



## بررسی ویژگی‌های شخصیتی مبتلایان به میگرن و مقایسه تأثیر دارو درمانگری با روش آموزش تنش زدایی همراه با پسخور اند زیستی حرارتی در این بیماران

کازم رسولزاده طباطبایی ■

عضو هیأت علمی رشته روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس □ □

دکتر پریخ دادستان

استاد گروه روانشناسی دانشگاه تهران □ □

### چکیده

این مقاله به بررسی ویژگی‌های شخصیتی مبتلایان به میگرن و مقایسه تأثیر دارو درمانگری و تنش زدایی تدریجی همراه با پسخور اند زیستی حرارتی در این بیماران پرداخته است. ۴۳ زن و ۱۷ مرد مبتلا به میگرن از میان مراجعه کنندگان به دو مرکز از پیش تعیین شده، انتخاب شده و پس از تشخیص قطعی میگرن، پرسشنامه تاریخچه میگرن و آزمون ۱۶ عامل شخصیت کتل را تکمیل کرده و سپس به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند:

گروهی آموزش تنش زدایی تدریجی همراه با پسخور اند زیستی حرارتی دریافت کردند و گروهی دیگر از برنامه دارو درمانگری مشخصی، استفاده نمودند. برای همه افراد شاخصهای اصلی میگرن (تعداد حملات در هفته، مدت و شدت آن) برای ۱۰ جلسه درمانگری و ۳ ماه پیگیری، جمع‌آوری و شاخص بهبودی محاسبه گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با روشهای آماری ۲ برای دو گروه مستقل، و تحلیل واریانس یک طرفه تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان می‌دهند:

- ۱- پاره‌ای از مؤلفه‌های شخصیتی زنان مبتلا به میگرن با زنان به هنجار، متفاوت است.
- ۲- تنش زدایی همراه با پسخوراند حرارتی در کاهش تعداد حملات، شدت و مدت میگرن مؤثرتر از دارو درمانگری است و این برتری در دوره پیگیری نیز باقی ماند.
- ۳- خصوصیات شخصیتی مبتلایان به میگرن در مؤثر بودن یا نبودن شیوه درمانگری خاصی دخالت دارد.



## گستره علمی مسأله مورد بررسی

بررسی تأثیر تنیدگی<sup>۱</sup> و اضطراب<sup>۲</sup> بر انسان، یکی از گسترده‌ترین قلمروهای پژوهشی را در عصر حاضر تشکیل می‌دهد. تنیدگی می‌تواند بر اثر عوامل متعددی، که عوامل تنیدگی را<sup>۳</sup> نامیده شده‌اند، به وجود آید و تغییرات عمده‌ای را در ارگانیزم ایجاد کند. هر وضعیت تهدید کننده برای فرد یا آسایش او، از آن نظر که وی را مجبور به استفاده از توانایی خود در مقابله با آن می‌کند، تنیدگی نامیده می‌شود. عوامل تنیدگی را نه تنها شامل بحرانهای شدید مانند جنگ، طلاق و ... وقایع معمولی روزانه، چون انتظار کشیدن در صف، خرید وسایل ضروری، اختلافات زناشویی ... است بلکه مشکلات روزمره و درگیریهایی خفیف زندگی را نیز در برمی‌گیرد. از سوی دیگر رابطه تنگاتنگ میان تنیدگی و اضطراب، متمایز کردن این دو را بسیار دشوار می‌سازد.

به موازات افزایش تنیدگی و به دلیل فراوانی عوامل تنیدگی‌زا در زندگی امروزی بشر، که حاصل صنعتی شدن جوامع است، اضطراب نیز به طور فزاینده‌تری، زندگی بشر را دربر گرفته است. به طوری که بسیاری، قرن بیستم را عصر اضطراب نام نهاده‌اند!

تنیدگی در تمام قسمت‌های ارگانیزم انسان اثر می‌گذارد. حالت‌های تنیدگی همانند اضطراب، ممکن است که به سؤر مختلف فیزیولوژی، رفتاری و شناختی متجلی گردند.

مهمترین پاسخ‌های بدنی تنیدگی، پاسخ‌های سیستم خود مختار،<sup>۴</sup> غدد درون‌ریز<sup>۵</sup> و سیستم ایمنی<sup>۶</sup> بدن هستند. سیستم اعصاب خود مختار، باعث بروز اختلال در عملکرد سیستم<sup>۷</sup> سمپاتیک و پاراسمپاتیک<sup>۸</sup> می‌شود و یک سلسله بی‌نظمی‌هایی در سیستم‌های تنفسی، عصبی - عضلانی<sup>۹</sup>، اعصاب و احشایی<sup>۱۰</sup>، دستگاه ادراری - تناسلی و غیره ... را در پی دارد.

پاسخ‌های آشکار سیستم هورمونی، بخصوص غدد، درون‌ریز به تنیدگی و اضطراب، در کاهش یا افزایش ترشح هورمون‌های مترشحه این غدد، متجلی می‌شوند.

افزون بر این، تنیدگی سیستم ایمنی بدن را تضعیف کرده و فرد را مستعد ابتلا به بیماری‌های مختلف جسمی و روانی می‌کند؛ زیرا با اختلال عملکرد این سیستم، بدن انسان، توانایی مقابله با عوامل بیماری‌زا را از دست می‌دهد (اسدورو،<sup>۱۱</sup> ۱۹۹۰). در هر حال، این پاسخ‌ها منجر به برهم خوردن تعادل حیاتی بدن شده و باعث بروز انواع اختلالات روان - تنی<sup>۱۲</sup> در فرد می‌شوند.

شایان توجه اینکه تفاوت‌های فردی زیادی در چگونگی مقابله با تنیدگی وجود دارد. یک عامل تنیدگی‌زا در دو فرد و حتی در یک فرد، در زمان‌های مختلف اثر یکسانی ندارد.

یکی از مهمترین دلایل این تفاوت را باید در ساختارهای ژنتیکی و ارگانیکی افراد جستجو کرد. در

- |                        |                                    |
|------------------------|------------------------------------|
| 1. Stress.             | 2. Anxiety.                        |
| 3. Stressor.           | 4. Autonomic Nervous System (Ans). |
| 5. Endocrine.          | 6. Immunsystem.                    |
| 7. Sympathetic System. | 8. Parasympathic System.           |
| 9. Neuromusclar.       | 10. Gustrain Tenstinal.            |
| 11. Sdorrow,1.         | 12. Psychosomatic Disorders.       |



