

## اثربخشی روش درمان شناختی رفتاری در کاهش سردرد تنشی مزمن

دکتر مجید صدوقی\*<sup>۱</sup>، دکتر گودرز عکاشه\*\*

\*استادیار گروه روانشناسی- دانشگاه کاشان، \*\*استادیار گروه روانپزشکی- دانشگاه علوم پزشکی کاشان

تاریخ دریافت: ۸۷/۵/۲۱ تاریخ تایید: ۸۷/۱۰/۶

### چکیده:

زمینه و هدف: سردرد تنشی شایع ترین نوع سردرد است که موجب افت شدید کارکرد روزانه افراد می شود. از آنجا که دارو درمانی به تنهایی در درمان بسیاری از این بیماران به اندازه کافی مفید نیست، لذا این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش سردرد بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن در زنان انجام گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه کارآزمایی بالینی ۳۸ زن مبتلا به سردرد تنشی مزمن مراجعه کننده به مطب‌های روانپزشکی و مغز و اعصاب شهرستان کاشان بصورت تصادفی در دو گروه دارودرمانی توام با درمان شناختی رفتاری (گروه مورد) و گروه دارودرمانی تنها (گروه شاهد) تقسیم شدند. آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله، روزنگار سردرد را برای مدت یک هفته تکمیل نمودند و اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: پس از مداخله به ترتیب در گروه مورد و شاهد میانگین شاخص‌های دفعات سردرد  $6/16 \pm 2/43$  و  $7/05 \pm 2/28$  شدت سردرد  $1/52 \pm 0/41$  و  $1/79 \pm 0/45$  و مدت سردرد  $1/53 \pm 0/39$  و  $2/15 \pm 0/75$  به دست آمد. نتایج تحلیل کواریانس با حذف اثر پیش آزمون نشان داد که بین دو گروه مورد و شاهد توام در شاخص‌های دفعات ( $P < 0/01$ )، شدت ( $P < 0/05$ ) و مدت سردرد ( $P < 0/01$ ) تفاوت معنی دار آماری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه افزودن درمان شناختی رفتاری به دارودرمانی در کاهش سردرد تنشی مزمن موثر است. لذا توصیه می شود این روش درمانی در درمان این بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: سردرد تنشی، دارو درمانی، درمان رفتاری، درمان شناختی.

### مقدمه:

برای سردرد تنشی را ۷۸ درصد (۶۹٪ مردان و ۸۸٪ زنان) گزارش کردند. این مطالعه نشان می‌دهد که میزان بروز و شیوع سردرد تنشی بسیار بیشتر از آن است که پیش از این تصور می‌شد (۵).

عوامل بیولوژیکی به تنهایی نمی‌توانند آسیب‌پذیری نسبت به تجربه اختلال سردرد، زمان حمله آن و سیری که طی می‌کند را به خوبی تبیین نمایند. همچنین عوامل بیولوژیکی نمی‌توانند به طور کامل تسریع و تشدید و حمله‌های سردرد فرد یا ناتوانی مرتبط با سردرد و همچنین کیفیت زندگی را تبیین نمایند. استرس زندگی یک عامل روانی اجتماعی است که عموماً به عنوان یک

سردرد یکی از رایج‌ترین شکایت‌های مورد بررسی در کلینیک‌های نورولوژی است. اکثر این سردردها از نوع میگرن یا سردرد تنشی (Tension type headache) هستند (۱). سردرد تنشی شایع ترین نوع سردرد است (۲) که با درد دو طرفه، غیر ضربانی (فشار یا سفتی، درد کند، شبیه بانداژ یا کلاه)، درد خفیف یا متوسط که بتواند مانع فعالیت‌های روزانه شود مشخص می‌شود (۳). و با افزایش دفعات و شدت سردرد تنشی تاثیر آن بر کارکرد روزمره به همان نسبت بیشتر می‌شود (۴).

Rasmussen و همکاران با استفاده از معیارهای تشخیصی جامعه بین المللی سردرد، شیوع تمام عمر

عامل اصلی در سردرد شناخته شده است (۶). این مسئله به صورت گسترده مورد قبول قرار گرفته است که عوامل روانشناختی جزء عوامل برانگیزاننده سردرد بوده و برخی از افراد را مستعد ابتلا به سردرد می‌کنند.

