

Comparing the Effectiveness of Emotion-Oriented Therapy and Acceptance and Commitment-Based Therapy on Self-Criticism, Pain Catastrophizing, and Severity of Gastrointestinal Symptoms in Patients with Irritable Bowel Syndrome

Seyed Mojtaba Aghili^{1*}, Masoumeh Safarinezhad²

¹Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran

²Department of Psychology, Payam Noor University, Gorgan, Iran

Article Info:

Received: 25 Nov 2024

Revised: 7 Apr 2025

Accepted: 13 Apr 2025

ABSTRACT

Introduction: Among functional digestive disorders, irritable bowel syndrome is one of the most common and debilitating functional disorders. This research was conducted to compare the effectiveness of emotion-oriented therapy and acceptance and commitment-based therapy on self-criticism, pain catastrophizing, and severity of gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome. **Materials and Methods:** The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of this study consisted of patients with irritable bowel syndrome who were referred to specialized gastroenterology clinics in Gorgan, Iran, in 2023. A total of 45 patients were randomly selected and assigned to three groups: experimental group 1 (emotion-focused therapy), experimental group 2 (acceptance and commitment therapy), and a control group. The first experimental group received 10 sessions of 60-minute emotion-oriented therapy, and the second experimental group received 8 sessions of 60-minute therapy based on acceptance and commitment, but the control group did not receive any intervention until the end of the study. The research instruments included the Self-Criticism Questionnaire developed by Gilbert and colleagues (2004), the Pain Catastrophizing Scale by Sullivan and colleagues (1995), and the Gastrointestinal Symptom Severity Index by Francis and colleagues (1997). **Results:** The results indicated that both emotion-focused therapy and acceptance and commitment therapy were effective in reducing self-criticism, pain catastrophizing, and the severity of gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome. Furthermore, acceptance and commitment therapy demonstrated greater effectiveness than emotion-focused therapy in improving these outcomes. **Conclusion:** Our findings suggest that acceptance and commitment therapy, by enhancing psychological flexibility, promoting emotional regulation strategies, clarifying personal values, and fostering a sense of shared humanity, leads to reductions in self-criticism, pain catastrophizing, and the severity of gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome.

Keywords:

1. Emotion-Focused Therapy
2. Acceptance and Commitment Therapy
3. Pain Management
4. Cognitive Behavioral Therapy
5. Gastrointestinal Diseases

*Corresponding Author: Seyed Mojtaba Aghili

Email: aghili@pnu.ac.ir

مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنى بر پذیرش و تعهد بر خودانتقادی، فاجعه‌پنداری درد و شدت علائم گوارشی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر

سید مجتبی عقیلی^{۱*}، معصومه صفری نژاد^۲

^۱گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
^۲گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، گرگان، ایران

اطلاعات مقاله:

پذیرش: ۲۴ فروردین ۱۴۰۴

اصلاحیه: ۱۸ فروردین ۱۴۰۴

دریافت: ۵ آذر ۱۴۰۳

چکیده

مقدمه: در میان اختلالات عملکردی دستگاه گوارش، سندروم روده تحریک‌پذیر یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات عملکردی به شمار می‌رود. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنى بر پذیرش و تعهد بر خودانتقادی، فاجعه‌پنداری درد و شدت علائم گوارشی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر انجام شد. **مواد و روش‌ها:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این مطالعه را بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر تشکیل می‌دادند که در سال ۱۴۰۲ به کلینیک‌های تخصصی گوارش شهر گرگان (ایران) مراجعه کرده بودند. تعداد ۴۵ نفر از بیماران به صورت تصادفی انتخاب و به سه گروه شامل گروه آزمایشی اول (درمان هیجان‌محور)، گروه آزمایشی دوم (درمان مبتنى بر پذیرش و تعهد) و گروه کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایشی اول ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان هیجان‌محور دریافت کرد و گروه آزمایشی دوم ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان مبتنى بر پذیرش و تعهد را گذراند؛ اما گروه کنترل تا پایان مطالعه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه خودانتقادی (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۴)، مقیاس فاجعه‌سازی درد (سالیوان و همکاران، ۱۹۹۵) و شاخص شدت علائم گوارشی (فرانسیس و همکاران، ۱۹۹۷) بود. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که هر دو روش درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنى بر پذیرش و تعهد در کاهش خودانتقادی، فاجعه‌پنداری درد و شدت علائم گوارشی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مؤثر بودند. علاوه بر این، درمان مبتنى بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری نسبت به درمان هیجان‌مدار در بهبود این متغیرها داشت. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که درمان مبتنى بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی، ارتقاء راهبردهای تنظیم هیجان، روش‌سازی ارزش‌های فردی و تقویت حس انسانیت مشترک، به کاهش خودانتقادی، فاجعه‌پنداری درد و شدت علائم گوارشی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر منجر می‌شود.

