

## اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری توأم با دارو درمانی بر کیفیت زندگی، فراوانی و شدت

### علائم در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

کمال صوتی دهکردی<sup>۱\*</sup>، پیمان ادیبی<sup>۲</sup>، امیر قمرانی<sup>۳</sup>

#### خلاصه

مقدمه: درمان‌های دارویی و روان‌شناختی در بهبود کیفیت زندگی و رفع علائم سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر بوده‌اند. هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری توأم با دارو درمانی بر کیفیت زندگی و فراوانی و شدت علائم در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با علائم غالب اسهال بود.

روش: در این مطالعه کارآزمایی بالینی ۶۴ بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر براساس ملاک‌های تشخیص Rome-III انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه درمان شناختی- رفتاری توأم با دارو درمانی و دارو درمانی تنها تقسیم‌بندی شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس فراوانی و شدت علائم روده (BSS-FS) و آزمون کیفیت زندگی بیماران IBS (QOL - IBS) بود. داده‌های آماری از طریق کواریانس چند متغیری (مانکوا) مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه درمان شناختی- رفتاری توأم با دارو درمانی نسبت به گروه دارودرمانی تنها، هم در مرحله پیش از درمان و هم در مرحله پس از درمان، به‌طور معنی‌داری بیشتر بود ( $P < 0/05$ ). در زمینه فراوانی و شدت علائم بین دو گروه پس از درمان اختلاف معنی‌دار بود ( $P < 0/05$ ) اما در مرحله پی‌گیری این اختلاف معنی‌دار به‌دست نیامد.

نتیجه‌گیری: ترکیب درمان‌های روان‌شناختی توأم با دارو درمانی می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم سندرم روده تحریک‌پذیر با علائم غالب اسهال مؤثر باشد اما عدم استمرار در این نوع درمان‌ها منجر به عود علائم بیماری می‌شود.

واژه‌های کلیدی: سندرم روده تحریک‌پذیر، درمان‌شناختی- رفتاری، دارودرمانی، کیفیت زندگی

۱- استادیار روان‌شناسی، مرکز تحقیقات سلولی و مولکولی و گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد-۲ دانشیار گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۳- استادیار گروه

روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان

\* نویسنده مسؤول، آدرس: شهرکرد، خیابان پرستار، بیمارستان هاجر، بخش روان‌پزشکی • آدرس پست الکترونیک: kamal\_solati@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۹/۲۱ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۰/۱/۲۶ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۲/۲۱

## مقدمه

سندرم روده تحریک پذیر (Irritable Bowel Syndrome: IBS) یک اختلال عملکرد روده است که با ناراحتی و درد شکمی در ارتباط با اجابت مزاج و تغییر در عادات روده مشخص می شود (۱،۲). افراد مبتلا بسته به شدت علائم این بیماری درجاتی از اختلال در کیفیت زندگی پیدا کرده، به گونه ای که این بیماری در گروه قابل توجهی از بیماران سبب غیبت از کار، اختلال در روابط بین فردی، پرهیز از مقاربت جنسی و حتی ممانعت از حضور در جمع و مسافرت به علت ترس از ایجاد علائم می شود. همچنین سطح کیفیت زندگی این بیماران نسبت به جمعیت عمومی و افراد سالم پایین تر گزارش شده است (۷-۳). این سندرم حدود ۲۰ تا ۶۰ درصد با اختلالات روانی همراه است. اختلالات اضطرابی، افسردگی و اختلالات شبه جسمی با فراوانی بیشتری توأم با این بیماری گزارش شده اند (۸). حدود ۵۵ درصد بیماران با اختلال IBS دارای حداقل یک اختلال روان پزشکی در محور I هستند (۹). فراوانی بالای علائم IBS در بیماران با اختلال هراس، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی گزارش شده است (۱۰). بیشتر پژوهش ها اثربخشی داروهای ضد افسردگی را در کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران IBS گزارش کرده اند (۱۱،۱۲)، در حالی که در برخی دیگر از پژوهش ها چنین نتیجه ای به دست نیامده است. به عنوان مثال در پژوهشی درمان با سیتالوپرام و آمی تریپتیلین هیچ برتری نسبت به دارو نما در کاهش علائم IBS نداشته است (۱۳). صاحب نظران در امر گوارش بر اهمیت درمان های روان شناختی در کنترل علائم IBS تاکید دارند (۱۴). در یک پژوهش کارآزمایی بالینی، درمان شناختی - رفتاری (Cognitive Behavior Therapy: C.B.T) براساس کنترل خود (self-management) توأم با درمان استاندارد (دارودرمانی) در مقایسه با گروه کنترل (دارو درمانی تنها) مورد بررسی قرار گرفت و درمان شناختی - رفتاری براساس کنترل خود توأم با درمان استاندارد منجر به کاهش معنی دار علائم بیماران IBS هم در مرحله پس از درمان وهم در مرحله

پی گیری (۶ ماه پس از درمان) در مقایسه با گروه کنترل (دارو درمانی تنها) گردید (۱۵).

