

## مقاله‌ی پژوهشی

اثربخشی درمان چند وجهی لازاروس بر وضعیت ناتوانی گسترده  
در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

## خلاصه

**مقدمه:** هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان چند وجهی لازاروس بر وضعیت ناتوانی گسترده‌ی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بود.

**روش کار:** پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی می‌باشد که در سال ۱۳۸۸ در شهر قزوین انجام شد. تعدادی از بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس به صورت در دسترس انتخاب شدند. پس از ارزیابی‌های اولیه، ۴۰ نفر از این بیماران به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه (۲۰ نفر گروه آزمون و ۲۰ نفر گروه شاهد) قرار گرفتند. ۱۲ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای درمان چند وجهی لازاروس در طی ۳ ماه در گروه آزمون به صورت گروهی انجام گرفت. از ۲۰ نفر آزمودنی گروه آزمون، ۱۶ نفر درمان را تکمیل کردند. وضعیت ناتوانی گسترده‌ی بیماران (EDSS) قبل و بعد از درمان توسط یک متخصص بیماری‌های مغز و اعصاب ارزیابی شد. داده‌ها با استفاده از آزمون یومن-ویننی تحلیل شد.

**یافته‌ها:** مقایسه‌ی تفاوت وضعیت ناتوانی بیماران دو گروه نشان داد که درمان چند وجهی، اثر معنی‌داری بر کاهش نمره‌ی EDSS ( $P=0/035$ ) و سیستم‌های کنش‌وری روده‌ای-مثانه‌ای ( $P<0/005$ ) و سربرال ( $P=0/014$ ) داشته است. درمان مذکور، اثر معنی‌داری بر سیستم‌های پیرامیدال و بینایی نداشت.

**نتیجه‌گیری:** شیوه‌ی درمان چند وجهی در کاهش میزان ناتوانی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس موثر است.

**واژه‌های کلیدی:** درمان چند وجهی، مالتیپل اسکلروزیس، ناتوانی

\* محمود بهرام‌خانی

کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی، دانشگاه قزوین

مسعود جان‌نیرگی

استادیار روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی،

تهران

احمد علی‌پور

دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران

کمال برزگر قاضی

کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی

مؤلف مسئول:

ایران، قزوین، خیابان غیاث‌آباد (بلوار

آزادگان)، کوچه آقایی ۱۱، پلاک ۴۹

تلفن: ۰۹۱۲۳۸۲۹۶۴۳

m.bahramkhani@gmail.com

تاریخ وصول: ۸۹/۹/۷

تاریخ تایید: ۹۰/۱/۲۳

## پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشکده‌ی روان‌شناسی دانشگاه قزوین و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشته است. از تمام کسانی که در پژوهش حاضر ما را یاری نمودند به ویژه مدیر محترم درمان قزوین آقای دکتر عبدا... کشاورز و رئیس بخش مغز و اعصاب بیمارستان بوعلی‌سینای قزوین، آقای دکتر حسین مژده‌ای‌پناه و تمام بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس شرکت‌کننده در پژوهش، قدردانی می‌نماییم.

## Original Article

### Effectiveness of Lazarus multimodal therapy on expanded disability status in patients with multiple sclerosis

#### Abstract

**Introduction:** The purpose of this study was to investigate the effectiveness of Lazarus multimodal therapy on expanded disability status of patients with multiple sclerosis.

**Materials and Methods:** This study was a quasi experimental research administered in 2009. All convenience participants were selected from MS outpatient clinic of Qazvin city. For this aim, some of the patients in Qazvin were selected by convenience sampling. After primary assessments, 40 patients were selected and randomly allocated in two groups (20 in experiment group and 20 in control group). From 20 patients of experiment group, 16 patients completed the treatment. During 3 month Lazarus multimodal therapy was administered in the experiment group in twelve sessions each of them length 90 minutes. Expanded disability status of patients was evaluated by a neurologist before and after treatment. Data were analyzed by Mann-Whitney U test.

**Results:** The results indicated that Lazarus multimodal therapy had significant effect on EDSS score ( $P=0.035$ ), bowel-bladder ( $P<0.0005$ ), and cerebral functional systems ( $P=0.014$ ). This treatment had not significant effect on pyramidal and visual systems.

**Conclusion:** Lazarus multimodal therapy is effective in decreasing disability of patients with multiple sclerosis.

**Keywords:** Disability, Multimodal therapy, Multiple sclerosis

*\*Mahmood Bahramkhani*  
M.Sc. in psychology, Qazvin University

*Masoud Janbozorgi*  
Assistant professor of psychology, Shahid Beheshti University, Tehran

*Ahmad Alipoor*  
Associate professor of psychology, Payam Nour University, Tehran

*Kamal Barzegar Ghazi*  
M.Sc. in psychology

**\*Corresponding Author:**  
Number 49, 11<sup>th</sup> Aghaei Alley,  
Ghasabad Ave (Azadegan Blvd.),  
Qazvin, Iran  
Tel: +989123829643  
m.bahramkhani@gmail.com  
Received: Nov. 28, 2010  
Accepted: Apr. 12, 2011

#### Acknowledgement:

This study was approved by research committee of faculty of psychology of Qazvin University. No grant has supported the present study and the authors had no conflict of interest with the results.

#### Vancouver referencing:

Bahramkhani M, Janbozorgi M, Alipoor A, Barzegar Ghazi K. Effectiveness of Lazarus multimodal therapy on expanded disability status in patients with multiple sclerosis. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2011; 13(2): 136-47.

## مقدمه

بیماری مالتیپل اسکلروزیس یک بیماری میلین‌زدای<sup>۱</sup> سیستم عصبی مرکزی است و از شایع‌ترین بیماری‌های اعصاب در انسان و شایع‌ترین بیماری منجر به ناتوانی در نوجوانان است (۱) که باعث ایجاد اختلال حسی، ضعف، گرفتگی عضلات، اختلال بینایی، اختلال شناختی، خستگی، لرزش اندام‌ها، اختلال در دفع ادرار و مدفوع، اختلال در عملکرد جنسی، کرختی، تاری دید، دوبینی و اختلال گفتاری در فرد بیمار می‌شود (۳،۲). علت بیماری ناشناخته است و درمان قطعی برای آن وجود ندارد. البته امروزه فرضیه‌ی جدیدی که در مورد منشأ سبب شناختی آسیب در مالتیپل اسکلروزیس ارایه شده است به نارسایی سیاهرگی مغزی نخاعی اشاره دارد (۴). در آمریکا بیش از ۳۵۰ هزار نفر به این بیماری مبتلا می‌باشند که هر ساله ۱۰۰۰ نفر به این افراد افزوده می‌شود (۵). تخمین زده شده است در ایران نیز حداقل بیست هزار نفر مبتلا باشند (۶).

از دیرباز دانشمندان و فلاسفه بر این عقیده بوده‌اند که بین بیماری جسمانی و آسیب‌های روان‌شناختی رابطه‌ای دو سویه وجود دارد. حوزه‌ای نسبتاً جدید در روان‌شناسی سلامت به نام ایمنی‌شناسی روانی عصبی به این موضوع می‌پردازد که چگونه عوامل روان‌شناختی، دستگاه ایمنی را تغییر داده و خطر ابتلا به بیماری را افزایش می‌دهند. موارد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد افسردگی، درماندگی، ناامیدی و رویدادهای تنش‌زای زندگی با تغییر ایمنی در افراد موجب بیماری می‌شوند (۷). هم‌چنین در متون روان‌شناسی، بیماری جسمانی به عنوان یکی از منابع تنش در نظر گرفته می‌شود که قادر است علایم متعدد روان‌شناختی ایجاد کند (۸).

