

مرور خویشتن ؛ روشی یاری رسان به بیماران  
مولتیپل اسکلروزیس

Self-review; A helpful Technique to Multiple Sclerosis  
Patients



مهسا یعقوبی راد

دانشجوی دکتری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

**Mahsa Yaghoobirad**

PhD student, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran:  
mahsa.yaghoobirad@gmail.com

### Abstract

Multiple Sclerosis (MS) is self-immunity disease of the central neuro system known for its enormous damage in brain and spinal cord. In recent years, MS has spread massively in the country causing serious difficulties as it affects different aspects of the patient's life like profession, education and social activities by limiting the physical and cognitive abilities in his most productive years (20-40s). Since a definitive treatment for MS has not yet been found, utilising psychological approaches can positively increase the patient's perception of his own abilities in short term and decrease the level of depression accordingly. In this paper has been tried to provide an analysis of the effects of applying this method in the meetings of individual intervention with patients with Multiple Sclerosis, in addition to introducing the self-review technique as a cognitive reconstruction method and theoretically and practically. Cognitive problems of MS patients are expressed and the mechanism of psychological methods including the self-review technique in improving the imposed conditions will be explained.

**Key Words:** Multiple Sclerosis (MS), Self-review Technique, Psychology

### چکیده

مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری خود ایمنی مزمن در سیستم اعصاب مرکزی است که با آسیب گسترده در مغز و نخاع شناخته می‌شود. در سال‌های اخیر شیوع ام‌اس در کشور رو به افزایش بوده است و از آنجایی که این بیماری با تحمیل محدودیت‌های فیزیکی و شناختی در بسیاری از جوانب زندگی نظیر شغل، تحصیل و روابط بین فردی در پویاترین سال‌های زندگی (بین ۲۰-۴۰ سالگی)، مسائل و مشکلات زیادی را برای بیماران ایجاد می‌کند و با توجه به این که هنوز علم پزشکی دریافتن درمانی قطعی برای این بیماری ناتوان بوده است، پیدا کردن و به‌کارگیری روش‌های روان‌شناختی که بتواند خود پنداشت و برداشت افراد از توانایی‌های خود را تا حد امکان به‌صورت مثبت سامان دهند و در طی مدت‌زمانی کوتاه، افسردگی ناشی از این موانع و مسائل را کاهش دهد، امری ضروری در بهبود اوضاع و کیفیت زندگی بیماران می‌نماید. در این مقاله سعی شده است علاوه بر معرفی نظری و عملی روش مرور خویشتن به‌عنوان یک روش بازسازی شناختی، تحلیلی از اثرات به‌کارگیری این روش در جلسات مداخله‌ای فردی با بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ارائه گردد. مشکلات شناختی بیماران مبتلا به ام‌اس بیان و مکانیسم اثر روش‌های روان‌شناختی از جمله مرور خویشتن در بهبود شرایط تحمیل‌شده شرح داده می‌شوند.

واژه‌های کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس)، تکنیک مرور خویشتن، روانشناسی

## مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (MS)<sup>۱</sup> یک بیماری مزمن و پیش‌رونده در سیستم اعصاب مرکزی (CNS)<sup>۲</sup> است که با تولید ضایعات گسترده یا پلاک‌ها در مغز و نخاع شناخته می‌شود. این ضایعات و پلاک‌ها بر سیستم ملین اثر گذاشته و موجب اختلال در انتقال آکسونی می‌شود؛ که این امر می‌تواند منجر به ناتوانی دائمی گردد. ملین زدایی التهابی به‌عنوان فرآیند اصلی این بیماری شناخته می‌شود. به علت رشد گسترده پلاک‌ها، بیماری ام‌اس موجب ظهور دامنه وسیعی از علائم و نشانگان شناختی، حرکتی و روان‌پزشکی می‌گردد. آسیب در لوب‌های پیشانی<sup>۳</sup> و آهیانه ای<sup>۴</sup> می‌تواند موجب بروز مشکلات شناختی و عاطفی شود و وجود پلاک‌ها در مغز پیشین، ساقه مغز و نخاع منجر به بروز محدودیت‌های عملکردی در اندام می‌گردد. از این‌رو در هیچ دو نفر مبتلا به ام‌اس این نشانه‌ها دقیقاً یکسان نیست. علت دقیق بیماری ام‌اس هنوز مشخص نیست اما باور کنونی بر این است که ام‌اس یک بیماری چندعاملی است و عوامل به وجود آورنده‌ی آن باید در یک سیر و تعاقب خاص وجود داشته باشند تا بیماری ایجاد شود. به‌طور کلی عواملی که تاکنون برای ایجاد این بیماری برشمرده شده‌اند عبارت‌اند از: عفونت (ویروس حاد)، حساسیت، عوامل محیطی، استرس، ژنتیک و نقص ایمنی (چیاراولتی، ۲۰۰۸)<sup>۵</sup>.

بر مبنای میزان پیشرفت بیماری MS چهار دوره‌ی بالینی برای این بیماری شناسایی شده‌اند:

عودت‌کننده-بهبود یابنده<sup>۶</sup>: که توسط دوره‌هایی مشخص می‌شود که در آن نشانه‌ها تشدید می‌یابند و در بین حملات بهبودی کامل رخ می‌دهد. در حدود ۸۰٪ از افراد با

<sup>1</sup> Multiple Sclerosis

<sup>2</sup> Central Nervous System

<sup>3</sup> Frontal

<sup>4</sup> Parietal

<sup>5</sup> Chiaravalloti, N. D. & DeLuca, J.

<sup>6</sup> Relapsing-remitting

ام‌اس عودت کننده-بهبود یابنده بعداً دچار ام‌اس پیش‌رونده ثانویه<sup>۱</sup> می‌شوند که در آن نشانه‌ها به مرور زمان بدتر می‌شوند (با و یا بدون بهبود گاه‌به‌گاهی و خفیف).

