



## اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کمال‌گرایی، تأییدطلبی و علائم افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال درد

مرجان پشت‌مشهدی\*، دکتر رخساره یزدان‌دوست\*\*، دکتر علی‌اصغر اصغر نژاد فرید\*\*\*، دکتر دارا مریدپور\*\*\*\*

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر بر پایه‌ی نظریه‌ی شناختی - رفتاری و با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر کمال‌گرایی، تأییدطلبی و علائم عاطفی، شناختی و جسمی افسردگی بیماران مبتلا به اختلال درد انجام شده است.

**روش:** با به‌کارگیری طرح پژوهشی تک‌موردی ۳ آزمودنی زن مبتلا به اختلال درد در مراحل پیش از مداخله، اواسط مداخله، پایان مداخله، و یک ماه پس از آن در مرحله‌ی پیگیری با بهره‌گیری از مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (خرده‌مقیاس‌های کمال‌گرایی و تأییدطلبی) و آزمون افسردگی بک ارزیابی شدند.

**یافته‌ها:** این بررسی نشان داد که درمان شناختی - رفتاری تأثیر بیشتری بر کاهش تأییدطلبی و علائم عاطفی و جسمی افسردگی داشته است.

**نتیجه:** این بررسی تأثیر درمان شناختی - رفتاری را بر کمال‌گرایی و تأییدطلبی بیماران مبتلا به اختلال درد، متفاوت نشان داد.

- :

\* دانشجوی دوره‌ی دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکان، بخش روانشناسی بالینی (نویسنده مسئول).  
E-mail: drmarjan 2000@yahoo.com

\*\* دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان. خیابان وحید دستگردی، مرکز آموزشی - درمانی کودکان حضرت علی اصغر (ع).

\*\*\* دکترای روانشناسی عمومی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

\*\*\*\* متخصص ارتوپدی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی. تهران، الهیه، خیابان شهید شریفی منش، مرکز آموزشی - درمانی اختر.

افراد با علایمی چون احساس مورد بی توجهی قرار گرفتن، نخواستنی بودن، کمبود، تنهایی، ترک شدن و درماندگی دیده می‌شود (بلاک<sup>۲</sup>، ۱۹۷۵، به نقل از سام خانیانی، ۱۳۸۰). جنبه‌ی شناختی درد هم‌چنین ارتباط نزدیکی با جنبه‌ی هیجانی آن دارد. ترس از درد یا انتظار میزان بالای درد (نیون<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴)، انتظارهای نادرست در مورد درد (ویزنبگ<sup>۴</sup>، ۱۹۹۱) و ارزیابی شناختی فرد در مورد پیامدهای واقعی یا خیالی درد (وید<sup>۵</sup>، دوگرتی<sup>۶</sup>، آرچر<sup>۷</sup> و پرایس<sup>۸</sup>، ۱۹۹۶) به‌ویژه فاجعه‌سازی درباره‌ی درد که نقشی نیز در افسردگی دارد مسئول ایجاد پریشانی هیجانی است. از سوی دیگر حالت‌های هیجانی از جمله اضطراب (نیون، ۱۹۹۴) و رویارویی با استرس، جدا از اختلال جسمی می‌تواند در ایجاد یا تشدید درد نقش داشته باشد (کریج، ۱۹۹۱). به این ترتیب حالت‌های هیجانی مانند افسردگی و اضطراب تعامل دوسویه با درد دارند. روشی که فرد برای رویارویی با درد بر می‌گزیند به معنای درد از نظر او و منابع در دسترس وی برای رویارویی با آن بستگی دارد. درد به عنوان یک محرک تهدید کننده روش‌های رویارویی فرد را فرا می‌خواند (پورتر<sup>۹</sup>، آلدرد<sup>۱۰</sup> و آبراهام<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۹). فرد با ارزیابی میزان کنترل خود بر موقعیت و نظام اجتماعی (برانون<sup>۱۲</sup> و فیست<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۰) روش‌های رویارویی مناسب‌تر را برمی‌گزیند.

- |  |                      |
|--|----------------------|
| 1- International Association for Studying Pain |                      |
| 2- Kaepstein                                   | 3- Craige            |
| 4-Melzack                                      | 5- Wall              |
| 6- Rosenzweig                                  | 7- Lineman           |
| 8- Breedlove                                   | 9- gate control      |
| 10- Beck                                       | 11- cognitive schema |
| 12- Clark                                      | 13- Fairburn         |
| 14- Wishman                                    | 15- Friedman         |
| 16- autonomy                                   | 17- sociotropy       |
| 18- Abramson                                   | 19- Persons          |
| 20- Miranda                                    | 21- Perloof          |
| 22- Blott                                      | 23- Niven            |
| 24- Weisenberg                                 | 25- Wade             |
| 26- Dougherty                                  | 27- Archer           |
| 28- Price                                      | 29- Porter           |
| 30- Alder                                      | 31- Abraham          |
| 32- Brannon                                    | 33- Feist            |

درد برپایه‌ی تعریف انجمن بین المللی بررسی درد (IASP<sup>۱</sup>، ۱۹۸۹، به نقل از کپتین<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰) "تجربه‌ی حسی و هیجانی ناخوشایندی است که با آسیب بافتی حقیقی یا بالقوه همراه است یا بر حسب چنین آسیبی توصیف می‌شود."