بعضی از افراد، سیستم قلبی، عروقی حساستر بوده و بلافاصله به تنیدگی پاسخ منفی می‌دهند و در بعضی از دیگر سیستم اعصاب و اعشایی ضعیف‌تر است. یکی از شایعترین پاسخهای بدنی به تنیدگی، تغییر به وجود آمده در عملکرد سیستم قلبی - عروقی و عضلانی است، که به صورت مختلف مشاهده می‌شود. اختلال در کارکرد قلب، فشار خون اساسی<sup>۱۳</sup> بروز انواع دردهای مزمن<sup>۱۴</sup> در عضلات و بروز انواع سردردها... در واقع جزو پاسخهای بدنی این دو سیستم، به تنیدگی و اضطراب محسوب می‌شوند. همه ساله میلیونها نفر در جهان به علت عارضه سردرد به پزشکان و متخصصان مختلف مراجعه می‌کنند. پژوهشهای گسترده حاکی از آن است که عارضه سردرد به علل مختلف مانند گشاد شدن رگها (سر درد میگرن)<sup>۱۵</sup>، فشار ماهیچه‌های پیشانی یا سر (سردرد ناشی از تنش<sup>۱۶</sup>) و یا تغییرات فشار درون جمجمه‌ای و... ایجاد می‌شود (بلا<sup>۱۷</sup>، چهارد و اندرسیک<sup>۱۸</sup>، ۱۹۸۵). بعد از سردردهای تنشی، سردردهای عروقی، که شامل سردردهای ناشی از واکنش غیر عادی شریانهای مغزی هستند، بیشترین فراوانی را در مقایسه با دیگر سردردها، دارند (فیلیپس<sup>۱۹</sup>، ۱۹۷۷). حدود ۵۰ درصد از کسانی که به متخصصان و یا کلینیکهای مربوط به سر درد مراجعه می‌کنند، به سر دردهای عروقی مبتلا هستند، به این سردردها، سردرد میگرنی می‌گویند.

میگرن یکی از انواع اختلالات روان - تنی است، با توجه به تعریفی که برای این اختلالات ارائه شد، ارتباط این بیماری با اضطراب و تنیدگی مشخص می‌شود؛ اختلالات روان - تنی بیماری‌های جسمانی هستند که در اثر عوامل روانشناختی ایجاد می‌شوند. گرچه ریشه بروز نوع این بیماری‌ها، ژنتیکی است، اما اغلب در موقعیتهای اضطرابی و تنیدگی، علایم آن بروز می‌کند. این بیماریها خودبخود نمی‌توانند از یک ضایعه بدنی و جسمانی به وجود آیند و انواع حالت‌های هیجانی و پریشانیها که اغلب هشیار هستند، در بروز آنها مؤثرند. (استارتون<sup>۲۰</sup> و همکاران، ۱۹۸۹).

از آنجائیکه سردردهای میگرنی با انقباض اولیه شریانهای داخل جمجمه‌ای آغاز می‌شود، اضطراب و تنیدگی، به عنوان یکی از مهمترین این انقباض قلمداد می‌گردد. همچنین اتساع رگها یا واکنشهای غیرعادی شریانهای مغزی، که در تشدید و تداوم میگرن دخالت دارند، در اثر تداوم تنیدگی و اضطراب ایجاد می‌شود، گرچه دلایل دیگری که بعضاً عضوی هستند، در بروز میگرن و تداوم آن می‌تواند مؤثر باشد (دیاموند،<sup>۲۱</sup> ۱۹۷۸).

#### درمانگری میگرن

از آنجا که میگرن یکی از انواع اختلالات روان - تنی است، اصول کلی درمان این اختلالات در مورد

13. Essential Hypertension.  
15. Migraine Headache.  
17. Blanchard, E.B.  
19. Philips, C.  
21. Diamond, S.D.

14. Cornic Pain.  
16. Tension Headache.  
18. Andrasik, F.  
20. Stratton, P. & Hayes, N.

میگرن باید رعایت شود. درمان موفقیت آمیز در تمامی بیماریهای روان - تنی ممکن است الزاماً؛ به علت ایجاد بیماری، ارتباط مستقیم نداشته باشد. در این واکنشها، صرف نظر از علل روانی ایجاد کننده آن واکنش، به دلیل وجود آسیبهای شدید جسمی، در اولین وهله و سریع باید به درمان پزشکی پرداخت، مثلاً در بیماری زخم معده اگر زخم شدت یابد و منجر به خونریزی شود باید بلافاصله به بدن خون رساند یا نیاز به عمل جراحی باشد و بعد از فروکش کردن علایم حاد از سایر روشهای درمانگری استفاده کرد. روان درمانگری تقویتی و کوتاه مدت و انواع روشهای رفتار درمانگری در درمان اختلالات روان - تنی مفید است. در مورد نقش روان تحلیلگری توافقی وجود ندارد، زیرا در بعضی از بیماران نتایج مثبت حاصل شده در حالی که در بعضی دیگر به دلیل فقدان انگیزش، نتایج مفیدی نداشته است.

روی آورد رفتاری - شناختی<sup>۲۲</sup>، که منجر به ایجاد بینش در بیماری می شود که مشکلات او صرفاً جسمانی نیستند بلکه نارضایتها، تعارضها، تضادها و مشکلات روانی او در آن سهیم هستند، مداخله درمانی را مؤثرتر می کند. ایجاد تغییراتی در محیط زندگی فرد، دارای نتایج مثبتی در درمان اختلالات روان - تنی می باشد. زیرا این مداخله ها از شدت تنیدگی فرد می کاهد و در نتیجه وی از توسل به واکنش های بیمارگونه جسمانی به منظور سازش یافتگی و حفظ تعادل، باز می دارند.

تحقیقات بسیار دامنه داری برای انتخاب بهترین روش درمان سردردهای میگرنی و سردرد ناشی از تنش در چند دهه اخیر صورت گرفته است. گرچه سالیانی دراز، استفاده از داروهای ضد میگرن و یا مسکنهای فوق العاده قوی، به عنوان تنها وسیله درمان این نوع سردردهای در نظر گرفته می شوند؛ اما در سالهای اخیر پژوهشهای متعددی برای درمان این نوع سردردها با روشهای غیر دارویی صورت گرفته، که پاره ای از آنها، نتایج بسیار مفیدی در برداشته است. در بسیاری از موارد اشاعه دهندگان این شیوه ها، پزشکان و متخصصانی بوده اند که خود به نبود کفایت شیوه های دارو درمانگری پی برده و به لزوم استفاده از سایر پژوهشها و شیوه های جدید و همه جانبه برای درمان میگرن پی برده اند. از آنجا که میان، بروز سردردها، شدت و فراوانی آنها با سطح تنیدگی و اضطراب فرد، ارتباط مستقیمی وجود دارد؛ (هنریک - گات<sup>۲۳</sup>، ۱۹۷۳) بنا بر این، یکی از مهمترین راهبردهای درمانگری غیر دارویی برای درمان میگرن، استفاده از روشهای پسخوراند زیستی و آموزش تنش زدایی تدریجی است.

روش تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی حرارتی، به فرد کمک می کند تا سطح تنیدگی خود را کاهش دهد - و به تبع آن علایم سردرد میگرن نیز کاهش خواهند یافت (بلانچارد، آندراسیک ۱۹۸۵).

#### روش تنش زدایی تدریجی

آموزش تنش زدایی به شیوه ها و فنونی اطلاق می گردند که برای کاهش تنیدگی و اضطراب به کار گرفته شوند، و به نحوی که با آموزش آن به مراجع، او بتواند بدن خود را هر زمان که بخواهد به طور



ارادی آرام کند (والکر و دیگران<sup>۲۴</sup>، ۱۹۸۱). تنش زدایی تدریجی یکی از انواع روشهای تنش زدایی است که آزمودنی نحوه کاهش تنش از عضلات را بتدریج فرا می‌گیرد. هدف اصلی استفاده از این روش، تقلیل سطح اضطراب کلی در فرد است، که منجر به تنش زدودگی می‌شود. از این روش ممکن است هم به عنوان شیوه درمانگری مستقل و هم همراه با سایر شیوه‌ها، استفاده شود.

