

بررسی تاثیر برون ریزی احساسات بصورت نوشتن بر میزان افسردگی اضطراب در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

سپیده هریزچی قدیم^{۳۰}، فاطمه رنجبر کوچکسرایبی^{۳۱}، مهناز طالبی^{۳۲}، محمد زکریا پزشکی^{۳۳}، مریم اکبری^{۳۴}

فصلنامه علوم مغز و اعصاب ایران، سال هشتم، شماره ۲۵، بهار ۱۳۸۸، ۴۶۵-۴۷۵

چکیده

سابقه و هدف: مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیمار نورولوژیک اکتسابی مزمن است که در برخی نواحی کشورمان مانند اصفهان و آذربایجان با شیوع بالاتری دیده می شود. از خصوصیات بارز این بیماری آن است که اغلب بیماران را بالغین جوان تشکیل می دهند و ماهیت ناتوان کننده ای دارد. اختلالات روانشناختی از جمله افسردگی و اضطراب به طور قابل توجهی در بیماران مبتلا دیده می شود. برون ریزی احساسات به صورت نوشتن از روشهای خودیاری و مقرون به صرفه ای است که در چندین مطالعه. تاثیر آن بر سلامت جسمانی، روانی و پیش آگهی بیماریهای مزمن بررسی شده است. این روش تا کنون بر بیماران مبتلا به MS مطالعه نشده است.

روش بررسی: مطالعه به صورت before- after , Interventional در طی سالهای (۸۳-۸۵) بر روی ۴۰ نفر از بیماران مبتلا به (MS) مراجعه کننده به مراکز هلال احمر، بیمارستان رازی و انجمن MS تبریز، انجام گردید.

از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پس از اخذ رضایت نامه و تکمیل پرسشنامه GHQ درخواست گردید که چهار روز پشت سرهم روزی نیم ساعت درباره احساسات و هیجانات منفی خود بنویسند و پس از ۱۵ روز مجدداً پرسشنامه GHQ را تکمیل نمایند.

در پایان اطلاعات پرسشنامه ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: شاخص افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به MS بالاست. میانگین شاخص های سلامت عمومی اضطراب و افسردگی در گروه مطالعه پس از مداخله به طور معناداری کاهش یافته بود. ($P < .05$) این کاهش در موارد اضطراب و افسردگی شدید بیشتر دیده شد ($P < .05$)

نتیجه گیری: برون ریزی احساسات به صورت نوشتن بر شاخص های سلامت عمومی و اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به MS بخصوص فرم شدید موثر می باشد.

واژگان کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس، اضطراب، افسردگی، شاخص سلامت عمومی، برون ریزی احساسات به صورت نوشتن.

^۱ روانپزشک sherizchi@gmail.com

^۲ دانشیار روانپزشکی

^۳ دانشیار نورولوژی

^۴ دانشیار پزشکی اجتماعی

^۵ روانشناس بالینی

مقدمه

بیماری مولیتیل اسکروزیس [MS] در واقع یکی از مهمترین و شایعترین بیماریهای سیستم عصبی مرکزی [CNS] است که در اثر التهاب و تخریب غلاف عصبی «میلین» ایجاد می شود که در اثر آن قابلیت هدایت الکتریکی ایمپالسهای عصبی در CNS دچار مشکل می شود و بسته به محل درگیری علائم بالینی مختلف عصبی در بیماران ایجاد می شود.^(۱) در سالهای اخیر پیشرفت قابل توجهی در تشخیص و درمان این بیماری حاصل شده است ولی هنوز سئوالات بی پاسخ فراوانی باقی مانده است و جای تحقیق زیادی در مورد این بیماری و بازتوانی مبتلایان به آن وجود دارد.^(۱)

کشور ما یکی از مناطق نسبتاً شایع MS است و مناطق آذربایجان و اصفهان جزء مناطق پرخطر برای این بیماری است و اغلب مبتلایان آن را بالغین جوان تشکیل می دهند که از گروههای مولد و کارآمد جامعه هستند.

اخیراً آمار MS در کشور ما سبر رو به افزایش داشته است.^(۲)

رابطه میان تن و روان از دیر باز مورد توجه قرار گرفته است. امروزه بسیاری از بیماریها در دسته بیماریهای روان تنی قرار می گیرند. در مجموع اعتقاد بر این است که عوامل شناختی و روانی در پیدایش تمام بیماریها اهمیت دارد.^(۳) در یک مطالعه نشان داده شده است که افسردگی شایعترین اختلال روانپزشکی در بیماران MS بوده که عمدتاً واکنشی بر سیر بیماری می باشد.

علاوه بر این، داروهای مصرف شده جهت درمان MS نیز از عوامل ایجاد و تشدید افسردگی به شمار می رود (۴).