*نویسنده مسئول: سید مجتبی عقیلی

پست الکترونیک: aghili@pnu.ac.ir

(۱۲). خودانتقادی می‌تواند مقایسه‌ای یا درونی شده باشد. خودانتقادی مقایسه‌ای باعث ایجاد ناممیدی احساس حقارت و بی‌کفایتی می‌شود و خودانتقادی درونی باعث ایجاد انزجار و تنفر از خود می‌شود (۱۳). بروز بیماری‌های مزمن و دردآور همچون سندروم روده تحریک‌پذیر ممکن است برای بیماران در فرایندهای پردازشی و شناختی فاجعه‌پنداری درد^۴ ایجاد نماید. فاجعه‌پنداری درد شامل یک مجموعه طرح‌واره‌شناختی و هیجانی منفی و مبالغه‌آمیز از موقعیت دردناک واقعی یا مورد انتظار است که در هسته این تعریف یک انحراف شناختی، پیش‌بینی منفی و غیرمنطقی از رویدادهای آینده وجود دارد (۱۴). مهمترین تاثیر فاجعه‌پنداری درد آن است که بیماران مبتلا به درد یک ارزیابی از دردشان به دست می‌آورند که ممکن است باعث گوش به زنگی آنها نسبت به احساسات دردناک یا تهدیدآمیز و ترس از تجربه احساسات دردناک در آینده شود (۱۵). به عبارتی بیمارانی که تمایل به بزرگنمایی در میزان تحریک درد، احساس درمانگی در مقابل درد و یک ناتوانی در مهار افکار مربوط به درد در هنگام انتظار درد یا حین درد دارند که فاجعه‌پنداری درد نامیده می‌شود (۱۶). فاجعه‌سازی درد، یکی از قوی‌ترین عوامل روان شناختی در پیش‌بینی تجربه درد بوده است. فاجعه آمیز کردن درد با افزایش درد، اضطراب، پریشانی فرآیندهای عاطفی و همچنین، ناتوانی و کاهش روش‌های مؤثر مقابله با درد همراه است (۱۷). فاجعه‌سازی درد منجر به کاهش کیفیت زندگی در طول دوره درمان بیماران مبتلا می‌شود و در زندگی افراد مشکلاتی را ایجاد می‌کند (۱۸). با توجه به اینکه هیجان و درد با هدف کاهش شرایط نامساعد، مکانیسم‌های یکسانی را راهاندازی می‌کنند، بهتر است از رویکردهای درمانی برای درمان بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر استفاده کرد. که بر روی مسائل مربوط به هیجان متمرکز باشد. درمان هیجان‌مدار^۵ درمان مناسبی در این زمینه است (۱۹). درمان متمرکز بر هیجان یک رویکرد تجربی است که هیجان را به عنوان اساس و پایه تجربه در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیر انطباقی می‌داند (۲۰)، و از جمله درمان‌های تأثیرگذار در حیطه روان فیزیولوژی به حساب می‌آید و تأثیر قابل قبولی در کاهش علائم جسمانی شده نظر درد مزمن و مشکلات گوارشی داشته است (۲۱). این درمان، تجربی و ساختاریافته و براساس بخش‌هایی از سنت روانشناسی انسان‌گرا است که با تفسیر مجدد از نظریه اصالت هیجان، نظریه دلبستگی و ساختار دیالکتیکی، در پاسخ به تأکید

اختلالات گوارشی از نظر درخواست مشاوره روان‌پزشکی در بین بیماری‌های طبی، رتبه اول را دارند (۱). در بین اختلالات کارکردی گوارش، سندروم روده تحریک‌پذیر^۱ شایع‌ترین، پرهزینه‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات کارکردی قابل شناسایی است. سندروم روده تحریک‌پذیر یک اختلال کارکردی روده است که مشخصه آن تغییر در اجابت مزاج و درد یا ناراحتی شکمی در غیاب اختلالات ساختاری قابل شناسایی است (۲). شیوع جهانی سندروم روده تحریک‌پذیر در مطالعه اوکا^۲ و همکاران ۹/۲ درصد و در ایران نیز بین ۱/۱ تا ۱۰ درصد برآورد شده است و این میزان در زنان شایع‌تر از مردان بوده و ماهیتی مزمن دارد (۳-۴). این سندروم ناشی از عوامل متعدد است که با ایجاد تغییر در ساختار و عملکرد دستگاه گوارش منجر به ایجاد علامت و شدت آن در بیمار می‌شود. ژنتیک، وقایع استرس‌زا در زندگی، ویژگی‌های روان‌شناختی، رژیم غذایی، اختلالات حرکتی دستگاه گوارش، افزایش حساسیت احشایی یا اختلال در پردازش حس‌ها، تغییر عملکردی سروتونین، اختلال در عملکرد سیستم عصبی مرکزی و محور هیپوپotalamo-hypophysis-ادرنال، فلور میکروبی روده، ابتلا به برخی عفونت‌های روده، تغییر در پاسخ سیستم ایمنی، تغییر در نفوذ‌پذیری مخاط روده و سوء‌جدب اسیدهای صفراء از مکانیسم‌های شناخته شده در سندروم روده تحریک‌پذیر هستند (۵-۶). بیمارانی که به سندروم روده تحریک‌پذیر مبتلا هستند علاوه بر دردهای فیزیولوژیکی در ناحیه شکم و روده‌ها، از علائم روان‌شناختی نامطلوبی همچون افسردگی رنج می‌برند، این فرایند موجب می‌گردد تا بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر علاوه بر تحمل مشکلات فیزیولوژیکی دیرپا، مستعد ابتلا به آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی باشند (۷-۸). بر اساس نظریه شناختی، افراد مستعد افسردگی خودشان را از یک دیدگاه منفی و انتقا آمیز می‌نگند (۹). خودانتقادی^۳ به عنوان گرایش فرد برای داشتن انتظارات بالا از خود، و زیر سؤال بردن عملکرد خویش تعریف شده است (۱۰). افراد خودانتقادگر افرادی هستند که بر دستیابی به اهداف و درگیرشدن سختگیرانه بر قضاوت از خود بسیار تاکید دارند و در لذت بردن از دستیابی به اهداف خود ناتوانند (۱۱). خود انتقادی در رابطه با افسردگی، هم نقش زمینه‌ساز و هم نقش تداوم‌بخش دارند. خودانتقادی، از حمایت و رسیدگی بی‌کفایت در دوران کودکی ریشه می‌گیرد و باعث تقویت ارزیابی‌های منفی و سخت‌گیرانه از خود می‌شود که زمینه افسردگی را فراهم می‌آورد

