

만성두통 환자에 대한 인지행동치료경험

고 경 봉*

Experience of Cognitive-Behavioral Treatment for Patients with Chronic Headache

Kyung Bong Koh, M.D.,Ph.D.*

— ABSTRACT ————— *Korean J Psychosomatic Medicine 4(1) : 85-90, 1996* —

Cognitive-behavioral approach to two cases with chronic headache was presented. Cognitive-behavioral interventions focus on indirectly altering symptom-related physiological activity by changing the way patients cope with headache-eliciting stressors. This treatment focuses directly on the patients' cognitive and behavioral changes. Cognitive-behavioral treatment can be divided into three phases : Education, self-monitoring, and problem-solving or coping-skills training. Literature reviews on the follow-up evaluation of therapeutic effectiveness revealed that cognitive-behavioral treatment is effective in the management of chronic headache.

KEY WORDS : Cognitive-behavioral approach · Chronic headache.

서 론

두통은 많은 사람들이 호소하는 증상들 중 하나이다. 특히 두통환자들은 대체로 자신의 문제를 잘 알고 있는 것처럼 생각하며 자신의 문제를 쉽게 노출시키기를 꺼리는 경향이 있다. 이 점이 환자의 스트레스상황을 더욱 더 해결하기 어렵게 만들어 두통을 만성화시키는 요인이 되기도 한다(고경봉 1984).

편두통과 긴장성 두통의 유병율이 높은 만큼 이에 대한 치료에 관해서도 많은 연구들이 행해졌다. 그 동안 효과적인 것으로 알려진 치료법으로는 약물요법 이외에 비약물요법으로는 운동요법, 근육이완요법 및 바이오피드백(biofeedback) 치료 등이 있다(Agras 1995). 더구

*연세대학교 의과대학 정신과학교실
Department of Psychiatry, Yonsei University College of Medicine, C.P.O. Box 8044, Seoul, Korea

나 Singer(1995)는 긴장성 두통의 이상적인 치료법으로 운동요법과 함께 바이오피드백 치료, 근육이완요법, 자기최면, 명상, 인지행동치료와 같은 행동치료의 병행을 권장하였다.

인지행동치료는 이미 우울장애 및 불안장애 환자들에서 효과적인 치료방법으로 알려져 있다(Beck과 Rush 1989). 한편 우울장애 및 불안장애와 같은 정서장애 환자들보다 스트레스지각이 낮은 것으로 밝혀진 정신신체장애(심리적 인자에 의해 영향을 받는 신체적 상태) 환자들에서도(고경봉 1988) 인지행동치료는 효과가 있는 것으로 보고 있다(Holroyd등 1983).

만성 두통환자에서 인지행동치료의 초점은 환자가 두통을 일으키는 스트레스상황을 대응하는 방식을 변화시킴으로서 증상과 관련된 생리적 활동을 간접적으로 변화시키는데 있다. 다시 말해서 이 치료는 인지 및 행동을 직접 변화시키는데 초점을 둔다(Holroyd등 1983).

만성 두통을 비롯한 정신신체장애 환자에게 대한 인지 행동치료 결과의 평가에 관한 문헌은 근육이완 및 바이오헤이티브 치료결과에 관한 문헌에 비해 극히 적은 편이다. 특히 국내에서는 이에 관한 사례 및 연구들이 없기 때문에 본 저자가 정신신체장애 특히 만성 두통환자를 대상으로 인지행동치료를 경험한 사례를 보고하고 이에 관한 문헌들을 고찰해 보고자 한다.

사 례 1

32세 남자환자는 약 일년 전부터 왼쪽 머리의 마비감과 조이는 증세로 신경과 외래에 내원하여 뇌단층촬영을 비롯한 신경학적 검사는 물론 간기능검사(SMA), 갑상선기능검사(T3, T4) 등을 시행하였으나 이상이 발견되지 않았다. 그후 신경과에서 amitriptyline, alprazolam, propranolol 등의 항정신성 약물을 1989년 3월부터 약 1년간 사용하였으나 호전을 보이지 않아 1990년 1월말에 정신과로 의뢰되었다.

