

آیا آموزش تنش‌زدایی تدریجی می‌تواند سردرد تنشی مزمن را کاهش دهد؟

Can Progressive Relation Training Reduce Chronic Tension Headache?

Majid Sadoughi, PhD
Psychologist

Abolghasem Nouri, PhD
Isfahan University

دکتر ابوالقاسم نوری
دانشیار دانشگاه اصفهان

دکتر مجید صدوقی
روان‌شناس

Mohammad B. Kajbaf, PhD
Isfahan University

Goodarz Akkashe, MD
Medical Science of
Kashan University

دکتر گودرز عکاشه
استادیار دانشگاه
علوم پزشکی کاشان

دکتر محمدباقر کجباغ
استادیار دانشگاه اصفهان

Hossein Molavi, PhD
Isfahan University

دکتر حسین مولوی
استاد دانشگاه اصفهان

Abstract

The effectiveness of progressive relaxation training in reducing Chronic Tension Headache (CTH) was assessed in the present research. A sample of 37 CTH patients who had been referred to psychiatric or neurology clinics in Kashan randomly selected through 3 mounts and were put into an experimental group (n=17) and a control group (n=20). The experimental group received medication and progressive relaxation training. The control group received only medication. All participants for one week prior to intervention and one week after intervention completed the headache diary including its frequency, rate of intensity and duration. An analysis of covariance showed that medication accompanied by progressive relaxation training led to a lower frequency, intensity, and duration of headaches than did the use of medication alone.

Key words: Chronic tension headache ,progressive relaxation training, combined treatment.

چکیده

نمونه این پژوهش ۳۷ نفر از مبتلایان به سردرد تنشی مزمن بود که به تصادف از بین مراجعه‌کننده‌ها به مطب‌های روان‌پزشکی و مغز و اعصاب شهرستان کاشان انتخاب و در دو گروه آزمایشی (۱۷ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایشی دارودرمانگری همراه با آموزش تنش‌زدایی تدریجی و گروه کنترل فقط دارودرمانگری را دریافت کردند. آزمودنی‌ها روزنگار سردرد (بلانچارد، ۱۹۹۲) را که شامل فراوانی، شدت و طول مدت سردرد بود، به مدت یک هفته قبل و یک هفته بعد از مداخله، تکمیل کردند. تحلیل کوواریانس با حذف اثر پیش‌آزمون نشان داد که دارودرمانگری همراه با آموزش تنش‌زدایی تدریجی در مقایسه با دارودرمانگری به تنهایی در کاهش شاخص‌های فراوانی، شدت و مدت سردرد، مؤثرتر و کارآمدتر است.

واژه‌های کلیدی: سردرد تنشی مزمن، آموزش تنش‌زدایی تدریجی، درمانگری ترکیبی.

received : 2 Jul 2008

دریافت : ۸۷/۴/۱۲

accepted : 18 Jan 2009

پذیرش : ۸۷/۱۰/۲۹

Contact information : sadooghi1@yahoo.com

مقدمه

سردرد یکی از رایج‌ترین شکایتها در کلینیک‌های عصب‌شناختی است. اکثر این سردردها از نوع میگرن یا سردرد تنشی^۱ هستند. این سردردها می‌توانند خفیف و با فواصل نه چندان کم و یا شدید و دیرپا باشند. سردردهای شدید و تکرارشونده فعالیت‌های روزمره زندگی را محدود می‌سازند، کیفیت زندگی را تقلیل می‌دهند و باعث کاهش بهره‌وری می‌شوند (کورت و کاپلان، ۲۰۰۸). سردرد تنشی شایع‌ترین نوع سردرد است که درمان آن دشوار است (فومل و اسکونن، ۲۰۰۸).

سردرد تنشی به‌عنوان یک احساس فشار یا انقباض مداوم و معمولاً دو طرفه که در آغاز دوره‌ای و مرتبط با تنیدگی است و می‌تواند در شکل مزمن به صورت تقریباً روزانه رخ دهد، تعریف شده است (لنس و گودزی، ۲۰۰۵). سردرد تنشی یکی از نشانگان سردرد اولیه است و بسیاری از افراد از آن رنج می‌برند. افزون بر این، سردرد تنشی بر کیفیت زندگی افراد تأثیر به‌سزایی دارد و به فشار اقتصادی-اجتماعی ناشی از غیبت کاری و کارآمدی پایین منجر می‌شود. هزینه‌های مربوط به آشفته‌گی‌های عاطفی^۲ و رنج-کشیدن قابل ارزیابی نیستند. بنابراین به‌نظر می‌رسد که سردرد تنشی یک مشکل بهداشتی مهم است و یافتن شیوه‌های کنترل و درمان این مشکل می‌تواند از اهمیت به‌سزایی برخوردار باشد.

