

مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر تنظیم هیجان افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۲۴

خلاصه

مقدمه: هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر تنظیم هیجان افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بود.

روش کار: روش پژوهش از نظر هدف کاربردی و از حیث گردآوری داده‌ها، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بالای ۲۰ سال شهر شیراز در سال ۱۴۰۱ بود. از بین جامعه‌ی آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۴۵ نفر انتخاب و سپس به صورت جایگزینی تصادفی در سه گروه آزمایشی اول (۱۵ نفر)، آزمایش دوم (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌ی مقیاس دشواری تنظیم هیجانی گراتز (۲۰۰۴)(۲۷) بود.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که هر دو مداخله روان‌پویشی کوتاه مدت فشرده و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش تنظیم هیجان در بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر شده است ($p < 0/05$). هم‌چنین یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که بین درمان روان‌پویشی کوتاه مدت فشرده و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنی‌داری وجود دارد و درمان روان‌پویشی کوتاه مدت و فشرده در افزایش تنظیم هیجان روش مؤثرتری می‌باشد ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان از هر دو مداخله، به ویژه درمان روان‌پویشی کوتاه مدت فشرده در افزایش تنظیم هیجان بیماران دارای سندروم روده تحریک‌پذیر در کنار دیگر مداخلات درمانی استفاده نمود.

کلمات کلیدی: تنظیم هیجان، درمان پذیرش و تعهد، روان‌پویشی کوتاه مدت و فشرده

نوشین براهیمی^۱

مجیدبرزگر^{۲*}

مریم کوروش‌نیا^۲

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

Email: Mbarzegar55@gmail.com

مقدمه

سندروم روده تحریک پذیر^۱ (IBS)، یک اختلال عملکرد روده‌ای مزمن است، که با تغییر شکل یا مقدار مدفوع همراه با ناراحتی یا درد شکم مشخص می‌شود (۱). میزان شیوع این سندرم براساس معیارهای رم در ۳۴ کشور نشان داد که سندرم روده تحریک پذیر مختلط^۲ (IBS-M) شایع‌ترین زیر گروه معیار رم III با ۳۳/۸ درصد بود؛ اما سندروم روده تحریک پذیر با اسهال^۳ (IBS-D) با ۳۱/۵ درصد، شایع‌ترین زیر گروه بر اساس معیار رم IV گزارش شد (۲). شیوع این سندروم در ایران تقریباً ۵/۸ درصد گزارش شده است (۳). دلیل مشخصی برای سندروم روده تحریک پذیر وجود ندارد (۴). شواهد تحقیقاتی اخیر اختلالات عملکرد دستگاه گوارش را به دلیل تعامل پیچیده عوامل بیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی در نظر گرفته است (۵). بیماری‌های گوارشی و از جمله آن‌ها سندرم روده تحریک پذیر از لحاظ درخواست مشاوره‌ی روان پزشکی در بین بیماری‌های طبی، رتبه‌ی اول را دارند که این موضوع بازتابی از شیوع بالای این بیماری‌ها و ارتباط بین اختلال‌های روان پزشکی و علائم جسمی دستگاه گوارش است. علائم و اختلالات روان پزشکی یک عامل خطر مستقل برای توسعه سندروم روده تحریک پذیر هستند (۶). و می‌توانند علائم را تشدید یا تداوم بخشند (۷). افراد با اختلال سندروم روده تحریک پذیر مشکلات روان شناختی مختلفی مانند استرس مزمن، مشکلات شروع خواب (۸)، اختلالات خلق و خو و اضطرابی (۹) را تجربه می‌کنند. از بین عوامل روان شناختی عمده که بر این اختلال تأثیر می‌گذارد می‌توان به تنظیم هیجان اشاره کرد.

تنظیم هیجان به‌طور کلی به‌عنوان توانایی مدیریت پاسخ‌های هیجانی فرد تعریف می‌شود که شامل راهبردهایی برای افزایش، حفظ یا کاهش شدت، مدت‌زمان و مسیر حرکت هیجانات مثبت و منفی می‌شود (۱۰). مطالعات نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر در تنظیم هیجان

مشکل دارند و بصورت کاهش یافته و منفی تنظیم هیجان را انجام می‌دهند. این بیماران نسبت به هیجانات بصورت منفی و شدید واکنش نشان می‌دهند (۱۱). بنابراین تنظیم هیجان و احساساتی مانند اضطراب و خشم که نقش مهمی را در علائم و نشانه‌های این بیماری بازی می‌کند حائز اهمیت است. مشکل در تنظیم هیجانات مانند اضطراب و خشم، یکی از علل بروز اختلالات جسمانی مانند بیماری‌های قلبی-عروقی و بیماری‌های معده‌ای-روده است (۱۲). مطالعات نشان می‌دهد که سندروم روده تحریک پذیر اغلب با الکسی تایمیا همراه است (۱۳، ۱۴، ۱۵) که این اختلالات به شدت با اختلالات تنظیم هیجان همراه هستند (۱۶) و نشان دهنده مشکل افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر در تنظیم هیجان‌اتشان است.

به دلیل اهمیت تنظیم هیجان در اختلال سندروم روده تحریک پذیر، باید این ویژگی‌ها در ارزیابی و درمان مورد هدف قرار بگیرند. یکی از مداخلات روان شناختی موج سوم درمان‌های رفتاری-شناختی که پژوهش‌های مختلف اثربخشی آن را بر متغیرهای روان شناختی نشان داده‌اند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ (ACT) است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک روان‌درمانی است که شرکت کنندگان را ترغیب می‌کند تا روابط خود را با افکار و احساسات جسمانی خود از طریق مکانیسم‌های پذیرش، به هوشیاری و اقدام مبتنی بر ارزش تغییر دهند (۱۷). هدف کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان شناختی یعنی توانایی آگاهی از تجربیات در لحظه کنونی، با روش مبتنی بر پذیرش و به‌صورت غیر قضاوتی، همراه با تداوم رفتار بر اساس ارزش‌های خود، حتی وقتی افکار و احساسات فرد مخالف اقدام ارزنده است، است (۱۸). طبق گفته گریگوری، لاجنس، بوفارد و دیون^۵ (۲۰۱۸) (۱۹) برای تقویت انعطاف‌پذیری روان شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شش فرایند مرتبط و همپوشان متکی است: پذیرش (یعنی تمایل به باز کردن کامل تجربه‌های ناخواسته مانند افکار، خاطرات یا احساسات دشوار)، تماس با لحظه حال (به‌عنوان مثال

1. Irritable bowel syndrome

2. IBS with mixed bowel

3. IBS with diarrhoea

4. Acceptance and Commitment Therapy

5. Grégoire, Lachance, Bouffard, & Dionne

علائم می شوند (۲۳). از آنجا که این روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر هیجان‌ات و دفاع‌ها تمرکز دارد، به نظر می‌رسد می‌تواند بر تنظیم مناسب هیجان‌ات در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر اثربخش باشد.

