

مقایسه روان درمانگری رفتاری - شناختی با دارو درمانگری

بر وضعیت روانشناختی و درمان افراد مبتلا به IBS

IBS Treatment: Cognitive Behavioral Therapy vs Medical Treatment

تاریخ پذیرش: ۸۷/۶/۲۲

تاریخ دریافت: ۸۷/۴/۲۵

Mahvi-Shirazi, M. Ph.D., Fathi-Ashtiani, A. Ph.D.,
Rasoolzade-Tabatabaei, S.K. Ph.D., Amini, M. M.D.

دکتر مجید محوی شیرازی^{*}، دکتر علی فتحی آشتیانی^{*}،
دکتر سید کاظم رسولزاده طباطبایی^{**}، دکتر محسن امینی^{***}

Abstract

Introduction: This study was aimed to investigate two kinds of treatment in patients with Irritable Bowel Syndrome and compare their efficacy on improving patients' symptoms and their mental health; one with just medical treatment and another with a combination of psychotherapy and medical treatment.

Method: In a quasi-experimental study, 50 IBS patients were chosen among patients who came to a Gastroenterology Clinic. They were physically evaluated using ROME-II and mentally evaluated using SCL-90-R and then randomly appointed to two groups: medical treatment group as the control group and the combination of medical and psychological treatment as the case group. The subjects at the case group received cognitive behavioral psychotherapy for 8 sessions. Then, both the case and the control groups were evaluated using ROME-II and SCL-90-R. The data were analyzed using t test and U Mann-Whitney test for independent groups.

Results: The findings of this study showed that a combination of cognitive behavioral therapy and medical treatment is more effective than medical treatment alone in alleviating IBS symptoms. The mental health of the case was meaningfully better than that of the control.

Conclusion: Considering the role of cognitive behavioral therapy combined with medical treatment in IBS patients, we recommend that a team of gastroenterologists and psychologists manage such patients.

Key words: Irritable Bowel Syndrome, Cognitive behavioral therapy, Medical treatment, Psychological status

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه دو روش روان درمانگری رفتاری - شناختی با دارو درمانگری در درمان سندرم روده تحریک پذیر (IBS) و ارتقاء سطح سلامت روانی افراد مبتلا به این اختلال اجرا گردید.

روش: در یک طرح شبه تجربی، ۵۰ نفر از افراد مبتلا به IBS از بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک تخصصی گوارش با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از ارزیابی اولیه با استفاده از مقیاس ROM-II و میزان سطح سلامت روانی با استفاده از پرسشنامه SCL-90-R، بصورت تصادفی در دو گروه (دارو درمانگری به عنوان گروه کنترل و روان درمانگری رفتاری - شناختی به همراه دارو درمانگری به عنوان گروه آزمایشی) جایگزین شدند. آزمودنی های گروه آزمایشی طی ۸ جلسه تحت روان درمانگری رفتاری - شناختی قرار گرفتند. سپس آزمودنی های هر دو گروه مجدداً با مقیاس ROM-II و پرسشنامه SCL-90-R مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده های بدست آمده با استفاده از آزمون t برای گروه های مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج بدست آمده نشان داد که روش روان درمانگری رفتاری - شناختی به همراه دارو درمانگری، بیش از دارو درمانگری به تنهایی، در بهبود علائم IBS موثر است و سطح سلامت روانی در گروه آزمایش بطور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود.

نتیجه گیری: با توجه به نقش روان درمانگری رفتاری - شناختی به همراه دارو درمانگری در درمان بیماران مبتلا به IBS پیشنهاد می شود درمان این بیماران به صورت تیمی مرکب از متخصصان گوارش و متخصصان روانپزشکی و روانشناسی صورت گیرد.

واژه های کلیدی: روان درمانگری رفتاری - شناختی، دارو درمانگری، سندرم روده تحریک پذیر، وضعیت روانشناختی

مقدمه

نشانگان روده تحریک پذیر^۱ یا IBS، یک اختلال کنشی دستگاه گوارشی است که از نقطه نظر بالینی، با علائمی چون تغییر وضعیت اجابت مزاج، درد و احساس اتساع شکمی، تشخیص داده می‌شود. شیوع آن حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد جمعیت کلی بوده و شایع ترین اختلال گوارشی است که در مقایسه با دیگر اختلالات گوارشی از قبیل بیماری التهابی روده (IBD)^۲، بیشتر با عوامل روانی-اجتماعی در ارتباط است [۱].

در ارتباط با درمان IBS، یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که استفاده از روش‌های ترکیبی، ادغام درمان دارویی رایج با روش‌های روان درمانی، خصوصاً شناختی-رفتاری، پاسخ قابل توجهی در مهار علائم این نشانگان داشته است. لذا درمان‌هایی که بر پایه تکنیک‌های رفتاری-شناختی بنا شده، چالش‌های جدیدی را در زمینه نظریه‌های درمانی IBS به همراه داشته است [۲]. از طرف دیگر با نگاهی گذرا بر پیشینه تحقیق، ضرورت تبیین بیش از پیش بعد روانشناختی این بیماری مطرح است. نتایج برخی از تحقیقات نشان داده اند که روش‌های روان درمانی رفتاری - شناختی (CBT)^۳ به همراه دارو درمانگری در درمان IBS نسبت به دارو درمانی به نتایج متفاوتی دست یافته است [۳-۶]. نتایج یک مطالعه مقطعی نشانگر آن بود که IBS، با استرس‌های بالایی همراه بوده است و بیمارانی که دائماً درصدد درمان خود بوده اند، علائم روانشناختی شدیدتری نشان داده اند [۷]. بعلاوه در مطالعه دیگری نشان داده شد، درمان IBS یک رویکرد درمانی چند وجهی را می‌طلبد که شامل درمان دارویی، تغییر رژیم غذایی و روان درمانی می‌باشد [۸]. در تحقیق دیگری نشان داده شد، درمان‌های روانشناختی خصوصاً روان درمانگری رفتاری - شناختی، هیپنوتراپی و روان‌درمانی مبتنی بر تکنیک‌های روان پویایی، در درمان مبتلایان به IBS موثر است [۵].