در مورد این امر که روی‌آوردهای روان‌شناختی می‌توانند به مدیریت درد مزمن کمک کنند، توافق همگانی وجود دارد (مورلی، اسلستون و ویلیامز، ۱۹۹۹؛ آستین، بکسر، سوکن، هچبرگ و برمن، ۲۰۰۲). پیشرفتهای نظری و گسترش فزاینده بررسیها در زمینه تنیدگی - بیماری در قرن بیستم، مبنای لازم برای مفهوم‌سازی سردرد به‌عنوان یک اختلال روانی فیزیولوژیکی را فراهم آورده‌اند و سرانجام به شکل‌گیری و کاربرد رفتاردرمانگریهای معاصر برای سردرد منجر شده‌اند. مداخله‌های رفتاری استاندارد را می‌توان در چند گروه کلی قرار داد: آموزش تنش‌زدایی^۳،

آموزش پس‌خوراند زیستی^۴، آموزش مدیریت تنیدگی^۵ یا تألیفی از این روشها.

در طی سه دهه گذشته، پژوهشهای تجربی در قلمرو ارزیابی رفتار درمانگریها، به شکل‌گیری رشته پزشکی رفتاری^۶ و پیشرفتهای روانی فیزیولوژیکی^۷ منجر شده‌اند. نتایج مثبت حاصل از پژوهشهای بالینی موجب شده‌اند تا بسیاری از مراکز تخصصی، کاربرد رفتار درمانگریها سردرد را در کنار دارودرمانگری برای سردرد اولیه توصیه کنند (پنزن، رینز و مک‌گراس، ۲۰۰۷؛ پنزن، رینز و آندراسیک، ۲۰۰۲).

دو نوع مداخله روانی فیزیولوژیکی در درمان سردرد تنشی به‌کار برده می‌شوند: (۱) آشکال گوناگون درمان تنش‌زدایی مانند تنش‌زدایی تدریجی^۸ و (۲) پس‌خوراند زیستی الکترومیوگرافی^۹. مروری بر پژوهشها (هرمن و بلانچارد، ۲۰۰۲؛ لارسن، کارلسون، فیچتل و ملین، ۲۰۰۵؛ کانجی، وایت و ارنست، ۲۰۰۶؛ سدربرگ، کارلسون و استنر - ویکتورین، ۲۰۰۶) نشان داده‌اند که با استفاده از هر دو روش تقریباً ۵۰٪ از مبتلایان به سردرد تنشی به‌طور معنادار بهبود یافته‌اند.

در تبیین مکانیزمهایی که الگوی روانی فیزیولوژیکی نابهنجار را با درد پیوند می‌دهند دو الگو مطرح شده است. الگوی‌های برپایی عمومی^{۱۰} پیشنهاد می‌کند که برپایی مکرر و طولانی‌مدت سیستم اعصاب پیرامونی مانند فعالیت عضلانی مداوم، منجر به درد و تداوم آن می‌شود. در مقابل، الگوی اختصاصی، به ایجاد انواع خاص یا محل‌های معین درد در رابطه با تفاوت‌های افراد در واکنش‌های روانی فیزیولوژیکی به عوامل تنیدگی‌زای محیطی اشاره می‌کند؛ تفاوت‌هایی که ناشی از زمینه ژنتیکی، تجربه‌های پیشین و نوع شخصیت‌اند (آدامز، پول و ریچاردسون، ۲۰۰۶). اگرچه، مکانیزم‌های مورد بحث هنوز به‌خوبی درک نشده‌اند، هدف مداخله‌گریهای روانی فیزیولوژیکی کاهش سطح فعالیت عضلانی و برانگیختگی خودکار و کاهش درد از این طریق است.

1. tension type headache
2. affective disturbances
3. relaxation training
4. biofeedback

5. stress management training
6. behavioral medicine
7. psychophysiological
8. progressive relaxation

9. electromyographic biofeedback
10. general arousal models

مزمّن است. با توجه به پیشینه پژوهش، در پژوهش حاضر این فرضیه که روش دارودرمانگری همراه با آموزش تنش-زدایی عضلانی تدریجی در مقایسه با دارودرمانگری به تنهایی در کاهش سردرد تنشی مزمّن مؤثرتر است، مورد آزمون قرار می‌گیرد.

