



## Comparing the Effectiveness of Eye Movement Desensitisation and Reprocessing Therapy and Positive Psychotherapy on Depression and Quality of Life in Women and Men with Multiple Sclerosis

Azam Hosseini<sup>1</sup>, Mohammad Ebrahim Sarichloo<sup>2\*</sup>, Malek Mirhashami<sup>3</sup>

1- PhD student in Health Psychology, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

2- Professor Psychology, University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

3- Professor Psychology, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

\*Corresponding Author: Mohammad Ebrahim Sarichloo, Professor Psychology, University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

Email: [mesarichloo@qums.ac.ir](mailto:mesarichloo@qums.ac.ir)

Received: 2025/08/28

Accepted: 2026/02/11

### Abstract

**Introduction:** Multiple sclerosis is one of the most common autoimmune neurological diseases and causes motor and functional disability in humans at different ages. This study aimed to compare the effectiveness of two treatments: eye movement desensitisation and reprocessing and positive psychotherapy in MS patients in Qazvin.

**Methods:** This study used a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and 3-month follow-up, including a control group. The statistical population comprised all patients referred to Bu-Ali Sina Hospital in Qazvin in 2025. Using available and purposive sampling, 45 patients diagnosed with MS were randomly assigned to two experimental groups and a control group, with single-blinded randomisation. Participants were treated and educated in psychotherapy sessions in 8 two-hour sessions. All subjects were assessed at three stages: pre-test, post-test, and follow-up, using the Beck Depression Inventory (BDI) and the MS Patient Quality of Life Questionnaire. Data analysis was performed using the covariance statistical method.

**Results:** It was shown that both EMDR and positive psychotherapy significantly reduced depression and improved quality of life in people with MS in both sexes (men and women); however, the results of the follow-up test showed that EMDR intervention had a greater effect than positive psychotherapy in reducing depression and increasing quality of life in both sexes.

**Conclusions:** Given the positive effect of EMDR and positive psychotherapy on reducing depressive symptoms and improving quality of life in patients with MS and their continued effectiveness in the three-month follow-up of patients, the use of these treatment methods is necessary and recommended at all levels of prevention and treatment of patients with physical and mental diseases.

**Keywords:** EMDR therapy, Positive therapy, Depression, Quality of life, Multiple sclerosis.



## مقایسه اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد و روان‌درمانی مثبت نگر در افسردگی و کیفیت زندگی زنان و مردان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس

اعظم حسینی<sup>۱</sup>، محمد ابراهیم ساریچلو<sup>۲\*</sup>، مالک میرهاشمی<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۲- استاد گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی، قزوین، ایران.

۳- استاد گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

\*نویسنده مسئول: محمد ابراهیم ساریچلو، استاد گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی، قزوین، ایران.  
ایمیل: mesarichloo@qums.ac.ir

پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۱۱/۲۲

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۰۶

### چکیده

**مقدمه:** بیماری مولتیپل اسکلروزیس از شایع‌ترین بیماری‌های خودایمنی نورولوژیک و باعث ناتوانی حرکتی و عملکردی انسان در سنین مختلف می‌شود. هدف از این پژوهش ب مقایسه اثربخشی دو درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد و روان‌درمانی مثبت نگر در بیماران ام‌اس شهر قزوین بود.

**روش کار:** به پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان بوعلی سینای شهر قزوین در سال ۱۴۰۳ بود؛ که با استفاده نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند تعداد ۴۵ نفر بیمار با تشخیص بیماری ام‌اس در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل که به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان در جلسات (EMDR) و روان‌درمانی مثبت نگر در ۸ جلسه دوساعته تحت درمان و آموزش قرار گرفتند. همه آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌وسیله پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران ام‌اس مورد ارزیابی قرار گرفتند. تحلیل داده با روش آماری کوواریانس صورت گرفت.

**یافته‌ها:** نشان داد که هر دو درمان EMDR و روان‌درمانی مثبت نگر به‌طور معناداری موجب کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری ام‌اس در هر دو جنس (مرد و زن) می‌شود؛ اما نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که مداخله EMDR اثر بیشتری نسبت به درمان روان‌درمانی مثبت نگر در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی در هر دو جنس داشته است.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به تأثیر مثبت درمان‌های EMDR و روان‌درمانی مثبت نگر بر کاهش علائم افسردگی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس و تداوم اثرگذاری آن‌ها در پیگیری سه‌ماهه بیماران، به‌کارگیری این روش‌های درمانی در کلیه سطوح پیشگیری و درمان بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی و روانی ضروری و توصیه می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** درمان (EMDR)، درمان مثبت نگر، افسردگی، کیفیت زندگی، مالتیپل اسکلروزیس

**کلیدواژه‌ها:** درمان (EMDR)؛ درمان مثبت نگر؛ افسردگی، کیفیت زندگی؛ بیماران مولتیپل اسکلروزیس.

## مقدمه

ظهور و بروز اختلالات روان‌تنی، نیازمند آن است که عوامل روان‌شناختی و نشانه‌های جسمی به‌طور هم‌زمان با یکدیگر پیوند و نزدیکی دائم داشته باشند، که معمولاً کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند، یکی از این بیماری‌ها، بیماری مولتیپل اسکلروزیس می‌باشد که بیماری سیستم اعصاب مرکزی است و با التهاب و تخریب نقاط مختلف میلین (غلاف سلول عصبی) همراه است. به همین دلیل به آن تصلب چندگانه یا مولتیپل اسکلروزیس می‌گویند (۱). شایع‌ترین زمان پیدایش بیماری در دهه دو و سوم زندگی می‌باشد و به‌طور کلی زنان بیشتر از مردان به این بیماری مبتلا می‌شوند، بیش از ۲/۵ میلیون نفر با این بیماری زندگی می‌کنند. در ایران هم طبق آخرین آمار حدود ۷۰ هزار نفر مبتلا به این بیماری گزارش شده است (۲). بیماری (MS) همراه با ناتوانی‌های آن و ویژگی مزمن و غیرقابل پیش‌بین، تغییراتی را در زندگی بیماران ایجاد می‌کند و باعث مشکلات جسمی، روحی و اجتماعی متعدد می‌شود (۳).

موارد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد، چگونه افسردگی، درماندگی، ناامیدی و رویدادهای منجر به تنیدگی در زندگی با تغییر ایمنی در افراد موجب بیماری می‌شوند (۴). بیماری MS سالانه جان میلیون‌ها نفر را در سراسر جهان می‌گیرد و عامل یک‌سوم مرگومیر را به خود اختصاص داده است، دامنه سنی این بیماری بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی است (۵). عوارض بیماری به دلیل ماهیت ناتوان‌کننده آن، تمام جنبه‌های زندگی فرد مبتلا را در برمی‌گیرد و در نتیجه روند طبیعی زندگی خانواده بیمار را مختل می‌کند (۶). که به علت تحلیل غلاف میلین در دستگاه عصبی مرکزی رخ می‌دهد (۷) و عوارض جسمانی (۸) و روان‌شناختی متعددی را به همراه دارد (۹). مزمن بودن ماهیت آن، نداشتن پیش‌آگهی و درمان قطعی و درگیر ساختن فرد در سنین جوانی باعث ایجاد مشکلات روان‌شناختی متعدد از جمله افسردگی در بیماران می‌گردد (۸). بر اساس نتایج پژوهش‌ها افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به واسطه بیماری‌شان از میزان هیجانات منفی (افسردگی، اضطراب و استرس، ناامیدی، کیفیت پایین زندگی) بیشتری نسبت به دیگران برخوردارند (۱۰). این بیماران دارای خلق افسرده، فقدان علاقه یا لذت، اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی و حتی سطح پایین در زندگی عادی خود دارا هستند (۱۱). چون افراد مبتلا به

