

مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و نظم‌جویی فرآیندی هیجان

در حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه

نفیسه محمد^۱، *محمد حاتمی^۲، مزگان نیکنام^۳

۱. گروه روانشناسی، واحد بین‌الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۰۵/۲۸ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۹/۲۵)

Comparing the Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Processing Emotion Regulation on Anxiety Sensitivity of Patients with Multiple Sclerosis

Nafiseh Mohammad¹, *Mohammad Hatami², Mojgan Niknam³

1. Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Original Article

(Received: Aug. 18, 2020 - Accepted: Dec. 15, 2020)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The aim of this study was to compare the efficacy cognitive-behavioral therapy, processing emotion regulation and mixed intervention on anxiety sensitivity of patients with multiple sclerosis. **Method:** The present study was a quasi-experimental study with pretest-posttest design and follow-up. The population of the research includes all M.S. patients with registered medical records in M.S. Association of Tehran in 2020. 30 patients were selected by available and random sampling in three experimental groups. Training groups were treated for 3 months based on cognitive behavioral therapy, emotion regulation and mixed intervention. Anxiety sensitivity were measured by Reiss and Peterson anxiety sensitivity questionnaire before, after, and 3 months after the intervention. **Findings:** The results showed that there was a significant difference ($p \leq 0.05$) between the effectiveness of the three treatments on patients' anxiety sensitivity. The results of the Tukey test showed that group with mixed intervention compared to the other interventions and processing emotion regulation respect to cognitive-behavioral therapy had lower mean in both post-test and follow-up stages. **Conclusion:** The results of this study showed the effect of cognitive behavioral therapy, processing emotion regulation and mixed intervention on decrease of anxiety sensitivity in patients with Multiple sclerosis.

Keywords: Anxiety Sensitivity, Cognitive Behavioral Therapy, Processing Emotion Regulation, Multiple Sclerosis.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری، تنظیم هیجان و مداخله تلفیقی در حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه انجام شد. روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه که دارای پرونده پزشکی در انجمن ام.اس تهران در سال ۱۳۹۹ بود. ۳۰ نفر از بیماران به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش قرار گرفتند. گروه‌های آموزش به مدت سه ماه تحت درمان شناختی- رفتاری، تنظیم هیجان و مداخله تلفیقی قرار گرفتند. میزان حساسیت اضطرابی به وسیله پرسشنامه حساسیت اضطرابی رایس و پترسون قبل، بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله اندازه‌گیری شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد تفاوت معنی‌داری ($p \leq 0.05$) بین میزان اثربخشی سه روش درمان بر روی حساسیت اضطرابی بیماران وجود دارد. آزمون تعقیبی توکی نشان داد که مداخله تلفیقی در مقایسه با مداخلات درمانی دیگر و مداخله به روش تنظیم هیجان نسبت به درمان شناختی رفتاری در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین پایین‌تری دارد. نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه، تأثیر درمان شناختی- رفتاری و نظم‌جویی فرآیندی هیجان را در کاهش میزان حساسیت اضطرابی نشان داد.

واژگان کلیدی: حساسیت اضطرابی، درمان شناختی - رفتاری، نظم‌جویی فرآیندی هیجان، اسکروز چندگانه.

*نویسنده مسئول: محمدحاتمی

*Corresponding Author: Mohammad Hatami

Email: hatami513@gmail.com

مقدمه

تشکیل خانواده می‌باشد (بئوسچوتن^۶ و همکاران، ۲۰۱۲؛ کاستا^۷ و همکاران، ۲۰۱۲).

به نظر می‌رسد که بین آسیب‌های جسمانی و روانشناختی رابطه دوسویه‌ای وجود داشته باشد. لذا حوزه‌ای در روانشناسی سلامت به نام ایمنی‌شناسی - عصبی^۸ به این موضوع می‌پردازد که چگونه عوامل روانشناختی، دستگاه ایمنی را تغییر داده و سرانجام خطر ابتلا به بیماری را افزایش می‌دهد. موارد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد چگونه اضطراب، افسردگی، درماندگی، ناامیدی و رویدادهای تنش‌زای زندگی با تغییر سیستم ایمنی در افراد موجب بیماری آن‌ها می‌شود (روزنهان^۹ و سلینگمن^{۱۰}، ۲۰۰۳). معتمدی و همکاران (۱۳۹۵) بر این باورند که مداخلات روان‌شناختی احتمال بهزیستی روان-شناختی و جسمانی مبتلایان به تصلب چندگانه را از طریق درمان اختلالات خلقی نظیر اضطراب و افسردگی همراه با تأثیر مفید بر روی کارکرد سیستم ایمنی می‌تواند بهبود بخشد.

از جمله عوامل تاثیرگذار در ابتلا به بیماری‌های خودایمنی حساسیت اضطرابی^{۱۱} می‌باشد. حساسیت اضطرابی اول بار توسط مک لن (۱۹۸۵) مورد توجه قرار گرفت (مانتار^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۱). حساسیت اضطرابی یک متغیر شناختی نشان‌دهنده تفاوت‌های فردی است که به

تصلب چندگانه^۱ (ام.اس)، یکی از بیماری‌های مزمن پیشرونده سیستم اعصاب مرکزی است (جیوردانو^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). این بیماری مغز و نخاع را درگیر ساخته و باعث اختلال در انتقال پیام‌های عصبی می‌گردد (زغری، جوهری و باقری، ۲۰۱۲). ام.اس یکی از اختلالات مزمن و ناتوان‌کننده عصبی‌شناختی است که در آن غلاف میلین رشته‌های عصبی دستگاه عصبی مرکزی را تخریب می‌شود که با انواع اختلالات حسی، حرکتی، بینایی و مخچه‌ای همراه است. در میان تظاهرات این بیماری نشانه‌های روانپزشکی و روانشناختی بیش از سایر نشانه‌های ناتوان‌کننده این بیماری مشهود است (کورتز^۳ و همکاران، ۲۰۱۲).

شیوع این بیماری در ایران به میزان ۵/۷۸ نفر در هر صد هزار نفر است (حسینی و همکاران، ۲۰۱۶). بیماری ام.اس معمولاً در سنین ۲۳ تا ۴۳ سال بروز کرده و میزان ابتلا در زنان دو برابر مردان بوده است (شریفی، ۱۳۸۶).

ام.اس با سبب‌شناسی گسترده چندعاملی و نامشخص یک بیماری پیشرونده و برگشت‌ناپذیر است و افراد مبتلا تظاهرات بالینی گوناگون را نشان می‌دهند (کوستا، مارکیوز، کلهریوس^۴، ۲۰۱۳ و آلبوکیورکیو^۵ و همکاران، ۲۰۱۵).

