

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 مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودانتقادی، فاجعه‌پنداری درد و شدت علائم گوارشی بیماران مبتلا به سندرم 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، سندرم روده تحریک‌پذیر یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات عملکردی به شمار می‌رود. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودانتقادی، فاجعه‌پنداری درد و شدت علائم گوارشی بیماران مبتلا به سندرم 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 سندرم 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 مبتنی 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 مبتنی 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 مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش خودانتقادی، فاجعه‌پنداری درد و شدت علائم گوارشی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر بودند. علاوه بر این، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری نسبت به درمان هیجان‌مدار در بهبود این متغیرها داشت. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی، ارتقاء راهبردهای تنظیم هیجان، روشن‌سازی ارزش‌های فردی و تقویت حس انسانیت مشترک، به کاهش خودانتقادی، فاجعه‌پنداری درد و شدت علائم گوارشی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر منجر می‌شود.

واژه‌های کلیدی:

- ۱- درمان هیجان‌مدار
- ۲- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
- ۳- مدیریت درد
- ۴- درمان شناختی-رفتاری
- ۵- بیماری‌های گوارشی

*نویسنده مسئول: سید مجتبی عقیلی

پست الکترونیک: aghili@pnu.ac.ir

مقدمه

اختلالات گوارشی از نظر درخواست مشاوره روان پزشکی در بین بیماری‌های طبی، رتبه اول را دارند (۱). در بین اختلالات کارکردی گوارش، سندرم روده تحریک پذیر^۱ شایع ترین، پرهزینه ترین و ناتوان کننده ترین اختلالات کارکردی قابل شناسایی است. سندرم روده تحریک پذیر 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 سندرم روده تحریک پذیر 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 شایع تر از مردان بوده و ماهیتی مزمن دارد (۳-۴). این سندرم ناشی از عوامل متعدد است که با ایجاد تغییر در ساختار و عملکرد دستگاه گوارش منجر به ایجاد علامت و شدت آن در بیمار می شود. ژنتیک، وقایع استرسزا در زندگی، ویژگی های روانشناختی، رژیم غذایی، اختلالات حرکتی دستگاه گوارش، افزایش حساسیت احشایی یا اختلال در پردازش حس ها، تغییر عملکردی سروتونین، اختلال در عملکرد سیستم عصبی مرکزی و محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال، فلور میکروبی روده، ابتلا به برخی عفونت های روده، تغییر در پاسخ سیستم ایمنی، تغییر در نفوذپذیری مخاط روده و سوء جذب اسیدهای صفراوی از مکانیسم های شناخته شده در سندرم روده تحریک پذیر هستند (۵-۶). بیمارانی که به سندرم روده تحریک پذیر مبتلا هستند علاوه بر دردهای فیزیولوژیکی در ناحیه شکم و روده ها، از علائم روانشناختی نامطلوبی همچون افسردگی رنج می برند، این فرایند موجب می گردد تا بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر علاوه بر تحمل مشکلات فیزیولوژیکی دیرپا، مستعد ابتلا به آسیب های روانشناختی و هیجانی باشند (۷-۸). بر اساس نظریه شناختی، افراد مستعد افسردگی خودشان را از یک دیدگاه منفی و انتقا آمیز می نگرند (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 درگیر شدن 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 زمینه ساز و هم نقش تداوم بخش دارند. خودانتقادی، از حمایت و رسیدگی بی کفایت در دوران کودکی ریشه می گیرد و باعث تقویت ارزیابی های منفی و سخت گیرانه از خود می شود که زمینه افسردگی را فراهم می آورد

