رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۷، شماره پیاپی ۱۱۲، مهر ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(7), 2025

اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر

The effectiveness of emotion-focused therapy on anxiety and psychological well-being in patients with irritable bowel syndrome

مهرنوش فقیه‌زاده
گروه روان‌شناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.
مهرداد ثابت (نویسنده مسئول)
گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
مستوره صداقت
گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Mehrnoosh Faghihzadeh
Department of psychology, UAE.C., Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.
Mehrdad Sabet *
Department of Psychology, RO.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran.
mehrdadsabet@iau.ac.ir
Mastoureh Sedaghat
Department of Psychology, ST.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

چکیده

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماه بود. جامعه این پژوهش شامل بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به مرکز پژوهش‌ها و درمان گوارش و کبد شهر شیراز در سال ۱۴۰۲ بودکه از بین آن‌ها ۲۲ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه جایگذاری شدند. اعضای گروه آزمایش به‌صورت انفرادی تحت درمان قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس اضطراب کتل (CAS؛ کتل، ۱۹۵۷) و مقیاس بهزیستی روانشناختی (PWB؛ ریف و کیز، ۱۹۹۵) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد. یافته‌ها نشان داد که بین پیش آزمون و پس آزمون اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود داشت (P<۰/۰۵) و همچنین بین میانگین پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود نداشت و نتایج در دوره پیگیری حفظ شد (P<۰/۰۵). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که درمان متمرکز بر هیجان یک مداخله موثر در کاهش اضطراب و افزایش بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر است.

واژه‌های کلیدی: *اضطراب، بهزیستی روانشناختی، درمان مترمرکز بر هیجان، سندرم روده تحریک‌پذیر.*

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of emotion-focused therapy on anxiety and psychological well-being of patients with irritable bowel syndrome. The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a three-month follow-up period. The population of this study included patients with irritable bowel syndrome referred to the Gastroenterology and Liver Research and Treatment Center in Shiraz in 2023, from which 22 patients were selected by purposive sampling and randomly assigned to two groups. The experimental group members were treated individually. The Cattell Anxiety Scale (CAS; Cattell, 1957) and the Psychological Well-Being Scale (PWB; Ryff & Keyes, 1995) were used to collect data. Data analysis was performed using repeated measures analysis of variance. The findings showed that there was a significant difference between the pre-test and post-test of anxiety and psychological well-being in the experimental group (P<0.05), and there was also no significant difference between the post-test and follow-up mean in the experimental group, and the results were maintained in the follow-up period (P<0.05). Overall, it can be concluded that emotion-focused therapy is an effective intervention in reducing anxiety and increasing psychological well-being in patients with irritable bowel syndrome.

Keywords: *Anxiety, Psychological Well-Being, Emotion-focused Therapy, Irritable Bowel Syndrome.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : مرداد ۱۴۰۴** | **پذیرش: شهریور ۱۴۰۴** | **ویرایش نهایی: مهر ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

مقدمه

سندرم روده تحریک‌پذیر یکی از شایع‌ترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش محسوب می‌شود که درصد قابل توجهی از جمعیت بزرگسال با آن درگیر هستند (وانگ[1] و همکاران، ۲۰۲۵). این اختلال با مجموعه‌ای از علائم گوارشی مانند درد و ناراحتی شکمی، نفخ، تغییر در اجابت مزاج شامل یبوست، اسهال یا ترکیبی از هر دو مشخص می‌شود و با اینکه هیچ نشانه‌ای از آسیب ساختاری یا التهابی در روده یافت نمی‌شود، زندگی روزمره فرد را به‌شدت مختل می‌کند (استوداکر[2] و همکاران، ۲۰۲۱؛ حسن و همکاران، ۲۰۲۵). تحقیقات بالینی و روانپزشکی در دهه‌های اخیر نشان داده‌اند که نشانگان روده تحریک‌پذیر صرفاً یک اختلال گوارشی نیست، بلکه یک اختلال روان‌تنی پیچیده با منشأ چندعاملی است که عوامل روانشناختی در بروز، تداوم و شدت آن نقش مهمی ایفا می‌کنند (یانگ[3] و همکاران، ۲۰۲۴). علت دقیق بروز این نشانگان هنوز به طور کامل شناخته نشده است اما عوامل متعددی از جمله تغییرات در حرکات روده، حساسیت‌های عصبی، و عوامل روانی نقش مؤثری در ایجاد و تشدید آن دارند. علاوه بر این، ارتباط پیچیده‌ای میان مغز و روده در بروز علائم این بیماری مطرح است که نشان‌دهنده تأثیر متقابل عوامل روانی و جسمی می‌باشد (صادقیان و همکاران، ۲۰۲۴؛ چنگ[4] و همکاران، ۲۰۲۴).

یکی از مهم‌ترین و رایج‌ترین پریشانی‌های روانی که در بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر مشاهده می‌شود، اضطراب است (شارما[5] و همکاران، ۲۰۲۴). اضطراب به عنوان واکنشی طبیعی نسبت به شرایط تهدیدآمیز، در سطح کنترل شده می‌تواند مفید باشد اما در بسیاری از این بیماران به صورت مزمن و شدید بروز می‌کند که تأثیر منفی بر روند درمان و کیفیت زندگی آنها دارد (الحازمی[6] و همکاران، ۲۰۲۴). وجود اضطراب می‌تواند موجب تشدید علائم جسمی مانند درد شکمی و تغییرات حرکات روده شود و بالعکس، تجربه مکرر نشانه‌های جسمی نیز اضطراب را افزایش می‌دهد؛ بنابراین چرخه‌ای معیوب شکل می‌گیرد که درمان را دشوار می‌کند (نیباکا[7] و همکاران، ۲۰۲۴). از سوی دیگر، اضطراب ممکن است توانایی بیماران را در مدیریت استرس‌های روزانه و سازگاری با بیماری کاهش دهد و به مشکلات خواب، تمرکز و خستگی مزمن منجر شود (لی[8] و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین اضطراب در این بیماران با افزایش استفاده از خدمات بهداشتی، کاهش رضایت از زندگی و عملکرد اجتماعی همراه است (وانگ[9] و همکاران، ۲۰۲۴).