لذا حمایت روانی اجتماعی و درمان افسردگی در پیامد و بهبود کیفیت زندگی و پاسخ به درمان این بیماران موثر دانسته شده است.^(۵)

مطالعات مختلف تاثیر درمان افسردگی را از طریق روشهای دارویی و غیردارویی بررسی نموده اند. یک نگرانی عمده در مورد درمان دارویی افسردگی، عوارض جانبی آنهاست بطوریکه برخی بیماران ناتوان از تحمل هر داروی ضد افسردگی هستند (۴). مشکل دیگر فرض اشتباه مبنی بر ایجاد اعتیاد توسط تمام داروهای روانپزشکی است و احساس عدم رغبت به مصرف داروهای روانپزشکی است؛ لذا روشهای غیردارویی مختلف جهت درمان این بیماران در تمام دنیا از جمله کشور ما در مورد استقبال میگیرد. روشهای غیردارویی جهت کاهش میزان اضطراب، اداره استرس، درمان افسردگی و افزایش کیفیت زندگی [QOL].

همچنین نشان داده شده است که نوشتن و برون ریزی احساسات درمانهای دیگری چون رواندرمانی و دارودرمانی را افزایش می دهد.^(۶) با وجود اینکه مطالعات متعددی بر روی مسائل مرتبط با جسم و روان در مراکز معتبر جهان انجام می شود، ولی اهمیت آن هنوز در برخی رشتهها مشخص نشده است و این گونه مطالعات همچنان با مقاومت خاص خود همراه می باشند. با این همه روز به روز اهمیت سلامت روان و استفاده از روشهای خودیاری مقرون به صرفه مانند نوشتن برای بهبود کیفیت زندگی و سلامت جسمانی بیشتر آشکار می شود.

روش بررسی

مطالعه حاضر به صورت یک مطالعه تجربی قبل بعد Before-after صورت گرفت یعنی اطلاعات حاصل از تکمیل آزمونها قبل و بعد از مداخله در یک گروه مطالعه‌ای واحد باهم مقایسه گردید، لذا از گروه شاهد دیگر که نیازمند به match کردن کامل بود برای پیگیری همین یک گروه مطالعاتی نیز مشکلات عدیده‌ای وجود داشت. استفاده نگردیده همانگونه که گفته شد روش مداخله‌ای به صورت برون ریزی احساسات و هیجانات به صورت [WEE] نوشتن در مورد یک واقعه مهم دردناک عاطفی هیجانی به کار برده شد.

داوطلبین شرکت در طرح در طی سالهای ۸۵-۸۳ به مراکز درمانی آموزشی رازی و مراکز هلال احمر و انجمن ام اس مراجعه می‌کردند در مجموع ۸۰ نفر تمایل آگاهانه جهت شرکت در انجام طرح را داشتند که پس از بررسی ۵۰ نفر آنها با داشتن معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند.

۴۰ نفر پرسشنامه‌ها را جهت بررسی شاخصهای اضطراب و افسردگی به طور کامل پر کرده بودند.

برای ۴ نفر از آنان نیز اطلاعات پرسشنامه برای محاسبه نمره GHQ کافی نبود و از ۳۶ پرسشنامه برای آنالیز GHQ استفاده شد. پرسشنامه سلامت عمومی از جمله پرسشنامه‌هایی است که استفاده گسترده در سرتاسر جهان دارد و روایی و پایایی آن نیز تایید شده است.

در ایران نیز حساسیت این ابزار را در مهمترین نمره برش ۲۳ با ۸۶/۵ درصد و ویژگی آن را برابر ۸۴ درصد گزارش نموده‌اند.

استفاده از نوشتن به تنهایی یا همراه با سایر روشهای درمانی بطور قابل توجهی در سالهای اخیر افزایش داشته است. مطالعات مختلف نشان داده است که نوشتن در مورد تجربیات و یا مشکلات عاطفی گذشته بر سلامت روانی و جسمانی موثر است. بررسی یک رویداد با بار هیجانی آن را به صورت روایت در می‌آورد و هیجانات و نکات ناگفته و نامفهوم در قالب کلمات و معنا در می‌آید که دیگر ناگفته و نامفهوم نیست. احساسات ناگفته و ناخودآگاه به عبارات گفتاری آگاهانه تبدیل می‌شوند. هر آنچه که ناگفته و ناپیداست، واهمه و هراس بیشتری دارد و آگاهی یافتن نسبت به آن از بحرانی بودن واقعه می‌کاهد و پی‌آمد بهتری دارد. از این نظر نوشتار درمانی شباهت به روشهای روانکاوی پیدا می‌کند.^(۷،۸،۶) در تاریخ روانکاوی کلاسیک نیز یکی از روشهای درمان کاهش اضطراب تخلیه هیجانات catharsis و بیان هیجانی واقعه به صورت توضیح و توصیف کلامی در مورد رویداد بود که اصطلاح abreaction نامیده می‌شود. روانشناسان بزرگی چون زیگموند فروید بارها از این روش در درمان تعارضات بیماران بهره گرفته‌اند به عبارتی یک روش سایکودینامیک است. با این که شرایط لازم برای روان درمانی در مورد WEE نیز صادق است و تاثیر آن در مطالعه، خصوصاً در موارد شدید نشان داده شده است. ولی با توجه به سهولت آموزش روش صحیح نوشتن و انجام آن کار صورت خودیار بدون مراجعه حضوری و همچنین دخالت کمتر درمانگر در روند درمان و انجام پذیری آسان آن در کوتاه مدت آن را از سایر روشهای روان درمانی که نیاز به جلسات طولانی حضوری و مستمر دارد متمایز می‌سازد.