### روش پسخوراند زیستی

بدن انسان به منظور حفظ تعادل جسمانی خود، از طریق هیپوتالاموس دائماً از روش پسخوراند استفاده می‌کند. پسخوراند زیستی که نوع خاصی از پسخوراند است، به اطلاعات به دست آمده برونی برای شخص، درباره فرایندهای زیر آستانه‌ای زیست شناختی یا فیزیولوژیکی به‌هنگام اطلاق می‌گردد (کاپلان، سادوک<sup>۲۵</sup>، ۱۹۹۱). هدف اصلی، کنترل کنشهای فیزیولوژیکی به دلیل آگاهی یافتن از کنش وری فیزیولوژیکی بعضی از حالات روانی است و همچنین یک شیوه درمانگری برای تعدیل و تغییر اختلالات پزشکی و روان شناختی، می‌باشد (گات مثل<sup>۲۶</sup>، همکاران، ۱۹۷۹). با استفاده از انواع روش پسخوراند زیستی، آگاهی فرد از فعالیتهای فیزیولوژیکی خویش و به گونه‌ای غیر مستقیم فرایندهای روانی مرتبط با آنها افزایش می‌یابد و در نتیجه بر تنظیم و مهار ارادی همان فعالیتهای فرایندهای زیستی تسلط می‌یابد. هرچه روش ارائه و علایم خبری دقیقتر و واضح‌تر، و هرچه فاصله زمانی میان اندازه‌گیری فعالیتهای زیستی و انعکاس خبر آنها به فرد، کوتاهتر باشد، جریان ایجاد همبستگی میان، فعالیتهای و حالات روانی - زیستی مورد نظر و تنظیم مهار آنها، آسانتر و سریعتر می‌شود.

اما با توجه به اختصاصی عمل کردن تنیدگی در فرد، که به اشکال مختلف خود را نشان می‌دهد، (لازاروس<sup>۲۷</sup>، فالک من<sup>۲۸</sup>، ۱۹۸۴) نمی‌توان در درمانگری این اختلال فقط از یک شیوه درمانگری سود جست به عبارت دیگر در پاره‌ای از بیماران مبتلا به میگرن، تنش زدایی تدریجی همراه با پس خوراند زیستی مؤثر می‌افتد، درحالی که در پاره‌ای دیگر، تجویز دارو لازم می‌نماید. البته در این زمینه عوامل متعددی، از جمله ساختار شخصیت فرد، میزان تحمل در برابر عوامل تنیدگی‌زا، نوع رفتارهای مقابله‌ای<sup>۲۹</sup> و ... در تأثیر راهبردهای مختلف درمانگری مؤثر هستند.

تحقیقات متعددی در زمینه مؤثر بودن روش تنش زدایی تدریجی و پسخوراند زیستی حرارتی و یا ترکیب این دو با هم در درمان میگرن و سردردهای تنشی در دنیا صورت گرفته است (بلانچارد، آندراسیک<sup>۱۹۸۵</sup>). مؤلفه‌های شخصیتی به عنوان یک عامل مهم در تأثیر شیوه درمانگری یا به هیچ وجه مورد توجه محققان نبوده و یا کمتر به آن اشاره شده است. بنابراین، پژوهش حاضر، یک پژوهش بنیادی و کاربردی است، با توجه به نقش ایفا کننده، تنیدگی و اضطراب در ایجاد میگرن و همچنین

24. Waalker, C.F.

26. Gatchel, R.L.

28. Falkman, B.

25. Kaplan, H.Sadock, B.

27. Lazarus, R.S.

29. Coping Behaviors.

فراوانی میزان شیوع میگرن و اهمیت درمان آن، طرّاحی شده است. این پژوهش از یک سو به بررسی ویژگی‌ها و مؤلفه‌های شخصیتی مبتلایان به میگرن پرداخته و از سوی دیگر، رابطه میان این مؤلفه‌ها با مؤثر بودن یا نبودن دو شیوه درمانگری (دارو درمانگری و تنش‌زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی حرارتی) را مورد بررسی قرار داده است.

## فرآیند روش شناختی

### اهداف و فرضیه‌ها

پژوهش حاضر اهداف دو مرحله‌ای دارد، هدف اصلی مرحله اول، دستیابی به معیارهای بنیادی یعنی شناخت مؤلفه‌های شخصیتی مبتلایان به میگرن و پی‌بردن به رابطه این مؤلفه‌ها با درمانگری است. هدف مرحله دوم تحقیق، پس از به کار بستن دارو درمانگری و تنش‌زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی حرارتی در مورد آزمودنی‌ها که بر پایه تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مرحله اول پژوهش گزینش می‌شوند، بررسی تأثیر این دو شیوه درمانگری در کاهش فراوانی، مدت و شدت حملات میگرن است. علاوه بر این اهداف زیر را نیز می‌توان برشمرد:

- ۱- بررسی مسأله اختصاصی بودن شیوه‌های درمانگری در درمان میگرن؛
  - ۲- بررسی آثار روش تنش‌زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی حرارتی در مقایسه با دارو درمانگری در درمان میگرن؛
  - ۳- بررسی آثار کوتاه مدت تنش‌زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی حرارتی و دارو درمانگری در درمان میگرن؛
  - ۴- ارائه رهنمودهای عملی و کاربردی به درمانگران مبنی بر در نظر گرفتن مؤلفه‌های شخصیتی در انتخاب روش درمانگری میگرن؛
- با توجه به هدفهای مذکور و با در نظر گرفتن تحقیقات پیشین در قلمرو موضوع مورد بررسی، فرضیه‌هایی که در پی می‌آیند، تدوین شدند.
- ۱- میان پاره‌ای از مؤلفه‌های شخصیتی زنان مبتلا به میگرن با افراد به هنجار تفاوت معنی‌داری وجود دارد.
  - ۲- آموزش تنش‌زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی حرارتی در درمان میگرن از شیوه دارو درمانگری مؤثرتر است.
  - ۳- میان آثار درمانی کوتاه مدت (۳ ماه پیگیری) تنش‌زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی حرارتی و دارو درمانگری در درمان میگرن تفاوت معنی‌داری وجود دارد.
  - ۴- میان پاره‌ای از مؤلفه‌های شخصیتی زنان مبتلا به میگرن، که به تنش‌زدایی همراه با پسخوراند پاسخ موفق می‌دهند، با کسانی که پاسخ ناموفق می‌دهند تفاوت معنی‌داری وجود دارد.
  - ۵- میان پاره‌ای از مؤلفه‌های شخصیتی زنان مبتلا به میگرن که به روش دارو درمانگری پاسخ موفق می‌دهند، با کسانی که پاسخ ناموفق می‌دهند، تفاوت معنی‌داری وجود دارد.