در سده‌ی بیستم به دنبال شکست درمان‌های طبی درد، متخصصان به جنبه‌های غیر حسی درد روی آوردند (کریج<sup>۳</sup>، ۱۹۹۱). با معرفی ابعاد سه‌گانه‌ی درد توسط ملزاک<sup>۴</sup> و وال<sup>۵</sup> (۱۹۹۱)، به نقل از روزنزویگ<sup>۶</sup>، لینمن<sup>۷</sup> و بریدلاو<sup>۸</sup> (۱۹۹۶) در نظریه‌ی کنترل دروازه<sup>۹</sup> که شدت و ماهیت درد را تابعی از سازوکارهای حسی، عاطفی و شناختی می‌دانستند درمان‌های روان‌شناختی جای خود را در این حوزه باز کردند (کریج، ۱۹۹۱). یکی از مهم‌ترین درمان‌های روان‌شناختی در این زمینه درمان شناختی- رفتاری است. در این رویکرد که توسط بک<sup>۱۰</sup> ابداع شده است اندیشه‌های زیربنایی یا طرحواره‌های شناختی<sup>۱۱</sup> دارای نقش اساسی در رفتار و احساس دانسته شده‌اند (کلارک<sup>۱۲</sup> و فیربورن<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۷). از دیدگاه بک (۱۹۸۳)، به نقل از ویشمن<sup>۱۴</sup> و فریدمن<sup>۱۵</sup> (۱۹۹۸) حساسیت شناختی به افسردگی با سبک شخصیتی فرد ارتباط نزدیک دارد و به دو صورت خودمختاری<sup>۱۶</sup> و مردم‌گرایی<sup>۱۷</sup> خود را نشان می‌دهد. در سبک خودمختاری، نگرانی شدید در مورد عملکرد وجود دارد. ارزیابی فرد از خود برپایه‌ی استقلال شخصی، میزان کنترل و پیشرفت انجام می‌شود (آبرامسون<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۱۹۸۸، به نقل از سام خانیانی، ۱۳۸۰). این افراد در دوره‌ی افسردگی احساس شکست، بی‌زاری از خود، سرزنش خود، احساس گناه، تحریک پذیری، بی‌علاقگی به دیگران و ناامیدی را تجربه می‌کنند (پرسونز<sup>۱۹</sup>، میراندا<sup>۲۰</sup> و پرلوف<sup>۲۱</sup>، ۱۹۹۱، به نقل از سام خانیانی، ۱۳۸۰). در سبک مردم‌گرایی، فرد نیاز به تأیید دیگران دارد و بر حفظ وابستگی و پرهیز از طرد تأکید می‌شود (ویشمن و فریدمن، ۱۹۹۸). افسردگی در این

چنانچه بیمار بر عملکرد کامل و بی نقص تأکید داشته باشد و در اثر درد نتواند به استانداردهای مورد انتظار خود دست یابد، احساس شکست و سرزنش خود، زمینه را برای ایجاد هیجانهای منفی آماده می کند. این امر با کاهش سطح تحمل فرد او را به درد حساس تر کرده، وضعیت را بدتر می کند. کاهش انتظارات فرد از خود و انطباق با واقعیت در کاهش هیجانهایی مانند افسردگی و اضطراب و مقابله‌ی مؤثر با درد دارای اهمیت بسیار است. از سوی دیگر، تأییدطلبی<sup>۱۳</sup> که با تلاش در راستای برآوردن انتظارات دیگران همراه است با نادیده گرفتن نیازها و احساسهای واقعی خود، احتمال تشدید درد را در اثر هیجانهای منفی مانند خشم افزایش می دهد. اشمیتز و همکاران (۱۹۹۶) نشان دادند روشهای مقابله‌ای<sup>۱۴</sup> که بر جنبه‌های ویژه‌ی درد تمرکز دارد، بازسازی شناختی<sup>۱۵</sup> و احساس کفایت شخصی<sup>۱۶</sup> با افسردگی کمتری همراه است.

این پژوهش تأثیر درمان شناختی- رفتاری را بر عاملهای زیربنایی مانند کمال‌گرایی و تأییدطلبی که از جنبه‌ی نظری نیز دارای اهمیت است مورد بررسی قرار داد. افزون بر آن افسردگی به عنوان شایع‌ترین نشانه‌ی همراه، در این بررسی مورد توجه قرار گرفت تا تغییر جنبه‌های مختلف آن در شرایطی که درمان معطوف به اختلال اصلی است سنجیده شود.

در این پژوهش تک موردی روش خط پایه‌ی چندگانه (کراتوچویل<sup>۱۷</sup>، مات<sup>۱۸</sup> و ادسون<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۴؛ کازدین<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۲؛ سیف، ۱۳۷۳) به کار برده شده است.

- |                             |                   |
|-----------------------------|-------------------|
| 1- Schmitz                  | 2- Saile          |
| 3- Nilges                   | 4- Brandstater    |
| 5- assimilative             | 6- accomodative   |
| 7- perfectionism            | 8- Frost          |
| 9- Marten                   | 10- Lahart        |
| 11- Rosenblate              | 12- Chang         |
| 13- need for approval       | 14- coping        |
| 15- cognitive restructuring | 16- self-efficacy |
| 17- Kratochwill             | 18- Mott          |
| 19- Odson                   | 20- Kazdin        |

