

خانواده درمانی شناختی رفتاری همراه با کایروپراکتیک در درمان اختلالات روان‌تنی^۱

Cognitive – Behavioral Family Therapy Combined with Chiropractic in Treatment of Psychosomatic Disorders

Khodayarifard, Mohammad, Ph. D
Faculty of Psychology and Education,
University of Tehran

دکتر خشایار صادقی
کایروپراکتر

دکتر محمد خدایاری فرد
دانشکده روان‌شناسی و علوم
تربیتی دانشگاه تهران

Sadeghi, Khashayar, M.D
Chiropractor

یاسمین عابدینی
دانشگاه تهران

Abedini, Yasamin
Ph. D. Student, University of Tehran

Abstract

Recent researches indicate the unity of and interaction between mind and body. They emphasize social and psychological factors are important in the development of a physical diseases. Psychosomatic disorders are caused by a complicated interaction among physiological–biological factors, psychological ones and stress. Musculoskeletal pains including low back pain, neck pain are considered psychosomatic disorders that are influenced by psychological factors. Treatment for the patient may be Chiropractic one, however, research indicate its effects is temporary. Thus, recently professionals in health psychology regard to behavior, cognitive, cognitive – behavioral, psychoanalytic techniques for treatment patients who suffer from psychosomatic disorders. The 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). Method: it was used a single – subject design (Type A – B). 5 patients who referred to a Chiropractic clinic was selected. They received cognitive – behavioral family therapy accompanied with Chiropractic. The results confirmed the effectiveness of above mentioned combined therapy. One of the probable reason in effectiveness of current therapy approach were to adjust back bone patients with low back pain and neck pain and at the same time recognizing underlining cognitive causes of these pains and removing the cause by cognitive – behavioural psychotherapy method. In the end, congruency and incongruency of the finding with the previous researches was discussed. It was offered some suggestions for further researches.

Key words: Psychosomatic disorders – Musculoskeletal disorders, Single – Subject design, Cognitive – Behavioural family therapy, Chiropractic.

چکیده

اختلالات روان‌تنی اختلالاتی هستند که از یک‌سو ناشی از تعامل پیچیده زمینه‌ها و استعدادهای زیستی و فیزیولوژیکی و از سوی دیگر ناشی از عوامل و فشارزاهای محیطی و روانی هستند. دردهای عضلانی استخوانی نظیر کمردرد و گردن‌درد اختلالات روان‌تنی رایجی هستند که ریشه در ویژگی‌های فیزیولوژیکی و زیستی و حالات روانی افراد دارند. استفاده از درمان کایروپراکتیک یا تطبیق و تنظیم ستون فقرات یکی از درمان‌های متداول برای این نوع کمردرد و گردن‌درد است. با این حال تحقیقات نشان داده‌اند که پس از قطع درمان و طی یک دوره کوتاه، مجدداً نشانگان بیماری در بیماران مبتلا به این دردهای عضلانی استخوانی عود می‌کند. لذا اخیراً توجه متخصصان حوزه سلامت روان معطوف به روان‌درمانی این بیماران با استفاده از فنون رفتاری، شناختی، شناختی – رفتاری و روان تحلیلی گری شده است. براین اساس هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی خانواده درمانی 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 خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی رفتاری همراه با کایروپراکتیک مورد مطالعه و درمان قرار گرفتند. نتایج نشان‌دهنده تأثیر و کارایی زیاد این شیوه درمان ترکیبی است. از جمله دلایل احتمالی کارایی این شیوه درمانی، تنظیم ستون فقرات بیماران مبتلا به کمردرد و گردن درد و شناخت همزمان علل روان شناختی زیربنایی این دردها و برطرف کردن این علل از طریق روان درمانگری شناختی – رفتاری است. هم‌سویی و ناهم‌سویی یافته‌ها در پایان مورد بحث واقع شده و پیشنهادهایی نیز ارائه شده است.

کلید واژه‌ها: اختلالات روان‌تنی، اختلالات عضلانی استخوانی، طرح تک

آزمودنی، خانواده درمانی، شناخت – رفتار درمانی، کایروپراکتیک.

Correspondence concerning this article should be address to Mohammad Khodayarifard, faculty of psychology and Education university of Tehran. Jalale Ale Ahmad Ave. Chamran Freeway, Post Cod 14454, phone:(+9821) 88259418.

۱. این مقاله بخشی از پژوهشی است تحت عنوان "کاربرد خانواده درمانی شناختی رفتاری همراه با کایروپراکتیک در درمان اختلالات روان‌تنی (عضلانی استخوانی) که با حمایت مالی دانشگاه تهران و انجمن کایروپراکتیک ایران انجام شده است.

ساراسون و ساراسون، ۱۹۸۷) در مطالعه‌ای 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 منفی با مادر و یا حادثه‌ای تنش‌زا قبل از شروع نشانه‌ها را گزارش نکردند. روابط منفی با مادر به‌خصوص در بین بیماران زن دارای درد مفاصل، شایع بود.

