



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویای فشرده و کوتاه‌مدت بر تنظیم هیجان و احساس شرم افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر

نوشین براهمی: دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران
مجیدبرزگر: استادیار، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران (* نویسنده مسئول) Mbarzegar55@gmail.com
مریم کوروش‌نیا: استادیار، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

درمان،
تنظیم هیجان،
احساس شرم،
سندروم روده تحریک‌پذیر

زمینه و هدف: افراد با اختلال سندروم روده تحریک‌پذیر، مشکلات روان‌شناختی مختلفی را تجربه می‌کنند. از بین عوامل روان‌شناختی عمده که بر این اختلال تأثیر می‌گذارد می‌توان به تنظیم هیجان و احساس شرم اشاره کرد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویای فشرده و کوتاه‌مدت بر تنظیم هیجان و احساس شرم افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر پایین انجام شد.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه و پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بالای ۲۰ سال شهر شیراز در سال ۱۴۰۰ بود که از میان آنان ۴۵ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایشی اول، ۱۵ نفر گروه آزمایشی دوم و ۱۵ نفر گروه گواه) که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد. گروه آزمایش اول تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هشت جلسه یک ساعته) و گروه آزمایش دوم تحت روان‌درمانی پویای فشرده و کوتاه‌مدت (هشت جلسه یک ساعته) قرار گرفتند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل، مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی گراتز و رومر (۲۰۰۴) و مقیاس احساس شرم درونی شده کوک (۱۹۹۳) بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، که هر دو مداخله، موجب افزایش تنظیم هیجان و تمامی مؤلفه‌های آن و کاهش احساس شرم گردیده ($P < 0/01$) و این اثر در طول دوره پیگیری نیز حفظ شده است. همچنین یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود، که بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویای فشرده و کوتاه‌مدت تفاوت معنی‌دار وجود داشته و روان‌درمانی پویای فشرده و کوتاه‌مدت در افزایش تنظیم هیجان و تمامی مؤلفه‌های آن و کاهش احساس شرم اثربخش‌تر بوده است.

نتیجه‌گیری: بنابراین تنظیم هیجان و احساس شرم و گناه، متغیرهای مهم و واسطه‌ای برای بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر نیز می‌تواند قلمداد شود، که با تمرکز بر آن و با فشار جهت تجربه کردن آن می‌توان بر انواع اختلالات روانی غلبه نموده و به واقع به درمان‌های مهمی منجر شود. با توجه به نتایج پژوهش توصیه می‌شود، مشاوران و درمانگران از هر دو رویکرد به‌عنوان روش درمانی مؤثر در جهت کمک به بهبود تنظیم هیجان و کاهش احساس شرم افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر استفاده نمایند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Barahimi N, Barzegar M, Kouroshnia M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Short-Term Intensive Dynamic Psychotherapy on Emotion Regulation and Shame in People with Irritable Bowel Syndrome. *Razi J Med Sci*. 2024(16 Oct);31.130.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.



Original Article

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Short-Term Intensive Dynamic Psychotherapy on Emotion Regulation and Shame in People with Irritable Bowel Syndrome

Nooshin Barahimi: PhD Student, Department of Psychology, Marvdasht branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

Majid Barzegar: Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran (* Corresponding Author) Mbarzegar55@gmail.com

Maryam Kouroshnia: Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

Abstract

Background & Aims: People with irritable bowel syndrome experience various psychological problems. Among the major psychological factors that affect this disorder, we can mention emotion regulation and feeling of shame. therefore, Irritable bowel syndrome is a type of chronic functional disorder of the gastrointestinal tract in which patients experience various digestive symptoms such as abdominal pain, diarrhea, constipation and other intestinal symptoms in the absence of any structural or biological abnormalities. The cause of the disease is unclear, but the possible role of the abnormal activity of the sensory-motor nerves of the intestine, disorders of the central nervous system, mental disorders, stress, and internal factors have been reported (1). The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and intensive short-term dynamic psychotherapy on emotion regulation and shame in people with irritable bowel syndrome.

Methods: This research was a semi-experimental study with a pre-test, post-test design with experimental and control groups and a 3-month follow-up. The statistical population of the research included all patients with irritable bowel syndrome over 20 years old in Shiraz in 2021, among them there were 45 people (15 people from the first experimental group, 15 people from the second experimental group and 15 people from the control group) who were selected by Purposive sampling and randomly assigned to three groups. The first experimental group underwent acceptance and commitment therapy (eight one-hour sessions) and the second experimental group underwent intensive short-term dynamic psychotherapy (eight one-hour sessions) and the control group did not receive any intervention. Research tools included Gratz and Roemer's (2004) emotional regulation difficulty scale and Cook's internalized shame scale (1993). After receiving a letter from the university and presenting it to the medical centers, including internal specialists, and also distributing notices in these centers, the patients were invited to participate in the research. After selecting the subjects, they were first explained about the purpose of the research, its duration and the benefits of participating in it. They were told that they would participate in a research study and that all information received from them would remain confidential. Then a written consent was obtained from them. It was also explained to the witness group that after the end of the research work, treatment sessions will be held for them as well. In the following, therapy sessions based on acceptance and commitment and short-term dynamic psychotherapy were held for the subjects of the experimental group along with assignments during the sessions and related assignments.

Keywords

Treatment,
Emotion Regulation,
Shame,
Irritable Bowel
Syndrome

Received: 08/06/2024

Published: 16/10/2024

Results: The results of analysis of covariance and analysis of variance with repeated measurements showed that both interventions increased emotion regulation and all its components and decreased feelings of shame ($p < 0.01$) and this effect was maintained during the follow-up period. Also, the findings of the research indicated that there is a significant difference between the acceptance and commitment therapy and intensive short-term dynamic psychotherapy, and intensive short-term dynamic psychotherapy has been more effective in increasing emotion regulation and all its components and reducing feelings of shame. It shows the results of repeated measures analysis of variance. The F value obtained for the within-group effect of the time factor in the variable of emotion regulation and feeling of shame is significant, so there is a significant difference between the three stages of measurement (pre-test, post-test and follow-up). The F value obtained for the between-group effect in the dependent variables of emotion regulation and shame is also significant; That is, there is a significant difference between the scores of the test groups of acceptance and commitment therapy and short-term intensive psychodynamics and the control group in the follow-up phase. Also, the interaction effect of time on the groups was also significant.

Conclusion: According to the results of the research, it is recommended that counselors and therapists use both approaches as an effective treatment method to help improve emotional regulation and reduce shame in people with irritable bowel syndrome. In general, according to the findings of the present research, it can be said that despite the difference in the effectiveness of two treatments based on acceptance and commitment and intensive and short-term dynamic psychotherapy on the regulation of emotions and feelings of shame in patients with irritable bowel syndrome, both therapeutic interventions have tried their best.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Barahimi N, Barzegar M, Kouroshnia M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Short-Term Intensive Dynamic Psychotherapy on Emotion Regulation and Shame in People with Irritable Bowel Syndrome. Razi J Med Sci. 2024(16 Oct);31.130.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

***This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

مقدمه

سندروم روده تحریک‌پذیر (Irritable Bowel Syndrome (IBS)، نوعی اختلال کارکردی مزمن دستگاه گوارش است، که بیماران مبتلا به آن علائم متفاوت گوارشی همچون درد شکمی، اسهال، یبوست و علائم متفاوت روده‌ای را در غیاب هرگونه نابهنجاری‌های ساختاری یا زیست‌شناختی تجربه می‌کنند. علت بیماری نامشخص است ولی نقش احتمالی فعالیت غیرطبیعی اعصاب حسی-حرکتی روده، اختلالات کارایی اعصاب مرکزی، اختلالات روانی، استرس و عوامل داخلی مجرای را گزارش کرده‌اند (۱). این بیماری که اغلب افراد جوان را درگیر می‌کند معمولاً پیش از ۴۵ سالگی مشاهده‌شده و زنان را ۲ تا سه برابر مردان گرفتار می‌نماید (۲). شیوع این سندروم در ایران تقریباً ۵/۸ درصد گزارش شده است (۳). به نظر می‌رسد، که در برخی مناطق جغرافیایی نشانگان بیماری با تابو، نقش‌های اجتماعی و همچنین تفاوت‌های فرهنگی مرتبط است؛ و چنین مواردی مبین آن‌اند که متغیرهای روان‌شناسی، اجتماعی و محیطی نیز علاوه بر عوامل زیستی نقش تعیین‌کننده‌ای را در این بیماری ایفا می‌نمایند (۴). درواقع، علائم و اختلالات روان‌پزشکی یک عامل خطر مستقل برای توسعه سندروم روده تحریک‌پذیر بوده (۵) و می‌توانند علائم را تشدید یا تداوم بخشند (۶).