این بیماری معمولاً در سنین جوانی ظاهر می‌شود یعنی زمانی که فرد در آغاز یافتن شغل و

6. Boeschoten

7. Costa

8. Immunology – nervous

9. Rosenhan

10. Seligman

11. Anxiety sensitivity

12. Mantar

1. multiple sclerosis

2. Giordano

3. Cortez

4. Costa, Marques, Calheiros

5. Albuquerque

مبتلا به زخم‌های گوارشی اثربخش باشد. از آنجایی که بیماران مبتلا به ام.اس اذعان دارند که ارتقای سلامت روانی و ویژگی‌های مثبت روانشناختی آن‌ها به شدت می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها کمک کند، یکی از مداخلات درمانی که برای این بیماران انجام می‌شود، درمان رفتاری شناختی است (بلوم، بورگلوند و پارسل^۵، ۲۰۱۰). درمان شناختی رفتاری به‌طور معمول به‌عنوان یک درمان کوتاه‌مدت و متمرکز بر مهارت با هدف اصلاح کردن پاسخ‌های هیجانی ناسازگار به‌وسیله تغییر افکار، رفتار یا هر دو در نظر گرفته شده است (کازکورکین^۶، ۲۰۱۵).

این درمان بر این اساس استوار است که شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتارها به نحو چشمگیری بر یکدیگر تأثیر (رابطه علت و معلولی) دارند. درمان رفتاری شناختی به شکل گروهی در مقایسه با درمان انفرادی از نظر زمان و هزینه مقرون‌به‌صرفه است (کاتز^۷، ۲۰۰۲).

تأثیرات بیماری‌های حاد و مزمن در افراد کاملاً متفاوت هستند و واکنش روانی بیماران به‌ندرت با شدت بیماری ارتباط دارد. همچنین متغیرهای روانشناختی در شناخت نحوه پاسخ بیماران به چالش‌های مربوط به مشکلات مزمن پزشکی بسیار مهم است؛ به‌همین دلیل درمان رفتاری شناختی می‌تواند به بیماران کمک کند تا تأثیر بیماری‌شان را به حداقل برسانند (گریک ا وایت، ترجمه رضا مولودی، ۱۳۸۹). صمدزاده و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند بهره‌گیری از

وسیله ترس از نشانه‌های اضطرابی (ترس از ترس) تبیین می‌شود و نشان‌دهنده گرایش فرد به فاجعه‌سازی در رابطه با پیامدهای چنین احساساتی می‌باشد (مکنالی^۱، ۲۰۰۲). حساسیت اضطرابی نشان دهنده یک انتظار محرک - پاسخ است که منعکس کننده تفاوت‌های فردی در گرایش به تجربه ترس هنگام پاسخ به نشانه‌های برانگیختگی خود فرد است (پترسون^۲ و رایس^۳، ۱۹۹۲؛ به نقل از زالنسکی، ۲۰۰۳).

به نظر می‌رسد حساسیت اضطرابی ازجمله متغیرهای واسط مهم بین استرس و بیماری باشد. فرض بر این است که حساسیت اضطرابی یک متغیر با ثبات است که نشان‌دهنده میل به تفسیر پیامدهای جسمی، روانی، اجتماعی به‌عنوان امری آزاردهنده و خطرناک است (مکنالی، ۲۰۰۲). با توجه به مطالب یاد شده به نظر می‌رسد هر چه حساسیت اضطرابی در فردی بیشتر باشد، احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن ازجمله اسکروز چندگانه در فرد افزایش می‌یابد. اسمیترمن^۴ و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند متغیر حساسیت اضطرابی نقش بالایی در بروز نشانه‌های بیماری‌های مزمن می‌گرن دارند و همچنین فردایی و همکاران (۱۳۹۴) اظهار داشتند که تنظیم هیجان در بهبود حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به پنیک و اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است. بساک‌نژاد و همکاران (۱۳۹۸) معتقدند درمان‌های روانشناختی می‌تواند در تعدیل شخصیت تکانشگر و کاهش حساسیت اضطرابی بیماران

5. Blum, Borglund, Parcels
6. Kaczurkin
7. Katz

1. McNally
2. Peterson
3. Reiss
4. Smitherman

مقدار زیادی تعیین‌کننده ضربه‌ای است که مشکلات می‌توانند از نظر جسمی و روانی به ما وارد کنند (اکسندر و همکاران، ۲۰۰۲). تنظیم هیجان فرآیندی است که طی آن افراد تحت تأثیر هیجان‌ات به‌خصوص زمان و چگونگی ابراز آن قرار می‌گیرند (گراس^۴، ۲۰۰۷).

هنگامی که یک فرد با موقعیت هیجانی روبرو می‌شود احساس خوب و خوش‌بینی برای کنترل هیجان کافی نیست بلکه وی نیاز دارد که در این موقعیت‌ها بهترین کارکرد شناختی را نیز داشته باشد. در اصل در تنظیم هیجان به تعامل بهینه‌ای از شناخت و هیجان در جهت مقابله با شرایط منفی نیاز است؛ زیرا انسان‌ها با هر چه مواجه می‌شوند آنرا تفسیر می‌کنند و تفسیرهای شناختی تعیین‌کننده واکنش‌های افراد است (اوشنر^۵ و گراس، ۲۰۰۷).

پژوهش شیردا^۶ (۲۰۱۴) نشان می‌دهد افراد مبتلا به اسکروز چندگانه مشکلات بیشتری را در تنظیم هیجانی نسبت به افراد سالم تجربه می‌کنند و با تنظیم هیجان، این بیماران کیفیت زندگی بهتری را تجربه می‌کنند و همچنین ظرفیت افراد در تنظیم مؤثر هیجان‌ها، بر شادمانی روانشناختی جسمانی و بین فردی مؤثر است. نتایج پژوهش فیلیپ^۷ و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که افراد مبتلا به اسکروز چندگانه مشکلات بیشتری را در تنظیم هیجانی نسبت به افراد سالم تجربه می‌کنند که این مشکل در افراد مبتلا به ام‌اس کیفیت زندگی پایین‌تر را پیش‌بینی می‌کند. فایند (۱۳۹۷)

مداخلات روان‌شناختی مؤثر از جمله درمان رفتاری‌شناختی باعث افزایش خلق و کاهش اضطراب و پایبندی به توصیه‌های درمانی در بیماران مزمن می‌شود. پژوهش لطفی کاشانی (۱۳۹۱) نشان می‌دهد با کمک درمان رفتاری شناختی می‌توان از اضطراب افراد بیمار کاسته و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری روده تحریک‌پذیر را بهبود بخشید. سیدجوادی، حاتمی و احدی (۱۳۹۶) نیز نشان دادند درمان رفتاری شناختی مدیریت استرس با رویکرد شناختی- رفتاری بر حساسیت اضطرابی مادران کودکان مبتلا به سرطان اثربخش است.

