

Cognitive-Behavioral Family Therapy combined with Chiropractic in treatment of Psychosomatic Disorders

دکتر محمد خدایاری فرد^۲ (PhD) Mohammad Khodayarifard, (PhD)

دکتر خشایار صادقی^۳ Khashayar Sadeghi, (PhD)

دکتر یاسمین عابدینی^۴ Yasamin Abedini, (PhD)

تاریخ دریافت: ۸۵/۲/۱۵

تاریخ پذیرش: ۸۵/۱۲/۲۲

Abstract

Chiropractic, or simply manipulation of spine, is one of the popular treatments for low back and neck pains. However, researches' findings showed that after a cut in treatment for a short time, the disorders syndrome will reoccur in patients with musculoskeletal pains. Thus, recently, professionals in health psychology have considered behavior, cognitive and cognitive-behavioral psychoanalytic techniques as optimal alternatives for treatment of the patients with histories of psychosomatic disorders. Therefore, the main purpose of current research was to examine the effectiveness of cognitive-behavioral family therapy on treatment of patients with musculoskeletal pain (low back pain & neck pain). So, using a single-subject design (Type A - B), 5 patients who suffered from musculoskeletal pains and referred to a non-governmental chiropractic clinic were selected. They received cognitive-behavioral family therapy accompanied with chiropractic procedures. The results confirmed the effectiveness of the above-mentioned combined therapy. One of the probable reasons for effectiveness of mentioned therapy approach was its ability in adjusting patients' spine having back and neck pain, and at the same time, recognizing basic psychologic causes for those pains and removing the causes by cognitive-behavioral psychotherapy method. Finally, congruency and inconsistency of the findings with the previous researches are discussed. Findings' repugnance or confirmation with other research are discussed and some suggestions provided.

Keywords:

Psychosomatic disorders; musculoskeletal disorders; single-subject design; cognitive-behavioral family therapy; chiropractic

چکیده

استفاده از درمان کایروپراکتیک یا تطبیق و تنظیم ستون فقرات یکی از درمان‌های متداول برای این نوع کمردردها و گردن دردها است. با این حال تحقیقات نشان داده‌اند که پس از قطع درمان و طی یک دوره‌ی کوتاه، مجدداً نشانگان بیماری در بیماران مبتلا به این دردهای عضلانی استخوانی عود می‌کند. لذا اخیراً توجه متخصصان حوزه‌ی سلامت روان معطوف به روان‌درمانی این بیماران با استفاده از فنون رفتاری، شناختی، شناختی-رفتاری و روان‌تحلیل‌گری شده است. براین اساس هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی شناختی-رفتاری همراه با کایروپراکتیک در درمان بیماران مبتلا به دردهای عضلانی استخوانی (کمردرد، گردن درد) است. بدین منظور با استفاده از یک طرح تک آزمودنی از نوع طرح AB، ۵ نفر از افراد مبتلا به دردهای عضلانی استخوانی که به یک مرکز خصوصی درمان کایروپراکتیک رجوع کرده بودند انتخاب و با استفاده از روش خانواده‌درمانی مبتنی بر فنون شناختی رفتاری همراه با کایروپراکتیک مورد مطالعه و درمان قرار گرفتند.

نتایج نشان‌دهنده‌ی تأثیر و کارایی زیاد این شیوه‌ی درمان ترکیبی است. از جمله دلایل احتمالی کارایی این شیوه‌ی درمانی، تنظیم ستون فقرات بیماران مبتلا به کمردرد و گردن درد و شناخت همزمان علل روان‌شناختی زیربنایی این دردها و برطرف کردن این علل از طریق روان‌درمانگری شناختی-رفتاری است. هم‌سویی و

ناهم‌سویی یافته‌ها در پایان مورد بحث قرار گرفته و پیشنهادهایی نیز ارائه شده است.

فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی

دوره اول

شماره اول

بهار ۱۳۸۶



کلیدواژه‌ها:

اختلالات روان تنی، اختلالات عضلانی استخوانی، طرح تک آزمودنی، خانواده‌درمانی، شناخت-رفتاری، کایروپراکتیک

۱. این مقاله بخشی از پژوهشی است تحت عنوان: کاربرد خانواده‌درمانی شناختی-رفتاری همراه با کایروپراکتیک در درمان اختلالات روان تنی (عضلانی استخوانی) که با حمایت مالی دانشگاه تهران و انجمن کایروپراکتیک ایران انجام شده است.

۲. دانشیار دانشگاه تهران (نویسنده پاسخگو) (khodryar@ut.ac.ir)

۳. کایروپراکت

۴. دکترای روانشناسی تربیتی

مقدمه

اعتقاد به این که حالت روانی شخص می تواند بدنش را تحت تأثیر قرار دهد تاریخچه ای طولانی دارد. با این حال پژوهش های معاصر در مورد جنبه های فیزیولوژیکی و روان شناختی هیجانات و فشار روانی نیز نشان داده است که تنش هیجانی بر دستگاه عصبی خودکار و غدد درون ریز تأثیر می گذارد (ساراسون و ساراسون، ۱۹۸۷). در واقع امروزه بیشتر پژوهشگرانی که فرایندهای روان شناختی را مطالعه می کنند، نظرات ساده انگارانه ای اختصاصی بودن و مستعد بودن اندام را برای توجیه علایم جسمی خاص رد می کنند و از دیدگاه تعاملی به علایم جسمانی می نگرند. آنان معتقدند که نقایص بدنی ممکن است باعث مشکلات روان شناختی شوند و مشکلات روان شناختی چه بسا موجب نقایص بدنی شوند. از این رو، آنان تخمین زده اند که بین ۲۵ تا ۵۰ درصد از بیماران درمان شده در درمانگاه های پزشکی به اندازه ی بیماری های جسمانی دارای بیماری های روان شناختی هستند (لیپوسکی^۱، ۱۹۸۵).

پژوهش های اخیر نشان داده اند که تعدادی از اختلالات جسمی وجود دارند که ممکن است عوامل شخصیتی و اجتماعی تا حد زیادی در آنها نقش داشته باشد. اصطلاح اختلالات روان تنی^۲ یا اختلالات روانی - فیزیولوژیکی^۳ اشاره به حالات جسمانی ای دارد که در آنها حوادث پر معنای روان شناختی به طور تنگاتنگی با نشانه های بدنی مرتبط هستند. این مشکلات و اختلالات شامل اختلالات قلبی - عروقی، تنفسی، معدی - روده ای، استخوانی - عضلانی، دستگاه های تناسلی - ادراری و پوست هستند. یافته های بالینی اهمیت عوامل روان شناختی را در بسیاری از این اختلالات نشان می دهند (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۸۲).

ورم مفاصل روماتیسمی یا بیماری مزمن مفاصل، سردردهای میگرنی، گردن درد و کمردرد از جمله اختلالات روان تنی هستند که فشارهای روانی نقش مهمی در شروع و روند پیشرفت آنها دارد. اندرسون^۴ (۱۹۸۵)، به نقل از ساراسون و ساراسون، (۱۹۸۷) در مطالعه ای که روی بیماران دارای دردهای عضلانی استخوانی انجام داد دریافت که آنها حوادث زندگی بیشتری را همراه با تهدید هیجانی بالقوه

بلندمدت در خلال ۱۲ ماه پیش از شروع نشانگان بیماری تجربه کرده بودند. تنها ۴ درصد از این بیماران شواهدی از رابطه ی منفی با مادر و یا حادثه ای تنش زا قبل از شروع نشانه ها را گزارش نکردند. روابط منفی با مادر به خصوص در بین بیماران زن دارای درد مفاصل، شایع بود.