در این میان برخی سازه‌های روان‌شناختی مانند ویژگی‌های عاطفی و عدم تنظیم سازگاران هیجانات، احساس شرم و خجالتی بودن ویژگی‌های شایعی است که در بیماران مبتلا به علائم روده‌ای دیده می‌شود و تأثیر بسزایی بر تظاهرات بالینی سندروم روده تحریک‌پذیر دارد؛ به‌طوری‌که مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر درک منفی از وقایع و حوادث زندگی دارند و با هیجانات و حس‌های بدنی خود ارتباط کمتری برقرار می‌نمایند (۶).

تنظیم هیجان (Emotion regulation)، که به‌عنوان توانایی مدیریت پاسخ‌های هیجانی فرد تعریف شده است، راهبردهایی را برای افزایش، حفظ یا کاهش شدت، مدت‌زمان و مسیر حرکت هیجانات مثبت و منفی شامل می‌شود (۷). پژوهش‌های پیشین به‌کرات نشان داده‌اند، که عواطف و هیجانات بر شدت علائم سندروم روده

تحریک‌پذیر تأثیر چشم‌گیری دارند و از سوی دیگر بیماران مبتلا به این سندروم تحت تأثیر رنج ناشی از علائم جسمانی متعدد، هیجانات منفی زیادی را تجربه می‌کنند (۸-۱۰). از طرفی نتایج مطالعات همچنین حاکی از آن است، که بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر در تنظیم هیجانی مشکل داشته و به‌صورت کاهش یافته و منفی تنظیم هیجان را انجام می‌دهند؛ همچنین این بیماران نسبت به هیجانات به‌صورت منفی و شدید واکنش نشان می‌دهند (۱۱). از همین رو افزایش تنظیم هیجان و مدیریت احساساتی همچون اضطراب و خشم می‌تواند نقش مهمی را در کاهش علائم و نشانه‌های این بیماری ایفا نماید.

علاوه بر این، جنبه‌های از احساسات در میان بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر وجود دارد، که در نتیجه نقض قوانین رفتاری و ارتکاب متضاد با هنجارهای اطرافیان برانگیخته می‌شوند و به دنبال آن ممکن است، نوعی ارزیابی منفی و کلی از بیماری خود و حتی احساس شرم و گناه در این افراد وجود داشته باشد (۱۲). احساس شرم (Shame)، را می‌توان به‌عنوان یک سازه عاطفی شناختی متشکل از قضاوت‌های منفی در باره خود در نظر گرفت (۱۳). اغلب دو مؤلفه برای شرم در نظر گرفته می‌شود. مؤلفه اول شرم درونی است، که در آن توجه، متمرکز بر خود است و فرد خود را به‌صورت بی‌کفایت، معیوب یا بد احساس و ارزیابی می‌کند (۱۴). مؤلفه دوم شرم بیرونی است، که مربوط به افکار و احساساتی است مبنی بر اینکه فرد در ذهن دیگران چگونه به نظر می‌رسد. در این نوع شرم کانون توجه فرد بر این است، که در ذهن دیگران در مورد او چه می‌گذرد. در شرم بیرونی، خود به‌صورتی غیر جذاب درک می‌شود و بنابراین مستعد طرد، یا آسیب‌پذیر نسبت، به حمله دیگران احساس می‌شود (۱۵). در بسیاری از بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر چنین احساس شرم و خجالتی گزارش شده است (۱۶). این بیماران گزارش می‌کنند، که درمورد علائم خودشان با دیگران صحبت نمی‌کنند و وضعیت خود را پنهان می‌کنند؛ زیرا علائمشان را شرم‌آور می‌دانند و احساسات خجالت، پست بودن و انزجار را همراه با این شرم تجربه می‌کنند (۱۷).

بنا به آنچه گفته شد و با توجه به اهمیت علائم

مصرف کنندگان متآمفتامین؛ (۲۱)، اثربخش بودن مداخله پذیرش و تعهد همراه با هوشیاری بر تنظیم هیجان تأثیر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری تنظیم هیجان زنان مبتلا به ام اس (۲۳)، مؤثر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر استرس روانی بیماران دارای التهاب روده مورد تأیید قرار داده است (۲۲).

همچنین، یکی دیگر از درمان‌هایی که اخیراً مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته درمان روان پویایی فشرده و کوتاه مدت (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)) است. این مداخله توسط دوانلو (۲۴) توسعه یافت. (ISTDP)، بر احساسات مربوط به دلبستگی اجتناب شده و مکانیسم‌های دفاعی برای جلوگیری از بروز احساسات متمرکز است. طی درمان، این احساسات اجتناب شده برانگیخته می‌شوند و در صورت لزوم، از فرمت ظرفیت سازی برای افزایش تحمل اضطراب نیز استفاده می‌شود. تجربه مستقیم احساسات ناهشیار، از طریق فعال سازی مسیرهای خاص بدنی، یکی از تکنیک‌های این درمان است که به نظر می‌رسد با سرعت و اثربخشی فرآیند درمانی ارتباط دارد. احساسات ناهشیار با سیگنال‌هایی که می‌تواند توسط درمانگر دنبال شود (مانند فشردن دست‌ها، گیج شدن یا ناراحتی معده) آشکار می‌شود (۲۵). ارتباط هیجان‌ات اساسی، اضطراب و دفاع‌های عمیق فرآیند اصلی تغییر در این درمان تلقی می‌شود (۲۶). از آنجا که ISTDP بر هیجان‌ات و دفاع‌ها تمرکز دارد، به نظر می‌رسد می‌تواند بر تنظیم مناسب هیجان‌ات و کاهش احساسات نامناسب شرم در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر اثربخش باشد. پیشینه مطالعاتی نیز حاکی از اثربخش بودن این مداخله بر افزایش ابرازگری هیجانی (۲۷)؛ (۲۸)، کاهش ترس از ارزیابی منفی، نارضایتی بدنی و علائم افراد مبتلا به بد شکلی بدنی (۲۹)، تنظیم هیجان و پیشگیری از عود معتادین در حال بهبودی (۳۰)، بهبود اختلالات خلقی و پذیرش هیجان‌ات (۳۱)؛ (۳۲) بوده است. بایستی گفت که سندروم روده تحریک پذیر اختلالی

