

Comparison of the Effectiveness of Gestalt Therapy, Behavioral Activation and Placebo on the Cognitive Emotion Regulation in Multiple Sclerosis Patients: A Randomized Clinical Trial

Javadi Larijani F¹, Mojtabaie M^{2*}, Moghaddasi M³, Hatami M⁴

¹Ph.D. Student of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

²Associate Professor of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

³Professor of Neurology, Department of Neurology, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴Associate Professor of Psychology, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: Psychological state of multiple sclerosis patients is very important due to its strong influence on incidence, progression, prognosis, and treatment of this disease. The present study compared the effectiveness of gestalt therapy, behavioral activation and placebo on cognitive emotion regulation in Multiple Sclerosis patients.

Methods: This study was a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group and three months follow-up in which sixty patients with multiple sclerosis referred to the MS Clinic of Rasoul Hospital in Tehran were selected. Using four blocks, the authors randomly assigned participants to four groups of 15 people, including three intervention groups and a control group. Members of psychotherapy groups were treated once a week for eight 90-minute sessions. In the placebo group, capsules containing rice flour were used once a day for 8 weeks. The people in the control group received no intervention during this period. The research instrument was Garnefski's (2006) Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. SPSS (25) was used for data analysis.

Results: The results showed that gestalt therapy and behavioral activation in comparison with placebo and control groups increased the mean scores of adaptive cognitive emotion regulation strategies ($p=0.001$) and decreased the mean scores of non-adaptive strategies ($p=0.001$) in post-test and follow-up. Gestalt therapy, in comparison with behavioral activation, increased the mean scores of adaptive strategies ($p=0.027$) and also decreased the mean scores of non-adaptive strategies ($p=0.020$) more significantly in post-test and follow-up.

Conclusion: Gestalt therapy is more effective than behavioral activation and placebo in improving cognitive emotion regulation in patients with multiple sclerosis.

Keywords: Behavior therapy, Clinical trial, Emotional regulation, Gestalt therapy, Multiple sclerosis

Sadra Med Sci J 2022; 10(1): 63-78.

Received: Dec. 30th, 2021

Accepted: Feb. 19th, 2022

*Corresponding Author: **Mojtabaie M.** Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran, mojtabaie_in@yahoo.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۱۰، شماره ۱، زمستان ۱۴۰۰، صفحات ۶۳ تا ۷۸

تاریخ دریافت: ۰۹/۱۰/۰۰ تاریخ پذیرش: ۳۰/۱۱/۰۰

مقایسه‌ی اثربخشی گشتالت‌درمانی، فعال‌سازی رفتاری و دارونما بر تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس: کارآزمایی بالینی تصادفی شده

فرنیا جوادی لاریجانی^۱، مینا مجتبابی^{۲*}، مهدی مقدسی^۳، محمد حاتمی^۴^۱ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران^۲ دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران^۳ استاد، گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران^۴ دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: توجه به حالات روان‌شناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (MS) به دلیل تأثیر چشمگیر بر سیر و پیش‌آگهی بیماری بسیار مهم است. پژوهش حاضر به منظور مقایسه‌ی اثربخشی گشتالت‌درمانی، فعال‌سازی رفتاری و دارونما بر تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس انجام شد.

روش‌ها: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه ماهه بوده است و در آن شصت نفر از مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به کلینیک MS بیمارستان رسول تهران انتخاب شدند. سپس با استفاده از بلوک‌های چهارتایی به صورت تصادفی در چهار گروه پانزده نفره، شامل سه گروه مداخله و یک گروه کنترل گماشته شدند. اعضای گروه‌های روان‌درمانی یک بار در هفته به مدت هشت جلسه‌ی نود دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند. در گروه دارونما به مدت هشت هفته از کپسول‌های حاوی آرد برنج یک بار در روز استفاده شد. هیچ مداخله‌ای طی این مدت بر گروه گواه صورت نگرفت. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجانی گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۶) بود. برای تحلیل داده‌ها از SPSS نسخه‌ی ۲۵ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد اجرای گشتالت‌درمانی و فعال‌سازی رفتاری در مقایسه با دارونما و کنترل به افزایش میانگین نمرات راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان ($p=0/001$) و کاهش میانگین نمرات راهبردهای سازش‌نیافته ($p=0/001$) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری منجر شده است. گشتالت‌درمانی در مقایسه با فعال‌سازی رفتاری میانگین نمرات راهبردهای سازش‌یافته را ($p=0/027$) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بیشتر افزایش داده است و نیز میانگین نمرات راهبردهای سازش‌نیافته ($p=0/020$) را بیشتر کاهش داده است.

نتیجه‌گیری: گشتالت‌درمانی در مقایسه با فعال‌سازی رفتاری و دارونما بر بهبود تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس مؤثرتر است.

واژگان کلیدی: رفتاردرمانی، کارآزمایی بالینی، تنظیم هیجان، گشتالت‌درمانی، مالتیپل اسکلروزیس

* نویسنده مسئول: مینا مجتبابی، دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. mojtabaie_in@yahoo.com

مقدمه

مالتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری خودایمنی و التهابی مزمن و پیش‌رونده است که در نتیجه‌ی میلین‌زدایی سیستم عصبی مرکزی ایجاد و بر اساس محل تخریب، به طیف گسترده‌ای از علائم حسی، حرکتی و روان‌شناختی منجر می‌شود (۱). بیشتر جوانان بین بیست تا چهل سال را درگیر می‌کند. این بیماری در زنان دو الی سه برابر بیشتر از مردان بروز می‌کند (۲). سیر بالینی آن متنوع بوده و می‌تواند از کاملاً خوش‌خیم تا پیش‌رونده و ناتوان‌کننده متغیر باشد. شایع‌ترین فرم آن با شیوع ۸۵ درصدی از نوع عودکننده و بهبودیابنده (RRMS: relapsing and remitting multiple sclerosis) است. MS شایع‌ترین علت ناتوانی در جوانان بعد از تروما است. همراهی این دو خاصیت یعنی درگیرکردن جوانان و ناتوان‌کنندگی آن را برای فرد، خانواده و جامعه پرهزینه می‌کند و چالش بزرگی برای سیستم‌های مراقبت بهداشتی است (۳).

شیوع MS طی سه دهه‌ی گذشته افزایش چشمگیری داشته و در ده سال آینده نیز این روند صعودی خواهد بود (۴). تعداد مبتلایان در جهان حدود ۲/۸ میلیون نفر گزارش شده است (۵). ایران نیز در زمره‌ی کشورهای با ریسک بالای ابتلا با میزان شیوع ۱۴۸/۰۶ در صد هزار قرار دارد و تاکنون هفتاد هزار بیمار در ایران شناسایی شده‌اند (۴).