### جامعه آماری، نمونه مورد آزمایش و روش انتخاب نمونه

جامعه آماری این پژوهش از مجموع مبتلایان به سردردهای میگرنی شهر تهران که در فاصله سنی بین ۱۸ تا ۲۵ سال قرار دارند و برای دریافت درمانهای مختلف به دو مرکز درمانی از پیش مشخص شده، مراجعه کردند، تشکیل شده است.

با توجه به مشکلات زیادی که در انتخاب گروه نمونه‌ای که حاضر به همکاری تا پایان دوره باشند، وجود داشت، گروه نمونه شامل ۶۸ آزمودنی از میان کسانی که برای درمان به دو مرکز فوق مراجعه کرده و به وسیله یک متخصص مغز و اعصاب بیماری میگرن آنان تأیید شده بود، انتخاب شدند. سپس این افراد به طور تصادفی به دو گروه درمانگری (گروه دارو درمانگری، گروه تنش زدایی همراه با پسخوراند زیستی حرارتی) تقسیم شدند. (جدول ۱).

جدول شماره ۱ شاخصهای آماری مربوط به سن و جنس آزمودنیها

انحراف معیار	میانگین	حداکثر سن	حداقل سن	تعداد			شاخصهای آماری
				کل	مرد	زن	
۵/۷	۲۷/۳	۴۲	۱۸	۳۰	۱۰	۲۰	گروه دارو و درمانگری
۶/۵	۲۸/۸	۴۰	۲۱	۳۰	۷	۲۳	گروه تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی
۶/۱	۲۸/۱	۴۲	۱۸	۶۰	۱۷	۴۳	کل آزمودنیها

### ابزارهای پژوهش

در این تحقیق برای تعیین خصوصیات و مؤلفه‌های شخصیتی مبتلایان به میگرن از آزمون ۱۶ عاملی شخصیت کتل استفاده شد (این آزمون را خانم دکتر دادستان در سال ۱۳۷۵ هنجارگزینی کرده‌اند). به منظور تعیین اطلاعات شخصی آزمودنیها، تاریخچه میگرن، مدت زمان ابتلا به میگرن، عوارض جانبی میگرن از پرسشنامه تاریخچه سردرد میگرن ساخته بلانچارد (۱۹۸۵)، استفاده گردید. برای مشخص کردن شاخصهای سردرد میگرن (تعداد حمله‌ها در طول یک هفته، میانگین مدت زمان و شدت میگرن در هربار حمله) پیش از درمانگری، دوره درمانگری و در دوره پیگیری از پرسشنامه بررسی شاخصهای سردرد میگرن استفاده شده است. برای آموزش پسخوراند زیستی حرارتی از دستگاه حرارت سنج بیوفیدبک TEMP مدل SC200TM استفاده شد.

### شیوه اجرای متغیر مستقل

در این پژوهش دو متغیر مستقل مؤلفه‌های شخصیتی و شیوه درمانگری، وجود دارد که متغیر اول یک

متغیر مستقل تکوینی است، یعنی متغیری است که از پیش تعیین شده و امکان جایگزینی تصادفی آزمودنیها در سطوح مختلف آن، وجود ندارد؛ لذا پس از اجرای آزمون کتل آزمودنیها در سطوح مختلف این متغیر بر اساس نمره‌ای که از آزمون به دست آوردند، قرار گرفته‌اند.

متغیر دوم، روش درمانگری است که دارای دو سطح دارو درمانگری و تنش‌زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی حرارتی است. این متغیر مستقل فعال پژوهشی بود که افراد به صورت تصادفی در هر کدام از سطوح این متغیر قرار گرفته‌اند. تعداد ۳۴ آزمودنی مبتلا به میگرن، بعد از تشخیص قطعی میگرن به وسیله یک متخصص مغز و اعصاب به طور تصادفی برای دریافت دارو درمانگری انتخاب شدند و برای آنان علاوه بر نتیجه تست کتل و برگه تاریخچه سردرد، برگه گزارش هفتگی میگرن، برای ۱۰ هفته و ۳ ماه پیگیری بعد از درمان جمع‌آوری گردید.

تعداد ۳۴ بیمار مبتلا به میگرن بعد از تشخیص قطعی میگرن به وسیله همان متخصص برای طی کردن درمان، آموزش تنش‌زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی حرارتی انتخاب و برای سهولت اجرای برنامه درمانگری و کنترل جلسات درمانی به ۷ گروه تقسیم شدند، برای اتمام آزمودنی‌های این گروه قبل از شروع برنامه درمانی، آزمون ۱۶ عامل کتل، پرسشنامه تاریخچه سردرد، اجرا گردید بعد از ارائه توضیحات لازم راجع به نحوه کار مراحل زیر را در ۱۰ جلسه طی کردند:

جلسه اول تا جلسه هفتم: آموزش تنش‌زدایی تدریجی، اجرای تمرینات در هر جلسه، بررسی برگه ثبت مشاهدات و برگه گزارش هفتگی میگرن.

جلسه هشتم تا دهم، آموزش پسخوراند زیستی حرارتی، اجرای تمرین در کلینیک و استفاده از دستگاه بیوفیدبک.

بعد از اجرای جلسات آموزشی، برای هر فرد ۱۰ برگه هفتگی میگرن جمع‌آوری شد، و سپس برای هر آزمودنی برنامه پیگیری درمان تنظیم گردید و به مدت سه ماه، ماهی یکبار به کلینیک مراجعه کردند و مجدداً تمرین تنش‌زدایی تدریجی و پسخوراند زیستی حرارتی را انجام دادند و فرم گزارش ماهانه میگرن را نیز کامل می‌کردند.

در پایان آزمایش تعداد آزمودنیهای گروه آموزش تنش‌زدایی تدریجی به ۳۰ نفر تقلیل یافت و ۴ نفر از اعضای گروه، علی‌رغم تمام تعهداتی که گرفته شده بود، در جلسات آخر شرکت نکردند و از گروه کنار گذاشته شدند از این رو برای یکسانی گروه نمونه تعداد ۴ نفر از گروه دارو درمانگری کنار گذاشته شدند. در نتیجه اطلاعات مربوط به ۶۰ آزمودنی آماده برای تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

#### روشهای تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش از روش اندازه‌گیریهای مکرر، که یکی از مجموعه طرحهای آزمایشی واقعی است، استفاده شده است.

برای تحلیل داده‌های به دست آمده از روشهای تجزیه و تحلیل واریانس یک طرفه آزمون t برای





مقایسه میانگینها، آزمون مجذور همخوانی<sup>۲</sup> و MANOVA بهره برده ایم.

### نتایج تحلیل آماری و توصیف داده‌ها

تحلیل آماری داده‌ها در مورد فرضیه‌های مورد بررسی به نتایجی که در پی می‌آیند منتهی شده است، در وهله نخست از لحاظ تفاوت معنی‌دار بین مؤلفه‌های شخصیتی زنان مبتلا به میگرن با افراد به هنجار، پس از محاسبه میانگین نمره‌های ۱۶ عامل شخصیت کتل در زنان مبتلا به میگرن و مقایسه آن با میانگین نمره‌های ۱۶ عامل زنان به هنجار، نتایج نشان دهنده تفاوت معنی‌داری در ۶ عامل (A, M, Q1, Q2, در سطح  $\alpha = 0/05$  و B, Q4, در سطح  $\alpha = 0/01$ ) می‌باشد و در سایر عوامل تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات وجود ندارد.

