





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

Mojgan Shokrolahi¹ , Seyed Esmail Hashemi^{2*} , Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand³,
Yadollah Zargar⁴, Abdolzahra Naaimi⁵

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 Toronto 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 Esmail Hashemi, Professor, Department of Psychology, Shahid chamran university of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Email: esmaeil@scu.ac.ir

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 مهربابی زاده هنرمند^۳، یدالله زرگر^۴، عبدالزهره نعیمی^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 پذیرش: ۱۴۰۲/۴/۲۵

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۲/۴/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۴/۹

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر اجتناب تجربی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به دردمزمن با ناگویی هیجانی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش مطالعه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به درد مزمن شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بود. در نمونه‌گیری با روش نمونه‌گیری دردسترس و داوطلبانه، تعداد ۲۴ بیمار مبتلا به درد مزمن که در پرسشنامه ناگویی هیجانی ترونسو (۱۹۹۴) نمره بالای ۶۰ دریافت کرده بودند، انتخاب و به طور تصادفی به گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند ($n = 12$). سپس گروه آزمایش درمان آنلاین هیجانمدار را به مدت ۱۲ جلسه هفتگی دریافت کرد. ابزار مورد استفاده پژوهش شامل پرسشنامه پذیرش و عمل (۲۰۱۱) و پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی (۲۰۰۱) بود که در سه مرحله پژوهش تکمیل شد. داده‌های به دست آمده با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که بین میانگینهای تعدیل شده متغیرهای اجتناب تجربی و تنظیم شناختی هیجان در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). پس می‌توان نتیجه گرفت که درمان هیجان مدار بر اجتناب تجربی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی اثربخش است ($P < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** با توجه به اثرگذاری درمان هیجان مدار بر متغیرهای پژوهش می‌توان از این روش درمان برای بهبود بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی سود جست.

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

نویسنده مسئول: سید اسماعیل هاشمی، استاد گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

پست الکترونیک: esmaeil@scu.ac.ir

مقدمه

درد مزمن (chronic pain) از جمله شایع ترین و پرهزینه ترین مشکلات طب عمومی می باشد به گونه ای که زندگی بیماران را در ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی، حرفه ای 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 تجربه ادراکی پیچیده است، عوامل روانشناختی گوناگونی مانند هیجان ها، بافت اجتماعی و محیطی، ادراک فرد از درد و همچنین عقاید، باورها و انتظارات فرد بر روی آن اثر می گذارد. 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.^(۲) یافته های 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 در حالی است که بر مبنای پیشینه پژوهشی ترس و اجتناب می تواند در تبدیل درد حاد به مزمن و پیچیده تر شدن درد مزمن نقش داشته باشد.^(۳)

به عبارت دیگر پژوهشگران ترس از درد را پیش زمینه اجتناب از روبرو شدن با محرک هایی معرفی کرده اند 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 (experiential avoidance) را از خود نشان می دهند.^(۴) اجتناب تجربی به صورت عدم تمایل برای باقی ماندن و روبرو شدن با وقایع شخصی ناراحت کننده یا افکار، هیجان ها، احساسات، خاطرات یا امیال آزارنده تعریف می شود.^(۵) در همین راستا و در خصوص بیماران مبتلا به درد مزمن می توان گفت که اجتناب تجربی در دو زمان اتفاق می افتد، اول در زمان درد، بیمار به دنبال فرار از احساس درد است؛ دوم این که بیمار نگران تجربه درد در زمان آینده است که نتیجه آن رفتار اجتنابی است. این اجتناب کردن از تجارب منفی می تواند در کوتاه مدت باعث تسکین پریشانی فرد شود اما در بلندمدت اثرات متناقضی در پی دارد و باعث افزایش پریشانی در فرد می شود.^(۶) بنابراین می توان گفت که اجتناب تجربی نوع خاصی از تنظیم هیجان است که فرد برای رهایی از عواطف منفی آن را به کار می برد.^(۷)

تنظیم هیجان (emotion regulation) یکی از عوامل تأثیرگذار بر درد است و در مقابله و سازگاری فرد با رویدادهای استرس آور زندگی نقش مهمی ایفا می کند.^(۸) تنظیم شناختی هیجان (cognitive emotion regulation) روشی شناختی برای کنترل و تغییر اطلاعات فراخوانده 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 بهینه از 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 یافته های پژوهشی، تنظیم هیجان با شدت درد، فراوانی و طول دوره ادراک درد و میزان سازگاری با درد رابطه مستقیم دارد و همچنین در بروز و پیدایش نشانه های جسمانی کلیه اختلال های روان تنی از جمله درد مزمن هیجانات نقش اساسی ایفا می کنند.^(۸)