به‌طور کلی با توجه به آنچه که عنوان شد و نظر به این که بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر به مجموعه شرایطی موسوم به نشانه‌های ناشناخته پزشکی^۳ (MUS) تعلق دارد که علائم جسمی مداوم و مشترکی دارند و با بیماری پزشکی قابل توضیح نیستند (۲۴) و علائم روانشناختی مهمی مانند تنظیم هیجان بر ایجاد و تداوم آن تأثیر زیادی دارد، لذا شناسایی شیوه‌های درمانی مؤثر از جمله دغدغه‌های اساسی محسوب می‌شود که توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده است. این در حالی است که آمارها نشان داده‌اند در ایران حدود ۲۰ درصد از افراد به سندرم روده تحریک‌پذیر مبتلا هستند. و این اختلال منجر به هزینه‌های پزشکی و دارویی بالایی می‌شود (۲۵)؛ بنابراین بررسی شیوه‌های روان‌درمانی مؤثر بر این اختلال می‌تواند منجر به کاهش هزینه‌های تحمیلی و ضررهای روانی و اقتصادی متعاقب آن شود. علی‌رغم اهمیت این موضوع مطالعات اندکی به بررسی شیوه‌های درمانی جدید بر رفع مشکلات روان‌شناختی و افزایش کیفیت زندگی این بیماران پرداخته است؛ لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا تفاوت معناداری در مقایسه اثربخشی درمان‌پذیرش و تعهد و درمان روان‌پریشی فشرده و کوتاه‌مدت بر تنظیم هیجان بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر وجود دارد؟

روش پژوهش

جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بالای ۲۰ سال شهر شیراز در سال ۱۴۰۱ است. نمونه آماری پژوهش بر اساس حداقل افراد موردنیاز برای طرح‌های آزمایشی (۲۶) ۴۵ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایشی اول، ۱۵ نفر گروه آزمایشی دوم و ۱۵ نفر گروه کنترل) بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد و به‌صورت تصادفی در سه

داشتن هوشیاری و آگاهی از تجربیات خود)، خود به‌عنوان زمینه (حفظ دیدگاه درمورد خود درون تجربیات) گسلش شناختی (توانایی فاصله‌گرفتن از تجربیات ناخواسته بدون درگیری با آن)، اقدام متعهدانه (درگیری در اقداماتی که به سمت جنبه‌های مهم زندگی حرکت می‌کنند) و ارزش‌ها (در ارتباط ماندن با ارزش‌های شخصی یا حوزه‌هایی مهم زندگی). با توجه به اینکه این درمان بر افکار و احساسات جسمانی به‌طور هم‌زمان تمرکز می‌کند، احتمالاً می‌تواند بر بهبود تنظیم هیجان بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر تأثیر بگذارد.

همچنین، یکی دیگر از درمان‌هایی که اخیراً مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت^۱ (ISTDP) است. روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت توسط دوانلو^۲ در دهه ۱۹۷۰ (۲۰) توسعه یافت. این رویکرد بر احساسات مربوط به دل‌بستگی اجتناب شده و مکانیسم‌های دفاعی متمرکز می‌شود که بیمار برای جلوگیری از بروز احساسات خود از آن‌ها استفاده می‌کند و در درمان، این احساسات اجتناب شده برانگیخته می‌شوند و در صورت لزوم، از فرمت ظرفیت‌سازی برای افزایش تحمل اضطراب استفاده می‌شود. تجربه مستقیم احساسات ناهشیار، از طریق فعال‌سازی مسیرهای خاص بدنی، یکی از تکنیک‌های این درمان است که به نظر می‌رسد با سرعت و اثربخشی فرایند درمانی ارتباط دارد احساسات ناهشیار با فعال‌شدن مسیرهای اضطرابی ناهشیار با سیگنال‌هایی که می‌تواند توسط درمانگر دنبال شود (مانند فشردن دست‌ها، گیج شدن یا ناراحتی معده) آشکار می‌شود (۲۱). ارتباط هیجان‌ات اساسی، اضطراب و دفاع‌های عمیق فرایند اصلی تغییر در این درمان تلقی می‌شود (۲۲). از منظر این درمان، هیجان‌ات آزاردهنده ممکن است توسط مکانیسم‌های دفاعی کاهش یابند. دفاع‌ها راهبردهای شناختی، عاطفی و بین‌فردی هستند که هیجان‌ات طاقت‌فرسا را از آگاهی دور می‌کنند؛ بنابراین دفاع‌ها اضطراب را کاهش می‌دهد؛ اما هم‌زمان تنظیم هیجان‌ات سازگارانه را حذف می‌کنند و در نتیجه مانع کاهش

1. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

2. Davanloo

3. Medically Unexplained Symptoms

کردند. در پژوهش آنان با استفاده از تحلیل عامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهدشافی، مانند مقیاس اصلی، ۶ عامل به دست آمد اما حذف ۳ گویه را در پی داشت. روایی ملاکی این ابزار با سیاهه‌ی افسردگی و اضطراب بک در سطح مطلوبی گزارش شد. نتایج حاصل از بررسی پایایی این مقیاس نشان داد که آلفای کرونباخ شش زیر مقیاس در دامنه ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ و پایایی بازآزمون آن در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ است. میزان پایایی ابزار در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمد.

روش اجرای پژوهش

پس از اخذ نامه از دانشگاه و ارائه آن به مراکز درمانی از جمله متخصصین داخلی و همچنین پخش اطلاعیه در این مراکز از مبتلایان برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. پس از انتخاب آزمودنی‌ها ابتدا به آن‌ها در خصوص هدف پژوهش، مدت آن و فواید شرکت در آن شرح داده شد. به آن‌ها گفته شد که در یک مطالعه پژوهشی شرکت خواهند کرد و تمامی اطلاعاتی که از آن‌ها دریافت می‌شود محرمانه خواهد ماند. سپس از آن‌ها رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. همچنین به گروه کنترل توضیح داده شد که پس از پایان کار پژوهشی، جلسات درمان برای آن‌ها نیز برگزار خواهد شد. در ادامه برای آزمودنی‌های گروه آزمایش جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پوی فشرده کوتاه مدت به همراه تکالیف در حین جلسات و تکالیف مربوطه برگزار شد. در ادامه ساختار جلسات درمانی به صورت خلاصه ارائه می‌گردد.

درمان پذیرش و تعهد: این درمان بصورت انفرادی و در ۸ جلسه یکساعته اجرا شد. پروتکل درمانی استفاده شده در این پژوهش از برنامه‌های هیز، (۲۰۰۴)(۱۷)، و دال، استوارت، مارتل و کاپلان، ۲۰۱۴ (۲۹) اقتباس شده است. محتوای جلسات در جدول (۱) ذکر شده است.

گروه آزمایشی اول و دوم و گروه کنترل گمارده شدند. گروه‌های آزمایشی در جلسات درمانی شرکت کردند؛ درحالی‌که گروه کنترل درمانی را دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: تشخیصی سندروم روده تحریک‌پذیر توسط متخصص گوارش، رده سنی بین ۲۰ تا ۴۵ سال، داشتن حداقل تحصیلات متوسط و نداشتن سابقه بیماری جسمانی به جز مورد مطالعه و ملاک‌های خروج نیز شامل: عوارض شدید سندروم روده تحریک‌پذیر که منجر به بستری در بیمارستان گردد، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی، کاهش وزن غیر قابل توضیح، درد شکمی که با داروهای مهارکننده‌ای اسید بهبود یابد و بارداری یا دوره‌ی شیردهی بود.