از دیدگاه اشمیتز<sup>۱</sup>، سیل<sup>۲</sup> و نیلگس<sup>۳</sup> (۱۹۹۶) که مدل پردازش دوگانه‌ی برنداستاتر<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۳)، به نقل از اشمیتز و همکاران، (۱۹۹۶) را در زمینه‌ی درد به کار برده‌اند، دو روش رویارویی وجود دارد: جذبی<sup>۵</sup> و انطباقی<sup>۶</sup>. در روش جذبی فرد شرایط را برای رسیدن به هدفهای خود تغییر می دهد. این کار می تواند از راه تغییر ویژگیهای مشکل، افزایش شایستگی عملی فرد و یا کاهش اثرهای منفی مشکل صورت گیرد. شرکت در برنامه‌ی درمانی نمونه‌ای از این روش است. در روش انطباقی، فرد انتظاراتها و هدفهای خود را با موقعیت موجود تطبیق می دهد. این کار مستلزم ارزیابی دوباره‌ی موقعیت و گاهی صرف نظر کردن از هدفهایی است که با شرایط موجود (درد) نمی توان به آنها دست یافت. دست برداشتن از انتظاراتهای غیر واقعی به کاهش احتمال ناکامی و واکنشهای خشم و افسردگی می انجامد. افزون بر آن ممکن است لازم باشد هدفهای تازه‌تری جایگزین هدفهای پیشین گردد. یکی از مهم ترین راه‌ها در این زمینه دست برداشتن از این باور نادرست است که درد روزی کاملاً از بین خواهد رفت. از سوی دیگر لازم است بیمار با صدماتی که در اثر درد به عملکرد روزانه‌ی وی وارد آمده انطباق یابد (اشمیتز و همکاران، ۱۹۹۶). این کار با مقایسه‌ی وضع خود با بیمارانی که وضع بدتری دارند یا ارزیابی وضعیت کنونی با شرایط پیشین خود بیمار که بدتر یا دردناک تر بوده انجام می گیرد. می توان هدفهای دست یافتنی مانند داشتن خانواده‌ای شاد را جایگزین هدفهایی کرد که دست یافتنی نیستند. در این زمینه تغییر نگرشهای فرد اهمیت اساسی دارد. کمال‌گرایی<sup>۷</sup> که با انتقاد بیش از حد از خود، نگرانی در مورد برآوردن انتظاراتهای اجتماعی و تمرکز بر سازمان‌بندی همراه است (فراست<sup>۸</sup>، مارتن<sup>۹</sup>، لاهارت<sup>۱۰</sup> و روزنبلات<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۰، به نقل از چانگ<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۸)، یکی از بازدارنده‌های اساسی در دستیابی به این هدف است. با توجه به آنکه اختلال درد سیر مزمن دارد و قطع کامل درد با روشهای درمانی کنونی شدنی نیست،

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد<sup>۲</sup>: این آزمون را بک و ویسمن<sup>۳</sup> (۱۹۷۸)، به نقل از هرسن<sup>۴</sup> و بلک<sup>۵</sup> (۱۹۸۸) ساختند. در پژوهش ایمبر<sup>۶</sup> و همکاران (۱۹۹۰)، به نقل از سام خانیانی، (۱۳۸۰) دو عامل کمال‌گرایی و تأییدطلبی از این مقیاس به دست آمد. عامل کمال‌گرایی از مجموع نمره‌های ۱۵ عبارت و عامل تأییدطلبی از مجموع نمره‌های ۱۱ عبارت به دست می‌آید. پژوهشگران نامبرده همسانی درونی خرده مقیاس کمال‌گرایی را ۰/۹۱ و خرده مقیاس تأییدطلبی را ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند (همان‌جا). ضریب پایایی برای بیش از ۶ هفته به کمک آزمون-بازآزمون ۰/۷۲ گزارش شده است (غرایبی، ۱۳۷۲).

آزمون افسردگی بک: این آزمون را بک و همکاران (۱۹۶۱)، به نقل از هرسن و بلک (۱۹۸۸) ساختند. علایم افسردگی که توسط این آزمون سنجیده می‌شود عبارتند از علایم هیجانی و عاطفی، انگیزشی و شناختی، و جسمی و نباتی (کراتوچویل و همکاران، ۱۹۹۴). از دیدگاه بک و درایس<sup>۷</sup> (۱۹۸۷)، به نقل از ذوالفقاری مطلق، (۱۳۷۷) این آزمون را می‌توان به‌عنوان مقیاس افسردگی جلسه به جلسه اجرا کرد. بک اعتبار آزمون را (بک، ۱۹۷۲، به نقل از کراتوچویل و همکاران، ۱۹۹۴) با روش اسپیرمن - براون ۰/۹۳ گزارش نموده است. فتنی (۱۳۷۰) ضریب همبستگی بین آزمون افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون را در آزمون‌های ایرانی ۰/۶۶ گزارش نموده است. هم‌چنین همبستگی کلی پرسش‌ها ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ گزارش شده است (همان‌جا).

آزمون‌های ۳ زن مبتلا به دردهای مفصلی - استخوانی بوده که از میان بیماران مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی اختر، درمانگاه فیزیوتراپی دانشکده‌ی توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و مطب خصوصی متخصص ارتوپدی به روش در دسترس انتخاب شده بودند. ملاک انتخاب برای ورود به پژوهش پیدانشدن علت عضوی برای درد در بیماران، وجود درد دست‌کم شش ماه پی در پی و داشتن سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال بود. افزون بر آن تشخیص اختلال درد از سوی روانپزشک براساس ملاک‌های DSM-IV دریافت کرده باشند و موافقت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام نمایند. ویژگی‌های آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش در جدول ۱ آمده است.

آزمودنی‌ها به روش تصادفی ساده به ترتیب وارد طرح پژوهشی گردیدند. پیش از آغاز مداخله در یک نشست کوتاه روند پژوهش برای هر آزمودنی تشریح شد. سپس در نشست‌های کوتاه و با به‌کارگیری آزمون افسردگی بک (BDI)<sup>۱</sup> از آزمودنی اول ۳ خط پایه، آزمودنی دوم ۴ خط پایه و آزمودنی سوم ۵ خط پایه به دست آمد. آزمودنی‌ها به صورت پله‌ای و با فاصله‌ی یک جلسه‌ی درمانی وارد مرحله‌ی خط پایه شدند. پس از پایان مرحله‌ی خط پایه، هر سه آزمودنی ابزار پژوهش را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. در جلسه‌ی ششم درمان پس از پایان مرحله‌ی مداخله‌ای رفتاری (میان آزمون)، در جلسه‌ی دهم پس از پایان مرحله‌ی مداخله‌ی شناختی - رفتاری (پس آزمون)، و یک ماه پس از پایان درمان (پیگیری) نیز آزمون‌های پژوهش اجرا شدند. گفتنی است آزمون افسردگی بک هر جلسه توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید.

