

## بررسی اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر بهبود سطح افسردگی و کاهش علائم اضطراب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS)

سعید اسدنیاس<sup>۱</sup>، آرش موسی‌الرضایی اقدم<sup>۲</sup>، سعید سعادت‌مند<sup>۳</sup>، فیروزه سپهریان آذر<sup>۴</sup>، ناصر ترابزاده<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۳/۰۶/۳۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۳/۰۹/۰۳

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دارای سطوح بالایی از افسردگی و اضطراب می‌باشند که این امر لزوم مداخلات مشاوره‌ای، درمانی و آموزش‌های هدفمند را در این بیماران ضروری می‌سازد، لذا پژوهش حاضر نیز با هدف بررسی اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر بهبود سطح افسردگی و کاهش علائم اضطراب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شده است.

روش: پژوهش حاضر از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. ۳۲ نفر از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس که نمرات بالایی را در پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و اضطراب کتل کسب کرده بودند به‌عنوان نمونه انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۶ نفر) تقسیم شدند. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و یک‌بار در هفته مداخله شناختی و رفتاری را تجربه کردند. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. شرکت‌کنندگان ۱۰ روز بعد از آخرین جلسه مداخله، پرسشنامه افسردگی بک و اضطراب بک را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی از جمله آزمون کوواریانس تحلیل شد.

یافته‌ها: نشان داد که مداخله شناختی و رفتاری بر بهبود سطح افسردگی و کاهش علائم اضطراب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اثر مثبت و معناداری دارد ( $p < 0/05$ ).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حکایت از آن دارد که مداخله شناختی- رفتاری می‌تواند به‌عنوان رویکردی مؤثر و کارآمد در زمینه کار با بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در کنار دیگر درمان‌های دارویی به کار رود.

کلیدواژگان: اضطراب، افسردگی، مداخله شناختی و رفتاری، مولتیپل اسکلروزیس

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و پنجم، شماره یازدهم، ص ۱۰۳۲-۱۰۲۳، بهمن ۱۳۹۳

آدرس مکاتبه: ارومیه، ستاد دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، اداره مشاوره و راهنمایی دانشجویی، تلفن: ۰۹۱۴۸۵۲۲۴۶۵

Email: S\_asadnia@yahoo.com

### مقدمه

مقایسه با مردان ۲ یا ۳ برابر بیشتر است (۲) ام‌اس باعث ایجاد اختلال حسی، ضعف، گرفتگی عضلات، اختلال بینایی، اختلال شناختی، خستگی، لرزش اندام‌ها، اختلال در دفع ادرار، مدفوع، عملکرد جنسی، کرختی، تاری دید، دو بینی، اختلال گفتاری (۳) می‌شود.

بیماری تصلب چندگانه<sup>۶</sup> (ام‌اس) یکی از بیماری‌های مزمن و شایع‌ترین بیماری تبه‌کننده غلاف میلین سلول‌های عصبی در سیستم اعصاب مرکزی می‌باشد (۱). این بیماری بیشتر در بزرگسالان بین ۱۵ تا ۵۰ سال بروزمی کند و یکی از شایع‌ترین اختلال‌ها در اوایل بزرگسالی است و نسبت ابتلای زنان در

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> استادیار گروه نورولوژی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۳</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی، باشگاه پژوهشگران جوان

<sup>۴</sup> دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه ارومیه

<sup>۵</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه، باشگاه پژوهشگران جوان

<sup>۶</sup> Multiple Sclerosis

شناختی در بیماران مذکور پیشنهاد می‌کنند. یکی از مداخلات انجام شده، شیوه‌های درمان شناختی رفتاری<sup>۹</sup> (۲۵-۲۳، ۱۰) می‌باشد؛ که در زمینه مشکلات این بیماران انجام یافته است. مداخلات شناختی- رفتاری در اصلاح باورها و رفتارهای مرتبط با سلامت و همچنین در برطرف نمودن عوامل خطر ساز بسیار مؤثر می‌باشند. طبق مفروضات بنیادین درمان شناختی رفتاری نوع تفکر و ادراک بیماران، هیجان‌ها و رفتارهای آن‌ها را شکل می‌دهد. مداخلات شناختی رفتاری یک<sup>۱۰</sup> بر اساس اتصال ضروری اجزای تفکر، احساس و رفتار پی ریزی شده است (۲۶). در این رویکرد درمانی بیمار تشویق می‌شود تا رابطه بین افکار خودآیند منفی و حالات اضطرابی و افسردگی خود را به‌عنوان مفروضاتی که باید به بوته آزمایش گذاشته شوند تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار خودآیند منفی است به‌عنوان محکی برای ارزیابی و اعتبار آن‌ها افکار بهره‌گیر (۲۷).

الگوی افسردگی در بیماران مبتلا به ام‌اس با افسردگی افرادی که از نظر جسمانی سالم هستند تا حدودی متفاوت می‌باشد. شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به ام‌اس، در هر دو جنس برابر است. در حالی که در جمعیت عمومی که از لحاظ جسمانی سالم هستند در زنان دو برابر مردان می‌باشد (۲۸). اگر افسردگی در بیماران مبتلا به یک اختلال طبی بدون درمان رها شود، عوارضی پدید خواهد آورد؛ مانند بزرگ‌نمایی و تشدید علائم جسمانی، افراط در مراجعه به درمانگاه‌های طبی و استفاده از خدمات درمانی، افزایش مخارج درمانی، درگیری در رفتارهای پرخطر و حتی خودکشی پدید خواهد آورد (۲۹).