چهار روز متوالی از داوطلبین درخواست گردید که پس از ۱۵ روز مجدداً پرسشنامه GHQ را تکمیل کنند. لازم به ذکر است که در ابتدای کار از پرسشنامه های افسردگی بک و اضطراب زونگ نیز استفاده گردید که در ادامه کار به علت خسته شدن داوطلبین از تکمیل پرسشنامه های متعدد حذف گردید. در پایان مداخله داده های جمع آوری شده در پرسشنامه های قبل و بعد از مداخله، به منظور استخراج نتایج در برنامه نرم افزاری SPSS وارد گردید. در آنالیز نتایج از آزمون شاخص مرکزی میانگین و ANOVA و آزمون آماری T-Text استفاده شد.

یافته ها

از ۵۰ بیمار مورد مطالعه به علت انصراف و یا عدم انجام صحیح مطالعه ۱۰ نفر از مطالعه خارج شدند و در نهایت اطلاعات ۴۰ بیمار مورد آنالیز قرار گرفت.

خصوصیات دموگرافیک داوطلبین
الف: پراکندگی جنسی داوطلبین:

۳۲ نفر زن و ۸ نفر بودند ۸۰٪ از داوطلبین واجد

شرایط را خانمها تشکیل می دادند و تنها ۲۰٪ از آنان مرد بودند

ب- توزیع سنی گروه مطالعه:

۱- گروه سنی کمتر از ۲۰ سال: ۳ نفر

۲- گروه سنی ۲۱-۳۰ سال: ۲۱ نفر

۳- گروه سنی ۳۱-۴۰ سال: ۹ نفر

۴- گروه سنی بالای ۴۰ سال: ۷ نفر

همانطور که ملاحظه می شود بیشترین گروه مورد

مطالعه از داوطلبین در سنین ۲۱ تا ۳۰ قرار دارند

ج- میزان تحصیلات داوطلبین

اطلاعات شخصی داوطلبین از نظر سن و جنس میزان تحصیلات، شغل و در صورت تمایل نام ایشان نیز جهت بررسی ثبت می گردید.

معیارهای ورود به مطالعه شامل:

۱- تایید ابتلا به بیماری MS از طرف اساتید نورولوژیست

۲- عدم وجود بیماری جدی جسمی غیر از MS

۳- گذشت حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری

۴- وجود حداقل تحصیلات سوم راهنمائی

۵- برخورداری توانایی جسمانی کافی برای نوشتن

۶- فاصله سنی ۴۵-۱۵ سال

و معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل موارد زیر بودند:

۱- وجود علایم مانی و هیپومانئی

۲- ابتلا به سایکوز

۳- سوء مصرف مواد

۴- ابتلا به دمانس و دلیریوم و یا قضاوت مختل

پس از توضیحات لازم و مصاحبه با داوطلبین و از

داوطلبان واحد شرایط رضایت نامه کتبی اخذ گردید

و از آنان درخواست شد که پرسشنامه GHQ₂₈ را

تکمیل نمایند پس آن عمل مداخله می بایست صورت

خودیار و در منزل انجام می شد یعنی همانگونه که

گفته شد که به طور کاملاً آزادانه و روان ۴ روز متوالی

و روزی نیم ساعت در باز احساسات افکار و هیجانات

خود در مورد یک رویداد با بار هیجانی بنویسند. گفته

شد که هر رویدادی با بار هیجان خصوصاً منفی

می تواند موضوع نوشتن قرار گیرند همانند واقعه

شکست در یک رابطه عاطفی، ابتلا به بیماری،

تعارضات بین فردی و از دست دادن عزیز، بلایای

طبیعی و ... نوشتن آزادانه هیجانات بدون در نظر

گرفت نکات املایی و انشایی. پس از انجام WEE در

از لحاظ تحصیلات:
 ۱-۶ نفر تحصیلات سوم راهنمایی داشتند.
 ۲-۱۶ نفر در حد دبیرستان و دیپلم
 ۳-۱۵ نفر کاردانی و کارشناسی و ۳ نفر تحصیلات در
 هر کارشناسی ارشد و بالاتر داشتند.
 د- میزان شدت نسبی اضطراب و افسردگی در
 داوطلبین

ملاحظه می‌شود که حدود ۵۵ درصد داوطلبین
 افسردگی متوسط به بالا داشتند و ۹۵٪ از داوطلبین
 نیز از میزان اضطراب متوسط به بالا برخوردار بودند.
 تاثیر WEE بر شاخصهای افسردگی اضطراب علایم
 جسمانی، عملکرد اجتماعی و نمره سلامت عمومی
 GHQ:

با نمره برش ۲۳ جهت غربالگری سلامت عمومی قبل
 از مداخله ۳۲ نمره نمره GHQ بالاتر داشتند (۸۸
 درصد)

با وجود کاهش قابل ملاحظه نمره GHQ پس از
 ملاحظه ۲۸ نفر GHQ بالاتر از ۲۳ داشتند (۷۷
 درصد) میانگین نمره سلامت عمومی قبل از

این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود ($P=0/01$)
 میانگین نمره اضطراب قبل از مداخله Anx1, ۱۰/۸,
 و پس از مداخله Anx2, ۹ محاسبه گردید. این
 تفاوت از نظر آماری معنادار بود ($P=0/01$)
 میانگین نمره افسردگی قبل از مداخله Dep1, ۶/۵ و
 پس از مداخله, Dep2, ۵ محاسبه شد.

این تفاوت از نظر آماری معنادار بود ($P=0/02$)
 ه- بررسی تاثیر WEE بر شاخص علایم جسمانی:
 میانگین نمره علایم جسمانی قبل از مداخله, Som1,
 ۱۰/۵ و پس از مداخله, Som2, ۹/۵ به دست آمد.
 این تفاوت از نظر آماری فاقد اعتبار بود ($P=0/1$).

و- بررسی تاثیر WEE بر شاخص عملکرد اجتماعی
 میانگین نمره عملکرد اجتماعی قبل از
 مداخله, Func1, ۸/۵ و پس از مداخله, Func2, ۶/۷
 محاسبه شد.

این تفاوت از نظر آماری معنادار بود ($P=0/001$)
 همه این داده‌ها توزیع نرمال داشتند.

جدول ۲: تاثیر WEE بر شاخص‌های افسردگی اضطراب و سلامت عمومی

موضوع مقایسه	میانگین تغییرات	st	Sig
GHQ ₁ , GHQ ₂	۴/۲	۱۰/۱۴	<0/01
Dep ₁ , Dep ₂	۱/۴	۴/۰۲	<0/02
Anx ₁ , Anx ₂	۱/۶	۴/۱۹	<0/01
Som1, Som2	۱/۰۳	۳/۸	0/1
Func ₁ , Func ₂	۱/۷	۲/۵	<0/001

طبق پرسشنامه های زونگ که ۱۷ عدد را شامل میشد، میانگین نمره اضطراب قبل از مداخله - و بعد از مداخله --- محاسبه شد. با وجود کاهش قابل توجه این نمرات پس از WEE به علت عدم کافی بودن حجم نمونه این تغییرات از لحاظ آماری فاقد اعتبار بود.

ملاحظه می شود که تاثیر مداخله قبل و بعد از مداخله در نمره سلامت عمومی / شاخص های افسردگی، اضطراب، و عملکرد اجتماعی معنادار بود ($P < 0/05$) طبق پرسشنامه های بک که ۲۱ عدد را شامل میشد، میانگین نمره افسردگی قبل از مداخله - و بعد از مداخله --- محاسبه شد.

جدول ۱- فراوانی شدتهای نسبی افسردگی و اضطراب در داوطلبین قبل از مداخله

شدت اضطراب	تعداد	درصد	فراوانی تجمعی	فراوانی تجمعی معکوس
اضطراب جزئی	۲	۵	۴۰	۱۰۰
اضطراب متوسط	۹	۲۲/۵	۳۸	۹۵
اضطراب شدید	۲۲	۵۵	۲۹	۷۲/۵
اضطراب خیلی شدید	۷	۱۷/۵	۷	۱۷/۵
کل	۴۰	۱۰۰		
افسردگی جزئی	۱۶	۴۰	۴۰	۲۰۰
افسردگی متوسط	۶	۱۵	۲۴	۶۰
افسردگی شدید	۱۴	۳۵	۱۸	۴۵
افسردگی خیلی شدید	۴	۱۰	۱۰	۱۰
کل	۴۰	۱۰۰		

از نظر تحصیلات بین چهار گروه (کارشناسی ارشد و بالاتر، کاردانی و کارشناسی، دبیرستان و دیپلم، و سواد سوم راهنمایی) اختلاف قابل ملاحظه ای وجود داشت و کمترین در سطح تحصیلات یعنی سوم راهنمایی کمترین میزان تاثیر مشاهده گردید. این امر در مورد شاخص GHQ معنی دار بود ($P = 0/03$)

د- تاثیر شدت افسردگی و اضطراب در WEE در جدول شماره ۳ تاثیر نسبی شدت افسردگی و اضطراب در کارآیی WEE نشان داده شده است.

بررسی تاثیر شرایط سایکولوژیک و دموگرافیک داوطلبین در تاثیر WEE در دو گروه مرد و زن باهم مقایسه شد تفاوت به دست آمد. معنادار نبود به عبارتی تاثیر مداخله WEE به زن یا مرد بودن بستگی نداشت. ($P > 0/05$)

جهت بررسی تاثیر سبب علت کمی نمونه داوطلبین در دو گروه بیشتر و کمتر از ۲۵ سال باهم مقایسه شدند که تفاوت بین دو گروه معنی دار نبود.