평소 말이 적고 소심하며 빈틈없고 수줍음을 잘 타던 환자는 일 년전에 모 대학 교수와 일년 계약으로 공동연구과제를 진행 중이었다. 그러나 교수가 중도에 포기하는 바람에 혼자 마무리하려고 애썼으나 잘 되지 않은채 이 과제는 미결상태로 끝났다. 그 후 회사의 상사인 부장이 환자에게 '빨리 끝내라'고 계속 다그치는데 더 이상 혼자서는 끝낼 수도 없고, 그렇다고 직장을 그만두지도 못하고 혼자 속으로 끙끙거리다 두통을 더 이상 견디다 못해 병원을 찾게 되었다.

이 환자는 첫 면담 시에 다음과 같은 정신검사 소견을 보였다. 환자는 말이 다소 많았고 불안하고 몹시 긴장된 표정이었으며 주로 '머리가 마비되고 조인다'고 호소하였으며, 상사인 부장에 대한 억압된 분노와 적대감을 보였다. 환자는 주로 직장에서 스트레스를 받으면 머리의 마비감이나 두통이 더 심해지고, 여유가 있고 자신감이 생기거나 집에 있을 때에는 마비감이 풀어지고 두통도 덜 느낀다고 호소하였다.

이 환자의 병명은 편두통과 긴장성 두통이 병행되는 것으로 보였다. 환자에서 두통을 일으키거나 악화시키는 스트레스인자는 주로 직장의 과도한 업무량과 상사와의 관계와 관련되어 있었다.

몇 차례의 면담을 통해서 환자가 스트레스인자에 대해 보이는 왜곡된 인지적 반응이 반복되는 것을 관찰할 수

있었다.

환자는 부장에게 업무와 관련되어 야단을 맞았거나 자신의 요구가 거절당한 후 우울 및 두통이 심해졌다. 91년 7월 자가평가를 시작하여 환자가 작성한 것을 토대로 살펴본 바에 의하면 환자는 "부장에게 되게 박살났어요. 부장이 내가 다른 직원에게 자기 일 대신에 다른 일을 시켰다고. 내가 별로 잘못된 것도 없는 것 같은데 소리지른다고 생각하니 기분이 되게 안좋았어요. 이 때 머리가 몹시 아프고 자신이 병신같은 기분이 들었어요. 야단만 맞고 말도 못하고... 그리고 부장이 나를 우습게 아는 것은 아닌지? 내가 능력이 없는 것은 아닌지? 다른 과장이라면 이렇게 안했을 거예요. 한바탕 했어야 하는 건지... 내가 무능한지, 나름대로 노력했는데도 부장이 나를 100%(전혀) 신뢰하지 않는 것 같다는 생각이 들어요"라고 했다.

이처럼 환자는 부장이 '나를 우습게 아는 것은 아닌가?', '내가 무능한 것은 아닌가?'며 실제보다 상황을 확대(magnification)하곤 하였다. 이런 경향은 부하들과의 관계에서도 나타났다. 대리에서 과장으로 승진한 환자는 어느 날 한 부하직원이 무단결근하여 화가 났다. 이때에도 머리가 조이고 굳어지는 것을 느꼈다. 그러면서 내가 정말 능력이 없는 것은 아닌가? 나를 우습게 보는 것은 아닌가? 내가 관리를 잘못하는 것은 아닌가? 라는 생각을 하였다.

또 '내가 바보이고 병신인 것 같다'며 자신을 그릇되게 호칭(mislabeled)하고, '부장이 나를 100% 신뢰하지 않는다', '부장이 다른 과장이라면 이렇게 안 했을거다'라며 자기귀착, 양극적이며 선택적인 사고(selective abstraction)와 같은 인지왜곡을 보였다.