¹ Irritable bowel syndrome

² Oka, Parr, Barberio, Black, Savarino, & Ford

³ Self-criticism

⁴ Pain catastrophizing

⁵ Emotion-focused therapy

استفاده بیشتر این بیماران از خدمات سیستم‌های بهداشتی درمانی دارد و به نظر می‌رسد تجربه دردهای مزمن و ناتوانی در مدیریت آن از جمله چالش‌های اساسی این بیماران است. نتایج پژوهش‌های بررسی‌های صورت گرفته که به آن اشاره گردید تا حدودی حاکی از این است که درمان‌های دارویی به تنها یک نمی‌تواند برای کاهش درد و مدیریت این بیماران کفایت کننده باشد. در همین راستا با توجه به نقش عوامل روانشناسی و عصب‌شناسی در این بیماری، پیشنهاد شده استفاده از مداخله‌های مکمل برای درمان‌های دارویی شاید بتواند نتایج کارامدتری به همراه داشته باشد. با توجه به اینکه اثربخشی درمان متتمرکز بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به تنها یک روی بیماران صورت گرفته و مقایسه بین آنها انجام نشده است، این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا بین اثربخشی درمان هیجان‌دار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودانتقادی، فاجعه‌پنداری درد و شدت علائم گوارشی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر تفاوت وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی، از نظر نوع داده‌ها از نوع مطالعات پارامتریک، از نظر نحوه اجرا نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی گوارش شهر گرگان در سال ۱۴۰۲ بود. برای تعیین حجم نمونه تاباکنیک و فیدل و پالنت پیشنهاد کرده‌اند در پژوهش‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی برای هر یک از گروه‌های آزمایش و گواه حداقل ۱۵ نفر در نظر گرفته شود؛ بنابراین نمونه مورد مطالعه شامل ۴۵ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر از جامعه مذکور بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر)، گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند (۴۲-۴۳). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر بر اساس تشخیص پزشک فوق تخصص گوارش، بازه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، رضایت‌نامه آگاهانه برای شرکت در پژوهش و فقدان بیماری جسمی و روانشناسی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده درمانی) خواهد بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از دو جلسه، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در جلسات و بروز حادث پیش‌بینی نشده همانند شدت گرفتن حاد علائم بیماری خواهد بود.

بیش از حد روان‌درمانی غربی به شناخت و رفتار پدید آمده و به درک نقش هیجان در تغییر روان‌درمانی آگاهی دارد (۲۲)، درمان هیجان‌مدار با این پیش‌فرض که روان‌درمانی سنتی، با تأکید بیش از حد بر درک آگاهانه و تغییر شناختی رفتاری، موجب غفلت از نقش هیجان در فرآیند تغییر شده، هیجان را اساساً طبقی و سازنده جهت پردازش اطلاعات در نظر می‌گیرد و جایگزینی هیجان، ملاک مداخله و تغییر علائم است (۲۳). این درمان، نگرانی را نوعی راهبرد خودمحافظتی در مقابل احساسات دردناک و مزمن اساسی مانند غم، شرم و ترس می‌داند و فرد با اضطراب و نگرانی موجب ادامه علائم اختلال می‌شود (۲۴). مکانیسم عمل درمان هیجان‌مدار به این صورت است که درمانگر طی رابطه‌ای همدلانه، به هیجانات ناسازگار فرد دسترسی می‌یابد و با همراهی مراجع، آن ها را توسط هیجاناتی مانند بخشش، شفقت، همدلی و خشم محافظت کننده جایگزین می‌کند (۲۵). در راستای اهداف پژوهش نتایج مطالعات نشان دهنده اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر فاجعه آمیز‌کردن درد، خودانتقادی، تاب‌آوری افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بود (۲۶-۲۹). از دیگر سو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله سندرم روده تحریک‌پذیر، نتایج موفقیت‌آمیزی را به دنبال داشته است (۳۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۶ به عنوان یک مداخله روانشناسی عاملی شفاده‌نده، چند بعدی، پویا و قدرتمند در سازگاری با مشکلات است و به عنوان یکی از درمان‌های نسل سوم به علت تأکید بر چرخه‌های کارکردی و در نظرگرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، موجب تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی این درمان نسبت به دیگر درمان‌های است (۳۱-۳۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرد را قادر می‌کند با پذیرش افکار و هیجانات ناخوشایند، پریشانی هیجانی را مستقیماً هدف قرار دهد. در واقع این درمان با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناسی^۷ عملکرد فرد را بهبود می‌بخشد تا پریشانی فرد را کم کند (۳۳). اجتناب از احساسات ناخوشایند (اجتناب تجربه‌ای) رنج روان‌شناسی را دوام می‌بخشد. آمادگی برای تجربه کردن احساسات ناخوشایند و اجتناب نکردن از آن‌ها که به عنوان پذیرش به آن اشاره شده است و تشویق به آن فرایندی کلیدی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (۳۴). نتایج مطالعات نشان دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری درد، خودانتقادی و کاهش نشانگان سندرم روده تحریک‌پذیر بود (۳۰-۴۱). سندرم روده تحریک‌پذیر به علت ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده‌اش اثرات شدیدی بر کیفیت زندگی و

⁶Acceptance and Commitment Therapy

⁷Psychological flexibility

پژوهش دریافت نکرد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت بیماران برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخله را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محروم‌های باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. داده های پژوهش با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و نرمافزار تحلیل داده‌های SPSS26 تحلیل شدند.

مداخله درمانی

جلسات درمان هیجان مدار از پروتکل انگس و کاگان^۸ برگرفته شده است (۴۴). اعتباربخشی این پروتکل در ایران توسط خسروی اصل و همکاران به اثبات رسیده است (۴۵). جلسات درمان هیجان مدار در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد که خلاصه جلسات در جدول ۱، ارائه شده است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: سرفصل‌های جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از پروتکل درمانی هیز و همکاران، در جدول ۲ ارائه شده است (۴۷).

روندهای پژوهش بدین صورت بود که پس از اخذ کد اخلاق (IR.PNU.REC.1403.044) از واحد پژوهش دانشگاه پیام نور هماهنگی‌های لازم با مسئولان کلینیک‌های تخصصی گوارش انجام شد. سپس بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر شناسایی و نمونه پژوهش انتخاب شد. معیار تشخیص سندروم روده تحریک‌پذیر، تشخیص مندرج در پرونده پزشکی بیمار توسط متخصص بود. در این بررسی، گزینش نمونه این پژوهش به این طریق بود که به بیماران واحد شرایط مراجعه‌کننده به مراکز درمانی متخصصان گوارش، اطلاعات مختصری راجع به طرح پژوهشی اهداف آن و شیوه اجرای درمان داده شد. در نهایت افراد واحد شرایط، به عنوان گروه نمونه در پژوهش حضور یافتد. بیماران هر دو گروه، درمان معمول سندروم روده تحریک‌پذیر به وسیله متخصص گوارش را دریافت می‌کردند، اما گروه آزمایش ۱ و ۲، علاوه بر درمان معمول تحت برنامه درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه قرار گرفتند. این در حالی بود که گروه گواه هیچ مداخله روانشناختی را در طول اجرای