پس در مداخله ما تاثیر WEE چندان بستگی به سن داوطلبین نداشت. ($P > 0/05$)

جدول شماره ۳- تاثیر شدت افسردگی و اضطراب در کارآیی (WEE)

میزان شدت	خیلی شدید	شدید	متوسط	جزئی	کل
افسردگی میانگین تغییرات	-۸	-۱/۷	-۰/۶	-۰/۳	-۱
اضطراب میانگین تغییرات	-۶/۵	-۰/۹	-۱/۳	+۵/۵	-۱/۷

بین شدت افسردگی و میزان تاثیر مداخله رابطه خطی و متناسب وجود داشت و هرچه شدت افسردگی در داوطلبین بیشتر بود میزان کاهش بیشتری در نمره افسردگی آنها مشاهده می گردید این تفاوت در بین گروهها و داخل گروهها معنی دار بود. ($P < 0/05$)

لیکن این رابطه خطی در اضطراب وجود نداشت با این وجود تفاوت بین گروهها کاملاً معنی دار بود به عبارت دیگر تاثیر مداخله در دو گروه اضطراب جزئی و شدید کمترین مقدار بود و حتی نتیجه عکس دیده می شد ولی داوطلبینی که نسبت بالای اضطراب در حد خیلی شدید داشتند، بیشترین بهره را از مداخله برده بود.

بحث:

همانگونه که در قسمت نتایج ذکر شد در مطالعه ما، «برون ریزی احساس و هیجانات به صورت نوشتن» بر کاهش کلی اضطراب و افسردگی و بهبود سلامت عمومی در بیماران مبتلا به MS تاثیر قابل توجهی گذاشت.

در چندین مطالعه انجام شده توسط pennebaker و Esterling (۷۶) همین نتیجه بدست آمده است که «برون ریزی احساسات و هیجانات به صورت نوشتن در مورد حوادث دردناک و هیجانی» می تواند

اضطراب و افسردگی را کاهش دهد. بخصوص زمانی که همراه با درک عمق هیجانات مرتبط با رویداد و بازبینی و علت یابی و ایجاد بصیرت نسبت به آن باشد. این مطالعه با مطالعه ما هم خوانی داشته است و دلیل آن آموختن فرآیند همدلی و حمایتگری همانند روان درمانی چهره به چهره توسط خود شخص عنوان شده است. در یک مطالعه توسط cloze و Aliceman و همکاران چنین نتیجه گرفتند که برون ریزی هیجانات به صورت نوشتن در کاهش اضطراب موثر است ولی بر میزان افسردگی تاثیر چندانی ندارد.^(۸) در صورتی که در مطالعه ما نوشتار درمانی بر روی اضطراب و افسردگی بخصوص موارد خیلی شدید موثر بود که دلیل آن می تواند تا حدودی مربوط به تفاوت های ابزار اندازه گیری در دو مطالعه باشد.

در مطالعه انجام شده توسط Baikie و همکاران در استرالیا کارآیی و میزان پذیرش این نوع مداخله را در بیماران با اختلال وابستگی به مواد بررسی نمودند؛ لیکن نتایج حاصله از لحاظ آماری معنادار نبود و این مساله را به عدم همکاری گروه مورد مطالعه برای نوشتن هیجانی و عدم به کارگیری سبک صحیح نوشتن مربوط دانسته اند.^(۹)

که اغلب فاقد توانایی خواندن و نوشتن هستند، جای تردید وجود دارد.

در یک مطالعه در دپارتمان روانپزشکی و علوم رفتاری دانشگاه استانفورد توسط Koopman و همکارانش بر روی زنان با سابقه آزار و اعمال خشونت از جانب همسر، ابراز احساسات و هیجانات از طریق نوشتن تاثیر کلی معناداری بر میزان درد و اختلال PTSD و افسردگی نداشت. ولی پیگیری طولانی مدت در بیمارانی که قبل از مداخله مبتلا به افسردگی بودند، میزان افسردگی به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته بود.^(۱۱) در مطالعه ما به علت محدودیتهای موجود پیگیری دراز مدت بیماران امکانپذیر نبود و ما مدت تاثیر مداخله را ۱۵ روز در نظر گرفتیم.

لازم به ذکر است که در روان درمانی‌های دیگر نیز معمولاً در ابتدای درمان میزان اضطراب افزایش می‌یابد و شاید خلق نیز پایین‌تر رود.^(۴) لیکن با آموختن روشهای خودیاری حمایتی و بررسی تعارضات در طولانی مدت تاثیر مثبت بیشتری دیده می‌شود. این افزایش اولیه اضطراب در بیماران ما نیز مطرح است و در افراد مختلف طول مدت این حالت گذرا می‌تواند متفاوت باشد. ۱۵ روز در مقایسه با چند ماه فرصت زود هنگامی است که می‌تواند افزایش اضطراب را خصوصاً در مورد اضطرابهای خفیف توجیه کند.