با توجه به تأثیرات منفی و مخرب درد مزمن بر کارکرد روزانه و حرفه ای فرد و ایجاد سطوح مختلف محدودیت های فیزیکی و اجتماعی برای بیماران، پرداختن به این اختلال و استفاده از مداخله های گوناگون برای کاهش علائم بیماری و بر طرف کردن مشکلات زمینه ای همراه با آن ضروری به نظر می رسد. در حال حاضر درمان های روان شناختی هم به صورت جداگانه و هم همراه با روش های پزشکی در درمان این اختلال مورد توجه قرار گرفته است و کارآمدی مداخله های روان شناسی مختلف در پژوهش های 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 هیجان مدار (amotion focused therapy) که یک شیوه درمان ساختار یافته بر مبنای فلسفه اصالت هیجان و مبتنی بر تکنیک های تجربی می باشد که از جمله درمان های تأثیرگذار در حیطه روان فیزیولوژی به حساب می آید و تأثیر قابل قبولی در کاهش علائم جسمانی شده نظیر کمر درد و مشکلات گوارشی داشته است.^(۱۲) پیشینه پژوهش حاکی از تأثیر درمان هیجان مدار بر بهبود سلامت عمومی بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر^(۱۳) و همچنین ارتقاء

کردند. درمان هیجان‌مدار استفاده شده در پژوهش حاضر بر اساس مدل گرینبرگ و پویو^(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 از آزمون و پس از گذشت دو ماه آزمون پیگیری به صورت آنلاین از هر دو 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 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 کد اخلاق به شناسه 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 می‌شود. 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) پرسش‌نامه پذیرش و عمل ۲: این پرسشنامه توسط بوند و همکاران^(۱۸) با هدف سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در ۷ سؤال تهیه شد. نمره بالاتر در این مقیاس نشان دهنده 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 کرونباخ ۸۹٪ و ضریب پایانی بازآزمون ۷۱٪ گزارش شده است.^(۱۹)

کیفیت زندگی و بهبود ابعاد سلامت روان بیماران مبتلا به کپیر و سایر اختلال‌های روان‌تنی^(۱۴) می‌باشد به این ترتیب با توجه به شیوع بالای اختلال درد مزمن، ماهیت ناتوان‌کننده 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 هیجان‌مدار بر اجتناب تجربه‌ای و تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی انجام گرفت.

روش مطالعه

مطالعه حاضر یک مطالعه 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 ترونسو (۱۹۹۴) نمره 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 $n = 12$). معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: تشخیص قطعی اختلال درد مزمن توسط پزشک متخصص، کسب نمره بالای ۶۰ در پرسش‌نامه ناگویی هیجانی ترونسو، 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 پیش‌آزمون 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

همچنین در فرآیند تحلیل اندازه گیری مکرر، یکی از پیش فرض‌های 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 از ۰/۰۵ (P<۰/۰۵)، لذا در ارزیابی نتایج براساس عامل زمان از آزمون گرینهاوس-گیسر در تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. جدول ۲ نتایج آزمون گرینهاوس-گیسر جهت ارزیابی تاثیر زمان و عضویت گروهی بر متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۲ 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 متغیر در 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 گروه‌های مورد مطالعه در نمرات متغیرهای پژوهش در سطوح مختلف را نشان می‌دهد.

مراحل جلسات درمان گروهی هیجان مدار به شرح زیر می‌باشد:

مرحله اول: پیوند، توافق و آگاهی
مرحله دوم: فراخوانی، کاوش و کشف
مرحله سوم: تغییر و بازسازی هیجان

یافته‌ها

در هر دو گروه آزمایش و کنترل، ۴ نفر (۳۳/۳ درصد) مرد و ۸ نفر (۶۶/۷ درصد) زن بودند. بیشترین افراد نمونه در گروه درمان هیجان مدار برابر با ۴ نفر (۳۳/۳ 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 جدول ۱ 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 قرار گرفته است و نتایج نشان داد که هر سه این مفروضه‌ها رعایت شده است.

جدول ۱: اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش-آزمون، پس-آزمون و پیگیری در میان افراد گروه نمونه

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		تعداد	میانگین	تعداد	میانگین
اجتناب تجربی	پیش آزمون	۱۲	۱۵/۰۸	۱۲	۱۴/۵۸
	پس آزمون	۱۲	۲۵	۱۲	۱۳/۳۳
	پیگیری	۱۲	۲۵/۵۰	۱۲	۱۳/۸۳
تنظیم شناختی مثبت هیجان	پیش آزمون	۱۲	۵۹/۷۵	۱۲	۵۰/۷۵
	پس آزمون	۱۲	۷۵/۷۵	۱۲	۵۲
	پیگیری	۱۲	۷۰/۵۸	۱۲	۵۲
تنظیم شناختی منفی هیجان	پیش آزمون	۱۲	۶۸/۰۸	۱۲	۷۲/۴۱
	پس آزمون	۱۲	۵۹/۵۰	۱۲	۷۱/۱۶
	پیگیری	۱۲	۵۸/۸۳	۱۲	۷۰/۸۳