مولتیپل اسکلروزیس استرس و افسردگی فراوانی در زندگی دارند، در نتیجه تعاملات میان فردی و محیطی آنها محدود است که این امر موجب ایجاد ناهماهنگی میان ملزومات موقعیتی، منابع زیستی، روانی و اجتماعی فرد می‌شود (۱۲). شواهد تجربی نشان می‌دهد، بیماران مبتلا به MS دارای ناتوانی‌های ویژه‌ای هستند و تغییراتی را در کیفیت زندگی فرد ایجاد می‌کنند که باگذشت زمان نمود پیدا می‌کند (۱۳). حدود ۵۰ - ۶۰ درصد بیماران مبتلا به MS از افسردگی و حدود ۳۷ تا ۴۰ درصد از اضطراب در رنج هستند که به‌شدت بر کیفیت زندگی آنان تأثیر گذاشته است (۱۴). از جمله متغیرهای مرتبط با وضعیت روان‌شناختی بیماران مولتیپل اسکلروزیس افسردگی است، افسردگی یکی از شایع‌ترین مشکلات بالینی است. یک اختلال خلقی که خود را با علائمی نظیر خلق پایین، از دست دادن احساس، پوچی، کندی روانی حرکتی، احساس گناه و ناتوانی در تمرکز و افکار مربوط به مرگ نشان می‌دهد (۱۵). بنابراین اختلال افسردگی حداکثر بر ۲۰ درصد افراد در مرحله‌ای از زندگی تأثیر می‌گذارد و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰ افسردگی به شایع‌ترین بیماری در کشورهای پردرآمد تبدیل شود (۱۶) و برای بسیاری از افراد به‌صورت یک تهدید نمود پیدا می‌کند، افسردگی می‌تواند موجب کاهش بهره‌وری در زندگی، خلاقیت، کارایی، بی‌تفاوتی و اختلال خواب شود (۱۷). افزون بر این افسردگی در بیماران مبتلا به ام اس معمولاً با کیفیت زندگی پایین همراه است. کیفیت زندگی و افسردگی با هم در ارتباط هستند؛ با در نظر گرفتن سطوح آسیب‌دیدگی عصب‌شناختی این بیماران، درمان افسردگی و اضطراب ناشی از آن، نقش تعیین‌کننده‌ای در بهبود کیفیت زندگی آن‌ها بازی می‌کند (۱۸). شواهد تجربی نشان می‌دهد افراد مبتلا به بیماری ام اس که دارای افسردگی هستند با مشکلات زیادی روبرو می‌باشند، این مشکلات شرکت بیماران را در فعالیتهای ارتقا‌دهنده سلامتی محدود نموده و در نتیجه سبب افزایش عوارض ثانویه و محدودیت در زندگی مستقل می‌شود که در نهایت تأثیر منفی بر کیفیت زندگی آن‌ها دارد (۱۹).

از جمله متغیرهای مرتبط با بیماران MS و افسردگی، کیفیت زندگی است؛ کیفیت زندگی یکی از حوزه‌هایی است که تحت تأثیر انواع دردهای مزمن به چالش کشیده می‌شود. بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۴)، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی، فرهنگ، نظام ارزشی

که از زخم‌های روانی ناشی از تجربه‌های آسیب‌زا، افسردگی، اضطراب، وحشت، خاطرات ناخوشایند و اختلال استرس پس از ضربه، سوگ و انواع دیگری از مشکلات هیجانی رنج می‌برند (۲۶). EMDR شکل پیچیده و منسجمی از الحاق بسیاری از جنبه‌های رویکردهای مختلف روان‌شناسی است، فرایندهای شناسایی شده در حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد مشتمل بر ذهن آگاهی، آگاهی جسمانی، تداعی آزاد، بازشناختی و شرطی‌سازی است. این فرایندها با تأثیرات مثبت به‌دست‌آمده از این روش تعامل دارند (۲۷). روش درمانی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد به‌صورت پروتکل‌هایی یکپارچه و در هشت مرحله معرفی شده است که در طول جلسات، مراجع به تجارب گذشته و زمان حال توجه می‌کند و یاد می‌گیرد که بر تحریکات دوسویه درمانگر تمرکز کند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که درمان (EMDR) در کاهش اضطراب و افسردگی؛ اختلال استرس پس از حادثه، بهبود افسردگی بیماران، بهبود سکنه‌های مغزی و افزایش کیفیت زندگی مؤثر بوده است (۲۸).

از مداخلات غیر دارویی دیگر که امروزه برای درمان اختلالات و بهینه‌سازی سلامت افراد از آن استفاده می‌شود، روان‌درمانی مثبت نگر (PPT) است. رویکرد روان‌درمانی مثبت نگر، از لحاظ تجربی رویکردی معتبر است که توجه ویژه‌ای به بنا نهادن توانمندی‌ها و هیجان‌های مثبت مراجع دارد. توانمندی‌های منش و تجارب مثبت از قبیل رضایتمندی از زندگی از جمله موارد مورد توجه روانشناسی مثبت نگر است (۲۹، ۳۰). فرض اساسی روان‌درمانی مثبت‌گرا در درمان آسیب‌شناسی، علاوه بر کاهش علائم و نشانه‌ها، مشخص کردن منابع مثبت مراجع مثل هیجان‌های مثبت، توانمندی‌ها و معنا می‌باشد. منابع مثبت برجسته هر فرد نه‌تنها هنگامی که زندگی به‌راحتی می‌گذرد کمک‌کننده هستند، بلکه وقتی زندگی به فرد سخت می‌گیرد به بهترین شکل به او یاری می‌رسانند. از نظر تکاملی، مغز انسان به شکلی طراحی شده است که به موارد منفی بیش از موارد مثبت توجه کرده و پاسخ می‌دهد؛ بنابراین آسیب‌شناسی این میل را تشدید می‌کند، لذا برجسته کردن توانمندی‌ها همراه با کاهش علائم، رویکرد مثبت نگر را درمانی بهتر نسبت به رویکردهایی کرده است که فقط به کاهش نشانه‌ها می‌پردازد (۳۱). شواهد تجربی اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر را بر

که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات استاندارد شده و اولویت‌هایشان است. این مسئله کاملاً فردی بوده، توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی شان استوار می‌باشد، بنابراین مفهوم کیفیت زندگی به‌عنوان رضایت کلی از زندگی، تأمین نیازهای موردنظر و شرایط محیطی که در آن زندگی می‌کنند تعریف شده است (۲۰). در مطالعات کیفیت زندگی آنچه مهم است، میزان برآورده شدن نیازها و اولویت‌های اساسی انسان می‌باشد (۲۱).