روان‌شناختی مهمی مانند تنظیم هیجان و احساس شرم بر ایجاد و تداوم این بیماری، شناسایی شیوه‌های درمانی مؤثر از جمله دغدغه‌های اساسی محسوب می‌شود. یکی از مداخلات روان‌شناختی موج سوم درمان‌های رفتاری-شناختی که اخیراً توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب نموده است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy (ACT)) است. طی این مداخله شرکت کنندگان ترغیب می‌شوند تا روابط خود را با افکار و احساسات جسمانی‌شان از طریق مکانیسم‌های پذیرش، هوشیاری و اقدام مبتنی بر ارزش تغییر دهند (۱۸). هدف کلی ACT افزایش انعطاف پذیری روان‌شناختی، یعنی توانایی آگاهی از تجربیات در لحظه کنونی، با روش مبتنی بر پذیرش و به صورت غیرقضاوتی، همراه با تداوم رفتار بر اساس ارزش‌های خود، حتی وقتی افکار و احساسات فرد مخالف اقدام ارزنده است، می‌باشد (۱۹). طبق گفته جور جیور، (۲۰)، برای تقویت انعطاف پذیری روان‌شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شش فرآیند مرتبط و همپوشان پذیرش (تمایل به باز کردن کامل تجربه‌های ناخواسته مانند افکار، خاطرات یا احساسات دشوار)، تماس با لحظه حال (به عنوان مثال داشتن هوشیاری و آگاهی از تجربیات خود)، خود به عنوان زمینه (حفظ دیدگاه در مورد خود درون تجربیات) گسلش شناختی (توانایی فاصله گرفتن 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 حوزه‌های مهم زندگی) متکی است (۱۹).

با توجه به اینکه این درمان بر افکار و احساسات جسمانی به طور هم‌زمان تمرکز می‌کند، احتمالاً می‌تواند بر بهبود تنظیم هیجان و احساس شرم بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر نیز تأثیرگذار باشد. از طرفی مطالعات گذشته نیز بر اثربخشی این مداخله بر تنظیم هیجانی و کاهش عواطف منفی همچون شرم در جوامع مختلف تأکید نموده‌اند. در پژوهشی دیگر، تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش احساس شرم در

(سابقه بیماری جسمی و روانی و نوع داروهای مصرفی دوازده ماه گذشته از بیماران و پرونده پزشکی که در مطب گوارش داشتند، پرسیده و خوانده شد و به کمک مصاحبه تشخیصی، و وضعیت روانی فعلی بیمار بررسی شد) بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل عوارض شدید سندروم روده تحریک‌پذیر که منجر به بستری در بیمارستان شود، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی، کاهش وزن غیرقابل توضیح، خونریزی غیرعادی بررسی نشده، درد شکمی که با داروهای مهارکننده اسید بهبود نیابد و سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان روده بود.

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 آنرا مطالعه نموده و امضا 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 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. پس از اخذ نامه از دانشگاه و ارائه آن به مراکز درمانی از جمله متخصصین داخلی و همچنین بخش 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 گواه 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

شایع، پرهزینه و به‌طور بالقوه ناتوان‌کننده است، که هزینه‌های مالی و روانی زیادی را به مبتلایان تحمیل می‌کند (۳۳). از همین رو بررسی شیوه‌های روان‌درمانی مؤثر بر این اختلال می‌تواند منجر به کاهش 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. با توجه افزایش شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر در ایران و عوارض جبران‌ناپذیر آن و از طرفی کیفیت پایین زندگی این بیماران و درگیری‌های روانی و مالی و روانی بسیار، لذا بررسی علائم روان‌شناختی مهمی چون تنظیم هیجان و احساس شرم در این بیماران و بررسی راه‌کارهای درمانی مناسب از اهمیتی ویژه برخوردار است؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان روان‌پوی فشرده کوتاه‌مدت بر تنظیم هیجان و احساس شرم بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر و جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بالای ۲۰ سال شهر شیراز در سال ۱۴۰۰ بود. نمونه آماری پژوهش بر اساس حداقل افراد موردنیاز برای طرح‌های آزمایشی (۳۴) ۴۵ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایشی اول، ۱۵ نفر گروه آزمایشی دوم و ۱۵ نفر گروه گواه) بود، که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد و به‌صورت تصادفی در سه گروه آزمایشی اول و دوم و گروه گواه گمارده شدند. گروه‌های آزمایشی در جلسات درمانی شرکت کردند. در حالیکه گروه گواه درمانی را دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار گرفتند. همچنین ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص سندروم روده تحریک‌پذیر توسط متخصص گوارش، رده سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، داشتن حداقل تحصیلات متوسطه، عدم دریافت درمان روان‌شناختی از زمان تشخیص بیماری و نداشتن سابقه بیماری جسمانی به‌جز مورد مطالعه

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 نمی شود و تکرار مراحل خاصی از مداخله ممکن است در برخی بیماران ضروری باشد. بر این اساس فرآیند حرکت در توالی پویایی بیشتر حلزونی است تا مستقیم. در توالی پویایی 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 می شود. از این روی هر قسمت از درمان از مجموعه ای از مداخله و پاسخ تشکیل شده است که در نهایت به شکست مقاومت و ورود درمانگر و بیمار به هسته پویایی و ناهشیار اختلال منجر می شود. مراحل هفتگانه توالی پویایی 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 پویایی در ناهشیار (۳۹). در ادامه به بررسی ابزار پژوهش پرداخته شد.

مقیاس دشواری های تنظیم هیجانی گراتز (Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)): این مقیاس که در سال ۲۰۰۴ توسط

بر پذیرش و تعهد و روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت به همراه تکالیف در حین جلسات و تکالیف مربوطه برگزار شد.

درمان پذیرش و تعهد: این درمان به صورت انفرادی و در ۸ جلسه یک ساعته اجرا می شود. پروتکل درمانی استفاده شده در این پژوهش از برنامه های (۱۸)، اقتباس شده است. محتوای جلسات در جدول ۱ ذکر شده است. **روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت:** در این پژوهش فرآیند اجرای متغیر مستقل در طی ۸ جلسه بر اساس پروتکل روان درمانی روان پویایی فشرده و کوتاه مدت مطابق دستورنامه روان پویایی کوتاه مدت و کتابچه راهنمای روان پویایی (۲۶)، به صورت فردی صورت گرفت. آنچه به روان درمانگری پویایی فشرده و کوتاه مدت ماهیت فنی و مشخص می بخشد، فرمول بندی و داشتن دستورنامه برای فرآیند درمانگری به خصوص 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 می شود. این فرآیند را دوانلو توالی پویایی نامیده است. توالی پویایی رویه ای که از طریق آن درمانگر امکان بازگشایی ناهشیار را در بیمار ارزیابی و فرآیند حرکت در مانگری را هدایت می کند. هر مداخله معمولاً به واکنش های مشابه از سوی بیماران منجر می شود. از این

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 روش های درمانی و ارزیابی میزان تأثیر آن ها، بحث در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
۳	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بهبودی آن ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
۴	توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام های 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 روان شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش 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 دریافت های حسی مختلف و جدایی از حس هایی که جزء محتوای ذهنی هستند. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
۷	توضیح مفهوم ارزش ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
۸	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح های رفتاری مطابق با ارزش ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن ها، جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون.