پیشرفت‌های تئوریک و رشد فزآینده تحقیقات، مبانی لازم برای مفهوم‌سازی سردرد به عنوان یک اختلال روانی فیزیولوژیکی (اختلال جسمی که تحت تأثیر استرس‌های روانی اجتماعی و محیطی قرار دارد) فراهم آورده و سرانجام باعث به وجود آمدن و بکارگیری درمان‌های رفتاری معاصر برای سردرد شده است. چنین درمان‌هایی، واکنش‌های فیزیولوژیکی مرتبط با سردرد در بیمار (برای مثال، آموزش آرمیدگی، بیوفیدبک) یا رفتارها، هیجان‌ها و شناخت‌ها (مانند درمان شناختی رفتاری یا مدیریت استرس) را هدف قرار می‌دهند. در طی سه دهه گذشته، شواهد قابل ملاحظه‌ای در حمایت از این درمان‌های رفتاری سردرد ارائه شده است. بررسی‌های فراتحلیلی ادبیات پژوهش، متفقاً نشان داده‌اند که مداخله‌های رفتاری، ۳۵ تا ۵۵ درصد بهبود در میگرن و سردرد تنشی را به بار آورده و این نتایج به طور معنی داری بهتر از شرایط کنترل است. قدرت این شواهد باعث شده است که بسیاری از تشکیلات تخصصی در این زمینه، استفاده از درمان‌های رفتاری سردرد را در کنار درمان‌های دارویی برای سردرد عمده توصیه نمایند (۷).

به علاوه، دارودرمانی برای بسیاری از بیماران مبتلا به سردرد تنشی به اندازه کافی مفید نیستند. به طوری که آمی‌تریپتیلین به عنوان متداول‌ترین درمان دارویی برای سردرد تنشی به طور متوسط باعث ۳۳ درصد کاهش در فعالیت سردرد می‌شود (۸). از سوی دیگر اگر داروها برای درمان و پیشگیری از درد، اثربخشی کامل و بدون استثنایی داشت و فاقد اثرات جانبی بود، هیچ دلیلی برای بررسی جنبه‌های دیگر وجود نداشت. اما امروزه درک و تغییر نگرش‌ها و رفتار انسان، یک مؤلفه اساسی در مراقبت از کسانی است که از سردرد رنج می‌برند. در مقابل، غفلت از این جنبه‌ها

دلیل مهمی در شکست درمان سردرد است (۹). برنامه‌های شناختی رفتاری که به آموزش بیمار، آموزش مهارت‌های خودتنظیمی (مثل آموزش آرمیدگی) و آموزش مهارت‌های مقابله با استرس و درد می‌پردازد می‌تواند به درمان طبی متداول و استاندارد اضافه شود تا نیازهای روانشناختی، رفتاری و سبک زندگی مبتلایان به سردرد را برطرف نماید (۱۰، ۱۱، ۱۲). با توجه به اینکه سردرد تنشی مزمن به واسطه درد و کاهش کارکرد فرد و نیز کاهش بهره‌وری شغلی و افزایش استفاده از خدمات بهداشتی هزینه زیادی را بر فرد و جامعه تحمیل می‌کند، به نظر می‌رسد که سردرد تنشی یک مشکل بهداشتی مهم است و یافتن شیوه‌های کنترل و درمان این مشکل می‌تواند از اهمیت به سزایی برخوردار باشد و اینکه هیچ پژوهشی در ایران که به مقایسه دارودرمانی تنها و دارودرمانی توأم با درمان شناختی رفتاری (درمان ترکیبی) در کاهش سردرد تنشی مزمن پرداخته باشد وجود ندارد. این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کنار درمان دارویی متداول در تسکین سردرد تنشی انجام شد.