نیروی انسانی مهم‌ترین سرمایه جامعه است و هرچه این سرمایه کیفیت مطلوب و بالاتری داشته باشد، موفقیت، بقا و ارتقای آن جامعه بیشتر خواهد شد. لذا یکی از مؤلفه‌ها سلامت کیفیت زندگی است (۲۲). در دنیای کنونی سلامت به‌عنوان دستاوردی مهم تلقی می‌شود که مردم به‌منظور بالا بردن کیفیت زندگی و بهزیستی، دوری از بیماری‌های مزمن و مرگ زودرس به دنبال آن هستند (نجار، ۲۰۱۹). شواهد تجربی نشان می‌دهد، بیماران مبتلا به ام‌اس به دلایل نقص بدنی از احساس امنیت و احساس خودکارآمدی و کیفیت زندگی پایینی برخوردارند (۲۲). با توجه به مزمن بودن بیماری ام‌اس، خودکارآمدی عامل درونی مهم برای کنترل طولانی‌مدت بیماری‌های مزمن می‌باشد و باعث ارتقا توانایی سازگاری در بیماری‌های مزمن می‌گردد و این سازگاری بهبود یافته به کاهش ناپهنجاری‌های روان‌شناختی منجر می‌گردد (۲۳).

با توجه به وضعیت روان‌شناختی بیماران مولتیپل اسکلروزیس علاوه بر درمان‌های دارویی و جسمی، توجه به ابعاد روان‌شناختی و روان‌درمانی‌های اثربخش جهت بهبود وضعیت جسمی و روانی بیماران مولتیپل اسکلروزیس حیاتی و مهم است (۲۴).

بنابراین، از یک‌سو، از نگاه اقتصادی به‌صرفه بوده است چون این نوع درمان‌ها، درمان‌های چندبعدی جسمانی - روان‌شناختی مبتنی بر روان‌درمانی مثبت‌گرا بوده که از سوی انسان توجه روزافزون به آن شده است (۲۴). از رویکردهای جدید در درمان و جایگزینی دارویی، می‌توان به مداخلات حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد؛ و روان‌درمانی مثبت نگر اشاره کرد. درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR) (۲۵). حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR) یکی از روش‌های کارآمد و مؤثر در کمک به کسانی است

از هر نوع مداخله روان‌شناختی یا مشاوره‌ای هم‌زمان؛ یا دارودرمانی و داشتن سایر اختلالات روان‌پزشکی بود. برای اجرای این پژوهش از دو پرسشنامه برای سنجش افسردگی و کیفیت زندگی استفاده شد.

**پرسشنامه افسردگی بک:** پرسشنامه بک ویرایش دوم که شامل ۲۱ سؤال است و یکی از پرکاربردترین ابزارهای سنجش افسردگی است که برای سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است. پرسشنامه افسردگی بک از گونه آزمون‌های خود سنجی است و آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی همچون غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها و از خود بی‌زاری هستند. کمینه نمره در این آزمون صفر و بیشینه آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره او به‌طور مستقیم به دست می‌آید. اعتبار و روایی پرسشنامه موردپذیرش قرار گرفته است. بک و همکاران (۱۹۹۶) پایایی باز آزمایی ۰/۹۳ را برای مقیاس افسردگی به دست آوردند (۳۳) همسانی درونی ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ را گزارش کرده اند (۳۴،۳۶).

**پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران ام اس (MSIS-29):** پرسشنامه کیفیت زندگی برای بیماران ام اس حاوی ۲۹ سؤال می‌باشد که ۲۰ سؤال اول تأثیر فیزیکی و ۹ سؤال آخر تأثیر روانی ام اس بر روی بیمار را می‌سنجد. هریک از سؤالات ۵ گزینه با نمره ۱ تا ۵ جهت پاسخ‌دهی دارد. بیش از ۹۰ درصد ابزارهای سنجش کیفیت زندگی به زبان انگلیسی و برای استفاده در کشورهای انگلیسی‌زبان تهیه شده‌اند. ترجمه و تطابق فرهنگی این ابزارها برای ملیت‌های دیگر علاوه بر صرفه‌جویی در وقت و هزینه‌های مربوط به ابداع پرسشنامه، امکان مقایسه سیستم‌های متفاوت بهداشتی و جمعیت‌های متفاوت نژادی و فرهنگی را فراهم می‌کند. البته پس از ترجمه این ابزارها باید خصوصیات آماری آن‌ها مجدداً مورد ارزیابی قرار گیرد تا قابلیت اعتماد و اعتبار این ابزارها برای استفاده در شرایط جدید اثبات گردد. با توجه به افزایش تعداد پژوهش‌ها در رابطه با ام اس و نیز فقدان ابزار اختصاصی ام اس به زبان فارسی پرسشنامه MSIS-29 بر اساس راهکارهای استاندارد به زبان فارسی ترجمه و با فرهنگ ایرانی سازگار شد. در پژوهش آیت‌اللهی ضرایب آلفای کرونباخ که برای بررسی سازگاری درونی هریک از مقیاس‌های فیزیکی و روانی محاسبه گردیده

متغیرهای روان‌شناختی از جمله کاهش افسردگی، توانایی تقویت نقاط قوت، مهارت و توانایی مقابله با مشکلات بیماری؛ کاهش علائم بالینی و جسمانی بیماران؛ افزایش امیدواری افراد در زندگی و افزایش هیجانات مثبت زندگی نشان داده است (۳۲)؛ بنابراین مرور پیشینه پژوهشی در حوزه کیفیت زندگی، اختلال افسردگی، همچنین درمان‌های حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد و درمان مثبت نگر، با توجه به نیازهای روانی و درجهت کمک به سلامت بیماران مولتیپل اسکلروزیس (MS) دارای اهمیت است و پژوهش‌هایی که در آن این دو درمان باهم مورد قیاس قرار گرفته باشند صورت نگرفته است.

## روش کار

روش پژوهش حاضر، از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان و مردان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به بیمارستان بوعلی‌سینای شهر قزوین سال ۱۴۰۳ که دارای پرونده پزشکی بودند. حجم نمونه برای پژوهش برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. شامل ۴۵ نفر برابر جدول نمونه‌گیری کوهن انتخاب و به روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس در سه گروه ۱۵ نفری، (دو گروه آزمایشی و یک گمارش شدند. ابتدا پیش‌آزمون از هر سه گروه اجرا سپس مداخله‌ها در گروه‌های آزمایشی انجام شد، گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت ننمودند؛ و در نهایت پس‌آزمون از همه گروه‌ها به عمل آمد؛ و جهت رعایت اصل اخلاقی در پژوهش، گروه کنترل به دلخواه تحت یکی از مداخلات درمانی قرار گرفتند.

نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس در سه گروه ۱۵ نفری، (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) گمارش شدند. ابتدا پیش‌آزمون از هر سه گروه اجرا سپس مداخله‌ها در گروه‌های آزمایشی انجام شد، گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت ننمودند؛ و در نهایت پس‌آزمون از همه گروه‌ها به عمل آمد؛ و جهت رعایت اصل اخلاقی در پژوهش، گروه کنترل به دلخواه تحت یکی از مداخلات درمانی قرار گرفتند. ملاک ورود به مطالعه؛ حداقل دارای مدرک تحصیلی سیکل؛ دامنه سنی بین ۲۵ تا ۵۵ سال و دارای حداقل ۶ ماه سابقه بیماری (MS) بود و ملاک خروج از درمان، استفاده

## اعظم حسینی و همکاران

و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی با استفاده از شاخص‌های میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی و درصد و در سطح استنباطی با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری و آزمون بونفرونی، داده‌ها در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