روش

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. در این طرح، گروه آزمایشی افزون بر دریافت دارو در معرض آموزش تنش‌زدایی عضلانی تدریجی قرار گرفتند و گروه کنترل، تنها دارو دریافت کردند. درمان تنش‌زدایی عضلانی تدریجی، متغیر مستقل و شاخصهای فراوانی، شدت و مدت سردرد، به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. پیش‌آزمون قبل از اعمال مداخله و پس‌آزمون دو هفته پس از اعمال مداخله انجام شد. نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۷ نفر از زنان مبتلا به سردرد تنشی مزمّن بود که به مطبهای روان‌پزشکی و مغز و اعصاب کاشان مراجعه کرده بودند. این گروه به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (n=۱۷) و کنترل (n=۲۰) گمارده شدند.

ملاکهای حضور در نمونه عبارت بودند از (۱) تشخیص ابتلا به سردرد تنشی مزمّن توسط روان‌پزشک و متخصص مغز و اعصاب براساس معیارهای جامعه بین‌المللی سردرد (دومین طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات سردرد^۱ ICHD-II؛ ۲۰۰۴)، (۲) دامنه سنی بین ۱۸ تا ۳۵ سال، (۳) داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، (۴) زبان فارسی و (۵) داشتن بهره هوش متوسط. همچنین، ملاکهای عدم حضور در نمونه عبارت بودند از (۱) ابتلا به یکی از بیماریهای جسمانی شدید، اختلالات عصب‌شناختی^۲ و خیم یا وجود نشانه‌های روان‌گسستگی، (۲) عدم تمایل به ادامه درمان و (۳) بروز افکار جدی خودکشی و احتمال خطر خودکشی که نیاز به مداخله اضطراری را ایجاد می‌کنند.

از آنجا که درمان به صورت انفرادی انجام می‌شد، نمونه‌برداری تا رسیدن به حجم نمونه مناسب در طول

فرض بر آن است که مهارتهای تنش‌زدایی با تغییر واکنشهای فیزیولوژیکی مرتبط با سردرد و کاهش برانگیختگی سمپاتیکی، سردرد را کاهش می‌دهند. سه نوع آموزش تنش‌زدایی برای درمان سردرد مورد استفاده قرار گرفته است: تنش‌زدایی عضلانی تدریجی، آموزش خودزاد^۱ شامل آموزش خود (مانند گرمی و سنگینی) برای بهبود حالت آرمیدگی عمیق و تنش‌زدایی فعل‌پذیر^۲ (برنشتین، برکوک و هزلت استیونس، ۲۰۰۰).

به‌طور کلی، روی‌آوردهای روانی فیزیولوژیکی، تعامل بین عوامل فیزیولوژیکی و روان‌شناختی را در ایجاد درد مزمّن مورد بررسی قرار می‌دهند. پژوهشهای روانی فیزیولوژیکی، اثر رویدادهای روان‌شناختی (افکار، خاطره‌ها و هیجانها) بر تغییرات بدنی ایجادکننده درد را بررسی می‌کنند (گامسا، ۱۹۹۴) و درمانگریهای روانی فیزیولوژیکی^۳ (PPT) تلاش می‌کنند تا شناختها را از طریق دستکاری پاسخهای فیزیولوژیکی تغییر دهند. یافته‌های پژوهشی در مورد نقش واکنشهای بدنی مانند فعالیت عضلانی، تغییرات عروقی یا برانگیختگی در برخی از اختلالات درد مانند سردرد، درد میوفاسیال^۴ و درد پشت متناقض‌اند. بررسیها نشان داده‌اند که درمانگریهای روانی فیزیولوژیکی مانند تنش‌زدایی و پس‌خوراند زیستی در درمان سردرد انقباض عضلانی و درد مزمّن از طریق آموزش بیماران برای کاهش سطح تنش عضلانی که به نظر می‌رسد در درد آنان دخالت دارد، مفید است. با وجود این، شواهد قطعی درباره اثربخشی و کارآمدی این روی‌آوردها وجود ندارند. از سوی دیگر، داروها نیز در درمان و پیشگیری از درد، کاملاً مؤثر نیستند و اثرات جانبی نیز دارند (مایزلس، ۲۰۰۵). امروزه درک و تغییر بازخوردها^۵ و رفتار انسان، یک مؤلفه اساسی در مراقبت از کسانی است که از سردرد رنج می‌برند و غفلت از این جنبه‌ها، یکی از دلایل مهم شکست درمان سردرد تلقی می‌شود (لیپتون^۶ و دیگران، ۲۰۰۳ نقل از مایزلس، ۲۰۰۵). بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی تنش‌زدایی عضلانی تدریجی در کنار دارودرمانگریهای متداول در تسکین سردرد تنشی

