

## اثربخشی درمان هیجان مدار بر کاهش علایم اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اسکروز (ام. اس. چندگانه)

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۹/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۳/۰۷

### خلاصه

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان هیجان مدار بر کاهش علایم اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز انجام شد.

**روش کار:** پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح تحقیق به صورت پیش آزمون - پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل بوده است. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه بیماران انجمن ام اس تهران در سال ۱۳۹۶ بودند. بدین منظور ابتدا با تمامی مراجعین انجمن ام اس تهران که شکایت از علایم اضطراب و افسردگی دانستند و علاقمند و داوطلب شرکت در پژوهش بودند ارتباط برقرار شده و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. از بین آن‌ها ۴۰ نفر که علایم شدیدتری از اضطراب و افسردگی را (بر اساس پرسشنامه‌ها نشان می‌دادند به عنوان نمونه انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ بیمار) و گروه کنترل (۲۰ بیمار) جای گرفتند. افراد گروه آزمایش در ۱۲ جلسه درمان ۱/۵ ساعته درمان (EFT) دریافت کردند. یک هفته پس از خاتمه جلسه‌های درمانی، افراد هر دو گروه آزمایش و کنترل مجدداً پرسشنامه اضطراب بک و افسردگی بک را تکمیل نمودند. در زمانی که گروه آزمایش تحت درمان ۱۲ جلسه‌ای هیجان مدار قرار گرفته‌اند گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند و در لیست انتظار ماندند. در مرحله بعد، برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم افزار SPSS با نسخه ۲۳ انجام شد.

**نتایج:** با بررسی میانگین نمرات اضطراب در پس آزمون می‌توان گفت مداخله در کاهش علایم اضطراب موثر بوده است. به این معنا که می‌توان گفت بین دو گروه از لحاظ اثر بخشی بر علایم اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز تفاوت معنادار وجود دارد.

**نتیجه گیری:** نتایج پژوهش حاکی از آن است که درمان هیجان مدار، اضطراب و افسردگی و بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز کمک می‌کند. استفاده از رویکردهای روان درمانی سلامت روانی در این بیماران را بهبود می‌بخشد و همچنین داور جسمانی بیماران نیز میتواند تأثیر گذار باشد.

**کلمات کلیدی:** درمان هیجان مدار، اضطراب، افسردگی، بیماران ام اس

غلامرضا ثناگوی محرر<sup>۱\*</sup>

محمود شیرازی<sup>۲</sup>

رویا محمدی<sup>۳</sup>

فاطمه مقصدلو<sup>۳</sup>

۱- استادیار، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد

اسلامی، زاهدان، ایران (نویسنده مسئول)

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان،

سیستان و بلوچستان، ایران

۳- دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد

اسلامی، زاهدان، ایران.

Email: Reza.sanagoo@gmail.com

## مقدمه

با هرچه پیشتر رفتن جوامع به سوی صنعتی شدن و پیرو آن، افزایش رو به رشد تسریع در کارها و از خود بیگانگی افراد<sup>۱</sup> در تعامل با خود، دیگران و محیط، اختلالات بیشتری روز به روز<sup>۲</sup> خودنمایی می‌کند. در نتیجه افراد مجبور به دریافت و تحمل فشارهای روحی و روانی بیشتری هستند که خود این مسئله میزان اضطراب و افسردگی را در آنها افزایش می‌دهد. از آن جا که بیماری ام اس از بیماری‌های عصبی است و همچنین یکی از بیماری‌هایی است که افراد دارای روحیه حساس و زودرنج را بیشتر در معرض خط و ابتلا قرار می‌دهد (۱) می‌توان گفت که اضطراب و افسردگی و اختلالات ناشی از آنها می‌تواند روند این بیماری را تسریع کند.

بیش از ۲ میلیون نفر در دنیا به این بیماری مبتلا هستند و هزینه اجتماعی و درمانی هر بیمار ۲/۵ میلیون دلار است. به نظر می‌رسد بیش از ۴۰ هزار نفر در کشور به این بیماری مبتلا باشند که اکثر آنان را خانم‌های جوان تشکیل می‌دهند (۲). عواملی چون ژنتیک و عوامل محیطی در بروز این بیماری نقش دارند اما بررسی‌های مختلف نمایانگر این نکته است که عامل ژنتیک کم‌ترین نقش را در شیوع و انتقال ام.اس دارد. در بین عوامل محیطی، عواملی چون عوامل عفونی مانند ویروس‌ها و برخی باکتری‌ها مؤثرند و با توجه به اینکه استرس، شدت بیماری مبتلایان به ام اس و تعداد حملات آنها را افزایش می‌دهد عامل استرس و تنش‌های حتی می‌تواند در افزایش میزان شمار مبتلایان به ام اس در ایران نیز موثر باشد (۲). انطباق روانی با ابتلا به یک بیماری مزمن، یک فرایند چند وجهی، انرژی بر او زمان بر است که فرد برای موفقیت در آن نیاز به یاری دارد و اگر حمایت مورد نیاز صورت نپذیرند فرد دچار افسردگی و اضطراب خواهد شد؛ علایمی که منجر به کاهش کیفیت زندگی و افت عملکرد حتی پیش از میزان مورد انتظار می‌شود.