به ترتیب ۹۵٪ و ۸۹٪ می‌باشد که قابل قبول است (۳۵). در پژوهش آیت‌اللهی و حمیدی ضرایب آلفای کرونباخ که برای بررسی سازگاری درونی هریک از مقیاس‌های فیزیکی و روانی محاسبه گردیده به ترتیب ۹۵٪ و ۸۹٪ می‌باشد که قابل قبول است (۳۵،۳۶). پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS-24 گردید؛ و در سطح توصیفی

### جدول ۱. پروتکل حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR) (۳۷)

| جلسه | هدف                     | توضیحات                                                                                                                                                                                                                                |
|------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱    | اخذ تاریخچه             | ارزیابی مناسب بودن فرد برای درمان، شامل توانایی مراجع برای برخورد با سطوح بالای بر آشفستگی، میزان استرس بیرونی او در زندگی و شرایط پزشکی.                                                                                              |
| ۲    | آماده‌سازی              | معرفی روش به مراجع، توضیح در مورد نظریه زیر بنایی روش، انتظارات مراجع از درمان، آماده‌سازی مراجع (آموزش روش‌های تن آرامی و روش‌های مراقبت از خویش) برای مسائلی که ممکن است بین جلسات پیش آید.                                          |
| ۳    | ارزیابی                 | تعیین خاطره و بهترین تصویر در بیان آن خاطره، تعیین باور منفی مراجع نسبت به خود در ارتباط با رویدادهای استرس‌زا، مشخص کردن احساس جسمانی مرتبط با رویداد استرس‌زا، تعیین باور مثبت جایگزین باور منفی یاد شده (افزایش قدرت باورهای مثبت). |
| ۴    | حساسیت‌زدایی            | تمرکز مراجع روی باور منفی و تعقیب حرکات دست درمانگر، شناسایی و حل حوادث مشابه از این طریق مسائل و آموزش روش دوگانه توجه.                                                                                                               |
| ۵    | نصب                     | بازسازی شناخت، قوت بخشیدن به باور مثبت و جایگزینی آن با باور منفی.                                                                                                                                                                     |
| ۶    | بررسی جسمانی (اسکن بدن) | در ذهن نگاه‌داشتن تصویر حادثه و باور مثبت و جستجو بدن برای یافتن تنش.                                                                                                                                                                  |
| ۷    | انسداد، اتمام، بستن     | بیان مراجع از تصاویر افکار و عواطف برآشفته کننده بین جلسات و تسلط بر فعالیت‌های آرام‌بخش.                                                                                                                                              |
| ۸    | ارزیابی                 | اجرای ارزیابی در ابتدای هر جلسه، بحث در مورد مسائلی که جلسات قبل مورد هدف بوده ارزیابی پاسخ مراجع به درمان.                                                                                                                            |

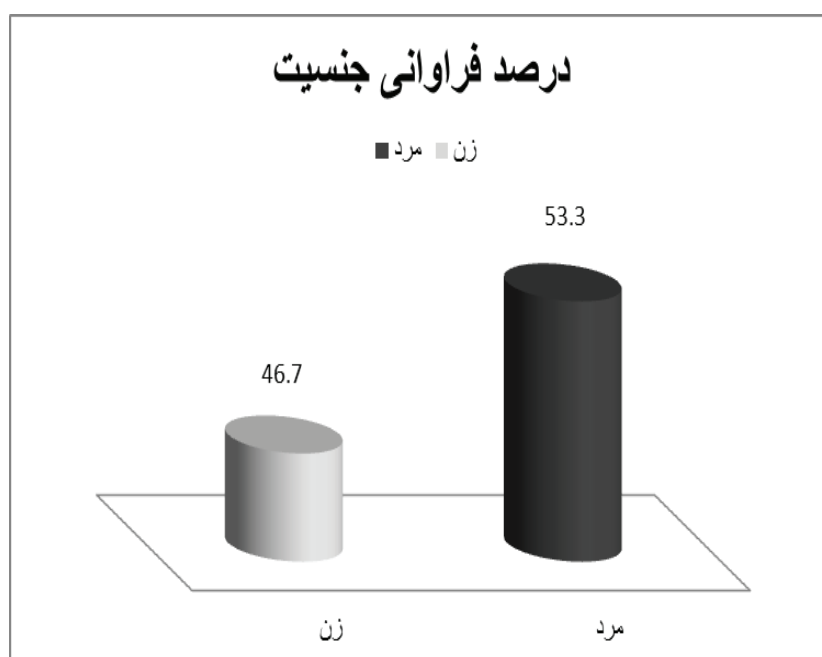
### جدول ۲. پروتکل درمان روان‌درمانی مثبت نگر (۳۰)

| جلسه | محتوا و تمرین جلسه                                                                                                                      | هدف                                                                                                                                                                                                   |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱    | ثبت یک معرفی مثبت از خود در یک صفحه توسط مراجع (معرفی و جهت‌دهی)                                                                        | آموزش خشنودی از زندگی، شادی و نشاط و نقش آن در زندگی و مسیرهای دستیابی به زندگی رضایت‌بخش، جهت دادن مراجعین در چارچوب روان‌درمانی مثبت، سنجش سطح نشاط، افسردگی و خشنودی از زندگی شرکت کنندگان.        |
| ۲    | ثبت توانمندی هر فرد توسط خود شخص، استفاده از آن‌ها به شکل تازه                                                                          | شناسایی توانمندی‌های فردی، دسته‌بندی توانمندی‌ها، فضیلت اخلاقی، استفاده از توانمندی‌های فردی به شکل جدید و نو.                                                                                        |
| ۳    | ذکر نعمت‌ها و یادآوری سه امر خوب (مثبت) در زندگی و کاشت هیجان‌های مثبت                                                                  | کاشت هیجان‌های مثبت و ذکر نعمت‌ها و امور خوب زندگی، نقش هیجان‌های مثبت در نشاط و شادی.                                                                                                                |
| ۴    | تکرار تکلیف انجام‌شده در جلسه، داشتن قصد و هدف در زندگی                                                                                 | نوشتن سه نعمت یا امر خوب بررسی‌شده در زندگی، قصد و معنی داشتن در زندگی، استفاده از فن میراث شخصی.                                                                                                     |
| ۵    | استفاده از کاربرگ مربوط به نامه شکرگزاری و دیدار تشکر‌آمیز                                                                              | متمرکز بر شکر گذاری بوده، نقش خاطرات بد و خوب در زندگی و بررسی مجدد، تأکید بر خاطرات خوب، حرکت به سوی ایجاد ارتباطات بین فردی مناسب، آموزش فن تقدیر و سپاس.                                           |
| ۶    | بررسی روابط مثبت اجتماعی و شادکامی در زندگی                                                                                             | مراجعین پیشرفتشان را با نوشتن در دفتر یادداشت و نامه‌های بخشش و شکرگزاری، به کار بردن توانمندی‌ها، آموزش و کاربرد فن پاسخ‌دهی سازنده و فعال در ایجاد روابط اجتماعی مثبت و زندگی شادمانه نشان می‌دهند. |
| ۷    | یادداشت سه مورد پیشامد یا سه چیز را که می‌خواسته‌اند انجام دهند ولی با شکست روبرو شده‌اند. بررسی مجدد مشکل با تأمل و پرهیز از شتاب‌زدگی | تمرکز روی موضوع‌های امیدآوری، ایمان، خوش‌بینی و تمرین مجددآشنایی با نحوه پایدار کردن لذت‌ها و خشنودی از زندگی.                                                                                        |
| ۸    | استفاده از فن بهبود روابط و ایجاد روابط مثبت اجتماعی و شادکامی در زندگی جشن شادی و پایدارسازی شادکامی                                   | آموزش سبک پاسخ دهی و آموزش برای بهبود روابط، تکمیل پرسشنامه توسط شرکت‌کنندگان جهت بررسی بازخورد دوره برگزاری جشن شادی                                                                                 |