ام‌اس پیش‌رونده-عودت کننده<sup>۲</sup>: نوعی است که در آن پس از آغاز بیماری، یک کاهش پیش‌رونده با برخی دوره‌های حاد عود علائم رخ می‌دهد. ممکن است که این دوره‌های بهبود یابند و ممکن است بهبودی در میان نباشد. در نهایت ام‌اس پیش‌رونده اولیه<sup>۳</sup> نوعی از بیماری است که در آن علائم بیماری بدون وجود دوره‌های بهبود و کم شدن علائم، به مرور زمان بدتر و بدتر می‌شود (چهاروولتی، ۲۰۰۸). مجمع جهانی مولتیپل اسکلروزیس (NMSS)<sup>۴</sup> میزان شیوع این بیماری را در سراسر جهان بالغ بر ۲ میلیون نفر تخمین می‌زند. اگرچه تحقیقات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهند که زنان حدوداً دو برابر مردان به ام‌اس دچار می‌شوند، نسبت ابتلای زنان به مردان به ام‌اس پیش‌رونده اولیه ۱/۳ به ۱ است (چهاروولتی، ۲۰۰۸) (احمدی آشتیانی، ۱۳۹۲).

### مشکلات شناختی در بیماران ام‌اس

علاوه بر مشکلات جسمانی که مبتلایان به ام‌اس با آن دست‌به‌گریبان هستند، مشکلات شناختی نیز می‌تواند در زندگی روزمره آنان اختلال به وجود آورد. از نشانه‌های شایع شناختی در این بیماری می‌توان به: نقص در توجه کامل، پردازش مفید اطلاعات، سرعت پردازش و حافظه‌ی بلندمدت اشاره داشت. از آنجایی که این بیماری غالباً در سنین جوانی (بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی) بروز می‌کند، این نقصان‌ها به صورت زیانباری، بسیاری از وجوه زندگی روزانه مانند حضور در جامعه، انجام امور مربوط به خانه و نگه‌داشتن شغل و روابط بین فردی را تحت تأثیر قرار می‌دهند که در نهایت می‌تواند بر کیفیت زندگی افراد بیمار اثرگذار باشند (چهاروولتی و دلوسا، ۲۰۰۸). اختلالات

<sup>1</sup> Secondary-progressive

<sup>2</sup> Progressive-relapsing

<sup>3</sup> Progressive-relapsing

<sup>4</sup> The National Multiple sclerosis Society

خلقی و عوارض روان‌پزشکی از جمله افسردگی در میان بیماران ام‌اس شایع است و تصور می‌شود که به‌طور قابل‌توجهی با فعالیت‌های شناختی و غیر شناختی تداخل داشته باشد. در واقع افسردگی را می‌توان شایع‌ترین اختلال خلقی در بین این افراد دانست که میزان آن بنا بر ابزار و روش‌هایی که برای مطالعه به کار رفته است حدود ۲۰-۵۰٪ برآورد شده است که این میزان ۳ برابر شیوع این اختلال خلقی در جمعیت نرمال است (آرنت، بارویک و بیینی، ۲۰۰۸).<sup>۱</sup> شیوع افسردگی در بین مبتلایان به ام‌اس در مقایسه با بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن و یا نورولوژیکی نیز بیشتر شایع است. علاوه بر افسردگی، میزان شیوع اضطراب نیز در بیماران ام‌اس حدود ۲۰-۴۰٪ است که می‌توان این میزان را قابل‌توجه دانست (جیوردانو و همکاران، ۲۰۱۱).<sup>۲</sup> تلاش‌هایی که در راستای شرح علت این افسردگی و نسبت دادن آن به ناتوانی‌های فیزیکی، داروهای مصرفی، اختلال‌های شناختی، خستگی و مدت‌زمان بیماری صورت گرفته است در نهایت ناموفق بوده‌اند. در واقع افسردگی در این بیماران می‌تواند ناشی از عوامل چندگانه‌ای مثل عوامل روان‌شناختی (نبود حمایت اجتماعی و یا دشواری در ارتباطات عاطفی) داشته باشد. اگرچه با پیشرفت تجهیزات پزشکی مشخص شده است که افسردگی در بیمارانی که در نخاع ضایعه دارند، در مقایسه با کسانی که در مغز ضایعه دارند، کمتر است (رابینز، ۱۹۸۶).<sup>۳</sup> تحقیقات نشان می‌دهد که وجود ضایعات در برخی قسمت‌های مغز می‌تواند احتمال ابتلا به افسردگی را افزایش دهد. از این‌روی افسردگی در بیماران ام‌اس ممکن است صرفاً واکنشی روانی به بیماری نباشد و ریشه در جنبه‌های بیولوژیکی بیماری داشته باشد (آرنت و همکاران، ۲۰۰۸). در بسیاری از اوقات بیماری‌های بدنی و روانی در راستای هم در فرد ظهور پیدا می‌کنند. در تائید این مطلب شواهد بسیاری بیانگر وجود افکار خودکشی در میان افراد مبتلا به بیماری‌های فیزیکی است. در واقع افکار خودکشی به‌عنوان یکی از نشانه‌های اصلی

<sup>1</sup> Arnett ,P. a ,Barwick ,F. H. ,& Beenev ,J. E.

<sup>2</sup> Giordano. A., Granello. F., Lugaresi. A., Martinelli. V., Trojano. M., Confalonieri. P., ...

Solari. A.

