

دانشگاه علامه طباطبائی

دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی

پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی

عنوان:

اثر بخشی آموزش شناختی- رفتاری در کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به میگرن همراه با وسواس

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر احمد برجعلی

استاد مشاور:

سرکار خانم دکتر مهناز خسروجاوید

پژوهش و نگارش:

مریم عبداللهی

شهریور ۱۳۸۹

تقدیم به:

پدر بزرگوارم که تشنگی همیشگی برای آموختن و صبر در مسیر فراگیری دانش را به من آموخت.

تقدیم به:

مادر مهربانم که زیباترین سرود مهربانی را در چشمانش می خوانم. هدیه به وجود نازنینش به پاس مهربانی و فداکاریهای سرشارش.

تقدیم به:

همسر عزیزم که وجودش برایم زندگی، نگاهش برای عشق و کلامش برایم امید را به ارمغان آورد و در پستی و بلندی های مسیر زندگی بهترین دوست و یاورم بوده و هست.

سپاسگزاری

سپاس خدایی را که مرا آغاز کرد و خود مرا پایان خواهد داد و همچون آغاز و انجام وجودم هر کاری را با نام او آغاز می‌کنم و با یاد او به پایان می‌رسانم.

پس از ستایش آفریننده هستی، استاد فرزانه و گرانقدرم جناب آقای دکتر محمود برجعلی را سپاس می‌گویم که مرا در انجام این کار یاری و پشتیبانی نمودند. از سرکار خانم دکتر مهناز خسروجاوید که مرا از مشاوره و لطف خویش بهره‌مند ساختند، قدردانی و سپاسگزاری می‌کنم و داوری خردمندانه و نگاه ظریف جناب آقای دکتر مقدس را ارج می‌نهم.

1.....چکیده

فصل اول: کلیات پژوهش

3.....مقدمه

8.....بیان مسئله

اهمیت و ضرورت

12.....پژوهش

اهداف

15.....پژوهش

15.....فرضیه های پژوهش

16.....تعاریف مفاهیم و واژگان اختصاصی پژوهش

16.....تعریف نظری

16.....میگرن

16.....اختلال وسواسی-اجباری

16.....نشخوار فکری

۱۷.....آموزش شناختی- رفتاری

۱۷.....تعریف عملیاتی

۱۷.....میگرن

۱۸.....اختلال وسواسی- اجباری

۱۸.....نشخوار فکری

۱۹.....آموزش شناختی- رفتاری

فصل دوم: بررسی متون

۲۱.....مقدمه

۲۲.....میگرن

۲۳	همه گیر شناسی و جنبه های بالینی.....
۲۵	میگرن بدون اورا.....
۲۵	میگرن همراه اورا.....
۲۶	آسیب شناسی.....
۲۶	فرضیه شیمیایی.....
۲۷	فرضیه عروقی.....
۲۷	فرضیه عصبی.....
۳۲	عوامل راه انداز.....
۳۳	رابطه تنیدگی و سردرد.....
۳۷	نظریه های روانشناختی سردرد.....
۳۷	نظریه های هیجانی.....
۳۸	نظریه های شناختی.....
۳۸	ویژگی های شخصیتی.....
۴۱	اختلالات روانپزشکی همبود.....
۴۳	پیامدهای فردی و اجتماعی سردرد.....
۴۵	درمان.....
۴۶	درمان های دارویی.....
۴۶	داروهای سریع الاثر.....
۴۹	داروهای پیشگیرنده.....
۵۲	درمان های غیر دارویی.....
۵۴	آموزش بیوفیدبک.....
۵۵	EMG بیوفیدبک.....
۵۶	بیوفیدبک دمایی.....
۵۷	Bππ بیوفیدبک.....