ابزارهای به کار رفته در پژوهش به شرح زیر بوده است.

- 
- |                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| 1- Beck Depression Inventory     |           |
| 2- Dysfunctional Attitudes Scale |           |
| 3- Weisman                       | 4- Hersen |
| 5- Bellak                        | 6- Imber  |
| 7- Derubis                       |           |

جدول ۱- برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی- اجتماعی، مدت درد و جای درد

ویژگی‌ها آزمودنی‌ها	سن	جنس	وضعیت تأهل	تحصیلات	شغل	وضعیت اقتصادی- اجتماعی	مدت درد	جای درد
آزمودنی اول	۳۸ سال	زن	مجرد	کارشناسی	کارمند	متوسط	سه سال	لگن
آزمودنی دوم	۳۶ سال	زن	مجرد	کارشناسی ارشد	کارمند	متوسط	یک سال	گردن
آزمودنی سوم	۲۶ سال	زن	مجرد	کارشناسی	بی‌کار	متوسط	شش سال	کمر

در پژوهش حاضر نسخه‌ی ۱۹۷۸ این آزمون که توسط یزدان دوست<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) ترجمه و منطبق گردیده، به کار برده شده است. پایایی این آزمون در ایران بر روی ۳۷۵ نفر از افراد عادی جامعه با روش آزمون- بازآزمون طی ۴ ماه ۰/۴۹ گزارش شده است (یزدان دوست، ۱۹۸۸).

در مرحله‌ی مداخله، آزمودنی‌ها در ۱۰ جلسه درمان شناختی- رفتاری فردی (۳ بار در هفته) شرکت کردند. جلسات درمانی به دو بخش مداخله‌ی رفتاری (۵ جلسه‌ی اول) و مداخله‌ی شناختی- رفتاری (۵ جلسه‌ی دوم) تقسیم شد. در نشست‌های مداخله‌ای رفتاری از روش‌های درمانی: دادن اطلاعات در مورد فیزیولوژی درد و توصیف نظریه‌ی کنترل دروازه و نظریه‌ی شناختی- رفتاری، تنظیم فعالیت‌های روزانه<sup>۲</sup>، افزایش تدریجی فعالیت‌ها<sup>۳</sup>، آزمایش رفتاری<sup>۴</sup>، آرام سازی و تقویت خود<sup>۵</sup> و در نشست‌های مداخله‌ای شناختی- رفتاری، روش‌های درمانی مانند بازسازی فکر<sup>۶</sup> و به کارگیری عبارت‌های مقابله‌ای<sup>۷</sup> به کار برده شد.

یافته‌های به دست آمده از مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (کمال گرایی و تأییدطلبی) روی نمودار نشان داده شده است. هم‌چنین یافته‌های به دست آمده از آزمون افسردگی بک افزون بر نمایش با نمودار، به کمک روش تحلیل واریانس یک طرفه تجزیه و تحلیل گردید.

در آزمون فرضیه‌ی نخست پژوهش مبنی بر تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر کمال‌گرایی و تأییدطلبی بیماران مبتلا به اختلال درد، یافته‌ها نشان دادند که تأثیر درمان در آزمودنی‌های مختلف، متفاوت بوده است. این نتایج در جدول ۲ و نمودارهای ۱ تا ۶ آمده است.

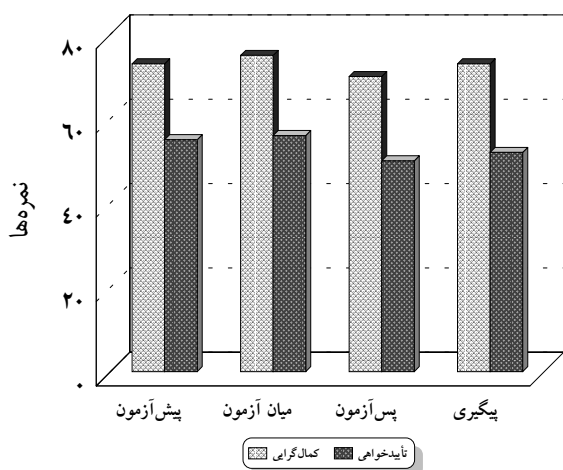
آزمودنی اول در مرحله‌ی پیش آزمون نمره‌های بالاتری در زیر مقیاس کمال‌گرایی نسبت به تأییدطلبی به دست آورد. نمره‌ی زیرمقیاس کمال‌گرایی در میان آزمون نیز در سطح پیشین باقی ماند. اما پس از مداخله‌ی شناختی- رفتاری (پس آزمون) نمره‌های این زیر مقیاس کاهش چشم‌گیری یافت و این کاهش در پیگیری نیز حفظ شد. در زیرمقیاس تأییدطلبی نمره‌ی آزمودنی در میان آزمون (مرحله‌ی مداخله‌ی رفتاری) اندکی افزایش داشت ولی در پس‌آزمون و پی‌گیری کاهش نشان داد. در این آزمودنی نمره‌های هر دو زیر مقیاس، پاسخ بهتری به درمان شناختی- رفتاری نسبت به درمان رفتاری داد.