در وهله دوم نتایج به دست آمده از مقایسه تأثیر دو شیوه درمانگری، دارو درمانگری و تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی حرارتی در درمان میگرن، حاکی از آن است، تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی حرارتی در درمان میگرن در مقایسه با دارو و درمانگری موفقیت بیشتری دارد و حتی تأثیر این روش در دوره پیگیری کوتاه مدت (۳ ماه بعد از درمان) نیز بیشتر از دارو درمانگری است. جدول شماره ۲ شاخصهای اصلی سردرد میگرن (تعداد بروز حمله میگرن در طول یک هفته، میانگین مدت هربار حمله و شدت میگرن) مرحله پیش از درمانگری و بعد از درمانگری را در دو گروه مورد مطالعه نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲۰. خلاصه نتایج آزمون t برای مقایسه شاخصهای میگرن

مراحل آزمایش		پیش از شروع درمانگری				بعد از درمانگری					
		گروه‌ها		شاخصهای آماری		گروه‌ها		شاخصهای آماری			
Tob	sd	sd	x̄	Tob	sd	x̄	sd	x̄	Tob	sd	x̄
+۲/۵	۲/۰۳	۲/۳۱	۲/۱۵	۲/۶۶	-۱/۱۲	۱/۷۳	۲	۲/۰۶	۲/۵۵	تعداد بروز حملات میگرن در هفته (فراوانی)	
**											
+۳/۹	۱۲۰	۳۱۷	۱۸۰	۴۷۲	-۱/۴۷	۳۶۸	۷۲۰	۳۵۱	۵۸۲	مدت زمانی که هربار حمله طول می‌کشد (دقیقه)	
**											
+۳/۵	۲۸/۹	۳۰/۲	۳۰/۴	۵۶/۹۸	-۰/۷۶	۲۲/۶	۷۵/۲	۲۸/۸	۷۰	شدت حملات میگرن (از مقیاس ۱۰۰)	
**											

\*P < 0/05

\*\*P < 0/01

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، شاخصهای اصلی میگرن (تعداد، مدت و شدت) در دو گروه درمانگری پیش از شروع درمانگری، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، در حالی که بعد از دوره درمانگری شاخصهای میگرن در دو گروه در سطوح  $\alpha = 0/05$  و  $\alpha = 0/01$  تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد.

علاوه بر بررسی شاخصهای اصلی میگرن، درصد بهبودی با استفاده از فرمول زیر برای هر دو گروه محاسبه شده است.

$$100 \times \frac{\text{نمره بعد از درمان} - \text{نمره پیش از درمان}}{\text{نمره پیش از درمان}} = \text{درصد بهبودی}$$

جدول شماره ۳ شاخص بهبودی را در دو گروه نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳ خلاصه نتایج ضریب همخوانی  $\chi^2$  و شاخص بهبودی در دوره بعد از درمانگری

شاخصهای بهبودی	موفق	ناموفق	تعداد آزمودنیها
گروه دارودرمانگری	۹	۲۱	۳۰
گروه تنش‌زدایی همراه با پسخوراند	۲۱	۹	۳۰
جمع کل	۳۰	۳۰	۶۰

ضریب همخوانی در جدول فوق برابر  $\chi^2_{ob} = 9/6$  است، که از مقدار  $\chi^2_{cr}$  بزرگتر می‌باشد،  $\chi^2_{cr} (df = 1, \alpha = 0/05) = 3/84$  و  $\chi^2_{cr} (df = 1, \alpha = 0/01) = 6/63$  در نتیجه تفاوت مشاهده شده در شاخص بهبودی دو گروه درمانی با حدود اطمینان ۹۵٪ و ۹۹٪ معنی دار است. جدولهای ۴ و ۵ شاخصهای اصلی سردرد میگرن (تعداد، مدت، شدت) و همچنین شاخص بهبودی میگرن را در دوره پیگیری کوتاه مدت (۳ ماه بعد از درمان) نشان می‌دهد.

جدول شماره ۴ خلاصه نتایج آزمون t برای مقایسه شاخصهای میگرن در دوره پیگیری

Tob	تنش‌زدایی با پسخوراند		دارودرمانگری		گروهها
	sd	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	
+۲/۱۲*	۲/۲۲	۲/۷۲	۲/۱۵	۳/۹۲	شاخصهای سردرد میگرن تعداد بروز حملات میگرن در هفته (فراوانی)
+۲/۶*	۱۷۵	۳۰۲	۳۲۱	۳۷۹	مدت زمانی که هر بار حمله طول می‌کشد
+۲/۹**	۲۷/۰۲	۲۷/۲۲	۳۰/۲۶	۵۶/۲۵	شدت حملات میگرن (از مقیاس ۱۰۰)

\*P < 0/05

\*\*P < 0/01



جدول شماره ۵ خلاصه نتایج ضریب همخوانی  $\chi^2$  شاخص بهبودی در دوره پیگیری

تعداد	ناموفق	موفق	شاخص بهبودی / آزمودنیها
۳۰	۲۵	۵	گروه دارودرمانگری
۳۰	۸	۲۲	گروه تنش‌زدایی همراه با پسخوراند زیستی
۶۰	۲۳	۳۷	جمع کل

ضریب همخوانی در جدول فوق برابر با  $ob = 19/26 \chi^2$  است که این مقدار از  $cr \chi^2$  بزرگتر می‌باشد،  $\chi^2 cr (df = 1, \alpha = 0.05) = 3/84$  و  $\chi^2 cr (df = 1, \alpha = 0.01) = 6/63$  در نتیجه با حدود اطمینان ۹۵٪ و ۹۹٪ تفاوت مشاهده شده در شاخص بهبودی در گروه‌های درمانی در دوره پیگیری معنی‌دار است.

در وهله سوم، در مورد رابطه میان مؤثر بودن روش درمانگری متناسب با مولفه‌های شخصیتی زنان مبتلا به میگرن، نتایج نشان دهنده تفاوت معنی‌دار تعدادی از عوامل شخصیتی میان زنان موفق و ناموفق است.

در گروه تنش‌زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی حرارتی میان زنان با پاسخ موفق در مقایسه با زنانی که پاسخ ناموفق داده‌اند، فقط در  $O, H, E$  عامل  $\alpha = 0.05$  در سطح  $Q^2, C$  و  $\alpha = 0.05$  در سطح  $\alpha = 0.01$  تفاوت معنی‌داری وجود دارد و در گروه دارودرمانگری، زنانی که به این روش پاسخ موفق داده‌اند در  $G$  و  $Q^2$  در سطح  $\alpha = 0.05$  و عامل  $N, B, A$  در سطح  $\alpha = 0.05$  و  $\alpha = 0.01$  با زنان ناموفق این گروه تفاوت معنی‌دار دارند.