آموزش تن آرامی.....	۵۸
آموزش روانی پیشرونده.....	۵۹
آموزش خودزاد.....	۶۲
درمان های شناختی- رفتاری (درمان مدیریت بر تنیدگی).....	۶۳
ماهیت اختلال وسواسی- اجباری.....	۶۷
آلودگی.....	۶۹
تردید مرضی.....	۶۹
افکار مزاحم.....	۶۹
تقارن.....	۷۲
سایر الگوهای علایم.....	۷۲
ملاک های تشخیص اختلال وسواسی- اجباری.....	۷۲
ابعاد اختلال وسواسی- اجباری.....	۷۴
وسواس عملی.....	۷۴
وسواس فکری.....	۷۶
تصویرهای وسواسی.....	۷۶
افکار وسواسی.....	۷۶
تردیدهای وسواسی.....	۷۶
نشخوار فکری.....	۷۹
سبب شناسی و درمان اختلال وسواسی- اجباری.....	۸۰
دیدگاه زیستی.....	۸۰
انتقال دهنده عصبی: دستگاه سرتونرژیک.....	۸۰
دستگاه نورآدرنرژیک.....	۸۱
مطالعات انجام شده با تصویر برداری مغزی.....	۸۱
وراثت شناسی.....	۸۲

۸۲	درمان زیستی.....
۸۲	دارو درمانی.....
۸۳	جراحی روانی.....
۸۵	دیدگاه رفتاری.....
۸۸	درمان رفتاری.....
۸۸	شیوه های مواجهه.....
۹۰	شیوه های بازداری.....
۹۲	دیدگاه شناختی.....
۹۶	درمان شناختی.....
۱۰۰	پیشینه پژوهش.....
۱۰۰	پژوهش خارج از کشور.....
۱۰۵	پژوهش داخل کشور.....

فصل سوم: روش پژوهش و گردآوری اطلاعات

۱۱۰	طرح تحقیق.....
۱۱۰	جامعه آماری.....
۱۱۰	حجم نمونه و روش نمونه گیری.....
۱۱۰	روش نمونه گیری.....
۱۱۲	ابزار اندازه گیری و روایی و پایایی آن.....
۱۱۲	برنامه مصاحبه برای اختلالات $\Delta\Sigma M-I\zeta$ -نسخه تمام عمر.....
۱۱۲	پرسشنامه وسواسی- اجباری مادزلی.....
۱۱۳	روایی و پایایی پرسش نامه وسواسی- اجباری مادزلی.....
۱۱۸	پرسشنامه باورهای نامعقول مرتبط با وسواس های فکری.....
۱۱۸	روایی و پایایی پرسش نامه باورهای نامعقول مرتبط با وسواس های فکری.....
۱۱۹	روش اجرا.....

۱۲۰..... روش تجزیه و تحلیل داده ها.....

فصل چهارم: یافته های پژوهش

۱۲۸..... فرضیه اول پژوهش.....

۱۲۸..... مفروضه های تحلیل کوواریانس.....

۱۳۰..... فرضیه دوم پژوهش.....

۱۳۱..... مفروضه های تحلیل کوواریانس.....

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۱۳۴..... مقدمه.....

۱۳۴..... آموزش شناختی- رفتاری.....

۱۳۵..... بحث و نتیجه گیری.....

۱۴۴..... محدودیت های پژوهش.....

۱۴۴..... پیشنهادها.....

۱۴۴..... پیشنهادهای کاربردی.....

۱۴۵..... پیشنهادهای علمی- پژوهشی.....

۱۴۶..... منابع.....

پیوست

۱۵۷..... برنامه درمان.....

۱۷۲..... برنامه مصاحبه بازنگری شده اختلالات اضطرابی $A\Delta I\Sigma-P$

۱۷۵..... پرسشنامه وسواسی- اجباری مادزلی.....

۱۷۷..... پرسشنامه باورهای نامعقول مرتبط با وسواس های فکری.....

فهرست جداول و نمودارها.

