

بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر افسردگی و شکایات جسمانی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (ام.اس.)*

The Effect of Cognitive-Behavior Group Therapy on Depression and
Dogmatization of Patients with Multiple Sclerosis (M.S.)*

Setareh Mokhtari, M.Sc.

Hamid Taher Neshat Doost, Ph.D.

Hossein Molavi, Ph.D.

ستاره مختاری**

دکتر حمید طاهر نشاط دوست**

دکتر حسین مولوی**

Abstract

Depression is one of the most common symptoms in Multiple Sclerosis (M.S). The purpose of this study was to evaluate the effect of Cognitive-Behavior Group Therapy on depression of patients with Multiple Sclerosis (M.S.) and also to examine its effect on somatic symptoms. The subjects consisted of 28 patients with M.S., who were randomly selected from the Isfahan M.S. Society, and were randomly assigned to experimental (n=14) and control (n=14) groups. The questionnaires were SCL-90-R and a Demographic Questionnaire. The experimental group received 6 weekly sessions of Cognitive- Behaviorl Group Therapy (CBT). While the control group

چکیده

«مالتیپل اسکلروزیس» از بیماریهای دستگاه عصبی است که در سنین اولیه جوانی با تخریب موضعی یا تکه تکه «میلین» در سلسله اعصاب مرکزی شروع می شود و با دوره های نامنظم بهبود و عود علائم همراه است. در بیماران مبتلا، واکنشهای روانشناختی متعددی دیده می شود که در میان آنها افسردگی از شیوع بالایی برخوردار است. با توجه به اثرات نامناسب افسردگی بر روی کیفیت زندگی افراد مبتلا و شدت بخشیدن به علائم و نشانه های جسمانی، هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر افسردگی و شکایات جسمانی بیماران مبتلا به «مالتیپل اسکلروزیس» بود. بدین منظور با استفاده از نمونه گیری تصادفی از بین جامعه آماری شامل کلیه مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس که در انجمن ام.اس. استان اصفهان دارای پرونده بودند، تعداد ۱۴ بیمار زن و ۱۴ بیمار مرد انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. نمونه های پژوهشی عبارت بودند

* Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, I.R. Iran. ✉ setareh_mokhtari@yahoo.com

* دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۱۰/۲۵، تصویب نهایی: ۱۳۸۷/۱/۲۵
** گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان

received no intervention. The results of the covariance analysis showed that after 6 sessions of CBT, the severity of depression was significantly lower in the experimental group than in the control group ($P > 0.01$), however, the difference of the two groups was not significant on somatization. It was concluded that, as a useful method of intervention, CBT may be applied for the patients with M.S. and other neurological diseases.

Keywords: multiple sclerosis (M.S.), depression, somatic symptoms. Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R).

از گروه آزمایشی متشکل از ۷ مرد و ۷ زن که مداخله درمانی را در عرض ۶ جلسه هفتگی دریافت نمودند و گروه کنترل، متشکل از همین تعداد افراد که این مداخله را دریافت نکردند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش «فهرست بازبینی تجدیدنظر شده ۹۰ نشانه‌گانی» (SCL-90-R) و پرسشنامه دموگرافیک محقق ساخته بود که در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون برای جمع‌آوری داده‌ها بر روی دو گروه آزمودنی‌ها اجرا گردید. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی موجب کاهش معناداری در میزان شدت مقوله‌های افسردگی در پس آزمون می‌شود ولی در کاهش شکایات جسمانی اثربخشی معناداری ندارد.

کلید واژه‌ها: مالتیپل اسکلروزیس (ام.اس.)، افسردگی، شکایات جسمانی.