در مطالعه ما نوشتار درمانی در اضطراب متوسط و خیلی شدید و افسردگی‌های خیلی شدید بیشترین تاثیر را داشت و حتی تاثیر مداخله بر افسردگی تا حدودی متناسب با شدت افسردگی بود. لیکن داوطلبین با افسردگی و اضطراب خفیف نه تنها از مداخله بهره نبردند حتی در برخی موارد شاخصهای افسردگی و اضطراب آنها در پرسشنامه دوم افزایش

از ۸۰ نفر داوطلب از ۵۰ نفر واحد شرایط بودند که ۴۰ نفر (۸۰٪) در پیگیری دو هفته‌ای همین مطالعه ۲۶ درصد یعنی ۱۴ نفر از ۵۵ بیمار وابسته به مواد پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در مطالعه ما داوطلبین مطالعه را به اتمام رساندند که این تفاوت در دو مطالعه نیز به تفاوت‌های جمعیت مورد مطالعه مربوط می‌شود.^(۹) در مطالعه‌ای که توسط Eva Epstein و همکاران در ایالات متحده انجام شده از دانشجویان کالج خواسته شده است که WEE طی سه روز متوالی انجام دهند که تاثیر آن در یک ماه بررسی شده در مقابل گروه شاهد که نوشتن خنثی انجام داده بودند گروه مورد مطالعه سودمندی روانی آن را گزارش کرده‌اند.^(۱۰) که این مطالعه نیز با نتایج مطالعه، هم خوانی دارد.

برخی از داوطلبین که در مطالعه وارد نشدند آنانی بودند که با وجود اقدامات درمانی هنوز در مرحله انکار بیماری قرار داشتند و از اینکه بیمار مبتلا به MS قلمداد شوند امتناع می‌کردند از ملزومات انجام مداخله، داشتن بصیرت کافی و توانایی لازم برای همکاری در مطالعه در نظر گرفته شده است. در واقع می‌توان چنین در نظر گرفت که روش ابراز هیجانات و احساسات به صورت نوشتن - همچون سایر روشهای روان درمانی - باید در مورد افرادی انجام گیرد که دارای بصیرت و توانایی لازم باشند. و در مورد افراد فاقد بصیرت حتماً باید از روشهای بیولوژیکی، بهره جست.

در یک مطالعه پایلوت توسط Vicente A. و همکاران در مادرید اسپانیا، تاثیر برون‌ریزی هیجانات بر روی افراد بی‌خانمان انجام گرفت، در پیگیری ۶-۱ هفته‌ای تاثیر معناداری در بهبود عملکرد دیده شد.^(۲۸) لیکن در کارایی این روش در جمعیت مشابه جامعه ما

تاثیر برون ریزی احساسات به صورت نوشتن بر اضطراب افسردگی و عملکرد اجتماعی نمره سلامت عمومی و علایم جسمانی و بین دو جنس وجود نداشت به عبارت دیگر متغیر جنس در کارآ «WEE» تاثیرات و هم زنان و هم مردان می‌توانند از آن بهره‌مند شوند در مطالعه Epsrein نیز که به طور خاص تاثیر جنس را در WEЕ بررسی کرده بود دانشجویان کالج هر دو جنس در پیشبرد سلامت روانی و جسمی به طور یکسان از WEЕ بهره گرفته بودند که با مطالعه ماهم خوانی دارد.

همچنین نشان داده شد که WEЕ در داوطلبین با تحصیلات بالاتر بیشترین تاثیر را داشته است. در مطالعه آقای pennebaker و همکارانش نیز نوشتار درمانی در صورتی تاثیر بیشتری داشت که درک و توصیف عمیق هیجانات مرتبط با رویداد با استفاده از عباراتی درباره علت جویی و بصیرت یابی به واقعه بود و افراد با تحصیلات بالاتر که از مداخله بیشترین تاثیر را گرفتند، افراد باهوشتری بودند که توانایی بیشتری در علت جویی و بصیرت یابی به واقعه داشتند. این امر در مورد روان درمانیهای دیگر نیز صادق است چرا که اصولاً افراد با هوش و تحلیل‌گر می‌توانند از درمانهای غیردارویی بیشتر سود ببرند.^(۶) از آنجائیکه بیماری MS از جمله بیماریهایی است که به علت جنبه‌های نوروسایکولوژیک آن مورد توجه بود. و به علت اهمیت مزمن و ناتوان کننده‌ائی میزان اختلالات روانی بخصوص اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به آن بیشتر است لیکن حدود ۵۵ درصد بیماران افسردگی در حد متوسط تا خیلی شدید و ۹۵ درصد بیماران اضطراب متوسط به بالا داشتند. به عبارتی ۶۰ درصد به درجات مختلف افسردگی را دارا بودند و اگر علت عدم تکمیل و انصراف برخی از داوطلبین را شدت