پژوهش‌ها به ارتباط بین مشکلات شناختی و هیجانی با آسیب‌های مغزی در بیماران مبتلا به MS اشاره کردند. این علائم روان‌شناختی افزون‌بر اینکه ممکن است در نتیجه‌ی تأثیرات مستقیم التهاب و تخریب غلاف عصبی باشد، ناشی از ناتوانی‌ها و مسائل روانی اجتماعی منتج از یک بیماری مزمن و ناتوان‌کننده، با علت نامشخص، پیش‌آگهی نامعلوم و دوره‌های عود پیش‌بینی‌ناپذیر است (۶).

اشکال در کاربرد راهبردهای شناختی تنظیم هیجان از عوامل بین تشخیصی بسیار مهمی هستند که در گسترش،

تظاهر و تداوم آسیب‌شناسی روانی نقش کلیدی دارند (۷). تنظیم شناختی هیجان مهارتی ویژه است و به مدیریت اطلاعات برانگیزاننده‌ی هیجان از طریق راهبردهای آگاهانه شناختی اشاره دارد (۸). سلامت روانی افراد ناشی از این تعاملی دوطرفه میان استفاده از انواع خاصی از این راهبردها و ارزیابی درست از موقعیت تنش‌زاست (۹). در اکثر مبتلایان به MS به‌علت درک منفی از وقایع، تجارب هیجانی، شدت یافته است؛ همچنین بیشتر این افراد مهارت‌های لازم برای مدیریت و تنظیم این هیجانات شدید را ندارند (۱۰). بر این اساس انتخاب یک پروتکل درمانی مناسب که بر بهبود ابعاد هیجانی این بیماران اثر مثبت بگذارد، اهمیت دارد.

گشتالت‌درمانی رویکردی انسان‌گرایانه و جامع‌نگر مبتنی بر پدیدارشناسی است که به‌دلیل پافشاری بر خودمسئولیتی افراد، کنش‌گر بودن آن‌ها در رویدادهای زندگی، استفاده از فنون آسان‌سازی احساسات و تأکید بر خودحمایتی، در حوزه‌ی مسائل روان‌شناختی و مشکلات مزمن جسمانی بسیار اثربخش گزارش شده است (۱۱). هدف آن برداشتن موانعی است که بر سر راه آگاهی انسان قرار دارد. افراد با کسب آگاهی و رویارویی با قسمت‌های انکارشده‌ی وجود خود از طریق هماهنگی احساسات، افکار و بدن به انسجام و تعادل می‌رسند (۱۲، ۱۳). از دیگر درمان‌هایی که برای مدیریت مشکلات روان‌شناختی می‌تواند تأثیرات شگرفی داشته باشد، فعال‌سازی رفتاری است که از مدل‌های تنظیم هیجان در مفهوم‌سازی آن استفاده شده است. رویکرد رفتاری کوتاه‌مدت و ساختاریافته که فعالیت‌های فرد اعم از مرتبط و نامرتبط با بیماری، تغییر سبک زندگی و پیامدهای بیماری را در مرکز توجه قرار می‌دهد و از طریق افزایش تعامل سازنده با منابع پاداش‌دهنده، فشارهای هیجانی تسکین می‌یابد. این مداخله به‌دلیل نیاز به منابع کمتر و پیاده‌سازی آسان‌تر می‌تواند مقرون‌به‌صرفه باشد (۱۴). از سوی دیگر برخی مطالعات به اثرات دارونما در کاهش علائم روان‌شناختی اشاره کردند که به‌دلیل

روان‌پزشکی، ابتدا به RRMS بر اساس کرایتریای مکدونالد ۲۰۱۷ با تشخیص نورولوژیست که از زمان تشخیص آن حداقل شش ماه گذشته باشد، بودن در مرحله‌ی فرونشانی، دامنه‌ی سنی هجده تا پنجاه سال، توانایی جسمانی برای شرکت در درمان و سکونت در شهر تهران حین اجرای جلسات، ملاک‌های عدم ورود شامل ابتلا به اختلالات سایکوتیک، شناختی و شخصیت، مصرف داروهای روان‌پزشکی سه ماه قبل از پژوهش و در حین آن و سوءمصرف مواد و دارو و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل بروز حمله‌ی جدید، ابتلا به بیماری‌های شدید جسمی جدید که اولویت درمانی دارند، شروع روان‌درمانی دیگر به صورت هم‌زمان و غیبت در بیش از دو جلسه بوده است.

۳- حجم نمونه

حجم نمونه بر پایه‌ی جدول کوهن (Cohen) با توان آزمون ۰/۹۰ سطح آلفای ۰/۰۵ و اندازه‌ی اثر متوسط ۰/۵، در هر گروه پانزده نفر تعیین شد (۱۶). با استفاده از سایت اینترنتی <http://www.sealedenvelope.com> برای حجم نمونه‌ی شصت نفری با استفاده از بلوک‌های چهارتایی زنجیره‌ی تصادفی تولید شد و به‌طور هم‌زمان کدهای پنهان‌سازی شده به‌ازای هر گروه به‌وسیله‌ی همین سایت تخصیص داده شد. در راستای پنهان‌سازی تخصیص درمان، لیست درمان‌ها درون پاکت‌های سر بسته و شماره‌گذاری شده (به‌منظور حفظ ترتیب توالی) قرار گرفت. این کدها بر اساس توالی تصادفی بر روی شصت پاکت متوالی، مجزا و مهر و موم شده درج شد و در سایت بیمارگیری قرار داده شد، به‌طوری که هر بیمار پس از ورود به پژوهش به ترتیب یکی از پاکت‌ها را برمی‌داشت. در نهایت افراد با استفاده از این بلوک‌ها به‌طور تصادفی در چهار گروه پانزده نفره (شامل سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گماشته شدند. اما در روند اجرای پژوهش به دلیل ریزش افراد، نمونه به ۵۲ نفر کاهش یافت و اطلاعات آنان

عوارض ناچیز و هزینه‌ی پایین می‌تواند گزینه‌ی درمانی مناسبی باشد (۱۵).

در نهایت، به دلیل رنج و چالش‌های ناشی از بیماری، تجارب هیجانی در این افراد منفی و شدت یافته است و از آنجاکه تنظیم هیجان نقش مهمی در سازگاری افراد با وجود وقایع استرس‌زای بیماری دارد، یافتن درمانی مناسب می‌تواند با ارتقاء کیفیت زندگی بر تداوم روند بهبودی آنان اثرگذار باشد و از عودهای مکرر جلوگیری کند (۷). با توجه به اینکه پژوهشی در زمینه‌ی اثربخشی این سه روش بر تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به MS صورت نگرفته، بنابراین پژوهش حاضر، در پی پاسخگویی به این پرسش است که آیا بین اثربخشی گشتالت‌درمانی، فعال‌سازی رفتاری و دارونما بر تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به MS تفاوت وجود دارد؟

روش‌ها

۱- طرح تحقیق

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه بود و در قالب کارآزمایی بالینی با شماره‌ی ثبت IRCT20200613047747N1 به شکل گروهی اجرا شد. متغیرهای مستقل در این پژوهش گشتالت‌درمانی، درمان فعال‌سازی رفتاری و دارونما و متغیر وابسته، میزان تغییر در نمره‌ی تنظیم شناختی هیجان و در نتیجه کاربست این مداخلات بود.