● مقدمه

واحد ساختمانی دستگاه عصبی «نورون»^۱ یا سلول عصبی نام دارد. هر نورون از سه قسمت اصلی تشکیل شده است. قسمت اول «جسم سلولی» است که محل استقرار «هسته» سلول می‌باشد. قسمت دوم «دندریت» نام دارد که وظیفه آن انتقال پیام عصبی به سمت جسم سلولی است. قسمت سوم «آکسون» نام دارد و پیام عصبی را از جسم سلولی یک نورون به نورون دیگر منتقل می‌کند. نوعی از سلولهای محافظت کننده به نام سلولهای «شوان»^۲، به صورت یک لفاف در اطراف آکسون پیچیده شده و آنرا احاطه کرده‌اند. وظیفه سلولهای شوان ساخت ماده‌ای است که «میلین» نام دارد. میلین ماده متراکمی متشکل از ۷۰ درصد لیپید (چربی) و ۳۰ درصد پروتئین است. غلاف میلین برای آکسون نقش محافظتی دارد. برخی از نقاط آکسون فاقد میلین است و به این نقاط «گره‌های رانویه»^۳ گفته می‌شود. آکسونهای میلین دار به واسطه دارابودن میلین و گره‌های رانویه سرعت بالایی برای انتقال پیام عصبی دارند (مرعشی، ۱۳۷۶).

«مالتیپل اسکلروزیس»^۴ جزء گروهی از بیماریهای دستگاه عصبی است که با تخریب غلاف میلین راههای عصبی همراه است. تخریب میلین معمولاً در نواحی خاصی چون عصب بینایی، ساقه مغز و یا مخچه صورت می‌گیرد. مناطق ضایعه دیده «پلاک»^۵ نام دارند و این بیماری با

مجموعه گسترده‌ای از علائم و نشانه‌ها همراه است (اعتمادی فر و اشتری، ۱۳۸۱). از آنجائی که «مالتیپل اسکروزیس» می‌تواند هر بخشی از سیستم اعصاب مرکزی را تحت تأثیر قرار دهد، علائم و نشانه‌هایی که در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس بروز می‌کند، بسیار متنوع هستند؛ این علائم عبارتند از: ۱. علائم ماهیچه‌ای (جنبشی) ۲. علائم حسی - بدنی ۳. نشانه‌های ساقه مغز ۴. علائم عصب بینائی ۵. علائم بویائی و چشائی ۶. علائم مخچه‌ای ۷. خستگی مفرط و اختلالات خواب ۸. اختلال در مهار ادرار و مدفوع و اشکال در عملکرد جنسی ۹. علائم «پاروکسیسمال» یا حمله‌ای ۱۰. علائم و آشفتگی‌های دستگاه خود مختار ۱۱. اختلالات شناختی و واکنشهای روانی (کوک، ۲۰۰۱).

علائم و واکنشهای روانشناختی در اکثریت قریب به اتفاق مبتلایان به بیماریهای جسمانی مشاهده می‌شود. این علائم گاهی واکنشی به بیمار بودن است و گاهی بطور مستقیم نتیجه آسیب‌شناسی بیماری است. در کنار این علائم که گاهی در بیماران مزمن عمومیت دارد اختلالات خلقی و شناختی به‌طور اختصاصی جزء علائم و نشانه‌های مالتیپل اسکروزیس هستند (مور و کاکس، ۲۰۰۱).

از هر دو بیمار مبتلا به مالتیپل اسکروزیس، یک نفر در طول زندگی از علائم افسردگی رنج می‌برد. یعنی شیوع افسردگی در بیماران مذکور در حدود ۵۰ درصد است (شادونیک، ابرز و پاتی، ۱۹۹۱). الگوی افسردگی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس با افسردگی در افرادی که از نظر جسمانی سالم هستند تا حدی متفاوت است. شیوع افسردگی در بیماران مبتلا، در هر دو جنس مساوی است و این در حالی است که در جمعیت سالم اجتماع که واجد هیچ تشخیص طبی نباشند فراوانی افسردگی در زنان دو برابر بیش از مردان است (مور و کاکس، ۲۰۰۱). اگر افسردگی در بیماران مبتلا به یک اختلال طبی بدون درمان رها شود، عوارضی پدید خواهد آورد؛ نظیر بزرگنمایی و تشدید علائم جسمانی، افراط در مراجعه به درمانگاههای طبی و استفاده از خدمات درمانی، افزایش در مخارج درمانی، درگیری در رفتارهای پر خطر و حتی خودکشی (کیتون و واکر، ولوینسون، ۲۰۰۰). وجود احساس غمگینی دائمی، احساس ناامیدی نسبت به آینده، تصورات مکرر درباره معلولیت و از کار افتادگی و اشتغال ذهنی مداوم با افکار منفی، از عواقب نامطلوب افسردگی در فرد مبتلا هستند که حتی می‌توانند باعث رفتارهای افراطی نظیر اقدام به خودکشی شوند. «افسردگی» می‌تواند کیفیت زندگی فرد مبتلا را تحت تأثیر قرار دهد، او را از پیگیری درمانهای طبی برای بیماری‌اش دلسرد کند و علائم خطرناک بیماری را شدت بخشد. علاوه بر این افسردگی بر روند سازگاری و انطباق با شرایط جدید نیز تأثیر سوء

دارد (لویسون، ۲۰۰۰).

