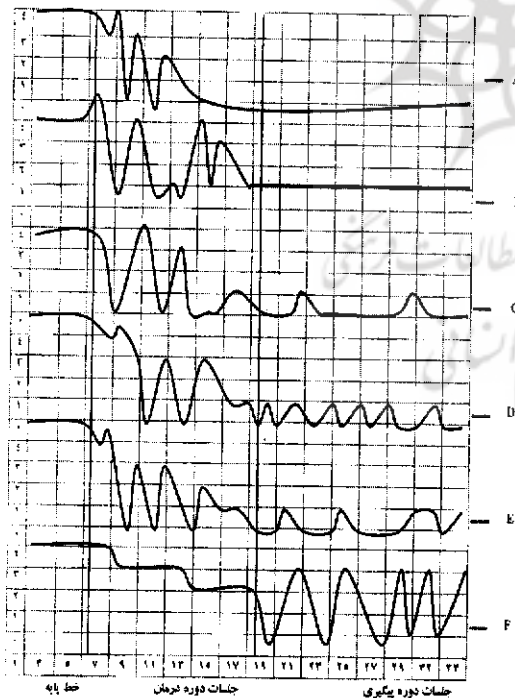
از آنجا که طرح این پژوهش تک-موردی است، داده‌های مربوط به شش آزمودنی در سه مرحله پیش از درمان، هنگام درمان و پس از آن گردآوری شد و به کمک روش‌های آمار توصیفی، تحلیل گردید.

یافته‌ها

بر پایه داده‌های به دست آمده، فرضیه نخست مبنی بر این که آرام‌سازی عضلانی و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم هوشیاری بر سردرد میگرنی معمولی زنان تأثیر دارد، مورد تأیید قرار گرفت و همه آزمودنی‌ها به جز یک نفر در همه موارد کاهش چشم‌گیری نشان دادند، هر چند که سطح کاهش برای همه ابعاد، یکسان نبود (شکل‌های ۱ تا ۵). بیشترین کاهش مربوط به ابعاد شدت و پریشان‌کنندگی