جدول ۱- شرح جلسات درمان هیجان مدار

جلسات	محتوای جلسه
اول	ازیبابی و ایجاد بیوستگی، بحران زدایی، معرفه و برقراری ارتباط، آشایی با قوانین گروه، مفهوم سازی مشکل، آشنایی اعضای گروه با یک دیگر و ارائه شرح حال کوتاهی از خود، ایجاد بیوستگی بین اعضاء بررسی انگیزه درمان، ارائه متنطق درمان هیجان مدار، انجام پیش آزمون گسترش تجربه هیجانی، آشنایی با انواع هیجانات (ولیه، ثانویه و ابزاری) و شناخت جنبه‌های هیجانی خود و دیگران، تاگشایش مشکل اصلی، دستیابی و اعتباربخشی به هیجانات بنیادین و نیازهای برآورده نشده خود، کشف سبک پردازش هیجانی خود
دوم	تقویت ابرازگری هیجانی، اعتباربخشی به هیجانات، دسترسی به نیازهای برآورده نشده
سوم	تشدید هیجانی، مواجهه سازی تصویری، عمق بخشی به هیجانات و درگیری با تجربه هیجانی به مالکیت در نیامده، کار بر روی نشانگرهای خرد، استفاده از فنون کار با صندلی
چهارم	تنظیم هیجانی، ابراز فرصت برای ایجاد فاصله کاری مناسب با هیجان، تنظیم هیجانات اصلی زیرینی
پنجم	تأمل و شناسایی نیازهای هیجانی، ردیابی هیجانات، تسهیل ابراز خواسته ها و نیازها
ششم	تبدیل هیجانی، تحکیم بافت همدلانه، رسیدن به بینش تجربه ای در مورد هیجانات ناسازگار کنونی
هفتم	خودتسکین بخش تبدیلی و مقابله ای، کار با موائع خودتسکین بخشی، تصور کردن خود آسیب پذیر
هشتم	چهارچوب دهی مجدد، تحکیم و یکپارچه سازی، بررسی ایجاد روابط های جدید مرتبط با فقدان، خلق تجارب جدید، دریافت بازخورد اصلاحی، آگاهی از آسیب‌های خود، بازسازی تعاملات از دست رفته و تغییر رویدادهای مرتبط با آسیب
نهم	تسهیل دسترسی به راه حل های جدید و جلوگیری از بروز مجدد مشکل، تشخیص راه حل های جدید برای حل مشکلات قدیمی، تلاش برای انجام کاری در جهت رفع نیازهای هیجانی ارضانشده، ارتقای روش‌های تعامل، ثبت خود جدید، انجام پس آزمون
دهم	تمام شده

⁸ Angs & Kagan

جلسه	محتوى
اول	برقراری رابطه درمانی، بستن قرارداد درمانی، آموزش روانی
دوم	بحث درباره تجربیات و ارزیابی آنها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد نامیدی خلاقانه
سوم	بیان کنترل به عنوان مشکل، معرفی تمایل به عنوان پاسخی دیگر، درگیرشدن با اعمال هدفمند
چهارم	کاربرد تکنیکهای گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنگیرههای مشکل‌ساز زبان، تضعیف اختلاف خود با افکار و عواطف
پنجم	مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خودمفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر، نشان‌دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار
ششم	کاربرد تکنیکهای ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان فرایند.
هفتم	معرفی ارزش، نشان‌دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل مناسب با ارزش‌ها
مشترک	

به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۲ گزارش شد (۵۱). در پژوهش سالیوان و همکاران آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷ به دست آمد، همچنین پایایی بازآزمایی این مقیاس در یک نمونه ۴۰ نفری نشان دهنده درجه بالایی از پایایی در مدت ۶ هفته بود ($R=0/75$) (۴۹). ضریب پایایی پرسشنامه در پژوهش میراحمدی و همکاران به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد (۱۵). پرسشنامه علائم گوارشی^{۱۱}: پرسشنامه شدت علائم سندروم روده تحریک پذیر توسط فرانسیس، موریس و ورول در سال ۱۹۹۷ ساخته شده و شامل ۵ سوال است که علائم IBS را شامل درد، اختلال عادت مزاج، احساس نفخ، اثر بیماری بر فعالیت‌های روزانه زندگی و علائم خارج روده ای را با IBS-SI بررسی می‌کند. میانگین نمره هر بخش حداقل ۱۰۰ و نمره کل پرسشنامه حداقل ۵۰۰ می‌باشد. موارد خفیف و متوسط و شدید به وسیله نمرات ۷۵ تا ۱۷۵، ۱۷۵ تا ۳۰۰ و بیشتر از ۳۰۰ به ترتیب نمایش داده می‌شوند (۵۲). این پرسشنامه توسط افشار و همکاران در ایران هنجاریابی شده است و ضریب همبستگی درونی ۰/۸۶ و آلفای کرونباخ ۰/۶۹ گزارش شده است (۵۳). نسخه فارسی این پرسشنامه دارای روابی و پایایی مناسب است، به طوری که نمره کلی پرسشنامه رابطه معنی‌داری با نمره کلی کیفیت زندگی (۰/۶۲) ($R=0/45$) و نمره اضطراب و افسردگی (۰/۴۵) دارد (۵۴).

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان در پژوهش $2/6 \pm 36/9$ بود. همچنین $50/5$ درصد از شرکت کنندگان زن و $49/5$ مرد بودند. میانگین مدت زمان ابتلا به بیماری سندروم روده تحریک پذیر بیش از ۵ سال بود. در ادامه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