ابزار پژوهش شامل مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی گراتز (DERS) بود:

مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی گراتز (DERS):

این مقیاس که در سال ۲۰۰۴ توسط گراتز و رومر (۲۷) تهیه شد شامل ۳۶ گویه می‌باشد که دارای شش خرده مقیاس (۱) عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، (۲) دشواری‌های روی آوردن به رفتار هدفمند، (۳) دشواری‌های کنترل تکانه، (۴) فقدان آگاهی هیجانی، (۵) دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و (۶) فقدان شفافیت هیجانی می‌باشد. این ابزار از روایی سازه و پیش بین مناسبی برخوردار است (۲۷). این مقیاس از همسانی درونی بالایی (۰/۹۳) برخوردار است و هر شش خرده مقیاس آن دارای آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۸۰ هستند. آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ۰/۸۵، خرده مقیاس دشواری‌های روی آوردن به رفتار هدفمند ۰/۸۹، خرده مقیاس دشواری‌های کنترل تکانه ۰/۸۶، خرده مقیاس فقدان آگاهی هیجانی ۰/۸۰، خرده مقیاس دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان ۰/۸۸ و خرده مقیاس فقدان شفافیت هیجانی ۰/۸۴ بود. اعتبار ابزار با روش آزمون بازآزمون ۰/۸۸ به دست آمد. همچنین در ایران (۲۸) روایی و پایایی این مقیاس را بررسی

1. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

2. Roemer

جدول ۱. شرح پروتکل درمانی پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا و تکالیف
۱	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسش‌نامه و بستن قرارداد درمانی.
۲	کشف و بررسی روش‌های درمانی و ارزیابی میزان تأثیر آنها، بحث در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
۳	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بهبودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
۴	توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
۵	معرفی مدل رفتاری سه بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روانشناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تالش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
۶	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس ایی که جزء محتوای ذهنی هستند. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
۷	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
۸	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون.

روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت: در این

پژوهش فرآیند اجرای متغیر مستقل در طی ۸ جلسه براساس پروتکل روان‌درمانی روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت دکتر حبیب دوانلو بصورت فردی صورت گرفت. آنچه به روان‌درمانگری پویشی فشرده و کوتاه مدت ماهیت فنی و مشخص می‌بخشد فرمول‌بندی و داشتن دستور نامه برای فرآیند درمانگری بخصوص مصاحبه اول با بیمار است. این فرآیند به مراحل مشخصی قابل تقسیم است هر مرحله با مداخله خاص از سوی درمانگر و پاسخی خاص از سوی بیمار مشخص می‌شود. این فرآیند را دوانلو توالی پویشی نامیده است. توالی پویشی رویه‌ای که از طریق آن درمانگر امکان بازگشایی ناهوشیار را در بیمار ارزیابی و فرآیند حرکت درمانگری را هدایت می‌کند. هر مداخله معمولاً به واکنش‌های مشابه از سوی بیماران منجر می‌شود. از این روی امکان توصیف کلی فرآیند درمان و تقسیم آن به مراحل مشخص وجود دارد. اگرچه توالی این مراحل ممکن است در هر بیمار متفاوت باشد، یعنی تمامی مراحل انجام

آن در همه بیماران مشاهده نمی‌شود و تکرار مراحل خاصی از مداخله ممکن است در برخی بیماران ضروری باشد. بر این اساس فرآیند حرکت در توالی پویشی بیشتر حلزونی است تا مستقیم. در توالی پویشی حرکت عبارت است از مداخله فعال، پاسخ و به دنبال آن مداخله فعال دیگری از سوی درمانگر در این روش بر تجربه فرارونده بیمار از تعامل با درمانگر در حین مصاحبه بسیار تأکید می‌شود. از این روی هر قسمت از درمان از مجموعه‌ای از مداخله و پاسخ تشکیل شده است که در نهایت به شکست مقاومت و ورود درمانگر و بیمار به هسته پویشی و ناهوشیار اختلال منجر می‌شود. مراحل هفتگانه توالی پویشی عبارتند از: پرسش از مشکل بیمار، فشار، چالش با مقاومت، تجلی مقاومت انتقالی و چالش با آن، غلبه پیمان درمانی بر مقاومت و بازگشایی هوشیار، تحلیل انتقال و کاوش پویشی در ناهوشیار (۳۰).

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. استنباطی

پرسشنامه‌ها، ایجاد جوی اطمینان‌بخش و احترام به آنان از جمله ملاحظات بود که پژوهشگر مدنظر قرارداد.

این پژوهش از رساله دکتری نویسنده اول، با کد اخلاق IR.SUMS.REC.1401.29365230 می‌باشد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از پژوهش با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد و روش آمار استنباطی مانند تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به متغیر تنظیم هیجانی و مولفه‌های آن را در سه مرحله اندازه‌گیری و در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. نمرات افراد در پیش‌آزمون در سه گروه برابر و نزدیک هم هستند اما نمرات دو گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش دارند. همچنین نمرات گروه آزمایش در دوره پیگیری نیز با افزایش همراه هستند.

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. جهت محاسبه زوجی تفاوت‌های بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-22، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری ۰/۰۵ برای آزمون فرضیه‌های پژوهش انتخاب شد.

ملاحظات اخلاقی

رازداری، خیررسانی، اصول احترام به فرد و عدالت از اصول بنیادی جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش است. در این پژوهش سعی شد که این اصول رعایت شود و با در نظر گرفتن این اصول رضایت‌نامه‌ای تدوین شد که شرکت‌کنندگان قبل از ورود به مداخله آن را مطالعه نموده و امضاء کردند. همچنین، امکان انصراف شرکت‌کنندگان در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش، ارائه اطلاعات کافی در مورد نحوه پژوهش به همه شرکت‌کنندگان، جلب اعتماد و اطمینان آزمودنی‌ها جهت مشارکت در پژوهش و تکمیل

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد تنظیم هیجانی با توجه به گروه

گروه						
کنترل		تعهد و پذیرش		روانپوشی		
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۱۰/۶۰	۹۴/۰۷	۵/۸۵	۹۵/۹۳	۹/۲۶	۹۴/۴	تنظیم هیجان
۳/۰۹	۱۵/۶	۲/۶۶	۱۶/۲۷	۲/۶	۱۵/۷۳	عدم پذیرش
۲/۵۴	۱۴/۲	۱/۷۹	۱۴/۷۳	۲/۳۱	۱۴/۰۷	دشواری رفتار هدفمند
۲/۷۷	۱۴/۴۷	۱/۹۳	۱۶	۱/۹۳	۱۵/۲۰	دشواری کنترل تکانه
۳/۱	۱۵/۰۷	۲/۸۲	۱۵/۳۳	۲/۵۳	۱۵/۶۷	فقدان آگاهی هیجانی
۳/۶	۱۷/۱۳	۲/۴۷	۱۷/۵۳	۲/۹۵	۱۸/۴۷	دسترسی محدود
۳/۰۸	۱۵/۷۳	۲/۴	۱۶/۰۷	۲/۲۲	۱۵/۲۷	فقدان شفافیت هیجانی
<hr/>						
۵/۳۷	۹۴/۸	۵/۷۸	۱۰۹/۵۳	۹/۰۵	۱۱۴/۵۳	تنظیم هیجان
۲/۰۷	۱۶/۱۳	۲/۳۸	۱۸/۶۷	۲/۸۳	۱۹/۵۳	عدم پذیرش
۱/۸۸	۱۴/۵۳	۱/۹۴	۱۷/۰۷	۲/۲۵	۱۷/۷۳	دشواری رفتار هدفمند
۱/۶۵	۱۵	۲/۰۷	۱۸/۱۳	۱/۹۲	۱۸/۴۷	دشواری کنترل تکانه
۲/۱۳	۱۵/۶	۲/۹	۱۷/۴۷	۲/۶	۱۹/۲۷	فقدان آگاهی هیجانی
۲/۶۴	۱۷/۴	۲/۵۹	۱۹/۸۷	۳/۰۹	۲۱/۸۷	دسترسی محدود
۲/۲۶	۱۶/۱۳	۲/۵	۱۸/۳۳	۲/۱۳	۱۸/۴	فقدان شفافیت هیجانی
۴/۷۱	۹۳/۷۳	۵/۴۶	۱۰۷/۸۷	۹/۶۸	۱۱۳/۴	تنظیم هیجان
						پیگیری