پیدا کرده بود. در مطالعه coopmam بر زنان متحمل همسر آزاری نیز آنان بیشتر نتیجه گرفته بودند که در ابتدا میزان افسردگی بالا داشتند. به نظر می‌رسد آگاهی یافتن از هیجانات خاموش شده، تعادل به وجود آمده بین اجزای خودآگاه و ناخودآگاه توسط مکانیزمهای دفاعی‌ها دچار تغییر می‌کند و می‌تواند موجب افزایش اضطراب و افسردگی در کوتاه مدت شود. لیکن برای بررسی این امر در طولانی مدت در افراد با اضطراب و افسردگی جزئی نیاز به مطالعات گسترده‌تری وجود دارد از طرفی در مداخلات روانشناسی روانپزشکی حتماً اهداف روند درمان در ابتدا کاملاً مشخص شود و هنگامی که میزان اضطراب و افسردگی آنقدر جزئی است که فرد شکایت خاصی ندارد و خود به سازگاری رسیده است عملاً نیاز به مداخله بیشتر برای کاهش موارد خفیف وجود ندارد.

تفاوتهای موجود بین نتایج مطالعه ما و مطالعات pennebaker و petrie و jacquin می‌تواند ناشی از تکنیکهای استفاده شده برای مداخله نیز باشد.^(۷و۸) در مطالعه انجام شده توسط آقای دکتر کلانی و همکاران در بیمارستان لقمان تهران، نسبت زنان مبتلا به MS ۲/۵ برابر مردان بود که تفاوت قابل ملاحظه‌ای دیده می‌شود.^(۱۲) چرا که در مطالعه ما تعداد زنان ۴ برابر مردان بود. شاید این تفاوت از آن ناشی می‌شود که بعلاوه محدودیتهای ورود به مطالعه، جمعیت مورد مداخله ما نمی‌تواند نماینده کل بیماران مبتلا به MS باشد. این امر می‌تواند مربوط به تمایل و دقت بیشتر زنان برای نوشتن و همکاری بهتر آنها در طرح باشد. علاوه بر این عدم هماهنگی زبان نوشتاری و گفتاری در منطقه آذربایجان نیز می‌تواند عدم رغبت آقایان را برای نوشتن و گویش فارسی بیشتر توجیه کند. یا وجود این هیچ تفاوت معنی‌داری بین میزان

گزارش شده بود. لیکن این موضوع را نیز باید در نظر گرفت که حتی مدت زمان یک ماه در مقابل ۱۵ روز، باز زمان بیشتری است و البته داوطلبین این طرح نیز از یک سلامت جسمانی پایه برخوردار بودند.^(۱۰) در کار مطالعاتی حاضر بررسی تغییرات علائم جسمانی محدود به بررسی تغییرات شاخص جسمانی پرسشنامه GHQ بود که همانطور که گفته شد تغییر مشاهده شده از لحاظ آماری معنادار نبود، با مقایسه نتایج مطالعه ما و مطالعات فوق این نتیجه را می‌شود گرفت که تاثیر WEE بر علائم جسمانی بیشتر در طولانی مدت قابل توجه است و در کمتر از یک ماه تاثیر چندانی در آن مشاهده نمی‌شود و حداقل زمان یک ماه یا بیشتر برای حصول تاثیر WEE بر سلامت جسمانی مورد نیاز است.

پیشنهادات

توصیه می‌شود از روش برون ریزی احساسات به صورت نوشتن در مورد دیگر بیماران مزمن نیز استفاده شود. MS بیشتر افراد جوان و فعال جامعه را مبتلا می‌کند و با ایجاد ناتوانی های جسمی و روانی و اختلال در همکاری در اقدامات درمانی و همچنین تاثیر در کیفیت زندگی آنها میتواند هزینه های بالایی بر سیستم بهداشتی وارد کند. پیشنهاد می‌شود همکاران نورولوژیست در مورد مشکلات روانپزشکی بیماران مبتلا به MS حساسیت بیشتری داشته باشند. استفاده از WEE به عنوان یک روش خود یار و مقرون به صرفه میتواند در کاهش اضطراب و افسردگی این بیماران بخصوص در موارد شدید موثر باشد.

بالای افسردگی و اختلال شدید در کارکرد در نظر بگیریم، این رقم می‌تواند بالاتر نیز در نظر گرفته شود. حال آنکه در مراجع نورولوژی^(۱) این میزان (۵۰-۲۰ درصد) گزارش شده است که می‌تواند به علت شیوع احتمالا بالای افسردگی در منطقه آذربایجان و تا حدی مربوط به عدم حمایت و امکانات کافی در خصوص چنین بیمارانی باشد.

با اینکه در کشور، اصولاً این نگرش عمده وجود دارد که عامه مردم کمتر تمایل به مطالعه و حتی نوشتن دارند اما در کار تحقیقاتی، حتی برخی از داوطلبین قبل از انجام کار مطالعاتی خودشان احساسات و هیجانات خود را در مورد وقایع مختلف می‌نوشتند و کاملاً به تاثیر آن اعتماد داشتند.

