

## اثر آرامش عضلانی و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم بر زنان مبتلا به میگرن: بررسی تک موردی

دکتر حمیدرضا آقامحمدیان\*، علی کمال شنیدی\*\*

### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی میزان اثربخشی آرامش عضلانی و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم هوشیاری بر روی زنان مبتلا به میگرن معمولی که به دارو پاسخ مناسب ندادند، انجام شده است.

**روش:** با بهره گیری از روش تک موردی، شش زن مبتلا به میگرن مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی و روانشناسی شهرستان برازجان که به روش تصادفی انتخاب شده بودند، به کمک مصاحبه بالینی، مقیاس اندازه گیری شدت درد، مقیاس اندازه گیری پریشان کنندگی درد، پرسش نامه درد مک گیل و پرسش نامه افسردگی و اضطراب بک مورد بررسی قرار گرفتند. آزمودنی ها پس از ارزیابی اولیه (خط پایه) به روش آرام سازی عضلانی و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم هوشیاری تحت درمان قرار گرفتند. داده های پژوهش به کمک نمودار و آمار توصیفی ارائه گردیده است.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که این روش درمانی در مجموع می تواند فراوانی، طول حملات، شدت و پریشان کنندگی درد میگرن را کاهش دهد. بیشترین کاهش، در ابعاد شدت و پریشان کنندگی درد میگرن دیده شد و از شش آزمودنی، پنج آزمودنی بهبودی چشم گیری نشان دادند. حتی اثر بهبودی در طول دوره پی گیری، یعنی سه ماه و نیم افزایش یافت؛ گرچه یک آزمودنی اثر بهبودی اندکی نشان داد. همچنین میزان افسردگی و اضطراب همراه با سردرد میگرنی در همه آزمودنی ها به طور قابل ملاحظه ای کاهش یافت.

**نتیجه گیری:** آرامش و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم هوشیاری می تواند در کاهش شدت و پریشان کنندگی درد میگرن بیماران مبتلا به این بیماری مؤثر باشد.

**کلیدواژه:** سردرد، میگرن، آرامش عضلانی، بازسازی شناختی، هیپنوتیسم

### مقدمه

دارد، اما معمولاً سه نوع آن بیشتر دیده می شود که عبارتند از: سردردهای میگرنی، سردردهای تنشی و آمیزه ای از هر دو. این سردردها را نمی توان به کمک آزمایش های بدنی مشخص

سردرد تنشی یکی از شایع ترین اشکال درد مزمن است که پیچیده، متغیر، همراه با ویژگی های حسی و روان شناختی و اتونومیک مبهم است. گرچه انواع گوناگونی از سردرد وجود

\* دکترای تخصصی روانشناسی، دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد. مشهد، میدان آزادی، پردیس، دانشگاه فردوسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. صندوق پستی ۱۵۱۸. دورنگار: ۰۵۱۱-۸۷۸۳۰۱۲ (نویسنده مسئول).

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

\*\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.

نمود، بلکه با توجه به نشانه‌های افتراقی آنها مشخص می‌شوند (کافمن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵). در بررسی‌های انجام شده، بیش از ۹۰٪ بیماران که به‌خاطر سردرد مراجعه کرده بودند، دارای یکی از این سه نوع سردرد بوده‌اند (سارافینو<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴؛ اندراسیک<sup>۳</sup>، بلک<sup>۴</sup> و مک‌کارن<sup>۵</sup>، ۱۹۸۶، به نقل از کافمن، ۱۹۹۵).

میزان شیوع میگرن بین ۱۰٪ تا ۲۵٪ گزارش شده است (داکتو<sup>۶</sup>، تایت<sup>۷</sup>، مارگولینز<sup>۸</sup>، لنت<sup>۹</sup>، استیوارت<sup>۱۰</sup> و سیچتر<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۴، به نقل از کولوتیلو<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۹؛ فتحی، ۱۳۷۶). هم‌چنین هو<sup>۱۳</sup> (۱۹۹۹) بر این باور است که میانگین حمله در طول سال برای مردان ۳۴ بار و برای زنان ۳۷ بار می‌باشد.

