

اثربخشی درمان گروهی فراتشخیصی بر شدت علائم و ادراک بیماری افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر

The effectiveness of extradiagnostic group therapy on the severity of symptoms and disease perception of people with irritable bowel syndrome

Namidreza Nouri

PhD Student in Health Psychology, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Mojtaba Ansari Shahidi*

Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. dransarishahidi@gmail.com

Amir Mohsen Rahnejat

Assistant Professor of Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Mostafa Raisi

Assistant Professor, Poursina hakim digestive diseases research center and Isfahan Gastroenterology and Hepatology Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Mostafa Khanzadeh

Assistant professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Feizoleslam Non-Governmental Non-Profit Institute of Higher Education, Khomeinishahr, Iran.

حمیدرضا نوری

دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

مجتبی انصاری شهیدی (نویسنده مسئول)

استادیار، دانشکده روان‌شناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد نجف آباد، نجف آباد، ایران.

امیرمحسن راه نجات

استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی، تهران، ایران.

مصطفی رئیسی

استادیار، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارشی پورسینا حکیم و مرکز تحقیقات گوارش و کبد اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

مصطفی خانزاده

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی-غیردولتی فیض الاسلام، خمینی شهر، ایران.

Abstract

The aim of this research was to determine the effectiveness of group therapy on the severity of symptoms and perception of the disease in people with irritable bowel syndrome. The research was a semi-experimental type with a one-month follow-up phase. The population consisted of all female patients suffering from irritable bowel syndrome. The statistical sample included 30 people who were selected purposefully. Then, 15 people were randomly replaced in the control group and 15 people in the experimental group. The intervention group received meta-diagnostic treatment during 8 sessions of 60 minutes once a week. Data were collected by using Brad Bennett et al.'s (2006) brief IPQ and the severity of symptoms of irritable bowel syndrome (IBS-SSS) by Lechner et al. (2013) (IBS-SSS) was repeatedly analyzed. The symptom severity scores of women with irritable bowel syndrome decreased from pre-test to post-test and follow-up, which indicates the effect of extra diagnostic treatment in reducing the severity of symptoms and perception of the disease in these women ($p < 0.05$). with the persistence of the effect in the follow-up phase in reducing the severity of symptoms and perception of the disease; The stability of the effect of extra diagnostic group therapy on reducing the severity of symptoms and disease perception of women suffering from irritable bowel syndrome was confirmed ($p < 0.05$). It can be concluded that this intervention was able to reduce the severity of symptoms and perception of the disease to a great extent.

Keywords: Perception of illness, Transdiagnostic group therapy, irritable bowel syndrome, severity of symptoms.

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان گروهی فراتشخیصی بر شدت علائم و ادراک بیماری افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بود. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با مرحله پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران زن مبتلا به بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر مراکز درمان تخصصی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بود. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از این زنان بود که به‌صورت هدفمند انتخاب شدند. سپس، به‌طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه گواه و ۱۵ نفر در گروه آزمایش جایگزین گردیدند. گروه مداخله درمان فراتشخیصی را طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یکبار دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از مقیاس ادراک بیماری-فرم کوتاه براد بنت و همکاران (۲۰۰۶) (IPQ brief) و مقیاس شدت نشانه‌های سندروم روده تحریک‌پذیر لکنر و همکاران (۲۰۱۳) (IBS-SSS) جمع‌آوری و به روش تحلیل واریانس با اندازه-گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد نمرات شدت علائم زنان مبتلا به اختلال سندروم روده تحریک‌پذیر از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است که نشان دهنده تاثیر درمان فراتشخیصی در کاهش شدت علائم و ادراک بیماری در این زنان است ($p < 0.05$). همچنین با ماندگاری اثر در مرحله پیگیری در کاهش شدت علائم و ادراک بیماری؛ پایداری اثر درمان گروهی فراتشخیصی بر کاهش شدت علائم و ادراک بیماری زنان مبتلا به اختلال سندروم روده تحریک‌پذیر تایید شد ($p < 0.05$). نتیجه‌گیری می‌شود این مداخله تاحد زیادی توانست شدت علائم و ادراک بیماری را کاهش دهد.

واژه‌های کلیدی: ادراک بیماری، درمان گروهی فراتشخیصی، سندروم روده تحریک‌پذیر، شدت علائم.

سندروم روده تحریک‌پذیر (IBS)^۱ شایع‌ترین، ناتوان‌کننده‌ترین، پرهزینه‌ترین اختلال در گروه اختلال کارکرد گوارشی است (الکساندر^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). دردها و ناراحتی مزمن شکمی، اسهال، یبوست و نفخ در غیاب ناهنجاری ساختاری در دستگاه گوارش، کیفیت زندگی مبتلایان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (بلک و فورد^۳، ۲۰۲۰). ۴۰ میلیون نفر از جمعیت ایالات متحده آمریکا به آن مبتلا هستند (کاملری^۴، ۲۰۲۱). شیوع این اختلال در ایران از ۳/۵ تا ۵/۸٪ گزارش شده است (ابراهیمی دریانی و همکاران، ۱۳۹۰). این بیماری اغلب در افراد کمتر از ۴۵ سال بروز می‌کند (فایربراس^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). سندروم روده تحریک‌پذیر علائم سایر بیماری‌های گوارشی را تقلید می‌کند و علائم آن ماهیت نامشخصی دارد (اگوآلرا^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). به دلیل وجود نشانه‌های این اختلال مانند دردهای مزمن شکمی، اسهال، یبوست و نفخ؛ غیبت از کار و کاهش کیفیت روابط اجتماعی از عوارض مهم آن به شمار می‌آیند (هو^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). سندروم روده تحریک‌پذیر به عواملی چون سن، جنس، نوع علائم بارز، شدت و مدت علائم بارز و عوامل روانی اجتماعی بستگی دارد (ویر^۸، ۲۰۲۲). این اختلال در زنان، سه برابر مردان شیوع دارد (ملچیور^۹ و همکاران، ۲۰۲۲). برخی مطالعات بر نقش عوامل روان‌شناختی در سندروم روده تحریک‌پذیر تأکید دارند. به موازات وجود عوامل تشدیدکننده روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی و تنش‌های ناشی از تحریکات عصبی، علائم سندروم روده تحریک‌پذیر شدت می‌یابد (میدنفجورد^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱)؛ بنابراین به نظر می‌رسد آشفتگی‌های روانی ممکن است در شروع یا تشدید علائم گوارشی در مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر نقش مهمی داشته باشند (کولوشکی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱). در این بیماران به‌طور معناداری جسمانی سازی (ایتو و موتو^{۱۲}، ۲۰۲۰)، اضطراب (سیمپسون^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۰)، افسردگی (بلک^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۲) و اختلال کارکرد اجتماعی نسبت به افراد سالم (داس^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۰) بیشتر است.