از آن جاکه تجارب تنش زا، حالات عمیق تنش و اضطراب، ناکامی های شدید، افسردگی مزمن، بی خوابی های مداوم و سایر حالات عاطفی منفی می تواند سبب کاهش موقت یا دائم پاسخ دهی سیستم ایمنی شود و نقص یا بدکارکردی سیستم ایمنی نیز می تواند اختلالات روان تنی گوناگونی ایجاد کند. تمام اقشار جامعه در سنین مختلف نسبت به ابتلا به این اختلالات آسیب پذیر هستند. لذا ارائه شیوه های درمانی کارآمد برای درمان اختلالات روان تنی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. در حال حاضر از رویکردهای درمانی مختلفی نظیر درمان با استفاده از دارو، فیزیوتراپی، کایروپراکتیک^۶ یا فن ماساژدهی، روان تحلیل گری، رفتار درمانی، شناخت درمانی و شناخت - رفتار درمانی، برای درمان اختلالات روان تنی استفاده می شود. با این حال تعیین این که کدام رویکرد بیشترین کارایی و تأثیر را دارد کار آسانی نیست. اگرچه نتایج پژوهش ها نشان دهنده ی تأثیر و کارایی شیوه ی درمانی کایروپراکتیک در درمان اختلالات روان تنی مرتبط با ستون فقرات، مفاصل و عضلات است (وودهام^۷، ۲۰۰۰)، اما مشاهده شده است که استفاده از درمان های دارویی، فیزیوتراپی و کایروپراکتیک به تنهایی منجر به درمان قطعی و کامل این اختلالات نمی شود و پس از قطع شدن این نوع درمان ها، بیماری مجدداً عود می کند (جانسون و داهل^۸، ۱۹۸۸). از طرفی، هدف اصلی درمان اختلالات روان تنی نه تنها از بین بردن علایم جسمانی و روان تنی است، بلکه پیشگیری از عود مجدد آنها از طریق شناخت و درمان علل روان شناختی زیربنایی آنها نیز می باشد. لذا به نظر می رسد که استفاده از رویکردهای درمانی ترکیبی نظیر روان درمانگری مبتنی بر فنون شناختی رفتاری همراه با کایروپراکتیک درمان مؤثری برای این اختلالات باشد. ساندز و همکاران (۱۹۹۴) دریافتند که خانواده درمانی شناختی - رفتاری نسبت به مراقبت های دارویی و پزشکی استاندارد در درمان دردهای مزمن شکم و پشت مؤثرتر است. این برنامه خانواده درمانی

6. chiropractic

7. Woodham

8. Johnson & Dahl

9. Sunde

1. Sarason

2. Lipowski

3. Psychosomatic

4. psychophysiological

5. Anderson



درمان از طریق فیزیوتراپی را دریافت کردند. بیماران پس از دریافت ۱۲ ماه درمان به بهبودی کامل رسیدند و نتایج آزمون آنالوگ بصری^۶ نشان داد که درد مزمن کمر و ستون فقرات در این بیماران کاهش بسیاری پیدا کرده است. هم چنین مقایسه‌ی دوروش نشان داد که درمان کایرو پراکتیک نسبت به روش درمانی دیگر برتری داشت.

کرچنر و جفری^۷ (۲۰۰۲) در پژوهشی اثربخشی سه نوع درمان را در درمان کمردرد مورد مقایسه قرار دادند. آنها سه گروه بیمار با کمردرد را که یک گروه درمان جسمی، گروهی کایرو پراکتیک و گروهی فقط یک کتاب آموزشی در زمینه‌ی کمردرد دریافت کرده بودند، مورد مطالعه قرار دادند. دو گروه اول بعد از چهار هفته کاهش علائم رضایت بخشی را نسبت به گروه سوم نشان دادند.

هم چنین به کارگیری رویکردهای مختلف روان درمانگری در درمان اختلالات روانی سابقه‌ای طولانی دارد. به طوری که نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده است که استفاده از فنون شناختی - رفتاری در جلسات خانواده درمانی درمان مؤثری برای اختلالات روان تنی از جمله اختلالات عضلانی استخوانی است (واکر و روبرتس^۸، ۲۰۰۱). پژوهش‌های زیر از جمله تحقیقاتی هستند که کارایی روان درمانگری خانوادگی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری را در درمان اختلالات روان تنی مورد بررسی قرار داده‌اند.

جی^۹ و همکاران (۱۹۸۷) روش‌های خانواده درمانی شناختی - رفتاری، دارودرمانی و فن کنترل توجه را در تسکین دردهای استخوانی در کودکان مقایسه کردند. نتایج نشان داد که خانواده درمانی شناختی - رفتاری مؤثرترین شیوه برای کنترل این دردها بود.

جانسون و داهل^{۱۰} (۱۹۹۸) تأثیر یک برنامه‌ی کنترل درد شناختی - رفتاری را روی گروهی از افراد با دردهای عضلانی - استخوانی بررسی کردند. نتایج نشان داد که برنامه‌های کنترل شناختی - رفتاری به شکل موفقیت آمیزی دردهای عضلانی استخوانی را کاهش داد.

با این که نتایج مطالعات مختلف نشان دهنده‌ی کارایی و تأثیر درمان کایرو پراکتیک و درمان‌های شناختی - رفتاری به تنهایی در درمان دردهای عضلانی استخوانی است، اما متأسفانه هیچ پژوهشی تأثیر استفاده‌ی همزمان از این دو رویکرد درمانی را در درمان دردهای عضلانی استخوانی مورد

شناختی - رفتاری شامل آموزش تنش زدایی و مهارت‌های مقابله‌ای و بازسازی شناختی بوده و طی ۱۶ جلسه بکار گرفته شد. پس از درمان ۷۱ درصد از افراد مبتلا به دردهای جسمانی بهبود پیدا کردند و در یک پیگیری یک ساله اظهار کردند که هیچ دردی را در ناحیه شکم و کمر خود احساس نمی‌کنند. براین اساس هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری به همراه درمان کایرو پراکتیک در درمان دردهای عضلانی استخوانی است.

شیوه‌ی درمان کایرو پراکتیک به دنبال تشخیص و درمان اختلالات ستون فقرات، مفاصل و عضلات توسط تکنیک‌های تنظیم، حفظ و نگهداری سلامتی ارگان‌ها و سیستم عصبی مرکزی است که آخرین پژوهش‌ها حاکی از کمک به سزای آن در سلامتی عمومی بدن است (وودهام، ۲۰۰۰).

کایرو پراکتیک یا فن ماساژ یعنی درمان مؤثر دردهای عضلانی استخوانی به وسیله‌ی دست و بدون استفاده از داروها و مواد شیمیایی، بلکه از طریق تنظیم ستون مهره‌ها و قسمت‌های عضلانی بدن که عملکرد درستی ندارند با استفاده از دست و ماساژ.

طی دهه‌ی گذشته پژوهش‌های زیادی در مورد قابلیت تأثیرات مثبت درمان کایرو پراکتیک در درمان دردهای عضلانی استخوانی نظیر کمردرد، پشت درد، سردردهای میگرنی، گردن درد و درد مفاصل صورت گرفته است (مک لندا، ۲۰۰۰، روزنر^۲، ۲۰۰۱؛ به نقل از میکرو هالدمن^۳، ۲۰۰۲)، که در ادامه به اختصار به چند مورد از این پژوهش‌ها اشاره خواهیم کرد.

ولسکا^۴ و همکاران (۱۹۹۸) در پژوهشی با ۲۵۵۵ نفر به صورت تلفنی و ارسال پرسشنامه مصاحبه کردند. ۳۳ درصد دردهای گزارش شده توسط این افراد در ناحیه‌ی پشت، گردن، کمر یا ترکیب هر دو (گردن و کمر) در طول یک سال گذشته بود. کلیه‌ی بیمارانی که در ناحیه پشت و کمر، درد داشتند توسط پزشکان کایرو پراکتیک درمان شدند. دو سوم این بیماران به نتیجه‌ی بسیار مفیدی رسیدند و درمان شدند.