در پژوهش دیگری تأثیر درمان شناختی - رفتاری، آرامش تدریجی و مراقبت بالینی روزانه بر علائم جسمی و روان شناختی بیماران IBS غیر افسرده مورد بررسی قرار گرفت که بر اساس نتایج به دست آمده علائم جسمی و روان شناختی این بیماران بعد از مداخله کاهش پیدا کرد اما اختلاف معنی دار بین سه گروه وجود نداشت (۱۶).

در پژوهش دیگری اثربخشی سیتالوپرام روی بیماران IBS غیر افسرده مورد بررسی قرار گرفت و علائم بیماران IBS غیر افسرده ای که تحت درمان با سیتالوپرام قرار داشتند در مقایسه با گروه کنترل (دارونما) تفاوت چندانی نداشتند (۱۷).

در پژوهش دیگری تأثیر سریع درمان شناختی - رفتاری بر علائم این بیماران مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش بیماران IBS با علائم متوسط تا شدید به مدت ده جلسه و هر جلسه به مدت یک ساعت تحت درمان شناختی - رفتاری قرار گرفتند. پاسخ سریع به درمان براساس یک دوره چهار هفته ای و بر مبنای از بین رفتن درد و کاهش علائم شدید بیماران بود. در پژوهش مذکور ۳۰ درصد بیماران که تحت C.B.T قرار داشتند پاسخ سریع به درمان دادند و در ۹۰ تا ۹۵ درصد آنها بعد از پی گیری ۶ ماهه پاسخ سریع به درمان باقی ماند (۱۸).

پژوهش های دیگر نشان داده اند که اثر ترکیبی درمان های روان شناختی توأم با دارو درمانی (به طور ویژه ضد افسردگی ها)، در بهبود کیفیت زندگی بیماران IBS مؤثر است (۱۹،۲۰).

پژوهش های دیگر نیز نشان می دهد که درمان شناختی - رفتاری و آرام سازی در کاهش علائم سندرم روده تحریک پذیر مؤثر هستند (۲۱-۲۳). با توجه به اینکه برخی پژوهش ها تأثیر مداخلات روان شناختی و دارو درمانی را در کاهش علائم بیماران مبتلا به IBS و بهبود کیفیت زندگی آنها گزارش کرده و دیگر پژوهش ها چنین نتایجی به دست نیاورده اند، انجام چنین پژوهشی روی نمونه های ایرانی

ضروری به نظر می‌رسد. به‌همین دلیل هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان شناختی - رفتاری که از کارآمدترین درمان‌های روان‌شناختی محسوب می‌شود توأم با دارو درمانی (سیتالوپرام) بر کیفیت زندگی و فراوانی و شدت علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با علائم غالب اسهال بود.

### روش بررسی

روش مطالعه در این پژوهش کارآزمایی بالینی بود و جامعه مورد مطالعه کلیه بیماران گوارشی مراجعه‌کننده به درمانگاه سایکوسوماتیک بیمارستان نور اصفهان بودند که پس از تشخیص بیماری توسط متخصصین گوارش براساس مصاحبه و معاینه بالینی و ملاک‌های تشخیصی Rome-III انتخاب شدند. طرح نمونه‌گیری تصادفی آسان تا رسیدن به تکمیل حجم نمونه گروه‌ها در طول زمان ادامه یافت و تعداد نمونه‌های پژوهش ۶۴ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با علائم غالب اسهال بودند که به روش تصادفی ساده به دو گروه درمان شناختی - رفتاری توأم با دارو درمانی (سیتالوپرام) و گروه دارو درمانی تنها تقسیم شدند. درمان شناختی - رفتاری طی ۸ جلسه ۱/۵ ساعته و به مدت دو ماه به صورت انفرادی و توسط یک متخصص روان‌شناسی بالینی روی بیماران به کار گرفته شد. این نوع درمان بر این اصل بنا شده است که اختلال‌های روان‌شناختی با اختلال در نحوه تفکر مشخص می‌شوند. به‌ویژه در افسردگی و اضطراب که با افکار خودآیند منفی و تحریف‌هایی در تعبیر و تفسیر حوادث مشخص می‌شوند. با توجه به اینکه بیماران IBS از اختلال‌های همراه همچون افسردگی و اضطراب رنج می‌برند و درگیر تحریف‌های شناختی و افکار منفی علائم خود هستند (مثلاً حتماً بیماری من خطرناک و غیرقابل علاج است و درمان نخواهم شد و یا اسهال بیش از حد موجب دفع آب و املاح حیاتی از بدنم شده و سرانجام مرگ مرا در بر خواهد گرفت)، در طی جلسات فوق افکار بیماران دستکاری شده و با استفاده از فنون شناختی - رفتاری و ارائه تکالیف خانگی به آنها سعی