한편 환자는 '앞으로 잘 된다는 보장이 없다'며 장애에 대한 부정적 예측과 같은 임의추론(arbitrary inference)을 보이고, '부하직원은 나를 기다려야 한다', '내 소관업무니까 내가 총지휘해야 한다'며 절대필연성(should)을 보이기도 하였다.

이 환자에서 비적응성 가정은 개인적으로는 '성공(행복)하기 위해서는 완벽해야 한다', 가정이나 직장에서는 '웃사람에게 절대복종해야 한다'로 볼 수 있다. 이 환자에서 100% 옳거나 100% 틀린 경우 이외에 중간단계가 있을 수 없었다. 그래서 치료자는 자가평가를 통해서 사고, 기분, 두통의 정도를 %로 표시하게 함으로써 100% 이외에 중간단계가 있음을 지각하도록 강조하였다.

특히 환자는 나중에 동료들과 치열한 경쟁 끝에 과장으로 승진되었다. 이것은 앞에서 언급된 것처럼 '부장이 나를 100% 신뢰하지 않는다' 즉 '나를 전혀 신뢰해 주지 않는다'는 환자의 확신과 같은 양극적인 인지왜곡을 입증해 주지 못함을 지적하였다. 이것은 환자의 왜곡된 사고에 대한 믿음에 정면도전인 셈이다. 그 후 부장과의 관계에서 보이는 인지왜곡 및 비적응성 가정에 대해서는 부당하다고 느낄 경우 자기의사를 표시할 수 있도록 자기주장훈련을 권고하고 연습하도록 하였다.

환자는 실제로 부장에게 야단맞고 '나를 100% 신뢰하지 않는다'고 생각했으나, 다음 날 부장이 미안해 하는 것을 보고서는 자신을 전적으로 미워하기만 하는 것은 아니라는 것을 깨닫게 되었다. 그리고 치료시간 중에도 자기주장, 자기의견을 표시하게 하고 환자 스스로 스트레스에 대응할 수 있는 대안 즉 직장 밖에서 즐거움을 찾을 수 있는 활동을 해보도록 권장하였다. 환자는 일과 후 같은 부서의 부하직원들과 테니스를 치거나 수영을 배우기 시작하였고, 주말에는 아내와 등산이나 볼링을 하는 등 생활의 변화를 보였다.

그 후 부장에 대한 불만이나 편견을 때때로 지적하면서도 자기의사표시를 통해서 과거와 같이 일방적으로 당하고 있다는 생각은 상당히 감소되었다. 치료자에게 부장에 관해서 얘기할 때도 전혀럼 심각하거나 우울한 표정을 짓지 않았고, 두통의 정도나 빈도도 현저히 감소되었다. 특히 환자는 최근 부서이동에 관련된 불만을 직접 상사에게 찾아가 자신의 의사를 전달할 수 있을 만큼 치료초기에 비해 행동에 큰 변화를 보였다.

사 례 2

33세의 남자환자는 모 중소기업의 대리로 약 5개월 전부터 주로 머리 뒷쪽과 중앙부위(특히 왼쪽)가 쿡쿡 쑤시기 시작하다가 나중에는 머리 앞 양쪽부위도 쑤시고, 식욕도 떨어지고, 항상 속이 더부룩하고 소화가 안 된다고 호소하였다. 특히 최근 20일 전부터 더 심해져 신경과를 찾아 갔다가 정신과로 의뢰되었다.