<sup>3</sup> Rabins PV, 1986

افسردگی اساسی در نظر گرفته می‌شود که در میان افرادی که به بیماری جسمانی دچار هستند، شیوع زیادی دارد. از آنجایی که افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات خلقی در میان بیماران ام‌اس است، وجود افکار و رفتارهای خودکشی در آن‌ها دور از ذهن نخواهد بود. در مطالعه‌ای که در بین ۱۴۰ بیمار مبتلا به ام‌اس انجام شد، مشخص شد که یک‌سوم آن‌ها در طول زندگی، افکار خودکشی را تجربه کرده‌اند. اگرچه تعداد افرادی که به این امر مبادرت نمودند، کم‌تر بوده است. افکار خودکشی در بیماران ام‌اس با بسیاری از عوامل در ارتباط است که عبارت‌اند از:

*افسردگی و اختلال‌های اضطرابی:* آنچه در مبحث اهمیت افسردگی در وجود افکار خودکشی مدنظر قرار می‌گیرد، در واقع شدت افسردگی است و نه مدت‌زمان ابتلا به آن. اختلال‌های اضطرابی نیز که غالباً به همراه افسردگی حادث می‌شوند، عاملی دیگر در ظهور افکار خودکشی دانسته شده‌اند.

*داشتن تاریخچه‌ی سوء‌مصرف مواد و الکل در طول زندگی:* به‌طور کلی میزان داشتن سابقه‌ی مصرف الکل در مبتلایان به ام‌اس حدود ۱۳٫۶٪ است که این آمار در مقایسه با جمعیت نرمال پایین‌تر است. اگرچه این عامل در افراد غیر مبتلا به ام‌اس نیز یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی افکار خودکشی است، اما در مبتلایان به ام‌اس در مقایسه با جمعیت نرمال عوامل قوی‌تری در پیش‌بینی افکار خودکشی است.

*انزوای اجتماعی به‌عنوان سومین عامل اثرگذار در افکار خودکشی به‌حساب می‌آید.* این نتیجه را می‌توان مؤید تحقیقاتی دانست که ازدواج را عاملی محافظت‌کننده در برابر افکار خودکشی برگماشتند. از عوامل مؤثر دیگر در وجود افکار خودکشی و یا رفتارهای آسیب‌زننده به خود می‌توان به: کم بودن سن، مبتلا بودن به ام‌اس نوع پیش‌رونده، درآمد پایین، مراحل اولیه بیماری، میزان بالاتر ناتوانی فیزیکی اشاره داشت (فینشتاین، ۲۰۰۲)<sup>۱</sup>. لانگ و میلر<sup>۲</sup> حمایت خانوادگی را به‌عنوان یکی از فاکتورهای مهم

<sup>۱</sup> Feinstein, 2002

<sup>۲</sup> Long and Miller

در پیش‌بینی تمایل به خودکشی در افراد مبتلا به ام‌اس برمی‌شمارند. همچنین برخی از تحقیقات نشان می‌دهند که احتمال خودکشی در سال اول پس از تشخیص بیماری در بیماران ام‌اس در بیشترین حالت خود قرار دارد. این امر به‌ویژه در مورد بیماران جوان‌تر صادق است. همچنین در افرادی که از همسر خود جدا شده‌اند، همسر خود را از دست داده‌اند و یا یک فقدان بین فردی را تجربه کرده‌اند، احتمال خودکشی بیشتر از سایرین است (پامپلی و همکاران، ۲۰۱۲).<sup>۱</sup> به دلیل شیوع زیاد افسردگی در بیماران ام‌اس و ارتباط آن با کیفیت زندگی و خودکشی و نیز اثر مستقیم آن بر روی بیماری، این اختلال خلقی در مطالعات زیادی مورد بررسی قرار گرفته است. در همین راستا در سال ۲۰۰۷ مدلی توسط آرنت و همکاران برای افسردگی در بیماری ام‌اس ارائه شد که در واقع ترکیبی از متغیرهای گوناگونی است که بنا بر شواهد، با افسردگی در ارتباط می‌باشند (آرنت و همکاران، ۲۰۰۸).

این مدل به‌طور کلی از سه بخش: عوامل بیماری ام‌اس، عوارض متداول (مشترک) در ام‌اس و متغیرهای تعدیل‌کننده تشکیل شده است.

•عوامل بیماری ام‌اس:

نوروسیتولوژی، نوروهیستولوژی، نوروفیزیولوژی و نوروایمیونولوژی است.

•عوارض مشترک در ام‌اس:

این عوارض به‌طور کلی عبارت‌اند از: خستگی، اختلال عملکرد شناختی، افسردگی، ناتوانی جسمانی و درد.

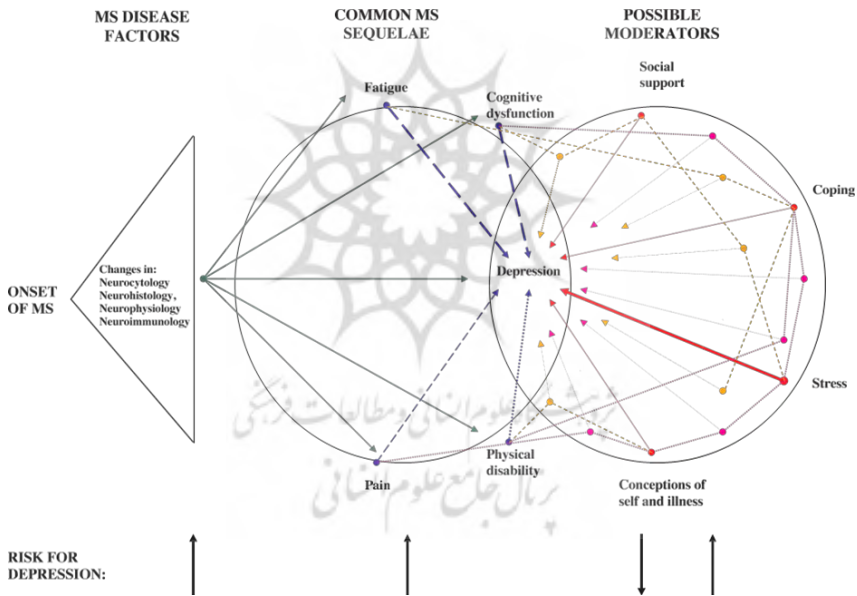
•متغیرهای تعدیل‌کننده:

حمایت اجتماعی، مقابله، استرس، افسردگی و ادراک از خود و بیماری

در شکل ۱ عوامل ارتباط بین عوامل بیماری ام‌اس با عوارض مشترک نشان داده شده است. در شکل ۱ عوارض متداول در ام‌اس - که افسردگی را هم در برمی‌گیرد - در یک دایره به نظم قرار داده شده‌اند. در این عوامل می‌توانند هم با یکدیگر و هم با فاکتورهای بیماری و متغیرهای تعدیل‌کننده در ارتباط باشند. در مدل افسردگی آرنت،

<sup>1</sup> Pompili et al. 2012

ارتباط هر یک از این عوامل با افسردگی، با در نظر گرفتن تعداد و نتایج حاصل از مطالعات گوناگون به صورت ترسیم خطوط نشان داده شده است. خطوط غیر منقطع بیانگر این هستند که شواهد همواره وجود ارتباط را تأیید کرده است و خطوط منقطع نشان‌دهنده‌ی این هستند که در مطالعات سطحی این ارتباط کمتر به چشم می‌خورد ولی در مطالعاتی که در آن‌ها تجزیه و تحلیل، به صورت دقیق‌تری انجام شده‌اند، وجود ارتباط مثبت تأیید شده است. خطوط نقطه‌چین هم بیانگر این مطلب است که شواهدی که از وجود تأثیرات حمایت‌کننده، در هاله‌ای از ابهام قرار دارد.



شکل ۱- متغیرهای تعدیل‌کننده محتمل در پیش‌بینی افسردگی با عوارض مشترک تعامل دارند.



همان‌طور که در شکل مشخص است، متغیرهای محتمل تعدیل‌کننده، نه تنها در پیش‌بینی افسردگی با عوارض مشترک ام‌اس در ارتباط هستند، بلکه ارتباط این متغیرها با یکدیگر هم می‌توان در افسردگی مؤثر باشد.

بنا بر مدل آرت، استرس به‌عنوان یکی از قوی‌ترین پیش‌بین‌های افسردگی در بیماری ام‌اس شناخته می‌شود و از سوی دیگر از آن به‌عنوان یکی از عوامل به وجود آورنده و تشدیدکننده‌ی ام‌اس یاد می‌شود. لذا در ادامه به شرح اثرات استرس در بیماران ام‌اس اشاره‌ای مختصر می‌شود:

### استرس و مقابله

پکنهام (۱۹۹۹)<sup>۱</sup> در مطالعه‌ای مدل استرس، رویدادهای استرس‌زا و روش‌های مقابله را در بیماری ام‌اس مورد بررسی قرار داد. او دریافت که تعامل وقایع استرس‌زا با روش‌های مقابله‌ی هیجان محور، به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای موجب آشفتگی می‌گردد. در مطالعه‌ی دیگری پکنهام (۲۰۰۵)، مقابله‌ی مبتنی بر سود را به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده در ارزیابی استرس و سازگاری مورد بررسی قرار داد و اثر متقابل چشمگیری را مشاهده نمود. بیمارانی که در مواجهه با رویداد استرس‌زا از شیوه‌ی یافتن فایده در رویداد استفاده می‌کردند، آشفتگی کمتری را گزارش دادند. درحالی‌که بیمارانی که نفع و فایده‌ی کمی در مقابله با استرس زیاد یافتند، آشفتگی زیادی گزارش کردند.

### استرس و ادراک از خود و بیماری

نیبون و دانمور (۲۰۰۴)<sup>۲</sup>، به بررسی این احتمال پرداختند که طرح‌واره شناختی منفی<sup>۰</sup> همان‌طور که در سبک اسناد دهی منعکس می‌شود-رابطه‌ی بین رویدادهای منفی زندگی و افسردگی را در بیماری ام‌اس تعدیل می‌کند. همچنین نیبون و دانمور دریافتند که رویدادهای منفی زندگی-چه رویدادهای عمومی و چه آن‌هایی که مخصوص با

<sup>۱</sup> Pekenham, 1999

<sup>۲</sup> Kneebone and Dunmore, 2004

بیماری ام‌اس بودند-با خصیصه‌های منفی جهانی در پیش‌بینی افسردگی در ام‌اس در تعامل می‌باشند. به‌طور خاص‌تر، آن‌ها دریافتند رویدادهای منفی زندگی زمانی می‌تواند پیش‌بین افسردگی باشد که با انتساب‌های منفی زیاد همراه باشند، در غیر این صورت افسردگی را به دنبال نخواهند داشت.

در راستای مطالعه بالا، بینی و آرن‌ت دریافتند که طرح‌واره‌ی شناختی-که بر اساس عملکرد مورد سنجش قرار گرفته شد-ارتباط بین استرس ادراک‌شده و افسردگی را در ام‌اس تعدیل نمود. نیز همین محققان همانند دانمور و نیبون، به این نتیجه رسیدند که گزارش بیماران ام‌اس از وقایع منفی زندگی تنها زمانی با افسردگی در ارتباط است که حافظه آن‌ها دارای سوگیری منفی باشد (آرن‌ت و همکاران، ۲۰۰۸).

#### خودکارآمدی در بیماران ام‌اس

خودکارآمدی مفهومی ست که برای اولین بار توسط بندورا<sup>۱</sup> در نظریه‌ی یادگیری اجتماعی ارائه شد و اشاره به اعتقاد هر فرد از ظرفیت خود برای بروز رفتار لازم در راستای تحقق هدفی خاص دارد. (بندورا، ۱۹۷۸).