(۳۷)، ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های کم‌رویی و عزت‌نفس را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. در ایران نیز رجبی و عباسی (۱۳۹۰) (۳۸)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کردند. روایی و پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر به دست خواهد آمد. در پژوهش حاضر نیز برای پایایی ابزار از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۷۸ محاسبه گردید.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. جهت محاسبه زوجی تفاوت‌های بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح اطمینان برای آزمون فرضیه‌ها در سطح ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در بخش یافته‌ها ابتدا داده‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه می‌شود. با توجه به نتایج جدول ۲ نمرات افراد در تنظیم هیجانی و خرده مقیاس‌های آن و همچنین احساس شرم در پیش‌آزمون در سه گروه برابر و نزدیک هم هستند اما نمرات دو گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل در تنظیم هیجانی افزایش و در میزان احساس شرم کاهش یافته‌اند. به‌منظور استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ابتدا به بررسی پیش‌فرض‌های آن از جمله نرمال بودن داده‌ها، برابری واریانس‌ها، همگنی واریانس، کوواریانس و همگنی شیب رگرسیون پرداخته شد. مفروضه نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو ویلکز مورد سنجش قرار گرفت که نتایج نشان داد مقدار آماره به‌دست‌آمده برای هیچ کدام از متغیرهای پژوهش معنی‌دار نبود ($p > 0/05$)، بنابراین می‌توان گفت فرض نرمال بودن داده‌ها برقرار است. همچنین مقدار F محاسبه شده در آزمون لوین در متغیر تنظیم هیجانی و مؤلفه‌های آن و همچنین احساس شرم در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار نبود

(Gratz & Roemer) (۳۵)، 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 پیش‌بین مناسبی برخوردار است (۳۵). 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 راهبرد های تنظیم هیجان ۰/۸۸ و خرده مقیاس فقدان شفافیت هیجانی ۰/۸۴ بود. اعتبار ابزار با روش آزمون باز آزمون ۰/۸۸ به‌دست آمد. همچنین در ایران خانزاده، سعیدیان، حسین چاری و ادریسی (۱۳۹۱) (۳۶)، روایی و پایایی این مقیاس را بررسی کردند. در پژوهش آنان با استفاده از تحلیل عامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، 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 زیرمقیاس در دامنه ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ و پایایی بازآزمون آن در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ است.

مقیاس احساس شرم درونی شده (The internalized shame scale): این مقیاس در سال ۲۰۱۳ توسط کوک (۳۷) تهیه شده و شامل ۳۰ سؤال و دو خرده مقیاس کم‌رویی و عزت‌نفس است. نمره‌گذاری آن به‌صورت طیف لیکرت ۵ در جهای (هرگز=۰ تا همیشه=۴) می‌باشد و نمره‌گذاری گویه‌های ۴-۷-۱۱-۱۲-۱۴-۱۷-۱۸-۲۱-۲۸ به‌صورت معکوس انجام می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس حاکی از بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی است و نمره پایین بیانگر اعتمادبه‌نفس بالا است. کوک (۲۰۱۳)

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد تنظیم هیجانی و احساس شرم با توجه به گروه

زمان	متغیر وابسته	گروه			
		روان پویشی		تعهد و پذیرش	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	تنظیم هیجان	۹۴/۴	۹/۲۶	۹۵/۹۳	۵/۸۵
	عدم پذیرش	۱۵/۷۳	۲/۶	۱۶/۲۷	۲/۶۶
	دشواری رفتار هدفمند	۱۴/۰۷	۲/۳۱	۱۴/۷۳	۱/۷۹
	دشواری کنترل تکانه	۱۵/۲۰	۱/۹۳	۱۶	۱/۹۳
	فقدان آگاهی هیجانی	۱۵/۶۷	۲/۵۳	۱۵/۳۳	۲/۸۲
	دسترسی محدود	۱۸/۴۷	۲/۹۵	۱۷/۵۳	۲/۴۷
	فقدان شفافیت هیجانی	۱۵/۲۷	۲/۲۲	۱۶/۰۷	۲/۴
	احساس شرم	۸۲	۵/۴۶	۸۱/۲	۶/۰۹
	تنظیم هیجان	۱۱۴/۵۳	۹/۰۵	۱۰۹/۵۳	۵/۷۸
	عدم پذیرش	۱۹/۵۳	۲/۸۳	۱۸/۶۷	۲/۳۸
پس آزمون	دشواری رفتار هدفمند	۱۷/۷۳	۲/۲۵	۱۷/۰۷	۱/۹۴
	دشواری کنترل تکانه	۱۸/۴۷	۱/۹۲	۱۸/۱۳	۲/۰۷
	فقدان آگاهی هیجانی	۱۹/۲۷	۲/۶	۱۷/۴۷	۲/۹
	دسترسی محدود	۲۱/۸۷	۳/۰۹	۱۹/۸۷	۲/۵۹
	فقدان شفافیت هیجانی	۱۸/۴	۲/۱۳	۱۸/۳۳	۲/۵
	احساس شرم	۷۶/۴	۵/۲۱	۷۸/۴	۵/۸۸
	تنظیم هیجان	۱۱۳/۴	۹/۶۸	۱۰۷/۸۷	۵/۴۶
	عدم پذیرش	۱۹/۲۷	۲/۸۴	۱۸/۳۳	۲/۲۶
	دشواری رفتار هدفمند	۱۷/۴	۲/۲۶	۱۶/۸۷	۱/۸۸
	دشواری کنترل تکانه	۱۸/۱۳	۱/۸۱	۱۷/۸۷	۱/۸۸
پیگیری	فقدان آگاهی هیجانی	۱۸/۸۷	۲/۵۶	۱۷/۲	۲/۸۳
	دسترسی محدود	۲۱/۶	۳/۰۴	۱۹/۶	۲/۵۳
	فقدان شفافیت هیجانی	۱۸/۱۳	۱/۸۸	۱۸	۲/۵۹
	احساس شرم	۷۷/۸۷	۵/۴۸	۷۸/۴۷	۵/۸۴
	تنظیم هیجان	۱۱۳/۴	۹/۶۸	۱۰۷/۸۷	۵/۴۶
	عدم پذیرش	۱۹/۲۷	۲/۸۴	۱۸/۳۳	۲/۲۶
	دشواری رفتار هدفمند	۱۷/۴	۲/۲۶	۱۶/۸۷	۱/۸۸

مفروضه نیز برقرار است. به علاوه بر اساس نتایج حاصل از بررسی یکسان بودن شیب خط رگرسیونی، سطح معناداری اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون ($p=0/534$) بزرگ‌تر از $0/05$ به دست آمد، و بنابراین فرضیه همگنی ضرایب رگرسیونی برای متغیر احساس شرم نیز قابل قبول بود. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد، که در آزمون ریشه پیلایی، F محاسبه شده ($12/34$) معنی دار است ($p<0/01$)؛ بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می شود، و می توان گفت، بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ پس‌آزمون متغیرهای تنظیم هیجان و احساس شرم تفاوت معناداری وجود دارد.

($p>0/05$)؛ بنابراین می توان بیان نمود که فرض برابری واریانس‌ها نیز برقرار است. به منظور بررسی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد که نتایج نشان دهنده برقراری این مفروضه برای متغیر تنظیم هیجانی بود ($p=0/079$ ، $p=0/079$ ، $F=1/61$ ، $df_{1,2}=26/67$ ، ام باکس). همچنین جهت بررسی همگنی واریانس-کوواریانس از آزمون کرویت موخلی استفاده شد، که نتایج این آزمون حاکی از آن بود که مقدار χ^2 دو به دست آمده برای متغیرهای تنظیم هیجان ($p=0/175$ ، $df=2$ ، $p=0/643$ ، موخلی، $\chi^2=2/92$ ، دو) و احساس شرم ($p=0/074$ ، $df=2$ ، $p=0/074$ ، موخلی، $\chi^2=5/21$ ، دو) معنادار نیست؛ پس این

تمامی مؤلفه‌های آن و احساس شرم بیشتر از تفاوت در مان پذیرش و تعهد با گروه کنترل است که نشان‌دهنده این است درمان روان پویایی فشرده کوتاه‌مدت اثربخشی بیشتری برافزایش تنظیم هیجانی و مؤلفه‌های آن و کاهش احساس شرم در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر دارد. هم‌چنین برای بررسی تأثیر ماندگاری اثر متغیر مستقل در دوره پیگیری از روش اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

نتایج نشان می‌دهد که مقدار F به‌دست‌آمده برای اثر درون‌گروهی عامل زمان در متغیر تنظیم هیجان ($F=35, P<0/01$) و احساس شرم ($P<0/01$)، معنادار است، بنابراین بین سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معناداری وجود دارد. مقدار F به‌دست‌آمده برای اثر بین گروهی در متغیرهای وابسته تنظیم هیجان ($P<0/01$)، احساس شرم ($F=5/70, P<0/05$) و احساس شرم ($F=3/26, P<0/05$) نیز

برای بررسی تأثیر متغیر مستقل بر متغیر تنظیم هیجانی و مؤلفه‌های آن از تحلیل واریانس بین گروهی استفاده شد که نتایج این بخش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر روی متغیرهای تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن و هم‌چنین احساس شرم در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر تأثیر معناداری دارد؛ بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان پویایی فشرده کوتاه‌مدت برای گروه‌های آزمایش موجب افزایش تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن و کاهش احساس شرم نسبت به گروه کنترل شده است.

