

# The effectiveness of Gestalt Therapy, Behavioral Activation and Placebo on Reducing Depression in Women with Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis

## ARTICLE INFO

### Article Type

Research Article

### Authors

Farnia Javadi Larijani<sup>1</sup>

Mina Mojtabaie<sup>2\*</sup>

Mahdi Moghaddasi<sup>3</sup>

Mohammad Hatami<sup>4</sup>

### How to cite this article

Farnia Javadi Larijani, Mina Mojtabaie, Mahdi Moghaddasi, Mohammad Hatami, The effectiveness of Gestalt Therapy, Behavioral Activation and Placebo on Reducing Depression in Women with Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis, *Journal of Islamic Life Style Centered on Health*. 2022;6(3):366-376.

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

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

3. Professor of Neurology, Department of Neurology, school of medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

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

\* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: mojtabaie\_in@yahoo.com

### Article History

Received: 2022/06/23

Accepted: 2022/09/06

## ABSTRACT

**Purpose:** Multiple sclerosis (MS) is increasing in the world. Due to the reciprocal effects of psychological conditions with the severity and recurrence of the MS, it is important to choose the appropriate treatment approach. The aim of study was conducted to compare the effectiveness of gestalt therapy (GT), behavioral activation (BA) and placebo on depression in women with (RR-MS).

**Materials and Methods:** This clinical trial study was done on 60 women with (RRMS) who referred to MS clinic of Tehran's Rasool Hospital in 2019-2020. The participants were randomly allocated to four groups including GT, BA, placebo and control. GT and BA groups received eight 90-minute sessions of psychotherapy once a week. placebo group used 250 mg rice flour capsules once a day. The control group did not receive any intervention. All groups fulfilled the Beck depression inventory (1996) in the pre-test, post-test and follow-up stages. Data was analyzed using SPSS-25 and repeated measures analysis of variance method .

**Findings:** The implementation of GT and BA compared to placebo and control led to reduction in depression scores in the post-test and follow-up stages ( $p < 0.05$ ). While GT and BA did not have a significant difference.

**Conclusion:** GT and BA were effective in reduction depression in women with RR-MS and did not differ from each other. Placebo had no effect on reducing the depression of these women.

**Keywords:** Gestalt therapy, Behavioral activation, Placebo, Depression, Multiple sclerosis

## اثربخشی گشتالت تراپی، فعال‌سازی رفتاری و پلاسیبو بر

## کاهش افسردگی زنان مبتلا به اسکروز چندگانه

## عودکننده-فروکش کننده

فرنیا جوادی لاریجانی<sup>۱</sup>

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

مینا مجتبابی<sup>۲</sup>

دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران (نویسنده مسئول).

مهدی مقدسی<sup>۳</sup>

استاد، گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

محمد حاتمی<sup>۴</sup>

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

## چکیده

**هدف:** بیماری اسکروز چندگانه (MS) رو به افزایش است. به دلیل اثرات تقابلی شرایط روان‌شناختی افراد با شدت و عود بیماری انتخاب رویکرد درمانی مناسب اهمیت دارد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی گشتالت‌تراپی، فعال‌سازی رفتاری و پلاسیبو بر کاهش افسردگی زنان مبتلا به MS عودکننده-فروکش کننده (RR-MS) انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این کارآزمایی بالینی روی ۶۰ زن مبتلا به RR-MS مراجعه‌کننده به کلینیک ام‌اس بیمارستان رسول اکرم تهران در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ انجام شد. پس از غربالگری اولیه و شناسایی افراد واجد شرایط، شرکت‌کنندگان بصورت تصادفی به چهار گروه مساوی (سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل) تخصیص یافتند. گروه گشتالت‌تراپی و فعال‌سازی رفتاری ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای یکبار در هفته روان‌درمانی دریافت نمودند. در این مدت گروه پلاسیبو از کپسول‌های ۲۵۰ میلی‌گرمی آرد برنج روزانه یک عدد استفاده کردند. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. تمامی گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پرسشنامه افسردگی بک و همکاران (۱۹۹۶) را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از SPSS 25 و روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** اجرای گشتالت‌تراپی و فعال‌سازی رفتاری در مقایسه با پلاسیبو و کنترل کاهش میانگین نمرات افسردگی در مراحل پس-آزمون و پیگیری را در پی داشت. ( $p < 0/05$ ) درحالی‌که گشتالت‌تراپی و فعال‌سازی رفتاری تفاوت معناداری با هم نداشتند. **نتیجه‌گیری:** گشتالت‌تراپی و فعال‌سازی رفتاری در کاهش افسردگی زنان مبتلا به RR-MS اثربخش بودند و تفاوتی با یکدیگر نداشتند. پلاسیبو اثری بر کاهش افسردگی این زنان نداشت.

واژه‌های کلیدی: گشتالت‌تراپی، فعال‌سازی رفتاری، پلاسیبو، افسردگی، اسکروز چندگانه

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۱۵

\*نویسنده مسئول: mojtabaie\_in@yahoo.com

## مقدمه

اسکروز چندگانه (ام‌اس) از بیماری‌های خودایمنی شایع سیستم اعصاب مرکزی است که اغلب عودکننده و مزمن بوده و تاکنون درمان قطعی برای آن پیدا نشده‌است (۱). این بیماری انواع مختلفی دارد و شایع‌ترین فرم آن، نوع عودکننده-فروکش کننده (RRMS) است (۲). ام‌اس در زنان بیشتر از مردان شیوع دارد. اولین تظاهرات بیماری معمولاً در جوانی بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی بروز می‌کند و ماهیتی ناتوان‌کننده دارد (۱،۳).

ام‌اس به سرعت در حال رشد بوده به طوری که شیوع جهانی آن در سال ۲۰۲۰، ۳۵/۹ در هر صد هزار نفر گزارش شده است (۴). شیوع آن در ایران به ویژه مناطق شهری نیز رو به افزایش بوده و بسیاری از شهرها در کشور از شیوع متوسط تا بالا برخوردار می‌باشند (۵). شیوع ام‌اس در تهران ۱۸۴/۸۸ در صد هزار نفر گزارش شده است (۶).