## یافته‌ها

با توجه به ویژگی‌های جمعیت شناختی در هر دو گروه آزمایش و کنترل، آزمودنی‌ها زن و مرد بودند در بین آن‌ها ۵۳/۳ درصد مرد؛ ۴۶/۷ درصد زنان در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل در جلسات درمان شرکت داشتند؛ میانگین سن گروه آزمایشی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR)؛  $M = 49/68$ ؛ و در گروه آزمایشی روان‌درمانی مثبت‌نگر  $M = 47/76$  و در گروه کنترل  $M = 45/20$  بودند. در این پژوهش، ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به مولتیپل

اسکلروزیس به‌صورت تصادفی در سه گروه مساوی شامل دو گروه آزمایشی EMDR و روان‌درمانی مثبت‌نگر و یک گروه کنترل جایگزین شدند. از این تعداد، ۲۴ نفر مرد (۵۳/۳٪) و ۲۱ نفر زن (۴۶/۷٪) بودند. تمامی شرکت‌کنندگان در فرآیند دو مرحله‌ای پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت داشتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه EMDR برابر با ۴۹/۶۸ سال (انحراف معیار = ۹/۱۲)، در گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر برابر با ۴۷/۷۶ سال (انحراف معیار = ۸/۱۸)، و در گروه کنترل برابر با ۴۵/۲۰ سال (انحراف معیار = ۷/۵۹) بود. میانگین سنی کل نمونه برابر با ۴۷/۵۴ سال (انحراف معیار = ۸/۱۰) گزارش شد.



شکل ۱. درصد فراوانی جنسیت در مطالعه

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برحسب گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه

| گروه         | متغیر       | مرحله     | میانگین | انحراف معیار |
|--------------|-------------|-----------|---------|--------------|
| درمان (EMDR) | افسردگی     | پیش‌آزمون | ۴۹/۸۷   | ۱/۴۱         |
|              |             | پس‌آزمون  | ۱۵/۱۲   | ۱/۲۴         |
|              |             | پیش‌آزمون | ۵۱/۸۵   | ۲/۶۳         |
|              |             | پس‌آزمون  | ۱۶/۰۰   | ۳/۵۷         |
|              | کیفیت زندگی | پیش‌آزمون | ۱۲۴/۴۰  | ۴/۶۸         |
|              |             | پس‌آزمون  | ۶۰/۶۲   | ۱۶/۰۱        |
|              |             | پیش‌آزمون | ۱۲۵/۸۵  | ۵/۴۸         |
|              |             | پس‌آزمون  | ۵۳/۱۴   | ۱۱/۰۶        |

|       |        |                 |                 |                  |                      |
|-------|--------|-----------------|-----------------|------------------|----------------------|
| ۱/۳۰  | ۵۱/۰۰  | پیش‌آزمون       | مرد             | افسردگی          | روان‌درمانی مثبت نگر |
| ۱/۲۴  | ۲۰/۸۷  | پس‌آزمون        |                 |                  |                      |
| ۱/۴۱  | ۵۳/۰۰  | پیش‌آزمون       | زن              | کیفیت زندگی      |                      |
| ۰/۸۱۶ | ۲۰/۰۰  | پس‌آزمون        |                 |                  |                      |
| ۴/۱۴  | ۱۲۸/۶۲ | پیش‌آزمون       | مرد             | کیفیت زندگی      |                      |
| ۱/۰۳  | ۵۵/۷۵  | پس‌آزمون        |                 |                  |                      |
| ۶/۵۵  | ۱۲۶/۸۵ | پیش‌آزمون       | زن              | افسردگی (کل)     |                      |
| ۲/۰۳  | ۵۸/۸۵  | پس‌آزمون        |                 |                  |                      |
| ۳/۲۱  | ۱۷/۹۹  | پس‌آزمون        | پیشگیری سه ماهه | کیفیت زندگی (کل) |                      |
| ۳/۳۳  | ۱۸/۰۴  | پیشگیری سه ماهه |                 |                  |                      |
| ۱/۲۱  | ۵۷/۰۹  | پس‌آزمون        | پیشگیری سه ماهه | کیفیت زندگی (کل) |                      |
| ۱/۱۲  | ۵۶/۰۸  | پیشگیری سه ماهه |                 |                  |                      |

به درمان روان‌درمانی مثبت نگر داشته است و تفاوت قابل توجهی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس پیدا کرده؛ و هر دو درمان در مرحله پیگیری تأثیرگذاری خود را نشان دادند. جهت پاسخ به فرضیه اصلی پژوهش از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد، پژوهش از نوع طرح‌های آزمایشی بین گروهی چندمتغیره با پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود. با توجه به وجود دو متغیر وابسته و سه گروه و همچنین وجود مرحله پیش‌آزمون از این روش آماری استفاده شد و میانگین سه گروه در پس‌آزمون متغیرهای وابسته (افسردگی - کیفیت زندگی) به صورت هم‌زمان پس از تعدیل نمرات افراد در مرحله پیش‌آزمون با یکدیگر مقایسه شدند. لازم به ذکر است میانگین شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون به عنوان متغیر کمکی در نظر گرفته شد و متغیر گروه که شامل گروه‌های آزمایشی EMDR (حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد) و روش روان‌درمانی مثبت نگر و گروه کنترل بود به عنوان متغیر مستقل قرار گرفتند. همچنین آزمون شاپیرو-ویلک نرمال بودن توزیع داده‌های را نشان داد و چون متغیرهای وابسته هم در سطح فالو آپ هستند بنابراین اجرای آزمون کوواریانس برای تحلیل بلا مانع است.

نتایج جدول (۳). نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار افسردگی و کیفیت زندگی به ترتیب درمان‌ها و توجه به جنسیت شرکت‌کنندگان؛ در درمان (EMDR) میزان افسردگی مردان در پیش‌آزمون ( $M = ۴۹/۸۷$ )؛ در پس‌آزمون ( $۱۵/۱۲$ ) و  $M=۵۱/۸۵$ ؛ و میزان افسردگی زنان در پیش‌آزمون ( $M=۵۱/۸۵$ ) و در پس‌آزمون ( $M=۱۶/۰۰$ )، و در روان‌درمانی مثبت نگر مردان در پیش‌آزمون ( $M=۵۱/۰۰$ ) و در پس‌آزمون ( $M=۲۰/۸۷$ )؛ همچنین میزان افسردگی زنان در روان‌درمانی مثبت نگر در پیش‌آزمون ( $M=۵۳/۰۰$ ) و در پس‌آزمون ( $M=۲۰/۰۰$ ) گزارش گردید و در متغیر کیفیت زندگی، میزان کیفیت زندگی مردان در درمان (EMDR)، میانگین کیفیت زندگی در پیش‌آزمون ( $M=۱۲۴/۴۰$ ) و در پس‌آزمون ( $M=۶۰/۶۲$ )؛ و کیفیت زندگی زنان در پیش‌آزمون ( $M=۱۲۵/۸۵$ ) و در پس‌آزمون ( $M=۵۳/۱۴$ ) می‌باشد. همچنین در روان‌درمانی مثبت نگر، میانگین کیفیت زندگی مردان در پیش‌آزمون ( $M=۱۲۸/۶۲$ ) و در پس‌آزمون ( $M=۵۵/۷۵$ )؛ و میانگین کیفیت زنان در درمان مثبت نگر در پیش‌آزمون  $M=۱۲۶/۸۵$  و در پس‌آزمون ( $M=۵۸/۸۵$ ) بود که نشان می‌دهد هر دو درمان در گروه‌های آزمایشی مؤثر بوده‌اند؛ و درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد در بیماران مولتیپل اسکلروزیس میانگین بیشتری نسبت