1. autogenic

2. passive

3. Psycho-Physiologic Treatment (PPT)

4. myofacial

5. attitude

6. Lipton, R. B.

7. International Classification of Headache Disorders-II

8. neurological

دوره زمانی پاییز و زمستان ۱۳۸۶ ادامه یافت.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

۱. **مصاحبه تشخیصی:** برای اطمینان از انتخاب مناسب آزمودنیها و بررسی ملاکهای لازم برای گروههای آزمایشی و کنترل، هر یک از آزمودنیها توسط متخصص مغز و اعصاب یا روان‌پزشک جهت تشخیص ابتلا به سردرد تنشی مزمن براساس معیارهای تشخیصی کمیته طبقه‌بندی جامعه بین‌المللی سردرد (۲۰۰۴) مورد مصاحبه قرار گرفتند.

۲. **روزنگار سردرد:** هماهنگ با بررسیهای انجام شده، اثربخشی مداخله به‌وسیله سنجش یادداشتهای روزانه بیماران درباره فراوانی، شدت و مدت سردرد، در ابتدا و انتهای دوره درمان بررسی شد. ابزاری که به این منظور به کار رفت روزنگار سردرد بلانچارد (۱۹۹۲) بود. این ابزار برای ارزیابی سردرد در طول شبانه‌روز به کار می‌رود.

بر مبنای این روزنگار، آزمودنیها برحسب میزان تجربه سردرد، چهار نوبت در روز و به مدت یک هفته، در سه شاخص فراوانی، شدت و مدت سردرد، نمره‌های جداگانه کسب می‌کنند. شاخص فراوانی سردرد برحسب تعداد سردردها - چهار نوبت در هفت روز هفته - محاسبه می‌شود و آزمودنیها نمره‌ای بین صفر تا ۲۸ دریافت می‌کنند. میانگین شدت سردردهای گزارش شده در هر هفته، برحسب مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای به‌عنوان شاخص شدت در نظر گرفته می‌شود. این میانگین از تقسیم مجموع نمره‌های شدت سردرد بر فراوانی تجربه سردرد به دست می‌آید. میانگین مدت تجربه سردرد، از تقسیم مجموع مدت زمان تجربه سردرد - برحسب ساعت - بر تعداد تجربه سردرد تعیین می‌شود.

درمانگری دارویی برای هر دو گروه از طریق تجویز روان‌پزشک یا متخصص مغز و اعصاب و با استفاده از پروتکل درمان دارویی استاندارد و متداول برای سردرد تنشی شامل داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای صورت گرفت. در گروه آزمایشی، علاوه بر دارودرمانگری، آموزش تنش‌زدایی تدریجی نیز ارائه شد. تنش‌زدایی تدریجی، روش انقباض و انبساط منظم گروههای عضلات است که برای اولین بار توسط جاکبسون^۱ (۱۹۳۴) نقل از جان‌بزرگی،

(۱۳۸۴) ابداع و سپس توسط برنشتین، برکوک و هزلت - استیونز (۲۰۰۰) استفاده شد. براساس آموزش این روش، افراد به مهارتهایی دست می‌یابند که با استفاده از آنها می‌توانند اضطراب خود را در موقعیتهای تنیدگی‌زا مهار کنند. هدف این روش، حذف تنش از نظر بدنی و روانی است. به بیمارانی که برای مهار درد، آموزشهای لازم را درباره تنش‌زدایی می‌بینند، توصیه می‌شود که این شیوه را برای کاهش احساس تنیدگی، به‌ویژه در هنگام احساس درد، به کار برند (هلروید و مارتین، ۲۰۰۰). البته، اطمینان از اینکه بیمار رفتاردرمانگری را درک می‌کند لازم و ضروری است. در واقع، بخش آغازین درمان به آگاه‌سازی بیمار درباره این روی‌آورد درمانی، چگونگی مشارکت فرد در درمان و انتظار او از درمانگری اختصاص می‌یابد. در این پژوهش، آموزش تنش‌زدایی عضلانی تدریجی در طی ۸ جلسه انجام گرفت.

یافته‌ها

ویژگیهای جمعیت‌شناختی دو گروه دارودرمانگری و دارودرمانگری همراه با آموزش تنش‌زدایی عضلانی تدریجی در جدول ۱ ارائه شده است و نشان می‌دهد که بین دو گروه از نظر سن و وضعیت تأهل تفاوت معنادار وجود ندارد.

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای فراوانی، شدت و مدت سردرد در گروههای دارودرمانگری و دارودرمانگری همراه با آموزش تنش‌زدایی تدریجی در جدول ۲ ارائه شده است.

نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش تنش‌زدایی عضلانی تدریجی بر میزان سه شاخص فراوانی، شدت و مدت سردرد (جدول ۳) نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگینهای تعدیل شده (پس از کنترل پیش‌آزمون) نمره‌های دو گروه دارودرمانگری تنها و دارودرمانگری همراه با آموزش تنش‌زدایی تدریجی در شاخصهای فراوانی سردرد ($P < 0/05$)، شدت سردرد ($P < 0/05$) و مدت سردرد ($P < 0/01$) معنادار است. میزان تأثیر آموزش تنش‌زدایی تدریجی در شاخصهای فراوانی سردرد ۱۵ درصد، شدت

سربرد ۱۳ درصد و مدت سربرد ۲۰ درصد است. با توجه احتیاط تلقی شوند. به حجم نمونه نتایج فراوانی و شدت سربرد باید با

جدول ۱.

خلاصه مجذور کای و t برای فرصت تأهل و سن در دو گروه آزمایشی و کنترل

متغیرها	دارودرمانگری	دارودرمانگری همراه با PRT
وضعیت تأهل	مجرد	۴
	متأهل	۱۳
سن	<u>M</u>	<u>SD</u>
	دارودرمانگری	۲۷/۷
دارودرمانگری همراه با PRT	<u>M</u>	<u>SD</u>
	۲۶/۳۵	۴/۶۷

$$\chi^2 = 0.06$$

$$t = 0.91$$

توجه: هیچ کدام از آزمونهای آماری معنادار نیست.

جدول ۲.

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه (N=۳۷)

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>
دارودرمانگری همراه با PRT				
فراوانی سربرد	۱۳/۰۵	۳/۰۳	۷/۵	۲/۲۸
شدت سربرد	۲/۸۴	۰/۶۰	۱/۷۹	۰/۴۵
مدت سربرد	۳/۴۱	۱/۰۵	۲/۱۵	۰/۶۵
دارودرمانگری				
فراوانی سربرد	۱۲/۷۶	۳/۴۱	۶/۱	۱/۹۱
شدت سربرد	۳/۰۱	۰/۶۶	۱/۵۵	۰/۴۸
مدت سربرد	۳/۷۴	۰/۸۸	۱/۹۰	۰/۶۱

جدول ۳.

نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش تنش‌زدایی عضلانی تدریجی بر شاخصهای سربرد

متغیر وابسته	<u>F</u>	<u>P</u>	<u>η²</u>
فراوانی سربرد			
پیش‌آزمون	۴۵	۰/۰۰	۰/۵۷
گروه	۶/۴۲	۰/۰۱۶	۰/۱۵
شدت سربرد			
پیش‌آزمون	۱۶/۶۱	۲/۰۰	۰/۳۲
گروه	۵/۴۳	۰/۰۲	۰/۱۳
مدت سربرد			
پیش‌آزمون	۵/۰۹	۰/۰۰	۰/۶۰
گروه	۸/۷۸	۰/۰۰۶	۰/۲۰

بحث و تفسیر

تغییر اساسی در تصور از سردرد (و دیگر اختلال‌های روان‌تنی) به عنوان اختلال روان‌زاد^۱ به اختلال روانی فیزیولوژیک (یا مرتبط با تنیدگی)، مسیر کاربرد رفتار-درمانگریها را برای عارضه‌های سردرد اولیه قطع‌نظر از آسیب‌شناسی روانی هموار کرده است. پژوهشها نشان می‌دهند که تأثیر کاربرد درمانگریهای روانی فیزیولوژیکی و دارودرمانگری، برای کاهش سردرد تنشی مزمن برابر است (بلانچارد، ۱۹۹۲).

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهند که آموزش تنش-زدایی تدریجی در کاهش هر سه شاخص فراوانی، شدت و مدت سردرد تنشی مزمن مؤثر است. به عبارت دیگر، میانگین دفعات تجربه سردرد، شدت سردرد و مدت استمرار سردرد در پس‌آزمون، حتی پس از کنترل و اثر پیش‌آزمون، در گروه دارودرمانگری همراه با تنش‌زدایی تدریجی به‌طور معناداری کمتر از گروه دارودرمانگری به تنهایی است. یافته‌های حاصل از این پژوهش در این زمینه با نتایج بررسیهای دیگر درباره کارآمدی آموزش تنش‌زدایی عضلانی تدریجی هماهنگ‌اند (برای مثال، نش، ۲۰۰۳؛ میلیا و برودی، ۲۰۰۲؛ پنزین، رینز، لیپچیک و کریر، ۲۰۰۴).