شایع‌ترین نوع میگرن نوع معمولی آن است که نزدیک به ۷۵٪ از مبتلایان به میگرن را گرفتار می‌کند (کافمن، ۱۹۹۵)، میگرن کلاسیک در رتبه دوم می‌باشد که دربرگیرنده نزدیک به ۱۵٪ افراد میگرنی است (همان‌جا؛ سلیمانی، ۱۳۶۲). میگرن در ۲۵٪ موارد، در نخستین دهه زندگی، ۵۰٪ موارد تا سن ۲۰ سالگی و بیش از ۹۰٪ موارد تا پیش از سن ۴۰ سالگی آغاز می‌شود (امین‌اف<sup>۱۴</sup>، ۱۳۷۴). با این حال سردردهای میگرنی خطرناک نیستند، اما بسیار ناخوشایند و تحمل‌ناپذیر هستند.

هر چند تا کنون علت اولیه میگرن روشن نشده، ولی احتمال نقش وراثت، تیپ شخصیتی، اختلال در پیام‌رسان‌های شیمیایی، عوامل روان‌شناختی، فیزیکی و محیطی مطرح شده‌اند و هم‌اکنون تعامل میان همه عامل‌های یادشده را عامل میگرن می‌دانند (کرنی<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۶؛ سلیمانی، ۱۳۶۲؛ کرنیرگ، امین‌اف، سیمون، ۱۳۷۴؛ کاستلو<sup>۱۶</sup> و کاستلو، ۱۳۷۳؛ فتحی، ۱۳۷۶).

سه دسته درمان برای میگرن به کار برده می‌شود: درمان دارویی حاد، درمان دارویی پیش‌گیرانه و درمان غیردارویی.

درمان دارویی با هدف اثرگذاری بر آسیب‌شناسی خود میگرن به کار برده می‌شود و شامل انواع گوناگونی از آگونیست‌های گیرنده سروتونین است. برای پیش‌گیری از حمله میگرن، کاربرد داروهای ضدافسردگی، بتابلوکرها و بلوکرهای کانال کلسیم پیشنهاد شده است (انجمن پزشکی کانادا، ۱۹۸۷، به نقل از رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۷۷).

از درمان‌های غیردارویی، آرامش عضلانی<sup>۱۷</sup>، بازسازی شناختی<sup>۱۸</sup> و هیپنوتیسم روش‌هایی می‌باشند که در درمان میگرن بیشتر به کار می‌روند. فکرهای ناسازگار می‌توانند بر توانایی فرد در چیره‌شدن بر درد تأثیر بگذارند و عامل

بازدارنده به‌شمار می‌روند. این باور که «درد هرگز از من جدا نخواهد شد»، گونه‌ای باور منفی به‌شمار می‌رود (گلدن<sup>۱۹</sup>، ۱۳۷۴). این پژوهشگران بر این باورند که روش بازسازی شناختی بهترین روش برای مهار درد می‌باشد و در بازسازی شناختی، یکی از روش‌های پرکاربرد، روش دو ستونی است (همان‌جا).