اضطراب وضعیتی ناتوان کننده است و با توانایی‌هایی در حوزه عملکرد شغلی و اجتماعی همراه می‌باشد (۳)، اختلالات اضطراب یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است، اضطراب ترکیبی از احساسات، رفتارها، شناخت‌ها و نشانه‌های جسمانی منفی است که در سطوح بالینی و غیر بالینی توسط تمامی موجودات بشر تجربه می‌شود. علائم و نشانه‌های اضطراب را می‌توان در سه گروه اصلی طبقه بندی نمود. این سه طبقه عبارتند از: نشانه‌های جسمانی، رفتاری و شناختی، نشانه‌های جسمانی اضطراب بسیار گسترده بوده و تقریباً تمامی سیستم‌های بدن از جمله سیستم‌های تنفسی، گوارشی، غدد درون ریز و قلبی - عروقی را دربر می‌گیرد. این نشانه‌ها معمولاً به صورت نوعی برانگیختگی عمومی و چه مشخصه تمامی اختلالات اضطرابی و حالت‌های غیر بالینی اضطراب است (۴).

افسردگی غیر از اختلالات خلقی بسیار شایعی است که دارای نشانه‌هایی همچون احساس دلنگی، از دست دادن علاقه به جنبه‌های لذت بخش زندگی، نشانه‌های جسمانی و اختلال‌های خواب و نشانه‌های شناختی همچون دیدگاه منفی در مورد خود، احساس گناه، ناتوانی در تمرکز و بلا تکلیفی است (۵) در تعیین افسردگی دو رویکرد کلی درون روانی و بین فردی وجود دارد. به لحاظ تاریخی افسردگی با دیدگاه درون روانی و به عنوان خستگی روانی یا زیستی در نظر گرفته شده است. می‌یر<sup>۳</sup> (۱۹۵۷) روی این موضوع تأکید داشت که مشکلات روانی تلاش‌های نامناسب فرد را برای سایر کار شدن با محیط روانی - اجتماعی نشان می‌دهد. سالیوان<sup>۴</sup> (۱۹۵۳) نیز رفتار ناهنجار را حاصل روابط میان فردی معیوب از جمله نارسایی‌هایی در ارتباط می‌دانست (۶) درمان‌های مختلفی برای کاهش اضطراب و افسردگی بین روان‌شناسان وجود دارد و پیشنهاد می‌شود. برخی از انواع درمان‌ها می‌تواند به تنظیم افکار و اعمال برقراری ارتباط بهتر، مهارت‌های حل مساله و مدیریت علائم بیماری

<sup>3</sup> Meyer

<sup>4</sup> Sullivan

مراقبتی و همدلانه خالص به آن دسترسی می‌یابند منجر به تغییر در طرحواره‌های مجانی و سازماندهی خود آنان که تحت عملکردهای روانشناختی مشکل ساز قرار دارد می‌شود (۳) گاهی اضطراب به طور ناگهانی ظاهر می‌شود. به طور معمول وجود مجموعه‌ای از نشانه‌های بدنی، مانند سردرد، تپش قلب، عرق کردن، به ویژه کف دست‌ها، از دست دادن اشتها، بی‌خوابی، تکرر ادرار و نشانه‌های شناختی مانند اختلال حافظه، حواس پرتی، نداشتن تمرکز و نشانه‌های عاطفی، مانند نگرانی، تنش، بیقراری و دلشوره در افراد مضطرب مشاهده می‌شود. درمان پردازشی - تجربه‌ای هیجان مدار با شناسایی فرایندهای زیر بنایی در طرحواره‌های هیجانی که منجر به اضطراب می‌شود. همچنین شناسایی عناصر تجربه هیجانی و تاگشایی آن و یکپارچه سازی جنبه‌های مختلف تجربه هیجانی به درمان این اختلال می‌پردازد (۳)، تحقیقات مختلفی در ارتباط با درمان هیجان مدار بر روی زوج‌ها و زوج درمانی انجام یافته است اما در حوزه اضطراب و افسردگی به جز چند پژوهشی درباره اضطراب امتحان و اضطراب اجتماعی مطالعاتی انجام نشده است. از آنجا که متغیرهای این پژوهش در کنار هم در ایران مورد سنجش و بررسی قرار نگرفته‌اند و با توجه به این که اضطراب و افسردگی می‌توانند میزان شیوع بیماری ام اس را افزایش دهند و در نتیجه با دادن آموزش و درمان هیجان مدار می‌توان علائم اضطراب و افسردگی را به ویژه در این بیماران کاهش داد. بنابراین، این پژوهش می‌تواند به بیماران اسکروز کمک نماید تا بتوانند علائم اضطراب و افسردگی را در خود کاهش دهند و بدین گونه از تسریع و افزایش شدت بیماری جلوگیری نمایند.