در سال‌های اخیر، این بیماری توجه متخصصان سلامت روان را به خود معطوف کرده است. زیرا هرچند منشأ نورولوژیکی و خودایمنی دارد اما به شدت با علائم روانشناختی همراه است که می‌توانند بر سیر و پیش‌آگهی درمان اثرگذار باشند (۷). به طوری که شیوع اختلالات روان‌شناختی در آنان تقریباً سه برابر جمعیت عادی است (۸).

افسردگی یکی از عمده‌ترین اختلالات روانی در افراد مبتلا به ام‌اس است. بیش از ۵۰ درصد از آن‌ها در دوره‌ای از بیماری خود، افسردگی را تجربه می‌کنند (۹). همچنین، افسردگی یک اختلال همبود و عودکننده در تمامی گونه‌های بیماری ام‌اس است که شدت آن صرف‌نظر از میزان ناتوانی که ایجاد می‌کند، بر کیفیت زندگی، توانمندی‌های بدنی و عود بیماری تأثیر نامطلوبی می‌گذارد (۱۰). الگوی ام‌اس و شیوه برخورد با آن در فردی که دچار افسردگی شده، نسبت به بیماری که به افسردگی دچار نشده یا آن را مهار کرده، بسیار متفاوت است (۱۱) همچنین اختلال خواب و خستگی که از مهمترین شکایات اصلی بیماران است به شدت تحت تأثیر افسردگی قرار می‌گیرد (۱۲)، در برخی از پژوهش‌ها به وجود رابطه بین افسردگی و نقص در راه رفتن بیماران مبتلا به ام‌اس نیز اشاره شده است (۱۳).

علیرغم پیشرفت‌های عمده پزشکی هنوز درمان دارویی قطعی برای ام‌اس وجود ندارد و محققان بیشتر بر شناسایی گزینه‌های درمانی برای مدیریت علائم آن تأکید می‌شود. درمان‌های مکمل غیردارویی می‌توانند در کاهش علائم روانشناختی مؤثر باشند، سیر بیماری را کند سازند، تعداد حملات و عودها را کاهش دهند و شروع ناتوانی همیشگی را به تأخیر اندازند (۱۴)

پیش از تحقیق و عدم اعتیاد به مواد و دارو. ملاک‌های خروج شامل: فاز عود بیماری، ابتلا به بیماری‌های جدید که برای درمان از حیث دارند، شروع هم‌زمان روان‌درمانی دیگر و عدم حضور بیشتر از دو جلسه طی فرایند درمان بود

حجم نمونه براساس جدول کوهن (Cohen) با توان آزمون ۰/۹۰، آلفای ۰/۰۵ و اندازه اثر متوسط ۰/۵ برای هر گروه ۱۵ نفر و در کل ۶۰ نفر در نظر گرفته شده است (۲۴). سپس با استفاده از بلوک‌های ۴ تایی زنجیره تصادفی تولید شد و بطور هم‌زمان کدهای پنهان‌سازی شده به‌ازای هر گروه توسط سایت <http://www.sealedenvelope.com> تخصیص داده شد. به‌منظور پنهان‌سازی تخصیص، این کدها برپایه توالی تصادفی روی ۶۰ پاکت متوالی سربسته و شماره‌گذاری شده که لیست مداخلات داخل آن بود، درج و در کلینیک قرار داده شد، افراد پس از ورود به پژوهش به‌ترتیب یکی از پاکت‌ها را برمی‌داشت. در نهایت ۶۰ بیمار که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند، در چهار گروه ۱۵ نفری شامل سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. طی اجرای پژوهش با افت ۸ نفر مواجه شدیم بطوریکه در نهایت تعداد شرکت‌کنندگان به ۱۴ نفر در گروه گشتالت‌تراپی، ۱۳ نفر در گروه فعال‌سازی، ۱۲ نفر در گروه پلاسیبو و ۱۳ نفر در گروه کنترل تقلیل یافت و اطلاعات این تعداد وارد تحلیل نهایی شد. (شکل یک)

برخی از مطالعات نشان داد درمان‌های شناخته شده معمول و استاندارد مانند شناختی رفتاری نسبت به سایر مداخلات در ام‌اس کارایی کمتری دارد (۱۵،۱۶). گشتالت‌تراپی یکی از رویکردهای تجربی است که تأکیدش بر هیجانات و بدن است. درمان‌های تجربی در بهبود مشکلات روانشناختی توصیه می‌شود (۱۷، ۱۸). در این درمان افراد به واسطه آگاهی لحظه به لحظه تجارب خود و با دوباره تجربه کردن مشکلات و موقعیت‌های دردناک گذشته، کارهای ناتمام خود را که کارکرد زمان حال آنان را مختل کرده است به اتمام می‌رسانند و به تعادل و انسجام می‌رسند (۱۹).

فعال‌سازی رفتاری درمانی است که برای کاهش افسردگی در بیماران مزمن و غیر مزمن اثربخش گزارش شده است (۲۰). مطابق این رویکرد، افسردگی توسط رفتارهای اجتنابی به‌وجود آمده یا تداوم پیدا می‌کند. در این درمان به افراد آموزش داده می‌شود تا الگوهای رفتاری مرتبط با هیجان‌های منفی و رفتارهای اجتنابی خود را بشناسند و برای تغییر این الگوها، تلاش کنند بعلاوه آنها ترغیب می‌شوند که فعال‌تر شوند تا احتمال دستیابی به لذت و موفقیت را در زندگی‌شان افزایش دهند (۲۱).