جدول ۲: نتایج آزمون گرینه‌هاوس - 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	۰/۰۰۰۵	۰/۲۶۰

جدول ۳: 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

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 می‌توان به یکی از اهداف اصلی درمان هیجان‌مدار یعنی آموزش مدیریت و تنظیم هیجان به بیماران اشاره کرد. افراد در طی درمان هیجان‌مدار یاد می‌گیرند که به‌جای اجتناب کردن از احساسات خود، آن را بروز دهند و به تجربه آن بپردازند^(۱۵). به عبارت دیگر درمان هیجان‌مدار می‌تواند به واسطه آگاه ساختن بیماران از هیجان‌اتشان از طریق ایجاد برانگیختگی و در تماس بودن با تجارب آزردهنده، 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 یادگیری‌های جدید خود، سازمان‌دهی نمایند^(۱۲). در واقع درمان هیجان‌مدار متمرکز بر پذیرش تجربه‌ای است که نقطه

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین میانگین‌های تعدیل شده متغیر اجتناب تجربی و تنظیم شناختی مثبت و منفی هیجان در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$)، 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 هیجان‌مدار 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 هیجان‌مدار بر اجتناب تجربی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر اجتناب تجربی و تنظیم شناختی مثبت و منفی هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی اثربخش است. یافته‌های حاصل از پژوهش در خصوص اثرگذاری درمان هیجان‌مدار بر اجتناب تجربی بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی به‌طور غیرمستقیم با نتایج پژوهش شفیع‌امیری و همکاران^(۲۰) که به

سال و دارای حداقل مدرک تحصیلی سیکل انجام گرفته است، به این ترتیب نتایج قابل تعمیم به بیماران دارای سن کمتر یا بیشتر از این محدوده سنی نمی باشد. از طرف دیگر پژوهش حاضر در شهر اصفهان انجام گرفته است، پس تعمیم نتایج برای بیماران سایر مناطق باید با احتیاط صورت گیرد. استفاده از ابزارهای خود گزارش دهی در پژوهش حاضر و اجرای آنلاین مداخله درمانی در گروه های آزمایش به علت قرار داشتن در پاندمی کوئید ۱۹ و محدودیت های اجتماعی، از دیگر محدودیت های پژوهش حاضر بود که لازم است مورد توجه قرار گیرد. به این ترتیب پیشنهاد می شود که در پژوهش های آینده و مرتبط با این زمینه، اثربخشی درمان هیجان مدار بر روی سایر گروه های سنی و نیز سطح تحصیلات پایین تر از سیکل و نیز بیماران مبتلا به درد مرمی در سایر شهرها و مناطق مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می گردد مداخله ی انجام شده در پژوهش حاضر به صورت حضوری برای نمونه مشابه این پژوهش انجام گردد تا نتایج با اجرای مداخله به صورت آنلاین مقایسه گردد. از سوی دیگر با توجه به تأثیر درمان هیجان مدار بر حساسیت اضطرابی و فاجعه آمیز کردن درد بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی و نیز با توجه به سایر یافته های پژوهشی مبنی بر تأثیر درمان های روان شناختی بر بهبود علایم و افزایش بهزیستی بیماران مبتلا به درد مزمن و همچنین با توجه به همبودی این اختلال با انواع مختلف اختلال های روانی نظیر اضطراب و افسردگی، به کلیه متخصصانی که با این بیماران کار می کنند، از جمله پزشکان و روان شناسان پیشنهاد می شود در کنار استفاده از درمان های پزشکی و دارویی از درمان های روان شناسی و از جمله درمان هیجان مدار به منظور کاهش مشکلات روان شناختی همبود، کاهش حساسیت اضطرابی، فاجعه آمیز کردن درد استفاده کنند.

متقابل اجتناب تجربی می باشد و در طی درمان به افراد کمک می شود تا به دنبال تلاش برای تغییر یا کنترل تجربیات بر درونی نباشد و از آن ها 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^(۳۳) و پژوهش Rodriguez و همکاران^(۳۴) همسو می باشد. در تبیین این یافته پژوهشی می توان 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 به طور انعطاف پذیری بتوانند آنها را مدیریت و تنظیم کنند. در واقع، در این درمان، هوش هیجانی افراد تقویت می شود، به گونه ای که افراد می توانند حالت های 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^(۳۳) و لذا میزان استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان افزایش یافته و میزان استفاده از راهبردهای منفی هیجان کاهش می باید.

نتیجه گیری

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 محدودیت های پژوهش حاضر اجرای آن بر روی بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی ۱۸ تا ۵۰

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 its 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, Tahmasian 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]. *Govareh Journal* 2015; 20(3): 185 – 920.
14. Bahreini Z, Sanagoye Moharer G. [Effectiveness of emotion – focused therapy on pain acceptance and mental health dimension among patients with urticarial, In Persian]. *Community 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. *European 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 –II: 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 II, 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

- 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, Zaharakar 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.