گلدبرگ، هس و آیکین^۵ (۲۰۰۴)، ۲۸۷۰ بیمار را در ۶۰ کلینیک طی مدت دو سال مورد مطالعه قرار دادند. این بیماران به دو گروه تقسیم شدند: یک گروه درمان کایرو پراکتیک و گروه دیگر

6. visual analogue scale

7. Kirchner & Jeffrey

8. walker & Roberts

9. Jey

10. Johnson & Dahl

1. Maccland

2. Rosner

3. Meeker & Haldman

4. Wolska

5. Goldberg, Hass & Aikin

مطالعه و بررسی قرار نداده است و پژوهش حاضر تنها پژوهشی است که به این موضوع پرداخته است.

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع طرح‌های تک آزمودنی^۱ و به عبارت دقیق‌تر از نوع طرح A-B است. در این نوع طرح‌ها پژوهشگر به بررسی تأثیر یک متغیر بر متغیر دیگر می‌پردازد، اما بررسی اثرهای متغیر بر یک یا چند آزمودنی متمرکز است (سرمد، بازگان و حجازی، ۱۳۷۸).

برای انتخاب نمونه‌ی پژوهش از بین کلیه‌ی افراد مراجعه کننده به یک مرکز خصوصی درمان کایرو و پراکتیک تعداد ۵ نفر که همگی مبتلا به بیماری‌های عضلانی استخوانی تشخیص داده شده بودند به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. لازم به ذکر است که یکی از آزمودنی‌ها در اواسط درمان به شرکت در جلسات درمانی ادامه نداد، لذا ۴ نفر دیگر نمونه‌ی این پژوهش را تشکیل دادند.

ابزارهای پژوهش

به منظور ارزیابی متغیرهای پژوهش و گردآوری اطلاعات در حالت اولیه یا خط پایه (مرحله‌ی A) و در مرحله‌ی آزمایشی (مرحله‌ی B) از ابزارهای زیر استفاده شده است. در پژوهش حاضر آزمودنی‌ها براساس تشخیص و ارجاع پزشک کایرو و پراکتیک با استفاده از نتایج آزمایشات پزشکی نظیر عکس برداری با اشعه‌ی ایکس (X)، مصاحبه‌های بالینی توسط روان‌درمانگر براساس ملاک‌های تشخیصی IV-TR-DSM^۲ و آزمون‌های MMPI^۳ و SCL-90-R^۴، مبتلا به بیماری‌های عضلانی استخوانی که یکی از اختلالات روان‌تنی هستند تشخیص داده شدند.

آزمون MMPI یا پرسشنامه‌ی شخصیتی چند وجهی مینه سوتا، پرسشنامه‌ی استاندارد برای فراخوانی دامنه‌ی گسترده‌ای از ویژگی‌های خود توصیفی است که یک شاخص کمی از سازگاری هیجانی فرد را به دست می‌دهد. آزمون MMPI دارای ۱۱ مقیاس است که ۳ مقیاس آن مربوط به روایی آزمون (مقیاس‌های L، F و K) و ۸ مقیاس دیگر به شاخص‌های بالینی یا شخصیتی مربوط اند (مقیاس‌های HS یا هیپوکندری، افسردگی یا D، هیستری یا Hy، انحراف روانی - اجتماعی یا Pd، پارانویا یا Pa، ضعف روانی یا Pt،

اسکیزوفرنی یا Sc و شیدایی خفیف یا Ma). محتوی اکثر پرسش‌های MMPI مربوط به نشانه‌های بیماری‌های روان‌پزشکی، روان‌شناختی، عصب‌شناختی و یا جسمانی است. MMPI دارای دو فرم کوتاه و بلند است. نحوه‌ی پاسخ به پرسش‌های این آزمون به صورت "صحیح" یا "غلط" است که در آن پاسخ صحیح نمره‌ی ۱ و پاسخ غلط نمره‌ی صفر دریافت می‌کند. پس از تکمیل شدن آزمون توسط آزمودنی، نیمرخ روانی او براساس نمراتی که در مقیاس‌های یازده‌گانه دریافت کرده است ترسیم و توسط روان‌شناس تفسیر می‌شود (مارنات^۵، ۱۹۹۰؛ ترجمه‌ی پاشا شریفی و نیکخو، ۱۳۷۵).

در پژوهش حاضر از فرم کوتاه MMPI که دارای ۷۱ پرسش است، استفاده شده است. اخوت و دانشمند (۱۳۷۵) پایایی فرم ۷۱ سوالی MMPI (فرم کوتاه) را با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ مورد ارزیابی قرار داده و ضریب آلفای برابر با ۰/۷۸ را برای کل آزمون گزارش کرده‌اند. در مورد روایی آزمون MMPI مطالعات زیادی صورت گرفته است. شپارد^۶ و همکاران (۱۹۸۸) روایی سازه آزمون MMPI را مورد بررسی قرار دادند و روایی سازه آزمون MMPI را مورد بررسی قرار دادند و روایی سازه آن را مطلوب گزارش کرده‌اند.

آزمون SCL-90-R

در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌ی ۹۰ سوالی SCL-90-R استفاده شده است. این آزمون دارای ۹۰ سؤال بوده که روی یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند (هیچ = ۰ و خیلی زیاد = ۴). آزمون دارای ۱۰ خرده‌مقیاس بوده که عبارتند از: شکایات جسمانی (۱۲ سؤال)، وسواس - اجبار (۱۰ سؤال)، حساسیت در روابط متقابل (۹ سؤال)، افسردگی (۱۳ سؤال)، اضطراب (۱۰ سؤال)، خصومت (۶ سؤال)، ترس مرضی (۷ سؤال)، افکار پارانوئیدی (۶ سؤال)، روان‌پریشی (۱۰ سؤال) و سؤال‌های اضافی (۷ سؤال در زمینه‌ی اختلال خوردن، اختلال خواب، افکار در مورد مرگ و احساس گناه). پس از تکمیل آزمون توسط آزمودنی‌ها، نمرات آنها در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها محاسبه و سپس براساس این نمرات نیمرخ روانی آزمودنی‌ها ترسیم و توسط روان‌شناس تفسیر می‌شود.

آزمون SCL-90-R از آزمون‌های معتبر و پر استفاده است که در ایران نیز از سال‌ها پیش ترجمه و به کار برده شده است. در ایران برای این آزمون در نقطه برش ۰/۴، ضریب پایایی ۰/۹۷، حساسیت ۰/۹۴، ویژگی ۰/۹۸ و کارایی ۰/۹۶ گزارش

1- single subject design

2- Diagnostic and statistic manual of mental disorder, 4th ed. Text

Revision

3- Minesota Multiple Personality Inventory (MMPI)

4- 90 Symptom of Check List Revised Includes.