در این بیماری نیز مانند سایر اختلالات غیرساختاری دستگاه گوارش، شناخت عوامل روانی و ادراک مغزی در بروز علائم اهمیت دارد. افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر اغلب بیش از دیگران دچار ریفلاکس معده ای مروری، علائم مربوط به دستگاه تناسلی-اداری، فیبرومیالژیا، سندروم خستگی مزمن، درد، اختلالات عاطفی و مشکلات روان‌شناختی می‌شوند (استروآی^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۲). در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر حیطه‌های مختلف زندگی مانند کارکرد شغلی، مسافرت، روابط بین فردی و لذت بردن دچار نقص و اختلال شده است. شدت علائم هم تفاوت دارند و به طور واضح می‌تواند کیفیت زندگی افراد را مختل کند (کیم^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از چالش‌هایی مشترک و معمول بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، به ویژه بیمارانی که با مسائل روانی و پزشکی متعددی رو به رو هستند، رویارویی با بیماری و چگونگی ادراک آن است (باچتر - آلت و سوسکولنی^{۱۸}، ۲۰۲۲). براساس نظریه لونتال و همکاران (لیم^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۲) بیماران رفتار و واکنش هیجانی خود نسبت به بیماری را براساس ادراکات خود از ماهیت، علل، پیامد، کنترل پذیری و درمان پذیری و مدت زمان بیماری تنظیم می‌نمایند. دو جنبه مهم درباره ادراک بیماری باید مورد توجه قرار گیرد: اول اینکه

- 1- Irritable bowel syndrome
- 2 - Alexandru
- 3 - Black
- 4 - Camilleri
- 5 - Fairbrass
- 6 - Aguilera-Lizarraga
- 7 - Hu
- 8 - Weber
- 9 - Melchior
- 10 - Midenfjord
- 11 - Koloski
- 12 - Ito, Muto
- 13 - Simpson
- 14 - Black
- 15 - Das
- 16 - Stroe
- 17 - Kim
- 18 - Pachter-Alt, Soskolne
- 19 - Lim

باورهای بیمار درباره شرایطی که در آن قرار دارد اغلب با آنچه درمانگر در این باره می‌اندیشد متفاوت است و دوم این که ادراک بیماری از بیماری به بیمار دیگر متفاوت است. حتی در مواردی که بیماران شرایط یکسان دارند می‌توانند دیدگاه‌های بسیار متفاوتی از بیماری‌شان داشته باشند (جون^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). فعال شدن روان سازه‌ها باعث می‌شود که فرد به اطلاعات حسی و حرکتی بیرونی به صورت انتخابی توجه کند و در نتیجه به تفسیر نادرست از حس‌های جسمی خود و تجربه بدنی تحریف شده برسد و خود را به صورت اغراق در حس‌های جسمانی و تشدید علائم نشان دهد (کیفر^۲ و همکاران، ۲۰۲۲).

با توجه به آنچه گفته شد عوامل روان‌شناختی در سندرم روده تحریک پذیر دارای اهمیت می‌باشند؛ بنابراین، تمرکز بر بهبود و درمان این عوامل می‌تواند در بهبود علائم خود بیماری نیز مؤثر باشد. درمان‌های روان‌شناختی در کنار دارودرمانی ممکن است در بهبود علائم روان‌شناختی مرتبط با این بیماری و نیز خود بیماری اثربخشی بهتری داشته باشند (ایوانز^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که ترکیب درمان‌های روان‌شناختی با دارودرمانی روشی مناسب برای افزایش سلامت روان و کاهش علائم در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر می‌باشد (رادزیوون^۴ و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین، نتایج نشان داده اند که عدم ادامه دارودرمانی باعث عود سندرم روده تحریک پذیر در بیماران می‌گردد (چن^۵ و همکاران، ۲۰۲۲؛ فرانسیس^۶ و همکاران، ۲۰۲۰)؛ بنابراین، با توجه به محدودیت دارو درمانی در این بیماری، لزوم بررسی درمان‌های روان‌شناختی احساس می‌شود. از جمله درمان‌های روان‌شناختی که ممکن است بر روی علائم روان‌شناختی مرتبط با این بیماری و خود بیماری مؤثر باشند، می‌توان به درمان فراتشخیصی اشاره کرد. درمان فراتشخیصی یک پروتکل یکپارچه شناختی-رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان است که از ترکیب و تجمیع اصول مشترک به دست آمده از روان‌درمانی‌های مبتنی بر حمایت تجربی ایجاد شده است (ایشی^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). این درمان توسط بارلو طراحی شده است که بر ماهیت سازگارانه و کارکردی هیجان‌ها تأکید دارد و به دنبال شناسایی و تصحیح تلاش‌های ناسازگارانه برای تنظیم تجارب هیجانی در نتیجه تسهیل پردازش مناسب و خاموش کردن پاسخ‌های مفرط هیجانی به نشانه‌های درونی (جسمی) و بیرونی است (یانگ^۸ و همکاران، ۲۰۲۲؛ فاوا^۹ و همکاران، ۲۰۱۹). در درمان فراتشخیصی، مدل سه مؤلفه‌ای هیجان‌ها برای بیماران ارائه شده است که به آنها کمک می‌کند تا فهم بهتری از تعامل افکار، احساس‌ها و رفتارها در ایجاد تجربیات هیجانی درونی داشته باشند (کورپاس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۲؛ کیازر^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این، بیماران یاد می‌گیرند تا تجربیات هیجانی خود را طبق این مدل منطبق کنند. این موضوع به بیماران کمک می‌کند تا آگاهی بهتری از تجربه‌های هیجانی خود (شامل برانگیزان‌ها و پیامدهای رفتاری) کسب کنند و نگاه عینی‌تری نسبت به هیجان‌های خود داشته باشند تا اینکه گرفتار پاسخ‌های هیجانی خود باشند. این مهارت بر آگاهی غیرقضاوتی، متمرکز بر حال ضمن تجربه هیجانی تأکید دارد (لاکندر^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۲).