جدول ۴. تحلیل کوواریانس اثرات تعاملی

| متغیر       | منابع          | SS     | df | MS     | F     | سطح معنی داری |
|-------------|----------------|--------|----|--------|-------|---------------|
| افسردگی     | گروه*پیش آزمون | ۱۲/۰۶۸ | ۲  | ۴/۰۲۳  | ۰/۷۹۹ | ۰/۰۷۵         |
| کیفیت زندگی | گروه*پیش آزمون | ۱۴۸/۴۵ | ۲  | ۴۹/۴۸۳ | ۲/۲۴  | ۰/۳۱۲         |

می‌توان جهت پاسخ به فرضیه اصلی پژوهش استفاده کرد که در مرحله اول نتایج آزمون‌های چند متغیری جهت مشخص ساختن تفاوت در بین دو گروه در ترکیبی از متغیرهای وابسته در جدول زیر نشان داده شده است.

نتایج نشان می‌دهد که پیش فرض همگنی اثرات تعامل برقرار است چون که مقادیر F محاسبه شده در سطح کمتر از ۰/۰۵۰ معنی دار نیست؛ بنابراین با توجه به تحقق پیش فرض‌های روش تحلیل کوواریانس چند متغیره مانکوا

جدول ۵. تحلیل کوواریانس تک متغیره جهت تعیین اثربخشی متغیرهای وابسته

| متغیر       | منبع تغییر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F     | سطح معنی داری | $\eta^2$ |
|-------------|------------|---------------|------------|-----------------|-------|---------------|----------|
| افسردگی     | گروه       | ۱۹۳/۹۱۱       | ۲          | ۹۶/۹۵۶          | ۹/۳۷۴ | ۰/۰۰۰         | ۰/۳۰۹    |
|             | خطا        | ۱۳۱/۰۶۷       | ۴۲         | ۳/۱۲۱           |       |               |          |
| کیفیت زندگی | گروه       | ۳۶۵/۳۷۸       | ۲          | ۱۸۲/۶۸۹         | ۲/۲۲۹ | ۰/۰۴۱         | ۰/۱۹۶    |
|             | خطا        | ۳۴۴۲/۹۳۳      | ۴۲         | ۸۱/۹۷۵          |       |               |          |

وضعیت میانگین گروه‌های حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR) و کنترل در پس آزمون متغیرهای وابسته یعنی افسردگی، کیفیت زندگی پس از تعدیل و کنترل نمرات پیش آزمون از طریق آزمون بن فرونی مقایسه زوجی صورت گرفت نتایج در جدول زیر آمده است.

نتایج مندرج در جداول (۴، ۶) نشان می‌دهد، بین گروه آزمایش حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR) و روان‌درمانی مثبت نگر و کنترل در متغیر افسردگی ( $F=9/374$ ;  $sig=0/00$ ) و متغیر کیفیت زندگی ( $F=2/229$ ;  $sig=0/041$ ) تفاوت معنادار وجود دارد برای بررسی

جدول ۶. مقایسه زوجی میانگین متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایشی و کنترل

| متغیر وابسته | مقایسه گروه                          | تفاوت میانگین | خطای استاندارد | سطح معنی داری |
|--------------|--------------------------------------|---------------|----------------|---------------|
| افسردگی      | درمان (EMDR) با روان‌درمانی مثبت نگر | -۱/۱۳         | ۰/۶۴۵          | ۰/۲۵۹         |
|              | درمان (EMDR) با کنترل                | -۴/۷۳۳        | ۰/۵۹۸          | ۰/۰۰۱         |
|              | روان‌درمانی مثبت نگر با کنترل        | -۴/۹۳۳        | ۱/۱۷۴          | ۰/۰۰۰         |
| کیفیت زندگی  | درمان (EMDR) با روان‌درمانی مثبت نگر | -۱/۳۳۳        | ۰/۳۸۱          | ۰/۹۳۵         |
|              | درمان (EMDR) با کنترل                | -۱۲/۵۳۳       | ۰/۵۰۲          | ۰/۰۰۲         |
|              | روان‌درمانی مثبت نگر با کنترل        | -۱۰/۴۰۰       | ۰/۴۸۷          | ۰/۰۰۰         |

بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تأیید می‌گردد.

## بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر کاهش افسردگی و ارتقاء کیفیت زندگی در زنان و مردان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس بود. نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که هر دو درمان، یعنی درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد و

همان‌طور که جدول (۳۶) نشان می‌دهد که تفاوت میانگین بین هر دو گروه آزمایشی (EMDR) و روان‌درمانی مثبت نگر با گروه کنترل در پس آزمون متغیرهای وابسته (افسردگی و کیفیت زندگی) پژوهش در سطح ۰/۰۱ معنادار است، همچنین تفاوت معناداری بین گروه آزمایشی (EMDR) با روان‌درمانی مثبت نگر در افسردگی مشاهده می‌شود مقایسه میانگین دو گروه نشان می‌دهد که درمان (EMDR) در کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی اثربخشی بیشتری نسبت به روان‌درمانی مثبت در بیماران مولتیپل اسکروز دارد. و این تفاوت بین جنسیت مردان و زنان مشهود است؛

گروه کنترل باعث کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی در بیماران مولتیپل اسکروزیس شده‌اند. درمان EMDR نسبت به درمان مثبت نگر در بیماران مولتیپل اسکروزیس مؤثرتر عمل نموده است، ولی بین این دو نوع درمان از لحاظ اثربخشی بر افسردگی و کیفیت زندگی تفاوت معنادار مشاهده نگردید. در تبیین اثربخشی درمان EMDR بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس می‌توان گفت حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و باز پردازش یک درمان رفتاری است که مطالعات بالینی، سودمندی آن در بیماری ام اس و دیگر اختلالات روان‌شناختی را نشان داده‌اند؛ با تحریک لمسی یا صوتی و حرکات دوسویه چپ و راست در چشم، با به کار انداختن و افزایش فعالیت قشر پیش پیشانی چپ که حافظه کاری بیشتری نیز در این قشر قرار دارد، رویدادهای آسیب‌زا و هیجانات و اطلاعات پردازش نشده را همراه با افکار، احساسات و حس‌های بدنی مرتبط با آن تجربه را که در شبکه حافظه مسدود شده‌اند مورد پردازش مجدد قرار داده و به‌گونه‌ای مناسب پردازش و هضم می‌کند، در نتیجه فرد به لحاظ شناختی قادر به تعبیر و تفسیر خود می‌شود در نهایت منجر به افزایش خودآگاهی در بیمار می‌گردد، در نتیجه نسبت به زندگی امید پیدا کرده، لذا افسردگی و نگرانی او نسبت به بیماری خویش کاهش می‌یابد.