5- Marnt

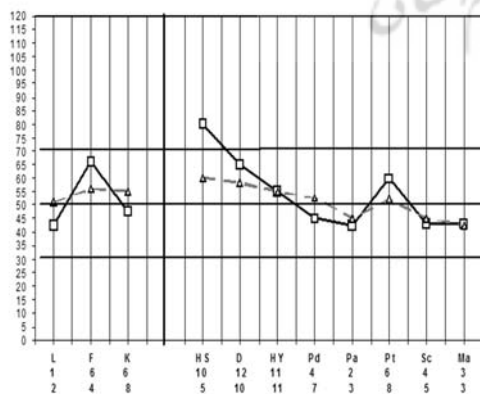
6- Sheppard



در جلسات خانواده درمانی شناختی - رفتاری همراه با درمان کایرو پراکتیک (درمان ترکیبی) شرکت کردند. تعداد جلسات خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری شامل ۱۶ جلسه ۲ ساعته بوده که هر هفته یک بار تشکیل می شده است (در مجموع ۱۶ هفته) و از فونونی نظیر آموزش مهارت تحلیل رفتار، حل مسأله، مقابله با استرس، مقابله های بین فردی، جرأت ورزی، کنترل خشم، مهارت های برقراری ارتباط، تنش زدایی و مثبت نگری در این جلسات استفاده شده است. تعداد جلسات درمان کایرو پراکتیک ۱۶ جلسه ی نیم ساعته بوده که دو بار در هفته تشکیل می شد (در مجموع ۸ هفته). لازم به توضیح است که کلیه ی آزمودنی های پژوهش قبل از شروع مداخله، در یک جلسه با حضور روان درمانگر و در یک جلسه دیگر با حضور پزشک کایرو پراکتیک مورد ارزیابی های اولیه جهت تشخیص نوع اختلال شان قرار گرفته اند و تا ۶ ماه پس از درمان نیز مورد پی گیری قرار گرفتند.

یافته های پژوهش

مشخصات آزمودنی اول: خانم ف - ت، ۲۵ ساله، دانشجوی، فرزند آخر خانواده، پدر و مادر دارای تحصیلات ابتدایی و دارای یک خواهر ۳۰ ساله ی لیسانسیه و دو برادر ۳۱ و ۳۳ ساله ی دیپلمه. آزمودنی در جلسه ی اول مصاحبه ی بالینی اظهار کرده است: دو سال است که از همسرم جدا شده ام چون همسرم با زن دیگری ارتباط داشت و معتاد بود. اکنون بسیار عصبی، حساس و زودرنج شده ام، کمر درد شدیدی دارم، قبلاً یک بار هم خودکشی کرده ام اما موفق نشدم، حالا هم از زندگی کردن خسته ام، مدتی قبل به دلیل کمر درد شدید به یک پزشک



مودار ۱- نیمرخ روانی آزمودنی اول در آزمون MLPG قبل و بعد از مداخله (مرحله A و مرحله B)

شده است (باقری یزدی، بوالهری و شاه محمدی، ۱۳۷۳). در DSM-IV-TR اختلالات روان تنی با عنوان عامل روان شناختی مؤثر بر بیماری جسمانی معرفی شده است. ویژگی اصلی عامل روان شناختی مؤثر بر بیماری جسمانی با اختلالات روان تنی وجود یک یا چند عامل روان شناختی یا رفتاری خاص است که بر یک بیماری جسمانی تأثیر نامطلوب می گذارد. این عوامل روان شناختی یا رفتاری عبارتند از:

— اختلال های محور I

— اختلال های محور II

— نشانه های روان شناختی یا صفات شخصیتی که با ملاک های کامل یک اختلال روانی خاص مطابقت ندارند.

— رفتارهای بهداشتی ناسازگار یا پاسخ های فیزیولوژیکی به عوامل تنش زای محیطی یا اجتماعی.

به طور کلی عوامل روان شناختی مؤثر بر تشخیص بیماری روی محور I کدگذاری شده و بیماری جسمانی همراه روی محور II کدگذاری می شود (انجمن روانشناسی آمریکا^۲، ۲۰۰۰).

در پژوهش حاضر کلیه ی آزمودنی ها قبل از شرکت در جلسات درمانی توسط روان درمانگر براساس ملاک های تشخیصی فوق مورد مصاحبه قرار گرفته و مبتلا به اختلال روان تنی (عضلانی استخوانی) تشخیص داده شدند.

تست تشخیص کایروپراکتیک

مطابق استانداردها و روند اخلاقی انجمن بین المللی کایرو پراکتیک تشخیص جابه جایی ستون فقرات و کدهای اصلی از طریق عکس برداری با استفاده از اشعه ی ایکس صورت می گیرد. هم چنین از تست های ارتوپدی عصب شناسی برای تشخیص جابه جایی ستون فقرات استفاده می شود (ویلیامز^۱، ۱۹۹۸).

در پژوهش حاضر کلیه ی آزمودنی ها قبل از شرکت در جلسات درمانی توسط پزشک کایرو پراکتیک با استفاده از آزمون پتانسیل حس پیکری و نتایج عکس برداری از طریق اشعه ی ایکس مورد ارزیابی قرار گرفته و مبتلا به اختلال عضلانی استخوانی (کمر درد) تشخیص داده شدند.

روش و چگونگی مداخله یا انجام عمل آزمایشی

چنان که بیشتر ذکر شد آزمودنی های پژوهش حاضر را ۵ نفر از افراد مبتلا به بیماری عضلانی استخوانی (اختلال روان تنی) تشکیل می دادند که ۴ نفر از آنان به طول کامل

1- Williams

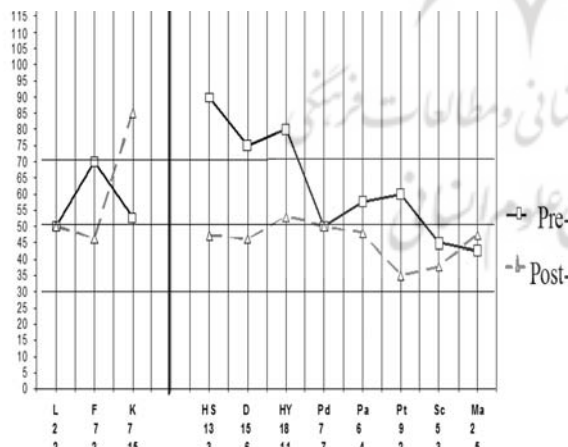
2- American Psychiatric Association

خطوط نقطه چین در نمودار ۲ نیمرخ روانی آزمودنی اول را در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله (مرحله B) نشان می دهد. بنابر نتایج وضعیت روانی و جسمانی آزمودنی کاملاً بهنجار است، به طوری که نمره ی آزمودنی در مقیاس شکایات جسمانی برابر با ۱۱، در مقیاس اضطراب برابر با ۷، در مقیاس افسردگی برابر با ۸ است که هر سه نمره بسیار پایین می باشد. با مقایسه ی نمودارهای ۱ و ۲ می توان نتیجه گرفت که بین نتایج آزمون MMPI و SCL-90-R در قبل از مداخله همخوانی وجود دارد به طوری که نتایج هر دو آزمون نشان دهنده ی وجود نارضایتی جسمانی، اضطراب و افسردگی است.

با مقایسه ی نیمرخ های روانی آزمودنی اول در آزمون MMPI و SCL-90-R در قبل از مداخله و بعد از مداخله (نمودارهای ۱ و ۲) می توان نتیجه گرفت که به کارگیری روان درمانگری خانوادگی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری همراه با درمان کاپرو پراکتیک در درمان اختلال عضلانی استخوانی (کمردرد) آزمودنی اول و اختلالات روانی همبود با آن نقش مؤثری داشته است.

مشخصات آزمودنی دوم. خانم ن. ش. ز. ب. ۲۲ ساله، دانشجو، مادر ۶۲ ساله فوق لیسانس، پدر ۶۲ ساله لیسانسیه، دارای سه خواهر ۲۶، ۲۸ و ۳۰ ساله که به ترتیب لیسانسیه، دانشجو و دکتری حقوق هستند.