به‌طورکلی، بیماری‌های مزمن با یک سری از مسائل و مشکلات همراه می‌شوند که تحمل آن‌ها می‌تواند برای فرد بیمار و یا خانواده و اطرافیان آن‌ها پراسترس باشد. مقابله کردن با عدم قطعیت و محدودیت‌های عملکردی که در پی بیماری به وجود می‌آید، می‌تواند با استراتژی‌هایی که موجب بهبود ادراک بیمار از ظرفیت‌هایش شود، تسهیل گردد. محققان رفتارگرا دو روش یا استراتژی عمده در مقابله با مسائل را برشمردند. روش مسئله مدار و روش هیجان مدار؛ که هر دوی این روش‌ها می‌توانند بنا بر شرایط موجود و میزان قابل‌کنترل بودن رویداد پیش‌آمده، مفید واقع شوند. رویکرد مسئله مدار اغلب در مواجهه با رویدادهای قابل‌کنترل مؤثر واقع می‌شود، درحالی‌که رویکرد هیجان مدار می‌تواند در مقابله با رویدادهای غیرقابل‌کنترل مثر تر

<sup>1</sup> Bandura

واقع گردد؛ بنابراین، برآورد دقیق میزان کنترل‌پذیری یک عامل استرس‌زا می‌تواند یکی از روش‌های مقابله و اثربخشی آن را تعیین نماید. انتظارات بیمار، می‌تواند انتساب کنترل را مورد تأثیر قرار دهد که یکی از عوامل تعیین‌کننده این انتظارات خودکارآمدی است. این سازه بین ادراک از ظرفیت‌های رفتاری، میزان انگیزه، الگوهای فکری و واکنش‌های هیجانی، با شرایط نامشخص و به‌طور بالقوه تهدیدکننده، ارتباط برقرار می‌کند. خودکارآمدی به درجه‌ی اعتمادبه‌نفس فرد در بروز رفتارها و یا استراتژی‌های مدیریتی مناسب مرتبط به یک شرایط و یا وضعیتی خاص اشاره دارد؛ بنابراین، خودکارآمدی بیش از این‌که قابلیت عملکرد واقعی را اندازه بگیرد، ادراک فرد از قابلیت‌هایش را منعکس می‌نماید.

بیماری ام‌اس یک نمونه از وضعیت‌های مزمنی است که دارای تأثیرات روان‌شناختی بر فرد مبتلاست که این تأثیرات، خود می‌تواند از طریق عوامل خودکارآمدی تحت تأثیر قرار گیرند. تمام بیماران ام‌اس با عدم اطمینان از آینده و انتظار افت عملکرد در آینده دست‌به‌گریبان هستند. با این حال این امری معقول است اگر انتظار داشته باشیم که تفاوت در باورهای خودکارآمدی افراد در شدت افت کیفیت زندگی ناشی از این عدم قطعیت، نقش داشته باشد. نتایج تحقیقات به‌دست‌آمده نیز مؤید این مطلب است که میان خودکارآمدی بالا در مبتلایان به ام‌اس با سازگاری بهتر و ناخوشی‌های روانی کمتر، ارتباط وجود دارد. البته تحقیق دیگری نشان می‌دهد که احساس ناامیدی می‌تواند نقش بیشتری در افسردگی مبتلایان به ام‌اس ایفا کند تا خودکارآمدی پایین (سچوارتز و همکاران، ۱۹۹۶).<sup>۱</sup>

با توجه به نتایج حاصل از تحقیقات انجام‌شده، می‌توان به این نتیجه رسید که مداخله‌های روان‌شناختی نظیر مداخله‌های شناختی-رفتاری، مدیریت استرس، آموزش به‌شیراری و روش‌های دیگری که افسردگی، خستگی و سایر علائم روانی را در بیماران ام‌اس کاهش می‌دهند، در واقع می‌توانند قدم بزرگی در ارتقای کیفیت زندگی افراد مبتلا ایفا کنند. نکته‌ی قابل‌توجه دیگر در مورد بیماری ام‌اس آن است که این بیماری

<sup>۱</sup> Schwartz & Kraft, 1999.

می‌تواند تأثیر زیادی بر روی درک افراد از "خود (Self)" داشته باشد (نوسک ما، ۲۰۰۱). طرح‌واره‌های شناختی بیانگر روش‌هایی است که ما از طریق آن، برداشت و درکمان را نسبت به خود، روابطمان با دیگران و جایگاهمان را در دنیا سازمان می‌دهیم. اگرچه تمام مطالعاتی که در ام‌اس به بررسی طرح‌واره شناختی پرداختند از اندازه‌گیری‌های خود گزارش دهی استفاده کرده‌اند، باین‌حال می‌توان برای این مقصود از اقدامات و ابزار مبتنی بر عملکرد نیز استفاده نمود. در واقع روش مبتنی بر عملکرد می‌تواند از روش واریانس به اشتراک گذاشته شده - که ممکن است به همبستگی بین اقدامات خود گزارش دهی طرح‌واره شناختی و گزارش خود در افسردگی منجر شود - اجتناب کند (آرنت و همکاران، ۲۰۰۸). در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۵ توسط بروس و آرنت<sup>۱</sup> و با استفاده از اندازه‌گیری مبتنی بر عملکرد و به منظور تعیین کمیت منفی طرح‌واره شناختی در بیماران ام‌اس صورت گرفت، نشان داده شد بیمارانی که مبتلا به افسردگی هستند، در مهارت خواندن مؤثر اسپن<sup>۲</sup> نسبت به بیمارانی که افسرده نیستند، بایاس منفی از خود نشان دادند.