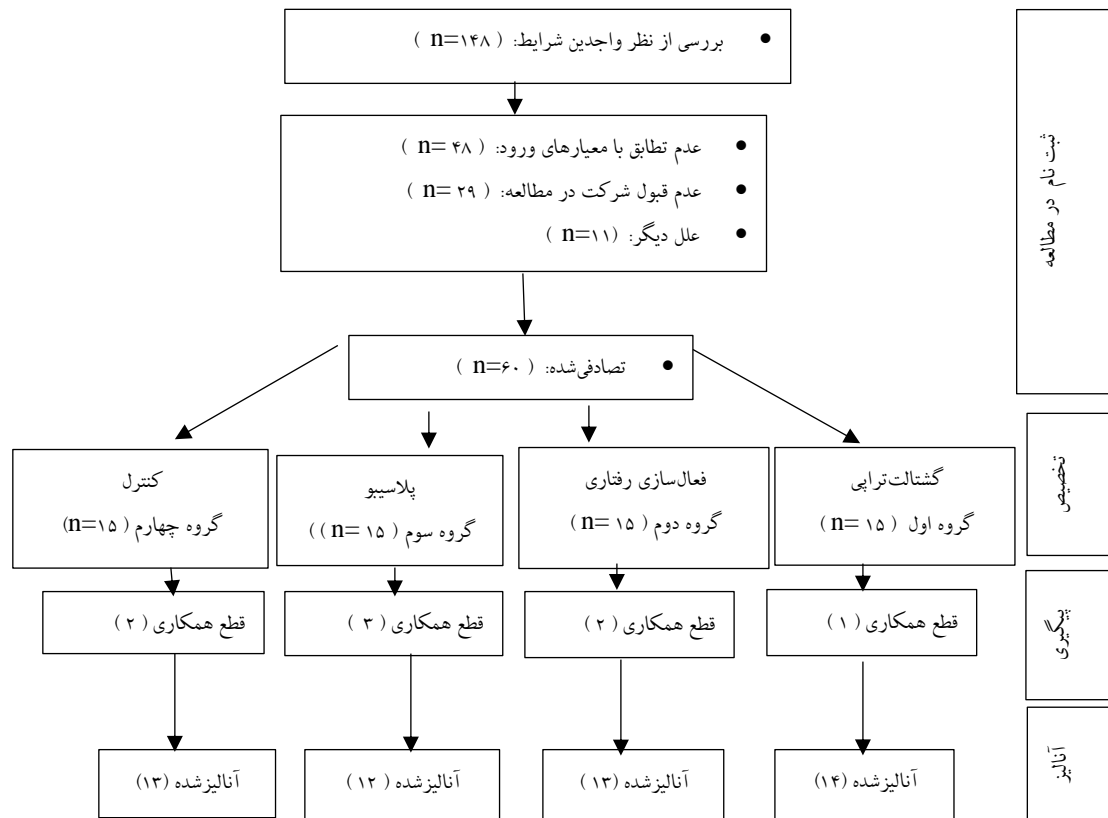
مطالعات بیانگر این است که استفاده از داروهای ضد افسردگی در بین مبتلایان به ام‌اس در مقایسه با جمعیت عمومی بیشتر دیده می‌شود (۱۰). همچنین برخی از پژوهش‌ها نشان دادند که اثر پلاسیبو در مقایسه با داروهای ضد افسردگی در کاهش علائم بیماران با افسردگی متوسط تفاوت چندانی نداشتند (۲۲، ۲۳) اگر پلاسیبو بر بهبود افسردگی زنان مبتلا به ام‌اس اثربخش باشد، به‌علت عوارض هزینه‌اندک و عوارض ناچیز می‌تواند انتخاب مقرون به صرفه‌ای باشد.

پژوهش حاضر دنبال پاسخ‌گویی به این پرسش است که آیا بین اثربخشی گشتالت‌تراپی، فعال‌سازی رفتاری و پلاسیبو بر افسردگی زنان مبتلا به ام‌اس نوع عودکننده-فروکش‌کننده تفاوتی وجود دارد؟

## مواد و روش‌ها

این کارآزمایی بالینی روی ۶۰ زن مبتلا به ام‌اس عودکننده-فروکش‌کننده، مراجعه‌کننده به کلینیک ام‌اس بیمارستان رسول-اکرم شهر تهران در بازه زمانی دی ۹۸ لغایت خرداد ۹۹ انجام شد. بیماران بطور تصادفی در چهار گروه ۱۵ نفری شامل گشتالت‌تراپی، فعال‌سازی رفتاری، پلاسیبو و کنترل تخصیص یافتند. این پژوهش توسط کمیته اخلاق در پژوهش مورد تأیید قرار گرفت و در مرکز کارآزمایی بالینی ایران ثبت گردید.

نمونه مورد مطالعه به روش نمونه‌گیری هدفمند، با اعمال ملاک‌های ورود انتخاب شد. معیارهای ورود شامل: امضا فرم رضایت آگاهانه، دارا بودن پرونده فعال در بیمارستان، زنان بین ۱۸ تا ۵۰ سال، تشخیص RRMS مطابق معیار مکدونالد ۲۰۱۷ با تأیید متخصص مغز و اعصاب برای حداقل ۶ ماه، فاز فروکش بیماری، داشتن افسردگی متوسط و شدید (زیر آستانه) بر اساس پرونده روان-پزشکی بیماران و نیز نمره ۲۰ و بالاتر بر اساس پرسشنامه افسردگی بک و سکونت در تهران. عدم ابتلا به اختلالات روان‌پریشی، شخصیت و شناختی، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی از سه ماه



شکل ۱: نمودار کارآزمایی بالینی

ابزارهای سنجش پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شهر محل زندگی، سابقه دریافت روان-درمانی و داروهای روانپزشکی بود. پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II): شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است و با ملاک‌های افسردگی در DSM-IV منطبق شده است. این پرسشنامه ۲۱ ماده دارد و هر یک مطابق شدت وضعیت گزارش شده توسط بیمار در یک پیوستار از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات آن از ۰ تا ۶۳ است. نقاط برش در این پرسشنامه ۱۳-۰، نشانگر افسردگی جزئی، ۱۹-۱۴ افسردگی خفیف، ۲۸-۲۰ افسردگی متوسط و ۶۳-۲۹ برای افسردگی شدید تعریف شده است (۲۵). پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه در مطالعه قاسم‌زاده و همکاران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و روایی آن با ضریب ۰/۷۳ تأیید شده است (۲۶). پایایی پژوهش حاضر ۰/۸۹ بدست آمد.

