

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در بیماران مبتلا به درد اسکلتی عضلانی مزمن

نویسندگان:

سحر رفیعی*^۱، فرامرز سهرابی^۱، جمال شمس^۲، علی اکبر فروغی^۱

۱- بخش روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۲- بخش روانپزشکی، بیمارستان درمانی آموزشی امام حسین(ع)، تهران، ایران

Journal of Jahrom University of Medical Sciences, Vol. 10, No. 2, Summer 2012

چکیده:

مقدمه: درد مزمن یکی از رایج‌ترین علل مراجعه به مراکز خدمات پزشکی اولیه است. شواهد نشان می‌دهند که درمان شناختی رفتاری، درمانی اثربخش در دردهای مزمن می‌باشد. مطالعه حاضر، به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بیماران دارای درد اسکلتی - عضلانی مزمن می‌پردازد.

روش کار: درمان شناختی رفتاری در هشت جلسه ۵۰ دقیقه‌ای و روی چهار نفر بیمار (۳ زن و ۱ مرد) مبتلا به درد اسکلتی عضلانی مزمن ارزیابی شد. روش پژوهش، خط پایه چندگانه با دوره پیگیری یک ماهه بود. بیماران به طور تصادفی در مرحله خط پایه جایگزین شدند و مقیاس افسردگی بک، فاجعه‌آفرینی، راهبردهای مقابله با درد را در مرحله پیش‌آزمون و جلسات دوم، چهارم، ششم و هشتم و مقیاس شدت درد را در تمام جلسات تکمیل کردند. نتایج درمان از طریق مقیاس‌های به کار گرفته شده بررسی شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری در کاهش افسردگی بیماران، کاهش فاجعه‌آمیز کردن درد، کاهش شدت درد و بهبود راهبردهای مقابله با درد مؤثر است و این اثرات به میزان زیادی در مرحله پیگیری نیز در بیماران باقی می‌ماند.

نتیجه‌گیری: به کارگیری درمان‌های روان‌شناختی در کنار درمان‌های دارویی در درمان بیماران مبتلا به درد مزمن کمک‌کننده است.

واژگان کلیدی: رفتار درمانی شناختی، درد، افسردگی، فاجعه‌سازی

J Jahrom Univ Med Sci 2012; 10(2):73-82

مقدمه:

انسان در هر سنی ممکن است دچار درد شود. درد، پدیده‌ای است که توسط هر فرد در طول زندگی تجربه می‌شود. بر پایه تعریف انجمن بین‌المللی درد «تجربه ای هیجانی و حسی ناخوشایند مرتبط با آسیب بالقوه و یا بالفعل بافتی و یا توصیف شده بر حسب چنین آسیبی» است که از عوامل چندگانه‌ای شامل عوامل شناختی، عاطفی و محیطی تأثیر می‌پذیرد [۱].

هر نوع درد سبب‌شناسی، همبسته‌ها و کارکردهای متفاوتی برای فرد دارد. درد دوره‌ای، حاد و مزمن سه نوع مشخص درد می‌باشند. درد مزمن دردی است که دوره بهبودی آن بیش از زمان معمول و مورد انتظار طول می‌کشد. بنا بر معیارهای انجمن بین‌المللی درد، زمان بهبودی این نوع درد برای اهداف

پژوهشی، حداقل سه ماه و برای اهداف بالینی شش ماه تعیین شده است [۱]. شیوع درد مزمن در طول زندگی هر فردی بین ۱۱ تا ۸۴ درصد می‌باشد [۲]. در ایران میزان شیوع درد مزمن مستمر و درد مزمن عودکننده به ترتیب ۱۴ و ۱۵ درصد اعلام شده است [۳]. درد مزمن اسکلتی-عضلانی یکی از بیماری‌های شایع در جمعیت عمومی است و ۱۷-۳۵ درصد از بزرگسالان در جمعیت عمومی، دردهای ناتوان‌کننده اسکلتی-عضلانی را اظهار می‌کنند [۱ و ۴]. علاوه بر رایج بودن درد مزمن در جامعه، این قبیل بیماری‌ها هم برای جامعه و هم برای افراد مبتلا، هزینه‌های مالی قابل توجهی در بر دارد. در پژوهش انجام شده در آمریکا در سال ۲۰۰۱، برآورد شده است که بین ۲۵ تا ۳۰ درصد افراد از درد مزمن رنج می‌برند که هزینه سالانه

* نویسنده مسئول، آدرس: تهران، خیابان ولی عصر، بالاتر از چهارراه طالقانی، نبش کوچه گیلان، صندوق رفاه دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر مرکزی مشاوره
تلفن تماس: ۰۲۱-۸۸۹۴۴۱۱۵ - پست الکترونیک: sahar.rafiiee@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۲/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۰/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۴/۱۱

یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده نتایج درمانی در درد مزمن، میزان فاجعه‌آفرینی درد می‌باشد [۹]. فاجعه‌سازی درد، پاسخ هیجانی و شناختی منفی به درد است که شامل بزرگ‌نمایی، احساس بیچارگی و بدبینی است. فاجعه‌سازی به طور معناداری با درد و افسردگی ارتباط دارد [۹]. متغیر فاجعه‌آمیز کردن درد و پذیرش درد در پیش‌بینی افسردگی حاصل از درد مزمن موثر است [۱۰].