پیشینه پژوهش‌های مختلف حاکی از آن است که درمان شناختی - رفتاری توانسته است در مهار افسردگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز موفق عمل کند. نخستین پژوهش رسمی در این زمینه به سال ۱۹۸۴ بر می‌گردد که توسط لارکمبه و ویلسون<sup>۱۱</sup> (۳۰) صورت گرفت. مداخله شناختی رفتاری در این پژوهش به مدت ۶ هفته بر روی بیماران مبتلا انجام شد و پس از ۴ هفته یک پیگیری نیز اجرا گردید. نتایج آماری اثربخشی مداخله مذکور را در هر دو مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری نشان داد. در مطالعه دیگری بررسی مور، بادی وین، گودکین، بوستروم و اپستین<sup>۱۲</sup> (۲۹) در سال ۲۰۰۱ بر روی ۶۳ بیمار مبتلا به ام‌اس نشان داد که رفتار درمانی و دارو درمانی (مصرف سرتالین) بر افزایش خلق بیماران اثربخشی معناداری داشتند ولی درمان حمایتی بر کاهش افسردگی بیماران مذکور تاثیری بر جای نگذاشت.

برادلی<sup>۱</sup> (۴) در سازمان بهداشت و خدمات مردمی آمریکا، مرگ ناشی از این بیماری را در سال ۱۹۹۲ رقمی حدود ۱۹۰۰ شهروند آمریکایی (حدود ۰/۷) گزارش نموده است. بر اساس گزارش انجمن ام‌اس ایران ۵۰/۰۰۰ بیمار مبتلا به ام‌اس در ایران وجود دارد و میزان شیوع آن تقریباً ۹ در ۱۰۰/۰۰۰ نفر می‌باشد (۵).

هاوسلیتر<sup>۲</sup>، بروان<sup>۳</sup> و جاکل<sup>۴</sup> (۶) گزارش می‌کنند که میلیون‌زدایی علاوه بر اینکه بر کنش‌وری سیستم‌های حسی و حرکتی اثر تخریبی دارد، بلکه ممکن است موجب نشانه‌ها و علائم آسیب‌شناختی روانی نیز شود. در همین راستا مروری بر ادبیات پژوهشی نشان داد که در بیماران مبتلا به ام‌اس میزان بالایی از پریشانی، کیفیت زندگی پایین، مشکلات در نقش و روابط اجتماعی (۷)، افسردگی (۷-۱۱) اضطراب (۱۳-۱۱) و سردرهای میگرنی، کیفیت خواب نامطلوب (۱۴) و همچنین نگرانی آسیب‌شناختی (۱۵) دیده می‌شود. افسردگی شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی مشاهده شده در بیماران ام‌اس است و شیوع آن، بین ۲۷ درصد تا ۵۴ درصد می‌باشد. نتایج پژوهش بشارت، پورحسینی، رستمی و بزازیان (۹) نشان داد که افسردگی در ۵۰ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلا به ام‌اس مشاهده می‌شود، همچنین میزان خودکشی در این بیماران حدود ۷/۵ برابر گروه گواه می‌باشد.

اگرچه اضطراب یکی دیگر از علائم ناتوان‌کننده این بیماران می‌باشد ولی تا مدت‌ها مورد توجه پژوهشگران نبوده و کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. پژوهش‌های اخیر خبر از شیوع ۳۷ درصدی اختلالات اضطرابی در این بیماران را می‌دهند (۱۶). افزون بر این ۳۷ درصد، افراد مبتلا به ام‌اس اضطراب را ناتوان‌کننده ترین نشانه این بیماری دانسته (۱۷) و آن را در سال اول پس از تشخیص بسیار شدید گزارش می‌کنند (۱۸). در پژوهشی مالکومسون<sup>۵</sup>، دان وودی و لائو استنراج (۱۹) به این نتیجه رسیدند افرادی که به تازگی تشخیص این بیماری را دریافت کرده‌اند میزان اضطرابشان حدود ۳۴ درصد و در والدین آن‌ها ۴۰ درصد می‌باشد. در پژوهشی دیگر آنهوکو، دومینکیوس، تیکسیرا و دومینکیوس<sup>۶</sup> (۲۰) گزارش می‌کنند بیماران ام‌اس در مقایسه با گروه کنترل، سطح بالایی از اضطراب و افسردگی را نشان می‌دهند. سیگرت و آبرنتی<sup>۷</sup> (۲۱) نیز سطح بالایی از اختلالات خلقی و اضطرابی را در بیماران ام‌اس کرده‌اند.

گروه توافقی گلدمن<sup>۸</sup> (۲۲) مداخلات روان شناختی متعددی را برای نشانگان‌های اضطراب و افسردگی و دیگر علائم روان

<sup>1</sup> Bradley

<sup>2</sup> Haussleute.

<sup>3</sup> Brune

<sup>4</sup> Juckel

<sup>5</sup> Malcomson, Dunwoody & Low- Strong

<sup>6</sup> Anhoque, Domingues, Carvalho, Teixeira & Domingues

<sup>7</sup> Siegart & Abernethy

<sup>8</sup> Goldman

<sup>9</sup> Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

<sup>10</sup> Beck

<sup>11</sup> Larcombe & Wilson

<sup>12</sup> Mohr, Boudewyn, Goodkin, Bostrom & Epstein

هر دو گروه مجدداً به آزمون‌های افسردگی بک و اضطراب کنترل پاسخ دادند. مداخله جهت کمک به بیماران شرکت کننده در گروه کنترل بعد از پاسخ گویی مجدد به آزمون اجرا شد. ابزارهای اندازه گیری:

در این پژوهش به منظور اندازه گیری متغیرهای مورد نظر از دو پرسش نامه هنجاریایی شده به شرح زیر استفاده شد.

الف) پرسش نامه افسردگی بک: این پرسش نامه ۲۱ سؤال دارد و آزمودنی یکی از چهارگزینه را که نشان دهنده شدت افسردگی است انتخاب می‌کند. به هر سوال نمره ای بین ۰ تا ۳ اختصاص یافته و کل پرسش نامه دامنه ای از نمرات ۰ تا ۶۳ خواهد داشت. در مطالعه فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون<sup>۳</sup> (۳۵) ضریب الفای کرونباخ پرسش نامه اعتبار این پرسش نامه را محاسبه کردند که ضریب آلفای کرونباخ ۸۶ درصد، ضریب ثبات درونی ۹۲ درصد و ضریب پایایی آن ۹۴ درصد بدست آمد. قاسم زاده (۳۶) در بررسی ویژگی‌های روان سنجی چاپ دوم نسخه فارسی پرسش نامه افسردگی بک بر ۱۲۵۰ دانشجوی ایرانی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و دانشگاه علامه طباطبایی بررسی کرد و آلفای کرونباخ را ۸۷ درصد و ضریب بازآزمایی را ۷۴ درصد گزارش نموده است. در پژوهش حاضر از نسخه ترجمه شده قاسم زاده استفاده شده است.