بیماران مبتلا به ام‌اس به دلیل وضعیت دشوار و ناکام‌کننده بیماری، با اختلالات و بیماری‌های روانی متعددی درگیر هستند. از جمله راه‌کارهای مقابله با مشکلات روانی ناشی از بیماری‌های مزمن، به‌خصوص بیماری اسکروز چندگانه که موضوع موردبررسی در این پژوهش است، راهبردها یا مهارت‌های تنظیم هیجان^۱ است. تنظیم هیجان شکل خاصی از خودنظم‌بخشی است و به‌عنوان فرآیندهای بیرونی و درونی است که در بازبینی، ارزشیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی، مخصوصاً از نظر شدت و طول مدت برای به انجام رساندن یک هدف مؤثر است (تامپسون^۲، ۲۰۰۹). آریو لویز^۳ در هزار سال پیش اعلام کرد ما انسان‌ها توان فوق‌العاده‌ای برای تنظیم کردن هیجان‌هایی داریم که ما را رنج می‌دهند به‌ویژه تلاش‌هایی که برای این نظم‌دهی انجام می‌دهیم به

4. Gross
5. Ochsner
6. Schirida
7. Phillips

1. Emotion regulation
2. Thompson
3. Ario Lopez

طرفی تغییر در هرکدام از بخش‌های مختلف عملکرد سیستم‌های شناختی، از قبیل حافظه، توجه و هوشیاری موجب تغییر خلق می‌شود. بنابراین نمی‌توان نقش تنظیم هیجان شناختی را در سازگاری افراد با وقایع استرس‌زای زندگی هیجانی نادیده گرفت (جیمز، نیل و پارک^۱، ۲۰۱۰)؛ بنابراین استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان در تکمیل درمان رفتاری شناختی مبتلایان به ام‌اس می‌تواند موردتوجه قرار گیرد. لیکن در این تحقیق از راهبرد تنظیم هیجان برای یک گروه درمانی به‌تنهایی و برای گروه دیگر در تکمیل مداخله شناختی - رفتاری استفاده و به مقایسه آن‌ها با یکدیگر پرداخته شده است تا به این سؤالات پاسخ دهد که آیا درمان شناختی رفتاری در کاهش حساسیت اضطرابی بیماران ام‌اس تأثیر دارد؟ آیا نظم جویی فرآیندی هیجان در کاهش حساسیت اضطرابی بیماران ام‌اس تأثیر دارد؟ آیا تلفیق دو روش مداخلاتی مذکور در کاهش حساسیت اضطرابی بیماران ام‌اس مؤثر است؟ آیا بین سه روش مداخله در کاهش حساسیت اضطرابی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه که دارای پرونده پزشکی در انجمن ام‌اس تهران در سال ۱۳۹۹ بود که سی نفر از آن‌ها در فاصله سنی بیست تا چهل سال با استفاده از روش

در پژوهش خود نشان داد، آموزش خودتنظیمی هیجانی موجب بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی در گروه آزمایش شده است.

افراد مبتلا به ام‌اس با مشکلات روانی متعددی از جمله اضطراب و افسردگی روبه‌رو هستند و تغییرات ایجاد شده در ویژگی‌های روانشناختی افراد مبتلا علاوه بر اینکه ممکن است ناشی از تغییرات نورولوژیکی ایجاد شده در ساختار مغز باشد، ممکن است ناشی از چالش‌های متعددی باشد که ام‌اس به‌عنوان یک عامل تنش‌زا برای بهزیستی فیزیکی و روانشناختی بیمار به‌وجود می‌آورد؛ اما از آنجایی که در بیماری ام‌اس صرفاً بر علائم فیزیکی این بیماری تمرکز می‌گردد و بیشترین اقدامات درمانی برای کنترل این نشانه‌ها انجام می‌گیرد، بنابراین ضروری به نظر می‌رسد به مسائل روانشناختی نیز به همان اندازه که به علائم و نشانگان جسمی این بیماری توجه می‌شود به‌طور گسترده‌تر توسط متخصصین سلامت روان موردبحث و ارزیابی قرار گیرد (خانجانی، ۲۰۱۲).

تاکنون مدل‌های شناختی رفتاری و پروتکل‌های درمانی آن برای شمار زیادی از اختلالات روانی و بیماری‌های مزمن پزشکی تدوین شده است و بسیاری از آن‌ها در پژوهش‌های بالینی مؤثر شناخته شده‌اند. درمان رفتاری-شناختی یک درمان کوتاه‌مدت و متمرکز بر مهارت شناخته می‌شود.

از نظر بک، عقاید منفی درباره خود، عامل محوری در اختلال‌های روانی و نگرش‌های منفی بخش اصلی تغییرات خلق محسوب می‌شوند، از

1. Jimenez, Niles, Park

پاسخ دهند. پس از سه ماه نیز آزمودنی‌های هر سه گروه توسط ابزار پژوهشی مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند.

دوره پیگیری سه‌ماهه با توجه به مطالعات پیشین در نظر گرفته و پس از پاسخگویی بیماران، پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری و برای تحلیل از نرم‌افزار spss26 استفاده شد.

به‌منظور تعیین میزان حساسیت اضطرابی بیماران در این پژوهش از پرسشنامه حساسیت اضطرابی استفاده شد. شاخص حساسیت اضطرابی (ASI-R) نخستین بار توسط رایس و پترسون (۱۹۸۵) ساخته شد. این پرسشنامه به‌صورت خودگزارش‌دهی بوده و شامل ۱۶ گویه بر اساس لیکرت پنج‌درجه‌ای (خیلی کم=۰، خیلی زیاد=۴) می‌باشد. هر گویه بیانگر این نکته است که احساسات اضطرابی به‌صورت ناخوشایند تجربه می‌شوند و توان منتهی شدن به پیامد آسیب‌زا را دارد. درجه تجربه ترس از نشانه‌های اضطرابی با نمرات بالا مشخص می‌گردد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۴ است (تیلور و همکاران، ۲۰۰۷). بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس، ثبات درونی بالای آن را (آلفای بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰) نشان داده است. پایایی بازآزمایی بعد از یک هفته ۰/۷۵ و به مدت سه سال ۰/۷۱ بوده است که نشان می‌دهد پرسشنامه حساسیت اضطرابی تجدیدنظر شده یک سازه شخصیتی پایدار است. پایایی آن در نمونه ایرانی بر اساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و تصنیفی محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۹۳، ۰/۹۵

نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بیماران به‌صورت تصادفی در سه گروه آزمایشی قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: بیمارانی که در فاصله سنین بیست تا چهل سال بوده و تمایل به شرکت در طرح را داشتند و همچنین افراد مبتلا به بیماری اسکروز چندگانه که یک سال از بیماری آن‌ها گذشته بود و معیارهای خروج شامل: عدم شرکت منظم بیماران در جلسات آموزشی به‌مدت حداکثر سه جلسه و نیز عدم تکمیل کامل پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان بودند. بیماران قبل از آغاز دوره درمان به تکمیل پرسشنامه‌های حساسیت اضطرابی مبادرت نموده و افراد واجد شرایط در سه گروه برای سه مداخله درمان رفتاری شناختی، تنظیم هیجان و تلفیقی در نظر گرفته شدند. سپس برای گروه آزمایشی با مداخله شناختی - رفتاری بر اساس پروتکل درمانی - شناختی - رفتاری که مطابق با برنامه عملی مایکل فری^۱ بود، ده جلسه آموزشی و برای گروه آزمایشی با مداخله تنظیم هیجان ده جلسه آموزش و بر اساس پروتکل درمانی تنظیم هیجان مطابق با برنامه عملی گروس ترتیب داده شد. همچنین برای گروه سوم (مداخله توامان) بیست جلسه به این ترتیب که ده جلسه مداخله آموزشی شناختی - رفتاری طبق پروتکل درمان مایکل فری و ده جلسه مداخله تنظیم هیجان طبق راهبرد تنظیم هیجان گروس و طبق جدول ۱ تشکیل گردید. پس از مداخله از افراد خواسته شد که پرسشنامه‌های حساسیت اضطرابی را بار دیگر