### روش بررسی:

این پژوهش یک مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی بود که با تایید کمیته اخلاق دانشگاه اصفهان صورت گرفت. روش مورد استفاده در این پژوهش، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد است. جامعه آماری در این پژوهش افراد مبتلا به سردرد تنشی مزمن بودند که به مطب‌های روانپزشکی و مغز و اعصاب شهرستان کاشان مراجعه داشتند. نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۸ نفر از بیماران زن مبتلا به سردرد تنشی مزمن بود که به صورت در دسترس از بین بیماران مراجعه‌کننده در روزهای زوج هفته (و در برخی از ماه‌ها در روزهای فرد هفته) انتخاب شدند و سپس، به صورت تصادفی به یکی از دو گروه آزمایش یا کنترل

تقسیم شدند. تشخیص ابتلا به سردرد تنشی مزمن توسط روانپزشک و یا متخصص مغز و اعصاب بر اساس معیارهای جامعه بین المللی سردرد (دومین طبقه بندی بین المللی اختلال های سردرد (ICHD-II) (۱۳)، سن بین ۱۸ تا ۳۵ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، زبان فارسی، تمایل به شرکت در طرح و داشتن بهره هوشی حداقل در حد متوسط از معیارهای ورود به مطالعه بودند. همچنین، ابتلا به یکی از بیماری های جسمانی شدید، اختلال های نورولوژیک جدی یا وجود نشانه های روان گسستگی، عدم تمایل به ادامه درمان و بروز افکار جدی خودکشی و احتمال خطر خودکشی که نیاز به مداخله فوری را ایجاب نماید از معیارهای خروج از مطالعه بود.

از آنجا که درمان به صورت انفرادی انجام می شد، نمونه برداری تا رسیدن به حجم نمونه مناسب در طول دوره زمانی پاییز و زمستان ۱۳۸۶ ادامه یافت. حجم نهایی نمونه این پژوهش در گروه دارودرمانی توام با درمان شناختی رفتاری شامل ۱۸ زن و در گروه دارودرمانی شامل ۲۰ نفر زن مبتلا به سردرد تنشی مزمن بود.

برای اطمینان از انتخاب مناسب آزمودنی ها و بررسی ملاک های لازم برای گروه های مورد و شاهد، هر یک از آزمودنی ها توسط متخصص روانپزشکی یا مغز و اعصاب جهت تشخیص ابتلا به سردرد تنشی مزمن مورد مصاحبه تشخیصی بر اساس معیارهای تشخیصی کمیته طبقه بندی جامعه بین المللی سردرد (۱۳) قرار گرفت.

اثر بخشی مداخله به وسیله سنجش یادداشت های روزانه بیماران در ابتدا و انتهای دوره درمان که دفعات، شدت و مدت تکرار سردرد را ثبت می کنند بررسی شد (۲، ۱۱). ابزاری که به این منظور بکار رفت روزنگار سردرد (Headache diary) بود. این ابزار برای ارزیابی سردرد در طول شبانه روز به کار می رود. نمره گذاری این چک لیست بدین صورت است که آزمودنی بر حسب میزان تجربه سردرد در چهار نوبت

در روز و به مدت یک هفته، در سه شاخص دفعات، شدت و مدت سردرد، نمره های جداگانه کسب می کند. شاخص دفعات سردرد شامل تعداد دفعاتی بود که آزمودنی در ۲۸ نوبت - چهار نوبت در هفت روز هفته - سردرد خود را در این چک لیست گزارش می کرد و نمره ای بین صفر تا ۲۸ دریافت می کرد. میانگین شدت سردردهای گزارش شده در هر هفته، بر حسب مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (با دامنه نمره های بین ۱ تا ۵) به عنوان شاخص شدت در نظر گرفته می شد. این میانگین از تقسیم مجموع نمره های شدت سردرد بر تعداد دفعات تجربه سردرد به دست می آمد. میانگین مدت تجربه سردرد، از مجموع مدت زمان تجربه سردرد - بر حسب ساعت - تقسیم بر تعداد دفعات تجربه سردرد به دست می آمد. روزنگار سردرد به ۵ نفر متخصص مغز و اعصاب و روانپزشک داده شد و از این طریق روایی صوری و محتوایی این ابزار تایید گردید. ضریب اعتبار روزنگار سردرد از طریق بازآزمایی در فاصله دو هفته، برای شاخص های دفعات، شدت و مدت سردرد به ترتیب، ۰/۹۲، ۰/۸۸ و ۰/۸۴ بود که ضرایب همبستگی مذکور در سطح آلفای ۵ درصد معنی دار بود.