از آن‌جا که تجارب تنش‌زا، حالات عمیق تنش و اضطراب، ناکامی‌های شدید، افسردگی مزمن، بی‌خوابی‌های مداوم و سایر حالات عاطفی منفی می‌تواند سبب کاهش موقت یا دائم پاسخ‌دهی سیستم ایمنی شود و نقص یا بدکارکردی سیستم ایمنی نیز می‌تواند اختلالات روان‌تنی گوناگونی ایجاد کند، تمام اقشار جامعه در سنین مختلف نسبت به ابتلا به این اختلالات آسیب‌پذیر هستند. لذا ارائه شیوه‌های درمانی کارآمد برای درمان اختلالات روان‌تنی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در حال حاضر از رویکردهای درمانی مختلفی نظیر درمان با استفاده از دارو، فیزیوتراپی، کایروپراکتیک^۶ یا فن ماساژدهی، روان‌تحلیل‌گری، رفتار درمانی، شناخت درمانی و شناخت - رفتار درمانی، برای درمان اختلالات روان‌تنی استفاده می‌شود. با این حال تعیین این‌که کدام رویکرد بیشترین کارایی و تأثیر را دارد کار آسانی نیست. اگرچه نتایج پژوهش‌ها نشان‌دهنده تأثیر و کارایی شیوه درمانی کایروپراکتیک در درمان اختلالات روان‌تنی مرتبط با ستون فقرات، مفاصل و عضلات است (وودهام^۷، ۲۰۰۰)، اما مشاهده شده است که استفاده از درمان‌های دارویی، فیزیوتراپی و کایروپراکتیک به تنهایی منجر به درمان قطعی و کامل این اختلالات نمی‌شود و پس از قطع شدن این نوع درمان‌ها، بیماری مجدداً عود می‌کند (جانسون و داهل^۸، ۱۹۸۸). از طرفی، هدف اصلی درمان اختلالات روان‌تنی نه تنها از بین بردن علائم جسمانی و روان‌تنی است، بلکه پیشگیری از عود مجدد آنها از طریق شناخت و درمان علل روان‌شناختی زیربنایی آنها نیز می‌باشد. لذا به نظر می‌رسد که

اعتقاد به این‌که حالت روانی شخص می‌تواند بدنش را تحت تأثیر قرار دهد تاریخچه‌ای طولانی دارد. با این حال پژوهش‌های معاصر در مورد جنبه‌های فیزیولوژیکی و روان‌شناختی هیجانات و فشار روانی نیز نشان داده است که تنش هیجانی بر دستگاه عصبی خودکار و غدد درون‌ریز تأثیر می‌گذارد (ساراسون و ساراسون^۱، ۱۹۸۷). در واقع امروزه بیشتر پژوهشگرانی که فرایندهای روان‌شناختی را مطالعه می‌کنند، نظرات ساده‌انگارانه اختصاصی بودن و مستعد بودن اندام را برای توجیه علائم جسمی خاص رد می‌کنند و از دیدگاه تعاملی به علائم جسمانی می‌نگرند. آنان معتقدند که نقایص بدنی ممکن است باعث مشکلات روان‌شناختی شوند و مشکلات روان‌شناختی چه بسا موجب نقایص بدنی شوند. از این‌رو، آنان تخمین زده‌اند که بین ۲۵ تا ۵۰ درصد از بیماران درمان شده در درمانگاه‌های پزشکی به اندازه بیماری‌های جسمانی دارای بیماری‌های روان‌شناختی هستند (لیپوسکی^۲، ۱۹۸۵).

پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که تعدادی از اختلالات جسمی وجود دارند که ممکن است عوامل شخصیتی و اجتماعی تا حد زیادی در آنها نقش داشته باشد. اصطلاح اختلالات روان‌تنی^۳ یا اختلالات روانی - فیزیولوژیکی^۴ اشاره به حالات جسمانی‌ای دارد که در آنها حوادث پر معنای روان‌شناختی به طور تنگاتنگی با نشانه‌های بدنی مرتبط هستند. این مشکلات و اختلالات شامل اختلالات قلبی - عروقی، تنفسی، معدی - روده‌ای، استخوانی - عضلانی، دستگاه‌های تناسلی - ادراری و پوست هستند. یافته‌های بالینی اهمیت عوامل روان‌شناختی را در بسیاری از این اختلالات نشان می‌دهند (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۸۲).

ورم مفاصل روماتیسمی یا بیماری مزمن مفاصل، سردردهای میگرنی، گردن‌درد و کمردرد از جمله اختلالات روان‌تنی هستند که فشارهای روانی نقش مهمی در شروع و روند پیشرفت آنها دارد. اندرسون^۵ (۱۹۸۵)، به نقل از

1. Sarason

2. Lipowski

3. psychosomatic

4. psychophysiological

5. Anderson

6. chiropractic

7. Woodham

8. Johnson & Dahl

استفاده از رویکردهای درمانی ترکیبی نظیر روان درمانگری مبتنی بر فنون شناختی رفتاری همراه با کایروپراکتیک درمان مؤثری برای این اختلالات باشد. ساندرز^۱ و همکاران (۱۹۹۴) دریافتند که خانواده درمانی شناختی- رفتاری نسبت به مراقبت‌های دارویی و پزشکی استاندارد در درمان دردهای مزمن شکم و پشت مؤثرتر است. این برنامه خانواده درمانی شناختی- رفتاری شامل آموزش تنش‌زدایی 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 کایروپراکتیک در درمان دردهای عضلانی استخوانی است.