환자는 현재 일하는 부서로 옮기기 전까지만 해도 할 달하고 자신감에 넘쳐 있었고 열심히 일하는 모범직원으로서 주위로부터 인정을 받았다. 그러나 최근 5개월 전부터는 항상 긴장되고 기분도 침체되고 자신감을 잃었다고 한다. 환자는 직장에서 야근도 많이 하는 편이고 항상

일이 많아 일을 집에 가져갈 때가 많았다. 그러나 마음뿐 집에서는 일이 손에 잡히지 않았다. 특히 일요일 저녁이 되면 월요일 업무와 그 주에 해야 할 일들을 계획하느라 걱정이 태산같았다. 그리고 요즘 기분은 침체되어 옆에서 '안됐다'고 얘기하고, 자신도 얼굴이 찌푸러지곤하여 '옛날에는 안 그랬는데 왜 그럴까?' 생각하며 자신의 건강이 걱정될 때도 많았다. 환자는 마음의 평안을 찾으려고 교회를 다니면서 기도도 많이 했으나 좀처럼 나아지는 게 없다고 했다. 그리고 다음 날과 그 주의 업무준비를 하느라 일요일 저녁이 되면 늘 부담을 느꼈다. 그러면서도 어린 애가 있다보니 실제로는 일을 거의 못했다고 한다.

첫 면담시(1992년 4월) 정신검사소견을 보면 다음과 같다. 면담 중 환자는 줄곧 몹시 긴장되고 불안 초조하였으며 신체증상에 대해 강한 집착을 보였다. 때때로 상사인 과장에 관해서 언급할 때에는 분노와 적대감을 보이면서도 이를 억제하려고 애쓰는 모습이였다. 그리고 의욕과 자신감을 잃고 무력감을 보이기도 하였다. 환자는 대체로 신체증상 이외에는 말하기를 꺼리다가도, 일단 말이 나오면 자세하고 솔직하게 상황이나 갈등을 표현하였다.

이 환자의 병명은 전형적인 긴장성두통이었다. 이 환자의 두통은 일차적으로는 직장에서 과다한 업무량과 상사와의 갈등과 관련되었고, 이차적으로는 가족들의 문제 즉 큰 형과 형수의 증병으로 인한 경제적 및 심리적 부담이 관련된다고 볼 수 있다.

환자와의 면담 및 문장완성검사를 통해서 다음 몇 가지 인지왜곡을 관찰할 수 있었다. 예를 들면 면담에서 환자는 "과장은 내 업무에 대해서 명쾌한 결과가 없으면 질책하곤 하고, 자신이 그걸 받아 들이려니 힘들고 업무에 대한 확신이 서지 않아요"하면서 불안해 했다. 부서를 옮기는 문제에 대해서 환자는 "현재로서는 부서를 옮겨야 되겠다는 확신은 20% 정도 밖에 안 돼요"라고 했다. 그 이유는 "올라 가면 올라 갈수록 스트레스가 많고 일의 분량은 많아지고 과장이 우려하는걸 보면 올라가는데 대한 비전도 적어서요. 또 새로운 분위기에 적응하는데 어려움도 따를 것이고..., 지금은 다른 대안이 없어요. 있다면 친구나 아는 사람을 통해 회사를 옮기고 싶은 생각이 있으나 시간이 걸리는 일이라서..." 이 환자의 인지왜곡으로는 '앞으로 전망이 없다', '다른 대안이 없다'는 부정적 예측 즉 임의추론(arbitrary inference)이 관

찰되었다. 그리고 이 환자의 비적응성 가정은 개인적으로 '완벽해야 한다', '웃사람에게 욕을 먹어서는 안 된다', '직장 일을 완벽하게 해야 한다'라고 볼 수 있다.