با توجه به مطالب ارائه شده و همچنین نرخ رشد رو به تزاید اضطراب و افسردگی در میان افراد مختلف به ویژه بیماران ام اس این پژوهش قصد بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی بیماران اسکروز را دارد. بنابراین پژوهش حاضر بر آن است تا میزان کارایی و اثربخشی فنون حاصل از این رویکرد را مورد آزمون قرار دهد. لذا پرسش

کمک کند. یکی از درمان‌های پیشنهادی رویکرد هیجان مدار (EFT) است. رویکرد پردازشی تجربه‌ای به درمان، یک رویکرد هیجان مدار است که از آن با عنوان درمان هیجان مدار (EFT) نیز یاد می‌شود و مربوط به فعال سازی و سازماندهی مجدد طرح واره‌های هیجانی می‌شود (۷). درمان پردازشی تجربه‌ای با هیجان مدار با تلفیق اصول و راهبردهای وجودی انسانگرا در آموزه‌های شناختی، دو دیدگاه متعارض تجربه گرایی و تعقل گرایی را به هم نزدیک نمود. روان درمانی هیجان مدار بر این اصل کلیدی که همه چیز جاری و در حرکت است، استوار است. این رویکرد تاکید می‌کنند که فرایند تجربه، ویژگی‌های شخصیتی، روابط میان فردی و حتی تغییرات مراجع را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸).

از سوی دیگر این درمان بر اساس نظریه دیالکتیک در ساختار خود و تغییر بنا شده است. این نوع ساختار گرایی، منعکس کننده دادگاه نویسنده‌ها است که طبق آن انسان، سیستم پویایی تلقی می‌شود که اجزاء مختلف آن پیوسته در حال تولید، تجربه و عمل هستند (۳). دومین پایه نظری درمان هیجان مدار، تئوری ریستی هیجان است که بر اساس دیدگاه ساختار گرایی دیالکتیک از مفهوم شخصیت بنا شده است. گرینبرگ و واتسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) طرحواره هیجانی را نوعی پاسخ و سازماندهی درونی می‌دانند که سطوح مختلف اطلاعات شامل محرک‌های حسی - حرکتی، حافظه هیجانی و اطلاعات سطح ادراکی را ترکیب می‌کند بر خلاف طرحواره شناختی، طرحواره هیجانی ساختاری است که دارای مولفه‌های غیر کلامی و تجارب عاطفی بوده و تلفیقی زیست شناسی و تجربه را در فرد نشان می‌دهد (۹) درمان پردازشی - تجربه‌ای هیجان مدار (PE - EFT) یک درمان رابطه‌ای است که درمان‌های گشتالتی و مراجع محور را با هم تلفیق می‌کند. این درمان به هیجان‌ها به عنوان مسئله محوری در عملکرد روانشناختی، بدکارکردی و تغییر نگاه می‌کند. این رویکرد فرق می‌کند که کمک به مراجعان در تغییر روشی که آنها از هیجان‌ها خود استفاده کرده و در یک ارتباط

<sup>1</sup> Watson

بدین ترتیب، از میان آن‌ها ۴۰ نفر از آن‌ها که تحت هیچ‌گونه درمان دیگری قرار نداشتند، به عنوان بیماران با اضطراب و افسرده، شناسایی گردیدند و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایشی به تعداد مساوی تقسیم شدند. از این تعداد، ۲۰ نفر در گروه آزمایشی و ۲۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. متخصص روان درمانی هیجان مدار با افراد گروه آزمایشی در ۱۲ جلسه، درمان ۱/۵ ساعته درمان (EFT) را بر آن‌ها اعمال خواهد کرد، یک هفته پس از خاتمه جلسه‌های درمانی، افراد هر دو گروه آزمایش و کنترل مجدداً پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی را تکمیل خواهند نمود. در زمانی که گروه آزمایش تحت درمان ۱۲ جلسه‌ای هیجان مدار قرار گرفته‌اند گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای را دریافت نخواهد کرد و در لیست انتظار خواهد ماند.

برای تحلیل داده‌ها جمع آوری شده از روش‌های آمار توصیفی نظیر شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی و میانه و میانگین استفاده شده و در بخش آمار استنباطی با توجه به فرضیه‌ها و در صورت وجود مفروضه‌های روش آماری یا T وابسته تحلیل کوواریانس مشخص شد.

### ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه اضطراب بک: این پرسشنامه که برای شدت افسردگی استفاده می‌شود در سال ۱۹۶۳ توسط بک ساخته شده و در سال ۱۹۹۶ توسط استیر برواون و بک مورد تجدید نظر قرار گرفت. در پرسشنامه بک چهار گزینه هر سوال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ تمره گذاری می‌شود هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی، هراس) را توصیف می‌کند نمره کل در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. این مقیاس ثبات درونی بالایی بدست آورده و همبستگی ماده‌های آن با هم شامل رنجی از ۰/۳۰ تا ۰/۷۱ (میانگین برابر ۰/۶۰) می‌باشد. این آزمون بر روی ۸۳ بیمار با فاصله یک هفته برای بازآزمایی اجرا شد. که همبستگی بالایی (۰/۷۵) بدست آمد. همبستگی با نتایج چند آزمون بالینی کاملاً معنادار بود.

