

مقاله اصلی

اثربخشی پاروکستین بر علایم شناختی و هیجانی اختلال اضطراب اجتماعی

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۳/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۸/۳۰

خلاصه

مقدمه

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی با شناسه کارآزمایی ۲۰۱۷۱۲۲۸۰۳۸۱۰۹N۴ است، که با هدف بررسی اثربخشی داروی پاروکستین بر اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد.

روش کار

جامعه‌ی آماری این پژوهش، شامل کلیه مراجعه کنندگان به مراکز خدمات روانشناسی و مطب‌های خصوصی روانپزشکی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی در سطح شهر مشهد بود که در سال ۹۶-۱۳۹۵ در مرکز تخصصی روانشناسی انجام شد. در پژوهش جاری ۲۴ نفر از این بیماران به شیوه هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در گروه‌ها جایگزین شدند. ابزارهای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش که شامل پرسشنامه‌های مقیاس اضطراب اجتماعی اسپین (۲۰۰۰)، افسردگی بک-۲، مقیاس فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۸۹)، پیامدهای رویدادهای منفی اجتماعی ویلسون و ریپی (۲۰۰۵) می‌باشد، قبل و بعد از ۳ ماه بعد از دارو درمانی با پاروکستین، مورد ارزیابی قرار گرفتند.

نتایج

تحلیل آماری داده‌های پژوهش جاری با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، نشان می‌دهد که به طور کلی، داروی پاروکستین در سطح معناداری ($p < 0/05$) بر متغیرهای وابسته مؤثر واقع شده است.

نتیجه‌گیری

پاروکستین، بر اکثر خرده مؤلفه‌های متغیرهای وابسته، به طور معنادار در مرحله پس از آزمون اثربخش بوده است و در مرحله پیگیری اثربخشی معناداری به لحاظ آماری نداشته است. گروه کنترل نیز هیچ تفاوت معناداری در سه مرحله‌ی آزمون دیده نمی‌شود.

کلمات کلیدی

دارو درمانی، افسردگی، اضطراب اجتماعی؛ ترس از ارزیابی منفی، کیفیت زندگی
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

فرناز ابهر زنجانی^۱

حسن توزنده جانی^{۲*}

مهرداد امیری^۳

۱- دکترای تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات خراسان رضوی، ایران.

۲- دکترای تخصصی روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات خراسان رضوی، واحد نیشابور، ایران

۳- دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان-پزشکی و علوم رفتاری، دانشکده علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

* دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات خراسان رضوی، واحد نیشابور، ایران

Email: h.toozandehjani@ymail.com

مقدمه

اختلالات اضطرابی در آمریکا سالانه بیش از چهل و دو

میلیون دلار هزینه می‌برد بطوریکه افراد با مشکلات اضطرابی برای کاهش علائم شبه جسمانی بیماری نیاز به فردی دارند که از آنها مراقبت کنند. افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، سه تا پنج مرتبه بیشتر از دیگران به پزشک مراجعه می‌کنند و شش مرتبه بیشتر از افرادی که اضطراب ندارند، مستعد بستری شدن در بخش اعصاب و روان می‌باشند (۶). همچنین، در ۲۰۱۰ هزینه تمامی اختلالات اضطرابی بجز اختلال پنیک، حدود ۶۶ میلیارد یورو برآورده شده است (۷).

جهت درمان اختلالات روانشناختی، درمان‌های متفاوتی بکار می‌رود که به دو دسته کلی روانی اجتماعی و زیستی می‌توان آنها را تقسیم نمود که یک مورد از درمان‌های زیستی، درمان دارویی می‌باشد. در سال ۲۰۰۸، حدوداً هشتاد و پنج میلیون داروی آرامبخش به منظور کاهش علائم اضطرابی تجویز شد که تاکنون، پاروکستین یکی از داروهای تایید شده برای اختلال اضطراب اجتماعی توسط اداره کل غذا و داروی آمریکا (FDA) می‌باشد (۸). پاروکستین از خانواده داروهای ضد افسردگی مهار کننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین هستند. این داروهای با هدف به حداقل رساندن عوارض داروهای ضد افسردگی وارد بازار شدند (۹).

این دارو با مهار بازجذب سروتونین، موجب بازجذب آن در سیناپس‌های دستگاه عصبی مرکزی شده و با این مکانیسم، بر درمان افسردگی و اضطراب مؤثر واقع می‌شوند (۱۰). با عنایت به مطالب عنوان شده، پژوهش جاری در صدد آن می‌باشد که اثربخشی داروی پاروکستین بر اضطراب و افسردگی و ترس از ارزیابی منفی و کیفیت زندگی بیماران مبتلای به اضطراب اجتماعی را بررسی نماید.