ابزار پژوهش

پرسشنامه خودانتقادی^۹: این پرسشنامه توسط گیلبرت، کالرک، همپل، مایلز و آیرونز در سال ۲۰۰۴ طراحی شده و دارای ۲۱ ماده در دو خرده مقیاس خودانتقادی و خوداعتمادی است. خرده مقیاس خودانتقادی، تمایل فرد را به داشتن انتظارات و توقعات بالا از خود و تلاش برای پیشرفت و رسیدن به اهداف در سطح بالا می‌سنجد و پاسخ به هر ماده این مقیاس در یک طیف ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت از (۰) کاملاً مخالفم تا (۴) کاملاً موافقم، تنظیم شده و حداقل نمره ۰ و حداکثر ۸۴ است. همسانی درونی نمره کلی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش گیلبرت و همکاران ۰/۹۰ گزارش شده است (۴۷). در ایران با استفاده از آلفای کرونباخ قابلیت اعتماد مقیاس را برای خودانتقادی ۰/۶۹ و ضریب بازآزمایی خودانتقادی را ۰/۸۱ گزارش کردند. به علاوه برای محاسبه درستی این مقیاس، از پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر و پرسشنامه شادکامی آکسفورد استفاده شد که نتایج ضرایب همبستگی پیرسون، میزان همبستگی بین خودانتقادی با خوداعتمادی ($R=-0/221$)، خودکارآمدی ($R=-0/396$) و شادکامی ($R=-0/367$) می‌باشد که تمامی این متغیرها در سطح (۱) ($P < 0/01$) معنی‌دار هستند (۴۸). پرسشنامه فاجعه‌بنداری درد^{۱۰}: این پرسشنامه توسط سالیوان و پیویک در سال ۱۹۹۵ طراحی و دارای ۱۳ گویه و دو خرده مقیاس بزرگنمایی و نشخوار ذهنی/درماندگی را شامل می‌شود. سوالات این پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای تنظیم و نمرات کل بین ۱۲ تا ۶۵ قرار دارند (۴۹). مظفری در پژوهش خود پایایی این پرسشنامه را از طریق روش آلفای کرونباخ به دست آورد و روایی این آزمون به وسیله ضریب همبستگی با ازمون افسردگی بک مورد بررسی قرار گرفت که همبستگی مثبت و معنی‌داری (۰/۱) ($P=0/01$) را نشان داد (۵۰). همچنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش اوسمن و همکاران در دو نمونه عادی و بیماران سرپایی درد با استفاده از آلفای کرونباخ

⁹ Self-criticism questionnaire

¹⁰ Pain catastrophizing questionnaire

¹¹ Gastrointestinal Symptoms Questionnaire

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار متغیر خودانتقادی، فاجعه‌پنداری درد و شدت علائم گوارشی

گروه گواه		گروه آزمایش ۲		گروه آزمایش ۱		مرحله	متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۵/۴۲	۷۷/۲۵	۵/۳۷	۷۷/۶۱	۵/۱۲	۷۶/۲۳	پیش‌آزمون	خودانتقادی
۵/۵۰	۷۷/۱۰	۴/۲۹	۶۳/۲۹	۴/۵۱	۶۵/۴۸	پس‌آزمون	
۶/۸۸	۵۴/۸۴	۶/۵۹	۵۵/۰۸	۷/۰۲	۵۵/۰۹	پیش‌آزمون	فاجعه‌پنداری درد
۶/۶۱	۵۴/۵۷	۳/۹۴	۳۶/۸۶	۴/۵۷	۴۴/۱۹	پس‌آزمون	
۲۲/۴۲	۳۴۵/۸۰	۲۲/۵۴	۳۴۴/۳۹	۲۲/۴۷	۳۴۶/۸۷	پیش‌آزمون	شدت علائم سندروم روده تحریک
۲۲/۵۷	۳۴۴/۶۳	۱۸/۷۲	۲۶۶/۶۵	۱۸/۳۹	۲۷۱/۹۳	پس‌آزمون	

به سطح معنی داری $P < 0.05$ معنی دار نمی باشد و گویای همگنی ماتریس کواریانس‌ها در میان گروه‌های مختلف متغیر وابسته می باشد. یافته‌های حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیره حاکی از آن است که F به دست آمده، با درجه‌آزادی ۳ و ۳۳ در سطح $P < 0.05$ معنی دار است. یافته‌های حاصل نشان داد که در متغیرهای پژوهش پس از حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت معنی دار وجود دارد (Pillai's Trace = ۰/۵۹ و $F = ۱۸/۲۵$ و $Df = ۳۳$ و $P < 0.05$) (Pillai's Trace = ۰/۰۵ و $F = ۱۸/۲۵$).

در ادامه برای درک دقیق‌تر و بررسی تاثیر جدگانه متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته، نتایج تحلیل کواریانس تکمتغیری در جدول ۴ گزارش شده است. نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در خودانتقادی ($F = ۱۵/۷۹$ ، $P < 0.003$ ، $\eta^2 = 0.36$)، فاجعه‌پنداری درد ($F = ۲۴/۳۸$ ، $P < 0.001$ ، $\eta^2 = 0.55$) و شدت علائم گوارشی ($F = ۲۶/۱۸$ ، $P < 0.001$ ، $\eta^2 = 0.51$) است با ۲۸/۶۲ و مقدار F برابر است با ۱/۸۱ که با توجه

جدول ۳، میانگین و انحراف خودانتقادی، فاجعه‌پنداری درد و شدت علائم گوارشی را برای مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه را نشان می‌دهند که پس از درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نمرات گروه‌های آزمایش تفاوت داشته است. به دلیل آنکه سطوح معنی داری ارائه شده آزمون شاپیرو-ویلک در هر دو مرحله و برای متغیرها بیش از ۰/۰۵ شده است لذا متغیرهای مورد مطالعه از توزیع طبیعی برخوردار هستند. نتایج آزمون لون نشان داد که که فرض همگنی واریانس نیز برای تمامی متغیرهای خودانتقادی ($F = ۰/۸۰۹$)، فاجعه‌پنداری درد ($F = ۷۷/۹$) و شدت علائم گوارشی ($F = ۰/۸۲۵$) برقرار است ($P < 0.05$).

آزمون امباکس برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس کواریانس‌ها نشان داد که مقدار آماره امباکس برابر است با ۲۸/۶۲ و مقدار F برابر است با ۱/۸۱ که با توجه

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس تکمتغیری متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	مرحله	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب اتا
خودانتقادی	گروه	۱۵۴۲۱/۵۱	۱	۱۵۴۲۱/۵۱	۱۵/۷۹	۰/۰۰۳	۰/۳۶
	خطا	۲۱۲۵/۳۸	۲۷	۷۸/۷۱			
فاجعه‌پنداری درد	گروه	۹۸/۵۲	۱	۹۸/۵۲	۲۴/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵
	خطا	۶۷/۸۱	۱	۶۷/۸۱			
شدت علائم گوارشی	گروه	۷۳۵۸/۴۱	۱	۷۳۵۸/۴۱	۲۶/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	خطا	۵۶۲۲/۷۱	۲۷	۲۰۸/۲۴			

شناخت

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش خودانتقادی، فاجعه‌پنداری درد و شدت علائم گوارشی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر شد (۰/۰۰۵). همچنین میان اثربخشی دو روش تفاوت معنی‌داری وجود دارد، به عبارتی دیگر درمان مبتنی بر

تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۰/۰۰۱). ضریب اتا به دست آمده بیانگر این است که تفاوت دو گروه در پس‌آزمون، ناشی از اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. در ادامه برای تعیین تفاوت میان اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه روش‌های مداخله بر متغیرهای وابسته

متغیرها	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی‌داری
خودانتقادی	درمان هیجان مدار	-۱۱/۶۲	-۰/۹۹	۰/۰۰۳
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱۳/۸۱	-۱/۲۱	۰/۰۰۲
	درمان هیجان مدار	۲/۱۹	۰/۲۲	۰/۰۰۳
	درمان هیجان مدار	-۱۰/۳۸	-۲/۰۴	۰/۰۰۱
فاجعه‌پنداری درد	درمان هیجان مدار	-۱۷/۷۱	-۲/۶۷	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۷/۳۳	۰/۶۳	۰/۰۰۱
	درمان هیجان مدار	-۷۲/۷	-۴/۱۸	۰/۰۰۰
	درمان هیجان مدار	-۷۷/۹۸	-۳/۸۵	۰/۰۰۱
شدت علائم گوارشی	درمان هیجان مدار	۵/۲۸	-۰/۳۳	۰/۰۰۱
	درمان هیجان مدار			نمایش

بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بتوانند با افزایش توانایی‌های خود، توجه خود را از مقایسه خود با دیگران که زمینه خود انتقادی را در آنان فراهم می‌کند، کمتر کنند (۳۷). در حقیقت نگرش‌های مبتنی بر پذیرش، به جای اصرار بر کاهش خودانتقادی، تمایل به تجربه کردن آن را مطرح می‌کنند و روبرو شدن با احساسات نامطلوب و ناگوار را از راه تصریح کردن ارزش‌ها و ایجاد ارتباط بین رفتار، ارزش‌ها و اهداف شخصی، تسهیل می‌نمایند که این توجه به اهداف و ارزش‌ها در کاهش خودانتقادی مؤثر است (۴۰).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری درد بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر اثربخشی بیشتری دارد. این یافته با نتایج مطالعات مقتداًی و همکاران، جوانشیر و همکاران و مک‌کراکن و همکاران همسو بود (۳۶، ۳۵، ۳۰). در تبیین این یافته باید خاطر نشان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر کمک نموده تا حالات روانشناختی، فیزیولوژیکی و هیجانی خود را بتوانند بیشتر پذیرند و از میزان اجتناب و یا بزرگ‌نمایی آنها کاسته شده و فاجعه‌پنداری درد کمتری را ادراک نمایند. تقویت توانایی توجه بدون قضاوت به افکار، هیجانات، تصاویر ذهنی و

پذیرش و تعهد بر کاهش خودانتقادی، فاجعه‌پنداری درد و شدت علائم گوارشی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر تاثیر بیشتری دارد (۰/۰۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودانتقادی، فاجعه‌پنداری درد و شدت علائم گوارشی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودانتقادی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر اثربخشی بیشتری دارد. این یافته با نتایج مطالعات فرخی و رسولی، پارسا و همکاران و باسونی و همکاران همسو بود (۴۰، ۳۸، ۳۷). این یافته اینگونه تبیین می‌شود که پذیرش روانی باعث درک بهتر فرد از تجربه های ذهنی (افکار و احساسات) شده و افراد آموزش می‌بینند که هر نوع عملی برای اجتناب و مهار این تجربیات ذهنی ناخواسته، بی تاثیر بوده یا نتیجه عکس دارد و سبب تشدید آن ها می‌شود و باید این تجربیات را بدون هیچ نوع واکنش درونی و بیرونی به منظور حذف آنها، به صورت کامل پذیرفت. بر این اساس ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر شد تا

مبتنی بر تعهد و پذیرش یاد گرفتند از طریق پذیرش، ناهمجوشی، خود به عنوان زمینه، اقدام متعهده، ارزش‌ها و ارتباط با لحظه اکنون انعطاف‌پذیری روانشناختی خود را بالا ببرند و این آموزش‌ها بر کاهش شدت علائم گوارشی آنان اثرگذار بود (۳۱) نتایج پژوهش حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با انعطاف‌پذیری روانشناختی، راهبردهای کنترل عاطفی، شفافسازی ارزش‌ها و پرورش حس اشتراکات انسانی در بیماران منجر به کاهش خودانتقادی، فاجعه‌پنداری درد و شدت علائم گوارشی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌شود. پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه داشت، از جمله این که پژوهش بر بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی گوارش شهر گرگان اجرا شده است و بنابراین تعمیم یافته‌ها به سایر بیماران باید با احتیاط صورت گیرد. به دلیل محدودیت زمانی، پیگیری نتایج محدود نبود؛ از این رو اطلاعاتی در مورد تداوم بهبودی وضعیت روانشناختی دانش آموزان به دست نیامد. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی دوره پیگیری جهت بررسی تأثیر این مداخله در درازمدت انجام شود. انجام مداخلات درمانی مانند درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند نقش مهمی در سلامت روانی و جسمانی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر داشته باشد، لذا به مشاوران و روانشناسان شاغل در مراکز خدکات درمانی پیشنهاد می‌شود که از این شیوه‌های درمانی به عنوان یک راهبرد برای بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله پژوهشگران از افراد شرکت‌کننده در این پژوهش قدردانی می‌کنند.