(۱۲). خودانتقادی می تواند مقایسه ای یا درونی شده باشد. خودانتقادی مقایسه ای باعث ایجاد ناامیدی احساس حقارت و بی کفایتی می شود و خودانتقادی درونی باعث ایجاد انزجار و تنفر از خود می شود (۱۳). بروز بیماری های مزمن و دردآور همچون سندرم روده تحریک پذیر ممکن است برای بیماران در فرایندهای پردازشی و شناختی فاجعه پنداری درد^۴ ایجاد نماید. فاجعه پنداری درد شامل یک مجموعه طرحواره شناختی و هیجانی منفی و مبالغه آمیز از موقعیت دردناک واقعی یا مورد انتظار است که در هسته این تعریف یک انحراف شناختی، پیش بینی منفی و غیرمنطقی از رویدادهای آینده وجود دارد (۱۴). مهمترین تاثیر فاجعه پنداری درد آن است که بیماران مبتلا به درد یک ارزیابی از دردشان به دست می آورند 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 بزرگ نمایی در میزان تحریک درد، احساس درماندگی در مقابل درد و یک ناتوانی در مهار افکار مربوط به درد در هنگام انتظار درد یا حین درد دارند که فاجعه پنداری درد نامیده می شود (۱۶). فاجعه سازی درد، یکی از قوی ترین عوامل روان شناختی در پیش بینی تجربه درد بوده است. فاجعه آمیز کردن درد با افزایش درد، اضطراب، پریشانی فرایندهای عاطفی و همچنین، ناتوانی و کاهش روش های مؤثر مقابله به درد همراه است (۱۷). فاجعه سازی درد منجر به کاهش کیفیت زندگی در طول دوره درمان بیماران مبتلا می شود و در زندگی افراد مشکلاتی را ایجاد می کند (۱۸). با توجه به اینکه هیجان و درد با هدف کاهش شرایط نامساعد، مکانیسم های یکسانی را راه اندازی می کنند، بهتر است از رویکردهای درمانی برای درمان بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر استفاده کرد که بر روی مسائل مربوط به هیجان متمرکز باشد. درمان هیجان مدار^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 می داند (۲۰)، و از جمله درمان های تأثیرگذار در حیطه روان فیزیولوژی به حساب می آید و تأثیر قابل قبولی در کاهش علائم جسمانی شده نظیر درد مزمن و مشکلات گوارشی داشته است (۲۱). این درمان، تجربی و ساختاریافته و براساس بخش هایی از سنت روانشناسی انسان گرا است که با تفسیر مجدد از نظریه اصالت هیجان، نظریه دلبستگی و ساختار دیالکتیکی، در پاسخ به تأکید

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 پژوهش‌ها و بررسی‌های صورت گرفته که به آن اشاره گردید تا حدودی حاکی از این است که درمان‌های دارویی به تنهایی نمی‌تواند برای کاهش درد و مدیریت این بیماران کفایت کننده باشد. در همین راستا با توجه به نقش عوامل روانشناختی و عصب‌شناختی در این بیماری، پیشنهاد شده استفاده از مداخله‌های مکمل برای درمان‌های دارویی شاید بتواند نتایج کارآمدتری به همراه داشته باشد. با توجه به اینکه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به تنهایی 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 هیجان‌مدار 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 پالانت 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 ۱ (۱۵ نفر)، گروه آزمایش ۲ (۱۵ 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 روانشناختی 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 حوادث 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 تطابقی 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، آن‌ها 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 سندرم روده تحریک‌پذیر بود (۲۹-۲۶، ۱۹). 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 به‌عنوان یک مداخله روانشناختی عاملی شفا دهنده، چند بعدی، پویا و قدرتمند در سازگاری با مشکلات است و به‌عنوان یکی از درمان‌های نسل سوم به علت تأکید بر چرخه‌های کارکردی و در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، موجب تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی این درمان نسبت به دیگر درمان‌هاست (۳۲-۳۱). 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 روان‌شناختی^۷ عملکرد فرد را بهبود می‌بخشد تا پریشانی فرد را کم کند (۳۳). اجتناب از احساسات ناخوشایند (اجتناب تجربه‌ای) رنج روان‌شناختی را دوام می‌بخشد. آمادگی برای تجربه کردن احساسات ناخوشایند و اجتناب‌نکردن از آن‌ها که به‌عنوان 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 (۴۱-۳۰). سندرم روده تحریک‌پذیر به علت ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده‌اش اثرات شدیدی بر کیفیت زندگی و

^۶ Acceptance and Commitment Therapy

^۷ Psychological 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 محرمانه باقی می ماند و نیازی به درج نام نیست. داده های پژوهش با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و نرم افزار تحلیل داده های 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 دقیقه ای اجرا شد که خلاصه جلسات در جدول ۱، ارائه شده است.