لذا با توجه به اهمیت سندروم روده تحریک‌پذیر و هزینه‌های اقتصادی، روانی و بهداشتی که برای شخص و جامعه در پی دارد و با عنایت به اینکه عوامل روان‌شناختی نقش زیادی در سندروم روده تحریک‌پذیر دارند، با وجود مطالعات بسیاری که در درمان سندروم روده تحریک‌پذیر صورت گرفته، تنها اثربخشی تعداد اندکی از درمان‌ها اثبات شده است و درمان این اختلال اغلب دست نیافتنی است. نیاز به شناسایی درمان‌های مؤثر بسیار مهم است، زیرا درمان سندروم روده تحریک‌پذیر هزینه‌های بسیار گزافی را به خود اختصاص می‌دهد و با مشکلاتی در زمینه شدت علائم و ادراک بیماری همراه می‌باشد. از سوی دیگر با در نظر گرفتن این نکته که در زمینه موضوع مورد بحث در پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد؛ از این رو هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی فراتشخیصی بر شدت علائم و ادراک علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود.

1 - Jun
 2 - Keefer
 3 - Evans
 4 - Radziwon
 5 - Chen
 6 - Frances
 7 - Ishii
 8 - Yang
 9 - Fava
 10 - Corpas
 11 - Keizer
 12 - Lackner

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با مرحله پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران زن مبتلا به بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر به مراکز درمان تخصصی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بودند. که از بین آن‌ها ۳۰ بیمار به صورت روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در یکی از گروه آزمایش و گواه (۱۵ نفر گروه درمان فراتشخیصی و ۱۵ نفر گروه گواه) جایگذاری شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل تشخیص قطعی سندروم روده تحریک‌پذیر بر اساس معیارهای ROME IV که شامل معیارهای تشخیصی درد مکرر شکم به طور متوسط حداقل ۱ روز در هفته در ۳ ماه گذشته، همراه با دو یا چند مورد از معیارهای مربوط به اجابت مزاج، تغییر در دفعات مدفوع و تغییر شکل ظاهر مدفوع و با تشخیص پزشک فوق تخصص گوارش؛ رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، سن ۲۵ تا ۵۰ سال و حداقل تحصیلات دیپلم بود؛ و معیارهای خروج غیبت بیش از دو جلسه، عدم همکاری در طول جلسات درمانی، شروع به مصرف داروهای روانگردان، شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی روان‌شناختی و دریافت مشاوره فردی و عدم شرکت منظم در جلسات درمانی (حداکثر دو جلسه غیبت) بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش نیز این بود که به تمامی افراد شرکت کننده اطمینان داده شد که تنها اطلاعات گروهی گزارش خواهد شد. به منظور انجام پژوهش یک جلسه توجیهی برگزار شد و فرم رضایت‌نامه و مقیاس حاوی اطلاعات دموگرافیک بین شرکت‌کنندگان توزیع شد. باهدف حفظ حریم خصوصی شرکت‌کنندگان، برای هر شرکت‌کننده یک کد اختصاص داده شد. پس از انتخاب و گمارش شرکت‌کننده‌ها و قبل از اجرای جلسات درمان شرکت‌کننده‌ها هر دو گروه از طریق مقیاس ادراک بیماری برادبنت و همکاران (۲۰۰۶) و مقیاس شدت نشانه‌های سندروم روده تحریک‌پذیر فرانسیس و همکاران (۱۹۹۷) مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش تحت درمان فراتشخیصی تحت ۸ جلسه و بر اساس جلسات ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار قرار گرفتند. گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمان شرکت‌کننده‌های هر دو گروه مجدداً با ابزار پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند و بعد از گذشت یک ماه نیز پیگیری صورت گرفت. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از SPSS ویراست ۲۶ و روش آماری تحلیل واریانس آمیخته (با اندازه‌گیری مکرر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه ادراک بیماری- فرم کوتاه^۱ (brief IPQ): این پرسشنامه دارای ۹ خرده مقیاس است که توسط برادبنت و همکاران در سال ۲۰۰۶ طراحی شده است. هر خرده مقیاس به شکل یک سوال است که به بهترین شکل از ماده‌های هر یک از خرده مقیاس‌های IPQ-R به صورت اختصار در آمده است. همه خرده مقیاس‌ها (به جز سوال مربوط به علیت) در یک مقیاس درجه بندی از ۰ تا ده پاسخ داده می‌شود (برادبنت^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). در پژوهش برادبنت و همکاران (۲۰۰۶) ضریب پایایی این پرسشنامه را به روش بازآزمایی به فاصله زمانی ۳ هفته‌ای ۰/۷۰ گزارش کردند. همبستگی درون طبقه‌ای این پرسشنامه پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ بود. همچنین برای تعیین ضریب روایی از پرسشنامه خود اثربخشی ویژه بیماران مبتلا به دیابت استفاده شد که $I=0/61$ گزارش شد. (برادبنت و همکاران، ۲۰۰۶). در ایران نیز در پژوهش کریمیان و همکاران (۱۴۰۰) ضریب پایایی به روش باز آزمایی در فاصله‌ی زمانی ۳ ماه ۰/۸۱ گزارش شد و ضریب همبستگی آن با نسخه فرسی IPQ-R، ۰/۷۱ گزارش شد. آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش حاضر ۰/۹۰ بود.