۲/۱۴	۱۵/۸	۲/۲۶	۱۸/۳۳	۲/۸۴	۱۹/۲۷	عدم پذیرش
۱/۸	۱۴/۴	۱/۸۸	۱۶/۸۷	۲/۲۶	۱۷/۴	دشواری رفتار هدفمند
۱/۶۸	۱۴/۸۷	۱/۸۸	۱۷/۸۷	۱/۸۱	۱۸/۱۳	دشواری کنترل تکانه
۱/۹۹	۱۵/۴	۲/۸۳	۱۷/۲	۲/۵۶	۱۸/۸۷	فقدان آگاهی هیجانی
۲/۴۷	۱۷/۴	۲/۵۳	۱۹/۶	۳/۰۴	۲۱/۶	دسترسی محدود
۲/۰۳	۱۵/۸۷	۲/۵۹	۱۸	۱/۸۸	۱۸/۱۳	فقدان شفافیت هیجانی

تنظیم هیجان ($p > 0.05$ و $F = 3.10$) و خرده مؤلفه‌های آن یعنی عدم پذیرش ($p > 0.05$ و $F = 2.10$)، دشواری رفتار هدفمند ($p > 0.05$ و $F = 0.191$)، دشواری کنترل تکانه ($p > 0.05$) و فقدان آگاهی هیجانی ($F = 2.77$ و $p > 0.05$)، فقدان شفافیت دسترسی محدود ($p > 0.05$ و $F = 2.26$) و فقدان شفافیت هیجانی ($p > 0.05$ و $F = 2.76$) بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد و بنابراین پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها نیز برقرار است. با توجه به رعایت پیش‌فرض‌های ذکر شده، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر به منظور مقایسه دو درمان در متغیر تنظیم هیجان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بلامانع است.

به منظور بررسی معنادار بودن این تفاوت‌ها، از تحلیل کواریانس استفاده گردید. بدین منظور، تاثیر پیش‌آزمون از روی نمره‌های پس‌آزمون برداشته شد و سپس دو گروه با توجه به نمره‌های باقیمانده مقایسه شدند. برای انجام تحلیل کواریانس، به عنوان یک آزمون پارامتریک، ابتدا پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در این پژوهش از آزمون شپرو و ویلکز استفاده گردید که نتایج آن نشان داد توزیع نمرات تنظیم هیجان و خرده مؤلفه‌های آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال بوده است ($p > 0.05$). همچنین بررسی همسانی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین نشان داد که سطح معنی‌داری در متغیر

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر متغیر تنظیم هیجانی و مولفه‌های آن

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
تنظیم هیجان	درون گروهی	۴۰۱۲/۵۴	۱/۰۵	۳۸۲۲/۰۸	۹۱/۱۵	۰/۰۰۱
	زمان*گروه	۱۵۳۳/۲۷	۲/۱۰	۷۳۰/۲۴	۱۷/۴۱	۰/۰۰۱
	بین گروهی	۴۸۲۳/۵۷	۲	۲۴۱۱/۷۸	۱۳/۸۸	۰/۰۰۱
عدم پذیرش	درون گروهی	۱۳۳/۰۸	۱/۱۰	۱۲/۸۶	۵۸/۹۶	۰/۰۰۱
	زمان*گروه	۵۴/۷۸	۲/۲۰	۲۴/۸۷	۱۲/۱۳	۰/۰۰۱
	بین گروهی	۱۳۹/۱۲	۲	۶۹/۵۶	۳/۹۹	۰/۰۲۶
دشواری رفتار هدفمند	درون گروهی	۱۲۱/۱۱	۱/۱۷	۱۰۲/۹۴	۱۱۱/۴۴	۰/۰۰۱
	زمان*گروه	۵۳/۲۴	۲/۳۵	۲۲/۶۲	۲۴/۴۹	۰/۰۰۱
	بین گروهی	۱۱۲/۸۴	۲	۵۶/۴۲	۴/۶۹	۰/۰۱۴
دشواری کنترل تکانه	درون گروهی	۱۰۴/۶۳	۱/۱۲	۹۳/۳۵	۶۵/۰۵	۰/۰۰۱
	زمان*گروه	۳۵/۱۴	۲/۲۴	۱۵/۶۷	۱۰/۹۲	۰/۰۰۱
	بین گروهی	۱۹۰/۹۴	۲	۹۵/۴۷	۹/۳۴	۰/۰۰۱
فقدان آگاهی هیجانی	درون گروهی	۱۱۵/۳۰	۱/۳۰	۸۸/۳۷	۱۲۱/۶۰	۰/۰۰۱
	زمان*گروه	۴۴/۲۰	۲/۶۰	۱۶/۹۴	۲۳/۳۱	۰/۰۰۱

۰/۰۳۱	۳/۷۷	۷۴/۷۶	۲	۱۴۹/۵۲	گروه	بین گروهی	
۰/۰۰۱	۱۰۱/۱۸	۹۳/۲۴	۱/۱۸	۱۱۰/۲۸	زمان	درون گروهی	دسترسی محدود
۰/۰۰۱	۲۱/۳۸	۱۹/۷۰	۲/۳۶	۴۶/۶۰	زمان* گروه		
۰/۰۰۸	۵/۳۹	۱۲۵	۲	۲۵۰/۰۱	گروه	بین گروهی	
۰/۰۰۱	۸۲/۲۹	۸۱/۵۱	۱/۲۰	۹۷/۸۸	زمان	درون گروهی	فقدان شفافیت هیجانی
۰/۰۰۱	۱۶/۳۲	۱۶/۱۶	۲/۴۰	۳۸/۸۳	زمان* گروه		
۰/۱۴۰	۲/۰۶	۳۲/۲۳	۲	۶۴/۴۵	گروه	بین گروهی	

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر را نشان می دهد. مقدار F بدست آمده اثر درون گروهی عامل زمان برای متغیرهای تنظیم هیجان ($F= 91/15 P < , 0/01$)، عدم پذیرش ($F= 58/96 P < , 0/01$)، دشواری رفتار هدفمند ($F= 11/44 P < , 0/01$)، دشواری کنترل تکانه ($F= 65/05 P < , 0/01$)، فقدان آگاهی هیجانی ($F= 121/60 P < , 0/01$)، دسترسی محدود ($F= 101/18 P < , 0/01$) و فقدان شفافیت هیجانی ($F= 82/29 P < , 0/01$) معنادار هست، بنابراین بین سه مرحله اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر تنظیم هیجان و مولفه های آن تفاوت معناداری وجود دارد. بعلاوه مقدار F بدست آمده تعامل زمان در گروه برای متغیرهای تنظیم هیجان ($F= 17/41 P < , 0/01$)، عدم پذیرش ($F= 24/49 P < , 0/01$)، دشواری رفتار هدفمند ($F= 10/92 P < , 0/01$)، فقدان آگاهی هیجانی ($F= 23/31 P < , 0/01$)، دسترسی محدود ($F= 21/38 P < , 0/01$) و فقدان شفافیت هیجانی ($F= 16/32 P < , 0/01$)، همچنین مقدار F بدست آمده اثر بین گروهی برای متغیرهای تنظیم هیجان ($F= 13/88 P < , 0/01$)، عدم پذیرش ($F= 3/99 P < , 0/01$)، دشواری رفتار هدفمند ($F= 4/69 P < , 0/01$)، دشواری کنترل تکانه ($F= 9/34 P < , 0/01$)، فقدان آگاهی هیجانی ($F= 3/77 P < , 0/01$)، دسترسی محدود ($F= 5/39 P < , 0/01$) معنادار هست و برای مولفه فقدان شفافیت هیجانی ($F= 2/06 P > , 0/01$) معنادار نیست، یعنی بین نمرات گروه های آزمایش و کنترل در همه مولفه های تنظیم هیجان به جز مولفه فقدان شفافیت هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می توان گفت بین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان روانپویایی فشرده کوتاه مدت بر تنظیم هیجان بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه مراحل در متغیر تنظیم هیجانی و مولفه های آن