بر این اساس متخصصان برای کاهش رنج و تسکین وضعیت روحی بیماران، روشهای مختلف درمانی را مورد بررسی و پژوهش قرار داده‌اند. پیشینه پژوهشهای مختلف حاکی از آن است که درمان شناختی- رفتاری توانسته است بر مهار افسردگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس موفق عمل کند. به عنوان مثال اولین پژوهش رسمی در این زمینه در سال ۱۹۸۴ صورت گرفت. روان درمانی شناختی- رفتاری در این پژوهش به مدت ۶ هفته بر روی بیماران مبتلا اجرا شد و پس از ۴ هفته نیز یک پیگیری اجرا شد. نتایج آماری اثربخشی درمان مذکور را در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری نشان داد (لارکمه و ویلسون، ۱۹۸۴). بررسی مور و همکاران در سال ۲۰۰۱ بر روی ۶۳ بیمار مبتلا نشان داد که رفتار درمانی و دارودرمانی (مصرف سرتالین) بر افزایش خلق بیماران اثربخشی معناداری داشتند ولی درمان حمایتی بر کاهش افسردگی بیماران تأثیر معناداری بر جای نگذاشت.

نکته قابل توجه در پژوهشهای اخیر، اینجاست که درمانهای مؤثر بر افسردگی بر برخی شکایات جسمانی بیماران مبتلا، مخصوصاً خستگی زودرس نیز اثر بخش بوده‌اند. برای نمونه مور، هارت و گلدبرگ در پژوهشی که در سال ۲۰۰۳ صورت گرفت، به طور تجربی اثربخشی درمان برای افسردگی را بر کاهش خستگی زودرس مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاکی از آن بود که روان درمانگری‌های مؤثر بر افسردگی، عملاً با کاهش در شدت نشانه‌های خستگی زودرس، مرتبط است. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش میزان افسردگی و شکایات جسمانی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس می‌باشد.

● روش

○ این پژوهش از نوع شبه تجربی و طرح تحقیقی به صورت دو گروهی از نوع گروه آزمایشی و گروه کنترل همراه با پیش آزمون و پس آزمون بوده است.

○ در این پژوهش «جامعه آماری» عبارت بود از کلیه مبتلایان به بیماری مالتیپل اسکروزیس که در انجمن ام. اس. استان اصفهان عضویت داشتند. طبق آمار غیر رسمی و منتشر نشده انجمن ام. اس. اصفهان در بدو اجرای این پژوهش (پائیز، ۱۳۸۴) تعداد اعضای این انجمن بالغ بر ۱۲۰۰ مورد بود که از این تعداد ۴۵۰ نفر مرد و ۷۵۰ نفر زن بودند.

○ در این پژوهش «نمونه آماری» به صورت تصادفی از جامعه آماری گزینش شدند. برای اجرای نمونه گیری، بیماران بستری یا بیمارانی که به دلیل پیشروی شدید علائم قادر به جابجائی

نبودند، بیماران دارای پرونده‌های بدون نام و نشانی و بیمارانی که در شهر دیگری غیر از اصفهان و توابع اطراف ساکن بودند در نمونه‌گیری شرکت داده نشدند. از بیماران باقیمانده (۸۳۲ نفر؛ ۳۱۹ مرد و ۵۱۳ نفر زن)، ۲۸ نفر (۱۴ زن و ۱۴ مرد) به شیوه تصادفی انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۴ نفر) و کنترل (۱۴ نفر) قرار گرفتند. با توجه به عدم شرکت دو نفر از گروه آزمایشی در برنامه آموزشی، داده‌های مربوط به دو نفر از گروه کنترل نیز به طور تصادفی حذف گردید.