پیشینه پژوهش

شیوه درمان کایروپراکتیک 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).

کایروپراکتیک یا فن ماساژ یعنی درمان مؤثر دردهای عضلانی استخوانی به وسیله 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 دهه گذشته پژوهش‌های زیادی در مورد قابلیت تأثیرات مثبت درمان کایروپراکتیک در درمان دردهای عضلانی استخوانی نظیر کمردرد، پشت درد، سردردهای میگرنی، گردن درد و درد مفاصل صورت گرفته است (مک لند،^۲ ۲۰۰۰، روزنر،^۳ ۲۰۰۱؛ به نقل از میکرو و هالدمن،^۴

۲۰۰۲)، که در ادامه به اختصار به چند مورد از این پژوهش‌ها اشاره خواهیم کرد. ولسکا^۵ 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 ناحیه پشت، گردن، کمر یا ترکیب هر دو (گردن و کمر) در طول یک سال گذشته بود. کلیه بیماران که در ناحیه پشت و کمر، درد داشتند توسط پزشکان کایروپراکتیک درمان شدند. دو سوم این بیماران به نتیجه بسیار مفیدی رسیدند و درمان شدند.

گلدبرگ، هس و آیکین^۶ (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 کایروپراکتیک و گروه دیگر درمان از طریق فیزیوتراپی را دریافت کردند. بیماران پس از دریافت ۱۲ ماه درمان به بهبودی کامل رسیدند و نتایج آزمون آنالوگ بصری^۷ نشان داد که درد مزمن کمر و ستون فقرات در این بیماران کاهش بسیاری پیدا کرده است. همچنین مقایسه دو روش نشان داد که درمان کایروپراکتیک نسبت به روش درمانی دیگر برتری داشت.

کرچنر و جفری^۸ (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 کایروپراکتیک و گروهی فقط یک کتاب آموزشی در زمینه کمردرد دریافت کرده بودند، مورد مطالعه قرار دادند. دو گروه اول بعد از چهار هفته کاهش علائم رضایت‌بخشی را نسبت به گروه سوم نشان دادند.

همچنین به کارگیری رویکردهای مختلف روان‌درمانگری 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 روان‌تنی از جمله اختلالات عضلانی استخوانی است (واکر و روبرتس،^۹

۵. Wolska

۶. Goldberg, Haas & Aickin

۷. visual analogue scale

۸. Kirchner & Jeffrey

۹. Walker & Roberts

۱. Sunde

۲. Mccland

۳. Rosner

۴. Meeker & Haldman

۲۰۰۱). پژوهش‌های زیر از جمله تحقیقاتی هستند که کارایی روان‌درمانگری خانوادگی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری را در درمان اختلالات روان‌تنی مورد بررسی قرار داده‌اند.

جی^۱ 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^۲ (۱۹۹۸) تأثیر یک برنامه 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 موفقیت‌آمیزی دردهای عضلانی استخوانی را کاهش داد.

با این‌که نتایج مطالعات مختلف نشان‌دهنده کارایی و تأثیر درمان کایروپراکتیک و درمان‌های شناختی - رفتاری به تنهایی در درمان دردهای عضلانی استخوانی است، اما متأسفانه هیچ پژوهشی تأثیر استفاده همزمان از این دو رویکرد درمانی را در درمان دردهای عضلانی استخوانی مورد 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^۳ 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، بازرگان و حجازی، ۱۳۷۸).

برای انتخاب نمونه پژوهش از بین کلیه افراد مراجعه کننده به یک مرکز خصوصی درمان کایروپراکتیک 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 نمونه این پژوهش را تشکیل دادند.

ابزارهای پژوهش

به‌منظور ارزیابی متغیرهای پژوهش و گردآوری اطلاعات در حالت اولیه یا خط پایه (مرحله A) و در مرحله آزمایشی (مرحله B) از ابزارهای زیر استفاده شده است.

در پژوهش حاضر آزمودنی‌ها براساس تشخیص و ارجاع پزشک کایروپراکتیک با استفاده از نتایج آزمایشات پزشکی نظیر عکس‌برداری با اشعه ایکس (X)، مصاحبه‌های بالینی توسط روان‌درمانگر براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR^۴ و آزمون‌های MMPI^۵ و SCL-90-R^۶، مبتلا به بیماری‌های عضلانی استخوانی که یکی از اختلالات روان‌تنی هستند تشخیص داده شدند.

آزمون MMPI یا پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا، پرسشنامه استاندارد برای فراخوانی دامنه 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 مربوطند (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 شدیدایی خفیف یا Ma).

محتوی اکثر پرسش‌های MMPI مربوط به نشانه‌های بیماری‌های روان‌پزشکی، روان‌شناختی، عصب شناختی و یا جسمانی است. MMPI دارای دو فرم کوتاه و بلند است. نحوه پاسخ به پرسش‌های این آزمون به صورت "صحیح" یا "غلط" است که در آن پاسخ صحیح نمره ۱ و پاسخ غلط نمره 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^۷، ۱۹۹۰؛ ترجمه پاشا شریفی و نیکخو، ۱۳۷۵).

4. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, Text Revision

5. Minesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

6. 90 Symptom of Check List Revised includes

7. Marnat

1. Jey

2. Johnsson & Dahl

3. single - subject design

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلالات

روان‌تنی

در DSM-IV-TR اختلالات روان‌تنی با عنوان عامل روان‌شناختی مؤثر بر بیماری جسمانی معرفی شده است. ویژگی اصلی عامل روان‌شناختی مؤثر بر بیماری جسمانی یا اختلالات روان‌تنی وجود یک یا چند عامل روان‌شناختی یا رفتاری خاص است که بر یک بیماری جسمانی تأثیر نامطلوب می‌گذارد. این عوامل روان‌شناختی یا رفتاری عبارتند از:

- اختلال‌های محور I
 - اختلال‌های محور II
 - نشانه‌های روان‌شناختی یا صفات شخصیتی که با ملاک‌های کامل یک اختلال روانی خاص مطابقت ندارند.
 - رفتارهای بهداشتی ناسازگار یا پاسخ‌های فیزیولوژیکی به عوامل تنش‌زای محیطی یا اجتماعی.
- به طور کلی عوامل روان‌شناختی مؤثر بر تشخیص بیماری روی محور I کدگذاری شده و بیماری جسمانی همراه روی محور II کدگذاری می‌شود (American Psychiatric Association, 2000).

در پژوهش حاضر کلیه آزمودنی‌ها قبل از شرکت در جلسات درمانی توسط روان‌درمانگر براساس ملاک‌های تشخیصی فوق‌مورد مصاحبه قرار گرفته و مبتلا به اختلال روان‌تنی (عضلانی استخوانی) تشخیص داده شدند.

تست تشخیص کایروپراکتیک

مطابق استانداردها و روند اخلاقی انجمن بین‌المللی کایروپراکتیک تشخیص جابه‌جایی ستون فقرات و کدهای اصلی از طریق عکس‌برداری با استفاده از اشعه ایکس صورت می‌گیرد. همچنین از تست‌های ارتوپدی عصب‌شناسی برای تشخیص جابه‌جایی ستون فقرات استفاده می‌شود (ویلیامز^۲، ۱۹۹۸).

در پژوهش حاضر کلیه آزمودنی‌ها قبل از شرکت در جلسات درمانی توسط پزشک کایروپراکتیک با استفاده از

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 داده‌اند و ضریب آلفای برابر با ۰/۷۸ را برای کل آزمون گزارش کرده‌اند. در مورد روایی آزمون MMPI مطالعات زیادی صورت گرفته است. شپارد^۱ 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 پرسشنامه 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 زمینه 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 شده است (باقری یزدی، بوالهروی و شاه‌محمدی، ۱۳۷۳).

^۲. Williams

^۱. Sheppard

پزشک کایروپراکتیک مراجعه کردم که تشخیص اختلال سایکوسوماتیک داده است.

آزمون پتانسیل حس پیکری و نتایج عکس برداری از طریق اشعه ایکس مورد ارزیابی قرار گرفته و مبتلا به اختلال عضلانی استخوانی (کمر درد) تشخیص داده شدند.

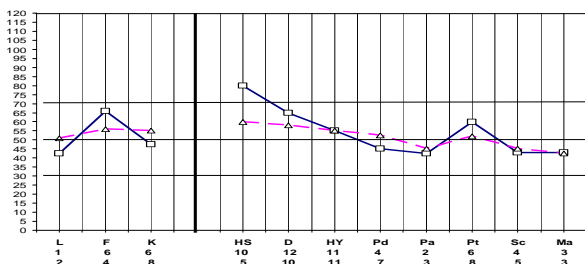
روش و چگونگی مداخله یا انجام عمل آزمایشی

چنان‌که پیشتر ذکر شد آزمودنی‌های پژوهش حاضر ۱۰ نفر از افراد مبتلا به بیماری عضلانی استخوانی روان‌تنی) تشکیل می‌دادند که ۴ نفر از آنان به طول کامل در جلسات خانواده درمانی شناختی - رفتاری همراه با درمان کایروپراکتیک (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 می‌شده است (در مجموع ۱۶ هفته) و از فنونی نظیر آموزش مهارت تحلیل رفتار، حل مسأله، مقابله با استرس، مقابله‌ها فردی، جرأت‌ورزی، کنترل خشم، مهارت‌های برقراری ارتباط، تنش‌زدایی و مثبت‌نگری در این جلسات استفاده شده است. تعداد جلسات درمان کایروپراکتیک ۱۶ جلسه نیم ساعته بوده که دو بار در هفته تشکیل می‌شد (در مجموع ۸ هفته). لازم به توضیح است که کلیه آزمودنی‌های پژوهش قبل از شروع مداخله، در یک جلسه با حضور روان‌درمانگر و در یک جلسه دیگر با حضور پزشک کایروپراکتیک مورد ارزیابی‌های اولیه جهت تشخیص نوع اختلال‌شان قرار گرفته‌اند و تا ۶ ماه پس از درمان نیز مورد پی‌گیری قرار گرفتند.