به‌منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمانی از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است. با توجه به نتایج، تفاوت میانگین روان پویایی فشرده کوتاه‌مدت با گروه کنترل در متغیرهای تنظیم هیجان و

جدول ۳- نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه سه گروه در متغیرهای تنظیم هیجان و احساس شرم

متغیر وابسته		روان پویایی-پذیرش و تعهد		روان پویایی-کنترل		پذیرش و تعهد-کنترل	
	میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد	خطای استاندارد
تنظیم هیجانی	*۶/۰۳	۱/۵۹	*۱۹/۰۴	۱/۵۶	*۱۳	۱/۵۷	
عدم پذیرش	*۱/۲۹	۰/۴۶	*۳/۵۰	۰/۴۶	*۲/۲۱	۰/۴۶	
دشواری رفتار هدفمند	*۱/۲۳	۰/۳۰	*۳/۴۸	۰/۳۰	*۲/۲۵	۰/۳۰	
دشواری کنترل تکانه	*۱/۰۳	۰/۳۷	*۲/۹۸	۰/۳۷	*۱/۹۵	۰/۳۷	
فقدان آگاهی هیجانی	*۱/۴۵	۰/۲۷	*۳/۲۸	۰/۲۷	*۱/۸۳	۰/۲۷	
دسترسی محدود	*۱/۰۴	۰/۳۱	*۳/۳۲	۰/۳۰	*۲/۲۸	۰/۳۰	
فقدان شفافیت هیجانی	*۰/۷۰	۰/۲۹	*۲/۹۶	۰/۲۸	*۲/۲۶	۰/۲۹	
احساس شرم	*-۲/۴۸	۱/۲۰	*-۶/۴۷	۱/۲۰	*-۳/۹۸	۱/۳۵	

* $P < 0/05$

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر متغیرهای تنظیم هیجان و احساس شرم

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری
تنظیم هیجان	درون گروهی	۰/۹۸۴	۲۷۴/۸۵	۸	۳۵	۰/۰۰۱
	اثر تعاملی	۱/۶۸	۲۳/۹۳	۱۶	۷۲	۰/۰۰۱
احساس شرم	بین گروهی	۲۴۷۴/۰۵	۲	۱۲۳۷/۰۳	۵/۷۰	۰/۰۰۶
	درون گروهی	۶۴۶/۹۷	۲	۳۲۳/۴۸	۱۱۹/۹۹	۰/۰۰۱
تنظیم هیجان	اثر تعاملی	۵۵۳/۲۴	۴	۱۳۸/۳۱	۵۱/۳۰	۰/۰۰۱
	بین گروهی	۶۱۸/۷۱	۲	۳۰۹/۳۵	۳/۲۶	۰/۰۴۸

معنادار می باشد؛ یعنی بین نمرات گروه های آزمایش درمان پذیرش و تعهد و روان پویشی فشرده کوتاه مدت و گروه کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین اثر متقابل زمان بر روی گروه ها نیز معنادار بوده است (جدول ۴).

بحث

پژوهش حاضر به منظور مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر تنظیم هیجان و احساس شرم در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر انجام شد. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد، که هر دو درمان، بر افزایش میزان تنظیم هیجان و تمامی مؤلفه های آن و کاهش احساس شرم در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر مؤثر بوده و این اثربخشی در طول دوره پیگیری نیز پایدار مانده است. یافته دیگر پژوهش حاکی از آن بود، که از بین دو درمان روان پویشی فشرده کوتاه مدت و درمان پذیرش و تعهد، درمان روان پویشی فشرده کوتاه مدت تأثیر بیشتری بر افزایش تنظیم هیجانی و مؤلفه های آن و کاهش احساس شرم داشته است.

در تبیین اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر تنظیم هیجان و تمامی مؤلفه های آن در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر که با نتایج مطالعات تو ما و عباس (۲۰۲۰) (۳۲)، خور یان یان و همکاران (۱۳۹۱) (۲۷) و پالمیری (۲۰۲۲) (۴۰)، همسو می باشد، بایستی گفت که تنظیم هیجان فرآیندی فیزیولوژیک است که همیشه و بدون آگاهی یا تلاش آگاهانه رخ می دهد. مغز در پاسخ به محرک های درونی و بیرونی، هیجان تولید می کند. 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 هیجان ها در زندگی جاری و روابط فعلی منجر به فعال شدن احساس ها، اضطراب و دفاع هایی در دنیای درونی افراد شود، موجب رنج آنان یا به عبارتی عدم تحمل و تجربه احساسات می گردد. دوانلو (۱۹۹۶) (۲۶)، انسان دارای

سلامت روان را فردی می داند که بتواند احساس های درونی خویش را بدون اضطراب و مکانیسم های دفاعی در دنیای خویش تجربه کند. بر اساس یافته پژوهش با آموزش و افزایش آگاهی از احساس ها و اضطراب و مکانیسم های دفاعی افراد می توانند به درک روشنی از زمانی که مضطرب می شوند، احساسی که دارند و مکانیسم دفاعی که با استفاده از آن در حال کاستن از اضطراب و پنهان کردن احساسشان هستند دست یابند و بدین ترتیب خودتنظیمی هیجانی در آنان افزایش می یابد (۲۶).

روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر این باور استوار است که بیمار به خاطر آسیب های عاطفی و هیجانی و یا مشکلات ارتباطی گذشته و تجارب ناکام کننده سعی دارد با توسل به مکانیسم های دفاعی، از واقعیت فاصله بگیرد و با تکیه بر ابعاد ذهنی خود و تخیل گرایی از خود در برابر این آسیب ها دفاع کند که نتیجه آن گرایش به الگوهای رفتاری ناسالم است (۴۱). بدین طریق می توان امیدوار بود در یک فرد بیمار، در فرآیند رویکرد درمانی فشرده و کوتاه مدت از طریق کمک به وی برای مواجهه با ناهشیار و همچنین هیجانات منفی سرکوب شده از جمله خشم، زمینه اصلاح سبک های 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 می شود (۴۲)، و بیمار تشویق می شود تا با یادآوری خاطرات دردناک گذشته، با احساسات و هیجانات واقعی خود ارتباط برقرار کند، نسبت به آن ها آگاهی یابد و با واقعیت های هیجانی خود مواجهه شود. وقتی در فرآیند 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 زندگی اش را بیان کند، بیمار قادر خواهد بود تا نسبت به عوامل ناهشیار دخیل در شکل گیری 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 آن ها و کنار آمدن با خاطرات دردناک

گذشته است. همچنین روان‌درمانی 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 (۴۲).

در تبیین یافته‌های این فرضیه می‌توان گفت که از نظر (۲۶)، 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 احساسات) 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 نظم‌بخشی احساسات مشکل‌دارند. یا به شیوه‌ای ناکارآمد به تنظیم احساسات خود می‌پردازند.