○ «متغیر مستقل» در این پژوهش عبارت بود از مداخله درمانگری که به صورت گروهی و بر مبنای اصول شناختی-رفتاری صورت گرفت. درمان شناختی-رفتاری در برگیرنده آموزشی تلفیقی و پیچیده‌ای از فنون رفتاری و شناختی است. فرض اصلی در شناخت درمانی این است که هیجانات و رفتارهای افراد تحت تأثیر ادراک آنها از حوادث قرار می‌گیرد. بنابراین خود یک موقعیت به طور مستقیم چگونگی احساس افراد را تعیین نمی‌کند. در درمان شناختی-رفتاری، ابتدا مشکل مراجع، براساس اصطلاحات شناختی، فرمول‌بندی و مفهوم‌سازی می‌شود. درمانجو و درمانگر در طول ارتباط مبتنی بر اعتماد متقابل، در جهت پیدا کردن و اصلاح فرضهای ناکارآمد تلاش می‌کنند. در این میان استفاده از روشهای رفتاری نیز برای افزایش مهارتهای خودیاری بسیار کارآمد هستند (هاوتون^۱، سالکووسکیس^۲، کرک^۳ و کلارک^۴، ۱۳۸۰). (۱۳۸۰)

درمان شناختی-رفتاری گروهی استفاده شده در پژوهش حاضر شامل شش جلسه بود. برنامه جلسه اول شامل آشنایی با مفهوم «هیجان»، آشنایی با مفهوم و علائم «افسردگی» به صورت ساده و تأثیر آن بر تشدید علائم ام. اس.، درک لزوم مهار افسردگی، آموزش نمره گذاری خُلق و ارائه تکلیف خانگی بود. در هر یک از جلسات بعدی، ابتدا موارد مطرح شده در جلسه قبل مرور می‌شد و موفقیت یا عدم موفقیت انجام تکالیف ارائه شده در جلسات قبل بررسی می‌شد. جلسه دوم شامل آشنایی با الگوی شناختی-رفتاری و آشنایی با مفهوم افکار خودآیند منفی بود. در جلسه سوم در مورد پیدا کردن افکار خودآیند منفی، توجه برگردانی، آشنایی و شناسایی خطاهای رایج شناختی و آموزش شکستن فعالیت به گام‌های کوچک، کار شد. جلسه چهارم شامل تشخیص خطاهای شناختی موجود در افکار خودآیند منفی و برنامه‌ریزی فعالیت بود. در جلسه پنجم در مورد چالش با افکار خودآیند منفی و پاسخدهی به افکار خودآیند منفی کار شد. جلسه ششم جایگزینی فکر تمرین شد و روشهای شناختی-رفتاری مرور گردید.

○ در این تحقیق «افسردگی» علائم و نشانه‌های افسردگی) و «شکایات جسمانی» به عنوان متغیر

همبستگی بود که بوسیله آزمون «فهرست بازیابی تجدیدنظر شده ۹۰ نشانگانی»^{۱۱} (SCL-90-R) مورد سنجش قرار گرفت.

○ این ابزار برای جمع آوری داده‌ها در مرحله پیش آزمون و پس آزمون بود. اعتبار این فهرست ۹۰ سؤالی به شیوه آزمون-بازآزمون بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ تخمین زده شده است (دروگاتیس، ریکلز و راک، ۱۹۷۶). روایی و اعتبار آن در تحقیقات متعددی در ایران نیز تأیید شده است (رضاپور، ۱۳۷۶، نشاط دوست، دیاریان، مولوی و نوری، ۱۳۷۷). علاوه بر این از یک «پرسشنامه جمعیت شناختی»^{۱۲} برای کسب اطلاعاتی در مورد سن، میزان تحصیلات و مصرف یا عدم مصرف داروی «بتایترفون» نیز استفاده گردید.

● نتایج

میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی در پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون

گروه	جنس	پیش آزمون			پس آزمون		
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
آزمایشی	زن	۶	۲۱/۳۳	۷/۸۹	۶	۱۰/۰۰	۱/۴۱
	مرد	۶	۲۷/۵۰	۱۲/۵۶	۶	۱۲/۳۳	۷/۰۳
	کل	۱۲	۲۴/۴۱	۱۰/۵۰	۱۲	۱۱/۱۶	۴/۹۸
کنترل	زن	۶	۲۴/۶۶	۱۵/۰۰	۶	۲۴/۸۳	۱۶/۳۰
	مرد	۶	۱۳/۰۰	۶/۰۰	۶	۱۳/۰۰	۴/۱۴
	کل	۱۲	۱۸/۸۳	۱۲/۴۸	۱۲	۱۸/۹۱	۱۲/۹۱

نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی دو گروه پس از مهار متغیرهای «سن» و «مصرف دارو» در جدول ۲ ارائه شده است. در این تحلیل با توجه به تفاوت دو گروه در پیش آزمون و ارتباط معنادار پیش آزمون و پس آزمون، تأثیر پیش آزمون مهار شده است. همانگونه که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین باقیمانده نمرات افسردگی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایشی و کنترل پس از مهار تأثیر پیش آزمون، سن و مصرف دارو معنادار است ($p < 0/0001$). میزان این تأثیر گروهی ۵۷ درصد بوده است. به عبارت دیگر ۵۷ درصد تفاوت نمرات افسردگی دو گروه مربوط به گروه درمانی شناختی- رفتاری می‌باشد.

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه افسردگی دو گروه پس از مهار تأثیر پیش آزمون، سن و مصرف دارو

متغیرها	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری	درجه آزادی
پیش آزمون	۸۶۳/۲۹	۲۶/۷۸	$p < ۰/۰۰۰۱$	۰/۶۱	۰/۹۹	۱
عضویت گروهی	۷۲۷/۶۷	۲۲/۵۸	$p < ۰/۰۰۰۱$	۰/۵۷	۰/۹۹	۱

میانگین و انحراف معیار نمرات «شکایات جسمانی» در پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمرات شکایات جسمانی دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون

گروه	جنس	پیش آزمون			پس آزمون		
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
آزمایشی	زن	۶	۱۵/۳۳	۸/۶۸	۶	۸/۸۳	۴/۰۲
	مرد	۶	۲۰/۶۶	۱۶/۸۲	۶	۱۲/۱۶	۱۲/۲۳
	کل	۱۲	۱۸/۰۰	۱۳/۰۶	۱۲	۱۰/۵۰	۸/۸۵
کنترل	زن	۶	۲۰/۱۶	۱۵/۲۵	۶	۱۸/۸۳	۱۶/۹۸
	مرد	۶	۱۱/۳۳	۹/۰۹	۶	۱۲/۸۳	۱۲/۰۰
	کل	۱۲	۱۵/۷۵	۱۲/۸۲	۱۲	۱۵/۸۳	۱۴/۳۷

نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش شکایات جسمانی دو گروه پس از مهار متغیرهای سن و مصرف دارو در جدول ۴ ارائه شده است. در این تحلیل نیز تأثیر پیش آزمون مهار شده است. همانطور که این جدول نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین باقیمانده نمرات شکایات جسمانی در دو گروه معنادار نمی‌باشد. به بیان دیگر، مداخله درمانی مذکور بر میزان شکایات جسمانی آزمودنی‌ها تأثیر نداشته است.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس شکایات جسمانی دو گروه پس از مهار تأثیر پیش آزمون، سن و مصرف دارو

متغیرها	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری	درجه آزادی
پیش آزمون	۱۹۳۸/۴۰	۳۳/۰۵	۰/۰۰۰	۰/۶۶	۱/۰۰	۱
عضویت گروهی	۲۱۳/۳۶	۳/۳۶	۰/۰۷۳	۰/۱۷۶	۰/۴۳۶	۱

● بحث

○ همانگونه که ملاحظه گردید، نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از حذف اثر متغیرهای کنترل میانگین باقیمانده نمرات افسردگی در مبتلایانی که در درمان گروهی شناختی- رفتاری شرکت کردند به طور معناداری کمتر از میانگین باقیمانده نمرات افسردگی در گروه گواه

بود. با توجه به بالا بودن این تأثیر می‌توان نتیجه گرفت که درمان گروهی بر مبنای اصول شناختی- رفتاری به طور معناداری، افسردگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس را کاهش داده است. نتیجه این پژوهش با تحقیقات لارکمه و ویلسون (۱۹۸۴) که از درمان گروهی بر مبنای اصول شناختی- رفتاری برای مهار علائم و نشانه‌های افسردگی استفاده کردند، سازگاری دارد. همچنین نتایج این پژوهش با تحقیق مور و همکاران در سال ۲۰۰۱ که به گونه‌ای با استفاده از اصول شناختی- رفتاری، طراحی شده بود تا افسردگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس را مهار و علائم و نشانه‌های آن را تسکین دهد همسو است.