مقابله با درد نیز یکی از عوامل مهم در سازگاری با درد مزمن است و به تلاش هدفمندی اشاره دارد که هم شامل راهبردهای فعالانه و هم منفعلانه برای مدیریت درد و یا کاهش تأثیر درد می‌شود، صرف نظر از این که این تلاش‌ها موفقیت‌آمیز باشد [۱۱]. اغلب راهبردهای مقابله با درد با تلاش‌هایی برای غلبه، کاهش و یا اجتناب از آن مشخص می‌شود [۱۳ و ۱۲]. سیاهه‌های سنجش مقابله با درد، اغلب شامل تفکرات منفی راجع به درد، ترس، خشم و فاجعه‌آفرینی درد است [۱۳]. تفاوت جنسیت در تجربه درد به طور گسترده‌ای گزارش شده است. زنان در کل دردهای بالینی بیش‌تری را گزارش می‌کنند و حساسیت بیش‌تری نسبت به درد دارند [۱۴].

در مجموع می‌توان گفت درد مزمن نه تنها بیماری یک شخص و یک بدن است، بلکه در محیط او چه در سطح خرد مانند خانواده و چه در سطح کلان مانند جامعه با پیامدهای منفی قابل ملاحظه‌ای همراه است. درمان‌های روان‌شناختی علاوه بر کاهش افسردگی، کاهش فاجعه‌آمیز کردن درد، ناتوانی ادراک-شده، خشم و... در این بیماران، موجب افزایش قدرت سازگاری فرد، بهبود راهبردهای مقابله با درد و پذیرش درد و بازگشت دوباره به جامعه می‌شوند و به این ترتیب نیاز مراجعه مکرر به مراکز درمانی را کاهش داده و از بار هزینه‌ها در این زمینه می‌کاهد. چندین پژوهش در زمینه درد مزمن در ایران انجام شده است، اما در آن‌ها متغیر فاجعه‌سازی درد که هم به عنوان یک متغیر اساسی در افسردگی افراد دارای درد مزمن و هم یک پیش‌بینی‌کننده مهم در نتایج درمانی است، لحاظ نشده است. پژوهش حاضر به دنبال شناسایی تأثیر درمان شناختی رفتاری در قالب روان‌درمانی انفرادی با طرح خط پایه چندگانه روی افراد مبتلا به درد اسکلتی - عضلانی مزمن است. یکی از سوالات مهم این پژوهش آن است که آیا درمان شناختی رفتاری، قابلیت بهره‌برداری در درمان انفرادی بیماران مبتلا به درد مزمن را دارد یا خیر.

روش کار:

پژوهش حاضر، یک مطالعه تک‌موردی است که به صورت خط پایه‌ای چندگانه انجام شد. طرح‌های پژوهشی تک‌موردی در

آن بالغ بر ۱۵۰ میلیارد دلار است. حتی در استفاده‌کنندگان از خدمات درمانی و پزشکی پیشرفته نیز میزان کاهش درد فقط در حدود ۳۵ درصد است [۱].

توافق کلی بر این است که عوامل فیزیولوژیک به تنهایی نمی‌تواند توجیه‌کننده شدت درد ادراک‌شده باشد و در این میان عوامل روان‌شناختی نیز سهم می‌باشند. در سده بیستم به دنبال شکست درمان‌های پزشکی درد، متخصصان به جنبه‌های غیر حسی درد روی آوردند [۵]. استفاده از روش‌های درمان روان‌شناختی طی سه دهه گذشته در حوزه‌های پزشکی سنتی به شکل تصاعدی افزایش یافته است. یکی از دلایل اصلی پذیرش این روش‌ها به طور گسترده از سوی جامعه پزشکی، کارآمد بودن آن‌ها در مقابله با مشکلات پزشکی عودکننده سنتی مانند درد مزمن است. روان‌شناسان نقش بزرگی در درک مسئله درد داشته‌اند. عموماً پذیرفته شده است که حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد بیماران به مشکلات پزشکی مزمن، نشانگان روان‌شناختی معناداری را تجربه می‌کنند [۶].

درد مزمن، غالباً با پیامدهای روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب، تنهایی، ناامیدی، ناکامی، خشم و اختلالات روان-شناختی از قبیل اختلالات خلقی، اختلالات خواب، اختلال در کارکردهای روزانه و نگرانی در مورد آینده همراه است [۱]. تقریباً نیمی از افراد دارای درد مزمن، علائم افسردگی را به طور معناداری نشان می‌دهند، رقمی که در جمعیت کلی، ۲ تا ۹ درصد می‌باشد [۷]. همین یافته‌هاست که ضرورت مداخلات روان‌شناختی را در این گونه بیماران توجیه می‌کند. هیپنوتیزم، تن آرامی، درمان‌های شناختی و درمان‌های رفتاری از درمان‌های رایج درد مزمن می‌باشند. در حال حاضر درمان شناختی رفتاری، اساسی‌ترین درمان غیر پزشکی دردهای مزمن محسوب می‌شود و در واقع این درمان جزء لازم اکثر برنامه‌های کنترل درد مزمن است [۷]. سازوکار زیر بنایی فرایند پیشرفت درمان شناختی رفتاری، تغییرات ایجاد شده در شناخت‌ها و رفتار بیماران است [۸].

هر چند کاملاً آشکار است که تغییرات رفتاری عنصری اساسی در سازگاری فرد با درد مزمن است، اما مداخلات شناختی، اولین قدم مهم در درمان انفرادی است که از درد مزمن رنج می‌برند و به ویژه در بیمارانی که تمایل به حفظ شبکه افکار تحریف‌شده و باورهای ناکارآمد در مورد دردشان دارند. جنبه‌های شناختی درد ارتباط نزدیکی با جنبه‌های هیجانی آن دارد. باورهای نادرست در مورد درد، ترس از درد یا میزان انتظار میزان بالای درد و ارزیابی شناختی فرد در مورد پیامدهای واقعی یا خیالی درد به ویژه فاجعه‌سازی درباره درد در افسردگی نقش داشته و مسئول ایجاد پریشانی هیجانی است [۲].