آزمودنی در اولین جلسه ی روان درمانگری اظهار کرده است: ۱۷ ساله بودم که پدر و مادرم با وضع بدی از هم جدا شدند و



نمودار ۳. نیمرخ روانی آزمودنی دوم در آزمون MMPI قبل و بعد از مداخله (مرحله A و مرحله B)

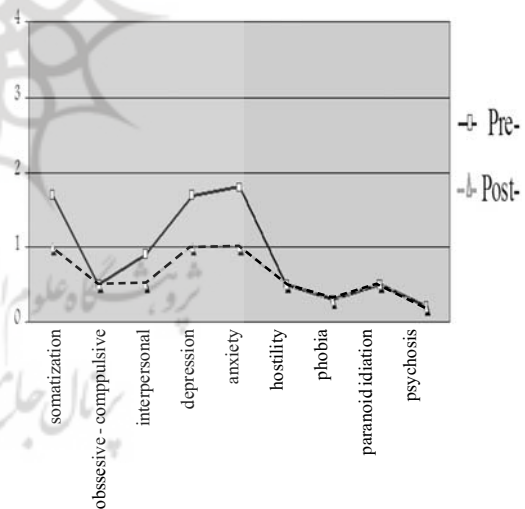
اکنون با مادر و مادر بزرگم زندگی می کنم، بسیار بی انگیزه و بی حوصله ام و دائماً خواب هستم، چهار ماه است که مبتلا به

کاپرو پراکتیک مراجعه کردم که تشخیص اختلال سایکوسوماتیک داده است.

چنان که در نمودار ۱ مشاهده می شود، قبل از مداخله آزمودنی تمایل به این داشته که خودش را بدتر از آنچه که هست جلوه دهد. بالا بودن نمره ی آزمودنی در مقیاس HS یا هیپوکندریا (۱۰) نشان دهنده ی این است که آزمودنی در مورد وضعیت جسمانی و سلامتی خود نگران و ناراحت است و سعی دارد از طریق ناراحتی های جسمی توجه دیگران را به خود جلب کند. بالا بودن نمره ی آزمودنی در مقیاس D (۱۲) نیز نشان دهنده ی افسردگی او است.

خطوط نقطه چین در نمودار ۱ وضعیت روانی آزمودنی اول را در آزمون MMPI بعد از مداخله نشان می دهد. همان گونه که در این نمودار مشاهده می شود، وضعیت روانی آزمودنی اول بعد از مداخله کاملاً بهنجار است، به خصوص در مقیاس D یا افسردگی نمره آزمودنی بسیار پایین بوده (۱۰) و در مقیاس HS یا هیپوکندریا نیز نمره ی آزمودنی بسیار پایین است (۵)، که نشان دهنده ی سلامت جسمانی او است.

نمودار ۲ نشان دهنده ی نیمرخ روانی آزمودنی اول در آزمون



نمودار ۲- نیمرخ روانی آزمودنی اول در آزمون SCL-90-R قبل و بعد از مداخله (مرحله A و مرحله B)

در SCL-90-R در قبل و بعد از مداخله است. همان گونه که در این نمودار مشاهده می شود قبل از مداخله نمره ی آزمودنی در مقیاس های شکایات جسمانی (۱۹)، افسردگی (۱۹) و اضطراب (۱۵) نشان می دهد که آزمودنی از وضعیت جسمانی خود رضایت ندارد و مبتلا به اضطراب و افسردگی است.



از مداخله و خطوط نقطه چین مربوط به بعد از مداخله است). چنان که در این نمودار مشاهده می شود قبل از مداخله بالا بودن نمره ی آزمودنی در شکایات جسمانی (۲۵) نشان دهنده ی عدم رضایت آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش است، هم چنین بالا بودن نمره ی آزمودنی در مقیاس افسردگی (۲۰) و در مقیاس اضطراب (۱۰)، نشان دهنده ی وجود افسردگی و اضطراب در او است.

خطوط نقطه چین در نمودار ۴ نیمرخ روانی آزمودنی دوم را در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله نشان می دهد. همان گونه که در این نمودار مشاهده می شود، وضعیت جسمانی و روانی آزمودنی کاملاً بهنجار است، به طوری نمره آزمودنی در شکایات جسمانی، افسردگی و اضطراب بسیار کم شده است. این کاهش نمرات نشان دهنده ی رضایت آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش، عدم وجود اضطراب و افسردگی در او است.

با مقایسه ی نمودارهای ۳ و ۴ درمی یابیم که بین نتایج آزمون MMPI و SCL-90-R قبل از مداخله همخوانی زیادی وجود دارد و هر دو نشان دهنده ی اضطراب، افسردگی و مشکلات جسمانی در آزمودنی هستند.

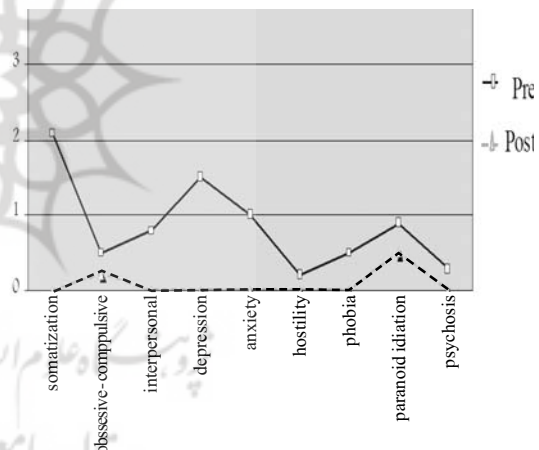
با مقایسه ی نیمرخ های روانی آزمودنی در آزمون های MMPI و SCL-90-R در قبل از مداخله و بعد از مداخله (نمودارهای ۳ و ۴) می توان نتیجه گرفت که مداخله ی خانوادگی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری همراه با درمان کایرو پراکتیک نقش مؤثری در درمان اختلال عضلانی استخوانی (کمردرد) آزمودنی و سایر اختلالات روانی همبود با آن داشته است.

مشخصات آزمودنی سوم: خانم ح، ج. ن، ۳۸ ساله، دیپلمه، خانه دار، همسر ۴۰ ساله و دیپلمه، دارای یک دختر ۱۸ ساله ی

کمر درد شدیدی هستم و تمام زندگی ام را فلج کرده است، بسیار زودرنج، عصبی و بی قرار هستم، مدتی قبل به یک مرکز کایرو پراکتیک مراجعه کردم، تشخیص اختلال روان تنی داده اند.

همان گونه که در نمودار ۳ مشاهده می شود قبل از مداخله آزمودنی تمایل داشته که خود را بدتر از آنچه هست نشان دهد. بالا بودن نمره ی آزمودنی در مقیاس F (۷) نشان دهنده ی اضطراب زیاد آزمودنی است. بالا بودن نمره ی آزمودنی در مقیاس Hs یا هیپوکندریا (۱۳) نشان می دهد که آزمودنی از وضعیت جسمانی خود ناراضی است و می خواهد از طریق آلام جسمانی توجه دیگران را جلب کند. بالا بودن نمره ی آزمودنی در مقیاس D یا افسردگی (۱۵) نشان دهنده ی افسردگی شدید او است و بالا بودن نمره ی او در مقیاس Hy مربوط به ناراحتی های جسمانی آزمودنی است.