○ در توجیه اثر بخشی معنا دار درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی بیماران ام. اس. چندین احتمال قابل توجه است: اول اینکه این درمان با به چالش کشیدن افکار خود آیند منفی و شناسایی و اصلاح خطاهای شناختی فرد، این فرصت را فراهم می‌کند تا فرد مبتلا از قید بایدها و نبایدها و افکار آرمانی گرایانه رها شود، بیمار بودن خود را بپذیرد، و به طرز منطقی با آن مواجه گردد. علاوه بر این، با تغییر در شناختهای فرد و اصلاح روان‌بنه‌های غیر منطقی او، مثلث سه گانه نگرش نسبت به «خود»، نسبت به «محیط» و نسبت به «آینده» متحول می‌شود در نتیجه بیمار به جای تمرکز بر روی ناتوانی‌ها، نازرنده سازی و ناامیدی نسبت به آینده، دیدگاه جدید و انعطاف پذیرتری را می‌یابد. وجود راهبردهای رفتاری نیز گامی در جهت فعال سازی بیمار است و او را یاری می‌کند تا از فرو رفتن در نقش «بیمار» بیرون بیاید، زندگی را از سر بگیرد و در حد توان به فعالیت‌های روزمره مشغول گردد. دوم اینکه درمان شناختی- رفتاری با اطلاعات و آگاهی‌هایی که به بیمار می‌دهد، او را علی‌رغم ناتوانی‌هایش، به تلاش برای افزایش خلق تشویق می‌نماید. به عبارت روشن‌تر، بیمار درگیر بودن در علائم و نشانه‌های افسردگی را حتی در شرایط ناتوانی جسمانی برای خود جایز نمی‌شمارد و برای کاهش علائم فعال می‌شود.

○ نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر شکایات جسمانی بیماران مبتلا به ام. اس. تأثیری نداشته است. یعنی تحلیل کوواریانس بر روی داده‌ها حاکی از آن بود که بین میانگین باقیمانده نمرات پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد. عدم تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر نشانه‌ها و شکایات جسمانی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس با مور و همکاران (۲۰۰۳) هماهنگی ندارد. در پژوهش مور و همکاران (۲۰۰۳) نیز روان درمانی شناختی- رفتاری که اختصاصاً جهت درمان افسردگی ترتیب داده شده بود نشانه‌های خستگی مفرط بیماران گروه آزمایش را کاهش داد. توجیه این عدم هماهنگی در یافته‌ها می‌تواند با بررسی سؤالات «فهرست بازبینی تجدیدنظر شده ۹۰ نشانگانی» (SCL-90-R) در

بعد شکایات جسمانی توجیه شود. بسیاری از سؤالات این مقوله مشابه با نشانه‌های واقعی بیماری مالتیپل اسکروزیس می‌باشد. مواردی چون سردرد، احساس خستگی، سرگیجه و یا کمرختی در دست و پا همگی از علائم و نشانه‌های بیماری مالتیپل اسکروزیس هستند که با محل قرارگیری ضایعات توجیه می‌شوند و در آزمون SCL-90-R به عنوان سنجش بعد شکایات جسمانی در نظر گرفته شده است. در عین حال SCL-90-R یک ابزار شدت سنج نیست و تنها از وجود یا عدم وجود علائمی خاص گزارش می‌دهد. در پژوهش مور و همکاران از ابزاری مشابه SCL-90-R که با علائم واقعی بیماری همپوشی داشته باشد استفاده نشده است. مور و همکاران از ابزار ویژه‌ای به نام «ابزار سنجش خستگی مفرط»^{۱۳} سود جستند که یک پرسشنامه اختصاصی برای اندازه‌گیری و ارزیابی علائم خستگی مفرط در مالتیپل اسکروزیس بود. بنابراین احتمال دارد که عدم هماهنگی در یافته‌های این پژوهش با تحقیق مور و همکاران، ناشی از تفاوت در ابزار مورد استفاده و ناکارآمدی در SCL-90-R سنجش کامل شدت شکایات جسمانی باشد. علاوه بر این در بررسی مور و همکاران طول دوره درمان بیش از دوره مداخله استفاده شده در این پژوهش بود. دوره درمان در بررسی مور و همکاران ۱۶ جلسه بود.