۲- جامعه‌ی آماری

جامعه‌ی آماری، شامل کلیه‌ی مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به کلینیک MS بیمارستان حضرت رسول اکرم تهران از تیر لغایت آذر ۹۸ بود. شرکت‌کنندگان در پژوهش بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند.

الف- معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود به مطالعه شامل تکمیل رضایت‌نامه‌ی آگاهانه، داشتن پرونده‌ی فعال در کلینیک MS و

این پرسش‌نامه دو راهبرد و نه خرده مقیاس دارد. راهبردهای بررسی‌شده عبارتند از: ۱. راهبردهای سازش‌یافته شامل پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم‌اهمیت شماری و ۲. راهبردهای سازش‌نیافته شامل خودسرزنش‌گری، دیگرسرزنش‌گری، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی. دامنه‌ی نمرات زیرمقیاس‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از یک (هرگز) تا پنج (همیشه) تعیین می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب دو و ده است. نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی استفاده‌ی بیشتر فرد از آن راهبرد است. از مجموع نمره‌ی مربوط به زیرمقیاس‌های راهبردهای مثبت تقسیم بر ده (تعداد ماده‌ها)، نمره‌ی راهبردهای سازش‌یافته و از مجموع نمره‌ی زیرمقیاس‌های راهبردهای منفی تقسیم بر هشت (تعداد ماده‌ها) نمره‌ی راهبردهای سازش‌نیافته به‌دست

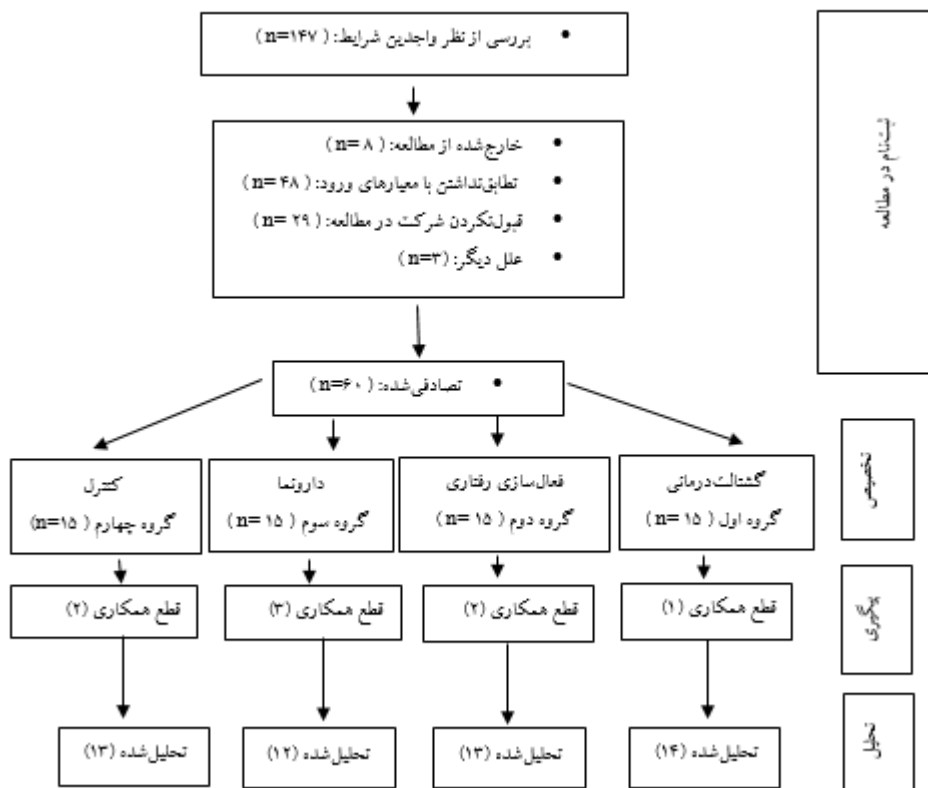
وارد تحلیل نهایی شد (شکل ۱). در مطالعه‌ی ما کورسازی انجام نشد.

۴- ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و تنظیم شناختی هیجان بود.

پرسش‌نامه‌ی اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، شهر محل سکونت، سابقه‌ی دریافت خدمات روان‌درمانی و داروهای روان‌پزشکی بود.

فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی تنظیم شناختی هیجان (CERO: Cognitive Emotion Regulation Questionnaire) ابزاری هجده ماده‌ای که گارنفسکی و کرایج (Garnefski & Kraaij) در سال ۲۰۰۶ آن را تدوین کرده‌اند که برای افراد دوازده سال به بالا قابلیت اجرا دارد و برای شناسایی راهبردهای مقابله شناختی افراد پس از تجربه وقایع یا موقعیت‌های منفی استفاده می‌شود.



شکل ۱. نمودار کارآزمایی بالینی

هیجان (CERQ) در هر چهار گروه اجرا شد، سپس جلسات مداخله برای گروه اول با پروتکل گشتالت‌درمانی براساس تلفیق روش‌ها و فنون گشتالتی از جوینس و سیلز (Joyce & Sills) و برونل (Brownell) (۱۲، ۱۷) و برای گروه دوم پروتکل فعال‌سازی رفتاری بر اساس راهنمای درمانی گالن (Gollan) و همکاران و مارتل (Martell) و همکاران متناسب با شرایط بیماران تدوین و طی هشت جلسه‌ی نود دقیقه‌ای به صورت هفتگی در کلینیک خصوصی با حضور درمانگر آموزش‌دیده اجرا شد (۱۸، ۱۴، ۱۲، ۱۷) و در گروه دارونما از کیسول‌های حاوی آرد برنج، روزانه یک عدد به مدت هشت هفته استفاده شد؛ اما طی این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای روی گروه گواه صورت نگرفت. هر چهار گروه بلافاصله پس از اتمام جلسات و سه ماه پس از آن به‌عنوان پیگیری میزان تأثیرگذاری، مجدداً CERQ را تکمیل نمودند و بدین ترتیب داده‌های مورد نیاز برای بررسی فرضیه‌ی پژوهشی گردآوری شد. خلاصه‌ی جلسات در جدول ۱ آورده شده است.