مقیاس شدت نشانه‌های سندروم روده تحریک‌پذیر^۳ (IBS-SSS): این مقیاس یک ابزار ۵ گویه‌ای است که با استفاده از یک مقیاس آنالوگ دیداری برای اندازه‌گیری شدت درد شکمی، تواتر درد شکمی، شدت اتساع شکمی، ناراضی‌تی نسبت به عادات روده‌ای و تأثیر IBS نمره تمام گویه‌ها با یکدیگر جمع می‌شوند. نمره کل ابزار از ۰ تا ۵۰۰ است که نمره بالاتر، شدت بیشتر نشانه‌ها را نشان می‌دهد. آلفای کرونباخ برای همسانی درونی مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است (لکنر و همکاران، ۲۰۱۳). همبستگی نمرات به دست آمده برای فراوانی علائم برابر با $I=0/76$ و برای شدت علائم برابر $I=0/73$ به دست آمد (لکنر و همکاران، ۲۰۱۳). اصلانی (۱۳۹۶) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۷۶ گزارش کرد. اصلانی (۱۳۹۶) گزارش کرد که نسخه فارسی مقیاس دارای روایی مناسب است، به طوری که نمره‌ی کلی مقیاس رابطه معناداری با نمره‌ی کلی کیفیت زندگی (SF-36) ($I=0/62$) و نمره‌ی اضطراب و افسردگی (DASS) ($I=0/45$) دارد. آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش حاضر ۰/۸۸ گزارش شد.

1 - The Brief Illness Perception Questionnaire

2 - Broadbent

3 - Irritable bowel syndrome symptom severity scale

درمان فراتشخیصی^۱: محتوای جلسات درمانی فراتشخیصی بر اساس جلسات درمانی فراتشخیصی پکپارچه بارلو^۲ (۲۰۱۱) شامل مراحل زیر است:

جدول ۱. جلسات درمان فراتشخیصی بارلو (۲۰۱۱)

جلسه	محتوا
اول	آشنایی افراد با یکدیگر، اجرای پیش‌آزمون، بررسی بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر و علائم آن، منطق کلی درمان فراتشخیصی و توضیح درباره اختلال‌های هیجانی
دوم	شناخت هیجان، بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش روانی در زمینه ماهیت سازگاران و کارکردی هیجان‌ها، آموزش مدل سه مولفه‌ای تجارب هیجانی
سوم	تشخیص و ردیابی تجربه‌های هیجانی-نظارت بر تجارب هیجانی-معرفی ARC هیجان‌ها، معرفی مفهوم پاسخ‌های هیجانی آموخته شده
چهارم	آموزش آگاهی از هیجان‌ها، یادگیری مشاهده تجارب، مرور تکالیف جلسه قبل، معرفی آگاهی هیجانی غیرقضاوتی، معرفی آگاهی معطوف به حال، انجام تمرین آگاهی هیجان‌ها در جلسه، تکنیک‌های تمرین‌دهی با استفاده از القای خلق
پنجم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی؛ معرفی تله‌های فکری، معرفی ارزیابی شناختی، تمرین تصویر مبهم، تغییر ارزیابی شناختی، دادن تکلیف جدید
ششم	اجتناب از هیجان؛ ارائه انواع راهکارهای اجتناب از هیجان - مرور تکالیف جلسه قبل-یادگیری مفهوم اجتناب از هیجان‌ها-یادگیری نحوه اثرگذاری اجتناب از هیجان‌ها روی تجارب هیجانی-یادگیری و شناسایی تله‌های فکری مرسوم-شناسایی راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان-
هفتم	رفتارهای هیجان‌خواست-بررسی تکالیف جلسه قبل-یادگیری درباره رفتارهای مبتنی بر هیجان-یادگیری نحوه اثرگذاری EDB روی تجارب هیجانی-یادگیری شناسایی و واکنش به EDB ها
هشتم	پی بردن به حس‌های بدنی و مواجهه با آنها، مرور تکالیف جلسه قبل، آزمون القای علائم، مواجهه مکرر