در واقع در این روش درمانی ادعا بر این است که مکانیسم‌های دفاعی و اضطراب‌روش برای اجتناب از احساسات به‌ویژه 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.

یافته دیگر مطالعه حاکی از اثربخش بودن روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر کاهش احساس شرم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های احمدی و همکاران (۱۴۰۰) (۴۳)، گو لدبلیت (۲۰۱۳) (۴۴)، هینز (۲۰۱۷) (۴۵) و زرب (۲۰۱۶) (۴۶) همسو می‌باشد. در ارتباط با رویکرد درمان پویشی فشرده کوتاه مدت و احساس شرم می‌توان گفت که روند درمان ذکرشده طوری پیش می‌رود که

فرد در ارتباط با درمانگر، احساسات دفن شده نسبت به پدر و مادرش بیدار و در مقابل این احساسات مقاومتش شکسته شود. اگر بیان و ابراز احساسات پیامدهای بین شخصی منفی و نامطلوب داشته باشد، با احساسات آزارنده اضطراب، گناه و شرم تداعی و همخوان می‌شود و با توسل به دفاع‌ها از آن‌ها اجتناب می‌شود. از دیدگاه رویکردهای روان‌پویشی و به‌طور خاص روان‌پویشی فشرده کوتاه مدت، گرایش فطری به عشق و صمیمیت و تعارض آن با خشونت احساس گناهی را شکل می‌دهد به سبب دردناک بودن این احساس، در نتیجه این تعارض سرکوب می‌شود. چنین حجمی از گناه با ظرفیت روانی برای آن ناهمخوان می‌شود، در نتیجه سرکوب می‌گردد و انرژی به وجود آمده از این سرکوب سوختی برای خود تنبیهی گسترش انواع اختلالات فراهم می‌آورد (۴۷)، البته احساس شرم و گناه می‌تواند منجر به حفظ رابطه شود در عین حال می‌تواند هسته اختلالات روانی هم باشد؛ در واقع تجربه احساس گناه عامل مهم سلامت روانی به شمار می‌رود (۴۸). تجربه احساس شرم و گناه فرایند محوری التیام‌بخش ISTDP و شاید هم روان‌درمانی‌های بیماران مقاوم است (۴۹).

نتایج همچنین بیانگر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی بود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های وجنارووا سکا و همکاران (۲۰۲۰) (۵۱)، برنال-مانریکیو، گارسیا-مارتین و رویز (۲۰۲۰) (۵۲) و جوسفسون (۲۰۱۹) (۵۳)، همسو می‌باشد.

در مورد مکان‌سیم اثر درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان می‌توان گفت، آموزش پذیرش و تعهد به جای نادیده گرفتن هیجان‌ها و تجارب درونی، با هدایت کردن بیمار به سوی آگاه شدن از احساسات، تجارب درونی و هیجانی، پذیرش آن‌ها و استفاده مناسب و به‌جا از آن‌ها، موجب می‌شود که بیمار با موقعیت‌ها و تعاملاتش ارتباط مناسبی برقرار کرده و با نگاهی تازه آن‌ها را تجربه کند (۵۰)، در جلسات درمانی پذیرش و تعهد از فنونی همانند پذیرش روانی، آگاهی روانی، جدا سازی شناختی، خودتجسمی، روشن سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه به ارزش‌ها، آگاهی هیجانی، آموزش تحمل‌پریشانی و آموزش تنظیم هیجان استفاده

فراهانی و خطیبی (۱۴۰۲)(۵۵)، یادویا، هیس و ویلاردج (۲۰۱۴)(۵۶)، اتجاک و همکاران (۲۰۱۵)(۵۷)، که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را بر احساس شرم تأیید کردند، همسو می‌باشد.

در تبیین نتایج فوق می‌توان به ماهیت و محتوای تمرین‌های شیوه‌نامه درمان استناد کرد؛ زیرا در تمرین‌های شیوه‌نامه در مان پذیرش و تعهد، بر ذهن‌آگاهی، پذیرش، ارتباط با زمان حال، گسلش شناختی، ارزش‌ها و تعهد تأکید می‌شود و نقش بسزایی در حفظ آرامش فرد در هنگام مواجهه با احساس شرم و پذیرش دارد (۵۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر اصول اساسی انسانی به‌عنوان یک رویکرد درمانی، بیماران را با رویه‌های سالم‌تر و مناسب‌تری آشنا می‌کند. در این درمان به بیماران آموخته می‌شود لازم نیست آن‌قدرها به ندای درون توجه کنند، افکار رها شده و غیرقابل کنترل کامل هستند و از ما و دستگاه عقلی انسان جدایند و با واقعیت در برخی موارد کاملاً تفاوت دارند (۱۸)؛ بنابراین، نباید آن‌ها را کاملاً باور کرد. بیماران در این مداخله می‌آموزند بدون توجه به نشانه‌های عاطفی و بدنی اضطراب، احساس شرم؛ در اجتماع حضور یابند؛ به علت اینکه در کناره‌گیری رشدی کمی وجود دارد و رشد حاصل عملکرد مثبت مواجهه‌ای و عاقلانه است (۵۸). پس از مدتی که با تشویق درمانگر و ماندن بر تعهد، نشانه‌های مثبت پدیدار می‌شود و عزت‌نفس بالا می‌رود، کمرویی کاهش می‌یابد و احساس شرم تعدیل می‌شود، عواطف دیگر آزردهندگی اولیه را ندارد، شرایط رفتار متعادل‌تر می‌گردد و رفتار متعهدانه تا بهبود کامل و سالم ادامه می‌یابد. با پدیدار شدن نشانه‌های بهبودی، پوچی افکار و احساسات ترساننده اولیه بیش از پیش روشن می‌شود و فرد با آگاهی بیشتر به فرآیند رشد ادامه می‌دهد (۵۹)؛ بنابراین به مدد فرایند درمان پذیرش و تعهد، بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر موفق به کنترل و تعدیل و کاهش احساس شرم و کمرویی می‌گردند و با عزت‌نفس بالاتری به زندگی خود می‌پردازند که احتمالاً منجر به تبعات مثبت بیشتری در شاخص‌های سلامت آنان در زندگی خواهد شد (۵۷).

می‌شود. این فنون به تغییر روابط افراد افسرده با تجارب درونی، کاهش اجتناب تجربی، افزایش انعطاف‌پذیری و کنش‌های مثبت روان‌شناختی در موقعیت‌های مختلف به‌خصوص موقعیت‌های استرس‌آفرین زندگی منجر می‌شود. در سبب‌شناسی افراد افسرده می‌توان گفت، که معمولاً این‌گونه افراد در تنظیم هیجان‌های خود در شرایط مختلف زندگی و به‌ویژه در موقعیت‌های استرس‌زا دچار مشکل هستند و سعی در کنترل، سرکوب و یا تنظیم نادرست هیجان‌ها 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 بی‌اثر است، بلکه اثر معکوس داشته و موجب تشدید استرس آن‌ها می‌شود (۵۴). لذا به افراد افسرده کمک می‌شود، تا افکار آزردهنده را صرفاً به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمدی‌شان آگاه شوند و به‌جای 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 به‌عبارت‌دیگر 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 ذهن‌آگاهی است. درواقع مهارت‌های ذهن‌آگاهی یکی از فنونی است که پیش‌بینی‌کننده رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت در افراد افسرده است. چرا اینکه این مهارت از یک‌سو باعث ارزیابی شناختی هیجان‌ها، کاهش هیجان‌های 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.