گرفتند، برای ثبت تغییرات جلسه به جلسه، مقیاس شدت درد هر جلسه اجرا شد.

آزمودنی‌ها با دو خط پایه وارد فرایند درمان شدند. هشت جلسه درمان رفتاری شناختی برای هر یک از آزمودنی‌ها، به صورت انفرادی برگزار شد. نمره پیش‌آزمون هر آزمودنی از روش میانگین نمرات خط پایه محاسبه شد. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در طول درمان و مرحله پیگیری در جدول ۲ آورده شده است.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها:

در جدول‌های پیش رو ابتدا برخی از ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها و سپس میانگین و انحراف معیار نمرات بیماران مربوط به پرسش‌نامه‌های افسردگی بک، فاجعه‌آمیز کردن درد، شدت درد و راهبردهای مقابله با درد بیان شده است. فرضیه‌های تحقیق نیز با استفاده از طرح چند خط پایه پلکانی و با روش ترسیم نمودار بر اساس روند تغییرات نمرات آزمودنی‌ها در مراحل پیش‌آزمون، حین درمان و پس‌آزمون ارائه شده است که نشان‌دهنده نیم‌رخ تأثیر درمان شناختی رفتاری در میزان افسردگی، فاجعه‌آفرینی، شدت درد و راهبردهای مقابله با درد است.

در این پژوهش از مقیاس‌های افسردگی بک، پرسش‌نامه فاجعه‌آفرینی درد، پرسش‌نامه راهبردهای مقابله با درد و شدت درد استفاده شده است.

یافته‌ها:

در جدول ۱ برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها آورده شده است.

مطالعات بالینی از اهمیت خاصی برخوردار هستند. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی-عضلانی مزمن مراجعه‌کننده به درمانگاه درد بیمارستان امام حسین تهران بودند. نمونه شامل چهار بیمار با تشخیص درد مزمن بود که در بازه زمانی زمستان سال ۸۸ و بهار ۸۹ به این بیمارستان مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام گرفت.

بعد از معاینه بیماران توسط فوق تخصص دردشناسی و تشخیص این که در درد بیمار، ممکن است عناصر روان‌شناختی نیز سهیم باشند، بیماران به روان‌پزشک کلینیک درد ارجاع داده شدند. از بین بیماران ارجاع‌داده‌شده به روان‌پزشک، بیماران با تشخیص افسردگی انتخاب شدند. در مرحله بعد، با بیماران مصاحبه شد. در حین فرایند مصاحبه، دارا بودن ملاک‌های ورود و تمایل افراد برای مشارکت در درمان بررسی شد و در صورت موافقت و امضای فرم تعهدنامه، بیمار به عنوان نمونه‌ی پژوهش انتخاب شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل نداشتن وضعیت وخیم (مانند عفونت، سرطان)، دارا بودن محدوده سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، نبودن کاندید عمل جراحی و داشتن سواد کافی برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود. معیارهای خروج شامل داشتن بیش از دو بار سابقه عمل جراحی، دارا بودن مشکلات سوء‌مصرف مواد، نداشتن ذهن روان‌شناختی و موفقیت کم در ارزیابی شناختی - رفتاری بود. بر اساس معیارهای فوق از میان ۱۵ بیمار غربال شده، چهار بیمار مبتلا به درد مزمن که با معیارهای پژوهش منطبق بودند (۳ نفر زن و ۱ مرد) انتخاب و وارد فرایند درمان شدند.

داده‌های پژوهش در چندین مرحله جمع‌آوری شد. اطلاعات مربوط به تغییرات نمره در شاخص‌های افسردگی، راهبردهای مقابله‌ای و فاجعه‌آمیز نمودن درد در جلسه ارزیابی پیش از درمان، جلسات دوم، چهارم، ششم و هشتم مورد ارزیابی قرار