یافته‌ها

میانگین سن گزارش‌شده برای نمونه پژوهش حاضر به تفکیک گروه‌ها؛ برای گروه آزمایش $34/8 \pm 3/53$ و در گروه گواه $35/4 \pm 3/89$ گزارش شد. حداقل سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۲۸ و حداکثر سن ۴۵ گزارش شد. همچنین با توجه به سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵؛ تفاوت معناداری بین دو گروه از یکدیگر وجود نداشت و دو گروه از نظر سن همگن بودند. نتیجه یافته‌های توصیفی پژوهش به تفکیک سه مرحله پژوهش در دو گروه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص توصیفی شدت علائم و ادراک علائم در بین دو گروه و در سه زمان قبل و بعد از مداخله و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
شدت علائم	درمان فراتشخیصی	۲۵۶/۸	۳/۸۷	۲۴۸/۵	۳/۹۹	۲۴۷/۴
	گواه	۲۵۵/۷	۵/۰۲	۲۵۵/۶	۲/۸۴	۲۵۶/۳
ادراک علائم	درمان فراتشخیصی	۵۹/۸	۴/۲۴	۵۲	۲/۷۲	۵۲/۲
	گواه	۶۰/۱	۴/۰۳	۵۹/۴	۲/۲۶	۵۹/۶

جدول ۲ میانگین متغیرهای شدت علائم و ادراک درد را در دو گروه نشان می‌دهد همین‌طور که مشاهده می‌شود؛ این متغیرها در بین دو گروه مورد مطالعه در پیش‌آزمون تفاوت چندانی دیده نمی‌شود؛ اما بعد از مداخله گروه مداخله تفاوت چشمگیری را نسبت به گروه گواه در

1 - transdiagnostic treatment

2 - Barlow

مقایسه با قبل از مداخله نشان می‌دهد؛ همچنین این تفاوت در مرحله پیگیری نیز قابل مشاهده است. نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها و به عنوان یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل اندازه‌گیری مکرر نشان داد که در سطح معناداری ($P > 0.05$) داده‌های جمع‌آوری شده، در همه متغیرهای گروه آزمایش و گواه نرمال است و پیش فرض طبیعی بودن یا همان پارامتریک بودن داده‌ها رعایت شده است. همچنین جهت بررسی تقارن مرکب ماتریس کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد که نتایج آن در متغیر شدت علائم ($F = 1.91/9$)=آماره ام‌باکس، $F = 2.75$ ، $P < 0.01$) و در متغیر ادراک علائم ($F = 2.16/6$)=آماره ام‌باکس، $F = 3.11$ ، $P < 0.01$)، که سطح معنی‌داری میزان F به دست آمده کمتر از 0.05 گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کوواریانس مورد تأیید قرار نمی‌گیرد ولی با توجه به برابری تعداد گروه‌ها می‌توان از این فرض چشم‌پوشی کرد. همچنین در این متغیر کرویت ماچلی برای متغیر شدت علائم ($F = 0.01$)=آماره موشلی، $F = 3.47/6$ توزیع خی دو، $P < 0.01$) و برای متغیر ادراک علائم ($F = 0.01$)=آماره موشلی، $F = 4.04/9$ توزیع خی دو، $P < 0.01$) گزارش شد که چون آزمون کرویت ماچلی بالاتر از 0.05 نیست، از آزمون محافظه‌کارانه‌ای چون گرین هاوس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین همگنی واریانس گروه‌ها برای متغیر شدت علائم ($F = 0.145$ ، $P > 0.05$) و ادراک علائم ($F = 0.440$ ، $P > 0.05$) گزارش شد که نشان‌دهنده تأیید همگنی واریانس‌ها است.

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در گروه‌های مورد پژوهش

نام آزمون	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
کرویت فرض شده	۱۸۵۶/۴	۵	۳۸۷/۳	۴۴/۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴
متغیر شدت علائم و ادراک علائم	۱۸۵۶/۴	۱/۴۵	۱۲۸۶/۶	۴۴/۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴
هوبن-فلت	۱۸۵۶/۴	۱/۵۹	۱۲۰۷/۴	۴۴/۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴
باند بالا	۱۸۵۶/۴	۱	۱۸۵۶/۴	۴۴/۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه از نظر حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۶۳/۴ درصد است که از نظر آماری قابلیت اعتنا و تعمیم‌پذیری را دارد. بنابراین گزارش نتایج دقیق در اثرات ساده و تعاملی به شرح جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ۲×۳ به منظور بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر شدت علائم و ادراک علائم

نام آزمون	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اثر اصلی گروه	۹۵/۴	۰/۰۰۱	۰/۷۴۱	۱
شدت علائم	۱۴/۵	۰/۰۰۱	۰/۳۶۷	۱
اثر اصلی گروه	۱۳/۹	۰/۰۰۱	۰/۴۱۵	۱
ادراک علائم	۷/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۲۷۵	۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر اصلی گروه برای شدت علائم ($F = 95.4$ ، $P < 0.05$ ، $\eta^2 = 0.741$) و برای ادراک علائم ($F = 13.9$ ، $P < 0.05$ ، $\eta^2 = 0.415$) معنادار هستند؛ یعنی بین دو گروه از نظر میانگین شدت علائم و ادراک علائم تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در متغیر شدت علائم اثر اصلی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ($F = 13.9$ ، $P < 0.05$ ، $\eta^2 = 0.367$) معنادار است. همچنین در متغیر ادراک علائم نیز اثر اصلی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ($F = 7.37$ ، $P < 0.05$ ، $\eta^2 = 0.275$) معنادار است. به عبارتی بین نمرات شدت علائم و ادراک علائم در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با لحاظ کردن گروه‌های مختلف آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در اثر اصلی زمان (سه مرحله اجرا) از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون یونفرونی برای مقایسه شدت علائم و ادراک علائم در سه مرحله