شکل ۱-۲: نحوه تکامل مراحل مختلف

سردرد..... ۳۱

شکل ۲-۲: مدل ارتباطی تنیدگی، ارزیابی و فرایند مقابله در

سردرد..... ۳۵

شکل ۳-۲: نمودار سلسله مراتبی استفاده از داروهای

مسکن..... ۴۷

جدول ۴-۲: عمده ترین داروهای پیشگیرنده و دوز مصرف آنها در درمانهای دارویی

سردرد..... ۵۱

جدول ۱-۴: توزیع فراوانی تحصیلات افراد نمونه مورد مطالعه به تفکیک

گروه..... ۱۲۲

نمودار ۱-۴: نمودار فراوانی تحصیلات افراد مورد مطالعه به تفکیک گروه

..... ۱۲۳

جدول ۲-۴: توصیف آماری سن افراد مورد مطالعه به تفکیک

گروه..... ۱۲۳

نمودار ۲-۴: میانگین سن افراد مورد مطالعه به تفکیک

گروه..... ۱۲۴

جدول ۳-۴: توصیف آماری پیش آزمون و پس آزمون نمرات وسواس افراد مورد مطالعه به تفکیک

گروه..... ۱۲۴

نمودار ۳-۴: توصیف آماری پیش آزمون و پس آزمون نمرات وسواس افراد مورد مطالعه به تفکیک

گروه..... ۱۲۵

جدول ۴-۴: توصیف آماری نمرات پیش آزمون و پس آزمون عقاید (باورها) افراد مورد مطالعه به تفکیک

گروه..... ۱۲۵

نمودار ۴-۴: توصیف آماری نمرات پیش آزمون و پس آزمون عقاید (باورها) افراد مورد مطالعه به تفکیک گروه ۱۲۶. جدول ۴-۵: توصیف آماری دفعات حمله میگردن قبل از آموزش و بعد از آموزش افراد مورد مطالعه به تفکیک گروه ۱۲۷.

نمودار ۴-۵: نمودار میانگین دفعات حمله میگردن قبل از آموزش و بعد از آموزش افراد مورد مطالعه به تفکیک گروه ۱۲۸

جدول ۴-۶: نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به عنوان پیش فرض تحلیل کواریانس..... ۱۲۸

جدول ۴-۷: نتیجه آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس ها در نمرات عقاید (باورها)..... ۱۲۹

جدول ۴-۸: نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات عقاید (باورها) پس از تعدیل پیش آزمون..... ۱۲۹

جدول ۴-۹: نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به عنوان پیش فرض تحلیل کواریانس ۱۳۱

جدول ۴-۱۰: نتیجه آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس ها در دفعات حمله میگردن..... ۱۳۱

جدول ۴-۱۱: نتایج تحلیل کواریانس دفعات حمله میگردن بعد از آموزش پس از تعدیل دفعات قبل از آموزش..... ۱۳۲

چکیده:

سردرد شایعترین نشانه عصبی و یکی از شایعترین شکایات طبی است. برآورد شده که سالانه ۸۰ درصد جمعیت حداقل یکبار در سال دچار سردرد می شوند و ۱۰ تا ۲۰ درصد کسانی که به پزشک مراجعه می کنند شکایت اولیه شان از سردرد بوده است. میگرن در بین سرردها بعد از سردرد تنشی، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص می دهد. حملات سردرد در این افراد باعث غیبت از کار و اجتناب از فعالیتهای اجتماعی و شخصی می باشد. با توجه به اینکه برخی از اختلالات روانی به ویژه اختلالات افسردگی و اضطرابی می توانند باعث ایجاد سرردها، تشدید و مقاومت در برابر درمان گردند، پس با درمان به موقع این اختلالات روانی می توان به کاهش بروز سردرد و در نتیجه افزایش بهداشت جسمی- روانی و شغلی افراد کمک نمود.