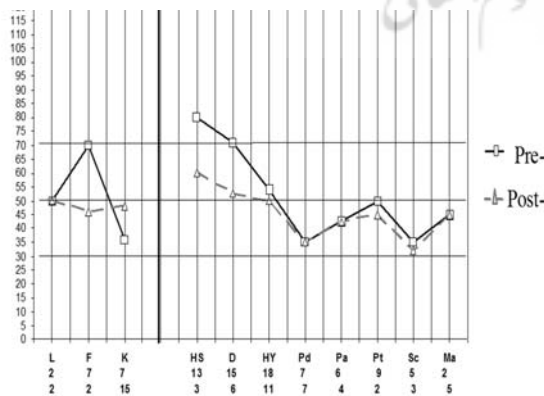
خطوط نقطه چین در نمودار ۳ نیمرخ روانی آزمودنی دوم را بعد از مداخله نشان می دهد. همان گونه که در این نمودار مشاهده می شود، وضعیت روانی آزمودنی بهنجار است. پایین



نمودار ۴. نیمرخ روانی آزمودنی دوم در آزمون SCL-90-R قبل و بعد از مداخله (مرحله ی A و مرحله ی B)

بودن نمره ی آزمودنی در مقیاس Hs (۳) نشان دهنده ی وضعیت جسمانی خوب او است و پایین بودن نمره ی آزمودنی در مقیاس D (۶) نشان دهنده ی عدم افسردگی و وضعیت خوب روانی او است. هم چنین پایین بودن نمره ی آزمودنی در مقیاس Hy (۱۱) نشان دهنده ی رضایت او از وضعیت جسمانی خویش است.

نمودار ۴ نیمرخ روانی آزمودنی دوم را در آزمون SCL-90-R قبل و بعد از مداخله نشان می دهد (خطوط تیره مربوط به قبل



نمودار ۵. نیمرخ روانی آزمودنی سوم در آزمون MMPI قبل و بعد از مداخله (مرحله ی A و مرحله ی B)

بهنجار است. پایین بودن نمره‌ی آزمودنی در مقیاس HS یا هیپوکندریا (۵) نشان دهنده‌ی وضعیت خوب جسمانی آزمودنی است و پایین بودن نمره‌ی آزمودنی در مقیاس D یا افسردگی (۸) نشان دهنده‌ی وضعیت خوب روانی و عدم افسردگی او است.

نمودار ۶ نیمرخ روانی آزمودنی سوم را در آزمون SCL-90-R قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد (خطوط تیره مربوط به قبل از مداخله و خطوط نقطه چین مربوط به بعد از مداخله است). بالا بودن نمره‌ی آزمودنی در شکایات جسمانی (۲۷) نشان دهنده‌ی عدم رضایت آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش و بالا بودن نمره‌ی آزمودنی در مقیاس افسردگی (۳۴) نیز نشان دهنده‌ی افسردگی شدید او است.

خطوط نقطه چین در نمودار ۶ نیمرخ روانی آزمودنی سوم را در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله نشان می‌دهد. این نمودار نشان می‌دهد که وضعیت روانی و جسمانی آزمودنی نرمال است، پایین بودن نمره‌ی آزمودنی در شکایات جسمانی (۱۰) نشان دهنده‌ی وضعیت جسمانی خوب او و پایین بودن نمره‌ی آزمودنی در افسردگی (۸) نشان دهنده‌ی کاهش و عدم افسردگی و وضعیت روانی مساعد او است.

با مقایسه‌ی نمودارهای ۵ و ۶ مشاهده می‌شود که بین نتایج آزمون MMPI و آزمون SCL-90-R قبل از مداخله همخوانی زیادی وجود دارد و هر دو آزمون نشان دهنده‌ی عدم رضایت جسمانی و افسردگی در آزمودنی است.

با مقایسه‌ی نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون‌های MMPI و قبل و بعد از مداخله (نمودارهای ۵ و ۶) می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مداخلات خانواده درمانی شناختی - رفتاری همراه با درمان کایرو پراکتیک نقش مؤثری در درمان اختلال عضلانی استخوانی آزمودنی سوم و سایر اختلالات روانی همبود با آن داشته است.

مشخصات آزمودنی چهارم: خانم ن. ر. ۲۳ ساله، دانشجوی، پدر بی سواد ۵۴ ساله، مادر ۴۸ ساله بی سواد، دارای سه خواهر ۲۵، ۲۸ و ۳۴ ساله که همگی دیپلمه هستند و دو برادر ۱۸ و ۳۳ ساله که به ترتیب تا پنجم ابتدایی و سوم دبیرستان تحصیل کرده‌اند.

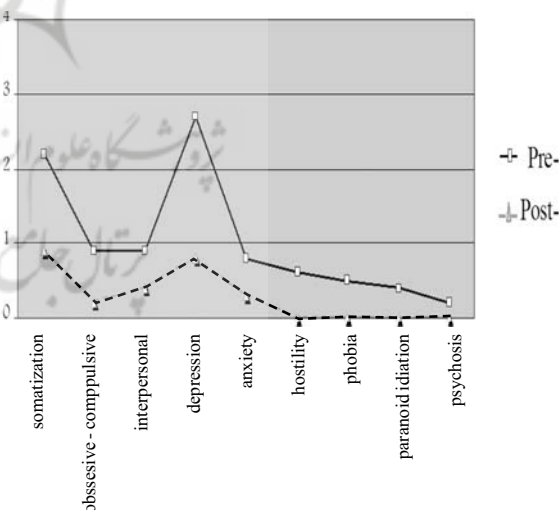
آزمودنی در اولین جلسه‌ی روان درمانگری اظهار کرده است: دو سال است که از همسرم جدا شده‌ام، چون با زن دیگری ارتباط داشت و می‌خواست با او ازدواج کند. همسرم مراکتک می‌زد (با گریه‌ی شدید) و من ناچار شدم از او جدا شوم. حالا با پدر و مادرم زندگی می‌کنم ولی آنها به من اعتماد ندارند (با

دانشجو و یک پسر ۱۴ ساله.

آزمودنی در اولین جلسه‌ی روان درمانگری اظهار کرد: ۲۰ سال است که ازدواج کرده‌ام و فشار روانی زیادی را از جانب همسرم و خانواده‌ی او تحمل کرده‌ام، حق قضاوت ندارم، حق حرف زدن ندارم، حق گفتگو ندارم (با گریه‌ی شدید)، بسیار افسرده‌ام، عصبی، زودرنج و بی حوصله شده‌ام و همیشه به خودکشی فکر می‌کنم، ۸ ماه است که به کمر دردهای شدیدی مبتلا شده‌ام که زندگی را برایم سخت کرده است، مدتی قبل به یک مرکز کایرو پراکتیک مراجعه کردم تشخیص اختلال سایکوسوماتیک داده است.

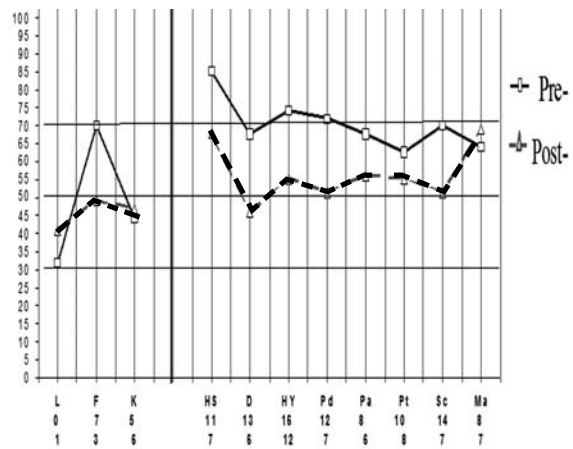
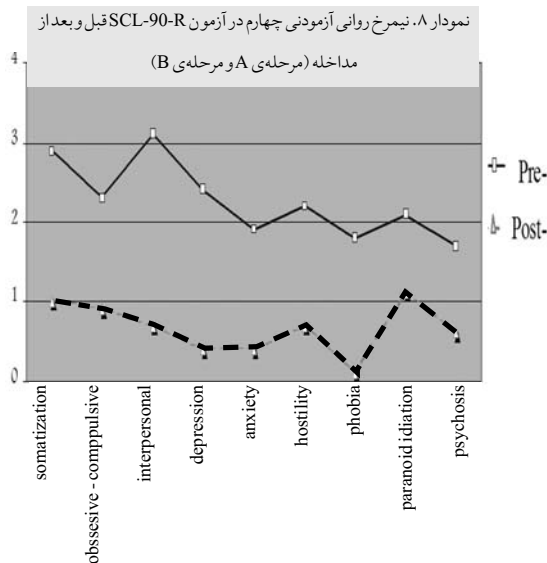
نمودار ۵ نیمرخ روانی آزمودنی سوم را در آزمون MMPI قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد (خطوط تیره مربوط به قبل از مداخله و خطوط نقطه چین مربوط به بعد از مداخله است). چنان که در این نمودار مشاهده می‌شود، قبل از مداخله آزمودنی تمایل داشته است که خود را بدتر از آنچه هست جلوه دهد. بالا بودن نمره‌ی آزمودنی در مقیاس HS یا هیپوکندریا (۱۰) نشان دهنده‌ی نگرانی و عدم رضایت آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش است و آزمودنی تمایل دارد از طریق دردهای جسمانی توجه دیگران را به خود جلب کند. بالا بودن نمره‌ی آزمودنی در مقیاس D یا افسردگی (۱۴) نشان دهنده‌ی افسردگی شدید او است.