ب) پرسش نامه اضطراب کنترل: این پرسش نامه شامل ۴۰ سؤال است که مقیاس اضطراب تست ۱۶ عملی شخصیت کنترل را تشکیل می‌دهد. هر سؤال در یک مقیاس سه درجه ای (۲، ۱، ۰) نمره گذاری می‌شود. تست ۱۶ عملی کنترل دارای شاخص‌های روان سنجی قابل قبول است، بنابراین پرسش نامه اضطراب کنترل از اعتبار و روایی<sup>۴</sup> لازم برخوردار است. این پرسشنامه در سال ۱۳۶۷ در یک نمونه ایرانی شامل ۹۷۷ دانشجوی دانشگاه تهران در دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال، هنجاریایی شد و دارای نمرات تراز یا هنجار، برای اضطراب صفت (پنهان)، حالت (آشکار) و اضطراب کلی است (۳۷).

ج) مروری بر محتوای برنامه مداخله:

جلسه اول: شامل معارفه و آشنایی، بحث درباره اضطراب و افسردگی و نقش آن‌ها در تشدید و تداوم بیماری‌ام‌اس و مروری بر ساختار جلسات و قوانین مربوط به برنامه مداخله و معرفی رویکرد شناختی رفتاری و ارائه منطق درمان بود. جلسه دوم: آزمودنی‌ها با مفهوم هیجان و علائم اضطراب و افسردگی و همچنین درک لزوم مهار اضطراب و افسردگی آشنا شدند. جلسه سوم و چهارم: بحث و آموزش رابطه بین تفکر، احساس و رفتار و کارکرد فیزیولوژیک و تأثیر هر یک از آن‌ها بر یکدیگر و همچنین آموزش ارتباط میان افکار و احساسات با تأکید بر افکار مربوط به ناامیدی، درماندگی و نگرانی (هیجان‌های غالب در اضطراب و افسردگی)، آموزش نمره

در پژوهشی دیگر آکسی جونز، دیوید، سیلبر، شآو و چالدر<sup>۱</sup> (۳۱) به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری می‌تواند میزان اضطراب و افسردگی بیماران ام‌اس را به طور معناداری کاهش دهد. در همین راستا اخیراً نتایج فراتحلیل وسیع هیند، کاتر، تک، برآدبون، کوپر، ایساک و هاوز<sup>۲</sup> (۳۲) در سال ۲۰۱۴، نشان داد که درمان شناختی- رفتاری مداخله‌ای موفق در کاهش میزان افسردگی بیماران مبتلا به ام‌اس می‌باشد. در یک بررسی که درمان شناختی رفتاری از طریق تلفن انجام شد توانست میزان افسردگی را در بیماران مذکور به طور معناداری کاهش دهد (۳۳). در داخل کشور نیز مختاری، نشاط دوست و مولوی (۳۴) درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی را در کاهش افسردگی بیماران مبتلا به ام‌اس اثربخش گزارش نموده‌اند.

استفاده از درمان شناختی رفتاری و تأثیر آن بر بهبود افسردگی و اضطراب بیماری‌ام‌اس با توجه به نرخ رشد این بیماری در حال افزایش می‌باشد و با توجه به این که کمتر مورد توجه پژوهشگران ایرانی قرار گرفته است و همچنین بر اساس ادبیات موجود تا کنون پژوهشی که از درمان شناختی - رفتاری به طور همزمان در کاهش اضطراب و افسردگی این بیماران استفاده کرده باشد، انجام نشده است. لذا پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر بهبود سطح افسردگی و کاهش میزان اضطراب بیماران مبتلا به ام‌اس پرداخته است.

## مواد و روش کار

جامعه و نمونه آماری:

طرح این پژوهش از نظرهدف کاربردی و از نظر شیوه طرح تحقیق از نوع مطالعه نیمه آزمایشی پیش- پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری در این پژوهش مشتمل بر کلیه بیماران زن مبتلا به ام‌اس مراجعه کننده به بخش داخلی اعصاب بیمارستان امام خمینی ارومیه بودند که در سال ۱۳۹۲ از طرف متخصص نورولوژی (نویسنده چهارم مقاله) برای استفاده از خدمات روان درمانی به روان شناس ارجاع داده شده بودند. در پژوهش حاضر از نمونه گیری دردسترس استفاده شد. شرکت‌کنندگان از طبقات اجتماعی - اقتصادی بالای جامعه بودند. میزان تحصیلات نمونه‌های مورد مطالعه از دانشجوی کارشناسی، کارشناسی و بالاتر بود. ۳۲ نفر بیمار مبتلا به ام‌اس که از لحاظ طبقه اجتماعی، اقتصادی، میزان تحصیلات و سن همتا شده بودند به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) قرار گرفتند و به آزمون‌های افسردگی بک و اضطراب کنترل پاسخ دادند. سپس گروه آزمایشی به مدت ۱۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای مداخله شناختی رفتاری را تجربه کردند، درحالی که گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای را تجربه نکردند. در پایان جلسات درمانی،

<sup>3</sup> Dabson

<sup>4</sup> Validity & reliability

<sup>1</sup> Askey-Jones, David, Silber, Shaw & Chalder

<sup>2</sup> Hind, Cotter, Thake, Bradburn, Cooper, Isaac & House

آموزش داده شد. جلسه یازدهم و دوازدهم: دوباره آموزش تن آرامی تمرین گردید، بر ارتباط فعالیت و خلق. یکپارچه سازی فعال سازی رفتاری در آموزش برنامه ریزی فعالیت‌ها تاکید گردید؛ و در مورد آموزش شکستن هر فعالیت به گام‌های کوچک بحث شد. جلسه سیزدهم: استفاده از آموخته‌های جلسات پیشین برای رویارویی با افکار خودآیند منفی موجد افسردگی و اضطراب بررسی شد. جلسه چهاردهم: روش‌های شناختی رفتاری و مباحث جلسات گذشته مرور شد و با همکاری شرکت‌کنندگان برای اختتام درمان مطالب جلسات جمع بندی گردید.