طی مطالعه ای در استرالیا ۷ بیمار با تشخیص IBS را طی ۸ جلسه تحت درمان با روش روان درمانگری رفتاری-شناختی

قرار دادند. کلیه افراد قبل از شروع درمان، از نظر عملکرد روانشناختی و شدت علائم روده ای بررسی شدند. پس از درمان، ۵ نفر از بیماران، دیگر معیارهای تشخیصی IBS را نداشتند. بعلاوه هر چند ابراز علائم توسط بیماران کاهش چشمگیری نداشت، فراوانی افسردگی و اضطراب بطور قابل توجهی کاهش یافته بود. بطور کلی نتایج حاکی از آن بود که روش درمانی رفتاری-شناختی، ناتوانی ناشی از IBS را کاسته، اما بر کاهش اظهار علائم توسط خود بیمار تاثیری نداشته است [۹].

مطالعاتی در مرکز استرس و اختلالات اضطرابی دانشگاهی در آمریکا صورت گرفت و طی آن کلیه روش‌های درمانی روانشناختی برای افراد مبتلا به IBS بررسی شدند، شواهد دال بر کارایی هیپنوتراپی، شناخت درمانی و روان کاوی کوتاه مدت بدست آمده است [۳].

در رویکردهای درمانی روانشناختی باید به مواردی چون جزء به جزء آموزش روانشناختی، حمایت و اطمینان توجه داشت. در مطالعه ادوارد و همکارش نتایج مربوط به شناخت درمانی و هیپنوتراپی مکرراً بررسی شده است و به نظر می‌رسد در مقایسه با گروه دارونما کاملاً اثربخش بوده اند و اثرات مفید روش‌های روان درمانی تا حدود ۴ سال باقیمانده است و ارتباط نزدیک بین روان درمانگر و متخصص گوارش جهت کنترل علائم مبتلایان به این اختلال بسیار موثر بوده است [۴]. از جمله مطالعه ای که توسط تیلور^۴ انجام شد نشان داد که آن دسته از مبتلایان به IBS که دچار پرخاشگری نهفته قابل ملاحظه می‌باشند در مقایسه با آن دسته که پرخاشگری نهفته خفیف دارند، در پاسخ به دارو درمانی به تنهایی (بدون روان درمانی)، پیش آگهی بدتری داشتند [۱۰].

با توجه به نتایج مطالعات قبلی، این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی روش‌های دارو درمانگری و روان درمانگری رفتاری-شناختی در ارتقاء سطح سلامت روانی و درمان افراد مبتلا به IBS انجام شد و در صدد پاسخگویی به این سوال بود که آیا روش روان درمانگری رفتاری-شناختی به همراه دارو درمانگری، بیش از درمان دارویی به تنهایی، در بهبود علائم و

- 1 Irritable Bowel Syndrome
- 2 Inflammatory Bowel Disease
- 3 Cognitive-Behavioral Therapy

پارانوئیدی و روان گسستگی را در بر می‌گیرد. نمره گذاری و تفسیر پرسشنامه بر اساس سه شاخص ضریب کلی علائم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و جمع علائم مرضی بدست می‌آید. فرم اولیه پرسشنامه توسط دراگویتس، لیپمن و کووی معرفی شد [۱۲]. و در سال ۱۹۸۳ مورد تجدید نظر قرار گرفت اعتبار این پرسشنامه بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ و روائی آن بین ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ گزارش شده است. به علاوه حساسیت، ویژگی و کارآیی این آزمون با اعتبار بالا و به ترتیب برابر با ۰/۹۴، ۰/۹۸ و ۰/۹۶ گزارش شده است [۱۳ و ۱۴].

ج) شیوه درمانگری: درمانگری رفتاری - شناختی (CBT) برای گروه آزمایش طی هشت جلسه پی در پی درمانی، هفته‌ای یک جلسه و حدوداً در طول دو ماه انجام شد و همراه با آن مطابق دستور متخصص گوارش، بیماران داروهای تجویز شده را مصرف می‌کردند.

گروه کنترل فقط تحت درمان دارویی توسط همان پزشک متخصص گوارش بودند. آنها نیز داروهای یکسانی را در طول مدت زمان مشابه با گروه آزمایش دریافت نمودند. سپس دو گروه آزمایش و کنترل پس از ۲ ماه درمان، هم از جهت کاهش علائم IBS و هم از جهت سطح سلامت روانی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش فراوانی، درصد، میانگین، آزمون t استفاده شد.

یافته‌ها

۲۱ نفر (۴۲ درصد) در گروه سنی ۱۷ تا ۲۶ سال، ۱۸ نفر (۳۶ درصد) در گروه سنی ۲۷ تا ۳۶ سال و ۱۱ نفر (۲۲ درصد) در گروه سنی ۳۷ تا ۴۶ سال بودند. بیشترین سطح تحصیلات، دیپلم با ۴۰ درصد فراوانی و بعد از آن لیسانس با ۲۲ درصد بود.