این پژوهش همانند سایر پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی بود، محدودیت زمانی و افت تعداد شرکت‌کنندگان؛ کنترل نکردن متغیرهای مزاحم در درمان بود. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آینده درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد و روان‌درمانی مثبت نگر را با سایر درمان‌ها مورد بررسی قرار دهند تا کارایی این درمان‌ها بهتر مشخص گردد؛ و پیشنهاد می‌شود در پژوهش آتی در اختلالات روان‌شناختی متفاوت هم مورد ارزیابی قرار گیرند تا دامنه اثرات مثبت آن‌ها اثبات گردد.

### نتیجه‌گیری

بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس دارای احساسات سرکوب‌شده مزمن هستند و سطوح بالایی از افسردگی، غم، احساس گناه و در مجموع ناامیدی به زندگی دارند چنین بیمارانی نیاز به مداخلات روانی از جمله تشویق برای بیان احساسات و ارتباط با آن‌ها دارند که از طریق درمان

روان‌درمانی مثبت‌نگر، در مقایسه با گروه کنترل، به‌طور معناداری موجب کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس شدند. با این حال، تفاوت معناداری بین اثربخشی این دو درمان مشاهده نشد، هرچند درمان EMDR در کاهش افسردگی میانگین بالاتری را نشان داد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش جعفری و همکاران (۳۸) همسو است که نشان دادند افسردگی و اضطراب رابطه معناداری با کیفیت زندگی بیماران MS دارد و مداخلات روان‌شناختی می‌توانند در بهبود این شاخص‌ها مؤثر باشند. همچنین، مطالعه میرزایی و حیدری (۳۹) اثربخشی ذهن‌آگاهی را بر کیفیت زندگی بیماران MS تأیید کرده‌اند، که با نتایج درمان‌های مبتنی بر پردازش مجدد مانند EMDR هم‌راستا است. در خصوص روان‌درمانی مثبت‌نگر، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج خورانی و همکاران (۴۰) همخوانی دارد که اثربخشی این رویکرد را در کاهش افسردگی، افزایش رضایت از زندگی و معنا در بیماران افسرده گزارش کرده‌اند. با این حال، در پژوهش حاضر تفاوت معناداری بین PPT و EMDR مشاهده نشد، که ممکن است به عوامل زمینه‌ای مانند شدت علائم، مدت ابتلا یا تفاوت‌های فردی در پاسخ به درمان مربوط باشد. از منظر تبیینی، درمان EMDR با فعال‌سازی شبکه‌های حافظه و پردازش هیجانات مسدود شده، موجب بازسازی شناختی و افزایش خودآگاهی در بیماران می‌شود. این فرایند می‌تواند به کاهش احساس درماندگی و افزایش امید در بیماران MS منجر شود. در مقابل، روان‌درمانی مثبت‌نگر با تمرکز بر هیجانات مثبت، معنا و توانمندی‌های فردی، مسیر متفاوتی را برای ارتقاء کیفیت زندگی ارائه می‌دهد. این نتایج نشان می‌دهد که هر دو رویکرد می‌توانند به‌عنوان مداخلات غیردارویی مؤثر در بهبود سلامت روان بیماران MS مورد استفاده قرار گیرند، اما بررسی دقیق‌تر تفاوت‌های عملکردی آن‌ها نیازمند مطالعات تکمیلی است.

نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) نشان داد که بین دو درمان (EMDR) و روان‌درمانی مثبت نگر در درمان افسردگی و کیفیت زندگی بیماری مولتیپل اسکروزیس تفاوت وجود نداشت، ولی در گروه‌های آزمایشی (EMDR) و روان‌درمانی مثبت نگر با گروه کنترل تفاوت معنادار آماری وجود دارد به عبارت دیگر، هر دو درمان یعنی درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR) و درمان مثبت نگر نسبت به

## سیاسگزاری

از تمامی بیماران مولتیپل اسکلروز (MS) شرکت کننده در طرح و همچنین کلیه کارکنان بیمارستان بوعلی سینای شهر قزوین که در انجام این پژوهش یاری نمودند سپاسگزاری به عمل می آید؛ و طرح فوق تعارض منافع شخصی نداشته است.

## ملاحظات اخلاقی

کد اخلاق جهت این مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن با شماره IR.IAU.R.REC.1401.069 دریافت شد. ضمناً این مطالعه در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران با شماره IRCT20221228056957N1 ثبت شده است.

## تعارض منافع

نویسندگان بدین وسیله اعلام میدارند هیچ گونه تعارض منافی در خصوص این مقاله وجود ندارد.

## References

1. Fambiatos A, Jokubaitis V, Horakova D, Kubala Havrdova E, Trojano M, Prat A, Grand'Maison F. Risk of secondary progressive multiple sclerosis: A longitudinal study. *Mult Scler J*. 2020;26(1):79-90.
2. Karimi M, Mahdavi Nejad R. The effect of eight weeks of selected exercises on balance, walking speed, quality of life, and physical disability scale in women with multiple sclerosis. *Mashhad Univ Med Sci*. 2021; 8(1):1-10. [Persian]
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Text rev. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2013.
4. Leclaire K, Cecil A, LaRussa A, Stuart F, Hemond CC, Healy BC, et al. Short report: A pilot study of a group positive psychology intervention for patients with multiple sclerosis. *Int J MS Care*. 2018;20(3):136-141. doi:10.7224/1537-2073.2017-002.
5. Tauil CB, Grippe TC, Dias RM, Dias-Carneiro RPC, Carneiro NM, Aguilar ACR, Silva FMD, Bezerra F, Almeida LK, Massarente VL, Giovannelli EC, Tilbery CP, Brandao CO,

EMDR امکان پذیر است؛ بنابراین در ارتقاء کیفیت زندگی و کاهش افسردگی بیماران در این پژوهش، بیماران تحت مداخله حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد قرار می گیرند و یاد می گیرند به رغم وجود ناتوانی های گسترده با نگاه مجدد به حیطه های مهم و ارزشمند زندگی؛ اهداف مهم، رضایت بخش، قابل دستیابی و متناسب با شرایط و امکانات موجود تعیین کنند، بنابراین این روش درمانی می تواند مکمل دیگر روش های درمانی روان شناختی باشد و موجب بهبود و کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس شود و اثر قابل توجهی داشته باشد.

این پژوهش همانند سایر پژوهش های دیگر دارای محدودیت می باشد، محدودیت زمانی و افت تعداد شرکت کنندگان؛ کنترل نکردن متغیرهای مزاحم در درمان بود. پیشنهاد می گردد در پژوهش های آینده درمان حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد و روان درمانی مثبت نگر را با سایر درمان ها مورد بررسی قرار دهند تا کارایی این درمان ها بهتر مشخص گردد؛ و پیشنهاد می شود در پژوهش آتی در اختلالات روان شناختی متفاوت هم مورد ارزیابی قرار گیرند تا دامنه اثرات مثبت آن ها اثبات گردد.