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

روند اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از اخذ کد اخلاق (IR.PNU.REC.1403.044) از واحد پژوهش دانشگاه پیام نور هماهنگی های لازم با مسئولان کلینیک های تخصصی گوارش انجام شد. سپس بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر شناسایی و نمونه پژوهش انتخاب شد. معیار تشخیص سندرم روده تحریک پذیر، تشخیص مندرج در پرونده پزشکی بیمار توسط متخصص بود. در این بررسی، گزینش نمونه این پژوهش به این طریق بود که به بیماران واجد شرایط مراجعه کننده به مراکز درمانی متخصصان گوارش، اطلاعات مختصری راجع به طرح پژوهشی اهداف آن و شیوه اجرای درمان داده شد. در نهایت افراد واجد شرایط، به عنوان گروه نمونه در پژوهش حضور یافتند. بیماران هر دو گروه، درمان معمول سندرم روده تحریک پذیر به وسیله متخصص گوارش را دریافت می کردند، 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 دقیقه ای، هفته ای 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	ارزیابی و ایجاد پیوستگی، بحران زدایی، معارفه و برقراری ارتباط، آشنایی با قوانین گروه، مفهوم سازی مشکل، آشنایی اعضای گروه با یک دیگر و ارائه شرح حال کوتاهی از خود، ایجاد پیوستگی بین اعضا، بررسی انگیزه درمان، ارائه منطق درمان هیجان مدار، انجام پیش آزمون
دوم	گسترش تجربه هیجانی، آشنایی با انواع هیجانات (اولیه، ثانویه و ابزاری) و شناخت جنبه های هیجانی خود و دیگران، تا گشایش مشکل اصلی، دستیابی و اعتباربخشی به هیجانات بنیادین و نیازهای برآورده نشده خود، کشف سبک پردازش هیجانی خود
سوم	تقویت ابرازگری هیجانی، اعتبار بخشی به هیجانات، دسترسی به نیازهای برآورده نشده
چهارم	تشدید هیجانی، مواجهه سازی تصویری، عمق بخشی به هیجانات و درگیری با تجربه هیجانی به مالکیت در نیامده، کار بر روی نشانه های خرد، استفاده از فنون کار با صندلی
پنجم	تنظیم هیجانی، ابراز فرصت برای ایجاد فاصله کاری متناسب با هیجان، تنظیم هیجانات اصلی زیربنایی
ششم	تأمل و شناسایی نیازهای هیجانی، ردیابی هیجانات، تسهیل ابراز خواسته ها و نیازها
هفتم	تبدیل هیجانی، تحکیم بافت همدلانه، رسیدن به بینش تجربه ای در مورد هیجانات ناسازگار کنونی
هشتم	خودتسکین بخشی تبدیلی و مقابله ای، کار با موانع خودتسکین بخشی، تصور کردن خود آسیب پذیر
نهم	چهارچوب دهی مجدد، تحکیم و یکپارچه سازی، بررسی ایجاد روایت های جدید مرتبط با فقدان، خلق تجارب جدید، دریافت بازخورد اصلاحی، آگاهی از آسیب های خود، بازسازی تعاملات از دست رفته و تغییر رویدادهای مرتبط با آسیب
دهم	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 ارضا نشده، ارتقای روش های تعامل، تثبیت خود جدید، انجام پس آزمون

⁸ Angs & Kagan

جدول ۲- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوی
اول	برقراری رابطه درمانی، بستن قرارداد درمانی، آموزش روانی
دوم	بحث درباره تجربیات و ارزیابی آن‌ها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه
سوم	بیان کنترل به عنوان مشکل، معرفی تمایل به عنوان پاسخی دیگر، درگیر شدن با اعمال هدفمند
چهارم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان، تضعیف اثتلاف خود با افکار و عواطف
پنجم	مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خودمفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده گر، نشان دادن 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، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها

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 سندرم 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 فعالیت های روزانه زندگی و علائم خارج روده ای را با IBS-SI بررسی می کند. میانگین نمره هر بخش حداکثر ۱۰۰ و نمره کل پرسشنامه حداکثر ۵۰۰ می باشد. موارد خفیف و متوسط و شدید به وسیله نمرات ۷۵ تا ۱۷۵، ۱۷۵ تا ۳۰۰ و بیشتر از ۳۰۰ به ترتیب نمایش داده می شوند (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 روایی و پایایی مناسب است، به طوری که نمره کلی پرسشنامه رابطه معنی داری با نمره کلی کیفیت زندگی (۶۲/۰) و نمره اضطراب و افسردگی ($R=0.45$) دارد (۵۴).