روند اجرای پژوهش: پس از اخذ مجوزهای لازم برای انجام پژوهش و انتخاب شرکت‌کنندگان با توجه به معیارهای ورود، ابتدا در مورد روند پژوهش توضیحاتی به گروه‌ها داده شد. سپس پرسشنامه افسردگی بک در همه گروه‌ها بعنوان پیش‌آزمون انجام شد. سپس جلسات گشتالت‌تراپی برای گروه آزمایش اول براساس تلفیق روش‌ها و فنون گشتالتی از جوویس و سیلز و همچنین بروئل و

جلسات فعالسازی رفتاری برای گروه آزمایش دوم بر اساس راهنمای درمانی گالن و همکاران و مارتل و همکاران با توجه به وضعیت بیماران طراحی و این مداخلات در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با چارچوب درمانی یک جلسه در هفته و طی هشت هفته پیاپی در کلینیک به‌وسیله تراپیست آموزش‌دیده، انجام شد (۱۷، ۲۷، ۲۸، ۲۹). در گروه پلاسیبو افراد هر روز به مدت ۸ هفته یک عدد از کپسول‌های ۲۵۰ میلی‌گرمی حاوی آرد برنج استفاده کردند. در این مدت گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. تمامی گروه‌ها بعد از اتمام مداخلات و سه ماه بعد از پایان آخرین جلسه مداخلات به‌منظور پیگیری اثرات درمان‌ها، بار دیگر به پرسشنامه افسردگی بک پاسخ دادند.

به جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که ورود در مطالعه اثری در درمان دارویی بیماری ام‌اس ندارد. امکان انصراف از پژوهش و محرمانه بودن اطاعات شخصی افراد نیز مدنظر قرار گرفت. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS-25 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی مورد تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی‌داری کمتر از پنج صدم در نظر گرفته شد. طرح کلی جلسات در جدول ۱ قید شده است.

جدول ۱: طرح کلی جلسات گشتالت‌تراپی و فعال‌سازی رفتاری

جلسه	فعال سازی رفتاری	جلسه	گشتالت تراپی
۱	هیجان‌های منفی: اضطراب و افسردگی	۱	تمرکز و اسکن کردن بدن جهت توجه به احساسات خاصی که فرد درگیر آنهاست
۲	نقش رویدادهای منفی زندگی، اجتناب از موقعیتهای و افراد و نشخوار فکری در حفظ هیجانهای منفی	۲	ماندن در زمان حال برای ایجاد تعادل با آوردن رفتارهای اجتنابی به سطح آگاهی آشنایی با قطیتهای، مرزها و دفاعها با توجه به احساسات و ادراکات
۳	درجه‌بندی لذت- موفقیت و ایجاد برنامه فعالیت لذت- بخش	۳	پذیرش مسئولیت انتخابهای خود شامل افکار، احساسات و اعمال
۴	مهارت "تا کی نه"	۴	فن "صندلی خالی" و برون ریزی هیجانها فروخورده
۵	مهارت "رواج" و رواج***	۵	"وازگون سازی" جهت جایگزینی افکار خودمحدود کننده با افکار مثبت
۶	استرس، افسردگی، اضطراب	۶	"اکتشاف رویا" به منظور کشف بخشهای گمشده فرد
۷	ابراز وجود	۷	استفاده از "بازیهای نمادین" جهت شفافیت بیشتر از طریق گفتگو بخش‌های پنهان
۸	مرور برنامه و طرح نگهدارنده و انجام پس‌آزمون	۸	مرور برنامه و طرح نگهدارنده و انجام پس‌آزمون

\*: تحلیل، انتخاب، کوشش، یکپارچه کردن، نتیجه‌سنجی و هرگز دست برنندار؛ \*\*: راه‌انداز، واکنش و اجتناب؛ \*\*\*: راه‌انداز، واکنش و اقدام جایگزین

یافته‌ها  
ویژگی‌های دموگرافیک و توصیفی

جدول ۲ ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان در چهار گروه پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲: ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان

ویژگی	شاخص آماری/طبقه	گشتالت تراپی	فعال‌سازی رفتاری	پلاسیبو	کنترل
۴	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 تاهل	مجرد	۴	۴	۴	۵
	متاهل	۶	۳	۷	۲
	فوت همسر/طلاق	۴	۶	۱	۶
	مجموع	۱۴	۱۳	۱۲	۱۳

چهار گروه از لحاظ میزان تحصیلات و وضعیت تاهل تفاوت معنادار وجود ندارد.  
جدول ۳ میانگین (انحراف استاندارد) و مقادیر شاپیرو- ویلک (سطح معناداری) افسردگی را به تفکیک گروه‌ها و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

مطابق جدول ۲ در گروه گشتالت‌تراپی ۱۴ نفر، گروه فعال‌سازی رفتاری و کنترل ۱۳ نفر و در گروه پلاسیبو ۱۲ نفر حضور داشتند. استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه مبین آن است که بین گروه‌ها از لحاظ میانگین سنی تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین استفاده از آزمون کای اسکوتر پیرسون نشان داد که بین

جدول ۳: میانگین (انحراف استاندارد) و مقادیر شاپیرو-ویلک (سطح معناداری) افسردگی در سه مرحله پژوهش

متغیر	گروه	میانگین (انحراف استاندارد)			شاپیرو-ویلک (سطح معناداری)		
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
افسردگی	گشتالت تراپی	۳۱/۵۰ (۴/۴۲)	۱۷/۵۰ (۳/۳۹)	۲۰/۰۷ (۳/۳۴)	۰/۹۶۴ (۰/۷۹۲)	۰/۹۴۳ (۰/۴۶۰)	۰/۹۲۲ (۰/۲۳۲)
	فعالسازی رفتاری	۳۱/۴۶ (۵/۰۶)	۲۰/۲۳ (۳/۵۲)	۲۴/۶۲ (۳/۲۳)	۰/۹۰۷ (۰/۱۶۶)	۰/۹۰۴ (۰/۱۵۱)	۰/۹۳۶ (۰/۴۰۷)
	پلاسیبو	۳۱/۵۰ (۴/۲۸)	۳۰/۲۵ (۵/۵۶)	۳۲/۱۲ (۴/۵۶)	۰/۸۶۴ (۰/۰۵۴)	۰/۹۰۶ (۰/۱۸۸)	۰/۸۸۴ (۰/۰۹۸)
	کنترل	۳۱/۲۳ (۴/۸۵)	۳۱/۶۹ (۴/۶۱)	۳۲/۲۰ (۵/۲۵)	۰/۹۵۵ (۰/۶۷۰)	۰/۹۵۰ (۰/۵۹۸)	۰/۹۳۲ (۰/۳۵۹)