محققان اذعان دارند که میلین‌زدایی فیبرهای عصبی نه تنها بر کارکرد سیستم حسی و حرکتی اثر می‌گذارد بلکه ممکن است موجب بروز نشانه‌ها و علایم آسیب‌شناختی روانی شود (۹). ادبیات تجربی به میزان بالای افسردگی و پریشانی<sup>۲</sup>، اضطراب، بهزیستی فاعلی<sup>۳</sup> و کیفیت زندگی پایین و نقش مشکلات و روابط اجتماعی در این بیماران اشاره دارد (۱۰). با توجه به

عقیده‌ی رابطه‌ی متقابل بین جسم و روان پژوهشگران سعی داشته‌اند تا اثربخشی شیوه‌های مختلف مداخلات روان‌شناختی را بر علایم بدنی بیماران به اثبات برسانند. هم‌چنین با توجه به این عقیده، ناراحتی‌های روان‌شناختی انسان با درمان علایم جسمانی به شیوه‌های غیرروان‌شناختی تسکین خواهد یافت. نتایج پژوهش‌ها بیانگر کارآمدی مداخلات روان‌شناختی در درمان علایم جسمانی بیماری‌های مختلف می‌باشد. مداخله‌ی مدیریت شناختی رفتاری تنش<sup>۴</sup> بر درمان سرطان سینه (۱۱)، سرطان گردن رحم در زنان HIV مثبت (۱۲)، برنامه‌ی یکپارچه‌ی مدیریت تنش بر علایم تنش و التیام زخم معده (۱۳)، توانبخشی با ورزش و برنامه‌ی مدیریت تنش بر الکتروکاردیوگرام آرامش<sup>۵</sup>، فشارخون آرامش، چربی خون، کورتیزول و سطوح کاتکول آمین‌ها در بیماران مبتلا به فشارخون (۱۴)، روش آرمیدگی تدریجی عضلانی بر کنترل فشار خون بالا (۱۶،۱۵) از جمله پژوهش‌هایی هستند که مطلب بالا را مورد تایید قرار می‌دهند.

در زمینه‌ی درمان مشکلات جسمانی و روان‌شناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس نیز پژوهش‌های بسیاری، مداخلات متعددی مانند درمان شناختی رفتاری، برنامه‌ی مدیریت تنش، آموزش آرمیدگی<sup>۶</sup>، تنش‌زدایی<sup>۷</sup>، روان‌درمانی بینش‌مدار حمایتی‌بیانی، ماساژدرمانی و درمان علامتی و باز توانبخشی عصبی را پیشنهاد می‌کنند (۳۴-۱۷) اما با توجه به مفهوم برجسته‌ی تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت، پذیرش مفهوم زیست‌روان اجتماعی سلامت و بیماری‌ها یک فرض اساسی از سلامت مرکب را ایجاد کرده است (۳۵). بر این اساس در مفهوم سلامت، فرد باید از تمام جنبه‌ها و ابعاد مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به مشکلاتی که این بیماران در ابعاد گوناگون دارند و اثر متقابلی که بین علایم عصب روان‌شناختی در این بیماران وجود دارد، توجه به درمان این بیماران با رویکردی چند وجهی ضروری است (۳۶). یکی از شیوه‌های روان‌درمانی که ابعاد تعریف سلامت را مد نظر قرار

<sup>۴</sup>Cognitive Behavioral Stress Management Intervention<sup>۵</sup>Resting Electrocardiogram<sup>۶</sup>Relaxation Training<sup>۷</sup>Stress Inoculation Training<sup>۱</sup>Demyelination<sup>۲</sup>Distress<sup>۳</sup>Subjective Well-Being

داده است، درمان چند وجهی لازاروس<sup>۱</sup> می باشد. درمان چند وجهی لازاروس به نحو موفقیت آمیزی در طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات به کار می رود (۳۷). لازاروس معتقد است که شخصیت انسان می تواند کاملاً به واسطه‌ی هفت بعد (رفتار، عاطفه، دریافت‌های حسی، تصویرپردازی، شناخت، روابط بین فردی و دارو زیست شناختی) توصیف شود. هر چند این ابعاد جدا توصیف می شوند اما واقعاً با همدیگر در تعامل هستند و هر تجربه‌ای می تواند با توجه به یک بعد تبیین شود که در ارتباط با ابعاد دیگر است و اگر تغییری در یک بعد اتفاق افتد بر ابعاد دیگر هم تاثیر می گذارد (۳۸). بر این اساس در این شیوه از درمان، هفت بعد به طور مجزا اما متعامل با هم مورد ارزیابی قرار می گیرند و درمان هم چشم اندازی از ارتباط معنی دار این ابعاد با یکدیگر است (۳۷).

بنا بر این الگویی که لازاروس طراح اصلی آن است و محققان دیگری مانند پالمر<sup>۲</sup> و درایدن<sup>۳</sup> آن را توسعه داده اند الگویی ابعادی است که به خصوص برای مهار اضطراب و تنش کاربرد دارد. لازاروس اهداف کلی روش درمان چند بعدی را کاهش مشکلات روان شناختی و بهبود رشد شخصی می داند. علاوه بر این، اهداف خاصی می توان برای آن معین کرد. مشکلاتی که در هر بعد از ابعاد هفت گانه برجسته می گردد، می تواند به عنوان هدف درمان مطرح گردد (۳۷).

گفته شده است از آن جا که درمان چند وجهی تاثیر بسیار زیادی از درمان های شناختی رفتاری گرفته است، تمام اختلالات قابل درمان با درمان شناختی رفتاری از طریق درمان چند وجهی نیز قابل درمان است (۳۹). یک مطالعه‌ی پی گیرانه ۳ ساله بعد از روان درمانی چند وجهی از ۲۰ مورد پیچیده (برای مثال اختلال وسواسی اجباری، گذرهراسی، اضطراب و وحشت زدگی شدید، افسردگی، اعتیاد به الکل و مشکلات زناشویی و خانوادگی) نشان داد که ۱۴ نفر نتایج درمانی را حفظ کردند، ۲ نفر هر از گاه احتیاج به دارودرمانی داشتند و ۳ نفر نیز نتایج کسب شده‌ی اولیه را از دست دادند (۳۹). در پژوهشی تاثیر درمان چند وجهی با استفاده از گروه شاهد بر

کاهش اضطراب و تنش بررسی شد. در این پژوهش درمان چند وجهی به مدت ۳ ماه در ۱۲ جلسه در گروه آزمایش اجرا شد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که سطح اضطراب و تنش گروه آزمون به طور معنی داری کاهش یافته است (۴۰). در پژوهشی دیگر اثربخشی درمان چند وجهی و آرمیدگی تدریجی عضلانی بر کاهش اضطراب مقایسه شد. در این پژوهش ۲۷ دانش آموز مبتلا به اختلال اضطراب در گستره‌ی سنی ۱۴ تا ۱۸ سال در ۲ گروه درمان فوق و یک گروه شاهد قرار گرفتند. شیوه‌های درمان ذکر شده در دو گروه درمان هر کدام در ۱۰ جلسه اجرا شد. نتایج حاصل از ارزیابی ها نشان داد که هر دو روش درمان چند وجهی و آرمیدگی تدریجی در کاهش معنی دار اضطراب کلی، اضطراب آشکار و حالت اضطرابی موثر بوده اند. هم چنین نتایج این پژوهش نشان داد درمان چند وجهی در کاهش عوامل زیربنایی و عمیق مانند صفت اضطرابی اضطراب به صورت معنی داری موثرتر از روش آرمیدگی بوده است. در این پژوهش درمان آرمیدگی در کاهش صفت اضطرابی موثر نبود (۴۱).