تاکنون طیف وسیعی از روش‌های درمانی نیز برای مدیریت نشانگان روده تحریک‌پذیر مورد استفاده قرار گرفته است که هر یک با تمرکز بر ابعاد مختلف این اختلال تدوین شده‌اند (دانا و همکاران، ۱۴۰۳). درمان‌های دارویی شامل استفاده از داروهای ضد اسپاسم، ضد درد، ملین‌ها، ضد اسهال و گاهی داروهای ضد افسردگی هستند که به منظور کاهش نشانه‌های جسمی و تسکین علائم گوارشی تجویز می‌شوند، اما این درمان‌ها معمولاً تنها به کنترل موقتی علائم کمک کرده و نمی‌توانند علل روان‌تنی بیماری را به طور کامل پوشش دهند (کامیلری[10] و همکاران، ۲۰۲۱؛ ژو[11] و همکاران، ۲۰۲۵). در کنار آن، درمان‌های روان‌شناختی مانند شناختی-رفتاری که بر تغییر الگوهای فکری و رفتاری نادرست متمرکز است، نقش مهمی در کاهش اضطراب و افسردگی همراه با نشانگان روده تحریک‌پذیر ایفا می‌کند و با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، کیفیت زندگی بیماران را بهبود می‌بخشد (بلوجیانی[12] و همکاران، ۲۰۲۵؛ اسلوها[13] و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، مداخلات رفتاری-عصبی مانند بیوفیدبک و آموزش آرام‌سازی برای کاهش استرس و تنش عضلانی در برخی بیماران مفید واقع شده است (پریرا[14] و همکاران، ۲۰۲۵). اخیراً توجه فزاینده‌ای به مداخلات تغذیه‌ای مانند رژیم‌های غذایی خاص و استفاده از پروبیوتیک‌ها معطوف شده است که با هدف بهبود عملکرد میکروبیوم روده و کاهش التهاب مطرح شده‌اند (وو[15] و همکاران، ۲۰۲۴). با این حال، علی‌رغم تنوع این روش‌ها، هنوز بسیاری از بیماران از اثربخشی محدود و ناتوانی این درمان‌ها در مدیریت جامع بیماری گلایه دارند، که این مسئله

1 Wang
2. Staudacher
3 Yang
4 Cheng
5. Sharma
6. Alhazmi
7. Nybacka
8. Lee
9 Wang
10. Camilleri
11 Xu
12. Belogianni
13. Slouha
14. Pereira
15. Wu

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

اهمیت پرداختن به رویکردهای درمانی یکپارچه و توجه بیشتر به عوامل روان‌شناختی و هیجانی مانند درمان متمرکز بر هیجان را برجسته می‌کند (شیخان و گودرزی، ۱۴۰۳؛ رویز-سانچز[1] و همکاران، ۲۰۲۴).

در این میان، درمان متمرکز بر هیجان به عنوان یک رویکرد نوین روان‌درمانی مورد توجه قرار گرفته است (شیخان و گودرزی، ۱۴۰۳). درمان متمرکز بر هیجان بر اساس مدل گرینبرگ[2] توسعه یافته است و بر پردازش هیجانات به عنوان منبع اصلی مشکلات روان‌شناختی تأکید دارد (گرینبرگ، ۲۰۰۴). بر اساس این مدل، هیجان‌ها نقش مرکزی در تنظیم رفتار، شناخت و سلامت روان ایفا می‌کنند و اختلال در پردازش و تنظیم هیجان‌ها می‌تواند موجب بروز مشکلات جسمی و روانی گردد. درمان متمرکز بر هیجان با هدف کمک به بیماران برای شناسایی، پذیرش، تنظیم و بهره‌برداری سازنده از هیجانات خود طراحی شده است (گرینبرگ و واتسون[3]، ۲۰۲۲). در این رویکرد، فرد یاد می‌گیرد که هیجانات خود را بهتر درک کند، به جای اجتناب یا سرکوب آنها، با آنها مواجه شود و راهکارهای مؤثری برای مدیریت آنها بیابد (گرینبرگ، ۲۰۱۷). مطالعات نشان داده‌اند که این درمان می‌تواند به کاهش علائم اضطراب، افسردگی و بهبود عملکرد روانی افراد منجر شود. از آنجا که نشانگان روده تحریک‌پذیر دارای یک مولفه روان‌تنی قوی است، درمان متمرکز بر هیجان با تأکید بر بهبود سلامت روان و کاهش استرس، می‌تواند به عنوان روشی مؤثر در مدیریت این بیماری مطرح گردد (خاکی و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین همایونی (۱۴۰۱)، ویب[4] و همکاران (۲۰۲۵)، تیمولاک و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که درمان متمرکز بر هیجان یک مداخله موثر بر کاهش اضطراب است. علاوه بر این پژوهش‌های چمنی قلندری و همکاران (۱۳۹۸)، حقایق و همکاران (۱۳۹۴) و تیمولاک و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که درمان متمرکز بر هیجان بر کیفیت زندگی و بهزیستی موثر است؛ اما در بررسی پیشینه پژوهشی یافت نشد که کاربست این مداخله بر بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مورد آزمون قرار گیرد؛ از این حیث اجرای این پژوهش از اهمیت بالایی در تکمیل خلاء پژوهشی برخوردار است.

انجام تحقیقات در مورد اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر اضطراب و بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر ضروری است، زیرا پریشانی عاطفی نقش مهمی در شروع، تداوم و تشدید علائم سندرم روده تحریک‌پذیر ایفا می‌کند. محور مغز-روده، ارتباط قوی بین حالات روانی و عملکرد دستگاه گوارش را برجسته می‌کند، به این معنی که پرداختن به عوامل عاطفی می‌تواند هم از نظر روانی و هم از نظر جسمی مفید باشد (سانتونوکتی[5] و همکاران، ۲۰۲۴). اضطراب در بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر بسیار شایع است و اغلب شدت علائم را بدتر می‌کند، در حالی که بهزیستی روانشناختی پایین، تاب‌آوری و ظرفیت مقابله را کاهش می‌دهد (مدوا[6] و همکاران، ۲۰۲۳). درمان متمرکز بر هیجان، با هدف قرار دادن تجربیات عاطفی حل نشده و ارتقای تنظیم عاطفی، پتانسیل شکستن چرخه بین پریشانی عاطفی و علائم جسمی را دارد. با این حال، علیرغم مناسب بودن نظری آن، شواهد تجربی محدودی در مورد اثربخشی آن در این جمعیت وجود دارد. انجام تحقیقات می‌تواند درمان متمرکز بر هیجان را به عنوان یک رویکرد مکمل برای درمان پزشکی تأیید کند و یک مدل جامع‌تر از مراقبت ارائه دهد. همچنین می‌تواند متخصصان بالینی را در انتخاب مداخلات متناسب با نیازهای عاطفی منحصر به فرد بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر راهنمایی کند. علاوه بر این، نشان دادن اثربخشی آن می‌تواند پذیرش گسترده‌تر آن را در محیط‌های مراقبت‌های بهداشتی تشویق کند. در نهایت، چنین تحقیقاتی می‌تواند با پرداختن به چالش‌های روانی و فیزیولوژیکی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، کیفیت زندگی آنها را بهبود بخشد. بر این اساس این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماه بود. جامعه‌آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به مرکز پژوهش‌ها و درمان گوارش و کبد شهر شیراز در سال ۱۴۰۲ بود که در دامنه سنی ۲۰ الی ۵۰ سال قرار داشتند. با استفاده روش نمونه‌گیری غیر تصادفی با تشخیص قطعی متخصص گوارش یا داخلی، با

1. Ruiz-Sánchez
2. Grennberg
3 Greenberg & Watson
4 Wiebe
5 Santonocito
6 Madva

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

جلب رضایت مراجعه‌کنندگان، به آنان پیشنهاد درمان رایگان روان‌شناختی و شرکت در پژوهش داده شد. با افرادی که تمایل و رضایت خود را مبنی بر حضور در جلسات پژوهش اعالم نمودند، مصاحبه بالینی انجام شد. افرادی که ملاک‌های لازم را برای ورود به پژوهش داشتند، با تکمیل فرم رضایت آگاهانه، به‌صورت تصادفی، در دو گروه آزمایش (۱۱ نفر) و کنترل (۱۱ نفر) قرار گرفتند. تشخیص قطعی نشانگان روده تحریک‌پذیر توسط متخصص گوارش یا داخلی، عدم ابتلا و مصرف داروهای حاد روان‌پزشکی باعث کاهش هوشیاری شود، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی طی سه ماه گذشته، داشتن سن ۲۰ تا ۵۰ سال و داشتن حداقل سطح تحصیلات سیکل از معیارهای ورود بود. همچنین عدم شرکت در بیش از دو جلسه درمانی، نیاز به بستری، فوت و نیاز به روان درمانی فردی از معیارهای خروج بود. شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه و داوطلبانه وارد مطالعه شدند و پیش از آغاز درمان، از اهداف، مراحل، مزایا و احتمالات موجود به‌طور کامل مطلع شدند. اطلاعات شخصی و هویت افراد محرمانه باقی ماند و در تمامی مراحل پژوهش تلاش شد تا کرامت انسانی شرکت‌کنندگان حفظ شود. همچنین، به منظور جلوگیری از هرگونه آسیب روانی یا جسمی احتمالی، روند درمان زیر نظر متخصص و با رعایت کامل اصول حرفه‌ای انجام گرفت. پژوهشگر متعهد بوده است که یافته‌ها را با دقت، صداقت و بدون تحریف گزارش دهد. این مطالعه با شناسه IR.IAU.SRB.REC.1402.228 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات ثبت شده است. پس از اجرای حضوری پیش‌آزمون، گروه‌های مداخله تحت درمان و تمرین قرار گرفتند و سپس از هر سه گروه پس آزمون و پس از گذشت سه ماه مجددا آزمون پیگیری اجرا شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ با بهره‌گیری از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

ابزار سنجش

مقیاس اضطراب کتل (CAS)[1]: این مقیاس توسط کتل[2] (۱۹۵۷) ساخته شده است و دارای ۴۰ سوال است که ۲۰ سوال مربوط به اضطراب آشکار و ۲۰ سوال مربوط به اضطراب پنهان است و به صورت سه گزینه‌ای پاسخ داده می‌شود. حداقل نمره در این مقیاس صفر و حداکثر نمره ۸۰ است و نمرات بالاتر نشان دهنده اضطراب بیشتر است. کتل (۱۹۵۷) جهت بررسی روایی مقیاس، با مقایسه نتایج آزمون در سه گروه افراد نرمال، نوروتیک و هیستری اضطراب که تفاوت آشکار و کاملا معنی‌دار را در بین گروه طبیعی و گروه‌هایی که به تشخیص روان پزشکان مشکل داشته‌اند، پی می‌برد که این آزمون با اطمینان بسیار الا می‌تواند افراد مضطرب را از افراد بهنجار تمیز دهد (شاخص روایی تمیز ۸۰ درصد بود). همچنین پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شده است. رضایی و باباخانی (۱۴۰۱) پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ را ۰/۷۷ بدست آوردند و روایی محتوایی به بر اساس نظر متخصصان را ۰/۷۲ گزارش کردند. در پژوهش حاضر همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه شد.

مقیاس بهزیستی روانشناختی (PWB)[3]: این مقیاس توسط ریف و کیز[4] (۱۹۹۵) با ۱۸ سوال و ۶ مؤلفه استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، عامل ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، و پذیرش خود طراحی و اعتباریابی شده است. نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملا مخالفم (نمره ۱) الی کاملا موافقم (نمره ۶) است. حداقل نمره ۱۸ و حداکثر نمره ۱۰۸ است و نمرات بالاتر نشان دهنده بهزیستی روانشناختی بالاتر است. ریف و کیز (۱۹۹۵) همبستگی این آزمون را با فرم بلند ۸۴ سوالی این پرسشنامه از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ گزارش نمودند و پایایی به روش آلفای کرونباخ را ۰/۷۲ گزارش کردند. در ایران بخشایش اقبالی و همکاران (۲۰۲۲) روایی ملاکی با مقیاس تاب‌آوری را ۰/۷۸ و پایایی به روش آلفای کرونباخ را ۰/۷۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

مداخله درمان متمرکز بر هیجان: برنامه مداخله‌ای بر اساس راهنمای ویژه درمان متمرکز بر هیجان، گرینبرگ و گلدمن[5] (۲۰۱۹) اتخاذ شده است به صورت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای ۲ جلسه به‌صورت فردی اجرا شد. در جدول ۱ خلاصه جلسات برنامه مداخله‌ای درمان متمرکز بر هیجان ارائه شده است.

1 Cattell Anxiety Scale (CAS)
2 Cattle
3 Psychological Well-Being Scale (PWBS)
4 Ryff & Keyes
5 Greenberg & Goldman

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

جدول ۱: خلاصه جلسات برنامه مداخله‌ای درمان متمرکز بر هیجان

جلسات	اهداف	محتوا
۱	آشنایی و معرفی برنامه درمانی	ایجاد رابطه حسنه و تعهد برای ادامه جلسات، اجرای پیش‌آزمون، توصیف نشانگان روده تحریک‌پذیر و رابطه آن با هیجان، اهداف درمان، پرداختن به نشانه‌های رفتاری، جسمانی و هیجانی نشانگان روده تحریک‌پذیر
۲	تحلیل و تغییر هیجانات	تاگشایی مشکل مراجع و مشاهده سبک پردازش هیجانی از طریق گوش دادن به مشکل کنونی و شناسایی تجربه هیجانی دردناک و برجسته مراجع، پذیرش احساسات
۳	تحلیل و تغییر هیجانات	تاگشایی هیجان‌های اصلی از طریق بازنمایی تجربه‌ای تروماهای مراجع و نیازهای دلبستگی
۴	درگیری هیجانی عمیق	ابراز هیجان، شناسایی نیازهای دلبستگی، کشف یک پردازش و پذیرش هیجان از طریق شناسایی، آگاهی، پذیرش، تنظیم هیجان و عمق بخشیدن به تجربه هیجانی
۵	درگیری هیجانی عمیق	شناسایی هیجان‌های اولیه، ثانویه و یا ابزاری از طریق کار بر روی نشانه‌های خرد و وظیفه‌ای و استفاده از فنون کار با صندلی
۶	درگیری هیجانی عمیق	کار روی وقفه‌ها و یا انسدادهای دسترسی به هیجانات اولیه و ثانویه و تجربه آنها
۷	تحکیم و یکپارچه سازی	بازنمایی، تنظیم هیجانات سازگار و ناسازگار، بازسازی تعاملات، تغییر رویدادها و نمادگذاری آرزوهای سرکوب شده
۸	تحکیم و یکپارچه سازی	آماده‌سازی برای بازنمایی ابژه‌ای و رسیدن به بینش تجرب‌های، ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه‌ای از مشکل کنونی و مرتبط کردن آن با تصاویر خود، پدر، مادر و یا سایر ابژه‌های احتمالی
۹	تحکیم و یکپارچه سازی	کار با تصاویر باقیمانده از طریق استفاده از کار با بدن، موسیقی، حرکت و غیره، تثبیت خود جدید و تعمیم به رویدادهای آینده
۱۰	تحکیم و یکپارچه‌سازی	خلق راه حل‌های جدید، بیان حکایت جدید از مشکلات و تلاش برای بازسازی و از نو قاب‌سازی آن، این که چگونه راه برگشت را پیدا کردند

یافته ها

از مجموع ۲۲ شرکت‌کننده، ۱۱ نفر (۵۰ درصد) زن و ۱۱ نفر (۵۰ درصد) مرد بودند. در گروه آزمایشی، ۷ نفر (۶۳/۶۶ درصد) از شرکت‌کنندگان زن و ۴ نفر (۳۶/۳۴ درصد) مرد بودند. در گروه کنترل، ۵ نفر (۴۵/۴۵ درصد) زن و ۶ نفر (۵۴/۵۵ درصد) مرد حضور داشتند. بنابراین توزیع جنسیتی شرکت‌کنندگان در هر دو گروه نسبتاً همسان بوده است. میانگین و انحراف معیار سنیی گروه آزمایش ۳۳/۵۳±۵/۴۵ و گروه کنترل ۳۴/۶۵±۶/۰۱ سال قرار داشتند. در گروه آزمایشی، ۲ نفر (۱۸/۱۸ درصد) دارای دیپلم یا فوق دیپلم، ۳ نفر (۲۷/۲۷ درصد) دارای مدرک لیسانس و ۶ نفر (۵۴/۵۵ درصد) دارای مدرک فوق لیسانس بوده‌اند. در گروه کنترل، ۵ نفر (۴۵/۴۵ درصد) دارای دیپلم یا فوق دیپلم، ۲ نفر (۱۸/۱۸ درصد) دارای لیسانس و ۴ نفر (۳۶/۳۶ درصد) دارای فوق لیسانس بود. بنابراین، در هر دو گروه، شرکت‌کنندگان دارای سطوح متنوعی از تحصیلات بودند. در ادامه در جدول ۲ اطلاعات توصیفی متغیرهای اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی به تفکیک گروه‌ها و مراحل سنجش ارائه شده است، همچنین در این نتایج نرمال بودن داده‌ها با بهره‌گیری از آزمون شاپیروویلک ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای اضطراب و بهزیستی روانشناختی به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
					آماره	معناداری
اضطراب	پیش آزمون	مداخله	۶۲/۷۲	۴/۹۸	۰/۹۳	۰/۱۳
		گواه	۶۴/۴۵	۵/۶۹	۰/۹۲	۰/۰۸
	پس آزمون	مداخله	۴۸/۷۲	۴/۹۴	۰/۸۹	۰/۰۸
		گواه	۶۳/۳۶	۵/۱۰	۰/۹۶	۰/۱۰
	پیگیری	مداخله	۴۷/۷۲	۴/۴۷	۰/۹۶	۰/۳۲
		گواه	۶۳/۰۰	۶/۵۱	۰/۹۸	۰/۴۷

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

بهزیستی روان‌شناختی	پیش آزمون	مداخله	۵۷/۰۹	۵/۸۷	۰/۹۳	۰/۱۲
		گواه	۵۸/۷۲	۶/۷۸	۰/۹۴	۰/۰۷
	پس آزمون	مداخله	۹۷/۴۵	۷/۱۶	۰/۹۰	۰/۰۶
		گواه	۵۹/۴۵	۵/۱۴	۰/۹۶	۰/۱۳
	پیگیری	مداخله	۹۵/۳۶	۷/۹۴	۰/۹۲	۰/۰۷
		گواه	۶۰/۱۸	۶/۵۰	۰/۸۹	۰/۰۸

در جدول ۲ نتایج نشان می‌دهد که گروه مداخله نسبت به گواه در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیرهای اضطراب و بهزیستی روانشناختی داشته است؛ در واقع روند تغییرات متغیر اضطراب در گروه مداخله کاهشی و روند بهزیستی روانشناختی افزایشی بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند (P>۰/۰۵)؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در هر یک از متغیرها به تفکیک مراحل سنجش همگون می‌باشد؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر اضطراب (P=۰/۸۳، W=۰/۹۸) و بهزیستی روانشناختی (P=۰/۶۳، W=۰/۹۵) معنادار نمی‌باشد، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغییری (میکس آنوا) برای متغیرهای اضطراب و بهزیستی روانشناختی

اثر	آزمون‌ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب ایتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۸۳	۱۴/۲۸	۴	۸۰	۰/۰۱	۰/۴۲	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۸	۲۷/۱۲	۴	۷۸	۰/۰۱	۰/۵۸	۱
	اثر هتلینگ	۴/۶۷	۴۴/۳۶	۴	۷۶	۰/۰۱	۰/۷۰	۱
	بزرگترین ریشه‌روی	۴/۶۶	۹۳/۲۰	۲	۴۰	۰/۰۱	۰/۸۲	۱

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب متغیرهای وابسته به‌طور همزمان (P=۰/۰۱، F=۱۴/۲۸، ۰/۸۳=اثرپیلایی) تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در دو گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نسیت که در کدام یک از متغیرها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متن میکس آنوا برای اضطراب و بهزیستی روانشناختی در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اضطراب	زمان	۹۱۷/۳۰	۲	۴۵۸/۶۵	۲۰/۷۵	۰/۰۱	۰/۵۱	۱
	زمان*گروه	۶۴۲/۶۳	۲	۳۲۱/۳۱	۱۴/۵۳	۰/۰۱	۰/۴۲	۱
	خطا	۸۸۴/۰۶	۴۰	۲۲/۱۰				
	بین گروه‌ها	۱۸۳۴/۹۱	۱	۱۸۳۴/۹۱	۳۴/۷۸	۰/۰۱	۰/۶۹	۱
	زمان	۵۹۹۲/۳۹	۲	۲۹۹۶/۱۹	۸۲/۶۰	۰/۰۱	۰/۸۰	۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

بهزیستی	زمان*گروه	۵۳۸۰/۰۳	۲	۲۶۹۰/۰۱	۷۴/۱۶	۰/۰۱	۰/۷۹	۱
روان‌شناختی	خطا	۱۴۵۰/۹۱	۴۰	۳۶/۲۷				
	بین گروه‌ها	۹۳۸۴/۳۹	۱	۹۳۸۴/۳۹	۴۷/۲۷	۰/۰۱	۰/۸۸	۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین گروه‌ها در متغیرهای اضطراب (P=۰/۰۱، F=۳۴/۷۸، η=۰/۶۹) و بهزیستی روانشناختی (P=۰/۰۱، F=۴۷/۲۷، η=۰/۸۸) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغیرات درون گروهی متغیرهای اضطراب و بهزیستی روانشناختی در مراحل سنجش

متغیرها	مراحل سنجش		گروه مداخله		گروه کنترل	
			اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
اضطراب	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۴/۰۰	۰/۰۱	۱/۰۹	۱/۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱۵/۰۰	۰/۰۱	۱/۴۵	۱/۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۲۱	۱/۰۰	۰/۳۶	۱/۰۰
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴۰/۳۶	۰/۰۱	۰/۷۲	۱/۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۳۸/۲۷	۰/۰۱	۱/۴۵	۱/۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۲/۰۹	۰/۹۱	۰/۷۲	۱/۰۰

نتایج آزمون بن‌فرونی نشان می‌دهد که در گروه درمانی تغییرات بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون (P=۰/۰۱، MD=۱۴/۰۰) و پیش‌آزمون و پیگیری (P=۰/۰۱، MD=۱۵/۰۰) اضطراب تفاوت وجود دارد؛ همچنین نتایج نشان داد بین پیش‌آزمون و پس آزمون (P=۰/۰۱، MD=۴۰/۳۶) و پیش‌آزمون و پیگیری (P=۰/۰۰۱، MD=۳۸/۲۷) بهزیستی روانشناختی تفاوت وجود دارد. در مجموع می‌توان گفت که مداخله درمانی تا مرحله پیگیری تاثیرات ماندگاری داشته و بر کاهش اضطراب و افزایش بهزیستی روانشناختی موثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شد. یافته اول نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان نقش موثری بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر داشت؛ این یافته با پژوهش‌های همچنین همایونی (۱۴۰۱)، ویب و همکاران (۲۰۲۵)، تیمولاک و همکاران (۲۰۱۷) همسو بود. در تبیین می‌توان استنباط نمود که این مداخله نقش مؤثری در کاهش اضطراب ایفا می‌کند، زیرا فرآیندهای عاطفی زیربنایی را که اغلب علائم اضطراب را حفظ و تشدید می‌کنند، هدف قرار می‌دهد. از دیدگاه انسان‌گرایانه-تجربی، اضطراب اغلب زمانی ایجاد می‌شود که افراد از احساسات اصلی خود اجتناب، سرکوب یا تفسیر نادرست می‌کنند و این امر منجر به برانگیختگی فیزیولوژیکی مزمن و الگوهای مقابله‌ای ناسازگار می‌شود (شاربانه و گرینبرگ[1]، ۲۰۲۳)؛ درمان متمرکز بر هیجان به مراجعین کمک می‌کند تا این احساسات اولیه را در یک محیط درمانی امن شناسایی، به آنها دسترسی پیدا کرده و ابراز کنند و تنش درونی ایجاد شده توسط اجتناب عاطفی را کاهش دهند (ویب و همکاران، ۲۰۲۵). با پردازش تجربیات عاطفی حل نشده، افراد می‌توانند تفاسیر تهدیدآمیز را تغییر شکل دهند و پاسخ‌های عاطفی سازگارانه‌ای ایجاد کنند که شدت اضطراب را کاهش می‌دهد (تیمولاک و همکاران، ۲۰۲۲). این درمان همچنین بر افزایش آگاهی و پذیرش عاطفی تأکید دارد که ترس از تجربیات عاطفی را کاهش داده و خودتنظیمی را ارتقا می‌دهد. طبق نظریه هیجان، تبدیل احساسات ناسازگار به احساسات سازگارانه - مانند تغییر از شرم یا ترس به سمت خودشفقتی یا قاطعیت - آسیب‌پذیری در برابر محرک‌های اضطراب را کاهش می‌دهد. تکنیک‌های تجربی درمان متمرکز بر هیجان، مانند کار با صندلی خالی، مراجعین را قادر می‌سازد تا تعارضات درونی را که باعث

1 Sharbanee & Greenberg

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

تداوم نگرانی و گوش به زنگی بیش از حد می‌شوند، حل کنند. علاوه بر این، تقویت یک اتحاد درمانی ایمن، امنیت عاطفی را افزایش می‌دهد که برای کاهش اضطراب بسیار مهم است (شاهار[1] و همکاران، ۲۰۱۷).

یافته دوم نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان نقش موثری بر افزایش بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر داشت؛ این یافته با پژوهش‌های خاکی و همکاران (۲۰۲۵)، چمنی قلندری و همکاران (۱۳۹۸)، حقایق و همکاران (۱۳۹۴) و تیمولاک و همکاران (۲۰۱۷) همسو بود. در تبیین می‌توان استنباط نمود که این مداخله به طور مؤثری سلامت روان را افزایش می‌دهد، زیرا به احساسات به عنوان محرک‌های اصلی تجربه انسانی و سلامت روان می‌پردازد. درمان متمرکز بر هیجان با کمک به افراد در شناسایی، کشف و پذیرش احساسات واقعی خود، خودآگاهی و شفافیت عاطفی بیشتری را پرورش می‌دهد. این فرآیند بار درد عاطفی حل نشده را کاهش می‌دهد و انرژی ذهنی و عاطفی را برای رشد و تکامل آزاد می‌کند (گرینبرگ، ۲۰۱۰). مراجعین از طریق تکنیک‌هایی که احساسات ناسازگار - مانند ترس، شرم یا رنجش - را به احساسات سازگار مانند شفقت، اعتماد به نفس و بخشش تبدیل می‌کنند، خودپنداره مثبت‌تر و مقاوم‌تری را ایجاد می‌کنند (الیوت و گرینبرگ[2]، ۲۰۰۷). درمان متمرکز بر هیجان همچنین پذیرش خود و استقلال را تقویت می‌کند و افراد را قادر می‌سازد تا با ارزش‌های خود هماهنگ زندگی کنند. تأکید این درمان بر تنظیم هیجان، افراد را برای پاسخ به چالش‌ها با تعادل و انعطاف‌پذیری، کاهش استرس و ارتقای ثبات درونی مجهز می‌کند (دانا و همکاران، ۱۴۰۳). علاوه بر این، رابطه درمانی همدلانه و معتبر، احساس امنیت، ارتباط و تعلق را افزایش می‌دهد. این اثرات ترکیبی، روابط بین فردی را بهبود می‌بخشد و حس عمیق‌تری از معنا و هدف را پرورش می‌دهد. در نهایت، درمان متمرکز بر هیجان با حل تعارضات عاطفی و افزایش هوش هیجانی، منابع درونی را که برای سلامت روانی پایدار ضروری هستند، پرورش می‌دهد (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۲۲)؛ که در نتیجه می‌تواند نقش موثری بر بهبود بهزیستی روانشناختی بیماران داشته باشد.

در مجموع می توان نتیجه گرفت که درمان متمرکز بر هیجان یک روش درمانی موثر بر کاهش اضطراب و افزایش بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود. به طور خلاصه، یافته‌ها نشان می‌دهند که درمان متمرکز بر هیجان با پرداختن به ریشه‌های هیجانی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به عنوان یک مداخله ارزشمند برای آنها عمل می‌کند. درمان متمرکز بر هیجان با تسهیل شناسایی، بیان و تنظیم هیجان‌ها، به بیماران کمک می‌کند تا تنش درونی را که اغلب ناراحتی مرتبط با سندرم روده تحریک‌پذیر را تشدید می‌کند، کاهش دهند. تأکید این درمان بر پردازش تجربیات عاطفی حل نشده احتمالاً به کاهش اضطراب، یک اختلال همبود رایج در سندرم روده تحریک‌پذیر، کمک می‌کند. کاهش اضطراب نه تنها عملکرد روزانه را بهبود می‌بخشد، بلکه ممکن است پاسخ‌های استرس فیزیولوژیکی را که علائم گوارشی را تشدید می‌کنند، نیز کاهش دهد. علاوه بر این، به نظر می‌رسد درمان متمرکز بر هیجان با تقویت پذیرش خود، تاب‌آوری عاطفی و روابط بین فردی سالم‌تر، بهزیستی روانی را افزایش می‌دهد.

این مطالعه با محدودیت‌های متعددی مواجه بود که باید هنگام تفسیر یافته‌ها در نظر گرفته شوند. اول، حجم نمونه کوچک (۲۲ شرکت‌کننده) تعمیم‌پذیری نتایج را به جمعیت‌های وسیع‌تر بیماران مبتلا به سندروم تحریک‌پذیر محدود می‌کند. دوم، روش نمونه‌گیری هدفمند ممکن است باعث سوگیری انتخاب شده باشد و شمولیت نمونه را کاهش دهد. سوم، اتکا به پرسشنامه‌های خودگزارشی، خطر سوگیری پاسخ را افزایش می‌دهد. چهارم، عدم پیگیری طولانی‌مدت بیش از سه ماه، درک اثرات پایدار مداخله را محدود می‌کند. در نهایت، این مطالعه سایر عوامل مؤثر بالقوه، مانند درمان‌های پزشکی همزمان یا تغییرات سبک زندگی را که ممکن است بر نتایج تأثیر گذاشته باشند، کنترل نکرده است. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده این محدودیت‌ها پوشش داده شود. در زمینه کاربردی پیشنهاد می‌شود که درمان متمرکز بر هیجان به‌عنوان یک مداخله روانشناختی در کنار سایر مداخلات پزشکی به منظور بهبود اضطراب و بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر استفاده شود.

منابع

چمنی قلندری، ر.، افشار اردلان، م.، دکانه ای فرد، ف.، چمنی، س.، قمچیلی، ا.، زارعی، ح.، و همکاران. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. *پرستار و پزشک در رزم*، *۷* (۲۳)، ۵-۱۰. http://npwjm.ajaums.ac.ir/article-1-695-fa.html

1 Shahar
2 Elliott & Greenberg

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

حقایق، ع.، ادیبی، پ.، و دوازده امامی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر کیفیت زندگی و خواب در نشانگان روده تحریک پذیر. *نشریه گوارش*، ۲۰(۳)، ۱۸۵-۱۹۲. https://www.cabidigitallibrary.org/doi/pdf/10.5555/20153391864

دانا، م.، کشاورزی، ف م.، حسنی، ف م.، و محمدخانی، پ. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اختلال خواب، نشخوار فکری و ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۳ (۱۳۷)، ۲۱-۳۷. http://psychologicalscience.ir/article-1-2081-fa.html

رضایی، م.، و باباخانی، و. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش آنلاین مفاهیم واقعیت‌درمانی بر تنظیم شناختی هیجان و اضطراب مادران دانش‌آموزان در ایام قرنطینه ناشی از ویروس کرونا. رویش روان شناسی، ۱۱ (۷)، ۴۵-۵۶. http://frooyesh.ir/article-1-3629-fa.html

شیخان، ر م.، و گودرزی، م. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر دشواری تنظیم هیجان و شدت علائم در مبتلایان به سندرم رودۀ تحریک‌پذیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۳۲ (۲)، ۹۷-۸۸. http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-8194-fa.html

همایونی، س.، تقوی، م.، گودرزی، م.، و هادیان فرد، ح. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر نگرانی و خودانتقادی افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۰۹)، ۱۸-۱. https://psychologicalscience.ir/article-1-1371-fa.html

Alhazmi, A., Darraj, H., Abdali, H., Hakami, S. M., Alatiyyah, A., Dalak, M., ... & Hakami Jr, S. (2024). Anxiety-related factors associated with symptom severity in irritable bowel syndrome in Jazan, Saudi Arabia. *Cureus*, *16*(2), 1-15. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38445128/

Bakhshayesh Eghbali, B., Saadat, S., Hasanzadeh, K., Pourramzani, A., Khatami, S., Saberi, A., & Jafroudi, M. (2022). Relationship between self-compassion and psychological well-being with the mediating role of resilience in people with multiple sclerosis. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii*, *31*(2), 43-51. https://doi.org/10.5114/ppn.2022.117999

Belogianni, K., Stennett, E., Felton, J., Hearsey, S., Twomey, A., Sibelli, A., ... & Lomer, M. (2025). Feasibility of incorporating a cognitive behavioural therapy (CBT) for irritable bowel syndrome (IBS) app alongside dietary counselling. *Clinical Nutrition ESPEN*, *68*, 854-855. https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2025.03.126

Camilleri, M. (2021). Diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome: a review. *Jama*, *325*(9), 865-877. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33651094/

Cheng, X., Ren, C., Mei, X., Jiang, Y., & Zhou, Y. (2024). Gut microbiota and irritable bowel syndrome: status and prospect. *Frontiers in Medicine*, *11*, 1429133. https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1429133

Elliott, R., & Greenberg, L. S. (2007). The essence of process-experiential/emotion-focused therapy. *American Journal of Psychotherapy*, *61*(3), 241-254. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17985528/

Greenberg, L. S. (2004). Emotion–focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *11*(1), 3-16. https://doi.org/10.1002/cpp.388

Greenberg, L. S. (2010). Emotion-focused therapy: A clinical synthesis. *Focus*, *8*(1), 32-42. https://doi.org/10.1176/foc.8.1.foc32

Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, *16*(2), 106-117. https://psycnet.apa.org/record/2017-27149-003

Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2019). *Clinical handbook of emotion-focused therapy*. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000112-003

Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2022). Emotion-focused therapy for depression: Canadian contributions. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *54*(2), 152. https://doi.org/10.1037/cbs0000317

Hasan, A. N., Asaduzzaman, M., Mahfuj, M. N., Islam, R., Bhuyan, M. M. K., Basak, P., & Sharif, A. B. (2025). Prevalence of irritable bowel syndrome and its association to mental health among the private university students of Dhaka, Bangladesh. *PLOS Global Public Health*, *5*(5), e0004670. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0004670

Khaki, S., Golparvar, M., & Yousefi, Z. (2025). Comparison of the Effectiveness of Suffering Management Training and Emotion Efficacy Therapy on Life Suffering and Affective Capital in Individuals with Irritable Bowel Syndrome. *Mental Health and Lifestyle Journal*, *3*(2), 1-12. https://www.mhljournal.com/index.php/mhlj/article/view/58

Lee, A. H., Mahurkar-Joshi, S., Naliboff, B., Gupta, A., Labus, J., Tillisch, K., ... & Chang, L. (2025). Role of sex, anxiety, and resilience in the association between adverse childhood experiences and irritable bowel syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, *23*(1), 154-162. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38878847/

Madva, E. N., Sadlonova, M., Harnedy, L. E., Longley, R. M., Amonoo, H. L., Feig, E. H., ... & Celano, C. M. (2023). Positive psychological well-being and clinical characteristics in IBS: A systematic review. *General hospital psychiatry*, *81*, 1-14. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.01.004

Nybacka, S., Kinnander, A., Augustin, H., & Bärebring, L. (2024). Perceived healthiness of foods, food avoidance and diet-related anxiety in individuals with self-reported irritable bowel syndrome: a cross-sectional study. *BMC nutrition*, *10*(1), 134. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39390500/

Pereira, A. G., Fu, L., Xu, W., Gharibans, A. A., & O'Grady, G. (2025). The effects of heart rate variability biofeedback on functional gastrointestinal disorders: a scoping review. *Frontiers in Physiology*, *16*, 1511391. https://doi.org/10.3389/fphys.2025.1511391

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]

Ruiz-Sánchez, C., Escudero-López, B., & Fernández-Pachón, M. S. (2024). Evaluation of the efficacy of probiotics as treatment in irritable bowel syndrome. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición (English ed.)*, *71*(1), 19-30. https://doi.org/10.1016/j.endien.2024.01.003

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, *69*(4), 719. https://psycnet.apa.org/buy/1996-08070-001

Sadeghian, A. M., Dashti, F., Shariati, B., Mokhtare, M., & Sotoudeheian, M. (2024). The role of cognitive emotion regulation strategies in predicting the resilience, symptom severity, and quality of life of patients with irritable bowel syndrome. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology*, *48*(5), 102341. https://doi.org/10.1016/j.clinre.2024.102341

Santonocito, R., Paladino, L., Vitale, A. M., D'Amico, G., Zummo, F. P., Pirrotta, P., ... & Caruso Bavisotto, C. (2024). Nanovesicular mediation of the gut–brain axis by probiotics: Insights into irritable bowel syndrome. *Biology*, *13*(5), 296. https://doi.org/10.3390/biology13050296

Shahar, B., Bar-Kalifa, E., & Alon, E. (2017). Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple-baseline study. *Journal of consulting and clinical psychology*, *85*(3), 238. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28221059/

Sharbanee, J. M., & Greenberg, L. S. (2023). Emotion-focused therapy for grief and bereavement. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, *22*(1), 1-22. https://doi.org/10.1080/14779757.2022.2100813

Sharma, M., Rana, S., Aggarwal, S., Ahsan, A. U., Budhwar, M., Mehra, S., ... & Chopra, M. (2024). Efficacy of Nigella sativa seed oil against psychophysical stress induced irritable bowel syndrome and anxiety-like symptoms in Wistar rats. *Psychopharmacology*, *241*(12), 2609-2626. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39516296/

Slouha, E., Mohamed, A., Patel, B., Razeq, Z., Clunes, L. A., & Kollias, T. F. (2024). The use of psychotherapy for refractory irritable bowel syndrome: a systematic review. *Cureus*, *16*(2), e54138. https://doi.org/10.7759/cureus.54138

Staudacher, H. M., Mikocka-Walus, A., & Ford, A. C. (2021). Common mental disorders in irritable bowel syndrome: pathophysiology, management, and considerations for future randomised controlled trials. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, *6*(5), 401-410. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33587890/

Timulak, L. (2018). Humanistic-experiential therapies in the treatment of generalised anxiety: A perspective. *Counselling and Psychotherapy Research*, *18*(3), 233-236. https://doi.org/10.1002/capr.12172

Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., ... & Mahon, S. (2022). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Psychotherapy*, *59*(1), 84. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35113639/

Wang, F., Liu, Y. L., Jiang, C. H., Wu, H. Y., Jin, J., Sun, Y. W., ... & Fang, X. (2025). Association between psychiatric disorders and irritable bowel syndrome: A bidirectional Mendelian randomization study. *Journal of Affective Disorders*, *368*, 865-871. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.09.030

Wang, Z., Hou, Y., Sun, H., Wang, Z., & Zhang, H. (2024). Efficacy of acupuncture treatment for diarrhea-predominant irritable bowel syndrome with comorbid anxiety and depression: A meta-analysis and systematic review. *Medicine*, *103*(46), e40207. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39560589/

Wiebe, S. A., & Johnson, S. M. (2017). Creating relationships that foster resilience in Emotionally Focused Therapy. *Current Opinion in psychology*, *13*, 65-69. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.05.001

Wu, Y., Li, Y., Zheng, Q., & Li, L. (2024). The efficacy of probiotics, prebiotics, synbiotics, and fecal microbiota transplantation in irritable bowel syndrome: a systematic review and network meta-analysis. *Nutrients*, *16*(13), 2114. https://doi.org/10.3390/nu16132114

Xu, X., Huang, Y., Ma, Z., & Liu, Z. (2025). Exploration of TCM Comprehensive Treatment of Irritable Bowel Syndrome Based on Pathophysiological Mechanism. *International Journal of General Medicine*, 3075-3091. https://doi.org/10.2147/IJGM.S513906

Yang, L., Zhang, L., Liu, Y., Liu, J., Li, K., & Cai, J. (2024). The different impacts of pain-related negative emotion and trait negative emotion on brain function in patients with inflammatory bowel disease. *Scientific Reports*, *14*(1), 23897. https://doi.org/10.1038/s41598-024-75237-z

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]