○ با توجه به نتایج بدست آمده در این تحقیق به نظر می‌رسد استفاده از درمان گروهی شناختی رفتاری در مراکز درمانی انجمنهای ام. اس. و کلیه مراکزی که با بیماران ام. اس. مواجه هستند می‌تواند در کاهش مشکلات روانشناختی و جسمانی این بیماران مؤثر باشد. همچنین اطلاع‌رسانی به پزشکان عمومی و متخصصان مغز و اعصاب درباره اثربخشی رویکردهای غیر طبی در مسائل روانشناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس، انگیزه استفاده از درمانهای تیمی را افزایش خواهد داد.

یادداشت‌ها

- | | |
|--|------------------------------|
| 1- Neuron | 2- Shwan |
| 3- Node of ranvier | 4- Multiple sclerosis |
| 5- Plaque | 6- Paroxysmal symptoms |
| 7- Hawton | 8- Salkovskis |
| 9- Kirk | 10- Clark |
| 11- Syntom Checklist-90-Revised | 12- Demographic Questionnare |
| 13- Fatigue Assessment Instrument(FAI) | |

منابع

- اعتمادی‌فر، محمدرضا؛ اشتری، فریبا. (۱۳۸۱). تشخیص و درمان مولتیپل اسکروز(ام.اس.). اصفهان: انتشارات

چهارباغ.

- بک، ج. (۱۳۸۰). راهنمای گام به گام شناخت درمانی. ترجمه محمدرضا عابدی و ایرج دوراهکی، جلد اول. اصفهان: انتشارات گلهای محمدی.
- رضایپور، محمود. (۱۳۷۶). هنجاریابی آزمون SCL-90-R بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد و شهید چمران اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- مرعشی، علی. (۱۳۷۶). فیزیولوژی سیستم عصبی و غدد درون ریز. اهواز: انتشارات نوپردازان.
- مؤسسه شناختی بک. (۱۳۸۲). کاربرد شناخت درمانی در اختلالات هیجانی. ترجمه شمس. تهران: نشر طیب و تیمورزاده.
- نشاط دوست، حمیدظاهر؛ دیاریان، مسعود؛ مولوی، حسین؛ و نوری، نرگس السادات. (۱۳۷۷). مقایسه وضعیت روانی- اجتماعی دانشجویان مشروط و غیر مشروط دانشگاه اصفهان. پژوهشهای تربیتی و روانشناختی، ۳، ۷۲-۸۳.
- هاوتون؛ سالکوس کیس؛ کرک؛ و کلارک. (۱۳۸۰). رفتار درمانی شناختی. ترجمه حبیب اله قاسم زاده، جلد اول، تهران: انتشارات ارجمند.
- Cook, S. D. (2001). *Handbook of multiple sclerosis (3rd edition)*. New York: Marcel Dekker, Inc.
- Derogatis, L. R.; Rickels, K.; & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Katon, W. J.; & Walker, E. A. (1998). Medically unexplained symptoms in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 15-21.
- Larcombe, N. A.; & Wilson, P. H. (1984). An evaluation of cognitive-behavior therapy for depression in patients with multiple sclerosis. *British Journal of Psychiatry*, 145, 366- 371.
- Levenson, J. (2000). *Depression*. Philadelphia: ACP(American College of Physicians).
- Lofits, J. M.; & Hauser, P. (2004). The phenomenology and treatment of interferon-induced depression. *Journal of Affective Disorders*, 82, 175-190.
- Mohr, D. C.; Boudewyn, A. C.; Goodkin, D. C.; Bostrom, A.; & Epstein, L. (2001). Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 942-949.
- Mohr, D. C.; Hart, S. L.; & Goldberg, A. (2003). Effects of treatment for depression on fatigue in multiple sclerosis. *Psychosomatic Medicine*, 65, 542-547.
- Mohr, D. C.; & Cox, D. (2001). Multiple sclerosis: Empirical literature for clinical health psychologists. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 479-499.
- Shadovnick, A. D.; & Ebers, G. C.; & Paty, D. W. (1991). Cause of death in patients attending multiple sclerosis clinics. *Neurology*, 41, 1193-1196.