치료과정에서 환자는 업무량이 과다하기 때문에 무엇보다도 시간관리를 권장하였다. 우선 가능한 직장에 머물러 있는 시간을 줄여 보고 대신 일을 남에게 위임하고, 집에는 일절 직장일을 가져 가지 말도록 하였다. 그리고 상사인 과장과의 관계에서는 역할의 모호성 때문에 미래의 전망감을 갖기 어렵다는 판단 아래 이 부서에 남아 있는 것이 환자 자신에게 유익한 것인지 아니면 이 부서를 떠나는 것이 유익한 것인지 장단점을 비교하게 하고, 실제로 회사내 다른 부서로 옮길 수 있는지, 그리고 최종적으로 직장을 옮기는 것도 가능한지 검토해 볼 것을 제안하였다. 처음에는 상당히 회의적이었으나 마침내 환자도 다른 대안이 없다고 판단하여 과장을 찾아 가서 의논하였다. 그 결과 과장도 다른 부서로 옮기는데 동의해 주었다. 이후 환자는 더 이상 두통을 호소하지 않았고, 일에 대한 확신과 자신감을 되찾기 시작하였다. 결국 6회의 짧은 기간 동안의 치료를 통해 직장 상사와의 갈등에 대한 효과적인 대응방법을 찾고 실제로 행동을 옮긴 것이다.

고 찰

저자는 2명의 만성 두통환자에 대한 인지행동적 치료 접근을 통해서 정신신체장애 환자들에 대한 인지행동치료의 가능성을 알아보려고 하였다. 인지행동치료가 두번째 사례의 환자에서는 비교적 짧은 기간 동안에 치료효과를 보인 반면, 첫번째 사례의 환자에서는 장기간에 걸쳐서 치료효과를 유지할 수 있었다. 이 후자의 환자에서는 장기간에 걸친 자가평가를 통해서 자신의 문제를 좀더 객관적으로 파악하도록 하고, 대응기술훈련을 통해 기존 대응방법을 변경시키는데 그 만큼 시간이 많이 소요되었다. 또 이처럼 첫번째 환자에서 치료기간이 길어지게 된 이유들 중에는 아마도 두번째 사례의 환자보다 인격에 있어서 융통성이 적었기 때문일 것이다. 그리고 두번째 사례의 환자는 비교적 상사 이외에는 대인갈등이 적었던데 비해서, 첫번째 사례의 환자는 상사이외에도 다른 대인관계에서도 상당한 갈등이 있었던 것도 치료기간을 더 길게 하는 요인이 되었을 것으로 보인다.

그동안 만성 두통의 치료방법에 관련된 연구 결과들을

보면 다음과 같다. 31명의 만성 긴장성 두통환자들을 대상으로 인지치료군, 근전도 바이오피이드백(biofeedback) 치료군과 대조군으로 구분하여 15주후 두통의 정도를 비교한 결과, 인지치료군이 바이오피이드백 치료군보다 두통을 감소시키는데 더 효과적인 것으로 밝혀졌다(Holroyd 등 1977). 그후 약 2년 간의 추적조사에서도 바이오피이드백 치료를 받은 환자들은 약 50%에서 두통의 호전을 보인 반면, 인지치료군에서는 약 80% 이상에서 두통의 호전을 보였다. 따라서 인지치료가 장기간 치료효과를 유지하는데 효과적임을 시사한다. 또 다른 연구(Holroyd와 Andrasik 1978)에서는 39명의 만성 두통환자들을 세 가지 치료군 즉 인지대응기술을 가르친 군, 인지대응기술과 이완훈련을 가르친 군, 대응기술은 안 가르치고 대신 환자에게 단순히 두통의 이면의 원인을 잘 이해하면 두통이 호전될 것이라고 말해 준 군, 치료가 시행되지 않은 대조군으로 구분하여 치료결과를 평가하였다. 이 때 치료자의 개입은 환자에게 자신감을 북돋우고, 자존심을 높이고, 과거 사건들에 관한 자가평가 중에 제기된 문제들에 관해서 해석해 주는 것이었다. 그 결과 세 군 모두에서 두통양상이 현저하게 호전되었다. 첫번째와 두번째 치료군은 면담에서 배운 대응기술을 치료후에 이용하였으나, 대응기술을 가르치지 않은 세번째 군은 한 명을 제외하고는 모두 자기 나름대로의 두통을 조절하기 위한 특수한 대응기술을 고안해서 실시하도록 하였다. 즉 이것은 치료자가 환자에게 직접 특정 대응기술을 가르쳐 주는 것 못지 않게 증상을 유발 혹은 악화시키는 스트레스 생활사건의 사슬을 끊어버리는 방법을 환자 스스로 고안하게끔 확신시켜 주는 것도 효과적일 수 있음을 시사한다.