جدول ۱. شرح جلسات شناختی - رفتاری مایکل فری (۲۰۰۶) و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان گراس (۲۰۰۶)

جلسه	محتوای جلسات مبتنی بر درمان شناختی- رفتاری	محتوای جلسات مبتنی بر تنظیم هیجان
۱	شامل خوش آمدگویی، مروری بر ساختار جلسات و قوانین گروه، توضیح درمورد تفکر و احساس	بیان منطق و مراحل مداخله، ضرورت خود نظم‌جویی هیجان، چرا باید این مهارت را بیاموزیم؟ دیدگاه‌های درست در مورد هیجان‌ها کدامند؟ مروری بر هیجان‌های اولیه و ثانویه، همه هیجان‌ها به ما کمک می‌کنند.
۲	ابعاد نظریه‌های شناختی افسردگی، اضطراب، خشم، خصوصیات افکار خودآیند و چگونگی دسترسی به آن‌ها، تحریف‌های شناختی، شناخت مقاومت‌ها	انتخاب موقعیت ارائه‌ی آموزش هیجانی: الف) هیجان نورمال و مشکل آفرین، ب) خودآگاهی هیجانی: ۱) آموزش و معرفی هیجان، ۲) شناسایی، نام‌گذاری و برجسب زدن به احساسات، ۳) تمایز هیجان‌های مختلف، ۴) شناسایی هیجان در حالت فیزیکی و روانشناختی و ۵) عوامل موفقیت در خود نظم‌جویی هیجانی
۳	آشنایی افراد با این موضوع که افکارشان مانند پیامدهای هیجانی پیامدهای رفتاری نیز دارد و این پیامدهای رفتاری می‌توانند ناکارآمد باشند و آموزش شرکت‌کنندگان در خصوص ماهیت طرحواره‌ها و ارتباط بین طرحواره‌ها و افکار خودآیند، آموزش پیکان رو به پایین	انتخاب موقعیت ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا: ۱) خودارزیابی با هدف شناخت تجربه‌های هیجانی خود، ۲) خودارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی در فرد، ۳) خودارزیابی با هدف شناسایی از راهبردهای تنظیمی فرد، ۴) پیامدهای شناختی واکنش‌های هیجانی، ۵) پیامدهای فیزیولوژیک واکنش‌های هیجانی، ۶) پیامدهای رفتاری واکنش‌های هیجانی و رابطه این سه با هم و ۷) معرفی هیجان خشم و راه‌های غلبه بر خشم
۴	کار بر روی پیکان رو به پایین، تشخیص طرحواره‌ها توسط شرکت‌کنندگان	اصلاح موقعیت ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان: ۱) جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب آموزش راهبرد حل مسئله آموزش مهارت‌های بین فردی (گفت‌وگو، اظهار وجود و حل تعارض)
۵	مرور افکار خودآیند منفی، آموزش خطاهای شناختی و پاسخ به افکار منفی از طریق ارزیابی افکار منفی و یافتن گزینه‌های مفیدتر و واقع‌بینانه‌تر	گسترش توجه تغییر توجه: ۱) متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی و ۲) آموزش توجه
۶	پذیرش شرکت‌کنندگان مبنی بر این‌که باورها تغییرپذیرند و می‌توان آن‌ها را تغییر داد.	ارزیابی شناختی (تغییر ارزیابی‌های شناختی): ۱) شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجان و ۲) آموزش راهبرد باز-ارزیابی
۷	تحلیل مزایا و معایب باورها، تغییر افکار منفی از طریق رفتار	تعدیل پاسخ تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان: ۱) شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، ۲) مواجهه، ۳) آموزش ابراز هیجان، ۴) اصلاح رفتار از طریق تقویت‌کننده‌های محیطی ۵) آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس
۸	بررسی ثبت افکار ناکارآمد، مرور بر جلسات گذشته	ارزیابی و کاربرد ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد: ۱) ارزیابی میزان نیل به اهداف، ۲) کاربرد مهارت‌های آموخته‌شده در محیط‌های طبیعی خارج از خانه ۳) بررسی و رفع موانع انجام تکلیف
۹	آموزش تنفس از دیافراگمی به شکمی و تن‌آرامی	مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته‌شده
۱۰	تمرین تن‌آرامی و مرور تکنیک‌هایی که در جلسات پیش از آموزش داده شده‌اند و نتیجه‌گیری کلی از جلسات درمان.	مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته‌شده

و ۰/۹۷ بدست آمد. روایی بر اساس سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده مقیاس‌ها با مقیاس کل و با یکدیگر و تحلیل عوامل محاسبه شد. روایی همزمان از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه (SCL90) انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود (مرادی‌منش و همکاران، ۱۳۸۶).

یافته‌ها
یافته‌های توصیفی پژوهش حاضر شامل ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و شاخص‌های آماری نظیر میانگین و انحراف معیار برای کلیه متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری است.

جدول ۲ سطح تحصیلات و سن آزمودنی‌ها را به تفکیک سه گروه آزمایشی نشان می‌دهد. همانطور که مشهود است اکثریت شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات دیپلم بودند

جدول ۲. وضعیت تحصیلات و سن آزمودنی‌ها به تفکیک سه گروه

نوع مداخله	سطح تحصیلات				سن
	دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس	۳۰-۲۰	
شناختی رفتاری	۵	۴	۱	۷	۳
نظم‌جویی فرآیندی هیجان	۸	۲	۰	۶	۴
تلفیقی	۶	۲	۲	۴	۶

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد حساسیت اضطرابی در سه گروه درمانی

حساسیت اضطرابی	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
پیش‌آزمون	شناختی رفتاری	۲۷/۲	۱۰/۷	۱۰
	نظم‌جویی فرآیندی هیجان	۳۲/۲	۱۰/۸	۱۰
	تلفیقی	۲۴/۱	۱۱/۸	۱۰
	جمع	۲۷/۸	۱۱/۲	۳۰
پس‌آزمون	شناختی رفتاری	۲۶/۸	۱۱/۶	۱۰
	نظم‌جویی فرآیندی هیجان	۲۱/۲	۹/۱	۱۰
	تلفیقی	۱۳/۹	۷/۳	۱۰
	جمع	۲۰/۶	۱۰/۶	۳۰
پیگیری	شناختی رفتاری	۲۵/۷	۹/۶	۱۰
	نظم‌جویی فرآیندی هیجان	۲۱/۰	۸/۳	۱۰
	تلفیقی	۱۵/۴	۷/۳	۱۰
	جمع	۲۰/۷	۷/۲	۳۰

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد را برای متغیر حساسیت اضطرابی در سه گروه درمانی نشان می‌دهد که نتایج بیانگر این است که بیشترین میانگین مربوط به درمان نظم‌جویی فرآیندی هیجان در مرحله پیش‌آزمون می‌باشد و همچنین کمترین میانگین مربوط به درمان تلفیقی در مرحله پس‌آزمون می‌باشد.