متغیر	مرحله/گروه	مرحله	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
تنظیم هیجان	پیش آزمون	پس آزمون	-۱۲/۱۵*	۱/۱۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۱۰/۸۶*	۱/۲۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۲۸*	۰/۲۱۸	۰/۰۰۱
عدم پذیرش	پیش آزمون	پس آزمون	-۲/۲۴*	۰/۲۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۹۳*	۰/۲۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۳۱	۰/۱۷	۰/۰۷۶
دشواری رفتار هدفمند	پیش آزمون	پس آزمون	-۲/۱۱*	۰/۱۸۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۸۸*	۰/۱۸۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۲۲	۰/۰۶۳	۰/۱۱۲
دشواری کنترل تکانه	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۹۷*	۰/۲۲	۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	۰/۲۳	-۱/۷۳*	پیگیری	
۰/۰۹۲	۰/۱۶	۰/۲۴	پیگیری	پس آزمون
۰/۰۰۱	۰/۱۷	-۲/۰۸*	پس آزمون	پیش آزمون
۰/۰۰۱	۰/۱۶	۱/۸۰*	پیگیری	فقدان آگاهی هیجانی
۰/۳۱۶	۰/۱۷	۰/۲۸	پیگیری	پس آزمون
۰/۰۰۱	۰/۱۸	-۲*	پس آزمون	پیش آزمون
۰/۰۰۱	۰/۱۸	-۱/۸۲*	پیگیری	دسترسی محدود
۰/۰۶۲	۰/۱۶	۰/۱۷	پیگیری	پس آزمون
۰/۰۰۱	۰/۱۹	-۱/۹۳*	پس آزمون	پیش آزمون
۰/۰۰۱	۰/۱۹	-۱/۶۴*	پیگیری	فقدان شفافیت هیجانی
۰/۰۷۲	۰/۱۷	۰/۲۸	پیگیری	پس آزمون

* $P < 0.05$

نتایج پژوهش‌های ناتان و عباس (۲۰۲۰) (۳۱)، خوریانیان و همکاران (۱۳۹۱) (۳۲)، پالمیری (۲۰۲۲) (۳۳)، درویش باصری و دشت بزرگی (۱۳۹۶) (۳۴)، عباسی، محمویان و رضوانی فر (۱۳۹۳) (۳۵)، استنهوف و همکاران (۲۰۲۰) (۳۶)، و جناروواسکا و همکاران (۲۰۲۰) (۳۷) و جوسفسون (۲۰۱۹) (۳۸) می‌باشد. تنظیم هیجان فرایندی فیزیولوژیک است که همیشه و بدون آگاهی یا تالش آگاهانه رخ می‌دهد. مغز در پاسخ به محرک‌های درونی و بیرونی، هیجان تولید می‌کند. شدت و طول مدت هیجان‌ات (مشخصات فیزیکی) بستگی به شدت محرک دارد. هیجان‌ات به عنوان محصولات تکاملی، به صورت ذاتی دچار اختلال تنظیم نیستند. وقتی هیجان‌ها در زندگی جاری و روابط فعلی منجر به فعال شدن احساس‌ها، اضطراب و دفاع‌هایی در دنیای درونی افراد شود، موجب رنج آنان یا به عبارتی عدم تحمل و تجربه احساسات می‌گردد دوانلو انسان دارای سالم روان را فردی می‌داند که بتواند احساس‌های درونی خویش را بدون اضطراب و مکانیسم‌های دفاعی در دنیای خویش تجربه کند. بر اساس یافته پژوهش با آموزش و افزایش آگاهی از احساس‌ها و اضطراب و مکانیسم‌های دفاعی افراد می‌توانند به درک روشنی از زمانی که مضطرب می‌شوند، احساسی که دارند و مکانیسم دفاعی که با استفاده از آن در حال کاستن از اضطراب و پنهان کردن احساسشان هستند دست یابند

جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی را برای بررسی مقایسه زوجی هر یک از مراحل اندازه گیری را در متغیر تنظیم هیجان و مولفه های آن نشان می‌دهد. در متغیر تنظیم هیجان و مولفه های آن، استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان در مرحله پس آزمون و پیگیری افزایش معناداری نسبت به مرحله پیش آزمون دارد. بعلاوه این که مراحل پس آزمون و پیگیری به جز برای متغیر تنظیم هیجان، تفاوت معناداری ندارند.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های مربوط به این فرضیه نشان داد که بین میزان تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن یعنی عدم پذیرش، دشواری رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود و فقدان شفافیت هیجانی در مراحل اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری وجود داشت. همچنین بین میزان نمرات تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن (به جز در مؤلفه فقدان شفافیت هیجانی)، در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز نشان داد که میزان تنظیم هیجان در مرحله پس آزمون و پیگیری، نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش معناداری داشته است؛ بین میزان تنظیم هیجان در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت. این یافته‌ها هم راستا با

و بدین ترتیب خود تنظیمی هیجانی در آنان افزایش می‌یابد. روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر این باور استوار است که بیمار به خاطر آسیب‌های عاطفی و هیجانی و یا مشکلات ارتباطی گذشته و تجارب ناکام کننده سعی دارد با توسل به مکانیسم‌های دفاعی، از واقعیت فاصله بگیرد و با تکیه بر ابعاد ذهنی خود و تخیل‌گرایی از خود در بر ابر این آسیب‌ها دفاع کند که نتیجه آن گرایش به الگوهای رفتاری ناسالم است (۳۹). بدین طریق می‌توان امیدوار بود در یک فرد بیمار، در فرایند رویکرد درمانی فشرده و کوتاه‌مدت از طریق کمک به وی برای مواجهه با ناهوشیار و همچنین هیجان‌ات منفی سرکوب شده از جمله خشم، زمینه اصلاح سبک‌های دفاعی و در نتیجه شفای درونی فراهم شود. در این روش درمانی بر اصول آزاد کردن احساسات نهفته بیمار، تفسیر مقاومت، توجه به رابطه انتقالی و ارتباط دادن آن به روابط جاری و گذشته تأکید می‌شود (۴۰) و بیمار تشویق می‌شود تا با یادآوری خاطرات دردناک گذشته، با احساسات و هیجان‌ات واقعی خود ارتباط برقرار کند، نسبت به آنها آگاهی یابد و با واقعیت‌های هیجانی خود مواجهه شود. وقتی در فرایند روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت شرایطی فراهم شود تا فرد احساسات واقعی خود را در مورد گذشته، حال و همچنین در مورد افراد مهم زندگی‌اش را بیان کند، بیمار قادر خواهد بود تا نسبت به عوامل ناهوشیار دخیل در شکل‌گیری رفتار ناسالم خود و احساساتی که راه انداز این رفتارها هستند آگاهی یابد و این نقطه آغاز حرکت بیمار برای مواجهه شدن با واقعیت، تماس با هیجان‌ات، تجربه آنها و کنار آمدن با خاطرات دردناک گذشته است. همچنین روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر توجه لحظه به لحظه و بدون قضاوت به زمان حال و دریافت و پردازش محرک‌های کنونی و سیگنال‌های بدنی تمرکز دارد و این را راهبردی برای حل و فصل مشکلات ناشی از تعارضات هیجانی می‌داند. در تبیین یافته‌های این فرضیه می‌توان گفت که از نظر دانلود تجربه واقعی احساسات شفافبخش است. منظور از تجربه واقعی احساسات، یعنی تجربه آنها با سه مؤلفه شناختی (شناسایی و نام‌گذاری احساسات)، فیزیولوژی (تجربه بدنی احساسات) و رفتاری (میل به انجام کاری بر اثر