### یافته‌ها

جدول شماره ۱ میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمونی مستقل نمرات پیش‌آزمون برای مقایسه عملکرد گروه آزمایش و کنترل در متغیر افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهد.

گذاری خلق و همچنین ارائه تکلیف خانگی بود. در هریک از جلسات بعدی، ابتدا موارد مطرح شده در جلسات قبل مرور می‌شد و موفقیت و عدم موفقیت انجام تکالیف ارائه شده در جلسات قبل بررسی می‌شد. جلسه پنجم و ششم: افکار خود آیند منفی مروری شد و به ویژه بر یادگیری ویژگی این افکار، آموزش خطاهای رایج شناختی و شناخت آن‌ها گردید و سپس، درباره خطاهای پردازش ارزیابی مجدد افکار و چالش با آن‌ها به‌عنوان راهکاری برای تغییر افکار غیرمنطقی توضیح داده شد. جلسه هفتم: مروری بر مبحث " افکار حقایق نیستند " تاکید شد و روش‌هایی که با استفاده از آن‌ها می‌توان افکار را به نحو متفاوتی دید مرور گردید. جلسه هشتم و نهم: جایگزینی فکر و آگاهی کامل از افکار و احساسات و همچنین شکار افکار خودآیند منفی و نوشتن آن‌ها تمرین شد؛ و همچنین بر همیشگی نبودن احساسات و افکار منفی اشاره شد. جلسه دهم: آموزش تغییر در الگوی تنفس از دیافراگمی به شکمی و همچنین آموزش تن آرامی تصویری هدایت شده جهت کاهش اضطراب

**جدول (۱):** اطلاعات توصیفی نمرات پیش‌آزمون و آزمونی مستقل برای مقایسه عملکرد گروه آزمایش و کنترل در متغیر افسردگی و اضطراب

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آزمون لون		سطح معناداری
					F	سطح معناداری	
افسردگی	آزمایش	۱۶	۳۰/۶۳	۵/۸۸	۰/۱۰۰	۰/۷۵۴	۰/۴۴۹
	کنترل	۱۶	۲۹/۰۶	۵/۶۵			۰/۷۶۷
اضطراب	آزمایش	۱۶	۴۲/۶۱	۷/۱۸	۱/۵۵۶	۰/۲۲۲	۰/۸۳۲
	کنترل	۱۶	۴۳/۱۳	۵/۹۵			-۰/۲۱۴

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد. به نظر می‌رسد که افراد شرکت کننده در پژوهش، از نظر متغیرهای افسردگی و اضطراب در یک سطح بوده و باهم اختلاف معناداری ندارند بنابراین می‌توان ادعا نمود قبل از اجرای کاربندی آزمایشی گروه‌ها هم‌تا می‌باشند.

یافته‌های جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد. به نظر می‌رسد که افراد شرکت کننده در پژوهش، از نظر متغیرهای افسردگی و اضطراب در یک سطح بوده و باهم اختلاف معناداری ندارند بنابراین می‌توان ادعا نمود قبل از اجرای کاربندی آزمایشی گروه‌ها هم‌تا می‌باشند.

**جدول (۲):** اطلاعات توصیفی نمرات پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر افسردگی و اضطراب

متغیر	گروه	شاخص	میانگین	انحراف معیار
	کنترل	۲۷/۸۸	۶/۱۳	
اضطراب	آزمایش	۳۱/۵۶	۷/۲۰	
	کنترل	۴۰/۵۰	۶/۵۶	

گروه آزمایش و کنترل در متغیر افسردگی و اضطراب در سطح ۰/۰۵ معنادار نمی‌باشد. لذا استفاده از تحلیل کوواریانس مشکلی ندارد. بنابراین با فرض همگنی شیب‌ها، تحلیل کوواریانس بررسی شد که نتایج در جدول شماره ۳ آمده است.

قبل از بررسی تحلیلی نتایج، از پیش فرض‌های لازم برای استفاده از تحلیل کوواریانس اطمینان حاصل شد. تحلیل مقدماتی برای ارزیابی همگنی بین شیب‌ها نشان می‌دهد که اثر متقابل بین متغیر کواریانت (پیش‌آزمون) و عامل در متغیرهای مورد پژوهش معنادار نمی‌باشد. همچنین بر اساس نتایج آزمون لوین، واریانس

جدول (۳): نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر افسردگی و اضطراب

توان آماری	اتا	P	F	Ms	DF	Ss	شاخص منع تغییر	مقیاس
۰/۹۵	۰/۳۲۳	۰/۰۰۱	۱۳/۸۱	۲۹۵/۸۳	۱	۲۹۵/۸۳	افسردگی	
۱	۰/۵۲۸	۰/۰۰۰	۳۲/۴۵	۶۹۵/۳۲	۱	۶۹۵/۳۲	گروه	افسردگی
				۲۱/۴۳	۲۹	۶۲۱/۳۶	مقدار خطا	
۱	۰/۶۲۹	۰/۰۰۰	۴۹/۱۸	۸۹۵/۷۳	۱	۸۹۵/۷۳	اضطراب	
۱	۰/۵۲۳	۰/۰۰۰	۳۱/۸۶	۵۸۰/۲۹	۱	۵۸۰/۲۹	گروه	اضطراب
				۱۸/۲۱	۲۹	۵۲۸/۲۱	مقدار خطا	