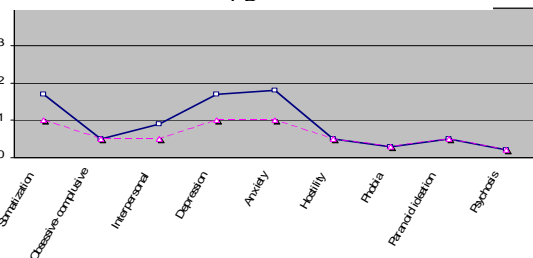
یافته‌های پژوهش

مشخصات آزمودنی اول: خانم ف - ت، ۲۵ ساله، دانشجوی، فرزند آخر خانواده، پدر و مادر دارای تحصیلات ابتدایی و دارای یک خواهر ۳۰ ساله لیسانسیه و دو برادر ۳۱ و ۳۳ ساله دیپلمه.

آزمودنی در جلسه اول مصاحبه بالینی اظهار کرده است: دو سال است که از همسر جدا شده‌ام چون همسرم با زن دیگری ارتباط داشت و معتاد بود. اکنون بسیار عصبی، حساس و زودرنج شده‌ام، کمر درد شدیدی دارم، قبلاً یک بار هم خودکشی کرده‌ام اما موفق نشدم، حالا هم از زندگی کردن خسته‌ام، مدتی قبل به دلیل کمر درد شدید به یک



نمودار ۱. نیمرخ روانی آزمودنی اول در آزمون MMPI قبل و بعد از مداخله (مرحله A و مرحله B)

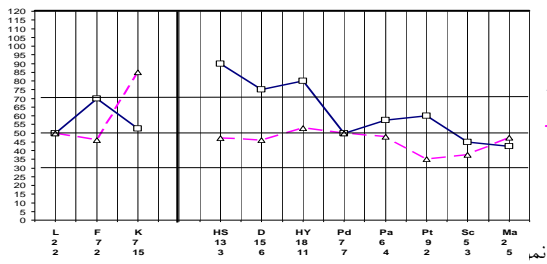


نمودار ۲. نیمرخ روانی آزمودنی اول در آزمون SCL-90-R قبل و بعد از مداخله (مرحله A و مرحله B)

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

خطوط نقطه‌چین در نمودار ۱ وضعیت روانی آزمودنی اول را در آزمون MMPI بعد از مداخله نشان می‌دهد. همان‌گونه که در این نمودار مشاهده می‌شود، 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 آزمودنی بسیار پایین است (۵)، که نشان دهنده سلامت جسمانی او است.

نمودار ۲ نشان‌دهنده نیمرخ روانی آزمودنی اول در آزمون SCL-90-R در قبل و بعد از مداخله است. همان‌گونه



مداخله (مرحله A و مرحله B)

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

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

خطوط نقطه‌چین در نمودار ۳ نیمرخ روانی آزمودنی دوم را بعد از مداخله نشان می‌دهد. همان‌گونه که در این نمودار مشاهده می‌شود، وضعیت روانی آزمودنی بهنجار است. پایین بودن نمره آزمودنی در مقیاس Hs (۳) نشان دهنده وضعیت جسمانی خوب او است و پایین بودن نمره آزمودنی در مقیاس D (۶) نشان دهنده عدم افسردگی و وضعیت خوب روانی او است. هم‌چنین پایین بودن نمره آزمودنی در مقیاس Hy (۱۱) نشان دهنده 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 می‌دهد (خطوط تیره مربوط به قبل از مداخله و خطوط نقطه‌چین مربوط به بعد

که در این نمودار مشاهده می‌شود قبل از مداخله نمره آزمودنی در مقیاس‌های شکایات جسمانی (۱۹)، افسردگی (۱۹) و اضطراب (۱۵)، نشان می‌دهد که آزمودنی وضعیت جسمانی خود رضایت ندارد و مبتلا به اضطراب و افسردگی است.

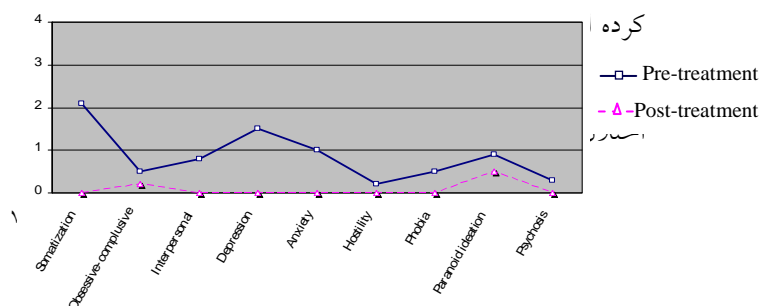
خطوط نقطه‌چین در نمودار ۲ نیمرخ روانی آزمودنی اول را در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله (مرحله B) نشان می‌دهد. بنابر نتایج وضعیت روانی و جسمانی آزمودنی کاملاً بهنجار است، به طوری که نمره آزمودنی در مقیاس شکایات جسمانی برابر با ۱۱، در مقیاس اضطراب برابر با ۷، در مقیاس افسردگی برابر با ۸ است که هر سه نمره بسیار پایین می‌باشد.