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

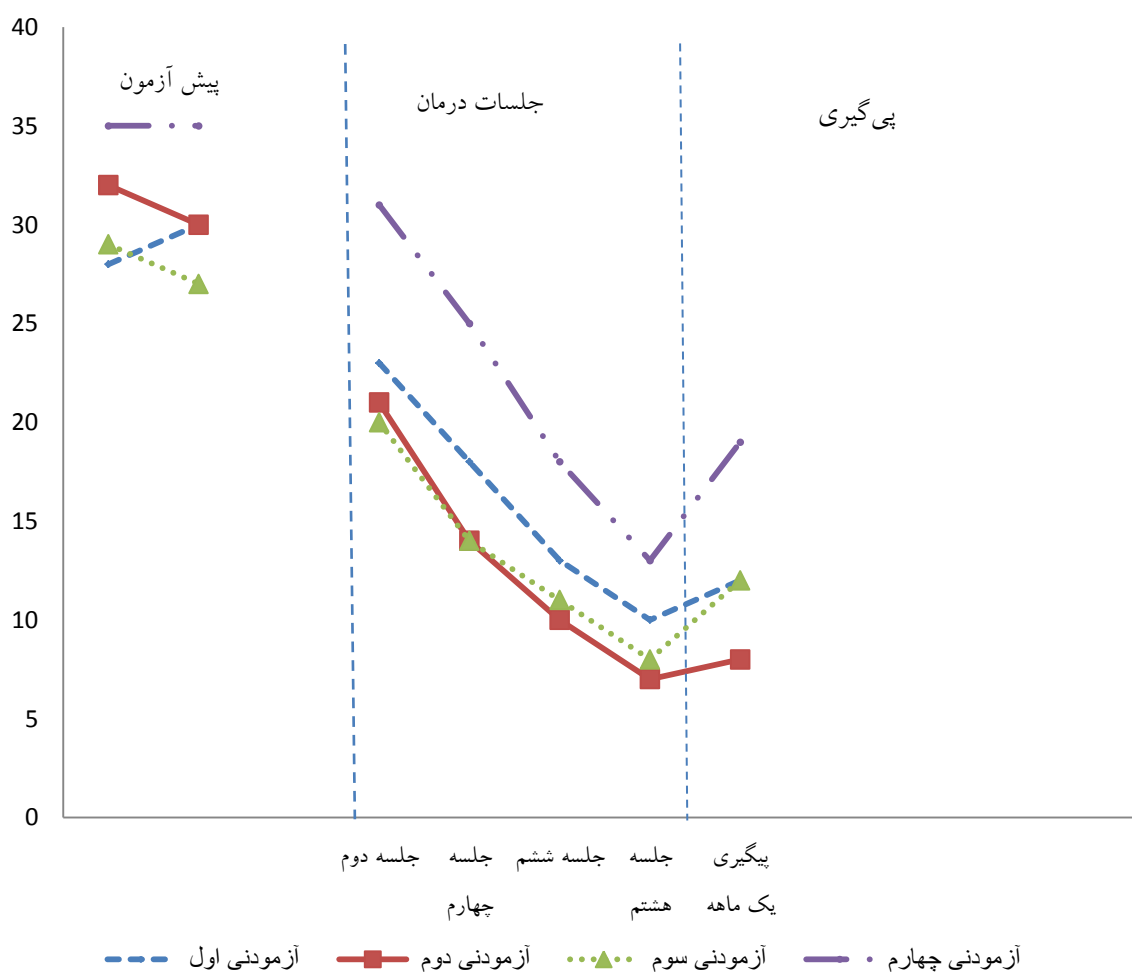
سن	جنس	وضعیت تأهل	تحصیلات	شغل	محل درد	مدت درد
۳۶	زن	متاهل	لیسانس	کارمند	کمر	۵ سال
۲۳	زن	مجرد	دیپلم	خانه دار	گردن و کمر	۳ سال
۴۸	زن	متاهل	دیپلم	خانه دار	گردن و کمر	۴ سال
۳۶	مرد	مجرد	دیپلم	آزاد	گردن، شانه و کمر	۳ سال

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پی‌گیری یک ماهه در مقیاس‌های استفاده‌شده در پژوهش

مقیاس‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		دوره پی‌گیری یک ماهه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	۳۰٫۷۵	۳٫۰۹	۹٫۷۵	۳٫۰۹	۱۲٫۷۵	۴٫۵۷
فاجعه‌آمیز نمودن درد	۴۴٫۳۷	۵٫۳۴	۱۹٫۲۵	۶٫۸۴	۲۰٫۲۵	۸٫۶
شدت درد	۸٫۶۲	۰٫۸۵	۳٫۵	۰٫۵۷۷	۳٫۸	۰٫۸۳
راهبردهای مقابله با درد	۶۲	۱۰٫۱۰	۱۱۴	۱۴٫۴	۱۱۲	۱۲٫۸

داده‌های جدول ۲ نشان می‌دهند که نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس افسردگی بک، متوسط و شدید بودند. مطابق داده‌های بدست آمده، فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود و نشان‌دهنده این است که آموزش شناختی رفتاری در کاهش نمره‌های افسردگی بیماران در مرحله پس‌آزمون موثر است و اثرات درمانی در دوره پی‌گیری در سه بیمار اول، دوم و سوم باقی

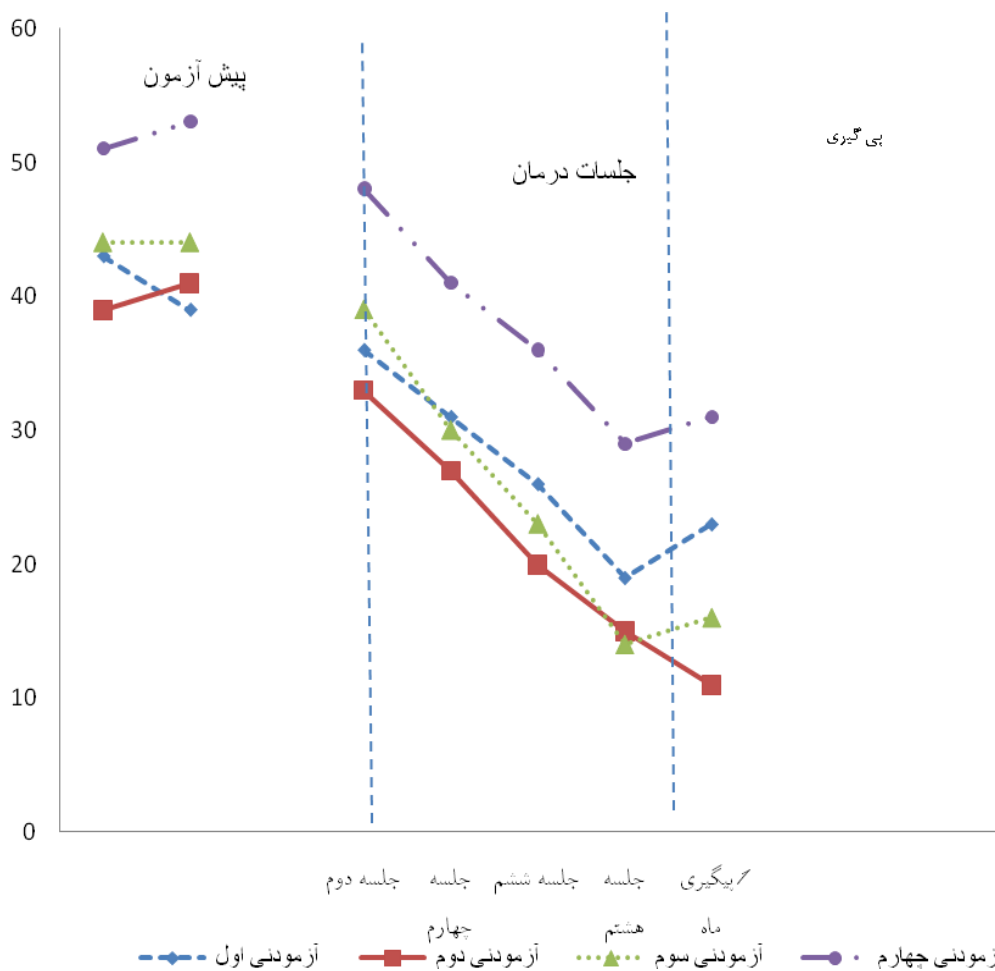
مانده است، اما در بیمار چهارم این کاهش مربوط به مرحله درمانی بوده و در مرحله پیگیری تأثیر درمانی باقی نمانده است (نمره برش، ۱۴ بود). در شکل ۱، نمرات افسردگی بیماران در مراحل پیش‌آزمون، حین جلسات درمان و پیگیری به صورت ترسیمی نشان داده شده است.