### تفسیر نهایی و پیامدها

بحث درباره نتایج به دست آمده را در سه قسمت ارائه می‌کنیم:

در قسمت الف به بحث درباره تفاوت مؤلفه‌های شخصیتی مبتلایان به میگرن با افراد به هنجاری می‌پردازیم. (جدول ۳)

در قسمت ب، درباره نتایج حاصل از مقایسه دو روش درمانگری (دارو درمانگری و تنش‌زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی حرارتی) در درمان میگرن بحث می‌کنیم (جدولهای ۴، ۵، ۶ و ۷) و در قسمت ج به بررسی رابطه مؤلفه‌های شخصیتی با موفق بودن یا نبودن روشهای درمانگری می‌پردازیم (جدولهای ۸ و ۹)

الف) نتایج حاصل از اجرای آزمون t نشان دهنده وجود تفاوت معنی‌داری برای ۶ مولفه اصلی

شخصیت در گروه زنان مبتلا به میگرن با زنان به هنجار است. (عامل  $A$ ,  $M$ ,  $Q1$ ,  $Q2$  در سطح  $\alpha = 0/05$  و عوامل  $B$  و  $Q2$  در سطح  $\alpha = 0/01$ ). بدین ترتیب می‌توان ساختهای متمایزی از شخصیت زنان میگرنی را در قیاس با سطح به هنجار مورد توجه قرار داد:

- گرایش معنادار به قطب مثبت عامل  $A$  (ادوار خوبی)، به این معناست که زنان میگرنی انرژی خود را بیشتر به سمت تعاملهای اجتماعی سوق می‌دهند؛ تنها ماندن برای آنها تحمل ناپذیر است و در درگیری با مشکلات، نیاز به کمک دیگران دارند. بدین نحو می‌توان گفت که بیماری به منزله تظاهر بدنی، نیاز به ارتباط با دیگری را آشکار می‌کند، ارتباطی که احتمالاً با تعارضها و کام نایافتگیها همراه است.

- گرایش به قطب منفی عامل  $B$  (هوش عمومی) نشان دهنده این مسأله است که زنان میگرنی، ظرفیت ذهنی کاهش یافته‌تری در حل مسائل انتزاعی دارند و سطح تواناییهای عقلی، داوریه‌ها و ترجیحات فردی آنها در مواجهه با روابط پیچیده تقلیل یافته است. بدین نحو احتمال وجود تعارضها در قلمرو ارتباطها قوت بیشتری می‌یابد.

- قطب منفی عامل  $M$  (رغبت‌های عملی) در زنان میگرنی، نشان دهنده جهت‌گیری آنها به سوی دنیای برون است، که با دیدی عینی و غیرفاعلی به زندگی روانی خویش می‌نگرند، کمتر در تماس با مسائل عمقی شخصیت، قرار می‌گیرند و فاقد پویایی روانی لازم برای رویارویی فعال با تعارضها هستند.

- زنان میگرنی مشکلات اساسی در برابر تغییرات دارند (گرایش به قطب منفی  $Q1$  بنیادگرایی)، سبک زندگی آنها به گونه‌ای است، که حتی اگر نسبت به تغییر و الزام و سودمندی آن باور داشته باشند همچنان تجدید سازش یافتگی برای آنها مشکل و ناراحت کننده است.

-  $Q2$  مثبت (تنش بالا) در زنان میگرنی دال بر کام نایافتگیهای ناشی از سرکوبگری کشاننده‌های بنیادی است که به صورت تظاهرات شدت یافته نظام عصبی خود مختار مشخص می‌شوند و از آنجایی که این مولفه اصلیترین عامل در نیمرخ اختلالات روان-تنی است، می‌توان ابتلای به میگرن را در قلمرو اختلالهای مذکور مورد توجه قرار داد.

در مجموع تبلور ریخت اختصاصی شخصیت زنان میگرنی از خلال مؤلفه‌های ذکر شده مبتنی بر رفتارها و راهبردهای مقابله‌ای، واپس نگرانه و دوسوگرایانه است، که به دلیل فقدان منابع لازم برای تجدید سرمایه گذاری در جریان تحول اتخاذ شده‌اند. چنین جهت‌گیریهای ایستایی در برابر تغییرات، واکنشهای سازش نایافته در قبال موقعیت‌های تنیدگی‌زای زندگی را افزایش می‌دهند، خاصه اینکه قابلیت‌های لازم در زمینه ارزیابیهای شناختی و حل مسائل کاهش یافته باشند، انباشتگی تعارضها و افزایش ناکامیهای حاصل از چنین موقعیتی زمانی که همچنان میل به دریافت هم احساسی و توجه از سوی دیگری در سطح وسیعی حفظ شده باشد، تواسل به مکانیزم تبدیل را موجب می‌شود. این مکانیزم امکان می‌دهد که با فاصله گرفتن از تعارض، با عرضه‌ای تنی، نظر دیگری را به سوی خود جلب کرد. (ب) نتایج حاصله از ضریب همخوانی آلفا در مقایسه شاخصهای مدت، شدت و تعداد حملات میگرن



در دو گروه درمانی و در سه موقعیت، پیش از درمانگری، بعد از درمانگری و در دورهٔ پیگیری کوتاه مدت، نشان دهندهٔ برجستگیهای روش درمانگری تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی حرارتی در درمان میگرن نسبت به دارو درمانگری است و برتری این روش هم در بعد از درمانگری و هم در دورهٔ پیگیری می باشد. این نتیجه گیری با نتایج تحقیقاتی که به وسیلهٔ لیبی<sup>۳۰</sup>، ۱۹۹۵، مک کاردی<sup>۳۱</sup>، ۱۹۹۲، کاتری<sup>۳۲</sup>، ۱۹۹۲، بلانچارد<sup>۳۳</sup>، ۱۹۹۲، بلانچارد و اندراسیک<sup>۳۴</sup>، ۱۹۹۱، بلانچارد<sup>۳۵</sup>، ۱۹۹۰، لیس پر<sup>۳۶</sup>، ۱۹۹۰، انگل<sup>۳۷</sup> و همکاران<sup>۳۸</sup> و ۱۹۹۰ و ... صورت گرفته، همخوانی کامل دارد.

نکته مهمی که در این تحقیق به آن دست یافتیم همسو بودن روش تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی حرارتی با ریخت شخصیتی میگرنی است. اگر زنان مبتلا به میگرن با دیدی عینی و غیر فاعلی به زندگی روانی خویش نظر می کنند  $(M)^-$ ، در این روش نیز فرد، خود را، از خلال موجودیتی عینی در سطح کنش وری نظام عصبی خود مختار دریافت می کند؛ از این رو با باز خودهای فعل پذیر آزمودنی مغایرتی ندارد. شرایط و ارتباط حاصل در جریان درمانگری (درمانگر - مراجع) هر چند عمقی نیست اما به میزان قابل قبولی نیاز به تعاملهای اجتماعی  $(A)^+$  زنان میگرنی را در سطح سازش یافته ای ممکن می سازد، در حالی که دارو درمانگری چنین شرایطی را فراهم نمی کند. روش تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی حرارتی مقاومت زنان مبتلا به میگرن در برابر تغییرات  $(Q)^-$  را به شکل محسوسی مورد هجوم قرار نمی دهد و شرایط دستیابی به موفقیت در این روش، در سطح دستیابی به راه حل های انتزاعی نیستند  $(B)^-$

از طرف دیگر زنان میگرنی در جریان روش درمانگری از خلال مهار ارادی فرایندهای زیستی غلبه بر  $(Q)^+$ ، توانایی خود نظم دهی را بتدریج در خود ارتقا می بخشند (غلبه بر  $Q^+$ )، هر چند که افزایش خود احساسی مطلوب، نیازمند تجربیات گسترده تری است. افزون بر تناسبهای شیوهٔ درمانگری باریخت شخصیتی میگرنی، توفیق روش تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی حرارتی نسبت به دارو درمانگری، تأکید بر این مهم است که در این بیماری عوامل روانشناختی نقش مهمی ایفا می کنند.