با مقایسه نمودارهای ۱ و ۲ می‌توان 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 نشان‌دهنده وجود نارضایتی جسمانی، اضطراب و افسردگی است.

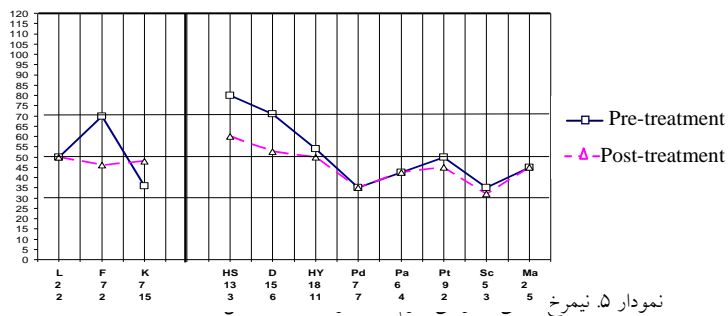
با مقایسه نیمرخ‌های روانی آزمودنی اول در آزمون MMPI و SCL-90-R در قبل از مداخله و بعد از مداخله (نمودارهای ۱ و ۲) می‌توان نتیجه گرفت که به کارگیری روان‌درمانگری خانوادگی مبتنی بر فنون شناختی-رفتاری همراه با درمان کایروپراکتیک در درمان اختلال عضلانی استخوانی (کمردرد) آزمودنی اول و اختلالات روانی همبود با آن نقش مؤثری داشته است.

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

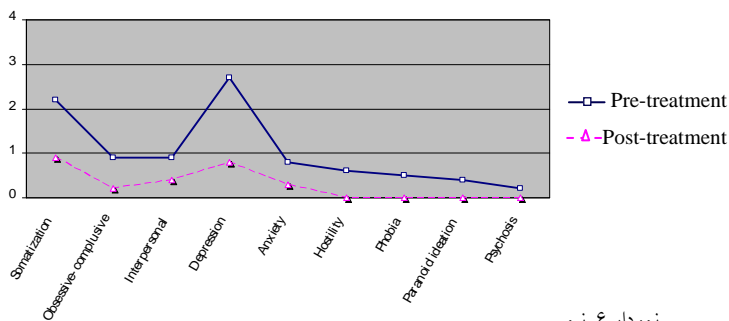
آزمودنی در اولین جلسه روان‌درمانگری اظهار کرده است: ۱۷ ساله بودم که پدر و مادرم با وضع بدی از هم جدا شدند و اکنون با مادر و مادر بزرگم زندگی می‌کنم، بسیار بی‌انگیزه و بی‌حوصله‌ام و دائماً خواب هستم، چهار ماه است که مبتلا به کمر درد شدیدی هستم و تمام زندگی‌ام را فلج



است، مدتی قبل به یک مرکز کایروپراکتیک مراجعه کردم
تشخیص اختلال سایکوسوماتیک داده است.



(مرحله A و مرحله B)



مداخله (مرحله A و مرحله B)

نمودار ۵ نیمرخ روانی آزمودنی سوم را در آزمون
MMPI 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). چنان که در این نمودار مشاهده می شود،
قبل از مداخله آزمودنی تمایل داشته است که خود را بدتر از
آنچه هست جلوه دهد. بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس
Hs یا هیپوکندریا (۱۰) نشان دهنده 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 نمره آزمودنی در مقیاس D یا
افسردگی (۱۴) نشان دهنده افسردگی شدید او است.

خطوط نقطه چین در نمودار ۵ نیمرخ روانی آزمودنی
سوم را در آزمون MMPI بعد از مداخله نشان می دهد.
همان گونه که در این نمودار مشاهده می شود، نیمرخ روانی
آزمودنی کاملاً بهنجار است. پایین بودن نمره آزمودنی در
مقیاس Hs یا هیپوکندریا (۵) نشان دهنده وضعیت خوب
جسمانی آزمودنی است و پایین بودن نمره آزمودنی در
مقیاس D یا افسردگی (۸) نشان دهنده وضعیت خوب روانی
و عدم افسردگی او است.

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

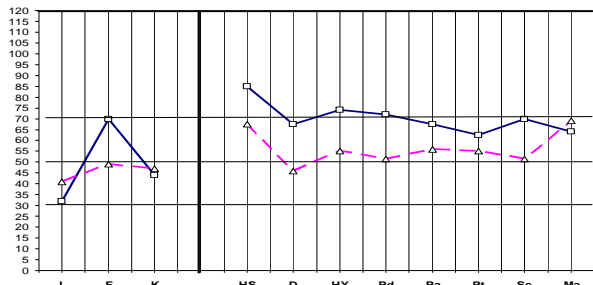
با مقایسه نمودارهای ۳ و ۴ درمی یابیم که بین نتایج
آزمون MMPI و SCL-90-R قبل از مداخله همخوانی
زیادی وجود دارد و هر دو نشان دهنده اضطراب، افسردگی
و مشکلات جسمانی در آزمودنی هستند.