- Santos LMB, Santos-Neto LD. Suicidal ideation, anxiety, and depression in patients with multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr*. 2018;76(5):296-301.
6. Saadatnia M. Epidemiology of multiple sclerosis in the world, Iran, and Isfahan. *MS Assoc Isfahan Q*. 2005;3(9):1-5.
  7. Hauser SL, Bar-Or A, Cohen JA, Comi G, Correale J, Coyle PK, Selmaj K. Ofatumumab versus teriflunomide in multiple sclerosis. *N Engl J Med*. 2020;383(6):546-557.
  8. Carlino M, Lanzillo R, Chiodi A, Vitelli R, Lavorgna L, Morra VB, Margherita G. Multiple sclerosis and maternity: A psychological explorative qualitative research. *The Qualitative Report*. 2020;25(5):1280-1292. doi:10.46743/2160-3715/2020.4103.
  9. Napoli V, Berchiolli R, Carboncini MC, Sartucci F, Marconi M, Bocci T, Morganti R. Percutaneous venous angioplasty in patients with multiple sclerosis and chronic cerebrospinal venous insufficiency: A randomized wait list control study. *Ann Vasc Surg*. 2020;62:275-286.
  10. Shaygannejad V, et al. Multiple sclerosis and personality traits: associations with depression

- and anxiety. *Eur J Med Res*. 2024;29(1):171. doi:10.1186/s40001-024-01772-0.
11. Pour Amir Arsalani F, Anyan H, Khosh Khabar P, Your Aslani F. The effectiveness of positive psychotherapy on resilience, hope, and reduction of negative emotions (depression, anxiety, and stress) in women with multiple sclerosis. *Adv New Behav Sci*. 2020;6(55):264-281. [Persian]
  12. Lo LMP, Taylor BV, Winzenberg T, Palmer AJ, Blizzard L, van der Mei I. Change and onset-type differences in the prevalence of comorbidities in people with multiple sclerosis. *J Neurol*. 2021;268(2):559–568. doi:10.1007/s00415-020-10194-x
  13. Cotterill N, Sullivan A, Norton C, Wilkins A, et al. Conservative interventions for urinary or fecal incontinence, or both, in adults with multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;10:CD013150.
  14. Bakhti Pour B, Ramazan Zadeh S. Determining the effect of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on depression, quality of life, and anxiety in patients with multiple sclerosis. *Urmia Med J*. 2016;27(5):352-364. [Persian]
  15. Shaygannejad V, et al. Multiple sclerosis and personality traits: associations with depression and anxiety. *Eur J Med Res*. 2024;29(1):171. doi:10.1186/s40001-024-01772-0.
  16. Chaves C, Lopez-Gomez I, Hervas G, Vazquez C. A comparative study on the efficacy of a positive psychology intervention and a cognitive behavioral therapy for clinical depression. *Cogn Ther Res*. 2017;41(3):417-433.
  17. Davis M, et al. Personality and cognitive factors implicated in depression and anxiety in multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Mult Scler Relat Disord*. 2024;84:104327. doi:10.1016/j.msard.2024.104327.
  18. Nasiri Takami SG, Najafi M, Taleb Pasand S. Comparing the effectiveness of positive psychotherapy and group cognitive-behavioral therapy on psychological capital in adolescents with depressive symptoms. *Posit Psychol Res*. 2020;6(2):79-98. [Persian].
  19. Freedman ME, Healy BC, Huffman JC, Chitnis T, Weiner HL, Glanz BI. An at-home positive psychology intervention for individuals with multiple sclerosis: A randomized controlled trial. *J Health Psychol*. 2021;26(13):2533–2544. doi:10.1177/1359105319883921.
  20. Qotbi Nejad Bahar Asmani O, Ahadi H, Hatami HR, et al. Comparing the effectiveness of group positive psychotherapy and group psychodrama on spiritual attitude, distress tolerance, and quality of life in women with chronic pain. *Anesth Pain*. 2018;9(4):51-65. [Persian].
  21. McDonald CM, McDonald DA, Bagley A, Sienko T, Buckon CE, Henricson E, Nicorici A, Sussman MD. Relationship between clinical outcome measures and parent proxy reports of health-related quality of life in ambulatory children with Duchenne muscular dystrophy. *J Child Neurol*. 2010;25(9):1130-1144.
  22. Jamian D, Thabet F, Motamedi A. The effectiveness of brief solution-focused group therapy on self-efficacy and quality of life in women with multiple sclerosis. *Clin Psychol*. 2018;10(3):13-22. [Persian].
  23. Salimian S, Esmaili R, Dabirian A, Mansoorin S, Anboohi SZ. The survey of factors related to self-efficacy based on Orem's theory in patients with coronary artery bypass surgery in Tehran in 2014. *Adv Nurs Midwifery*. 2015;25(90):9-16. doi:10.22037/anm.v25i90.11360 [Persian].
  24. Afroz G, Dalir M, Sadeghi M. The effectiveness of positive psychotherapy on body image, life expectancy, and happiness in women with mastectomy experience. *Health Psychol*. 2018;6(14):180-195. Available from: [https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article\\_4542.html](https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_4542.html) [Persian]
  25. Shapiro, F. (2007). EMDR and the adaptive information processing model: Approaches to case conceptualization and treatment planning. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 68–87. <https://doi.org/10.1891/19333196.1.2.68>
  26. Carletto S, Borghi M, Bertino G, Oliva F, Cavallo M, Hofmann A, Zennaro A, Malucchi S, Ostacoli L. Treating post-traumatic stress disorder in patients with multiple sclerosis: A randomized controlled trial comparing the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing and relaxation therapy. *Front Psychol*. 2016;7:526. doi:10.3389/fpsyg.2016.00526
  27. Rowland LP, Rowland R, editors. *Merritt's Neurology*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 586.
  28. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2022. Chapter 71, Eye Movement

- Desensitization and Reprocessing (EMDR).
29. Chen TH, Lu RB, Chang AJ, Chu DM, Chou KR. The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. *Arch Psychiatr Nurs*. 2020;20(1):3-11.
30. Wallis O, Bol Y, Köhler S, van Heugten C. Anxiety in multiple sclerosis is related to depressive symptoms and cognitive complaints. *Acta Neurol Scand*. 2020;141(3):212-218
31. Indrani M. Enhancing positive emotions via positive interpersonal communication: An unexplored avenue towards well-being of mankind. *J Psychol Clin Psychiatry*. 2017;7(4):1-8.
32. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Text rev. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2013.
33. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. L., & Emery, G. (1997). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 19.
34. Dozois DJA, Dobson KS, Ahnberg JL. A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*. 1998;10(2):83-89. doi:10.1037/1040-3590.10.2.83.
35. Ayatollahi P, Nafissi S, Eshraghian MR, et al. Validity and reliability of the Persian version of the Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29). *Tehran University Medical Journal*. 2007;65(4):52-59. Available from: <http://tumj.tums.ac.ir/article-1-1006-en.html> [Persian].
36. Hamidi R, Fekrizadeh Z, Azadbakh M, Garmaroudi G, Taheri-Tanjani P, Fathizadeh Sh, Gheisvandi E. Validity and reliability of the Persian version of Beck Depression Inventory-II in Iranian elderly. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2021;28(6):550. DOI: 10.29252/jsms.28.6.550
37. Shapiro F. *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2001.
38. Jafari M, Lotfizadeh M, Hashemi R. The relationship between stress, anxiety, and depression with quality of life in patients with multiple sclerosis. *Toloo-e-Behdasht*. 2023;22(1):1-15.[Persian].
39. Mirzaei G, Heydari M. The effectiveness of mindfulness on quality of life in patients with multiple sclerosis. *Cognitive Analytical Psychology Quarterly*. 2021; 12 (46):65-77. [Persian].
40. Khorani J, Ahmadi V, Mami Sh, Valizadeh R. Effectiveness of positive psychotherapy on meaning in life, cognitive flexibility, life satisfaction, and suicidal thoughts in depressed individuals. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2021;64(6):4418-4430. doi: 10.22038/mjms.2022.22593. [Persian].