داده‌اند همسو می‌باشد. در همین راستا نتایج نخستین پژوهش رسمی که توسط لارکمه و ویلسون (۳۰) انجام شد نشان داده است که درمان شناختی رفتاری اثرات درمانی معنی داری بر بهبود افسردگی بیماران مبتلا به ام‌اس داشته است. همچنین نتایج تحقیق مور و همکاران (۲۹) حاکی از آن که رفتار درمانی و دارو درمانی در بالا بردن خلق بیماران مبتلا به ام‌اس مفید بوده است. همسو با این نتایج جونز و همکاران (۳۱) گزارش می‌کنند که درمان شناختی رفتاری قادر است میزان افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به ام‌اس را به طور معنی داری کاهش دهد. در فراتحلیل مشهور هیند و همکاران (۳۲) نشان داد مداخله شناختی رفتاری موثرترین مداخله در کاهش میزان افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به ام‌اس بوده است. در پژوهشی بکنر و همکاران (۳۳) که درمان شناختی رفتاری را با استفاده از تلفن انجام دادند، توانستند میزان افسردگی بیماران ام‌اس را به طور معنی داری کاهش دهند. مختاری و همکاران (۳۴) نیز درمان شناختی رفتاری گروهی را در کاهش افسردگی بیماران ام‌اس اثربخش گزارش می‌کنند.

بیماری‌ام‌اس با ویژگی ناتوان کننده، مزمن و غیرقابل پیش بینی‌اش چالش‌های زیادی در زندگی بیماران مبتلا ایجاد می‌کند. این بیماران مجبورند که در برنامه زندگی، خانواده و کارتجدید نظر کرده که با عود بیماری و فقدان خودمختاری همراه است؛ که به نوبه خود سبب افسردگی (۱) می‌شود. در توجیه اثربخشی معنی دار مداخله شناختی رفتاری در این پژوهش بر بهبود سطح افسردگی بیماران مبتلا به ام‌اس چندین احتمال قابل توجه می‌باشد. نخست اینکه این رویکرد درمانی با به چالش کشیدن افکار خودآیند منفی، شناسایی و اصلاح تحریف‌های شناختی فرد، موجب می‌شود که فرد مبتلا از قید باایدها، ناپایدها و افکارکمال

طبق یافته‌های جدول ۳ ملاحظه می‌شود که مداخله شناختی و رفتاری موجب کاهش افسردگی در گروه آزمایشی شده است. زیرا که مقدار F محاسبه شده در این متغیر در سطح (P<۰/۰۱) معنی دار است. همان گونه که مجذور اتا نشان می‌دهد مداخله شناختی و رفتاری موجب ۵۳ درصد تغییرات متغیر افسردگی شده است. همچنین مداخله شناختی و رفتاری باعث کاهش میانگین اضطراب گروه آزمایشی شده است. زیرا که مقدار F محاسبه شده در سطح (P<۰/۰۱) نیز معنی دار است. با توجه به مجذور اتا، این رویکرد درمانی موجب ۵۲ درصد تغییرات متغیر اضطراب شده است. توان آماری بالای ۰/۸۰ در متغیرهای وابسته حاکی از کفایت حجم نمونه می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر بهبود سطح افسردگی و کاهش میزان اضطراب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. با توجه به این هدف دو گروه مورد مطالعه قرار گرفتند و با استفاده از پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و اضطراب کتل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج پژوهش حاضر موثر بودن درمان شناختی رفتاری را در بهبود سطح افسردگی و کاهش میزان اضطراب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مورد تأیید قرار می‌دهد.

از یافته‌های پژوهش حاضر از زاویه کلی تر می‌توان چنین نتیجه گرفت که مداخلات روان درمانی از نوع درمان شناختی رفتاری در بهبود وضعیت روانی بیماران مبتلا به ام‌اس مؤثر است. براین اساس، نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های قبلی که اثربخشی درمان شناختی رفتاری را در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به ام‌اس مورد آزمایش قرار

فیزیولوژیکی نگرانی خود غالب آمده که به نوبه خود منجر به کاهش اضطراب گردید.

همچنین یافته جنبی پژوهش حاضر این است که گروه آزمایشی اظهار کردند که به میزان چشمگیری از شدت و فراوانی سردشان کم شده است و نسبت به قبل از مداخله، از کیفیت خواب مناسبی برخوردارند. این نتیجه با یافته‌های اسدنيا و همکاران (۱۴) درباره تأثیر آموزش بهداشت خواب بر بهبود کیفیت خواب و کاهش سردردهای میگرنی در افراد مبتلا به ام‌اس همسو می‌باشد. اختلالات خواب و کیفیت خواب نامطلوب از علائم متداول در ام‌اس می‌باشد که به شدت منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۳۸). کیفیت خواب می‌تواند شامل احساس تجدید نیرو و نبود احساس خواب آلودگی بعد از بیدار شدن باشد (۳۸ و ۳۹). بیش از ۵۰ درصد افراد مبتلا به ام‌اس از کیفیت خواب نامطلوب رنج می‌برند، بنابراین می‌توان گفت که این افراد نسبت به جمعیت عمومی و همین طور نسبت به سایر بیماری‌های مزمن مشکلات خواب بیشتری را تجربه می‌کنند (۴۰). در همین راستا نتایج پژوهش‌های اسدنيا، سپهریان آذر، موسی الرضایی اقدم و سعادت‌مند (۴۱ و ۴۲) حاکی از آن است که کیفیت خواب نامطلوب با انواع سردرد اولیه، بخصوص سردردهای میگرنی ارتباط معنی داری دارد و لذا افرادی که از کیفیت خواب مناسبی برخوردارند سردردهای میگرنی کمتری را در طول زندگی خود تجربه می‌کنند. همچنین از آن جایی نتایج پژوهش‌های متعددی (۴۳ و ۴۴) حاکی از ارتباط بین اضطراب و افسردگی با انواع سردرد می‌باشد، بنابراین در تبیین احتمالی این یافته جنبی می‌توان گفت که مداخله شناختی رفتاری با کاهش نگرانی منجر به کاهش اضطراب شده و همچنین با هدف قراردادن نشخوارهای فکری منجر به کیفیت خواب مطلوب می‌شود و به نوبه خود فراوانی سردردها را در روز بعد کاهش می‌دهد. لازم به ذکر است که پژوهش‌های اندکی در رابطه با تأثیر مداخله شناختی- رفتاری بر افسردگی اضطراب بیماران مبتلا به ام‌اس در ایران انجام شده است و شاید بتوان گفت که این پژوهش از نخستین تحقیقاتی است که اثربخشی این نوع مداخله را در هردو متغیر اضطراب و افسردگی به طور همزمان مورد مطالعه قرار می‌دهد. با توجه به مطالب ذکر شده امکان مقایسه بهتر با سایر مطالعات وجود نداشت که این مسأله از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد. در مورد سایر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که این تحقیق صرفاً در شهرستان ارومیه و بر زنان مبتلا به ام‌اس انجام شد، لذا امکان تعمیم نتایج حاصله به دیگر شهرستان‌های کشور و بیماران ام‌اس مرد وجود ندارد. همچنین این پژوهش فقط بر روی بیماران مبتلا به ام‌اس که دارای اضطراب و افسردگی بالایی بودند انجام شده است که این مسأله نیز به نوبه خود از تعمیم پذیری نتایج پژوهش به سایر گروه‌های بیماران ام‌اس می‌کاهد. عدم انجام دوره پی گیری اثرات درمانی به دلیل محدودیت زمانی و عدم دسترسی