اساسی این پژوهش این است که آیا استفاده از رویکرد EFT بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی بیماران اسکروز اثر دارد؟

### روش کار

در پژوهش حاضر از طرح نیمه تجربی، نوع پیش آزمون و پس آزمون با انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها استفاده شده است، که به تعیین اثربخشی درمان هیجان مدار رویکرد (EFT) بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز پرداخت. جامعه آماری کلیه مراجعین انجمن ام اس تهران که شکایت از علائم اضطراب و افسردگی داشتند. (در بهار سال ۱۳۹۶). از بین تمامی مراجعین انجمن ام اس تهران که شکایت از علائم اضطراب و افسردگی داشتند آن‌ها ۴۰ نفر که علائم شدیدتری از اضطراب و افسردگی را بر اساس پرسشنامه‌ها نشان می‌دادند به عنوان نمونه انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه تقسیم شدند، از این تعداد، ۲۰ نفر در گروه آزمایشی و ۲۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. برای اجرای پژوهش ابتدا با تمامی مراجعین انجمن ام اس تهران که شکایت از علائم اضطراب و افسردگی داشتند و علاقمند و داوطلب شرکت در پژوهش بودند ارتباط برقرار شده و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. از بین آن‌ها ۴۰ نفر که علائم شدیدتری از اضطراب و افسردگی را بر اساس پرسشنامه‌ها نشان می‌دادند به عنوان نمونه انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه تقسیم شدند. ملاک‌های ورود و خروج شامل نداشتن اختلالات روانپزشکی حاد، تمایل شرکت در پژوهش، نداشتن محدودیت حسی و حرکتی و تحصیلات بالای سیکل است.

به منظور حفظ اخلاق پژوهشی، تمامی شرکت کنندگان پس از آن که رضایت خود را مبنی بر شرکت در پژوهش اعلام کردند، اهمیت پژوهش به همراه تمامی توضیحات تکمیلی به آن‌ها داده شد و به آن‌ها گفته شد که هر وقت که بخواهند می‌توانند از شرکت در پژوهش صرف نظر کنند. همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات گردآوری شده، محرمانه تلقی شده و نتایج برای هر شخص محفوظ خواهد ماند و پرسشنامه‌ها دارای کد و بدون نام هستند. به علاوه در تجزیه تحلیل و ارائه داده‌ها امانت داری و صداقت لازم رعایت گردیده است.

همبستگی این آزمون با مقیاس درجه بندی همیتون برای افسردگی (۰/۷۳)، مقیاس خودسنجی افسردگی زونگ (۰/۷۶)، و مقیاس افسردگی MMPI (۰/۷۶) به دست آمده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸).

پودات (۱۳۵۷) ضریب همبستگی مثبتی در سطح ۰/۵۶ را با پرسش نامه کنترل درونی و بیرونی راتر روی گروهی از دانشجویان مرد دانشگاه تهران به دست آورد. چگینی (۱۳۶۱) همبستگی ۰/۵۴ را با مقیاس افسردگی MMPI به دست آورد.

### پروتکل درمانی

در این مطالعه از پروتکل درمانی هیجان مدار رویکرد (EFT) استفاده شد.

مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن ضریب آلفا ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و کاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالایی این ابزار در اندازه گیری شدت اضطراب می‌باشد (۱۰).

۲- پرسشنامه افسردگی بک: شامل ۲۱ گروه سوال است، برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک، مندلسون، مارک و ارباف تدوین شد. روایی و اعتبار این پرسش نامه در سال‌های ۱۹۷۱، ۱۹۷۹، ۱۹۸۵، ۱۹۸۶ به ترتیب مورد بررسی قرار گرفت و ثابت شد.

خلاصه جلسات درمانی طبق ترتیب ارائه شده در جدول زیر بود:

جلسه اول	برقراری رابطه حسنه از طریق همدلی پیشرفته و قنون حضور خود بودن، پل پرش، درک، اکتشاف، ردگیری، اعتباربخشی و همدلی آینه وار
جلسه دوم	تاگشایی مشکل مراجع و مشاهده سبک پردازش هیجانی او از طریق گوش دادن به مشکل کنونی و شناسایی تجربه هیجانی دردناک و برجسته مراجع
جلسه سوم	همراهی، مشاهده و کشف سبک پردازش هیجانی مراجع و کوچینگ هیجانی از طریق مراحل شناسایی، آگاهی، پذیرش، تحمل و تنظیم هیجان
جلسه چهارم	تاگشایی هیجان اصلی مراجع از طریق بازنمایی تجربه‌ای تروماهای مراجع مرتبط با دل‌بستگی با هویت
جلسه پنجم	کشف و شناسایی هیجان‌ات اولیه، ثانویه و یا ابزاری از طریق کار بر روی مار کلهای خرد و وظیفه‌ای و استفاده از فنون کار با صندلی
جلسه ششم	ادامه شناسایی، بازنمایی و تنظیم هیجان‌ات اصلی زیربنایی، سازگار /ناسازگار و یا سالم /ناسالم.
جلسه هفتم	شناسایی و کار بر روی وقفه‌ها یا انسدادهای دسترسی به هیجان‌ات اولیه و ثانویه و تجربه
جلسه هشتم	ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه‌ای از مشکل کنونی و مرتبط کردن آن با تصاویر خود، پدر، مادر و یا سایر ابژه‌های احتمالی
جلسه نهم	ادامه شناسایی و کار بر روی نشانگرهای نمودار شده و کار با تصاویر باقیمانده از طریق استفاده از هنرهای

بیانگر مثل کار با بدن، کار با تریان، موسیقی، حرکت و غیره

### جلسه دهم

کوچینگ مراجع در حین بازنمایی ابژه‌ای و رسیدن به بینش تجربه‌ای

### جلسه یازدهم

ارزیابی اینکه چگونه معانی جدید باعث خلق خود جدید می‌شود

### جلسه دوازدهم

تثبیت خود جدید و تعمیم به رویدادهای آینده

برای تحلیل داده‌ها جمع آوری شده از روش‌های آمار توصیفی نظیر شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی و میانه و میانگین استفاده شده و در بخش آمار استنباطی با توجه به فرضیه‌ها و در صورت وجود مفروضه‌های روش آماری یا T وابسته تحلیل کوواریانس مشخص شد.

## نتایج

جدول ۱- نتایج آزمون‌های چندمتغیری برای نمرات اضطراب و افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل

اثر درون گروهی	ارزش	F	سطح معناداری	ضریب اتا
آزمون اثر پیلاپی	۰/۳۶۲	۹/۹۲۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶۲
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۶۳۸	۹/۹۲۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶۲
آزمون اثر هتلینگ	۰/۵۶۷	۹/۹۲۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶۲
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۵۶۷	۹/۹۲۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶۲

با توجه به مقادیر F نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد بین گروه‌ها در ترکیب خطی متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. به این معنی که نشان می‌دهد شاخص‌های آماره ملاک آزمون بین دو گروه در سطح معناداری  $P < 0/10$  تفاوت وجود دارد.  $\{F=9/922, P=0/001, \text{ مجذور اتای تفکیکی}\}$ .

جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری در مورد نمرات اضطراب و افسردگی

شاخص منابع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضرایب اتا
اثر گروه	اضطراب	۱۵/۲۲۳	۱	۱۵/۲۲۳	۵/۱۵۶	۰/۰۲۹	۰/۱۲۵
	افسردگی	۹/۸۷۱	۱	۹/۸۷۱	۸/۷۴۵	۰/۰۰۵	۰/۱۹۵
خطا	اضطراب	۱۰۶/۲۸۳	۳۶	۲/۹۵۲			
	افسردگی	۴۰/۶۳۵	۳۶	۱/۱۲۹			
جمع کل	اضطراب	۸۲۳/۱	۳۹				
تصحیح شده	افسردگی	۵۸۱/۳۷۵	۳۹				

بر اساس نتایج جدول ۲ و با توجه به اینکه سطح معنی داری خطای آزمون برای نمرات اضطراب  $\{P=0/05\}$ ،  $\{F(39,2)=8/745\}$  در سطح اطمینان ۰/۹۵ کمتر از ۰/۰۵ است، می‌توان گفت بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد. با بررسی میانگین نمرات اضطراب در پس آزمون می‌توان گفت مداخله در کاهش علائم اضطراب موثر بوده است.

جدول ۳- نتایج آزمون‌های چند متغیری برای تمرات اضطراب و افسردگی در دو گروه بر اساس جنسیت

اثر درون گروهی	ارزش	F	سطح معناداری	ضریب اتا
آزمون اثر پیلاپی	۰/۱۸۸	۴/۰۵۳	۰/۰۲۶	۰/۱۸۸
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۸۱۲	۴/۰۵۳	۰/۰۲۶	۰/۱۸۸
آزمون اثر هتلینگ	۰/۲۳۲	۴/۰۵۳	۰/۰۲۶	۰/۱۸۸
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۲۳۲	۴/۰۵۳	۰/۰۲۶	۰/۱۸۸

با توجه به مقادیر، نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین گروه‌ها در ترکیب خطی متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. به این معنی که نشان می‌دهد شاخص‌های آماره ملاک آزمون بین دو جنس از لحاظ اثر مداخله بر متغیرهای وابسته در سطح معنا داری  $P < 0/05$  تفاوت وجود دارد. زیرا میزان احتمال آزمون F از  $0/05$  کوچکتر است. می‌توان گفت بین دو جنسی از لحاظ اثر بخشی بر علائم اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری در مورد تمرات اضطراب و افسردگی

شاخص منابع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضرایب اتا
اثر گروه	اضطراب	۱۵/۶۳۱	۱	۱۵/۶۳۱	۵/۳۱۵	۰/۰۲۷	۰/۱۲۹
	افسردگی	۴/۰۶۳	۱	۴۶/۰۶۳	۳/۱۱۵	۰/۰۸۴	۰/۰۸
خطا	اضطراب	۱۰۵/۸۷۵	۳۶	۲/۹۴۱			
	افسردگی	۴۶/۴۴۳	۳۶	۱/۲۹			
جمع کل	اضطراب	۸۲۳/۱	۳۹				
تصحیح شده	افسردگی	۵۸۱/۳۷۵	۳۹				

### بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد بین گروه‌ها در ترکیب خطی متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. به این معنا که می‌توان گفت بین دو گروه از لحاظ اثر بخشی بر علائم اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز تفاوت معنادار وجود دارد.

این یافته با نتایج پژوهش‌های (۶)، (۱۱)، (۱۲)، (۱۳)، (۱۴)، (۱۵)، (۱۶)، (۱۷) و (۱۸) همسو می‌باشد.

در تبیین این نتیجه می‌توان اشاره نمود که بیماران مبتلا به ام اس به دلیل نوع بیماری دچار مشکلات جسمی، روانی و ذهنی زیادی هستند و به دلیل همین باورهای ناکارآمدی در مورد زندگی دارند و سلامت روانی پایبتری دارند. می‌توان گفت که در این بیماران نگرش‌ها، احساسات و آگاهی بالای از خود

بر اساس نتایج جدول ۴ و با توجه به اینکه سطح معنی داری خطای آزمون برای نمرات اضطراب  $\{P > 0/05\}$ ،  $F(39,2)=5/315$  در سطح اطمینان  $0/95$  کمتر از  $0/05$  است، می‌توان گفت بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد. ولی در مورد نمره افسردگی، چون نمرات  $\{0/05\}$   $\{F(39,2)=3/115, P > 0/05\}$  در سطح اطمینان  $0/95$  بیشتر از  $0/05$  است، می‌توان گفت بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود ندارد. به این ترتیب می‌توان گفت استفاده از درمان هیجان مدار رویکرد (EFT) تنها بر کاهش علائم اضطراب بیماران مرد و زن دارای بیماری اسکروز اثر متفاوت دارد. با در نظر گرفتن میانگین‌ها، به نظر می‌رسد درمان هیجان مدار در کاهش اضطراب مردان موثرتر بوده است.

وجود نداشته و بطور کل بیماران ام اس به دلیل نداشتن پذیرش وضعیت خود احساسات و برداشت‌های مثبت از خویشند نداشته، تصویر ذهنی منفی از خویش دارند و در ابعاد ذهنی رشد ضعیفی دارند. این بیمار انقدر به اصلاح اهداف اشتباه خود نیستند و باورهای نادرست و علاقه اجتماعی کسی در این بیماران شکل می‌گیرد که در کل این پیمانی بر میزان سلامت روانی و کاهش این سازه تاثیر دارد که باعث می‌شود مشکلات رفتاری بیشتری داشته باشند و وضعیت فیزیکی و ظاهر خود را نپذیر شده در شفاعات فردی - اجتماعی کمرویی، غم و ترس بیشتری داشته باشند. همچنین گوشه نشین باشند و توانایی برقراری ارتباط تر آنان کاهش یابد و نهایتاً احساس شادی، راحت بودن کمتری داشته باشند. باید گفت. در این بیماران به دلیل وضعیت خاص توانمند ساختن شخصی در ابعاد تعنی ضعیف است و بیماران پذیرش خود ضعیف، هیجانان و افکارشان بهم ریخته، خودمختاری و هدف در زندگی و رشد فردی ضعیف‌تری دارند و این بیماران با داشتن استرس، نشانه‌های اضطراب و افسردگی احساس و ارزش‌های فردی نیست به خودشان را کمتر اشتراک می‌کنند و در روابط با دیگران و تسلط بر محیط ضیف الله دریچه می‌توان گفت سلامت روانی بیماران مبتلا به ام اس نسبت به افراد سالم متفاوت است و این بیماران سلامت روان پایین تری نسبت به افراد سالم دارند.

همچنین بیماران مبتلا به ام اس به دلیل نوع بیماری دچار مشکلات جسمی، روانی و ذهنی زیادی هستند و به دلیل همین دلیل مرگ را غیرقابل گریز دانسته و دچار اضطراب‌های زیادی می‌شوند. کلی (۱۹۹۵) در دیدگاه خود بیان نمود که عناصر مهم شناختی اضطراب شامل نگرش‌ها، توانایی تصور پیش بینی و آگاهی از آشکار مردان مرگ است، می‌توان گفت در بیماران ام اس به دلیل تصور منتفی نسبت به بیماری و همچنین میزان معضلات جسمانی در بیماران، توانایی پیش بینی مرگ بالاست و لذا این بیماران ادراک اضطراب بالایی دارند و دچار افسردگی می‌شوند بیماران مبتلا به ام اس به دلیل نوع بیماری که دارند و اختلالی که در سیستم عصبی مرکزی دارند در مقابل اضطراب‌های بیماری متزلزل هستند و در برابر این معضلات

ذهنی و عاطفی اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند. در این بیماران سازماندهی بر افکار، تجسمات و تکانه‌های مراحم که با افکار منفی بر اثر بیماری مرتبط است ضعیف است. این بیماران به دلیل روبرو شده با بیماری خاص خود ادراک از بین رفتن و تفکرات مرگ زودرس را دارند و به دلیل اینکه خود نظاره گری ضعیفی دارند. انگار ناخواسته درباره اضطراب و افسردگی را نشان می‌دهد و اضطراب این بیماران درباره طبق تعادل روانی آنان را مختل می‌سازد و در مقایسه با افراد سالم کنترل احساس و اضطراب آنان ضعیف تر است. در نتیجه می‌توان گفت، خطاهای شناختی چالش با آنها و محتوای افکار منفی درباره نگرانی و اضطراب بیماران ام اس باعث وجود علائم اضطراب و افسردگی در این افراد می‌شود.

هر یک از رویکردهای درمانی از دریچه‌ای خاص، افراد را مورد توجه قرار داده و به مساله سازگاری و حل تعارضات پرداخته‌اند. از این میان درمان هیجان مدار یک درمان کوتاه مدت نظام دار است که مربوط به فعال سازی و سازماندهی مجدد طرح واره‌های هیجانی می‌شود (۱۱) درمان پردازشی تجربه‌ای با هیجان مدار با تلفیق اصول و راهبردهای وجودی انسانگرا در آموزه‌های شناختی، دو دیدگاه متعارض تجربه گرایی و تعقل گرایی را به هم نزدیک نمود. روان درمانی هیجان مدار بر این اصل کلیدی که همه چیز جاری و در حرکت است، استوار است. این رویکرد تاکید می‌کند که فرایند تجربه، ویژگی‌های شخصیتی، روابط میان فردی و حتی تغییرات مراجع را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸). این رویکرد، یک درمان رابطه‌ای است که درمان‌های گشتالتی و مراجع محور را با هم تلفیق می‌کند. این درمان به هیجان‌ها به عنوان مسئله محوری در عملکرد روانشناختی، یان کارگری و تغییر نگاه می‌کند. این رویکرد فرض می‌کند که کمک به مراجعان در تغییر روشی که آنها از هیجانان خود استفاده کرده و در یک ارتباط مراقبتی و همدلانه خالص به آن دسترسی می‌یابند منجر به تغییر در طرح‌واره‌های هیجانی و سازماندهی خود آنان که تحت عملکردهای روانشناختی مشکل ساز قرار دارد می‌شود (۸) که



میزان پدرش درد در بیماران دارای درد در افراد مبتلا به ام اس را تحت تاثیر قرار دهند. به طور کلی باورها، شناختها و مقابله با استرس و درد را باید به عنوان یک عامل مهم در تعیین سلامت کلی بیماران مبتلا به ام اس در نظر گرفت چرا که نقش تعیین کننده‌ای در افزایش و کاهش علائم افسردگی و اضطراب را دارد.

البته نتایج این تحقیقات نشان داد که درمان میجان مدار می‌تواند بر کاهش علائم مثبت و منفی اضطراب اثر گذار باشد. نتایج پژوهش حاکی از آن است که درمان هیجان مدار، اضطراب و افسردگی و بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز کمک می‌کند. استفاده از رویکردهای روان درمانی سلامت روانی در این بیماران را بهبود می‌بخشد و همچنین داور جسمانی بیماران نیز می‌تواند تأثیر گذار باشد چرا که رویکرد درمانی هیجان مدار، با تأکید بر ارتباطی پیچیده بین شناخت و احساس می‌تواند