جدول ۴. نتایج آزمون لون در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات حساسیت اضطرابی به تفکیک گروه‌ها

مرحله	آماره لون	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	۰/۸۰	۲	۲۷	۰/۹۱۷
پس‌آزمون	۰/۸۱	۲	۲۷	۰/۴۵۵
پیگیری	۰/۵۲	۲	۲۷	۰/۶۰۰

جدول ۵. نتایج آزمون موشلی برای نمرات حساسیت اضطرابی به تفکیک گروه‌ها

متغیر	موشلی W	تخمین x^2	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	اپسیلون هینت فلت
حساسیت اضطرابی	۰/۳	۲۸/۴	۲	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۶

جدول ۶. نتایج تحلیل‌های چندمتغیری برای بررسی اثرات کلی

منابع تغییرات	F مقدار	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری
زمان	۱۳/۸	۶/۰	۰/۱۰۴	$p < ۰/۰۱$
تعامل زمان و گروه	۲/۶	۱۲/۰	۱۳۷/۸	$p < ۰/۰۱$

ارزیابی پیش‌فرض‌های آماری حاکی از آن بود که توزیع نمرات سه‌گروه با توجه به آزمون کلموگراف اسمیرنوف^۱ در متغیر حساسیت اضطرابی نرمال است. همچنین، آزمون لون^۲ جهت بررسی همگنی واریانس‌ها انجام گرفت که با توجه به عدم معناداری آماره F طبق جدول ۴، پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات سه‌گروه رعایت شده است.

طبق نتایج جدول ۵، مفروضه کرویت موشلی^۳ برای داده مربوط به متغیر حساسیت اضطرابی برقرار نیست، چرا که سطح معنی‌داری کوچکتر از ۰/۰۵ است، لذا با توجه به صادق نبودن آزمون کرویت و تعداد کم آزمودنی‌ها می‌توان آماره مذکور را با اپسیلون هین-فلت^۴ اصلاح نمود (علی‌آبادی و صمدی، ۱۳۸۴).

به‌منظور بررسی فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر تأثیر درمان رفتاری‌شناختی، نظم‌جویی فرآیندی هیجان و تلفیقی شناختی - رفتاری - هیجانی بر متغیر حساسیت اضطرابی بیماران اسکروز چندگانه از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد که اطلاعات مربوط به آن در جدول زیر گزارش شده است. جدول ۶، نتایج

ارزیابی پیش‌فرض‌های آماری حاکی از آن بود که توزیع نمرات سه‌گروه با توجه به آزمون کلموگراف اسمیرنوف^۱ در متغیر حساسیت اضطرابی نرمال است.

همچنین، آزمون لون^۲ جهت بررسی همگنی واریانس‌ها انجام گرفت که با توجه به عدم معناداری آماره F طبق جدول ۴، پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات سه‌گروه رعایت شده است.

طبق نتایج جدول ۵، مفروضه کرویت موشلی^۳ برای داده مربوط به متغیر حساسیت

1. Kolmogorov-Smirnov Test
2. Leven
3. Mauchly's Test of Sphericity

4. Huynh-Feldt Epsilon

آزمون‌های چند متغیره که بر اساس آماره لامبدای ویلکز^۱ محاسبه شده است را نشان می‌دهد. از محتوای جدول مشخص است که اثرات اصلی گروه و زمان در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار است. معنی‌دار بودن اثر زمان دال بر تفاوت کلی میانگین متغیرها در طول زمان است. معنی‌دار بودن تعامل گروه و زمان نیز نشان‌دهنده تفاوت کلی میانگین متغیرها بین سه گروه درمان در طول زمان است.

جدول ۷. نتایج تحلیل روند متغیرها در طول زمان

منابع تغییرات	نوع روند	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی‌داری
زمان	خطی	۷۶۳/۲	۱	۷۶۳/۲	۲۰/۳	$p < ۰/۰۰۱$
تعامل گروه و زمان	خطی	۲۵۳/۶	۲	۱۲۶/۸	۳/۳	$p < ۰/۰۰۵$

تغییرات خطی برای متغیر حساسیت اضطرابی معنی‌دار شده است. لازم به ذکر است روند خطی به معنی افزایش یا کاهش نسبی میانگین متغیر موردبررسی در چندین نوبت اندازه‌گیری است.

لازم به ذکر است نتایج حاصل از جدول ۷ نوع روند و شکل تغییرات را مشخص نمی‌کند. جهت تعیین نوع تغییرات متغیرها در طول زمان از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که در ادامه به آن اشاره شده است. همان‌طور که در آخرین ستون جدول مذکور، مشهود است، شکل

جدول ۸. نتایج آزمون توکی برای مقایسه دوبه‌دوی گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر (مرحله)	نوع مداخله	مقایسه با	اختلاف میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
درمان شناختی رفتاری	درمان شناختی	تنظیم هیجان	۵/۶	۴/۲	$p > ۰/۰۰۵$
	رفتاری	تلفیقی	۱۲/۹	۴/۲	$p < ۰/۰۰۵$
حساسیت اضطرابی (مرحله پس‌آزمون)	تنظیم هیجان	درمان شناختی رفتاری	-۵/۶	۴/۲	$p > ۰/۰۰۵$
	تلفیقی	درمان شناختی رفتاری	-۱۲/۹	۴/۲۸۵۴۱	$p < ۰/۰۰۵$
درمان شناختی رفتاری	درمان شناختی	تنظیم هیجان	-۷/۳	۴/۲	$p > ۰/۰۰۵$
	رفتاری	تنظیم هیجان	۴/۷	۳/۸	$p > ۰/۰۰۵$
حساسیت اضطرابی (مرحله پیگیری)	تنظیم هیجان	درمان شناختی رفتاری	-۴/۷	۳/۸	$p > ۰/۰۰۵$
	تلفیقی	درمان رفتاری شناختی	۱۰/۳	۳/۸	$p < ۰/۰۰۵$
تنظیم هیجان	تنظیم هیجان	تلفیقی	۵/۶	۳/۸	$p > ۰/۰۰۵$
	تلفیقی	درمان رفتاری شناختی	-۱۰/۳	۳/۸	$p < ۰/۰۰۵$
تنظیم هیجان	تنظیم هیجان	تنظیم هیجان	-۵/۶	۳/۸	$p > ۰/۰۰۵$

روانی این افراد مورد توجه قرار گرفته است (کایون^۲، ۲۰۱۱).

این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و نظم‌جویی فرآیندی هیجان و تلفیقی از این دو روش بر میزان حساسیت اضطرابی به‌عنوان عاملی روانشناختی که سبب کاهش اضطراب و توانمندی در مقابله با شرایط تنش‌زا بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه می‌باشد، انجام گرفت. نتایج ارائه شده در این پژوهش نشان داد که مداخلات به‌کار برده شده توانسته است تغییر معنی‌داری در متغیر حساسیت اضطرابی بیماران ام‌اس ایجاد کند؛ لذا می‌توان اظهار داشت که بهره‌گیری همزمان از درمان شناختی - رفتاری و راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان و بهره‌گیری توأم از درمان شناختی - رفتاری و راهبردهای تنظیم هیجان در کاهش حساسیت اضطرابی آزمودنی‌ها اثربخش بوده و تأثیرگذاری این درمان در طول مرحله پیگیری نیز مشهود بوده است.