گرایانه رها شده و بیماری خود را بپذیرد و به طور منطقی با آن مواجه شود. همچنین با شناخت و تغییر طحواره های ناآرامد، مثلث سه گانه شناختی نسبت به خود، جهان و آینده متحول می‌شود. در نتیجه بیمار به جای تمرکز بر گذشته و نشخوارهای فکری، مقایسه و نازنده سازی خود و همچنین ناامیدی به آینده، نگرش جدید و انعطاف پذیرتری را می‌یابد. به کارگیری راهبردهای رفتاری مانند بازنگری و برنامه ریزی فعالیت و تکالیف درجه بندی شده، این است که درگیری بیمار با کارهای نشاط انگیز را به حداکثر برساند. البته در اینجا تکنیک‌ها در چارچوب منطق شناختی ارائه می‌شود یعنی مشخصاً برای آزمون افکاری که مانع چنین فعالیت‌هایی می‌شوند، ویا باعث می‌شوند که افراد کارهای خود را کم اهمیت و بی ارزش ببینارند و در نتیجه باعث تداوم افسردگی می‌شود (۳۶). این راهبردهای رفتاری به بیمار کمک می‌کند تا از نقش بیمار بیرون آمده و در حد توان به فعالیت‌های روزمره مشغول گردد. دوم اینکه درمان شناختی با اطلاعات و آگاهی که به بیمار می‌دهد، او را به رغم توانایی‌هایش به تلاش بیشتر برای افزایش خلق تشویق می‌کند. به عبارتی روشن تر بیمار درگیر بودن در علائم و نشانه‌های افسردگی را حتی در شرایط ناتوان جسمانی برای خود جایز نمی‌شمارد و برای کاهش علائم فعال می‌شود (۳۴).

در این پژوهش نتیجه قابل توجه دیگری که به دست آمد این بود که مداخله شناختی رفتاری علاوه بر کاهش افسردگی منجر به کاهش سطح اضطراب بیماران مبتلا به ام‌اس نیز شده بود که موافق با پژوهش جونز و همکاران (۳۱) و هیند و همکاران (۳۲) می‌باشد. در تبیین اثرات درمانی رویکرد شناختی رفتاری در کاهش اضطراب بیماران ام‌اس می‌توان چنین گفت که سبک زندگی غیرقابل پیش بینی در بیماران مبتلا به ام‌اس منجر به افزایش نگرانی و اضطراب (۱) می‌شود. در همین راستا اسدنيا و همکاران (۱۵) نشان دادند که بیماران مبتلا به ام‌اس در مقایسه با افراد سالم سطح بالایی از نگرانی آسیب‌شناختی<sup>۱</sup> را گزارش می‌دهند. از آن جا نگرانی به‌عنوان هسته اصلی همه اختلالات اضطرابی محسوب می‌شود، پس می‌توان گفت که بیماران مبتلا سطح بالایی از اضطراب و نگرانی را تجربه می‌کنند (۱۶). انگاره اصلی در مدل‌های شناختی رفتاری اختلالات اضطرابی، این است که آن چه مسول ایجاد هیجان‌های منفی از قبیل اضطراب و افسردگی است خود رویدادها نیستند بلکه انتظار و تفسیر افراد از آن رویدادهاست (۱۹). در پژوهش حاضر با به چالش کشیدن و به حداقل رساندن باورهای نامعقول و تبدیل آن‌ها به توجیهات معقول که پیامد سالم تری دارند و همچنین با استفاده از انواع روش‌های فکری، رفتاری و هیجانی مانند مشغول ساختن خود به وضعیت انقباض عضلانی و تمرین تن آرامی، شناسایی و ثبت افکار منفی و همچنین آگاهی لحظه به لحظه از افکار و موقعیت بر برانگیختگی

<sup>۱</sup> pathologic worry

پیشنهاد می‌شود با توجه به انگیزه بسیار بالای این بیماران و استقبال آن‌ها برای شرکت در برنامه‌های آموزشی- مداخله‌ای شناختی رفتاری و همچنین با عنایت به اثربخش بودن چنین مداخله‌ای در کاستن از علائم اضطراب و افسردگی، از رویکرد درمانی شناختی رفتاری به‌عنوان یک روش رفتاری، غیر دارویی و غیر تهاجمی جهت کاهش اضطراب و بهبود افسردگی استفاده شود.

### تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی عزیزان شرکت کننده در این پژوهش و همچنین از راهنمایی‌های ارزشمند اساتید ارجمند سرکارخانم دکتر سپهریان آذر و جناب آقای دکتر موسی رضایی اقدم که ما در انجام این پژوهش صمیمانه همراهی نمودند تقدیر و تشکر به عمل می‌آید که بدون همکاری این عزیزان انجام این پژوهش میسر نبود.