تجربه احساس) است. در واقع اگر بیماری بتواند از احساسات خودش آگاه باشد، آنها را تجربه کند و میل رفتاری ناشی از آنها نیز داشته باشد می‌تواند به نظم بخشی احساسات مشکل دارند. یا به شیوه‌ای ناکارآمد به تنظیم احساسات خود می‌پردازند. مطابق با نظریه روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده، گفته می‌شود که در انسان همانندی هیجان‌ها با اضطراب شرطی شده به دلیل ترومای دل‌بستگی می‌تواند منجر به گزرتنظیمی هیجانی شود. همچنین، دفاع‌ها می‌توانند عواطف تنظیم نشده را ایجاد کرده و نگهداری کنند که روی هم رفته به آن حالات عاطفی بدتنظیم شده گفته می‌شود. بنابراین حالات عاطفی تنظیم نشده به دو شکل ایجاد می‌شوند: ۱) اضطراب: زمانی که اضطراب مرتبط با یک هیجان معین، بیمار را فراگرفته و او نسبت به احساس مخفی شده توسط این اضطراب هشیار نیست. بنابراین آنچه نیازمند تنظیم است، صرفاً خود احساس نیست، بلکه اضطراب نیز هست؛ ۲) دفاع: زمانی که اضطراب تنظیم نمی‌شود، بیمار در حال استفاده از دفاع‌هایی است که عواطف تنظیم نشده را ایجاد یا تکمیل می‌کنند. بنابراین تنظیم احساسات نیازمند غیرفعال‌سازی دفاع‌ها و توقف احساسات دفاعی است (به عنوان مثال تجربه غم در موارد آسیب‌دیدگی به جای احساس خشم، نوعی احساس دفاعی است که نیازمند تنظیم احساس غم و تجربه سالم خشم به عنوان احساس اصیل است (۴۱)). به منظور کاهش حالات عاطفی بدتنظیم شده، سه اصل بنیادین در ISTDP مد نظر قرار می‌گیرد: ۱) تنظیم در برابر ابراز؛ یعنی تنظیم اضطراب و غیرفعال‌سازی دفاع‌ها و سپس برانگیختن و ابراز احساسات واقعی زیرین؛ ۲) تمرکز روی تجربه‌های هیجانی؛ یعنی تمرکز مداوم روی احساسات و پردازش آنها و مکانیزم‌های کزتنظیمی هیجان طی جلسه؛ ۳) استفاده از راهبردهای تجربی؛ یعنی بیمار تشویق می‌شود که به جای اجتناب از احساسات خود از طریق استراتژی‌های شناختی و انحراف توجه، آنها را تمام و کمال تجربه کند. این سه اصل بنیادین خود در چند مرحله طی درمان به اجرا در می‌آیند. در فاز اول احساسات از طریق درخواست ارائه مثال‌های روشن از موقعیت‌ها برانگیخته می‌شوند. در فاز دوم، مکانیزم‌های تنظیم

کننده هیجان تقویت می‌گردند؛ یعنی شناسایی موقعیت‌های پراضطراب، دانستن این که چه زمان احساسات، با اضطراب دچار کژتنظیمی می‌شوند؛ تمایز بین علائم فعال شدن احساس از اضطراب و ارزیابی میزان اضطراب بیمار. در فاز سوم، مکانیزم‌های کژتنظیمی بیمار کاهش داده می‌شوند یا مسدود می‌گردند. یعنی احساس، اضطراب، دفاع و محرک تفکیک داده می‌شوند، دفاع‌ها مسدود می‌گردند و به بیمار در جهت تمیز دادن احساس اصیل از احساس دفاعی کمک می‌شود. در فاز چهارم، تجربه و ابراز کامل هیجان و جزئیات آن از جمله تجارب بدنی و تکانه‌های مرتبط با احساس هر چه کامل‌تر و عمیق‌تر تجربه می‌گردد. در نهایت بیمار ظرفیتی پیدا می‌کند که احساسات خود را بدون این که دچار کژتنظیمی شده باشند تجربه نماید. یکی از شیوه‌های ناکارآمد تنظیم هیجان خود آسیب‌رسانی است. وقتی بیمار بتواند احساسات خودش را با تمام مؤلفه‌های آن لمس و تجربه کند ظرفیت روان‌شناختی‌اش افزایش می‌یابد. در واقع در این روش درمانی ادعا بر این است که مکانیزم‌های دفاعی و اضطراب‌روش برای اجتناب از احساسات به ویژه احساسات دردناک و ناخواسته هستند. وظیفه درمانگر شناسایی و خنثی‌سازی دفاع‌هایی است که مانع تجربه واقعی احساسات می‌شوند. طی این فرایند بیمار نسبت به شیوه‌های اجتناب خودش از احساسات و پیامدهای این اجتناب بینش پیدا می‌کند و با کمک و همراهی درمانگر قادر به کنار گذاشتن دفاع‌ها شده و احساساتی که سالیان طولانی حبس بودند، تجربه می‌شود. این تجربه در یک بافت ارتباطی یک تجربه هیجانی اصلاح‌گر می‌باشد که ضمن ایجاد ظرفیت روان‌شناختی بینش هیجانی و شناختی به خودنظم‌بخش می‌انجامد. در ارتباط با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان نتایج پژوهش سوداگر و بهرامی هیدجی (۱۳۹۸) (۴۲)، و زایری اصفهانی و رحیمی (۱۳۹۷) (۴۳)، برنال-مانریکیو، گارسیا-مارتین و رویز (۲۰۲۰) (۴۴)، نشان دادند، که این درمان باعث بهبود مشکلات تنظیم هیجانی و افزایش قابلیت‌های مدیریت هیجانان می‌شود. در مورد مکانسیم اثر درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، می‌توان گفت آموزش پذیرش و تعهد به جای