اگرچه تاکنون پژوهشی در مورد اثربخشی بهره‌گیری همزمان از درمان شناختی - رفتاری و راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان در کاهش حساسیت اضطرابی صورت نگرفته است، اما بررسی‌های متعددی اثربخشی این مداخلات را بر ابعاد مختلف بیماران مبتلا به بیماری مزمن به اثبات رسانده‌اند.

اثربخشی درمان‌های روانشناختی در کاهش حساسیت اضطرابی در این پژوهش با تحقیق بساک‌نژاد و همکاران (۱۳۹۸)، تحقیق حاجی سیدجواد؛ حاتمی و احدی (۱۳۹۶) و همچنین پژوهش صمدزاده و همکاران (۱۳۹۴) و نیز

نتایج مذکور صرفاً دلالت بر وجود تفاوت میانگین‌ها بین حداقل یک زوج از مقایسه‌هاست و یافته‌ای مبنی بر مقایسه دوبه‌دوی گروه‌ها ارائه نمی‌کند. به‌منظور مقایسه متغیرها از آزمون تعقیبی توکی^۱ استفاده شده است. جدول ۸ نتایج آزمون تعقیبی توکی را برای مقایسه‌های دوبه‌دو گزارش می‌کند. نتایج حاکی از آن بود که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب گروه با مداخله تلفیقی در قیاس با گروه با مداخله رفتاری شناختی میانگین پایین‌تری دارد که این مقدار معنی‌دار گزارش شده است. همچنین مداخله به روش تلفیقی نسبت به مداخله به روش نظم‌جویی فرآیندی هیجان در مرحله پیش‌آزمون و پیگیری میانگین کمتری را تبیین می‌کند که این مقدار معنی‌دار نیست و مداخله به روش نظم‌جویی هیجان نسبت به مداخله به روش درمان رفتاری شناختی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین کمتری دارد که این مقدار نیز معنی‌دار نیست.

نتیجه‌گیری و بحث

امروزه به نقش عوامل روانشناختی در چگونگی شرایط زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس و درمان‌هایی که توانایی بهبود این عوامل را دارند توجه ویژه‌ای شده است. در سال‌های اخیر، با ناکامی درمان‌های دارویی در بهبود شرایط زندگی بیماران مزمن و با تمرکز بیشتر روانشناسی سلامت بر حوزه بیماری‌های مزمن، درمان‌های شناختی - رفتاری و هیجان‌مدار به‌عنوان راهکارهای روانشناختی برای ایجاد تغییر در زندگی مبتلایان و بهبود وضعیت جسمانی و

واکنش‌های فیزیکی، شناختی و رفتاری اضطراب خود را مدیریت می‌کنند (اینفرت^۵ و همکاران، ۲۰۰۶). از سوی دیگر جنبه‌های شناختی نظم‌جویی هیجان با هدف مدیریت استرس جهت افزایش سازگاری و تطابق به‌کار می‌رود (لازاروس، ۱۹۹۳). تا زمانی که افراد با حساسیت اضطرابی بالا حالات و افکار اضطرابی خود را بپذیرند، در مقابل اجتناب از تجربه‌های هیجانی توانمند می‌شوند. برخی از مولفه‌های تنظیم هیجان مانند پذیرش - افرادی را که از نظر هیجانی آسیب‌پذیر هستند، قادر می‌سازد تا به‌واسطه توجه به موقعیت، به‌جای رفتاری به‌شدت اضطرابی، ادراکی عینی‌تر از تهدیدات شخصی به‌دست آورند (اورسیلو و رومر^۶، ۲۰۰۷). از سوی دیگر تا زمانی که افراد بتوانند شناخت‌ها و هیجان‌ات منفی خود را بدون نیاز به اجتناب تحمل نمایند، حساسیت اضطرابی بالا نمی‌تواند چندان مشکل‌ساز باشد (براون^۷ و همکاران، ۲۰۰۵). لیکن نتایج این پژوهش نیز نشان داد که نمرات حساسیت اضطرابی بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش پس از آموزش شناختی‌رفتاری و راهبردهای نظم‌جویی هیجان به‌صورت معنی‌داری کاهش یافته است. درواقع می‌توان گفت راهبردهای نظم‌جویی هیجان مهارت تحمل ناراحتی است؛ بنابراین بیماران دریافت‌کننده آموزش راهبردهای نظم‌جویی هیجان پس از مداخله با اصلاح شناخت و غلبه بر هیجان‌ات منفی دیگر به‌آسانی درگیر هیجان‌ات ناخوشایند خود نشده و می‌آموزند از راهبردهای مناسب برای تنظیم هیجان‌ات خود استفاده نمایند.

تحقیق لطفی کاشانی (۱۳۹۱) همسو می‌باشد. همچنین اثربخشی راهبرد تنظیم هیجان در این تحقیق در کاهش نشانه‌های حساسیت اضطرابی بیماران اسکروز چندگانه با تحقیق اسمیترمن^۱ و همکاران (۲۰۱۵)، پژوهش فرداینی و همکاران (۱۳۹۴)، تحقیقات فیلیپ^۲ و همکاران (۲۰۱۴) و همچنین تحقیق شیردا (۲۰۱۴) منطبق است.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری می‌توان بیان کرد در شیوه مدیریت استرس این باور وجود دارد که اگر درمانگر نتواند شرایط زندگی بیمار را تغییر دهد می‌تواند با تغییر نگرش درباره رویدادهای زندگی و استرس ناشی از آن و ایجاد نگرش توانایی کنترل درد و آموختن کنترل مهارت‌هایی در زمینه کنترل استرس و مقابله مؤثر با مشکلات ناشی از بیماری به تقویت حس خودکارآمدی بیمار پرداخته و از این راه احساس ناتوانی آن‌ها را کاهش دهد و در جهت بهبود خلق منفی بیمار بکوشد.

همانطور که گفته شد نتایج مطالعه حاضر نشان داد راهبرد تنظیم هیجان در کاهش حساسیت اضطرابی مؤثر است. در تبیین این نتیجه باید اظهار داشت هیجان‌ات نقش مهمی در زندگی هر فرد به‌خصوص در سازگاری با تغییرات زندگی، تجربه‌های ناخوشایند و رویدادهای استرس‌زا ایفا می‌کنند (آگارویلسون^۳ و جکسون^۴، ۲۰۱۲). پژوهشگران معتقدند آنچه باعث می‌شود حساسیت اضطرابی به سمت آسیب روانی سوق یابد به این بستگی دارد که افراد چگونه

5. Eifert
6. Orsillo & Roemer
7. Brown

1. Smitherman
2. Phillips
3. Agar-Wilson
4. Jackson

بیماری مزمن از جمله ام.اس دارای تبعات مختلف اجتماعی، اقتصادی، جسمانی و عاطفی می‌باشد که این امر منجر به تزلزل و ناتوانی بیماران می‌گردد؛ بنابراین با بهره‌گیری از مداخله تلفیقی از طریق تقویت این بیماران در حوزه شناختی، رفتاری و هیجانی می‌توان به آگاهی آن‌ها از افکار، رفتار و هیجان‌های ناکارآمد خود به صورت همزمان کمک نمود و امکان اعمال کنترل بر آن‌ها را برای بیمار فراهم آورد. همچنین می‌توان اظهار داشت که کاربرد همزمان این دو راهبرد درمانی منجر به افزایش ذهن‌آگاهی بیماران می‌گردد (هیل و آپدگراف^۳، ۲۰۱۲؛ فرگوسن^۴ و همکاران، ۲۰۱۲). بکارگیری همزمان این دو مداخله باعث می‌گردد که فرد با اصلاح همزمان افکار، رفتار و هیجان‌هایش با ناتوانی‌های حاصل از بیماری مزمن خود به شیوه‌ای سازگارانه مقابله کند و به کنترل اضطراب خود بپردازد. باید اظهار داشت که به کار بستن همزمان این دو مداخله باعث بهبود شرایط اجتماعی، جسمانی و روانی بیماران مزمن گردیده است و کیفیت زندگی آن‌ها را ارتقاء داده است (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۴).