می‌آید. سازندگان این ابزار همسانی درونی، خرده‌مقیاس‌ها را بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۵ تا ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. همچنین، پرسش‌نامه‌ی استفاده‌شده روایی قابل قبولی دارد (۸، ۱۹). در ایران، درستی و قابلیت اعتماد این مقیاس بررسی شد و برای درستی آن، از همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها استفاده شده بود که مطلوب گزارش شد و برای قابلیت اعتماد از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید. این ضرایب برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ بود و برای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۸ گزارش شد (۲۰). در پژوهش حاضر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به دو گروه راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نیافته تفکیک و مطالعه شد و آلفای کرونباخ دو راهبرد به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۸ به دست آمد.

۵- روند اجرای پژوهش

بعد از انتخاب شرکت‌کنندگان باتوجه‌به معیارهای ورود، پیش‌آزمون با استفاده از پرسش‌نامه‌ی تنظیم شناختی

جدول ۱. خلاصه جلسات گشتالت‌درمانی و فعال‌سازی رفتاری

جلسات	موضوع جلسات فعال‌سازی رفتاری	موضوع جلسات گشتالت‌درمانی
۱	هیجان‌های منفی: اضطراب و افسردگی	«تمرکز و اسکن کردن بدن» جهت توجه به احساسات خاصی که فرد درگیر آنهاست
۲	نقش رویدادهای منفی زندگی، اجتناب از موقعیت‌ها و افراد و نشخوار فکری در حفظ هیجان‌های منفی	ماندن در زمان حال برای ایجاد تعادل با آوردن رفتارهای اجتنابی به سطح آگاهی، آشنایی با قطبیت‌ها، مرزها و دفاع‌ها با توجه به احساسات و ادراکات
۳	درجه‌بندی لذت- موفقیت و ایجاد برنامه برای فعالیت‌های لذت‌بخش	پذیرش مسئولیت انتخاب‌های خود شامل افکار، احساسات و اعمال
۴	مهارت «تا کی نه»	فن «صندلی خالی» و برون‌ریزی هیجانات فروخورده
۵	مهارت «رواج» و «رواق»	«واگون سازی» جهت جایگزینی افکار خودمحدود کننده با افکار مثبت
۶	استرس، افسردگی، اضطراب	«اکتشاف رویا» به منظور کشف بخش‌های گمشده فرد
۷	آموزش مهارت «براز وجود»	استفاده از «بازی‌های نمادین» جهت شفافیت بیشتر از طریق گفتگو بخش‌های پنهان
۸	مرور برنامه و طرح نگهدارنده و انجام پس‌آزمون	مرور برنامه و طرح نگهدارنده و انجام پس‌آزمون

*: تحلیل، انتخاب، کوشش، یکپارچه‌کردن، نتیجه‌سنجی و هرگز دست بردار؛

** : راه‌انداز، واکنش و اجتناب؛

*** : راه‌انداز، واکنش و اقدام جایگزین

۶- تجزیه و تحلیل آماری

برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۵ استفاده شد. برای اطمینان از نرمال بودن داده‌های مربوط به متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلک و برای همگنی واریانس‌ها از آزمون لون و برای بررسی اثر متقابل زمان قبل و بعد از مداخله (بر گروه‌های آزمایش و کنترل) از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و برای مقایسه‌ی اختلاف میانگین بین گروهی از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

۷- ملاحظات اخلاقی

به‌منظور رعایت مباحث اخلاقی، به شرکت‌کنندگان اطلاعاتی درباره‌ی روند پژوهش، امکان خروج از پژوهش به‌صورت آزادانه و محرمانه بودن اطلاعات شخصی آن‌ها داده شد. و ذکر گردید که ورود در پژوهش تأثیری در روند درمان بیماری MS آن‌ها نخواهد داشت. همچنین کد اخلاق به شماره IR.IAU.TMU.REC.1398.201 دریافت شد.

یافته‌ها

۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و توصیفی

جدول ۲، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در گروه‌های چهارگانه پژوهش را نشان می‌دهد.

همچنان که جدول ۲ نشان می‌دهد، در گروه گشتالت‌درمانی چهارده نفر، در گروه‌های فعال‌سازی رفتاری و کنترل سیزده نفر و در گروه دارونما دوازده نفر حضور داشتند. استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که بین گروه‌ها به لحاظ میانگین سنی تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین استفاده از آزمون کای اسکوتر پیرسون نشان داد که بین چهار گروه به لحاظ میزان تحصیلات و وضعیت تأهل تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول ۳ علاوه بر میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان، مقادیر شاپیرو-ویلک راهبردهای سازش‌یافته و راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان را به تفکیک گروه نشان می‌دهد.

همچنان که جدول ۳ نشان می‌دهد، ارزش شاپیرو-ویلک مربوط به راهبردهای سازش‌نیافته در گروه فعال‌سازی رفتاری در مرحله‌ی پیش‌آزمون در سطح ۰/۰۵ معنادار است. اگرچه این مطلب بیانگر آن است که توزیع داده‌های مربوط به آن متغیر در گروه یادشده، غیر نرمال است، با وجود این و باتوجه‌به سطح معناداری به‌دست‌آمده برای ارزش شاپیرو-ویلک و مقاومت روش‌های آماری خانواده تحلیل واریانس در برابر انحراف از مفروضه‌ها می‌توان انتظار داشت که این موضوع نتایج تحلیل را بی‌اعتبار نسازد.

۲- مفروضه‌ها

در پژوهش حاضر مفروضه‌های همگنی واریانس‌های خطا با استفاده از آزمون لون (Leven)، برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس با استفاده از آماره ام. باکس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها با استفاده از تست موخلی بررسی شد و نتایج نشان داد که هر سه مفروضه گفته‌شده در بین داده‌ها برقرار است. در ادامه، نتایج تحلیل چند متغیری نشان داد که اثر اجرای متغیرهای مستقل بر راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان $(P = ۰/۰۰۱, \eta^2 = ۰/۴۱۹)$ ، لامبدای ویلکز، $(F = ۱۱/۲۹)$ و راهبردهای سازش‌نیافته آن $(P = ۰/۰۰۱, \eta^2 = ۰/۳۵۷)$ ، لامبدای ویلکز، $(F = ۸/۶۸)$ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

ویژگی	شاخص آماری / طبقه	گشتالت‌درمانی	فعال‌سازی رفتاری	دارونما	کنترل
سن	میانگین	۳۲/۷۹	۳۷/۳۱	۳۵/۰۸	۳۷/۶۹
	انحراف استاندارد	۶/۷۶	۵/۵۹	۵/۳۳	۶/۵۰
میزان تحصیلات	دیپلم	۲	۳	۴	۴
	فوق دیپلم	۵	۳	۲	۱
	لیسانس و بالاتر	۷	۷	۶	۸
وضعیت تأهل	مجرد	۴	۴	۴	۵
	متأهل	۶	۳	۷	۲
	فوت همسر/طلاق	۴	۶	۱	۶
مجموع	۱۴	۱۳	۱۲	۱۳	