در رفع علائم روانی و جسمی این بیماران گردید. دارو درمانی بیماران با استفاده از سیتالوپرام بود که با دوز ۱۰ میلی‌گرم در روز شروع و پس از سه هفته به حداکثر ۴۰ میلی‌گرم در روز افزایش پیدا می‌کرد که توسط یک روان‌پزشک به بیماران تجویز می‌گردید. روش کورسازی به صورت یک سو کور بود به طوری که ارزیابی توسط یک کارشناس ارشد روانشناسی صورت می‌گرفت و درمان‌گران دو گروه از کار یکدیگر اطلاعی نداشتند. ابزار پژوهش در این مطالعه شامل دو آزمون بود:

الف) مقیاس فراوانی و شدت علائم روده یا BSS-FS (Bowel Symptoms Severity-Frequency Scale) این مقیاس براساس ملاک‌های تشخیصی Rome-III برای بیماران IBS-D ساخته شده که دارای ده سؤال در مورد فراوانی علائم و ده سؤال در مورد شدت علائم با یک مقیاس ۵ درجه‌ای می‌باشد. این آزمون ابتدا روی ۴۰ بیمار IBS-D اجرا گردید و مواردی که برای بیمار قابل درک و فهم نبود حذف و اصلاحات لازم در مورد سؤالات آزمون صورت گرفت. پس از آماده شدن فرم نهایی، اعتبار صوری آزمون توسط چند متخصص گوارش مورد تأیید قرار گرفت. برای به‌دست آوردن پایایی آزمون تعداد ۴۰ بیمار IBS-D به صورت تصادفی انتخاب شدند و آزمون فوق از طریق بازآزمایی، دو بار و در فاصله بین دو هفته روی آنها اجرا شد که همبستگی کلی نمرات به‌دست آمده بین دو بار اجرا برابر با ۰/۸۱ به‌دست آمد.

ب) - آزمون کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر (QOL-IBS)

این آزمون در سال ۱۹۹۸ توسط پاتریک ودراسمن ساخته شد که دارای ۳۴ سؤال و ۸ زیر مقیاس شامل ملال (Disphoria)، مداخله در فعالیت‌ها (Activities interference)، تصویر بدنی (Body image)، نگرانی نسبت به سلامت (Health worry)، اجتناب از غذا خوردن (Food abstinence)، واکنش اجتماعی (Social reaction)، نگرانی جنسی (Sexual worry) و روابط بین فردی (Interpersonal relation) می‌باشد. این آزمون از اعتبار بالایی برخوردار بوده

داده‌های آماری از طریق نرم‌افزار SPSS-15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. روش‌های آماری مورد استفاده شامل ضریب همبستگی پیرسون برای تعیین همبستگی بین ویژگی‌های جمعیتی و سابقه بیماری با IBS-D و آمار توصیفی و تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) بود.

### نتایج

از کل بیماران IBS-D، ۲۴ نفر مرد و ۴۰ نفر زن، ۵۰ نفر متأهل و ۱۴ نفر مجرد بودند. وضعیت تحصیلی بیشتر بیماران در هر دو گروه دیپلم بود. محدوده سنی بیماران بین ۱۷ و ۶۵ سال و میانگین سنی آنها  $37 + 15/43$  سال بود. محدوده سنی سابقه بیماری IBS-D در گروه C.B.T توأم با دارو درمانی بین یک تا ۲۸ سال و در گروه دارو درمانی بین یک تا ۱۸ سال به دست آمد (جدول ۱).

و پاسخ به درمان آن در پژوهش‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. پایداری کلی این آزمون در امریکا، اروپا و آسیا به ترتیب برابر با ۰/۹۵، ۰/۹۶ و ۰/۹۶ گزارش شده است (۲۴، ۲۵).

### مراحل پژوهش

این پژوهش شامل سه مرحله بود. مرحله اول پیش از درمان بود که بیماران پس از داشتن ملاک‌های ورود به صورت تصادفی به دو گروه ۳۲ نفره تقسیم شدند. مرحله دوم بعد از درمان بود که مداخلات درمانی (درمان شناختی - رفتاری و دارودرمانی) به مدت ۸ هفته روی بیماران اجرا شد و مرحله سوم شش ماه پس از آخرین مداخلات درمانی بود که مرحله پی‌گیری نام داشت. در پایان هر مرحله بیماران توسط ابزارهای پژوهش بررسی می‌شدند.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیتی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌های درمانی