- 1- Yazdandoost
- 2- daily activity scheduling
- 3- graded activity
- 4- behavioral experiment
- 5- self-reinforcement
- 6- thought restructuring
- 7- coping self-statement

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس یک طرفه‌ی نمره‌های علایم عاطفی، شناختی و جسمی آزمودنی‌های پژوهش

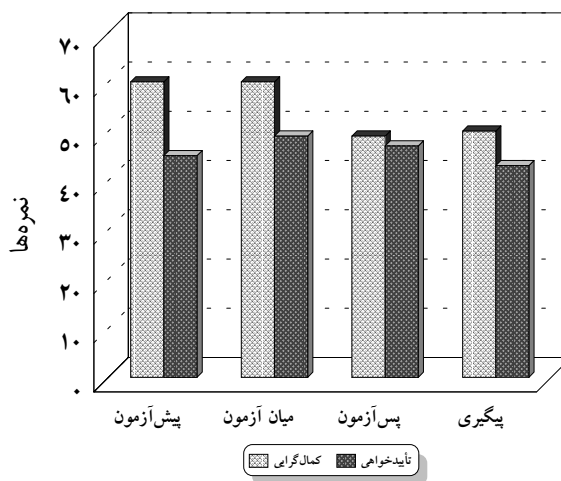
آزمودنی اول									
منبع تغییرات	درجات آزادی			نسبت F			سطح معنی داری		
	علایم عاطفی	علایم شناختی	علایم جسمی	علایم عاطفی	علایم شناختی	علایم جسمی	علایم عاطفی	علایم شناختی	علایم جسمی
بین گروهی	۲	۲	۲	۵/۹۶	۱/۴۲	۹/۳۸	۰/۰۲	—	۰/۰۰۵
درون گروهی	۱۰	۱۰	۱۰						
کل	۱۲	۱۲	۱۲						
آزمودنی دوم									
بین گروهی	۲	۲	۲	۸/۸۴	۰/۵۴	۱۱/۲۳	۰/۰۰۵	—	۰/۰۲
درون گروهی	۱۱	۱۱	۱۱						
کل	۱۳	۱۳	۱۳						
آزمودنی سوم									
بین گروهی	۲	۲	۲	۳/۵۵	۰/۷۱	۱/۲۰	—	—	—
درون گروهی	۱۲	۱۲	۱۲						
کل	۱۴	۱۴	۱۴						

نمودار ۲- نتایج مربوط به کمال‌گرایی و تأییدطلبی آزمودنی دوم



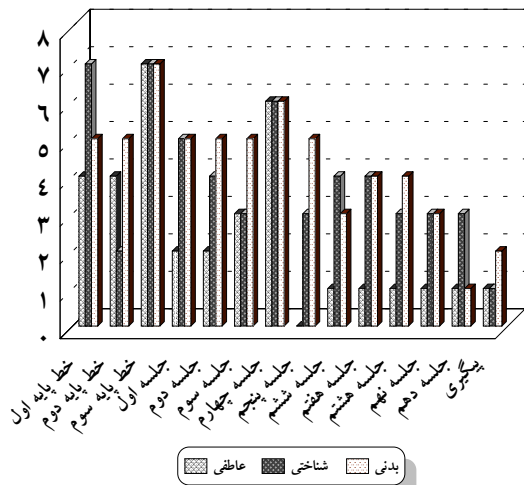
نمره‌ی این زیر مقیاس به سطحی پایین‌تر از پیش‌آزمون کاهش یافت. در مرحله‌ی پیگیری نمره‌ی آزمودنی به سطح پیش‌آزمون رسید. در زیر مقیاس تأییدطلبی، نمره‌ی آزمودنی در میان‌آزمون تقریباً هم سطح با نمره‌ی پیش‌آزمون باقی ماند. پس از مداخله‌ی

نمودار ۱- نتایج مربوط به کمال‌گرایی و تأییدطلبی آزمودنی اول

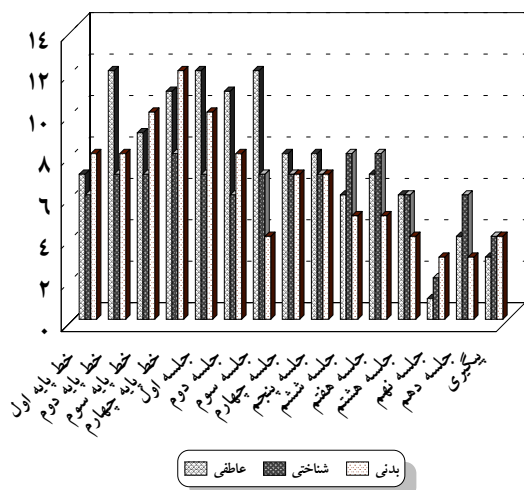


آزمودنی دوم نیز مانند آزمودنی اول در پیش‌آزمون نمره‌ی بالاتری در زیر مقیاس کمال‌گرایی نسبت به زیر مقیاس تأییدطلبی به دست آورد. در میان‌آزمون نمره‌ی زیر مقیاس کمال‌گرایی اندکی افزایش داشت. در پس‌آزمون (مرحله‌ی مداخله‌ای شناختی- رفتاری)

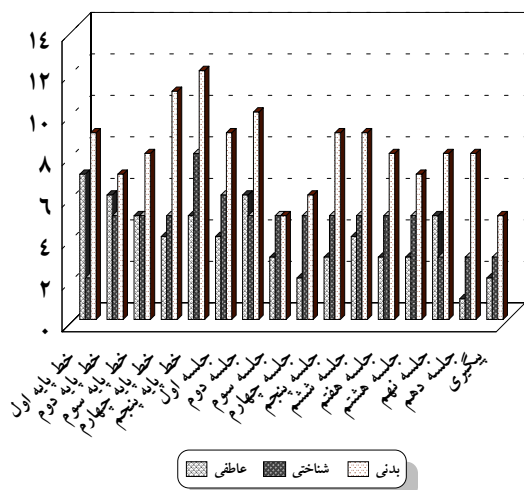
نمودار ۴- نمره‌های علایم عاطفی، شناختی و جسمی  
آزمودنی اول در آزمون افسردگی بک