اختلال وسواسی- اجباری به عنوان جزئی از طیف اختلالات اضطرابی دارای همبودی نسبتاً بالایی با میگرن می باشد و یکی از الگوهای شایع این اختلال، وجود افکار مزاحم مکرر به صورت نشخوار فکری می باشد، که در این مطالعه نیمه آزمایشی، با شیوه آموزش شناختی- رفتاری به درمان نشخوار فکری و بررسی تأثیر این درمان بر کاهش حملات سردرد پرداختیم. ۲۰ بیمار مبتلا به میگرن و اختلال وسواسی- اجباری به طور همزمان به شیوه نمونه گیری در دسترس از بین مراجعان مراکز روان شناسی و روان پزشکی شهر رشت انتخاب و به شیوه تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه آموزش شناختی- رفتاری به شیوه گروهی دریافت نموده و گروه کنترل، مداخله ای دریافت نکردند. نتایج پیش آزمون و پس آزمون به شیوه تحلیل کوواریانس توسط نرم افزار تحلیل گردید. تجزیه و تحلیل نتایج نشان داد با سطح معناداری ۹۹٪، تغییرات پس آزمون نسبت به پیش آزمون معنادار است به این معنی که آموزش فوق در کاهش نشخوار فکری و در نتیجه کاهش حملات میگرن مؤثر می باشد. مطالعات پیشین در این زمینه از نتایج مطالعه فوق حمایت نمودند

کلید واژه: میگرن، اختلال وسواسی- اجباری، نشخوار فکری، آموزش شناختی- رفتاری

فصل اول

کلیات پژوهش

حوزه های مختلف علوم، در قبال مسئله ذهن- بدن^۱ موضع گیری های متفاوتی دارند و عمدتاً تابع یکی از دو دیدگاه دوگانه نگر^۲ یا وحدت نگر^۳ هستند. دیدگاه وحدت نگر بر خلاف دوگانه نگر بر وحدت روان و تن و تعامل بین آنها تأکید می کند و بالطبع تأثیر متقابل آنها را بر هم می پذیرد. یکی از رشته هایی که این رویکرد و در واقع تأثیر عوامل روانی بر مسائل جسمانی را پذیرفته، طب روان تنی^۴ است. در این رشته، در مجموع اعتقاد بر این بود که عوامل روانشناختی در پیدایش تمام بیماری ها اهمیت دارند و بنابراین درصدد جستجوی علل روانشناختی اختلال های جسمی مثل آسم، آگزما و زخم معده بود. طب روان تنی امروزه بخشی از زمینه طب رفتاری^۵ است. در سال ۱۹۷۸، آکادمی ملی علوم، طب رفتاری را یک زمینه بین رشته ای مربوط به پیدایش و یکپارچگی معلومات و روش های رفتاری و طبی- زیستی وابسته به تندرستی و بیماری و تطبیق این معلومات و روش ها بر پیشگیری، تشخیص و توان بخشی تعریف کرده است. در چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۶ (۱۹۹۴) از اصطلاح طب روان تنی استفاده نشده است و به جای طب روان تنی، این مجموعه به توصیف عوامل روان شناختی موثر بر اختلالات طبی، به صورت یک یا چند مسئله روان شناختی یا رفتاری که اثر نامطلوب و قابل ملاحظه بر سیر یک اختلال طبی عمومی می گذارد، یا به طور قابل ملاحظه خطر پیامد نامطلوب را در شخص بالا می برد، می پردازد (سادوک^۷ و سادوک^۸، ۱۳۸۲ ص ۵۳۶-۵۳۴).

¹ body-mind

² Dualism

³ Monism

⁴ Psychosomatic Medicine

⁵ Behavioral Medicine

⁶ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 TR (DSM-IV)