خاطرات آسیب‌زای ناشی از حادثه آسیب‌زا (یعنی پرورش مهارت آگاهی) یکی دیگر از مکانیسم‌های تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند باشد (۳۵). چرا که از یکی مهمترین مشکلات بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، وجود اضطراب و نقص در عملکرد سلامت روانی آنان می‌باشد. بر این اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این بیماران کمک کرده تا بتوانند به میزان بیشتری از اضطراب خود کم نمایند. کاهش اضطراب نیز باعث می‌شود تا پردازش‌های شناختی و هیجانی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به شکل واقعی گرایانه‌تر صورت پذیرد. در نتیجه این فرایند و با بهبود پردازش شناختی می‌توان انتظار داشت تا درد بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نسبت به دردهای فیزیولوژیکی حاصل از این بیماری واقع‌بین‌تر شده و از افکار مربوط به فاجعه‌پنداری آن بکاهند (۳۶) نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت علائم گوارشی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر اثربخشی بیشتری دارد. این یافته با نتایج مطالعات کامران و همکاران، غفاری جاهد و همکاران و بورسما و همکاران همسو بود (۳۱، ۳۹، ۴۱). در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند و به جای اینکه برای متوقف کردن آنها تلاش کنند از آنها خواسته می‌شود تا افکار و احساسات خود را تجربه کنند (۴۱). به صورت کلی می‌توان گفت مشاهده افکار و هیجانات فعلی و پذیرش به عنوان نمونه‌ای از مواجهه تلقی می‌شود که به نوبه خود باعث پذیرش و پردازش صحیح می‌شود، بنابراین توانایی تحمل هیجان‌های منفی و توانایی مدارا با آنها پیامدهای مفیدی را به همراه دارد بیماران مورد مطالعه از طریق به کارگیری شش فرایند درمان

منابع

- Babakhani S, Hosseini F. Gut Microbiota: An Effective Factor in the Human Brain and Behavior. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*, 2019; 7(1): 106-118.
- Almario C, Sharabi E, Chey W, Lauzon M, Higgins M, Spiegel B. Prevalence and Burden of Illness of Rome IV Irritable Bowel Syndrome in the United States: Results from a Nationwide Cross-Sectional Study. *Journal of Gastroenterology*, 2023; 16(9): 110-118.
- Oka P, Parr H, Barberio B, Black C, Savarino E, & Ford A. Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 2020; 5(10): 908-917.
- Khoshchingol N, Akbari B, Moqtadhar L, Shakerinia I. Comparing the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and neurofeedback on the level and severity of physical symptoms and emotional regulation in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Health Psychology*, 2021; 10(39): 121-144.
- Ruzafa L, Roman P, Cardona D, Requena M, Padilla C, Alarcón R. Environmental pesticide exposure and the risk of irritable bowel syndrome: A case-control study. *Environmental Toxicology and Pharmacology*, 2023; 98(3): 407-416.
- Bardacke J, Yarrow L, Rosenkranz S. The Long-Term Effects of a Low-Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides, and Polyols Diet for Irritable Bowel Syndrome Management. *Current Developments in Nutrition*, 2023; 6(11): 199-217.
- Karami M, Pourkamali T. The effectiveness of

mindfulness-based cognitive therapy on psychological flexibility and resilience of patients with irritable bowel syndrome. Quarterly Journal of Modern Psychological Research, 2023; 18(69): 211-219.

8. Collyer R, Clancy A, Borody T. Faecal microbiota transplantation alleviates symptoms of depression in individuals with irritable bowel syndrome: A case series. Journal of Medicine in Microecology, 2021; 6(1): 154-159.

9. Roshany Golanbar M, Rashidi R, Smkhani Akbarinejad H. The Efficacy of Compassion-Focused Therapy on Emotional Regulation and Psychological Health in Obese Women. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2024; 12(2): 21-30.

10. Rogier G, Muzi S, Morganti W, Pace C. Self-criticism and attachment: A systematic review and meta-analysis. Journal of Personality and Individual Differences, 2023; 214(12): 235-249.

11. Bagheri S, Hatami M, Rezaei Jamalou H, Abbasi M. Comparing the effectiveness of cognitive and behavioral therapy based on fatigue and cognitive self-compassion on the dimensions of fatigue and self-criticism in multiple sclerosis patients. Journal of Health Psychology, 2022; 11(44): 7-30.

12. Levi-Belz Y, Blank C. The longitudinal contribution of prolonged grief to depression and suicide risk in the aftermath of suicide loss: The moderating role of self-criticism. Journal of Affective Disorders, 2023; 340(1): 658-666.

13. Ghasemzadeh M, Asadi Mejreh S, Hashemi Z. The effect of mindfulness-based compassion training on self-criticism and anxiety of mothers with children with phenylketonuria (PKU). Quarterly Journal of Modern Psychological Research, 2022; 17(66): 229-237.

14. Sullivan M, Tripp D. Pain Catastrophizing: Controversies, Misconceptions and Future Directions. The Journal of Pain, 2023; 11(7): 407-411.

15. Zijah V, Mehdizadeh Khalaj K, Lafzi Kalehkhan S, Smkhani Akbarinejad H. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Regulation and Intensity of Pain in Girls with Premenstrual Dysphoric Syndrome. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2024; 12(3): 45-54.

16. Apriliyasari R, Chou C, Tsai P. Pain Catastrophizing as a Mediator Between Pain Self-Efficacy and Disease Severity in Patients with Fibromyalgia. Journal of Pain Management Nursing, 2023; 14(6): 53-65.

17. Colebaugh C, Wilson J, Flowers M, Overstreet D, Wang D, Edwards R, Chai P, Schreiber K. The Impact of Varied Music Applications on Pain Perception and Situational Pain Catastrophizing. The Journal of Pain, 2023; 24(7): 1181-1192.

18. Ezzat Panah F, Latifi Z. The effectiveness of acceptance, commitment, and compassion training on pain catastrophizing, distress tolerance, and posttraumatic growth in patients with fibromyalgia syndrome. Journal of Health Psychology, 2019; 8(32): 127-142.

19. Jahangirrad M, Kraskian-Mojmanari A, Naseri-Moghaddam S. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and emotion-focused therapy on resilience in people with irritable bowel syndrome. Journal of Preventive Medicine, 2021; 8(3): 60-70.

20. Warwar S, Greenberg L. Emotion-focused therapy. Journal of Encyclopedia of Mental Health, 2023; 6(1): 347-750.

21. Ertezaee B, Neissi A, Hamid N, Davoudi I. The effectiveness of emotion focused therapy on mental pain, experiential avoidance, and forgiveness in women with depression, who experienced a romantic relationship breakup. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2023; 9(6): 64-77.

22. Watson J, Sharbanee J. Emotion Focused Therapy – Case Conceptualization and Treatment: Adults. Comprehensive Clinical Psychology, 2023; 6(6): 105-128.

23. Homayuni S, Taghavi M, Goodarzi M, Hadian Fard H. The effectiveness of emotion-focused therapy on worry and self-criticism in people with anxiety disorder. Published in Journal of Psychological Sciences, 2022; 21(109): 1-18.