شکل ۱: تغییرات افسردگی در طی مراحل پیش‌آزمون، حین درمان و دوره پیگیری یک ماهه

این تأثیر در مرحله پیگیری یک ماهه نیز باقی مانده است و فرضیه تأیید می‌شود. نمرات آزمودنی‌ها به صورت ترسیمی در شکل ۲ نمایش داده شده است.

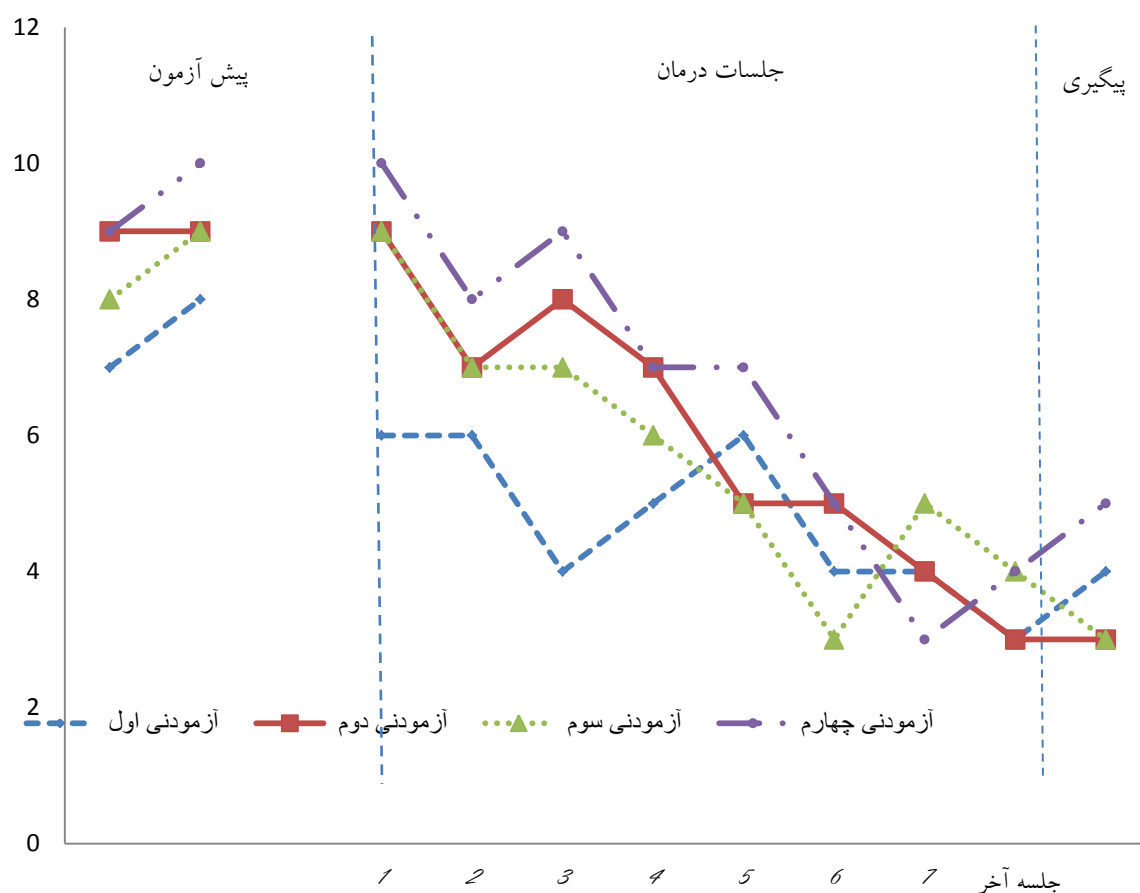
بر اساس جدول ۲ و با توجه به فرضیه دوم، هر چهار آزمودنی نسبت به مرحله پیش‌آزمون در نمرات فاجعه‌آفرینی درد کاهش داشته‌اند و بیانگر تأثیر درمان شناختی رفتاری در کاهش فاجعه‌آفرینی درد در بیماران مبتلا به درد اسکلتی-عضلانی است.



شکل ۲: تغییرات نمره فاجعه‌آمیز نمودن درد در طی مراحل پیش‌آزمون، حین درمان و دوره پیگیری یک ماهه

مطابق داده‌های فوق فرضیه سوم نیز تأیید می‌شود. شکل ۳ نمرات مراحل پیش‌آزمون، در طول درمان و پیگیری را به صورت ترسیمی نشان می‌دهد.