به منظور بررسی نمرات آزمودنی‌های دو گروه در مقیاس Rom-۱۱ در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج بدست آمده نشان داد، در مرحله پیش آزمون تفاوت میانگین نمرات هر دو گروه در مقیاس

ارتقا سطح سلامت روانی بیماران مبتلا به IBS موثر است؟

روش

این پژوهش از نوع مطالعات شبه تجربی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال گوارشی مراجعه کننده به یک کلینیک تخصصی بود. از میان این بیماران با توجه به معیارهای ورود به مطالعه (سن بین ۱۷-۴۸ سال، عدم وجود سابقه بیماری روانی و جسمانی به طور مشخص) و با استفاده از ارزیابی یک فوق تخصص گوارش و ملاکهای پرسشنامه (ROME-II)، ۵۰ بیمار مبتلا به IBS انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین گردیدند. برای جمع آوری داده‌ها در پژوهش حاضر علاوه بر پرسشنامه محقق ساخته که حاوی اطلاعات جمعیت شناختی (سن، جنس، شغل، میزان تحصیلات، نوع بیماری، سابقه درمان، شروع درمان و شدت علائم) آزمودنیها بود، از ابزارهای زیر استفاده شد.

الف) پرسشنامه ROME-II (شاخص علائم IBS):

این پرسشنامه شامل سوالاتی است که وجود یا عدم وجود نشانه‌های بیماری IBS را می‌سنجد. [۱۱] نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده شدت بیماری است. این پرسشنامه شامل ۱۴ سوال با پاسخ بلی یا خیر است که بیمار در ازای هر جواب مثبت که توسط پزشک متخصص تایید می‌شود، یک نمره مثبت دریافت می‌کند و بقیه سوالات اکثراً به صورت چند گزینه ای است که در ازای یک گزینه خاص که IBS را تایید کند بیمار یک نمره دریافت می‌کند. در پایان نمرات مثبت بیمار در یک مجموعه سوالات جمع و میزان شدت بیماری وی تعیین می‌گردد. هر قدر این نمره بالاتر باشد ملاکهای تشخیصی به نفع بیماری بیشتر خواهد بود. لازم به ذکر است که پرسشنامه ROM-II توسط پزشک متخصص گوارش معاینه تکمیل گردید.

ب) پرسشنامه SCL-90-R: این پرسشنامه شامل ۹۰

سوال برای ارزشیابی علائم روانشناختی است و ۹ بعد مختلف شکایات جسمانی، وسواسی - اجباری، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار

جدول ۱- نتایج آزمون t برای نمرات Rom-۱۱ در دو گروه در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و تفاضل آنها

مرحله	انحراف معیار	آزمون لوین		t	درجه آزادی سطح معناداری
		نسبت F	سطح معناداری		
پیش آزمون	۲/۱۳	۱/۲۳۸	۰/۲۷۱	۰/۰۸۹	۴۸
	۱/۷۸				۰/۹۳
پس آزمون	۱/۸۳	۲/۵۲۷	۰/۱۱۸	۶/۹	۴۸
	۲/۲۴				۰/۰۰۱
تفاضل پیش آزمون و پس آزمون	۳/۰	۱/۶۷۲	۰/۲۰۲	۶/۸۶	۴۸
	-۴۶/۰				۰/۰۰۱

نشان دادند، اما این کاهش قابل توجه نبود. از طرفی گروه آزمایش بیش از گروه کنترل به درمان پاسخ دادند و علائم بیماری در آنها کاهش یافت. به عبارت دیگر بیمارانی که تحت درمان ترکیبی (روان درمانگری رفتاری - شناختی به همراه دارو درمانگری) بوده اند در شاخص بالینی ROMII نمرات کمتر را کسب نموده اند که این نشان دهنده تخفیف نشانه‌های IBS در این بیماران است. این بیماران نه تنها نسبت به گروه کنترل بهبودی بیشتر یافته اند بلکه در مقایسه با خودشان نیز در مرحله پیش آزمون از نمرات پایین تری در شاخص بالینی ROMII برخوردار بودند. پایین بودن نمرات گروه آزمایش در این مرحله با برخی از تحقیقات انجام شده همسو می‌باشد [۱۵-۱۱ و ۷]. این تحقیقات بیانگر آنند که شناخت درمانی، روان تحلیل گری کوتاه مدت و درمان رفتاری - شناختی قویترین روش درمانی برای IBS بوده اند. در یک مقایسه، درمان شناختی و دارویی سبب بهبود ۸۰٪ از بیماران IBS شد و در درمان روانشناختی کاهش وسیع تری از علائم را نشان دادند. بعلاوه مزایای درمان روانشناختی در یک دوره طولانی بعد از درمان نیز باقی ماندند [۱۵]. پینتو [۱۶] و همکاران به این نتیجه دست یافتند که باز شناختی و درمان اضطراب و افسردگی در زیر گروههای مضطرب و افسرده IBS با داروهای روان گردان و رفتار درمانی جهت دستیابی بیشتر به مهارت‌های مقابله ای مثبت می‌تواند در درمان IBS مورد توجه قرار گیرد. موضوع قابل توجه این است که افراد مبتلا، وقتی همراه با درمان دارویی، درمان روان شناختی (CBT) دریافت می‌دارند، به نظر می‌رسد نشانه‌های بیماری

Rom-۱۱ معنادار نبود. ولی در مرحله پس آزمون این تفاوت در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) معنی دار بود. یعنی گروهی که روان درمانگری رفتاری - شناختی را به همراه دارو درمانگری دریافت نمودند، در مرحله پس آزمون نمرات کمتری در این مقیاس کسب کردند. علاوه بر این، تفاضل نمرات آزمودنی‌ها در پیش آزمون و پس آزمون برای هر دو گروه محاسبه گردید که تفاضل میانگین‌های دو گروه در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) معنی دار بود. این نتیجه نشان داد تاثیر روان درمانگری رفتاری - شناختی به همراه دارو درمانگری در درمان اختلال IBS بیشتر از دارو درمانگری به تنهایی موثر است (جدول ۱). به منظور بررسی نمره آزمودنی‌های دو گروه در خرده مقیاس‌های SCL-90-R و شاخص کلی علائم مرضی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون از آزمون t مستقل استفاده به عمل آمد. همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود در مرحله پیش آزمون بین گروه آزمایش و گروه کنترل در هیچیک از خرده مقیاس‌های SCL-90-R تفاوت معنادار وجود ندارد ولی در مرحله پس آزمون بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل در همه خرده مقیاس‌های SCL-90-R تفاوت معنادار ($P < ۰/۰۰۱$) وجود دارد (جدول ۳).