جدول ۳. میانگین (انحراف استاندارد) و مقادیر شاپیرو-ویلک (سطح معناداری) راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نیافته تنظیم شناختی

هیجانی در در سه مرحله پژوهش

متغیر	گروه	میانگین (انحراف استاندارد)			شاپیرو-ویلک (سطح معناداری)		
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری*
راهبردهای سازش‌یافته	گشتالت‌درمانی	۱/۷۲ (۰/۳۲)	۳/۱۳ (۰/۵۰)	۲/۸۸ (۰/۴۰)	۰/۹۶۱ (۰/۷۴۰)	۰/۸۸۲ (۰/۰۶۲)	۰/۹۳۹ (۰/۴۰۴)
	فعال‌سازی رفتاری	۱/۸۲ (۰/۳۲)	۲/۷۳ (۰/۴۲)	۲/۳۷ (۰/۴۶)	۰/۹۷۵ (۰/۹۴۶)	۰/۹۶۲ (۰/۷۸۱)	۰/۹۶۲ (۰/۷۸۱)
	دارونما	۱/۷۷ (۰/۳۵)	۲/۱۲ (۰/۳۶)	۱/۹۲ (۰/۳۳)	۰/۹۵۵ (۰/۷۱۷)	۰/۹۴۰ (۰/۵۰۳)	۰/۹۴۶ (۰/۵۸۴)
	کنترل	۱/۹۹ (۰/۳۸)	۱/۸۴ (۰/۳۶)	۱/۷۴ (۰/۳۱)	۰/۹۵۴ (۰/۶۵۷)	۰/۹۲۴ (۰/۲۸۰)	۰/۸۸۳ (۰/۰۷۹)
راهبردهای سازش‌نیافته	گشتالت‌درمانی	۳/۹۰ (۰/۶۲)	۱/۸۸ (۰/۴۱)	۲/۲۳ (۰/۴۷)	۰/۹۱۷ (۰/۱۹۹)	۰/۸۸۵ (۰/۰۶۸)	۰/۹۲۳ (۰/۲۴۱)
	فعال‌سازی رفتاری	۳/۷۸ (۰/۶۹)	۲/۶۲ (۰/۶۰)	۲/۸۶ (۰/۵۱)	۰/۸۶۶ (۰/۰۴۷)	۰/۹۸۵ (۰/۹۹۶)	۰/۹۴۴ (۰/۵۰۶)
	دارونما	۳/۷۲ (۰/۷۳)	۳/۵۴ (۰/۵۸)	۳/۶۵ (۰/۵۷)	۰/۸۸۵ (۰/۱۰۰)	۰/۹۳۷ (۰/۴۵۷)	۰/۹۳۸ (۰/۴۷۷)
	کنترل	۳/۶۴ (۰/۶۹)	۳/۷۰ (۰/۶۴)	۳/۷۸ (۰/۷۳)	۰/۹۲۴ (۰/۲۸۶)	۰/۸۷۰ (۰/۰۵۳)	۰/۹۰۲ (۰/۱۴۴)

* پیگیری: فالوآپ سه ماه پس از پایان مداخله‌ها

و سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان را نشان می‌دهد.

جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه × زمان

۳- اثرات زمان، گروه و تعاملی

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در

تبیین اثر متغیرهای مستقل بر راهبردهای سازش‌یافته

برای راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان ($F = 14/70, P = 0/001, \eta^2 = 0/479$) و برای راهبردهای سازش نایافته آن ($F = 9/80, P = 0/001, \eta^2 = 0/380$) در سطح $0/01$ معنادار است. این یافته‌ها بیانگر آن است که دست‌کم تفاوت اثر اجرای یکی از متغیرهای مستقل در مقایسه با متغیر مستقل دیگر یا گروه کنترل بر راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نایافته تنظیم شناختی هیجان در سطح $0/001$ معنادار است.

۴-آزمون‌های تعقیبی

جدول ۵ نتایج آزمون بنفرونی نمرات مربوط به راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نایافته تنظیم شناختی هیجان در چهار گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در جدول ۵ نشان می‌دهد که اجرای گشتالت‌درمانی و فعال‌سازی رفتاری در مقایسه با گروه دارونما و گروه کنترل منجر به افزایش میانگین نمرات راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان ($p = 0/001$) و کاهش میانگین نمرات راهبردهای سازش‌نایافته ($p = 0/001$) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده است. همچنین نتایج جدول ۴ هم‌سو با نمودارهای شکل (۲) نشان می‌دهد، اگرچه

در مرحله‌ی پیگیری (سه ماه پس از اجرای پس‌آزمون)، میانگین نمرات راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان در دو گروه گشتالت‌درمانی و فعال‌سازی رفتاری تا حدودی در مقایسه با مرحله پس‌آزمون کاهش و میانگین نمرات راهبردهای سازش‌نایافته آن تا حدودی افزایش یافته است، با وجود این، تفاوت میانگین نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در سطح $0/05$ غیر معنادار بود. این یافته بیانگر آن است که تغییرات ناشی از اجرای گشتالت‌درمانی و فعال‌سازی رفتاری بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به MS سه ماه بعد از اتمام دوره‌ی مداخله همچنان پابرجا مانده است.

همچنین نتایج در جدول ۵ نشان می‌دهد که گشتالت‌درمانی در مقایسه با فعال‌سازی رفتاری میانگین نمرات راهبردهای سازش‌یافته تنظیم شناختی هیجان ($p = 0/027$) را در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بیشتر افزایش داده است و نیز در مقایسه با فعال‌سازی رفتاری، میانگین نمرات راهبردهای سازش‌نایافته ($p = 0/020$) را بیشتر کاهش داده است. هم‌سو با نتایج جدول ۵ نمودارهای شکل ۲ نیز نشان می‌دهد که گشتالت‌درمانی در مقایسه با فعال‌سازی رفتاری در بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی روش مؤثرتری است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نایافته تنظیم