درمان دارویی برای هر دو گروه توسط روانپزشک یا متخصص مغز و اعصاب و با استفاده از پروتکل درمان دارویی استاندارد و متداول برای سردرد تنشی شامل آنتی دپرسانت های سه حلقه ای (تا ۱۰۰ میلی گرم آمی تریپتیلین در روز یا ۷۵ میلی گرم نورتریپتیلین در روز) تجویز شد و افراد مجاز به استفاده از هیچ داروی ضد درد یا مسکنی نبودند. در گروه مورد، علاوه بر دارودرمانی، درمان شناختی رفتاری با الگوی آموزش مدیریت استرس (stress management training) (SMT) نیز ارائه گردید. درمان شناختی رفتاری (آموزش مدیریت استرس) شامل یک مؤلفه مدیریت استرس خاص به همراه برخی از عناصر خود تنظیمی فیزیولوژیک مانند آموزش آرمیدگی بود. آموزش مدیریت استرس برای سردرد نوعاً مستلزم آموزش

## یافته‌ها:

میانگین سنی گروه مورد  $26/27 \pm 3/33$  و گروه شاهد  $27/7 \pm 4/24$  سال بود. در گروه مورد،  $16/6$  درصد مجرد و  $83/3$  درصد متأهل و در گروه شاهد  $20$  درصد مجرد و  $80$  درصد متأهل بودند. در گروه مورد  $44/6$  درصد وضعیت اقتصادی خود را کمتر از حد کفاف،  $45$  درصد در حد کفاف و  $5/6$  درصد بیش از کفاف توصیف نمودند. در گروه شاهد،  $45$  درصد وضعیت اقتصادی خود را کمتر از حد کفاف،  $45$  درصد در حد کفاف و  $5$  درصد بیش از کفاف گزارش نمودند. میانگین سابقه بیماری در گروه مورد  $14/27 \pm 6/21$  ماه و در گروه شاهد  $12/70 \pm 6/97$  ماه بود که این اختلاف ها از نظر آماری معنی دار نبود ( $P > 0/05$ ).

پس از مداخله به ترتیب در گروه مورد و شاهد میانگین شاخص های دفعات سردرد  $6/16 \pm 2/43$  و  $7/5 \pm 2/28$ ، شدت سردرد  $1/52 \pm 0/41$  و  $1/79 \pm 0/45$  و مدت سردرد  $1/53 \pm 0/39$  و  $2/15 \pm 0/65$  به دست آمد (جدول شماره ۱).

نتایج تحلیل کواریانس با حذف اثر پیش آزمون نشان داد تفاوت بین میانگین های نمرات دو گروه دارودرمانی تنها و دارودرمانی به اضافه درمان شناختی رفتاری در شاخص دفعات سردرد ( $P < 0/001$ )، شاخص شدت سردرد ( $P < 0/05$ ) و شاخص مدت سردرد ( $P < 0/001$ )

روش های انطباقی تر برای تفسیر چالش های زندگی و مقابله با آنها به افراد مبتلا به سردرد است ( $15,14$ ). قسمتی از این رویکرد می تواند متمرکز بر تغییر رفتارهای بهداشتی (مانند کاهش کافئین و بهداشت خواب) باشد که به عنوان عوامل تشدیدکننده سردرد شناخته شده اند ( $17,16$ ). اگر چه تصدیق می کنیم که مهارت های مدیریت سردرد می تواند طول مدت و شدت اپیزودهای سردرد را کاهش دهد تاکید می کنیم که درمان شناختی رفتاری باید به صورت منظم با هدف «پیشگیری» از اپیزودهای سردرد مورد استفاده قرار گیرد. در اغلب موارد، درمان توأم با آموزش آرمیدگی عضلانی بوده و شش تا هشت جلسه به طول می انجامید.

به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون آماری تحلیل کواریانس استفاده شد. به این ترتیب که نوع مداخله درمانی به عنوان متغیر مستقل، نمرات پس آزمون هر یک از شاخص های دفعات، شدت و مدت سردرد به عنوان متغیر وابسته و نمرات پیش آزمون شاخص های مذکور به عنوان متغیر همگام وارد تحلیل شد. دلیل استفاده از تحلیل کواریانس در این پژوهش، افزایش دقت و حذف اثر تفاوت های اولیه در شاخص های سردرد (دفعات، شدت، مدت) بود.