استفاده از ابزار مبتنی بر گزارش خود طرح‌واره شناختی منفی، به طرق مختلفی به صورت عملیاتی درآورده شده‌اند. برای مثال: خودکارآمدی پایین (اشنک و همکاران، ۱۹۹۵)، اسناد داخلی و بیرونی حوادث منفی زندگی (کیون و دان مور، ۱۹۹۴)، ادراک از ناتوانی و متغیرهای مرتبط به بیماری ام‌اس (اسمیت و یانگ، ۲۰۰۰)<sup>۳</sup> و انتظارات منفی و تفکر غیرواقع‌بینانه (فورنییر و همکاران، ۱۹۹۹)<sup>۴</sup>. در این مدل، بیمارانی که نسبت به توانایی‌های خود و پیامدهای بیماری‌شان انتظاراتی منفی دارند، به احتمال بیشتری روش‌های هیجان مدار را به کار می‌گیرند که این خود منجر به افسردگی بیشتر می‌شود.

<sup>1</sup> Bruce & Arnett, 2005

<sup>2</sup> Span task

<sup>3</sup> Smith & Yung, 2000

<sup>4</sup> Fournier et al. 1999

همچنین طرح‌واره شناختی منفی را می‌توان در نحوه‌ای که فرد بیماری خود را ارائه می‌دهد، مشاهده نمود. بر مبنای مدل ارائه‌ی بیماری که در سال ۱۹۸۴ توسط لونتال و همکارانش<sup>۱</sup> ارائه شد، جاپسون و مس موریس<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۳ نقش نحوه‌ی ارائه‌ی بیماری را هم در سازگاری عمومی و هم در افسردگی در ام‌اس تخمین زدند. حتی پس از کنترل شدت بیماری ام‌اس، باور به پیامدهای جدی بیماری، کنترل شخصی ضعیف و پیامدهای روانی-اجتماعی بیماری می‌تواند به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای افسردگی را در پی داشته باشد.

اورس و همکاران<sup>۳</sup> ابراز داشتند که پس از مواجهه‌ی طولانی‌مدت با استرس در بیماری‌های مزمن مانند ام‌اس، طرح‌واره‌ی شناختی می‌تواند به سه طریق دستخوش تغییر گردد:

- ۱- با تأکید کردن بر معنای منفی رویداد پیش‌آمده (مانند احساس ناامیدی و درماندگی)
- ۲- با تقلیل دادن معنای بد رویداد پیش‌آمده (مانند پذیرش)
- ۳- با افزودن معنای مثبت به رویداد پیش‌آمده (مانند در نظر گرفتن وجوه مثبت و یافتن سود)

آن‌ها در بررسی نمونه‌ای از بیماران ام‌اس دریافتند که احساس درماندگی و ناامیدی به‌طور مستقیم و پذیرش و در نظر گرفتن وجوه مثبت به‌طور معکوس با خلق بد دارای همبستگی است. همچنین بنا بر مطالعه‌ای که در سال ۱۳۹۲ توسط شمیلی و همکاران (فرناز شمیلی، ۱۳۹۲) انجام گرفت، ادراک بیماری در کیفیت زندگی در مبتلایان به ام‌اس تأثیر دارد.

به‌طور کلی تغییرات فیزیکی و محدودیت‌هایی که برای افراد پس از ابتلا به وجود می‌آید می‌تواند به حس از دست دادن هویت و یا فشار نقش در فرد منجر شود. این امر به‌خصوص زمانی رخ می‌دهد که فرد دیگر قادر نباشد فعالیت‌هایی را که قبلاً برایش ارزشمند به‌حساب می‌آمده، انجام دهد؛ بنابراین ضروری است تا تصور از خود

<sup>1</sup> Leventhal et al.1984

<sup>2</sup> Jopson and Moss-Morris,2003

<sup>3</sup> Evers et al.2001

فرد را در راستای هماهنگی با محدودیت‌های تحمیل‌شده توسط بیماری، از نو تعریف کرد. به همین دلیل یافتن روشی که به کمک آن بتوان نظر و تصور فرد را از خود-علی‌رغم وجود محدودیت‌های به وجود آمده<sup>۱</sup> از حرکت به سوی ناتوانی و ناامیدی مصون نگه داشت، امری ضروری می‌نماید. بدین منظور، روش مرور خویشتن را از میان مداخله‌های روان‌شناختی متعدد

### روش مرور خویشتن

یک روش مداخله‌ای شناختی است که توسط پورحسین در سال ۱۳۸۶ به جامعه روانشناسی کشور معرفی گردید. این روش برگرفته از نظریه شناختی بک<sup>۱</sup> و تحقیقات الیس<sup>۲</sup> است. بک در سال ۱۹۶۴ بنا بر مشاهدات بالینی خود بر روی ۵۰ فرد افسرده و ۳۱ فرد غیر افسرده در خلال جلسات روان‌درمانی، مدل شناختی افسردگی را ارائه کرد. مدل وی بیانگر این است که افکار منفی و ناکارآمد بنیادین در افراد می‌تواند منجر به افسردگی گردد (بک، ۱۹۶۴)<sup>۳</sup>. وی همچنین در سال‌های بعد نشان داد که این اصل در مورد سایر اختلالات روان‌پزشکی نیز صادق است. بک و همکاران وی در ادامه‌ی کار خود به چندین خطای رایج شناختی می‌پردازند که این خطاها را مسبب درهم شدگی پاسخ‌های عاطفی هیجانی می‌دانند. این خطاها عبارت‌اند از:

تعمیم افراطی<sup>۴</sup>، برداشت‌گزینشی<sup>۵</sup>، مسئولیت بیش‌ازحد<sup>۶</sup>، ارجاع به خود<sup>۷</sup> و تفکر دو مفهومی<sup>۸</sup>.