⁷ Sadock, G.B

⁸ Sadock, V

از بین عمده ترین عوامل روان شناختی که بر وضعیت طبی و سلامت افراد تأثیر می گذارد، می توان به تنیدگی اشاره کرد. در دهه ۱۹۲۰، والتر کنون^۱ نخستین مطالعه منظم را در ارتباط با تنیدگی و بیماری هدایت نمود. او نشان داد که تحریک سلسله اعصاب خودکار، به خصوص سیستم سمپاتیک، ارگانیزم را برای پاسخ «ستیز یا گریز»^۲ که با افزایش فشارخون، تپش قلب و افزایش برون ده قلب مشخص است، آماده می سازد. این واکنش در حیواناتی که توان گریز داشتند مفید بود، اما در انسانی که به دلیل تمدن، نه قدرت ستیز دارد نه گریز، تنیدگی حاصل موجب بروز بیماری می گردد. پس از او سلیه^۳، طی سلسله تحقیقاتی کاربرد مفهوم تنیدگی را در زیست شناسی و پزشکی مطرح نمود. او بر اساس تحقیقات خود، نتیجه گرفت که تنیدگی تقریباً در تکوین و پدیدآیی هر بیماری تا حدودی نقش دارد و ناتوانی برای مقابله با تنیدگی زها می تواند منجر به اختلال در سازگاری شود. بدن در مقابل تنیدگی، از طریق به حرکت در آوردن پاسخ هایی که در پی کاهش عامل تنیدگی زا و بازگرداندن حالت تعادل بدن است، واکنش نشان می دهد. البته در تحقیقات و کارهای سلیه، فقط وقایع فیزیکی (سرما، شوک الکتریکی و آسیب جسمانی) تحت عنوان تنیدگی زا تعریف شده بود و اولین بار وولف^۴ برای تبیین ماهیت تنیدگی، از فرمول بندی روانی- اجتماعی استفاده کرد. او معتقد بود انسان نه فقط به تجربه واقعی خطر، بلکه نسبت به تهدیدها و نماد های خطر نیز واکنش نشان می دهد و در واقع در خلال تنیدگی، متغیرهای فیزیولوژیکی و روانی- اجتماعی با هم تعامل کرده و سبب ایجاد یک اختلال روانی- اجتماعی خود می شود (رینز^۵ و همکاران، ۲۰۰۵).

¹ Walter Canon

² fight or flight

³ Selye

⁴ Wolf

⁵ Rains

تندگی با ماهیت روانی - اجتماعی خود همبسته های فیزیولوژیکی دارد که همراه با آسیب پذیری عضوی ژنتیک، بعضی از مردم را نسبت به اختلال روان تنی مستعد می سازد. عضو آسیب پذیر ممکن است در هر جای بدن قرار گرفته باشد. بر این اساس، ممکن است سیستمهای متعدد بدنی تحت تأثیر تندگی قرار گرفته و بیماری های مختلفی مثل بیماری های قلبی- عروقی، بیماری های تنفسی یا معدی - روده ای، بیماری های سیستم ایمنی، بیماری های پوستی یا سردرد، در فرد بروز کند (استوارت^۱ و لاریا^۲، ۱۹۹۸ نقل از سجادی نژاد، ۱۳۸۵). از این میان، سردرد یکی از شایع ترین این گونه اختلالات است. به طوری که بیش از ۹۰ درصد مردم، حداقل یک روز در سال به سردرد مبتلا می شوند و ۱۰ تا ۱۲ درصد کسانی که به پزشک مراجعه می کنند، شکایت اولیه شان سردرد است (گتچل^۳ و بلانچارد^۴، ۱۹۹۷ نقل از سجادی نژاد، ۱۳۸۵). البته در بیشتر افراد، سردردها خفیف و گذرا هستند و با مصرف داروهای مسکن یا کمی استراحت بهبود پیدا می کنند، اما گاهی اوقات نیز ممکن است آنقدر شدید یا تکراری شوند که در فعالیت های اجتماعی، شغلی یا حتی تفریحی افراد اختلال ایجاد کنند. در چنین مواردی سردرد به عنوان یک اختلال بالینی سزاوار توجه ویژه است. زیرا تحقیقات نشان داده که این گونه سردردها، صرفنظر از درد و ناراحتی ناشی از آن، تأثیرات بسیار نامطلوبی بر سبک زندگی، احساس بهزیستی و فعالیت های اجتماعی فرد مبتلا می گذارد.