مک کرری، پنزین، هاسلبلد و گری (۲۰۰۱) یک بررسی فراتحلیل در مورد درمانگریهای رفتاری نگر برای کاهش سردرد تنشی انجام دادند. این مؤلفان، با جستجوی پیشینه پژوهش، به ۱۰۷ مقاله درباره رفتاردرمانگری سردرد که بین سالهای ۱۹۶۶ تا ۱۹۹۹ منتشر شده بود دست یافتند که از آن بین ۳۵ مقاله از شیوه آزمایشی و آینده‌نگر استفاده کرده و همه معیارهای لازم را دارا بودند. این ۳۵ آزمایش دارای ۷۷ گروه درمانگری شامل آموزش تنش‌زدایی، پس‌خوراند زیستی EMG، پس‌خوراند زیستی EMG همراه با تنش‌زدایی، آموزش مدیریت تنیدگی، کنترل فهرست انتظار^۲ و کنترل‌های دیگر بود. به‌منظور مقایسه، آزمایشهای کنترل شده آمی‌تریپتیلین^۳ - که رایجترین داروی تجویز شده برای پیشگیری از سردرد تنشی است - مشخص شدند. اطلاعات مربوط به نتایج

درمانگری با استفاده از برآورد اندازه اثر مجموع و متوسط درصد بهبودی پس از درمان نسبت به قبل از درمان نشان دادند که مداخله‌گری‌های رفتاری نگر این نوع سردرد را ۳۷ تا ۵۰ درصد کاهش داد. در حالی که در گروهی که این نوع درمانگری را دریافت نمی‌کردند و در سایر گروههای کنترل میزان سردرد به ترتیب ۴ و ۹ درصد کاهش یافت. برآوردهای اندازه اثر نشان دادند که همه مداخله-گریهای رفتاری نگر به لحاظ آماری مؤثرتر از کنترل در لیست انتظار بودند.

در مورد مقایسه تأثیر رفتاردرمانگری در مقابل دارو-درمانگری در مورد سردرد تنشی نسبت به میگرن شواهد کمتری وجود دارد (هلووید، ادنل، استنسلند، لیپچیک، گوردینگلی و کارلسون، ۲۰۰۱). از آنجا که نتایج آزمایشهای نسبتاً منتشر شده در مورد پیشگیری از سردرد تنشی با دارو تاکنون اندک بوده‌اند. حتی فنون فراتحلیلی نیز نمی‌توانند این موضوع را روشن کنند. بررسی ۳ مطالعه کنترل شده در مورد تأثیر آمی‌تریپتیلین بر این نوع سردرد - بازنگری شده توسط مک کرری و دیگران (۲۰۰۱) - مبین کاهش ۳۳ درصدی سردرد تنشی بود.

در حال حاضر، علاقه روزافزونی به ارزیابی اثربخشی درمانگریهای ترکیبی ایجاد شده است. کنسرسیوم سردرد ایالات متحده آمریکا^۴، نیاز به ارزیابی درمانگریهای دارویی ترکیب شده با درمانگریهای رفتاری را برجسته ساخته است (رینز، پنزین، مک کرری و گری، ۲۰۰۵). پژوهش حاضر با اتخاذ گروه کنترل با درمان دارویی متداول، امکان مقایسه کارآمدی درمان ترکیبی تنش‌زدایی عضلانی تدریجی همراه با دارودرمانگری و دارودرمانگری به‌تنهایی را فراهم آورده است. نتایج به دست آمده نشان می‌دهند که روش ترکیبی از کارآمدی بالاتری برخوردار است. بررسیهای اخیر (مانند هوی - اسکافر و گروتیمیر، ۲۰۰۴؛ فومل و اسکونن، ۲۰۰۵) نیز مبین آن هستند که ترکیب درمانگریهای رفتاری نگر با دارودرمانگری و به‌طور کلی درمانگریهای چند مؤلفه‌ای مؤثرتر از روان‌درمانگری یا دارودرمانگری به تنهایی است.