<sup>1</sup> Aaron T beck

<sup>2</sup> Albert Elis

<sup>3</sup> Aaron T.Beck, 1964

<sup>4</sup> Over generalizing

<sup>5</sup> Selective perception

<sup>6</sup> Over Responsibility

<sup>7</sup> Self-reference

<sup>8</sup> Biconceptual Thinking

درواقع این خطاها موجب می‌شوند تا افکار و شناخت فرد از واقعیت فاصله بگیرد و در نتیجه فرد پاسخ‌های غیرواقع‌بینانه عاطفی و هیجانی از خود بروز دهد.

بک در مورد افسردگی از مثلث سه‌گانه شناختی نام می‌برد که اضلاع آن شامل خود، دنیا و آینده است. در واقع باور بک بر این است که فرد افسرده نگاه مثبتی نسبت به خود ندارد و آینده و دنیا را به صورت منفی ارزیابی و تعبیر می‌کند؛ بنابراین یکی از راه‌های درمان افسردگی سعی در تغییر این باورهای ناکارآمد در فرد افسرده است که روش مرور خویشتن روشی است که می‌تواند به فرد نحوه‌ی مواجهه با افکار خود را بیاموزد و به وی کمک کند تا ارزیابی غیرواقع‌بینانه و حتی غیرارادی در مورد خود و توانایی‌های خود را با شناخت‌های درست‌تر و دقیق‌تر جایگزین نماید و همچنین تأثیرات ناشی از محدودیت‌های پیش‌آمده توسط بیماری را در افراد مبتلا، از طریق پررنگ کردن توانایی‌های باقی‌مانده در ذهن فرد، تلطیف نموده و حتی‌الامکان مانع از آن شود که ادراک فرد از خود (self) به صورت غیرمنطقی دستخوش تغییر گردد. مراحل و گام‌هایی که در این مسیر طی می‌شوند عبارت‌اند از:

۱. توصیف خود.
۲. مرور خود، برای هشیار شدن به خویشتن
۳. شناخت افکار منفی
۴. بازتاب دادن افکار منفی و مثبت به فرد
۵. تخفیف انرژی روانی ناشی از افکار منفی با تکنیک انعکاس
۶. جابجا کردن افکار مثبت به جای منفی با کاهش تعمیم‌یافتگی افکار منفی
۷. پیگیری مراحل قبل (پورحسین، ۱۳۸۹).

در توصیف خود از فرد خواسته می‌شود تا به سؤال "من چه کسی هستم؟" همان‌طور که به خود پاسخ می‌دهد (و نه دیگران) پاسخ دهد؛ که در نهایت به دلیل باز بودن پاسخ‌ها موجب می‌شود تا فرد از روی اراده و با کمترین محرک، خود را آن‌گونه که هست توصیف نماید. جملات نوشته‌شده توسط فرد به همراه مشاور مرور می‌شوند. جملاتی که حاکی از خطاهای شناختی باشند مورد بحث و اصلاح قرار

می‌گیرند. به‌طورکلی جملات نوشته‌شده که بیانگر توانایی‌ها و نقاط قوت مراجع باشند به‌صورت مثبت و جملاتی که بیانگر ناتوانی‌ها و ضعف‌های مراجع باشند به‌صورت منفی ارزیابی می‌شوند. برای جلسه‌ی دوم از فرد خواسته می‌شود تا: ۱- نوشتن جملات را ادامه دهد.

۲- جملاتی را که در جلسه‌ی اول مرور شدند و به‌صورت مثبت ارزیابی گشتند، مجدداً مورد مرور قرار گیرند. ۳- جملاتی را که در جلسه‌ی اول مرور شدند و به‌صورت منفی ارزیابی شدند، با واژه‌ی "در عوض..." ادامه داده شوند.

در جلسات بعد روند مرور و بررسی جملات به همین منوال ادامه پیدا می‌کند. نتایج به‌دست‌آمده از پژوهشی که اثربخشی این تکنیک را در کاهش افسردگی، ارتقای خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بیماران ام‌اس موردبررسی قرار داد، حاکی از تأثیرات مثبت برگزاری جلسات مداخله‌ی فردی با برگزاری جلسات مشاوره‌ی فردی با به‌کارگیری تکنیک مرور خویشتن است (یعقوبی راد، ۱۳۹۴).

## بحث و نتیجه‌گیری

تکنیک مرور خود، با تقلیل بار هیجانی و سرمایه‌گذاری عاطفی بر روی وقایع منفی و یا ویژگی‌های نامطلوب فرد و نیز با افزودن معانی مثبت بر توانایی‌های بالقوه و بالفعل و تأکید بر توصیفات مثبت فرد از خود، طرح‌واره‌ی شناختی بیماران را به‌گونه‌ای مثبت دستخوش تغییر می‌نماید و سوگیری‌های منفی حافظه را کاهش می‌دهد. این تکنیک با تغییر شناخت‌های منفی، غیرواقعی و ناکارآمد افراد و با تأکید بر نقاط مثبت زندگی و توانایی‌های مبتلایان با مولتیپل اسکلروزیس، سطح خود پنداشت را در بیماران مبتلا به ام‌اس بهبود بخشیده و احساس درماندگی و ناامیدی را در آن‌ها کاهش داده است. درواقع این روش با تصحیح نگرش فرد نسبت به خود و پدیده‌های محیطی، ادراک فرد از کنترل‌پذیر بودن رویدادهای غیرقابل‌انتظار و پیش‌بینی در آینده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب ارتقای اعتمادبه‌نفس وی در بروز رفتارهای مناسب در شرایط