برخی از پژوهشگران بر این باورند که هیپنوتیسم از راه دستگاه اعصاب مرکزی بر اعصاب محیطی و نخاع اثر می‌گذارد. از این رو هیپنوتیسم می‌تواند پاسخ‌های مغزی را که به دنبال احساس‌ها می‌آیند پیش از رسیدن به آگاهی اصلاح نماید. هم‌چنین کاهش اضطراب، اصلاح نگرش، چشم‌داشت‌ها و باورهای بیمار، درد را کاهش می‌دهد (هال‌روید<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۶). پژوهشگران بر این باورند که هیپنوتیسم بر تجربه درد در بیماران تأثیر می‌گذارد. برخلاف باور بسیاری از مردم، درد پدیدۀ پیچیده‌ای است که دربرگیرنده عوامل بدنی، شناختی، ادراکی، هیجانی، رفتاری و میان‌فردی است (گلدن، ۱۳۷۴). برای کاهش درد به کمک هیپنوتیسم روش‌های گوناگونی به کار گرفته می‌شود که شامل تغییر درد، بی‌حسی، بی‌دردی، حواس‌پرتی و بازسازی شناختی می‌باشد. کرین<sup>۲۱</sup> از نخستین کسانی است که هیپنوتیسم را همراه با روش عقلانی-عاطفی برای درمان سردرد به کار برده و به یافته‌های سودمندی دست یافته است (درآمونند<sup>۲۲</sup>، ۱۹۸۷). وان‌پلت<sup>۲۳</sup> (۱۹۷۵a، ۱۹۷۵b)، استامباغ<sup>۲۴</sup> و هاوس<sup>۲۵</sup> (۱۹۷۷)، فرانکل<sup>۲۶</sup> (۱۹۸۷)، دیویدسون<sup>۲۷</sup> (۱۹۸۷)، فریدمن<sup>۲۸</sup> و تایوب<sup>۲۹</sup> (۱۹۸۲) و کاپلیس<sup>۳۰</sup> (۱۹۸۴) روش‌های آرامش عضلانی، بازسازی شناختی و هیپنوتیسم را برای درمان میگرن به کار گرفتند و دریافتند که کاربرد این روش‌ها هر یک به‌تنهایی نیز با کاهش درد همراه هستند.

1- Kaufman	2- Sarafino
3- Andrasic	4- Black
5- Maccaren	6- Dacto
7- Tayt	8- Margolinze
9- Lint	10- Styorat
11- Sychter	12- Kolotylo
13- Hu	14- Aminov
15- Kearney	16- Castello
17- relaxation	18- cognitive restructuring
19- Golden	20- Holroyd
21- Kerin	22- Drumond
23- Van Pelt	24- Stambaugh
25- House	26- Frankel
27- Davidson	28- Friedman
29- Taaub	30- Kapelis

لیندسی<sup>۱</sup> و پاول<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) تأثیر آرامش عضلانی و کنترل شناختی استرس در درمان میگرن را بالاتر از دارونما گزارش کردند. هم‌چنین برون<sup>۳</sup> و فروم<sup>۴</sup> (۱۹۸۷، به نقل از همان‌جا) هیپنوتیسم درمانی رفتاری-شناختی و باسکر<sup>۵</sup> و ری‌دینگ<sup>۶</sup> (۱۹۸۴، به نقل از همان‌جا) از روش‌های بازسازی شناختی، آرامش عضلانی و حواس‌پرتی برای درمان میگرن بهره گرفتند. در پژوهش حاضر تلاش شده است به کمک روش‌های غیردارویی به درمان میگرن پرداخته شود.

این پژوهش با هدف بررسی میزان کارایی روش ترکیبی آرامش عضلانی و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم هوشیاری<sup>۷</sup> بر سردرد میگرنی معمولی زنان، کاهش دوره درمانی رایج و اثرات جانبی ناشی از مصرف دارو بود. فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از: ۱- روش آرامسازی عضلانی و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم هوشیاری بر سردرد میگرنی معمولی زنان تأثیر معنی‌دار دارد. ۲- روش آرامسازی عضلانی و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم هوشیاری بر کنترل اضطراب همراه با سردرد میگرنی معمولی زنان تأثیر معنی‌دار دارد. ۳- روش آرامسازی عضلانی و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم هوشیاری بر کنترل افسردگی همراه با سردرد میگرنی معمولی زنان تأثیر معنی‌دار دارد.

## روش

این پژوهش به صورت طرح آزمایش تک-موردی و گرفتن خط پایه اجرا گردید. در این بررسی، خط پایه دربردارنده شدت، فراوانی و طول مدت سردرد میگرنی در مرحله پیش از درمان، در هنگام درمان و در دوره پیگیری می‌باشد. از سوی دیگر برای مشخص نمودن اثربخشی روش درمان، داده‌های مربوط به این سه مرحله، یعنی پیش از درمان، در هنگام درمان و پس از آن با هم مقایسه شده‌اند.