## جدول شماره ۱: مقایسه متغیرهای مورد بررسی در دو گروه مورد مطالعه

شاخص های سردرد	گروه شاهد		گروه مورد	
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله
دفعات**	$13/05 \pm 3/03$	$7/5 \pm 2/28$	$13/88 \pm 3/28$	$6/16 \pm 2/43$
شدت*	$2/84 \pm 0/60$	$1/79 \pm 0/45$	$3/12 \pm 0/43$	$1/52 \pm 0/41$
مدت**	$3/41 \pm 1/05$	$2/15 \pm 0/65$	$3/39 \pm 0/76$	$1/53 \pm 0/39$

گروه شاهد: دریافت دارودرمانی تنها  
گروه مورد: دریافت درمان شناختی رفتاری به همراه درمان دارویی  
داده ها به صورت «انحراف معیار  $\pm$  میانگین» می باشد.  
 $P < 0/05$  بین دو گروه \*  
 $P < 0/001$  بین دو گروه \*\*

## جدول شماره ۲: نتایج تحلیل کواریانس تاثیر درمان شناختی رفتاری بر شاخص‌های سردرد

شاخص‌های سردرد	متغیرها	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماري
دفعات سردرد	پیش آزمون	۱۱۲/۴۳	۴۵/۲	$P < 0/01$	۰/۵۶	۱
	اختلاف گروهی	۳۰/۲۳	۱۲/۱۵	$P < 0/01$	۰/۲۵	۰/۹۲
شدت سردرد	پیش آزمون	۱/۰۲	۶/۱۱	$P < 0/05$	۰/۱۴	۰/۶۷
	اختلاف گروهی	۱/۱۱	۶/۶۷	$P < 0/05$	۰/۱۶	۰/۷۱
مدت سردرد	پیش آزمون	۶/۹۵	۶۴/۷	$P < 0/01$	۰/۶۴	۱
	اختلاف گروهی	۳/۴۹	۳۲/۵	$P < 0/01$	۰/۴۸	۱

از اشکال خود تنظیمی فیزیولوژیک است (مثل آموزش آرمیدگی یا بیوفیدیک) (۲۰). درمان شناختی رفتاری (آموزش مدیریت استرس) روش‌های انطباقی تر تفسیر (یعنی بازسازی شناختی) و مدیریت استرس از طریق به کارگیری مهارت‌های مقابله را برای مبتلایان به سردرد فراهم می‌آورد. این راهبردهای رفتاری برای بهبود مدیریت استرس کاملاً مؤثر هستند و احتمالاً می‌توانند در پیشگیری/ درمان پیشرفت سردرد هم اثربخشی مشابهی داشته باشند (۲۱).

برای بسیاری از کسانی که به واسطه سردرد ناتوان شده‌اند، برنامه‌های دارودرمانی که عامل‌های پروفیلاکتیک را با تریپتان‌ها ترکیب می‌کند فایده چندانی ندارد (۲۲، ۲۳). از سوی دیگر، در حالی که ثابت شده است مداخله‌های رفتاری استاندارد باعث کاهش ۴۰ تا ۶۰ درصدی در متوسط سردرد فرد می‌شود (۲۴)، افراد با سطوح بالای ناتوانی ناشی از سردرد به مداخله‌های رفتاری وقتی به تنهایی انجام می‌شود- به ویژه آنهایی که به شکل درمان مبتنی بر خانه اجرا می‌شود- به خوبی پاسخ نمی‌دهند (۲۵، ۳). اگر این درمان‌ها مستقیماً عوامل روانشناختی و رفتاری و نیز عوامل بیولوژیک که در این عارضه نقش دارند بررسی و حل و فصل نماید اثربخشی درمان برای این افراد افزایش خواهد یافت (۲۶، ۳).

معنی دار است (جدول شماره ۱). میزان تاثیر درمان شناختی رفتاری در شاخص دفعات سردرد ۲۵ درصد، در شاخص شدت سردرد ۱۶ درصد و در شاخص مدت سردرد ۴۸ درصد می‌باشد. توان آماری بالا (بالا تر از ۰/۸) نشان دهنده این است که حجم نمونه برای این نتیجه گیری قابل اعتماد است. بنابراین همانگونه که ملاحظه می‌شود به جز شاخص شدت سردرد حجم نمونه در دو شاخص دیگر قابل اعتماد می‌باشد و نتایج در شاخص شدت سردرد باید با احتیاط تلقی گردد (جدول شماره ۲).

