

Quarterly Journal Of Health Psychology

Open
Access

ORIGINAL ARTICLE

Cognitive - Behavioral Therapy in Reducing Pathological Anxiety and Worry Levels among Patients with Multiple Sclerosis with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder

Ali Afshari^{1*}, Ahmad Esmali², Said Asadnia³

¹ Associate Professor, Department of Psychology, University of Maragheh, Maragheh, Iran.

² Assistant Professor, Department of Psychology, University of Maragheh, Maragheh, Iran.

³ PhD Student in Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Correspondence

Ali Afshari

Email: aliafshari.psy@gmail.com

ABSTRACT

Objective: Multiple Sclerosis MS is one of the debilitating neurological disorders, which, in addition to neuro-motor disorders, manifests with symptoms such as anxiety, weakness, and reduced problem-solving ability, leading to numerous physical and mental disorders. The present study aimed to investigating the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in reducing levels of anxiety and pathological worry among MS patients with symptoms of generalized anxiety disorder. **Method:** The method of the current research was a semi-experimental design with a pre-test - post-test with a control group. The statistical population of the research includes 40 women diagnosed with generalized anxiety disorder and MS, who had referred to the neurology clinic, using structured diagnostic interview based on DSM5 and using available sampling, 20 individuals randomly assigned to the experimental and control groups. The experimental group underwent cognitive behavioral intervention for 12 sessions, while the control group received no intervention. Pennsylvania Anxiety Questionnaire (1990) and Kettle Anxiety Scale (1957) administered before and after the intervention for both groups. Data analyzed using covariance analysis and SPSS version 26 software. **Results:** The findings of the research showed that cognitive behavioral therapy improved anxiety in the experimental group ($P>0.001$) and cognitive behavioral therapy caused 56% changes in anxiety variables. Additionally, cognitive behavioral therapy reduced the mean of pathological worry in the experimental group ($P>0.001$) and cognitive behavioral therapy caused 46% changes in the variable of pathological worry. **Conclusion:** According to the findings of the research, it can concluded that cognitive therapy for generalized anxiety disorder is the most effective treatment for reducing anxiety symptoms, and the combination of cognitive behavioral therapy is more effective than treatments that are used alone. This therapeutic approach helps people became aware of the thoughts and imaginations that cause anxiety and teaches them to express themselves and shed their incompatible cognitive responses, and finally it facilitates testing the reality of his hypotheses and applying methods of interpretation and labeling of emotional stimuli that activated when facing stressful situations in a relative manner.

KEYWORDS

Cognitive Behavioral Intervention, Pathological Worry, Anxiety, Generalized Anxiety Disorder, MS.

How to cite

Afshari, A., Esmali, A. & Asadnia, S. (2023-2024). Cognitive - Behavioral Therapy in Reducing Pathological Anxiety and Worry Levels among Patients with Multiple Sclerosis with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder . Quarterly Journal Of Health Psychology, 12(4). 49-60.

نشریه علمی

روان‌شناسی سلامت

«مقاله پژوهشی»

بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش سطوح اضطراب و نگرانی آسیب شناختی بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر

علی افشاری^{۱*}، احمد اسمعیلی^۲، سعیداسدنیآ^۳

چکیده

مقدمه: بیماری ام اس یکی از اختلالات ناتوان کننده عصب شناختی می باشد که علاوه بر اختلالات عصبی - حرکتی با علایمی چون اضطراب، ضعف و کاهش قدرت حل مشکل بروز می کند و باعث اختلالات جسمی و روانی متعددی می شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش سطوح اضطراب و نگرانی آسیب شناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) با علایم اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. **روش:** روش پژوهش حاضر، طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل ۴۰ زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با تشخیص بیماری مولتیپل اسکلروزیس که به درمانگاه مغز و اعصاب مراجعه نموده بودند، بر اساس مصاحبه تشخیصی ساختاریافته براساس DSM5 و با استفاده از نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل قرار داده شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه تحت مداخله شناختی رفتاری قرار گرفتند درحالی که گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای را دریافت نکردند. پرسش نامه نگرانی پنیلووانیا (۱۹۹۰) و مقیاس اضطراب کتل (۱۹۵۷) پیش و پس از مداخله برای هر دو گروه اجرا شد. داده ها با استفاده از تحلیل کواریانس و نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته ها:** یافته ها نشان داد که بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری از لحاظ آماری وجود دارد ($P < 0.001$). بدین معنی که مداخله شناختی رفتاری موجب کاهش نمرات نگرانی و همچنین اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده بود. **نتیجه گیری:** نتایج پژوهش حاضر مشخص می کند که مداخله شناختی رفتاری بر آماج های درمان از نظر بالینی اثربخش بود و در کاهش نگرانی زنان مبتلا به ام اس با علایم اختلال اضطراب فراگیر از کارایی لازم برخوردار است.

واژه های کلیدی

مداخله شناختی رفتاری، نگرانی آسیب شناختی، اضطراب، اختلال اضطراب فراگیر، ام اس.

^۱ دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران.
^۲ استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران.
^۳ دانشجوی دکتری روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

نویسنده مسئول:

علی افشاری

رایانامه: aliafshari.psy@gmail.com

استناد به این مقاله:

افشاری، علی؛ اسمعیلی، احمد و اسدنیآ، سعید (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش سطوح اضطراب و نگرانی آسیب شناختی بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه علمی پژوهشی روان شناسی سلامت، ۱۲(۴)، ۴۹-۶۰.

مقدمه

از عمده‌ترین اختلالات روانی در افراد مبتلا به ام اس می‌باشد (اسدنیا و همکاران، ۱۳۸۹). علت دقیق میزان بالای افسردگی و اضطراب در این بیماران ناشناخته بوده و ترکیبی از فاکتورهای روانی اجتماعی، نورولوژیکی و مرتبط با بیماری احتمالاً دخیل هستند (چاستیاک و اده، ۲۰۰۷). اضطراب پاسخ طبیعی بدن در نتیجه احساس نگرانی، ترس و استرس مرتبط به آینده است و ممکن است در هر سنی رخ دهد. اضطراب زمانی که شامل ترس و نگرانی شدید، مداوم و بیش از حد باشد، می‌تواند تشدید شود و به اختلال اضطراب منجر شود (ایگلسیاس مانگولینی و همکاران؛ ۲۰۱۹). این می‌تواند باعث ایجاد علائم پریشانی مانند لرزش، تنگی نفس، سردرد، از دست دادن قدرت ذهنی، عصبانیت، ایست قلبی و بسیاری از علائم دیگر شود. شیوع اضطراب در یک جمعیت عمومی ۳ درصد گزارش شده است. اختلال اضطراب از موارد خفیف تا شدید متفاوت است و باید درمان شود زیرا زندگی روزمره را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از سوی دیگر، شیوع اختلال اضطراب فراگیر در یک جمعیت عمومی در کشورهای با درآمد بالا، بالاترین میزان گزارش شده است (محمد و همکاران؛ ۲۰۲۱).