در روش هیپنوتیسم تحت هوشیاری، تصویرسازی ذهنی و تلقین، برای افزایش تمرکز و پایین آوردن آستانه تلقین‌پذیری مراجع به کار برده می‌شود. از این رو تلقین‌ها دارای انرژی، توان، نشاط و سرزندگی بودند تا از پایین آمدن بیشتر انگیزتگی که بیماران میگرنی به خاطر مشکلات ناشی از افسردگی دارند، پیش‌گیری شود. از سوی دیگر همراه شدن آرامش عضلانی و بازسازی شناختی با هیپنوتیسم سودمندتر است (گلدن، ۱۳۷۴). از آن‌جا که باورهای ناسازگار می‌توانند با توانایی فرد در چیره شدن بر درد تعارض داشته باشند و به

عنوان بازدارنده عمل نمایند، باید باورهای منفی را شناسایی و باورهای مثبت و سازنده را جایگزین آنها نمود (همان‌جا).

جامعه آماری پژوهش شامل زنان مبتلا به میگرن معمولی<sup>۸</sup> مقاوم به درمان ۲۰ تا ۴۰ ساله شهرستان برازجان بود که به مراکز خدمات تخصصی روانپزشکی و روانشناسی مراجعه کرده بودند. شمار آزمودنی‌های این پژوهش شش نفر از افراد یادشده بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده بودند. برای این بیماران اجرای درمان‌های دارویی پیشین سودمند واقع نشده بود. به بیان دیگر مهم‌ترین معیار مقاومت به درمان برای بیمار که رهایی از درد بوده، به کمک دارو ممکن نگردیده بود.

ابزارهای به کار گرفته شده عبارت بود از:

الف) **مصاحبه تشخیصی**<sup>۹</sup>: راهنمای تشخیصی انجمن پزشکی کانادا (کافمن، ۱۹۹۵) برای تشخیص میگرن معمولی و میگرن کلاسیک استفاده شد. ابزارهای یادشده دارای روایی محتوا بوده و برای پرسش‌نامه کافمن، روایی سازه ۰/۸۱ (دراموند، ۱۹۸۷) گزارش شده است (همان‌جا).

ب) **مقیاس اندازه‌گیری شدت درد**<sup>۱۰</sup>: این مقیاس برای سنجش شدت درد مناسب می‌باشد (رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۷۷). روایی سازه آن ۰/۸۲ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۸۹ است (همان‌جا).

ج) **مقیاس اندازه‌گیری پریشان‌کنندگی درد**<sup>۱۱</sup>: این مقیاس را مرکز راهنمای کنترل درد هال (۱۹۹۲) ارائه نموده است. این مقیاس همانند مقیاس پیشین به صورت قیاسی-دیداری است که میزان پریشان‌کنندگی درد را اندازه می‌گیرد. روایی محتوای این مقیاس مورد تأیید متخصصان روانشناسی و روانپزشکی است. فتحی (۱۳۷۶) روایی محتوای این پرسش‌نامه را ۰/۷۹ و اعتبار سازه آن را ۰/۸۹ گزارش نموده است.

د) **پرسش‌نامه درد مک‌گیل**<sup>۱۲</sup>: این پرسش‌نامه برای سنجش بخش هیجانی و حسی و ارزیابی اجزای تجربه درد در تفاوت‌گذاری نشانگان‌های درد بالینی سودمند است (سارافینو، ۱۹۹۴). روایی محتوای این پرسش‌نامه را رسول‌زاده

1- Lindsay	2- Powel
3- Bron	4- From
5- Basker	6- Readings
7- alert hypnosis	8- common migraine
9- diagnosis interview	
10- Measurement Scale of Pain Power	
11- Measurement Scale of Pain Distressed	
12- McGill Questionnaire of Pain	