نمودار ۵- نمره‌های علایم عاطفی، شناختی و جسمی  
آزمودنی دوم در آزمون افسردگی بک

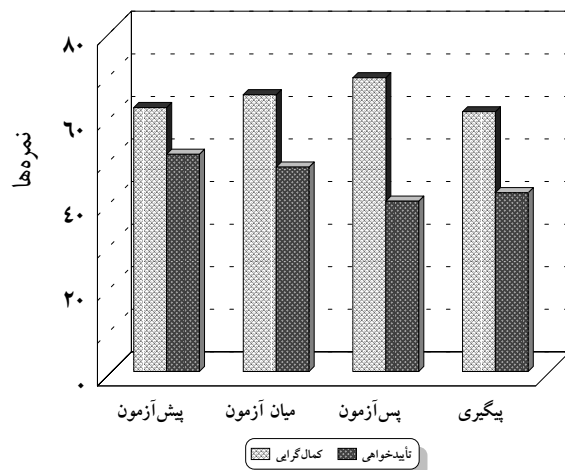


نمودار ۶- نمره‌های علایم عاطفی، شناختی و جسمی  
آزمودنی سوم در آزمون افسردگی بک



شناختی- رفتاری (پس آزمون) نمره‌ی زیر مقیاس تا حد پایین‌تر از نمره‌ی پیش آزمون کاهش یافت. در مرحله‌ی پیگیری با وجود اندکی افزایش، نمره‌ی زیر مقیاس هم‌چنان پایین‌تر از پیش آزمون باقی ماند. به نظر می‌رسد مداخله‌ی شناختی- رفتاری بیش از مداخله‌ی رفتاری در کاهش نمره‌های هر دو مقیاس در این آزمودنی مؤثر بوده است.

نمودار ۳- نتایج مربوط به کمال‌گرایی و تأییدطلبی  
آزمودنی سوم



نمره‌های آزمودنی سوم گویای آن است که وی نمره‌ی بیشتری در زیر مقیاس کمال‌گرایی نسبت به تأییدطلبی داشته است. در میان آزمون و پس آزمون نمره‌های آزمودنی در زیر مقیاس کمال‌گرایی روند رو به افزایشی داشته، در حالی که در پی‌گیری نمره‌ی وی در این زیرمقیاس تقریباً به سطح پیش‌آزمون رسیده است. این روند با تغییرات آزمودنی‌های پیشین متفاوت است. در زیرمقیاس تأییدطلبی نمره‌های این آزمودنی در میان آزمون و پس آزمون رو به کاهش داشته است. کاهش نمره‌ها در پس آزمون (مداخله‌ی شناختی- رفتاری) بیش از میان آزمون (مداخله‌ی رفتاری) بوده است. در مرحله‌ی پی‌گیری با وجود افزایش اندک، نمره‌ی زیر مقیاس هنوز پایین‌تر از نمره‌ی پیش آزمون است. مداخله‌ی انجام شده در این آزمودنی بیشتر بر تأییدطلبی تأثیر داشته است.

در آزمون فرضیه دوم مبنی بر تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر علائم افسردگی بیماران مبتلا به اختلال درد، این بررسی نشان‌دهنده‌ی بیشترین تأثیر درمان بر علائم عاطفی و جسمی آزمودنی‌ها بوده است. نمره‌های آزمودنی‌ها به کمک روش تحلیل واریانس یک طرفه تحلیل گردید.

در آزمودنی اول، آزمون فیشر تفاوت نمره‌های پیش آزمون ( $M=5$ ) را با میان آزمون ( $M=2/6$ ) و پس آزمون ( $M=1$ ) معنی‌دار نشان داد ( $p<0/02$ ) که نشان‌دهنده‌ی تأثیر مداخله‌های رفتاری و شناختی- رفتاری در کاهش علائم عاطفی افسردگی در این آزمودنی است. هم‌چنین این بررسی تفاوت معنی‌داری بین میان آزمون (مداخله‌ی رفتاری) و پس آزمون (مداخله‌ی شناختی- رفتاری) نشان نداد اما همان‌گونه که ذکر شد تفاوت بین مداخله‌ی شناختی- رفتاری و خط پایه معنی‌دار بود. نمره‌ی آزمودنی در پی‌گیری با میانگین پس آزمون مساوی بود. در دسته‌ی علائم شناختی در نمره‌های آزمودنی از پیش آزمون ( $M=5$ ) به میان آزمون ( $M=4/2$ ) و پس آزمون ( $M=3/4$ ) کاهش مشاهده شد ولی معنی‌دار نبود. نمره‌ی آزمودنی در پی‌گیری نیز کاهش داشت (نمره=1) در دسته‌ی علائم جسمی نمره‌های آزمودنی تغییر معنی‌دار یافت. آزمون فیشر نشان داد نمره‌های میان آزمون ( $M=5/2$ ) و پس آزمون ( $M=3$ ) نسبت به پیش آزمون ( $M=5/6$ ) کاهش معنی‌دار داشته است ( $p<0/005$ ). تفاوت نمره‌های میان آزمون و پس آزمون نیز معنی‌دار بود. این کاهش در پی‌گیری نیز مشاهده شد (نمره=2). در این آزمودنی بیشترین تأثیر مداخله‌ی انجام شده، بر علائم عاطفی و جسمی افسردگی بود. اگرچه نمرات علائم شناختی نیز کاهش نشان داد. گفتنی است که نمره‌های علائم جسمی در اختلال درد دارای اهمیت ویژه‌ای است.