روش کار

پژوهش جاری با کد مصوبه اخلاق IR.MUMS.fm.REC.1396.489 و کد کارآزمایی بالینی ۲۰۱۷۱۲۲۸۰۳۸۱۰۹N۴ اجرا شد و طرح پژوهش شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه آزمایشی و کنترل بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش، شامل کلیه مراجعه کنندگان

با عنایت به این مهم که امروزه با صنعتی شدن کشورها، اختلالات روانپزشکی از جمله اضطراب در افراد رو به افزایش است، اضطراب یک جزء طبیعی و غیر قابل اجتناب در زندگی هر فرد و در برگیرنده تغییرات جسمانی، روانی، رفتاری می‌باشد که در رویارویی با تهدید و خطر به طور خودکار رخ می‌دهند. این تغییرات شامل احساس ناخوشایند و مبهمی از هراس در کنار نشانه‌هایی همچون گیجی، تعریق، اسهال، افزایش فشار خون، تپش قلب، گشادی مردمک‌ها، بیقراری، لرزش، افزایش ضربان قلب، تکرر و فوریت ادرازی، گزگز اندامها و سنکوپ می‌باشد. اختلال اضطرابی، زمانی به عنوان یک اختلال تلقی می‌شود که در موقعیت‌هایی ایجاد شود که خطر واقعی وجود ندارد و یا اینکه با موقعیت هماهنگی ندارد و بعد از رفع خطر بیش از حد طول بکشد که شایع‌ترین اختلالات روانی در سطح جامعه هست (۱).

شیوع طول عمر اختلال اضطراب اجتماعی، ۱۳ تا ۳ درصد و شیوع شش ماهه حدود ۳ تا ۲ درصد در هر ۱۰۰ نفر می‌باشد (۲). آمار هشدار دهنده اضطراب، قرن بیستم را عصر اضطراب نامیده است، این در حالی است که تنها یک سوم افراد با اختلال اضطرابی تحت درمان قرار گرفته‌اند و دو سوم دیگر از جمله افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از مراجعه جهت درمان اجتناب می‌کنند. به طور معمول، بروز اغلب اختلال اضطراب اجتماعی، در سن پایین است و شروع اختلال در دوران کودکی، شدت بالا و مقاوم بودن اختلال را می‌رساند (۳). اضطراب اجتماعی می‌تواند به کاهش عزت نفس منجر شود و همچنین، نگرانی شدید افراد از ارزیابی منفی دیگران باعث می‌شود که افراد از حضور در موقعیت‌هایی که قرار است دیده شوند و یا قضاوت شوند، اجتناب می‌کنند (۴). یکی از پیامدهای ناخوشایند افسردگی و اضطراب، کاهش رضایت و کیفیت زندگی است که می‌تواند تاثیر عمده‌ای در زندگی داشته باشد (۵).

۴) ماده) است که هر ماده بر اساس ماده لیکرت پنج درجه ای (صفر: به هیچ وجه و چهار: بی نهایت) نمره گذاری می‌شود. پایایی باز آزمایشی این مقیاس در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، ۷۸٪ تا ۸۹٪ بوده و همسانی درونی آن در گروه بهنجار ۹۴٪ گزارش شده است. همچنین، کانور و همکاران (۲۰۰۰) بیان کردند نقطه برش پرسشنامه نمره ۱۹ می‌باشد. ضریب آلفای کلی برای هر یک از خرده آزمون‌ها بدین شرح گزارش شد: خرده آزمون ترس، ۰/۷۴، خرده آزمون اجتناب، ۰/۷۵ و خرده آزمون ناراحتی فیزیولوژیک، ۰/۷۵ می‌باشد. عموزاده (۱۳۸۶) همسانی درونی برای نیمه اول آن، ۰/۸۲ و برای نیمه دوم آن، ۰/۷۶ گزارش کرد. همچنین همبستگی بین دونیمه نیز، ۰/۸۴ می‌باشد.

۳- پرسشنامه افسردگی بک ۲-۲: این ابزار ۲۱ سوال دارد و پاسخ‌های آن بین ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند (در یک پیوستار چهار درجه‌ای از فقدان افسردگی؛ تا افسردگی شدید). در پرسشنامه افسردگی بک ۲ (BDI-II)، به منظور بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیاز همه سوالات را با هم جمع می‌نمایم. در این پرسشنامه (افسردگی بک ۲) حداقل و حداکثر جمع امتیاز مراجع از صفر تا ۶۶ در نوسان می‌باشد. ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ بوده است (فتی، بیرشک، عاطف و وحید و دابسون، ۱۳۸۴). این پرسشنامه ۲۱ آیتی در سال ۱۹۹۶ برای هماهنگی بیشتر با معیارهای dsm-5 مورد بازنگری قرار گرفت. نمرات بالاتر نشان دهنده افسردگی شدیدتر می‌باشد. BDI-II با مقیاس درجه بندی افسردگی همیلتون (HRSD) همبستگی (۷۱٪: r) دارد و پایایی باز آزمایشی یک هفته‌ای آن ۰/۹۳ می‌باشد.