هم چنین در پژوهشی دیگر با استفاده از یک طرح آزمایشی سه گروهی با هدف کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان از شیوه‌ی درمان چند وجهی به عنوان یکی از متغیرهای مستقل پژوهش استفاده شد. در این پژوهش ۸۳ نفر از دانش آموزان مبتلا به اضطراب امتحان در پنج گروه زیر گنجانده شدند: درمان چند وجهی لازاروس، نظریه‌ی عقلانی عاطفی رابرت الیس<sup>۴</sup>، آرمیدگی، دارونما و گروه شاهد. درمان های مذکور هر کدام به مدت ده جلسه بر هر یک از گروه ها اجرا شد. نتایج داده ها نشان داد هر چهار روش درمانی در کاهش اضطراب امتحان اثربخش تر از گروه شاهد هستند. بین روش درمان چند وجهی لازاروس و روش عقلانی عاطفی الیس تفاوت معنی داری مشاهده نشد. روش درمان چند وجهی لازاروس از روش های آرمیدگی، دارونما و گروه شاهد در کاهش اضطراب امتحان به طور معنی داری اثربخش تر بود. بین روش درمان آرمیدگی و روش دارونما در کاهش اضطراب امتحان تفاوت معنی داری مشاهده نشد (۴۲).

<sup>۱</sup>Lazarus Multimodal Therapy<sup>۲</sup>Palmer<sup>۳</sup>Dryden<sup>۴</sup>Theory of Rational-Emotional of Robert Ellis

به طور خلاصه روان‌درمانی با رویکرد چند وجهی لازاروس، روش جامع و کاملی در روان‌درمانی می‌باشد و به دلیل این که بیماری مالتیپل اسکلروزیس از جمله بیماری‌هایی است که ابعاد گسترده‌ای از شخصیت انسان را بنا بر توصیف لازاروس، متاثر می‌سازد، فراهم کردن چنین درمانی برای این بیماران، همان طوری که بارشادو و رز (۳۶)، اذعان دارند ضروری می‌باشد. از جهت دیگر یک نظریه‌ی خوب باید از طریق روش‌های مبتنی بر تجربه، آزمون‌پذیر باشد. تصویر معمول پیشرفت در علم آن است که نظریه‌ها تابع آزمایش شدن و سپس تابع اصلاح تدریجی هستند. در حقیقت یک نظریه از طریق توالی آزمایش‌ها و تغییرات تا زمانی که تمامی داده‌های موجود را بتواند تا حدی دقیق هدایت کند، تکامل می‌یابد (۴۳). با توجه به این، زمانی که یک نظریه‌ی درمانی تدوین می‌شود، اثربخش بودن یا نبودن آن در درمان اختلالات مختلف در زمینه‌های گوناگون از جمله بیماری‌های جسمانی علاج‌ناپذیر، مثل مالتیپل اسکلروزیس در چهارچوب پژوهش‌های کنترل شده قابل بررسی است. بر این اساس هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شیوه‌ی درمان چند وجهی لازاروس بر میزان ناتوانی گسترده‌ی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس می‌باشد.

### روش کار

پژوهش حاضر از نوع مقطعی نیمه‌آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه شاهد می‌باشد. روش نمونه‌گیری در دسترس و جایگزینی آزمودنی‌ها تصادفی می‌باشد. پژوهش حاضر در سال ۱۳۸۸ انجام یافته و جامعه‌ی آماری مورد بررسی را تمام بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در شهر قزوین تشکیل می‌دادند. انتخاب بیماران با همکاری مدیریت درمان و داروی شهر قزوین انجام و برای نیل به این هدف لیست بیماران تهیه شد. سپس تعداد ۴۰ آزمودنی (۲۰ نفر گروه آزمون، ۲۰ نفر گروه شاهد) با توجه به احتمال افت آزمودنی پس از بررسی‌های اولیه از روی لیست مذکور انتخاب شدند. جهت شرکت در پژوهش، افراد انتخاب شده از طریق تماس تلفنی دعوت شدند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران گروه نمونه به ترتیب ۲۸/۱۹ و ۷/۳۰ بود. در پایان پژوهش از تعداد ۲۰ نفر آزمودنی گروه آزمون ۴ نفر به دلایل مشکلات حرکتی در اثر

بیماری، وقوع حملات مرتبط با بیماری، انتقال اجباری محل زندگی به شهر دیگر و دلایل شخصی، درمان را تکمیل نکردند. برای نمونه‌گیری از بیماران مورد مطالعه که داوطلب شرکت در تحقیق بودند، پس از انجام مصاحبه‌ی بالینی بر مبنای چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۴۰ نفر که شرایط ورود به گروه را داشتند، انتخاب شدند. سپس به شیوه‌ی تصادفی به طور مساوی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. معیار ورود به تحقیق، ابتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس بود. معیار خروج از تحقیق بر اساس تشخیص و نظر دو روان‌پزشک عبارت بودند از: تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال وسواسی اجباری، اختلال دوقطبی، روان‌پریشی و پارانویا و افرادی که دارای ویژگی‌هایی مثل خشونت، پرخاشگری و انحصارطلبی باشند. چون این افراد تحت تاثیر گروه قرار نمی‌گیرند و انرژی گروه را به منظور یک فعالیت مفید تضعیف می‌کنند (۴۴).

معاینه‌ی میزان ناتوانی بیماران توسط یک متخصص بیماری‌های مغز و اعصاب با استفاده از مقیاس وضعیت ناتوانی گسترده<sup>۱</sup> (EDSS) انجام شد. در سال ۱۹۸۳ کورتزک<sup>۲</sup> در راستای گسترش مقیاس وضعیت ناتوانی<sup>۳</sup>، مقیاس وضعیت ناتوانی گسترده را ساخت. مقیاس حاضر یک طرح طبقه‌بندی (مقیاس درجه‌بندی) است که طبقه، نوع یا مرحله‌ی بیماری مالتیپل اسکلروزیس را در بیماران مشخص می‌کند. هم‌چنین توسط متخصص بیماری‌های مغز و اعصاب برای دنبال کردن پیشرفت ناتوانی در اثر مالتیپل اسکلروزیس، ارزیابی نتایج درمان و دسته‌بندی یکسان (شبه به هم) بیماران به کار می‌رود. مقیاس سیستم کنش‌وری<sup>۴</sup> در سرتاسر درون آن گنجانده شده است (۴۵). این سیستم شامل ۸ بخش است که عبارتند از: راه‌ر می یا پیرامیدال، مخچه‌ای، ساقه‌ی مغزی، حسی، خودکار یا اتونوم، بینایی، روانی و متفرقه. دامنه‌ی نمره‌های این مقیاس از صفر تا ۱۰ می‌باشد که هر چه این نمره بیشتر باشد به همان نسبت میزان ناتوانی هم بیشتر است. مطالعاتی چند جهت

<sup>۱</sup>Expanded Disability Status Scale

<sup>۲</sup>Kurtzke

<sup>۳</sup>Disability Status Scale

<sup>۴</sup>Functional System

بررسی کارآیی این سیستم و حساسیت آن در سنجش تغییرات مهم بالینی بیماران مالتیپل اسکلروزیس صورت گرفته است. نتایج این بررسی‌ها نشان دادند که توافق بین متخصصین اعصاب مختلف در ارزیابی و معاینه‌ی بیماران و توافق بین معاینات مکرر و امتیازدهی یک متخصص برای این مقیاس قابل قبول است.