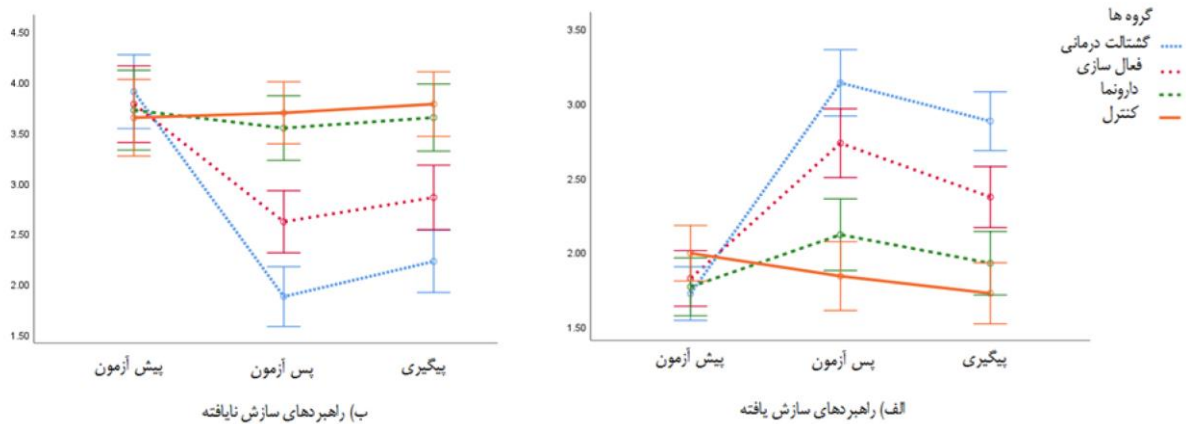
شناختی هیجان

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	η^2
راهبردهای سازش‌یافته	اثر گروه	۱۳/۶۶	۸/۰۲	۲۸/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۶۳۰
	اثر زمان	۴/۱۱	۵/۷۶	۳۴/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۱۶
	اثر تعاملی گروه × زمان	۱۱/۲۵	۱۲/۲۸	۱۴/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۴۷۹
راهبردهای سازش‌نایافته	اثر گروه	۲۸/۸۰	۱۷/۶۳	۲۶/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۶۲۰
	اثر زمان	۱۰/۴۵	۱۵/۶۶	۳۲/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۳۹۷
	اثر تعاملی گروه × زمان	۲۱/۶۵	۳۵/۳۶	۹/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۳۸۰

شکل ۲ نمودارهای مربوط به راهبردهای سازش یافته و پژوهش را در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و سازش‌نایافته تنظیم شناختی هیجان در گروه‌های پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها بر راهبردهای سازش یافته و سازش‌نایافته تنظیم شناختی هیجان

متغیر	زمان‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون			
راهبردهای سازش یافته	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۶۳	۰/۱۰	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۳۹	۰/۰۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۳	۰/۰۹	۰/۱۶۷
راهبردهای سازش نایافته	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۸۳	۰/۱۲	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۶۴	۰/۱۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۱۹	۰/۱۲	۰/۳۹۹
متغیر	تفاوت گروه‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
	گشتالت‌درمانی	فعال‌سازی			
راهبردهای سازش یافته	گشتالت‌درمانی	فعال‌سازی	۰/۲۷	۰/۰۹	۰/۰۲۷
	گشتالت‌درمانی	دارونما	۰/۶۴	۰/۰۹	۰/۰۰۱
	گشتالت‌درمانی	کنترل	۰/۷۳	۰/۰۹	۰/۰۰۱
	فعال‌سازی	دارونما	۰/۳۷	۰/۰۹	۰/۰۰۱
	فعال‌سازی	کنترل	۰/۴۶	۰/۰۹	۰/۰۰۱
	دارونما	کنترل	۰/۰۹	۰/۰۹	۱/۰۰
راهبردهای سازش نایافته	گشتالت‌درمانی	فعال‌سازی	-۰/۴۲	۰/۱۴	۰/۰۲۰
	گشتالت‌درمانی	دارونما	-۰/۹۷	۰/۱۴	۰/۰۰۱
	گشتالت‌درمانی	کنترل	-۱/۰۴	۰/۱۴	۰/۰۰۱
	فعال‌سازی	دارونما	-۰/۵۵	۰/۱۴	۰/۰۰۱
	فعال‌سازی	کنترل	-۰/۶۲	۰/۱۴	۰/۰۰۱
	دارونما	کنترل	-۰/۰۷	۰/۱۴	۱/۰۰



شکل ۲. نمودارهای مربوط به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در گروه‌های پژوهش در سه مرحله اجرا

بحث

بر اساس هدف پژوهش حاضر مبنی بر مقایسه اثربخشی گشتالت‌درمانی، فعال‌سازی رفتاری و دارونما بر تنظیم شناختی هیجان مبتلایان به MS، نتایج نشان داد که گشتالت‌درمانی و فعال‌سازی رفتاری نسبت به گروه دارونما و کنترل بر افزایش تنظیم شناختی هیجان سازش‌یافته و کاهش تنظیم شناختی هیجان سازش‌نیافته بیماران MS اثربخش هستند؛ اما گشتالت‌درمانی در مقایسه با فعال‌سازی رفتاری در پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه تأثیر بیشتری داشته است. ترابیان و همکاران، فورر (Fourure)، ذبیحی، جاونسکی و بیدریکا (Janowski & Biedrycka) در پژوهش‌های خود اثربخشی گشتالت‌درمانی را بر تنظیم هیجان تأیید کردند (۲۱-۲۴).

در تبیین اثربخشی بیشتر گشتالت‌درمانی می‌توان بیان کرد که این درمان بر این باور است که اشخاص تمامی عناصر ضروری برای رشد فردی و خودگردانی را دارند (۲۵) و نگاهی خوش‌بینانه به انسان دارد و او را موجودی فعال و نه منفعل می‌داند که می‌تواند پاسخ‌های خود را به محرک‌های درونی و بیرونی تعیین کند؛ مشروط بر آنکه به آگاهی برسد. آگاهی به‌خودی‌خود می‌تواند درمان‌کننده باشد، زیرا افراد با شفافیت بیشتر درباره‌ی تجربیاتشان می‌توانند از توانایی خودتنظیمی خلاق و خودانگیخته به‌منظور انتخاب‌های مسئولانه استفاده کنند. در جلسات درمان بلوغ با رشد توانش‌های فرد از طریق کسب خودآگاهی متمرکز بر زمان حال، کاهش حمایت محیطی، قدرتمند کردن افراد و افزایش تحمل ناکامی همچنین افشای نقش‌های دروغینی که فرد در برقراری تماس بازی می‌کند، اتفاق می‌افتد (۲۵، ۲۶). مطالعات متعددی نشان داد که افزایش خودآگاهی باعث افزایش شفقت به خود و امیدواری و کاهش هیجانات منفی می‌شود (۲۷).

به عقیده‌ی گشتالت‌درمانگران، مشکلات موقعی بروز می‌کنند که پاسخ‌های عاداتی که زمانی مناسب بوده و کارکرد داشته برای موقعیت‌های جدید روزآمد نشده باشد

و حالا به گشتالت‌های تثبیت‌شده تبدیل شده‌اند. در جلسات درمان، فرد به توانایی‌های ذاتی خویش آگاه می‌گردد و راه تازه‌تری برای مواجهه با موقعیتی که در آن گیر کرده پیدا می‌کند (۱۷) و به این ترتیب خودگردانی فرد ارتقاء می‌یابد و توانایی مدیریت هیجانات و احساسات بهبود می‌یابد. راهبردهای سازگارانه اثربخش از دیدگاه گشتالت، به‌نوعی تطابق خلاقانه هستند. بنابراین درمان می‌تواند با شکوفایی تفکر خلاق راهبردهای سازگار را افزایش دهد (۱۲).