متغیر	گروه	دارو درمانی (تعداد = ۳۲)	C.B.T توأم با دارو درمانی (تعداد = ۳۲)
سن (میانگین)		۳۳/۳۷ ± ۱۰/۷	۳۴/۰۲ ± ۱۰/۵
*جنس	مؤنث	۱۸ (۵۶/۲۵)	۲۲ (۶۸/۷۵)
*وضعیت تأهل	متأهل	۲۴ (۷۵)	۲۶ (۸۱/۲۵)
	زیر دیپلم	۸ (۲۵)	۸ (۲۵)
	دیپلم	۱۰ (۳۱/۲۵)	۱۲ (۳۷/۵)
*سطح تحصیلات	لیسانس	۱۰ (۳۱/۲۵)	۸ (۲۵)
	فوق لیسانس	۴ (۱۲/۵)	۴ (۱۲/۵)
سابقه بیماری (سال)	میانگین	۶/۷۵ ± ۴/۲۳	۶/۴۳ ± ۴/۰۸
	محدوده	۱-۱۸	۱-۲۸

اعداد معرف تعداد (درصد) می‌باشند.

بین ویژگی‌های دموگرافیک و نمرات پیش‌آزمون‌های پژوهش (کیفیت زندگی و علایم سندرم روده تحریک پذیر) همبستگی به دست نیامد اما بین سابقه بیماری IBS-D با نمرات پیش‌آزمون‌های پژوهش یعنی کیفیت زندگی ( $r=0/27$ )، فراوانی علایم ( $r=0/44$ ) و شدت علایم ( $r=0/38$ ) همبستگی به دست آمد که از نظر آماری معنی‌دار بود ( $P<0/05$ ). با توجه به این یافته، سابقه بیماری به عنوان یک متغیر همپراش به همراه نمرات پیش‌آزمون در تحلیل MANCOVA به کار گرفته شد. نتایج آزمون باکس ( $Bo^x$ ) ولوین (Levene's) نشان داد پیش فرض همسانی کواریانس و واریانس‌های مربوط به متغیرهای وابسته در گروه‌های C.B.T و دارو درمانی توأم با C.B.T باقی می‌ماند. بنابراین با توجه به این نتیجه و یکسانی حجم نمونه‌ها استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) بهترین روش آماری برای تحلیل داده‌های این پژوهش است. دیگر یافته‌های پژوهش نشان داد کنترل متغیرهای همپراش پیش‌آزمون و سابقه بیماری روی متغیرهای وابسته تأثیر گذاشته به طوری که با کنترل متغیر سابقه

بیماری و نمرات پیش‌آزمون‌ها هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری بین میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه C.B.T و گروه C.B.T توأم با دارو درمانی تفاوت معنی‌دار به دست آمد ( $P<0/05$ ). این تفاوت بین میانگین نمرات فراوانی و شدت علایم IBS در دو گروه در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار به دست آمد در حالی که در مرحله پیگیری این اختلاف معنی‌دار نبود ( $P<0/05$ ). میزان اثر ( $Eta^2$ ) درخصوص کیفیت زندگی مرحله پس‌آزمون برابر با  $0/67$  بود که نشان می‌دهد ۶۷ درصد تغییر در متغیرهای وابسته مربوط به تفاوت در عضویت گروهی یا نوع درمان است. به عبارت دیگر این میزان تأثیر بالای مداخلات روان‌شناختی (CBT) را روی بهبود کیفیت زندگی بیماران نشان می‌دهد. هرچه  $Eta^2$  بالاتر باشد نشان می‌دهد که سابقه بیماری و پیش‌آزمون‌ها اثر کمتری روی نتایج داشته و این اثرات ناشی از مداخلات درمانی است. همچنین توان آماری برابر یک به دست آمد که نشان از کفایت کامل حجم نمونه دارد (جدول ۲).

جدول ۲. تحلیل کواریانس (Covariance) مقایسه گروه‌های درمانی بر متغیرهای وابسته با کنترل متغیر سابقه بیماری و نمرات پیش‌آزمون در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