از این بررسی‌ها توافق ارزیابی‌های دقیق به طور مشخصی در امتیازهای بالای EDSS بیشتر از امتیازهای پایین آن بوده است و در صورت پذیرش وجود ۱-۵/۰ امتیاز اختلاف در آن این توافق به میزان زیادی افزایش می‌یابد (پایایی در سیستم‌های کنش‌وری ۰/۹۵-۰/۸۰ در امتیازهای بالای آن ۰/۱۰۰ و در امتیازهای پایین آن ۰/۷۳). در مطالعه‌ی دیگری وجود ضریب کاپا برابر با ۰/۹۷۶ نشان‌دهنده‌ی پایایی ارزیابی‌های مختلف یک متخصص اعصاب بوده است (۴۶). با استناد به اظهار نظر متخصص اعصاب در مورد بررسی میزان ناتوانی بیماران از ۸ سیستم کنش‌وری که در بالا ذکر شد برخی از موارد حذف شدند، چرا که معاینه‌ی تمام این سیستم‌ها مستلزم زمان بسیار طولانی برای هر بیمار بوده و باعث عدم همکاری بیمار و ایجاد خستگی در او می‌شود. بر این اساس در بررسی میزان ناتوانی برای هر بیمار یک نمره‌ی کلی و نیز در هر یک از سیستم‌های انتخاب شده نمره‌ی جداگانه‌ای به دست آمد. لازم به ذکر است که پژوهش حاضر از نظر مطابقت با استانداردهای اخلاقی به تایید گروه علمی روان‌شناسی رسیده است.

پس از هماهنگی با مدیریت درمان قزوین از بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در شهر به طور داوطلبانه بیشتر از حجم نمونه‌ی مورد نظر دعوت به شرکت در یک جلسه‌ی توجیهی شد. در مورد بیماری مالتیپل اسکلروزیس و روش‌های درمان آن به ویژه روش‌های روان‌شناختی توضیحاتی داده شد. همچنین در این جلسه روش درمان و اهداف پژوهش حاضر به صورت کلی برای بیماران توضیح داده شد. به دلیل این که برخی از افراد شرایط شرکت در پژوهش را نداشتند و یا متمایل به شرکت در پژوهش نبودند برای تکمیل گروه نمونه، چنین جلسه‌ای ۳ بار تکرار شد و هر بار از تعدادی بیمار مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس متفاوت از کسانی که قبلاً به جلسه آمده

بودند دعوت به عمل آمد. در پایان این جلسات از افرادی که مایل به شرکت در جلسات بودند مصاحبه‌ای بر اساس چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، انجام شد. ملاک‌های خروج نیز در مصاحبه پی‌گیری شدند. پس از مصاحبه و غربالگری از بین بیماران ۴۰ نفر به طور تصادفی در دو گروه شاهد و آزمون جایگزین شدند. آزمایشات پزشکی توسط یک متخصص بیماری‌های مغز و اعصاب برای تمامی افراد گروه شاهد و آزمون انجام گرفت. در گروه آزمون، درمان چند وجهی (۱۲ جلسه) هفته‌ای یک جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. گروه شاهد در لیست انتظار برای درمان قرار داده شدند و جهت جلوگیری از عود مشکلات، به طور مکرر توسط پزشک بررسی می‌شدند. خلاصه‌ی فعالیت‌های انجام یافته در ۱۲ جلسه در جدول (۱) ارایه شده است.

پیش از جلسات اصلی گروه، جلسه‌ای تشکیل شد و در این جلسه جزئیات عملی (مثل تعداد جلسات، زمان و مکان تشکیل گروه و ...)، قواعد اساسی، اهداف گروه و مطالبی کلی در مورد روش گفته شد. همچنین انتظارات رهبر و اعضا در این جلسه مورد بحث قرار گرفت. در خلال این جلسه رازداری و حد و حدود آن مورد بحث قرار گرفت. از آن جایی که یک کار گروهی در پیش داشتیم مفهوم رازداری و حد و حدود آن برای رهبر گروه و نیز اعضا مورد بحث و تاکید قرار گرفت. در جلسه‌ی حاضر، فرم رضایت نامه، فرم تعهد قرارداد درمانی-انجام تکلیف-پی‌گیری درمان بین درمانگر و اعضا و پرسش نامه‌ی چند وجهی تاریخچه‌ی زندگی تکمیل گردید.

از فنون مختلفی برای درمان مشکلات مختلف افراد در جلسات درمان استفاده شد. برخی از این فنون استفاده شده عبارتند از: آموزش خودزاد برای رفع حس‌های ناراحت‌کننده مثل سردرد، درد پشت، درد شکم، سوزش در دفع ادرار، درد قفسه‌ی سینه و دردهای دیگر، آرمیدگی تدریجی عضلانی برای کاهش مشکلاتی مثل گرفتگی عضلات، خستگی، رفع مشکلات خواب، پرش عضلات، ناتوانی در حفظ آرامش، دردهای مختلف و همچنین کاهش اضطراب، تغییر در سبک زندگی، نوع تغذیه و انجام فعالیت‌های ورزشی (با همکاری یک مربی ورزشی)، آموزش جرات‌ورزی و کنترل خشم، فن

گروه مجدداً انجام شد. جهت بررسی تفاوت دو گروه در متغیر میزان ناتوانی گسترده و سیستم‌های کنش‌وری به دلیل فراهم نبودن شرایط آزمون‌های پارامتریک (نرمال بودن توزیع داده‌ها و برابری واریانس‌ها) داده‌ها به رتبه تبدیل گردید و از آزمون یومن ویتنی استفاده شد.

### نتایج

داده‌های جمعیت‌شناختی مربوط به گروه نمونه شامل تعداد افراد در دو گروه آزمون و شاهد، جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت تحصیلی و نوع بیماری در جدول (۲) آورده شده است.