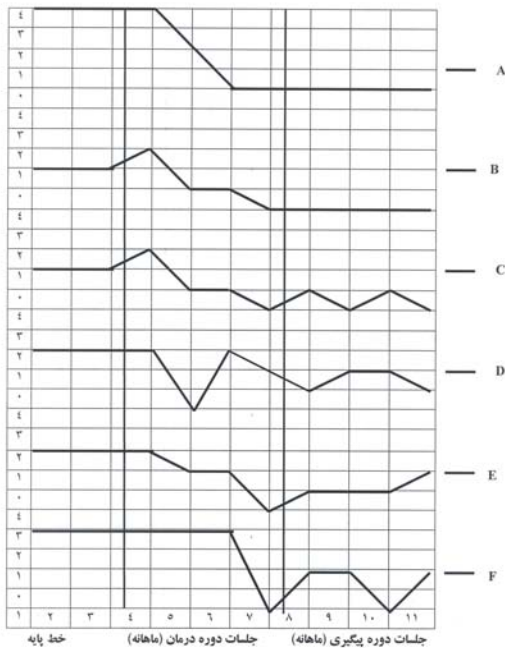
طباطبایی (۱۳۷۷) ۰/۸۸ گزارش نموده است و پایایی آن ۰/۷۸ به دست آمده است (همان جا).

هـ) پرسش نامه افسردگی و اضطراب بک: برای سنجش افسردگی و اضطراب مراجعان به کار گرفته شده است. ابراهیمی (۱۳۷۱) ضریب پایایی آنها را به روش بازآزمایی روی ۲۰ آزمودنی بهنجار با فاصله دو هفته ۰/۷۶ گزارش نمود. روایی سازه آنها نیز به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۹۱ می باشد (دولت آبادی، ۱۳۷۶).

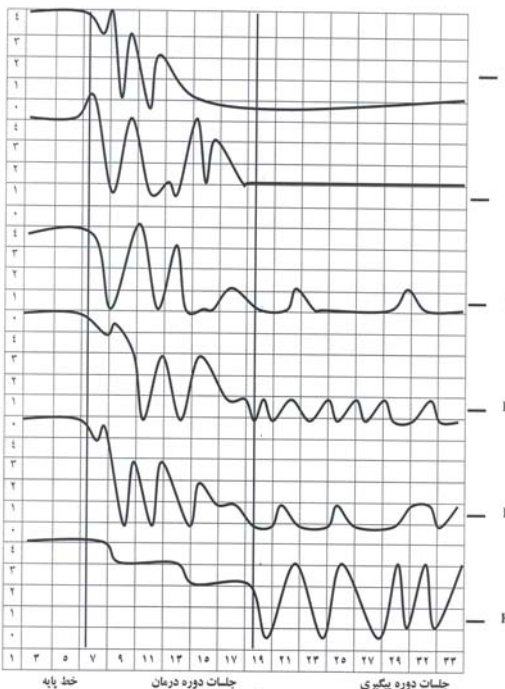
از آن جا که طرح این پژوهش تک-موردی است، داده های مربوط به شش آزمودنی در سه مرحله پیش از درمان، هنگام درمان و پس از آن گردآوری شد و به کمک روش های آمار توصیفی، تحلیل گردید.

### یافته ها

بر پایه داده های به دست آمده، فرضیه نخست مبنی بر این که آرام سازی عضلانی و بازسازی شناختی تحت هیپنوتیسم هوشیاری بر سردرد میگرنی معمولی زنان تأثیر دارد، مورد تأیید قرار گرفت و همه آزمودنی ها به جز یک نفر در همه موارد کاهش چشم گیری نشان دادند، هر چند که سطح کاهش برای همه ابعاد، یکسان نبود (شکل های ۱ تا ۵). بیشترین کاهش مربوط به ابعاد شدت و پریشان کنندگی