12명의 편두통 환자들을 대상으로 한 연구(Mitchell과 White 1976, 1977)에서도 자가교육, 사고중단 및 자기주장훈련과 같은 대응기술을 가르친 군이 이완치료군보다 더 두통의 호전을 보였다. 한편 Bakal(1980)은 45명의 긴장성 두통, 편두통, 두 질병의 병행군으로 구분하여 인지행동치료의 결과를 비교한 결과, 세 가지 유형의 두통 환자들 모두에서 인지행동치료가 효과적인 것으로 나타났다.

이상의 연구결과들은 인지행동치료가 만성두통의 치료에 효과적임을 시사해 준다. 또한 비록 인지행동치료가 두통을 즉각적으로 감소시키는데에는 이완치료보다 더 효과적인 것이 아니더라도 장기간 치료효과를 유지하

는데에는 더 도움이 될 것으로 보고 있다(Lynn과 Freedman 1979). 그러나 인지행동치료가 어느 정도로 이완치료의 효과를 증대시키고, 이완치료에 반응을 보이지 않는 환자들에게는 어느 정도로 효과적인지는 앞으로 더 연구되어야 할 것이다.

만성 두통환자에 대한 인지행동치료는 크게 세단계 즉 교육, 자가평가, 문제해결 및 대응기술훈련으로 나눈다. 우선 치료를 시작하기 전에 하루 중 두통의 발생의 빈도를 기록하고, 두통의 심한 정도를 평가하게 하고, 두통을 치료하려는 노력(약물사용 및 심리적 대응전략)을 기록하게 하고, 두통과 관련된 스트레스상황을 매일매일 기록하도록 한다.

이 때 어떤 사람은 기록 때문에 신경쓰여 두통이 더 악화된다고 호소하기도 한다. 이런 사람들은 의도적으로 두통에 관심을 두지 않음으로서 두통을 극소화시키는 걸 학습해 왔기 때문이다. 그래서 기록하는 것 자체가 이미 개인적으로 오랫동안 사용해 왔던 대응방법과는 상치될 가능성이 높다. 치료시에 이런 가능성을 염두에 둘 필요가 있으나, 두통을 극복하는 데에는 기존 방법보다 더 효과적인 방법이 개발될 수 있음을 주지시켜 기록에 의한 정보의 필요성을 설명해 주는 게 좋다.

두통에 대한 인지행동치료의 세단계에서 다루어야 할 내용들은 다음 몇 가지로 나누어 볼 수 있다(Holroyd 등 1983).

먼저 두통의 병태생리 및 유발인자에 관해서 교육한다. 흔히 두통환자들은 증상을 과도한 외적 압력이나 개인적인 무능으로 돌리려고 하는 경향이 강하다. 그래서 치료자의 역할은 환자 자신이 통제 가능한 두통의 유발인자를 강조하는 대안을 제시해 주는 것이다. 치료자는 스트레스인자가 어떻게 두통을 일으키고, 인지과정이 어떻게 스트레스반응을 형성시키는지를 설명해 준다. 앞으로 진행될 치료과정을 설명한다. 그리고 증상과 관련된 부정적 감정, 특히 만성 두통환자의 특징인 사기저하 및 우울과 대항해야 할 필요성과 환자의 적극적인 역할을 강조한다.