صندلی خالی برای مشکلاتی مثل مشاجره با دیگران از جمله همسر و پنجه‌درافکنی با تحریف‌های شناختی جهت تغییر روان‌بنه‌های منفی. در مواردی که به نظر می‌رسید مشکل افراد با روش‌ها و فنون اعمال شده بهبود نیافته است، مجدداً آن مشکل خاص به صورت عمیق بررسی می‌شد سپس نیمرخ‌های مربوطه و ترتیب برانگیختگی ابعاد مشخص می‌گردید و در نهایت فنون متناسب با آن اعمال می‌شد. به دلیل این که طرح پژوهش حاضر از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد است، در پایان درمان، معاینات عصب‌شناختی برای هر دو

جدول ۱- فعالیت‌های انجام یافته در جلسات درمان چند وجهی

جلسات	فعالیت‌های انجام یافته
اول	۱- خوش‌آمدگویی و معارفه ۲- مرور قوانین، اهداف و ضرورت کار که در جلسه‌ی پیش از گروه مطرح شده بود ۳- بحث گروهی و صحبت در مورد مشکلات ۴- توضیح الگوی تعاملی ۵- توضیح در مورد روش و منطق آن ۶- جمع‌بندی جلسه و پاسخ به سئوالات ۷- تکلیف (برگه‌های خودنظارتی)
دوم	۱- بررسی تکالیف ۲- مرور جلسه‌ی قبل ۳- بحث گروهی ۴- توضیح در مورد مشکلات افراد و کاربرد روش چند وجهی ۵- توضیح نیمرخ ابعاد و تهیه‌ی آن با کمک اعضا برای هر فرد و کل گروه ۶- جمع‌بندی و پاسخ به سئوالات ۷- تکلیف (برگه‌های خودنظارتی)
سوم	۱- بررسی تکالیف ۲- مرور جلسه‌ی قبل ۳- بحث گروهی ۴- توضیح نیمرخ ساختاری و تهیه‌ی آن برای هر فرد و کل گروه ۵- جمع‌بندی جلسه و پاسخ به سئوالات ۶- تکلیف (برگه‌های خودنظارتی)
چهارم	۱- بررسی تکالیف ۲- مرور جلسه‌ی قبل ۳- بحث گروهی ۴- توضیح در مورد توالی برانگیختگی مشکلات و تهیه‌ی توالی مشکلات افراد ۵- جمع‌بندی جلسه ۶- تکلیف (برگه‌های خودنظارتی و تهیه‌ی توالی برای تمام مشکلات)
پنجم تا دوازدهم	۱- بررسی تکالیف و مرور جلسه‌ی قبل ۲- توضیح در مورد یک فن با توجه به نیمرخ ابعادی و ساختاری ۳- تمرین و آموزش آن فن در ارتباط با بعد مربوط بر اساس نیمرخ کلی گروه ۴- پل زدن به ابعاد دیگر با توجه به نیازهای گروه و تمرین و آموزش فن دیگر ۵- تنظیم ثانویه‌ی ابعاد و توالی آن‌ها در صورت حل نشدن مشکل افراد و اعمال فنون جدید ۶- جمع‌بندی جلسه و پاسخ به سئوالات افراد ۷- تکلیف (برگه‌های خودنظارتی، انجام فنون در منزل، تهیه‌ی گزارش و ثبت مشاهدات در به‌کارگیری برخی از فنون)

جدول ۲- داده‌های جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

شاخص آماری	اسکلروزیس	
	فراوانی	درصد
گروه	آزمون	۱۶
	شاهد	۲۰
جنسیت	مرد	۱۹
	زن	۱۷
وضعیت تاهل	متاهل	۱۷
	مجرد	۱۹
وضعیت تحصیلی	زیر دیپلم	۶
	دیپلم	۲۰
	فوق دیپلم	۱
	لیسانس	۹
نوع بیماری	عودکننده- فروکش‌کننده	۲۵
	پیشرونده‌ی ثانوی	۵
	دارای علائم خفیف	۶

مطابق جدول (۲) تعداد مرد نسبت به زن به علت افت ۳ زن و ۱ مرد از گروه آزمون، بیشتر می‌باشد. تعداد زن و مرد در ابتدای مطالعه به یک میزان انتخاب شده بود. تعداد افراد مجرد بیشتر از افراد متاهل می‌باشد و اکثر افراد دارای مدرک تحصیلی دیپلم می‌باشند. از نظر نوع بیماری به طور کل از انواع بیماری مالتیپل اسکلروزیس سه نوع در کل جامعه‌ی آماری وجود داشت که بیماری اکثر این بیماران از نوع عودکننده-فروکش‌کننده می‌باشد. این نسبت در گروه نمونه هم به چشم می‌خورد به طوری که بیش از نیمی از بیماران مالتیپل اسکلروزیس از نوع عودکننده-فروکش‌کننده می‌باشند. در چهارچوب شاخص‌های توصیفی، نتایج مربوط به رتبه‌ی میانگین و مجموع رتبه‌های مربوط به متغیر میزان ناتوانی بیماران در مرحله‌ی

کاسته شده اما در گروه شاهد به طور ناچیزی افزایش یافته است. همان طوری که پیش از این گفته شد برای بررسی تفاوت دو گروه در سیستم‌های کنش‌وری و نمره‌ی EDSS به دلیل فراهم نبودن مفروضه‌های آزمون‌های پارامتریک از آزمون یومن‌ویتی استفاده شد. نتایج حاصل از این آزمون در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول (۴) آمده است.

#### جدول ۴- آزمون یومن‌ویتی برای مقایسه‌ی وضعیت ناتوانی و

سطوح آن در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه

منابع تغییر	مرحله	یومن‌ویتی	P
پیرامیدال	پیش‌آزمون	۱۳۲/۵۰۰	۰/۳۶۲
	پس‌آزمون	۱۲۱/۵۰۰	۲/۰۰
روده‌ای-مئانه‌ای	پیش‌آزمون	۱۴۱/۵۰۰	۰/۴۷۹
	پس‌آزمون	۹۴/۵۰۰	۰/۰۰۰۵
بینایی	پیش‌آزمون	۱۱۷/۵۰۰	۰/۱۳۰
	پس‌آزمون	۱۳۳/۰۰۰	۰/۳۲۶
سربرال	پیش‌آزمون	۱۱۶/۰۰۰	۰/۱۳۴
	پس‌آزمون	۴۸/۰۰۰	۰/۰۱۴
میزان ناتوانی گسترده	پیش‌آزمون	۱۳۵/۵۰۰	۰/۴۲۸
	پس‌آزمون	۹۴/۵۰۰	۰/۰۳۵

بر اساس آزمون یومن‌ویتی در مرحله‌ی پیش‌آزمون همان طوری که در جدول (۴) نشان داده شده است، بین گروه آزمون و شاهد، تفاوت معنی‌داری در هیچ یک از سیستم‌های کنش‌وری و نمره‌ی کل EDSS مشاهده نمی‌شود. جهت بررسی این که مداخله‌ی درمانی بر متغیرهای ذکر شده اثر معنی‌داری در مرحله‌ی پس‌آزمون داشته یا نه، مجدداً در مرحله‌ی پس‌آزمون از آزمون یومن‌ویتی استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون یومن‌ویتی بین گروه آزمون و شاهد در سیستم سربرال ( $U=48000$ ,  $P=0/014$ )، روده‌ای-مئانه‌ای ( $P<0/0005$ )، روده‌ای-مئانه‌ای ( $U=94500$ ,  $P=0/035$ ) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنا بر این درمان چند وجهی لازاروس اثر معنی‌داری در کاهش میزان ناتوانی سیستم‌های سربرال، روده‌ای-مئانه‌ای و نمره‌ی EDSS داشته است. مقایسه‌ی تفاوت میانگین رتبه‌ی دو گروه حاکی از آن است که نمره‌ی شاخص‌های فوق در گروه آزمون، کاهش داشته است. درمان چند وجهی بر میزان ناتوانی سیستم‌های پیرامیدال و بینایی اثر معنی‌داری نداشت.

پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک در جدول (۳) ارائه شده است.

#### جدول ۳- رتبه‌ی میانگین و جمع رتبه‌های سطوح ناتوانی دو گروه

در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون ( $n=36$ )

منابع تغییر	نوع گروه	مرحله	رتبه‌ی میانگین	جمع رتبه‌ها
پیرامیدال	آزمون	پیش‌آزمون	۱۶/۷۸	۲۶۸/۵۰
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	۱۶/۰۹	۲۵۷/۵۰
شاهد	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۱۹/۸۸	۳۹۷/۵۰
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	۲۰/۴۲	۴۰۸/۵۰
روده‌ای-مئانه‌ای	آزمون	پیش‌آزمون	۱۹/۶۶	۳۱۴/۵۰
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	۱۶/۸۱	۲۶۹/۰۰
شاهد	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۱۷/۵۸	۳۵۱/۵۰
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	۱۹/۸۵	۳۹۷/۵۰
بینایی	آزمون	پیش‌آزمون	۲۱/۱۹	۳۳۹/۰۰
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	۲۰/۱۹	۳۲۳/۰۰
شاهد	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۱۶/۳۵	۳۲۷/۰۰
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	۱۷/۱۵	۳۴۳/۰۰
سربرال	آزمون	پیش‌آزمون	۱۵/۰۰	۲۴۰/۰۰
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	۱۱/۵۰	۱۸۴/۰۰
شاهد	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۲۱/۳۰	۴۲۶/۰۰
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	۲۴/۱۰	۴۸۲/۰۰
میزان ناتوانی گسترده	آزمون	پیش‌آزمون	۱۶/۹۷	۲۷۱/۵۰
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	۱۵/۶۹	۲۵۱/۰۰
شاهد	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۱۹/۷۲	۳۹۴/۵۰
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	۲۰/۷۵	۴۱۵/۰۰

با توجه به جدول (۳) رتبه‌ی میانگین پس‌آزمون گروه آزمون در سیستم پیرامیدال کاهش جزئی را نشان می‌دهد. در صورتی که در گروه شاهد در این سیستم، افزایش جزئی دیده می‌شود. میزان ناتوانی سیستم روده‌ای-مئانه‌ای در گروه آزمون کاهش داشته اما در گروه شاهد افزایش جزئی مشاهده می‌شود. سیستم بینایی گروه آزمون کاهش بسیار جزئی در میزان ناتوانی را نشان می‌دهد ولی در گروه شاهد میزان ناتوانی در بینایی افزایش یافته است. در سیستم سربرال نیز در گروه آزمون در مرحله‌ی پس‌آزمون کاهش میزان ناتوانی را شاهد هستیم در حالی که در گروه شاهد افزایش ناتوانی دیده می‌شود. از میزان ناتوانی گسترده‌ی بیماران که بر اساس ۸ سیستم کنش‌وری نمره‌گذاری می‌شود در مرحله‌ی پس‌آزمون در گروه آزمون



## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان چند وجهی لازاروس بر میزان ناتوانی گسترده‌ی بیماران مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس بود. نتایج پژوهش نشان می‌دهند که درمان چند وجهی لازاروس باعث کاهش معنی‌دار نمره‌ی EDSS (مقیاس ناتوانی گسترده) بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در مرحله‌ی پس‌آزمون شده است ( $P=0/035$ ). به عبارت دیگر میزان ناتوانی گسترده تحت تاثیر شیوه‌ی درمان چند وجهی به طور معنی‌داری کاهش یافته است. هم‌چنین بررسی نمرات مقیاس‌های فرعی مرتبط با میزان ناتوانی گسترده نشان می‌دهد که شیوه‌ی درمان لازاروس تأثیری بر کاهش میزان ناتوانی در کارکرد سیستم پارامیدال (مشکل و ضعف اعضای حرکتی) نداشته است. شیوه‌ی درمان چند وجهی لازاروس باعث کاهش میزان ناتوانی در کارکرد روده‌ای-مثانه‌ای بیماران مالتیپل اسکلروزیس شده است ( $P<0/0005$ ) و بر کاهش ناتوانی در کارکرد بینایی بیماران، تاثیر معنی‌داری نداشته لیکن باعث کاهش میزان ناتوانی در کارکرد سیستم سربال شده است ( $P=0/014$ ).

همان‌طوری که پیش از این گفته شد در اثر میلین‌زدایی دستگاه عصبی مرکزی با توجه به محل آسیب، علائم گوناگونی در بیماران مالتیپل اسکلروزیس ایجاد می‌شود. علائم مرتبط با مالتیپل اسکلروزیس در ۸ حوزه‌ی کلی با توجه به سیستم‌های کنش‌وری (پیرامیدال، مخچه‌ای، ساقه‌ی مغزی، حسی، خودکار یا اتونوم، بینایی، روانی و متفرقه) قابل تقسیم‌بندی است. در هر یک از این سیستم‌ها می‌توان بر اساس ارزیابی بالینی، میزان ناتوانی سیستم را مشخص ساخت که در پژوهش حاضر به دلیل محدودیت‌های عملی و زمانی فقط ۴ سیستم به انضمام نمره‌ی کلی میزان ناتوانی گسترده توسط یک متخصص بیماری‌های مغز و اعصاب ارزیابی شد. از آن‌جا که علائم بیماری در اثر تخریب ساختار سیستم عصبی رخ می‌دهد نمی‌توان انتظار داشت که مداخلات روان‌شناختی به طور قطعی باعث درمان یا کاهش این علائم شود. با این وجود، پژوهش‌ها همیشه اثربخش بودن مداخلات روان‌شناختی را در کاهش یا حداقل کنارآیی با مشکلات بدنی بیماران جسمی نشان داده‌اند.