منبع متغیر	شاخص‌های آماری		میانگین مجذورات		df	F	P-Value	$Eta^2$		توان آماری
	$F_{(1, 12)}$	$F_{(1, 12)}$	$F_{(1, 12)}$	$F_{(1, 12)}$				$\eta^2$	$\eta^2$	
سابقه بیماری متغیرهای همپراش	کیفیت زندگی (QOL)	۲۲۰/۲۹	۲۸۴/۱۲	۱	۱	۴/۹۳	۳/۸۵	۰/۰۱ <sup>***</sup>	۰/۰۳۷ <sup>*</sup>	۰/۹۵
	فراوانی علایم (BSSS)	۶/۵۵	۷/۱۳	۱	۱	۴/۰۱	۴/۹۲	۰/۰۴ <sup>*</sup>	۰/۰۳۱ <sup>*</sup>	۱
	شدت علایم (BSFS)	۸/۶۴	۸۷۵	۱	۱	۳/۰۷	۳/۲۵	۰/۰۱ <sup>***</sup>	۰/۰۴۸ <sup>*</sup>	۰/۹۳
پیش‌آزمون متغیرهای همپراش	کیفیت زندگی (QOL)	۲۵۶/۰۴	۳۰۲/۸	۱	۱	۴/۸۹	۳/۵۱	۰/۰۲۷ <sup>*</sup>	۰/۰۱ <sup>***</sup>	۰/۸۸
	فراوانی علایم (BSSS)	۳۱/۶۱	۴۵/۷	۱	۱	۴/۷۶	۱۵/۶	۰/۰۰۷ <sup>***</sup>	۰/۰۱۵ <sup>*</sup>	۰/۹۵
	شدت علایم (BSFS)	۷/۱۲	۸۳۵	۱	۱	۵/۳۲	۵/۲۶	۰/۰۲۵ <sup>*</sup>	۰/۰۲۸ <sup>*</sup>	۱
عضویت گروهی متغیرهای مستقل	کیفیت زندگی (QOL)	۶۱۱/۷	۵۳۶/۴	۱	۱	۷/۰۱	۳/۶	۰/۰۰۱ <sup>***</sup>	۰/۰۰۴ <sup>***</sup>	۱
	فراوانی علایم (BSSS)	۶/۴۸	۸/۴۵	۱	۱	۴/۱۸	۹/۳	۰/۰۰۲ <sup>***</sup>	۰/۰۱۳ <sup>*</sup>	۰/۹۸
	شدت علایم (BSFS)	۴/۵۳	۶/۶۳	۱	۱	۵/۱۲	۵/۸	۰/۰۰۱ <sup>***</sup>	۰/۰۸۸ <sup>*</sup>	۱

\*  $P<0/05$ \*\*  $P<0/01$ \*\*\*  $P<0/001$

علایم IBS اختلاف دو گروه در مرحله بعد از درمان معنی‌دار بود ( $P=0/001$  در مقابل  $P=0/014$ )، اما این اختلاف در مرحله پی‌گیری معنی‌دار به‌دست نیامد ( $P=0/47$  در مقابل  $P=0/17$ ، جدول ۳).

مقایسه تفاوت گروه‌ها بر متغیرهای وابسته نشان داد که اختلاف معنی‌داری بین دو گروه C.B.T توأم با دارو درمانی و گروه دارو درمانی تنها در مقیاس کیفیت زندگی هم در مرحله بعد از درمان و هم در مرحله پی‌گیری وجود دارد ( $P=0/001$  در مقابل  $P=0/07$ ). در مورد شدت و فراوانی

جدول ۳. مقایسه زوجی دو گروه در مقیاس‌های کیفیت زندگی، شدت و فراوانی علایم IBS در سه مرحله پژوهش

متغیرهای وابسته	گروه‌های درمانی	میانگین نمرات تعدیل شده و انحراف استاندارد			سطح معنی‌داری (پی‌گیری)	سطح معنی‌داری (پس از درمان)
		قبل از درمان	بعد از درمان	پی‌گیری		
کیفیت زندگی (QOL)	C.B.T توأم با دارو درمانی	$82/4 \pm 11/02$	$62/87 \pm 9/9$	$75/4 \pm 10/03$	$0/007^{***}$	$0/001^{***}$
	دارو درمانی	$83/2 \pm 11/84$	$74/3 \pm 10/01$	$80/24 \pm 11/5$		
فراوانی علایم (BSSS)	C.B.T توأم با دارو درمانی	$12/10 \pm 1/2$	$6/48 \pm 1/4$	$10/02 \pm 1/7$	$0/47$	$0/001^{***}$
	دارو درمانی	$13/04 \pm 2/7$	$10/75 \pm 1/8$	$11/67 \pm 1/68$		
شدت علایم (BSFS)	C.B.T توأم با دارو درمانی	$11/57 \pm 2/6$	$6/01 \pm 1/1$	$9/54 \pm 1/8$	$0/17$	$0/014^*$
	دارو درمانی	$11/07 \pm 2/05$	$9/09 \pm 1/42$	$10/66 \pm 1/52$		