خطوط نقطه چین در نمودار ۵ نیمرخ روانی آزمودنی سوم را



نمودار ۶- نیمرخ روانی آزمودنی سوم در آزمون SCL-90-R قبل و بعد از مداخله (مرحله A و مرحله B)

در آزمون MMPI بعد از مداخله نشان می‌دهد. همان گونه که در این نمودار مشاهده می‌شود، نیمرخ روانی آزمودنی کاملاً



D یا افسردگی (۶)، Pd یا سایکوپات (۷) و Sc یا اسکیزوفرنیا (۷) نشان دهنده ی وضعیت روانی خوب و مطلوب آزمودنی است.

نمودار ۸ نیمرخ روانی آزمودنی چهارم را در آزمون SCL-90-R قبل و بعد از مداخله نشان می دهد (خطوط تیره مربوط به قبل از مداخله و خطوط نقطه چین مربوط به بعد از مداخله است). همان طور که مشاهده می شود قبل از مداخله نمره ی آزمودنی در کلیه ی شاخص ها بسیار بالا است از جمله در شکایات جسمانی (۳۵)، وسواس - اجبار (۲۳)، حساسیت در روابط متقابل (۲۸)، افسردگی (۳۱)، اضطراب (۱۹)، خصومت (۱۳)، ترس مرضی (۱۶)، افکار پارانوئیدی (۱۳) و روان پریشی (۱۸)، که همگی نشان دهنده ی وضعیت بد جسمانی و روانی آزمودنی است.

خطوط نقطه چین در نمودار ۸ نشان دهنده ی نیمرخ روانی آزمودنی چهارم در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله است. پایین بودن نمرات آزمودنی در کلیه ی شاخص ها از جمله شکایات جسمانی (۱۲)، وسواس (۹)، حساسیت در روابط متقابل (۷)، افسردگی (۶)، اضطراب (۴)، خصومت (۴)، ترس مرضی (۱)، افکار پارانوئیدی (۷) و روان پریشی (۵)، نشان دهنده ی وضعیت جسمانی و روانی خوب و مطلوب آزمودنی است.

با مقایسه ی نمودارهای ۷ و ۸ می توان دریافت که بین نتایج آزمون MMPI و آزمون SCL-90-R قبل از مداخله کاملاً همخوانی وجود دارد و هر دو آزمون نشان دهنده ی اضطراب، افسردگی، افکار پارانوئیدی، ناسازگاری اجتماعی و ناراضیاتی از وضعیت جسمانی در آزمودنی هستند.

گریه ی شدید)، در حالی که من از مردها متنفرم. ۵ ماه است که به کمردردهای شدیدی مبتلا شده ام که زندگی را برایم ناگوار کرده است، هیچ امیدي به زندگی ندارم و آرزویی جز مرگ ندارم. به یک مرکز کایرو پراکتیک مراجعه کردم، تشخیص اختلال سایکوسوماتیک داده اند.

چنان که در نمودار ۷ مشاهده می شود، قبل از مداخله آزمودنی تمایل داشته خود را بدتر از آنچه هست نشان دهد و دارای اضطراب، گوشه گیری، افکار عجیب و غریب و اجتماع ستیزی است. بالا بودن نمره ی آزمودنی در میزان Hs یا هیپوکندریا (۱۱) نشان دهنده ی ناراضی آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش است و این که آزمودنی تمایل دارد با آلام جسمانی توجه دیگران را جلب کند. بالا بودن نمره ی آزمودنی در مقیاس D یا افسردگی (۱۳) نشان دهنده ی افسردگی شدید او؛ بالا بودن نمره ی آزمودنی در مقیاس Hy یا هیستری (۱۶) نیز نشان دهنده ی ناراحتی او از وضعیت جسمانی خویش؛ بالا بودن نمره ی آزمودنی در مقیاس Pd یا سایکوپات (۱۲) نشان دهنده ی ناسازگاری اجتماعی و سرانجام نمره ی بالا در مقیاس Sc یا اسکیزوفرنیا (۱۴) نشان دهنده ی وجود افکار عجیب و غریب در آزمودنی است.

خطوط نقطه چین در نمودار ۷ نیمرخ روانی آزمودنی چهارم را در آزمون MMPI بعد از مداخله نشان می دهد. چنان که ملاحظه می شود، نیمرخ روانی آزمودنی بعد از مداخله کاملاً بهنجار است. پایین بودن نمره ی آزمودنی در مقیاس Hs یا هیپوکندریا (۷) و مقیاس Hy یا هیستری (۱۲) نشان دهنده ی وضعیت جسمانی خوب او و رضایت از وضعیت جسمانی در آزمودنی است و پایین بودن نمرات آزمودنی در مقیاس های

و دردهای ناحیه‌ی ستون فقرات را طی ۱۱ هفته با استفاده از فن ماساژ با دست مورد مطالعه و درمان قرار دادند. نتایج نشان داد درمان در گروهی که تنظیم و تطبیق ستون فقرات را دریافت کردند بسیار رضایت بخش تر از گروهی بود که کایرو پراکتیک دریافت نکردند.

شکل و کالتر (۱۹۹۷) نیز با مطالعه‌ی ۳۱ بیمار مبتلا به کمر درد دریافتند که در مجموع درمان کایرو پراکتیک به نتایج مطلوب تری از سایر روش‌ها (مثل فیزیوتراپی) منجر شد.

یافته‌های پژوهش حاضر هم چنین با نتایج پژوهش‌های جی و همکاران (۱۹۸۷) و جانسون و داهل (۱۹۹۸) همسویی دارد.

جی و همکاران (۱۹۸۷) به مقایسه‌ی روش‌های خانواده درمانی شناختی - رفتاری، دارو درمانی و کنترل توجه در درمان دردهای عضلانی - استخوانی پرداختند. آنها دریافتند که خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری مؤثرترین شیوه‌ی درمانی برای کنترل این دردها بود. جانسون و داهل (۱۹۹۸) تأثیر برنامه‌های کنترل شناختی - رفتاری را بر گروهی از افراد مبتلا به دردهای عضلانی استخوانی بررسی کردند. نتایج نشان داد که برنامه‌های کنترل شناختی - رفتاری به صورت منظم می‌تواند به طور موفقیت آمیزی دردهای عضلانی استخوانی را درمان کنند.