به طور مثال در پژوهشی سرطان گردن رحم در بیماران HIV مثبت در اثر یک برنامه‌ی مداخله‌ی مدیریت شناختی رفتاری تنش به طور معنی‌دار کاهش یافت (۱۲) یا در پژوهشی دیگر تحت تاثیر یک برنامه‌ی مداخله‌ی مدیریت شناختی رفتاری تنش، سطوح سولفات دهیدرواپی آندروسترون، کاهش یافت و نسبت کورتیزول به آن افزایش یافت. گروهی از محققین اثرات روش‌های روان‌شناختی را در بیمار مبتلا به عفونت HIV بررسی کردند. در بخشی از یافته‌های این پژوهش در تمام گروه‌های درمان، عملکرد تکثیرشونده‌ی لنفوسیت‌ها افزایش یافته بود (۴۸). محقق دیگر اثربخشی یک برنامه‌ی یکپارچه‌ی مدیریت تنش را بر علائم تنش و التیام زخم معده در ۴۷ بیمار مبتلا مورد بررسی قرار داد. در بخشی از نتایج پژوهش گروه درمان شده با برنامه‌ی یکپارچه‌ی مدیریت تنش بهبودی بیشتری در زخم معده نسبت به گروه دیگر داشتند (۱۳). گروهی دیگر از پژوهشگران، تکنیک آرمیدگی تدریجی عضلانی را در کاهش اضطراب و تنش بیماران مبتلا به اختلال پرفشاری خون به کار بردند. بخشی از نتایج این پژوهش نشان داد که در گروه آزمون، فشارخون سیستولیک، دیاستولیک، تعداد ضربان قلب و تعداد تنفس کاهش معنی‌داری یافته است (۱۵). هم‌چنین روش آرمیدگی عضلانی در پژوهشی دیگر موجب کاهش معنی‌دار میزان تنش ادراک شده و فشار خون افراد مبتلا به فشار خون بالا شد (۱۶). در پژوهشی دیگر، ۳۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۱ تحت آموزش روش‌های مدارا با تنش قرار گرفتند. بخشی از نتایج پژوهش نشان داد که سطح هموگلوبین A1c در گروه تحت آموزش به طور معنی‌داری کاهش یافته است. این نتایج یکبار دیگر مورد تایید قرار گرفت (۴۹). تمام پژوهش‌های ذکر شده و حجم بسیاری از پژوهش‌های گذشته موثر بودن درمان‌های روان‌شناختی را در کاهش علائم جسمانی مورد تایید قرار داده‌اند به طوری که نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر مبنی بر کاهش ناتوانی سیستم‌های کنش‌وری سربال و روده‌ای-مثانه‌ای نیز می‌تواند با تکیه بر پژوهش‌های پیشین، قابل تبیین باشد. تبیین احتمالی دیگر به این ترتیب است که ممکن است برخی از علائم بدنی در اثر تنش حاصل از بیماری تحت عنوان آن چه که

وجهی لازاروس نیز از دیگر محدودیت‌ها بود. از آن جا که بیماری مالتیپل اسکلروزیس از جمله بیماری‌هایی است که در اثر عود، محدودیت‌های زیادی را به دلیل ایجاد علائم برای فرد به وجود می‌آورد که این امر موجب عدم ادامه‌ی درمان توسط بیمار می‌شود؛ لذا پژوهش حاضر نیز از این مورد مستثنی نبود و در گروه آزمون، تعدادی از آزمودنی‌ها به دلیل عود بیماری درمان را کامل نکردند.

در پایان پیشنهاد می‌شود که با توجه به این که بیماری دارای خصوصیات مهمی چون سیر بالینی طولانی مدت، دوره‌های طولانی مدت خاموشی، موارد عود مکرر و عوارض جدی چون بدشکلی اعضا، محدودیت حرکتی و نقایص عصبی می‌باشد، دوره‌ی کامل درمان چند وجهی (تقریباً ۵۰ ساعت در حدود یک سال با فاصله‌ی یک هفته) جهت بررسی اثربخشی آن در کاهش علائم بدنی و میزان ناتوانی بیماران مالتیپل اسکلروزیس مورد بررسی قرار گیرد و اثربخشی درمان چند وجهی با درمان‌های روان‌شناختی دیگر به ویژه درمان شناختی رفتاری در کاهش مشکلات بیماران مالتیپل اسکلروزیس مورد مقایسه قرار گیرد. شیوه‌ی درمان چند وجهی لازاروس رویاوردی است که به شکل گروهی درمان توجه خاصی دارد؛ لذا امروزه در بیشتر نقاط دنیا درمان به صورت گروهی صورت می‌گیرد و پیشنهاد می‌شود در کلینیک‌های روان‌شناختی، پزشکی و ... این شیوه به درمانگران آموزش داده شود.

سلیه<sup>۱</sup> بیماری‌های سازگاری می‌نامند، ایجاد شده باشد. در نتیجه، بهبودی علائمی که به این نحو ایجاد شده است دور از انتظار نیست. هر چند که در برخی از سیستم‌ها شاهد کاهش و بهبودی علائم نبودیم. شاید به این دلیل که بیشتر علائم بیماران در سطح کلی حاصل از آسیب ساختار سلول‌های عصبی مرکزی می‌باشد. قابل ذکر است که سیستم کنش‌وری سربال مرتبط با خلق بوده و در ارزیابی آن میزان افسردگی و شرایط خلقی بیمار مورد بررسی قرار می‌گیرد (۴۵). در نتیجه کاهش میزان ناتوانی در سیستم سربال به معنی کاهش میزان افسردگی و بهبود وضعیت خلقی بیمار است. با این وجود، نتایج پژوهش حاضر با قسمتی از نتایج به دست آمده از یک پژوهش که اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر علائم جسمانی بیماران مالتیپل اسکلروزیس بررسی کرد، همخوانی ندارد. در این پژوهش شیوه‌ی روان‌درمانی مذکور بر کاهش علائم جسمانی بیماران مالتیپل اسکلروزیس اثر معنی‌داری نداشت (۵۰).

پژوهش حاضر مانند پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی بود. به دلیل برخی از ملاحظات عملی امکان ارزیابی میزان ناتوانی جسمانی بیماران توسط چندین متخصص بیماری‌های مغز و اعصاب که موجب اطمینان بیشتر به این ارزیابی می‌شود، فراهم نبود. محدود بودن پیشینه‌ی تجربی و کنترل شده‌ی مرتبط با درمان چند وجهی و نیز محدودیت در دستیابی به متن کامل مقالات خاص به ویژه مقالات مرتبط با درمان چند

<sup>1</sup>Selye

## References

1. Wering DJ, Thompson AJ. Improving the quality of life of patients with multiple sclerosis. *Drug Today* 1998; 34: 145-56.
2. Guinness M, Peters S. The diagnosis of multiple sclerosis: Peplau's international relations model in practice. *Rehabil Nurs* 1999; 24: 30-6.
3. Taggart HM. Multiple sclerosis update. *Orthop Nurs* 1998; 17: 23-9.
4. Sunderstorm P, Wahlin A, Ambarki K, Birgander Eklund A, Malm J. Venous and cerebrospinal fluid flow in multiple sclerosis: A case-control study. *Annu Neurol* 2010; 68(2): 255-9.
5. Marvin DV. Multiple sclerosis: Continuing mysteries and current management. *Drug Top* 2000; 44: 93-102.
6. Nabavi M, Poorfarzam S, Ghasemi H. [Epidemiology, clinical course and prognosis of multiple sclerosis in 203 referring patients to Tehran MS Clinic of Shahid Mostafa Khomeini Hospital in 2002]. *Journal of Tehran Medical Sciences University* 2006; 64(7): 90-7. (Persian)