۴- پرسشنامه پیامدهای رویدادهای منفی اجتماعی ویلسون و ربی ۳ (۲۰۰۵): برای تفسیر پیامد رویدادهای منفی اجتماعی طراحی شده است. در این پرسشنامه ۱۶ رویداد اجتماعی منفی توصیف شده است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۹ درجه ای (۰ = اصلا معتقد نیستم و ۹ = تا بی نهایت معتقدم) نمره گذاری

به مراکز خدمات روانشناسی و مطب‌های خصوصی روانپزشکی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی در سطح شهر مشهد بود که ۲۴ نفر از این بیماران را به شیوه هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در گروه‌ها جایگماری شدند. در این پژوهش، در مورد مسایل مربوط به طرح، قبل از اجرای پژوهش صحبت شد از جمله عدم ضرر دارو و همچنین نظارت روانپزشک بر طرح، محرمانه بودن اطلاعات (تعهد کتبی از شرکت کنندگان برای عدم نشر اطلاعات بقیه اعضا و عدم ملاقات یکدیگر در خارج از گروه درمانی)؛ تخصیص تصادفی شرکت کنندگان در گروه‌ها؛ حق خروج از تحقیق در هر زمانی که تمایل داشتند. ملاک ورود به پژوهش، داشتن علائم اختلال اضطراب اجتماعی که با مصاحبه تشخیصی بر اساس DSM5 بررسی شد و تحصیلات بالاتر از دیپلم و دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال و ملاک‌های خروج، داشتن یک اختلال دیگر محور یک یا دو بر اساس راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (DSM5)، داشتن بیماری جسمانی ناتوان کننده بود.

در پژوهش حاضر پس از انجام پیش آزمون، فقط به گروه آزمایشی، تحت نظر روانپزشک هر هفته بسته‌های هفت عددی پاروکستین داده می‌شد که تا آخر پژوهش، با درمانگر در ارتباط بوده‌اند و گروه کنترل تحت هیچ مداخله درمانی، قرار نگرفتند و متغیرهای وابسته بررسی شدند.

ابزارهای پژوهش

۱- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات DSM-V: یک مصاحبه کلینیکی ساختار یافته است که برای تشخیص‌گذاری اختلالات روانی عمده محور ۱ و ۲ بر اساس DSM-V به کار می‌رود. امینی و همکاران نشان داده‌اند که ویژگی این ابزار بالاتر از ۰/۸۵ و در نیمی از موارد بالاتر از ۰/۹ بوده است که نشانگر ویژگی مطلوب است.

۲- پرسشنامه هراس اجتماعی اسپین توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰): برای ارزیابی هراس اجتماعی ساخته شد. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی

² Beck

³ Wilson & Rapee

¹ Spin

استفاده شد. در این تحقیق پس از گزینش اولیه از بین متقاضیان ارجاع داده شده توسط روانپزشکان و روانشناسان بالینی شاغل در کلینیک ها و کارمندان دانشگاه‌های سطح شهر مشهد برای شرکت در پژوهش جاری، از نظر معیارهای شمول، ۲۴ نفر به شیوه هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره قرار گرفتند که در ادامه جلسات، از گروه آزمایشی ۳ نفر به علت غیبت بیشتر از ۲ جلسه از پژوهش کنار گذاشته شدند و مجموعاً ۲۱ نفر باقی ماندند که در جدول زیر، متغیرهای جمعیت شناختی به تفکیک گروه‌ها ارائه شده‌اند.

جدول ۱ - ویژگی‌های توصیفی نمونه‌های پژوهش در

گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل

	گروه دارو درمانی ۹ نفر	گروه کنترل ۱۲ نفر	$p > 0/05$
جنسیت			$\chi^2 = 0/99$
زن	۶۲/۵٪	۵۸/۳٪	
مرد	۳۷/۵٪	۴۱/۷٪	
وضعیت تاهل			$\chi^2 = 0/98$
متاهل	۵۰٪	۴۱/۷٪	
مجرد	۲۵٪	۴۱/۷٪	
جدا شده	۲۵٪	۱۶/۶٪	
سن	۲۹/۳۳(۷/۶۱)	۳۰/۵۰(۶/۴۰)	F = 0/11
(M)SD			

($p > 0/05$)

همانطور که در جدول فوق نشان می‌شود، بر اساس آزمون خی دو، بین دو گروه از نظر تعداد زن و مرد، تفاوت معنادار آماری وجود نداشت ($\chi^2 = 0/99$ ، $p > 0/05$) و همچنین، از نظر وضعیت تاهل نیز، تفاوت معنادار آماری دیده نمی‌شود. ($\chi^2 = 0/98$ ، $p > 0/05$) و بین گروه آزمایشی و گروه کنترل، بر اساس آزمون تحلیل واریانس تفاوت معنادار آماری از نظر سنی وجود نداشت.