ج) در زمینهٔ تفاوت مؤلفه های شخصیتی میگرنیهای موفق با ناموفق، در گروه های درمانی باید گفت که:

ج - ۱) - نتایج حاصل از اجرای آزمون t در بررسی عوامل شخصیتی گروهی که به روش تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی حرارتی پاسخ موفق یا ناموفق داده اند، نشان دهندهٔ تفاوت معنادار فقط در ۵ عامل (E, H, O) در سطح  $\alpha = 0/05$  و عوامل C و Q2 در سطح  $\alpha = 0/05$  و  $\alpha = 0/01$  است. بنابراین می توان مشارکت ساختارهایی از شخصیت را که بر نتایج روش درمانگری مذکور تأثیر منفی داشته اند مورد توجه قرار داد:

30. Labbe, E.E.

32. Gauthier, J.

34. Engel, J.M.

31. McGrady, A.

33. Lisspers, L.

چهار عامل اصلی از عوامل مرتبه دوم اضطراب ( $\bar{H}, \bar{C}, Q2^+, O^+$ ) منابع عمیق اضطرابی هستند که مجموعه‌ای مقاوم در برابر تأثیرپذیری از روش درمانگری را تشکیل داده‌اند، اضطراب ناشی از احساس کهنکاری ( $O^+$ ) - که احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی را گسترش داده و حرمت خود را تقلیل می‌بخشد - اضطراب ناشی از ضعف سازمان من ( $C^-$ ) - که با تقلیل سطح سازش یافتگی با محیط امکان اغماض در برابر ناکامیها را کاهش می‌دهد - اضطراب مبتنی بر کاهش خود احساسی ( $Q2^-$ ) - که دستیابی به تصویر روشنی از خود را مختل می‌سازد - و سرانجام ( $H^-$ ) که حساسیت مفرط نسبت به محرکهای محیطی را گسترش می‌دهد.

همراه شدن عامل اطاعت ( $E^-$ ) به این مجموعه اضطرابی بیانگر یک احساس ناکامی زیر بنایی است که تأثیری فزاینده بر تمام جنبه‌های کنش‌وری کلی ساخت شخصیت دارد. در کنار هم قرار گرفتن عواملی مانند  $H, O, E$  متجسم کننده ناتوانی اساسی در بیان خویشتن، افزایش احساس نارزندگی و بی‌میلی به خویشتن گردیده که نارسا کنش‌وری سایر رگه‌های شخصیت را نیز به دنبال دارد، تحت چنین شرایطی در مواجهه با موقعیتها، رفتارهای اجتنابی و فعل پذیر بیش از پیش گسترش می‌یابند. در مجموع گروهی که تأثیرات سودمندی را از جریان درمانگری با روش تنش‌زدایی تدریجی همراه با پس‌خور اندزنیستی حرارتی، کسب نکرده‌اند زنانه هستند درگیر با متشکله‌های عمیق اضطرابی که با اتخاذ رفتارهای اجتنابی سعی در گریز از تعارضهای ترس‌آور خویش دارند. انگیزش لازم برای بهبودی و پیشرفت برای چنین گروهی تقریباً بی‌معناست.

ج - ۲) نتایج حاصل از بررسی میانگین نمرات عوامل شخصیتی گروههای موفق و ناموفق در جریان روش دارو درمانگری نشان دهنده تفاوت معنی دارد در ۵ عامل شخصیت ( $A, B, N$ ) در سطح  $\alpha = 0.01$  و  $\alpha = 0.05$  عوامل  $Q2, G$  در سطح  $\alpha = 0.05$  میان دو گروه بالاست. مشارکت شاخصهای شخصیتی مذکور امکان دریافت تأثیرات مثبتی را در جریان این روش درمانگری فراهم ساخته‌اند.

سطح به هنجار هوش عمومی ( $B^+$ ) در گروه موفق، تواناییهای عقلانی مناسبتری را برای حل مسائل در پی دارد، همچنان که گرایش به قطب منفی عامل  $A^-$  (کسیخته‌خویی) قلمرو ارتباطات انسانی را محدودتر کرده، بدین ترتیب مشکلات مرتبط با دریافت کام‌یافتگیها از خلال تعاملهای پیچیده اجتماعی کاهش یافته است. توجه به این نکته که هر دو عامل ( $\bar{B}, \bar{A}$ ) از ریخت شخصیتی زنان میگرنی متمایز است ( $\bar{B}, \bar{A}$ )، فهم تأثیرپذیری موفقیت آمیز گروه مذکور را از جریان دارو درمانگری ممکن می‌سازد این گروه از آزمودنیها با نیاز کمتر به دریافت هم‌احساسی در چهارچوب روابط انسانی و با تمرکز بیشتر انرژی به سوی خود، به شکل موفقیت آمیزتری ( $\bar{B}$ ) از تعارضها فاصله می‌گیرند و چشمداشت مثبت‌تری نسبت به نتایج درمانگری دارند.

نیرومندی فرامن ( $G^+$ ) میل به پیشرفت و بهبودی را افزایش می‌دهد، همچنان که به عنوان یک عامل مهار کننده، رفتارها را در جهت معیارهای مطلوب اجتماعی هدایت می‌کند. این قبیل زنان با ایفای نقش حمایتی، موقعیت مؤثرتری را در قالب روابط خانواده ایفا می‌کنند و پایه اتحاد و همبستگی خانواده



هستند. بدین ترتیب قابل درک است که تا چه حد میل به بهبودی و نیاز به حضور مؤثر در خانواده، نتایج درمانگری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افزون بر این همراه شدن عامل وابستگی گروهی<sup>-</sup> (Q2) با نیرومندی فرامن<sup>+</sup> (G) نشان دهنده ساختهایی از شخصیت هستند که پی‌ریزی اصول شخصی را بر ارزشهای حاکم میثنی می‌سازند. گروه مذکور واجد اعتقاد مطمئن‌تری به نتایج مثبت روش دارودرمانگری می‌باشند. چه در محتوی ارزش حاکم و سنتی، مصرف دارو مؤثرترین روش درمانی محسوب می‌شود. علاوه بر این گرایش مثبت به دارودرمانگری را می‌توان همچنین بر حسب عامل بی‌ظرافتی<sup>-</sup> (N) مورد تأیید قرار داد. روش دارودرمانگری نیازمند اجرای مهارتهایی از سوی مراجع نیست - سر راست و صریح است - مورد پذیرش بیشتری از سوی گروه مذکور واقع می‌شود. بنابراین در مجموع اعتقاد به روشهای سنتی درمانگری که کار کردی صریح دارند و میل به بهبودی و تداوم ایفای نقش مؤثر در چهارچوب خانواده در گروه مذکور، آمادگی بیشتری برای آثار مثبت دارودرمانگری فراهم می‌سازد.