خاص می‌گردد. می‌توان چنین استنباط کرد که به‌کارگیری تکنیک مرور خویشتن، احساس خود-تصویری که هر شخص از خود دارد و نهایتاً در تمام نگرش‌های وی منعکس می‌شود<sup>۱۰</sup> را بهبود بخشیده است، لذا در پی این فرآیند شاخص‌های افسردگی و خودکارآمدی به‌طور معناداری دستخوش تغییر گشتند. تداوم توصیف مثبت از خود و توانایی‌های خود می‌تواند به‌تدریج به‌صورت یک الگوی فکری و یا سبک تفکر در مورد خود تبدیل شود و افکار مثبت را جایگزین افکار منفی نماید. علاوه بر این، اگرچه تکنیک مرور خویشتن یک روش بازسازی شناختی است که باهدف تصحیح خویشتن مورد استفاده قرار می‌گیرد، به سبب شیوه اجرایی آن که شامل نگارش و ثبت توصیفاتی از خود است، افراد را وامی‌دارد تا در طی دوره‌ی درمانی، بیش‌ازپیش بر رفتارها و احساسات خود تأمل و تفکر نمایند که این امر به‌خودی‌خود می‌تواند در بهبود سطح به‌شیری و آگاهی و شناخت فرد از خود و دنیای پیرامون اثرگذار باشد و در نتیجه کاهش افسردگی در بیماران ام‌اس را به همراه داشته باشد.

شایان به ذکر است که پیش‌تر به‌کارگیری تکنیک مرور خویشتن، اثرات سودبخش خود را در کاهش افسردگی در بیماران مزمن قلبی (صفایی فیروزآبادی، ۱۳۹۱)، کاهش افکار خودکشی در نوجوانان دختر بزه‌کار (عزتی، ۱۳۹۳)، بهبود تصویر بدنی و افزایش شادکامی (خدابنده لو، ۱۳۹۱)، کاهش کمال‌گرایی منفی و استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته در میان دانشجویان شهر تهران (بیدست، ۱۳۹۳) و کاهش افسردگی در میان دانشجویان (پورحسین، ۱۳۸۹) و زنان افسرده (سالار، ۱۳۹۲) به اثبات رسانده است. لذا با توجه به اثرات چشمگیر و نسبتاً سریع این روش که در طی ۳-۶ جلسه مشاوره خود را نمایان می‌سازد، می‌توان از آن در راستای تعدیل محدودیت‌ها و شرایط روانی تحمیل‌شده به بیماران مولتیپل اسکلروزیس و سایر افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و در درمان افسردگی در سایر اقشار بهره برد.

## منابع فارسی

احمدی آشتیانی، حمیدرضا و دیگران (۱۳۹۲). بیماری مولتیپل اسکلروزیس. تهران: انتشارات ناردیس.

بیدست، فهیمه (۱۳۹۳). تأثیر روش درمانگری "مرور خویشتن" بر کاهش کمال‌گرایی منفی و مکانیسم‌های رشد نایافته در دانشجویان زن شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

پور حسین، رضا (۱۳۸۹). علائم کاهش افسردگی با استفاده از روش مرور خویشتن. تهران: نشر لک‌لک.

خدابنده لو، یوسف؛ پورحسین، رضا؛ غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی روش مرور خویشتن بر خود پنداشت زنان. فصلنامه‌ی رویش روانشناسی، ۳(۶)، ۶۸-۵۷.

سالار، طیبه؛ پورحسین، رضا؛ بشارت، محمدعلی؛ غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۲). اثربخشی "روش مرور خود" بر افکار خودکار منفی در زنان افسرده. فصلنامه‌ی علوم روان‌شناختی، ۴۸، ۴۸.

شمیلی فرناز، زارع حسین، اورکی محمد. پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بر اساس ادراک بیماری. مجله پزشکی ارومیه. ۱۳۹۲؛ ۲۴ (۶): ۳۷۹-۳۹۲.

صفایی فیروزآبادی، سمیه؛ پورحسین، رضا؛ غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۲). بررسی تأثیر روش مرور خویشتن بر نشانه‌های تبدگی، اضطراب و افسردگی در بیماران قلبی، فصلنامه‌ی علوم روان‌شناختی، ۴۸(۱۲)

عزتی، نسیم (۱۳۹۳). میزان اثربخشی "روش مرور خویشتن" بر افکار خودکشی و خشم در نوجوانان دختر بزهکار، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

یعقوبی راد، مهسا (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی تکنیک مرور خویشتن در کاهش افسردگی، بهبود

شاخص‌های خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل

اسکلروزیس، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

## منابع انگلیسی

- Arnett, P. a, Barwick, F. H., & Beeney, J. E. (2008). Depression in multiple sclerosis: review and theoretical proposal. *Journal of the International Neuropsychological Society* : JINS, 14(5), 691° 724.  
<http://doi.org/10.1017/S1355617708081174>
- Bandura, A. (1978). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1(4), 139° 161.  
[http://doi.org/10.1016/0146-6402\(78\)90002-4](http://doi.org/10.1016/0146-6402(78)90002-4)
- Chiaravalloti, N. D., & DeLuca, J. (2008). Cognitive impairment in multiple sclerosis. *The Lancet Neurology*, 7(12), 1139° 1151.  
[http://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70259-X](http://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70259-X)
- Feinstein, A. (2002). An examination of suicidal intent.  
<http://doi.org/10.1212/WNL.59.5.674>
- Giordano, A., Granella, F., Lugaresi, A., Martinelli, V., Trojano, M., Confalonieri, P., & Solari, A. (2011). Anxiety and depression in multiple sclerosis patients around diagnosis. *Journal of the Neurological Sciences*, 307(1-2), 86° 91. <http://doi.org/10.1016/j.jns.2011.05.008>
- Pompili, M., Forte, A., Palermo, M., Stefani, H., Lamis, D. A., Sera, G., & Girardi, P. (2012). Suicide risk in multiple sclerosis : A systematic review of current literature. 73, 411° 417.  
<http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.09.011>