بازنگری فومل و اسکونن (۲۰۰۸) نشان می‌دهد که

مانند تنش‌زدایی) تحت تأثیر انگیزه مراجعان و ویژگی‌های فردی بیماران قرار می‌گیرند. به طور کلی مدیریت سردرد می‌تواند طول مدت و شدت دوره‌های سردرد را کاهش دهد اما دستیابی به این هدف در صورتی امکان‌پذیر است که تمرین‌های خانگی منظم صورت گیرند. بنابراین هنگامی که مراجعان از انگیزه کافی برخوردار نیستند، کاهش سردرد به شیوه رفتاردرمانگری با مشکل مواجه می‌شود که یکی از محدودیت‌های این شیوه درمانگری است.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند که آموزش تنش‌زدایی عضلانی تدریجی در کاهش سردرد تنشی مزمن مؤثر است و افزودن آن به دارودرمانگری، اثربخشی آن را افزایش می‌دهد. این یافته‌ها از کاربرد این فن در درمانگاه‌های تخصصی درد، توسط تیم‌های درمانگری از جمله روان‌شناسان، پزشکان، پرستاران آموزش‌دیده و مجرب و همچنین تلفیق درمانگری‌های روان‌شناختی با دارودرمانگری حمایت می‌کنند. در پایان می‌توان به فقدان زمان کافی برای پیگیری نتایج پژوهش و فقدان بیماران مرد مبتلا به سردرد تنشی مزمن به عنوان برخی از محدودیت‌های این پژوهش اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی به بررسی پایایی درمانگری در دوره‌های پیگیری ۳ یا ۶ ماهه بپردازند و کارآمدی این نوع درمانگری را در دو جنس مقایسه کنند. همچنین، می‌توان با سازمان‌دهی پژوهش‌های دیگر، اثربخشی شکل‌های گوناگون تنش‌زدایی و کارآمدی آنها را در مقایسه با سایر روش‌های رفتاردرمانگری بررسی کرد.

منابع

جان بزرگی، م. (۱۳۸۴). ایجاد پایداری هیجانی براساس تلفیق آموزش تنش‌زدایی تدریجی و مهارت‌های آرام‌سازی سبک زندگی. فصلنامه روان‌شناسان ایران، ۲، ۱۴۴-۱۳۴.

Adams, N., Poole, H., & Richardson, C. (2006). Psychological approaches to chronic pain management: part I. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 290-300.

ترکیب درمان‌های غیردارویی مانند تنش‌زدایی تدریجی و مدیریت تنیدگی با دارودرمانگری سودمند است. همچنین، نتایج پژوهش نستوریک، ریف و مارتین (۲۰۰۸) تأثیر پس‌خوراند زیستی بر کاهش فراوانی سردرد را برجسته کرده‌اند اما هنگامی که با تنش‌زدایی همراه شود مؤثرترین شیوه درمانگری است.

چندین الگو در تبیین مکانیزم‌های پیونددهنده فرایند روانی فیزیولوژیکی نابهنجار با درد مطرح شده است. الگوی انقباض - بازتاب^۱ پیشنهاد می‌کند که در واکنش به آسیب بافت، التهاب و درد متعاقب آن، تنش عضلانی بیشتر رخ می‌دهد. هنگامی که تنش عضلانی تداوم می‌یابد، ممکن است به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی، عضلات دچار خستگی شوند و تجربه درد را افزایش دهند. در این الگو، هدف درمان، کاهش تنش عضلانی در منطقه مبتلاست تا از این طریق چرخه درد و اسپاسم (انقباض عضلانی) شکسته شود. الگوی تنیدگی - علیت^۲ فرض می‌کند که فرد از طریق متحمل شدن واکنش فیزیولوژیکی تعمیم یافته در حالت‌های برانگیختگی، به درد ادراک شده یا تنیدگی بیرونی واکنش نشان می‌دهد. سطوح تنش عضلانی عمومی و ناحیه‌ای به همراه دیگر پارامترهای فیزیولوژیکی بالا می‌رود. هدف درمان در این الگو کاهش حالت برانگیختگی و کسب پاسخ آرمیدگی است. در الگوی عوامل شناختی نیز فرض می‌شود که روش‌های تنش‌زدایی، نه تنها درد را از طریق عوامل شناختی کاهش می‌دهند. بلکه با کاهش اضطراب، به افزایش احساس کنترل نیز منجر می‌شوند. در این الگو، بر اهمیت آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و کاهش تنیدگی در درمان تأکید می‌شود (آدامز و دیگران، ۲۰۰۶).