\* $P < 0/05$  \*\* $P < 0/01$  \*\*\* $P < 0/001$

کیفیت زندگی و کاهش علایم IBS، هم‌خوانی دارد (۱۹،۲۰). بنابراین پیشنهاد می‌شود در بالا بردن کیفیت زندگی این بیماران تنها به درمان دارویی اکتفا نشود و درمان‌های روان‌شناختی به‌ویژه درمان شناختی-رفتاری با توجه به گزارش سایر پژوهش‌ها مبنی بر همبودی این بیماری با اختلالات روانی (۱۰-۸)، مورد استفاده قرار گیرد. نتایج سایر پژوهش‌ها اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری را در بهبود کیفیت زندگی بیماران IBS نشان می‌دهد که مشابه نتایج به‌دست آمده در این پژوهش است (۲۹،۳۰). در بخش دیگر پژوهش نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری توأم با دارو درمانی در کاهش فراوانی و شدت علایم بیماران IBS در مرحله پس از درمان مؤثر بوده است به‌طوری‌که میانگین نمرات گروه درمان شناختی-

## بحث

در بررسی حاضر بیشتر بیماران زن بودند که نشان از شیوع بالاتر این بیماری در زنان دارد و مطالعات دیگر نیز این مسئله را تأیید کرده‌اند (۲۶،۲۷). سابقه بیماری IBS در بیماران از حداقل یک‌سال تا حداکثر ۲۳ سال به‌دست آمد که نشان دهنده مزمن بودن و عدم درمان قطعی این بیماری می‌باشد (۲۸). دیگر نتایج این پژوهش نشان داد درمان شناختی-رفتاری توأم با دارو درمانی (سیتالوپرام) اثر بیشتری نسبت به دارو درمانی تنها در بهبود کیفیت زندگی بیماران IBS هم در مرحله پس از درمان و هم در مرحله پی‌گیری داشته است که با پژوهش‌های گریسد (Greed) و همکاران و دراسمن (Drossman) و همکاران مبنی بر اثر ترکیبی روان‌درمانی توأم با داروهای ضدافسردگی در بهبود

(سیتالوپرام و آمی تریپتیلین) هیچ برتری نسبت به دارونما در کاهش علائم بیماران IBS ندارند (۱۷، ۱۳). نتایج این پژوهش‌ها با پژوهش حاضر سازگار نیست و علت آن را باید در این نکته بیان کرد که در پژوهش‌های فوق مداخلات صرفاً دارویی بوده در حالی که در پژوهش حاضر ترکیبی از درمان‌های روان‌شناختی (C.B.T) و دارو درمانی روی بیماران IBS به کار گرفته شد و به دلیل این درمان ترکیبی، فراوانی و شدت علائم این بیماران کاهش معنی‌داری داشته است.

نتایج دیگر پژوهش حاضر نشان داد درمان شناختی-رفتاری توأم با دارو درمانی روی فراوانی و شدت علائم بیماران IBS ۶ ماه پس از آخرین مداخلات درمانی یا مرحله پی‌گیری اثربخش نبوده و در مرحله پی‌گیری فراوانی و شدت علائم مجدداً عود کردند که با برخی مطالعات دیگر که عود تدریجی علائم را در طول ۶ ماه بعد از درمان گزارش کردند، هماهنگ است (۳۲، ۳۱). در مجموع پژوهش حاضر تأثیر عوامل Biopsychosocial را در بروز و درمان بسیاری از بیماری‌های طبعی از جمله IBS نشان می‌دهد. بنابراین همکاری بین متخصصین داخلی و گوارش با روان‌پزشکان و روان‌شناسان در زمینه درمان برخی از بیماری‌های گوارشی که عوامل روانی نقش مهمی در بروز یا شدت علائم آنها دارند، ضروری به نظر می‌رسد. از طرف دیگر استمرار درمان‌های روان‌شناختی در کنار مصرف دارو از عود مجدد علائم پیشگیری خواهد کرد. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر نداشتن گروه لیست انتظار بود که به دلیل مسایل اخلاقی نمی‌توانستیم چنین گروهی را به مدت ۶ ماه بدون هیچ مداخله درمانی نگه داریم و به همین دلیل روی دو گروه دارو درمانی اجرا گردید تا اثر CBT مورد ارزیابی قرار گیرد.

رفتاری توأم با دارو درمانی نسبت به دارودرمانی تنها کاهش داشته و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار به دست آمد. در پژوهشی درمان شناختی-رفتاری براساس کنترل خود توأم با درمان استاندارد در مقایسه با درمان استاندارد روی بیماران IBS مورد بررسی قرار گرفته که در آن علائم بیماران IBS در گروه اول نسبت به گروه دوم (کنترل) در مرحله پس از درمان کاهش معنی‌داری داشت (۱۵). منابع پژوهش مذکور مشابه با نتایج پژوهش حاضر است. در پژوهش دیگری پاسخ سریع درمان شناختی-رفتاری روی علائم بیماران IBS مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به دست آمده نشان از کاهش سریع علائم این بیماران پس از یک دوره چهار هفته‌ای مداخلات C.B.T داشت (۱۸) و نتایج پژوهش حاضر را مورد تأیید قرار می‌دهد. نتایج به دست آمده در پژوهش دیگری نشان داده تأثیر درمان شناختی-رفتاری، آرام‌سازی و مراقبت بالینی روزانه به عنوان سه روش درمان روی علائم بیماران IBS به یک میزان بوده و اختلاف معنی‌داری بین سه روش وجود ندارد (۱۶) که با پژوهش حاضر هم‌خوانی ندارد. شاید یکی از دلایل این مسئله به کارگیری درمان شناختی-رفتاری بدون مداخلات دارویی در پژوهش فوق بوده است در حالی که در پژوهش حاضر درمان شناختی-رفتاری توأم با دارو درمانی روی بیماران اجرا گردید که جنبه‌های ترکیبی پاتوفیزیولوژی و روان‌شناختی این بیماران را به اثبات می‌رساند.