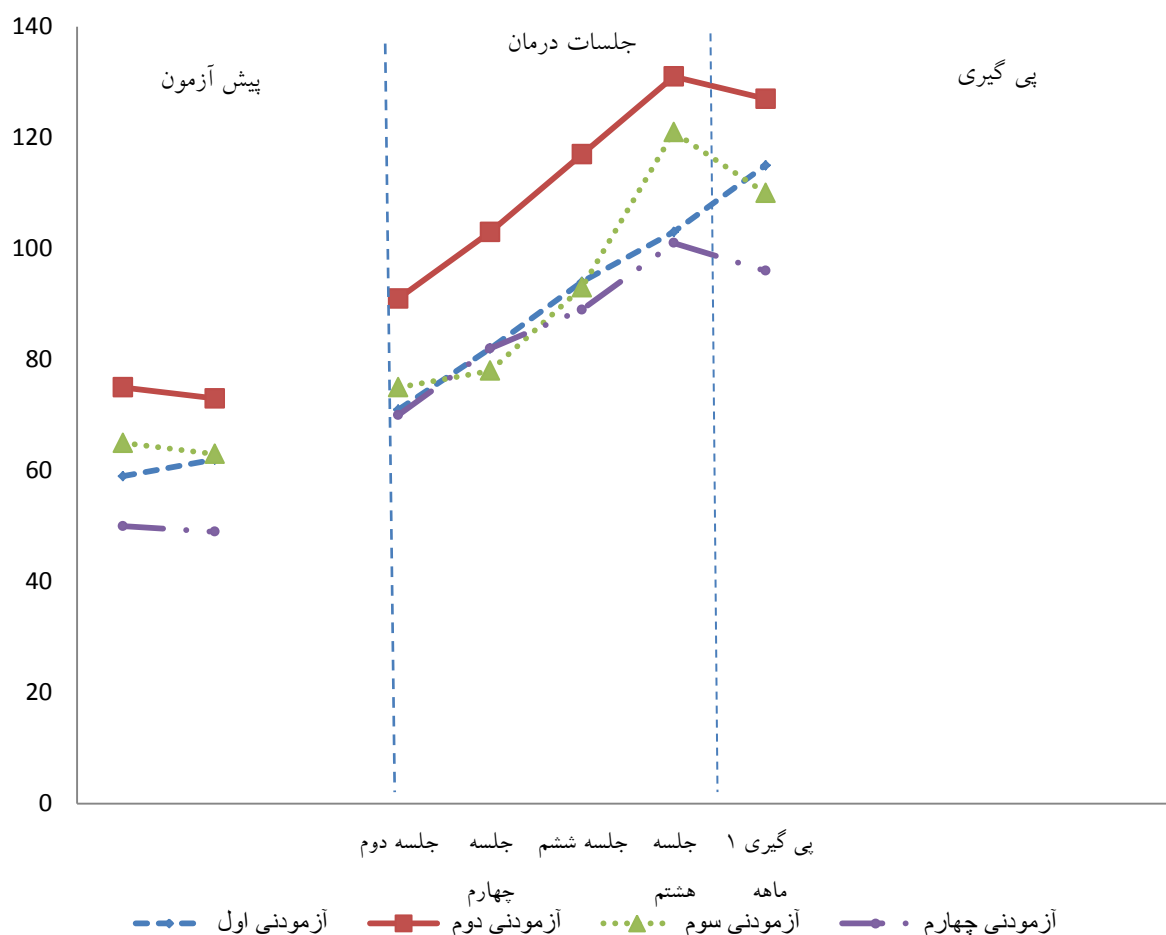
بر اساس فرضیه سوم و داده‌های بدست آمده در پژوهش، آزمودنی‌ها کاهش در شدت درد اظهار کرده و طبق فرضیه سوم درمان شناختی رفتاری در کاهش شدت درد ادراک شده تأثیر داشته است و این اثر در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است.



شکل ۳: تغییرات شدت درد آزمودنی‌ها در مراحل پیش‌آزمون، جلسات درمانی و مرحله پیگیری یک ماهه

خوبی در نتیجه پس‌آزمون و دوره پی‌گیری بیماران مشخص است. تغییرات آزمودنی‌ها در قبل از درمان، در طول درمان و مرحله پی‌گیری یک ماهه به صورت ترسیمی در شکل ۴ ارائه شده است.

بر اساس فرضیه چهارم این احتمال مطرح شد که درمان شناختی رفتاری در بهبود راهبردهای مقابله با درد در بیماران دارای درد اسکلتی-عضلانی مزمن مؤثر است. بر اساس یافته‌های بدست آمده، به نظر می‌رسد درمان شناختی رفتاری در بهبود راهبردهای مقابله با درد مؤثر است. اثر این حالت به



شکل ۴: تغییرات راهبردهای مقابله با درد در مراحل پیش‌آزمون، حین درمان و مرحله پیگیری ۱ ماهه

بحث:

هدف کلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش شناختی رفتاری در افراد دارای درد اسکلتی - عضلانی مزمن بود. نتایج مطالعه حاضر حمایتی تجربی در راستای این فرضیه فراهم می‌کند و یافته‌های بدست آمده با نتایج مطالعات پیشین که نشان‌دهنده اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش شدت درد [۱۶-۱۹]، بهبود راهبردهای مقابله با درد [۱۷ و ۱۸]، بهبود وضعیت خلقی، کاهش افسردگی [۱۶-۱۷ و ۱۹]، کاهش فاجعه‌آفرینی درد، تغییر باورهای مرتبط با درد [۱۷]، کاهش خودگویی‌های منفی و کاهش افسردگی [۱۸] است، هم‌سو می‌باشد.