می‌شود. ویلسون و رایبی (۲۰۰۵) همسانی درونی آن را به کمک روش آلفای کرونباخ، بین ۰/۶۳ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. روایی سازه این ابزار نیز به کمک روش تحلیل عاملی قابل قبول گزارش شده است (ویلسون و رایبی، ۲۰۰۵). پایایی آن ۰/۹۰ گزارش نمودند. در ایران نیز استوار (۱۳۸۶) با بکارگیری تحلیل عاملی اکتشافی دو عامل ترس از ارزیابی منفی خود و دیگران را استخراج کرد ۷۸/۵۰٪ از واریانس کل را تبیین می‌کردند و آلفای کرونباخ آنها به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۰ می‌باشد.

۵- مقیاس فرم کوتاه (پرسشنامه) کیفیت زندگی (IRQOL): پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت دارای ۲۶ سؤال است و دارای ۴ خرده مقیاس، سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط می‌باشد که به ترتیب هریک از خرده مقیاس‌ها دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال است. دو سؤال اول به هیچ یک از خرده مقیاس‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی می‌کند. بنابراین این پرسشنامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد. تحقیقات انجام شده در مورد مشخصات روانسنجی فرم کوتاه پرسشنامه WHOQOL نشان دهنده اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا، پایایی درونی (آلفای کرونباخ؛ سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روانشناختی ۰/۷۶، روابط اجتماعی ۰/۶۶، محیط ۰/۸۰) و پایایی test-retest مناسبی است. بازآزمایی ۶۷٪ ضریب دونیمه آن ۰/۸۷ و همسانی درونی این آزمون نیز ۰/۸۴ بوده است. در روایت از نصیری (۱۳۸۵)، ضرایب پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۸ نوسان دارد.

نتایج

داده‌های حاصل از پژوهش جاری به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۱۹، مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت و از میانگین و انحراف معیار جهت یافته‌های توصیفی و از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای تبیین یافته‌های تحقیق،

جدول ۲ - میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته در درمان دارویی

متغیرهای وابسته	پیش آزمون	پس آزمون	پیکیری
	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
اضطراب	۲۰/۷۷ (۲/۱۶)	۱۱/۰۰ (۲/۳۹)	۱۶/۵۵ (۲/۶۵)
اجتماعی	۲۵/۰۰ (۲/۲۳)	۱۷/۸۸ (۲/۷۱)	۱۶/۲۲ (۲/۹۰)

(۱/۳۶)۱۲/۱۱	(۱/۱۳)۳/۴۴	(۱/۵۸)۱۳/۳۳	ناراحتی فیزیولوژیک	
(۳/۳۷)۴۴/۸۸	(۴/۰۶)۳۲/۳۳	(۱/۹۶)۵۹/۱۱	نمره کل اضطراب اجتماعی	
(۲/۳۸)۱۱/۲۲	(۱/۳۳)۱/۵۵	(۳/۱۲)۲۴/۰۰	افسردگی	افسردگی
(۱/۶۱)۱۲/۸۸	(۱/۹۰)۱۳/۱۱	(۲/۰۴)۱۱/۲۲	روانشناختی	کیفیت
(۱/۲۶)۶/۱۱	(۱/۰۱)۶/۵۵	(۱/۱۳)۵/۴۴	روابط اجتماعی	زندگی
(۶/۵۵)۲۸/۲۲	(۱/۰۱)۲۸/۴۴	(۱/۵۰)۲۶/۱۱	رضایت از وضعیت زندگی	
(۱/۳۰)۲۷/۲۲	(۲/۵۷)۴۱/۸۸	(۱/۲۲)۲۶/۳۳	سلامت جسمانی	
(۶/۵۷)۷۴/۴۴	(۳/۶۷)۹۰/۰۰	(۱/۸۷)۶۹/۳۳	نمره کل کیفیت زندگی	
(۲/۷۲)۱۰۳/۷۸	(۷/۲۶)۱۲/۴۴	(۶/۸۷)۱۰۷/۴۴	ترس از ارزیابی منفی دیگران	ترس از
(۳/۷۳)۴/۷۷	(۱/۹۴)۳/۵۵	(۳/۱۹)۴۹/۲۲	ترس از ارزیابی منفی خود	ارزیابی منفی
(۵/۰۰)۱۴۸/۵۵	(۳/۰۸)۲۱/۳۳	(۹/۸۲)۱۵۶/۶۶	نمره کل ترس از ارزیابی منفی	
(۲/۹۰)۱۹/۳۳	(۲/۱۰)۱۹/۳۳	(۳/۰۱)۲۰/۰۰	ترس	اضطراب
(۳/۱۴)۱۹/۴۱	(۳/۳۶)۲۱/۲۵	(۲/۹۰)۲۰/۰۸	اجتناب	اجتماعی
(۱/۶۰)۱۲/۷۵	(۲/۴۵)۱۲/۷۵	(۱/۶۴)۱۳/۸۳	ناراحتی فیزیولوژیک	
(۴/۷۳)۵۱/۵۰	(۵/۳۶)۵۳/۳۳	(۳/۸۹)۵۷/۹۱	نمره کل اضطراب اجتماعی	
(۲/۸۷)۲۴/۳۳	(۴/۵۰)۲۳/۸۳	(۲/۷۵)۲۵/۱۶	افسردگی	افسردگی
(۱/۷۸)۱۲/۵۰	(۱/۹۲)۱۴/۴۱	(۱/۵۲)۱۱/۸۳	روانشناختی	کیفیت
(۲/۲۸)۵/۷۵	(۱/۴۴)۶/۴۱	(۲/۱۴)۵/۳۳	روابط اجتماعی	زندگی
(۶/۵۷)۲۸/۸۳	(۲/۶۴)۲۶/۱۸	(۱/۳۴)۲۷/۰۰	رضایت از وضعیت زندگی	
(۱/۰۷)۲۶/۳۳	(۱/۲۷)۲۵/۲۵	(۱/۶۷)۲۶/۵۸	سلامت جسمانی	
(۷/۱۹)۷۳/۴۱	(۳/۴۳)۷۲/۱۶	(۲/۱۳)۷۰/۷۵	نمره کل کیفیت زندگی	
(۵/۹۷)۱۰۶/۴۱	(۸/۱۱)۱۰۰/۷۵	(۱/۶۱)۱۰۵/۶۶	ترس از ارزیابی منفی دیگران	ترس از
(۵/۳۰)۵۲/۰۰	(۴/۰۱)۵۴/۸۳	(۲/۳۷)۵۴/۰۰	ترس از ارزیابی منفی خود	ارزیابی منفی
(۹/۶۹)۱۵۸/۴۱	(۷/۳۷)۱۵۵/۵۸	(۲/۳۸)۱۵۹/۶۶	نمره کل ترس از ارزیابی منفی	