با توجه به مطالب بیان شده به نظر می‌رسد که استفاده از روش تلفیقی نسبت به دو روش دیگر مداخله در کاهش حساسیت اضطرابی بیماران اسکروز چندگانه ارجحیت دارد که البته با توجه به طول مدت نسبتاً زیاد روش تلفیقی و اختلاف نه‌چندان زیاد میانگین نمرات آزمودنی‌ها در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مداخله نظم‌جویی هیجان در پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌گردد در مواردی که زمان کوتاهی

این پژوهش همچنین نشان داد بین سه روش درمان در کاهش حساسیت اضطرابی مبتلایان به اسکروز چندگانه تفاوت معنی‌داری وجود دارد و تغییرات متغیر حساسیت اضطرابی در سه مرحله آزمون به صورت خطی می‌باشد. به منظور مقایسه دوبه‌دوی میانگین‌ها در این تحقیق از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج حاکی از آن بود که حساسیت اضطرابی گروه با مداخله تلفیقی در قیاس با گروه با مداخله درمان شناختی رفتاری به طور معنی‌داری میانگین کمتری دارد. همچنین در مداخله به روش تلفیقی میانگین کمتری نسبت به مداخله به روش نظم‌جویی هیجان در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است که اختلاف آن معنی‌دار نیست. همچنین مداخله به روش نظم‌جویی فرآیندی هیجان میانگین کمتری از نمره حساسیت اضطرابی را نسبت به مداخله شناختی رفتاری در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان داد.

در تبیین اثربخشی بهتر تلفیق دو روش درمانی باید اذعان داشت همانطور که پیش از این هم اشاره شد هر دو روش درمانی شناختی- رفتاری و راهبردهای نظم‌جویی هیجان از روش‌های درمانی اثربخش در درمان بیماری‌های مزمن می‌باشند و کاربرد همزمان این دو روش درمانی اثربخشی آن‌ها را افزایش می‌دهد (برکینگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین استفاده همزمان درمان شناختی - رفتاری و نظم‌جویی فرآیندی هیجان باعث اصلاح شناخت، هیجان و رفتارهای ناکارآمد و آسیب‌زا در بیماری‌های مزمن می‌گردد (باشنل، ککو و لو^۲، ۲۰۱۳). بروز

3. Hill, & Updegraff
4. Ferguson

1. Berking
2. Bushnell, Ceko, Low

برای این افراد مستلزم صرف زمان زیادی بوده و نیز امکان طولانی نمودن ساعت‌های آموزشی از سوی پژوهشگر وجود نداشت. همچنین از آنجایی که حجم نمونه مطالعه حاضر با توجه به جامعه مورد پژوهش محدود بود، لذا پیشنهاد می‌شود از تعداد بیشتری از آزمودنی‌ها جهت تعمیم‌پذیری بهتر نتایج در تحقیقات آتی استفاده شود.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی بیماران و همچنین از کارکنان انجمن ام.اس تهران به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

جهت مداخله وجود دارد از روش مداخله نظم‌جویی فرآیندی هیجان در کاهش حساسیت اضطرابی بیماران اسکروز چندگانه استفاده گردد. همچنین با توجه به تأثیر همزمان درمان شناختی رفتاری و نظم‌جویی فرآیندی هیجان در کاهش حساسیت اضطرابی بیماران اسکروز چندگانه پیشنهاد می‌گردد اثربخشی رویکرد تلفیقی مذکور در سایر بیماری‌های مزمن و نیز در اثربخشی سایر متغیرهای روانشناختی بیماران اسکروز چندگانه تحقیق گردد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این مورد اشاره نمود که به علت شرایط دشوار ناشی از بیماری ام.اس و عود پیش‌بینی‌ناپذیر حملات در بسیاری از بیماران در انجمن و عدم حضور مستمر آن‌ها در جلسات آموزشی، تکرار جلسات

منابع

رویکرد شناختی - رفتاری بر حساسیت اضطرابی مادران کودکان مبتلا به سرطان. چهارمین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری، تهران، دانشگاه نیکان.

شریفی، ع. (۱۳۸۶). راهنمای ام.اس.ای (میلیون) ۳. مرکز نشر روانسنجی، تهران.

صمدزاده، ن.، پورشریفی، ح؛ و خیرالدین، جلیل. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودمراقبتی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲: یک مطالعه موردی. *دوماهنامه علمی - پژوهشی فیض*، ۳(۱۹)، ۲۵۶-۲۶۴.

اورکی، م؛ و سامی، پ. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه. *فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۵(۲۰)، ۷-۱۸.

بساک نژاد، س.، علی کردی، ع؛ و مهربانی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تکانشگری و حساسیت اضطرابی دانشجویان مبتلا به زخم گوارشی. *فصلنامه علوم پزشکی سبزوار*، ۴(۲۶)، ۴۵۶-۴۵۹.

حاجی‌سیدجوادی، ط.، حاتمی، م و احدی، ح. (۱۳۹۶). اثربخشی مدیریت استرس با

- عبدخدایی، ز.، شهیدی، ش.، مظاهری، م.، پناهی، ل؛ و نجاتی و. (۱۳۹۶). راهکارهای روانشناختی رویارویی با بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه بررسی پدیدار شناسانه. فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت، ۶ (۴)، ۸-۲۷.
- علی‌آبادی، ع؛ و صمدی، خ. (۱۳۸۴). تحلیل داده‌های روانشناسی با استفاده از اسپاس. تهران، نشر دوران، ۲۴-۸.
- فایند، ج.، کریمی، ک.، مرادی، ا؛ و اکبری، م. (۱۳۹۷). اثربخشی مدل خودتنظیمی هیجانی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس. مجله سلامت و مراقبت، ۴ (۲۰)، ۳۰۳-۳۱۰.
- فرداینی‌سفلی، ح.، کارسازی، ح.، امامی‌عزت، ا. و بخشی‌پور رودسر، ع. (۱۳۹۴). روابط ساختاری حساسیت اضطرابی، نگرانی و دشواری تنظیم هیجان با اختلال اضطراب فراگیر، اختلال پانیک اضطراب. مجله اندیشه و رفتار، ۹ (۳۶)، ۷۹-۸۷.
- قاسمی، م.، حاتمی، م. و حسنی، ج. (۱۳۹۵). اثربخشی بهره‌گیری توأم از درمان شناختی رفتاری و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در ذهن آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن. فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت، ۵ (۲۰)، ۱۵۴-۱۶۳.
- لطفی کاشانی، ف.، بهزادی، ص؛ و یاری، م. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کیفیت زندگی و اضطراب بیماران روده تحریک‌پذیر. فصلنامه علوم پزشکی، ۴ (۲۲)، ۳۰۳-۳۰۵.
- مرادی‌منش، ف؛ و باباخانی، خ. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، ۴ (۱۰)، ۹-۱۵.
- معتمدی، ع.، زمانی و؛ و بنختیاری، م. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب مبتلایان به اسکروز چندگانه. فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت، ۵ (۲۰)، ۱۵۴-۱۶۳.
- وایت گ.، (۱۳۸۹)، درمان شناختی رفتاری برای بیماری‌های مزمن پزشکی، ترجمه: رضا مولودی، نشر فردا.
- Agar-Wilson, M. & Jackson, T. (2012). Are emotion regulation skills related to adjustment among people with chronic pain, independent of pain coping? *European Journal of Pain*, 16(1), 105-114.
- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P. & Hofmann, S.G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized

- controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4):234- 45.
- Blum, C. A., Borglund, S., & Parcels, D. (2012). Effects of exercise and stress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease: a randomized controlled trial. *JAMA*; 293(13), 1626 -34.
- Boeschoten, R.E., Dekker, J., Uitdehaag, B.M.J., Polman, Ch.H., Collette, E.H., Cuijpers, P., Beekman. A.TF. & van Oppen, P. (2012). Internet-based self-help treatment for depression in multiple sclerosis: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12 (137), 1-8.
- Bolton P, Bass J, Betancourt T, Speelman L, Onyango G, Clougherty KF, et al. Interventions for depression symptoms among adolescent survivors of war and displacement in northern Uganda: A randomized controlled trial. *Jama*. 2007; 298(5):519-27.
- Brown, R. A., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., Strong, D. R., & Zvolensky, M. J. (2005). Distress tolerance and early smoking lapse. *Clinical psychology review*, 25(6), 713-733.
- Bushnell, M. C., Ceko, M., Low, L. A. (2013). Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nature Reviews Neuroscience*. 14,502-511.
- Cayoun BA. (2011). Mindfulness – Intergrated CBT. UK: John Wiley & Sons. Emanuel AS, Updegraff JA, Kalmbach AD, Ciesla JA. (2010), "The role of mindfulness facets in affective forecasting", *Personality and Individual differences*, 49.815-818.
- Compston A., Coles A. (2008). Multiple sclerosis. *Lancet* 372 (9648): 1502–17 doi:10.1016/S0140-6736 (08) 61620-7.
- Costa, D. C., Marques Sa', M. J. & Calheiros, J. M. (2013). Social Characteristics and Quality of Life of Portuguese Multiple Sclerosis Patients. *Neurology Therapy*, 2, 43–56.
- Crawford JD, McIvor GP. (1985), Group psychotherapy: benefits in multiple sclerosis. *Arch Phys Med Arch Phys Med Rehabil*;66(12):810-3.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. Oakland, CA: *New Harbinger*.
- Ferguson, M., Weinrib, A. & Katz, J. (2012). Examining a Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) intervention to improve activities of daily living and well-being in patients with chronic pain. *The Journal of Pain*, 13(4), 99-110.
- Giordano, A., Cimino, V., Campanella, A., Morone, G., Fusco, A., Farinotti, M., Palmisano, L., Confalonieri, P., Lugaresi, A., Grasso, MG., Ponzio, M., Veronese, S., Patti, F. & Solari, A. (2016). Low quality of life and psychological wellbeing contrast with moderate perceived burden in carers of people with severe multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences*, 366, 139-145.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A., (2007). Emotion regulation:

- Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press. pp. 3-24.
- Hill, C.L. & Updegraff, J.A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion*, 12(1), 81-90.
- Jimenez, S. S., Niles, B. L., & Park, C. L. (2010). A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and individual differences*, 49(6), 645-650.
- Kaczurkin AN, Foa EB. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence Dialogues Clin Neurosci*; 17(3):337-46.
- Katz LY, Cox BJ, Gunasekara S, Miller AL. (2004) Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 43(3):276-82.
- Khanjani Z. Effective psychological factors on multiple sclerosis: Personality traits, depression, anxiety and stress. *Med J Tabriz Uni*. 2012; 34(12): 60-7.
- Minden S.L, Ora J, Reich P. (1987). Depression in multiple sclerosis. *Genreal Hospital Psychiatry*; 9, 426434.
- Morgante L. (2000). Hope in multiple sclerosis, a nursing perspective. *Int J Care*; 2(2):3-7.
- Motl RW, McAuley E, Snook EM, Gliottoni RC. (2014), Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: Intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support. *Psychol Health Med*; 14 (1): 111-24.
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J., (2007). The neural architecture of emotion regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press. 87-109.
- Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2007). Acceptance-and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment. *Springer Science & Business Media*.
- Peterson C. (2006). *A Primer in Positive Psychology*, Oxford University Press; 1st edition.
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). The expectancy model of fear. *San Diego, CA: Academic press*.
- Rosenhan DL, Seligman (2003), M. *Abnormal Psychology*. Tehran: Savalan; p. 482.
- Sadeghi Bahmani D, Gerber M, Kalak N, Lemola S, Clough PJ, Calabrese P, et al (2016). Mental toughness, sleep disturbances, and physical activity in patients with multiple sclerosis compared to healthy adolescents and young adults. *Neuropsychiatr Dis Treat*; 12:1571-9.
- Scandlyn J. (2000), When AIDS became a chronic disease. *West J Med*; 172(2):3-130.

- Schirda BL. Examining the role of trait mindfulness and emotion regulation in quality of life in multiple sclerosis [dissertation]. *The Ohio State University*; 2014.
- Schreurs K.M., de Ridder D.T., Bensing J.M. (2002). Fatigue in multiple sclerosis, reciprocal relationships with physical disabilities and depression. *J Psychosom Res*, 53(3), 775-81.
- Smitherman TA, Davis RE, Walters AB, Young J, Houle TT (2015). Anxiety sensitivity and headache: diagnostic differences, impact, and relations with perceived headache triggers. *Cephalalgia*; 35(8): 710-21.
- Snyder C.R. (2002). Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249-275.
- Stewart, S.H., Conord, P. J., Gignac. M.L., & Phill. R. O. (1998). Selective processing biases in anxiety-sensitive men and women. *Cognition and Emotion*. 12(1), 105-133.
- Thompson, R.J., Dizén, m., Berenbaum, H., (2009). The unique relations between emotional awareness and facets of affective instability. *Journal of Research in Personality*. 43: 875-9.
- Zaghari L, Jomehri F, Baghari F. (2012).The relationship between personality traits and Life expectancy in patients with multiple sclerosis. *Iranian Rehabilitation Journal*, 10, 44 - 49.
- Zvolensky, M. J., Arrindell, W. A., Taylor, S., Bouvard, M., Cox, B. J, Stewart, S.H., & et al. (2003). Anxiety sensitivity in six countries. *Behavior Research and Therapy*, 41-48.