## بحث:

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری در کاهش دفعات، شدت و مدت حمله‌های سردرد تنشی مزمن مؤثر است و افزودن آن به دارودرمانی استاندارد می‌تواند به کارآمدی درمان دارویی بیافزاید. در بین درمان‌های موجود برای سردرد تنشی مزمن، چندین راهبرد درمانی که مستلزم کاهش استرس است و شواهد تجربی در حمایت از مدیریت سردرد وجود دارد (۱۸، ۱۹). این راهبردها هم در کاهش سردرد و هم در ناتوانی ناشی از سردرد مؤثر هستند. درمان شناختی- رفتاری درمان معروفی است که شامل مؤلفه‌های خاص مدیریت استرس به همراه برخی

یافته‌های حاصل از این تحقیق زمینه با نتایج تحقیقات دیگر در باره کارآمدی روش درمانی آموزش مدیریت استرس هماهنگ است. بر اساس مطالعه Holroyd و همکارانش درمان رفتاری و دارویی هر یک باعث کاهش بیشتر فعالیت سردرد، کاهش مصرف داروی ضد درد و ناتوانی مرتبط با سردرد می‌شود. اما شرایط دارویی باعث بهبود سریع‌تر در فعالیت سردرد شده و درمان ترکیبی بیشتر باعث کاهش معنی دار سردرد از لحاظ بالینی شد. (۶۴٪ از بیماران) تا داروهای ضد افسردگی (۳۸٪) یا آموزش مدیریت استرس (۳۵٪). در حالی که هر دو روش درمانی نسبتاً مؤثر هستند، درمان ترکیبی می‌تواند نتایج را بهبود دهد (۱۱).

در یک فراتحلیل، McCrory و همکارانش نشان دادند مداخله‌های رفتاری برای سردرد تنشی ۳۷ تا ۵۰ درصد کاهش در سردرد، در مقابل ۲ درصد کاهش برای گروه غیر درمان و ۹ درصد برای کنترل‌های دیگر شد. برآوردهای اندازه اثر نشان داد که همه مداخله‌های رفتاری از جمله آموزش مدیریت استرس به لحاظ آماری موثرتر از کنترل در لیست انتظار بود (۸).

بازنگری‌های جدیدتر نشان می‌دهد که ترکیب بیوفیدبک، آرمیدگی عضلانی، درمان شناختی رفتاری با دارودرمانی و بطور کلی درمان‌های چند مؤلفه‌ای موثرتر از روان درمانی یا دارودرمانی به تنهایی است (۲۸،۲۷) که این یافته با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. به‌طور کلی، اکثریت آزمایش‌های بالینی منتشر شده نتایج مثبتی به بار آورده‌اند و بسیاری از تشکیلات تخصصی استفاده از درمان‌های رفتاری سردرد را در کنار درمان‌های دارویی برای سردرد اولیه توصیه می‌کنند (۲۹،۱۸).

چندین تبیین برای کارآمدی و اثربخشی درمان شناختی رفتاری در درمان سردرد وجود دارد. آگاهی از تاثیر خاصی که استرس بر حمله‌های فرد دارد - به عنوان یک عامل برانگیزاننده یا تشدید کننده - می‌تواند باعث احساس کنترل بیشتر بر سردرد و بهبود سازگاری شود (۱۶،۶) و

بالاخره، برای کسانی که قبلاً پیشرفت اختلال سردرد را تجربه کرده‌اند نظارت بر اثر متقابل استرس و سایر ریسک فاکتورها (مثل مصرف دارو و خواب) می‌تواند بخشی از استراتژی جامع برای یک مداخله قوی باشد (۲۰). اغلب اوقات، چنین درمان‌هایی می‌تواند همراه با دارودرمانی اجرا شود و به پیروی از درمان دارویی کمک کند. از آنجا که این راهبردهای رفتاری بر کنترل شخصی بر حالت‌های هیجانی منفی تاکید دارد برای بسیاری از بیماران مبتلا به سردرد، جذاب، خوشایند و توانمندکننده است.