در پایان باید گفت که نتیجه عمده و اصلی پژوهش حاضر در بردارنده درک روانشناختی عمیق‌تری، نسبت به بروز اختلال میگردن در زنان است. بدین معنی که با تعیین ساختهایی از شخصیت زیربنای این اختلال که به شکل الگوی مجزایی مورد شناسایی قرار گرفته‌اند - چشم انداز بالینی جامعتری نسبت به رگه‌هایی برای خدمات تدافعی و یا مقاصد سازشی در ساخت و کنش‌وری این اختلال سهمیم هستند، فراهم شده است، با این وجود به دلیل آن که چنین یافته‌های بایستی از طریق روشهای تکمیلی مورد واریسی قرار گیرند و الگوی به دست آمده در افتراق با سایر الگوهای مربوط به اختلالها، مورد مقایسه واقع شوند، نتایج به دست آمده باید به عنوان داده‌هایی مقدماتی مورد ملاحظه قرار گیرند.

## کاربرد نتایج

درباره کاربرد نتایج این بررسی می‌توان در دو زمینه پیشگیری و درمان سخن گفت: **پیشگیری:** به معنای از بین بردن عامل بیماریزاست. به منظور از بین بردن عامل بیماری، باید در وهله نخست به شناخت عامل اصلی، نحوه و راه سرایت بیماری پرداخت. از آنجا که اضطراب و تنیدگی از عوامل عمده و اساسی تشدید حملات میگردن محسوب می‌شوند، بنابراین از بین بردن زمینه‌های بروز اضطراب و تقلیل عوامل تنیدگی‌زا در زندگی اجتماعی و روانی فرد تا حد ممکن از مهمترین راههای پیشگیری میگردن محسوب می‌شوند. از طرف دیگر تغییر رفتارهای مقابله‌ای فرد در هنگام مواجهه با عوامل تنیدگی‌زا و اضطراب برانگیز راه دیگری برای کاهش حمله‌های میگردنی است. همچنین با اتکا به یکی از مهمترین یافته‌های این بررسی - تمایز مؤلفه‌های شخصیتی بیمار مبتلا به میگردن با افراد به هنجار و ارائه تابلوی بالینی مشخص برای این بیماران - می‌توان نکته‌های زیر را در سطح آموزش بهداشت روانی به والدین ملحوظ داشت: (مخصوصاً در مواردی که در میان

خویشاوندان، بیمار مبتلا به میگرن وجود دارد).

- تأمین نیازهای جسمانی و روانی فرزندان برای بالا بردن احساس کفایت و ایجاد حرمت خود و افزایش میل علاقه به خویشتن.

- ارضای نیاز ارتباط با دیگران به نحو مطلوب که دیگر نیازی به استفاده از مکانیزم تبدیل برای ارضای این نیاز نباشد.

- فراهم ساختن شرایط برخورد فعال و پویای کودک با تعارضها و حل آنها به شیوه‌های مناسب. کاربردهای درمانی: نتایج به دست آمده از این بررسی حاکی از موفق بودن روش تنش‌زدایی تدریجی همراه باپسخوراند زیستی حرارتی را نسبت به دارودرمانگری، هم در دوره بعد از درمان هم در دوره پیگیری است؛ از این رو گسترش کاربرد این روش در مراکز کلینیکهای مربوط به سردردها توصیه می‌شود. علاوه براین با توجه به تأیید ارتباط میان مؤلفه‌های شخصیت با تأثیر شیوه درمانگری خاص در این بررسی، به تمامی درمانگرانی که با این بیماران سروکار دارند توصیه می‌شود پیش از انتخاب هر نوع روش درمانگری، با اجرای یک تست شخصیتی، خصوصیات و مؤلفه‌های شخصیت بیمار را تعیین کرده، با توجه به این مؤلفه‌ها، بهترین روش درمانگری را انتخاب کنند؛ تا از این طریق هم زمان درمانگری را به حداقل رسانند، و هم موجبات رضامندی و اطمینان بیمار را فراهم سازند.

## منابع

1. Blanchard ,E.B & Andrasik,F. "*Management of chronic headache*" : A psychological approach. Oxford, Pergamon Press, (1985).
2. Blanchard ,E.B., Long - term "*effects of behavioral treatment of chronic headache*", (1987), vol .18 ,375 - 385.
3. Blanchard ,E.B., "*A controlled evaluation of thermal biofeedback and thermal biofeedback combined with cognitive therapy in treatment of vascular headache*": Journal of consulting and clinical psychology., 1990, vol.58(2).
4. Blanchard,E.B.& Andrasik, F., "*The role of home practic in the thermal biofeedback*", Journal of consulting and clinical psychology., 1991, vol,54(4).
5. Blanchard,E.B., "*Psychological treatment of benign headache disorders*:" Journal of consulting and clinical psychology., 1992, vol,60(4).
6. Diamonds,D.& Dalessio,D., "*The practicing physician sapproach to headache*": New York, Medcom Press, 1978.
7. Engel ,J.M. & Rapoff,M.A., "*Biofeedback assisted relaxation for adult and ped iatric headache disorders*", Occupational therapy Journal of research., 1990,Vol.10(5).





8. Gatchel, Robert, J. & price, Keneth, P., "*Clinical application of beofeedback*", Pergamon Press, New York, (1979).
9. Gauthier, J., "*Group versus individual thermal biofeedback in the treatment of migraine*:" Journal of behavior therapy, (1994).
10. Henryk - Gutt, R., "*Psychological aspects of migraine*": Journal of psychosomatic research, (1973), Vol.17,141 - 153.
11. Kaplan, H.L. Sadock, B.J., "*Spnopsis psychiatry*": Behavioral scierres chnical psychiatry. New York, (1985).
12. Labbe.E.E., "*Treatment of childhood migraine with autogenic training and skin temperature biofeedback*": Journal of headache Jan, (1995), vol, 23(1), 3-10
13. Lazarus, R.& Falkman, B., "*The psychology of coping issues of research and aassessment*": New York. Basick Book, (1984).
14. Lisspers, L.& Goran,B., "*Long - term follow - up of migraine treatment*": Journal behavior research and therapy, (1990), vol.28(4), 312 - 322
15. McGrady,A.; Wauquier, A; McNeil, A.& Gerad, G., "*Effect of biofeedback - assisted relaxation on migraine headache*": Journal headache, (1994), Vol 34(7). 424 - 428.
16. Philips, C., "*Headache and personality*": Journal of psychosomatic Research. (1976), Vol, 20,535 - 542.
17. Sdorow, L., "*Psychology*": W.M.C. Brow Pub. New York, (1990).
18. Stratton, P.& Hayes, N., "*A studentis dictionary of psychology*": Edeward Arnold. A divison of Hodder & Storghton London, (1989).
19. Waalker, C.F.& Clement, P.W. & et.al., "*Clinical pracedvres for behavioral therapy*": Journal of prectice. Hall.U.S.A. (1981).