(p > ۰/۰۵)

در جدول فوق، نتایج اثربخشی داروی پاروکستین بر ایجاد تفاوت در میانگین نمرات مؤلفه‌های وابسته اختلال اضطراب اجتماعی نمایش داده شد.

جدول ۳- تحلیل واریانس ابعاد متغیرهای وابسته گروه آزمایشی دارو درمانی

Partial η ²	Sig.	F	MS	df	SS	متغیرها
۰/۶۸	۰/۰۰	۴۰/۸۴	۱۰۸/۴۴	۲	۲۱۶/۸۸	اضطراب ترس
۰/۱۶	۰/۰۳	۳/۷۴	۳۰/۱۹	۲	۶۰/۳۹	اجتماعی اجتناب
۰/۷۲	۰/۰۰	۵۱/۰۴	۱۳۰/۸۵	۲	۲۶۱/۷۱	ناراحتی فیزیولوژیک
۰/۸۲	۰/۰۰	۸۶/۷۷	۵۷۶/۳۲	۲	۱۱۵۲/۶۴	افسردگی
۰/۰۸	۰/۱۹	۱/۷۲	۳/۷۳	۲	۷/۴۶	کیفیت روانشناختی
۰/۰۰	۰/۹۴	۰/۰۵	۰/۰۹	۲	۰/۱۹	روابط اجتماعی زندگی
۰/۰۵	۰/۳۶	۱/۰۲	۱۵/۴۳	۲	۳۰/۸۶	رضایت از وضعیت زندگی
۰/۰۵	۰/۳۳	۱/۰۲	۲۸/۴۸	۱/۰۸	۳۰/۸۶	
۰/۹۲	۰/۰۰	۲۲۲/۳۴	۴۵۸/۲۲	۲	۹۱۶/۴۴	سلامت جسمانی

۰/۹۶	۰/۰۰	۴۶۳/۸۱	۱۳۲۶۲/۸۲	۲	۲۶۵۲۵/۶۴	ترس از ارزیابی منفی دیگران	ترس از
۰/۹۶	۰/۰۰	۴۶۳/۸۱	۱۸۸۸۵/۲۹	۱/۴۰	۲۶۵۲۵/۶۴		ارزیابی منفی
۰/۹۴	۰/۰۰	۳۵۶/۸۷	۳۵۲۲/۱۰	۲	۷۰۴۴/۲۰	ترس از ارزیابی منفی خود	

(P>۰/۰۵)