برخی پژوهش‌ها اثربخشی داروهای ضداسفردگی را در کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران IBS مؤثر گزارش کردند (۱۲، ۱۱) که با پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد؛ به طوری که در پژوهش حاضر علائم بیماران IBS در گروه دارو درمانی تنها پس از مداخله کاهش داشته است. اما برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که داروهای ضداسفردگی

## References

1. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional Bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130(5): 1480-91.
2. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology* 2006; 130(5): 1377-90.
3. Leu R, Whorwell PJ. Quality of life in irritable bowel syndrome. *Pharmacoeconomics* 2001; 19: 643-53.
4. Brun-Strang C, Dapoigny M, Lafuma A, Wainsten JP, Fagnani F. Irritable bowel syndrome in France: quality of life, medical management and costs: the Encoli study. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2007; 19(12): 1097-103.
5. Wilson A, Longstreth GF, Knight K, Wong J, Wade S, Chiou CF, et al. Quality of life in managed care patients with irritable bowel syndrome. *Manag Care Interface* 2004; 17(2): 24-8, 34.
6. Frank L, Kleinman L, Rentz A, Ciesla G, Kim JJ, Zacker C. Health-related quality of life associated with irritable bowel syndrome: comparison with other chronic disease. *Clin Ther* 2002; 24(4): 675-89.
7. Hahn BA, Yan S, Strassel S. Impact of irritable bowel syndrome on quality of life and resource use in the United States and the United Kingdom. *Digestion* 1999; 60(1): 77-81.
8. Folks DG. The interface of psychiatry and irritable bowel syndrome. *Curr Psychiatry Rep* 2004; 6(3): 210-15.
9. Blanchard EB. Irritable bowel syndrome: Psychological assessment and treatment. *GUT* 2002; 50(4): 583-4.
10. Gros DF, Antony MM, McCabe RE, Swinson RP. Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depression. *J Anxiety Disord* 2009; 23(2): 290-6.
11. Tack J, Broekaert D, Fischler B, Van-Oudenhove L, Gevers AM, Janssens J. A controlled crossover study of the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram in irritable bowel syndrome. *Gut* 2006; 55(8): 1095-103.
12. Vahedi H, Merat S, Momtahan S, Kazzazi AS, Ghaffari N, Olfati G, et al. Clinical trial: the effect of amitriptyline in patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 27(8): 678-84.
13. Talley NJ, Kellow JE, Boyce P, Tennant C, Huskic S, Jones M. Antidepressant Therapy (Imipramine and citalopram) for irritable bowel syndrome: A Double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Dig Dis Sci* 2008; 53(1): 108-15.
14. Drossman DA. Do psychological factors define symptom severity and patient status in irritable bowel syndrome? *Am J Med* 1999; 107(5A): 41S-50S.
15. Moss-Morris R, McAlpine L, Didsbury LP, Spence MJ. A randomized controlled trial of a cognitive behavioral therapy-based self-management intervention for irritable bowel syndrome in primary care. *Psychol Med* 2010; 40(1): 85-94.
16. Boyce PM, Talley NJ, Balaam B, Koloski BA, Truman G. A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy, relaxation training, and routine clinical care for the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2003; 98(10): 2209-18.
17. Ladabaum U, Sharabidze A, Levin TR, Zhao WK, Chung E, Bacchetti P, et al. Citalopram is not-effective therapy for non-depressed patients with irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010; 81(1): 42.
18. Lackner JM, Gudleski GD, Keefer L, Krasner SS, Powell C, Katz LA. Rapid response to