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که روش روان درمانگری رفتاری - شناختی به همراه دارو درمانگری، بیش از درمان دارویی به تنهایی در بهبود علائم IBS موثر بود. گروه کنترل که فقط تحت درمان دارویی بودند، کاهش علائم IBS را

جدول ۲- مقایسه شاخص‌های آماری خرده مقیاسهای آزمون SCL-90-R بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون

مقیاسهای SCL-90-R	دو گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری																																																																																						
شکایت جسمانی	آزمایش	۱,۶۲	۰,۹۸	۰,۱۴۹	۴۸	۰,۸۸																																																																																						
	کنترل	۱,۶۵	۰,۷۸				وسواس و اجبار	آزمایش	۱,۷۴	۰,۸۰	۰,۰۲۲	۴۸	۰,۹۸	کنترل	۱,۷۴	۰,۷۹	حساسیت در روابط متقابل	آزمایش	۱,۵۷	۰,۷۳	۰,۸۴۹	۴۸	۰,۴۰	کنترل	۱,۳۸	۰,۷۲	افسردگی	آزمایش	۲,۰۱	۰,۶۴	۱,۸۲	۴۸	۰,۰۷	کنترل	۱,۵۶	۰,۹۸	اضطراب	آزمایش	۱,۵۹	۰,۹۶	۰,۲۱	۴۸	۰,۸۳	کنترل	۱,۵۳	۰,۹۲	پرخاشگری	آزمایش	۱,۵۵	۰,۸۳	۰,۱۷	۴۸	۰,۸۶	کنترل	۱,۶۰	۱,۰۹	ترس مرضی	آزمایش	۰,۹۷	۰,۷۰	۰,۲۹	۴۸	۰,۷۷	کنترل	۰,۹۱	۰,۷۹	افکار پارانوئیدی	آزمایش	۱,۸۶	۰,۸۱	۱,۵۱	۴۸	۰,۱۳	کنترل	۱,۴۸	۰,۹۱	روان گسستگی	آزمایش	۱,۴۰	۰,۶۹	۱,۳۰	۴۸	۰,۱۹	کنترل	۱,۱۶	۰,۵۸	شاخص کلی علائم مرضی (GSI)	آزمایش	۱,۵۹	۰,۵۷	۰,۷۶	۴۸
وسواس و اجبار	آزمایش	۱,۷۴	۰,۸۰	۰,۰۲۲	۴۸	۰,۹۸																																																																																						
	کنترل	۱,۷۴	۰,۷۹				حساسیت در روابط متقابل	آزمایش	۱,۵۷	۰,۷۳	۰,۸۴۹	۴۸	۰,۴۰	کنترل	۱,۳۸	۰,۷۲	افسردگی	آزمایش	۲,۰۱	۰,۶۴	۱,۸۲	۴۸	۰,۰۷	کنترل	۱,۵۶	۰,۹۸	اضطراب	آزمایش	۱,۵۹	۰,۹۶	۰,۲۱	۴۸	۰,۸۳	کنترل	۱,۵۳	۰,۹۲	پرخاشگری	آزمایش	۱,۵۵	۰,۸۳	۰,۱۷	۴۸	۰,۸۶	کنترل	۱,۶۰	۱,۰۹	ترس مرضی	آزمایش	۰,۹۷	۰,۷۰	۰,۲۹	۴۸	۰,۷۷	کنترل	۰,۹۱	۰,۷۹	افکار پارانوئیدی	آزمایش	۱,۸۶	۰,۸۱	۱,۵۱	۴۸	۰,۱۳	کنترل	۱,۴۸	۰,۹۱	روان گسستگی	آزمایش	۱,۴۰	۰,۶۹	۱,۳۰	۴۸	۰,۱۹	کنترل	۱,۱۶	۰,۵۸	شاخص کلی علائم مرضی (GSI)	آزمایش	۱,۵۹	۰,۵۷	۰,۷۶	۴۸	۰,۴۴	کنترل	۱,۴۵	۰,۶۹						
حساسیت در روابط متقابل	آزمایش	۱,۵۷	۰,۷۳	۰,۸۴۹	۴۸	۰,۴۰																																																																																						
	کنترل	۱,۳۸	۰,۷۲				افسردگی	آزمایش	۲,۰۱	۰,۶۴	۱,۸۲	۴۸	۰,۰۷	کنترل	۱,۵۶	۰,۹۸	اضطراب	آزمایش	۱,۵۹	۰,۹۶	۰,۲۱	۴۸	۰,۸۳	کنترل	۱,۵۳	۰,۹۲	پرخاشگری	آزمایش	۱,۵۵	۰,۸۳	۰,۱۷	۴۸	۰,۸۶	کنترل	۱,۶۰	۱,۰۹	ترس مرضی	آزمایش	۰,۹۷	۰,۷۰	۰,۲۹	۴۸	۰,۷۷	کنترل	۰,۹۱	۰,۷۹	افکار پارانوئیدی	آزمایش	۱,۸۶	۰,۸۱	۱,۵۱	۴۸	۰,۱۳	کنترل	۱,۴۸	۰,۹۱	روان گسستگی	آزمایش	۱,۴۰	۰,۶۹	۱,۳۰	۴۸	۰,۱۹	کنترل	۱,۱۶	۰,۵۸	شاخص کلی علائم مرضی (GSI)	آزمایش	۱,۵۹	۰,۵۷	۰,۷۶	۴۸	۰,۴۴	کنترل	۱,۴۵	۰,۶۹																
افسردگی	آزمایش	۲,۰۱	۰,۶۴	۱,۸۲	۴۸	۰,۰۷																																																																																						