یافته‌های مربوط به آزمودنی دوم نشان داد که نمره‌های علائم عاطفی تغییر معنی‌دار داشت. در آزمون فیشر نمره‌های آزمودنی در هر دو مرحله‌ی میان آزمون

( $M=10/2$ ) و پس آزمون ( $M=4/8$ ) نسبت به پیش آزمون ( $M=9/75$ ) کاهش معنی‌دار آماری داشت ( $p<0/005$ ). تفاوت نمره‌های میان آزمون با پس آزمون نیز معنی‌دار بود. در پی‌گیری نمره بیمار باز هم کاهش یافت (نمره=3). در دسته‌ی علائم شناختی نمره‌های آزمودنی از پیش آزمون ( $M=7$ ) تا میان آزمون ( $M=6/8$ ) و پس آزمون ( $M=6$ ) با وجود کاهش تغییر معنی‌داری نداشت. نمره بیمار در پی‌گیری پایین‌تر از میانگین پس آزمون بود (نمره=4) که نشان‌دهنده‌ی روند رو به کاهش است. نمره‌های علائم جسمی آزمودنی تغییر معنی‌دار نشان داد. در آزمون فیشر نمره‌های میان آزمون ( $M=9$ ) و پس آزمون ( $M=4$ ) نسبت به پیش آزمون ( $M=9/5$ ) کاهش معنی‌دار داشت ( $p<0/02$ ). تفاوت نمره‌های میان آزمون و پس آزمون نیز معنی‌دار بود. نمره این دسته علائم در پی‌گیری (نمره=4) مشابه میانگین پس آزمون بود. در این آزمودنی نیز علائم عاطفی و جسمی افسردگی در میان آزمون تغییر بیشتری یافت. افزون بر آن همان‌گونه که مشاهده شد در آزمودنی‌های اول و دوم به کارگیری روش‌های رفتاری از لحاظ تأثیر بر علائم عاطفی و جسمی افسردگی در سطح آماری اثری کمتر از به کارگیری روش‌های شناختی- رفتاری داشت.

در آزمودنی سوم نمره‌های هیچ یک از علائم عاطفی، شناختی و جسمی تغییر معنی‌داری نداشت. نمرات علائم عاطفی از پیش آزمون ( $M=5/4$ ) تا میان آزمون ( $M=3/6$ ) و پس آزمون ( $M=3/2$ ) کاهش داشت. علائم شناختی از پیش آزمون ( $M=5$ ) تا میان آزمون ( $M=5/2$ ) و پس آزمون ( $M=4/2$ ) تغییر پیدا کرد و همان‌گونه که مشاهده می‌شود پس از مداخله شناختی- رفتاری میزان نمرات نسبت به مداخله رفتاری و پیش آزمون کاهش پیدا کرده، اگر چه این کاهش در سطح آماری معنی‌دار نبوده است. نمرات علائم جسمی از پیش آزمون ( $M=9/4$ ) تا میان آزمون ( $M=7/8$ ) و پس آزمون ( $M=5$ ) کاهش داشته است ولی این کاهش معنی‌دار نبود. نمره‌ی علائم عاطفی، شناختی، و جسمی



جلسات درمانی بیشتر و انجام تکالیف خانگی بیشتر است.

یافته‌های کلی این پژوهش با یافته‌های نیوتن، اسپنس و اسکات (۱۹۹۵)، به نقل از باقرزاده لداری، (۱۳۷۷) مبنی بر کاهش باورهای غیرانطباقی در مورد درد، پژوهش ولاین<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۵)، به نقل از باقرزاده لداری، (۱۳۷۷) مبنی بر بهبود شناخت‌های درد، و تورنر<sup>۱۴</sup> و همکاران (۱۹۹۸) مبنی بر کاهش تمایل به پذیرش اجتماعی همخوانی دارد.

از نکات برجسته‌ی پژوهش حاضر استفاده از روش‌های آماری برای تعیین معنی‌داری یافته‌ها بوده است که در بررسی‌های موردی کمتر به آن توجه می‌شود. پرداختن به مسایل زیربنایی در اختلال درد از جمله نگرش‌های ناکارآمد، به‌ویژه کمال‌گرایی و تأییدطلبی بیماران، از نکات قوت این پژوهش است.

این بررسی با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بوده است. برای نمونه محدود بودن آزمودنی‌ها به جنس زن با تحصیلات دانشگاهی و دردهای ارتوپدیک، که تعمیم یافته‌ها را به جمعیت‌های دیگر محدود می‌کند. افزون بر آن فشرده و محدود بودن نشست‌های درمانی از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. انجام پژوهش با جمعیت‌های متفاوت بیماران مبتلا به اختلال درد، و اندازه‌گیری اثر مداخله در طول مدت و شدت درد، دسترسی به یافته‌های معتبر و با ثبات‌تر را در این زمینه ممکن خواهد کرد.

نگارندگان از کلیه‌ی عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند به‌ویژه آقای دکتر مهدی نصر اصفهانی، آقای دکتر اسماعیل ابراهیمی و کارکنان

در پی‌گیری به‌ترتیب ۲، ۳، و ۵ بود که نشانگر کاهش در علائم عاطفی و شناختی، و ثبات در علائم جسمی بود.

یافته‌های پژوهش گویای اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش علائم عاطفی و جسمی افسردگی و کاهش کمال‌گرایی و تأییدطلبی بیماران مبتلا به اختلال درد است.

یافته‌های به دست آمده در زمینه‌ی کاهش نمره‌های عاطفی با نتایج پیلوسکی<sup>۱</sup>، اسپنس<sup>۲</sup>، روزنفل<sup>۳</sup>، فورستن<sup>۴</sup> و سودا<sup>۵</sup> (۱۹۹۵) هم‌خوانی دارد. این پژوهشگران بر اهمیت رابطه‌ی درمانی میان بیمار و درمانگر به عنوان عامل درمان تأکید نمودند. یافته‌های نیوتن<sup>۶</sup>، اسپنس و اسکات<sup>۷</sup> (۱۹۹۵)، به نقل از باقرزاده لداری، (۱۳۷۷) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی بیماران و بررسی یوهانسون<sup>۸</sup>، دال<sup>۹</sup>، یانرت<sup>۱۰</sup>، ملین<sup>۱۱</sup> و اندرسون<sup>۱۲</sup> (۱۹۹۶) در زمینه‌ی کاهش میزان افسردگی پس از مداخله‌ی شناختی- رفتاری با یافته‌های پژوهش حاضر هماهنگی دارد.