متغیر	مرحله ۱	مرحله ۲	تفاوت میانگین (I-J)	معناداری
شدت علائم	پیش آزمون	پس آزمون	-۸/۷۹	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۱۰/۶	۰/۰۰۱
ادراک علائم	پیش آزمون	پس آزمون	-۸/۸۹	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۱۳/۷	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵ می‌توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات شدت علائم زنان مبتلا به اختلال سندروم روده تحریک پذیر از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است که این نشان دهنده تاثیر درمان فراتشخیصی در این زنان است؛ به طوری که تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($d=-۸/۷۹, p<۰/۰۵$) و پیش‌آزمون پیگیری ($d=-۱۰/۶, p<۰/۰۵$) معنادار است که نشان دهنده تأثیر مداخله پژوهش در کاهش این متغیر است. همچنین در متغیر ادراک علائم تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($d=-۸/۸۹, p<۰/۰۵$) و پیش‌آزمون پیگیری ($d=-۱۳/۷, p<۰/۰۵$) معنادار است که نشان دهنده تأثیر مداخله پژوهش در کاهش ادراک علائم است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروهی فراتشخیصی بر شدت علائم و ادراک بیماری افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر انجام شد. نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد درمان گروهی فراتشخیصی بر شدت علائم بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر مؤثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون ایشی و همکاران (۲۰۲۲)، یانگ و همکاران (۲۰۲۲)، کورپاس و همکاران (۲۰۲۲) و لاکتر و همکاران (۲۰۲۲) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: با توجه به منطق پدیدایی روش درمانی فراتشخیصی یکپارچه، بهبودی و تغییرات معنادار شدت علائم می‌تواند به واسطه آماج قرار گرفتن عوامل مشترکی همچون تنظیم هیجانی، افکار تکرار شونده، و عاطفه منفی باشد که در مدل‌های پروتکل روی آنها تأکید شده است (یانگ و همکاران، ۲۰۲۲)؛ به عبارتی دیگر کاهش شدت علائم افراد مبتلا به سندروم روده‌ی تحریک‌پذیر احتمالاً به طور غیرمستقیم به واسطه تغییرات حاصل شده در این عوامل مشترک است و این موضوع با توجه به تجمیع مهارت‌ها و تکنیک‌های اثربخش بر درمان فراتشخیصی برای مورد هدف قرار دادن علائم کلیدی آسیب‌های بالینی انجام می‌شود. زیرا این شیوه درمان به افراد مبتلا به سندروم روده‌ی تحریک‌پذیر کمک می‌کند تا بیاموزند چگونه با هیجان‌های نامناسب خود روبرو شده و به شیوه سازش یافته تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند که این موارد بر کاهش شدت علائم مؤثر است (ایشی و همکاران، ۲۰۲۲). این روش همچنین سعی دارد تا با تنظیم عادات‌های نظم بخشی هیجانی، شدت وقوع آسیب‌ها و آشفتگی‌های روان‌شناختی را کاهش دهد (لاکتر و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین اثربخشی گروهی فراتشخیصی بر شدت علائم افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر قابل توجیه است.

در تبیین پایداری اثربخشی درمان فراتشخیصی بر کاهش شدت علائم در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر می‌توان گفت: در درمان فراتشخیصی به آموزش چند نوع مهارت پرداخته شد، ابتدا بر ماهیت کارکردی هیجان‌ها تأکید زیادی شده و واکنش‌های هیجانی نامتناسب که نشانه‌های درونی و بیرونی را خاموش می‌کند. دوم به چالش با ارزیابی‌های منفی (مثل تخمین زیاد احتمالات و فاجعه آمیز سازی) و تهدیدهای بیرونی و درونی همچون احساسات و هیجانات جسمی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی پرداخته می‌شود و به بیماران کمک می‌شود تا روش‌های ارزیابی مجدد را قبل از موقعیت‌های هیجانی، ضمن و بعد از رویداد استفاده کنند (کورپاس و همکاران، ۲۰۲۲). نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد درمان فراتشخیصی بر ادراک بیماری افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر مؤثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون کیازر و همکاران (۲۰۲۲)، فرانسیس و همکاران (۲۰۲۰) و فاوا و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: این درمان بر تعامل پویا بین شناخت‌ها و رفتارها و احساس‌های جسمی تأکید دارد که مؤلفه‌های مهمی در ایجاد تجربه‌های هیجانی هستند و تأکید بر اصلاح اعمال ناسازگارانه یا رفتارهای مبتنی بر هیجانات که موضوع اصلی در تمرین‌های مواجهه‌ای است، دارد. به عبارتی فراتشخیص بیشتر مدیریت هیجانات است. در این درمان الگوهای رفتاری ناشی از هیجان در مراجعین کاهش یافته و رفتارهای خوشایند جایگزین آن می‌شود، بنابراین به این طریق موجب افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی

اثربخشی درمان گروهی فراتشخیصی بر شدت علائم و ادراک بیماری افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر
The effectiveness of extradiagnostic group therapy on the severity of symptoms and disease perception of people ...

در آنان می‌شود. از سویی آموزش مواجهه‌سازی تجسمی و ذهنی به اشخاص کمک می‌کند تا آنان افکار خود را سرکوب نکنند و تصورات خود را به افکار ناخوشایند تبدیل نکنند (فاوا و همکاران، ۲۰۱۹)؛ بنابراین اثربخشی گروهی فراتشخیصی بر ادراک بیماری افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر موثر است.