	کنترل	۱,۵۶	۰,۹۸				اضطراب	آزمایش	۱,۵۹	۰,۹۶	۰,۲۱	۴۸	۰,۸۳	کنترل	۱,۵۳	۰,۹۲	پرخاشگری	آزمایش	۱,۵۵	۰,۸۳	۰,۱۷	۴۸	۰,۸۶	کنترل	۱,۶۰	۱,۰۹	ترس مرضی	آزمایش	۰,۹۷	۰,۷۰	۰,۲۹	۴۸	۰,۷۷	کنترل	۰,۹۱	۰,۷۹	افکار پارانوئیدی	آزمایش	۱,۸۶	۰,۸۱	۱,۵۱	۴۸	۰,۱۳	کنترل	۱,۴۸	۰,۹۱	روان گسستگی	آزمایش	۱,۴۰	۰,۶۹	۱,۳۰	۴۸	۰,۱۹	کنترل	۱,۱۶	۰,۵۸	شاخص کلی علائم مرضی (GSI)	آزمایش	۱,۵۹	۰,۵۷	۰,۷۶	۴۸	۰,۴۴	کنترل	۱,۴۵	۰,۶۹																										
اضطراب	آزمایش	۱,۵۹	۰,۹۶	۰,۲۱	۴۸	۰,۸۳																																																																																						
	کنترل	۱,۵۳	۰,۹۲				پرخاشگری	آزمایش	۱,۵۵	۰,۸۳	۰,۱۷	۴۸	۰,۸۶	کنترل	۱,۶۰	۱,۰۹	ترس مرضی	آزمایش	۰,۹۷	۰,۷۰	۰,۲۹	۴۸	۰,۷۷	کنترل	۰,۹۱	۰,۷۹	افکار پارانوئیدی	آزمایش	۱,۸۶	۰,۸۱	۱,۵۱	۴۸	۰,۱۳	کنترل	۱,۴۸	۰,۹۱	روان گسستگی	آزمایش	۱,۴۰	۰,۶۹	۱,۳۰	۴۸	۰,۱۹	کنترل	۱,۱۶	۰,۵۸	شاخص کلی علائم مرضی (GSI)	آزمایش	۱,۵۹	۰,۵۷	۰,۷۶	۴۸	۰,۴۴	کنترل	۱,۴۵	۰,۶۹																																				
پرخاشگری	آزمایش	۱,۵۵	۰,۸۳	۰,۱۷	۴۸	۰,۸۶																																																																																						
	کنترل	۱,۶۰	۱,۰۹				ترس مرضی	آزمایش	۰,۹۷	۰,۷۰	۰,۲۹	۴۸	۰,۷۷	کنترل	۰,۹۱	۰,۷۹	افکار پارانوئیدی	آزمایش	۱,۸۶	۰,۸۱	۱,۵۱	۴۸	۰,۱۳	کنترل	۱,۴۸	۰,۹۱	روان گسستگی	آزمایش	۱,۴۰	۰,۶۹	۱,۳۰	۴۸	۰,۱۹	کنترل	۱,۱۶	۰,۵۸	شاخص کلی علائم مرضی (GSI)	آزمایش	۱,۵۹	۰,۵۷	۰,۷۶	۴۸	۰,۴۴	کنترل	۱,۴۵	۰,۶۹																																														
ترس مرضی	آزمایش	۰,۹۷	۰,۷۰	۰,۲۹	۴۸	۰,۷۷																																																																																						
	کنترل	۰,۹۱	۰,۷۹				افکار پارانوئیدی	آزمایش	۱,۸۶	۰,۸۱	۱,۵۱	۴۸	۰,۱۳	کنترل	۱,۴۸	۰,۹۱	روان گسستگی	آزمایش	۱,۴۰	۰,۶۹	۱,۳۰	۴۸	۰,۱۹	کنترل	۱,۱۶	۰,۵۸	شاخص کلی علائم مرضی (GSI)	آزمایش	۱,۵۹	۰,۵۷	۰,۷۶	۴۸	۰,۴۴	کنترل	۱,۴۵	۰,۶۹																																																								
افکار پارانوئیدی	آزمایش	۱,۸۶	۰,۸۱	۱,۵۱	۴۸	۰,۱۳																																																																																						
	کنترل	۱,۴۸	۰,۹۱				روان گسستگی	آزمایش	۱,۴۰	۰,۶۹	۱,۳۰	۴۸	۰,۱۹	کنترل	۱,۱۶	۰,۵۸	شاخص کلی علائم مرضی (GSI)	آزمایش	۱,۵۹	۰,۵۷	۰,۷۶	۴۸	۰,۴۴	کنترل	۱,۴۵	۰,۶۹																																																																		
روان گسستگی	آزمایش	۱,۴۰	۰,۶۹	۱,۳۰	۴۸	۰,۱۹																																																																																						
	کنترل	۱,۱۶	۰,۵۸				شاخص کلی علائم مرضی (GSI)	آزمایش	۱,۵۹	۰,۵۷	۰,۷۶	۴۸	۰,۴۴	کنترل	۱,۴۵	۰,۶۹																																																																												
شاخص کلی علائم مرضی (GSI)	آزمایش	۱,۵۹	۰,۵۷	۰,۷۶	۴۸	۰,۴۴																																																																																						
	کنترل	۱,۴۵	۰,۶۹																																																																																									