اگرچه پیش از این اثربخشی هر یک از تکنیک‌های دارودرمانی و درمان شناختی رفتاری به صورت جداگانه تایید شده بود اما هیچ پژوهشی در ایران که اثربخشی درمان ترکیبی و اثر افزایشی درمان شناختی رفتاری بر درمان دارویی در کاهش سردرد تنشی مزمن را بررسی نموده باشد وجود ندارد.

### نتیجه گیری:

محدودیت‌های این پژوهش شامل فقدان زمان کافی برای پیگیری نتایج درمان و عدم بررسی بیماران مرد مبتلا به سردرد تنشی مزمن بود. پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی به بررسی پایداری اثرات درمان در دوره‌های پیگیری ۳ یا ۶ ماهه بپردازند و کارآمدی درمان را در دو جنس بررسی و مقایسه کنند. همچنین، پژوهش‌های آینده می‌تواند اثربخشی سایر درمان‌های رفتاری را بررسی و مقایسه نمایند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که افزودن درمان شناختی رفتاری به درمان دارویی در کاهش سردرد تنشی مزمن مؤثر است. بنابراین، تلفیق درمان روانشناختی با درمان دارویی در پروتکل درمانی بیماران مبتلا به سردرد تنشی مزمن، توصیه می‌گردد و پیشنهاد می‌شود که این تکنیک در درمانگاه‌های تخصصی درد و توسط تیم‌های درمانی از جمله روانپزشکان و روانشناسان مورد استفاده قرار گیرد.

## تشکر و قدردانی:

علوم پزشکی شهرکرد به واسطه همکاری های مربوطه کمال تشکر را دارم.

از کلیه متخصصان روانپزشکی و مغز و اعصاب شهرستان کاشان که در این پژوهش ما را یاری نمودند و همچنین کلیه پرسنل و کارشناسان محترم دفتر مجله دانشگاه

---

## منابع:

1. Kurt S, Kaplan Y. Epidemiological and clinical characteristics of headache in university students. *Clin Neurol Neurosurg.* 2008 Jan; 110(1): 46-50.
2. Fumal A, Schoenen J. Tension-type headache: current research and clinical management. *Lancet Neurol.* 2008 Jan; 7(1): 70-83.
3. Holroyd KA. Assessment and psychological management of recurrent headache disorders. *J Consult Clin Psychol.* 2002 Jun; 70(3): 659-77.
4. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension headache. *JAMA.* 1998 Feb; 279(5): 381-3.
5. Rasmussen BK. Epidemiology and socio-economic impact of headache. *Cephalalgia.* 1999 Dec; 19(Suppl 25): 20-3.
6. Nash JM, Thebarg RW. Understanding psychological stress, its biological processes, and impact on primary headache. *Headache.* 2006 Oct; 46(9): 1377-86.
7. Rains JC, Penzien DB, McCrory DC, Gray RN. Behavioral headache treatment: History, review of the empirical literature, and methodological critique. *Headache.* 2005 May; 45(Supple 2): 92-109.
8. McCrory DC, Penzien DB, Hasselblad V, Gray RN. Evidence report: behavioral and physical treatments for tension-type and cervicogenic headache. *Headache.* 2003; 43(2): 168-9.
9. Maizels M. Why should physicians care about behavioral research? *Headache.* 2005 May; 45(5): 411-13.
10. Holroyd KA, Lipchik GL. Psychological management of recurrent headache disorders: progress and prospects. In: Gatchel RJ, Turk DC, editors. *Psychosocial factors in pain.* New York: The Guilford Press; 1999. p: 193-212.
11. Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, Lipchik GL, Cordingley GE, Carlson BW. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2001; 285(17): 2208-15.
12. Gauthier JG, Ivers H, Carrier S. Non pharmacological approaches in the management of recurrent headache disorders and their comparison and combination with pharmacotherapy. *Clin Psychol Rev.* 1996; 16(6): 543-71.
13. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders. *Cephalalgia.* 2004; 24(1): 9-160.
14. Holroyd KA, Martin PR, Nash JM. Psychological treatments of tension-type headaches. In: headaches. 3<sup>rd</sup> ed, Chapter 81. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p: 711-20.
15. Nash JM, Park ER, Walker BB, Gordon N, Nicholson RA. Cognitive-behavioral group treatment for disabling headache. *Pain Med.* 2004; 5(2): 178-86.
16. Nicholson RA, Houle TT, Rhudy JL, Norton PJ. Psychological risk factors in headache. *Headache.* 2007; 47(3): 413-26.