اثربخشی پاروکستین بر اختلال اضطراب اجتماعی را میتوان چنین تبیین کرد که پاکسیل^۱ یکی از داروهای تأیید شده اداره کل غذا و داروی آمریکا برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی و یکی از داروهای تأیید شده برای این اختلال در ایالات متحده است. این تأیید توسط یافته‌های علمی تأیید شده است (۱۱). که باعث افزایش سروتونین می‌شود و حتی این مسئله ممکن است، منجر به بروز عارضه‌ای نادر به نام سندروم سروتونین شود که اگر بیمار مصرف کننده پاروکستین، در حال مصرف داروهای دیگر افزایش دهنده سروتونین می‌باشد، خطر بروز سندروم سروتونین بیشتر می‌شود، بنابراین در مورد تمام داروهای مصرفی، حتماً با پزشک خود مشورت شود. پاروکستین با مکانیسم جلوگیری از بازجذب مجدد سروتونین، برای درمان طیف گسترده‌ای از اختلالات اضطرابی مثل اختلال اضطراب عمومی، اختلال هراس و اختلالات اضطراب اجتماعی (۱۲) مورد تأیید قرار گرفته است که برای بزرگسالان ۱۲/۵ میلی گرم در روز تحت آزمایش قرار می‌گیرد و در فواصل حداقل یک هفته و افزایش ۱۲/۵ میلی گرم در روز؛ حداکثر دوز ۳۷/۵ میلی گرم در روز PO که با تحقیقات سازگار است (۱۳).

میکایل (۲۰۱۴) (۱۴) با متاآنالیزهای قبلی آزمایشات نشان می‌دهد که داروهای ضد افسردگی در مقایسه با پلاسبو در درمان افسردگی منافاتی کمتری دارند، که البته برخی معتقدند این مزایا از نظر بالینی مهم نیستند. در این پژوهش برای اولین بار، اثربخشی بازدارنده مجدد جذب سروتونین در درمان هر دو اختلال اضطراب و افسردگی ارزیابی شد. براساس تحلیل داده‌ها تفاوت معنادار بین اثربخشی پاروکستین و داروهای کاذب وجود داشت. در نتیجه شواهد موجود نشان می‌دهد که پاروکستین نسبت به داروهای کاذب در درمان اضطراب و افسردگی برتری معناداری دارند. پژوهش علمی (۱۵) با عنوان یک مطالعه آزمایشی دو سوکور با کنترل پلاسبو از پاروکستین بر افسردگی

در جدول ۳ اثربخشی درمان دارویی بر هر یک از خرده مؤلفه‌ها و متغیرهای وابسته بصورت مجزا بررسی شده است و در نتیجه این بررسی‌ها می‌توان مشاهده نمود معنی داری متناظر با هر سه متغیر از خطای ۰/۰۵ کمتر بوده و لذا می‌توان با اطمینان ۹۵٪ اظهار داشت: درمان فعال سازی رفتاری، با اندازه اثر ۶۸٪ بر کاهش ترس و با اندازه اثر ۱۷٪ بر کاهش اجتناب و با اندازه اثر ۷۳٪ بر ناراحتی فیزیولوژیک و با اندازه اثر ۸۲٪ بر کاهش علائم افسردگی و با اندازه اثر ۹۶٪ بر کاهش ترس از ارزیابی منفی دیگران و با اندازه اثر ۹۵٪ بر کاهش ترس از ارزیابی منفی خود و همچنین، بر بهبود علائم سلامت جسمانی در مؤلفه کیفیت زندگی با اندازه اثر ۹۲٪ در بیماران با اختلال اضطراب اجتماعی اثربخشی معنادار داشته است. اما در سه خرده مؤلفه متغیر وابسته ی کیفیت زندگی (روانشناختی، روابط اجتماعی، رضایت از وضعیت زندگی)، با محقق فرض کروییت و همچنین با اصلاح اپسلین گرین هوس گریسر، دو متغیر عضویت گروهی و سه مرحله ی آزمون به طور همزمان و تعاملی بر میانگین نمرات این سه خرده مؤلفه در گروه درمانی دارویی، اثر معناداری نداشته است.

بحث

هدف تحقیق جاری، بررسی اثربخشی داروی پاروکستین بر علائم بالینی و هیجانی اختلال اضطراب اجتماعی بود که نتایج مطالعه حاضر نشان داد، درمان دارویی، بر متغیرهای وابسته اجتناب و ترس از ارزیابی منفی خود، افسردگی، در پس آزمون و پیگیری به طور معنادار، اثربخش بوده است و بر خرده مؤلفه‌های ترس و ناراحتی فیزیولوژیک؛ سلامت جسمانی، ترس از ارزیابی منفی دیگران فقط در مرحله ی پس آزمون به طور معنادار تأثیر داشته است اما در میانگین نمرات خرده مؤلفه‌های روانشناختی، روابط اجتماعی، رضایت از وضعیت زندگی تفاوت معناداری دیده نمی‌شود. در گروه کنترل هیچ تفاوت معناداری در سه مرحله ی آزمون دیده نمی‌شود.