일단 치료과정이 설명된 후에는 일상생활 속에서 환자 자신이 스트레스반응을 평가하도록 한다. 이 자가평가의 목표는 환자가 스트레스상황 전후 사건들의 양상을 분명히 밝혀내게 하는데 있다. 환자가 스트레스사건 전후 느낌, 생각 및 행동을 기록하도록 한다. 이 때 가능하면 치료시간 중 환자의 기억에 의존하지 않도록 한다. 때로는

환자가 찾아낸 스트레스상황을 상상하게 해서 의식적으로 지각하고 경험한 것을 보고하게 한다. 환자가 이런 자가평가에 익숙해지면, 환자가 상황변수 즉 생각, 감정, 행동, 증상(우울, 두통 등)들 간의 관계를 알아 보도록 도와 준다.

마지막으로 문제해결을 시도하거나 대응기술을 훈련시킨다. 이 시기에는 환자가 이미 밝혀낸 심리적 및 행동적 선행요인들을 변화시켜 두통을 예방하는데 초점을 둔다. 예를 들어 음식물이 두통을 일으킨다면 음식을 먹지 않도록 한다. 그러나 치료자의 일차적 관심은 환자가 두통 관련된 스트레스인자에 대응하는 방법을 변화시키는데 주력한다.

결 론

저자는 2명의 만성 두통환자에 대한 인지행동치료경험에 관해서 기술하였다. 인지행동치료는 환자가 두통을 일으키는 스트레스상황을 대응하는 방식을 변경시킴으로서 증상과 관련된 생리적 활동을 간접적으로 변화시키는데 초점을 두고 있다. 이 치료는 직접적으로는 환자의 인지적 및 행동적인 변화에 초점을 둔다. 인지행동치료는 3단계 즉, 교육, 자가평가, 문제해결 및 대응기술훈련으로 구분될 수 있다. 추적평가에 관한 문헌고찰에 의하면 인지행동치료는 만성 두통의 치료에 효과적임을 시사해 준다.

중심 단어 : 인지행동치료 · 만성 두통.

REFERENCES

- 고경봉(1984) : 만성 두통의 치험례. 의학정보 104 : 34-35
- 고경봉(1988) : 정신신체장애환자들의 스트레스지각. 신경정신의학 27 : 514-524
- Agras WS(1995) : Behavior therapy. In : Kaplan HI & Sadock BJ(ed), Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6th ed, Baltimore, Williams & Wilkins, pp1788-1806
- Bakal DA, Demjen S, Kaganov S(1980) : Cognitive behavioral treatment of chronic headache. Headache 20, pp163(Abstract)
- Beck AT, Emery G(1979) : Cognitive therapy of anxiety and phobic disorders. Philadelphia, Center

for Cognitive Therapy

- Beck AT, Rush AJ(1989) : Cognitive therapy. In : Kaplan HI & Sadock BJ(ed), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins, pp1541-1550
- Holroyd KA, Andrasik F(1978) : Coping and self-control of chronic tension headache. *J Consult Clin Psychology* 46 : 1036-1045
- Holroyd KA, Appel MA, Andrasik F(1983) : A cognitive-behavioral approach to psychophysiological disorders. In : Meichenbaum D & Jaremko ME(ed), *Stress Reduction and Prevention*, New York, Plenum Press, pp219-259
- Holroyd KA, Andrasik F, Westbrook T(1977) : Cognitive control of tension headache. *Cognitive Therapy and Research* 1 : 121-133
- Lynn SJ, Freedman RR(1979) : Transfer and evaluation in biofeedback treatment. In : Goldstein AP & Kanfer F(ed), *Maximizing Treatment Gains : Transfer Enhancement in Psychotherapy*. New York, Academic Press
- Mitchell KR, White RG(1976) : Control of migraine headache by behavioral self-management : A controlled case study. *Headache* 16 : 178-184
- Mitchell KR, White RG(1977) : Behavioral self-management : An application to the problem of migraine headaches. *Behavior Therapy* 8 : 2123-221
- Singer(1995) : Neuropsychiatric aspects of headache. In : Kaplan HI & Sadock BJ(ed), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6th ed, Baltimore, Williams & Wilkins, pp251-257