در پژوهش حاضر مفروضه‌های همگنی واریانس خطا با استفاده از آزمون لون، برابری ماتریس واریانس کوواریانس با استفاده از ام‌باکس و برابری ماتریس کوواریانس خطا با استفاده از تست موخلی بررسی شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

همچنان که جدول ۳ نشان می‌دهد ارزش شاپیرو-ویلک متغیر افسردگی در هر چهار گروه و هر سه مرحله در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار است. این مطلب بیانگر آن است که توزیع داده‌های مربوط به متغیر وابسته نرمال است.

جدول ۴: نتایج آزمون مفروضه همگنی واریانس خطا، برابری ماتریس واریانس کوواریانس و برابری ماتریس کوواریانس خطا

مؤلفه	مقدار F آزمون لون			برابری ماتریس واریانس کوواریانس		برابری ماتریس کوواریانس خطا	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	M.Box	F	شاخص موخلی	$\chi^2$
افسردگی	۰/۱۵	۱/۷۳	۲/۴۸	۱۱/۵۰	۰/۵۷	۰/۹۸۰	۰/۹۶

نکته:  $P^{**} < ۰/۰۱$  و  $P^* < ۰/۰۵$

برای متغیر افسردگی در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار بود. بنابراین مفروضه کرویت برای این متغیر برقرار است. در ادامه نتایج تحلیل چند متغیری نشان داد که اثر اجرای متغیرهای مستقل بر افسردگی ( $\eta^2 = ۰/۱۳۷$ ) = لامبدای ویلکز،  $\eta^2 = ۰/۶۲۹$ ،  $P = ۰/۰۰۱$ ،  $P = ۲۶/۶۰$  در سطح ۰/۰۱ معنادار است. جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر افسردگی را نشان می‌دهد.

نتیجه آزمون لون در جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به متغیر وابسته در گروه‌ها و در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. براین اساس می‌توان گفت مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین داده‌ها برقرار بود. نتایج تحلیل در جدول ۴ نشان می‌دهد که مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیر وابسته برقرار است. منطبق بر نتایج جدول ۴ ارزش مجذور کای حاصل از آزمون موخلی

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر افسردگی

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	$\eta^2$
افسردگی	اثر گروه	۲۲۰۸/۷۵	۲۳۳۰/۳۵	۱۵/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۸۷
	اثر زمان	۴۵۱/۳۹	۲۴۸/۰۲	۸۷/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۶۴۵
	اثر تعاملی گروه × زمان	۱۱۹۴/۲۷	۴۳۷/۷۴	۴۳/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۷۳۲

بر افسردگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است. در ادامه جدول ۶ نتایج آزمون بفرونی نمرات مربوط به افسردگی در چهار گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

جدول ۵ نشان می‌دهد اثر تعاملی گروه × زمان برای افسردگی ( $\eta^2 = ۰/۷۳۲$ )،  $P = ۰/۰۰۱$ ،  $F = ۴۳/۶۵$  در سطح ۰/۰۱ 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

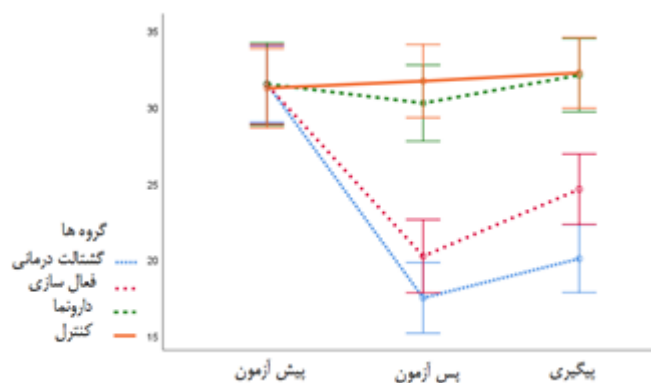
جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها بر افسردگی

متغیر	زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال	
افسردگی	پیش آزمون	۶/۵۱	۰/۸۹	۰/۰۰۱	
	پیش آزمون	۴/۱۷	۰/۷۸	۰/۰۰۱	
	پس آزمون	-۲/۳۳	۰/۹۲	۰/۱۵۲	
متغیر	تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال	
افسردگی	گشتالت‌تراپی	فعال‌سازی	-۲/۴۱	۱/۵۵	۰/۷۵۷
	گشتالت‌تراپی	پلاسیبو	-۸/۲۵	۱/۵۸	۰/۰۰۱
	گشتالت‌تراپی	کنترل	-۸/۶۹	۱/۵۵	۰/۰۰۱
	فعال‌سازی	پلاسیبو	-۵/۸۴	۱/۶۱	۰/۰۰۱
	فعال‌سازی	کنترل	-۶/۲۸	۱/۵۸	۰/۰۰۱
	پلاسیبو	کنترل	-۰/۴۴	۱/۶۱	۱/۰۰

افسردگی بیماران مبتلا به ام‌اس سه ماه بعد از اتمام دوره همچنان پابرجا مانده است.

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت اثر گشتالت‌تراپی بر افسردگی در مقایسه با فعال‌سازی رفتاری در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار است. براین اساس می‌توان گفت بین اثربخشی گشتالت‌تراپی و فعال‌سازی رفتاری بر افسردگی در بیماران مبتلا به ام‌اس تفاوت معنادار وجود ندارد. شکل ۲ نمودارهای مربوط به افسردگی در گروه‌های پژوهش را در سه مرحله اجرا نشان می‌دهد.