با مقایسه 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
خانوادگی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری همراه با درمان
کایروپراکتیک نقش مؤثری در درمان اختلال عضلانی
استخوانی (کمردرد) آزمودنی و سایر اختلالات روانی همبود
با آن داشته است.

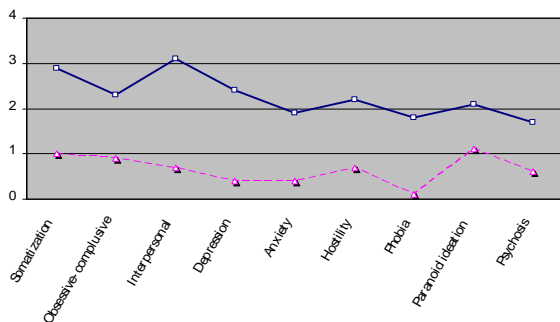
مشخصات آزمودنی سوم: خانم ح، ج. ن، ۳۸ ساله،
دیپلمه، خانه دار، همسر ۴۰ ساله و دیپلمه، دارای یک دختر
۱۸ ساله دانشجوی و یک پسر ۱۴ ساله.

آزمودنی در اولین جلسه روان درمانگری اظهار کرد: ۲۰
سال است که ازدواج کرده ام و فشار روانی زیادی را از
جانب همسر و خانواده او تحمل کرده ام، حق قضاوت
ندارم، حق حرف زدن ندارم، حق گفتگو ندارم (با گریه
شدید)، بسیار افسرده ام، عصبی، زودرنج و بی حوصله شده ام
و همیشه به خودکشی فکر می کنم، ۸ ماه است که به کمر
دردهای شدیدی مبتلا شده ام که زندگی را برایم سخت کرده

متنفرم. ۵ ماه است که به کمردردهای شدیدی مبتلا شده‌ام که زندگی را برایم ناگوار کرده است، هیچ امیدی به زندگی ندارم و آرزویی جز مرگ ندارم. به یک مرکز کایروپراکتیک مراجعه کردم، تشخیص اختلال سایکوسوماتیک داده‌اند.



نمودار ۷. نیمرخ روانی آزمودنی چهارم در آزمون MMPI قبل و بعد از مداخله (مرحله A و مرحله B)



مداخله (مرحله A و مرحله B)

چنان‌که در نمودار ۷ مشاهده می‌شود، قبل از مداخله آزمودنی تمایل داشته خود را بدتر از آنچه هست نشان دهد و دارای اضطراب، گوشه‌گیری، افکار عجیب و غریب و اجتماع ستیزی است. بالا بودن نمره آزمودنی در میزان Hs یا هیپوکندریا (۱۱) نشان دهنده نارضایی آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش است و این‌که آزمودنی تمایل دارد با آلام جسمانی توجه دیگران را جلب کند. بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس D یا افسردگی (۱۳) نشان دهنده افسردگی شدید او؛ بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس Hy یا هیستری (۱۶) نیز نشان دهنده ناراحتی او از وضعیت جسمانی خویش؛ بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس Pd یا سایکوپات (۱۲) نشان دهنده ناسازگاری اجتماعی آزمودنی و سرانجام نمره بالا در مقیاس Sc یا اسکیزوفرنیا (۱۴) نشان دهنده وجود افکار عجیب و غریب در آزمودنی 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 نقطه‌چین مربوط به بعد از مداخله است). بالا بودن نمره آزمودنی در شکایات جسمانی (۲۷) نشان دهنده عدم رضایت آزمودنی از وضعیت جسمانی خویش و بالا بودن نمره آزمودنی در مقیاس افسردگی (۳۴) نیز نشان دهنده افسردگی شد

است. خطوط نقطه‌چین 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 نمره آزمودنی در شکایات جسمانی (۱۰) نشان دهنده وضعیت جسمانی خوب او و پایین بودن نمره آزمودنی در افسردگی (۸) نشان دهنده کاهش و عدم افسردگی و وضعیت روانی مساعد او است.

با مقایسه نمودارهای ۵ و ۶ مشاهده می‌شود که نتایج آزمون MMPI و آزمون SCL-90-R قبل از مداخله همخوانی زیادی وجود دارد و هر دو آزمون نشان دهنده عدم رضایت جسمانی و افسردگی در آزمودنی است. با مقایسه نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون‌های MMPI و SCL-90-R قبل و بعد از مداخله (نمودارهای ۵ و ۶) می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مداخلات خانواده درمانی شناختی - رفتاری همراه با درمان کایروپراکتیک 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 بی‌سواد ۵۴ ساله، مادر بی‌سواد، 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 جلسه روان درمانگری اظهار کرده است: دو سال است که از همسر جدا شده‌ام، چون با زن دیگری ارتباط داشت و می‌خواست با او ازدواج کند. همسر مرا کتک می‌زد (با گریه شدید) و من ناچار شدم از او جدا شوم. حالا با پدر و مادرم زندگی می‌کنم ولی آنها به من اعتماد ندارند (با گریه شدید)، در حالی که من از مردها

- رفتاری همراه با درمان کایروپراکتیک 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 نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری همراه با درمان کایروپراکتیک نقش مؤثری در درمان اختلالات روان تنی عضلانی استخوانی نظیر کمردرد و گردن درد دارد. مقایسه 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 هیپوکندریا 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.

