DOI: *10.29252/rbs.19.4.739*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2022, Volume 19, Issue 4

Comparison of the Effectiveness of Emotion Focused Therapy (EFT) and Cognitive Analytic Therapy (CAT) on Anxiety Sensitivity, Pain Catastrophizing, Experiential Avoidance and Cognitive Emotion Regulation in Patients with Chronic Pain and Alexithymia

Mojgan Shokrolahi[1], Seyed Esmaeil Hashemi[2], Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand[2], Yadollah Zargar[3], Abdolzahra Naaimi[2]

1- PhD. Student, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

2- (Corresponding author)* Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

3- Associate Professor, Department of Counseling, Hazrat-e Masoumeh University, Qom, Iran.

Abstract

Aim and Background: Chronic pain is one of the most common and expensive medical problems. The aim of this study was to compare the effectiveness of emotion focused therapy and cognitive analytic therapy on anxiety sensitivity, pain catastrophizing, experiential avoidance and cognitive emotion regulation in patients with chronic pain and alexithymia.

Methods and Materials: This research was experiential study with pre, post-test and follow-up with control group. Among patients suffering from chronic in Isfahan, using available and voluntary sampling method, 36 patients that had top point in alexithymia questionnaire were selected and then were assigned in two groups randomly (each group n=12). Members of first experimental group, received online emotion-focused group therapy and members of second experimental group received online cognitive-analytic group therapy. In this period control group didn't received any intervention. Instruments were Karnfeskes's Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (2001), Solivan's Pain Catastrophizing Scale (1995), Taylor and Koks'es Anxiety Sensitinty Inventort (1998), Acceptance and Action Questionaire (2011) that were completed in 3 stages of pre, post-rest and follow up. Data were analyzed using repeated measure analysis.

Findings: Reults showed that the emotion focused therapy has been more effective than the cognitive analytic therapy in improving pain catastrophizing, experiential avoidance and the negative aspect of cognitive emotion regulation ($P<0.05$).

Conclusions: With respect to the effectiveness of these two therapeutic methods on the research variables, these two therapeutic methods can be sought so as to improve the conditions of the patients with chronic pain and alexithymia.

Keywords: Chronic pain, Alexithymia, Emotion focused therapy, Cognitive analytic therapy.

Citation: Shokrolahi M, Hashemi E, Mehrabizadeh Honarmand M, Zargar Y, Naaimi A. **Comparison of the Effectiveness of Emotion Focused Therapy (EFT) and Cognitive Analytic Therapy (CAT) on Anxiety Sensitivity, Pain Catastrophizing, Experiential Avoidance and Cognitive Emotion Regulation in Patients with Chronic Pain and Alexithymia**. Res Behav Sci 2022; 19(4): 739-752.

* **Seyed Esmail Hashemi,**
Email: esmaeil@scu.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.16.9]

[DOI: 10.52547/rbs.19.4.739]

مقایسهٔ اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی تحلیلی بر حساسیت اضطرابی، فاجعه‌آمیز کردن درد، اجتناب تجربی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلابه درد مزمن با ناگویی هیجانی

مژگان شکراللهی[۱]، سید اسماعیل هاشمی[۲]، مهناز مهرابی زاده هنرمند[۲]، یدالله زرگر[۲]، عبدالزهرا نعامی[۲]

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۳- دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه حضرت معصومه (س)، قم، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: درد مزمن از رایج‌ترین و پرهزینه‌ترین مشکلات طبی است که زندگی بیماران را در تمامی ابعاد زیستی، اجتماعی، حرفه‌ای و تحصیلی متأثر می‌سازد. پژوهش حاضر باهدف مقایسهٔ اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان شناختی تحلیلی بر حساسیت اضطرابی، فاجعه‌آمیز کردن درد، اجتناب تجربی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلابه درد مزمن با ناگویی هیجانی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش مطالعه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، همراه با گروه کنترل بود. از بین بیماران مبتلابه درد مزمن در شهر اصفهان، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه و طی ۲ مرحله تعداد ۳۶ بیمار که نمرهٔ بالایی در پرسش‌نامه ناگویی هیجانی کسب کرده بودند انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند (هر گروه n=۱۲). اعضای گروه آزمایش اول درمان گروهی آنلاین هیجان‌مدار و اعضای گروه آزمایش دوم درمان گروهی آنلاین شناختی تحلیلی دریافت کردند. در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار مورداستفاده پژوهش پرسش‌نامه تنظیم هیجان گارنفسکی (۲۰۰۱)، مقیاس فاجعه‌آمیز کردن درد سالیوان (۱۹۹۵)، پرسش‌نامه حساسیت اضطرابی تیلور وکاکس (۱۹۹۸)، پرسش‌نامه پذیرش و عمل (۲۰۱۱) که در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل شد. داده‌های به‌دست‌آمده با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: هر دو روش درمان در بهبود متغیرهای حساسیت اضطرابی، فاجعه‌آمیز کردن درد، اجتناب تجربی و تنظیم شناختی مثبت هیجان تأثیر معنی‌داری داشته‌اند (p<۰/۰۵)، اما در تنظیم شناختی منفی هیجان، درمان شناختی تحلیلی اثر معنی‌داری نداشته است (p>۰/۰۵). درمان هیجان مدار، در بهبود متغیرهای فاجعه‌آمیز درد، اجتناب تجربی و تنظیم شناختی منفی هیجان مؤثرتر از درمان شناختی تحلیلی بوده است (p<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: با توجه به اثرگذاری درمان هیجان مدار و درمان شناختی تحلیلی در متغیرهای پژوهش می‌توان از این دو روش درمان برای بهبود بیماران مبتلابه درد مزمن با ناگویی هیجانی سود جست.

واژه‌های کلیدی: درد مزمن، ناگویی هیجانی، درمان هیجان مدار، درمان شناختی – تحلیلی.

ارجاع: شکراللهی مژگان، هاشمی سید اسماعیل، مهرابی زاده هنرمند مهناز، زرگر یدالله، نعامی عبدالزهرا. **مقایسهٔ اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی تحلیلی بر حساسیت اضطرابی، فاجعه‌آمیز کردن درد، اجتناب تجربی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلابه درد مزمن با ناگویی هیجانی**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۰؛ ۱۹(۴): ۷۳۹-۷۵۲.

*- **سید اسماعیل هاشمی،**

رایانامه: esmaeil@scu.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.16.9]

[DOI: 10.52547/rbs.19.4.739]

مقدمه

درد مزمن از رایج‌ترین و پرهزینه‌ترین مشکلات طبی می‌باشد که زندگی مبتلایان را در تمامی ابعاد زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی، حرفه‌ای و تحصیلی تحت تأثیر قرار می‌دهد و با ناتوان ساختن فرد از انجام تکالیف روزمره هم به بیمار و هم به جامعه ضرر می‌رساند و مشکلات اقتصادی متعددی را به بار می‌آورد. درد یک تجربهٔ ادراکی پیچیده است و عوامل روان‌شناسی گوناگونی مانند هیجان‌ها، بافت اجتماعی و محیطی، ادراک فرد از درد و همچنین عقاید، باورها و انتظارات فرد بر روی آن اثر می‌گذارد (۱). بر مبنای یافته‌های پژوهشی متعدد، یکی از اصلی‌ترین مؤلفه‌های روان‌شناسی مرتبط با درد مزمن، مؤلفه ناگویی هیجانی می‌باشد. افراد مبتلابه ناگویی هیجانی به علت ناتوانی در شناسایی و توصیف احساسات خود و تمایز قائل شدن میان آن‌ها و نیز به سبب پردازش تجسمی محدود به‌جای شناسایی و توصیف دقیق هیجان‌ها، دست به بیرونی سازی و عینیت‌بخشی به هیجان‌ها می‌زنند و آن‌ها را در قالب‌های مختلف همچون درد مزمن نشان می‌دهد (۲). بر اساس یافته-های پژوهشی شدت ناگویی هیجانی با شدت درد بیشتر و هم-چنین اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلابه درد مزمن رابطه دارد (۳).

ترس و اضطراب ازجمله هیجانات منفی هستند که درد با آن‌ها همبستگی مستقیم داشته و ترس از درد نقش مهمی را در تبدیل درد حاد به درد مزمن ایفا می‌کند. به‌این‌ترتیب، حساسیت اضطرابی نیز ازجمله سازه‌های مهم در رابطه با درد مزمن می‌باشد. حساسیت اضطرابی به‌عنوان یک متغیر گرایشی پایدار تعریف می‌شود که بیان‌کنندهٔ میل به تعبیر و تفسیر پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی تجارب اضطرابی به‌عنوان اموری زیان‌آور می‌باشد. افراد با حساسیت اضطرابی بالا، در مورد رویدادهای استرس‌زا (ازجمله درد) دست به فاجعه سازی می‌زنند، درحالی‌که افراد با حساسیت اضطرابی پایین، این رویدادها را نامطلوب تلقی کرده، اما در مورد آن‌ها فاجعه سازی نمی‌کنند (۴). فاجعه‌آفرینی درد یکی دیگر از متغیرهایی است که می‌تواند پیش‌بینی کننده مزمن شدن درد و ناتوانی ناشی از آن باشد (۵). فاجعه‌آفرینی درد پاسخی ناسازگارانه و غیر انطباقی با درد است و بیانگر گرایش به متمرکز شدن بر افکار مرتبط با درد، اغراق در تهدیدآمیز در نظر گرفتن محرک‌های مرتبط با درد و داشتن نگرشی ناامیدانه برای مقابله با موقعیت‌های دردناک می‌باشد. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که فاجعه‌آفرینی ۱۳-۷ درصد واریانس مربوط با شدت درد را تبیین می‌کند (۶).

بر مبنای سایر یافته‌های پژوهشی افراد مبتلابه درد مزمن سطح بالایی از اجتناب تجربی را نیز از خود نشان می‌دهند. اجتناب تجربی به عدم تمایل برای باقی ماندن و روبرو شدن با وقایع شخصی ناراحت‌کننده یا افکار، هیجان‌ها، احساسات، خاطرات یا امیال آزارنده تعریف می‌شود. در بیماران مبتلابه درد مزمن اجتناب در دو زمان اتفاق می‌افتد: اول، در زمان درد که فرد به دنبال فرار از احساس درد است و دوم اینکه بیمار در آینده در زمان تجربه درد مضطرب می‌شود که نتیجه آن رفتار اجتنابی است. این رفتار اجتنابی می‌تواند در کوتاه‌مدت باعث تسکین پریشانی فرد شود اما در بلندمدت اثرات متناقضی در پی دارد و باعث افزایش پریشانی در فرد می‌شود (۷). پس اجتناب تجربی، نوع خاصی از تنظیم هیجان است که فرد برای رهایی از عواطف منفی آن را به کار می‌برد. تنظیم هیجان یکی از عوامل تأثیرگذار بر درد است که در مقابله و سازگاری فرد با رویدادهای استرس‌آور زندگی نقش مهمی ایفا می‌کند. یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که تنظیم شناختی هیجان با شدت درد، فراوانی، طول دوره ادراک درد و میزان سازگاری با درد رابطهٔ مستقیم دارد و در بروز و پیدایش نشانه‌های جسمانی کلیه اختلال‌های روان‌تنی ازجمله درد مزمن نقش اساسی ایفا می‌کند (۸).

با توجه به تأثیرات منفی و مخرب درد مزمن بر کارکرد روزانه و حرفه‌ای فرد و ایجاد سطوح مختلف محدودیت‌های فیزیکی و اجتماعی برای بیماران، پرداختن به این اختلال و استفاده از مداخله‌های گوناگون برای کاهش علائم بیماری و برطرف کردن مشکلات زمینه‌ای همراه با آن ضروری به نظر می‌رسد. در حال حاضر درمان‌های روان‌شناختی هم به‌صورت جداگانه و هم همراه با روش‌های پزشکی در درمان این اختلال موردتوجه قرارگرفته است و کارآمدی مداخله‌های روان‌شناسی مختلف در پژوهش‌های گوناگون تأییدشده است (۹). درمان هیجان‌مدار که یک شیوهٔ درمان ساختاریافته بر مبنای فلسفهٔ اصالت هیجان و مبتنی بر تکنیک‌های تجربی می‌باشد، ازجمله درمان‌های تأثیرگذار در حیطهٔ روان فیزیولوژی به‌حساب می‌آید و تأثیر قابل قبولی در کاهش علائم جسمانی شده نظیر کمردرد و مشکلات گوارشی داشته است (۱۰). پیشینه پژوهش حاکی از تأثیر درمان هیجان‌مدار بر بهبود سلامت عمومی بیماران

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.16.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.739]

مبتلابه نشانگان رودهٔ تحریک‌پذیر (۱۱) و همچنین ارتقاء کیفیت زندگی و بهبود ابعاد سلامت روان بیماران مبتلابه کهیر و سایر اختلال‌های روان‌تنی (۱۲) می‌باشد. علاوه بر آن درمان شناختی تحلیلی نیز نوعی درمان کوتاه‌مدت یکپارچه و منسجم است که تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای بر بهبود عملکرد فردی و کاهش پریشانی دارد و در درمان انواع اختلالات روانی نظیر اضطراب، افسردگی، مشکلات بین فردی، سوءمصرف مواد، اختلال خوردن و هم-چنین درد مزمن سودمند است (۱۳). پژوهش بارونیان و همکاران بیانگر این است که درمان شناختی تحلیل می‌تواند شیوه‌ای که بیمار درد را ادراک و مدیریت می‌کند را توضیح داده و اصلاح کند (۱).

به‌این‌ترتیب با توجه اینکه اختلال درد مزمن شیوع بالایی داشته (۹) و ابتلا به این بیماری خسارت‌های مالی، جسمانی و روانشناسی فراوانی به همراه دارد. همچنین با توجه به اینکه عوامل روانشناسی مختلف در پیدایش درد، شدت درد، روند بهبودی و مقابله فرد با درد نقش دارد (۱)؛ و با در نظر گرفتن این موضوع که درمان‌های دارویی و پزشکی موجود بیشتر به جنبه‌های جسمانی زودگذر بیماری می‌پردازد و نیازها و مشکلات عاطفی و روان‌شناختی بیماران را نادیده می‌گیرد، انجام پژوهش-هایی که اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی مختلف را بر روی این اختلال موردبررسی قرار دهد و یا با یکدیگر مقایسه کند، ضروری به نظر می‌رسد. لذا پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی تحلیلی بر حساسیت اضطرابی، فاجعه‌آمیز کردن درد، اجتناب تجربی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلابه درد مزمن با ناگویی هیجانی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعهٔ تجربی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران مبتلابه درد مزمن در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌داد. نمونه‌گیری در این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه و طی دو مرحله صورت گرفت. به‌این‌ترتیب، در ابتدا با مراجعه به کلینیک های خصوصی تخصصی و فوق تخصصی درد در شهر اصفهان و نجف‌آباد، تعداد ۴۵ بیمار مبتلابه درد مزمن که در پرسشنامه نانویی هیجانی نمره ترونتو (۱۹۹۴) نمرهٔ بالای ۶۰ دریافت کرده بودند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه n=۱۵ نفر) تقسیم شدند. درنهایت با ریزش نمونه اولیه تعداد شرکت‌کنندگان در هر گروه به‌صورت گروه آزمایش هیجان‌مدار (n=۱۲ نفر)، گروه آزمایش شناختی تحلیلی (n=۱۲ نفر) و گروه کنترل (n=۱۲ نفر) تقلیل یافت. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: تشخیص قطعی اختلال درد مزمن توسط پزشک متخصص، کسب نمرهٔ بالای ۶۰ در پرسش‌نامه نانویی هیجانی ترونتو، طول مدت ابتلای افراد به درد مزمن حداقل ۶ ماه، سطح تحصیلات بالاتر از سیکل و گروه سنی ۱۸ سال به بالا، تمایل و توانایی شرکت در جلسات درمانی به‌صورت آنلاین. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسه‌های درمان بود.

پس از اجرای نمونه‌گیری و تخصیص تصادفی آزمودنی‌ها به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، پیش‌آزمون به روش آنلاین (با توجه به همه‌گیری کووئید ۱۹) از شرکت‌کنندگان گرفته شد. پس‌ازآن گروه آزمایش اول درمان آنلاین هیجان‌مدار را در فضای اسکای روم به مدت ۱۲ جلسه به‌صورت هفتگی و هر جلسه ۹۰ دقیقه دریافت کردند. درمان هیجان‌مدار استفاده‌شده در پژوهش حاضر بر اساس مدل گرینبرگ و پاویو (۱۴) می‌باشد که برای انجام پژوهش حاضر به‌صورت آنلاین پروتکل درمان برای بیماران مبتلابه درد مزمن تنظیم و تعدیل شد. گروه دوم آزمایش درمان آنلاین شناختی تحلیلی را به مدت ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به‌صورت هفتگی در فضای اسکای روم دریافت کردند. درمان شناختی تحلیلی استفاده‌شده در این پژوهش بر اساس مدل رایلی و کر (۱۵) می‌باشد که برای انجام پژوهش حاضر به‌صورت آنلاین پروتکل درمان برای بیماران مبتلابه درد مزمن تنظیم و تعدیل شد. لازم به ذکر است علت متفاوت بودن تعداد جلسات درمان برای دو گروه آزمایش، تفاوت در تعداد جلسات درمانی تنظیم‌شده در هریک پروتکل‌های درمانی هیجان مدار و درمان شناختی تحلیلی می‌باشد. در این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسه‌های درمان، پس‌آزمون و پس از گذشت دو ماه از اتمام مداخله، نیز آزمون پیگیری به‌صورت آنلاین از هر سه گروه به عمل آمد. داده‌های حاصل از پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ۲۳ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت و سطح اطمینان برای آزمون فرضیه‌ها ۹۵٪ در نظر گرفته شد. در راستای رعایت ملاحظات اخلاقی هدف و روش اجرای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.16.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.739]

مطالعه برای کلیه شرکت‌کنندگان به‌طور دقیق توضیح داده شد و از کلیه شرکت‌کنندگان رضایتنامه کتبی دریافت شد. لازم به ذکر است که پژوهش حاضر دارای کُد اخلاق به شناسهٔ EE /۹۹۰۳۰۵۲۰۵۸۹۰۱/scu.ac.ir از دانشگاه شهید چمران اهواز می‌باشد.

پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران (۱۶) در سال ۲۰۰۱ ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت در دامنه هرگز (۱) تا همیشه (۵) نمره‌گذاری می شود. این پرسشنامه شامل ۹ خرده مقیاس می‌باشد که هر یک از آن‌ها راهبردهای خاصی از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان را می‌سنجد با جمع بستن نمره‌های داده‌شده به هر عبارت نمره فرد در هر راهبرد به دست می‌آید که این نمره می-تواند در دامنه ۲۰-۴ قرار گیرد. سازندگان این پرسش‌نامه پایایی آن را برای کل پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ ۹۳٪ محاسبه کردند. یوسفی در پژوهشی متشکل از آزمونی‌های ۲۵ – ۱۵ سال با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، پایایی پرسش‌نامه را برابر ۸۲٪ گزارش کرده است همچنین روایی این پرسش‌نامه از طریق همبستگی میان نمره راهبردهای منفی با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ بررسی شد و به ترتیب ضرایبی برابر با ۳۵٪ و ۳۷٪ به دست آمد. (۱۷). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس راهبرد مثبت که شامل ۲۰ سؤال است برابر با ۰/۷۹ و ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس راهبرد منفی که شامل ۱۶ سؤال است برابر با ۰/۷۸ به دست آمد.

مقیاس فاجعه‌آمیز کردن درد: توسط سالیوان و همکاران (۱۸) تهیه‌شده و دارای ۱۳ سؤال و ۳ خرده مقیاس نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی می‌باشد و بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (۰ تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود می‌باشد. در پژوهش سالیوان و همکاران خرده مقیاس نشخوار ذهنی، بزرگ-نمایی و درماندگی به ترتیب ۴۱ درصد، ۱۰ درصد و ۸ درصد از واریانس کل تشکیل می‌داد و ضریب آلفا برای خرده مقیاس نشخوار ذهنی برابر با ۸۷٪ و برای بزرگ‌نمایی برابر با ۶۰٪ و برای درماندگی برابر با ۷۹٪ و برای کل مقیاس برابر با ۷۸٪ بود. در پژوهش محمدی و همکاران ضریب الفای کرونباخ برای خرد مقیاس نشخوار ذهنی ۶۵٪ و برای بزرگ‌نمایی ۵۳٪ و برای درماندگی ۸۱٪ و برای نمره کل مقیاس ۸۴٪ به دست آمد (۱۹). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ محاسبه‌شده برای پرسشنامه ۲۰ سؤالی برابر ۰/۸۹ محاسبه شد.

پرسش‌نامه حساسیت اضطرابی: این پرسشنامه توسط تیلور و کاکس (۲۰) در ۴ زیرمقیاس و ۳۶ ماده که در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از صفر (بسیار کم) تا چهار (بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود، تهیه شد. سازندگان پرسشنامه ضریب همسانی درونی این پرسش‌نامه را بر اساس آلفای کرونباخ برای عامل ترس از نشانه‌های قلبی، معده‌ای و روده‌ای ۹۲٪، برای عامل ترس از نشانه‌های تنفسی ۸۷٪، برای عامل ترس از واکنش‌های اضطرابی در مقابل جمع ۸۲٪ و برای ترس از عدم کنترل شناختی ۸۵٪ گزارش و روایی اعتبار ۹۰٪ را برای این پرسش‌نامه گزارش کردند. در داخل کشور اعتبار این پرسش‌نامه بر اساس روش همسانی دورنی ۹۳٪ و بر اساس روش باز آزمایی ۹۵٪. به دست آمد(۲۱). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۳۶ سؤالی برابر ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسش‌نامه پذیرش و عمل: این پرسشنامه توسط بوند و همکاران (۲۲) باهدف سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در ۷ سؤال تهیه شد. نمرهٔ بالاتر در این مقیاس نشان‌دهندهٔ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است. بوند و همکاران [۲۳] پایانی آزمون باز آزمون و هم‌چنین ضریب همسانی درونی را برای این مقیاس به ترتیب ۸۱٪ و ۸۴٪ گزارش کردند. در داخل کشور نیز ضریب پایانی آلفای کرونباخ ۸۹٪ و ضریب پایانی باز آزمون ۷۱٪ گزارش‌شده است (۲۳). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۷ سؤالی برابر ۰/۸۵ به دست آمد.

خلاصه محتوای جلسات درمان گروهی هیجان مدار (گرینبرگ و پاویو، ۱۹۹۷).

مرحله اول: پیوند، توافق و آگاهی.

جلسه اول: معارفه درمانگر و اعضای گروه، بیان اهداف و قوانین گروه، توضیح در مورد فرایند کلی درمان هیجان مدار و منطق کار با هیجانات، توضیح در خصوص اهمیت پذیرش و همدلی صادقانه و ترغیب اعضاء برای ایجاد یک فضای امن، گرفتن پیش‌آزمون.

جلسه دوم: تشویق اعضاء به صحبت کردن درباره مسئله‌ای که برای حل‌وفصل آن وارد گروه شده‌اند، ارائه توجه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.16.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.739]

متمرکزشده، حمایت، اعتباربخشی و همدلی با احساسات ناخوشایند اعضاء، گسترش آگاهی از تجربه‌های درونی.

جلسه سوم: شناسایی تمرکزهای کاردرمانی یعنی شرایط ایجاد و فرایندهای زیربنایی مشکلات هیجانی مراجعان و صورت‌بندی اشتراکی ضمنی یا آشکار در مورد تمرکز درمان برای تک‌تک اعضاء.

مرحله‌ی دوم: فراخوانی، کاوش و کشف.

جلسه چهارم و پنجم: برانگیختن احساسات ناخوشایند و تجربه‌های دردناک اعضاء به‌طور زنده در جلسه‌ی درمان. توجه به اجتناب‌ها، وقفه‌ها و تخریب‌های هیجانی و خنثی‌سازی آن‌ها با استفاده از تکنیک‌های متمرکز بر هیجان در این مدل درمانی.

جلسه ششم و هفتم: کمک به اعضا برای دستیابی به احساسات اولیه یا طرحواره‌های هیجانی ناسازگار بنیادین. ترغیب اعضاء جهت پذیرش هیجانات اولیه و طرحواره‌های هیجانی بنیادین.

مرحله سوم: تغییر و بازسازی هیجانی.

جلسه هشتم و نهم: ادامه تمرکز بر پذیرش هیجانات اولیه و طرحواره‌های هیجانی ناسازگار بنیادین، چالش با عقاید ناسازگارانه و پذیرش و تسهیل بازسازی طرحواره هیجانی، ترغیب پذیرش نیازها.

جلسه دهم و یازدهم: کمک به ایجاد پاسخ‌های هیجانی جدید برای تفسیر تغییر طرحواره‌های هیجانی بنیادی، کمک به اعضا برای خلق معنای جدید و با سازمان‌دهی خود، حمایت و اعتبار بخشیدن به ظهور قابلیت‌های خود تأییدی، خودآرام‌بخشی، خود همدلی و تنظیم عاطفه. ترغیب به انتقال تغییرات ایجادشده به خارج از محیط گروه.

جلسه دوازدهم: کمک به تحکیم وضعیت و آموخته‌های جدید، صحبت درباره موانع، پسرفت‌ها و شرایطی که ممکن است در آینده پیش‌آمده و در دستاوردهای مثبت درمانی تداخل کند و همچنین نحوه‌ی کنار آمدن و حل‌وفصل آن‌ها. صحبت درباره پایان درمان و ابراز پردازش احساسات حول محور آن. گرفتن پس‌آزمون.

خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی تحلیلی (رایلی و کر، ۲۰۰۳).

جلسه اول: معرفی درمانگر و اعضاء به یکدیگر، برقراری اتحاد و تفاهم درمانی، معرفی درمان شناختی تحلیلی و چگونگی کارکرد آن به بیماران، گرفتن پیش‌آزمون.

جلسه دوم: تهیه فهرست مشکلات آماجی بیمار، ایجاد بینش و آگاهی نسبت به منبع اصلی مشکلات.

جلسه سوم: جمع‌آوری و بررسی تاریخچه‌ی بیماران، فرمول‌بندی مجدد بر مبنای چگونگی بروز و پیدایش مشکلات و نشانه بیماری.

جلسه چهارم: فرمول‌بندی مجدد بر اساس افکار ناکارآمد، باورها و رفتارهای بیمار با تمرکز بر روابط موضوعی، مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد و قدرت ایگو، نوشتن نامه فرمول‌بندی مجدد.

جلسه پنجم: بررسی بازخورد بیمار به نامه فرمول‌بندی، تعیین اهداف نهایی و فرمول‌بندی نهایی.

جلسه ششم: بازشناسی رخدادهای آشکارساز رفتارهای ناکارآمد، نقاط قوت و توانمندی‌های بیمار، شناسایی روندهای ناسازگار متوالی و نقش‌های متقابل ناسازگار.

جلسه هفتم: بازشناسی مشکلات و بی‌ثباتی عواطف، تدوین فهرستی جهت شناسایی رویه‌ها و افکار ناکارآمد، شناسایی روندهای ناسازگار در روابط بین فردی، پیش‌بینی دقیق احساسات انتقال و انتقال متقابل بر اساس نامه فرمول‌بندی مجدد.

جلسه هشتم: بازبینی و بازشناسایی و چالش با الگوهای قدیمی اکتسابی و تأثیرگذار در زندگی از طریق روابط بین فردی، آموزش فنون بازبینی رویه‌های ناکارآمد و اصلاح آن‌ها.

جلسه نهم: بازشناسایی در رویه ارزیابی علائم و نشانه‌ها و اصلاح بازبینی‌های انجام شده توسط بیمار، افزایش آگاهی از چرخه رفتارهای تکراری.

جلسه دهم: تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس شناخت تأثیر هیجان و رفتارهای بیمار بر علائم بیماری، آگاهی از نحوه‌ی استمرار طرحواره‌های قدیمی مرتبط با مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد، روابط موضوعی و قدرت ایگو، تحلیل روندهای ناسازگار و مشخص کردن جایگاه این روندها در دیاگرام، کمک به بیمار بر رفتار کردن به شیوه‌ای جدید.

جلسه یازدهم: تجدیدنظر رویه ای بر اساس اصلاح روند ارزشیابی وضعیت فعلی بیمار، استفاده از فنون تقویتی گوناگون در جهت تسریع تغییرات و بهبودی، کمک به بیمار برای کسب بینش نسبت به مسائل و چگونگی تأیید و تثبیت نقش‌های واقع‌گرایانه.

جلسه دوازدهم: تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس اصلاح نقش‌های بین فردی و حمایت‌های اجتماعی، تجدیدنظر رویه‌ای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.16.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.739]

بر اساس شناسایی و ترسیم نمودار رویه‌ای در مورد ارزش‌گذاری رفتارهای تکانش‌گرایانه و ارزیابی افکار منفی.

جلسه سیزدهم: تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس کمک به بیمار به الگوهای کارآمدتر رفتاری، کمک به بیمار برای شناسایی درست تله و موانع رشد درون فردی و بین فردی.

جلسه چهاردهم: تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس بینش افزایی و آگاه‌سازی بیمار از مسیر تکاملی مشکلاتش در جهت کاهش رفتارهای تکانشگرانه، افزایش توانایی مدیریت رفتار خود در محیط خارج از درمان و در زندگی واقعی، بررسی موانع تغییر در زندگی.

جلسه پانزدهم: نوشتن نامه خداحافظی.

جلسه شانزدهم: بررسی بازخورد بیمار به نامه خداحافظی، گرفتن پس‌آزمون.

یافته‌ها

میانگین ± انحراف معیار سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش اول ۱۰/۵۸± ۳۳ /۱۴ و در گروه آزمایش دوم ۳۲/۵۳ ±۱۱ /۹۳ و در گروه کنترل ۱۱/۰۲ ± ۳۵/۰۸ بود. در هر سه گروه (۲ گروه آزمایش و کنترل)، ۴ نفر (۳۳/۳ درصد) مرد و ۸ نفر (۶۶/۷ درصد) زن بودند. نتایج بررسی سایر متغیرهای جمعیت شناختی شامل وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و وضعیت فرهنگی اجتماعی نشان می‌دهد که دو گروه به لحاظ توزیع این متغیرها، مشابهت زیادی باهم داشتند و تفاوت معناداری در متغیرهای جمعیت شناختی بین گروه‌های مورد مشاهده وجود نداشت.

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو گروه آزمایش و گروه کنترل، در متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک سه گروه در سه مرحله پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		M	SD	M	SD	M	SD
حساسیت اضطرابی	گروه آزمایش درمان هیجان مدار	۸۶/۶۶۶	۱۱/۰۸۹	۷۶/۶۶۶	۱۲/۱۰۸	۷۷/۱۶۶	۱۱/۶۲۱
	گروه آزمایش درمان شناختی تحلیلی	۹۷/۳۳۳	۱۲/۸۵۸	۸۸/۰۸۳	۹/۸۵۷	۸۷/۷۵۰	۱۰/۸۲۱
	گروه گواه	۱۰۴/۷۵۰	۱۵/۶۲۱	۱۰۳/۵۸۳	۱۴/۳۱۱	۱۰۳/۳۳۳	۱۴/۱۶۹
فاجعه‌آمیز کردن درد	گروه آزمایش درمان هیجان مدار	۴۳/۲۵۰	۵/۴۱۲	۳۲/۸۳۳	۴/۳۶۵	۳۲/۶۶۶	۴/۸۸۵
	گروه آزمایش درمان شناختی تحلیلی	۴۲/۸۳۳	۵/۲۰۲	۳۹/۶۶۶	۴/۹۰۵	۳۹/۴۱۶	۴/۶۶۰
	گروه گواه	۴۵/۸۳۳	۴/۶۲۸	۴۵/۰۸۳	۵/۷۱۲	۴۵/۲۵۰	۵/۴۴۶
اجتناب تجربی	گروه آزمایش درمان هیجان مدار	۱۵/۰۸۳	۴/۹۴۴	۲۵/۰۰	۴/۸۲۴	۲۵/۲۵۰	۵/۲۵۹
	گروه آزمایش درمان شناختی تحلیلی	۱۴/۷۵۰	۴/۶۱۴	۱۹/۰۰	۴/۸۰۵	۱۹/۵۰۰	۴/۴۲۱
	گروه گواه	۱۴/۵۸۳	۴/۲۳۱	۱۳/۳۳۳	۳/۵۲۴	۱۳/۸۳۳	۴/۰۱۸
تنظیم شناختی مثبت هیجان	گروه آزمایش درمان هیجان مدار	۵۹/۷۵۰	۷/۱۶۲	۷۵/۷۵۰	۱۲/۳۰۷	۷۵/۵۸۳	۱۳/۰۴۸
	گروه آزمایش درمان شناختی تحلیلی	۵۴/۵۰۰	۸/۹۱۸	۶۵/۴۱۶	۱۲/۳۹۱	۶۵/۰۸۳	۱۲/۲۹۵
	گروه گواه	۵۰/۷۵۰	۱۰/۸۸۸	۵۲/۰۸	۷/۵۵۵	۵۲/۰۰	۷/۸۳۹
تنظیم شناختی منفی هیجان	گروه آزمایش درمان هیجان مدار	۶۸/۰۸۳	۳/۹۴۱	۵۹/۵۰۰	۶/۴۱۷	۵۹/۸۳۳	۶/۶۰۳
	گروه آزمایش درمان شناختی تحلیلی	۶۹/۲۵۰	۵/۶۴۲	۶۵/۵۰۰	۶/۳۶۰	۶۵/۸۳۳	۶/۴۵۰
	گروه گواه	۷۲/۴۱۶	۴/۵۴۱	۷۱/۱۶۶	۴/۲۸۱	۷۰/۸۳۳	۴/۵۲۹

در پژوهش حاضر به‌منظور بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش‌فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در همه متغیرهای پژوهش شامل حساسیت اضطرابی، فاجعه‌آمیز کردن درد، اجتناب تجربی، تنظیم شناختی مثبت هیجان و تنظیم شناختی منفی هیجان در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جامعه رد نشده و باقی‌مانده است. لذا این پیش‌فرض تأیید می‌شود (همه سطوح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد).

در جدول ۲ نتایج آزمون چند متغیره ویلکز لامبدا نمرات حساسیت اضطرابی، فاجعه‌آمیز کردن درد، اجتناب تجربی و تنظیم شناختی هیجان ارائه‌شده است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.16.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.739]

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تحلیل چند متغیره در متغیرهای حساسیت اضطرابی، فاجعه‌آمیز کردن درد، اجتناب تجربی و تنظیم شناختی مثبت و منفی هیجان برای اثر اصلی زمان، تعامل اثر زمان و پیش‌آزمون و تعامل اثر زمان و گروه معنی‌دار نیست ($p >$ ۰/۰۵). به‌عبارت‌دیگر مراحل پژوهش شامل پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت کلی با یکدیگر تفاوت ندارند. هم‌چنین روند مراحل پژوهش یعنی پس‌آزمون و پیگیری و یا اثر زمان در سه گروه باهم تفاوت ندارد.

جدول ۳ نتایج مقایسه بین آزمودنی‌ها یعنی مقایسه در متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج آزمون چند متغیره ویلکز لامبدا در متغیرهای وابسته پژوهش

متغیر	اثرات	ضریب	F	df فرض	df خطا	p	اندازه اثر	توان آماری
حساسیت اضطرابی	اثر زمان	۰/۹۸۰	۰/۶۴۶	۱	۳۲	۰/۴۲۷	۰/۰۲۰	۰/۱۲۲
	اثر زمان× پیش‌آزمون	۰/۹۸۱	۰/۶۳۰	۱	۳۲	۰/۴۳۳	۰/۰۱۹	۰/۱۲۰
	اثر زمان× گروه	۰/۸۹۴	۱/۸۹۹	۲	۳۲	۰/۱۶۶	۰/۱۰۶	۰/۳۶۵
فاجعه‌آمیز کردن درد	اثر زمان	۰/۹۹۰	۰/۳۲۲	۱	۳۲	۰/۵۷۴	۰/۰۱۰	۰/۰۸۵
	اثر زمان× پیش‌آزمون	۰/۹۸۸	۰/۳۷۴	۱	۳۲	۰/۵۴۵	۰/۰۱۲	۰/۰۹۱
	اثر زمان× گروه	۰/۹۷۴	۰/۴۲۰	۲	۳۲	۰/۶۶۱	۰/۰۲۶	۰/۱۱۲
اجتناب تجربی	اثر زمان	۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	۱	۳۲	۰/۹۹۹	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰
	اثر زمان× پیش‌آزمون	۰/۹۹۱	۰/۲۹۹	۱	۳۲	۰/۵۸۸	۰/۰۰۹	۰/۰۸۳
	اثر زمان× گروه	۰/۹۹۱	۰/۱۴۷	۲	۳۲	۰/۸۶۴	۰/۰۰۹	۰/۰۷۱
تنظیم شناختی مثبت هیجان	اثر زمان	۰/۹۵۸	۱/۴۰۱	۱	۳۲	۰/۲۴۵	۰/۰۴۲	۰/۲۰۹
	اثر زمان× پیش‌آزمون	۰/۹۶۶	۱/۱۳۹	۱	۳۲	۰/۲۹۴	۰/۰۳۴	۰/۱۷۹
	اثر زمان× گروه	۰/۹۷۵	۰/۴۱۶	۲	۳۲	۰/۶۶۳	۰/۰۲۵	۰/۱۱۲
تنظیم شناختی منفی هیجان	اثر زمان	۰/۹۹۸	۰/۰۶۴	۱	۳۲	۰/۸۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۵۷
	اثر زمان× پیش‌آزمون	۰/۹۹۷	۰/۰۸۲	۱	۳۲	۰/۷۷۷	۰/۰۰۳	۰/۰۵۹
	اثر زمان× گروه	۰/۹۴۰	۱/۰۲۹	۲	۳۲	۰/۳۶۹	۰/۰۶۰	۰/۲۱۴

جدول ۳. نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی متغیرهای وابسته پژوهش

متغیر	منبع	SS	df	MS	F	p	اندازه اثر	توان آماری
حساسیت اضطرابی	پیش‌آزمون	۸۱۳۵/۱۶۲	۱	۸۱۳۵/۱۶۲	۱۴۸/۲۵۲	۰/۰۰۱	۰/۸۲۲	۱/۰۰۰
	گروه	۱۴۲۳/۲۰۷	۲	۷۱۱/۶۰۴	۱۲/۹۶۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴۸	۰/۹۹۵
	خطا	۱۷۵۵/۹۶۳	۳۲	۵۴/۸۷۴				
فاجعه‌آمیز کردن درد	پیش‌آزمون	۱۳۱۰/۲۲۱	۱	۱۳۱۰/۲۲۱	۱۳۰/۹۹۳	۰/۰۰۱	۰/۸۰۴	۱/۰۰۰
	گروه	۱۲۷۰/۶۴۵	۲	۶۳۵/۳۲۲	۶۳/۵۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹۹	۱/۰۰۰
	خطا	۳۲۰/۰۷۰	۳۲	۱۰/۰۰۲				
اجتناب تجربی	پیش‌آزمون	۹۱۳/۷۱۲	۱	۹۱۳/۷۱۲	۷۳/۱۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۹۶	۱/۰۰۰
	گروه	۱۴۸۵/۴۳۰	۲	۷۴۲/۷۱۵	۵۹/۴۵۵	۰/۰۰۱	۰/۷۸۸	۱/۰۰۰
	خطا	۳۹۹/۷۴۶	۳۲	۱۲/۷۹۲				
تنظیم شناختی مثبت هیجان	پیش‌آزمون	۴۳۷۰/۴۴۱	۱	۴۳۷۰/۴۴۱	۳۶/۸۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳۵	۱/۰۰۰
	گروه	۲۵۷۵/۰۱۵	۲	۱۲۸۷/۵۰۷	۱۰/۸۴۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰۴	۰/۹۸۴
	خطا	۳۸۰۰/۳۹۲	۳۲	۱۱۸/۷۶۲				
تنظیم شناختی منفی هیجان	پیش‌آزمون	۶۹۹/۰۱۸	۱	۶۹۹/۰۱۸	۱۴/۵۶۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱۳	۰/۹۵۹
	گروه	۷۵۶/۴۴۴	۲	۳۷۸/۲۲۲	۷/۸۸۱	۰/۰۰۲	۰/۳۳۰	۰/۹۳۴
	خطا	۱۵۳۵/۶۴۹	۳۲	۴۷/۹۸۹				

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.16.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.739]

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده در جدول ۳ میانگین نمرات حساسیت اضطرابی، فاجعه‌آمیز کردن درد، اجتناب تجربی و نمرات تنظیم شناختی مثبت و منفی هیجان در دو گروه آزمایش (درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی – تحلیلی) و گروه کنترل تفاوت معناداری دارد ($P<۰/۰۰۱$).

همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود برای متغیر حساسیت اضطرابی مقدار F برابر با ۱۲/۹۶۸ ($p= ۰/۰۰۱$) و این مقدار برای متغیرهای فاجعه‌آمیز کردن درد برابر با ۶۳/۵۱۸ ($p= ۰/۰۰۱$)، اجتناب تجربی برابر با ۵۹/۴۵۵ ($p= ۰/۰۰۱$)، تنظیم شناختی هیجان مثبت ۱۰/۸۴۱($p= ۰/۰۰۱$) و تنظیم شناختی هیجان منفی به ترتیب برابر با ۷/۸۸۱ ($p= ۰/۰۰۱$) می‌باشد. نتایج نشان داده است که ۴۴/۸ درصد از تفاوت‌های فردی در حساسیت اضطرابی و ۷۹/۹ درصد از تفاوت‌های فردی در فاجعه‌آمیز کردن درد و ۷۸/۸ درصد از تفاوت‌های فردی در اجتناب تجربی و نیز به ترتیب ۴۰/۴ و ۳۳ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیرهای تنظیم شناختی مثبت هیجان و تنظیم شناختی منفی هیجان به تفاوت بین سه گروه مربوط است.

جدول ۴ نتایج تحلیل اثرات درون آزمونی متغیرهای پژوهش در تحلیل اندازه‌های مکرر برای اثر زمان و تعامل مراحل و گروه را نشان می‌دهد.

جدول ٤. نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی مراحل پژوهش و تعامل مراحل و گروه در متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع	آزمون	SS	df	MS	F	*P*	اندازه اثر	توان آماری
حساسیت اضطرابی	اثر زمان	فرض کرویت	۰/۵۱۴	۱	۰/۵۱۴	۰/۶۴۶	۰/۴۲۷	۰/۰۲۰	۰/۱۲۲
		گرین هاوس گیزر	۰/۵۱۴	۱	۰/۵۱۴	۰/۶۴۶	۰/۴۲۷	۰/۰۲۰	۰/۱۲۲
	اثر زمان× گروه	فرض کرویت	۳/۰۲۱	۲	۱/۵۱۱	۱/۸۹۹	۰/۱۶۶	۰/۱۰۶	۰/۳۶۵
		گرین هاوس گیزر	۳/۰۲۱	۲	۱/۵۱۱	۱/۸۹۹	۰/۱۶۶	۰/۱۰۶	۰/۳۶۵
فاجعه‌آمیز کردن درد	اثر زمان	فرض کرویت	۰/۳۰۷	۱	۰/۳۰۷	۰/۳۲۲	۰/۵۷۴	۰/۰۱۰	۰/۰۸۵
		گرین هاوس گیزر	۰/۳۰۷	۱	۰/۳۰۷	۰/۳۲۲	۰/۵۷۴	۰/۰۱۰	۰/۰۸۵
	اثر زمان× گروه	فرض کرویت	۰/۷۹۸	۲	۰/۳۹۹	۰/۴۲۰	۰/۶۶۱	۰/۰۲۶	۰/۱۱۲
		گرین هاوس گیزر	۰/۷۹۸	۲	۰/۳۹۹	۰/۴۲۰	۰/۶۶۱	۰/۰۲۶	۰/۱۱۲
اجتناب تجربی	اثر زمان	فرض کرویت	۰/۰۰۰۰۲	۱	۰/۰۰۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹۹	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰
		گرین هاوس گیزر	۰/۰۰۰۰۲	۱	۰/۰۰۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹۹	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰
	اثر زمان× گروه	فرض کرویت	۰/۲۷۹	۲	۰/۱۳۷	۰/۱۴۷	۰/۸۶۴	۰/۰۰۹	۰/۰۷۱
		گرین هاوس گیزر	۰/۲۷۹	۲	۰/۱۳۷	۰/۱۴۷	۰/۸۶۴	۰/۰۰۹	۰/۰۷۱
تنظیم شناختی مثبت	اثر زمان	فرض کرویت	۱/۰۲۲	۱	۱/۰۲۲	۱/۴۰۱	۰/۲۴۵	۰/۰۴۲	۰/۲۰۹
		گرین هاوس گیزر	۱/۰۲۲	۱	۱/۰۲۲	۱/۴۰۱	۰/۲۴۵	۰/۰۴۲	۰/۲۰۹
	اثر زمان× گروه	فرض کرویت	۰/۶۰۷	۲	۰/۳۰۴	۰/۴۱۶	۰/۶۶۳	۰/۰۲۵	۰/۱۱۲
		گرین هاوس گیزر	۰/۶۰۷	۲	۰/۳۰۴	۰/۴۱۶	۰/۶۶۳	۰/۰۲۵	۰/۱۱۲
تنظیم شناختی منفی	اثر زمان	فرض کرویت	۰/۰۵۶	۱	۰/۰۵۶	۰/۰۶۴	۰/۸۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۵۷
		گرین هاوس گیزر	۰/۰۵۶	۱	۰/۰۵۶	۰/۰۶۴	۰/۸۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۵۷
	اثر زمان× گروه	فرض کرویت	۱/۷۹۵	۲	۰/۸۹۸	۱/۰۲۹	۰/۳۶۹	۰/۰۶۰	۰/۲۱۴
		گرین هاوس گیزر	۱/۷۹۵	۲	۰/۸۹۸	۱/۰۲۹	۰/۳۶۹	۰/۰۶۰	۰/۲۱۴

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات متغیر حساسیت اضطرابی، فاجعه‌آمیز کردن درد، اجتناب تجربی و تنظیم شناختی مثبت و منفی هیجان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌طورکلی تفاوت معناداری وجود ندارد ($p>0/05$). هم‌چنین تعامل اثر زمان و عضویت گروهی برای کلیهٔ متغیرها معنی‌دار به دست نیامده است ($p>۰/۰۵$).

نتایج برآورد پارامترها یا آزمون تعقیبی بنفرونی جهت مقایسه گروه‌ها در مراحل پژوهش نشان می‌دهد که در متغیر حساسیت اضطرابی، فاجعه‌آمیز کردن درد، اجتناب تجربی و تنظیم شناختی مثبت هیجان در هر دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری بین گروه کنترل با گروه درمان هیجان‌مدار ($P<۰/۰۰۱$) و گروه درمان شناختی تحلیلی ($P<۰/۰۵$) تفاوت

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.16.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.739]

معنی‌داری وجود دارد. در مورد متغیر حساسیت اضطرابی و تنظیم شناختی مثبت هیجان نتایج نشان داده است که در هر دو گروه مرحله پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت بین گروه‌های درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی تحلیلی معنی‌داری نیست ($p>۰/۰۵$)؛ اما در مورد متغیر فاجعه‌آمیز کردن درد و اجتناب تجربی و تنظیم شناختی منفی هیجان نتایج نشان داد که در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در تفاوت بین درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی تحلیلی تفاوت معنی‌دار است ($P<۰/۰۰۱$) و همچنین نشان می‌دهد در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری درمان هیجان‌مدار در بهبود نمرات هر سهٔ این متغیرها اثربخش‌تر از درمان شناختی تحلیلی بوده است.

جدول ٦. ضرایب مستقیم و غیرمستقیم استانداردشده، اثر کل و شمول واریانس مدل ساختاری

متغیر برون‌زا	متغیر میانجی	متغیر درون‌زا	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	VAF
خودکار آمدی درد	مرکز کنترل سلامت درونی	سلامت معنوی	۰/۳۶	۰/۱۳	۰/۴۹	۰/۲۷

همانطورکه در جدول ۶ مشاهده می‌شود اثرات غیرمستقیم از اثر مستقیم بسیار کمتر است. به همین منظور برای تعیین میزان جذب‌کنندگی اثر متغیر میانجی در رابطه بین متغیرهای برون‌زا و درون‌زا، شاخص شمول واریانس (VAF) مورداستفاده قرار گرفت. با توجه به اینکه در مقدار VAF بین دو حالت ۰/۲۰ و ۰/۸۰ میانجی‌گری متوسطی را می‌توان انتظار داشت (۴۴) برای مسیر میانجی‌گری مرکز کنترل سلامت درونی در رابطه خودکارآمدی درد با سلامت معنوی، مقدار شاخص VAF برابر ۰/۲۷ است پس می‌توان گفت که متغیر میانجی مرکز کنترل سلامت درونی در هر دو مسیر رابطه بین متغیرهای برون‌زا و درون‌زا، اثر میانجی‌گری دارد.. شکل ۱، نمودار مقادیر t برای بررسی پیش‌بینی سلامت معنوی بر اساس اضطراب سلامت، فراهیجان مثبت و خودکارآمدی درد با وساطت منبع کنترل سلامت درونی در مردان مبتلا به سرطان را نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که هر یک از روش‌های درمانی هیجان‌مدار و شناختی تحلیلی بر بهبود حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربی، فاجعه‌آمیز کردن درد و تنظیم شناختی مثبت هیجان بیماران مبتلابه درد مزمن با نانویی هیجانی در مرحله پس‌آزمون تأثیر معناداری داشته و اثر این درمان‌ها تا مرحلهٔ پیگیری نیز پایدار باقی‌مانده است. در مورد متغیرهای حساسیت اضطرابی و تنظیم شناختی مثبت هیجان اثربخشی دو روش درمان در هیچ‌یک از مراحل پژوهش تفاوت نداشته؛ اما در مورد متغیرهای فاجعه‌آمیز کردن درد و اجتناب تجربی در هر دو مرحله پژوهش درمان هیجان‌مدار مؤثرتر از درمان شناختی تحلیلی بوده است. در تنظیم شناختی منفی هیجان، در مراحل پژوهش درمان هیجان‌مدار مؤثرتر از درمان شناختی تحلیلی بوده و درمان شناختی تحلیلی در بهبود آن متغیر مؤثر نبوده است. نتایج پژوهش حاضر در داخل کشور با نتایج پژوهش نشاط دوست و همکاران (۲۴)، کیانی و همکاران (۲۵) که اثربخشی درمان‌های روانشناسی مختلف بر بیماران مبتلابه درد مزمن را موردبررسی قرار داده بودند و نیز در خارج کشور با پژوهش وان دی گراف و همکاران (۲۶) که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و شفقت آنلاین را بر نمونه‌ای مشابه نمونه حاضر بررسی کرده بودند و همچنین با پژوهش بارونیان و همکاران (۱) که به بررسی اثربخشی درمان شناختی تحلیلی بر ابعاد مختلف روانی و جسمانی بیماران مبتلابه درد مزمن پرداخته‌اند، همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توان به نقش عوامل هیجانی، نانویی هیجانی و مشکلات تنظیم هیجان و همچنین سایر مؤلفه‌های روانشناسی در پیدایش و تداوم اختلال درد مزمن اشاره کرد. نانویی هیجانی در بیماران مبتلابه درد مزمن موجب می‌شود که این بیماران به‌جای شناسایی، توصیف و تمایز قائل شدن میان هیجانات، دست به بیرونی سازی و عینیت‌بخشی به آن‌ها زده و هیجانات را در قالب‌های مختلف ازجمله درد مزمن از خود نشان دهند (۲). در این افراد عدم آگاهی هیجانی، ناتوانی در پردازش شناختی احساسات، بی‌نظمی هیجانی و عدم پذیرش هیجانات موجب اضطراب، استرس، حساسیت اضطرابی بالا (۴)، افکار فاجعه‌آمیز در مورد درد (۶) و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.16.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.739]

اجتناب از تجربهٔ احساسات و هیجانات و همچنین ناتوانی در تنظیم هیجان (۸) می‌شود. درمان هیجان‌مدار متمرکز بر فعال-سازی و سازمان‌دهی مجدد طرح‌های هیجانی می‌باشد. این درمان از مراحل مختلفی تشکیل‌شده است، یکی از این مراحل آگاهی هیجانی است. در این مرحله بیماران یاد می‌گیرد به جای سرکوب نمودن هیجانات خود و یا مغلوب ساختن آن ها، بر وجود هیجانات خودآگاه شوند و تلاش کنند تجربه خود را هر چه عمیق‌تر دریافت کنند. پس درمان هیجان مدار این قابلیت را به بیماران می‌دهند تا با استفاده از آگاهی هیجانی بتوانند هیجانات منفی مثل اضطراب را بپذیرند، با آن مواجه شوند، آن را کنترل کنند و میزان سازگاری خود را بالا ببرند (۱۰) و به‌این‌ترتیب میزان ناگویی هیجانی و نیز میزان حساسیت اضطرابی و اجتناب تجربی در بیماران تا حد زیادی کاهش می‌یابد.

از طرف دیگر در طی درمان هیجان مدار فرد باتجربه‌های آسیب‌زای گذشته که اغلب از آن‌ها اجتناب می‌کرده است، مواجه شده و با کمک درمانگر جنبه‌های مهم و دردآور تجربه خود را پردازش مجدد می‌کند و می‌تواند بعد از پردازش هیجانی، معناهای تازه بیافریند. بر دیدگاه‌های جایگزین تعمق کرده و آن-ها ارزیابی کند و به دیدگاه‌های گسترده‌تری نسبت به خود و دیگران دست یابد و شیوهٔ جدید رفتار را فراگیرد (۱۲). به‌این‌ترتیب مجموعه این مهارت‌ها می‌تواند موجب کاهش میزان حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربی، افکار و باورهای غلط ازجمله فاجعه‌آمیز کردن درد در فرد شود و فرد می‌تواند راهبردهای سازگارانه تری برای تنظیم هیجان خود به کار ببرد. اصل مهم دیگری که درمان هیجان مدار به آن می‌پردازد؛ کمک به فرد برای تنظیم هوشیارانهٔ هیجانات خود و آموزش توانایی خود آرام‌سازی است. به‌گونه‌ای که در جریان درمان هیجان‌مدار تکنیک‌هایی به بیمار ارائه می‌شود که به او کمک می‌کند تا به مشاهدهٔ بدون قضاوت هیجان‌های خود بپردازد، سوگواری و شفقت با خود را یاد بگیرد، از نشخوار فکری دست برداشته و توانایی همدلی کردن با دیگران را به دست آورد (۱۰). این مسئله موجب کاهش ناگویی هیجانی، افزایش توانایی فرد در شناسایی و پذیرش احساسات و افزایش استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی مثبت هیجان و کاهش استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی منفی هیجان می‌شود (۲۷). لازم به ذکر است که فضای امن و اعتبار بخش گروه‌درمانی در درمان هیجان‌مدارکه در طی آن درمانگر و اعضای گروه رابطهٔ همدلانه، همراه با حضور و خلوص با یکدیگر دارند، می‌تواند موجب افزایش نتایج درمان و تداوم یافتن این نتایج تا مرحلهٔ پیگیری شود (۱۲).

ماهیت درمان شناختی تحلیلی نیز به‌گونه‌ای است که در طی درمان و با ارائه تکنیک‌های درمانی مختلف، الگوهای هیجانی اصلی بیماران شناسایی می‌شود و تلاش می‌گردد با بینش افزایی و آگاه‌سازی بیمار از مسیر تکاملی مشکلاتش، اشتغالات ذهنی او را کاهش داده و موجب مدیریت احساس، افکار و رفتار فرد، در ارتباط با خود و دیگران و نیز در ارتباط با استرس‌ها و مشکلات شود (۲۸). به‌این‌ترتیب به نظر می‌رسد که مجموعه این عوامل و مهارت‌ها در پیدایش نتایج درمانی پژوهش حاضر مؤثر بوده و موجب کاهش حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربی و افزایش استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی مثبت هیجان شده است. درواقع در طی جلسات درمان شناختی تحلیلی، تجربه‌های اولیه افراد در قالب الگوی نقش‌های متقابل و سویه‌های نقش‌های متقابل در نظر گرفته می‌شود و این درمان به بازبینی و مرور تجربه‌های اولیه و دردناک، باهدف افزایش آگاهی و شناخت دربارهٔ مجموعهٔ کامل نقش‌های متقابل، نیرومندسازی و شکل‌گیری نقش‌های سالم می‌پردازد (۱۳). به‌گونه‌ای که مواجه‌شدن فرد باتجربه‌های دردناک اولیه می‌تواند میزان اجتناب تجربی و حساسیت اضطرابی را در بیمار کاهش دهد.

از طرف دیگر درمانگر در بخش شناختی این درمان به آگاهی دادن به بیمار درزمینهٔ خطاهای شناختی می‌پردازد و تلاش می‌کند ظرفیت تفکر انتزاعی مراجع را به‌منظور مشاهدهٔ فرضیه‌ها، احساسات و رفتار بالا ببرد (۲۳)، لذا این درمان می‌تواند میزان فاجعه‌آمیز کردن درد را به‌عنوان یک خطای شناختی در بیماران مبتلابه درد مزمن تا حد زیادی کاهش دهد. لازم به ذکر است درمان شناختی تحلیلی استفاده‌شده در پژوهش حاضر متمرکز بر تجربه‌های اولیهٔ زندگی بیماران و نحوهٔ شکل‌گیری نقش‌های متقابل بوده و در طی جلسات درمان تلاش شده است که با ارائه تکنیک‌های گوناگون قابلیت و توانایی افراد را در جهت استفادهٔ انعطاف‌پذیرتر و بدون قضاوت انتقادی از نقش‌های متقابل افزایش یابد (۲۹). درنتیجه در طی درمان به‌طور مستقیم به راهبردهای تنظیم شناختی منفی هیجان پرداخته نشده است، بیماران با این راهبردها آشنا نشده و درستی این راهبردها به چالش نکشیده‌اند؛ به‌این‌ترتیب درمان شناختی تحلیلی بر کاهش استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی منفی هیجان تأثیر معنی‌داری نداشت.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.16.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.739]

بر مبنای یافته‌های حاصل از این پژوهش مشخص شد که درمان هیجان‌مدار بر بهبود فاجعه‌آمیز کردن درد، اجتناب تجربی و کاهش استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی منفی هیجان مؤثرتر از درمان شناختی تحلیلی بوده است. در تبیین این یافته پژوهشی می‌توان گفت که در بیماران مبتلابه درد مزمن با ناگویی هیجانی که در پژوهش حاضر شرکت داشتند، میزان ناگویی هیجانی بالا احتمالاً با میزان مشکلات بیشتر و نیز با میزان فاجعه‌آمیز کردن درد بیشتر و اجتناب تجربی بالاتر رابطه دارد (۳). به نظر می‌رسد با توجه به ماهیت درمان هیجان‌مدار که به داوطلبان در شناسایی هیجانات و پذیرش آن‌ها کمک می‌کند و به آن‌ها می‌آموزد تا برای توصیف هیجانات خود واژه مناسب پیدا کنند و نیز به علت وجود رابطهٔ همدلانه و اعتبار بخش در درمان هیجان‌مدار که می‌تواند توانایی همدلی داوطلبان افزایش دهد (۱۰) میزان ناگویی هیجانی در بیماران در طی جلسات درمان کاهش می‌یابد و مجموعه این عوامل موجب کاهش میزان فاجعه‌آمیز کردن درد، اجتناب تجربی و کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان و اثرگذاری بیشتر درمان هیجان مدار نسبت به درمان شناختی تحلیلی می‌شود.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، همزمان شدن اجرای پژوهش و مداخلهٔ آزمایشی با همه‌گیری ویروس کرونا در کشور بود که موجب محدودیت دسترسی به نمونه دارای ملاک ورود به پژوهش و نیز ریزش نمونهٔ انتخاب‌شده در طول مدت پژوهش و نیز اجرای مداخله‌های درمانی به‌صورت آنلاین شد. اجرای مداخله توسط پژوهشگر که می‌تواند منجر به ایجاد سوگیری ذهنی در اجرا و تفسیر نتایج مداخله گردد و نیز استفاده از ابزارهای خود گزارشی از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بااین‌حال با توجه به تأثیر درمان هیجان مدار و درمان شناختی تحلیلی بر حساسیت اضطرابی، فاجعه آمیز کردن درد، اجتناب تجربی و تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلابه درد مزمن با ناگویی هیجانی، به کلیه متخصصانی که با این بیماران کار می‌کنند، ازجمله پزشکان و روان شناسان پیشنهاد می‌شود در کنار استفاده از درمان‌های پزشکی و دارویی از درمان‌های روان شناسی و ازجمله درمان هیجان مدار و درمان شناختی تحلیلی نیز استفاده کنند. همچنین این درمان‌ها می‌توانند به عنوان درمان پیشگیرانه برای جلوگیری از ایجاد مشکلات و اختلالات روانی بعدی که می‌تواند متأثر از علائم و مشکلات ناشی از بیماری درد مزمن باشد، مورداستفاده قرار گیرد و کیفیت زندگی بیماران را بالابرده و از شدت یافتن درد و ناتوانی ناشی از آن پیشگیری کند.

به طورکلی بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که هر یک از روش‌های درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی تحلیلی در بهبود حساسیت اضطرابی، فاجعه‌آمیز کردن درد، اجتناب تجربی و راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بوده است؛ اما در مورد کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان درمان شناختی تحلیلی مؤثر نبوده است. هم‌چنین در مورد متغیرهای حساسیت اضطرابی و راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان بین اثرگذاری دو روش درمان تفاوتی وجود ندارد؛ اما در بهبودی متغیرهای فاجعه‌آمیز درد، اجتناب تجربی و کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجانی درمان هیجان‌مدار مؤثرتر از درمان شناختی تحلیلی می‌باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی در دانشگاه شهید چمران اهواز می‌باشد. بدین‌وسیله از همکاری صمیمانه کلیهٔ بیماران و پزشکانی که در انجام این پژوهش همکاری و مشارکت نموده‌اند قدردانی می‌گردد.

References

1. Baronian R, Leggett S T. Brief cognitive analytic therapy for adults with chronic Pain: a preliminary evaluation of treatment outcome. British Journal of Pain 2020: 14 (1):57- 67.
2. Pahlevan M, Beshart M A, Boajali A, Farahani H. The mediating of meta – cognitive beliefs between alexithymia and chronic pain intensity. Journal of Anesthesiology and Pain 2018: 9 (3): 1-13. [In Persian]
3. Aaron R V, Fisher E A, Palermo T M. Alexithymia in adolescents with and whit out chronic pain. Rehabilitation Psychology 2019: 64 (4): 469 –47.
4. Beak I C, Lee E H, Kim J H. Differences in anxiety sensitivity factors between anxiety and depressive disorders. Depression and Anxiety 2019: 36 (10): 968-74.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.16.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.739]

5. Susa – Ribera C, Garcia – Palacios A, Botella C, Ribera – canudas M V. Pain catastrophizing and Its relationship with health outcome: does pain intensity matter. Pain Research & Management 2017: 1 (1): 1 – 13.
6. Flink I L, Boersma K, linton S J. pain catastrophizing as repetitive negative. Thinking: a development of the conceptualization. Cognitive Behaviour Therapy 2013: 42(3):215 –30.
7. Karademas E, Karakla M, Flouri M, Vasilios V S, Kasinopoulos O, Papacostas S.The impact of experiential avoidance on the relations between illness representations, pain catastrophizing and pain interference in chronic pain. Psychology & health 2017: 32(12): 1469 –84.
8. Aldao A, Nolen – Hoeksema S, Schweizer S. Emotion regulation strategies across psychopathology: a meta – analytic review. Clinical Psychology Review 2010: 30(2): 217 – 37.
9. Mostafaie A, Zave H, Alipour A, Farzad V. Effectiveness of decisional and self – efficacy therapy transtheoretical model (TTM) on cognitive – Emotional regulation, Mind control and pain patients with chronic pain, Journal of cognitive psychology 2018: 6(1): 1 – 10. [In Persian]
10. Timalak L, Keogh D, Mcelvaney J, Schmitt S, Hession N, Timalak K. et al. Emotion focused therapy as a transdiagnostic treatment for depression, anxiety and velated disorders: protocol for an initial feasibility randomised control trial. HRB Open Research 2020; 13: 30 – 70.
11. Haghayegh S A, Adibi P, Davazdahemami M H. Efficacy of emotion focused therapy of life and sleep in irritable bowel syndrome. Govaresh Journal 2015: 20(3): 185 – 920. [In Persian]
12. Bahreinian Z, Sanagoye Moharer G. Effectiveness of emotion – focused therapy on pain acceptance and mental health dimension among patients with urticarial. Commonity Health 2020: 7(2): 201 – 210. [In Persian]
13. Dadfar M, Atefvahid M K, Kazemi H, Kolivand H. Cognitive analytic therapy. 2 nd ed. Tehran, Iran: Mirmah Puplication 2013. P. 92. [In Persian]
14. Greebberg L, Paivio S C.Working whit emotion in psychotherapy. 1 th ed. Newyork, NY: Gullford press, 1997.
15. Pyle A, Kerr B I. Cognitive analytic therapy. Journal of Psychiatry 2003; 183: 79 – 85.
16. Garnefski N, Van – Der komer T, KraaJ D, Teerds J, Lederstee J, Tein E.O.The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotion problem: Comparison between a clinical sample. Europen Journal of Personality 2002: 16: 403 – 20
17. Yosefi F. The relationship of cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety in student of special middle school for talented student in shirsz. Journal of Exceptional Children 2007: 6(4): 871 – 892. [In Persian]
18. Sulivan M J L, Bishop S, Pivik G. The pain catastrophizing scale: development and validation. Psychological Assessment 1995: 7(4): 524 – 535.
19. Mohamadi S, Dehghani M, Heidari M, Sedaghat M, Khatibi A. The evaluation of pain – related psychological similarities among patient with musculoskeletal chronic pain and their spouses. International Journal of Behavioral Sciences 2013: 7(1): 57 – 63. [In Persian]
20. Taylor S, Cox B J.An expanded anxiety sensitivity index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. Journal of Anxiety Disorders 1998; 12(5): 463 – 83.
21. Miradimanesh F, Mirjafari S A, Goodarzi M A, Mihamadi N. Evaluation of psychometric properties of the revised anxiety sensitivity index (ASIR). Journal of Psychology 2004: 11(4): 426 – 46. [In Persian]
22. Bond F W, Heyes S C, Bear R A, Carpenter K M, Guenol N, Orcutt H K, et al. Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire –Π: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behave Ther 2011: 42(4): 676 – 88.
23. Abasi E, Fti L, Molidi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire Π. Psychological Methods and Models 2013: 10(2):65 – 80. [In Persian]
24. Neshatdoost H, Yousefzadeh M, Talebi H. Momenzadeh S. Compare the effectiveness of cognitive behavior therapy and schema therapy on reducing the cognitive error of pain catastrophizing and

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.16.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.739]

increase of pain self – efficacy in Tehranian patients with chronic low back pain. Journal of Anesthesiology and Pain 2020: 11(2): 26 – 43. [In Persian]

25. Kiani S, Sabahi P, Makvand Hosaini S, Rafienia P, Alebouyash. Comparison the effectiveness of acceptance and commitment based therapy and positive cognitive behavioral therapy on the pain self – efficacy on patients with chronic pain. Journal Psychological Science 2020: 19(89):567 – 87. [In Persian].

26. Van de Graaf D L, Trompetter H R, Smeets T, Mols F. Online acceptance and commitment therapy (ACT) interventions for chronic pain: a systematic literature review. Internet Interventions 2021:26:1-18

27. Shahar B, New developments in emotion focused for social anxiety disorder. Journal of Clinical Medicine 2020, 9(9): 2918 –2928

28. Taylor P, Perry A, Hutton P, Tan R, Fisher N, Ficine C,et al. Cognitive analytic therapy for psychosis a case series. Psychology and Psychotherapy 2018: 92(3): 395 – 378.

29. Kellet S, Gausden J, Gaskell C.The effectiveness of cognitive analytic therapy for borderline disorder: utilizing a withdrawal experimental design to improve sensitivity to abandonment. Psychology and Psychotherapy 2021: 96: 96 – 119.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.16.9]

[DOI: 10.52547/rbs.19.4.739]