در مجموع، بررسی‌ها نشان داده‌اند روش‌های رفتاردرمانگری (مانند آموزش تنش‌زدایی) به بهبود می‌گرن و سردرد تنشی کمک می‌کنند و قدرت این شواهد باعث شده است که بسیاری از تشکیلات تخصصی در این زمینه، استفاده از این نوع درمانگری را در کنار دارو-درمانگری برای کاهش سردرد توصیه می‌کنند (رینز و دیگران، ۲۰۰۵). البته باید توجه داشت که رفتاردرمانگریها

- Olesen, P. Tefelt-Hansen, & K. M. A. Welch (Eds.), *The headaches*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Houy-Schafer, S., & Grotemeyer, K. H. (2004).** Tension headache. *Schmerz, 18*, 104-8.
- Kanji, N., White, A R., & Ernst, E. (2006).** Autogenic training for tension type headaches: A systematic review of controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine, 14*, 144-50.
- Kurt, S., & Kaplan, Y. (2008).** Epidemiological and clinical characteristics of headache in university students. *Clinical Neurology and Neurosurgery, 110*, 46-50.
- Lance, J. W., & Goadsby, P. J. (2005).** *Mechanism and management of headache* (7th ed). Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier Butterworth Heinmann.
- Larsson, B., Carlsson, J., Fichtel, A., & Melin, L. (2005).** Relaxation treatment of adolescent headache sufferers: Results from a school-based replication series. *Headache, 45*, 692-704.
- Maizels, M. (2005).** Why should physicians care about behavioral research? *Headache, 45*, 411-413.
- McCrorry, D. C., Penzien D. B., Hasselblad, V., & Gray, R. N. (2001).** *Evidence report: Behavioral and physical treatments for tension-type and cervicogenic headache*. Des Moines, IA: Foundation for Chiropractic Education and Research.
- Millea, P. J., & Brodie, J. J. (2002).** Tension-type headache. *American Family Physician, 66*, 797-804.
- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, C. (1999).** Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain, 80*, 1-13.
- Nash, J. M. (2003).** Psychologic and behavioral management of tension-type headache: Treatment pro-
- Astin, J. A., Beckner, W., Soeken, K., Hochberg, M. C., & Berman, B. (2002).** Psychological interventions for rheumatoid arthritis: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis and Rheumatism, 47*, 291-302.
- Bernstein, D. A., Borkovec, T. D., & Hazlett-Stevens, H. (2000).** *New directions in Progressive Relaxation Training: A guidebook for helping professionals*. Westport, CT: Praeger Publishers.
- Blanchard, E. B. (1992).** Psychological treatment of benign headache disorder. *Headache, 3*, 53-56.
- Fumal, A., & Schoenen, J. (2005).** Tension-type headache. *Revue Neurologique, 161*, 720-2.
- Fumal, A., & Schoenen, J. (2008).** Tension-type headache: Current research and clinical management. *The Lancet Neurology, 7*, 70-83.
- Gamsa, A. (1994).** The role of psychological factors in pain. I: A half century of study. *Pain, 57*, 5-15.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. (2004).** The International Classification of Headache Disorders: (2nd edition). *Cephalalgia, 24*, 9-160.
- Hermann, C., & Blanchard, E. B. (2002).** Biofeedback in the treatment of headache and other childhood pain. *Applied Psychophysiology & Biofeedback, 27*, 143-62.
- Holroyd, K. A., O'Donnell, F. J., Stensland, M., Lipchik, G. L., Cordingley, G. E., & Carlson, B. W. (2001).** Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: A randomized controlled trial. *Journal of American Medicine Association, 285*, 2208-15.
- Holroyd, K. A., & Martin, P. R. (2000).** Psychological treatment of tension-type headache. In J.

- Headache Reports*, 8 (6), 489-99.
- Penzien, D. B., Rains, J. C., & McGrath, P. J. (2007).** Psychological and behavioral treatments of migraine. In: J. Olesen, P. Goadsby, N. Ramadan, P. Tfelt-Hansen & K. M. A. Welch (Eds.), *The Headaches* (3rd ed). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Rains, J. C., Penzien, D. B., McCrory, D. C., & Gray, R. N. (2005).** Behavioral headache treatment: History, review of the empirical literature, and methodological critique. *Headache*, 45, 92-109.
- Soderberg, E., Carlsson, J., & Stener-Victorin, E. (2006).** Chronic tension-type headache treated with acupuncture, physical training and relaxation training: Between-group differences. *Cephalalgia*, 26 (11), 1320-29.
- cedures. *Current Pain & Headache Reports*, 7, 475-81.
- Nestoriuc, Y., Rief, W., & Martin, A. (2008).** Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: Efficacy, specificity, and treatment moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 379-396.
- Penzien, D. B., Rains, J. C., & Andrasik, F. (2002).** Behavioral management of recurrent headache: Three decades of experience and empiricism. *Applied Psychophysiological Biofeedback*, 27, 163-181.
- Penzien, D. B., Rains, J. C., Lipchik, G. L., & Creer, T. L. (2004).** Behavioral interventions for tension-type headache: Overview of current therapies and recommendation for a self-management model for chronic headache. *Current Pain &*