¹ Paxil

و کیفیت زندگی در بیماران نارسایی مزمن قلبی اینچنین بیان می‌دارد که پاروکستین نسبت به پلاسبو موجب بهبود قابل ملاحظه‌ای در کاهش افسردگی و بهبود سلامت عمومی بوده است. کاهش افسردگی با بهبود جنبه‌های روانی کیفیت زندگی مرتبط است اما با جنبه‌های فیزیکی کیفیت زندگی مرتبط نیست. در ادامه تبیین اثربخشی داروی ضد افسردگی پاروکستین بر اختلال اضطراب اجتماعی، چنین باید گفت که نتایج حاصل از مطالعات جدیدی از سوی متخصصان با بررسی ۸۰۰ فرد مبتلا اختلال افسردگی و اضطرابی دریافتند که در حدود دو سوم افراد مورد مطالعه با توجه به شکل و ظاهر نوروهای دارای گیرنده سروتونین، بدن آنها در مقابل درمان با داروهای افسردگی مقاومت نشان نداده و درمان این افراد اثربخش بوده است (۱۶). با وجود آنکه درمان‌های متفاوتی از قبیل دارو-درمانی و همچنین، روان‌درمانی برای اختلالات اضطرابی و افسردگی وجود دارند، هنوز شاهد آن هستیم که افرادی از دریافت درمان دارویی و یا روان‌درمانی امتناع می‌کنند که میتوان از دلایل آن، فقدان آگاهی‌های اجتماعی، تابو قلمداد شدن بیماری‌های روانی، کمبود کادر متخصص، گران بودن روش‌های درمانی و کمبود دارو عنوان نمود. اما با این وجود، مصرف داروهای ضد افسردگی در موارد شدید اختلالات افسردگی و اضطرابی بعد از اتمام دوره درمان سه ماهه، ۵۰ تا ۶۵٪ بیماران بهبودی چشمگیر پیدا می‌کنند، در حالیکه این درصد برای افرادی که دارونما (پلاسبو) استفاده کنند ۲۵ تا ۳۰٪ میباشد. این نکته که بعضی افراد با دارونما بهتر میشوند شاید جالب به نظر برسد، ولی لازم است بدانیم که این اثر مشابه اثری است که مسکن‌ها میتوانند روی احساس ما داشته باشند (۱۷).

مبتلایان به اختلالات اضطرابی و افسردگی که درمان دارویی ضد افسردگی دریافت کرده‌اند، در مقایسه با بیمارانی که درمان دارویی دریافت ننموده‌اند و به مرور زمان علائم بیماری کاهش یافته است، میزان عودت علائم بسیار کمتر بوده است بطوریکه در گروه اول، ۵۵/۸٪ و در گروه دوم ۸۳/۳٪ بوده است. سایر پژوهشگران با بررسی نقش داروهای ضد افسردگی در درمان اختلالات افسردگی و اضطرابی متوسط و شدید گزارش کرده‌اند که دارو درمانی به طور متوسط از شدت علائم کاسته و بهبودی بیماران را سرعت می‌بخشد (۱۸).

با توجه به مطالب بیان شده و پژوهش‌های ذکر شده که با نتایج تحقیق جاری همسو می‌باشد، تبیین این فرضیه مبتنی بر اثربخشی معنادار درمان دارویی بر نشانگان بالینی اضطراب و افسردگی و ترس از ارزیابی منفی که به دنبال آن وجود می‌آید و همچنین، بهبود نسبی کیفیت زندگی منطقی و بدیهی به نظر می‌رسد.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که دارو درمانی یکی از روش‌های درمانی مفید با اثربخشی سریع بر اختلالات روان رنجوری از جمله اختلال اضطراب اجتماعی می‌باشد که باید تحت نظر روانپزشک تجویز شود. با عنایت به اینکه داروی پاروکستین بر اختلال اضطراب اجتماعی، در مرحله پیگیری اثربخشی به لحاظ آماری معنادار نداشته است، بهتر آن است که درمان دارویی و روان‌درمانی به موازات یکدیگر انجام گیرند که اثربخشی معناداری در مرحله پیگیری نیز داشته باشند.

تشکر و قدردانی

از تمامی عزیزانی که در تدوین این اثر علمی، لطف داشته‌اند، سپاسگزاری می‌شود.

References

- 1- Tiwari N, Baldwin. DS. Yogic breathing techniques in the management of anxiety and depression: systematic review of evidence of efficacy and presumed mechanism of action. *Anxiety* 2018; 3:220-8.
- 2- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch General Psychiatry* 2005; 62:617-27.
- 3- Gottlieb SS, Kop WJ, Thomas SA, Katzen S, Vesely MR, Greenberg N, et al. A double-blind placebo-controlled pilot study of controlled-release paroxetine on depression and quality of life in chronic heart failure. *Am Heart J* 2007; 153:868-73.
- 4- Hoff LA, Morgan BD. *Psychiatric and mental health essentials in primary care*. Abingdon: Routledge; 2010.
- 5- Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21:718-79.