مجدد به بیماران، بعد از مداخله نیز از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد. علاوه بر محدودیت‌های ذکر شده پیشنهاد می‌شود این مطالعه با نمونه‌های بزرگ‌تر و نیز با پی گیری‌های طولانی مدت جهت تعیین اثرات دراز مدت مداخله و پایداری نتایج تکرار شود، اجرای پژوهش‌های مشابه بر روی افراد مبتلا به سایر گروه‌های بیماران ام‌اس و مقایسه نتایج آن‌ها با نتایج این مطالعه سودمند خواهد بود، همچنین تهیه یک راهنمای آموزشی و درمانی ویژه برای مدیریت استرس و افسردگی مختص بیماران ام‌اس و تعیین اعتبار آن توصیه می‌شود. مطلوب است در پژوهش‌های آینده سایر متغیرهای وابسته (از جمله: آزمایشات پزشکی و نورولوژیکی، فشارخون و ...) نیز در نظر گرفته شود. در صورت امکان، درگیر کردن خانواده بیماران در مداخلات و آموزش‌های روان شناختی توصیه می‌شود. در پایان پژوهشگران تحقیق حاضر امیدوارند که با توجه به نتایج این پژوهش بتوان گام‌های موثری در ارتقا سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس و همچنین خانواده‌های این عزیزان برداشت. در پایان به متخصصان محترم نورولوژی و مسولین محترم انجمن‌های ام‌اس کشور

### References:

- Anhoque F, Domingues S, Carvalho T, Teixeira A, Domingues A. Anxiety and depressive symptoms in clinically isolated syndrome and multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr* 2011;69(6):882-6.
- Bol Y, Duits AA, Hupperts RMM, Vlaeyen JWS, Verhey FRJ. The psychology of fatigue in patients with multiple sclerosis: A review. *J Psychosom Res* 2009; 66: 3-11.
- Taggart HM. Multiple sclerosis update. *Orthop Nurs* 1998; 17: 23-9.
- Bradley. *Neurology in CP: The Neurological Disorder*, Vol II, 3<sup>rd</sup> ed. Butler Worth: Heinemann Co; 2005.
- Etemadifar M. *Diagnosis and treatment of multiples sclerosis (MS)*. 1<sup>st</sup> ed. Isfahan: charbagh publication; 2005. (Persian).
- Hausleiter IS, Brune M, Juckel G. Review: Psychopathology in multiple sclerosis: diagnosis, prevalence and treatment. *Ther adv Neurol Disord* 2009; 2(1): 13-29.
- Dennison L, Moss R, Chalder T. A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clin Psychol Rev* 2009; 29: 141-53.
- Siegert R, Abernethy D. Depression in multiple sclerosis: a review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76:469-75.
- Besharat MA, Pourhosein R, Rostami R, Bazzazian S. Perfectionism and fatigue in multiple sclerosis. *Psychol and heal* 2010; 26: 419-32. (Persian)
- Mohr DC, Hart SL, Goldberg A. Effects of treatment for depression on fatigue in multiple sclerosis. *Psychosom Med* 2003; 65:542-7.
- Ford H, Trigwell P, Johnson M. The nature of fatigue in multiple sclerosis. *J Psychosom Res* 1998;45:33-8.
- Vuger-Kovacic D, Gregurek R, Kovacic D, Vuger T, Kalenic B. Relation between anxiety, depression and locus of control of patients with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2007;13(8):1065-7.
- Janssens ACJW, van Doorn PA, de Boer JB, van der Meché FGA, Passchier J, Hintzen RQ. Impact

- of recently diagnosed multiple sclerosis on quality of life, anxiety, depression and distress of patients and partners. *Acta Neurol Scand* 2003;108(6):389-95.
14. Asadnia S, Sepehrian F, Torabzadeh N, mossarezaii A, Homayoni R, Mofasseri M, et al. The effectiveness of health training on improving sleep quality, and reduction of the symptoms of migraine headaches in individuals with multiple sclerosis. Isfahan: MS 10<sup>th</sup> International Iranian MS Congress; 2013.
  15. Asadnia S, Sepehrian F, Torabzadeh N, mossarezaii A, Homayoni R, Mofasseri M, et al. The investigation of Brain/behavioral systems in patients with multiple sclerosis: role of pathologic worry. Isfahan: MS 10<sup>th</sup> International Iranian MS Congress; 2013.
  16. Korostil M, Feinstein A. Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients. *J Mult Scler* 2007; 13: 67-72.
  17. Stenager E, Knudsen L, Jensen K. Multiple sclerosis: correlation of anxiety, physical impairment and cognitive dysfunction. *Ital J Neurol Sci* 1994; 15: 97-101.
  18. Montel SR, Bungener C. Coping and quality of life in one hundred and thirty-five subjects with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2007; 13: 393-401.
  19. Malcomson KS, Dunwoody I, Low- Strong AS. Psychological intervention in people with multiple sclerosis. *J Neurol* 2007: 254: 1-13.
  20. Anhoque F, Domingue S, Carvalho T, Teixeira A, Domingues R. Anxiety and depressive symptoms in clinically isolated syndrome and multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr* 2011;69(6):882-6.
  21. Siegert RJ, Abernethy DA. Depression in multiple sclerosis: a review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76:469-75.
  22. Goldman consensus Group. The Goldman consensus statement on depression in multiple sclerosis. *Mult Scalera*. 2005: 11: 328-37.
  23. Visschedijk MA, Collette EH. Development of a cognitive behavioral group intervention programme for patients with multiple sclerosis: an exploratory study. *Psychol Rep* 2004; 95: 735-46.
  24. Larcombe NA, Wilson PH. An evaluation of cognitive-behaviour therapy for depression in patients with multiple sclerosis. *Br J Psychiatry* 1984; 145: 366-71.
  25. Julian LJ, Mohr DC. Cognitive predictors of response to treatment for depression in multiple sclerosis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2006;18(3):356-63.
  26. Clark M, Hampson SE: Implementing a cognitive behavioral therapy intervention to improve lifestyle self -management in patients with type 2 diabetes. *End couns* 2003;42: 245-56.
  27. Esmaili A, Asadnia S, Easazadeh A, Amirsardari L, Issazadeghan A, Ansari B. Evaluation of Effectivness of Cognitive Behavioral Therapy on Decreasing Depression Levels and Improving the Life Style of Patients whit Type 2 Diabetes. *J Urmia Univ Med Sci* 2013: 24(10): 812-22. (Persian)
  28. Mohr DC, Cox D. Multiple sclerosis: empirical literature for the clinical health psychologist. *J Clin Psychol* 2001;57(4):479-99.
  29. Mohr DC, Boudewyn AC, Goodkin D C, Bostrom A, Epstein, L. Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-exp ressive group psychotherapy and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. *J Clin Psychol* 2001: 69, 942-9.
  30. Larcombe N, Wilson H. An evaluation of cognitive-behavior therapy for depression in patients with multiple sclerosis. *Br J Psychiatry* 1084: 145, 366- 71.
  31. Askey Jones S, David A, Silber E, Shaw P, Chalder T. Cognitive behaviour therapy for common mental disorders in people with Multiple