در این خصوص، سولومون^۵ و دالوف^۶ (۲۰۰۰، نقل از سجادی نژاد، ۱۳۸۵) نشان داده اند که افراد مبتلا به سردرد مشکلاتی مانند پایین بودن سطح کیفیت زندگی^۷، احساس خرسندی و بهداشت روانی، نارسایی در

¹ Stuart

² Laria

³ Gatchel

⁴ Blanchard

⁵ Solomon

⁶ Dahlof

⁷ Quality of life

جنبه های مختلف به زیستی و کنش وری و ناتوانی در ایفای نقش را نسبت به جمعیت عادی، بیشتر تجربه می کنند و آندراسیک^۱ و همکاران (۱۹۸۲، نقل از همان منبع) نیز به مشکلاتی در کارکرد روانشناختی این افراد اشاره کرده اند.

این گونه سردردها، که خود به عنوان رده ای از اختلالات بالینی متمایز، مد نظر قرار می گیرند، انواع متعددی دارند که از فراوانترین آنها می توان به میگرن^۲ و سردردهای تنشی^۳ اشاره کرد، به طوری که بیشتر افرادی که به دلیل سردرد به مراکز تخصصی مراجعه می کنند، تشخیص میگرن یا سردرد تنشی دریافت می کنند (گاتی^۴ و همکاران، ۱۹۹۶؛ هالروید^۵ و پنزی^۶، ۱۹۹۴؛ شیرزادی و همکاران، ۱۳۷۴، نقل از همان منبع).

بر طبق ملاکهای تشخیصی انجمن بین المللی سردرد^۷ (۱۹۸۸)، میگرن نوعی سردرد دوره ای است که معمولاً در زمان شروع یک طرفه است، اما ممکن است به قسمتهای دیگر نیز تعمیم یابد. در سردرد میگرنی درد معمولاً ضرباندار است، شدت آن بین متوسط تا شدید متغیر است، اغلب با تحریک پذیری، حالت تهوع، استفراغ، نورهراسی، صداهراسی همراه بوده و با فعالیتهای جسمانی شدت آن افزایش می یابد. میگرن در بین سردردها بعد از سردرد تنشی، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص می دهد. به طوری که گزارش شده ۵/۷٪ مردان و ۱۷/۶٪ زنان در هر سال یکبار یا بیشتر به سردردهای میگرنی مبتلا می شوند (گتچل و بلانچارد، ۱۹۹۷، نقل از سجادی نژاد، ۱۳۸۵). به علاوه در بسیاری از اختلالات روان پزشکی و از جمله اضطراب و افسردگی

^۱ Andrasik

^۲ Migraine

^۳ Tension-type Headache

^۴ Gauthier

^۵ Holroyd

^۶ Penzien

^۷ International Headache Society (IHS)

اغلب سردرد شکایت بارزی است و نیز وجود اختلالات روان پزشکی همبود به ویژه اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سردرد امری کاملاً پذیرفته شده است. نتایج به دست آمده از مطالعات نشان می دهد که اضطراب و افسردگی یکی از مسائل مهم منجر به بستری بیماران دچار میگرن در بیمارستان است (برسلو^۱، ۲۰۰۰؛ زیگلر^۲، ۱۹۹۵، نقل از سزاوار، ۱۳۸۲). در موارد سردردهای مقاوم (بیش از ۴ روز در هفته) و یا سردردهای ناتوان کننده (اختلال فعالیت روزمره به دلیل سردرد بیشتر از ۳ روز در هفته) اضطراب به طور واضح افزایش نشان می دهد (اول^۳، ۲۰۰۲؛ هالروید، ۲۰۰۰، نقل از سزاوار، ۱۳۸۲). سایر مطالعات نشان می دهد که شناس اختلالات روانی در بیماران میگرنی بیشتر از افراد غیر میگرنی بوده و در همین راستا در مطالعاتی در موارد سردرد مزمن همراه با اختلال روانی، ۵۸ درصد میگرن گزارش شده است (واکوگنک^۴، ۲۰۰۳). مطالعات نقش عملکرد اضطراب را در برانگیخته شدن و تداوم سردرد میگرنی با ارزش گزارش نموده اند (پسا^۵، ۲۰۰۴). داده های تجربی موجود، نشان دهنده تاثیر اختلالات روان

پزشکی برافزایش سردرد و کاهش تاثیرات درمان در افراد مبتلا به سردرد می باشد (واسکانسلوس^۶ و همکاران، ۲۰۰۸؛ لیپچیک^۷ و همکاران، ۲۰۰۶). ذکر این نکته حائز اهمیت است که در تشخیص، پیش آگهی و درمان سردرد های مزمن، به ویژه سردردهای میگرنی بایستی به ارزیابی جنبه های روانی همراه با سردرد توجه کافی مبذول نمود و غربالگری مبتلایان به سردردهای میگرنی را از جهت وجود اختلالات خلقی و اضطرابی در جامعه کنونی ما با هدف درمان مناسب تر و کارآمدتر مورد توجه قرار داد. درمان سریع و به موقع اختلالات

1. Breslau

2. Ziegler

3. Ole

4. Wacognec

5. Pesa

6. Vasconcelos

7. Lipchik GL

روانی مذکور می تواند از مزمن شدن سردرد جلوگیری نماید. از طرف دیگر هزینه های درمانی و بازتوانی نیز کاهش خواهد یافت (سیلبراستاین^۱، ۲۰۰۳).

بیان مسئله

میگرن یک سردرد ضربان دار تکرار شونده با علائم گذرای عصبی است. حملات سردرد معمولاً یک طرفه شروع می شوند و همراه تهوع، استفراغ، گریز از نور و صدا هستند و در اکثر موارد سابقه فامیلی در این گونه بیماران وجود دارد (لوئیس^۲، ۲۰۰۵).

میگرن به دو نوع میگرن کلاسیک یا میگرن همراه اورا^۳ یا علائم هشدار دهنده و میگرن شایع یا بدون اورا تقسیم می گردد (ماریس^۴، ۲۰۰۱، نقل از سجادی نژاد، ۱۳۸۵).

در بررسی ریان^۵ و ویلاریل^۶ نشان داده شد که اضطراب یکی از مسائل مهم منجر به بستری کردن بیماران دچار میگرن در بیمارستان می باشد و در افرادی که سردردهای غیر ارگانیک مزمن دارند، شیوع اختلالات روانی بالاتر بوده و اضطراب به عنوان یکی از متغیرهای سردرد های مزمن مطرح گردیده است. نکته قابل توجه این است که رابطه بین میگرن و اختلالات اضطرابی را فقط یک رابطه همبستگی نباید در نظر گرفت (باسکین^۷، ۲۰۰۶) و وجود رابطه علی بین این دو اختلال بسیار قابل تأمل می باشد (باسکین و همکاران، ۲۰۰۶؛ باسکین، ۲۰۰۷). بسیاری از محققان باور دارند که یک شاهراه آسیب شناختی مشترک بین این دو اختلال وجود دارد و آن سیستم سرتونرژیک درگیر در این دو

1. Silberstein

2. Lewis

3. Aura

4. Maurice

5. Ryan

6. Villarreal

7. Baskin

اختلال می باشد (جوآنک^۱، ۲۰۰۰، رادات^۲، ۲۰۰۵، تورلی^۳، ۲۰۰۶) و بنابر این در تشخیص، پیش آگهی و درمان میگرن بایستی به جنبه های روانی همراه آن توجه بیشتری نمود و درمان روان شناختی را به عنوان درمان مکمل مد نظر داشت چرا که درمان موفق میگرن وابسته به تشخیص حالات اضطرابی می باشد.

اختلالات اضطرابی دارای طیف گسترده ای می باشند که یکی از زیر مجموعه های آن اختلال وسواسی- اجباری^۴ می باشد و در تحقیقات مختلف همبودی آن با سردرد میگرنی به اثبات رسیده است (واسکانسلوس^۵ و همکاران، ۲۰۰۸؛ باسکین، ۲۰۰۷؛ باسکین و همکاران، ۲۰۰۶؛ سارین^۶ و همکاران، ۲۰۰۶؛ ساوارس^۷، ۲۰۰۵). در مطالعاتی توسط باسکین و همکاران (۲۰۰۶) و میزلس^۸ و همکاران (۲۰۰۶) درصد شیوع شیوع اختلال وسواسی- اجباری در افراد میگرنی ۵ برابر بیشتر از گروه غیر میگرنی نشان داده شد. برای توصیف جنبه های مختلف اختلال وسواسی- اجباری، معمولاً از دو اصطلاح استفاده می شود: تشریفات^۹، نشخوار فکری^{۱۰}. نشخوار فکری، رشته افکاری است بی ثمر، تکراری و دنباله دار^{۱۱} درباره موضوع یا زمینه معین (شاپوریان، ۱۳۸۵). بعضی از متخصصان بالینی از اصطلاح نشخوار فکری جهت اشاره به همه گونه افکار وسواسی استفاده می کنند، که اقدامی گمراه کننده است. به طور کلی نشخوار فکری بر خلاف وسواس فکری، به صورت کاملاً تنظیم شده بخش هشیار ذهن بیمار را میدان تاخت و تاز قرار نمی دهد و دارای محتوی کاملاً

1. Juang

2. Radat

3. Torelli

4. Obsessive-compulsive disorder

5. Vasconcelos

6. Sareen

7. Savarese

8. Maizels

9. ritual

10. rumination

11. prolonged

روشن و مشخص نیست. از نظر بالینی چنین به نظر می‌رسد که پیش از پیدایش نشخوار فکری، نوعی رفتار وسواسی وجود دارد که به نشخوار فکری می‌انجامد و به طور کلی موضوع بسیاری از نشخوار های فکری بیماران گرفتار وسواس گرد محور مباحث مذهبی، فلسفی و یا متافیزیکی می‌چرخد، از جمله جهان هستی، زندگی پس از مرگ، ماهیت اخلاقیات و مسایل دیگر از این قبیل (شاپوریان، ۱۳۸۵).

تا قبل از دهه ۱۹۷۰ اختلال وسواسی - اجباری یک اختلال مقاوم به درمان قلمداد می‌شد که نیازمند درمان مادام‌العمر بود، اما بررسیهای تجربی انجام شده در چند دهه اخیر منجر به شناسایی و معرفی روشهای رفتاری موثری تحت عنوان مواجهه و بازداری از پاسخ^۱ گردید. استفاده از این روش ترکیبی که کارآیی آن با پژوهشهای باز و کنترل شده متعدد نشان داده شده (مارکس^۲ و همکاران، ۱۹۸۸؛ کتراکس^۳، مولارد^۴، بووارد^۵، بووارد^۵، ۱۹۹۲؛ مارکس ۱۹۹۳؛ فوا^۶ و همکاران، ۲۰۰۰ نقل از مکملی و همکاران، ۱۳۸۴) پیش آگهی این اختلال را تغییر داده است. اخیراً روشهای شناختی در درمان این اختلال مورد توجه قرار گرفته اند که دال بر دخالت اجزای شناختی در این اختلال می‌باشند.

نظریه شناختی اختلال وسواسی - اجباری پیشنهاد می‌کند که تفسیر فاجعه آمیز در زمینه اهمیت افکار مزاحم باعث بروز و تداوم این افکار می‌گردد. جامع ترین تحلیل شناختی برای اختلال وسواسی - اجباری (سالکوویسکیس^۷، ۱۹۸۹؛ کلارک^۸ و فربورن^۹، ۱۹۸۹ نقل از مکملی و همکاران، ۱۳۸۴) پیشنهاد می‌کند که که افکار وسواسی مزاحم محرک راه اندازی انواع مشخصی از افکار اتوماتیک هستند. بر پایه این نظریه، یک

1. exposure & response prevention

2. Marks

3. Cottraux

4. Mollard

5. Bouvard

6. Fova

7. Salkoviskis

8. Clark

9. Fairburn