شاخص جسمانی GHQ قبل و بعد از مداخله در مطالعه ما تغییر معناداری نکرده بود. در مطالعه‌ای توسط petrie بر بیماران HIV مثبت در گروههایی که WEE در آنها اجرا شده بود بار ویروس HIV به طور قابل توجهی کاهش یافته بود و میزان لنفوسیت CD4 نیز در گروه آزمایشی بتدریج افزایش یافت، لیکن این تاثیر در طول یک ماه قبل توجه نبود و در طی ۶ ماه پیگیری پس از مداخله بطور چشمگیر و معناداری بارز بود. در یک مطالعه دیگر از همین گروه برای بررسی WEE روی سیستم ایمنی میزان آنتی بادی تولید شده پس از واکسیناسیون هپاتیت B در دانشجویان پزشکی بررسی شده بود که در این جا نیز ایمنی ایجاد شده در گروه WEE در طولانی مدت و ۶ ماه بالاتر بود. در مطالعات مشابهی در مورد تاثیر WEE بر سیستم ایمنی و پیش آگهی بیماریهای مزمن چون کانسر برست، نتیجه مشابهی به دست آمده است.^(۶و۷) در مطالعه Epstein بر دانشجویان کالج نیز پس از یک ماه بهبود سلامت جسمانی واضح

ضرورت حضور «روانپزشکی مشاوره‌ای - رابط» در بخشهای مختلف پزشکی بخصوص بیماریهای مزمن و صعب‌العلاج با این مطالعه بیشتر نمایان می‌گردد که البته مدتهاست در بسیاری از کشورهای پیشرفته اجرا می‌شود. پیشنهاد می‌شود که مسئولین به حضور روانپزشک مشاور رابط اهمیت داده در کنار این بخشها با ارتقاء سلامت روان بیماران و کادر درمانی، نقش سلامت روان را در سلامت جسم کارآمدتر و آشکارتر گردانند.

منابع

- 1) Miller JR. (2000). Multiple sclerosis. In: Ronald P: Merritt's text book of, neurology 10th Ed, Lippincott & Wilkins, Philadelphia, 773-801.
- 2) Shaygan negad V, Eetemadifar M, Ashtari F, Jangorban M.(2005).Prevalence of Multiple Sclerosis in Iran.In: 2nd International congress on Multiple sclerosis, Nov. 20, (P.81). Tehran: Iranian MS society
- ۳) سادوک بنیامین، سادوک ویرجینیا: خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری و روانپزشکی کاپلان. ترجمه، نصرت...پورافکاری. انتشارات شهرآب، تهران ج ۲ چاپ اول. ص ۵۳۳. سال ۱۳۸۲.
- 4) Feinstein A. (2000). Multiple sclerosis, disease modifying treatment and depression: a critical methodological review, *Mult. scler*, 6(5), 343-8.
- 5) Mohr DC, Goodkin DE, Islar J, Hauser SL, Genain CP. (2001). Treatment of depression is associated with suppression of non specific and antigen specific T(h) responses in Multiple sclerosis, *Arch Neural*, 58(7), 1081-6.
- 6) Esterling BA, Abat, L, Murry EJ and Penne baker JW. (1999). Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy, *Mental and physical health outcomes .clinical psychology Review* 19(1), 79-96.
- 7) Petrie KJ, Fontanilla L, Thamas MG. , Booth RJ and Pennebaker JW. (2004) Effects of written Emotional Expression. *Psychosomatic Medicine* (66)272-275.
- 8) Jacquelyn D. Kloss, Stephen Alismen., (2002) .An Exposure based Examination of effects of written emotional disclosure. *BJ of Psychology* 7(1), 16-31.
- 9) Baiki KA, Wilhelm K, Johnson B, Boskovic M, Wedgwood L, Finch A, Huon G.(2006).Expressive writing for high-risk drug dependent patients in a primary care clinic: a pilot study.*Harm Reduction* 19(3),34.
- 10) Eva M.Epstein ; Denise M,Sloan, Brian P.Marx. (2005) Getty To the Heart of the Matter: Written Disclosure, Gender, and Heart Rate. *Psychosom Med*, 67(3), 413-419.
- 11) Koopman C, Ismailji T, Holmes D, Classen CC, Palesh O, et al.(2005). The effects of expressive writing on pain, depression and posttraumatic stress disorder symptoms in survivors of intimate partner violence. *J Health Psycho.* 10(2), 211-21.
- 12) Kalannie H, Ghara gozlu K, Kalanie AR. (2003). Study of 200 cases of Multiple sclerosis in Iran. *Multiple sclerosis* (9), 36-38.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله نویسندگان مقاله از کلیه بیماران و همکاران انجمن ام اس و هلال احمر که در این طرح همکاری نموده اند وهمچنین معاونت پژوهشی دانشگاه که حمایت مالی از طرح داشتند تشکر و قدردانی میکنند.