در تبیین پایداری اثربخشی درمان فراتشخیصی بر ادراک بیماری افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر می‌توان گفت: درمان فراتشخیصی یکپارچه به بیماران می‌آموزد که چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مواجه شده و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. این درمان کمک می‌کند تا افراد مبتلا به سندروم روده‌ی تحریک‌پذیر فهم بهتری از تعامل افکار، احساس‌ها و رفتارها در ایجاد تجربه‌های هیجانی درونی داشته باشند. بیماران یاد می‌گیرند تا آگاهی بهتری از تجربه‌های هیجانی خود (شامل برانگیزاننده‌ها و پیامدهای رفتاری) کسب کنند، با ارزیابی‌های شناختی منفی از احساس‌ها و هیجان‌های جسمی چالش کنند، رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و اصلاح کنند، آگاهی و تحمل احساس‌های جسمی در طی مواجهه درونزاد را کسب کنند و در بافت‌های موقعیتی و درونزاد با تجربه‌های هیجانی خود مواجه شوند (کیارز و همکاران، ۲۰۲۲).

به‌طور کلی نتایج حاکی از اثربخشی درمان فراتشخیصی بر ادراک بیماری و شدت علائم بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر موثر بود. به طور کلی این درمان موجب شد که افراد نسبت به موقعیت، آگاه و هشیار باشند، احساسات و هیجان‌های خود را بشناسند، بنابراین از علت این احساسات باخبر شده و هیجان‌های خود را به شیوه سالم مدیریت کردند؛ پس این روش درمانی به‌عنوان یک روش درمانی کارآمد، کاربردی و مؤثر قابلیت استفاده و کاربرد در مراکز و کلینیک‌های درمانی را در جهت بهبود سلامت بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری هدفمند و حجم پایین نمونه اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش قدرت تعمیم پذیری در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و حجم نمونه بالاتر استفاده شود.

منابع

- ابراهیمی دریانی، ن؛ شیرزادف س؛ طاهر، م. (۱۳۹۰). سندرم روده تحریک پذیر: مروری بر تشخیص و درمان. *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، ۲۹(۱)، ۶۸-۴۹. <https://www.sid.ir/paper/41541/fa>
- اصلائی، س. (۱۳۹۶). مشکلات روانشناختی و شدت‌نشانه‌های سندرم روده تحریک‌پذیر. *روانشناسی معاصر*، ۱۲، ۱۸۰-۱۷۷. <https://rbs.mui.ac.ir/article-1-1050-fa.pdf>
- کریمیان، ز؛ حقایق، س؛ امامی نجفی دهکردی، س.م.ح؛ رئیسی، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹(۳)، ۴۸۸-۴۷۷. <https://rbs.mui.ac.ir/article-1-1050-fa.pdf>
- Aguilera-Lizarraga, J., Florens, M., Hussein, H., & Boeckxstaens, G. (2022). Local immune response as novel disease mechanism underlying abdominal pain in patients with irritable bowel syndrome. *Acta Clinica Belgica*, 77(5), 889-896. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17843286.2021.1996069>
- Alexandru, B. A., Rat, L. A., Moldovan, A. F., Mihancea, P., & Mariş, L. (2022). An Open-Label Trial Study of Quality-of-Life Assessment in Irritable Bowel Syndrome and Their Treatment. *Medicina*, 58(6), 763. <https://doi.org/10.3390/medicina58060763>
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L., & Ehrenreich-May, J. (2011). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook: Oxford University Press. *Google Scholar*. <https://www.scholars.northwestern.edu/en/publications/>
- Black, C. J., & Ford, A. C. (2020). Global burden of irritable bowel syndrome: trends, predictions and risk factors. *Nature reviews Gastroenterology & hepatology*, 17(8), 473-486. <https://www.nature.com/articles/s41575-020-0286-8>
- Black, C. J., Staudacher, H. M., & Ford, A. C. (2022). Efficacy of a low FODMAP diet in irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis. *Gut*, 71(6), 1117-1126. <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2021-325214>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, 60(6), 631-637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Camilleri, M. (2021). Diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome: a review. *Jama*, 325(9), 865-877. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2776885>
- Chen, L. J., Kamp, K., Fang, A., & Heitkemper, M. M. (2022). Delivery Methods of Cognitive Behavior Therapy for Patients With Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology Nursing*, 45(3), 149-158. doi: <https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000671>

- Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., & Gálvez-Lara, M. (2022). Effectiveness of brief group transdiagnostic therapy for emotional disorders in primary care: a randomized controlled trial identifying predictors of outcome. *Psychotherapy Research*, 32(4), 456-469. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1952331>
- Coyne, A. E., & Gros, D. F. (2022). Comorbidity as a moderator of the differential efficacy of transdiagnostic behavior therapy and behavioral activation for affective disorders. *Psychotherapy Research*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.2022236>
- Das, A., Razon, A. H., Ahmad, T., & Paul, D. K. (2022). Prevalence of irritable bowel syndrome and its associated risk factors among university students of Bangladesh. *JGH Open*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jgh3.12757>
- Evans, S., Olive, L., Dober, M., Knowles, S., Fuller-Tyszkiewicz, M., Eric, O., ... & Mikocka-Walus, A. (2022). Acceptance commitment therapy (ACT) for psychological distress associated with inflammatory bowel disease (IBD): protocol for a feasibility trial of the ACTforIBD programme. *BMJ Open*, 12(6), e060272. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060272>
- Fairbrass, K. M., Costantino, S. J., Gracie, D. J., & Ford, A. C. (2020). Prevalence of irritable bowel syndrome-type symptoms in patients with inflammatory bowel disease in remission: a systematic review and meta-analysis. *The lancet Gastroenterology & hepatology*, 5(12), 1053-1062. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30300-9](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30300-9)
- Fava, G. A., Tomba, E., Brakemeier, E. L., Carrozzino, D., Cosci, F., Eöry, A., ... & Guidi, J. (2019). Mental pain as a transdiagnostic patient-reported outcome measure. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88(6), 341-349. <https://doi.org/10.1159/000504024>
- Frances, S., Shawyer, F., Cayoun, B., Enticott, J., & Meadows, G. (2020). Study protocol for a randomized control trial to investigate the effectiveness of an 8-week mindfulness-integrated cognitive behavior therapy (MiCBT) transdiagnostic group intervention for primary care patients. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2411-1>
- Hu, P., Sun, K., Li, H., Qi, X., Gong, J., Zhang, Y., ... & Chen, J. D. (2022). Transcutaneous electrical acustimulation improved the quality of life in patients with diarrhea-irritable bowel syndrome. *Neuromodulation: Technology at the Neural Interface*. <https://doi.org/10.1016/j.neurom.2021.10.009>
- Ishii, M., Ito, W., Karube, Y., Ogawa, Y., Tagawa, A., Maeda, S., ... & Okajima, I. (2022). Effects of transdiagnostic group treatment for sleep disturbances in adult attention-deficit/hyperactivity disorders and autistic spectrum disorder: a pilot study. *Sleep and Biological Rhythms*, 20(2), 173-180. <https://doi.org/10.1007/s41105-021-00351-8>
- Ito, M., & Muto, T. (2020). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for irritable bowel syndrome non-patients: A pilot randomized waiting list controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.11.009>
- Jun, S., Jie, L., Ren, M., & Zhihua, R. (2022). Secondary Indicators for an Evaluation and Guidance System for Quality of Care in Inflammatory Bowel Disease Centers: A Critical Review of the Inflammatory Bowel Disease Quality of Care Center. *Inflammatory Bowel Diseases*, 28(Supplement_2), S3-S8. <https://doi.org/10.1093/ibd/izac009>
- Keefer, L., Bedell, A., Norton, C., & Hart, A. L. (2022). How should pain, fatigue, and emotional wellness be incorporated into treatment goals for optimal management of inflammatory bowel disease?. *Gastroenterology*, 162(5), 1439-1451. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.08.060>
- Keizer, A., Heijman, J. O., & Dijkerman, H. C. (2022). Do transdiagnostic factors influence affective touch perception in psychiatric populations?. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 43, 125-130. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2021.09.006>
- Kim, H., Oh, Y., & Chang, S. J. (2022). Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy in Patients With Irritable Bowel Syndrome: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 24(6), e35260. <https://preprints.jmir.org/preprint/35260>
- Koloski, N. A., & Talley, N. J. (2000). Irritable bowel syndrome according to varying diagnostic criteria: are the new Rome II criteria unnecessarily restrictive for research and practice?. *The American journal of gastroenterology*, 95(11), 3176-3183. [https://doi.org/10.1016/S0002-9270\(00\)01990-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9270(00)01990-0)
- Lackner, J. M., Jaccard, J., Quigley, B. M., Ablove, T. S., Danforth, T. L., Firth, R. S., ... & Naliboff, B. D. (2022). Study protocol and methods for Easing Pelvic Pain Interventions Clinical Research Program (EPPIC): a randomized clinical trial of brief, low-intensity, transdiagnostic cognitive behavioral therapy vs education/support for urologic chronic pelvic pain syndrome (UCPPS). *Trials*, 23(1), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06554-9>
- Lim, S., Gros Alcade, B., Lehmann, A., Lindsay, J., Gaya, D., Caulfield, L., ... & Samaa, M. (2022). P554 Vedolizumab Associated quality of Life and inflammatory bowel disease control Upon Entering a subcutaneous switching program (VALUE)–Results from a multi-centre UK study. *Journal of Crohn's and Colitis*, 16(Supplement_1), i499-i500. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjab232.680>
- Melchior, C., Algera, J., Colomier, E., Törnblom, H., Simrén, M., & Störsrud, S. (2022). Food avoidance and restriction in irritable bowel syndrome: relevance for symptoms, quality of life and nutrient intake. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 20(6), 1290-1298. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2021.07.004>
- Midenfjord, I. (2021). Irritable bowel syndrome-a disorder of gut-brain interaction. <http://hdl.handle.net/2077/66862>
- Pachter-Alt, A., & Soskolne, V. (2022). It's All in the Head: Illness Perception is the Major Correlate of Quality of Life Among Adolescents with Inflammatory Bowel Disease. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s10560-022-00823-x>

The effectiveness of extradiagnostic group therapy on the severity of symptoms and disease perception of people ...

- Radziwon, C. D., Quigley, B. M., Vargovich, A. M., Krasner, S. S., Gudleski, G. D., Mason, S. R., ... & Lackner, J. M. (2022). Do I really have to do my homework? The role of homework compliance in cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 152, 104063. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104063>
- Simpson, C. A., Mu, A., Haslam, N., Schwartz, O. S., & Simmons, J. G. (2020). Feeling down? A systematic review of the gut microbiota in anxiety/depression and irritable bowel syndrome. *Journal of affective disorders*, 266, 429-446. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.124>
- Stroie, T., Preda, C., Meianu, C., Croitoru, A., Gheorghe, L., Gheorghe, C., & Diculescu, M. (2022). Health-Related Quality of Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease in Clinical Remission: What Should We Look For?. *Medicina*, 58(4), 486. <https://doi.org/10.3390/medicina58040486>
- Weber, H. C. (2022). Irritable bowel syndrome and diet. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 29(2), 200-206. <https://www.ingentaconnect.com/content/wk>
- Yang, P. L., Matthews, S. W., Burr, R. L., Cain, K. C., Barney, P. G., Zia, J. K., ... & Kamp, K. J. (2022). Cognitive Behavioral Therapy-Based Comprehensive Self-Management Program Improves Presenteeism in Persons with Irritable Bowel Syndrome: A Secondary Data Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 3003. <https://doi.org/10.3390/ijerph19053003>