17. Rains JC, Poceta JS. Headache and sleep disorders: review and clinical implications for headache management. *Headache*. 2006; 46(9): 1344-63.
18. Penzien DB, Rains JC, Andrasik F. Behavioral management of recurrent headache: Three decades of experience and empiricism. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2002 Jan; 27(2): 163-81.
19. Lipchik GL, Smitherman TA, Penzien DB, Holroyd KA. Basic principles and techniques of cognitive-behavioral therapies for comorbid psychiatric symptoms among headache patients. *Headache*. 2006; 46(3): S119-S32.
20. Scher A, Midgette L, Lipton R. Risk factors for headache chronification. *Headache*. 2008; 48(1): 16-25.
21. Houle T, Nash JM. Stress and Headache Chronification. *Headache*. 2008; 48(1): 40-4.
22. Ramadan NM, Schultz LL, Gilkey SJ. Migraine prophylactic drugs: proof of efficacy, utilization and cost. *Cephalalgia*. 1997; 17(2): 73-80.
23. Rothrock JF. Clinical studies of valproate for migraine prophylaxis. *Cephalalgia*. 1997; 17(2): 81-3.
24. Nash JM. Psychologic and behavioral management of tension-type headache: treatment procedures. *Curr Pain Headache Rep*. 2003 Dec; 7(6): 475-81.
25. Lipchik GL, Nash JM. Cognitive-behavioral issues in the treatment and management of chronic daily headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2002; 6(6): 473-9.
26. Holroyd KA, Lipchik GL, Penzien DB. Psychological management of recurrent headache disorders: Empirical basis for clinical practice. In: Dobson KS, Craig KD, editors. *Best practice: Developing and promoting empirically supported interventions*. Newbury Park: Sage Pub; 1998. p: 193-212.
27. Fumal A, Schoenen J. Tension-type headache. *Rev Neurol*. 2005 Jul; 161(6-7): 720-2.
28. Houy-Schafer S, Grotemeyer KH. Tension headache. *Schmerz*. 2004 Apr; 18(2): 104-8.
29. Penzien DB, Rains JC, McGrath PJ. Psychological and behavioral treatments of migraine. In: Olesen J, Goadsby P, Ramadan N, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, eds. *The Headaches*, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2007. p: 256.



Received: 12/Aug/2008

Accepted: 28/Dec/2008

### **Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on reduction of chronic tension headache**

Sadoughi M (PhD)\*<sup>1</sup>, Akkashe G (MD)\*\*

\* Assistant professor, Psychology Dept., Kashan University, Kashan, Iran,

\*\*Assistant professor, Psychiatry Dept., Kashan Univ. of Med. Sci. Kashan, Iran

**Background and aim:** The International Headache Society (IHS) has defined chronic tension type headache in adult patients as attacks of headache that occurs at least 15 days per month over a period of at least 6 months. Drugs do not adequately benefit many headache sufferers. The aim of present research was to examine the efficacy of cognitive-behavioral therapy for reduction of headaches in patients with chronic tension headaches.

**Methods:** The target population of this clinical trial study was consisted of 38 women with chronic tension type headache who were referred to psychiatry or neurology clinics in Kashan city. Patients were randomly selected and were divided into case (drug plus cognitive behavioral therapy, n=18) and control (drug alone, n=20) groups. Subjects were asked to complete the headache diary for one week before and after intervention. The collected data was analyzed with analysis of covariance (ANCOVA) by SPSS.

**Results:** An analysis of covariance showed significant differences between experimental and control groups in the frequency ( $P<0.01$ ), intensity ( $P<0.05$ ) and duration ( $P<0.001$ ) of headache attacks.

**Conclusion:** Drug therapy plus cognitive-behavioral therapy was found to be more effective in reducing of headache than the drug therapy alone. Therefore; it is highly recommended that cognitive-behavioral therapy be added to drug therapy in treatment protocol of patients with chronic tension type headache.

**Keywords:** Chronic tension headache, Drug therapy Headache disorders, Progressive relaxation.

<sup>1</sup> **Corresponding author:**  
Psychology Dept., Kashan  
University, Kashan, Iran.  
Tel:  
0361-5912740  
E-mail:  
Sadooghi1@yahoo.com