از آنجاکه مبتلایان به MS تماس ادراکی ضعیفی با دنیای خارج و با بدن خود دارند دچار عدم تعادل روان‌شناختی هستند؛ همچنین مشکلات جسمانی متعدد و ضعف در کنترل امور زندگی باعث احساس انسجام پایین در آن‌ها می‌شود، به‌علاوه بیشتر، خشمی معطوف به خود دارند که با نشانه‌های جسمانی همراه است؛ نشانه‌های بدنی نمایانگر دنیای درونی بیان نشده فرد هستند. بنابراین کسب آگاهی از مرزهای بدنی به‌دلیل رهاسازی انرژی مسدودشده، می‌تواند کنترل‌کننده و آرامش‌بخش باشد و به تعدیل هیجانات کمک کند (۲۶، ۲۸).

بر اساس این دیدگاه، بیماری موجود در فرد بازتابی از بیماری یا آشفتگی در کل موقعیت اوست. زمانی که حالات درونی و رفتار با یکدیگر هماهنگ باشد، انرژی کمتری در ارگانیسم هدر می‌رود و افراد قادر به برآوردن نیازهای خود به صورت مناسب‌تری هستند. در فرد منسجم، هیجانات نظم یافته‌تر می‌شود و در گستره‌ای با قابلیت اداره‌کردن نگه داشته می‌شود تا فرد بتواند با آن‌ها مقابله کند (۱۷، ۲۶).

در مجموع گشتالت‌درمانی کمک کرده تا افراد در یک رابطه هم‌ارز درمانگر/مراجع با ادغام اطلاعات درونی و بیرونی از سطح بازی‌های خودفریب، دفاع‌ها و لایه‌های شناخته‌شده، فراتر روند و با کمک تمرین‌های هیجانی اصلاحی به نشان‌دادن احساساتی که هرگز به‌گونه‌ای مستقیم تجربه نشده است، تشویق شوند و با بیان این هیجانات حل‌نشده و تملک جنبه‌های تکذیب‌شده‌ی خود و با استفاده از

تعمیم‌پذیر باشد. در ضمن پیشنهاد می‌گردد بسته‌های آموزشی گشتالت‌درمانی و فعال‌سازی رفتاری، به منظور کاهش علائم روان‌شناختی مبتلایان در اختیار متصدیان سلامت روان کلینیک‌ها و انجمن‌های MS سراسر کشور قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که اجرای پروتکل‌های گشتالت‌درمانی و فعال‌سازی رفتاری در مقایسه با مداخله در گروه دارونما و کنترل افزایش در میانگین نمرات راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازش‌یافته و کاهش در میانگین نمرات راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازش‌نیافته بیماران مبتلا به MS را در پی داشته است که اثرات آن سه ماه بعد از پایان درمان نیز کماکان برجا مانده، باین‌حال گشتالت‌درمانی در مقایسه با فعال‌سازی رفتاری در پس‌آزمون و دوره‌ی پیگیری سه ماهه، تأثیر بیشتری داشته است. بر این اساس در صورت دسترسی به درمانگران آموزش‌دیده، کاربست گشتالت‌درمانی برای بهبود مشکلات هیجانی این دسته از بیماران ارجحیت دارد.

تشکر و قدردانی

از مساعدت مسئولان دانشگاه علوم پزشکی ایران و کارکنان کلینیک MS بیمارستان رسول اکرم تهران، همچنین شرکت‌کنندگان در این مطالعه صمیمانه قدردانی می‌کنیم.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی را بیان نکرده‌اند.

منابع

- Huang YC, Chien WC, Chung CH, Chang HA, Kao YC, Wan FJ, et al.

خودگویی حامیانه، توانایی مقابله با انواع فشار در آن‌ها ارتقاء یافته و با ایجاد تعادلی در طفره و پذیرش به بهبود راهبردهای تنظیم هیجانی کمک می‌کند (۱۳، ۱۷).

درمان فعال‌سازی رفتاری با تمرکز بر بهبود رفتار و انتخاب پاسخ مناسب که به دنبال تغییر نحوه‌ی تعامل فرد با محیط اطرافش است با هماهنگی بین اقدامات و پیامدهای هیجانی و جایگزینی نظام‌مند الگوهای رفتاری ناکارآمد با الگوهای رفتاری سازگارانه، سبب بهبود تصور ناتوانی فرد در جهت مقابله‌ی صحیح در برابر مشکلات شد و با شکستن چرخه‌ی معیوب واکنش ناکارآمد، باعث ایجاد واکنش‌های مقابله‌ای مناسب و در کل بهبود تنظیم شناختی هیجانی در بیماران شد. آپهف (Uphoff) و همکاران (۲۰۲۰)، ملیک (Malik) و همکاران (۲۰۲۱) همچنین بدایت و عسگری در مطالعات خود به اثربخشی فعال‌سازی رفتاری بر تنظیم هیجان اشاره کردند.

از دلایل احتمالی اثربخشی بیشتر گشتالت‌درمانی نسبت به فعال‌سازی رفتاری به ذات غیرساختارمند جلسات که در لحظه باتوجه‌به شرایط موجود شکل می‌گیرد، می‌توان اشاره کرد. همچنین برخلاف فعال‌سازی رفتاری که به نقش حمایت محیطی تأکید زیادی دارد، در گشتالت‌درمانی تأکید بر خودحمایتی است. به‌علاوه تمرکز گشتالت‌درمانی بر آگاهی از بدن و هیجانات است درحالی‌که فعال‌سازی بیشتر بر تغییر رفتار تأکید دارد و از آنجاکه خستگی و بی‌حوصلگی جزء عوارض شایع بیماری MS است، شاید برای این دسته از افراد کمتر مطلوب و اثرگذار باشد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه داشت که عبارتند از نمونه‌گیری هدفمند با حجم پایین و عدم کنترل متغیرهایی مانند نوع داروی مصرفی بیماری MS. همچنین این پژوهش به بیماران زن و مبتلا به RRMS در شهر تهران محدود شده است؛ بنابراین می‌بایست در تعمیم نتایج آن جانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در انواع دیگر این بیماری و مناطق مختلف کشور هم انجام شود تا نتایج با قدرت بیشتری