نادیده گرفتن هیجانان و تجارب درونی، با هدایت کردن بیمار به سوی آگاه شدن از احساسات، تجارب درونی و هیجانی، پذیرش آن‌ها و استفاده مناسب و به جا از آن‌ها، موجب می‌شود، که بیمار با موقعیت‌ها و تعاملاتش ارتباط مناسبی برقرار کرده و با نگاهی تازه آن‌ها را تجربه کند (۴۵). در جلسات درمانی پذیرش و تعهد از فونونی همانند پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه به ارزش‌ها، آگاهی هیجانی، آموزش تحمل‌پریشانی و آموزش تنظیم هیجان استفاده می‌شود. این فنون به تغییر روابط افراد افسرده با تجارب درونی، کاهش اجتناب تجربی، افزایش انعطاف‌پذیری و کنش‌های مثبت روان‌شناختی در موقعیت‌های مختلف به خصوص موقعیت‌های استرس‌آفرین زندگی منجر می‌شود. در سبب شناسی افراد افسرده می‌توان گفت که معمولاً این گونه افراد در تنظیم هیجان‌های خود در شرایط مختلف زندگی و به ویژه در موقعیت‌های استرس‌زا دچار مشکل هستند و سعی در کنترل، سرکوب و یا تنظیم نادرست هیجانان خود هستند. بنابراین در این رویکرد به افراد افسرده آموخته می‌شود که هرگونه عملی برای اجتناب و یا کنترل تجارب ذهنی ناخوشایند و ناخواسته نه تنها بی اثر است، بلکه اثر معکوس داشته و موجب تشدید استرس آن‌ها می‌شود. لذا به افراد افسرده کمک می‌شود تا افکار آزار دهنده را صرفاً به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمدی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن‌ها، کاری را انجام دهند، که در زندگی‌شان مهم و در راستای ارزش‌های آن‌ها است. این نوع تغییر نگاه و رابطه افراد افسرده با تجارب درونی و اجتناب‌های خود، بعد از مدتی موجب می‌شود ذهن خود را از فعالیت‌ها، اهداف و برنامه‌هایشان معطوف کنند و نتایج هیجانی مثبت و بهتری کسب کنند و به عبارت دیگر بهتر سبب تعدیل راهبردهای تنظیم شناختی هیجان می‌شود. همچنین یکی از بخش‌های مهم ACT، درک ماهیت انطباقی هیجان‌ها و افزایش آگاهی هیجانی با استفاده از مداخلات مختلف ذهن آگاهی است. در واقع مهارت‌های ذهن-آگاهی یکی از فونونی است که پیش‌بینی کننده رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت در افراد افسرده است. چرا

شهر شیراز است، که تعمیم نتایج را به بیماران دیگر شهرها و جوامع آماری محدود می‌سازد. با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود که درمانگران، در کنار مداخلات دارویی به دلیل کسب نتایج مطلوب‌تر و جامع‌تر درمانی مداخلات روانپویایی کوتاه مدت و فشرده و درمان پذیرش و تعهد را برای افزایش تنظیم هیجان مثبت در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر مورد توجه قرار دهند.

اینکه این مهارت از یک سو باعث ارزیابی شناختی هیجان‌ها، کاهش هیجان‌ات منفی و رفتارهای سازگارانه می‌شود و از سوی دیگر به آگاهی از هیجان‌ها، پذیرش آن‌ها و ابراز هیجان‌ها مخصوصاً هیجان مثبت در موقعیت‌های مختلف زندگی منجر می‌شود. این پژوهش همانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌های مواجه بود. از جمله اینکه انتخاب جامعه آماری و نمونه پژوهش از میان بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر بالای ۲۰ سال

References

1. Longstreth, G. F. , Thompson, W. G. , Chey, W. D. , Houghton, L. A. , Mearin, F. , & Spiller, R. C. (2006). *Functional bowel disorders. Gastroenterology*, 130(5), 1480-1491.
2. Oka, P. , Parr, H. , Barberio, B. , Black, C. J. , Savarino, E. V. , & Ford, A. C. (2020). Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 5(10), 908-917.
3. Yonsi, F., Kafi, M., and Ghanbari, A. (2015). Comparative study of personality traits in irritable bowel syndrome patients and healthy people. *Journal of Gilan University of Medical Sciences*, 25(98): 44-37.
4. Burgell, R. E. , Asthana, A. K. , & Gibson, P. R. (2015). Irritable bowel syndrome in quiescent inflammatory bowel disease: a review. *Minerva gastroenterologica e dietologica*, 61(4), 201-213.
5. Levy, R. L. , Olden, K. W. , Naliboff, B. D. , Bradley, L. A. , Francisconi, C. , Drossman, D. A. , & Creed, F. (2006). Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 130(5), 1447-1458.
6. Klem, F. , Wadhwa, A. , Prokop, L. J. , Sundt, W. J. , Farrugia, G. , Camilleri, M. , . . . & Grover, M. (2017). Prevalence, risk factors, and outcomes of irritable bowel syndrome after infectious enteritis: a systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*, 152(5), 1042-1054.
7. Van Oudenhove, L. , Levy, R. L. , Crowell, M. D. , Drossman, D. A. , Halpert, A. D. , Keefer, L. , . . . & Naliboff, B. D. (2016). Biopsychosocial aspects of functional gastrointestinal disorders: how central and environmental processes contribute to the development and expression of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 150(6), 1355-1367.
8. Zejnelagic, J. , & Ohlsson, B. (2021). Chronic stress and poor sleeping habits are associated with self-reported IBS and poor psychological well-being in the general population. *BMC research notes*, 14(1), 1-8.
9. Grover, M. , Kolla, B. P. , Pamarthy, R. , Mansukhani, M. P. , Breen-Lyles, M. , He, J. P. , & Merikangas, K. R. (2021). Psychological, physical, and sleep comorbidities and functional impairment in irritable bowel syndrome: Results from a national survey of US adults. *PLoS one*, 16(1), e0245323.
10. Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and emotion*, 23(1), 4-41.

11. Fournier, A. , Mondillon, L. , Dantzer, C. , Gauchez, A. S. , Ducros, V. , Mathieu, N. , . . . & Pellissier, S. (2018). Emotional overactivity in patients with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology & Motility*, 30(10), e13387.
12. Fond, G. , Loundou, A. , Hamdani, N. , Boukouaci, W. , Dargel, A. , Oliveira, J. , . . . & Boyer, L. (2014). Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): a systematic review and meta-analysis. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 264(8), 651-660.
13. Surdea-Blaga, T. , Băban, A. , & Dumitrascu, D. L. (2012). Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome. *World journal of gastroenterology: WJG*, 18(7), 616.
14. Porcelli, P. , De Carne, M. , & Leandro, G. (2014). Alexithymia and gastrointestinal-specific anxiety in moderate to severe irritable bowel syndrome. *Comprehensive psychiatry*, 55(7), 1647-1653.
15. Porcelli, P., De Carne, M., & Leandro, G. (2017). The role of alexithymia and gastrointestinal-specific anxiety as predictors of treatment outcome in irritable bowel syndrome. *Comprehensive Psychiatry*, 73, 127-135.
16. Bagby, R. M. , Parker, J. D. A. , & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32.
17. Hayes, S. C. , & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer-Verlag.
18. Levin, M. E. , Pistorello, J. , Seeley, J. R. , & Hayes, S. C. (2014). Feasibility of a prototype web-based acceptance and commitment therapy prevention program for college students. *Journal of American College Health*, 62(1), 20-30.
19. Grégoire, S. , Lachance, L. , Bouffard, T. , & Dionne, F. (2018). The use of acceptance and commitment therapy to promote mental health and school engagement in university students: A multisite randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 49(3), 360-372.
20. Davanloo, H. (1970). *Unlocking the unconscious: Selected papers of Habib Davanloo, MD*
21. Johansson, R. , Town, J. M. , & Abbass, A. (2014). Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. *PeerJ*, 2, e548.
22. Davanloo, H. (1990). *Unlocking the unconscious: Selected papers of Habib Davanloo*. New York: Wiley.
23. Coughlin, P. (2016). *Maximizing effectiveness in dynamic psychotherapy*. New York, NY: Routledge.
24. Brown, R. J. (2007). Introduction to the special issue on medically unexplained symptoms: background and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27 (7), 769-780.
25. Flacco, M. E. , Manzoli, L. , De Giorgio, R. , Gasbarrini, A. , Cicchetti, A. , Bravi, F. , . . . & Ursini, F. (2019). Costs of irritable bowel syndrome in European countries with universal healthcare coverage: a meta-analysis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 23, 2986–3000.
26. Delawar, A., Hashemi, N, Qadiri, I. (2021). The relationship between the use of cognitive and metacognitive strategies and the academic progress of master's students of the University of Police Sciences. *Development of management and human resources and support*.
27. Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26, 41-54.