تحقیق بویس و گیلکاریست [۶] معایر است. آنها معتقدند روان درمانگری رفتاری - شناختی، پریشانیها و ناتوانی ناشی از علائم IBS را کاهش می‌دهد، اما از فراوانی نشانه‌های روده ای نمی‌کاهد. این مطلب بیانگر آن است که درمان رفتاری - شناختی IBS احتمالاً از طریق تغییر پاسخ شناختی، بر افزایش حساسیت احشایی تاثیر می‌گذارد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داده است که گروه آزمایش وقتی تحت درمان دارویی (داروهای مشخصی که برای بیماران IBS مشخص می‌شوند) قرار می‌گیرند و همزمان روان درمانی رفتاری شناختی دریافت می‌دارند به دلیل آنکه این دو روش به صورت ترکیبی برای این بیماران اعمال می‌گردد، به نظر می‌رسد بیش از آنکه فقط تحت درمان دارویی قرار گرفته باشند (گروه کنترل) علائم IBS در آنها کاهش می‌یابد. نتیجه این که به نظر می‌رسد دو روش درمان دارویی و CBT

IBS در آنها کاهش قابل ملاحظه ای پیدا می‌کند. چنانکه نتایج تحقیق گاتری و همکاران [۱۷] نشان داد روان درمانی در بیماران، باعث کاهش دردشکمی و اسهال شد، اما بیوست در این بیماران، بهبود چندانی نداشت. درمان شناختی نشان داد که می‌تواند در کنترل بیماری IBS موثر باشد. همچنین بلانچارد و همکاران [۱۸] بیان کردند، آموزش شل کردن عضلات بدن و آموزش کاهش تنیدگی و ایجاد آرامش سبب کاهش علائم بیماری می‌شوند و وقتی این روشها به صورت طولانی مدت و در طی ۴ سال استفاده شوند در حدود ۵۰٪ از علائم بیماری مثل درد، تهوع، نفخ شکم درمان می‌شوند. پژوهشهای فوق الذکر نشان داده‌اند برخی از علائم IBS بیشتر از علائم دیگر تحت تاثیر روان درمانگری قرار می‌گیرد. در پژوهش حاضر نیز نمرات بیماران در شاخص ROMII پس از روان درمانگری کاهش یافته است. تحقیق حاضر با

جدول ۳ - مقایسه شاخص‌های آماری خرده مقیاسهای آزمون SCL-90-R بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون

مقیاسهای SCL-90-R	گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری																																																																																						
شکایت جسمانی	آزمایش	۰.۸۴	۰.۶۳	۴.۹۰	۴۸	۰.۰۰۰۱																																																																																						
	کنترل	۱.۰۹۰	۰.۸۱				وسواس و اجبار	آزمایش	۱.۰۶	۰.۴۹	۴.۳۴	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۹۶	۰.۸۳	حساسیت در روابط متقابل	آزمایش	۰.۸۶	۰.۵۲	۴.۰۴	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۶۸	۰.۸۰	افسردگی	آزمایش	۱.۰۱	۰.۵۳	۳.۲۳	۴۸	۰.۰۰۲	کنترل	۱.۸۰	۰.۹۹	اضطراب	آزمایش	۰.۶۴	۰.۴۵	۴.۵۷	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۶۹	۰.۹۴	پرخاصگری	آزمایش	۰.۸۰	۰.۶۴	۳.۹۳	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۸۸	۱.۱۰	ترس مرضی	آزمایش	۰.۴۰	۰.۴۱	۳.۹۴	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۲۵	۰.۸۹	افکار پارانوئیدی	آزمایش	۱.۰۰	۰.۶۹	۳.۱۰	۴۸	۰.۰۰۳	کنترل	۱.۷۹	۰.۹۷	روان گسستگی	آزمایش	۰.۸۲	۰.۴۰	۳.۵۶	۴۸	۰.۰۰۱	کنترل	۱.۴۱	۰.۶۶	شاخص کلی علائم مرضی (GSI)	آزمایش	۰.۸۳	۰.۳۸	۴.۸۵	۴۸
وسواس و اجبار	آزمایش	۱.۰۶	۰.۴۹	۴.۳۴	۴۸	۰.۰۰۰۱																																																																																						
	کنترل	۱.۹۶	۰.۸۳				حساسیت در روابط متقابل	آزمایش	۰.۸۶	۰.۵۲	۴.۰۴	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۶۸	۰.۸۰	افسردگی	آزمایش	۱.۰۱	۰.۵۳	۳.۲۳	۴۸	۰.۰۰۲	کنترل	۱.۸۰	۰.۹۹	اضطراب	آزمایش	۰.۶۴	۰.۴۵	۴.۵۷	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۶۹	۰.۹۴	پرخاصگری	آزمایش	۰.۸۰	۰.۶۴	۳.۹۳	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۸۸	۱.۱۰	ترس مرضی	آزمایش	۰.۴۰	۰.۴۱	۳.۹۴	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۲۵	۰.۸۹	افکار پارانوئیدی	آزمایش	۱.۰۰	۰.۶۹	۳.۱۰	۴۸	۰.۰۰۳	کنترل	۱.۷۹	۰.۹۷	روان گسستگی	آزمایش	۰.۸۲	۰.۴۰	۳.۵۶	۴۸	۰.۰۰۱	کنترل	۱.۴۱	۰.۶۶	شاخص کلی علائم مرضی (GSI)	آزمایش	۰.۸۳	۰.۳۸	۴.۸۵	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۷۱	۰.۷۴						
حساسیت در روابط متقابل	آزمایش	۰.۸۶	۰.۵۲	۴.۰۴	۴۸	۰.۰۰۰۱																																																																																						
	کنترل	۱.۶۸	۰.۸۰				افسردگی	آزمایش	۱.۰۱	۰.۵۳	۳.۲۳	۴۸	۰.۰۰۲	کنترل	۱.۸۰	۰.۹۹	اضطراب	آزمایش	۰.۶۴	۰.۴۵	۴.۵۷	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۶۹	۰.۹۴	پرخاصگری	آزمایش	۰.۸۰	۰.۶۴	۳.۹۳	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۸۸	۱.۱۰	ترس مرضی	آزمایش	۰.۴۰	۰.۴۱	۳.۹۴	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۲۵	۰.۸۹	افکار پارانوئیدی	آزمایش	۱.۰۰	۰.۶۹	۳.۱۰	۴۸	۰.۰۰۳	کنترل	۱.۷۹	۰.۹۷	روان گسستگی	آزمایش	۰.۸۲	۰.۴۰	۳.۵۶	۴۸	۰.۰۰۱	کنترل	۱.۴۱	۰.۶۶	شاخص کلی علائم مرضی (GSI)	آزمایش	۰.۸۳	۰.۳۸	۴.۸۵	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۷۱	۰.۷۴																
افسردگی	آزمایش	۱.۰۱	۰.۵۳	۳.۲۳	۴۸	۰.۰۰۲																																																																																						
	کنترل	۱.۸۰	۰.۹۹				اضطراب	آزمایش	۰.۶۴	۰.۴۵	۴.۵۷	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۶۹	۰.۹۴	پرخاصگری	آزمایش	۰.۸۰	۰.۶۴	۳.۹۳	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۸۸	۱.۱۰	ترس مرضی	آزمایش	۰.۴۰	۰.۴۱	۳.۹۴	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۲۵	۰.۸۹	افکار پارانوئیدی	آزمایش	۱.۰۰	۰.۶۹	۳.۱۰	۴۸	۰.۰۰۳	کنترل	۱.۷۹	۰.۹۷	روان گسستگی	آزمایش	۰.۸۲	۰.۴۰	۳.۵۶	۴۸	۰.۰۰۱	کنترل	۱.۴۱	۰.۶۶	شاخص کلی علائم مرضی (GSI)	آزمایش	۰.۸۳	۰.۳۸	۴.۸۵	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۷۱	۰.۷۴																										
اضطراب	آزمایش	۰.۶۴	۰.۴۵	۴.۵۷	۴۸	۰.۰۰۰۱																																																																																						
	کنترل	۱.۶۹	۰.۹۴				پرخاصگری	آزمایش	۰.۸۰	۰.۶۴	۳.۹۳	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۸۸	۱.۱۰	ترس مرضی	آزمایش	۰.۴۰	۰.۴۱	۳.۹۴	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۲۵	۰.۸۹	افکار پارانوئیدی	آزمایش	۱.۰۰	۰.۶۹	۳.۱۰	۴۸	۰.۰۰۳	کنترل	۱.۷۹	۰.۹۷	روان گسستگی	آزمایش	۰.۸۲	۰.۴۰	۳.۵۶	۴۸	۰.۰۰۱	کنترل	۱.۴۱	۰.۶۶	شاخص کلی علائم مرضی (GSI)	آزمایش	۰.۸۳	۰.۳۸	۴.۸۵	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۷۱	۰.۷۴																																				
پرخاصگری	آزمایش	۰.۸۰	۰.۶۴	۳.۹۳	۴۸	۰.۰۰۰۱																																																																																						
	کنترل	۱.۸۸	۱.۱۰				ترس مرضی	آزمایش	۰.۴۰	۰.۴۱	۳.۹۴	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۲۵	۰.۸۹	افکار پارانوئیدی	آزمایش	۱.۰۰	۰.۶۹	۳.۱۰	۴۸	۰.۰۰۳	کنترل	۱.۷۹	۰.۹۷	روان گسستگی	آزمایش	۰.۸۲	۰.۴۰	۳.۵۶	۴۸	۰.۰۰۱	کنترل	۱.۴۱	۰.۶۶	شاخص کلی علائم مرضی (GSI)	آزمایش	۰.۸۳	۰.۳۸	۴.۸۵	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۷۱	۰.۷۴																																														
ترس مرضی	آزمایش	۰.۴۰	۰.۴۱	۳.۹۴	۴۸	۰.۰۰۰۱																																																																																						
	کنترل	۱.۲۵	۰.۸۹				افکار پارانوئیدی	آزمایش	۱.۰۰	۰.۶۹	۳.۱۰	۴۸	۰.۰۰۳	کنترل	۱.۷۹	۰.۹۷	روان گسستگی	آزمایش	۰.۸۲	۰.۴۰	۳.۵۶	۴۸	۰.۰۰۱	کنترل	۱.۴۱	۰.۶۶	شاخص کلی علائم مرضی (GSI)	آزمایش	۰.۸۳	۰.۳۸	۴.۸۵	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۷۱	۰.۷۴																																																								
افکار پارانوئیدی	آزمایش	۱.۰۰	۰.۶۹	۳.۱۰	۴۸	۰.۰۰۳																																																																																						
	کنترل	۱.۷۹	۰.۹۷				روان گسستگی	آزمایش	۰.۸۲	۰.۴۰	۳.۵۶	۴۸	۰.۰۰۱	کنترل	۱.۴۱	۰.۶۶	شاخص کلی علائم مرضی (GSI)	آزمایش	۰.۸۳	۰.۳۸	۴.۸۵	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۷۱	۰.۷۴																																																																		
روان گسستگی	آزمایش	۰.۸۲	۰.۴۰	۳.۵۶	۴۸	۰.۰۰۱																																																																																						
	کنترل	۱.۴۱	۰.۶۶				شاخص کلی علائم مرضی (GSI)	آزمایش	۰.۸۳	۰.۳۸	۴.۸۵	۴۸	۰.۰۰۰۱	کنترل	۱.۷۱	۰.۷۴																																																																												
شاخص کلی علائم مرضی (GSI)	آزمایش	۰.۸۳	۰.۳۸	۴.۸۵	۴۸	۰.۰۰۰۱																																																																																						
	کنترل	۱.۷۱	۰.۷۴																																																																																									