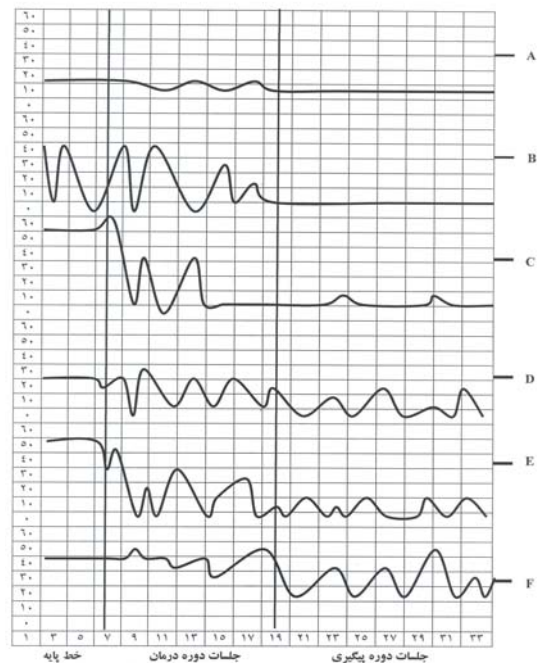


شکل ۲- میزان تغییرات در فراوانی حملات در سه مرحله ارزیابی مربوط به شش آزمودنی



بدون درد (۰) درد خفیف (۱) درد متوسط (۲) درد شدید (۳)  
درد بسیار شدید (۴) درد غیرقابل تحمل (۵)

شکل ۳- تغییرات مربوط به شدت درد در سه مرحله ارزیابی مربوط به شش آزمودنی

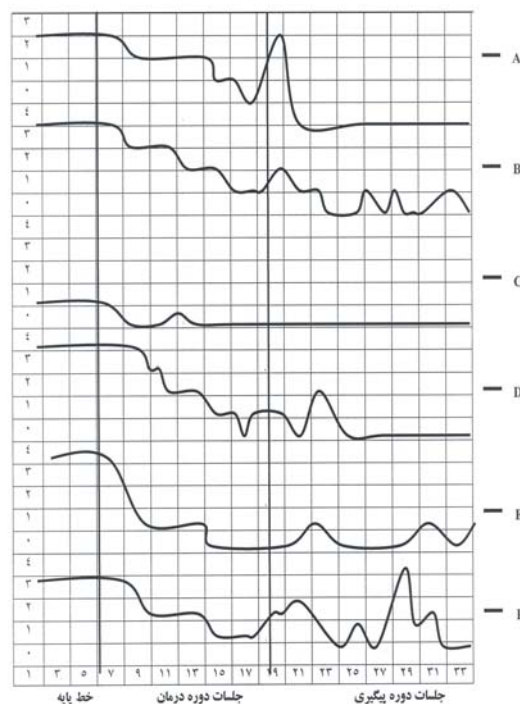


شکل ۴- داده های مربوط به سه مرحله ارزیابی طول حملات شش آزمودنی

درد و از سوی دیگر اضطراب و افسردگی همراه این سردردها بود (شکل های ۴ و ۵). کمترین کاهش مربوط به فراوانی و مدت زمان حمله های سردرد بود (شکل های ۱ و ۲). البته در چهار آزمودنی از شش آزمودنی مدت زمان و فراوانی حمله های آنان کاهش چشم گیری نشان دادند، ولی دو نفر از آنان کاهش درخور توجهی نشان ندادند. در سه آزمودنی، داروهای ضد میگرن در دوره درمان قطع شد، ولی سه آزمودنی دیگر در دوره پی گیری هم دارو مصرف می نمودند. هر شش آزمودنی در ابعاد شدت درد، پریشان کنندگی، اضطراب و افسردگی همراه با سردرد میگرنی کاهش چشم گیری نشان دادند. هر چند برخی از آزمودنی ها حمله های میگرنی را با همان فراوانی یا کمتر داشتند، ولی میزان درد کاهش یافته بود. پنج آزمودنی شکایت درخور توجهی از درد نداشتند. هر چند همه آزمودنی ها به یک اندازه در ابعاد چندگانه درد بهبودی نشان ندادند، در مجموع روند بهبودی مثبت بود. در چهار آزمودنی، در مرحله پی گیری، اثرات درمانی ثابت و پیشرفت بیشتری نشان دادند.