- 6- Martinez- Martin P, Rojo- Abuin JM, Dujardin K, Pontone GM, Weintraub D, Forjaz MJ, et al. Designing a new scale to measure anxiety symptoms in Parkinson's disease: item selection based on canonical correlation analysis. *Eur J Neurol* 2013; 20:1198-203.
- 7- Allen F, Fisher M, Phipps N. The correlation between depression and diabetes. *US Pharma* 2014; 39:12-5.
- 8- Stefanova E, Ziropadja L, Petrović M, Stojković T, Kostić V. Screening for anxiety symptoms in Parkinson disease: a cross-sectional study. *J Geriatric Psychiatry Neurol* 2013; 26:34-40.
- 9- Dozeman E, van Schaik DJ, van Marwijk HW, Stek ML, Beekman AT, van der Horst HE. Feasibility and effectiveness of activity-scheduling as a guided self-help intervention for the prevention of depression and anxiety in residents in homes for the elderly: a pragmatic randomized controlled trial. *Int Psychogeriatr* 2011; 23:969-78.
- 10- Spence SH, Rapee RM. The etiology of social anxiety disorder: an evidence-based model. *Behav Res Ther* 2016; 86:50-67.
- 11- Kishi T, Matsuda Y, Matsunaga S, Moriwaki M, Otake Y, Akamatsu K, et al. Escitalopram versus paroxetine controlled release in major depressive disorder: a randomized trial. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2017; 13:117.
- 12- Otsubo T, Watanabe Y, Hongo S, Inoue M, Akimoto K, Murakami K, et al. Comparative effectiveness of switching paroxetine formulation for treatment of major depressive disorder: an open-label multicenter study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018; 14:955.
- 13- Kubzansky LD, Kawachi I. Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease? *J Psychosomatic Res* 2000; 48:323-37.
- 14- Sugarman MA, Loree AM, Baltés BB, Grekin ER, Kirsch I. The efficacy of paroxetine and placebo in treating anxiety and depression: a meta-analysis of change on the Hamilton Rating Scales. *PloS One* 2014; 9:e106337.
- 15- Harmer D, Phil CJ, O'Sullivan U, Favaron E, Massey-Chase R, Ayres R, et al. Effect of acute antidepressant administration on negative affective bias in depressed patients. *Am J Psychiatry* 2009; 166:1178-84.
- 16- Rickels K, Zaninelli R, McCafferty J, Bellew K, Iyengar M, Sheehan D. Paroxetine treatment of generalized anxiety disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2003; 160:749-56.
- 17- Wagner KD, Berard R, Stein MB, Wetherhold E, Carpenter DJ, Perera P, et al. A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of paroxetine in children and adolescents with social anxiety disorder. *Arch General Psychiatry* 2004; 61:1153-62.
- 18- Olfson M, Kroenke K, Wang S, Blanco C. Trends in office-based mental health care provided by psychiatrists and primary care physicians. *J Clin Psychiatry* 2014; 75:247-53.

Original Article

The Effectiveness of Paroxetine on Cognitive and Emotional Symptoms of Social Anxiety Disorder

Received: 26/09/2019 - Accepted: 21/11/2019

Farnaz Abhar Zanjani¹
Hassan Toozandehjani^{2*}
Mahdi Amiri³

¹ Ph.D. in psychology, Department of psychology, Khorasan e Razavi Science and Research Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

² Ph.D in psychology, Department of psychology, Khorasan e Razavi Science and Research Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

³ Ph.D. in clinical psychology, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

* Department of psychology, Khorasan e Razavi Science and Research Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

Email: h.toozandehjani@ymail.com

Abstract

Introduction: This study is a clinical trial with trial ID 4N20171228038109, which aimed to evaluate the effectiveness of paroxetine on social anxiety disorder.

Materials and Methods: The statistical population of this study included all those referring to psychiatric services and private psychiatric offices diagnosed with social anxiety disorder in Mashhad city during the years 1396-96 in Specialized Psychological Center. In the current study, 24 of these patients were selected by purposive sampling and were randomly assigned to the groups. Research variables were measured by Spin Social Anxiety Inventory (2000), Beck Depression Inventory, World Health Organization Short Form Quality of Life Scale (1989), and Wilson & Rappi (2005) Social Negative Events Consequences. And evaluated 3 months after drug treatment with paroxetine.

Results: Statistical analysis of current research data using repeated measures ANOVA showed that in general, paroxetine was significantly ($p < 0.05$) effective on the dependent variables.

Conclusion: Paroxetine was significantly effective in the post-test phase on most of the components of the dependent variables and was not statistically significant in the follow-up phase. The control group also showed no significant difference in the three stages of the test.

Key words: Drug therapy, depression, social anxiety; fear of negative evaluation; quality of life

Acknowledgement: There is no conflict of interest.