و همکاران مطرح نمودند: با توجه به الگوی زیستی- روانی- اجتماعی در تداخل عملکرد روده و عواطف، روش‌های روان درمانگری پی ریزی شده‌اند و این درمانها بر آنند که حلقه باز خورد منفی بین عواطف و عملکرد روده را به منظور کاهش نشانه‌های بیماری درهم شکنند.

نتیجه گیری

شاید بتوان گفت روان درمانگری رفتاری- شناختی به همراه دارودرمانگری نشانه‌های IBS را کاهش و سطح سلامت روانی بیماران را ارتقاء می‌دهد. بنابراین لزوم ارجاع این بیماران همراه با دریافت دارودرمانگری، توسط پزشک متخصص گوارش به روان پزشکان و روانشناسان، جهت اعمال روان درمانگری، ضرورت قابل توجهی پیدا می‌کند. از آنجا که ممکن است عود بیماری در اثر توقف روان درمانگری

وقتی با هم ترکیب می‌شوند پیش آگهی بهتری را در خصوص درمان IBS از خود نشان می‌دهند. از دیگر نتایج این پژوهش این بود که سطح سلامت روانی افراد مبتلا به IBS تحت روان درمانگری رفتاری- شناختی به همراه دارودرمانگری بالاتر از افراد مبتلا به IBS که تحت درمان دارویی به تنهایی قرار گرفتند بود. همچنین گروه آزمایش پس از درمان رفتاری- شناختی، نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون از سطح سلامت بالاتری برخوردار بودند. در سطح سلامت روانی گروه کنترل که فقط دارو دریافت کردند، تغییری ایجاد نشد، اما گروه آزمایش پس از درمان از سطح سلامت روانی بالاتری نسبت به گروه کنترل برخوردار بودند. گروه آزمایش تحت درمان CBT نیز در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون، از سطح سلامت روانی بالاتری برخوردار گردیدند. این نتایج همسو با نتایج برخی مطالعات [۶ و ۵] می‌باشد. بویس

Taylor AE, Turner SM. Gender differences in psychological distress among patients with irritable bowel syndrome. *J Psychosom Res* 2001; 50(5): 271-5.

10-Taylor F. Personality trait and IBS, *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 2000; 35(9): 935-941.

11. Latimerp. A critical appraisal of IBS, psychophysiological Disorder. *Psychological Medicine* 1979; 9: 71-8.

12. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale—preliminary report. *Psychopharmacol Bull.* 1973; 9: 13 – 28.

13. Derogatis LR: SCL-90-R: Administration, Scoring, and Procedures Manual, II. Towson, Md, Clinical Psychometric Research, 1983

14. Derogatis LR: SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual (ed 3). Minneapolis, MN, National Computer Systems, 1994.

15. Payne A, Blanchard EB. A controlled comparison of cognitive therapy and self-help support groups in the treatment of irritable bowel syndrome. *J Consult Clin Psycho* 1995; 63: 779-86.

16. Pinto C, Lele MV, Joglekar AS, Panwar VS, Dhavale HS. Stressful life-events, anxiety, depression and coping in patients of irritable bowel syndrome. *J Assoc Physicians India.* 2000;48: 589-93.

17. Guthrie E, Creed F, Dawson D, Tomenson B. A randomized controlled trial of psychotherapy in patients with refractory irritable bowel syndrome. *Br. Psychiatry* 1993;163: 315-21.

18. Blanchard EB, Schwarz SP. Adaptation of a multicomponent treatment for irritable bowel

مشاهده شود بهتر است بیماران بمدت طولانی تری تحت روان درمانگری رفتاری- شناختی به همراه دارو درمانگری قرار گیرد.

منابع:

1. Hauser W, Grandt D. Quality of life measurement in gastroenterology - concepts, Instruments and problems. *Zeitschrift Fur Gastroenterologie* 2001;39: 475-81.

2. Heymann-Monnikes I, Arnold R, Florin I, Herda C, Melfsen S, Monnikes H.

The combination of medical treatment plus multi component behavioral therapy in IBS. *Am J Gastroenterology* 2000; 95: 981-94.

3. Edward B Bharucha L. Psychological aspects of assessment and treatment of IBS, stress and anxiety disorder. Centre of an American University, USA 2001; 358-367.

4. Edward B, Louis k. Psychological treatment in IBS patient, best practice and research. *Clinical Gastroenterology* 1999; 13(3): 473-487

5. Boyce P. Psychologic therapies for irritable bowel syndrome. *Curr Treat Options Gastroenterol.* 2001;4:323-331.

6. Boyce P, Gilchrist J, Talley NJ, Rose D. Cognitive-behavior therapy as a treatment for irritable bowel syndrome: a pilot study. *Aust N Z J Psychiatry.* 2000. 34:300-309.

7. Zndedel N, Nsani M. IBS and psychological disorders in university students. *Scientific Journal of the Iranian Association of Gastroenterology and Hematology* 2006; 11(1): 22-26.

8. Winery BRM. Combination therapy in IBS. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 40(3): 725-738.

9. Blanchard EB, Keefer L, Galovski TE,

syndrome to a small-group format. *Biofeedback Self Regul.* 1987;12: 63-69.

Archive of SID