نتایج این فرضیه همچنین نشان از اثربخشی معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس شرم بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر بود. نتایج پژوهش‌های ثمین،

پژوهش بهره گرفته شود پیشنهاد می‌شود، که درمانگران، در کتاب مداخلات دارویی به دلیل کسب نتایج مطلوب‌تر و جامع‌تر درمانی مداخلات روان‌پویشی کوتاه مدت و فشرده و درمان پذیرش و تعهد را در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مورد توجه قرار دهند.

بنابراین، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پس از پذیرش اصول اساسی متعالی، تعهد محکمی به رفتار بر اساس این اصول انعقاد می‌یابد و عملکرد سالم بدون توجه به نتیجه فوری آغاز می‌شود. بیماران در این مداخله می‌آموزند بدون توجه به نشانه‌های عاطفی و بدنی اضطراب، احساس شرم؛ در اجتماع حضور یابند؛ به علت اینکه در کناره‌گیری رشد کمی وجود دارد و رشد حاصل عملکرد مثبت مواجهه‌ای و عاقلانه است. بنابراین به مدد فرآیند درمان پذیرش و تعهد، بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر موفق به کنترل و تعدیل و کاهش احساس شرم و کم‌رویی می‌گردند و با عزت نفس بالاتری به زندگی خود می‌پردازند، که احتمالاً منجر به تبعات مثبت بیشتری در شاخص‌های سلامت آنان در زندگی خواهد شد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همچنین از مراکز درمانی شهر شیراز تشکر و قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

رازداری، خیر سانی، 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 آنرا مطالعه نموده و امضا کردند. این پژوهش از رساله دکتری نویسنده اول، با کد اخلاق IR.SUMS.REC.1401.29365230 می‌باشد.

از نظر روش‌شناختی محدودیت اصلی این مطالعه محدودیت در تعمیم نتایج می‌باشد. هر چند یافته‌های معنی‌دار برگرفته از نمونه‌های کوچک‌تر دقیق‌ترند، اما به دلیل تعداد محدود نمونه در گروه‌های مداخله از اعتبار بیرونی پژوهش کاسته می‌شود. محدودیت دیگر پژوهش انتخاب جامعه آماری و نمونه پژوهش از میان بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بالای ۲۰ سال شهر شیراز است که تعمیم نتایج را به بیماران دیگر شهرها و جوامع آماری محدود می‌سازد. همچنین عدم همکاری مناسب از سوی بیماران دارای سندروم روده تحریک‌پذیر که جزء نمونه آماری پژوهش بودند نیز این مطالعه را با محدودیت مواجه نمود.

نتیجه‌گیری

در مجموع با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر می‌توان گفت، علی‌رغم تفاوت در میزان اثرگذاری دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر تنظیم هیجان و احساس شرم بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، هر دو مداخله درمانی به سهم خود کوشیده‌اند، تا از شرم آزمودنی‌ها کاسته و نهایتاً موجب افزایش میزان تنظیم هیجانی گردند؛ لذا با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود، که در مطالعات آتی و با توجه به اهمیت متغیرهای تنظیم هیجان و احساس شرم در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، پژوهش‌های بر روی تعداد بیشتری از افراد و دیگر شهرها با ویژگی‌های فرهنگی متفاوت نیز انجام شود تا قابلیت تعمیم‌پذیری پژوهش افزایش یابد.

با توجه به اثربخشی هر دو مداخله در این پژوهش پیشنهاد می‌شود، کارایی این درمان‌ها در موقعیت‌های بالینی مختلف و افراد مبتلا به بیماری‌های دیگر مورد بررسی قرار گیرد تا با اطمینان بیشتر این درمان‌ها در موقعیت‌های بالینی مختلف به کار گرفته شوند. در نهایت با توجه به اثربخشی هر دو رویکرد پیشنهاد می‌شود، تا در مطالعات آتی از روش‌های تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت جهت اثرگذاری بر متغیر مورد استفاده در این

and gastrointestinal-specific anxiety in moderate to severe irritable bowel syndrome. *Comprehens Psychiatry*. 2014;55(7):1647-1653.

10. Porcelli P, De Carne M, Leandro G. The role of alexithymia and gastrointestinal-specific anxiety as predictors of treatment outcome in irritable bowel syndrome. *Comprehens Psychiatry*. 2017;73:127-135.

11. Fournier A, Mondillon L, Dantzer C, Gauchez AS, Ducros V, Mathieu N, et al. Emotional overactivity in patients with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil*. 2018;30(10):e13387.

12. Papacosta L, Argyrides M, Anastasiades E, Petkari E. The Role of Guilt and Shame-proneness and Externalization of Blame as Risk Factors for Inflammatory Bowel Disease. *North Am J Psychol*. 2021;23(4).

13. Chou CY, Tsoh J, Vigil O, Bain D, Uhm SY, Howell G, et al. Contributions of self-criticism and shame to hoarding. *Psychiatry Res*. 2018;262:488-493.

14. Gunnarsson NV. The self-perpetuating cycle of shame and self-injury. *Hum Soc*. 2021;45(3):313-333.

15. Cunha M, Silva P, Ferreira C, Galhardo A. Measuring shame in adolescents: Validation studies of the External and Internal Shame Scale in a community sample. In *Child & Youth Care Forum*. 2021:1-19. Springer US.

16. Hearn M, Whorwell PJ, Vasant DH. Stigma and irritable bowel syndrome: a taboo subject? *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020;5(6):607-615.

17. Drossman DA, Chang L, Schneck S, Blackman C, Norton WF, Norton NJ. A focus group assessment of patient perspectives on irritable bowel syndrome and illness severity. *Digestive diseases and sciences*, 2009;54:1532-1541.

18. Hayes SC, Strosahl KD. *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer-Verlag. 2004.

19. Levin ME, Pistorello J, Seeley JR, Hayes SC. Feasibility of a prototype web-based acceptance and commitment therapy prevention program for college students. *J Am Coll Health*. 2014;62(1):20-30.

20. Grégoire S, Lachance L, Bouffard T, Dionne F. The use of acceptance and commitment therapy to promote mental health and school engagement in university students: A multisite randomized controlled trial. *Behav Ther*. 2018;49(3):360-372.

21. Stenhoff A, Steadman L, Nevitt S, Benson L, White RG. Acceptance and commitment therapy and subjective wellbeing: a systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials in adults. *J Context Behav Sci*. 2020;18:256-272.

مشارکت نویسندگان

در پژوهش حاضر نویسنده دوم، به عنوان استاد راهنما، نظارت و راهبردی روند کلی پژوهش و تدوین و نهایی سازی اصلاحات مقاله را بر عهده داشته‌اند. نویسنده اول در تدوین طرح تحقیق، فرآیند گردآوری، تحلیل و تفسیر یافته‌ها و نگارش متن مقاله را بر عهده داشته و در مجموع نتیجه‌گیری از یافته‌ها و بسط و تفسیر به صورت مشترک و با بحث و تبادل نظر کلیه همکاران و با همراهی نویسنده سوم، به عنوان استاد مشاور پایان‌نامه، انجام شد.

References

1. Pimentel M, Lembo A. Microbiome and its role in irritable bowel syndrome. *Digest Dis Sci*. 2020;65:829-839.
2. Farjipour M, Hamzehpour T. Comparison of anxiety states in patients with irritable bowel syndrome and normal in Rasht city. National conference of new psychology with emphasis on its applications in work and life. Ministry of Science, Research and Technology. 2017.
3. Yonesi F, Kafi M, Ghanbari A. Comparative study of personality traits in irritable bowel syndrome patients and healthy people. *Journal of Gilan University of Medical Sciences*, 2015;25(98):44-37.
4. Black CJ, Ford AC. Global burden of irritable bowel syndrome: trends, predictions and risk factors. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2020;17(8):473-486.
5. Klem F, Wadhwa A, Prokop LJ, Sundt WJ, Farrugia G, Camilleri M, et al. Prevalence, risk factors, and outcomes of irritable bowel syndrome after infectious enteritis: a systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*. 2017;152(5):1042-1054.
6. Van Oudenhove L, Levy RL, Crowell MD, Drossman DA, Halpert AD, Keefer L, et al. Biopsychosocial aspects of functional gastrointestinal disorders: how central and environmental processes contribute to the development and expression of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1355-1367.
7. Koole SL. The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cogn Emotion*. 2010:138-177.
8. Surdea-Blaga T, Băban A, Dumitrascu DL. Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol*. 2012;18(7):616.
9. Porcelli P, De Carne M, Leandro G. Alexithymia

22. Zaeri Isfahani E, Rahimi A. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the difficulty of emotion regulation in women with MS in Isfahan city. The second international conference on innovation and research in educational sciences, management and psychology. 2017.
23. Wynne B, McHugh L, Gao W, Keegan D, Byrnes K, Rowan C, et al. Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2019;156(4):935-945.
24. Davanloo H. Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy: based on the proceedings. SP medical & scientific Books. 1978.
25. Johansson R, Town JM, Abbass A. Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. *Peer J*. 2014;2:e548.
26. Davanloo H. Management of tactical defenses in intensive short-term dynamic psychotherapy, Part I: Overview, tactical defenses of cover words and indirect speech. *Int J Short-Term Psychother*. 1996;11(3):129-152.
27. Khoranian M, Heydari Nesab L, Tabibi Z, Agha Mohammadian Shearbaft HR. The effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on reducing symptoms and emotional expression in patients with depression. *J Thought Behav Clin Psychol*. 2011;7(26):46-37.
28. Ranjbar Bahadri Sh, Taklovi S, Kazemi R. The effectiveness of short-term psychodynamic therapy on emotional expression and differentiation of betrayed women. *Psychol Dev*. 2022;11(1):113-124.
29. Hashemian Rizi MS. The effectiveness of short-term psychodynamics on the fear of negative evaluation, body dissatisfaction and reducing the symptoms of people with body deformities. *Psychol Methods Models*. 2022;13(48):82-100.
30. Kashfi N, Ghanifar MH, Nasri M, Dastjeri Q. The effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy on emotion regulation and relapse prevention in recovering addicts. *New Psychol Res Q*. 2022;68:244-235.
31. Caldiroli A, Capuzzi E, Riva I, Russo S, Clerici M, Roustayan C, et al. Efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy in mood disorders: a critical review. *J Affect Disord*. 2020;273:375-379.
32. Thoma NC, Abbass A. Intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) offers unique procedures for acceptance of emotion and may contribute to the process-based therapy movement. *J Context Behav Sci*. 2022;25:106-114.
33. Chey WD, Kurlander J, Eswaran S. Irritable bowel syndrome: a clinical review. *Jama*. 2015;313(9):949-958.
34. Delaware A. Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. First Edition. Tehran: Rushd. 2019.
35. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2004;26:41-54.
36. Khanzadeh M, Saidian M, Hossein Chari M. Factorial structure and psychometric properties of the scale of difficulty in emotional regulation. *J Behav Sci*. 2011;6(1 (seq. 19)):87-96.
37. Cook DR. Measuring shame: The internalized shame scale. In *The treatment of shame and guilt in alcoholism counseling* (2013:pp. 197-215). Routledge.
38. Rajabi Gh, Abbasi GhA. Examining the relationship between self-criticism, social anxiety and fear of failure with internalized shame in students. *Clinical and Counseling Psychology Research (Educational and Psychological Studies)*. 2011;1(2):171-182.
39. Ghorbani N. Intensive and short-term dynamic psychotherapy: principles and techniques. Tehran: Samit Publications. 2022.
40. Palmieri A, Fernandez KC, Cariolato Y, Kleinbub JR, Salvatore S, Gross JJ. Emotion regulation in psychodynamic and cognitive-behavioural therapy: An integrative perspective. *Clin Neuropsychiatry*. 2022;19(2):103.
41. Fuladi F, Kaviani Borujani M, Ranjbar Sudjani Y. The effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy on social anxiety of mothers with children with Asperger syndrome disorder. *Exceptional Children Quarterly*. 2016;18(2):64-55.
42. Aslani S, Hosseini R. A review of emotion regulation from the perspective of short-term intensive dynamic psychotherapy. *Psychol Dev*. 2018;8(10):115-125.
43. Ahmadi F, Watankhah F, Kazemi Rezaei SA, Mohammadi S. Effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy on symptoms of anxiety, depression, post-traumatic stress and guilt in bereaved people due to covid 19. *Nursing Management Quarterly*. 2021;10(3):70-82.
44. Goldblatt MJ. Shame in psychodynamic psychotherapy of post-traumatic states. *Scand Psychoanal Rev*. 2013;36(2):104-111.
45. Heinze P. Psychopathy, unconscious shame and attachment: Considering the psychodynamics of psychopathy. *Psychodynam Pract*. 2017;23(1):7-32.
46. Zerbe K. Psychodynamic issues in the treatment of binge eating: Working with shame, secrets, non-entry, and false body defenses. *Clin Soc Work J*. 2016;44(1):8-17.
47. Neacsu AD, Lungu A, Harned MS, Rizvi SL, Linehan MM. Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behav Res Ther*. 2014;53:47-54.

48. Kealy D, Treeby MS, Rice SM. Shame, guilt, and suicidal thoughts: The interaction matters. *Br J Clin Psychol*. 2021;60(3):414-423.
49. Darvish Baseri L, Dasht Bozorgi Z. The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on the cognitive regulation of emotion and ataxia in patients with type 2 diabetes. *Psychiatr Nurs*. 2016;5(1):7-13.
50. Abbasi M, Mahmoudian H, Rezvanifar Sh. Comparing the effectiveness of two educational methods of acceptance and commitment and emotion regulation on the psychological well-being of students with math disorders. *J Technic Vocat Educ*. 2013;1(2):23-33.
51. Wojnarowska A, Kobylinska D, Lewczuk K. Acceptance as an emotion regulation strategy in experimental psychological research: What we know and how we can improve that knowledge. *Front Psychol*. 2020;11:242.
52. Bernal-Manrique KN, García-Martín MB, Ruiz FJ. Effect of acceptance and commitment therapy in improving interpersonal skills in adolescents: A randomized waitlist control trial. *J Context Behav Sci*. 2020;17:86-94.
53. Josefsson T, Ivarsson A, Gustafsson H, Stenling A, Lindwall M, Tornberg R, et al. 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*. 2019;10:1518-1529.
54. Binandeh Elham AS, Siraj Khorrami N, Askari P, Faizi Q, Tahani B. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the cognitive regulation of emotions and symptoms of dental anxiety patients. *Behav Sci Res*. 2018;17(4):641-629.
55. Samin Bahre Farahani E, Khatibi Q. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on inner shame and social anxiety of mothers with physically-motor disabled children. *J Disabil Stud*. 2023;13:29-49.
56. Yadavaia JE, Hayes SC, Vilardaga R. Using acceptance and commitment therapy to increase selfcompassion: A randomized controlled trial. *J Context Behav Sci*. 2014;3(4):248-257.
57. A-tjak JG, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA, Emmelkamp PM. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom*. 2015;84(1):30-36
58. Guss J, Krause R, Slosower J. The Yale manual for psilocybin-assisted therapy of depression (using acceptance and commitment therapy as a therapeutic frame). 2020.
59. Suleimanpour M, Pirkhaefi A, Zahraakar K. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and compassion-focused therapy on internalized shame in patients with vitiligo. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2022;3(2):82-96.