با توجه به یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت افزودن عامل شناختی در درمان رفتاری به افزایش اثربخشی درمان به‌ویژه در کاهش نمره‌های کمال‌گرایی و تأییدطلبی می‌انجامد. اگرچه باید به این نکته نیز توجه داشت که این احتمال وجود دارد که اثرهای درمان شناختی- رفتاری به اثرهای درمان رفتاری افزوده شده باشد. نکته‌ی مهم دیگر این است که با وجود تمرکز درمان بر تغییرات شناختی و رفتاری آزمودنی‌ها، کاهش نمره‌های عاطفی آنان اهمیت ارتباط درمانی بین بیمار و درمانگر را به عنوان یک عامل مهم درمانی مطرح می‌کند. نکته‌ی درخور توجه اثربخشی نسبتاً کم مداخله‌ی انجام شده در کاهش علائم شناختی افسردگی است که می‌توان آن را به شمار کم آزمون‌ها و واحد قابل ملاحظه‌ای به کم بودن نشست‌ها و فشرده بودن آنها نسبت داد. زیرا تغییر در شناخت مستلزم

1- Pilowsky  
3- Rousenfel  
5- Soda  
7- Scott  
9- Dahl  
11- Melin  
13- Veline

2- Spence  
4- Forsten  
6- Newton  
8- Johanson  
10- Yannert  
12- Anderson  
14- Torner

Clark,D.M.,& Fairburn,C.G.(1997). *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. New York: Oxford University Press.

Craige,K.D.(1991).Emotional aspects of pain.In P. D. Wall,R.Melzack (Eds.). *Textbook of pain*. London: Longman Group.

Hersen,M.,& Bellak.A.S.(1988). *Dictionary of behavioral assessment techniques*.New York: Pergamon Press.

Johanson,C.,Dahl,J.A., Yannert,M.,Melin,L.,& Anderson,G.(1996). Effects of a cognitive behavioral pain management program. *Behavior Research and Therapy*, 36, 915-931.

Kaepstein,A.A.(1990). *Behavioral medicine, psychological treatment of somatic disorders*.New York: John Wiley & Sons.

Kazdin,A.(1992). *Research design in clinical psychology*. Boston: Allyn & Bacon.

Kratochwill,T.R.,Mott,S.E.,& Odson,C.L.(1994). Case study and single case research in clinical and applied psychology. In A.S.Bellak, M. Hersen (Eds.). *Research methods in clinical psychology*. New York: Pergamon Press.

Niven,N.(1994). *Health psychology, an introduction for nurses and other health professionals* (2<sup>nd</sup> ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.

Pilowsky,I.,Spence,N.,Rousenfel,B.,Forsten,K.,& Soda, J. (1995). Out-patient cognitive-behavioral therapy with amitriptyline for chronic non-malignant pain: a comparative study with 6-month follow-up. *Pain*, 12, 49-54.

Porter,M.,Alder,B.,& Abraham,C.(1999). *Psychology and sociology applied to medicine*. UK: Churchill Livingstone.

بخش های مختلف انستیتو روانپزشکی تهران قدردانی و سپاسگزاری می نمایند.

باقرزاده لداری، رحیم (۱۳۷۷). *بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کمردرد مزمن غیربدخیم*. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

بخشانی، نورمحمد (۱۳۷۲). *بررسی اثربخشی روش رفتاری- شناختی در درمان حالات اضطرابی*. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

ذوالفقاری مطلق، مصطفی (۱۳۷۷). *بررسی اثربخشی زوج درمانی منطقی- هیجانی بر افسردگی و روابط بین فردی نامتعادل ناشی از تعارض زناشویی (مطالعه تک موردی)*. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

سام خانیانی، نوش زاد (۱۳۸۰). *بررسی الگوهای ذهنی طرحواره‌های کمال گرایی و تأیید خواهی در افسردگی*. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

سیف، علی اکبر (۱۳۷۳). *تغییر رفتار و رفتار درمانی نظریه‌ها و روشها*. تهران: نشر دانا.

فتی، لادن (۱۳۷۰). *مقایسه کارآیی رویارویی توأم با جلوگیری از پاسخ، کلمه‌پرامین و ترکیب این دو روش در درمان اختلال وسواس فکری- عملی*. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

غزایی، بنفشه (۱۳۷۲). *بررسی پاره‌ای از الگوهای شناختی در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی*. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

Brannon,L.,&Feist,J.(2000). *Health psychology, an introduction to behavior and health* (4<sup>th</sup> ed). Australia: Brooks/Cole.

Chang,E.C.(1998). Cultural differences, perfectionism,and suicidal risk in a college population: does social problem solving still matter? *Cognitive Therapy and Research*, 22, 237-254.

- Rosenzweig, M.R., Lineman, A.L., & Breedlove, S.M. (1996). *Biological psychology*. Massachusetts: Sunderland Sinauer Associates.
- Schmitz, U., Saile, H., & Nilges, P. (1996). Coping with chronic pain: flexible goal adjustment as an interactive buffer against pain-related distress. *Pain*, 67, 41-51.
- Torner, B.B., Segal, Z.V., Emmott, S., Myran, D., Digasbarro, I., & Stuckiess, N. (1998). Cognitive-behavioral therapy for patients with Irritable Bowel Syndrome. *International Journal of Group Psychotherapy*, 48, 215-243.
- Wade, B.J., Dougherty, L.M., Archer, C.R., & Price, D. D. (1996). Assessing the stages of pain processing: a multivariate analytical approach. *Pain*, 68, 157-167.
- Weisenberg, M. (1991). Cognitive aspects of pain. In D.W. Patrick, M. Ronald, (Eds.). *Textbook of pain*. UK: Longman Group.
- Wishman, M., & Friedman, M.A. (1998). Interpersonal problem behaviors associated with dysfunctional attitudes. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 149-160.
- Yazdandoost, R. (1988). *The effect of rational-emotive therapy on dysfunctional thoughts and irrational beliefs in depression*. Unpublished doctoral thesis in clinical psychology. Poona: University of Poona.