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در جدول ۶ نشان می‌دهد که اجرای گشتالت‌تراپی و فعال‌سازی رفتاری در مقایسه با گروه پلاسیبو و گروه کنترل منجر به کاهش میانگین نمرات افسردگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده است. همچنین نتایج جدول ۶ همسو با نمودارهای شکل ۲ نشان می‌دهد اگرچه در مرحله پیگیری، میانگین نمرات افسردگی تا حدودی در مقایسه با مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است، با وجود این تفاوت میانگین نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار است. این یافته بیانگر آن است که تغییرات ناشی از اجرای گشتالت‌تراپی و فعال‌سازی رفتاری بر



شکل ۲: نمودار مربوط به افسردگی در چهار گروه پژوهش در سه مرحله اجرا

راستای اثربخشی این روش‌ها بر کاهش افسردگی گزارش شده است (۱۹،۳۰، ۳۱،۳۲).

در تبیین اثربخشی گشتالت‌تراپی می‌توان ذکر کرد، ام‌اس، تجربه‌ای همراه با اضطراب و افسردگی در افراد است (۳۳). به عقیده رویکرد گشتالتی، افسردگی نشان دهنده آن است که رویدادی که بار هیجانی زیادی برای فرد داشته از نظر هیجانی به درستی مورد پردازش قرار نگرفته و بدون انطباق با شرایط و نیازهای فرد به‌طور کامل «جذب» شده است. این موضوع می‌تواند منجر به ایجاد خلق افسرده در فرد شود. (۳۴). از آن‌جاکه در گشتالت‌تراپی، تأکید بر زمان حال و قرارگرفتن در معرض احساسات فعلی است، طی مداخله با استفاده از تکنیک‌هایی مانند صندلی خالی، صندلی داغ و کار با رویا، بین

### نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی گشتالت‌تراپی، فعال‌سازی رفتاری و پلاسیبو بر کاهش افسردگی زنان مبتلا به اسکروز چندگانه عودکننده-فروکش‌کننده پرداخته است. یافته‌های به‌دست آمده مبین آن است که گشتالت‌تراپی و فعال‌سازی در مقایسه با گروه پلاسیبو و کنترل منجر به کاهش میانگین نمرات افسردگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده است. و اثرات آن‌ها طی پیگیری ۳ ماهه کماکان باقی مانده است. اما در میزان اثربخشی گشتالت-تراپی و فعال‌سازی رفتاری بر کاهش افسردگی تفاوت معناداری وجود نداشت. تاکنون پژوهشی در راستای مقایسه اثربخشی این مداخله‌ها انجام نشده است، لذا پژوهش‌های همخوان، صرفاً در

موضوعات آزاردهنده گذشته و تجربه مجدد آن در لحظه حال، ارتباط برقرار شد تا این موضوعات ناتمام، کامل گردند و بسته شوند تصور بر این است که با تحرک و جنبش منابع درونی فرد توانایی مدیریت هیجانان و احساسات منفی و همچنین قدرت وی برای کنار آمدن با مشکلات زندگی فراتر خواهد رفت و از شدت افسردگی کاسته می‌شود.

یکی از نقاط تمرکز این رویکرد، توجه به مقاومت‌ها و دفاع‌های روانی است که افراد به کار می‌برند تا از تماس مستقیم، بی‌واسطه و کامل با زمان حال اجتناب کنند. گشتالت، این دفاع‌ها را یکی از مصادیق آشکار آسیب می‌داند (کیفیت تماس). یکی از بارزترین این نوع دفاع‌ها، درون‌فکنی است. کیفیت تماس در بیماران مبتلا به ام‌اس با جنبه‌هایی از دنیای بیرونی (دیگران و الزامات و باید نبایدهای اجتماعی) و دنیای درونی (بخش‌هایی از خود که انکار د یا تحریف شده) کنترل و محدود شده است (درون‌فکنی) (۱۷، ۱۸، ۲۷). همین موضوع خلق افسرده را تشدید می‌کند، گشتالت‌تراپی به بیماران کمک می‌کند هر چه بیشتر لایه‌های دفاعی خود را بشناسند و بتوانند از آن عبور کنند. برای رسیدن به چنین هدفی با به کارگیری تکنیکی مانند صندلی خالی، افراد از بخش‌هایی در وجود خود که مانع پردازش درست هیجان‌ها می‌شود آگاهی پیدا کرده و سعی در توقف این روند معیوب کنند. همچنین بیماران تشویق می‌شوند تا احساساتی را بروز دهند اغلب تاکنون به وضوح تجربه نکرده بودند. ابراز و شناسایی هیجانان و حل و فصل آن‌ها کمک می‌کند تا از شدت احساسات منفی کاسته شود و افسردگی کاهش یابد.

در تبیین دیگر می‌توان گفت، بسیاری از زنان شرکت‌کننده در پژوهش ما همسر و مادر بودند و به‌طور معمول، مطابق فرهنگ ما فداکاری "بیش از اندازه" برای فرزندان و خانواده را یک فضیلت بزرگ محسوب می‌کردند، بنا به این باور بسیاری از نیازهای خود را نادیده می‌گرفتند، زیرا تصورشان بر اساس درون‌فکنی (جذب) معیارهای جامعه این بود که نیازهای شخصی دیگران از قبیل فرزندان، همسر و اطرافیان همیشه اهمیت بیشتری از نیازهای خود آنان دارد. در طی جلسات مداخله، مراقبت از نیازهای شخصی افراد مجدداً تنظیم شد، این بار نه به عنوان عملی خودخواهانه، بلکه به عنوان راهی برای ایجاد تعادل و انسجام درونی به‌عنوان یک ویژگی بسیار مورد نیاز در روابط بین فردی. برای نمونه، بسیاری از این زنان، سرگرمی و علایقی معقولی داشتند که به دلیل احساس مسئولیت بیش از حد نسبت به دیگران و انکار و یا تحریف نیازهای خود، آن‌ها را کنار گذاشته بودند. طی مداخله تشویق شدند تا بخشی از سرگرمی‌های خود را از سر بگیرند. این موضوع، طبق گزارش اعضای گروه، تأثیر مثبتی در وضعیت عاطفی و هیجانی آنان ایجاد کرد. به نحوی که، هنگام مواجهه با مشکلات و چالش‌های ناشی از بیماری، آرامش بیشتر و تنش و اندوه کمتری را احساس کردند. در تبیین احتمالی یافته‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی فعال‌سازی رفتاری بر کاهش افسردگی موارد زیر را می‌توان بیان نمود:

به عقیده مارتل و همکاران، فرض درمان فعال‌سازی بر این است که مشکلات موجود در زندگی افراد آسیب‌پذیر مانند مبتلایان به ام‌اس، اغلب توان دریافت تقویت‌های محیطی مثبت را از آنان می‌گیرد و آن‌ها را دام اجتناب و انفعال می‌اندازد. این امر به نوبه خود

سبب بروز مشکلاتی در خلق، هیجان و عملکرد مناسب این افراد می‌شود و سیکل معیوبی در جهت تشدید و تداوم افسردگی شکل می‌گیرد. بنابراین فعال‌سازی رفتاری با برنامه‌ریزی هدفمند و پایش فعالیت‌ها و ارائه فعالیت‌های جدید به‌عنوان جایگزینی برای فعالیت‌های اجتنابی، که توسط خود مراجع تعیین می‌شود موجب رشد و تعالی ویژگی‌هایی در افراد می‌شود که تسلط بر محیط را ایجاد می‌کند. همچنین آموزش مهارت‌های اجتماعی موجب افزایش برقراری ارتباط موثر با محیط می‌شود که افزایش تقویت مثبت را به همراه خواهد داشت که به بهبود افسردگی بر طبق این دیدگاه کمک می‌کند (۲۰). همچنین یکی از اثرات درمان، افزایش عملکرد بیماران در انجام تکالیف خانوادگی، تحصیلی، شغلی خود می‌باشد. بنابراین درمان فوق از طریق وارد کردن فرد مبتلا به ام‌اس در دامنه‌ای از فعالیت‌های کوچک و پاداش دهنده، موجب کاهش نشانه‌های افسردگی و احساس گناه در وی می‌شود.

در تبیین عدم تأثیر پلاسبو بر کاهش افسردگی زنان مبتلا به ام‌اس می‌توان بیان کرد

نتایج پژوهش ما با یافته‌های پژوهش ناهمسو بود. آن‌ها در پژوهش خود به مقایسه تکنیک صندلی خالی گشتالت‌تراپی با پلاسبو در بیماران با افسردگی خفیف پرداختند، نتایج نشان داد در تمامی گروه‌ها علائم افسردگی کاهش پیدا کرد و تفاوتی بین گروه‌ها و پلاسبو مشاهده نشد. این عدم تأثیر را شاید بتوان به تفاوت در سطوح افسردگی دو مطالعه نسبت داد. و دلیل دیگر این که، جامعه مورد مطالعه آن‌ها از میان افراد مبتلا به بیماری‌های نورولوژیکی انتخاب نشده بودند.

از طرفی، تأثیر ناشی از اجرای گروهی جلسات گشتالت‌تراپی و فعال‌سازی رفتاری را نمی‌توان نادیده گرفت. طی جلسات گروهی، همدلی و ارتباط عمیق بین بیماران شکل می‌گیرد و متوجه می‌شوند که این بیماری و مشکلات ناشی از آن، درد مشترک همه آنان بوده و تنها نیستند. این موضوع، متعاقباً سبب می‌شد که این زنان از یکدیگر نحوه مقابله مؤثرتر با مشکلات را بیاموزند و احساس بهتری را تجربه نمایند. شرکت‌کنندگان در گروه پلاسبو، از امتیازات درمان گروهی محروم بودند.

در تبیین اثربخشی یکسان گشتالت‌تراپی و فعال‌سازی رفتاری می‌توان به سهم عوامل مشترک مؤثر در درمان‌ها اشاره کرد. همچنین با توجه به تفاوت‌های اساسی، بین این دو رویکرد تشابهاتی هم وجود دارد که ممکن است تبیین‌کننده این یکسانی باشد. هر دو رویکرد اجتناب تجربه‌ای را به نوعی در افسردگی دخیل می‌دانند. بنابراین برای حل آن از طریق مقابله با اجتناب اقدام می‌کنند. از دیدگاه فعال‌سازی اجتناب تجربه‌گرایانه یک وجه از آسیب‌شناسی روانی را شامل می‌شود. بنابراین مقابله با اجتناب یکی از ابعاد اصلی و ضروری در درمان اختلالات هیجانی مانند اضطراب و افسردگی هست. رویکرد گشتالتی نیز به نقش اجتناب در ایجاد آشفتگی‌های روان اشاره دارد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود از جمله شرکت‌کنندگان در مطالعه فقط از مراجعین به کلینیک ام‌اس بیمارستان رسول اکرم تهران انتخاب شده بودند. نمونه تحقیق فقط شامل زنان بود. بنابراین باید در تعمیم نتایج محتاط بود. پیشنهاد می‌شود اثربخشی این



Epidemiology of familial multiple sclerosis: A population-based study in Tehran during 1999–2018. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 43, 102178. DOI: 10.1016/j.msard.2020.102178

6. 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/s12883-02102281-x>

7. Feinstein A, Magalhaes S, Richard JF, Audet B, Moore C. The link between multiple sclerosis and depression. *Nature Reviews Neurology*. 2014 Sep;10(9):507-17.

<https://doi.org/10.1038/nrneurol.2014.139>

8. Razzak HA, Harbi A, Ahli S. Depression: prevalence and associated risk factors in the United Arab Emirates. *Oman medical journal*. 2019 Jul;34(4):274. <https://doi.org/10.5001/omj.2019.56>

9. Viner R, Fiest KM, Bulloch AG, et al. Point prevalence and correlates of depression in a national community sample with multiple sclerosis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(3):352-354. doi:10.1016/j.genhosppsy.2013.12.011

10. Longinetti E, Frisell T, Englund S, Reutfors J, Fang F, Piehl F. Risk of depression in multiple sclerosis across disease-modifying therapies. *Multiple Sclerosis Journal*. 2022 Apr;28(4):632-41. <https://doi.org/10.1177/13524585211031128>

11. Abedini E, Abadi GH, Talebian Sharif J, Karimi Torshizi S. Effectiveness of hope-based group therapy on the quality of life in women with multiple sclerosis. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2016 Jan 10;7(3):623-36. . [in persian].