7. Rosenhan DL, Seligman M. [Abnormal psychology]. Tehran: Savalan; 2003: 482. (Persian)
8. Sarafino EP. [Health psychology]. Tehran: Roshd; 2008: 254-70. (Persian)
9. Haussleiter IS, Brune M, Juckel G. Review: Psychopathology in multiple sclerosis: diagnosis, prevalence and treatment. *Ther Adv Neurol Disord* 2009; 2(1): 13-29.
10. Dennison L, Moss-Morris R, Chalder T. A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clin Psychol Rev* 2009; 29: 141-53.
11. Antoni MH, Lechner S, Diaz A, Vargas S, Holley H. Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain Behav Immun* 2009; 23(5): 580-91.
12. Antoni MH, Pereira DB, Marion I, Ennis N, Andrasik MP. Stress management effects on perceived stress and cervical neoplasia in low-income HIV-infected women. *J Psychos Res* 2008; 65(4): 389-401.
13. Sun Han K. The effect of an integrated stress management program on the psychologic and physiologic stress reactions of peptic ulcer in Korea. *Int J Nurs Stud* 2002; 39(5): 539-48.
14. Turner L, Linden D, Van der Wal R., Schamberger W. Stress management for patients with heart disease: A pilot study. *Heart Lung* 1995; 24(2): 145-53.
15. Hamidizadeh S, Ahmadi F, Asghari M. [Effectiveness of relaxation on anxiety and stress in patients with hypertension]. *Journal of Medical Sciences University of Shahrood* 2006; 8(2): 45-51. (Persian)
16. Bahramkhani M, Barzegarghazi K. [Effectiveness of muscle progressive relaxation on perceived stress and blood pressure decline in patients with high blood pressure]. *Proceeding of the 1<sup>st</sup> International Congress of Social Effective Factors on Health*; 2010; Tehran, Iran. (Persian)
17. Goldman Consensus Group. The Goldman consensus statement on depression in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 2005; 11: 328-37.
18. Larcombe NA, Wilson PH. An evaluation of cognitive-behavior therapy for depression in patients with multiple sclerosis. *Br J Psychiatry* 1984; 145: 366-71.
19. Mohr DC, Stacety L, Hart SL, Goldberg A. Effects of treatment for depression on fatigue in multiple sclerosis. *Psychosom Med* 2003; 65: 542-7.
20. Julian LJ, Mohr DC. Cognitive predictors of response to treatment for depression in multiple sclerosis. *J Neuropsychiatr Clin Neurosci* 2006; 18: 356-63.
21. Visschedijk MA, Collette EH. Development of a cognitive behavioral group intervention program for patients with multiple sclerosis: An exploratory study. *Psychol Rep* 2004; 95: 735-46.
22. Crawford JD, McIvor GH. Stress management for multiple sclerosis patients. *Psychol Rep* 1987; 61: 423-9.
23. Warren S, Warren KG. Emotional stress and coping in multiple sclerosis (MS) exacerbation. *J Psychosom Res* 1991; 35: 37-47.
24. Tesar N, Bumhackel U, Kopp M, Gunther V. Effects of psychological group therapy in patients with multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 2003; 107(6): 394-9.
25. Maguire BL. The effects of imagery on attitudes and moods in multiple sclerosis patients. *Altern Ther Health Med* 1996; 2(5): 75-9.
26. Foley FW, Bedell JR, Larocca N, Scheinberg LC, Reznikoff M. Efficacy of stress-inoculation training in coping with multiple sclerosis. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55(6): 919-22.
27. Mohr DC, Hart SL, Julian L, Catledge C, Honos-Webb L. Telephone-administered psychotherapy for depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 1007-14.
28. Mohr DC, Likosky W, Bertagnolli A, Goodkin DE, Van der Wende J. Telephone-administered cognitive-behavioral therapy for the treatment of depressive symptoms in multiple sclerosis. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(2): 356-61.
29. Crawford JD, McIvor GH. Group psychotherapy: Benefits in multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 1985; 66(12): 810-3.
30. Bachar E, Canetti L, Yonah I, Bonne O. Group versus individual supportive-expressive psychotherapy for chronic symptomatically stabilized outpatients. *Psychother Res* 2004; 14(2): 244-51.
31. Mohr DC, Boudewyn AC, Goodkin DE, Bostrom A, Epstein L. Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy, and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69(6): 942-9.

32. Hernandez-Reif M, Field T, Theakston H. Multiple sclerosis patients' benefit from massage therapy. *J Bodywork Mov Ther* 1998; 2(3): 168-74.
33. Kesselring J, Beer S. Symptomatic therapy and neurorehabilitation in multiple sclerosis. *Lancet Neural* 2000; 4: 643-52.
34. Fowler J. The effectiveness of bladder rehabilitation in multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2010; 81: 944.
35. Sevcikova L, Stefanikova Z, Jurkovicova J, Ruzanska S, Sabolova M, Aghova L. [Stress and health-related behavior, personality characteristics and blood pressure in older school children]. *Bratisl Lek Listy* 2001; 102(9): 420-3. (Slovak)
36. Bardshaw J, Rose A. Cognition, depression and fatigue in multiple sclerosis. *ACNR* 2008; 8(4): 15-7.
37. Janbozorgi M, Noori N. [Anxiety and stress psychotherapies]. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Samt; 2003: 242-90. (Persian)
38. Dryden W, Mytton J. [Four approaches to counseling and psychotherapy]. London: Routledge; 1999: 135-71.
39. Rahimianboger E, Shareh H. [Arnold Lazarus]. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Dajeh; 2008: 44-220. (Persian)
40. Janbozorgi M. [Effectiveness of short-time psychotherapy with and without religious orientation on anxiety and stress control]. Ph.D. Dissertation. Tehran: Tarbiat Modarres University, College of psychology, 1999. (Persian)
41. Dabbaghi P, Dadsetan P, Saatchi M. Comparing effectiveness of multimodal therapy and progressive relaxation training on reducing anxiety. [Proceeding of the 2<sup>nd</sup> Congress of Clinical Psychology]; 2002; Tehran, Iran. (Persian)
42. Biabangard E. [Effectiveness of Lazarus multimodal, Ellis rational-emotive and relaxation therapy on students' test anxiety]. *Andisheh va raftar* 2002; 8(3): 36-42. (Persian)
43. Hooman HA. [Research methodology in behavior sciences]. Tehran: Samt; 2006: 102-16. (Persian)
44. Corey MS, Corey G. [Groups: Process and practice]. 6<sup>th</sup> ed. Tehran: Ravan; 2008: 44-5. (Persian)
45. Kurtzke JF. Rating neurological impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS). *Neurology* 1983; 33: 1444-52.
46. Asghari E, Rashedi I. [study of disability (based on EDSS) and other variables in 100 patients with clinically definite multiple sclerosis referring to hospitals of Tehran Medical Sciences University and private centers]. MA. Dissertation. Tehran: Tehran Medical Sciences University, 1999. (Persian)
47. Cruess DG, Antoni MH, Kumar M, Ironson G, McCabe P. Cognitive-behavioral stress management buffers decreases in dehydroepiandrosterone sulfate (DHEA-S) and increases in the cortisol/DHEA-S ratio and reduces mood disturbance and perceived stress among HIV-seropositive men. *Psychoneuroendocrinol* 1999; 24(5): 537-49.
48. McCain NL, Gray DP, Eswick RK, Robins JW, Tuck I. A randomized clinical trial of alternative stress management interventions in persons with HIV infection. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76(3): 431-41.
49. Sartippoor M, Attari A, Amni M, Haghighi S. [Effectiveness of stress management on short-time control of Diabet type1]. *Journal of research in medical sciences* 2003; 8: 72-6. (Persian)
50. Mokhtari S. [Effectiveness of group cognitive-behavior therapy on depression in multiple sclerosis patients]. MA. Dissertation. Isfahan: University of Esfahan, College of psychology, 2005. (Persian)