## References

- [1] Abedini E, Ghanbari Hashem Abadi BA, Talibian Sharif J (2016), The Effectiveness of Hope and Depression Group Therapy in Women with MS, *Clinical Psychology*, 8 (2): 1-12.
- [2] Sahraian MA (2013), World MS Day, Interview, Hamshahri, 6 June, Downloadable from <http://multiplesclerosis.blogfa.com/post/4>.
- [3] Akbari H, Shafiabadi A, Karami A, Delaware A (2013), Mindfulness-based treatment protocol development based on activating spiritual-Islamic schemas and comparing its efficacy with emotion-focused process-based therapy. *Reducing Students' Social Anxiety, Counseling and Psychotherapy Culture*, 4 (14): 1-22.
- [4] Barlow, D. (1988). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: The Guilford Press.
- [5] Halgin R, Whitbourne SK (2009), *A Casebook in Abnormal Psychology*, US Higher Education.
- [6] Amani R, Majzoubi MR (2013), Comparison of emotion-focused, cognitive-behavioral, and cognitive-behavioral-emotional couple therapy on couples' marital satisfaction and depression, *Family Counseling and Psychotherapy*, 10: 439-468.
- [7] Greenberg R, Elliot (1993), *Facilitating emotional change: The moment by moment process*, New York, Guilford.
- [8] Akbari H (2015), The Effectiveness of Training Emotional-Experimental Therapy Strategies on Reducing Test Anxiety of Female High School Students in Tehran, *Educational Psychology*, 37: 187-205.
- [9] Greenberg L, Watson J (2001), Experiential Therapy of Depression: Differential Effects of Client-Centered Relationship Conditions and Process Experiential Interventions, *Psychotherapy Research*, 8(2): 210-224.
- [10] Beck AT, Steer RA (1991), Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *J Anxiety Disord*, 5: 213-23.
- [11] Arastoo AA, Ahmadi A, Zahednejad Sh (2011), The comparison of effect of 8 weeks aerobic and yoga training on physiological cost index in multiple sclerosis patients. *Sci Med J*, 10(2):153-162.
- [12] Davidson S (2014), The comparison of coping with stress and Psychological well-being of disorder M.S and normal. *Behavior research and therapy*, 36: 863-875.
- [13] Dennison L, Moss-Morris R, Chalder T (2009), A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clin Psychol Rev*, 29(2):141-53.
- [14] Goldman, A., & Greenberg, L (1992), Comparison of integrated systemic and emotionally focused approaches to couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (16)60: 962-969.
- [15] Greenberg, L, Goldman R (2007), Integrating love and power in emotion focused couple therapy. *European Psychotherapy*, 7(1): 117-135.
- [16] Greenberg MT, Weissberg RP, O'Brien MU, Zins JE, Fredericks L, Resnik H, Elias, M. J (2003), Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American psychologist*, 58: 466-474.
- [17] Johnson SM (2004), *Creating connection: The practice of emotionally focused couple therapy*, New York: Brunner – Routledge.
- [18] Johnson SM, Bradley B, Furrow J, Palmer G, Tilley D (2005), *Becoming an emotionally focused couple therapist: The workbook* New York Brunner/Routledge.
- [19] Johnson S, Denton W (2002), An Emotionally focused therapy. In A.Guram & N.Jacobson (Eds.), *The clinical hand book of couple therapy*, 221-250.
- [20] Johnson SM, Greenberg LS (1985), Emotionally Focused couples Therapy: An Outcome Study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11(38): 313-317.
- [21] Motl R, Dlugonski D, Wojcicki T, McAuley E, Mohr D (2011). Internet intervention for increasing physical activity in persons with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 17(1): 116-128.

[22] Motl R, Sandroff B, Benedict R (2011), Cognitive dysfunction and multiple sclerosis: developing a rationale for considering the efficacy of exercise training. *Multiple Sclerosis Journal*; 17(9): 1034–1040.

*Original Article***Effectiveness of Emotional Therapy on Reducing Anxiety and Depression in Patients with Multiple Sclerosis**

Received: 06/12/2018 - Accepted: 28/05/2019

Gholamreza Sanagavi Moharrar<sup>1\*</sup>  
Mahmood Shirazi<sup>2</sup>  
Roya Mohammadi<sup>3</sup>  
Fatemeh Maghsoodloo<sup>3</sup>

*1 Assistant Professor, Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran (Corresponding Author)*

*2 Associate Professor, Department of Psychology, Sistan and Baluchestan University, Sistan and Baluchestan, Iran*

*3 PhD student of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran.*

Email:  
Reza.sanagoo@gmail.com

**Abstract**

**Introduction:** The purpose of this study was to determine the effect of emotion-focused therapy on the reduction of anxiety and depression in patients with multiple sclerosis.

**Methods:** This research was a quasi-experimental research with pretest-posttest design with experimental and control group. The statistical population of the study consisted of all patients of MS Association of Tehran in year 3. To this end, first contacted all MS MSCs who complained of anxiety and depression symptoms and were interested in volunteering to complete the questionnaire. Of these, 40 individuals with more severe symptoms of anxiety and depression (based on questionnaires) were selected as the sample and were randomly divided into two groups of experimental (1 patient) and control group (2 patient). Experimental group received 1 hour, EFT treatment in 2 sessions. A week after the end of treatment sessions, subjects in both experimental and control groups completed Beck Anxiety Inventory and Beck Depression Inventory again. The control group did not receive any intervention and remained on the waiting list. Data were analyzed by covariance analysis using SPSS software version 2

**Results:** Intervention was effective in reducing anxiety symptoms by examining the mean scores of anxiety in post-test. That is to say, there is a significant difference between the two groups in terms of their effects on anxiety and depression symptoms in patients with multiple sclerosis.

**Conclusion:** The results indicate that emotion-focused therapy, anxiety and depression and patients with multiple sclerosis can help. The use of psychotherapy approaches improves the mental health of these patients and can also influence the physical refereeing of patients.

**Key words:** Emotional therapy, Anxiety, Depression, MS patients