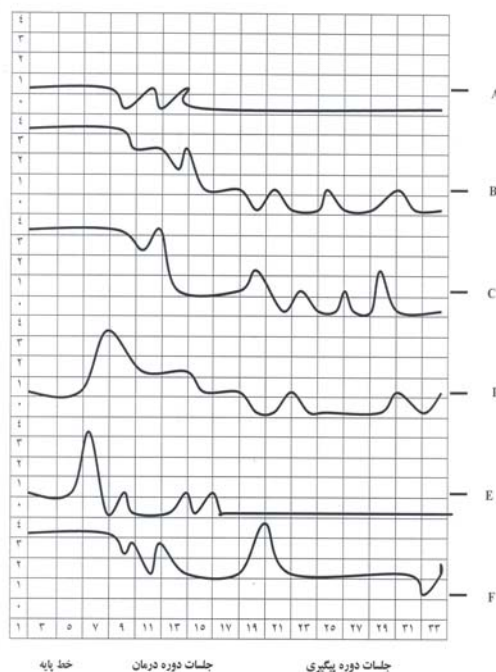
## بحث

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



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

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



غیرافسرده (۰) افسردگی خفیف (۱) متوسط (۲) نسبتاً شدید (۳) شدید (۴)

شکل ۵- تغییرات افسردگی بر اساس مقیاس یک در سه مرحله ارزیابی مربوط به شش آزمودنی

1- van-Dych  
3- Lisspers  
5- Mizener

2- Pot  
4- Ost  
6- Moore

روش های به کار برده شده، بازسازی شناختی بود درمان جویان یاد گرفتند که خود، باورهای اضطراب زا و افسردگی زا را اصلاح نمایند. از سوی دیگر روش آرامش عضلانی نیز به کاهش بیشتر اضطراب آزمودنی ها کمک کرد.

به طور کلی به نظر می رسد که اضطراب بیماران بیشتر ناشی از احساس ترس شدید از تداوم این اختلال در همه عمر باشد. وجود این باور دور باطلی را ایجاد می کند که باعث شدت بیشتر حملات میگرن می شود. این دور باطل به وسیله مداخله درمانی از میان رفت. بنابراین یافته های این پژوهش نشان داد که آزمودنی ها مبتلا به اضطراب هستند و این یافته با یافته های سارافینو (۱۹۹۴) هم سو است. از سوی دیگر یافته ها نشان دادند که با این روش درمانی می توان اضطراب همراه با سردرد میگرنی را کنترل نمود.

هم چنین فرضیه سوم پژوهش نیز تأیید شد. گفتنی است که شاید افسردگی این افراد تنها ناشی از میگرن آنان نباشد و عامل های گوناگونی در بروز آن مؤثر باشند، ولی از آن جا که آزمودنی ها به کمک این روش درمانی مهارت های خودگردانی برای کنترل افسردگی خود را می آموزند، بر افسردگی کلی آنان مؤثر است. به نظر می رسد در همه آزمودنی ها افسردگی، یأس و درماندگی ناشی از درمان ناپذیری سردرد بر آنها تأثیر زیادی داشته است. این یافته پژوهش در مورد کاهش فراوانی و شدت حملات با یافته های دیویدسون (۱۹۸۷)، واینر<sup>۲</sup> و باب<sup>۳</sup> (۱۹۹۷) و میزور (۱۹۹۱) هم سو می باشد.

اندک بودن شمار آزمودنی ها، می تواند از جمله عوامل تأثیر گذار بر یافته ها و از محدودیت های پژوهش به شمار رود. به نظر می رسد که بعدها چهارگانه سردردهای میگرنی (فراوانی، طول حملات، شدت و پریشان کنندگی)، هر کدام با روش های خاص، دستاوردهای درمانی متفاوتی به دست دهند. بنابراین انجام پژوهش هایی در این زمینه سودمند خواهد بود.

---

دریافت مقاله: ۱۳۸۰/۹/۶؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۵/۱۰/۲۷؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۱۰/۲۷

---

## منابع

ابراهیمی، امرا... (۱۳۷۱). *مطالعه جنبه های روانشناختی سازگاری پس از ضایعه نخاعی*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

اتکسون، رینال؛ اتکسون، ریچارد س.؛ هیلگارد، ارنست ر. (۱۹۶۸). *زمینه روان شناسی*. ترجمه: محمدتقی براهنی. تهران: انتشارات رشد.

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

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

دولت آبادی، حسین (۱۳۷۶). *مقایسه سطح عزت نفس، شدت افسردگی بین معلولین جسمی - حرکتی شاغل و بیکار*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد. رسول زاده طباطبایی، کاظم (۱۳۷۷). بررسی ویژگی های شخصیتی مبتلایان به میگرن و مقایسه تأثیر دارو درمانگری با روش آموزش تنش زدایی تدریجی همراه با پسخوراند زیستی در این بیماران. *مجله روانشناسی*، سال دوم، شماره ۳، ۲۳۰-۲۱۱.