یافته فوق با نتایج پژوهش‌های ولسکا و همکاران (۲۰۰۳)، مک مورلند و سوتر (۲۰۰۰)، فریرا (۲۰۰۳)، ایوانز و برانفورت (۲۰۰۱) و شکل و کالتز (۱۹۹۷)، همخوانی و همسویی دارد.

ولسکا و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای که روی ۲۵۵۵ نفر که مبتلا به درد در ناحیه پشت، گردن و کمر بودند دریافتند که کلیه بیماران که پشت درد و کمر درد داشتند توسط کایروپراکتیک 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 کایروپراکتیک برای درمان این بیماران استفاده کردند. نتایج نشان داد در گروهی که مبتلا به کمردرد بودند، ۵۲/۵ درصد کاهش درد و ۵۲/۹ درصد کاهش ناتوانی را گزارش کردند.

فریرا و همکاران (۲۰۰۳) با انجام یک مطالعه فراتحلیلی به بررسی قابلیت درمان‌های کایروپراکتیک در درمان دردهای ناحیه پشت در ۳۴ پژوهش پرداختند. آنان قابلیت

خطوط نقطه چین در نمودار ۷ نیمرخ روانی آزمودنی چهارم را در آزمون MMPI بعد از مداخله نشان می‌دهد. چنان‌که ملاحظه می‌شود، نیمرخ روانی آزمودنی بعد از مداخله کاملاً بهنجار است. پایین بودن نمره آزمودنی در مقیاس Hs یا هیپوکندریا (۷) و مقیاس Hy یا هیستری (۱۲) نشان دهنده وضعیت جسمانی خوب او و رضایت از وضعیت جسمانی در آزمودنی است و پایین بودن نمرات آزمودنی در مقیاس‌های D یا افسردگی (۶)، Pd یا سایکوپات (۷) و Sc یا اسکیزوفرنیا (۷) نشان دهنده 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 می‌دهد (خطوط تیره مربوط به قبل از مداخله و خطوط نقطه چین مربوط به بعد از مداخله است). همان‌طور که مشاهده می‌شود قبل از مداخله نمره آزمودنی در کلیه شاخص‌ها 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 وضعیت بد جسمانی و روانی آزمودنی است.

خطوط نقطه چین در نمودار ۸ نشان دهنده نیمرخ روانی آزمودنی چهارم در آزمون SCL-90-R بعد از مداخله است. پایین بودن نمرات آزمودنی در کلیه شاخص‌ها 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 وضعیت جسمانی و روانی خوب و مطلوب آزمودنی است.

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

با مقایسه 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

بالای درمان دردهای ناحیه 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 و دردهای ناحیه 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 کایروپراکتیک دریافت نکردند.

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

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

جی و همکاران (۱۹۸۷) به مقایسه 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 شیوه 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 موفقیت‌آمیزی دردهای عضلانی استخوانی را درمان کند.

احتمالاً یکی از دلایل تأثیر به‌سزای خانواده درمانی شناختی - رفتاری همراه با کایروپراکتیک 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، مقابله مؤثر با فشارها و تنیدگی‌های روزمره و جرأت‌ورزی شده‌اند، در نتیجه توانسته‌اند با عوامل موقعیتی و اجتماعی ایجادکننده فشار روانی به طور مؤثری 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 معدودی آزمودنی و نداشتن گروه کنترل است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی با انتخاب تعداد زیادتری آزمودنی زمینه را برای مقایسه درمان‌های انفرادی (خانواده درمانی شناختی - رفتاری) و ترکیبی (خانواده درمانی شناختی - رفتاری) به همراه کایروپراکتیک فراهم نمود.

تشکر و قدردانی

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

فهرست منابع

اخوت، ولی‌الله و دانشمند، لقمان (۱۳۷۵). *ارزشیابی شخصیت*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

باقری یزدی، سیدعباس؛ بوالهروی، جعفر؛ و شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۳). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در میبد یزد. *فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره اول، ص، ۳۹-۳۳*.

روزنهان، دیویدال و سلیگمن، مارتین ای. پی. (۱۳۸۲). *آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه سیدمحمدی، یحیی. تهران: نشر ساوالان.

سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه. (۱۳۷۸) *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات آگاه. مارنات، گری گراث. (۱۹۹۰). *راهنمای سنجش روانی*. ترجمه پاشا شریفی، حسن و نیکخو، محمدرضا، ۱۳۷۵، تهران: انتشارات رشد.

American psychiatric Assonciation. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder. Fourth Edition, 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.
- Kirchner, 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 Rewearch on chiropractic*. (p. 78).
- Sanders, M., Shepherd, R., Cleghorn, G., & Woolford, H. (1994). The Treatment of recurrent abdominal pain in children: a cotroled 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.
- Shekelle & 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 sutypes 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). New York: 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 Eealing.