اگرچه اضطراب یکی از علائم ناتوان‌کننده این بیماران می‌باشد ولی تا مدت‌ها مورد بررسی محققان قرار نگرفته بود. نتایج پژوهش‌های اخیر حاکی از شیوع ۳۷ درصدی اختلالات اضطرابی را در این بیماران می‌باشد (کوروستیل و فینسن؛ ۲۰۰۷). مالکومسون؛ دان وودی و لائو استرنج (۱۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند بیماران که به تازگی تشخیص بیماری ام اس را دریافت نموده‌اند میزان اضطرابشان حدود ۳۴ درصد در والدین ۴۰ درصد است. گزارش آنهوکویو و همکاران (۲۰۰۷) نیز حاکی از شیوع بالای میزان اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به ام اس می‌باشد. در مطالعه‌ای تورنتن^۳ و همکاران (۲۰۰۶) میزان نگرانی در بیماران ام اس و ارتباط بین نگرانی با اضطراب و افسردگی در این بیماران به صورت شاهد-موردی بررسی نمودند، نتایج نشان می‌دهد نمره اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به ام اس از گروه کنترل بالاتر بوده است و نگرانی این بیماران، شامل دو بخش نگرانی از تأثیر بیماری بر فعالیت فیزیکی و نگرانی آنها از تأثیر

یکی از بیماری‌های قرن حاضر که اکثر جوان‌ها به‌خصوص دختران و زنان جوان به این بیماری مبتلا می‌شوند، بیماری مولتیپل اسکلروزیس^۱ (MS) است. این بیماری یکی از اختلالات ناتوان‌کننده عصب‌شناختی می‌باشد که علاوه بر اختلالات عصبی - حرکتی با علائمی چون اضطراب، ضعف و کاهش قدرت حل مشکل بروز می‌کند و باعث اختلالات جسمی و روانی متعددی می‌شود (انکهی و همکاران؛ ۲۰۱۲). همچنین این بیماری با علائم التهاب و تخریب میلین مشخص می‌شود، که ممکن است دارای سیر پیش رونده یا توأم با عود و فروکش باشد. ضایعات ام اس پس از تروما دومین علت شایع ناتوانی عصبی در اوایل و اواسط بزرگسالی است و تظاهرات آن از یک بیماری خوش‌خیم تا یک بیماری به سرعت پیش‌رونده و ناتوان‌کننده متغیر است (بول و همکاران؛ ۲۰۰۹). این بیماری بیشتر در بزرگسالان بین ۱۵ تا ۵۰ سال بروز می‌کند و یکی از شایع‌ترین اختلال‌ها در اوایل بزرگ سالی است و نسبت ابتلای زنان در مقایسه با مردان ۲ یا ۳ برابر بیشتر است (تاگارت؛ ۱۹۹۸). براساس اعلام انجمن ام اس ایران، حدود ۷۰۰۰ نفر عضو این انجمن می‌باشند. در ایران نیز شیوع ام اس در حدود ۱۵ تا ۳۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر می‌باشد (اعتمادی فر، ۱۳۸۳). مشاهده می‌شود بیماران مبتلا به ام اس از میزان بالایی از اختلالات روان‌شناختی به خصوص اختلالات خلقی و اضطرابی و استرس رنج می‌برند. استرس به عنوان یک پدیده چند بعدی و چند علتی می‌تواند به عنوان عارضه‌ای از بیماری ام اس و همچنین عاملی در تشدید و یا عود علائم ناشی از بیماری باشد (میتسونیک و زرواس؛ ۲۰۰۸). مروری بر ادبیات پژوهشی نشان داد که در بیماران مبتلا به ام اس میزان بالایی از پریشانی، کیفیت زندگی پایین، مشکلات در نقش و روابط اجتماعی (دنیسون، موس و چادلر؛ ۲۰۰۸) مشاهده می‌شود. نتایج پژوهش‌های متعدد حاکی از آن است که میزان بالایی از سردردهای میگرنی و کیفیت خواب نامطلوب (اسدنیا و همکاران، ۱۳۸۷) افسردگی و اضطراب (اسدنیا و همکاران، ۱۳۸۹) و همچنین نگرانی آسیب‌شناختی (اسدنیا و همکاران، ۱۳۹۱) در این بیماران وجود دارد. افسردگی و اضطراب

8 Iglesias Mangolini
9 Mohamad
10 Korostil & Feinstein
11 Malcomson, Dunwoody & Low- Strong
12 Anhoque
13 Thornton

1 Multiple Sclerosis
2 Anhoque, Domingues, Carvalho, Teixeira & Domingues
3 Bol, Duits, Hupperts, Vlaeyen, Verhey
4 Taggart
5 Mitsonis & Zervas
6 Dennison, Moss & Chalder
7 Chwastiak & Ehde

روان‌شناختی به پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند نیز دچار اختلال می‌باشند. اختلال اضطراب فراگیر در پنجمین ویراست تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲ (DSM-5)، به صورت اضطراب و نگرانی^۳ شدید دربارهٔ چند رویداد یا فعالیت تعریف شده است که در بیشتر روزها در مدت دست کم شش ماه دوام داشته، کنترل آن مشکل بوده و با نشانه‌های جسمی مانند تنش عضلانی، تحریک پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری همراه است (مایر و همکاران^۴؛ ۲۰۰۱). از دیگر عوامل موثر در اختلالات اضطرابی، سازه شناختی نگرانی می‌باشد، نگرانی فرآیندی مداوم و تکراری در مورد دلواپسی‌های شخصی از یک سوی و مشکل در پایان دادن به این زنجیره افکار از سویی دیگر، اشاره دارد، به بیان دیگر، نگرانی را به عنوان زنجیره‌ای از افکار و تصورات انباشته از عاطفه منفی و نسبتاً کنترل‌ناپذیر تعریف کرده‌اند (جان میر، بک و راید^۵؛ ۲۰۰۹). به باور برکوویک، نگرانی به دو دسته تقسیم می‌شود: نگرانی بهنجار و نگرانی آسیب‌شناختی یا پاتولوژیک (نگرانی آسیب‌شناختی بر مبنای فراوانی، شدت و مدت نگرانی، توانایی در کنترل آن و تداخل در کارکرد افراد، از نگرانی بهنجار متمایز می‌شود. در واقع، هنگامی نگرانی جنبهٔ آسیب‌شناختی به خود می‌گیرد که مزمن، افراطی و کنترل‌ناپذیر و به از بین رفتن لذت زندگی فرد منجر شود (کووین، اویمت، سیید و دوزویس^۶؛ ۲۰۰۸). بارلو^۷ بر این باور است که کارکرد اصلی نگرانی، آماده شدن برای مقابله با تهدیدهای آینده است، شماری از پژوهش‌ها نیز ویژگی اصلی نگرانی را کنترل‌ناپذیری آن می‌دانند (بارلو، ۲۰۰۲). نتایج پژوهش چیلمینسکی و زیمرمن^۸ (۲۰۰۳) در مقایسه میزان نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و سایر اختلالات اضطرابی، حاکی از آن است که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر سطوح بالاتری از نگرانی آسیب‌شناختی دارند. در واقع، نگرانی آسیب‌شناختی هسته اصلی اختلال اضطراب فراگیر است که منجر به افزایش نشانه‌های عاطفی و هم‌چنین جسمانی می‌گردد. گروه توافقی گلدمن^۹ (۲۰۰۵) مداخلات روان‌شناختی