- <https://doi.org/10.1177/1352458520970841>
6. Pfaff L, Lamy J, Noblet V, Gounot D, Chanson J-B, de Seze J, et al. Emotional disturbances in multiple sclerosis: A neuropsychological and fMRI study. *Cortex*. 2019 Aug; 117: 205-16.
<https://doi.org/10.1016/j.cortex.2019.02.017>
 7. Pfaff L, Gounot D, Chanson JB, de Seze J, Blanc F. Emotional experience is increased and emotion recognition decreased in multiple sclerosis. *Scientific Reports*. 2021 Nov 8; 11(1): 1-2. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-01139-z>
 8. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and individual differences*. 2006 Oct 1; 41(6): 1045-53.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010>
 9. Kraaij V, Garnefski N. The behavioral emotion regulation questionnaire: development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the cognitive emotion regulation questionnaire. *Personality and Individual Differences*. Risk of Psychiatric Disorders in Multiple Sclerosis: A Nationwide Cohort Study in an Asian Population. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2021; 17: 587-604.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S268360>
 2. Wallin MT, Culpepper WJ, Nichols E, Bhutta ZA, Gebrehiwot TT, Hay SI, et al. Global, regional, and national burden of multiple sclerosis 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. 2019 March; 18(3): 269-85.
[https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30443-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30443-5)
 3. Dobson R, Giovannoni G. Multiple sclerosis—a review. *Eur J Neurol*. 2019 Oct; 26(1): 27-40.
<https://doi.org/10.1111/ene.13819>
 4. Amini P, Almasi-Hashiani A, Sahraian MA, Najafi M, Eskandarieh S. Multiple sclerosis projection in Tehran, Iran using Bayesian structural time series. *BMC neurology*. 2021 Dec; 21(1): 1-6.
<https://doi.org/10.1186/s12883-021-02281-x>
 5. Walton C, King R, Rechtman L, Kaye W, Leray E, Marrie RA, et al. Rising prevalence of multiple sclerosis worldwide: Insights from the Atlas of MS. *Mult Scler J*. 2020; 26(14): 1816-21.

- depression: A clinician's guide. Guilford Publications; 2021 Nov 11.
- 2019 Jan 15; 137: 56-61.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.036>
15. Enck P, Klosterhalfen S. The placebo and nocebo responses in clinical trials in inflammatory bowel diseases. *Frontiers in Pharmacology*. 2021 Mar 31;12:255.
<https://doi.org/10.3389/fphar.2021.641436>
16. Cohen L, Manion L, Morrison K. *Research Methods in Behavioral Sciences*. Routledge; 2018: 202-226.
17. Joyce P, Sills C. *Skills in Gestalt counselling & psychotherapy*: Sage; 2018.
18. Gollan J, Atlis M, Marlow-O'Connor MJUmCUoC. Behavioral activation: Group treatment for depression (pilot version). 2003.
19. Besharat MA. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Instruction and Scoring (Persian Version). *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. 2017; 13(50): 3. [in persian].
20. Mohsenabadi H, Fathi-Ashtiani A. Evaluation of psychometric properties of the Persian version of the short form of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-18). *Journal of the Iranian Institute for Health*
10. Phillips LH, Henry JD, Nouzova E, Cooper C, Radlak B, Summers F. Difficulties with emotion regulation in multiple sclerosis: Links to executive function, mood, and quality of life. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*. 2014 Sep 14; 36(8): 831-42.
<https://doi.org/10.1080/13803395.2014.946891>
11. Raffagnino R. Gestalt therapy effectiveness: A systematic review of empirical evidence. *Open Journal of Social Sciences*. 2019 Jun 3; 7(6):66-83.
<https://doi.org/10.4236/jss.2019.76005>
12. Brownell P. *Handbook for theory, research, and practice in Gestalt therapy*: Cambridge Scholars Publishing; 2019.
13. Spagnuolo Lobb M. Gestalt therapy during coronavirus: Sensing the experiential ground and “dancing” with reciprocity. *The Humanistic Psychologist*. 2020 Dec; 48(4): 397.
<https://doi.org/10.1037/hum0000228>
14. Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dunn R. Behavioral activation for

- Social Sciences. 2021; 13(2): 108-18.
<https://doi.org/10.26803/ijhss.13.2.7>
26. Maan D. Gestalt therapy 100 Key Points and Techniques. 1st ed. Routledg. 2010: 1-276.
27. Wheeler G. & Axelsson L. Gestalt therapy. Washington, DC 2002, American psychological association. 2015. <https://doi.org/10.1037/14527-000>
28. Merizzi A, Biasi R, Zamudio JFÁ, Spagnuolo-Lobb M, Santini S. A single-case design investigation for measuring the efficacy of Gestalt therapy to treat depression in older adults with dementia in Italy and in Mexico: a research protocol. Preprints 2022. <https://doi.org/10.20944/preprints2022.01.0267.v1>
29. Uphoff E, Ekers D, Robertson L, Dawson S, Sanger E, South E, Samaan Z, Richards D, Meader N, Churchill R. Behavioural activation therapy for depression in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020 (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013305.pub2>
30. Malik K, Ibrahim M, Bernstein A, Venkatesh RK, Rai T, Chorpita B, Sciences Research: Payesh. 2021; 20 (2): 167-178. [in persian]. <https://doi.org/10.52547/payesh.20.2.167>
21. Torabian Sa-S, Mohammadi N, Rahimi C, Sivandzadeh Gr. The Effectiveness of Gestalt Therapy on Cognitive Emotion Regulation Strategies in Patients with Irritable Bowel Syndrome: A case study. Journal of Nursing Education (JNE). 2021 March; 9(6): 73-84. [in persian].
22. Fourure S. Emotional Regulation in Heart Gestalt-therapy. Gestalt. 2014; 44 (1): 143-54. <https://doi.org/10.3917/gest.044.0143>
23. Zabihi h. Evaluation of the effectiveness of gestalt group therapy on cognitive emotion regulation in divorced women: Shahid Beheshti University; 2018.
24. Janowski M, Biedrycka M. The effectiveness of gestalt therapy in the area of emotion regulation conducted in patients with neurotic/anxiety disorders. Psychoterapia. 2014; 171 (4): 63-75. <https://doi.org/10.12740/PT/30926>
25. Orfanos P. A Critical Perspective of the Gestalt Therapeutic Approach. International Journal of Humanities and

31. Bedayat E, Askary M. The Effectiveness of Behavioral Activation Group Therapy on Emotional Regulation and Suicidal Ideation Strategies in Female Students with Major Depressive Disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2020 Mar 10; 9(1): 47-56.
- Patel V. Behavioral Activation as an ‘active ingredient’ of interventions addressing depression and anxiety among young people: a systematic review and evidence synthesis. *BMC psychology*. 2021 Dec; 9(1) :1-23. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00655-x>.

Cite this article as:

Javadi Larijani F, Mojtabaie M, Moghaddasi M, Hatami M. Comparison of the Effectiveness of Gestalt Therapy, Behavioral Activation and Placebo on the Cognitive Emotion Regulation in Multiple Sclerosis Patients: A Randomized Clinical Trial. *Sadra Med Sci J* 2022; 10(1): 63-78.