12. Motaharinezhad F, parvaneh S, bakhtiary AH, alizadeh N, ghahari S. The effect of mood and cognition on

مداخلات در بین دو جنس و با دوره پیگیری طولانی‌تر، مقایسه گردد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، گشتالت‌تراپی و فعال‌سازی رفتاری در مقایسه با مداخله در گروه پلاسیبو و کنترل باعث کاهش معنادار در سطوح افسردگی زنان مبتلا به RR-MS در در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده است اما تفاوتی بین گشتالت‌تراپی و فعال‌سای رفتاری وجود نداشت.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی عزیزانی که در شکل‌گیری این پژوهش نقش داشته‌اند و روند اجرای آن را تسهیل نمودند، به‌ویژه از مساعدت مسئولان بیمارستان رسول تهران تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض در منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع مربوط به پژوهش حاضر ندارند.

## References

1. 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. *The Lancet Neurology*. 2019 Mar 1;18(3):269-85. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30443-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30443-5)
2. Krysko KM, Graves JS, Dobson R, Altintas A, Amato MP, Bernard J, et al. Sex effects across the lifespan in women with multiple sclerosis. *Therapeutic advances in neurological disorders*. 2020 Jun;13:1756286420936166.
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. 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. <https://doi.org/10.1177/1352458520970841>
5. Salehi, Z., Almasi-Hashiani, A., Sahraian, M. A., & Eskandarieh, S. (2020).

- activation to usual care in patients with fibromyalgia and major depression: design and protocol for a randomized clinical trial. *Trials*. 2018 Dec;19(1):1-0. doi:10.1186/s13063-018-3037-1
22. Walsh BT, Seidman SN, Sysko R, Gould M. Placebo response in studies of major depression: variable, substantial, and growing. *JAMA* 2002;287:1840-7. <https://doi.org/10.1001/jama.287.14.1840>
23. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS medicine*. 2008 Feb;5(2):e45. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050045>
24. Cohen L, Manion L, Morrison K. *Research Methods in Behavioral Sciences*. Routledge; 2018: 202-226.
25. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1996; 1(82), 10-1037
26. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and anxiety*. 2005;21(4):185-92 <https://doi.org/10.1002/da.20070>
27. Brownell P. *Handbook for theory, research, and practice in Gestalt therapy*: Cambridge Scholars Publishing; 2019.
28. Gollan J, Atlis M, Marlow-O'Connor MJUmCUoC. *Behavioral activation: Group treatment*
29. Martell CR, Addis ME, Jacobson NS. *Depression in context: Strategies for guided action*. WW Norton & Co; 2001.
30. Lee E, Han Y, Cha YJ, Oh JH, Hwang NR, Seo HJ, Choi KH. Community-based multi-site randomized controlled trial of behavioral activation for patients with depressive disorders. *Community Mental*
- relationship between sleep disturbances and fatigue in people with multiple sclerosis. *Koomesh* 2016; 17: 613-619. [in persian].
13. Kalron A, Aloni R. Contrasting relationship between depression, quantitative gait characteristics and self-report walking difficulties in people with multiple sclerosis. *Multiple sclerosis and related disorders*. 2018 Jan 1;19:1-5. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2017.10.012>
14. Motl RW, Balto JM, Ensari I, Hubbard EA. Self-efficacy and walking performance in persons with multiple sclerosis. *Journal of Neurologic Physical Therapy*. 2017 Apr 1;41(2):114-8. doi:10.1097/NPT.0000000000000172
15. Glover NG, Sylvers PD, Shearer EM, Kane MC, Clasen PC, Epler AJ, et al. The efficacy of Focused Acceptance and Commitment Therapy in VA primary care. *Psychological services*. 2016;13(2):156. <https://doi.org/10.1037/ser0000062>
16. Sesel AL, Sharpe L, Naismith SL. Efficacy of psychosocial interventions for people with multiple sclerosis: a meta-analysis of specific treatment effects. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2018;87(2):105-11. doi: 10.1159/000486806
17. Joyce P, Sills C. *Skills in Gestalt counselling & psychotherapy*: Sage; 2018.
18. Maan D. *Gestalt therapy 100 Key Points and Techniques*. 2nd. Routledge. 2020: 1-370
19. Raffagnino R. Gestalt therapy effectiveness: A systematic review of empirical evidence. *Open Journal of Social Sciences*. 2019;7(6):66-83. <https://doi.org/10.4236/jss.2019.76005>
20. Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dunn R. *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. Guilford Publications; 2021 Nov 11.
21. Gómez-Pérez L, Vergés A, Vázquez-Taboada AR, Durán J, González Tugás M. The efficacy of adding group behavioral

Health Journal. 2022; 58(2):343-355.  
doi:10.1007/s10597-021-00828-3

31. kharaei K, Azizi M. EFFECTIVENESS OF BEHAVIORAL ACTIVATION ON DEPRESSION, ANXIETY AND INCREASE QUALITY OF LIFE FOR FEMALE HEADS OF HOUSEHOLDS IN GHALEH- GANJ CITY. JNIP 2021; 10 (14) :1-8. [in persian].

32. Dimidjian S, Goodman SH, Sherwood NE, Simon GE, Ludman E, Gallop R, Welch SS, Boggs JM, Metcalf CA, Hubley S, Powers JD. A pragmatic randomized clinical trial of behavioral activation for depressed pregnant women. Journal of consulting and clinical psychology. 2017 Jan;85(1):26.

<https://doi.org/10.1037/ccp0000151>

33. Murphy R, O'Donoghue S, Counihan T, McDonald C, Calabresi P. A, Ahmed M., et al. Neuropsychiatric syndromes of multiple sclerosis. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2017;88(8):697-708.

<https://doi.org/10.1136/jnnp-2016-315367>

34. Gay MC, Bungener C, Thomas S, Vrignaud P, Thomas PW, Baker R, et al. Anxiety, emotional processing and depression in people with multiple sclerosis. BMC neurology. 2017;17(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12883-017-0803-8>