شدت بیماری بر فعل و انفعالات اجتماعی- ارتباط فAMILI و فعالیت روزانه در منزل یا محل کار می‌باشد. نتایج پژوهش کریچنر و لارا^۱ (۲۰۱۰) نشان داد که حدود ۳۷ الی ۴۰ درصد بیماران مبتلا به ام اس از اضطراب شدید رنج می‌برند که به شدت بر کیفیت زندگی این بیماران تاثیرگذار است و با اختلال عملکرد اجتماعی، افکار خودکشی و عود علائم در بیماران مرتبط می‌باشد. در همین راستا نتایج مطالعات پوگاس^۲ و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که سطح بالای اضطراب با تعداد و شدت وقایع استرس آمیز گزارش شده مرتبط می‌باشد. بیسک^۳ و همکاران (۲۰۰۸) میزان اضطراب بیماران ام. اس را شیوعی در حدود ۱۹/۳٪ گزارش نموده‌اند.

با توجه به گزارش انجمن روان پزشکی آمریکا (APA) میزان بالایی از اختلال اضطراب فراگیر^۵ (GAD) به عنوان یکی از شایع ترین اختلال اضطرابی گزارش شده، ۱۲ درصد در درمانگاه‌های پزشکی عمومی، روان پزشکی و با احتمال بیشتری به دلیل گستردگی نشانه‌های بالینی در این اختلال و همبودی بسیار بالای آن با سایر مشکلات جسمانی (بورکوویچ و راسکیو^۶؛ ۲۰۰۱)، اغلب به مراکز غیر از مراکز روان‌شناختی مراجعه می‌کنند ولی درمانی متناسب با پریشانی خود دریافت نمی‌کنند (بوسکوویچ و ویسمن^۷؛ ۱۹۹۶؛ هازلت استیون^۸؛ ۲۰۰۸). هم‌چنین با در نظر گرفتن نتایج ادبیات پژوهش پیشین در نقش اختلالات اضطرابی و نگرانی آسیب‌شناختی (انهوکیو و همکاران، ۲۰۰۷) در کاهش کیفیت زندگی و عود بیماری (کچنر و لارا^۱؛ ۲۰۱۰) و ارتباط آن با دفعات بستری شدن (تروتن، تدمن، ریگی، باشفورس و یانگ^۱؛ ۲۰۰۶) در بیماران مبتلا به ام. اس، ارزیابی و درمان انواع اختلالات اضطرابی به ویژه اختلال اضطراب فراگیر، در این بیماران، با هدف افزایش هرچه بیشتر کارآمدی درمان‌های دارویی و نورولوژیکی مهم به نظر می‌رسد. در همین راستا پژوهش‌های سازمان بهداشت جهانی (بیز نشان داده است که ۸ درصد از افراد مراجعه کننده به درمانگاه‌های عمومی، دارای ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر هستند، علاوه بر این، ۲۵ درصد از کسانی که به دلیل مشکلات

1 World Health Organization
2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition- Text Revision
3 Worry
4 Maier
5 Fong-Meyer, Beck & Riede
6 Covin, Ouimet, Seeds & Dozois
7 Barlow
8 Chelminski, & Zimmerman
9 Goldman

1 Kirchner & Lara
2 Potagas
3 Beiske
4 American Psychiatry Association
5 Generalized Anxiety Disorder
6 Borkovec & Ruscio
7 Borkovoc & Whismn
8 Hazlett-Stevens
9 Kirchner & Lara
10 Thornton, Tedman, Rigby, BashForth & young

بر کاهش علائم روان‌شناختی، به خصوص نگرانی آسیب‌شناختی و اضطراب از نوع اختلال اضطراب فراگیر در بیماران مبتلا به ام اس خالی از شواهد نباشد درباره موضوع پژوهشی حاضر جستجو انجام شد، در این مرور بر ادبیات پژوهشی پیشین و مشابه با تحقیق حاضر، پژوهشی که مستقیماً بر اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب و به ویژه نگرانی آسیب‌شناختی زنان با علائم اختلال اضطراب فراگیر مبتلا به بیماری ام اس را هدف قرار داده باشد، یافت نشد. لذا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب و نگرانی آسیب‌شناختی زنان مبتلا به بیماری ام اس با علائم اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش پژوهش

جامعه و نمونه آماری: طرح این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه طرح تحقیق از نوع نیمه آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری در پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران زن مبتلا به ام اس مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی سینا در ارومیه بودند که در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۵ از طرف متخصص نورولوژی برای استفاده از خدمات روان‌درمانی به روان‌شناس ارجاع داده شده بودند. در پژوهش حاضر از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. شرکت کنندگان از طبقات بالای اجتماعی - اقتصادی جامعه بودند که میزان تحصیلات نمونه‌های مورد مطالعه کارشناسی بود. ۴۰ نفر بیمار زن مبتلا به ام اس که از لحاظ سن، میزان تحصیلات و طبقه اجتماعی - اقتصادی هم‌تا شده بودند و پس از انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-IV توسط روان‌شناسان که علائم اختلال اضطراب فراگیر داشتند؛ به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند و به آزمون‌های اضطراب کتل و آزمون نگرانی آسیب‌شناختی پنسیلوانیا پاسخ دادند. سپس گروه آزمایشی به مدت ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای مداخله شناختی رفتاری را تجربه نمودند، این در حالی بود که گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای را تجربه نکردند. در پایان جلسات درمانی افراد شرکت کننده در هر دو گروه آزمایش و کنترل مجدداً به آزمون‌های مذکور پاسخ دادند. انجام جلسات درمانی در جهت کمک به گروه کنترل یک هفته بعد از انجام پس‌آزمون اجرا شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از ابتلا به بیماری ام اس و نداشتن هیچگونه بیماری زمینه‌ای دیگر،

متعددی را برای نشانگان‌های اضطراب و افسردگی و دیگر علائم روان‌شناختی در بیماران ام اس پیشنهاد می‌کند. یکی از انواع مداخلات پیشنهاد شده، شیوه‌های رفتار درمانی شناختی (موهر و همکاران، ۲۰۰۱؛ بارلو و هافمن، ۲۰۰۷) می‌باشد. در همین راستا، در سال ۲۰۰۰، انجمن روان‌شناسی آمریکا، گروهی را مأمور کرد تا به بررسی مداخلات روان‌شناختی بپردازند که پشتوانه تجربی محکمی دارند، نتایج این پژوهش‌های برجسته نشان داد که رفتار درمانی شناختی، درمان انتخابی اختلال اضطراب فراگیر است و پشتوانه تجربی خوبی دارد. مداخلات شناختی - رفتاری در اصلاح باورها و رفتارهای مرتبط با سلامتی و در برطرف کردن عوامل خطرناک بسیار موثر می‌باشد (اسدنیا و همکاران، ۱۳۹۳). رفتار درمانی شناختی تلاش هدفمند برای حفظ آثار تعدیل رفتار و تلفیق فعالیت‌های شناختی جهت ایجاد تغییرات درمانی می‌باشد، در این رویکرد درمانی بر نقش شناخت در بروز تغییرات رفتاری و عاطفی تأکید می‌شود. درمان شناختی رفتاری نوعی شیوه درمانی سازمان یافته کوتاه مدت و معطوف به مشکل است که هدف آن تعدیل شناخت‌های نادرست و غیرمنطقی است (مالکومسون، دانوودی و لا استرانگ، ۲۰۰۷). موهر و همکاران (۲۰۰۱) در نتایج پژوهش‌های خود گزارش می‌کنند اگر اختلالات هیجانی از جمله اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به ام اس بدون درمان رها شود، عوارضی از قبیل بزرگنمایی و تشدید علائم جسمانی، افراط در مراجعه به مراکز طبی و استفاده بی رویه از خدمات درمانی، افزایش مخارج درمانی، درگیری در رفتارهای پرخطر و حتی خودکشی پدید خواهد آورد. در پژوهشی آکسی جونز^۴ و همکاران (۲۰۱۳) به این نتیجه رسیدند که مداخله شناختی رفتاری می‌تواند میزان اضطراب و افسردگی بیماران ام اس را به طور معناداری کاهش دهد. نتایج پژوهش اسدنیا و همکاران (۱۳۹۳) نیز نشان داد که مداخله شناختی رفتاری می‌تواند به عنوان رویکردی موثر و کارآمد در کاهش میزان افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به ام اس به کار رود. نتایج پژوهش خضری مقدم، قربانی، بهرامی و رستمی (۱۳۹۱) نیز حاکی از اثربخشی گروه درمانی در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران ام اس بود. در تایید یافته‌های فوق در پژوهشی دیگر هینده^۵ و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که مداخله شناختی رفتاری بر کاهش میزان افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به ام اس موثر بوده است. برای اینکه این ادعا مبنی بر اثربخش بودن مداخله شناختی رفتاری

شامل مطالعات ارزیابی اثربخشی درمان‌های اختلال اضطراب فراگیر مورد استفاده قرار گرفته است (هیند و همکاران، ۲۰۱۴).

۳) برنامه مصاحبه ساختاریافته برای اختلال‌های اضطرابی:

DSM-5 مصاحبه ساختاریافته‌ای است که با حمایت مالی مؤسسه ملی سلامت روان (NIMH) و برای ارزیابی جامع و تشخیص دوره‌های جاری اختلالات اضطرابی طراحی شده است. محتوا و ساختار این ابزار بر پایه سالها تجربه در مصاحبه و تشخیص اختلال‌های اضطرابی شکل گرفته است و از روایی و پایایی بالایی برخوردار است و تشخیص افتراقی بین اختلال‌های اضطرابی را بر طبق ملاک‌های DSM-5 ممکن می‌سازد. علاوه بر اختلال‌های اضطرابی، بخش‌های تشخیصی برای اختلال‌های خلقی، اختلالات نشانگان جسمانی و اختلالات سوء‌مصرف مواد در این ابزار گنجانده شده‌اند. این بخش‌ها امکان تشخیص کامل و تشخیص افتراقی را بر اساس ملاک‌های DSM-5 فراهم می‌سازند 5-ADIS. برای عمده اختلال‌های تحت پوشش، پایایی خوبی به دست آمده است. براون و بارلو (۲۰۱۴) ضریب پایایی بازآزمون را برای اختلالات اضطرابی بین ۰/۵۷ تا ۰/۸۲ گزارش کردند.

پروتکل درمانی

مداخله شناختی- رفتاری به کار گرفته شده در پژوهش حاضر پروتکل پیشنهادی هازلت- استیونز (۲۰۰۰) بود. محتوای جلسات درمانی به شرح ذیل بود: جلسه اول: آموزش روانی- جلسه دوم: ادامه آموزش روانی، منطق و دلیل تنفس عمیق، روش‌های درمان شناختی اولیه، شناسایی افکار اضطراب‌زا- جلسه سوم: توضیح منطق و دلیل آموزش آرمیدگی پیشرونده جلسه چهارم: روش‌های شناختی جهت به چالش کشیدن افکار اضطراب‌زا، ایجاد تبیین‌های جایگزین، بررسی شواهد و احتمالات- جلسه پنجم: شناسایی رفتارهای نگران کننده، شناسایی رفتارهای اجتنابی منفعل، آموزش آرمیدگی- جلسه ششم: شناسایی و بررسی باورهای اصلی، آموزش آرمیدگی پیشرونده- جلسه هفتم: ادامه شناسایی و بررسی باورهای نگران کننده، و مواجهه ذهنی- جلسه هشتم: ادامه مواجهه ذهنی تا زمان کاهش اضطراب- جلسه نهم: مواجهه ذهنی و آرامش پیشرونده- جلسه دهم: بررسی رفتارهای اجتنابی منفعل باقیمانده و تکالیف مواجهه و آرامش عضلانی پیشرونده- جلسه یازدهم: ادامه مولفه‌های درمان قبلی در صورت نیاز، مروری کلی بر تمامی جلسات در صورت نیاز- جلسه دوازدهم: معرفی و آشنایی با برنامه پیش‌گیری از عود و مرور آموزش‌های روانی.

داشتن فاصله سنی بین ۳۰ تا ۵۵ سال و داشتن سطح تحصیلات حداقل تا مقطع راهنمایی و معیارهای خروج عبارت بودند از داشتن بیماری‌های زمینه‌ای و روان‌شناختی عود بیماری و عدم تمایل به همکاری در پژوهش. به منظور شرکت و همکاری در پژوهش از شرکت کنندگان رضایت کتبی گرفته شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های آماری ANCOVA و MANCOVA با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش به قرار زیر می‌باشند:

۱) پرسش‌نامه اضطراب کتل: پرسش‌نامه اضطراب کتل (CAQ) توسط ریموند برنارد کتل (۱۹۵۷) ساخته شده است. این مقیاس شامل ۴۰ سوال است که مقیاس اضطراب ۱۶ عاملی شخصیت کتل را تشکیل می‌دهد. ۲۰ سوال اول اضطراب پنهان (صفت) و ۲۰ سوال دوم اضطراب آشکار (حالت) را اندازه‌گیری می‌کند. هر سوال در یک مقیاس سه درجه‌ای (۲، ۱، ۰) نمره‌گذاری می‌شود. تست ۱۶ عاملی کتل دارای شاخص‌های روان‌سنجی قابل قبول است، بنابراین پرسش‌نامه اضطراب کتل از اعتبار و روایی لازم برخوردار است. این پرسش‌نامه در سال ۱۳۶۷ در یک نمونه ایرانی شامل ۹۷۷ دانشجوی دانشگاه تهران در دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال، هنجاریابی شد و دارای نمره‌های تراز یا هنجار، برای اضطراب کلی است (خضری مقدم و همکاران، ۱۳۹۱).

۲) پرسش‌نامه نگرانی پنسیلوانیا (PSWQ):

پرسش‌نامه نگرانی پنسیلوانیا توسط مه‌یر^۱ و همکاران (۱۹۹۰) جهت ارزیابی خصیصه نگرانی و ویژگی‌های افراطی، فراگیر و کنترل‌ناپذیری نگرانی آسیب‌شناختی طراحی شده است. این پرسش‌نامه مقیاسی ۱۶ ماده‌ای از نوع لیکرت ۵ درجه‌ای، در دامنه‌ای از ۱ (به هیچ وجه) تا ۵ (بسیار زیاد است) می‌باشد. ثبات درونی بالایی برای این مقیاس گزارش شده است (الفای کروناخ ۰/۸۶ و ۰/۹۳). در ایران پایایی آزمون به روش همسانی درونی (الفای کروناخ) ۰/۸۶ و به روش باز آزمایی با چهار هفته فاصله ۰/۷۷ گزارش شده است. روایی افتراقی و روایی همزمان با آزمون اضطراب بک مطلوب گزارش شده است (t=۰/۴۹). به علاوه گزارش شده است که این آزمون توانایی جداسازی گروه اختلال اضطراب فراگیر از گروه اختلال وسواس- اجباری و بهنجار را دارد. هم چنین این پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری نگرانی آسیب‌شناختی و اختلال اضطراب فراگیر طراحی شده است. PSWQ به طور وسیعی در مطالعات روان‌شناختی در مورد نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر

یافته‌ها

۱۲.۳۱ ± ۳۱.۷ بود. جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون تی مستقل نمرات پیش‌آزمون برای مقایسه عملکرد گروه آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب و نگرانی آسیب‌شناختی را نشان می‌دهد.

شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۴۰ نفر از زنان مبتلا به بیماری ام اس بودند که در دامنه سنی بین ۳۰ تا ۵۵ سال بودند. حداقل تحصیلات شرکت‌کنندگان اول راهنمایی و حداکثر لیسانس بود. میانگین و انحراف سنی گروه کنترل 31.5 ± 3.27 و گروه آزمایش

جدول ۱. اطلاعات توصیفی نمرات پیش‌آزمون و آزمون تی مستقل برای مقایسه عملکرد گروه آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب و نگرانی آسیب‌شناختی

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آزمون لون		درجه آزادی	آماره تی	سطح معناداری
					F	سطح معناداری			
اضطراب	آزمایش	۲۰	۴۵/۵۰	۹/۳۶	۰/۶۱۲	۰/۲۶۲	۳۸	۰/۴۱۶	۰/۶۸۰
	کنترل	۲۰	۴۴/۳۰	۸/۸۷					
نگرانی	آزمایش	۲۰	۴۷/۶۵	۸/۴۹	۰/۳۵۴	۰/۵۵۶	۳۸	-۰/۲۸۷	۰/۷۷۵
آسیب‌شناختی	کنترل	۲۰	۴۸/۴۰	۸/۰۱					

جدول شماره دو میانگین و انحراف معیار نمرات پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب و نگرانی آسیب‌شناختی را نشان می‌دهد. یافته‌های جدول دو نشان می‌دهد که بین پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب و نگرانی آسیب‌شناختی تفاوت وجود دارد.

یافته‌های جدول شماره یک نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد. به نظر می‌رسد که افراد شرکت‌کننده در پژوهش از نظر اضطراب و نگرانی آسیب‌شناختی در یک سطح بوده و با هم اختلاف معناداری ندارند، بنابراین می‌توان ادعا نمود قبل از اجرای کاربردی آزمایشی گروه‌ها هم‌تا می‌باشند.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی نمرات پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب و نگرانی آسیب‌شناختی

متغیر	شاخص گروه	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	آزمایش	۲۸/۲۰	۹/۴۵
	کنترل	۴۱/۵۰	۸/۶۹
نگرانی آسیب‌شناختی	آزمایش	۳۹/۱۵	۶/۴۶
	کنترل	۴۷/۰۵	۷/۲۲

می‌دهد که اثر متقابل بین متغیر کوارینت و عامل در متغیرهای مورد پژوهش (اضطراب) $p=0/340$ ، $m=1504/82$ ، E ، $f(36,1)=0/936$ و (نگرانی آسیب‌شناختی) $p=0/665$ ، $m=649/05$ ، MSE ، $f(36,1)=0/191$ معنادار نمی‌باشد. لذا با فرض همگنی شیب‌ها و واریانس‌ها، تحلیل کواریانس دنبال شد که نتایج در جدول شماره سه آمده است.

قبل از بررسی تحلیلی نتایج، از پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از تحلیل کواریانس اطمینان حاصل شد. نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش‌فرض‌های مربوط به همگنی واریانس‌ها برای گروه‌های مورد مطالعه در متغیر اضطراب ($f=3/07$ ، $p=0/088$) و نگرانی آسیب‌شناختی ($f=1/15$ ، $p=0/289$) معنادار نمی‌باشد. هم‌چنین تحلیل مقدماتی برای ارزیابی همگنی بین شیب‌ها نشان

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب و نگرانی آسیب شناختی

توان آماری	اتا	P	F	Ms	DF	Ss	شاخص منبع تغییر	مقیاس
۱	۰/۵۰۷	۰/۰۰۰	۳۸/۰۶	۱۵۸۸/۲۵	۱	۱۵۸۸/۲۵	اضطراب	
۱	۰/۵۶۴	۰/۰۰۱	۴۷/۷۷	۱۹۹۳/۳۸	۱	۱۹۹۳/۳۸	گروه	اضطراب
				۴۱/۷۳	۳۷	۱۵۴۳/۹۵	مقدار خطا	
۱	۰/۶۳۴	۰/۰۰۰	۶۴/۱۴	۱۱۳۱/۰۱	۱	۱۱۳۱/۰۱	نگرانی آسیب شناختی	
۱	۰/۴۵۷	۰/۰۰۰	۳۱/۰۲	۵۴۷/۰۲	۱	۵۴۷/۰۲	گروه	نگرانی آسیب شناختی
				۱۷/۶۴	۳۷	۶۵۲/۴۸	مقدار خطا	

اثربخش تر از درمان‌هایی است که هر کدام به تنهایی به کار می‌رود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخله شناختی رفتاری سبب کاهش سطوح اضطراب و هم چنین نگرانی آسیب شناختی زنان مبتلا به بیماری ام اس با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. از یافته‌های پژوهش حاضر از منظر کلی تر می‌توان چنین نتیجه گرفت که مداخلات روان درمانی از نوع شناختی رفتاری (اسدنیا و همکاران، ۱۳۹۳) در بهبود وضعیت روانی بیماران مبتلا به ام اس موثر می‌باشد. بر اساس نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های قبلی که کارآمدی درمان شناختی رفتاری را در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به ام اس مورد آزمایش قرار داده اند، همسو می‌باشد. در همین راستا، نتایج پژوهش اسدنیا و همکاران (۱۳۹۳) حاکی از آن بود که درمان شناختی رفتاری بر بهبود سطح افسردگی و کاهش علائم اضطراب بیماران مبتلا به ام اس اثربخش می‌باشد ($P < 0/05$). در تایید این یافته‌ها قراتحلیل هیند و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان داد که مداخله شناختی رفتاری موثرترین مداخله بر کاهش میزان افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به ام اس موثر بوده است. در همین راستا، نتایج پژوهش خضری مقدم، قربانی، بهرامی احسان و رستمی (۱۳۹۱) نیز حاکی از آن بود که گروه درمانی بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به ام اس اثربخش بوده است. نتایج مطالعه لادوسر و همکاران (۲۰۰۰؛ به نقل از گلدمن و همکاران، ۲۰۰۵) نشان داد که درمان شناختی رفتاری منجر به تغییرات آماری و بالینی معنادار و باعث کاهش یافتن اضطراب افراد مبتلا می‌شود. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که ۷۷ درصد از شرکت کنندگان در مرحله پی گیری ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر را نداشتند (گلدمن، ۲۰۰۵). هم چنین نتایج پژوهشی حاضر با قراتحلیل کوین و همکاران (۲۰۰۸) مبنی بر کارآمدی مداخله شناختی رفتاری بر نگرانی آسیب شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اضطراب همسو می‌باشد، این

طبق یافته‌های جدول سه ملاحظه می‌شود که درمان شناختی رفتاری موجب بهبود اضطراب در گروه آزمایشی شده است. زیرا که مقدار F محاسبه شده در این متغیر در سطح ($P < 0/001$) معنادار است. همان‌گونه که مجذور اتا نشان می‌دهد درمان شناختی رفتاری موجب ۵۶ درصد تغییرات متغیر اضطراب شده است. همچنین درمان شناختی رفتاری باعث کاهش میانگین نگرانی آسیب شناختی گروه آزمایشی شده است. زیرا که مقدار F محاسبه شده در سطح ($P < 0/001$) نیز معنادار است. با توجه به مجذور اتا، درمان شناختی رفتاری موجب ۴۶ درصد تغییرات متغیر نگرانی آسیب شناختی شده است. توان آماری برابر با یک است، یعنی علاوه بر کفایت حجم نمونه، دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنادار صد درصد می‌باشد.

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر کاهش سطوح اضطراب و نگرانی آسیب شناختی زنان مبتلا به بیماری ام اس با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. برای درمان اختلال اضطراب فراگیر در مدل‌های شناختی رفتاری پروتکل‌های متفاوتی به کار به کار رفته است (مایر و همکاران، ۲۰۰۰؛ بارلو، ۲۰۰۲). در بررسی‌های اولیه کارآمدی درمان‌های شناختی رفتاری و راهبردهای مربوط به آن بیشترین حمایت را در کاهش نگرانی و اضطراب این گروه از بیماران دریافت داشته‌اند. به طوری که بوركویک و روسیو (۲۰۰۱) در فراتحلیلی که درمورد درمان‌های به کار گرفته شده برای اختلال اضطراب فراگیر انجام دادند به این نتیجه رسیدند که درمان‌های شناختی برای اختلال اضطراب فراگیر موثرترین درمان در جهت کاهش نشانه‌های اضطراب است و ترکیب درمان شناختی رفتاری

نتایج می‌تواند تأییدی باشد بر یافته‌های جانگ^۳ و همکاران (۲۰۰۹)، بارلو (۲۰۰۲) که تأکید می‌کنند مداخله شناختی رفتاری بر کاهش نگرانی آسیب‌شناختی، مداخله‌ای کارآمد محسوب می‌شود. اسدنیا و همکاران (۱۳۹۱) نیز نشان دادند بیماران مبتلا به ام اس در مقایسه با افراد سالم سطح بالایی از نگرانی آسیب شناختی را گزارش می‌کنند. در همین راستا برکویک و ویسمنسن^۴ (۱۹۹۶) نگرانی را به عنوان تلاشی برای رویارویی با رویدادهای تهدیدکننده و خطرناک قلمداد می‌کنند که به احتمال زیادی از طریق عدم وقوع رویدادهای ترس آور تقویت می‌شود، و این در حالی است که نگرانی شدید که در نتیجه تقویت‌ها و سوگیرهای شناختی مکرر حاصل می‌شود، فرآیند مساله‌گشایی موثر را به تعویق انداخته و از آن جلوگیری می‌کند و هم چنین به سبب آنکه این افراد هنگام تجربه نگرانی، از طریق اجتناب شناختی از تجربه رویدادهای هیجانی دردناک دوری می‌کنند (جانگ مایر و همکاران، ۲۰۰۹) و فرایند نگران شدن و اجتناب شناختی را در خود تقویت کرده که این امر آن‌ها را از فراگیری اطلاعات مورد نیاز در مورد رویدادهای مختلف بازمی‌دارد (خضری مقدم و همکاران، ۱۳۹۱)؛ به عبارتی دیگر، با وجود آنکه افراد اضطرابی معتقدند که نگرانی مکانیسمی برای مقابله موثر است اما درحقیقت به دلیل اینکه در این رویکرد هیچ گونه راهبردی ارائه نمی‌شود و درعین حال منجر به اجتناب فرد از پردازش عمیق هیجانات می‌شود، و به عنوان روش مقابله‌ای ناکارآمد قلمداد می‌شود (چلمینسکی و زیمرمن^۵، ۲۰۰۳). بهترین شیوه برای ازبین بردن این حلقه معیوب نگرانی و اضطراب، تغییر شیوه تفکر افراد مبتلا می‌باشد. به همین منظور از تکنیک‌های بازسازی شناختی و جایگزینی افکارمنطقی که از راهبردهای رویکرد شناختی رفتاری می‌باشد، استفاده می‌شود (محمد و همکاران، ۲۰۲۱). از آن جایی که اضطراب و حالات خلقی با افکار خود آیند منفی و تحریف در تفسیر محرک‌ها و رویدادها مشخص می‌شود، تصور می‌شود که افکار منفی یا تفاسیر تحریف شده خود می‌توانند منبعی برای ایجاد نگرانی شده و هم چنان که قبلاً ذکر گردید نگرانی متغیر اصلی هیجانات منفی از جمله اضطراب می‌باشد، از این رو با شناخت حالات خلقی و تفسیر منطقی رویدادها نگرانی کاهش یافته و منجر به افزایش عاطفه مثبت می‌شود (گلدمن، ۲۰۰۵ و چلمینسکی و زیمرمن، ۲۰۰۳). این رویکرد درمانی افراد را از افکار و تصوراتی که موجب به وجود آمدن اضطراب می‌باشد آگاه ساخته و به آنها آموزش می‌دهد که به بیان ابراز خود بپردازند و پاسخ‌های شناختی ناسازگار خود را بیرون بریزند و در

محققان دریافته‌اند که مداخله شناختی رفتاری می‌تواند درمانی کاملاً اثربخش و اختصاصی در مورد نگرانی آسیب شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر باشد. بورکویک و روسیو (۲۰۰۱) بر مبنای نتایج پژوهشی خود در اشاره به ۱۳ مورد از مداخلات بالینی کنترل شده در مداخله شناختی رفتاری اختلال اضطراب فراگیر عنوان می‌کنند که درمان‌های شناختی رفتاری در مقایسه با انواع دیگری از درمان‌هایی قابل مقایسه، از بیشترین اثر درون گروهی و بین گروهی و هم چنین با کمترین میزان ریزش همراه می‌باشد. آن‌ها با بررسی نتایج اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری با مدت زمان پی‌گیری نه ماهه بیان می‌کنند که یافته‌های درمانی از پایداری لازم برخوردار است. با توجه به ویژگی مزمن و ماهیت غیرقابل پیش بینی بیماری ام اس و هم چنین نقش برجسته عوامل روان‌شناختی از جمله استرس (میتسونیس و زریاس، ۲۰۰۸) و به ویژه نگرانی (اسدنیا و همکاران، ۱۳۹۳ و تورنتون و همکاران، ۲۰۰۶) در تشدید و عود علایم ناشی از بیماری، به نظر می‌رسد بیماران مبتلا در مقایسه با سایر بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های نورولوژی، میزان بالایی از پریشانی و کیفیت پایین زندگی (دنيسون و همکاران، ۲۰۰۹) و حتی الگوی خواب نامناسبی (اسدنیا و همکاران، ۱۳۹۳) را نیز تجربه می‌کنند که موجب کاهش عملکرد اجتماعی^۱ (کرچنر و لارا، ۲۰۱۰) و هم چنین خستگی^۲ (بارلو، ۲۰۰۲) می‌شود، این عوامل به نوبه خود موجب تشدید و افزایش طول مدت علایم اضطراب و نگرانی (بیسک و همکاران، ۲۰۰۸) می‌شود. افزایش مدت تجربه اضطراب همچنین باعث تغییر ضربان قلب، افزایش فشار خون و ایجاد بحران‌های تنفسی می‌شود. انقباض عروق نیز به نوبه خود منجر به خشکی دهان و رنگ پریدگی می‌شود (گودرزی و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به سطوح آسیب دیدگی عصب‌شناختی در سیر این بیماری، می‌توان نتیجه گرفت، که درمان اختلالات روان‌شناختی به ویژه اضطراب و افسردگی، نقش تعیین کننده‌ای در تمامی ابعاد زندگی به خصوص کیفیت زندگی آن‌ها بازی می‌کند (کوروستیل و فیستین، ۲۰۰۷). با در نظر گرفتن تشدید علایم اضطراب و نگرانی در طول فرآیند تشخیص و درمان، شکل گیری الگوی کاملی از اختلال اضطراب فراگیر در بیماران مبتلا دور از ذهن نمی‌باشد. در تبیین اثربخشی مداخله شناختی رفتاری در اضطراب و نگرانی بیماران مبتلا در این پژوهش، چندین احتمال قابل بررسی می‌باشد. هم چنان که نتایج نشان داد مداخله شناختی رفتاری بر کاهش نگرانی آسیب شناختی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، موثر بوده است. این

و همچنین از نمونه مرد نیز استفاده گردد که مبنایی برای مقایسه با نتایج این پژوهش باشد. همچنین خودگزارشی بودن ابزار به کار رفته نیز از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر می‌باشد. به متخصصین نورولوژی و همچنین انجمن‌های ام اس کشور پیشنهاد می‌شود با عنایت به اثربخش بودن نتایج چنین مداخله‌هایی طراحی با هدف غربالگری و سنجش انواع اختلالات اضطرابی به ویژه اختلال اضطراب فراگیر انجام شود تا بتوان از مداخلات روان‌شناختی نیز به عنوان روشی غیر تهاجمی در کنار دیگر درمان‌های طبی جهت کاهش اختلالات خلقی و اضطرابی در این بیماران سود برد.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی عزیزان شرکت کننده در انجام این پژوهش که صمیمانه ما را همراهی نمودند تقدیر و تشکر به عمل می‌آید که بدون همکاری این بزرگواران انجام این پژوهش میسر نبود.

References

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anhoque F, Domingues S, Carvalho T, Teixeira A, Domingues A. (2001). Anxiety and depressive symptoms in clinically isolated syndrome and multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr*, 69(6):882-6.
- Askey Jones S, David A, Silber E, Shaw P, Chalder T. (2013). Cognitive behavior therapy for common mental disorders in people with Multiple Sclerosis: A bench marking study. *Behav Res Ther*, 51, 648-55.
- Barlow, D. H. (2002). Anxiety and its disorder: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. F., & Hofman, S. G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatments. In D.M. clart G. G. Fairburn. (Eds.), Science and practice of cognitive behavior therapy (pp. 95-117). Oxford: Oxford University Press.
- Beiske A. G, Svensson E, Sandanger I, Czujko B, Pedersen E. D, Aarseth J. H, Myhr K. (2008). M. Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *Eur J Neurol*, 15(2): 239-45.
- Bol Y, Duits AA, Hupperts RMM, Vlaeyen JWS, Verhey FRJ. (2009). the psychology of fatigue in patients with multiple sclerosis: A review. *J Psychosom Res*, 66, 3-11.
- Borkovec, T. D. & Ruscio, A. M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(11), 37-42.
- Borkovoc, T., Whismsn, M. (1996). *Psychological treatment for GAD*. In: mavissakalian, M., Prien, R.F., Long-term treatment for anxiety disorders. Washington DC, American Psychiatry Press.
- Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2003). Pathological worry in depressed and anxious patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 533-546.
- Chwastiak L.A, Ehde D.M. (2007). Psychiatric Issues in Multiple Sclerosis. *Psychiatric Clin North Am*, 30(4):803-17.
- Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M., & Dozois, D. J. A. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 108-116.
- Dennison L, Moss R, Chalder T. (2009). A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clin Psychol Rev*, 29: 141-53.
- Esdenia, S., Musa Al-Rezaei, A, Saadatmand, S., Sepahrian Azar, F., & Torabzadeh, N. (2013). Investigating the effectiveness of cognitive-behavioral intervention on improving depression levels and reducing anxiety symptoms in patients with multiple sclerosis (MS). *Journal of Medical Sciences Studies*, 25 (11), 1023-1032. (in Persian)
- Esdenia, S., Sepahrian, F., Torabzadeh, N., Rezaei, A., Homayoni, R., Mafsari, M, et al. (2013). The effectiveness of health education on improving sleep quality and reducing the symptoms of migraine headaches in people with multiple sclerosis. Isfahan: 10th International MS Congress of Iran. (in Persian)
- Goldman, CG. (2005). The Goldman consensus statement on depression in multiple sclerosis. *Mult Scalera*. 11, 328-37.
- Hazlett-Stevens, H. (2008). Psychological approaches to generalized anxiety disorder: A clinician's guide to assessment and treatment. New York, NY: Springer.
- Hind D, Cotter J, Thake A, Bradburn M, Cooper C, Isaac C, et al. (2014). Cognitive behavioral therapy for the treatment of depression in people with multiple

- sclerosis: a systematic review and met analysis. *BMC Psychiatry*, 14:5.
- Iglesias Mangolini, Vitor, Laura Helena Andrade Francisco Lotufo-Neto Yuan-Pang Wang, (2019), Treatment of anxiety disorders in clinical practice: a critical overview of recent systematic evidence, <https://www.scielo.br/j/clin/a/4XfwjbNKfG9x3nk8vSGzN3f/?lang=en>.
- Jong-Meyer, R. D., Beck, B., & Riede, K. (2009). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and meta-cognitive beliefs. *Personality and Individual Differences*, 46, 547-551.
- Julian LJ, Mohr DC. (2006). Cognitive predictors of response to treatment for depression in multiple sclerosis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 18(3):356-63.
- Khazri Moghadam, N., Ghorbani, N., Bahrami, E., & Rostami, R. (2012). The effectiveness of group therapy on reducing the psychological symptoms of MS patients. *Clinical Psychology*, 4(1), 13-22. (in Persian)
- Kirchner, T., Lara, S. (2010). Stress and depression symptoms in patients with multiple sclerosis: the mediating role of the loss of social functioning. *Acta Neurological Scand*, 12(4): 215 - 221
- Korostil M, Feinstein A. (2007). Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients. *J Mult Scler*, 13: 67-72.
- Maier, W., Ganske, M., Freyberyer, H. T., Linz, M., Heun, R. Q., & Lecrabier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-Cultural perspective: A Valid diagnostic entity? *Acta Psychiatrica scandinavica*, 202, 29-36.
- Malcomson KS, Dunwoody L, Low- Strong AS. (2007). Psychological intervention in people with multiple sclerosis. *J Neurol*, 254: 1-13.
- Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behav Res Ther*. 28(6): 487-495.
- Mitsonis CI, Zervas IM, Mitropoulos PA, Dimopoulos NP, Soldatos CR, Potagas CM, et al. (2008). The impact of stressful life events on risk of relapse in women with MS. *Euro Psychiatry Journal*, 23(8): 497-504.
- Mohamad NE, Sidik SM, Akhtari-Zavare M, Gani NA. (2021). The prevalence risk of anxiety and its associated factors among university students in Malaysia: a national cross-sectional study. *BMC Public Health*. 4, 21(1):438.
- Mohr DC, Boudewyn AC, 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. *J Clin Psychol*, 69, 942-9.
- Mohr DC, Hart SL, Goldberg A. (2003). Effects of treatment for depression on fatigue in multiple sclerosis. *Psychosom Med*, 65:542-7. 65, 542-7.
- Potagas C, Mitsonis C, Watier L, Dellatolas G, Retziou A, Mitropoulos PA, et al. (2008). Influence of anxiety and reported stressful life events on relapses in multiple sclerosis: a prospective study. *Int MS J*, 14 (9): 1262-1268.
- Sharifi, V., Asadi, S.M., Mohammadi, M.R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., Shakibnia, A., Shahrivar, Z., Davari Ashtiani, R., Hakim Shoushtari, M., Sedigh, A., & Jalali Roudsari, M.. (2004). Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). *Advances in cognitive science*, 6(1-2), 10-22. SID. <https://sid.ir/paper/82756/en>. (in Persian)
- Taggart HM. (1998). Multiple sclerosis update. *Orthop Nurs*, 17: 23-9.
- Thornton EW, Tedman S, Rigby S, BashForth H, Young C. (2006). Worries and concerns of patients with multiple sclerosis: development of an assessment scale. *Mult Scler*, 12(2):196-203.
- Visschedijk MA, Collette EH. (2004). Development of a cognitive behavioral group intervention programme for patients with multiple sclerosis: an exploratory study. *Psychol Rep*, 95: 735-46.