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان در پژوهش ۲/۶ ± ۳۶/۹ بود. همچنین ۵۰/۵ درصد از شرکت کنندگان زن و ۴۹/۵ 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، کالکر، 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 ($P<0.01$) معنی دار هستند (۴۸). پرسشنامه فاجعه‌پنداری 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 درجه ای تنظیم و نمرات کل بین ۱۳ تا ۶۵ قرار دارند (۴۹). مظفری در پژوهش خود پایایی این پرسشنامه را از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آورد و روایی این آزمون به وسیله ضریب همبستگی با آزمون افسردگی بک مورد بررسی قرار گرفت که همبستگی مثبت و معنی داری ($P=0.01$) را نشان داد (۵۰). همچنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش اوسمان 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

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

شماره پنجم

به سطح معنی‌داری ۰/۰۷۹ معنی‌دار نمی‌باشد و گویای همگنی ماتریس کوواریانس‌ها در میان گروه‌های مختلف متغیر وابسته می‌باشد. یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره حاکی از آن است که F به دست آمده، با درجه‌آزادی ۳ و ۳۳ در سطح $P < ۰/۰۵$ معنی‌دار است. یافته‌های حاصل نشان داد که در متغیرهای پژوهش پس از حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌دار وجود دارد $P < ۰/۰۵$ و $P = ۰/۰۳۳$ و $F = ۱۸/۲۵$ و $F = ۰/۵۹$ (Pillais Trace).

در ادامه برای درک دقیق‌تر و بررسی تاثیر جداگانه 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 ($F = ۱۵/۷۹$ ، $P < ۰/۰۰۳$ ، $\eta^2 = ۰/۳۶$)، فاجعه‌پنداری درد ($F = ۲۴/۳۸$ ، $P < ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۵۵$) و شدت علائم گوارشی ($F = ۲۶/۱۸$ ، $P < ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۵۱$)

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 هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نمرات گروه‌های آزمایش تفاوت داشته است. به دلیل آنکه سطوح معنی‌داری 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 ($F = ۱/۷۷۹$) و شدت علائم گوارشی ($F = ۰/۸۲۵$) برقرار است ($P < ۰/۰۵$).

آزمون ام‌باکس برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس‌ها 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 کوواریانس تک‌متغیری متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	مرحله	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	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			

شماره پنجم

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 سندرم روده تحریک‌پذیر شد ($P < 0/05$). همچنین میان اثربخشی دو روش تفاوت معنی‌داری وجود دارد، به عبارتی دیگر درمان مبتنی بر

تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$). 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 هیجان‌مدار	گواه	-۱۱/۶۲	۰/۰۰۳
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	-۱۳/۸۱	۰/۰۰۲
	درمان هیجان‌مدار	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲/۱۹	۰/۰۰۳
فاجعه‌پنداری درد	درمان هیجان‌مدار	گواه	-۱۰/۳۸	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	-۱۷/۷۱	۰/۰۰۱
	درمان هیجان‌مدار	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۷/۳۳	۰/۰۰۱
شدت علائم گوارشی	درمان هیجان‌مدار	گواه	-۷۲/۷	۰/۰۰۰
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	-۷۷/۹۸	۰/۰۰۱
	درمان هیجان‌مدار	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵/۲۸	۰/۰۰۱

بیماران مبتلا به سندرم 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 تجربه‌کردن 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 سندرم روده تحریک‌پذیر اثربخشی بیشتری دارد. این یافته با نتایج مطالعات مقتدایی و همکاران، جوانشیر و همکاران و مک کراکن 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 سندرم روده تحریک‌پذیر کمک نموده تا حالات روانشناختی، فیزیولوژیکی و هیجانی خود را بتوانند بیشتر بپذیرند 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 سندرم روده تحریک‌پذیر تاثیر بیشتری دارد ($P < 0/05$).

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 سندرم روده تحریک‌پذیر بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودانتقادی بیماران مبتلا به سندرم 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 تجربه‌های ذهنی (افکار و احساساتش) شده و افراد آموزش می‌بینند که هر نوع عملی برای اجتناب و مهار این تجربیات ذهنی ناخواسته، بی‌تاثیر بوده یا نتیجه عکس دارد و سبب تشدید آن‌ها 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 متعهدانه، 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 مقدور 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 تأثیر 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 واقعی‌تری 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 (۴۱، ۳۹، ۳۱). 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 به‌عنوان 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

1. 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.
2. Almaro 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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 Jamaloui 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 Kalekhaneh 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. Homaeyuni 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 Adolescents 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, Haqeed A, Rezaei Jamaloui 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, Babae 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 Conference on Modern Studies and Research in Educational 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*

Community Health Research, 2018; 7(3): 173-182.

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. Sullivan M, Bishop S, Pivik J. 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, Grittmann 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.