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

سلیمانی، داریوش (۱۳۶۲). *بیماریهای مغز و اعصاب*. تهران: انتشارات جهانشاهی. فتحی، مهدی (۱۳۶۶). بررسی موردی درمان میگرن مقاوم به دارو با هیپنوتیسم. *مجله تازه های روان درمانی*، سال اول، شماره ۳ و ۴، ۸۰-۷۱.

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

کرینبرگ، دیوید؛ امین اف، مایکل؛ سیمون، راجز (۱۳۷۴). *نورولوژی بالینی*. ترجمه: بیژن بندرچی چمخاله. تهران: انتشارات آوا.

گلدن، داور (۱۳۷۴). *هیپنوتیسم درمانی*. ترجمه: محمد نریمانی و جواد شافعی مقدم. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

مک گوئیان، فرانک (۱۳۷۷). *روانشناسی آزمایشی*. ترجمه: امیر خطیبی. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.

Davidson, P. (1987). Hypnosis and migraine headache: Reporting a clinical series. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 15, 111-118.

Drumond, P. D. (1987). Predisposing, precipitating and relieving factors indifferent categories of headache. *Headache*, 25, 10-22.

Frankel, F. H. (1987). Significant development of medical hypnosis during the past 25 years. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35, 231-247.

Friedman, H., & Taub, H. A. (1982). *An evaluation of hypnotic susceptibility and peripheral*. New York: New York Publisher.

Holroyd, J. (1996). Hypnosis treatment of clinical pain: Understanding why hypnosis is useful. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44, 33-51.

- Hu, X. (1999). Burden of migraine in the United States. *Archives of Internal Medicine*, *159*, 813-818.
- Kapelis, L. (1984). Hypnosis in a behavior therapy from work for the treatment of migraine in children. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *12*, 123-126
- Kaufman, D. M. (1995). *Clinical neurology for psychiatrists* (4th. ed.). New York: W. D. Saunders Company.
- Kearney, J. M. (1996). *Visual and auditory information processing in migraine: Beyond the Neuropsychological Quagmire*, Grand Forks, ND: University of North Dakota.
- Kolotylo, C. J. M. (1999). Exploration of the relationships among personal and illness related factors. *Migraine Headache Pain*, *9*, 10-16.
- Lindsay, S. J. E., & Powel, G. E. (1994). *The handbook of clinical adult psychology*. New York: Routledge.
- Lisspers, J. A. N., & Ost, L. G. (1990). Long term follow up of migraine treatment. *Behavior Research and Therapy*, *28*, 313-322.
- Mizener, D. (1988). Cognitive changes of migraine headache patient receiving biofeedback and coping skills treatments. *Headache*, *28*, 339-343.
- Moore, K. (1999). *Treatment options for migraine management: The Journal of Head and Face Pain*, *39*, 85-86.
- Readings, C. (1984). *Psychophysiological reactivity in migraine following biofeedback*. New York: New York Publisher.
- Sarafino, E. P. (1994). *Health psychology* (2nd. ed.). New York: Chichester Biris Bone.
- Stambaugh, E. E., & House, A. E. (1977). Multimodality treatment of migraine headache: A case study utilizing biofeedback, relaxation, autogenic and hypnotic treatments. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *18*, 1235-1240.
- van-Dych, R., & Pot, B. (1991). Autogenic training and future oriented hypnotic imagery in treatment of tension headaches. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *35*, 9-82.
- Van Pelt, S. J. (1975a). Migraine, emotion and hypnosis. *Journal of American Institute of Hypnosis*, *16*, 35-36.
- Van Pelt, S. J. (1975b). Not merely a treatment, more a way of life. *Journal of the American Institute of Hypnosis*, *16*, 44-45.
- Winner, P., & Bob, T. (1997). Multimember prospective evaluation of proposed pediatric migraine revisions. *Journal of Head and Face Pain*, *37*, 54-60.