احتمالاً یکی از دلایل تأثیر به‌سزای خانواده درمانی شناختی رفتاری همراه با کایرو پراکتیک در درمان اختلالات عضلانی استخوانی (کمر درد و گردن درد) آزمودنی‌ها این است که نه تنها از طریق تنظیم ستون فقرات، علائم جسمانی این بیماران درمان و کنترل شده است، بلکه آزمودنی‌ها با شرکت در جلسات روان‌درمانگری مجهز به مهارت‌هایی چون حل مسئله، برقراری ارتباط مؤثر، کنترل خشم، مقابله‌ی مؤثر با فشارها و تنیدگی‌های روزمره و جرأت‌ورزی شده‌اند، در نتیجه توانسته‌اند با عوامل موقعیتی و اجتماعی ایجادکننده‌ی فشار روانی به طور مؤثرتری مقابله کنند و قادر به برقراری ارتباط سالم با دیگران شده و توانسته‌اند بر تعارضات بین فردی خود غلبه کنند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از تعداد محدود آزمودنی و نداشتن گروه کنترل است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی با انتخاب تعداد زیادتری آزمودنی زمینه را برای مقایسه‌ی درمان‌های انفرادی (خانواده درمانی شناختی - رفتاری) و ترکیبی (خانواده درمانی شناختی - رفتاری به همراه کایرو پراکتیک) فراهم نمود.

با مقایسه‌ی نیمرخ‌های روانی آزمودنی در آزمون‌های MMPI و SCL-90-R قبل و بعد از مداخله (نمودارهای ۷ و ۸) می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات خانوادگی شناختی رفتاری همراه با درمان کایرو پراکتیک نقش مؤثری در درمان اختلال روان تنی (عضلانی استخوانی) آزمودنی چهارم و سایر اختلالات روانی همبود با آن در این آزمودنی داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری همراه با درمان کایرو پراکتیک نقش مؤثری در درمان اختلالات روان تنی عضلانی استخوانی نظیر کمر درد و گردن درد دارد. مقایسه‌ی نیمرخ روانی آزمودنی‌ها قبل از مداخله و بعد از مداخله نشانگر این تأثیر و کارایی است. به طوری که بعد از مداخله نه تنها نمرات آزمودنی‌ها در شاخص‌های مربوط به شکایات جسمانی در آزمون SCL-90-R و نارضایتی از وضعیت جسمانی یا هیپوکندر یا در آزمون MMPI کاهش چشمگیری پیدا کرده است، بلکه نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس‌های افسردگی، اضطراب، وسواس، سوءظن و بدبینی نسبت به دیگران نیز بسیار کاهش یافته و به حد نرمال رسیده است.

یافته‌ی فوق با نتایج پژوهش‌های ولسکا و همکاران (۲۰۰۳)، مک مورلند و سوتر (۲۰۰۰)، فریرا (۲۰۰۳)، ایوانز و برانفورت (۲۰۰۱) و شکل و کالتر (۱۹۹۷)، همخوانی و همسویی دارد. ولسکا و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای که روی ۲۵۵۵ نفر که مبتلا به درد در ناحیه‌ی پشت، گردن و کمر بودند دریافتند که کلیه‌ی بیماران که پشت درد و کمر درد داشتند توسط کایرو پراکتیک درمان شدند. مک مورلند و سوتر (۲۰۰۰) نیز در مطالعه‌ای ۱۱۹ بیمار مبتلا به کمر درد و گردن درد (۵۸ نفر کمر درد و ۶۱ نفر گردن درد) را مورد مطالعه و درمان قرار دادند. آنها به مدت چهار هفته از ۱۲ نوع فن کایرو پراکتیک برای درمان این بیماران استفاده کردند. نتایج نشان داد در گروهی که مبتلا به کمر درد بودند، ۵۲/۵ درصد کاهش درد و ۵۲/۹ درصد کاهش ناتوانی را گزارش کردند.

فریرا و همکاران (۲۰۰۳) با انجام یک مطالعه‌ی فراتحلیلی به بررسی قابلیت درمان‌های کایرو پراکتیک در درمان دردهای ناحیه‌ی پشت در ۳۴ پژوهش پرداختند. آنان قابلیت بالای درمان دردهای ناحیه‌ی پشت را با استفاده از فن تطبیق و تنظیم ستون فقرات را گزارش کردند. ایوانز و برانفورت (۲۰۰۱) تعداد ۱۹۱ بیمار مبتلا به گردن درد



تشکر و قدردانی

بدین وسیله از آقای سعید اکبری زردخانه بخاطر همکاری و ارائه پیشنهادات سازنده در بهبود مقاله تشکر و قدردانی به عمل می آید.

فهرست منابع

- اخوت، ولی الله و دانشمند، لقمان (۱۳۷۵). ارزشیابی شخصیت. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- باقری یزدی، سیدعباس؛ بوالهیری، جعفر؛ و شاه محمدی، داود (۱۳۷۳). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در میبد یزد. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره اول، ص، ۳۹-۳۳.
- روزنهان، دیویدال و سلیگمن، مارتین ای. پی. (۱۳۸۲). آسیب شناسی روانی. ترجمه‌ی سیدمحمدی، یحیی. تهران: نشر ساوالان.
- سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه. (۱۳۷۸). روش های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: انتشارات آگاه.
- مارنات، گری گراث. (۱۹۹۰). راهنمای سنجش روانی. ترجمه‌ی پاشاشریفی، حسن و نیکخو، محمدرضا، ۱۳۷۵، تهران: انتشارات رشد.

American psychiatric association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4th ed, Text Revision. Washington, DC.

Evans, N. & Bronfort. (2001). *Chronic Neck Pain*. (Spine). January, (p. 131).

Ferreira. (2003). *Effects of Manipulative Therapy on Low back pain*. (J.M.P.T). April, (p. 42)..

Goldberg, N., Haas, P., & Aickin, B. (2004). *Effects of Chiropractic on Back pain*. (J.M.P.T). July, (p.29).

Jay, S. M., Elliott, C. H., Katz, E., & Siegel, S. E. (1987). Cognitive - behavioral and pharmacologic interventions for childrens distress during painful medical procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 860-865.

Johansson, H., & Dahl, Jo,A. (1998). Effect of a cognitive behavioral pain management program. *Behavior Research and therapy*. 36, (1), 915-930.

Johnson, S. B., & Dahl, W. (1998). Health behavior and health status: Concepts, methods, and applications. *Journal of Pediatric Psychology*, 19, 129-142.

Krichner, Jeffrey. T. (2002). Comparing three therapies for treatment of low - back pain. *American family physician*, 59 (4), 75-86.

Lipowski, Z. J. (1985). *Psychosomatic medicine and Liason Psychiatry*. New York: Plenum Press.

Mcmorland, L., & Suter, H. (2000). Treatment on Vertebral. *J.M.P.T.* March, 131-54.

Meeker, C. & Haldeman, D. (2004). National board of chiropractic Examiners. *Review of Rearch on chiropractic*. (p. 78).

Sanders, M., Shepherd, R., Cleghorn, G., & Woolford, H. (1994). The Treatment of recurrent abdominal pain in children a controled comparison of cognitive-behavioral family intervention and standard pediatric care. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62, 306- 374

Sarason, I. G. & Sarason, B. R. (1987). *Abnormal psychology*. New York: Prentice - Hall Press.

Shelle & Coulter. (1997). *National board of chiropractic Examiners Review of Research on chiropractic*. (p. 63).

Sheppard, D., Smith, G. T., & Rosenbaum, G. (1988). Use of the MMPI subtype in predicting completion of a residential alcoholism program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 590-596.

Walker, C. E., & Roberts, M. C. (2001). *Handbook of clinical child psychology* (third Edition). N Y: John Wiley & Sons, INC.

Williams, S. E. (1998). *An Introduction To Chiropractic Science*. World Federation of Chiropractic Conference Education Manila, Philippined, September.

Wolska. (November 1997 & February 1998). *New England Journal Medicine*. August (p. 1431).

Woodham, A. (2000). *Etal: Encyclopedia of natural healing*.