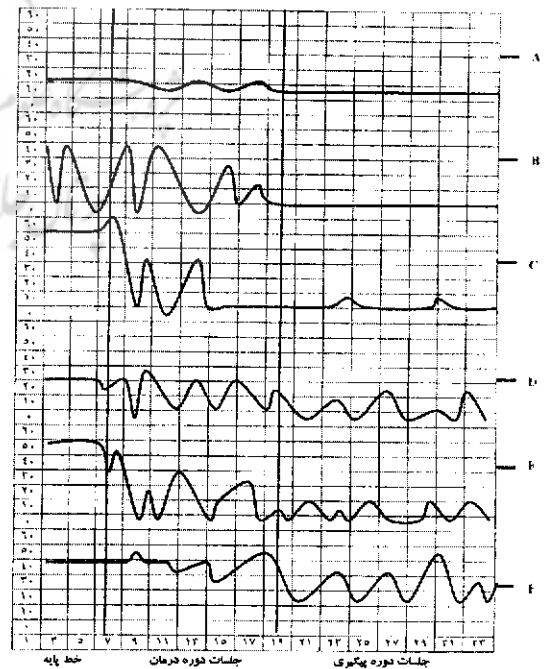


شکل ۲- میزان تغییرات درم فراوانی حملات در سه مرحله ارزیابی مربوط به شش آزمودنی



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

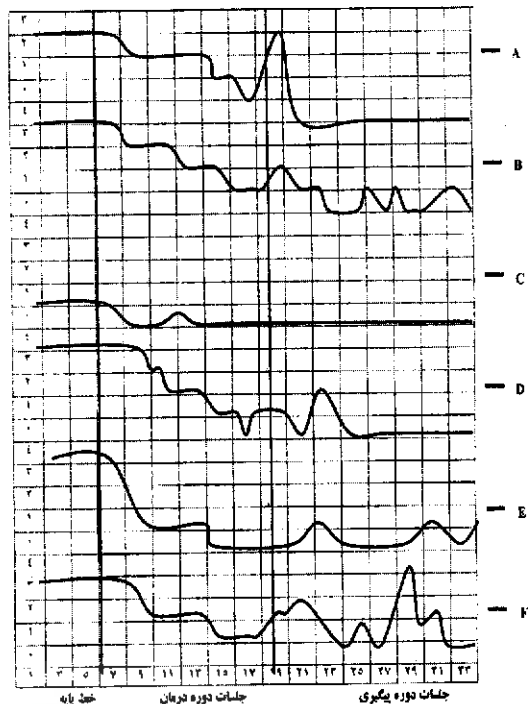


شکل ۴- داده‌های مربوط به سه مرحله ارزیابی طول حملات شش آزمودنی

درد و از سوی دیگر اضطراب و افسردگی همراه این سردردها بود (شکل های ۴ و ۵). کمترین کاهش مربوط به فراوانی و مدت زمان حمله های سردرد بود (شکل های ۱ و ۲). البته در چهار آزمودنی از شش آزمودنی مدت زمان و فراوانی حمله های آنان کاهش چشم گیری 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 پی گیری هم دارو مصرف می نمودند. هر شش آزمودنی در ابعاد شدت درد، پریشان کنندگی، اضطراب و افسردگی همراه با سردرد میگرنی کاهش چشم گیری نشان دادند. هر چند برخی از آزمودنی ها حمله های 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 آزمودنی ها به یک اندازه در ابعاد چند گانه درد بهبودی نشان ندادند، در مجموع روند بهبودی مثبت بود. در چهار آزمودنی، در مرحله پی گیری، اثرات درمانی ثابت و پیشرفت بیشتری نشان دادند.

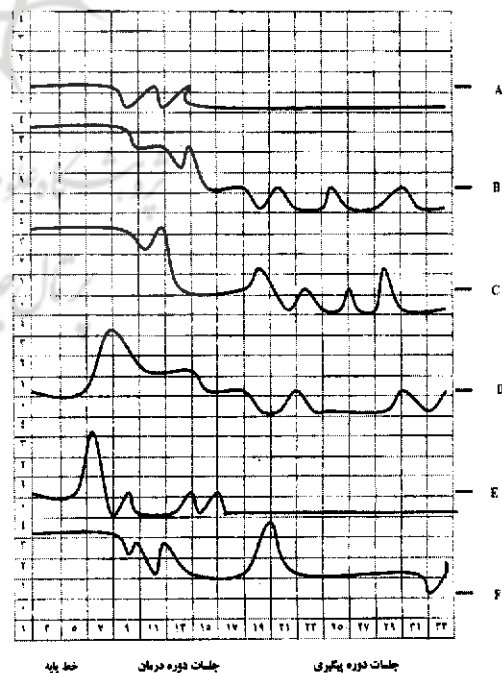
بحث

این بررسی نشان داد که آزمودنی هایی که دچار سردرد میگرنی معمولی می باشند و به دارو پاسخ مناسب ن داده اند، می توانند از این روش درمانی سود ببرند. یافته های این پژوهش در زمینه تأثیر این روش درمانی بر سردرد میگرنی معمولی با یافته های وان پلت (۱۹۷۵b) دیویدسون (۱۹۸۷)، وان دیچ^۱ و پوت^۲ (۱۹۹۱)، لیس پرز^۳ و اوست^۴ (۱۹۹۰)، میزنر^۵ (۱۹۸۸)، رسول زاده طباطبایی (۱۳۷۷)، مور^۶ (۱۹۹۹) و هالروید (۱۹۹۶) هم سو می باشد. آزمودنی های شرکت کننده در این پژوهش، اطلاعات اندک و باورهای غیر منطقی در زمینه سردرد خود داشتند. بهر روی نتایج درمانی به دست آمده چشم گیر بوده، و در دوره پی گیری کوتاه مدت ثابت مانده و در پاره ای موارد بهتر شده اند. گفتنی است که کاهش هم زمان اضطراب بدین معنا نیست که اضطراب و افسردگی تجربه شده توسط آزمودنی ها ناشی از میگرن آنان بوده، اما بخشی از آن می توانست مربوط به میگرن باشد. از آنجا که یکی از



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

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



غیر افسرده (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
3- Lisspers
5- Mizener

2- Pot
4- Ost
6- Moore

اتکسون، ریسا ل.؛ اتکسون، ریچارد س.؛ هیلگارد، ارنست ر. (۱۹۶۸). *زمینه روان‌شناسی*. ترجمه: محمدنقی برهانی. تهران: انتشارات رشد.

امین اف، مایکل (۱۳۷۴). *نورولوژی بالینی*. ترجمه: داریوش کاظمی. تهران: انتشارات دانش پژوه.

پاول، ترود؛ واترابت، سایمن (۱۳۷۷). *فشار روانی، اضطراب و راههای مقابله با آن*. ترجمه: عباس یغشی‌پور رودسری و حسن صبوری مقدم. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

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

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

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

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

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

کاستلو، تیمون؛ کاستلو، جوزف (۱۳۷۳). *روانشناسی ناپنججاری*. ترجمه: نصرت‌الله پورافکاری. تهران: انتشارات آزاد.

کرنبرگ، دیوید؛ امین اف، مایکل؛ سیمون، راجز (۱۳۷۴). *نورولوژی 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.

مک‌گرویان، 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 به کار 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 می‌رسد 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 به کمک 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)، واینر^۲ و باب^۳ (۱۹۹۷) و میزنر (۱۹۹۱) هم‌سو می‌باشد.

اندک 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، امرا... (۱۳۷۱). *مطالعه 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.
- Kapelis, 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.
- Starbough, 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.