میزان افسردگی در تمام بیماران در مرحله مداخله شناختی رفتاری و در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کم‌تر شده است. اثر درمان در سه بیمار اول باقی مانده است، اما در بیمار

چهارم این تأثیر باقی نمانده است. در تبیین افزایش نمرات در مرحله پیگیری می‌توان به عدم انجام تکنیک‌های شناختی آموخته‌شده در درمان، در این دوره یک ماهه اشاره کرد. همچنین بر طبق نظریه شناختی بک، رویدادهای استرس‌آمیز زندگی می‌توانند موجب فعال شدن باورهای ناکارآمد شوند که به دنبال آن شروع یک دوره افسردگی خواهد بود. از سوی دیگر، تغییرات ضعیف در نگرش‌های ناکارآمد و تغییرات ضعیف در تفکر افراطی، هر دو پیش‌بینی‌کننده زمان کوتاه‌تری برای بازگشت نشانه‌های افسردگی می‌باشند [۱۹]. مطالعات حاکی از این است که ارزیابی فرد از درد در زندگی و توانایی فرد در کنترل روی درد و زندگی ارتباط بین افسردگی و درد را تعدیل می‌کند [۱۸]. طبق این یافته می‌توان کاهش افسردگی بیماران را به افزایش توانایی در کنترل درد نسبت داد. این احتمال نیز وجود دارد که کاهش شدت افسردگی ناشی از مصرف داروهای ضدافسردگی تجویز شده نیز باشد. یافته‌های پژوهش حاضر با

شناختی رفتاری چندمدلی در بهبود راهبردهای مقابله با درد در محل کار پرداخت، هم‌سو است [۱۷ و ۲۱].

نتیجه‌گیری: با توجه به تحقیق حاضر و تحقیقات پیشین، در حقیقت یکی از مسائلی که موجب توسعه درمان شناختی رفتاری در درمان بیماری‌های مزمن از جمله درد مزمن شد این بود که موجب کاهش آشفتگی‌های هیجانی (اضطراب، افسردگی، خشم و ...) افزایش مدیریت درد و افزایش احساس خود کار آمدی، کاهش ناتوانی حاصل از درد، بهبود راهبردهای شناختی رفتاری مقابله با درد و پذیرش درد و کاهش فاجعه‌آفرینی درد در بیماران مبتلا به دردهای مزمن می‌شود. در مجموع، می‌توان اذعان نمود که درمان شناختی رفتاری در کنار درمان‌های سنتی پزشکی می‌تواند به درمانگران و متخصصین این حوزه کمک نماید و احتمال موفقیت درمانی را بیش‌تر کند.

محدودیت‌های پژوهش: اساس پژوهش حاضر که بر درمان انفرادی بوده و کنترلی روی خانواده بیماران و یا مشارکت آن‌ها در درمان وجود نداشت. یکی از محدودیت‌های پژوهش است، بنابراین ممکن است یکی از دلایل تغییر نمرات در مرحله پیگیری، ناتوانی در کنترل استرس‌های محیطی بیماران باشد. عدم امکان پیگیری طولانی مدت بیماران و هم‌جنس نبودن بیماران غربال‌شده (عدم کنترل متغیر جنسیت) از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است.

تقدیر و تشکر: بدین‌وسیله از جناب آقای دکتر سیروس مومن-زاده و خانم دکتر مهشید نیکوسرشت و دیگر همکاران در گروه کلینیک چند تخصصی درد بیمارستان امام حسین (ع) تهران و همچنین از بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر می‌شود.

نتایج پژوهش انجام‌شده مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری در مقایسه با درمان‌های معمول پزشکی در کاهش افسردگی، کاهش شدت درد و بهبود عملکرد روزانه هم‌خوانی دارد [۱۷ و ۲۰].

میزان فاجعه‌آفرینی درد بعد از درمان و در مرحله پس‌آزمون کاهش چشمگیری در سه بیمار اول داشته است، در بیمار چهارم نیز نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته است و مرحله پیگیری نیز باقی مانده است. نتایج مطالعه حاضر هم‌سو با نتایج انجام‌شده که به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری کوتاه مدت در اختلال درد و کاهش فاجعه‌آفرینی بیماران [۱۷ و ۱۱] پرداخته است، هم‌سو است.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، شدت درد در جلسه هشتم کاهش یافته است و در مرحله پیگیری نیز نسبت به مرحله پیش‌آزمون این کاهش وجود داشت. این نتیجه نیز با نتایج پژوهش‌های انجام شده مبنی بر اثربخشی برنامه‌های مدیریت درد درمان شناختی رفتاری یا رفتاری در کاهش شدت درد [۱۷ و ۱۸]، هم‌خوانی دارد. کاهش شدت درد را می‌توان در نتیجه اثرات درمانی، کاهش فاجعه‌آفرینی، افزایش کنترل بر درد، تأثیر آموزش شناختی رفتاری و همچنین مصرف داروی ضددرد گاباپنتین دانست.