- Sclerosis: A bench marking study. *Behav Res Ther* 2013; 51, 648-55.
32. Hind D, Cotter J, Thake A, Bradburn M, Cooper C, Isaac C, et al. Cognitive behavioural therapy for the treatment of depression in people with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2014;14:5.
33. Beckner V, Howard I, Vella L, Mohr D. Telephone-Administered CBT is Effective for Depressed MS Patients with High Social Support. *J Behav Med* 2010; 33, 1, 47-59.
34. Mokhtari S, Neshat Doost H, Molavi H. The Effect of Cognitive-Behavior Group Therapy on Depression and Dogmatization of Patients with Multiple Sclerosis. *J Psychol* 2008; 12; 242-51.(Persian)
35. Fata L, Birashk B, Atefvahid MK, Dabson KS. Meaning assignment structures/schema, Emotional states and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing two Conceptual Frameworks. *Iran J Psychi Clin Psy* 2005; 11(3): 312- 26. (Persian)
36. Ghasem zadeh H. CBT. Tetran: Arjomand Press; 2005.(Persian)
37. Corraze J. An outline of General Psychopathology (Mental Diseases). Translated to Persian by Mansour M and Dadsetan P. Tehran: Roshd Pub; 2008. P: 210- 227. (Persian)
38. Moreira N, Damasceno R, Medeiros C, Bruin P, Teixeira C, Horta W, et al. Restless leg syndrome, sleep quality and fatigue in multiple sclerosis patients. *Braz J Med Biol Res* 2008; 41(10): 932-7.
39. Dewald J, Meijer A, Ort F, Kerkhof J, Bogels S. The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescent: a meta-analytic review. *J Head Face Pain* 2010; 14:179-89.
40. Bamer A, Johnson K, Amtmann D, Kraft G. Prevalence of sleep problems in individuals with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2008; 14(8): 1127-36.
41. Asadnia S, Sepehrian Azar F, Mosarrezai Agham A, Saadatman S. The relationship between sleep qualities with migraine headaches among Urmia university students. *J Urmia Univ Med Sci* 2013; 24(4): 286-94. (Persian)
42. Asadnia S, Sepehrian Azar F, Mosarrezai Agham A, Saadatman S. Comparison of sleep quality and migraine headaches in people with proper and improper and poor sleep. *J Urmia Univ Med Sci* 2013;23(7): 799- 806.(Persian)
43. Farnam AR, Arfaei A, Noohi S, Azar M, Shafiee Kandjani AR, Imani S, et al. Relationship between Depression and Degree of Pain Feeling in Patients with Migraine Headache. *J Behav Sci* 2008; 2(2): 143-8.(Persian)
44. Zwait JA, Dyb C, Hagenk Ogedeg KJ. Depression and Anxiety disorder associated with headache frequency. *En J Neurol* 2003; 10(2): 147-52.

## EXAMINING THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE – BEHAVIOUR THERAPY ON IMPROVING DEPRESSION AND DECREASING ANXIETY SYMPTOMS OF MULTIPLE SCHLOROSIS PATIENTS (MS)

*Saeed Asadnia<sup>1\*</sup>, Arash Mosarrezai Aghdam<sup>2</sup>, Saeed Saadatmand<sup>3</sup>, Firoozeh Sepehrian Azar<sup>4</sup>, Naser Torabzadeh<sup>5</sup>*

*Received: 22 Sep , 2014; Accepted: 24 Nov , 2014*

### Abstract

**Background & Aims:** Multiple schlorosis patients have high levels of depression and anxiety which make psychological interventions, psychotherapy and systematic educations necessary for these patients. So the current research is aimed at examining the effectiveness of cognitive –behavior therapy on improving depression and decreasing anxiety symptoms of multiple sclerosis patients.

**Materials & Methods:** This pre-post test design study was conducted on 32 multiple sclerosis patients that received high scores in Beck Depression Inventory and Cattell Anxiety Inventory questionnaire were selected and randomly replaced in the experimental and control groups (each 16 members). The experimental group received fourteen 60-minute weekly sessions of cognitive behavior therapy. The control group received no intervention. Participants completed anxiety and depression questionnaires 10 days after intervention. The data were analyzed by descriptive and inferential statistics such as covariance test.

**Results:** The results showed that cognitive behavior therapy has positive and significant effects on improving depression and decreasing anxiety symptoms of multiple sclerosis patients ( $P < .005$ ).

**Conclusion:** The results showed that besides other drug therapies, cognitive behavior therapy can be applied for multiple sclerosis patients as an effective approach.

**Keywords:** Cognitive behavior intervention, Depression, Anxiety, Multiple sclerosis

**Address:** Student Guidance and Counseling Office, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran, Tel: +989148532465

**Email:** s\_asadnia@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2015; 25(11): 1032 ISSN: 1027-3727

<sup>1</sup> Master in General Psychology, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

<sup>2</sup> Assistant Professor of Neurology, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>3</sup> M.A in Educational Psychology, Young Researchers and Elite Club

<sup>4</sup> Associate Professor of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran

<sup>5</sup> M.A. in Educational Psychology, Young Researchers and Elite Club, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran