Journal of Anesthesiology and Pain Autumn 2023, Vol 14, No 3



# Effectiveness of emotion focused therapy on experiential avoidance and cognitive emotion regulation in Patients with chronic pain and alexithymia

**Mojgan Shokrolahi[1], Seyed Esmaeil Hashemi[2*], Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand[3], Yadollah Zargar[4], Abdolzahra Naaimi[5]**

1. *PhD in psychology, Department of Psychology, Shahid chamran university of Ahvaz, Ahvaz, Iran*
2. *Professor, Department of Psychology, Shahid chamran university of Ahvaz, Ahvaz, Iran*
3. *Professor, Department of Psychology, Shahid chamran university of Ahvaz, Ahvaz, Iran*
4. *Associate professor, Department of counseling, Hazrat-e Masoumeh university. Qom, Iran*
5. *Professor, Department of Psychology, Shahid chamran university of Ahvaz, Ahvaz, Iran*

## ABSTRACT

**Aim and background:** The aim of this study was to investigate the effectiveness of emotion focused therapy on experiential avoidance and cognitive emotion regulation in patients with chronic pain and alexithymia.

**Material and Methods:** This research was an experiential study with pre, post-test and follow-up control group. The statistical population included all patients with chronic pain in Isfahan city in 1400. Sampling was done by available and voluntary sampling method and in two stages. In this way, 24 patients with chronic pain who scored above 60 in the Torento alexithymia questionnaire (1994) were selected and randomly assigned to the experimental and control groups (n = 12). The experimental group received online emotion-focused group therapy for 12 weekly sessions. Instruments were Karnfeskes's Cognitive Emotion Regulation Questionnaire(2001) and Acceptance and Action Questionnaire (2011) which were completed in three stages of the research. data were analyzed using repeated measure analysis.

**Results:** The results of data analysis showed that there is a significant difference between the adjusted averages of experiential avoidance and cognitive emotion regulation between two groups ($P<0.05$). Therefore, it can be concluded that emotion focused therapy is effective on experiential avoidance and cognitive emotion regulation in patients with chronic pain and alexithymia ($P<0.05$).

**Conclusion:** Considering the effect of emotion focused therapy on research variables, this treatment method can be used to improve patients with chronic pain and alexithymia.

**Keywords:** Emotion-focused therapy, avoidance, cognitive emotion regulation, Chronic pain, Alexithymia

Please cite this paper as:
Shokrolahi M, Hashemi SE, Mehrabizadeh Honarmand M, Zargar Y, Naaimi AZ. [Effectiveness of emotion focused therapy on experiential avoidance and cognitive emotion regulation in Patients with chronic pain and alexithymia (Persian)]. J Anesth Pain 2023;14(3): 1-9.

**Corresponding Author:** Seyed Esmaeil Hashemi, Professor, Department of Psychology, Shahid chamran university of Ahvaz, Ahvaz, Iran
**Email:** esmaeil@scu.ac.ir



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-30 ]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۴، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۲

# اثربخشی درمان هیجان مدار بر اجتناب تجربی و تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی

**مژگان شکراللهی[۱]، سید اسماعیل هاشمی[۲*]، مهناز مهرابی زاده هنرمند[۳]، یدالله زرگر[۴]، عبدالزهرا نعامی[۵]**

۱. دکتری روانشناسی گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
۲. استاد گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
۳. استاد گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
۴. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه حضرت معصومه (س)، قم، ایران
۵. استاد گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

**تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۴/۹** **تاریخ بازبینی: ۱۴۰۲/۴/۱۵** **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۴/۲۵**

**چکیده**

**زمینـه و هـدف:** پژوهـش حاضـر بـا هـدف بررسـی اثربخشـی درمـان هیجـان مـدار بـر اجتنـاب تجربـی و تنظیـم شـناختی هیجـان در بیمـاران مبتـلا بـه دردمزمـن بـا ناگویـی هیجانـی انجام شـد.

**مـواد و روش‌هـا:** ایـن پژوهـش مطالعـه تجربـی بـا طـرح پیشـآزمون، پسـآزمون و پیگیـری، همـراه بـا گـروه گـواه بـود. جامعـه آمـاری کلیـه بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن شـهر اصفهـان در سـال ۱۴۰۰ بـود. در نمونهگیـری بـا روش نمونـه گیـری دردسـترس و داوطلبانـه، تعـداد ۲۴ بیمـار مبتـلا بـه درد مزمـن کـه در پرسشـنامه ناگویـی هیجانـی ترونتـو (۱۹۹۴) نمـرۀ بـالای ۶۰ دریافـت کـرده بودنـد، انتخـاب و بـه طـور تصادفـی بـه گـروه آزمایـش و کنتـرل گمـارده شـدند (n = ۱۲). سـپس گـروه آزمایـش درمـان آنلایـن هیجانمـدار را بـه مـدت ۱۲ جلسـه هفتگـی دریافـت کـرد. ابـزار مـورد اسـتفاده پژوهـش شـامل پرسشـنامه پذیـرش و عمـل (۲۰۱۱) و پرسشـنامه تنظیـم هیجـان گارنفسـکی (۲۰۰۱) بـود کـه در سـه مرحلـۀ پژوهـش تکمیـل شـد. دادههـای بـه دسـت آمـده بـا روش آمـاری تحلیـل واریانـس بـا اندازهگیـری مکـرر مـورد تجزیـه و تحلیـل قـرار گرفـت.

**نتایـج:** نتایـج حاصـل از تحلیـل داده هـا نشـان داد کـه بیـن میانگینهـای تعدیـل شـده متغیرهـای اجتنـاب تجربـی و تنظیـم شـناختی هیجـان در دو گـروه تفـاوت معنـاداری وجـود دارد($P<۰/۰۵$). پـس مـی تـوان نتیجـه گرفـت کـه درمـان هیجـان مـدار بـر اجتنـاب تجربـی و تنظیـم شـناختی هیجـان در بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن بـا ناگویـی هیجانـی اثربخـش اسـت($P<۰/۰۵$).

**نتیجهگیـری:** بـا توجـه بـه اثرگـذاری درمـان هیجـان مـدار بـر متغیرهـای پژوهـش میتـوان از ایـن روش درمـان بـرای بهبـود بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن بـا ناگویـی هیجانـی سـود جسـت.

**واژه‌های کلیدی:** درمان هیجان مدار، اجتناب تجربی، تنظیم شناختی هیجان، درد مزمن، ناگویی هیجانی

**نویسـنده مسـئول:** سـید اسـماعیل هاشـمی، اسـتاد گروه روانشناسـی، دانشـکده روانشناسـی و علـوم تربیتی، دانشـگاه شـهید چمـران اهواز، اهـواز، ایـران

**پست الکترونیک: esmaeil@scu.ac.ir**

[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-30 ]

**مقدمه**

درد مزمن(chronic pain) از جمله شایع ترین و پرهزینه‌ترین مشکلات طب عمومی می‌باشد به گونه ای که زندگی بیماران را در ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی، حرفه‌ای و تحصیلی متاثر می کند و با ناتوان کردن فرد از انجام وظایف روزانه هم به بیمار و هم جامعه آسیب رسانده و مشکلات اقتصادی گوناگونی را ایجاد می کند [۱]. از آنجا که درد یک تجربهٔ ادراکی پیچیده است، عوامل روانشناختی گوناگونی مانند هیجان‌ها، بافت اجتماعی و محیطی، ادراک فرد از درد و همچنین عقاید، باورها و انتظارات فرد بر روی آن اثر می‌گذارد. ناگویی هیجانی نیز یکی دیگر از این عوامل است. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی به علت نقص در آگاهی از عواطف و فعالیت های شناختی نمادین، در مقابله با استرس آسیب پذیر هستند و درد مزمن مسیری است که از طریق آن فرد، عواطف و احساسات خود را در رابطه با عوامل استرس زای زندگی، در قالب نشانه های بدنی متجلی می سازد [۳]. یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که شدت ناگویی هیجانی با شدت درد بیشتر و همچنین ترس از درد و اجتناب از درد در بیماران مبتلا به درد مزمن رابطه دارد و این درحالی است که بر مبنای پیشینه پژوهشی ترس و اجتناب می‌تواند در تبدیل درد حاد به مزمن و پیچیدهتر شدن درد مزمن نقش داشته باشد [۴].

به عبارت دیگر پژوهشگران ترس از درد را پیش‌زمینهٔ اجتناب از روبرو شدن با محرک‌هایی معرفی کرده‌اند که درد را برای فرد تداعی می کنند. به این ترتیب و براساس پیشینه پژوهشی، افراد مبتلا به درد مزمن سطح بالاتری از اجتناب تجربی(experiental avoidance) را از خود نشان می‌دهند [۵]. اجتناب تجربی به صورت عدم تمایل برای باقی ماندن و روبرو شدن با وقایع شخصی ناراحت کننده یا افکار، هیجان‌ها، احساسات، خاطرات یا امیال آزارنده تعریف می‌شود [۶]. در همین راستا و در خصوص بیماران مبتلا به درد مزمن می‌توان گفت که اجتناب تجربی در دو زمان اتفاق می‌افتد، اول در زمان درد، بیمار به دنبال فرار از احساس درد است؛ دوم این‌که بیمار نگران تجربه درد در زمان آینده است که نتیجه آن رفتار اجتنابی است. این اجتناب کردن از تجارب منفی می‌تواند در کوتاه‌مدت باعث تسکین پریشانی فرد شود اما در بلندمدت اثرات متناقضی در پی دارد و باعث افزایش پریشانی در فرد می‌شود [۵]. بنابراین می‌توان گفت که اجتناب تجربی نوع خاصی از تنظیم هیجان است که فرد برای رهایی از عواطف منفی آن‌را به‌کار می‌برد [۷].

تنظیم هیجان (emotion regulation) یکی از عوامل تأثیرگذار بر درد است و در مقابله و سازگاری فرد با رویدادهای استرس‌آور زندگی نقش مهمی ایفا می‌کند. [۸]. تنظیم شناختی هیجان( cognitive emotion regulation) روشی شناختی برای کنترل و تغییر اطلاعات فراخواندهٔ هیجان است، در واقع این روش تنظیم هیجان به شیوه تفکر افراد پس از تجربه یک رویداد منفی اشاره دارد. انسان در هنگام مواجهه با رویدادهای مختلف، آنها را تفسیر می کند و این تفسیرهای شناختی نقش تعیین کننده ای در واکنش افراد دارد، لذا تنظیم هیجان به یک تعادل بهینه‌از شناخت و هیجان، برای مقابله با شرایط منفی نیاز دارد و راهبردهای شناختی نیز به درگیر شدن فعالانه فرد و تلاش او در جهت تغییر هیجان ها از طریق تفسیر و ارزیابی معنای رویدادها نیازمند است [۹]. بر مبنای یافته‌های پژوهشی، تنظیم هیجان با شدت درد، فراوانی و طول دورهٔ ادراک درد و میزان سازگاری با درد رابطه مستقیم دارد و همچنین در بروز و پیدایش نشانههای جسمانی کلیه اختلال‌های روان‌تنی از جمله درد مزمن هیجانات نقش اساسی ایفا می‌کنند [۸].

با توجه به تأثیرات منفی و مخرب درد مزمن بر کارکرد روزانه و حرفه‌ای فرد و ایجاد سطوح مختلف محدویت‌های فیزیکی و اجتماعی برای بیماران، پرداختن به این اختلال و استفاده از مداخله‌های گوناگون برای کاهش علائم بیماری و بر طرف کردن مشکلات زمینه‌ای همراه با آن ضروری به نظر می‌رسد. در حال حاضر درمان‌های روان‌شناختی هم به صورت جداگانه و هم همراه با روش‌های پزشکی در درمان این اختلال مورد توجه قرار گرفته است و کارآمدی مداخله‌های روان‌شناسی مختلف در پژوهش‌های گوناگون تأیید شده است [۱۰]. با توجه به اینکه هیجان و درد با هدف کاهش شرایط نامساعد، مکانیسم های یکسانی را راه اندازی می کنند، بهتر است از رویکردهای درمانی برای درمان این بیماران استفاده کرد که بر روی مسائل مربوط به هیجان متمرکز باشد [۱۱]. درمان هیجان‌مدار (amotion focused therapy) که یک شیوهٔ درمان ساختار یافته بر مبنای فلسفهٔ اصالت هیجان و مبتنی بر تکنیکهای تجربی می‌باشد که از جمله درمان‌های تأثیرگذار در حیطهٔ روان فیزیولوژی به حساب می‌آید و تأثیر قابل قبولی در کاهش علایم جسمانی شده نظیر کمر درد و مشکلات گوارشی داشته است [۱۲]. پیشینه پژوهش حاکی از تأثیر درمان هیجان‌مدار بر بهبود سلامت عمومی بیماران مبتلا به نشانگان رودهٔ تحریک‌پذیر [۱۳] و همچنین ارتقاء



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-30 ]

کیفیت زندگی و بهبود ابعاد سلامت روان بیماران مبتلا به کهیر و سایر اختلال های روان تنی [۱۴] می‌باشد به این ترتیب با توجه به شیوع بالای اختلال درد مزمن ، ماهیت ناتوان کننده این اختلال، خسارت‌های مالی، جسمانی و روانشناسی فراوانی که به همراه دارد و نیز با توجه به نقش عوامل روانشناسی مختلف در پیدایش درد ، شدت درد، روند بهبودی و مقابله فرد با درد 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 پژوهش‌هایی که اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی مختلف را بر روی این اختلال مورد بررسی قرار می‌دهد و ضروری به نظر می‌رسد. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر اجتناب تجربه ای و تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی انجام گرفت.

**روش مطالعه**

مطالعه حاضر یک مطالعهٔ تجربی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ تشکیل می‌داد. نمونه‌گیری در این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه و طی دو مرحله صورت گرفت. به این ترتیب تعداد ۲۴ بیمار مبتلا به درد مزمن که در پرسش‌نامه ناگویی هیجانی ترونتو (۱۹۹۴) نمرهٔ بالای ۶۰ دریافت کرده بودند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و به طور تصادفی به گروه آزمایش و گروه کنترل گمارده شدند (در هر گروه ۱۲ = n). معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: تشخیص قطعی اختلال درد مزمن توسط پزشک متخصص، کسب نمرهٔ بالای ۶۰ در پرسش‌نامه ناگویی هیجانی ترونتو، طول مدت ابتلای افراد به درد مزمن حداقل ۶ ماه، سطح تحصیلات بالاتر از سیکل و گروه سنی ۱۸ سال به بالا و تمایل و توانایی شرکت در جلسات درمانی به صورت آنلاین . ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسه‌های درمان بود.

پس از اجرای نمونه‌گیری و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها به گروه آزمایش و گروه کنترل پیش آزمون به روش آنلاین (با توجه به همه‌گیری کوئید ۱۹) از شرکت‌کنندگان گرفته شد. پس از آن گروه آزمایش درمان آنلاین هیجان‌مدار را در فضای اسکای‌روم به مدت ۱۲ جلسه هفتگی و هر جلسه ۹۰ دقیقه دریافت کردند. درمان هیجان‌مدار استفاده شده در پژوهش حاضر بر اساس مدل گرینبرگ و پاویو [۱۵] می‌باشد که برای انجام پژوهش حاضر به صورت آنلاین پروتکل درمان برای بیماران مبتلا به درد مزمن تنظیم و تعدیل شد. در این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسه‌های درمان، پس آزمون و پس از گذشت دو ماه آزمون پیگیری به صورت آنلاین از هر دو گروه به عمل آمد. داده‌های حاصل از پژوهش در دوسطح توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح اطمینان برای آزمون فرضیه‌ها ۹۵٪ در نظر گرفته شد. در راستای رعایت ملاحظات اخلاقی هدف و روش اجرای مطالعه برای کلیه شرکتکنندگان به طور دقیق توضیح داده شد و از کلیه شرکت‌کنندگان رضایت/نامه کتبی دریافت شد. لازم به ذکر است که پژوهش حاضر دارای کُد اخلاق به شناسهٔ EE /9903052058901/scu.ac.ir از دانشگاه شهید چمران اهواز می‌باشد.

ابزار مورد استفاده در پژوهش عبارت بودند از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان و پرسشنامه پذیرش و عمل ۲.

پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران (۱۶) در سال ۲۰۰۱ ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که براساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت در دامنه هرگز (۱) تا همیشه(۵) نمره گذاری می شود.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٪ به‌دست آمد. [۱۷].

پرسش‌نامه پذیرش و عمل۲: این پرسشنامه توسط بوند و همکاران [۱۸] با هدف سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در ۷ سؤال تهیه شد. نمرهٔ بالاتر در این مقیاس نشان دهندهٔ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است. بوند و همکاران [۱۸] 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 کورونباخ ۸۹٪ و ضریب پایانی بازآزمون ۷۱٪ گزارش شده است [۱۹].



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-30 ]

مراحل جلسات درمان گروهی هیجان مدار به شرح زیر می باشد:
مرحله اول: پیوند، توافق و آگاهی
مرحله‌ی دوم: فراخوانی، کاوش و کشف
مرحله سوم: تغییر و بازسازی هیجانی

**یافته‌ها**

در هردو گروه آزمایش و کنترل، ۴ نفر (۳۳/۳ درصد) مرد و ۸ نفر (۶۶/۷ درصد) زن بودند. بیشترین افراد نمونه در گروه درمان هیجان‌مدار برابر با ۴ نفر (۳۳/۳۳ درصد) در گروه سنی ۳۱ تا ۳۵ سال بودند در حالی که در گروه کنترل ۳ نفر (۲۵ درصد) در گروه سنی ۳۱ – ۳۵ سال و همین تعداد در گروه سنی ۳۱ – ۴۰ سال بودند.
در جدول۱ اطلاعات توصیفی هر یک از متغیرهای پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه ارائه گردیده است.
تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نیز مانند هر آزمون آماری دیگری دارای یک سری مفروضه است که قبل از انجام تحلیل باید مورد بررسی قرار گیرد و در صورت برقراری مفروضه‌ها، تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شود. به این ترتیب مفروضه‌های نرمال بودن با آزمون کولموگروف - اسپیرونف، همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین و همسانی ماتریس واریانس- کوواریانس‌ها با آزمون باکس مورد بررسی قرارگرفته است و نتایج نشان داد که هر سه این مفروضه ها رعایت شده است.

همچنین در فرآیند تحلیل اندازه گیری مکرر، یکی از پیش‌فرض‌های مهم، تقارن ماتریس کوواریانس‌های نمرات متغیر وابسته در دفعات مختلف ارزیابی است که از طریق آزمون کرویت موشلی (Mauchly,s Test of Sphericity ) بررسی می‌شود. در پژوهش حاضر سطح معناداری آماره موشلی برای نمرات اجتناب تجربی و فاجعه آمیز کردن درد و تنظیم شناختی مثبت و منفی هیجان کمتر از۰/۰۵ کمتر بوده و درنتیجه فرض صفر رد شده (P<۰/۰۵)، لذا در ارزیابی نتایج براساس عامل زمان از آزمون گرینهاوس- گیسر در تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. جدول ۲نتایج آزمون گرینهاوس- گیسر جهت ارزیابی تاثیر زمان و عضویت گروهی بر متغیرهای پژوهش را نشان می دهد.
نتایج جدول۲ حاکی از آنست که بین میانگین‌های متغیرهای اجتناب تجربی، تنظیم شناختی مثبت هیجان و تنظیم شناختی منفی هیجان در دفعات مختلف اندازه گیری تفاوت معناداری وجود دارد . به عبارت دیگر نمرات این دو متغیردر مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون تفاوت معنادار داشته است. همچنین اثر تعاملی بین عامل زمان ارزیابی و عضویت گروهی برای نمرات متغیرها در آزمودنی‌ها تاثیر معناداری را نشان می‌دهد.
جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس جهت مقایسه گروه های مورد مطالعه در نمرات متغیرهای پژوهش در سطوح مختلف را نشان می دهد.

**جدول۱:** اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش‌در پیش- آزمون، پس- آزمون و پیگیری در میان افراد گروه نمونه

| متغیر | مرحله | گروه آزمایش | | | گروه کنترل | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد |
| اجتناب تجربی | پیش‌آزمون | ۱۲ | ۱۵/۰۸ | ۱/۴۲ | ۱۲ | ۱۴/۵۸ | ۱/۲۲ |
| | پس آزمون | ۱۲ | ۲۵ | ۱/۳۹ | ۱۲ | ۱۳/۳۳ | ۱/۰۱ |
| | پیگیری | ۱۲ | ۲۵/۵۰ | ۱/۵۱ | ۱۲ | ۱۳/۸۳ | ۱/۱۶ |
| تنظیم شناختی مثبت هیجان | پیش‌آزمون | ۱۲ | ۵۹/۷۵ | ۲/۰۶ | ۱۲ | ۵۰/۷۵ | ۳/۱۴ |
| | پس آزمون | ۱۲ | ۷۵/۷۵ | ۳/۵۵ | ۱۲ | ۵۲ | ۲/۱۸ |
| | پیگیری | ۱۲ | ۷۰/۵۸ | ۳/۷۶ | ۱۲ | ۵۲ | ۲/۲۶ |
| تنظیم شناختی منفی هیجان | پیش‌آزمون | ۱۲ | ۶۸/۰۸ | ۱/۱۳ | ۱۲ | ۷۲/۴۱ | ۱/۳۱ |
| | پس آزمون | ۱۲ | ۵۹/۵۰ | ۱/۸۵ | ۱۲ | ۷۱/۱۶ | ۱/۲۳ |
| | پیگیری | ۱۲ | ۵۸/۸۳ | ۱/۹۰ | ۱۲ | ۷۰/۸۳ | ۱/۳۰ |



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-30 ]

**جدول۲:** نتایج آزمون گرینهاوس- گیسر جهت ارزیابی تاثیر زمان و عضویت گروهی بر متغیرهای پژوهش

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری | اندازه اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **اجتناب تجربی** | زمان | ۴۹۲/۱۳ | ۱/۳۸ | ۱۵۲/۵۰ | ۸۱/۱۸ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۳۹ |
| | زمان*گروه | ۴۸۷/۹۲ | ۲/۷۶ | ۱۷۶/۲۹ | ۴۴/۵۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۳۰ |
| **تنظیم شناختی مثبت هیجان** | زمان | ۲۰۷۸/۷۴ | ۱/۰۳ | ۲۰۰۵/۳۴ | ۵۲/۲۸ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۱۳ |
| | زمان*گروه | ۸۸۵/۸۱ | ۲/۰۷ | ۴۲۷/۲۶ | ۱۱/۱۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۴۰۳ |
| **تنظیم شناختی منفی هیجان** | زمان | ۴۸۰/۲۴ | ۱/۰۹ | ۴۳۷/۲۲ | ۲۶/۸۶ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۴۴۹ |
| | زمان*گروه | ۲۰۷/۲۵ | ۲/۱۹ | ۹۴/۳۴ | ۵/۷۹ | ۰/۰۰۵ | ۰/۲۶۰ |

**جدول۳:** نتایج آزمون تحلیل واریانس جهت مقایسه گروه‌های مورد مطالعه در نمرات متغیرهای پژوهش در سطوح مختلف

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری | اندازه اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **اجتناب تجربی** | عضویت گروهی | ۱۱۱۲/۵۷ | ۲ | ۵۵۶/۲۸ | ۹/۸۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۳۷ |
| **تنظیم شناختی مثبت هیجان** | عضویت گروهی | ۶۳۵۸/۴۶ | ۲ | ۳۱۷۹/۲۳ | ۱۰/۸۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۳۹ |
| **تنظیم شناختی منفی هیجان** | عضویت گروهی | ۱۴۵۸/۲۶ | ۲ | ۷۲۹/۱۴ | ۹/۳۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۳۷ |

همان‌طور که در جدول۳ مشاهده می‌شود بین میانگین‌های تعدیل شده متغیر اجتناب تجربی و تنظیم شناختی مثبت و منفی هیجان در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد($P<۰/۰۵$)، لذا می‌توان گفت در مجموع بین دو گروه در نمرات اجتناب تجربی و تنظیم شناختی مثبت و منفی هیجان تفاوت معناداری وجود دارد. به این ترتیب نتیجه گرفته می‌شود که درمان هیجان مدار بر اجتناب تجربی و تنظیم شناختی مثبت و منفی هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی اثربخش است یعنی با اطمینان ۹۵ درصد فرض پژوهش تایید میگردد.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر اجتناب تجربی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل داده ها نشان داد که درمان هیجان مدار بر اجتناب تجربی و تنظیم شناختی مثبت و منفی هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی اثربخش است. یافته های حاصل از پژوهش در خصوص اثرگذاری درمان هیجان مدار بر اجتناب تجربی بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی به‌طور غیرمستقیم با نتایج پژوهش شفیعی امیری و همکاران [۲۰] که به بررسی اثربخشی آموزش گروهی تنظیم هیجان بر اجتناب تجربی پرداخته بود و نیز با پژوهش Brown و همکاران [۲۱]، Spenser و همکاران [۲۲] که به بررسی اثربخشی سایر درمان‌های روان‌شناختی بر اجتناب تجربی در نمونه‌های مختلف پرداخته بودند همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته پژوهشی می توان به یکی از اهداف اصلی درمان هیجان مدار یعنی آموزش مدیریت و تنظیم هیجان به بیماران اشاره کرد. افراد در طی درمان هیجان مدار یاد می‌گیرند که به‌جای اجتناب کردن از احساسات خود، آن را بروز دهند و به تجربه آن بپردازند [۱۵]. به عبارت دیگر درمان هیجان مدار می‌تواند به واسطه آگاه ساختن بیماران از هیجاناتشان از طریق ایجاد برانگیختگی و در تماس بودن با تجارب آزاردهنده، موجب کاهش اجتناب تجربی در فرد شود. در این درمان به افراد کمک می‌شود تا رویدادهای آسیب‌زای گذشته خود را بپذیرند و از اجتناب از تفکرات و نشانه‌های یادآور رویدادهای آسیب‌زا پرهیز نمایند و به‌جای اجتناب از این نشانه‌ها بر یادگیری‌های جدیدی که منجر به تغییر رویه زندگی و ساخت فضای جدید می‌شود، تاکید نموده و اعمال خود را براساس حرکت در مسیر یادگیری های جدید خود، سازمان‌دهی نمایند [۱۲]. در واقع درمان هیجان مدار متمرکز بر پذیرش تجربه‌ای است که نقطه



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-30 ]

متقابل اجتناب تجربی می‌باشد و در طی درمان به افراد کمک می‌شود تا به‌دنبال تلاش برای تغییر یا کنترل تجربیات بر درونی نباشد و از آن‌ها اجتناب نکنند. به این ترتیب مجموعه این عوامل موجب کاهش اجتناب تجربی در بیماران و تداوم نتایج تا مرحله پیگیری شده است. یافته دیگر پژوهشی نشان داد که درمان هیجان مدار بر تنظیم شناختی مثبت و منفی هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی تأثیرگذار است. این یافته پژوهشی با نتایج پژوهش ظهراب نیا و همکاران [۲۳] و پژوهش Rodriguez و همکاران [۲۴] همسو می‌باشد. در تبیین این یافته پژوهشی می‌توان گفت یکی از اهدافی که درمان هیجان مدار آن را دنبال می کند، این است که به مراجعان کمک شود تا بتوانند هیجانات خود را بهتر شناسایی و تجربه کنند، آنها را پذیرفته، درک کرده و تغییر دهند، و به‌طور انعطاف‌پذیری بتوانند آن‌ها را مدیریت و تنظیم کنند. در واقع، در این درمان، هوش هیجانی افراد تقویت می‌شود، به گونه ای که افراد می توانندحالت‌های هیجانی خود و دیگران را بهتر تشخیص دهند، آنها را نام گذاری کرده و توصیف کنند و در موقعیت های مختلف به درستی از هیجانات خود استفاده کنند و همچنین بتوانند با دیگران همدلی کنند. در نتیجه در طی این درمان و با ایجاد این مهارت ها و قابلیت های جدید در بیماران فرد می تواند به درستی هیجانات و رفتار خود را تنظیم کند [۱۳] و لذا میزان استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان افزایش یافته و میزان استفاده از راهبردهای منفی هیجان کاهش می یابد.

**نتیجه‌گیری**

نتایج این مطالعه نشان داد که درمان هیجان مدار بر اجتناب تجربی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی اثربخش است. از جمله محدویت های پژوهش حاضر اجرای آن بر روی بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی ۱۸ تا ۵۰ سال و دارای حداقل مدرک تحصیلی سیکل انجام‌گرفته است، به این ترتیب نتایج قابل تعمیم به بیماران دارای سن کمتر یا بیشتر از این محدوده سنی نمی‌باشد. از طرف دیگر پژوهش حاضر در شهر اصفهان انجام‌گرفته است ،پس تعمیم نتایج برای بیماران سایر مناطق باید با احتیاط صورت گیرد. استفاده از ابزارهای خود گزارش‌دهی در پژوهش حاضر و اجرای آنلاین مداخله ی درمانی در گروه‌های آزمایش به‌علت قرار داشتن در پاندمی کوئید۱۹ و محدودیت‌های اجتماعی، از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که لازم است مورد توجه قرار گیرد. به این ترتیب پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده و مرتبط با این زمینه، اثربخشی درمان هیجان مدار بر روی سایر گروه‌های سنی و نیز سطح تحصیلات پائین‌تر از سیکل و نیز بیماران مبتلا به درد مرمن در سایر شهرها و مناطق مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد مداخله ی انجام‌شده در پژوهش حاضر به‌صورت حضوری برای نمونه مشابه این پژوهش انجام گردد تا نتایج با اجرای مداخله به‌صورت آنلاین مقایسه گردد. از سوی دیگر با توجه به تأثیر درمان هیجان مدار بر حساسیت اضطرابی و فاجعه‌آمیز کردن درد بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی و نیز با توجه به سایر یافته‌های پژوهشی مبنی‌بر تاثیر درمان‌های روان شناختی بر بهبود علایم و افزایش بهزیستی بیماران مبتلا به درد مزمن و همچنین با توجه به همبودی این اختلال با انواع مختلف اختلال‌های روانی نظیر اضطراب و افسردگی، به کلیه متخصصانی که با این بیماران کار می‌کنند، ازجمله پزشکان و روان‌شناسان پیشنهاد می‌شود در کنار استفاده از درمان‌های پزشکی و دارویی از درمان‌های روان‌شناسی و ازجمله درمان هیجان مدار به‌منظور کاهش مشکلات روان‌شناختی همبود،کاهش حساسیت اضطرابی، فاجعه‌آمیز کردن درد استفاده کنند.



[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-30 ]

## 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. Lanzava R, Conti C , Camelio M, Cannizzaro P, Lalli V., Bellomo R, et al. Alexithymia and somatization in chronic pain patients: A sequential mediation model. Frontiers in Psychology 2020, 11(1): 1- 10.
3. Pahlevan M, Besharat M A, Borjali A, Farahani H. [Predicting the Intensity of Pain in Patients With Chronic Pain Based on Alexithymia: The Mediating Role of the Behavioral Inhibition System (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2019; 25 (1) :56-71
4. Aaron RV, Fisher EA, De lavega R, Lamley MA, Palermo TM. Alexithymia in individuals With chronic pain and it،s relation to pain intensity physical interference, depression and anxiety: a systematic review and meta analysis. Pain. 2019 ;16(5): 994-1006.
5. Casta J, & Pinto-Gouveia, J. Acceptance of pain, self- compassion and psychopathology: using the chronic pain acceptance questionnaire to identify patients subgroups. Clinical Psychology & Psychotherapy 2011;18(4):292-302 .
6. Hayes SC, Wilson K G, Gifford EV, Follette V M, & Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1996; 64(6): 1152-1168.
7. Aldao A, Nolen- Moeksema S, & Schweizer, S. Emotion-regulation strategies across Psychopathology: a meta-analytic review. Clinical Psychology Review 2010; 30(2): 217-237.
8. Purnamaningsih, E. H. (2017). Inoculation training on personality and emotion regulation Strategies. International Journal Psychological Research 2017; 10(1): 53- 60.
9. Garnefski N, Rieffe C, Jellesma F, Terwoget M, kraaij V. Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11 year old children: the development of an instrument. European Child Adolescence Psychiatry 2016; 16: 1- 9.
10. 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 (Persian)]. Journal of cognitive psychology 2018: 6(1): 1 – 10.
11. Amini-Fasakhoudi M, Mahmoud Alilou M, Tahmassian K, Bakhshipour- Roudsari A. [Efficacy of dialectical behavior therapy techniques in reducing problems of patients with preoccupied attachment style having chronic musculoskeletal pain: a single case study (Persian)].Feyz 2017; 20 (6) :539-550.
12. 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.
13. Haghayegh S A, Adibi P, Davazdahemami M H. [ Efficacy of emotion focused therapy of life and sleep in irritable bowel syndrome, In Persian]. Govaresh Journal 2015; 20(3): 185 – 920.
14. Bahreinian Z, Sanagoye Moharer G. [ Effectiveness of emotion – focused therapy on pain acceptance and mental health dimension among patients with urticarial, In Persian]. Commonity Health 2020; 7(2): 201 – 210.
15. Greenberg L, Paivio SC. Working whit emotions in psychotherapy (vol. 913). Guilford press; 1997.
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 ,In Persian]. Journal of Exceptional Children 2007; 6(4): 871 – 892.
18. 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.
19. Abasi E, Fti L, Molidi R, Zarabi H. [Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire Π, In Persian] . Psychological Methods and Models 2013; 10(2):65 – 80.
20. Shafiee Amiri M, Abbasi G, Fakhri M K. [The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Evaluation, Death Anxiety, Experimental Avoidance, and Emotional Expression in Nurses, In Persian] . Journal of Disability Studies 2020; 10 :220-220
21. Brown K.W, Coogle C.L , Wegeline J. A pilot randomized controlled trial of mindfulness-based stress




[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-30 ]

reduction for caregivers of family members with dementia. Aging & Mental Health 2016; 20(11):1157-1166.
22. Spencer SD, Buchanan J A, Masuda A. Effects of brief acceptance and cognitive reappraisal interventions on experiential avoidance in socially anxious individuals: A preliminary investigation. Behavior Modification 2020; 64(6):841-864.
23. Zohrabniya E, Sanaei Zaker B, Kiyamanesh A, Zahrakar K. [ Comparison of the efficacy of emotion-focused therapy and cognitive-behavior therapy on post-divorce adjustment and self-esteem of divorced women, In Persian]. Journal of Psychological Science 2022; 21(109):207-227.
24. Rodriguez L, M, Lee KDM, Onufrak J, Dell JB, Quist M, Drake HP, Bryan J. Effects of a brief interpersonal conflict cognitive reappraisal intervention on improvements in access to emotion regulation strategies and depressive symptoms in college students. *Psychology & Health* 2020; 35(10):1207-1227.

[ Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-10-30 ]