24. Bowins B. Chapter 15 - Emotion-focused therapy. States and Processes for Mental Health, 2021; 5(1): 139-144.

25. Moradi Kelardeh P, Narimani M, aghajani S, Moradi Kelardeh A. Development a Conceptual Model of the Relationship Between Affective and Emotional Composite Temperament and Overeating behavior in Adolescences according to the role of Emotion Regulation Strategies. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2023; 12(1): 1-12.

26. Shokrollahi M, Hashemi E, Mehrabizadeh Hattermand M, Zargar Y, Naami A. The effectiveness of emotion-focused therapy on anxiety sensitivity and pain catastrophizing in patients with chronic pain with emotional alexithymia.

- Journal of Psychiatric Nursing, 2023; 11(3): 46-56.
27. Dillon A, Timulak L, & Greenberg L. Transforming core emotional pain in a course of emotion-focused therapy for depression: A case study. Journal of Psychotherapy Research, 2021; 28(3): 406-422.
28. Gholami S, Keshavarzi F, Mohammadkhani P, Hassani F. The effectiveness of emotion-focused therapy on cognitive emotion regulation strategies and self-criticism in adolescent girls experiencing grief over parental divorce. Quarterly Journal of Modern Psychological Research, 2022; 17(67): 187-196.
29. Timulak L, Keogh D, Chigwe D, Wilson C, Ward F, Hevey F, Griffin P, Jacobs L, Irwin D. A comparison of emotion- focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. Journal of Trials, 2020; 19(1): 506-516.
30. Moqtadaei K, Ebrahimi A, Haqeeq A, Rezaei Jamalou H, Adibi P. Investigating the effectiveness of acceptance and commitment therapy on treatment adherence and pain severity in patients with irritable bowel syndrome. Journal of Behavioral Sciences Research, 2023; 21(1): 22-31.
31. Ghafari Jahed Z, Amini N, Deireh E, Mirzaei K. The effectiveness of acceptance and commitment approach on irrational beliefs and body image in patients with irritable bowel syndrome. Journal of Social Psychology, 2021; 9(59): 1-13.
32. Aghili M, Mirshekar M, Babaei E. The Effectiveness of Acceptance and Commitment on Premature Bereavement, Overt and Covert Anxiety, and Tolerance of Failure in Mothers with Cancerous Children. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2023; 11(3): 57-67.
33. Ferreira M, Mariano L, Rezende J, Caramelli P. Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 2022; 309(7): 297-308.
34. Fishbein J, Judd C, Genung S, Arch J. Intervention and mediation effects of target processes in a randomized controlled trial of Acceptance and Commitment Therapy for anxious cancer survivors in community oncology clinics. Journal of Behaviour Research and Therapy, 2022; 153(6): 104-113.
35. Javanshir M, Ismekhani Akbarinejad H, Roshani Golanbar M. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy with semantic therapy on pain catastrophizing and quality of life in women with breast surgery experience. Journal of Anesthesia and Pain, 2022; 13(4): 57-71.
36. McCracken L, Zhao-O'Brien J. General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. European Journal of Pain, 2020; 14(1): 170-175.
37. Farrokhi A, Rasouli Saravi S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on self-criticism in students with emotional breakdown, 9th National ConferenceonModernStudiesandResearchinEducational Sciences, Psychology and Counseling, Iran, Tehran. 2023.
38. Parsa B, Ariyapouran S, Hajjat A, Ghorbani M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on levels of self-criticism and suicidal thoughts in adolescents with self-harm. Journal of Psychological Studies, 2023; 19(2): 23-37.
39. Kamran A, Rostamifar R, Moqtadaei K. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on avoidance of experience and emotional processing in patients with irritable bowel syndrome. Journal of Health Psychology, 2022; 11(41): 155-170.
40. Basyouni S. Psychological Stress, Self-Compassion and Self-Punishment among Tension-Type Headache and Healthy University Students (A Comparative Study). International Journal of Psychological Studies, 2019; 11(4): 53-72.
41. Boersma K, Södermark M, Hesser H, Flink I, Gerdle B, & Linton S. Efficacy of a transdiagnostic emotion-focused exposure treatment for chronic pain patients with comorbid anxiety and depression: a randomized controlled trial. Journal of Pain, 2021; 160(8): 170-178.
42. Tabachnick B, & Fidell L. Using multivariate statistics. Harlow. Essex: Pearson Education Limited. 2014.
43. Pallant J. SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS. Routledge. 2020.
44. Angus L, Kagan F. Assessing client selfnarrative change in emotion focused therapy of depression: An intensive single case analysis. Journal of Psychotherapy, 2013; 50(4): 525-534.
45. Khosravi Asl M, Nasirian M, Bakhshayesh A. The Impact of Emotion-focused Therapy on Anxiety and Depression among Female- Headed Households in Imam Khomeini Relief Committee. Journal of

46. Hayes S. A contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327–387). New York: The Guilford Press. 2007.
47. Gilbert P, Clarke M, Hempel S, Miles J, & Irons C. Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 2004; 43(1): 31-50.
48. Saadati A, Mazbouhi S, Marzi S. Factor structure and validity of the self-criticism/self-confidence scale among teachers. *Journal of Educational Measurement*, 2018; 9(34): 133-147.
49. SullivanM, BishopS, PivikJ. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Journal of Psychological assessment*, 1995; 7(4): 524-532.
50. Mozaffari E. Investigating the relationship between catastrophic pain, psychosis, social support and coping strategies with functional disability in rheumatic patients in Ahvaz. Master's thesis. Ahvaz: Shahid Chamran University. 2009.
51. Osman A, Barrios F, Gutierrez P, Kopper B, Merrifield T, Grittman L. The Pain Catastrophizing Scale: further psychometric evaluation with adult samples. *Journal of behavioral medicine*, 2000; 23(4): 351-365.
52. Francis C, Morris J, Whorwell P. The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 1997; 11(2): 395-402.
53. Afshar H, Bagherian Sararoudi R, Foruzandeh N, Khorramian N, Daqaqzadeh H, Marathi M, Adibi P. The relationship between illness perception and symptom severity in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Isfahan Medical School*, 2011; 29(137): 526-536.
54. Gholamrezaei A, Tavakoli H. Evaluation of the validity and reliability of the questionnaire measuring the quality of life of patients with irritable bowel syndrome in the Iranian community. *Journal of journal of the School of Medicine*, 2011; 49(6): 395-390.