نتایج همچنین نشان‌دهنده اثربخشی آموزش شناختی رفتاری در بهبود راهبردهای مقابله با درد در آزمودنی‌ها بود. راهبردهای مقابله فعالانه‌تر در درد این توان را به بیمار می‌بخشد که شیوه برخوردش با درد سازگارانه‌تر باشد. افزایش نمرات بیماران نسبت به مرحله پیش‌آزمون را می‌توان به تأثیر آموزش و انجام تکنیک‌های درمانی، از قبیل خودگویی‌های مقابله‌ای (گفتگوی درونی آرامش‌بخش، توجه بر گردانی و فعال کردن حس‌های پنج‌گانه) و کاهش فاجعه‌آفرینی به عنوان یک خرده‌مقیاس در مقیاس راهبردهای مقابله‌ای نسبت داد. نتایج پژوهش انجام شده با نتایج پژوهش‌های پیشین که به بررسی اثر درمان

References:

1. Thron BE. Cognitive therapy for chronic pain: step by step guide. New York: Guilford Press; 2004: 21-165.
2. Walker BF. The prevalence of low back pain: a systematic review of the literature from 1966 to 1998. J Spinal Disord 2000;13(3): 205-17.

3. Asghari MA. Evaluation prevalence of continuing and recurrent chronic pain and its effect on social function and life of workers in the one of Tehran's big industry. Daneshvar Raftar, J Shahed Univ 2004; 4: 1-14. (Persian)

4. Taylor WJ, Dean SG, Siegert RJ. Differential association of general and health self-efficacy with disability, health-related quality of life and psychological distress from musculoskeletal pain in a cross-sectional general adult population survey. *Pain*. 2006; 125(3): 225-32.
5. Gatchel RJ, Turk DC. Psychological approaches to pain management: practitioner's handbook. New York: Guilford Press: 2002: 53-94.
6. White CA. Cognitive behavioral therapy for chronic medical problem. West Essex, England: John Wiley & Sons, LTD; 2001.
7. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(6): 617-27.
8. Turner JA, Holtzman S, Mancl L. Mediator, moderators, and predictor of therapeutic change in cognitive behavioural therapy for chronic pain. *Pain* 2007; 127(3): 276-86.
9. Sullivan M, Thron JL, Haythorthweaite B, Keefe JA, et al. Theoretical perspectives on relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain* 2001; 17(1): 52-64.
10. Vowles KE, McCracken M, Eccleston C. Processes of change in treatment for chronic pain: the contributions of pain, acceptance, and catastrophizing. *Eur J Pain* 2007; 11(7): 779-87.
11. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Changes in beliefs, catastrophizing and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69(4): 655-62.
12. McCracken, LM, Eccleston C. Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain* 2003; 105(1-2): 197-204.
13. Elander J, Robinson G, Mitchel K, et al. An assessment of relative influence of pain coping, negative thoughts about pain, and pain acceptance on health-related quality of life among people with hemophilia. *Pain* 2009; 145(1-2): 169-75.
14. Edward RR, Haythornthwaite JA, Sullivan MJ, et al. Catastrophizing as a mediator of sex differences in pain: differential effects for daily pain versus laboratory-induced pain. *Pain* 2004; 111(3): 335-41.
15. Jensen IB, Bodin L. Multimodal cognitive behavioral treatment for workers with chronic spinal pain: a matched cohort study with an 18 month follow up. *Pain* 1998; 76(1-2): 35-44.
16. Douglas W, Graham C, Anderson D, et al. Managing chronic pain through cognitive change and multidiscipline treatment program. *Austral Psychol* 2004; 39(3): 201-7.
17. Turner JA, Mancl L, Aaron L. A Short and long term efficacy of brief cognitive behavioral therapy for patients with chronic temporomandibular disorder pain: a randomized, controlled trial. *Pain* 2006; 121(3): 181-94.
18. Tan EP, Tan ES, Ng BY. Efficacy of cognitive behavioral therapy for patients with chronic pain in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2009; 38(11): 952-68.
19. Beevers C, Ryan C, Miller, I. Cognitive predictors of symptom return following depression treatment. *J Abnorm Psychol* 2003; 112(3): 488-96.
20. Slater MA, Doctor JN, Pruitt SD, et al. The clinical significance of behavioral treatment for chronic low back pain: an evaluation of effectiveness. *Pain* 1997; 71(3): 257-63.
21. Vázquez-Rivera S, González-Blanch C, Rodríguez-Moya L, et al. Brief cognitive-behavioral therapy with fibromyalgia patients in routine care. *Compr Psychiat* 2009; 50(6): 517-25.

The efficacy of Cognitive Behavioral Therapy in patients with chronic musculoskeletal pain

Rafiee S^{*1}, Sohrabi F², Shams J³, Forough AA¹

Received: 12/29/2010

Revised: 05/16/2011

Accepted: 07/02/2011

1. Dept. of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran
2. Psychiatry Ward, Imam Hossein Hospital, Tehran, Iran

Journal of Jahrom University of Medical Sciences, Vol. 10, No. 2, Summer 2012

J Jahrom Univ Med Sci 2012; 10(2):73-82

Abstract

Introduction:

Chronic pain is one of the most prevalent reasons of referral to health centers. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) has been shown to be an effective treatment for chronic pain. The current study was conducted to evaluate the efficacy of Cognitive Behavioral Therapy in patients with chronic musculoskeletal pain.

Materials and Methods:

CBT was evaluated in 8 sessions of up to 50 minutes in 4 patients with chronic musculoskeletal pain. A multiple baseline with a follow up of 1 month was used. Patients were randomly allocated to baselines and outcome and assessed via Beck Depression Inventory (BDI), Pain Catastrophizing Scale (PCS), Visual Analogue Scale (VAS) and Cognitive Coping Strategies Inventory (CCSI).

Results:

Results showed that Cognitive Behavioral Therapy was effective in reduction of depression, pain Catastrophizing and pain intensity, and improvement of coping strategies. These effects were maintained to some extent in the follow up.

Conclusion:

Psychological as well as medical treatment can be helpful in the patients with chronic pain.

Keywords: Cognitive Behavior Therapy, Pain, Depression, Catastrophization

* Corresponding author, Email: sahar.rafaee@gmail.com