28. Khanzadeh, M., Saidian, M., Hossein Chari, M., and Idrisi, F. (2011). Factorial structure and psychometric properties of the scale of difficulty in emotional regulation. *Journal of Behavioral Sciences*, 6(1), 8-96.
29. Dahl, J., Stewart, Y. Martel, K., Kaplan, J. (2014). *ACT and RFT in Relationships: Helping People Seek Intimacy and Maintain Healthy Commitments*. Translation: Navanejad, Sh., Saadati, N. Rostami, M., Jungle Publications, first edition.
30. Qurbani Taqlid Abad, B and Tasbih Sazan Mashadi, R. (2015). The relationship between cognitive regulation mechanisms of emotion and lifestyle with perceived stress in patients with irritable bowel syndrome. *Thought and Behavior*, 10, 39.
31. Khanzadeh, M., Saidian, M., Hossein Chari, M., and Idrisi, F. (2011). Factorial structure and psychometric properties of the scale of difficulty in emotional regulation. *Journal of Behavioral Sciences*, 6(1), 8-96.
32. Dahl, J., Stewart, Y. Martel, K., Kaplan, J. (2014). *ACT and RFT in Relationships: Helping People Seek Intimacy and Maintain Healthy Commitments*. Translation: Navanejad, Sh., Saadati, N. Rostami, M., Jungle Publications, first edition.
33. Qurbani Taqlid Abad, B. and Tasbih Sazan Mashadi, R. (2015). The relationship between cognitive regulation mechanisms of emotion and lifestyle with perceived stress in patients with irritable bowel syndrome. *Thought and Behavior*, 10, 39.
34. Nathan, M. L. (2020). Holistic workplace wellbeing: construct, circumstances and strategic sustainability consequences. *International Journal of Sustainable Strategic Management*, 6(2), 145-166.
35. 35. Khouryani, M., Heydari-Nasab, L., Tayibi, Z. and Agha Mohammadian Shearbafe, H.R. (2011). Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on reducing symptoms and emotional expression in patients with depression. *Scientific Research Journal of Thought and Behavior*, 7 (26), 46-37.
36. Palmieri, A. , Fernandez, K. C. , Cariolato, Y. , Kleinbub, J. R. , Salvatore, S. , & Gross, J. J. (2022). Emotion regulation in psychodynamic and cognitive-behavioural therapy: An integrative perspective. *Clinical Neuropsychiatry*, 19(2), 103.
37. Darvish Basri, L., and Dasht Bagri, Z. (2016). The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on the cognitive regulation of emotion and ataxia in patients with type 2 diabetes. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(1), 7-14.
38. Abbasi, M., Mahmoudian, H., and Rizvanifar, Sh. (2013). Comparison of the effectiveness of two educational methods of acceptance and commitment and emotion regulation on the psychological well-being of students with math disorders. *Journal of Technical and Vocational Education*, 1(2): 23-33.
39. Stenhoff, A. , Steadman, L. , Nevitt, S. , Benson, L. , & White, R. G. (2020). Acceptance and commitment therapy and subjective wellbeing: A systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials in adults. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 256-272.
40. Wojnarowska, A. , Kobylnska, D. , & Lewczuk, K. (2020). Acceptance as an emotion regulation strategy in experimental psychological research: What we know and how we can improve that knowledge. *Frontiers in Psychology*, 11, 242.
41. Josefsson, T. , Ivarsson, A. , Gustafsson, H. , Stenling, A. , Lindwall, M. , Tornberg, R. , & Böröy, J. (2019). Effects of mindfulness-acceptance-commitment (MAC) on sport-specific dispositional mindfulness, emotion regulation, and self-rated athletic performance in a multiple-sport population: an RCT study. *Mindfulness*, 10, 1518-1529.

42. Fuladi, F., Kaviani Borojani, M., and Ranjbar Sudjani, Y. (2016). Effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy on social anxiety of mothers with children with Asperger syndrome disorder. *Exceptional Children Quarterly*, 18(2): 64-55.
43. Aslani, S., and Hosseini, R. (2018). A review of emotion regulation from the perspective of short-term intensive dynamic psychotherapy. *Psychological Development*, 8(10): 115-125
44. Nan, J. K. M. , & Ho, R. T. H. (2014). *Affect regulation and treatment for depression and anxiety through art: Theoretical ground and clinical issues*. *Annals of Depression and Anxiety*.
45. Joladari, S., Sodagar, S., Bahrami Hidji, M. (2018). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on psychological flexibility and cognitive regulation of emotion in women with breast cancer. *Applied Psychology*, 13(4): 548-527.
46. Zaeri Esfahani, E., and Rahimi, A. (2017). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the difficulty of emotional regulation in women with MS in Isfahan city. The second international innovation and research conference in educational sciences, management and psychology.
47. Bernal-Manrique, K. N. , García-Martín, M. B. , & Ruiz, F. J. (2020). Effect of acceptance and commitment therapy in improving interpersonal skills in adolescents: A randomized waitlist control trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 86-94.
48. Binandeh, A.S., Siraj Khorrami, N., Asgari, P., Faizi, A. and Tahani, B. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the cognitive regulation of emotion and symptoms of dental anxiety patients. *Behavioral Science Research*, 17(4): 641-629.

Original Article

Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and intensive and short-term dynamic psychotherapy on emotional regulation of people with irritable bowel syndrome

Received: 20/04/2024 - Accepted: 20/04/2024

Nooshin Barahimi¹
Majid Barzegar^{2*}
Maryam Kuroshnia²

¹ Ph.D. student, Department of Psychology, Marvdasht, branch Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.

² Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.

Email:
Mbarzegar55@gmail.com

Abstract

Introduction: The purpose of the present study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and intensive and short-term dynamic psychotherapy on emotional regulation of people with irritable bowel syndrome.

Methods: The research method was semi-experimental in terms of practical purpose and in terms of data collection with a pre-test and post-test design with an unequal control group. The statistical population of the study included all patients with irritable bowel syndrome over 20 years old in Shiraz city in 2022. 45 people were selected from the statistical population using the purposeful sampling method and then randomly assigned to the first experimental group (15 people), the second experiment (15 people) and the control group (15 people). The research tool included the Gratz (2004) emotional regulation difficulty scale questionnaire.

Results: The findings showed that both short-term intensive psychodynamic intervention and treatment based on acceptance and commitment increased emotion regulation in irritable bowel syndrome patients ($p < 0.05$). Also, the findings of the research indicated that there is a significant difference between intensive short-term psychodynamic therapy and treatment based on acceptance and commitment, and short-term and intensive psychodynamic therapy is a more effective method in increasing emotion regulation. $be (p < 0.001)$.

Conclusion: According to the findings of this research, both interventions, especially short-term intensive psychodynamic therapy, can be used to increase the emotional regulation of patients with irritable bowel syndrome, along with other therapeutic interventions.

Keywords: emotion regulation, acceptance and commitment therapy, short-term and intensive psychodynamics