- cognitive behavior therapy predicts treatment outcome in patients with irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010; 8(5): 426-32.
19. Drossman DA, Morris CB, Hu Y, Toner BB, Diamont N, Whitehead WE, et al. Characterization of health related quality of life (HRQOL) for patients with functional bowel disorder (FBD) and its response to treatment. *Am J Gastroenterol* 2007; 102(7): 1442-53.
  20. Creed F, Fernandes L, Guthrie E, Palmer S, Ratcliffe J, Read N, et al. The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2003; 124(2): 303-17.
  21. Lackner JM, Jaccard J, Krasner SS, Katz LA, Gudleski GB, Blanchard EB. How does cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome work? A medicational analysis of a randomized clinical trial. *Gastroenterology* 2007; 133(2): 433-44.
  22. Blanchard EB, Lackner JM, Sanders K, Krasner S, Keefer L, Payne A, et al. A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome *Behav Res Ther* 2007; 45(4): 633-48.
  23. Keefer L, Blanchard EB. The effects for relaxation response meditation on the symptoms of irritable bowel syndrome: results of a controlled treatment study. *Behav Res Ther* 2001; 39(7): 801-11.
  24. Drossman DA, Patrick DL, Whitehead WE, Toner BB, Diamant NE, Hu Y, et al. Further validation of the IBS-QOL: A disease-specific quality of life questionnaire. *Am J Gastroenterol* 2000; 95(4): 999-1007.
  25. Kanazawa M, Drossman DA, Shinozaki M, Sagami Y, Endo Y, Palsson OS, et al. Translation and validation of a Japanese version of the irritable bowel syndrome-quality of life measure (IBS-QOL-J). *Biopsychosoc Med* 2007; 1: 6.
  26. Hungin AP, Whorwell PJ, Tack J, Martin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40000 subjects. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17(5): 643-50.
  27. Greenberg M, Amitrone H, Galiczynski E. A contemporary review of IBS. *Phys Assist* 2002; 26(8): 26-33.
  28. Feldman M, Scharschmidt BF, Sleizenger MH. Sleizenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver diseases. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Saunders Publishers, 2002; PP 1794-805.
  29. Heyman M, Monnikes I, Arnold R, Florin I, Herda C, Melfsen S, Monnikes H. The combination of medical treatment plus multicomponent behavioral therapy is superior to medical treatment alone in the therapy of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2000; 95(4): 981-94.
  30. Thachuk GA, Graff LA, Martin GL, Bernstein CN. Randomized controlled trial of cognitive behavioral group therapy for irritable bowel syndrome in a medical setting. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting* 2003; 10(1): 57-69.
  31. Camilleri M, Northcutt AR, Kong S, Dukes GE, Mc Sorley D, Mangel AW. Efficacy and safety of alosetron in women with irritable bowel syndrome: a randomized, placebo-controlled trial. *Lancet* 2000; 355(9209): 1035-40.
  32. Novick J, Miner P, Krause R, Glebas K, Bliesath H, Ligozio G, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of tegaserod in female patients suffering from irritable bowel syndrome with constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16(11): 1877-88.

## The Effects of Cognitive – Behavior Therapy and Drug Therapy on Quality of Life and Symptoms of Patients with Irritable Bowel Syndrome

Solati Dehkordy K., Ph.D.<sup>1\*</sup>, Adibi P., M.D.<sup>2</sup>, Ghamarani A., Ph.D.<sup>3</sup>

1. Assistant professor, Cell Molecular Research Center & Psychology Dep., Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran
2. Associate Professor, Gastroenterology Dep., Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. Assistant professor, Psychology Dep., University of Isfahan, Isfahan, Iran

\* Corresponding author; e-mail: kama1\_solati@yahoo.com

(Received: 12 Dec. 2010 Accepted: 11 May 2011)

### Abstract

**Background & Aims:** Psychological treatment and the efficacy of drug therapy are considered to be useful in quality of life and symptoms of patients with irritable bowel syndrome. The aim of this study was to examine the effects of cognitive-behavior therapy associated with drug therapy in comparison to drug therapy alone on the quality of life and symptoms of IBS patients with diarrhea predominance.

**Method:** This study was a randomized clinical trial on 64 IBS patients. The patients were selected according to Rome-III criteria, and were divided into the two groups. Bowel Symptoms Severity and Frequency Scale (BSS-FS) and Quality Of Life (QOL-IBS) were used for evaluation of patients' symptoms. The first group underwent cognitive-behavior therapy with medication therapy, and the second group only received medication. Data were analyzed using analysis of multiple covariances (MANCOVA).

**Results:** The two groups showed significant difference in the QOL-IBS in post treatment and follow-up stages ( $P < 0.05$ ). There were significant differences in the severity and frequency of IBS symptoms between the two groups after the study period ( $P < 0.05$ ). However, no significant difference was observed at follow-up stage between the two groups ( $P > 0.05$ ).

**Conclusion:** Cognitive-behavior therapy associated with drug therapy can be useful in IBS patients with diarrhea predominance. However, stopping this treatment may lead to recurrence of the symptoms.

**Keywords:** Irritable bowel syndrome, Cognitive therapy, Drug therapy, Quality of life, Symptoms